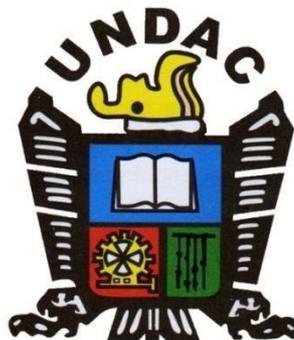


UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**Factores condicionantes en la atención de
partos domiciliarios en la Microred Chanchamayo –
Junín – 2017**

Para optar el título profesional de: Obstetra

Autoras:

Bach. Bright Karla ESTRADA PEREZ

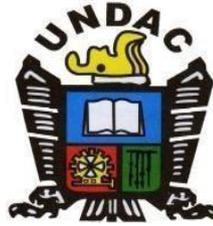
Bach. Katherin Jessenia SANTIAGO ESPINOZA

Asesor:

Mg. Jheysen Luis BALDEÓN DIEGO

Cerro de Pasco – Perú - 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**Factores condicionantes en la atención de
partos domiciliarios en la Microred Chanchamayo –
Junín – 2017**

Sustentado y aprobado ante los miembros del jurado:

Dr. Loly, CABRERA ALVARADO
PRESIDENTE

Mg. Cesar, TARAZONA MEJORADA
MIEMBRO

Mg. Nelly, HILARIO PORRAS
MIEMBRO

DEDICATORIA

Dedicamos esta investigación con amor y gratitud a nuestros padres. Por su apoyo incondicional, y a nuestros maestros por la ayuda de obtener nuevos conocimientos en nuestra formación profesional.

RECONOCIMIENTO

A Dios Nuestro Señor; por darnos la vida y ayudarnos para siempre seguir adelante con nuestros objetivos.

A nuestros padres; por darnos el ser, por confiar en nosotros día a día, por brindarnos su apoyo incondicional y acompañarnos en nuestros caminos.

A nuestros docentes; por los conocimientos brindados por aportar con la asesoría de esta investigación.

INDICE

DEDICATORIA

RECONOCIMIENTO

INDICE

RESUMEN

SUMMARY

INTRODUCCIÓN

PRIMERA PARTE ASPECTOS TEÓRICOS CAPÍTULO I PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación y planteamiento del Problema.....	15
1.2 Delimitación de la Investigación.....	18
1.3 Formulación del Problema.....	19
1.3.1. Problema General.....	19
1.3.2. Problemas Específicos.....	19
1.4 Formulación de Objetivos.....	19
1.4.1. Objetivo General.....	19
1.4.2. Objetivos Específicos.....	19
1.5 Justificación de la Investigación.....	20
1.6 Limitaciones de la Investigación.....	22

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio.....	23
2.2 Bases Teóricas – Científicas.....	26
2.3 Definición de términos.....	39
2.4 Formulación de Hipótesis.....	40
2.4.1 Hipótesis General.....	40
2.5 Identificación de Variables.....	40

2.6 Operacionalización de variables.....	40
--	----

CAPÍTULO III METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Investigación.....	41
3.2 Método de Investigación.....	41
3.3 Diseño de Investigación.....	42
3.4 Población y muestra.....	42
3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	42
3.6 Técnicas de procesamiento de análisis de datos.....	42
3.7 Selección y validación de los instrumentos de investigación.	44

SEGUNDA PARTE CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Descripción del trabajo de campo.....	48
4.2 Presentación, análisis e interpretación de resultados obtenidos en el trabajo de campo.....	49
4.3 Prueba de Hipótesis.....	61
4.4 Discusión de Resultados	63

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍAS

ANEXOS

RESUMEN

El parto es un proceso natural y trascendental que requiere una atención especial ya que en las manos de quien lo atiende, está la vida tanto de la madre como la del hijo. Aun cuando se conocen las implicaciones y consecuencias que conllevan una mala atención, todavía existen mujeres que por diversos factores escogen la intervención de una partera en el momento del parto y del nacimiento.

En la antigüedad sólo las mujeres capaces de tener partos naturales podían dar a luz y sobrevivir. En esa época, el embarazo debía ser un acontecimiento biológico aceptado de duración desconocida y la mujer se encargaba de atender su propio parto; pero debido a las dificultades de llevar a cabo este proceso sin ayuda experimentada, las comunidades a través del tiempo consideraron necesario contar con personas especializadas en esta función.

Un problema importante de salud pública es el alto índice de mortalidad materna. Se estima que por cada 100 000 nacidos vivos, 185 mujeres peruanas pierden la vida por una causa relacionada con el embarazo, parto o puerperio ¹. Frente a este problema, el Ministerio de Salud a través de la ex Dirección del Programa Nacional de Salud Materno Perinatal tuvo como prioridad disminuir los altos índices de mortalidad materna y perinatal para lo cual se propuso diversas estrategias de intervención contenidas en el

Plan Nacional para la Reducción de Mortalidad Materna 2. Estas estrategias, están orientadas a mejorar las coberturas de los servicios de salud, promoviendo el control prenatal y el parto institucional. Sin embargo, existe un elevado porcentaje de muertes maternas ocurridas durante la atención del parto en el domicilio, cuya atención fue dada por algún recurso familiar o de la comunidad, en estas circunstancias el personal de salud tiene muy poca participación. Existen factores personales e institucionales que incrementan la preferencia por el parto domiciliario, que, a su vez, son barreras para la atención del parto institucional. Conclusión: existe relación significativa entre Factores Condicionados al profesional de salud sobre los conocimientos de atención en Partos Domiciliarios a las madres de la Microred Chanchamayo – Junín.

Palabras claves: Factores condicionantes; Partos domiciliarios.

SUMMARY

Childbirth is a natural and transcendental process that requires special attention because in the hands of the caregiver, there is the life of both the mother and the child. Even when the implications and consequences of poor care are known, there are still women who choose the intervention of a midwife at the time of birth and birth for various reasons. In ancient times only women capable of having natural births could give birth and survive. At that time, the pregnancy had to be an accepted biological event of unknown duration and the woman was in charge of taking care of her own birth; but due to the difficulties of carrying out this process without experienced help, the communities over time considered it necessary to have people specialized in this function.

A major public health problem is the high maternal mortality rate. It is estimated that for every 100 000 live births, 185 Peruvian women lose their lives for a cause related to pregnancy, childbirth or puerperium ¹. Faced with this problem, the Ministry of Health through the former Directorate of the National Maternal Health Program Perinatal had as a priority the reduction of high rates of maternal and perinatal mortality, for which various intervention strategies contained in the National Plan for the Reduction of Maternal Mortality ² were proposed. These strategies are aimed at improving the coverage of health services, promoting prenatal control and

institutional delivery. However, there is a high percentage of maternal deaths that occurred during delivery care at home, whose care was given by a family or community resource, in these circumstances health personnel have very little participation. There are personal and institutional factors that increase the preference for home delivery, which in turn, are barriers to institutional delivery care. Conclusion: Conclusion: There is a significant relationship between Factors Conditioned to the health professional on the knowledge of care in Home Births to the mothers of the Microgrid Chanchamayo – Junín.

The results suggest to involve a family and social approach in obstetric gynecology services, and include them in the care of Medicine and Nursing to respond to the needs of this population.

Keywords: Conditioning factors; Home parties

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es cada día más alta. Según la Organización Mundial de la Salud (2010). Durante el 2010 murieron 287,000 mujeres durante la gestación, el parto o en el puerperio. La mayoría de las muertes se producen en países de bajos recursos económicos y de población indígena, lo más preocupante es que estas muertes, se pueden prevenir por medio de programas de salud pública encaminados a la promoción y prevención de la enfermedad (OMS 2010). En el año 2000, la Organización de las Naciones Unidas propuso ocho objetivos del milenio encaminados a luchar contra el hambre, la pobreza, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la mujer; por ello el quinto objetivo del milenio es la reducción de la razón de mortalidad materna en 75 % para el 2015. A partir de esa fecha los países han venido aplicando programas para promover la reducción de las muertes maternas, evitando los partos domiciliarios.

En nuestro país para la atención de la gestación coexiste la atención profesional y empírica. Para el parto coexisten la atención domiciliaria y la institucional. Esta realidad se ve reflejada en la Encuesta Nacional de Demografía en Salud 2000, que sin mostrar diferencias importantes con relación a la Encuesta Nacional de Demografía en Salud 1992, confirma que 42% de nacimientos ocurren en domicilios. En cuanto al agente responsable de la atención, 59% de los partos fueron atendidos por un

profesional de la salud (36% por médicos, 19% por obstetrices y 4% por enfermeras) , 21% de los partos fueron atendidos por parteras y 18% por familiares. Estos datos siguen reflejando las grandes diferencias existentes en el comportamiento de las mujeres con relación a la atención de la gestación y parto.

La gran mayoría de mujeres campesinas de las zonas rurales practican la medicina popular debido a sus tradiciones y porque la medicina occidental se fundamenta en teorías científicas donde hay una excesiva importancia asignada a los modelos terapéuticos. En el caso del parto y del alumbramiento, las campesinas dan mayor importancia a sus tradiciones y creencias inculcadas de generación en generación, la técnicas quirúrgicas que podrían realizarse en los hospitales, pasan a ser remplazadas por la experiencia de las llamadas parteras de la comunidad, esta forma de alumbramiento se ha mantenido desde épocas ancestrales y están arraigadas en las costumbres indígenas. (Kroeger, 2002).

El Ministerio de Salud Pública del Perú, para disminuir los altos índices de mortalidad materna y perinatal se propuso diversas estrategias de intervención contenidas en el Plan Nacional para la reducción de Mortalidad Materna.

Estas estrategias, están orientadas a mejorar las coberturas de los servicios de salud, promoviendo el control prenatal y el parto institucional. Sin embargo, existe un elevado porcentaje de muertes maternas ocurridas durante la atención del parto en el domicilio, cuya atención fue dada por algún recurso familiar o de la comunidad, en estas circunstancias el

personal de salud tiene muy poca participación. En algunos países, la mortalidad materna ha disminuido lentamente, sin embargo, aún se notifican partos domiciliarios.

Las razones para preferir el parto en el domicilio están relacionadas con factores culturales, económicos, geográficos. Entre los factores culturales están las costumbres que prevalecen en las comunidades y familias.

Por ello se ha implementado en setiembre del año 2005, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (ESNSSR) de la Dirección General de Salud de las persona del Ministerio de Salud del Perú aprueba la “Norma técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural (RM N° 598-2005/MINSA).

La atención de la salud es una construcción social y cultural de poblaciones y proveedores y no solo de proveedores. Si el dialogo intercultural se convirtiera en política pública con los mismos recursos daríamos un inmenso salto hacia delante en la salud de nuestra población.

Este trabajo de investigación busca identificar los factores condicionantes que puedan ser modificados y encontrar las posibles soluciones para poder evitar o disminuir la ocurrencia de los partos domiciliarios e incrementar así los partos institucionales.

PRIMERA PARTE
ASPECTOS TEÓRICOS

CAPÍTULO I

PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y planteamiento del Problema

La provincia de Chanchamayo políticamente pertenece al Departamento de Junín y en salud a la DIRESA Junín; con características: geográficas, climatológicas, epidemiológicas y culturales diferenciadas, porque tiene zonas de selva alta, sierra y ceja de selva que presenta grandes dificultades de accesibilidad geográfica y cultural.

La mortalidad materna es cada día más alta. Según la Organización Mundial de la Salud (2010). Durante el 2010 murieron 287,000 mujeres durante la gestación, el parto o en el puerperio. La mayoría de las muertes se producen en países de bajos recursos económicos y de población indígena, lo más preocupante es que estas muertes, se pueden prevenir por medio de programas de salud pública

encaminados a la promoción y prevención de la enfermedad (OMS 2010). En el año 2000, la Organización de las Naciones Unidas propuso ocho objetivos del milenio encaminados a luchar contra el hambre, la pobreza, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la mujer; por ello el quinto objetivo del milenio es la reducción de la razón de mortalidad materna en 75 % para el 2015. A partir de esa fecha los países han venido aplicando programas para promover la reducción de las muertes maternas, evitando los partos domiciliarios.

Kroeger menciona que la atención del parto domiciliario es muy frecuente en América Latina (75%), y está arraigada a ciertas costumbres y creencias. La mujer andina se enfrenta a numerosas barreras que la separan de los servicios de salud, de los cuales no se tiene un conocimiento adecuado y en otros casos se tiene pleno desconocimiento.

La gran mayoría de mujeres campesinas de las zonas rurales practican la medicina popular debido a sus tradiciones y porque la medicina occidental se fundamenta en teorías científicas donde hay una excesiva importancia asignada a los modelos terapéuticos. En el caso del parto y del alumbramiento, las campesinas dan mayor importancia a sus tradiciones y creencias inculcadas de generación en generación, las técnicas quirúrgicas que podrían realizarse en los hospitales, pasan a ser remplazadas por la experiencia de las llamadas parteras de la comunidad, esta forma de alumbramiento se

ha mantenido desde épocas ancestrales y están arraigadas en las costumbres indígenas. (Kroeger, 2002).

El Ministerio de Salud Pública del Perú, para disminuir los altos índices de mortalidad materna y perinatal se propuso diversas estrategias de intervención contenidas en el Plan Nacional para la reducción de Mortalidad Materna.

Estas estrategias, están orientadas a mejorar las coberturas de los servicios de salud, promoviendo el control prenatal y el parto institucional. Sin embargo, existe un elevado porcentaje de muertes maternas ocurridas durante la atención del parto en el domicilio, cuya atención fue dada por algún recurso familiar o de la comunidad, en estas circunstancias el personal de salud tiene muy poca participación. En algunos países, la mortalidad materna ha disminuido lentamente, sin embargo, aún se notifican partos domiciliarios.

Borda (2001) menciona que existen factores personales e institucionales que incrementan la preferencia por el parto domiciliario, que a su vez son barreras para la atención del parto institucional, los factores personales como la edad, el bajo nivel educativo, el antecedente de parto domiciliario y la procedencia rural, donde el parto domiciliario sigue siendo la práctica frecuente. Entre los factores institucionales más importantes tenemos: la poca accesibilidad (geográfica y costos), la atención del parto por personal masculino, la falta de continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención del parto, la percepción del profesional joven como

practicante, el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, la percepción del tacto vaginal como señal de violencia, el temor a la episiotomía, el rechazo al lavado o al baño, el rechazo a la posición ginecológica, la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal durante el parto.

Las razones para preferir el parto en el domicilio están relacionadas con factores culturales, económicos, geográficos. Entre los factores culturales están las costumbres que prevalecen en las comunidades y familias. Por ello se ha implementado en setiembre del año 2005, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (ESNSSR) de la Dirección General de Salud de las personas del Ministerio de Salud del Perú aprueba la “Norma técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural (RM N° 598-2005/MINSA).

La atención de la salud es una construcción social y cultural de poblaciones y proveedores y no solo de proveedores. Si el dialogo intercultural se convirtiera en política pública con los mismos recursos daríamos un inmenso salto hacia delante en la salud de nuestra población.

1.2. Delimitación de la Investigación

Este trabajo de investigación se realizó en las mujeres embarazadas que terminaron en parto domiciliario que acuden a la microred Chanchamayo. La **Provincia de Chanchamayo** es una de las nueve provincias que conforman el Departamento de Junín, bajo la

administración del Gobierno regional de Junín. Limita por el norte con el Departamento de Pasco; por el este con la Provincia de Satipo; por el sur con la Provincia de Jauja y; por el oeste con la Provincia de Tarma. La altitud de la provincia varía desde los 500 a 1,930 m.s.n.m.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema General

- ¿Cuáles son los factores condicionantes en la atención de partos domiciliarios en la micro red Chanchamayo, en el año 2017?

1.3.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los factores condicionantes en la atención de partos domiciliarios en la micro red Chanchamayo- Junín, en el año 2017?
- ¿Cuál es la incidencia de partos domiciliarios en la micro red Chanchamayo – Junín 2017?
- ¿Cuál es la relación entre los factores condicionantes y la incidencia de partos domiciliarios en la micro red Chanchamayo?

1.4. Formulación de Objetivos

1.4.1. Objetivo General

- Identificar los factores condicionantes en la atención de partos domiciliarios en la micro red Chanchamayo - Junín en el año 2017.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar los factores condicionantes de los partos domiciliarios en la micro red Chanchamayo.
- Identificar la incidencia de partos domiciliarios en la micro red Chanchamayo.

- Establecer la relación entre los factores condicionantes y la incidencia de partos domiciliarios en la micro red Chanchamayo.

1.5. Justificación de la Investigación

La realidad nacional, regional y provincial ha llevado a la necesidad de realizar el presente proyecto de investigación considerando que la mortalidad materna se ha mantenido con pocos cambios en las últimas décadas, teniendo como principal causa de muerte relacionada con el embarazo, parto y puerperio.

El parto es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres. Desafortunadamente los partos naturales sin ninguna asistencia médica siguen sucediendo en numerosas comunidades debido a los estilos de vida de las personas, a la inequidad en salud, a la inaccesibilidad geográfica, el factor climatológico en épocas de lluvias ocasiona el escaso acceso al establecimiento de salud y otras por razones culturales, está elevando las tasas de morbilidad materno infantil, siendo motivo de gran preocupación para la sociedad.

El desconocimiento de las madres sobre los cuidados prestados en el establecimiento de salud y la importancia que tienen los controles prenatales, hacen que las llamadas parteras empiecen su trabajo, captando a las mujeres embarazadas, las cuales al no ser educadas y al guiarse por las tradiciones, creencias y costumbres, acceden a este tipo de cuidados que a la larga van a desencadenar en partos domiciliarios, con todas las complicaciones que esto puede conllevar.

Las principales desventajas son las condiciones en las que se lleva a cabo el parto, ya que las condiciones insalubres y antihigiénicas pueden desencadenar las infecciones prenatales o postnatales, la falta de atención hospitalaria inmediata ante posibles problemas hacen peligrar la vida de la madre o el bebé, como hemorragia uterina, atonía uterina, sufrimiento fetal, hasta llegar a la muerte materna y neonatal.

La investigación es de impacto por la ampliación de la cobertura de salud en el primer nivel de atención, la gratuidad de los servicios de salud, con miras a que toda la población tenga las mismas oportunidades de acceso, con la debida provisión de medicamentos, promoviendo el control prenatal y el parto institucional siendo estos rechazados por las madres acudiendo a las parteras a la atención del parto sin asistencia médica y atendida en condiciones deficientes que acarrear un riesgo importante para la salud de la madre y del neonato. El interés por conocer las razones que tienen las mujeres por preferir el parto domiciliario y superar algunas de las barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y parto.

Es novedoso porque es el primer trabajo de investigación que se realiza en la micro red Chanchamayo – sobre este tema siendo el principal desafío de esta investigación conocer las razones que tienen las mujeres por preferir el parto domiciliario además aportara conocimientos acerca de la situación materna en las comunidades

rurales y propone iniciativas para afrontar el problema y mejorar la situación de salud materna-infantil elevando los índices de atención del parto institucional con un elevado nivel de satisfacción de las usuarias.

Es factible debido que para su desarrollo se contó con recursos humanos: las mujeres embarazadas, el acceso a la información, el personal que labora en la micro red –Chanchamayo.

Es importante realizar esta investigación siendo un problema de Salud Pública, el personal del mismo tiene como función proteger y mejorar la salud de las comunidades a través de la educación, prevención, promoción y además deben proponer iniciativas para afrontar el problema de las altas tasas de partos domiciliarios generadas por la baja accesibilidad a los centros de salud de las mujeres gestantes.

1.6. Limitaciones de la Investigación

- En la micro red Chanchamayo está integrada a la DIRESA JUNIN para lo cual se tenía que pedir autorización.
- El proceso de disponibilidad del tiempo de las madres, ya que la mayoría se dedican a las labores de la casa y otros trabajos, por lo que era complicado ubicarlas. Se realizó diversas estrategias para la aplicabilidad de los instrumentos de investigación, los fines de semana.
- Por el factor climatológico de nuestra zona se tuvo inconvenientes en el trabajo de campo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

- A. Otis y Cois.** "Investigación tasa de partos en hospitales y Centros de Salud en la localidad de Yapacaní-Bolivia". El objetivo de este estudio fue identificar los factores que inhiben el acceso a centros públicos de salud para la atención del parto. La investigación fue realizada entre 62 mujeres llegando a la conclusión que 5 factores inhiben el acceso a los servicios de salud de los cuales son: el miedo o la vergüenza a hacerse atenderse en un centro público de salud, la baja calidad de la atención, lejanía u otras barreras geográficas que impedían llegar oportunamente a los centros de salud, limitaciones económicas que impedían hacer el viaje o

utilizar los servicios y la percepción de que la atención sanitaria no era necesaria debido a la experiencia de partos fáciles.

- B. Bordas Villegas, C.** “Los factores condicionantes del parto domiciliario en 9 localidades de Bogotá-Colombia”. Objetivo: Determinar la participación de mujeres que habían tenido su último parto en el período comprendido entre 2007 y 2008. Los resultados demostraron que las mujeres sienten mayor bienestar y seguridad en el hogar; al mismo tiempo experimentaban miedo y desconfianza hacia los médicos y hospitales que resulta en una resistencia al modelo médico occidental. También reivindicaron los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y aseguraron que existía inequidad en el acceso a los servicios de salud.
- C. Fernández Romani, JL.** “Factores condicionantes en la preferencia por el parto domiciliario en madre de zona urbana y rural de San Jerónimo”. Objetivo: identificar la preferencia por el parto domiciliario comparando madres de la zona urbana y de la zona rural con partos domiciliarios de hasta 5 años atrás, concluyen que las mujeres de la zona rural tienen 16 veces más probabilidad de tener un parto en casa que las mujeres de la zona urbana y los factores socioculturales fueron los predominantes para la preferencia del domicilio en este grupo, mientras que en el segundo fueron los factores económicos los que tuvieron más peso. Se realizó en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, sobre las razones que

llevan a la población femenina a utilizar o a prescindir de los servicios de atención de salud de la madre y el niño, se identificaron los siguientes motivos típicos para su no utilización. Se considera que los centros de salud para la madre y el niño son lugares a los que sólo se acude si se tiene problemas. Refieren que el hogar es el mejor lugar para dar a luz, dar a luz en el centro de atención de la salud es algo vergonzoso y el ambiente médico no es agradable, existe prolongadas colas hasta ser atendidas, y la actitud indiferente y el comportamiento descortés del personal del consultorio.

D. Carolina Tarqui M1 , Alejandro Barreda G1. “FACTORES

ASOCIADOS CON LA ELECCIÓN DEL PARTO

DOMICILIARIO

EN

UNA ZONA DE ATENCIÓN PRIMARIA. CALLAO, PERÚ.

RESUMEN Objetivos: Identificar los factores de riesgo personales e institucionales asociados con la elección y preferencia domiciliaria del lugar del parto. Materiales y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles en la jurisdicción de la microrred de Pachacutec, distrito de Ventanilla, Callao, Perú. Se incluyeron 52 casos: mujeres en edad fértil cuyo último parto fue domiciliario y 208 controles: mujeres en edad fértil residentes en la misma área geográfica con antecedente de parto institucional. Se calcularon los OR e IC al 95%, se realizó un análisis bivariado y las variables significativas entraron al modelo de

regresión logística en el análisis multivariado. Resultados: La edad promedio de los casos fue de $28 \pm 6,5$ años, y de los controles de $26 \pm 6,1$ años. El análisis bivariado demostró la asociación significativa de diversos factores, pero al aplicar el análisis multivariado éstos no fueron confirmados. Finalmente, los factores de riesgo fueron: la poca continuidad del personal que tiene a su cargo la atención de parto $w=25,78$ ($p=0,00$); $OR=25,48$ (IC 95%: 7,30-88,93); el poco entendimiento en el diálogo proveedor- usuaria durante la atención de salud $w=7,61$ ($p=0,006$); $OR=4,34$ (IC 95%: 1,53-12,31); el domicilio como lugar previsto de parto $w=25,14$ ($p=0,000$); $OR=16,84$ IC 95%: 5,58-50,8). Conclusiones: La continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención de parto, el poco entendimiento en el diálogo establecido entre proveedor-usuaria durante la atención de salud y el domicilio como lugar previsto de parto son los factores que están altamente asociados con el parto domiciliario.

2.2. Bases Teóricas – Científicas

2.2.1 EFICIENCIA:

Es la relación que existe entre los recursos empleados en un proyecto y los resultados obtenidos con el mismo. Hace referencia sobre todo a la obtención de un mismo objetivo con el empleo del menor número posible de recursos o cuando se alcanzan más metas con el mismo número de recursos o menos. La eficiencia es muy importante en las empresas, ya que se consigue el máximo rendimiento con el mínimo coste.

Se refiere a la posibilidad de alcanzar una meta aunque no se haya realizado el mejor uso de los recursos durante el proceso.

2.2.2 FACTORES CONDICIONANTES:

□ Geográficos

Ningún ser vivo, animal o vegetal, vive aislado en el ambiente en que habita. En consecuencia, el hombre está colocado en medio de una trama infinita de factores que, en diversa medida, gravitan sobre su salud. Una diferencia, sin embargo, es que el hombre, gracias al desarrollo de la cultura y la acumulación del conocimiento, es capaz de modificar el medio ambiente mucho más que el resto de los seres vivos. En el complejo dinámico del contacto del hombre con la naturaleza se encuentran una primera aproximación a las explicaciones y causas determinantes de los problemas de salud. El estado de salud depende del ambiente geográfico donde habitualmente vivimos. Por un lado, el clima que es particular de cada zona geográfica, determina la mayor incidencia de algunas enfermedades que de otras, por ejemplo, las enfermedades transmitida por vectores alados, como malaria, dengue y otras, son más prevalentes en las áreas tropicales. Pero no sólo el clima, también es importante conocer el resto de las características del ambiente: altitud sobre el nivel del mar, tipo de flora y fauna, disponibilidad de agua para consumo, características de

edificaciones, nivel de ruralidad, entre otras más. Todas estas características van a condicionar un determinado riesgo para la presencia de algunas enfermedades, en tanto que alejaran la probabilidad de otras. La zona donde residimos no sólo afecta por lo físico y biológico en la forma de vida de las personas, y por tanto, en el riesgo de enfermar o morir. También lo hace por lo cultural y social. Al decidir vivir en una determinada área geográfica, se acepta tácitamente constituir parte del grupo humano que habita en dicha área, con todas sus costumbres y pautas de convivencia. Se opta por determinados patrones alimenticios, por formas de producción y empleo, por las facilidades para la educación y la salud, por hábitos étnicos y religiosos, por costumbres tradicionales, en fin, por una diversidad de factores que también influyen en la situación de salud de las personas que habitan allí. Entonces, resulta muy importante en el esfuerzo de definir la situación de salud de una población, empezar por describir las características del ambiente y la población misma, porque ello va a influir sobremanera. No obstante, se puede caer en el extremo de describir puntualmente cada factor, perdiendo de vista la integridad del objetivo. En este sentido, también es crucial arribar a conclusiones en base a algunos indicadores claves. La presente guía tiene, precisamente esa estructura, una primera sección (ver 6.1) donde se realiza un análisis descriptivo general de variables demográficas y socioeconómicas y una segunda sección

(ver 6.2) donde se presentan algunos indicadores trazadores que servirán para establecer calificación de riesgo poblacional.

□ **Sociales:**

La salud es la resultante de múltiples factores condicionantes y determinantes. Aun cuando hay distintas definiciones de salud, existen múltiples elementos que son comunes a ellas. Es así que, en el consenso, Salud puede ser definida, tanto en lo individual como en lo colectivo, como el resultado de complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales que se dan en la sociedad, o sea, es el producto de las relaciones que se establecen entre el hombre y el ambiente social y natural en que vive. Pero estos factores no sólo son importantes para la comprensión de la aparición de problemas de salud, sino también para la configuración del conjunto de acciones que llevan a cabo los individuos para resolver la presentación de tales problemas.

Algunos autores han propuesto el término de “estilos de vida” para describir el comportamiento individual sostenido -el cual está vinculado con los patrones sociales y culturales de residencia- que en definitiva explica un proceso de salud enfermedad determinado. Estos comportamientos pueden ser de dos tipos: aquellos que contribuyen al mantenimiento de la salud y retardan la muerte y aquellos otros que limitan o resultan dañinos para la salud y aceleran la muerte como resultado. Desde una perspectiva más amplia se puede considerar a los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que

comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico (Bibeau y cols. 1985). En el aspecto material, el estilo de vida se caracteriza por ciertas manifestaciones de la cultura material tales como vivienda, la alimentación, el vestido y las tecnologías. Estas características denotan el entorno físico en el que se desarrolla el individuo que, como se afirmó anteriormente, influye directamente en su salud y en el riesgo de presentar enfermedad o muerte. En el aspecto social, el estilo de vida se manifiesta en ciertas formas y estructuras organizativas como la familia nuclear o extendida y los grupos de parentesco, las redes sociales de apoyo y los sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones políticas o religiosas. Estas instituciones sociales son las que determinan los patrones de comportamiento de los individuos frente a la salud y la enfermedad, en la adopción de prácticas que resulten beneficiosas o perjudiciales para su salud. Por último, en el plano ideológico, los estilos de vida se expresan por un conjunto de ideas, valores y creencias, que a la vez determinan y modelan el proceso de salud y enfermedad y las respuestas o comportamientos adaptativos frente a las distintas instancias y sucesos de la vida. El comportamiento de los individuos está directamente relacionado al conjunto de creencias y concepciones individuales que se construyen por la influencia de su entorno social.

Los factores sociales son importantes para tener una comprensión integral de la frecuencia, distribución y duración de determinados problemas de salud. Sin embargo, también ayudan para comprender la

adopción de conductas individuales o colectivas para enfrentar tales problemas. Frente al proceso de salud enfermedad, la población ha elaborado y modelado una serie de respuestas de naturaleza adaptativa que se expresan en distintas formas de comportamiento. Éstas a su vez comprenden una serie de conductas alternativas que van desde el autocuidado hasta la utilización de servicios de salud de alta complejidad, pasando por la recurrencia a los recursos y tecnologías locales, populares y tradicionales, los que en su conjunto conforman un mosaico complejo de modelos de comportamiento.

2.2.3 DESARROLLO HISTÓRICO DEL PARTO:

A lo largo del tiempo, el proceso que ha atravesado el parto ha ido desarrollándose en sus múltiples formas: comenzando por aquellos partos donde no se permitía el acceso a diferentes analgésicos para aliviar el dolor producido por el mismo, pasando por la creación de las clínicas de maternidad en donde existía un nivel mayor de intervención, llegando hoy por hoy a la idealización de un parto humanizado, en donde se respeten los derechos de las mujeres y sus hijos (Shallman, 2007; Hutter Epstein, 2010). Cerca del año 1500 a.C., no se podía concebir al parto de otra forma que siendo doloroso, debido a la maldición divina ‘pariras con dolor’, la cual da origen a la maternidad patriarcal. Incluso, se castigaba a aquellas mujeres que pedían analgésicos para aliviar los dolores provocados por las contracciones (Rodríguez Bustos, 2007; Hutter Epstein, 2010) Sin embargo, las “brujas” de esa época, utilizaban

analgésicos, digestivos y tranquilizantes para calmar los dolores de parto, siendo éste uno de los motivos por los cuales eran perseguidas (Ehrenreich & English, 1981).¹¹ En Europa, en el siglo XVIII, comienza a gestarse el control médico del parto. Esto se produce debido a que la atención con médicos brindaba prestigio a las mujeres, ya que ellos cobraban hasta dos o tres veces más que las comadronas (Knibiehler, 1993, citado por Magnone, 2006). En el año 1900 comienzan a surgir las primeras clínicas de maternidad, en donde las mujeres comenzaron a dar a luz allí. Pero las condiciones no eran las más adecuadas: muchas veces compartían cama con entre tres y cinco mujeres, o con algún enfermo contagioso, quien las terminaba contagiando a ellas y, en muchos casos, les producía la muerte (Shallman 2007; Hutter Epstein, 2010). A pesar de las pésimas condiciones higiénicas, las clínicas de maternidad pronto fueron popularizándose. En el año 1900, el 5% de las mujeres paría allí; en el año 1930, el 75% de las mujeres elegía parir en estas clínicas en vez de parir en sus domicilios; mientras que para el año 1960 casi todas las mujeres elegían tener a sus hijos en las clínicas de maternidad (Hutter Epstein, 2010). (...) parir en un hospital significaba para las mujeres separarse de sus familias y amigos, de sus madres y hermanas, que a menudo las cuidaban antes del parto, durante éste y semanas después. Dar a luz en un hospital implicaba comer cosas nuevas y extrañas. No era sólo un cambio de entorno físico sino también cultural; suponía pasar de lo familiar a lo

desconocido (...) (Hutter Epstein, 2010, p. 77). En 1910, el 50% de los partos se realizaban con la ayuda de una partera. Existían dos estilos de parteras: las matronas, quienes no poseían diplomas y eran perseguidas por la iglesia por sus conocimientos ocultos, y ejercían sus labores fundamentalmente en las zonas rurales; y las obstetricias diplomadas, quienes trabajaban sólo bajo la dirección del médico (Ehrenreich & English, 1981; Giberti, 1992, citado por Magnone, 2006). En la década del 1970, el parto humanizado se convirtió en la moda del momento, ya que se pretendía desmedicalizar el proceso, y fortalecer a las mujeres en relación al momento del nacimiento. Quienes defendían el parto humanizado, intentaban enseñarles a las mujeres embarazadas a respirar de forma profunda, para relajar su cuerpo y su mente, y de esa forma evitar la administración de anestesia (Shallman, 2007; Hutter Epstein, 2010).¹² En 1985, en Fortaleza, Brasil, la OMS y la OPS organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada a utilizar en el parto. En dicha conferencia, participaron obstetras, comadronas, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, entre otros. De los puntos más importantes tratados allí, se encuentra: 1) La libre elección por parte de la mujer y su familia de su parto; esto implica informar a los protagonistas de los distintos métodos de atención al parto, incentivándolos para que puedan elegir el parto que deseen; 2) El trato por parte del personal sanitario; el cual debería ser siempre respetuoso y cordial para con la mujer y

su familia, propiciando el bienestar físico y psíquico de la parturienta;

3) Las mujeres que dan a luz en una institución, deben poder decidir en relación a la vestimenta (suya y del bebé), comida y destino de la placenta;

4) El bebé recién nacido debe permanecer el mayor tiempo posible, inmediatamente después del parto, con su madre, y el personal sanitario debe incentivar a la mujer a tener una lactancia exitosa;

5) Cada mujer debe decidir libremente que posición tomar al momento del pre-parto y del expulsivo;

6) No se encuentra justificado, bajo ningún concepto, el uso sistemático de la episiotomía;

7) No existen pruebas que justifiquen luego de una cesárea previa, realizar otra cesárea. De esta forma, se entiende que las mujeres no son máquinas, ni los bebés productos, por lo tanto, es muy importante darle la relevancia que tiene cada caso, rescatando la singularidad y respetando a la mujer en sus decisiones.

2.2.4 Mujer embarazada:

El embarazo es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses calendario). (Benson y Pernoll 1994)

El embarazo es la etapa que marca la vida de una mujer, representa una experiencia vital y en cierta medida su realización plena como

tal, se trata de una manifestación de cambios que toda mujer debe comprender y asimilar desde el momento en que su test de embarazo le indica positivamente su condición; es allí donde comienza un camino de expectativas, dudas y un sinfín de emociones, por las que deberá atravesar, siendo los cambios fisiológicos y psicológicos los que despertarán mayor inquietud. Para sobre llevarlos con la mayor fortaleza, lo mejor es conocerlos, para esperarlos con la seguridad del que sabe bien a qué atenerse. (González, 2002)

Por lo antes indicado, considero que el embarazo es una etapa donde la mujer experimenta una serie de cambios no solo fisiológicos si no también psicológicos donde la mujer debe saber cómo llevarlos y afrontarlos de la mejor manera.

2.2.5 Parto domiciliario:

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

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

A la propia madre se la debe cuidar y cobijar, como el sol calienta la tierra, para que pueda procrear de nuevo. La ropa que utiliza durante el parto se considera, por analogía, como la abundante cobertura de

cultivos sobre la tierra durante el tiempo de cosecha. La placenta debe ser enterrada bajo la tierra, cerca de la casa, que simboliza la transmisión ancestral por línea materna. (Bradby, 2005)

Muchas veces estos partos terminan complicándose porque las condiciones de salubridad, hacinamiento y la atención del parto no son las adecuadas y generalmente incrementa la morbilidad materna y neonatal.

2.2.6 La atención durante el alumbramiento de la placenta: Según

Bradby B, Arnold D. Yapita JD. (2002) en vez de dividir el parto en tres fases como es el caso del pensamiento occidental, en el pensamiento cultural el parto se entiende como dos nacimientos, el del bebé y el de la placenta. A veces son considerados como dos seres que duermen juntos en el interior del cuerpo de la madre. Así como el bebé debe despertarse para poder nacer, lo mismo le ocurre a la placenta, a la que a veces se le denomina "madre".

Después del nacimiento del bebé se debe dar fuerza y ayuda a la madre para que se produzca el segundo nacimiento. Como norma se le da un mate, parecido al que se le dio para ayudarla a dar a luz al bebé, a la vez que es de particular importancia mantenerla caliente. Se la alienta verbalmente y a veces con un masaje suave. Todas las comunidades tienen en común la práctica de considerar el período inmediatamente después del parto de gran peligro para la madre y el bebé. Por este motivo, se debe hablar constantemente a la madre para mantenerla despierta.

A la placenta que se retrasa en nacer, a menudo se le da el nombre de “madre” y se le invoca como tal. Se cree que la placenta corre peligro de subirse de nuevo en el cuerpo de la madre y para prevenir que esto ocurra, si ya fue cortado el cordón umbilical, se ata su extremo al dedo gordo del pie de la madre con un hilo de algodón o lana preparado con anticipación.

La placenta tiene una importancia simbólica para los aymaras y los quechuas, representa el espíritu del cuerpo emanado de la madre y el niño. Muere después de su nacimiento y es guardado por la familia para ser enterrado, para liberar su espíritu. (Rozée, 2007)

2.2.7. Parto institucional:

Se denomina parto institucional, aquel que es atendido dentro del servicio de salud por un personal de salud en el cual se estima hay un menor riesgo tanto para la madre como del recién nacido que con un domiciliario (ENDES 2011).

El ministerio de salud con un enfoque de interculturalidad, género, equidad y respeto de los derechos de las poblaciones andinas y amazónicas ha desarrollado iniciativas como la NORMA TECNICA PARA LA ATENCIÓN DE PARTO VERTICAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL con el fin de mejorar la calidad, accesibilidad, satisfacción de los usuarios y proveedores para mejorar la cobertura de partos institucionales y de esta manera también disminuir la mortalidad materna rompiendo la barrera de accesibilidad.

2.2.8 La libre elección de la posición para dar a luz:

La medicina occidental conserva la posición supina u horizontal como preferente en el momento del parto; sin embargo, la OMS recomienda hoy en día que se desaconseje la posición horizontal o ginecológica. La mujer que está con trabajo de parto debe gozar de la libertad de ponerse de pie, sentarse o caminar, adoptar la postura que ella prefiera.

- En cuclillas: Abre la pelvis aún más para que el bebé tenga más espacio para moverse a través del canal de parto. Se puede utilizar la barra para agacharse o hacerse ayudar por dos personas para darle apoyo y mantener esta posición vertical. En posición vertical la vagina se amplia y acorta, pero además la presión de la cabeza del bebé sobre el cuello del útero ejerce un efecto hormonal que estimula la producción interna de oxitocina y por tanto, la dilatación. La posición vertical acorta y amplía el canal del parto, permite que las articulaciones de la cadera se abran más para dar paso al bebé, facilita sus movimientos de rotación y permite que la fuerza de la gravedad le ayude en su descenso. Asimismo, se evitan infecciones debido a que si se rompen las membranas los líquidos fluyen, se facilita la oxigenación porque la aorta está menos comprimida. Hay menos posibilidades de hemorragia porque la vena cava está menos presionada. Las contracciones aumentan, lo cual significa que el parto es más rápido.

- De rodillas: Permite mantener una posición erecta sin forzar la espalda, la parturienta se arrodilla sobre una almohada, reclinándose hacia delante contra la cama, silla o pared y descansa sus brazos y parte superior del cuerpo sobre o contra el punto de apoyo.

La idea que en un parto hospitalario la placenta pueda ser echada al basurero donde será alimento para perros, es extremadamente repugnante para los miembros de las culturas tradicionales andinas y los que no provienen de esta cultura deberían entenderlo como el equivalente de dejar al descubierto un cadáver.

2.3. Definición de términos

- **FACTORES CONDICIONANTES:** Vienen a ser un conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud, a nivel individual y comunitario (Glosario OMS 1998).
- **FÍSICO:** Macro ambiente: Agua y alimentos contaminados, contaminación del aire, transporte, etc. Microambiente: Barrios, vivienda, trabajo, escuela, etc.
Social: Pobreza, desempleo, ignorancia, grado de desarrollo, nivel cultural, etc.
- **FACTORES DEL ESTILO DE VIDA:** Patrones de comportamiento determinados por la interacción entre características sociales y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental (OMS 1997). “Los genes cargan el arma. El estilo de vida tira del gatillo” Dr. Eliot Joslin.

- **FACTORES SOCIALES:** Repercuten directamente en la salud. Permiten predecir la mayor proporción de la varianza del estado de salud (inequidad sanitaria). Estructuran los comportamientos relacionados con la salud. Interactúan mutuamente en la generación de salud.
- **INCIDENCIA:** Es el número de casos nuevos de enfermedad o evento en una población determinada y en un periodo determinado

2.4 Formulación de Hipótesis

2.4.1 Hipótesis General

- La atención de parto domiciliarios en la Microred Chanchamayo – Junín está relacionado al factor condicionado de profesional de salud.

2.5 Identificación de Variables

- **Variable 1:**
 - Factores Condicionantes.
- **Variable 2:**
 - Partos Domiciliarios.

2.6 Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
X.1. Factores Condicionantes	<ul style="list-style-type: none"> • Económico • Social • Cultural • Geográfico • Tipo de personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel Económico. • Nivel Social. • Ubicación Geográfica. • Nivel Cultural. • Competencia Técnica.
Y.1. Atención de Partos Domiciliarios.	<p>CONOCE</p> <p>DESCONOCE</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ Nivel de conocimiento de los factores de riesgo de un parto domiciliario.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN 3.1 Tipo de Investigación

Fue de tipo Básico porque está orientada a la búsqueda de nuevos conocimientos, recogiendo información de la realidad, en un esfuerzo por conocer mejor el problema investigado.

El fin último u objetivo final fue reunir toda información necesaria para desarrollar una teoría científica basada en sus principios y leyes, para nuestro caso se analizó conocimientos fundamentales respecto a los partos domiciliarios y el nivel de investigación fue Correlacional por que se examinó el grado de relación entre las variables.

3.2 Método de Investigación

Se utilizó el método Descriptivo, porque describe situaciones y eventos como se manifiesta los determinados fenómenos. Permite medir o evaluar Con precisión diversos aspectos del fenómeno a

investigar.

3.3 Diseño de Investigación

El Diseño utilizado fue el no experimental ya que no se manipuló ninguna variable sólo viendo la relación de dos variables.

3.4 Población y muestra

La población muestral estuvo constituida por 20 partos domiciliarios ocurridos en las comunidades rurales y anexos de la jurisdicción de la micro red – Chanchamayo, 2017

3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

- Entrevista una interacción que involucró al investigador y las madres de familia. Las preguntas se formularon en persona, durante la entrevista, se realizó preguntas para obtener información detallada sobre el participante acerca del tema en estudio. Las preguntas pueden ser similares a las formuladas en una encuesta.
- Cuestionario es un instrumento de investigación que consiste en una serie de preguntas y otras indicaciones con el propósito de obtener información de los consultados. Aunque a menudo están diseñados para poder realizar un análisis estadístico de las respuestas. Es un conjunto de preguntas elaboradas, para la recolección de datos aplicadas a través de una encuesta directa.

3.6 Técnicas de procesamiento de análisis de datos

Para el procesamiento de los datos se utilizó los modelos estadísticos y gráficos de tipo descriptivo, de análisis e interpretación

de datos estadísticos obtenidos después de aplicados los instrumentos, elaboración del cuadro general de seguimiento y tabulación de datos cuantitativos y porcentuales.

Métodos de análisis de datos

Método estadístico, con el uso del programa de Excel.

TABLA N° 1

Fórmulas Estadísticas a usar.

Nº	Estadígrafos	Formulas Estadísticas	Símbolos
1	Media aritmética de datos agrupados	$\bar{X} = \frac{\sum f \cdot x}{n}$	\bar{x} = Media aritmética X = Valor central o punto medio de cada clase. f = Frecuencia en cada clase. $\sum f \cdot x$ = Sumatoria de los productos de las frecuencias en cada clase multiplicada por el punto medio de ésta. n = Número total de frecuencias.
2	Desviación estándar muestral para datos agrupados	$s = \sqrt{\frac{\sum fX^2 - \frac{(\sum fX)^2}{n}}{n-1}}$	s = Desviación estándar muestral X = Punto medio de una clase f = Frecuencia de clase n = Número total de observaciones en la muestra.

Para la Validación Estadística se aplicó la PRUEBA DE KARL PEARSON con la Fórmula siguiente para el cálculo de la correlación. Y LA DISTRIBUCIÓN DE JI CUADRADO.

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE KARL PEARSON

$$r = \frac{(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n(\sum X^2) - (\sum X)^2] [n(\sum Y^2) - (\sum Y)^2]}}$$

PARA LOS CÁLCULOS DE JI CUADRADO, se emplea la siguiente fórmula:

$$\chi^2 = \sum [(fo - fe)^2]$$

fe

Dónde:

fo = es la frecuencia observada en una categoría específica. **fe**

= es la frecuencia esperada en una categoría específica.

3.7 Selección y validación de los instrumentos de investigación

VALIDEZ

Con la finalidad de dar consistencia a la investigación de carácter científico, los instrumentos propuestos deben ser confiables y válidos, por ello la validez es una forma de dar seguridad por ello debe ser sometido a evaluación.

Bajo los fundamentos de validez de Shadish, Cook y Campbell (2001), (51) quienes fundamentan que todo instrumento antes de aplicarlos debe ser sometidos a un proceso de validación, asimismo mencionan que la validez es un concepto unitario y propone que deben reunirse distintas evidencias para construirlo y describen una serie de amenazas potenciales a las conclusiones de la investigación; amenazas que permiten especificar los criterios de inclusión en estos apartados fundamentales. Las partes iniciales del informe, propias del nivel teórico-conceptual, vendrán marcadas fundamentalmente por la validez de constructo, esto es, las razones por las que pueden ser incorrectas las inferencias sobre los constructos que caracterizan las operaciones del estudio.

Así la investigación encontró la validez en los siguientes procedimientos:

- a. Validación de constructo: los instrumentos responden a los procedimientos de operacionalización de las variables desagregadas en dimensiones, indicadores y los reactivos correspondientes.
- b. Los instrumentos responden al objetivo de la investigación dado que este busca Determinar la eficiencia y los factores condicionantes en la atención de partos domiciliarios en la micro red Chanchamayo Junin – 2017.
- c. Validación de expertos. En este procedimiento se citó a docentes expertos de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.
- d. Las observaciones que se emitieron los expertos facilitaron el mejoramiento de las dimensiones, indicadores e ítems para la construcción final de los instrumentos.
- e. Las calificaciones indican una alta consistencia y se puede catalogar como bueno y muy bueno con lo que se considera aplicable para la investigación, quedando incluidos en el cuestionario los ítems donde hubo el 100% de coincidencia favorable entre los expertos, así como se eliminaron los ítems donde hubo el 100% de coincidencia desfavorable

CONFIABILIDAD.

Para Montero y León (2002) (52) la confiabilidad es la capacidad del instrumento para producir resultados consistentes cuando las características que se miden no cambian, y estos tienen la posibilidad

de medir algo en forma consistente o confiable, de un test para demostrar consistencia y estabilidad en las puntuaciones, de manera que la comprensión del fenómeno se va haciendo más precisa y comienzan a emerger los datos resaltantes de la situación, y la teoría comienza a ser fundamentada.

- Para lograr, la validez el instrumento se sometió a una prueba piloto, a un conjunto de madres sobre la eficiencia y los factores condicionantes en la atención de partos domiciliarios que acuden a la micro red Chanchamayo Junin, quienes no participaron de la investigación, los datos fueron recolectados mediante la aplicación del test utilizado, estos datos se tabularon y se procesaron mediante la aplicación de los procedimientos estadísticos cuyos resultados alcanzaron un alfa de 0.87 lo que indica consistencia para su aplicabilidad en la investigación.

SEGUNDA PARTE

TRABAJO DE CAMAPO O PRACTICA

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN 4.1 Descripción del trabajo de campo

Este trabajo de investigación se realizó en las mujeres embarazadas que terminaron en parto domiciliario en la microred – Chanchamayo. Es una de las nueve provincias que conforman el Departamento de Junín, bajo la administración del Gobierno regional de Junín. Limita por el norte con el Departamento de Pasco; por el este con la Provincia de Satipo; por el sur con la Provincia de Jauja y; por el oeste con la Provincia de Tarma. La altitud de la provincia varía desde los 500 a 1,930 m.s.n.m.

4.2 Presentación, análisis e interpretación de resultados obtenidos en el trabajo de campo

Cuadro N° 01

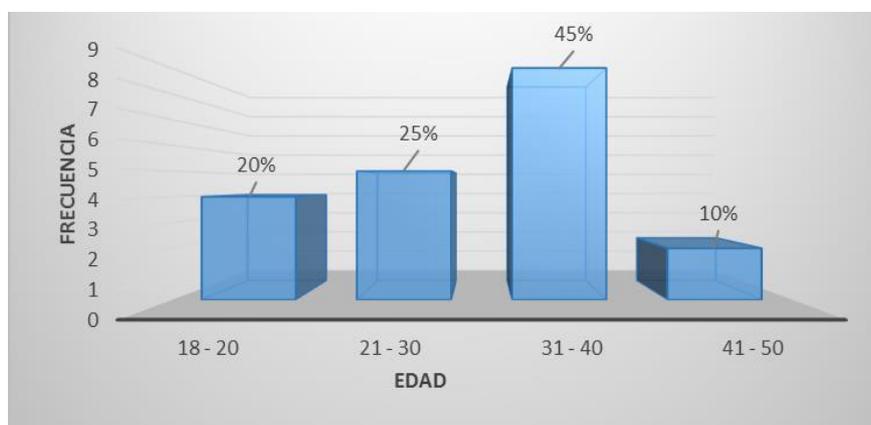
EDAD DE LAS MADRES DE LA MICRORED CHANCHAMAYO – JUNIN

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18 – 20	4	20,0
21 – 30	5	25,0
31 – 40	9	45,0
41 – 50	2	10,0
TOTAL	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 01

EDAD DE LAS MADRES DE LA MICRORED CHANCHAMAYO – JUNIN



INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro se observa que de un total de 20 madres encuestadas el 45,0% (9) tienen de 31 a 40 años, el 25,0% (5) del total de la muestra mencionan que tienen de 21 a 30 años, el 20% (4) se encuentran entre las edades de 18 a 20 años, y el 10,0% (2) tienen de 41 a 50 años.

Cuadro N° 02

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE LA MICRORED CHANCHAMAYO – JUNIN

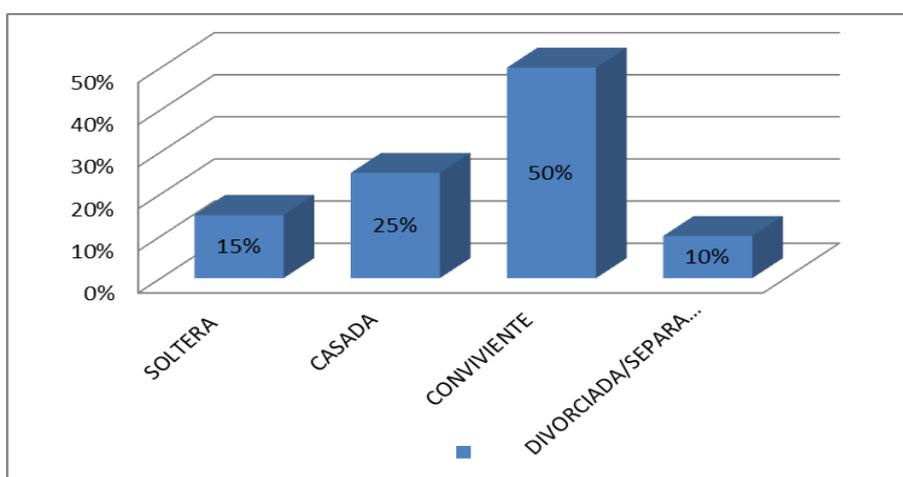
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
--------------	------------	------------

SOLTERA	3	15,0
CASADA	5	25,0
CONVIVIENTE	10	50,0
DIVORCIADA/SEPARADA	2	10,0
TOTAL	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 02

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE LA MICRORED CHANCHAMAYO – JUNIN



INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro, encontramos que de un total de 20 madres encuestadas que en su mayoría, el 50,0% (10) son convivientes, el 25,0% (5) del total de la muestra mencionan que son casadas, el 15% (3) son solteras y solo el 10,0% (2) son divorciadas o separadas.

En relación al estado civil el grado de conocimiento de las madres podemos mencionar no es determinante.

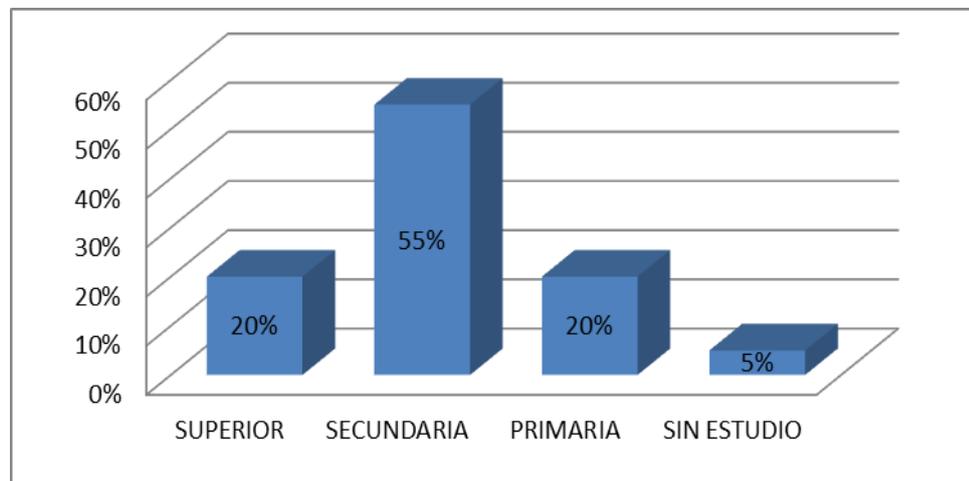
Cuadro N° 03 GRADO DE INSTRUCCION DE LAS MADRES DE LA MICRORED

CHANCHAMAYO – JUNIN

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SUPERIOR	4	20,0
SECUNDARIA	11	55,0
PRIMARIA	4	20,0
SIN ESTUDIO	1	5,0
TOTAL	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 03 GRADO DE INSTRUCCION DE LAS MADRES DE LA MICRORED CHANCHAMAYO – JUNIN



INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro se observa que, de un total de 20 madres encuestadas, el 55,0% (11) del total de la muestra mencionan que tienen estudios de secundaria, el 20% (4) cuentan con estudios superiores también el 20,0% (4) tienen estudios de primaria y sólo el 5,0% (1) no tiene estudio.

El grado de educación influye en el proceso de hábitos prácticos en el conocimiento de las consecuencias de un parto domiciliario.

Cuadro N° 04

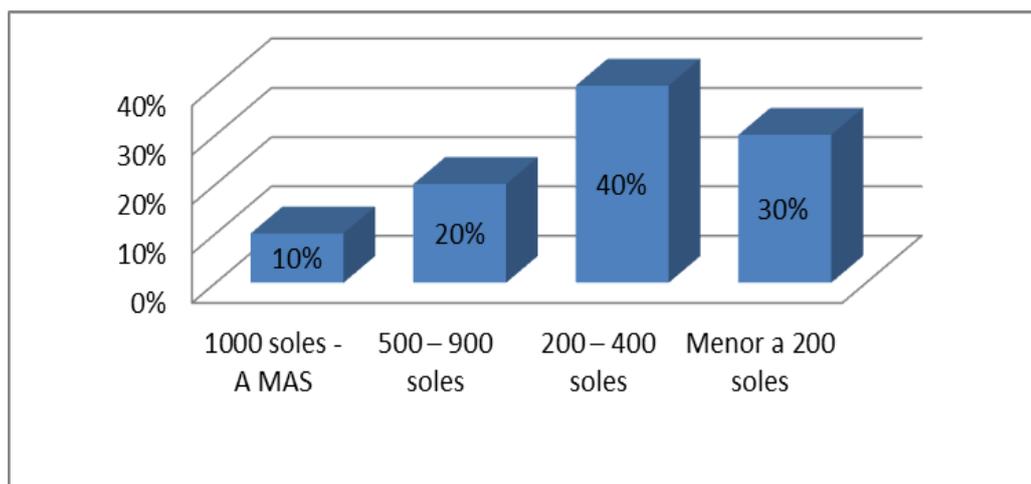
**INGRESO ECONÓMICO DE LAS MADRES DE LA MICRORED
CHANCHAMAYO – JUNIN**

INGRESO ECONOMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1000 soles - A MAS	2	10,0
500 – 900 soles	4	20,0
200 – 400 soles	8	40,0
Menor a 200 soles	6	30,0
TOTAL	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 04

**INGRESO ECONÓMICO DE LAS MADRES DE LA MICRORED
CHANCHAMAYO – JUNIN**



INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro se observa que de un total de 20 madres encuestadas, el 40,0% (8) tienen ingreso de 200 a 400 soles, el 30,0% (6) tienen un ingreso mínimo de 200 soles cada mes, el 20,0% (4) del total de la muestra mencionan que tienen un ingreso entre 500 a 900 soles mensuales y sólo el 10% (2) perciben un ingreso de 1000 soles a más. El soporte económico en la base familiar es importante porque permite tener

algunas virtudes de prácticas adecuadas de acuerdo a la realidad económica, social y cultural de la sociedad.

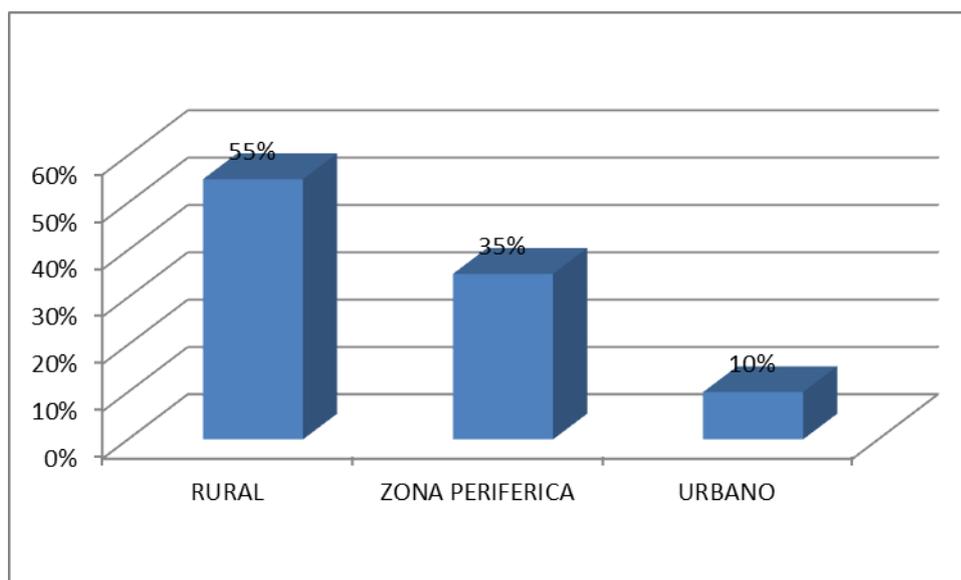
Cuadro N° 05 LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS MADRES DE LA MICRORED CHANCHAMAYO – JUNIN

LUGAR DE PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RURAL	11	55,0
ZONA PERIFERICA	7	35,0
URBANO	2	10,0
TOTAL	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 05

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS MADRES DE LA MICRORED CHANCHAMAYO – JUNIN



INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro se observa que de un total de 20 madres encuestadas, el 55% (11) proceden de zona rural, el 35,0% (7) proceden de zona periferica y el 10,0% (2) del total de la muestra mencionan que proceden de la zona urbana.

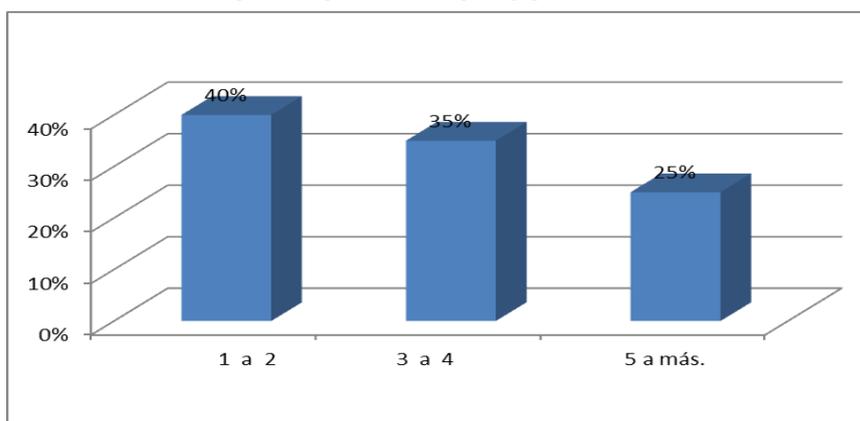
En relación al lugar de procedencia el grado de conocimiento de las madres sobre parto domiciliario podemos mencionar no es determinante.

Cuadro N° 06 NÚMERO DE HIJOS DE LAS MADRES DE LA MICRORED CHANCHAMAYO – JUNIN

NÚMERO DE INTEGRANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 2	8	40,0
3 a 4	7	35,0
5 a más.	5	25,0
TOTAL	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 06 NÚMERO DE HIJOS DE LAS MADRES DE LA MICRORED CHANCHAMAYO – JUNIN



INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro se observa que de un total de 20 madres encuestadas el 40,0% (8) mencionan que tienen de 1 a 2 hijos, el 35% (7) tienen de 3 a 4 hijos y el 25,0% (5) tienen de 5 hijos a más.

Cuadro N° 07

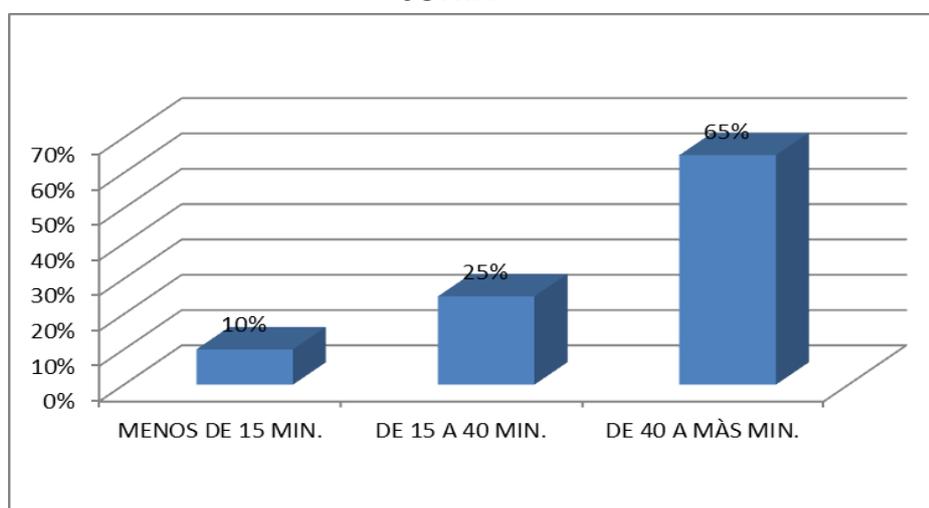
ACCESIBILIDAD – TIEMPO DE TRASLADO SOBRE PARTO DOMICILIARIO DE LAS MADRES DE LA MICRORED CHANCHAMAYO – JUNIN

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
--------	------------	------------

MENOS DE 15 MIN.	2	10,0
DE 15 A 40 MIN.	5	25,0
DE 40 A MÁS MIN.	13	65,0
TOTAL	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 07
ACCESIBILIDAD – TIEMPO DE TRASLADO SOBRE PARTO
DOMICILIARIO DE LAS MADRES DE LA MICRORED CHANCHAMAYO –
JUNIN



INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro se observa que de un total de 20 madres encuestadas el 65% (13) refieren que la distancia para llegar al establecimiento de salud les toma de 40 a más minutos, el 25% (5) de 15 a 40 minutos y solo el 10% (2) menos de 15 minutos.

El Hospital se encuentra ubicado en la zona céntrica de la población por lo que las mamás para llegar a dicho lugar tienen que ir a pie, moto u otros medios de transporte y también a factores climatológicos.

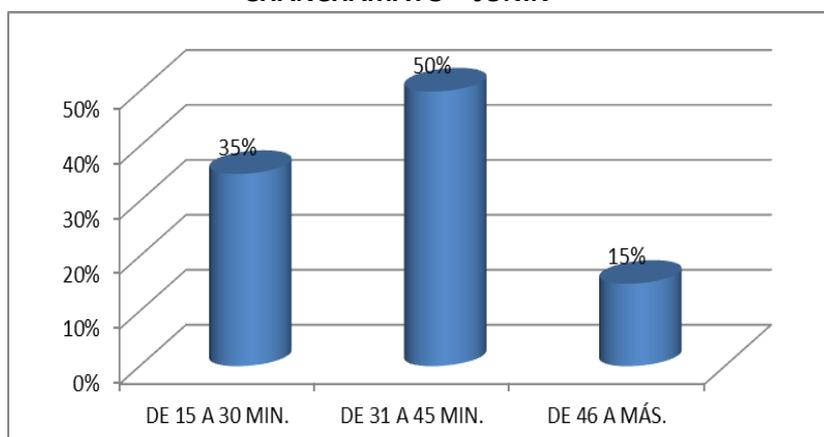
Cuadro N° 08
TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO A LOS CONTROLES PRE
NATALES SOBRE PARTO DOMICILIARIO DE LAS MADRES DE LA

MICRORED CHANCHAMAYO – JUNIN

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DE 15 A 30 MIN.	7	35,0
DE 31 A 45 MIN.	10	50,0
DE 46 A MÁS.	3	15,0
TOTAL	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N ° 08 TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO A LOS CONTROLES PRE NATALES SOBRE PARTO DOMICILIARIO DE LAS MADRES DE LA MICRORED CHANCHAMAYO – JUNIN



INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro, encontramos que, de un total de 20 madres, en su mayoría el 50% (10) refieren que tiene que esperar de 31 a 45 minutos para ser atendidos, el 35% (7) que esperan de 15 a 30 minutos y el 15% (3) esperan de 46 a más minutos.

Las madres refieren que la atención por parte de los obstetras es de mucho tiempo de espera, como resultado de ellas las madres no pueden esperar y se dedican a sus labores ocupacionales. Por lo tanto, abandonan sus citas a los controles pre – natales.

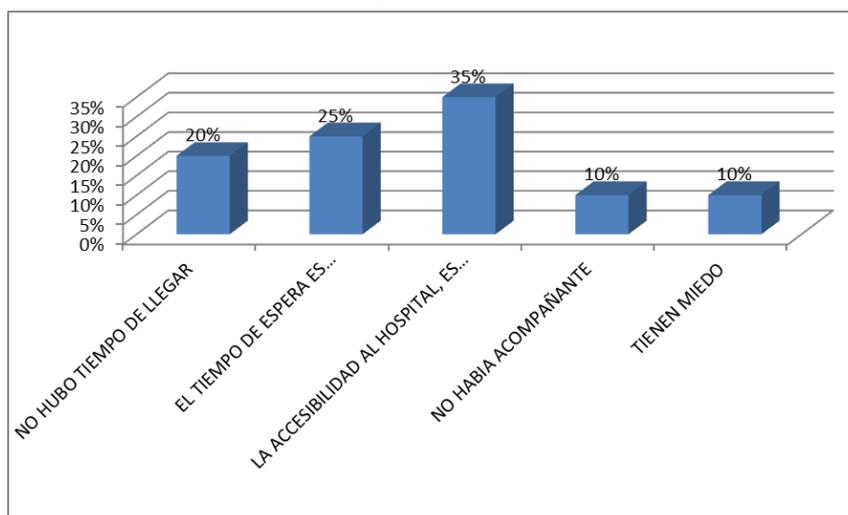
Cuadro N° 9 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DESERCIÓN AL PARTO

INSTITUCIONAL EN LAS MADRES DE LA MICRORED CHANCHAMAYO – JUNIN

FACTORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO HUBO TIEMPO DE LLEGAR	4	20,0
EL TIEMPO DE ESPERA ES DEMASIADO	5	25,0
LA ACCESIBILIDAD AL HOSPITAL, ES MUY LEJOS DE SU ZONA	7	35,0
NO HABIA ACOMPAÑANTE	2	10,0
TIENEN MIEDO POR FALTA DE COMUNICACIÓN	2	10,0
Total	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 9 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DESERCIÓN AL PARTO INSTITUCIONAL EN LAS MADRES DE LA MICRORED CHANCHAMAYO – JUNIN



INTERPRETACIÓN:

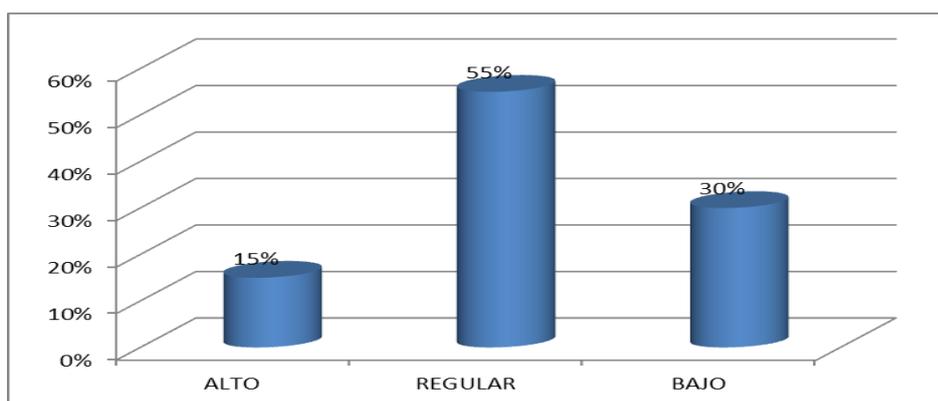
En el presente cuadro, encontramos que de un total de 20 madres encuestadas el 35% (7) refieren que la accesibilidad al hospital, es muy lejos de su zona, el 25% (5) porque el tiempo de espera es demasiado, el 20% (4) mencionan que no hubo tiempo de llegar, el 10% (2) no había acompañante y de igual forma el 10% (2) mencionan que tienen miedo, falta de comunicación.

Cuadro N° 10
CONOCIMIENTO SOBRE LA IMPORTANCIA DEL PARTO
INSTITUCIONAL EN LAS MADRES DE LA MICRORED CHANCHAMAYO
– JUNIN

CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	3	15,0
REGULAR	11	55,0
BAJO	6	30,0
Total	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 10
CONOCIMIENTO SOBRE LA IMPORTANCIA DEL PARTO
INSTITUCIONAL EN LAS MADRES DE LA MICRORED CHANCHAMAYO
– JUNIN



INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro, encontramos que de un total de 20 madres encuestadas el 55% (11) tienen un conocimiento regular sobre la importancia del parto institucional, el 30% (6) un conocimiento bajo y sólo 15% (3) madres tienen alto conocimiento.

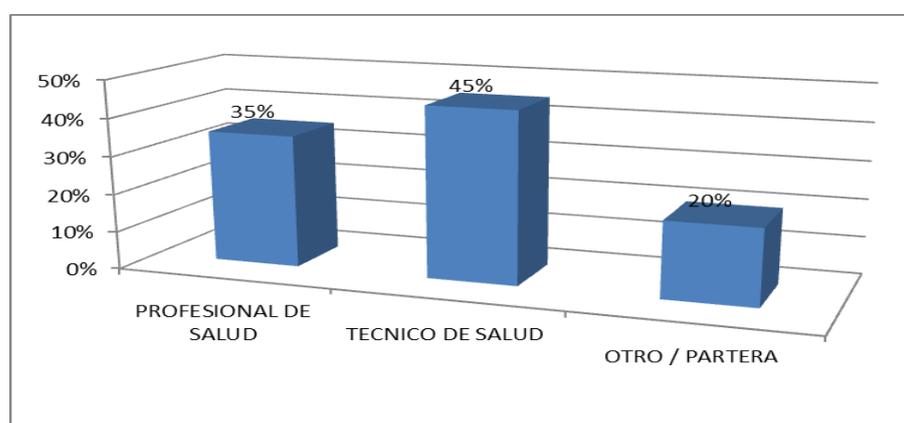
Cuadro N° 11 PERSONAL QUE ATENDIO EL PARTO DOMICILIARIO
A LAS
MADRES DE LA MICRORED CHANCHAMAYO – JUNIN

PERSONAL QUE ATENDIO EL PARTO DOMICILIARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE

PROFESIONAL DE SALUD	7	35,0
TECNICO DE SALUD	9	45,0
OTRO / PARTERA	4	20,0
Total	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 11 PERSONAL QUE ATENDIO EL PARTO DOMICILIARIO A LAS MADRES DE LA MICRORED CHANCHAMAYO – JUNIN



INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro, encontramos que de un total de 20 madres encuestadas el 45% (9) refiere que lo atendió un profesional de la salud, el 35% (7) menciona que lo atendió un técnico de salud y sólo 20% (4) madres refieren que los atendió otra persona- partera.

Cuadro N° 12

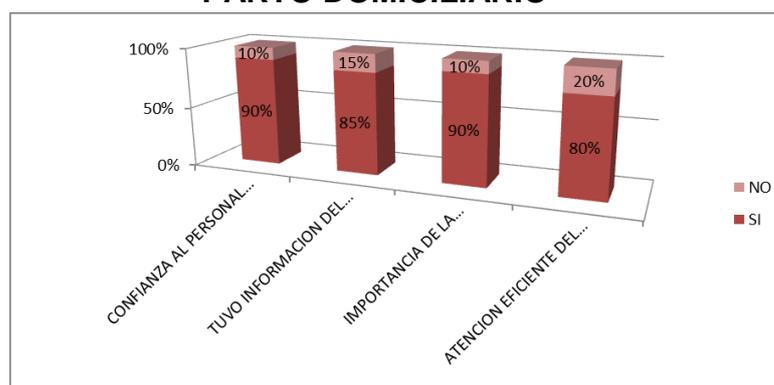
DIMENSIONES DEL PERSONAL QUE ATENDIO EL PARTO DOMICILIARIO

DIMENSIONES	CONOCIMIENTO			
	SI		NO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONFIANZA AL PERSONAL QUE LO ATENDIO	18	90,0	2	10,0
TUVO INFORMACION DEL PROCEDIMIENTO	17	85,0	3	15,0

IMPORTANCIA DE LA SEGURIDAD	8	90,0	2	10,0
ATENCION EFICIENTE DEL PERSONAL QUE LO ATENDIO	16	80,0	4	20,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 12 DIMENSIONES DEL PERSONAL QUE ATENDIO EL PARTO DOMICILIARIO



INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro, encontramos que, de un total de 20 madres encuestadas, el 90% (18) refieren sentir seguridad y confianza con la persona que le atendió el parto y el 10% (2) mencionan no haber tenido mucha seguridad y confianza al personal que lo atendió. El 85% (17) madres refieren que tuvieron información del procedimiento que le iban a realizar mientras que el 15% (3) madres no. También el 80% (16) de las madres mencionan que tuvieron una atención eficiente por parte del personal que le atendió el parto mientras que el 20% (4) no haberlo tenido.

**Cuadro N° 13
CONOCIMIENTO SEGÚN PERSONAL QUE ATENDIO EL PARTO DOMICILIARIO A LAS MADRES DE LA MICRORED CHANCHAMAYO – JUNIN**

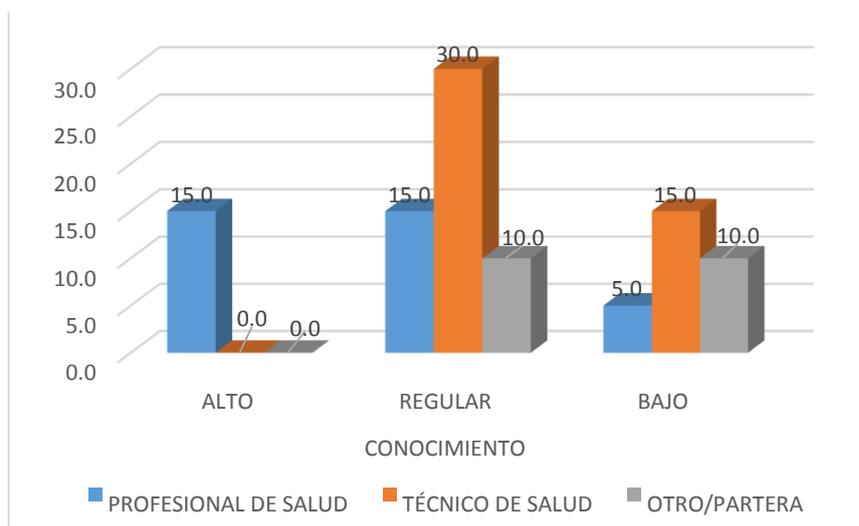
PERSONAL QUE ATENDIO EL PARTO DOMICILIARIO	CONOCIMIENTO	TOTAL
--	--------------	-------

		ALTO	REGULAR	BAJO	
PROFESIONAL DE SALUD	F	3	3	1	7
	%	15.0	15.0	5.0	35.0
TÉCNICO DE SALUD	F	0	6	3	9
	%	0.0	30.0	15.0	45.0
OTRO/PARTERA	F	0	2	2	4
	%	0.0	10.0	10.0	20.0
TOTAL	F	3	11	6	20
	%	15.0	55.0	30.0	100.0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 13

CONOCIMIENTO SEGÚN PERSONAL QUE ATENDIO EL PARTO DOMICILIARIO A LAS MADRES DE LA MICRORED CHANCHAMAYO – JUNIN



INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro, encontramos que, de un total de 20 madres encuestadas, el 15% (3) refieren todos los que tienen conocimiento alto fueron los profesionales de salud, el mayor porcentaje 30% (6) tuvieron conocimiento regular y corresponden al técnico de salud, así mismo, el conocimiento bajo que predomina en otros/partera con 10% (6).

4.3 Prueba de Hipótesis

Hipótesis

H = La atención de partos domiciliarios a las madres de la Microred Chanchamayo – Junín están relacionados a los factores condicionados al conocimiento del profesional de salud.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	14,001 ^a	4	,040
Razón de verosimilitud	14,193	4	,038
Asociación lineal por lineal	10,796	1	,018
N de casos válidos	20		

Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$

Estadística de prueba: chi cuadrado

$$\chi^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$$

	Valor	Sig. aproximada
Phi	,058	,600
Nominal por nominal		
V de Cramer	,058	,600
N de casos válidos	20	

Medidas simétricas

El coeficiente Phi nos permite evaluar el grado de asociación entre dos variables, oscila entre 0 y 1.

La V de Cramer oscila entre 0 y 1 (valores cercanos a 0 indican no asociación y los próximos a 1 fuerte asociación).

INTERPRETACIÓN:

En el Cuadro, se presenta la prueba de hipótesis, que indica la existencia de relación significativa entre las variables Factores Condicionados al profesional de salud en los conocimientos de atención en Partos Domiciliarios de las madres de la Microred Chanchamayo – Junín. La prueba resultó ser significativa ($p < 0.05$). Por lo que se sostiene que hay Relación entre dichas variables.

4.4 Discusión de Resultados

- Según Sánchez Pérez, Díaz López, García Gil y Martín-Mateo (4) indican que la existencia de un uso diferencial de los servicios de atención del parto tiene que ver con condiciones socioeconómicas, demográficas, de uso y acceso de servicios de atención prenatal. Esto podría explicarse por la presencia de barreras económicas y geográficas, inadecuados niveles de atención prenatal y por una percepción desfavorable por parte de las maternas de la calidad de los servicios ofrecidos en las unidades de salud institucionales. Y en el trabajo de investigación se encontró que de un total de 20 madres encuestadas el 45,0% (9) tienen de 31 a 40 años, el 25,0% (5) del total de la muestra mencionan que tienen de 21 a 30 años, el 20% (4) se encuentran entre las edades de 18 a 20 años, y el 10,0% (2) tienen de 41 a 50 años. El 50,0% (10) son convivientes, el 25,0% (5) del total de la muestra mencionan que son casadas, el 15% (3) son solteras y solo el 10,0% (2) son divorciadas o separadas. El 55,0% (11) del total de la muestra mencionan que tienen estudios de secundaria, el 20% (4) cuentan con estudios superiores también el 20,0% (4) tienen

estudios de primaria y sólo el 5,0% (1) no tiene estudio. El 40,0% (8) tienen ingreso de 200 a 400 soles, el 30,0% (6) tienen un ingreso mínimo de 200 soles cada mes, el 20,0% (4) del total de la muestra mencionan que tienen un ingreso entre 500 a 900 soles mensuales y sólo el 10% (2) perciben un ingreso de 1000 soles a más. El 40,0% (8) mencionan que tienen de 1 a 2 hijos, el 35% (7) tienen de 3 a 4 hijos y el 25,0% (5) tienen de 5 hijos a más.

- **Según A. Otis y Cois.** "Investigación tasa de partos en hospitales y Centros de Salud en la localidad de Yapacaní-Bolivia". El objetivo de este estudio fue identificar los factores que inhiben el acceso a centros públicos de salud para la atención del parto. La investigación fue realizada entre 62 mujeres llegando a la conclusión que 5 factores inhiben el acceso a los servicios de salud de los cuales son: el miedo o la vergüenza a hacerse atenderse en un centro público de salud, la baja calidad de la atención, lejanía u otras barreras geográficas que impedían llegar oportunamente a los centros de salud, limitaciones económicas que impedían hacer el viaje o utilizar los servicios y la percepción de que la atención sanitaria no era necesaria debido a la experiencia de partos fáciles. Y en el trabajo de investigación se encontró que de las 20 madres encuestadas el 65% (13) refieren que la distancia para llegar al establecimiento de salud les toma de 40 a más minutos, el 25% (5) de 15 a 40 minutos y solo el 10% (2) menos de 15 minutos. El 50% (10) refieren que tiene que esperar de 31 a 45 minutos para ser atendidos, el 35% (7)

que esperan de 15 a 30 minutos y el 15% (3) esperan de 46 a más minutos.

- **Según Fernández Romani, JL.** “Factores condicionantes en la preferencia por el parto domiciliario en madre de zona urbana y rural de San Jerónimo”. Objetivo: identificar la preferencia por el parto domiciliario comparando madres de la zona urbana y de la zona rural con partos domiciliarios de hasta 5 años atrás, concluyen que las mujeres de la zona rural tienen 16 veces más probabilidad de tener un parto en casa que las mujeres de la zona urbana y los factores socio-culturales fueron los predominantes para la preferencia del domicilio en este grupo, mientras que en el segundo fueron los factores económicos los que tuvieron más peso. Se realizó en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, sobre las razones que llevan a la población femenina a utilizar o a prescindir de los servicios de atención de salud de la madre y el niño, se identificaron los siguientes motivos típicos para su no utilización. Se considera que los centros de salud para la madre y el niño son lugares a los que sólo se acude si se tiene problemas. Refieren que el hogar es el mejor lugar para dar a luz, dar a luz en el centro de atención de la salud es algo vergonzoso y el ambiente médico no es agradable, existe prolongadas colas hasta ser atendidas, y la actitud indiferente y el comportamiento descortés del personal del consultorio. Y en el trabajo de investigación realizado se encontró que de 20 madres encuestadas el 55% (11) proceden de zona rural,

el 35,0% (7) proceden de zona periférica y el 10,0% (2) del total de la muestra mencionan que proceden de la zona urbana.

- Según Borda (3), en algunos de los casos de su estudio en Bogotá, las parteras tuvieron actitudes de apoyo y atención, lo cual fue valorado por las mujeres y lo recuerdan en forma gratificante, así como también señalaron diferencias entre el hospital y la casa en cuanto a bienestar se requiere. Igualmente se destaca la importancia que tiene el estar acompañadas de sus seres queridos, especialmente el esposo. Se presentaron proposiciones que contrastan el hogar y el hospital, relativas a las prácticas indeseadas que se dan en el hospital, y a la imposibilidad de asumir con autonomía lo que ellas saben e identifican como lo más adecuado para llevar a cabo el trabajo de parto. También señalaron la deshumanización del personal en las instituciones de salud para con las maternas y la falta de comunicación que impide una adecuada atención, además de las experiencias previas negativas. Y en el trabajo de investigación se encontró que el 35% (7) refieren que la accesibilidad al hospital, es muy lejos de su zona, el 25% (5) porque el tiempo de espera es demasiado, el 20% (4) mencionan que no hubo tiempo de llegar, el 10% (2) no había acompañante y de igual forma el 10% (2) mencionan que tienen miedo, falta de comunicación.

- **Según Carolina Tarqui M1 , Alejandro Barreda G1. “FACTORES**

ASOCIADOS CON LA ELECCIÓN DEL PARTO DOMICILIARIO

EN UNA ZONA DE ATENCIÓN PRIMARIA. CALLAO, PERÚ.

RESUMEN Objetivos: Identificar los factores de riesgo personales e institucionales asociados con la elección y preferencia domiciliaria del lugar del parto. Materiales y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles en la jurisdicción de la microrred de Pachacutec, distrito de Ventanilla, Callao, Perú. Se incluyeron 52 casos: mujeres en edad fértil cuyo último parto fue domiciliario y 208 controles: mujeres en edad fértil residentes en la misma área geográfica con antecedente de parto institucional. Se calcularon los OR e IC al 95%, se realizó un análisis bivariado y las variables significativas entraron al modelo de regresión logística en el análisis multivariado. Resultados: La edad promedio de los casos fue de $28 \pm 6,5$ años, y de los controles de $26 \pm 6,1$ años. El análisis bivariado demostró la asociación significativa de diversos factores, pero al aplicar el análisis multivariado éstos no fueron confirmados. Finalmente, los factores de riesgo fueron: la poca continuidad del personal que tiene a su cargo la atención de parto $w=25,78$ ($p=0,00$); OR=25,48 (IC 95%: 7,30-88,93); el poco entendimiento en el diálogo proveedor-usuaria durante la atención de salud $w=7,61$ ($p=0,006$); OR=4,34 (IC 95%: 1,53-12,31); el domicilio como lugar previsto de parto $w=25,14$ ($p=0,000$); OR=16,84 IC 95%: 5,58-50,8). Conclusiones: La continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención de parto, el poco entendimiento en el diálogo establecido entre

proveedor-usuaria durante la atención de salud y el domicilio como lugar previsto de parto son los factores que están altamente asociados con el parto domiciliario. Y en el presente trabajo se encontró que de un total de 20 madres encuestadas el 55% (11) tienen un conocimiento regular sobre la importancia del parto institucional, el 30% (6) un conocimiento bajo y sólo 15% (3) madres tienen alto conocimiento. El 45% (9) refiere que lo atendió un profesional de la salud, el 35% (7) menciona que lo atendió un técnico de salud y sólo 20% (4) madres refieren que los atendió otra persona- partera. El 90% (18) refieren sentir seguridad y confianza con la persona que le atendió el parto y el 10% (2) mencionan no haber tenido mucha seguridad y confianza al personal que lo atendió. El 85% (17) madres refieren que tuvieron información del procedimiento que le iban a realizar mientras que el 15% (3) madres no. También el 80% (16) de las madres mencionan que tuvieron una atención eficiente por parte del personal que le atendió el parto mientras que el 20% (4) no haberlo tenido.

CONCLUSIONES

- De un total de 20 madres encuestadas el 45,0% (9) tienen de 31 a 40 años, el 25,0% (5) del total de la muestra mencionan que tienen de 21 a 30 años, el 20% (4) se encuentran entre las edades de 18 a 20 años, y el 10,0% (2) tienen de 41 a 50 años.
- El 50,0% (10) son convivientes, el 25,0% (5) del total de la muestra mencionan que son casadas, el 15% (3) son solteras y solo el 10,0% (2) son divorciadas o separadas.
- El 55,0% (11) del total de la muestra mencionan que tienen estudios de secundaria, el 20% (4) cuentan con estudios superiores también el 20,0% (4) tienen estudios de primaria y sólo el 5,0% (1) no tiene estudio.
- El 40,0% (8) tienen ingreso de 200 a 400 soles, el 30,0% (6) tienen un ingreso mínimo de 200 soles cada mes, el 20,0% (4) del total de la muestra mencionan que tienen un ingreso entre 500 a 900 soles mensuales y sólo el 10% (2) perciben un ingreso de 1000 soles a más.

- El 40,0% (8) mencionan que tienen de 1 a 2 hijos, el 35% (7) tienen de 3 a 4 hijos y el 25,0% (5) tienen de 5 hijos a más.
- El 65% (13) refieren que la distancia para llegar al establecimiento de salud les toma de 40 a más minutos, el 25% (5) de 15 a 40 minutos y solo el 10% (2) menos de 15 minutos. El 50% (10) refieren que tiene que esperar de 31 a 45 minutos para ser atendidos, el 35% (7) que esperan de 15 a 30 minutos y el 15% (3) esperan de 46 a más minutos. - El 55% (11) proceden de zona rural, el 35,0% (7) proceden de zona periférica y el 10,0% (2) del total de la muestra mencionan que proceden de la zona urbana.
- El 35% (7) refieren que la accesibilidad al hospital, es muy lejos de su zona, el 25% (5) porque el tiempo de espera es demasiado, el 20% (4) mencionan que no hubo tiempo de llegar, el 10% (2) no había acompañante y de igual forma el 10% (2) mencionan que tienen miedo, falta de comunicación.
- El 55% (11) tienen un conocimiento regular sobre la importancia del parto institucional, el 30% (6) un conocimiento bajo y sólo 15% (3) madres tienen alto conocimiento.
- El 45% (9) refiere que lo atendió un profesional de la salud, el 35% (7) menciona que lo atendió un técnico de salud y sólo 20% (4) madres refieren que los atendió otra persona- partera.
- El 90% (18) refieren sentir seguridad y confianza con la persona que le atendió el parto y el 10% (2) mencionan no haber tenido mucha seguridad y confianza al personal que lo atendió. El 85% (17) madres refieren que tuvieron información del procedimiento que le

iban a realizar mientras que el 15% (3) madres no. También el 80% (16) de las madres mencionan que tuvieron una atención eficiente por parte del personal que le atendió el parto mientras que el 20% (4) no haberlo tenido.

- El 15% (3) refieren que todos los que tienen conocimiento alto fueron los profesionales de salud, el mayor porcentaje 30% (6) tuvieron conocimiento regular y corresponden al técnico de salud, así mismo, el conocimiento bajo que predomina en otros/partera con 10% (6).

RECOMENDACIONES

1. En las actividades intramurales el personal de Obstetricia debe sensibilizar a las madres sobre la importancia del parto institucional y los riesgos del parto domiciliario y participar en los controles prenatales.
2. Crear programas educativos de prevención y promoción de la salud sobre la importancia de Partos Institucionales.
3. Que la obstetra debería organizarse en forma estructurada siendo eficaz y cumplir la atención según la normatividad.
4. La DIRESA JUNIN debe dotar personal calificado y eficaz a los establecimientos de salud para que cumplan actividades preventivas promocionales disminuyendo la incidencia de morbi mortalidad materna y neonatal.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Aguirre, G. (2009) **Programa de salud de la situación intercultural**. Tercera edición. México. Arnold, D. Yapita, J. (2012). *Las Wawas del Inka: Hacia la Salud Materna Intercultural en Algunas Comunidades Andinas*. ILCA, La Paz. Pág.: 80-87.
2. Benson, P. (2010). *Diagnóstico de embarazo y cuidados prenatales*. En: Manual de Obstetricia y Ginecología. 9ª ed. McGraw-Hill Interamericana. Buenos Aires.
3. Borda, C. (2001). Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogotá D.C.
4. Bradby, B. (2005). *¿Volveré, no Volveré? Aportes al Diálogo entre Modelos Culturales del Parto*. La Paz.
5. Brocker A, Sánchez G, Arévalo M, Espinoza G. (2011). *Promoción de las Medicinas y Prácticas Indígenas en la Atención Primaria en Salud: El Caso de los Quechuas del Perú*.
6. Dibbits, I. Terrazas, M. (2013). El Involucramiento de los Hombres en la Atención de la Salud. La Paz: Garza Azul. Pág. 175-179.
7. Faúndez A (2010). Control Prenatal. En: Obstetricia. Pérez Sánchez, A. Donoso Siña, E. Eds. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Capítulo 12 – Segunda Edición, página 156-167.
8. González, J. (2009). Control del embarazo, en Obstetricia, 4ª. Edición, Masson Salvat Medicina. 151-157

9. Linares, N. y López, O. (2008). *La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud en Medicina social* Volumen 3. Bolivia.
10. McGinnis, J.M., Williams Russo, P. Knickman J. (2002). *The case for more active policy attention to health promotion*. Health Affairs 21(2): 78-93.
11. Ministerio de Salud. (2009) *Antecedentes para apoyar la revisión de los programas de salud pública desde la perspectiva de equidad y determinantes sociales*. Chile: Subsecretaría de Salud Pública.
12. Ministerio de Salud Bolivia (2005). Previsión Social. *Guía para la Atención Intercultural de la Salud Materna*. Serie: Documentos Normativos. La Paz - Bolivia. Pág.: 106.
13. Ministerio de Salud Perú. (2012). *Evaluación anual del área de la Dirección General de Salud de las Personas*. Lima: DGSP/MINSA.
14. Ministerio de Salud y Previsión Social (2005). *Guía para la Atención Intercultural de la Salud Materna*. Serie: Documentos Normativos. La Paz - Bolivia.
15. Organización Panamericana de la Salud (2010). *Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos*. Washington, DC: OPS.
16. Schwartz, R. (1997). *Obstetricia*. Buenos Aires. Pág. 147
17. Tamayo R. (2013) *“De la magia primitiva a la medicina moderna.”* 4ta edición México.
18. Testa, M. (2010). *“Atención, Primaria o Primitiva de Salud* Segunda edición. Buenos Aires, Argentina, OPS.

19. Glosario OMS (1998)
20. <https://es.rn.wikipedia.org/>
21. Diccionario de Medicina Océano-Mosby. Barcelona: Mosby; 1996.
22. Metodología de la investigación. Dr. Marroquín Peña Roberto, sesión N° 4
23. Castañeda M.B.; Cabrera A.F Navarro y VRIES, W

ELECTRONICAS

1. Alcolea, S., & Mohamed, D. (2011). Guía de cuidados en el embarazo. (I. N. Sanitaria,Ed.)9-11.Obtenido de:
<http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>
2. Álvarez, L. (2012). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Polit. Salud. [online
http://www.scielo.org.co/scielo.php?scñpt=sci_arttext&pid=S1657-70272009000200005&lng=en&nrm=iso ISSN 1657-7027.
3. Camacho V, Gálvez A, Murdock M, (2003). Puig C, Escobar A. Atención calificada del parto en América Latina y el Caribe .2003 Disponible en:
<http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/WM/Atencion> calificada del parto informe final.pdf 10/12/2011
4. Centro Internacional de Políticas para el Crecimiento Inclusivo. (Agosto de 2009). El Acceso Equitativo a los Servicios Básicos: Más Allá del Dilema Abastecimiento Público versus Abastecimiento

Privado. Poverty In Focus(18), 3. Obtenido de :

<http://www.ipcundp.org/pub/esp/IPCPovertyInFocus18.pdf>

<http://www.indigene.de/38.html?&L=2>

5. Definición ABC. (2014). Definición de Sociocultural. Obtenido de <http://www.definicionabc.com/social/sociocultural.php>
6. Delgado, A. M. (2013). ¿Es seguro el parto natural en casa. Obtenido de <http://bebera.com/es-seguro-el-parto-natural-en-casa/>
7. González de Dios, J., & Buñuel Álvarez, J. (2010). El parto domiciliario triplica la mortalidad neonatal respecto al parto hospitalario

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TITULO DEL PROYECTO: FACTORES CONDICIONANTES EN LA ATENCION DE PARTOS DOMICILIARIOS EN LA MICRO RED CHANCHAMAYO – JUNIN - 2017.

ENCUESTA A MADRES DE PARTO DOMICILIARIO

FACTOR SOCIOECONÓMICO:

1. ¿Cuántos años tiene usted?
2. ¿Cuál es su estado civil?
 - a. Soltera
 - b. Casada
 - c. Conviviente
 - d. Divorciada

5. ¿Cuántos hijos tiene usted?
 - a. De 1 a 2 hijos
 - b. De 3 a 4 hijos
 - c. De 5 a más.

6. ¿Cuánto es su ingreso familiar mensual?
 - a. Menor de 200 nuevos soles
 - b. de 200 - 400 nuevos soles
 - c. de 500 - 900 nuevos soles
 - d. 1000 soles a más.

7. ¿Cuál es su grado de instrucción?
 - a. Superior
 - b. Secundaria
 - c. Primaria
 - d. Sin estudio

FACTOR CULTURAL

1. MENCIONE LOS MOTIVOS POR LO QUE USTED NO ACUDIÓ AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE SU PARTO;.....
.....
2. QUIEN PREFERIRÍA QUE LE ATIENDA SU PARTO; MENCIONELA:

.....
3. CONOCE UD LAS CONSECUENCIAS DE UN PARTO DOMICILIARIO
SI () NO (), CUALES SON MENCIONELAS:

.....
.....

4. PORQUE PREFIERES QUE TU PARTO SEA EN TU DOMICILIO

.....
.....

5. PORQUE PREFIERE UD QUE EL PARTERO ATIENDA SU PARTO
DESCRIBELA :

.....
.....

6. SABE UD CUALES SON LOS RIESGOS DE UN PARTO DOMICILIARIO,
SI () NO (); MENCIONELAS:

7. CREE UD QUE EL PARTO EN SU CASA ES SEGURO SI () NO (),
PORQUE

8. CREE UD QUE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL ESTABLECIMIENTO DE
SALUD ES ADECUADO, SI () NO () .
PORQUE:.....

9. SABE UD QUE EN EL CENTRO DE SALUD CHANCHAMAYO EXISTE LA
CASA MATERNA PARA LAS GESTANTES SI () NO ()

10. EN QUE TE AYUDARIA LA CASA MATERNA PARA QUE TU
PARTO SEA EN EL CENTRO DE SALUD CHANCHAMAYO, MENCIONELA : SI ()
NO ()

PORQUE.....

11. ¿ASISTIÓ A CONTROLES PRENATALES EN SUS ANTERIORES
EMBARAZOS?

SI () NO ()

12. ¿EL PERSONAL DE SALUD RESPONDE A SUS INQUIETUDES Y LE INFORMA ADECUADAMENTE? SI () NO ()

13. ¿LAS COSTUMBRES DE SU COMUNIDAD INFLUYEN EN LA ATENCIÓN DEL PARTO? SI () NO ()

14. ¿CUÁNDO USTED ACUDE A UN PUESTO DE SALUD EXISTE BUENA COMUNICACIÓN? SI () NO ()

15. ¿QUÉ TIEMPO TOMA PARA LLEGAR AL PUESTO DE SALUD?

30-60 MIN. SI () NO ()

MAS 60 MIN. SI () NO ()

16. ¿LOS INGRESOS ECONÓMICOS FAMILIARES EN SU HOGAR SON?

BUENOS SI () NO ()

REGULARES SI () NO ()

MALOS SI () NO ()

17. ¿TIENE USTED MIEDO A LOS PROCEDIMIENTOS DURANTE EL PARTO? SI () NO ()

18. ¿TIENE CONFIANZA EN LA CAPACIDAD TÉCNICA DEL PERSONAL DE SALUD?

SI () NO ()

19. ¿EL PERSONAL DE SALUD LE ATIENDE CON AMABILIDAD, PACIENCIA Y LE BRINDA CONFIANZA Y ESTA PENDIENTE DE SU PROGRESO? SI () NO ()

20. ¿EL TIEMPO DE ESPERA ES MUCHO PARA RECIBIR ATENCIÓN EN UN PUESTO DE SALUD?

SI () NO ()

