

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**FACTORES CULTURALES QUE IMPIDEN LA
ASISTENCIA AL PARTO INSTITUCIONAL EN
GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD-HUACAR-
2018**

Para optar el título profesional de OBSTETRA:

ELABORADO POR:

CAJAHUAMAN FLORES, LUCY MARLENI

DOCENTE ASESOR:

Dr.: PALACIOS ZEVALLOS, JULIA

HUÁNUCO-PERÚ

2018



ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las doce horas del día veintitres del mes de Mayo del año Dos Mil Dieciocho, se reunieron en el Auditorio de la Ciudad La Esperanza de la Universidad de Huánuco de esa ciudad, los Miembros del Jurado, designados por Resolución N° 720-2018-D-FCS-UDH, de fecha 22 de Mayo del 2018 y, al amparo de la Ley Universitaria N° 30220, Resolución N°1006-2017-R-UDH de fecha 03/JUL/17 Capítulo V Artículo 44° y 45° del Reglamento de Grados y Títulos para evaluar la Tesis intitulada: **"FACTORES CULTURALES QUE IMPIDEN LA ASISTENCIA AL PARTO INSTITUCIONAL EN GESTANTES DEL CENTRL DE SALUD HUACAR, 2018"**; presentado por la Bachiller doña **Lucy Marleni CAJAHUAMAN FLORES** para optar el Título Profesional de **OBSTETRA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola ~~APROBADA~~ por ~~UNANIMIDAD~~ con el calificativo cuantitativo de ~~1.6~~ y cualitativo de ~~BUENO~~. (Art. 54)

Siendo las ~~13:15~~ horas del día, se dio por concluido el acto académico, firmando para constancia los miembros del Jurado.

.....
Dra. Juana Irma Palacios Zevallos
PRESIDENTA

.....
Obst. Doña Narví Zulema Oscategui Torres
SECRETARIA

.....
Obst. Cecilia Lissette Suárez León
VOCAL

DEDICATORIA

- ✚ A Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante no dejarme caer en los problemas que se presentaban.
- ✚ A mis padres por el apoyo incondicional para lograr mis metas profesionales, A mi hija por darme el impulso final para culminar mi carrera.
- ✚ A mi esposo por estar siempre presente en los momentos más difícil, y a todos los que me apoyaron durante este largo recorrido para lograr mi título profesional.

AGRADECIMIENTO

- ❖ Gracias a DIOS por permitirme tener una maravillosa experiencia durante mi época de estudiante en la universidad de Huánuco, a mis docentes de cada curso por ser parte este proceso de mi vida profesional
- ❖ Gracias a mi esposo por creer en mí y por estar presente no solo en esta etapa tan importante de mi vida, sino en todo momento ofreciéndome su ayuda y buscando lo mejor para mí y por ayudarme con los recursos económicos para lograr mi objetivo
- ❖ Gracias a mis padres por su ayuda incondicional, Gracia a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de mi tesis. A mi asesora Obst. Julia palacios Zevallos por su apoyo en la ejecución de mi trabajo de investigación
- ❖ Gracias a la vida por este nuevo triunfo,

INDICE

INDICE.....	4
INTRODUCCION.....	6
RESUMEN.....	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción del problema.....	10
1.2. Formulación del problema.....	11
1.3. Justificación del problema.....	11
1.4. Limitaciones de la investigación.....	11
1.5. Viabilidad de la investigación.....	12
2. OBJETIVOS	
2.1. Objetivos generales.....	14
2.2. Objetivos específicos.....	14
3. MARCO TEORICO	
3.1. Antecedentes de la investigación.....	14
3.1.1. Antecedentes a nivel internacional.....	14
3.1.2. Antecedentes a nivel nacional.....	14

3.1.3. Antecedentes a nivel local.....	15
3.2. Bases teóricas.....	15
3.3. Definición de conceptos básicos.....	26
4. HIPOTESIS Y VARIABLES	
4.1. Hipótesis.....	37
4.2. Variables.....	37
4.2.1. Variable dependiente.....	37
4.2.2. Variable independiente.....	37
4.3. Variable interviniente.....	37
4.4. Indicadores.....	38
5. MÉTODOS Y TECNICAS	
5.1. Población y Muestra	39
5.2. Tipo de investigación.....	39
5.3. Técnicas de recolección de datos.....	40
5.4. Técnicas de procesamiento de la información.....	40
6 RESULTADOS.....	41
7 CONCLUSIONES.....	61

8	RECOMENDACIONES.....	62
9	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	63
10	ANEXOS.....	65

INTRODUCCION

El estudio titulado, FACTORES CULTURALES QUE IMPIDEN LA ASISTENCIA AL PARTO INSTITUCIONAL EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD-HUACAR. El propósito de esta investigación es fue buscar las causas que la gestante no utilizan los servicios públicos de salud, conocer cuáles son los factores, percepciones y/o prácticas de las mujeres de las zonas rurales sobre la atención del parto, creó la necesidad de averiguar , cuáles son las motivaciones y razones para no aprovechar un recurso gratuito que oferta el Ministerio de Salud Pública y, para generar recomendaciones que permitan la aceptación del servicio por parte de las mujeres, sus familias y la comunidad. Es un estudio descriptivo de corte retrospectivo ya que se buscó a las mujeres que realizaron su parto en su casa y no en un centro de salud. La información obtenida permitirá promover los servicios de una manera culturalmente aceptable. Además de proporcionar a los trabajadores de salud, los conocimientos necesarios en torno al tema, para generar nuevas prácticas que inviten a las usuarias y sus familias a acercarse a los servicios de salud. Para avanzar en el estudio fue necesario abordar la problemática, a través de un marco teórico y antecedentes sobre el tema, que permitieron tener una panorámica de la situación y la manera más apropiada de abordarla. Los hallazgos en el presente estudio, indican que los factores que inciden para la baja cobertura del parto institucional. Por lo que se recomienda fortalecer los procesos educativos, agilizar la atención de las usuarias y disminuir las brechas asociadas a las determinantes estructurales entre ellas el acceso geográfico

RESUMEN

El objetivo principal de este estudio es identificar los factores culturales que impide a darse un parto institucional del C.S. Huacar-ambo y aportar al conocimiento de la problemática relacionada con la salud materna y del recién nacido, con el propósito de indagar porque un alto porcentaje de mujeres no utilizan los servicios de salud. Es un estudio descriptivo a las mujeres para conocer por que se da el parto domiciliario. Se entrevistó a 70 mujeres gestantes del C.S. Huacar en el año 2018, se realizó a través del cuestionario.

Los resultados obtenidos reflejan que los factores culturales: educativos, social, culturales e institucionales con la baja en el parto institucional en el C.S. Huacar lo que permitirá tener información para promover los servicios de una manera culturalmente aceptable. Además de proporcionar a los profesionales de salud, los conocimientos necesarios en torno al tema, para genera recomendaciones que permita la aceptación de los servicios de salud por parte de las mujeres, familias y la comunidad en la aceptación del parto institucional.

SUMMARY

The main objective of this study is to identify the cultural factors that prevent an institutional delivery of C.S. Huacar-ambo and contribute to the knowledge of the problems related to maternal and newborn health, with the purpose of investigating why a high percentage of women do not use health services. It is a descriptive study to women to know why home delivery occurs. We interviewed 70 pregnant women of C.S. Huacar in 2018, was carried out through the questionnaire.

The results obtained reflect that the cultural factors: educational, social, cultural and institutional with the decrease in institutional delivery in the C.S. Huacar what will allow to have information to promote the services in a culturally acceptable way. In addition to providing health professionals with the necessary knowledge about the issue, to generate recommendations that allow the acceptance of health services by women, families and the community in the acceptance of institutional delivery.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres. Por esta razón alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. Además, dada la importancia y el riesgo que representa el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud específico para este acontecimiento.

Según MINSA en el Perú cada día 2 mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, 856 mujeres sufren complicaciones del embarazo. La probabilidad de morir por causas maternas es dos veces mayor para las mujeres del área rural en comparación con las mujeres del área urbana. Persiste la brecha entre el control pre-natal y la atención del parto institucional.

Existen diversos estudios que nos indican el por qué las personas no se acercan a los establecimientos de salud para recibir atención materna-infantil, mostrándonos como primera causa el costo en el 40.6 %, temor 29.3 % , trato recibido 20.4%, tiempo de espera 14.8 %, vergüenza 10.8% y distancia 8.1%.

Este estudio presenta el análisis de la interrelación entre factores culturales que impiden la asistencia al parto institucional en gestantes del centro de salud-Huacar. Se hipotetiza que la atención materna, además de estar correlacionada con factores culturales como la educación de la madre, tiene estrecha relación con la disponibilidad de servicios de salud.

No obstante, en los sistemas de atención respecto al embarazo en la localidad de Huacar en materia de maternidad, el servicio de salud tiene muy escasa demanda en la atención del parto institucional. Las causas que se propone son: Factores culturales que están limitando el uso del Centro de Salud de Huacar que, aunque técnicamente apropiados, son prestados de manera inapropiada, derivándose incluso el riesgo a la mortalidad materna, determinados por hemorragias, aborto, desgarro vaginal, infecciones y otros como consecuencia de la inoportuna intervención del que la(o) asiste el parto.

Instituciones encargadas sobre salud respecto al tema muy poco están comprendiendo y haciendo para que este grupo vulnerable tenga un acceso fácil en el desarrollo del parto institucional con enfoque intercultural, porque implica en el personal de salud, el ejercicio de la ética profesional y el respeto de la dignidad humana.

Por lo tanto, el brindar los servicios de salud con calidad y calidez en el proceso del embarazo, debe busca canales de cómo fortalecer la red de servicios de salud materna infantil, asimilando y adecuando a sus prácticas, costumbres y necesidades con enfoque intercultural. Bajo esta perspectiva pretende buscar lo más relevante en cuanto a las percepciones y actitudes de la población en relación al servicio de salud y obtener bases significativos para el planteamiento de Estrategia de intervención en función a mejorar la salud de la población en la atención del parto institucional.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA GENERAL:

¿Cuáles son los factores culturales que impiden la asistencia al parto institucional en gestantes del Centro de Salud-Huacar- 2018?

1.2.1. FORMULACIONES ESPECIFICAS

¿Cómo influyen los factores culturales en la asistencia al parto institucional en gestantes del Centro de Salud de Huacar?

¿Cuáles son las actitudes culturales sobre la atención del parto en gestantes del centro de salud de Huacar?

¿De qué manera nos ayuda evaluar la manera que se percibe la atención del parto en gestantes del centro de salud de Huacar?

1-3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Existe una baja cobertura en la atención de las gestantes a la consulta pre y posnatal por razones aún no determinadas, por lo que se realiza esta investigación para determinar factores culturales que impiden a las gestantes asistir al parto institucional del centro de salud Huacar, que influyen en este problema. Las cuales estas expresan de alguna forma, la preferencia de ciertas prácticas, costumbres, actitudes, creencias dentro la comunidad respecto al parto en domicilio o en circunstancias que no explican las usuarias solicitan los primeros controles prenatales para luego abandonarlos, presentándose solo al registro y a recabar el certificado de vacunas.

Es un problema que ha merecido y merece atención preferente debido al poco acceso de algunos sectores de la población a la oferta de servicios de salud por parte del Estado a las altas tasas de morbi-mortalidad materna e infantil por causas evitable. Pero por otra parte, hay un importante número de mujeres que consulta con los servicios de salud

sólo una vez antes del parto por vergüenza o falta de confianza al personal de salud que le atiende más aún si son varones debido que los esposos no quieren que las vean ni toquen ya que es parte de la educación de las comunidades donde la mujer tiene que obedecer a sus esposos y que no demandan atención posterior ni en el parto, debido a que sólo buscan verificar si el niño se encuentra en buenas condiciones.

La atención prenatal con frecuencia se utiliza para determinar si el bebé está en buena posición, para tener la seguridad suficiente para el parto en domicilio, debido a que tienen mayor confianza y tranquilidad cuando son atendidas por familiares o parteras dentro de su contexto cultural. Las prácticas en la atención del parto están relacionadas con sus creencias.

Mediante este estudio se pretende generar mayor cobertura al parto institucional con un enfoque a la diversidad cultural de las comunidades, respetando el comportamiento, la concepción cultural de las gestantes que acuden al centro de salud de Huacar de esa manera brindar una atención de calidad, donde que las gestantes se sientan más en confianza y comprenda con respecto al parto institucional.

1.4. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La inasistencia de gestantes al centro de salud de Huacar para recopilar información y desinterés de la importancia sobre este tema son una forma de limitación para esta investigación.

1.5. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACION

Es viable porque se llevará a cabo ya que es un trabajo de investigación que si se podrá aplicar de acuerdo a los objetivos trazados.

2. OBJETIVOS:

2.1. OBJETIVOS GENERALES:

Determinar los factores culturales que impiden la asistencia al parto institucional en gestantes del centro de salud-Huacar- 2018.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Demostrar la influencia de los factores culturales que inciden en la no aceptación del parto institucional
- Identificar las actitudes culturales con respecto a la asistencia a la atención del parto institucional.
- Identificar la influencia de la percepción cultural de la atención del parto institucional en gestantes.
- Mejorar la confianza institucional de las gestantes promoviendo un plan de información en la atención del parto institucional.
- Mencionar las creencias culturales con respecto a la atención del parto institucional.

3. MARCO TEORICO

3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

1. VALDERRAMA SÁNCHEZ, SILVIA.CHILE 2008

Revista salud, sexualidad y sociedad: “Percepciones y Satisfacción de la mujer rural en la atención del parto institucional y tradicional en la provincia Sánchez Carrión” VOL 30 N°3, pág. 1,2.

Concluye en lo siguiente: Se encontraron como resultados que la relación entre el nivel de satisfacción en la atención del parto y el servicio institucional o tradicional de la mujer rural de la Sierra Libertana no muestra diferencias importantes. Además, el nivel de satisfacción personal en la atención del parto de servicio tradicional es muy similar que el nivel de satisfacción respecto a la forma de atención del parto Institucional. El mayor nivel de satisfacción respecto al tipo de proveedor que brinda la atención se pudo encontrar que la Obstetra brinda la atención con mayor satisfacción, seguido de la partera y luego el médico.

2. FERRADO MÓNICA L. BARCELONA. 2010

El parto en casa causa el doble de muertes de bebés que en el hospital”.

Concluye en lo siguiente: El estudio indica que en un 0,2% de los alumbramientos domésticos fallece el bebé. Es decir, que de cada 1.000 recién nacidos mueren dos. La cifra disminuye a la mitad entre los nacidos en hospitales: un 0,09%, lo que significa menos de un fallecido por cada millar de alumbramientos. Las probabilidades de imprevistos también son mayores en las primíparas. Según el estudio, si se trata de un primer parto, la mujer tiene un 36% de probabilidades de acabar siendo asistida en el hospital. Si se trata del segundo, la probabilidad de que el traslado sea necesario desciende a un 9%.

3. LOPEZ VASQUEZ CLEMENTE MARCELINO. 2014. GUATEMALA. “factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional”.

Concluye en lo siguiente: Las señoras encuestadas en su mayoría están comprendidas entre las edades de 21 a 30 años, son de procedencia rural, respecto al nivel académico de las madres la mayoría no saben leer ni escribir, mientras el resto sí sabe. Respecto al estado civil solo una pequeña porción de personas que están casadas, lo que representa el 30.95%. la mayoría monolingües, dominan el idioma Quiché, por temor no asisten a los servicios de salud. de acuerdo la religión predomina la evangélica. Tienen entre 1 a 10 hijos.

ANTECEDENTES NACIONALES:

MINSA. 2000-2003. PERÚ. DIRECCION GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA. “Cobertura de Parto Institucionalizado”.

Concluye en lo siguiente: Lograr el incremento de la cobertura de parto institucional es una estrategia clave para la prevención de la mortalidad materna asociada al parto que se viene persiguiendo hace varios años. Pero los resultados pueden verse afectados por el comportamiento de la tasa de fecundidad, la capacidad instalada de los establecimientos de salud y las limitantes de acceso a los servicios de salud, conviene mantener o superar porcentajes de incremento similares al obtenido en el año 2002, período durante el cual se alcanzó un 7% de incremento de la cobertura.

TARQUI.C.B. 2005. Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria Callao. Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2005; 22(2):109-16.

Concluye que: la continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención de parto, el poco entendimiento en el diálogo establecido entre el proveedor y usuaria durante la atención de salud son los factores que están altamente asociados con elección de parto domiciliario.

TARQUI CAROLINA, M; BARREDA ALEJANDRO, G. 2006. PERÚ. En la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú Factores Asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú.

RESULTADO: El 60% de las participantes proceden de la sierra, 25% de la selva y el resto de los alrededores de Lima. La edad promedio en el grupo de casos fue $28 \pm 6,5$ años y de los controles $26 \pm 6,1$ años. El saneamiento básico fue precario, 96,8% de las familias obtienen agua de los camiones cisternas, 88,24% la almacenaba en tachos de plástico, 79,2% contaba con silo y 68,6% no tenía alumbrado eléctrico. El 87,3% de las familias no tienen seguro social y el ingreso aproximado mensual fue de 410 nuevos soles) en 71%. En la primera etapa se aplicó el análisis bivariado para encontrar los factores de riesgo personales para la preferencia del parto domiciliario) y los factores institucionales.

SÁNCHEZ VALDERAMA SILVIA. “percepciones y satisfacción de la mujer rural en la atención del parto institucional y tradicional en la provincia Sánchez Carrión”. [en línea] 2 de 3 de 2008.

Concluye en lo siguiente: Que en los 5 últimos años el Ministerio de Salud ha iniciado una ampliación de la cobertura de sus servicios “incrementándose en las zonas rurales principalmente de la sierra de 33 a 56%”. A su vez, el número de profesionales se incrementó a través de la intervención de proyectos nacionales de “Focalización y Salud Básica para Todos”. Pero los partos siguen siendo en las comunidades y atendidos por otras formas de atención tradicional. A pesar del esfuerzo realizado por el Programa Nacional de Salud Reproductiva y otras cooperantes como el Banco Mundial, aun se presenta limitaciones en su efectividad, reflejándose esto en la persistencia de altas tasas de mortalidad materna y partos que son atendidos en comunidad

ALVARADO CARLOS, ÑATO. 2012. PERÚ. Gineco-obstetra y sub director general del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Concluye en lo siguiente: “Algunas mujeres eligen dar a luz sin usar ningún medicamento y confían en técnicas tales como la relajación y la respiración controlada para manejar el dolor. En el parto natural, la madre tiene el control de su cuerpo y habitualmente cuenta con un acompañante durante el trabajo de parto que, con mucha delicadeza, la guía y apoya durante las etapas del proceso”.

ANTECEDENTES LOCALES:

No existe un trabajo de investigación relacionado con el tema en la localidad de Huánuco.

3.2. BASES TEORICAS:

PARTO

Parto: Conjunto de fenómenos fisiológicos (activos y pasivos) cuyo objeto es la expulsión de un feto con un peso mayor de 500 g a través de los genitales femeninos (20 semanas aproximadamente.)

Parto a término: el que se produce entre las 37 y 41 semanas completas de amenorrea. Parto pos termino: el parto que se produce entre la semana 42 o más tarde. Parto pre termino: el que se produce antes de las 37 semanas.

Conocimientos Básicos en la atención de un parto: Conocimiento estricto de la asepsia y antisepsia, responsabilidad y capacidad para asistir partos y manejo conservador para obtener el mayor número de partos espontáneos.

Conducta al inicio del parto.- Examen minucioso y completo de la parturienta.

Examen físico general, temperatura, hidratación, pulso y presión arterial.

Examen obstétrico.

Periodos del trabajo de parto

1. Borramiento y dilatación del cuello uterino
2. Expulsión del feto
3. Salida de los anexos fetales (placenta y membranas.)= Periodo placentario o de alumbramiento.

“Fenómenos activos” son las contracciones y los pujos producidos en el parto.

“Fenómenos pasivos” son los efectos que los anteriores tienen sobre el canal del parto y el feto.

Atención prenatal y Atención Domiciliaria

Atención prenatal. Asistencia sanitaria prestada a la madre y al feto antes del parto.

Atención domiciliaria. Servicio sanitario facilitado en el lugar de residencia del paciente para promover, mantener o restaurar la salud o reducir al mínimo los efectos de la enfermedad y de la incapacidad. Estos servicios pueden incluir atención médica, dental y de enfermería, tratamiento y fisioterápico, servicios de cuidados del hogar o de provisión de transporte.

Tipos de parto

- **Parto abdominal.** Nacimiento de un niño a través de una incisión quirúrgica practicada en el abdomen. El método utilizado puede ser cualquiera de los diversos tipos de cesárea.
- **Parto activo.** Desarrollo normal del proceso del parto, con contracciones uterinas, dilatación del cuello y descenso del feto al canal del parto.
- **Parto artificial.** Parto inducido, como el provocado con fármacos o ayudas mecánicas.
- **Parto complicado.** Todo parto complicado por una desviación del procedimiento normal.
- **Parto con fórceps.** Intervención obstétrica en la que se utilizan instrumentos para extraer al feto. Se realiza para solventar distocias o acelerar partos en los que existe sufrimiento fetal o, lo que es más frecuente, para acortar un parto normal. Algunos tipos de partos con fórceps son: fórceps alto, fórceps bajo y fórceps medio.

- **Parto con padre como preparador.** Método de preparación psicofísica para el parto desarrollado por Robert Bradley, M.D.; comprende la educación sobre la fisiología del parto, sobre ejercicios y nutrición durante el embarazo y técnicas de respiración y relajación para el control y el bienestar durante el parto.

El padre participa ampliamente en las clases y actúa como el "entrenador" de la madre durante el parto. Ayuda a la madre a relajarse recordándole repetidamente que relaje diferentes partes del cuerpo, masajeándola y tocándola de la forma que él sabe la relaja y arreglando las almohadas para mantenerla en una posición semisentada. Durante las contracciones, ella respira profunda y lentamente, tomando el aire por la nariz y expulsándolo por la boca. Cuando nace el niño, con la madre todavía en posición semisentada, se le coloca sobre su abdomen y se le amamanta tan pronto como él o ella quieran. La madre toma un vaso de zumo de naranja y a menudo regresa andando a su habitación con el padre y el niño.

- **Parto de feto muerto.** Nacimiento de un feto que murió antes o durante el parto.
- **Parto de feto vivo.** Nacimiento de un lactante independientemente de la duración de la gestación, que muestre cualquier signo de vida, como respiración, latido cardíaco, pulso umbilical o movimientos de los músculos voluntarios.
- **Parto podálico.** . Presentación de nalgas es aquella en la que el polo pélvico o caudal del feto se relaciona con el estrecho superior de la pelvis materna y el polo cefálico se ubica en el fondo del útero. Se le denomina también presentación pélvica, durante el parto sale los pies o rodillas es considerada complicada.
- **Parto detenido.** Interrupción del proceso del parto que puede deberse a una obstrucción pélvica o a falta de contracciones uterinas.

- **Parto espontáneo.** Nacimiento vaginal que se produce sin la ayuda mecánica de fórceps obstétricos o de ventosas.
- **Parto falso. V.** Contracción de Braxton Hicks. Contracción irregular del útero de la embarazada que comienza en el primer trimestre y aumenta de frecuencia, duración e intensidad a medida que progresa el embarazo. Cuando la gestación está próxima al término, estas contracciones son tan fuertes que con frecuencia son difíciles de diferenciar de las contracciones del parto verdadero.
- **Parto precipitado.** Nacimiento que se produce a tal velocidad o en una situación tal que no se pueden hacer los preparativos habituales.
- **Parto prematuro.** Parto que se produce antes de lo normal, ya sea antes de que el feto haya alcanzado los 2.000 a 2.500 g o antes de la 37 a 38 semanas de gestación. No existe una medida única del peso fetal o de la edad gestacional que se utilice universalmente para considerar un nacimiento como prematuro; la política local o institucional dictará cuáles de las distintas normas se aplicarán.
- **Parto prodrómico.** Período inicial del parto antes de que las contracciones uterinas sean enérgicas y lo suficientemente frecuentes como para provocar la dilatación progresiva del cuello uterino.

PERSONA QUE ATIENDE EL PARTO:

Según la ENSMI solo 66 de cada 100 partos son atendidos por personal calificado médico y obstetras. Según ENDES 963, sólo 67% de las mujeres que ha tenido un parto recibe control prenatal por un profesional de la salud y 54% de ellas tuvo por lo menos 4 controles. En las zonas urbanas, el control del embarazo alcanzó 81%,

mientras que en las zonas rurales, apenas 47%. Entre las mujeres que tienen instrucción superior, el control prenatal llegó al 95%, y tan sólo 39% entre las madres sin educación.

PARTO INSTITUCIONAL:

El parto institucional está comprendido por el Parto en servicio y por el parto en domicilio atendido por personal de salud.

PARTO DOMICILIARIO

Es aquel parto atendido por una partera o familiar ajena al servicio de salud. Para que la mujer pueda dar a luz en casa el embarazo no debe ser de riesgo. El plan de nacimiento debe establecerse antes de la semana 28 de gestación, y el alumbramiento debe tener lugar entre las semanas 37 y la 42.

PARTERA

En el sentido tradicional es la persona (del sexo femenino) que atiende el parto en la comunidad, cuida la salud de las mamás y recién nacidos. Es reconocida en la comunidad por su conocimiento y experiencia

Rol de la partera durante el parto

A menudo se da el caso que la partera es una mujer con experiencia que pertenece al grupo familiar de la mujer, pero a veces se llama a una partera de fuera de la familia. Al llegar al domicilio hablará con la mujer, preguntándole cuándo empezaron sus dolores, aunque las parteras no manejan la noción que haya una duración normal" del parto, pues, reconocen que para cada mujer los dolores y la duración del parto son distintos.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ACEPTACIÓN DEL PARTO INSTITUCIONAL.

Un factor, es cualquier característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido. (8)

Los factores para la temática se describen a continuación:

Factores culturales

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

Factores educativos

Los programas educativos formales y no formales, la utilización de medios audiovisuales para transmitir la información y otras formas de docencia y difusión del conocimiento son ejemplos de los factores educativos que se relacionan con el significado del cuidado.

Factores físicos

Los factores físicos se relacionan con el estado físico del ser, incluidos los patrones biológicos y mentales. Como la mente y el cuerpo están interrelacionados, cada uno de los patrones influyen en el otro.

Factores socioculturales

Algunos ejemplos de factores socioculturales son la etnicidad y la estructura familiar, la relación con amigos y familia, la comunicación, la interacción, y el apoyo social, el

conocimiento de las interrelaciones, la participación y la familiaridad, y las estructuras de grupos culturales.

Factores económicos

Los factores relacionados con el significado del cuidado incluyen dinero, presupuestos, sistemas de seguros, limitaciones y directrices impuestas por las organizaciones de cuidado dirigido y, en general, la asignación de recursos humanos y materiales escasos para mantener la viabilidad económica de la organización. Se debe considerar el cuidado como un recurso interpersonal, así como los bienes, el dinero y los servicios. Munidad y sociedad.

El parto en la cultura de los Andes

Las ideas de la mujer andina sobre la gestación, por ejemplo, pueden llevar a las madres a diagnosticar el estado y el sexo de su bebé a partir de sus movimientos, y a las parteras a administrar pociones o intervenir directamente con sus manos para palpar o reposicionar una imagen cultural del feto dentro del cuerpo de la madre. Otras ideas, expresadas mediante el rito y la invocación, pueden indicar un conjunto de correspondencias ensambladas que sitúan a la madre como microcosmos en relación a procesos espacio temporales más amplios de gestación y transformación. Según algunos expertos, en la cultura andina “se rechaza la división mente-cuerpo que está en la base de la obstetricia biomédica quien sostiene que una sociología comparativa del parto requiere un estudio de las relaciones entre los sistemas de significación, el comportamiento social y el estado

Embarazo, enfermedad y muerte

Los procedimientos y las creencias respecto al parto deben entenderse como el fruto de un proceso secular de ajuste reflexivo, auto modernización activa e intervención política. De hecho, existen nuevos esfuerzos por negociar y acomodarse en relación a las actuales políticas de salud reproductiva, que emanan de los puestos médicos locales y de los hospitales. Estas políticas están transformando prácticas específicas sin disolver, hasta ahora, ciertas premisas básicas de las aproximaciones andinas al parto, premisas que en el siguiente análisis se ponen de manifiesto.

Las políticas de salud reproductiva han desplazado la atención prioritaria desde la madre hacia el bebé, de una manera a menudo perjudicial para las mujeres.

En la cultura andina, la muerte de un bebé es motivo de lágrimas y lamentaciones, pero no tiene ni remotamente el significado traumático de la muerte de la madre, quien normalmente es un miembro en plenas funciones dentro de la sociedad local. De ahí que en la cultura se hace énfasis sobre las ideas y prácticas referentes a la enfermedad perinatal y la muerte.

Ideas sobre la concepción

Varios discursos se combinan para expresar el embarazo y el parto, cuyo examen proporciona una ventana sobre la manera de imaginar y concebir el desarrollo fetal en la cultura andina. Como comúnmente sucede en los Andes, la fertilización se considera más probable durante la menstruación. La sangre menstrual es una parte principal de la contribución de la mujer a la sustancia fetal, y se dice que el feto es como una planta y como tal necesita humedad para crecer.

En la cultura andina, “el énfasis sobre la especificidad del cuerpo de cada mujer, y su comportamiento distintivo durante el proceso de embarazo y parto, contrasta fuertemente con los estandarizados modelos fisiológicos que son utilizados por la moderna obstetricia biomédica, y que presuponen una semejanza básica entre todos los cuerpos parturientas, sin diferenciación.”

Preparando el parto

Cuando el líquido amniótico cae al suelo, la mujer se viste con un viejo vestido y se peina cuidadosamente mientras yace, esperando, con un fajín (tal como se lleva por los guerreros en las batallas) enrollado a la cintura, que se apretará inmediatamente después del parto para evitar que la placenta la asfixie al flotar hacia arriba dentro de su cuerpo, buscando al bebé. “Tanto en las consultas prenatales como durante el propio parto, la situación de la mujer se relaciona ritualmente con su contexto cósmico más amplio. Se echan las libaciones en las esquinas de la casa para las glorias (o rayos). Se establecen correspondencias armoniosas entre el vientre de la mujer como una cueva dentro de la tierra, fuente del crecimiento y del nacimiento, como también con el mundo superior, fuente de la luz y del orden cristianos, que se refractan en los cristales del nacimiento utilizados en la construcción de las ofrendas rituales (llamadas mesas). Al hacer del cuerpo de la madre el centro de un conjunto de dimensiones correspondientes, se establecen las condiciones geománticas necesarias para un nacimiento seguro.”

Adecuación cultural e interculturalidad

Adecuación cultural es la necesidad de que el sistema biomédico y su personal de salud se adecue a la cultura de la población. En este contexto la interculturalidad en salud es la búsqueda, construcción y promoción de relaciones equitativas entre las diferentes culturas que conforman nuestro país, así como en los diferentes planos y niveles del Sistema Público de Salud. Implica también la obligación del Estado de desarrollar políticas, leyes, programas y acciones basados en el reconocimiento-aceptación de diferentes lógicas, conocimientos y prácticas en salud.

El objetivo de una visión de interculturalidad en salud incluye la propuesta de garantizar el derecho a la salud y brindar una atención incluyente y humanizada de todas las culturas existentes en este país, y contribuir a la realización social de las personas y colectividades.

Interculturalidad es la interpelación mutua, el cuestionamiento y valoración de lo propio y lo ajeno, el potenciamiento de los elementos en común, el reconocimiento de las diferencias y los choques culturales.

La interculturalidad plantea un dialogo abierto ente personas o los sistemas que se identifican (mas) con una u otra cultura médica.

Parto deshumanizado. - Es aquel parto que recibe mal trato, coacciona la libertad, robando a la persona su palabra su expresividad, su cultura su mundo objetivo.

El parto humanizado. - Como alternativa al parto institucional occidental se ha planteado el parto humanizado, que considera las costumbres y creencias de los hombres y mujeres inmersos en la cultura andina, por supuesto en base a una selección de las prácticas más beneficiosas para la salud de la parturienta y el niño.

El parto humanitario consiste básicamente en un proceso compuesto por las siguientes etapas:

1. La acogida. Es frecuente que exista descontento desde el primer momento en que las parturientas acuden al establecimiento de salud: por actitudes de indiferencia, un trato hostil, dificultades en la comunicación, el idioma, por ignorar a las personas acompañantes, etc. Por ello, la admisión y acogida debe estar a cargo de personal que habla el idioma de la región. Este servicio de recepción debe ser permanente, y la acogida cálida y respetuosa. Se debe prestar particular atención al estado físico y emocional de la parturienta y si la situación lo requiere, postergar el llenado de cuadernos, formularios, historia clínica, etc. Es preciso que el personal médico no juzgue, culpe o reproche a la parturienta o a sus acompañantes.

Finalmente, si la parturienta está acompañada por una partera se recomienda incorporarla en el proceso de recepción, al igual que el resto de los familiares.

2. La escucha. Se suele pensar que hablar es más importante que escuchar; y, si se habla lo suficientemente fuerte y claro, uno será bien escuchado. De modo generalizado el personal de salud está más entrenado para hablar, informar, indicar, decir, o sea, en el monólogo y la comunicación vertical. De este modo, no se entera de qué quiere la usuaria, qué siente, qué sabe, qué no sabe y cuáles son sus ideas. Por ello se recomienda atentamente a la parturienta y acompañantes.

La escucha permite también equilibrar las relaciones de poder y coadyuvar al reconocimiento ciudadano de la persona; es decir, de los derechos y responsabilidades de cada quien; eleva la autoestima y la confianza.

3. La información. Es frecuente que se informe muy escuetamente sobre todo lo que concierne a la salud de la parturienta y sobre los procedimientos que se realizan. Esto causa mucha inseguridad y desconfianza. Además, es un principio de la ética actuar en base el consentimiento informado. Por ello, se recomienda que a lo largo del proceso de atención se debe informar sobre todo lo que ocurre para que la parturienta y sus familiares sepan lo que pasa, qué le están haciendo y por qué. Además, se debe organizar sesiones de capacitación dentro de los equipos para compartir e intercambiar ideas sobre las formas más adecuadas de explicar los temas más recurrentes de la atención.

4. Los rituales del parto. Aunque la vida y la muerte son impensables sin lo espiritual, el sistema biomédico ha anulado prácticamente todas sus manifestaciones y, especialmente, en relación al parto y el nacimiento. Los rituales tienen una eficacia simbólica, es decir, resultados terapéuticos que se obtienen por medios distintos de los farmacológicos, como son las oraciones, las ceremonias y otros. Muchos esposos, esperando en los pasillos, cuentan haber rezado.

La medicina científica engloba esta eficacia bajo el efecto placebo. En el medio andino se conoce la práctica del sahumero, como ritual que se realiza al inicio del trabajo de parto o, si el parto es difícil, cuando se constata tal dificultad. Según una partera del departamento de La Paz, se usa incienso cuando se quiere ahuyentar a los malos espíritus.

Parte del ritual es el contacto directo de la parturienta con el humo. Por ello, se recomienda tener presente que el parto y nacimiento son acontecimientos también espirituales. El personal de salud tiene que saber sobre los rituales que existen y

actuar con respeto. Además, se debe permitir la realización del sahumerio al inicio del trabajo de parto, si es que la parturienta y su familia lo requieren.

5. El manteo. El manteo se ha estudiado poco en el sistema biomédico y no se suelen conocer las diversas técnicas. Existe la falsa creencia de que se realiza jalando de las cuatro puntas de una frazada o poncho tirando al aire a la embarazada. Por tanto, de modo generalizado se considera perjudicial para la salud de la madre. Sin embargo, muchas embarazadas valoran altamente el manteo (como ellas lo conocen), considerando que tiene una gran efectividad para acomodar la guagua y lo describen de la siguiente manera: “se hace echar a la embarazada en una frazada o poncho largo. Luego, entre dos personas, toman de las puntas del textil y se dan sacudidas suaves de un lado a otro alternativamente, haciendo correr muy suavemente a la parturienta. Se suele hacer esta acción tres veces a cada lado: para el Padre, e. Hijo y el Espíritu Santo. Se realiza esta acción con el fin de enderezar así la posición de la wawa y facilitar el nacimiento.”

En materia de investigación, tenemos la siguiente referencia sobre los efectos del manteo, citada por Burgos: “las maniobras o masajes y las manteadas para lograr la colocación del feto son dignas de mayores investigaciones ya que evitan complicaciones graves que solo se resuelven quirúrgicamente. El equipo comprueba la existencia de una lógica definida que revela la coherencia entre causas y respuestas y que corresponden a la racionalidad andina”.

Por ello, se recomienda que el personal de salud debe aprender de manera desprejuiciada sobre las prácticas del manteo y masajes para acomodar a la guagua;

en lo posible debe documentarlas, para tener más certeza sobre sus beneficios o posibles consecuencias negativas que pueda tener.

6. La importancia del calor durante y después del parto. Uno de los elementos fundamentales del modelo terapéutico andino es el sistema cálido – frío. Según este sistema, la salud de las personas depende del equilibrio entre los elementos fríos y cálidos que predominan en un momento dado.

Uno de los principios que se deriva de este concepto es el de la utilización de elementos contrarios. Cuando la persona sufre algún mal o se encuentra en un período que se considera el estado del cuerpo de determinada propiedad (la salud no es ausencia de enfermedad en la medicina andina), se deben ingerir alimentos o remedios cuyas propiedades son opuestas a las del cuerpo; propiedades que no necesariamente se refieren a la temperatura en sí.

En relación con el cuidado de la salud durante el embarazo, parto y post- parto este concepto se asocia con el fluido de la sangre, ya que los elementos cálidos y calientes hacen perder sangre, mientras que los frescos y fríos evitan la pérdida de la sangre. Por ello, se recomienda que el ambiente o los ambientes donde se atiende a la parturienta deban tener una temperatura adecuada, sin corrientes de aire.

Disponer de suficientes frazadas para que la parturienta se pueda abrigar bien. Además, el lugar donde se atiende el parto tiene que dar una sensación cálida y hogareña. Por otra parte, el personal del servicio debe encargarse de preparar mates durante el trabajo de parto, cuantas veces la parturienta lo desee.

7. La ropa de la parturienta. La costumbre de la gente citadina de utilizar ropa distinta para dormir y para realizar las actividades diarias no es común en los pobladores de las comunidades rurales. Las mujeres cuya vestimenta habitual es el ajustada (prenda de una sola pieza de tela de tocuyo y de color negro) permanecen con su vestimenta las 24 horas del día. De este modo las mujeres no suelen sacarse la ropa para el momento del parto, sino solamente la pollera, quedándose cubiertas por la enagua, la blusa y la chompa.

En este sentido, la guía de parto humanizado recomienda que se permita a la parturienta no cambie de ropa durante el trabajo de parto y el parto.

8. La indumentaria del personal de salud. La indumentaria del personal de salud – mandil blanco, barbijo y gorra – atemoriza mucho a las parturientas y a sus familiares. Especialmente, el barbijo, que es tomado como una señal de rechazo a la parturienta, por estar sucia. Además, parece mostrar que el parto es una enfermedad.

Considerando estos aspectos, se recomienda que, en el parto humanizado, el personal de salud no deba llevar mandil blanco, ni gorra, ni barbijo

3.3 DEFINICION DE CONCEPTOS BASICOS

ALTERNATIVO: Acción o derecho que tiene cualquier persona o comunidad para ejecutar algo o gozar alternando algo de ello con otra.

ALUMBRAMIENTO. - Desde el momento de la salida del feto al exterior, hasta la expulsión de la placenta y sus membranas, se extiende el periodo de alumbramiento.

ACCESIBILIDAD. - condiciones necesarias para que las personas pueden obtener servicios de salud individual y colectiva.

CULTURA. - Conjunto de rasgos distintivos espirituales, materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a la sociedad o grupo social en un periodo determinado. El término “Cultura” engloba además modos de vida. Ceremonias, arte, invenciones, tecnología, sistemas de valores, derechos fundamentales del ser humano. Tradiciones y creencias. A través de la cultura se expresa el hombre, toma conciencia de sí mismo, cuestiona sus realizaciones, busca nuevos significados y busca obras que la trasciendan.

CREENCIAS. - Actitud mentales que genera a consecuencia de los ritos y costumbres de las sociedades.

CONOCIMIENTOS. - Acción y efecto de conocer, entendimiento, razón cultural. Ciencia y sabiduría.

DILATACION. - Comprende desde el comienzo de los dolores o contracciones hasta que el cuello uterino se ha dilatado (se abre el cuello uterino) completamente.

EXPULSION. - El periodo de expulsión empieza desde el momento en que el feto inicia a progresar a lo largo del canal del parto, una vez dilatado el cuello, y termina en el momento de completa salida al exterior.

PARTERA. - Persona con títulos legales que asiste a la parturienta, mujer que sin tener estudios o titulación, ayuda o asiste a la parturienta.

PARTO. - Es el proceso que experimenta el cuerpo de la mujer para que se produzca el nacimiento del bebe, para ello este tiene que recurrir un camino difícil abandonar el útero y atravesar la vagina para salir al exterior.

PARTO NATURAL. - No es simplemente un parto, sino aquel que se produce gracias a la maravilla de la fisiología, y en el que los procedimientos obstétricos se aplican únicamente en casos de necesidad. Es lo opuesto al parto medicalizado, atendidos por la obstétrica convencional. En el cual la obstétrica sustituye a la fisiología de la mujer, desvirtuando del nacimiento y generando los riesgos innecesarios para la madre y el bebé.

POSPARTO. - Periodo que va desde el parto hasta que los órganos productores regresan lo más pronto posible a la situación que tenía antes del embarazo, se conoce como puerperio, Dura aproximadamente de 6 a 8 semanas, tiempo en el que los cambios se produjeron en el transcurso del embarazo y se recuperan progresivamente.

PREJUICIOS. - Juicio u opinión sobre algo antes de tener verdadero conocimiento de ello. Actitud discriminatoria hacia las personas o acciones de otra clase social u origen racial.

PARTO INSTITUCIONAL: El parto institucional está comprendido por el Parto en servicio y por el parto en domicilio atendido por personal de salud.

PARTO DOMICILIARIO: es el parto atendido en el domicilio por un profesional médico en salud u otro profesional.

RITOS. - Acto formales en el que los participantes realizan una serie de acciones estereotipadas y pronuncian declaraciones conforme a unas rígidas y minuciosas, prescritas en gran medida por las costumbres y aprobadas de antemano.

RITUAL. - Conjunto de ritos de una religión, de una iglesia o de una función sagrada. Estar impuesto por la costumbre.

SEGURIDAD: Condiciones en el establecimiento que garantice a los usuarios, acceso a servicios sanitarios básicos para prevenir riesgos en él y medio ambiente.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO: es el balance favorable entre lo que la persona o población espera de los servicios de salud.

TRADICIÓN. - Transmisión de noticias, composiciones literarias, doctrinas, ritos, costumbres, etc., hecha de generación en generación.

TANTEO. - Es conocer y detectar con movimientos suaves con las yemas de los dedos de la mano la posición del niño. Lo ideal es que el niño se encuentre en posición recta con la cabeza hacia abajo.

MANTEO. - Shushuna.- Consiste en sacudir o amanquear a la madre, quien está recostada en una sábana o poncho esquinado, esto lo hace una partera se coge la punta de una sábana y el esposo coge la sabana de otra esquina, luego la partera sacude hacia el lado del esposo y el esposo acude otro lado con dirección donde la partera por 3 ocasiones en 3 momentos. Luego hacer levantar en forma recta para que el niño permanezca en posición recta.

4. HIPOTESIS Y VARIABLES

4.1. . HIPOTESIS:

Hi: los factores culturales si determina la asistencia al parto institucional en g
estantes del centro de Salud-Huacar.

H0: los factores culturales no determinan la asistencia al parto institucional en
gestantes del centro de Salud-Huacar.

4.2. VARIABLES

4.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

El factor cultural.

4.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE

El parto institucional

4.3 VARIABLE INTERVENIENTE

Edad.

Ocupación.

Educación de la madre

OPERACIONIZACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION DE VARIABLES	DIMENSION	INDICADORES	INTRUMENTO
FACTOR CULTURAL	El término cultural hace referencia a cualquier proceso o fenómeno vinculado a los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad	SOCIAL CULTURAL	EDAD ESTADO CIVIL OCUPACION GRADO DE EDUCACION	ENTREVISTA CUESTIONARIO
VARIABLE DEPENDIENTE PARTO INSTITUCIONAL	Aquel parto atendido dentro del servicio de salud por un personal especializado. de salud; en el cual se estima hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido.	SOCIAL CULTURAL	PROFESIONAL INFRAESTRUCTURA	ENTREVISTA CUESTIONARIO

5. MÉTODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

5.1. Tipo de Investigación.

Es un estudio descriptivo-prospectivo, transversal explicativo

5.1.1 Enfoque

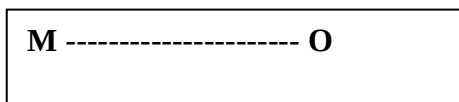
Se plantea una investigación básica.

5.1.2 Alcance o nivel

Metodológicamente el nivel de la investigación corresponde a un estudio descriptivo analítico.

5.1.3 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación planteado será de tipo descriptivo simple:



5.2. Población y muestra

POBLACIÓN

Está conformada por las mujeres gestantes que asistieron al Centro de Salud de Huacar-Ambo-Huánuco.

Criterios de inclusión:

- Distintas culturas, religiones, clases sociales, origen étnico y procedencia.
- Asistieron a controles prenatales
- Asistieron al parto institucional

➤ No llegaron al parto institucional

- Criterios de exclusión:

No serán incluidas las mujeres que no se encuentran en estado gestacional.

5.2.1 MUESTRA DE ESTUDIO:

De esta población tomaremos una muestra probabilística porque al final del estudio se podrá detallar y generalizar a la población es de tipo simple porque se escogerá la muestra al azar un total de 70.

n=70 gestantes

5.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las variables serán recolectadas a través de entrevista que contendrán preguntas directas, impartidos a las madres que conforman la muestra de la población. Esta técnica nos permitirá recoger información de primera mano por medio de opiniones, modos de sentir, pensar de las mujeres embarazadas y conocer las razones fundamentales que le impiden asistir a los servicios de parto que ofrece el Centro de salud de Huacar como fuera de ella.

Técnicas de recolección de datos: entrevista.

Instrumento de recolección de datos: cuestionario

5.4 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

Los datos serán representados mediante tablas simples para una mejor visualización y comprensión de los datos obtenidos.

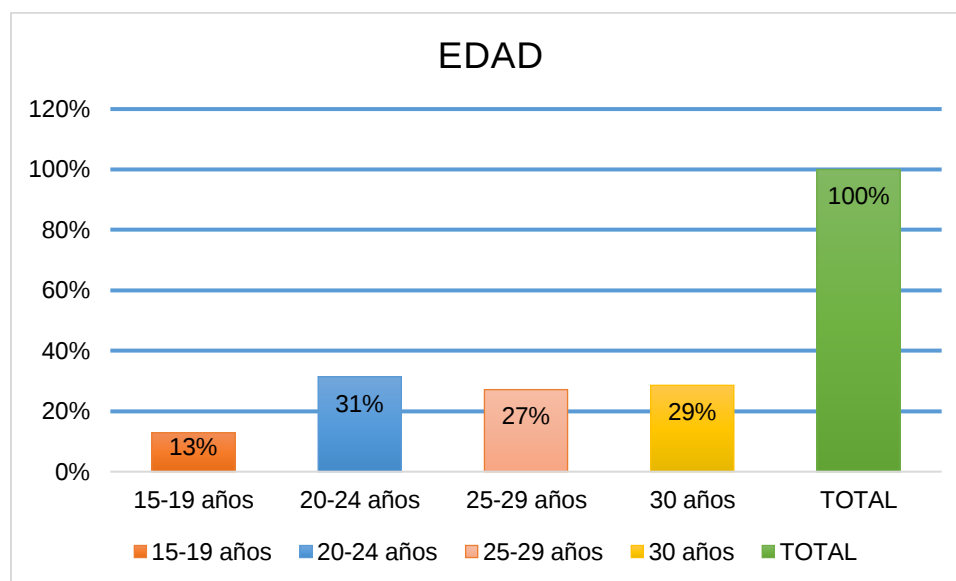
Las tablas y gráficos utilizados serán en relación a las variables propuestas, las cuales se presentarán en un orden ascendente y constaran de título, cuerpo y fuente de recolección de datos, acompañados de su respectivo gráfico datos, acompañados de su respectivo gráfico.

6.- RESULTADOS. Tabla 1 SEGÚN EDAD

GRAFICO N°1

SEGÚN EDAD :	Nº	%
15ª 19 años	09	13%
20 a 24 años	30	31%
25 a 29 años	19	27%
30 años a màs	22	29%
TOTAL	70	100%

Fuente: cuestionario aplicado a los usuarios del C.S. Huacar



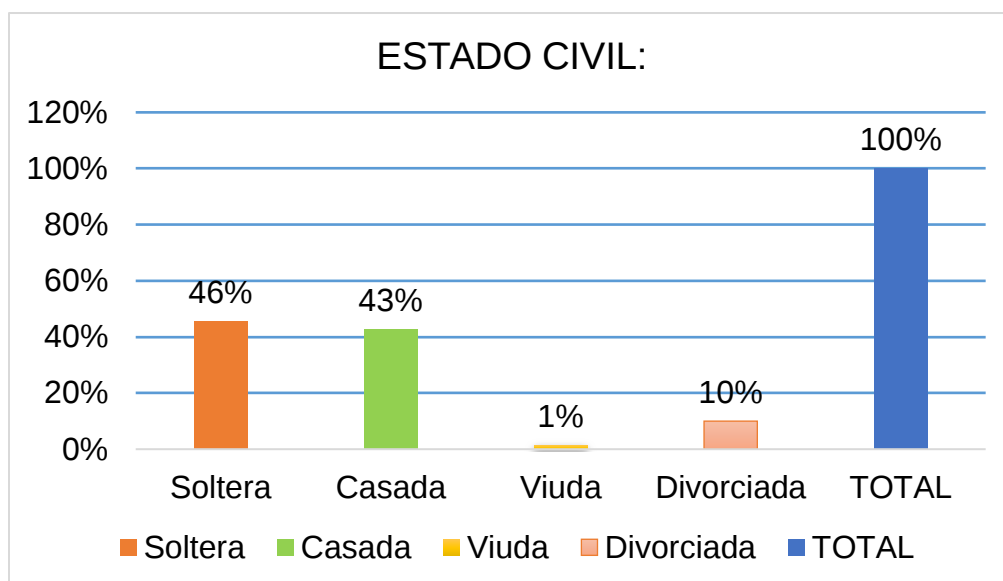
INTERPRETACIÓN: se observa que la mayoría de las gestantes tienen de 20 a 24 años con un 31%, un 29% de 30 años, un 27% de 25 a 29 años, un 13% de 15 a 19 años.

TABLA N°2 EL ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES DEL C.S. HUACAR

GRAFICO 2

ESTADO CIVIL:	Nº	%
Soltera	32	46%
Casada	30	43%
Viuda	1	1%
Divorciada	7	10%
TOTAL	70	100%

Fuente: cuestionario aplicado a los usuarios del C.S. Huacar



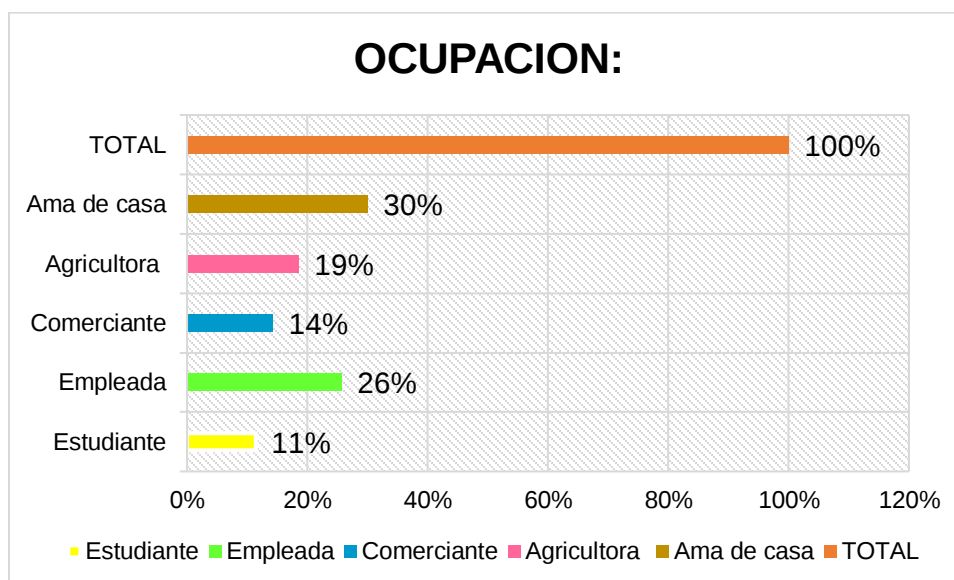
INTERPRETACIÓN: se observa que un 46% son solteras, un 43% casada, un 10% divorciada y 1% son viudas.

TABLA N°3. OCUPACION DE LAS GESTANTES DEL C.S. HUACAR

GRAFICO 3

OCUPACION:	Nº	%
Estudiante	8	11%
Empleada	18	26%
Comerciante	10	14%
Agricultora	13	19%
Ama de casa	21	30%
TOTAL	70	100%

Fuente: cuestionario aplicado a los usuarios del C.S. Huacar



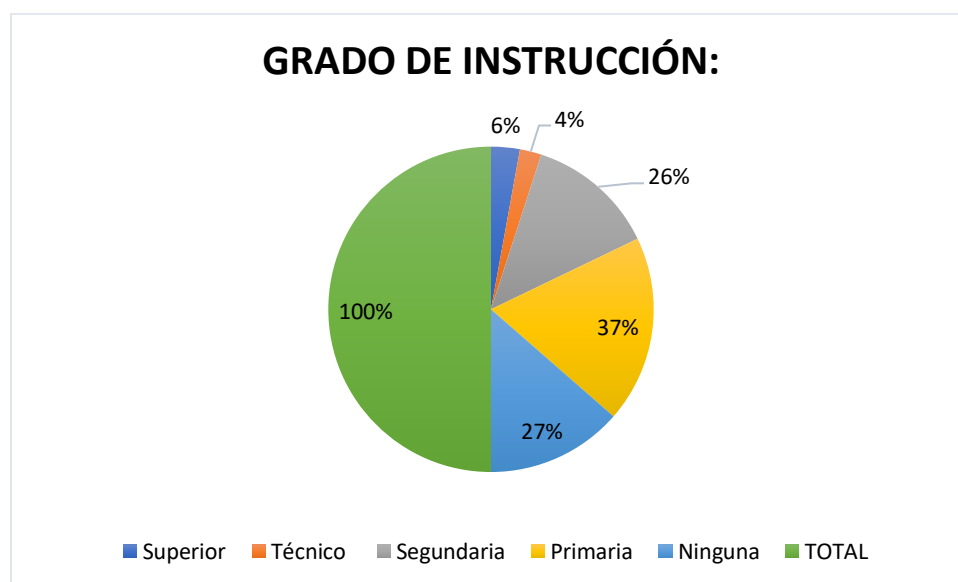
INTERPRETACIÓN: se observa un 30% son ama de casa, un 26% son empleadas, un 19% son agricultoras, un 14% son comerciantes y un 11% son estudiantes.

**TABLA N°4. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES DEL C.S.
HUACAR**

GRAFICO 4

GRADO DE		
INSTRUCCIÓN:	Nº	%
Superior	4	6%
Técnico	3	4%
Secundaria	18	26%
Primaria	26	37%
Ninguna	19	27%
TOTAL	70	100%

Fuente: cuestionario aplicado a los usuarios del C.S. Huacar.



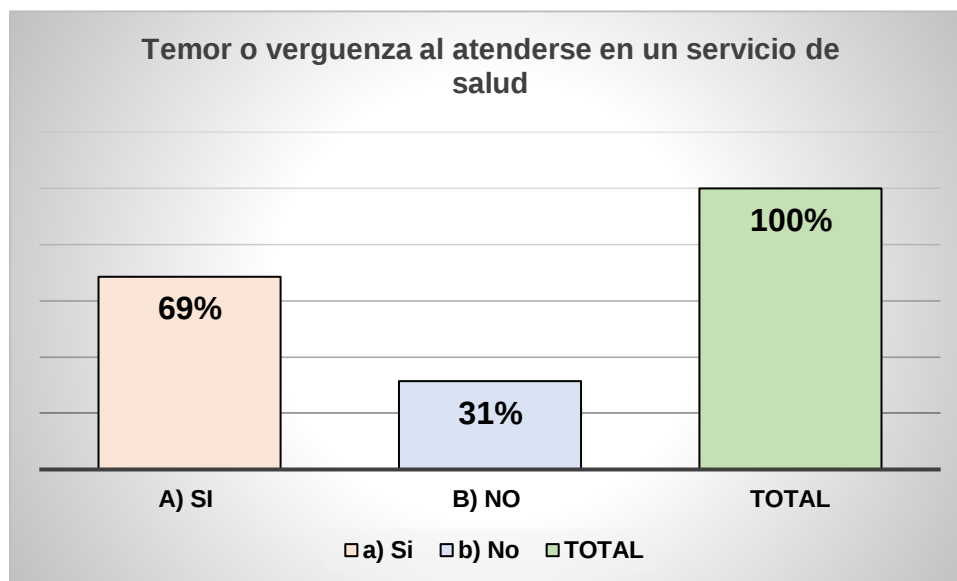
INTERPRETACÓN: se observa que el 37% tienen primaria, un 27% ninguna, un 26% secundaria y un 6% superior y un mínimo de 4% tienen estudios técnicos.

TABLA N°5. TEMOR O VERGÜENZA AL ATENDERSE EN UN SERVICIO DE SALUD

GRAFICO 5

Temor o vergüenza al atenderse		
en un servicio de salud	Nº	%
Si	48	69%
No	22	31%
TOTAL	70	100%

Fuente: cuestionario aplicado a los usuarios del C.S. Huacar



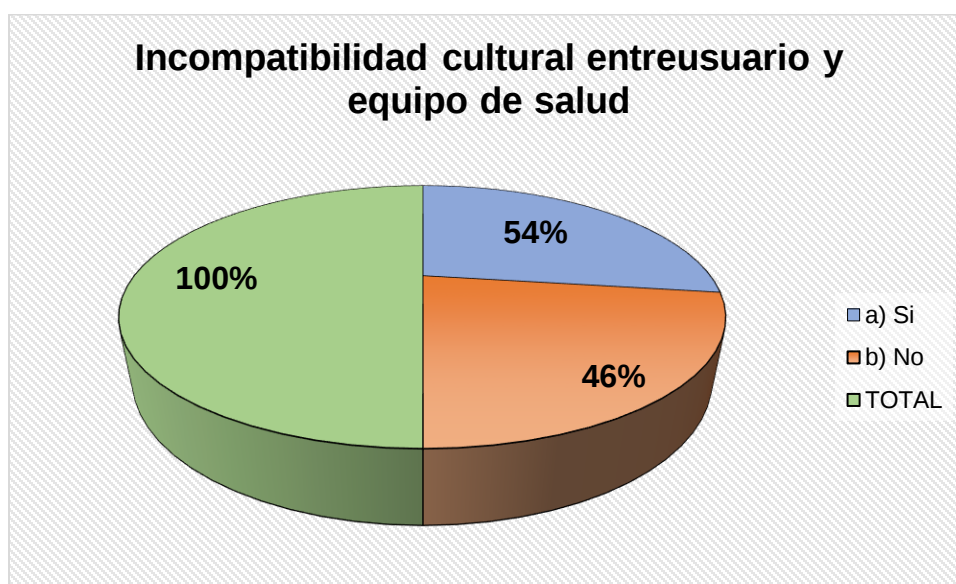
INTERPRETACIÓN: se observa que el 69% (48) de las mujeres si tienen vergüenza de atenderse en un servicio de salud, mientras que el 31% (22) dicen no sentir vergüenza de hacerlo.

TABLA N°6. INCOMPATIBILIDAD CULTURAL ENTRE USUARIO Y EQUIPO DE SALUD

GRAFICO N°6

Incompatibilidad cultural entre usuario y equipo de salud	N°	%
a) Si	38	54%
b) No	32	46%
TOTAL	70	100%

Fuente: cuestionario aplicado a los usuarios del C.S. Huacar



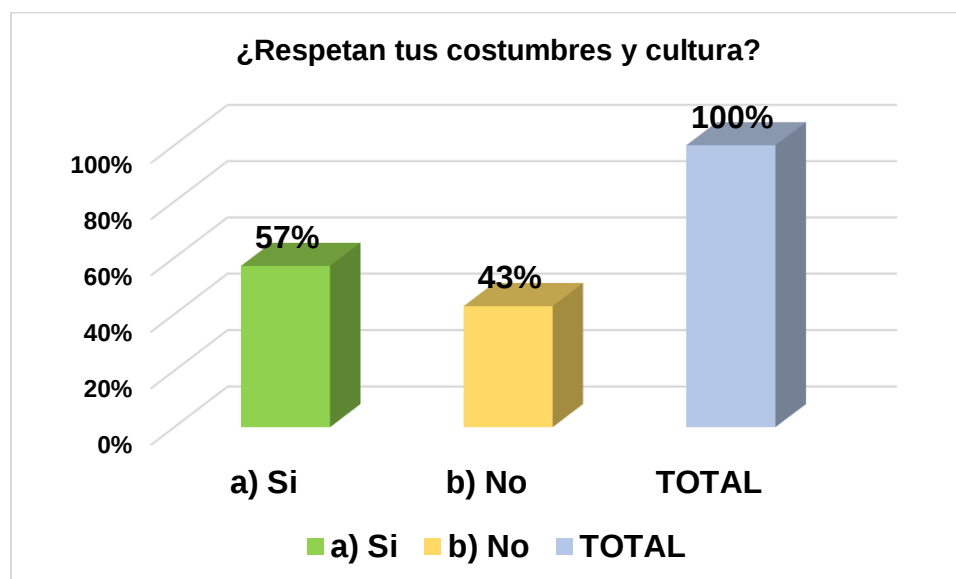
INTERPRETACIÓN: Se observó que el 54% de las mujeres del C.S. Huacar indican que existe incompatibilidad de los caracteres entre usuario y el servidor de salud, en tanto que el 46%, manifiesta que no.

TABLA N°7. RESPETAN TUS COSTUMBRES Y CULTURA

GRAFICO N°7

¿Respetan tus costumbres y cultura?		
cultura?	Nº	%
a) Si	39	57%
b) No	31	43%
TOTAL	70	100%

Fuente: cuestionario aplicado a los usuarios del C.S. Huacar



INTERPRETACIÓN: en la tabla 7 refleja que el personal de salud demuestra a los pacientes el respeto a sus costumbres y cultura, especialmente las relacionadas con el parto por lo que estos son percibidos a un 57% por las mujeres entrevistadas; mientras que un 43% perciben que los personales de salud no respetan sus costumbres y cultura.

**TABLA N°8. DESCONFIANZA EN LOS EQUIPOS DE SALUD Y EN EL
TRATAMIENTO PRESCRITO**

GRAFICO 8

Desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito	N°	%
SI	56	80%
NO	14	20%
TOTAL	70	100%



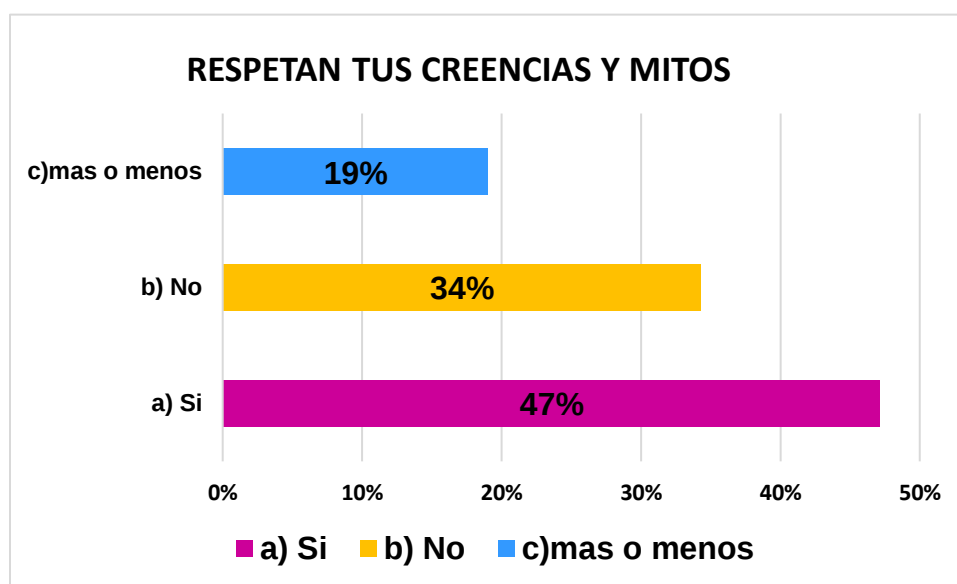
INTERPRETACIÓN: En la tabla se observa que un 80% de las pacientes refieren sentir desconfianza en los equipos de salud y de los medicamentos prescritos, a diferencia de un 20% que no la tuvieron.

TABLA N°9. RESPETAN TUS CREENCIAS Y MITOS

GRAFICO 9

Creencias y mitos	N°	%
a) Si	33	47%
b) No	24	34%
c) Más o menos	13	19%
TOTAL	70	100%

Fuente: cuestionario aplicado a los usuarios del C.S. Huacar.



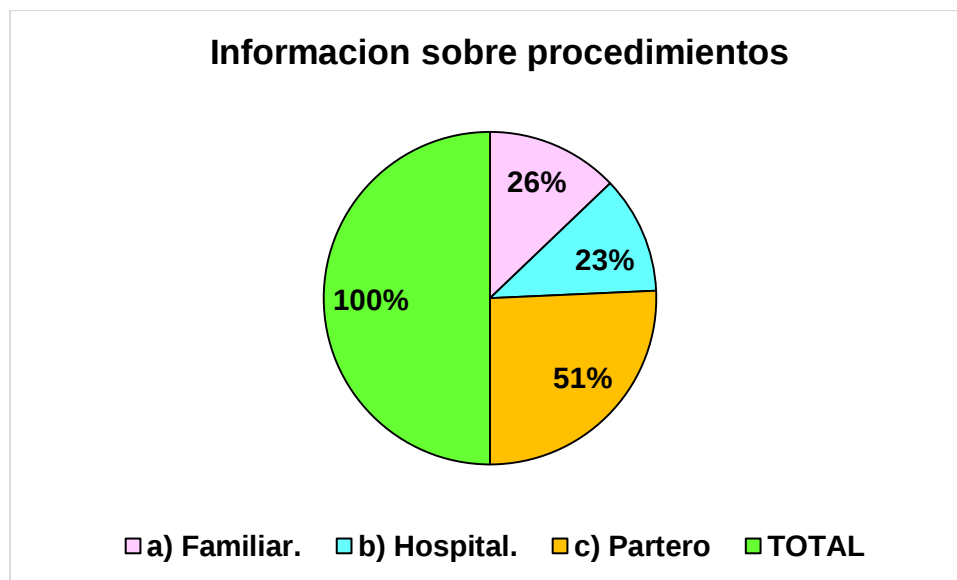
INTERPRETACION: Se observa que un mayor porcentaje de 47% si coinciden en que respetan sus creencias y mitos, un 34%, dicen que no las respetan un mínimo de 19% dice que la respetan más o menos.

TABLA N°10. INFORMACIÓN SOBRE PROCEDIMIENTOS

GRAFICO 10

Información sobre procedimientos	Nº	%
a) Familiar.	18	26%
b) Estab. Salud.	16	23%
c) Partero	36	51%
TOTAL	70	100%

Fuente: cuestionario aplicado a los usuarios del C.S. Huacar.



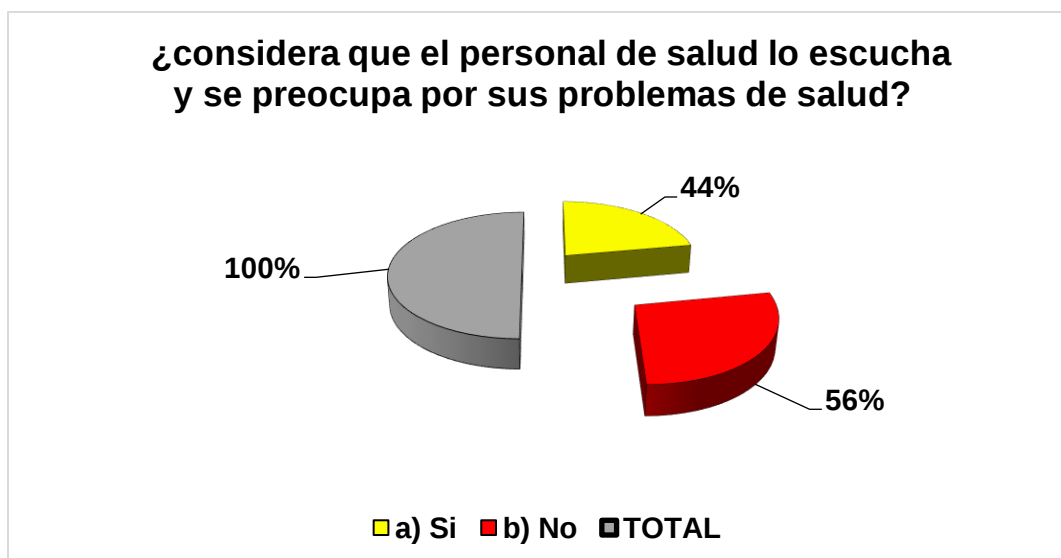
INTERPRETACIÓN: se observa en la tabla n°10 que un 51% de las mujeres recibieron información de parte de la partera, un 26% de un familiar y solamente un 23% establecimiento de salud. Se refleja que las mujeres prefieren ser atendidas por las parteras en sus casas por la confianza, comodidad.

TABLA N°11. CONSIDERA QUE EL PERSONAL DE SALUD LO ESCUCHA Y SE PREOCUPA POR SUS PROBLEMAS DE SALUD

GRAFICO 11

¿Considera que el personal de salud lo escucha y se preocupa por sus problemas de salud?		
	Nº	%
a) Si	31	44%
b) No	39	56%
TOTAL	70	100%

Fuente: cuestionario aplicado a los usuarios del C.S. Huacar.



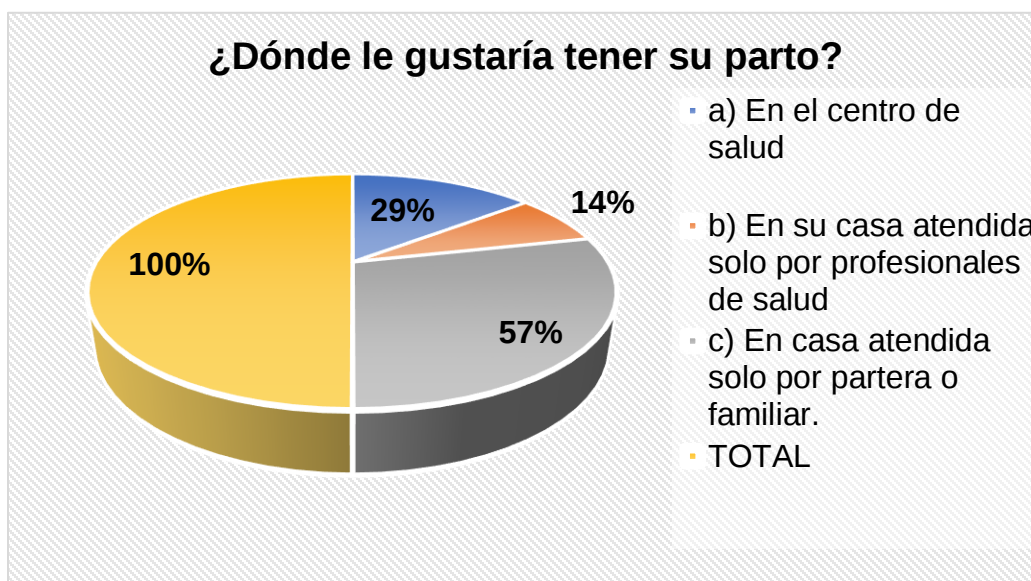
INTERPRETACIÓN: se observa que un 44% considera que si se preocupan y son escuchados por el personal de salud mientras un 56% refieren que no, lo cual en este aspecto se evidencia el profesionalismo en su capacidad de interrelacionarse con otras personas, especialmente con sus pacientes.

TABLA N°12. DÓNDE LE GUSTARÍA TENER SU PARTO

GRAFICO 12

¿Dónde le gustaría tener su parto?	Nº	%
a) En el centro de salud	20	29%
b) En su casa atendida solo por profesionales de salud	10	14%
c) En casa atendida solo por partera o familiar.	40	57%
TOTAL	70	100%

Fuente: cuestionario aplicado a los usuarios del C.S. Huacar



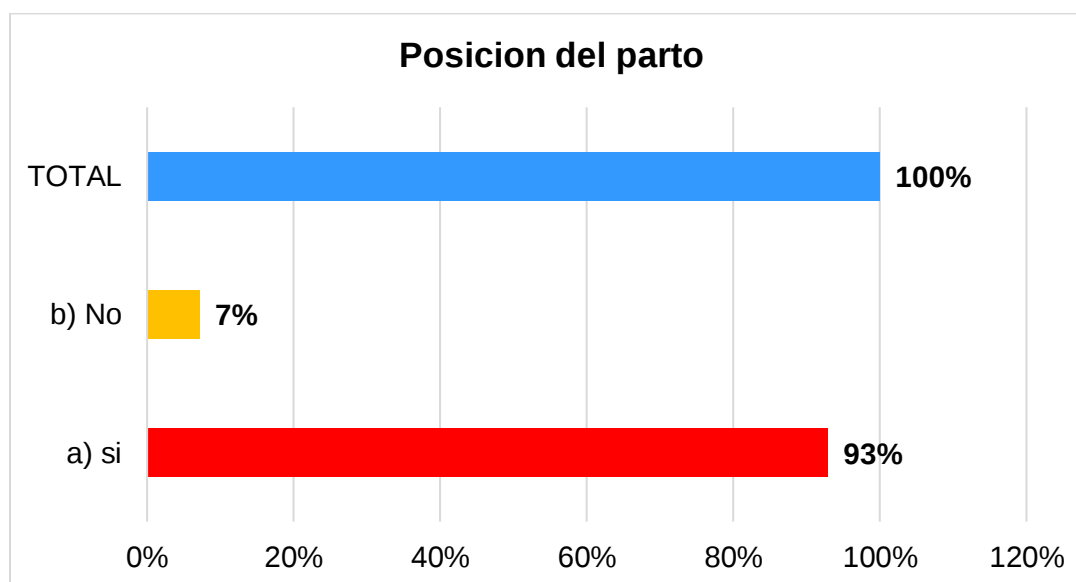
INTERPRETACIÓN: Se observa en la tabla N° 12 que el 57% de las mujeres prefieren dar su parto en su casa con la partera, un 29% en el centro de salud y un 14% en su casa atendida por un profesional de salud. Se evidencio que las mujeres prefieren dar a luz en su casa por la comodidad, seguridad que sienten por lo que se debe trabajar en brindar un parto humanizado respetando sus costumbres y cultura.

TABLA N°13. POSICIÓN DEL PARTO

GRAFICO 13

Posición del parto	N°	%
Adecuada	60	86%
Inadecuada	10	14%
TOTAL	70	100%

Fuente: cuestionario aplicado a los usuarios del C.S. Huacar.



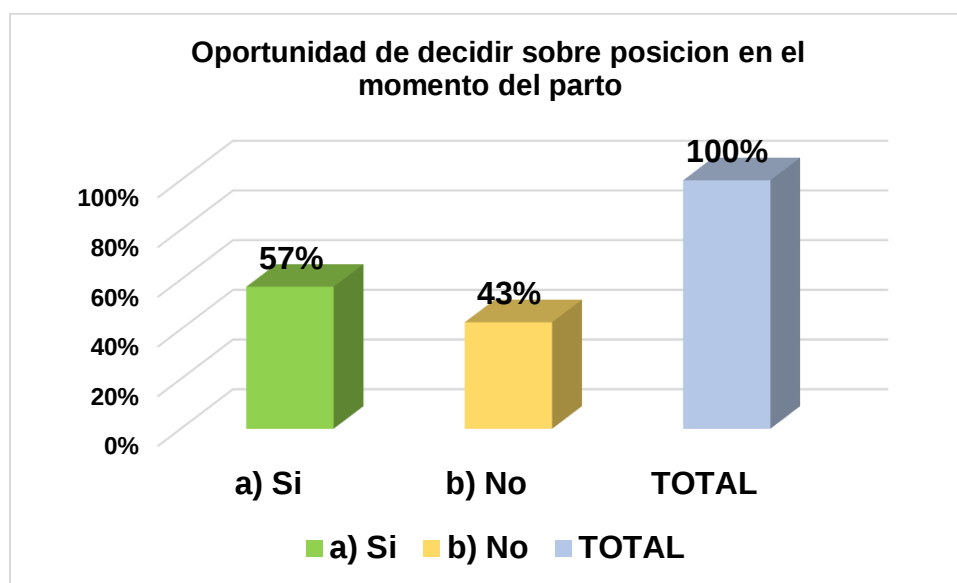
INTERPRETACION: Se evidencia que la mayoría de ellas con un 93% coinciden de que la posición del parto es la inadecuada para ellas, y solo un mínimo porcentaje de 7%, manifiestan que la posición del parto utilizada en los establecimientos de salud es la adecuada.

TABLA N°14. Quisieran que se les pregunte y se les dé oportunidad de decidir sobre posición del parto

GRAFICO N°14

Quisieran que se les pregunte y se les dé oportunidad de decidir sobre posición del parto	Nº	%
a) Si	39	57%
b) No	31	43%
TOTAL	70	100%

Fuente: cuestionario aplicado a los usuarios del C.S. Huacar



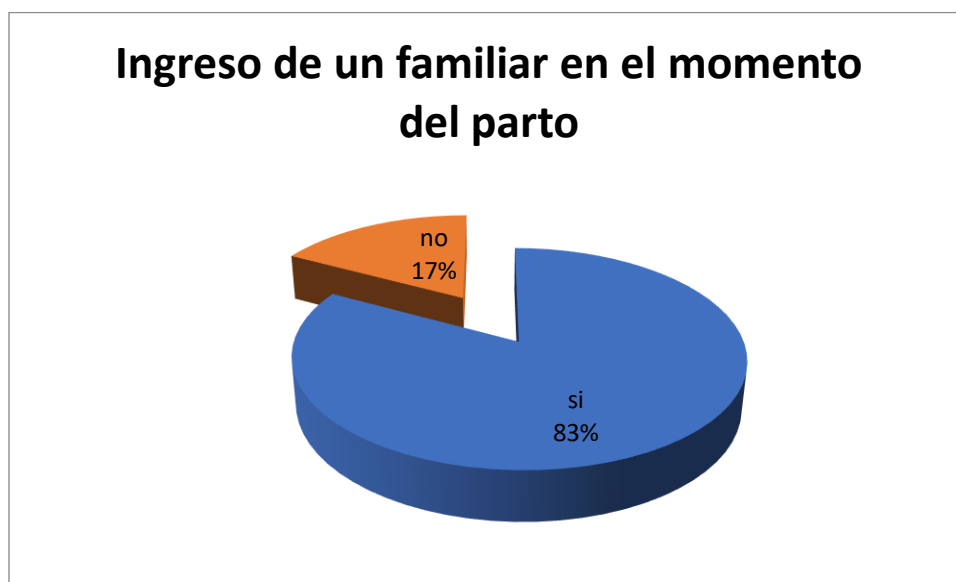
INTERPRETACIÓN: en la tabla 7 refleja que el personal de salud demuestra que un 57% de mujeres entrevistadas; manifiestan que si les dan oportunidad de elegir la posición en el momento del parto; mientras que un 43% perciben que no hay esta oportunidad para ellas.

Tabla N° 15 Quisiera que Ingresa un familiares para ofrecerte apoyo moral

GRAFICO N°15

Quisiera que Ingresa un familiares para ofrecerte apoyo moral	N°	%
a) Si	58	83%
b) No	12	17%
TOTAL	70	100%

Fuente: cuestionario aplicado a los usuarios del C.S. Huacar



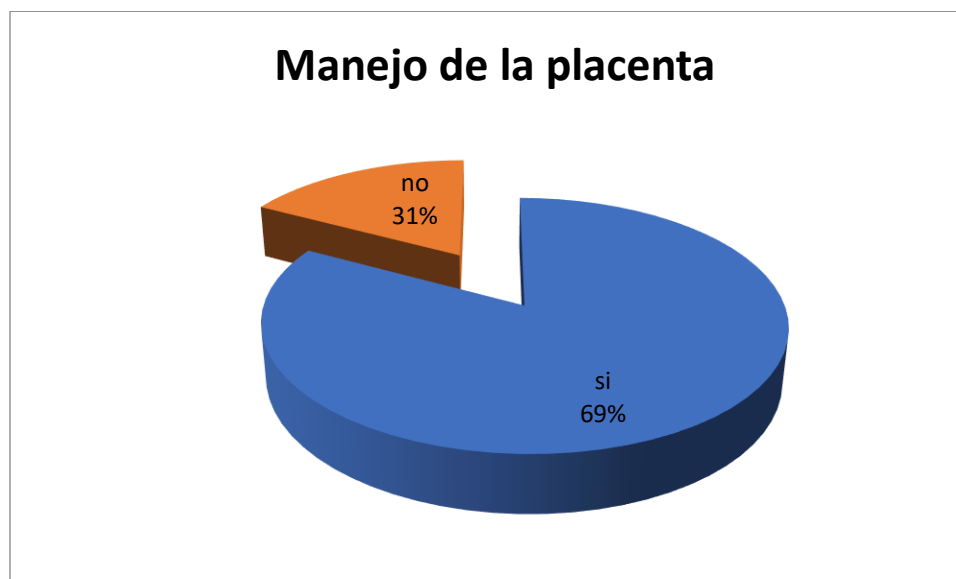
INTERPRETACIÓN: en la tabla se evidencia que un 83% de mujeres entrevistadas; manifiestan que si desean tener la oportunidad del ingreso de un familiar a acompañarlas en el momento del parto, mientras que un porcentaje mínimo del 17%, no desea esta oportunidad.

Tabla N°16 Manejo de la placenta Una práctica tradicional es el entierro de la placenta

GRAFICO N°16

Manejo de la placenta Una práctica tradicional es el entierro de la placenta	Nº	%
a) Si	48	69%
b) No	22	31%
TOTAL	70	100%

Fuente: cuestionario aplicado a los usuarios del C.S. Huacar



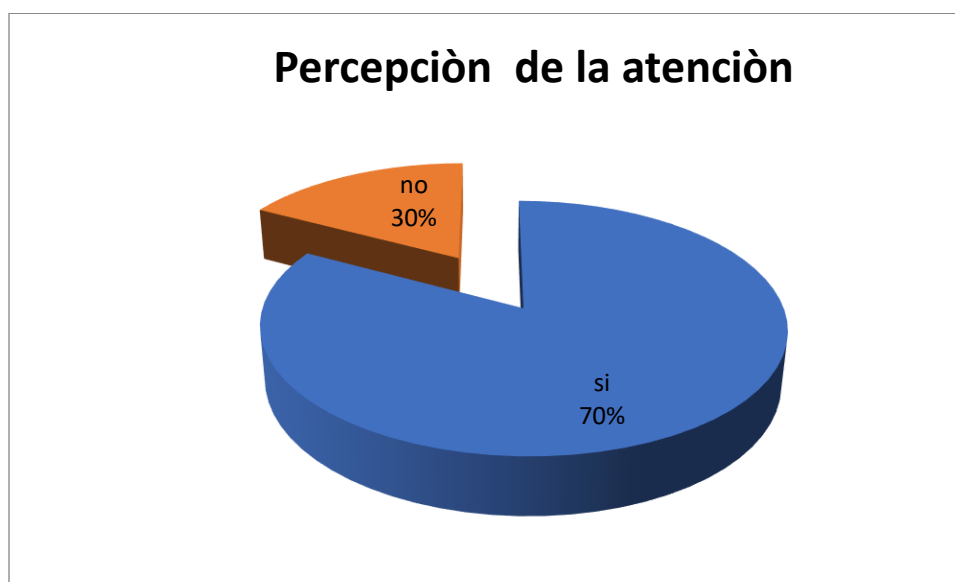
INTERPRETACIÓN: en la tabla se evidencia que un 69% de las encuestadas; manifiestan que si desean que la placenta sea enterrada, mientras que el 31% dice que le da igual como lo manejan esto.

Tabla N°17 Percepción de la atención como impersonal y de mala calidad

GRAFICO N°17

Percepción de la atención como impersonal y de mala calidad	Nº	%
Si	49	70%
No	21	30%
TOTAL	70	100%

Fuente: cuestionario aplicado a los usuarios del C.S. Huacar



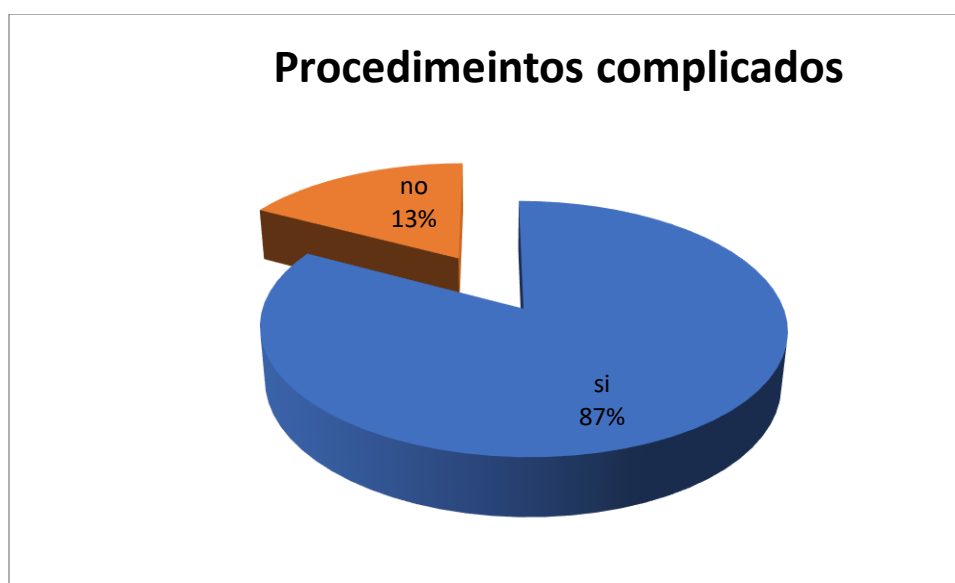
INTERPRETACIÓN: en presente gráfico se evidencia que un total del 70% de las encuestadas; manifiestan percibir la atención como impersonal y de mala calidad, mientras que el 30% manifiesta que esto no es así, lo que demostraría el por qué la no asistencia del parto institucional.

Tabla N° 18 Procedimientos complicados

GRAFICO N°18

Procedimientos complicados	N°	%
Si	61	87%
No	09	13%
TOTAL	70	100%

Fuente: cuestionario aplicado a los usuarios del C.S. Huacar



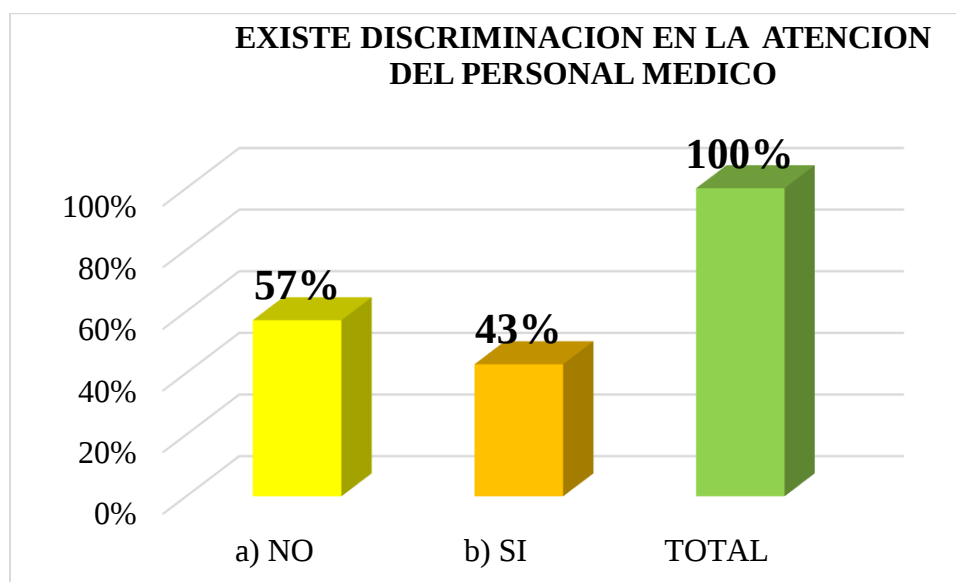
INTERPRETACIÓN: en presente gráfico se evidencia que un total del 87% de las encuestadas; manifiestan percibir que durante la atención se utilizan procedimientos complicados, mientras que solo el 13% manifiesta que esto no es así, lo que también nos demostraría la razón de la no asistencia del parto institucional.

TABLA N°19. EXISTE DESCRIMINACION EN LA ATENCION DEL PERSONAL MEDICO

GRAFICO 19

Existe discriminación en la atención del personal medico	Nº	%
a) NO	40	57%
b) SI	30	43%
TOTAL	70	100%

Fuente: cuestionario aplicado a los usuarios del C.S. Huacar.



INTERPRETACIÓN: se observa que el 57% señalaron que no existe discriminación en la atención de personal médico y un 43% señalan que si existe discriminación en la atención especialmente cuando le realizan preguntas a los médicos u otro personal de salud que le parecen la muestra de la ignorancia, cambian su actitud más despectiva frente a la embarazada.

7 CONCLUSIONES

- Se pudo identificar que en las mujeres de Huacar existe actitudes y percepciones como factores culturales que son la educación, lo social, institucional y cultural que intervienen en la no aceptación del parto institucional son diferenciadas sustancialmente de las practicas convencionales del parto que está relacionada especialmente en las mujeres en estado de gestación respecto al parto.
- Hay una influencia de las manifestaciones culturales en los servicios de salud respecto al embarazo y el parto, debido al hecho de que las prácticas de parto convencionales en salud no toman en cuenta a ciertas creencias o costumbres y que el personal no suele respetar su cultura por lo que prefieren ni asistir al centro de salud o dejar de ir a medida que se produzca malos tratos de parte del personal de salud por los requerimientos que solicitan para el parto entre otras cosas, los cuales desconocen y rechazan estas prácticas, en perjuicio de los servicios de salud.
- El miedo y la desconfianza al centro de salud y a los médicos apareció con mucha fuerza. Las mujeres expresaron sentir pánico de lo que les pueda suceder en un centro de salud y hospitales. Se manifestó en algunos casos como un riesgo. Las mujeres plantearon la imposibilidad de establecer diálogo con el personal de salud y opinar sobre las decisiones a tomar sobre su cuerpo y su salud.

8 RECOMENDACIONES

- Se debe implementar estrategias para la comprensión de las usuarias y la atención del parto, que incorporen las particulares prácticas tradicionales que actualmente se da en el campo y es importante que el establecimiento inicie una serie de medidas para concientizar a las mujeres sobre los riesgos que corren con el parto en domicilio. Además de promocionar el parto vertical humanizado y el acompañamiento social de la madre.
- Diseñar sesiones educativas con método adecuado al nivel educativo de las usuarias sobre temas de los servicios que se oferta en el C.S. Huacar, planificación familiar, importancia del control prenatal, signos de alarma durante el embarazo, parto vertical humanizado, respeto a sus costumbres y cultura.
- Fortalecer el trato personal dentro del C.S. Huacar para brindar un servicio de calidad y satisfice a los usuarios entre la relación de profesional de salud y paciente.

9 BIBLIOGRAFIA

1. GUTARRA CERRÓN FELICIANO VÍCTOR (Julio 2009) En el Perú
2. BRADBY, B. y COL. 1995. BOLIVIA. La casa de la Maternidad de Bolivia; “Hacia la reducción de la mortalidad materna en Bolivia: prácticas apropiadas del parto en los sectores formal e informal del cuidado perinatal”.
3. VALDERRAMA SÁNCHEZ, SILVIA. (2008). CHILE. Revista salud, sexualidad y sociedad: “Percepciones y Satisfacción de la mujer rural en la atención del parto institucional y tradicional en la provincia Sánchez Carrión” VOL 30 N°3, pág. 1,2.
4. OMS. ABRIL DE 1985. BRASIL. Conferencia Internacional De Fortaleza.
5. NORMA TÉCNICA: la atención del parto vertical con adecuación intercultural.
6. TINKER A, KOBLINSKY M. 1994. EE.UU. Hacia una Maternidad Segura. Banco Mundial Washington. “Hacia una maternidad segura”.
7. DONABEDIAN. A. los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de atención médica. Biblioteca de la Salud. México, D.F.: fondo de cultura Económica, 1998: 496-546.
8. BRADBY, Bárbara y MURPHY-LAWLESS, Jo; Hacia la reducción de la mortalidad materna en Bolivia: prácticas apropiadas del parto en los sectores formal e informal del cuidado perinatal, Ed. Milenio, La Paz, 2003.
9. ONAH. H. y Col. 2006. Factores associates with the use of maternity services in enugu, southeastern. Soc sci Med. Pag. 63(7):1870-78.

10. FERRADO MÓNICA L.. 2010. BARCELONA. © EDICIONES EL PAÍS S.L. - Miguel Yuste 40 - 28037 Madrid [España].” El parto en casa causa el doble de muertes de bebés que en el hospital”.
11. ARREDONDO A, MELENDEZ V. Modelo Explicativos sobre la utilización de los servicios de salud. INSP. México, 1992. Vol.34, N.º 1, pp. 8-9.
12. GARCIA, J. 1996. PERÚ. REV. LA RACIONALIDAD DE LA COSMOVISIÓN ANDINA.VOL 18 N°3, pág. 90,113
13. TARQUI CAROLINA, M Y COL. 2006. PERÚ- CALLAO. Rev. Salud Pública: “Elección y Preferencia del Parto Domiciliario en Callao- Perú” VOL 8. N°3. Pág. 214-222.
14. MINSA. 2000-2003. PERÚ. DIRECCION GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA. “Cobertura de Parto Institucionalizado”.
15. TARQUI.C.B. 2005. Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria Callao. Perú. Rev. Perú Med Expo Salud Pública. 2005; 22(2):109-16.
16. MINISTERIO DE SALUD. 2006. Dirección general de salud de las personas. Documento Técnico: “Sistema de gestión de calidad en salud”. Lima: dirección de calidad en salud
17. ALVARADO ÑATO CARLOS. 2012. PERÚ. Gineco-obstetra y sub director general del Instituto Nacional Materno Perinatal.

ANEXO

UNIVERSIDAD DE HUÀNUCO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

E.A.P. DE OBSTETRICIA

El presente cuestionario tiene por objetivo recolectar información sobre los Factores Culturales que impiden la inasistencia al parto institucional en gestantes del centro de salud de Huacar, las respuestas serán consideradas de absoluta confidencialidad.

1. EDAD:

- a) 15-19 AÑOS
- b) 20-24 AÑOS
- c) 25-29 AÑOS
- d) 30 AÑOS

2. ESTADO CIVIL:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Viuda
- d) Divorciada

3. OCUPACION:

- a) Estudiante
- b) Empleada

- c) Comerciante
- d) Agricultora
- e) Ama de casa

4. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- a) Superior
- b) Técnico
- c) Secundaria
- d) Primaria
- e) Ninguna

CULTURALES

1. Temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud

SI

NO

2. Incompatibilidad cultural entre usuario y equipo de salud

SI

NO

3. ¿Respetan tus costumbres y cultura?

SI

NO

4. Desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito

SI

NO

5. Respetan tus Creencias y mitos

SI

NO

6. Información sobre procedimientos

Partera

Familiar

Establecimiento de Salud

7. Considera que el personal de salud lo escucha y se preocupa por sus problemas de salud

Si

No

8. Dónde le gustaría tener su parto

9. Posición del parto

Adecuada

Inadecuada

10. Quisieran que se les pregunte y se les dé oportunidad de decidir sobre posición del parto

Si

No

11. Quisiera que Ingresa un familiares para ofrecerte apoyo moral

Si

No

12. Manejo de la placenta Una práctica tradicional es el entierro de la placenta.

SI

NO

13. Percepción de la atención como impersonal y de mala calidad

Si

No

14. Procedimientos complicados

Si

No

15. Existe discriminación en la atención del personal medico

SI

NO