

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Recinto Universitario Rubén Darío

Facultad de Ciencias Médicas

UNAN – Managua



Conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres embarazadas y puérperas en relación al uso de la Casa Materna “Doña Maurita” Nueva Guinea en el periodo de Julio 2014 a Octubre de 2014, Nueva Guinea.

Autores:

Bra. Keyssi Jaxira Altamirano Laguna

Br. Jason Alberto Dinarte Romero

Tutor:

Dra. Marianela Corriols

Managua, Noviembre 2015

Contenido

LISTA DE ACRÓNIMOS.....	3
RESUMEN EJECUTIVO.....	4
DEDICATORIA.....	6
AGRADECIMIENTO.....	7
1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. ANTECEDENTES.....	10
2.1 Casas maternas a nivel mundial.....	10
2.2 Casas maternas en Latinoamérica.....	10
2.3 Casas maternas en Nicaragua.....	12
2.4 Antecedentes de estudios CAP sobre casas maternas.....	13
2.5 Casas Maternas en Nueva Guinea.....	13
3. JUSTIFICACIÓN.....	15
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
5. OBJETIVOS.....	17
5.1 Objetivo General.....	17
5.2 Objetivos específicos:.....	17
6. MARCO TEÓRICO.....	18
6.1 Conceptos Generales.....	18
6.2 Pilares de la maternidad segura.....	19
6.3. Características de la población en las zonas donde están ubicadas las casas maternas.....	22
6.4 Antecedentes de las Casas Maternas en Nicaragua.....	25
6.5. Propósito de las Casas Maternas.....	27
7. DISEÑO METODOLÓGICO:.....	29
8. RESULTADOS.....	54
8.1 Características socio demográficas de las mujeres en estudio:.....	54
8.2 Antecedentes gineco obstétricos de las mujeres estudiadas.....	55
8.3 Conocimientos referentes al uso de la casa materna que poseen las mujeres estudiadas. ..	56
8.4 Actitudes de las mujeres estudiadas con respecto a la casa materna.....	57
8.5 Prácticas que tienen las mujeres en estudio durante su estancia en las casas maternas.....	59
9. DISCUSION.....	60
10. CONCLUSIONES.....	64
11. RECOMENDACIONES.....	66
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
13. ANEXOS.....	69

LISTA DE ACRÓNIMOS

BM	Banco Mundial
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CM	Casa Materna
CMDM	Casa Materna Doña Maurita
MINSA	Ministerio de Salud
MOSAFC	Modelo de Salud Familiar Y Comunitario
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONG	Organización no Gubernamental
RAAS	Región Autónoma Atlántico Sur
RAAN	Región Autónoma Atlántico Norte
RMM	Razón de Mortalidad Materna
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en salud
APN	Atención Prenatal

RESUMEN EJECUTIVO

Conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres embarazadas y puérperas en relación al uso de la Casa Materna “Doña Maurita” Nueva Guinea en el periodo de Julio 2014 a Octubre de 2014, Nueva Guinea.

Objetivo General: Identificar conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres embarazadas y puérperas en relación al uso de la Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea en el periodo de Julio 2014 a Octubre 2014.

Metodología: Es un estudio descriptivo y de corte transversal, de los denominados estudios CAP (Conocimientos, actitudes y prácticas). El universo estuvo constituido por 189 mujeres embarazadas y puérperas que fueron atendidas en la Casa Materna □Doña Maurita □ en Nueva Guinea, durante el periodo en estudio. La muestra fue igual al Universo. Se utilizó un muestreo no probabilístico a conveniencia.

Resultados: Se encontró dentro de las características socio demográficas que predominó las mujeres jóvenes menores de 24 años, casadas, de religión católica, etnia mestiza, escolaridad menor o igual a Primaria, procedentes de áreas rurales y que eran amas de casa. En cuanto a antecedentes Gineco obstétricos, las mujeres no habían tenido embarazos o partos previos, no tenían antecedentes de abortos, con IVSA antes de los 19 años, solo han tenido una pareja sexual, con 4 a más APN en embarazo y parto actual, la mayoría planificaban al momento de este embarazo y con un periodo intergenesico inadecuado. Se encontró un nivel de conocimiento adecuado, actitudes positivas y prácticas adecuadas en las mujeres estudiadas.

Discusión: La CMDM cumple con los propósitos y objetivos con que fueron creadas las CM por el MINSA a nivel nacional, siendo esta más utilizadas por mujeres de las zonas inaccesibles, dándoles educación a las madres sobre cuidados del recién nacido y de su condición obstétrica, adecuada alimentación, qué hacer cuando presenta datos de alarma, cuando acudir a la casa materna o a la unidad de salud, el porqué es necesario que permanezca en la casa materna y por cuánto tiempo habrá que estar, este programa de casa materna tiene como uno de sus propósitos la educación necesaria de las madres para

disminuir la mortalidad materna y peri neonatal, adecuado cuidado propio y del nuevo ser, y sobre el uso del mismo programa para aconsejar a otras actuales y futuras embarazadas que necesiten de este programa y como puede gozar de sus beneficios, se observa en este estudio que en su mayoría las mujeres logran el propósito educativo del programa según como se propone el ministerio de salud de Nicaragua ya que la mayoría ha tenido buena aceptación con respecto al uso de la CMDM.

Conclusiones: La CMDM atiende principalmente a las mujeres con características socio demográficas esperadas. Dentro de los conocimientos se encontraron en su mayoría que fueron adecuados ya que conocían los beneficios de estar en la CM, cuando acudir, conocían el trato que se les daba durante su estancia, el motivo por el cual habían sido referidas y como y a quien pedirle apoyo para ir a la CM. Las mujeres que fueron estudiadas se encontraban tranquilas, cómodas y agradecidas por el apoyo brindado. Con respecto a las prácticas expresaron tener apoyo en las diferentes actividades sobre todo educativas y recreativas y que en su mayoría estas actividades son divertidas y de gran importancia y de igual forma la mayoría estaba de acuerdo con recomendarles a otras mujeres que acudan a la casa materna si están embarazadas.

Conclusiones: Fomentar el uso correcto de los métodos de planificación familiar sobre todo en adolescentes. Promover la implementación del Plan parto a nivel nacional con el fin que las mujeres acudan a las Casas Maternas. Mejorar estructural y asistencialmente las Casas Maternas para que las mujeres atendidas se sientan más cómodas y seguras. Dar apoyo a la población de bajos recursos y lejanía geográfica para que puedan acudir a las Casas Maternas. Utilizar la ficha de recolección de este estudio como una encuesta de satisfacción a todas las usuarias a Nivel Nacional. Promover la participación comunitaria.

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo monográfico a Dios y a Nuestros Padres. A Dios porque ha estado con nosotros a cada paso que damos, cuidándonos y dándonos fortaleza para continuar, a Nuestros Padres, quienes a lo largo de nuestra vida han velado por nuestro bienestar y educación siendo apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se nos presenta sin dudar ni un solo momento en nuestra inteligencia y capacidad. Es por ellos que somos lo que somos ahora.

AGRADECIMIENTO

Por medio de este presente trabajo monográfico, agradecemos a nuestros padres y familiares, porque nos brindaron su apoyo, tanto moral y económicamente, para seguir y lograr el objetivo trazado para un futuro mejor y ser orgullo para ellos y toda la familia.

A la Facultad de Ciencias Medicas de la UNAN-Managua, por que nos esta formando como los mejores profesionales para ser el futuro de la salud de este país.

De igual manera a nuestros queridos docentes y en especial a la Dra. Marianela Corriols debido a que ellos nos han guiado hacia el camino del éxito y culminación de este trabajo.

1. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es uno de los grandes desafíos de salud pública. Alrededor del mundo actualmente, mas de 600.000 mujeres mueren cada año como consecuencia de factores relacionados con el embarazo y el parto (OMS, 2003), principalmente en países en desarrollo, por lo tanto la reducción de este problema es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.(1)

El problema es especialmente grave en países en desarrollo, donde las tasas de mortalidad materna han disminuido levemente en los últimos 50 años y unas 300.000.000 de mujeres sufren de enfermedades como consecuencia del embarazo y el parto, es por ello que reducir la mortalidad materna se ha convertido en una prioridad despertando así el interés creciente por parte de los gobiernos y agencias internacionales en mejorar la salud materno-infantil en los países más pobres.(1)

Dos de los factores que contribuyen estrechamente a la maternidad segura y que están relacionados con la muerte o la supervivencia materna son el lugar de atención del parto y las decisiones de la parturienta y su familia sobre el lugar a dónde recurrir en caso de una complicación durante el embarazo, el parto o el puerperio, además de la disponibilidad de cuidados obstétricos esenciales tales como el parto institucional que es un factor fundamental. Por ello, en muchos países en desarrollo se está fomentando la ampliación del parto institucional, o al menos se intenta garantizar la atención por parte de alguien capacitado y formado para atenderlo esto como una estrategia básica para mejorar el acceso a servicios materno-infantiles y de salud reproductiva.

En Nicaragua se estima que por cada 50 mujeres que sufren complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, una de ellas fallece. En cambio esta relación es de 1:3000 en los países de mayor ingreso per cápita. La Razón de Mortalidad Materna (RMM) ha venido descendiendo paulatinamente hasta el año 2007 hasta (90 por 100,000 nacidos vivos), lográndose a partir de esa fecha, con la implementación del MOSAF y especialmente del incremento de partos en establecimientos de salud (de 74% en el 2006/07 a 88.2% en el 2011/12) (2)(15), una significativa reducción hasta cerca de 60 muertes por 100,000 nacidos vivos (MINSA; 2012).

Pese a esta reducción, aún persisten cifras altas en los sitios con mayores niveles de pobreza e inaccesibilidad presentan las RMM más elevadas: 187.5 en la RAAN; 144.7 en Chontales; 119.8 en la RAAS, y 109.9 en Jinotega (MINSA, 2011).

Si bien es cierto que esta situación se ha venido disminuyendo con la implementación de medidas y estrategias de búsqueda continua por parte del MINSA de las embarazadas en sus comunidades haciendo uso de estrategias de salud comunitaria, entre ellas el Plan de Parto el cual incluye el censo gerencial de las embarazadas por comunidad, las casa maternas han contribuido enormemente con este trabajo.

El contexto donde se ubica la presente investigación es el de las casas maternas, el cual es un espacio de atención integral a mujeres embarazadas, puérperas y a sus bebés, procedentes del área rural, de zonas de difícil acceso geográfico y con un embarazo de alto riesgo obstétrico, en este grupo se incluyen un amplio rango de generaciones de mujeres como son las adolescentes y las mujeres con edad avanzada.(2)

2. ANTECEDENTES

2.1 Casas maternas a nivel mundial

La idea de los hogares para las mujeres embarazadas con problemas obstétricos y sociales no es nueva. Durante muchos siglos, las organizaciones de voluntariado en Europa y África han proporcionado refugios para madres solteras, en un esfuerzo para reducir el aborto y el infanticidio. Desde el comienzo del siglo 20, casas de espera han existido en el norte de Europa, Canadá y Estados Unidos para servir a las mujeres de zonas geográficas remotas con pocas facilidades de atención obstétrica.

En África, uno de los primeros experimentos con casas de espera de maternidad (conocidos como "Maternidad Villages") fue en el este de Nigeria en el 1950. El carácter rural de la población significa que un viaje al hospital durante el parto a menudo implicaba un viaje de muchas millas , por lo general a pie. En las zonas de espera de maternidad que se habían desarrollado en pequeños edificios adyacentes a un hospital de distrito mujeres de alto riesgo fueron alojados durante los últimos 2-3 semanas del embarazo. Tales hogares contribuyeron a reducir la mortalidad materna en los hospitales de diez a menos de uno por cada 1.000 partos y de igual forma la tasa de muerte fetal en Ituk Mbang, Nigeria.

En Uganda, donde las casas similares se iniciaron en la década de 1960 las muertes maternas registradas en un área remota se redujo a la mitad una vez que se implementaran las casa de espera de maternidad. Hoy en día las diversas formas de las casas de maternidad de espera se han documentado en mas de 18 países.(5)

2.2 Casas maternas en Latinoamérica

En junio del 2008, en Guatemala, The Population Council en coordinación con el Ministerio de Salud Publica y PAN AMERICAN HEALTH AND EDUCATION FOUNDATION, realizó el estudio Mejorando la Salud de las mujeres y las Familias Indígenas Guatemaltecas Fortaleciendo la Calidad de Atención en la Casas Maternas. La investigación se realizó en

Cuilco y Huehuetenango (áreas que cuentan con Casas Maternas funcionando) explorando las percepciones y experiencias de las mujeres y miembros de la comunidad con las casa maternas.

Se abordaron los siguientes temas conocimientos de la CM en la comunidad, calidad de los servicios en términos de aceptabilidad y pertinencia cultural, estandarizar contenidos de capacitación para usuarias de CM y para personal de salud institucional y comunitario. En una entrevista a 50 mujeres que estaban en la CM y que tenía como objetivo identificar y proponer estrategias factibles para que las CM sean una intervención efectiva y aceptables culturalmente para las mujeres indígenas guatemaltecas y sus familias.

Encontrando en sus resultados que: la mayoría de los entrevistados saben para que sirven las casas maternas y lo ven como una estrategia para reducir la mortalidad materna. Las mujeres son referidas por comadronas, promotores de la salud, líderes comunitarios o familiares. En muchos casos acuden al hospital y de ahí son referidas a las casas maternas. Las mujeres acuden a su control prenatal tardíamente en el segundo y tercer trimestre, desconocen signos de alarma en el embarazo y los métodos anticonceptivos.(7)

Dentro de los principales problemas reflejados por las mujeres se encuentran: a) El personal no habla el idioma de las mujeres, b) No se les permite compañía de familiares, c) Tiene que usar batas durante su estancia, d) No se les permite parto en posición vertical. (7)

En el año 2008-2009, en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, se realizó el estudio PROGRAMA "CASA DE EMBARAZADAS": PERFIL DE LAS USUARIAS Y RESULTADOS DE LA ASISTENCIA A LA SALUD MATERNA Y PERINATAL, teniendo los siguientes resultados La mayoría de las mujeres embarazadas analizadas provenían de ciudades del interior de Minas Gerais (39,1%) y otras ciudades en el área metropolitana de Belo Horizonte (33,2%). En cuanto a la edad, el 19% de estas mujeres tenían entre 12 y 18 años de edad, el 72,2% entre 19 y 34 años y el 8,8% de 35 años y más.

Se concluyó que en la "Casa de las Mujeres Embarazadas", una unidad sanitaria extra hospitalaria afiliado a un servicio de referencia de tercer nivel, indica resultados materno-perinatales favorable, y demuestra que esta es una estrategia importante para reducir la mortalidad materno infantil, uno de los objetivos del milenio.

En este estudio, la atención realizada a las mujeres embarazadas de alto riesgo en este tipo de servicio favorece las mujeres que viven en las regiones metropolitanas o en el interior del estado, que necesitan observación y vigilancia y que tienen dificultades de acceso a las instituciones de salud de referencia cerca de su casa. Esto pone en evidencia la importancia del acceso y la equidad, así como la articulación y la gestión de los puntos de la red de atención para mejorar los indicadores de salud materna y perinatal. Igualmente importantes son la proporción de nacimientos normales, incluso en un grupo de mujeres embarazadas de alto riesgo, altas puntuaciones de Apgar y bajas frecuencias de la muerte fetal o perinatal.

Por lo tanto, la aplicación de la "Casa de las Mujeres Embarazadas" representa un avance en la atención materno-infantil. Por lo tanto, las inversiones en este programa pueden beneficiar tanto a las madres y los niños, a través de una posible reducción de riesgos como infecciones hospitalarias, intervenciones innecesarias, ansiedad provocada por el medio ambiente, entre otros, debido a la estancia más larga de las mujeres embarazadas de alto riesgo en los hospitales. En ese sentido, los gerentes de salud deben ser alertados sobre los posibles resultados de este nuevo modelo de atención.(17)

2.3 Casas maternas en Nicaragua

En Nicaragua existen variadas experiencias de funcionamiento de casas maternas, organizadas en red, gestionadas por diferentes expresiones del Estado y sociedad civil, entre ellas: Ministerio de Salud (MINSAL), organizaciones de mujeres, representaciones religiosas y gobiernos locales, donde se comparten experiencias y se capacita al personal que ofrece la atención en las casas.

En estas casas convergen la responsabilidad de actores locales, autoridades políticas y técnicas y las necesidades de las mujeres en función de prevenir la muerte materna y perinatal, esto con el propósito de restituir el derecho de las mujeres a una maternidad segura. (2)

La Estrategia de Casas Maternas nació en 1984, y para 1990 ya funcionaban once, principalmente en Estelí, Nueva Segovia, Jinotega y Matagalpa. Desde el 2007 hasta el 2011 el número de casas maternas ha crecido hasta 94, en 14 de los 17 Departamentos del

país. Actualmente existen 102 casas maternas en 16 departamentos de Nicaragua, en su mayoría financiadas por el Ministerio de Salud y algunas asociaciones no gubernamentales o del sector privado.

2.4 Antecedentes de estudios CAP sobre casas maternas

Después de una intensa búsqueda sobre estudios CAP de las usuarias de las casas maternas de Nicaragua, encontramos monografías tales como “Conocimientos, Actitudes y Practicas de las mujeres embarazadas y púerperas con respecto al uso de la casa materna Luz y Vida de Estelí diciembre 2012 abril 2013” en el cual se encontró un nivel de conocimiento adecuado, actitudes positivas y practicas adecuadas en las mujeres estudiadas, ya que conocían cuales eran los beneficios de estar en la CM, cuánto tiempo antes debían acudir, conocían el trato que se les daba durante su estancia, sabían el motivo por el cual habían sido referidas a la CM y sabían como acudir y a quienes podían pedir apoyo para ser atendidas en CM Luz y Vida de Estelí.

Refieren en su mayoría las mujeres que fueron atendidas que se encontraban tranquilas, cómoda, con confianza, en buen ambiente y agradecidas por el apoyo brindado, que les gustaban las charlas, la comida y el resto de actividades. Sin embargo, en menor proporción expresaron que no les gustaba que no hubiera un cuarto independiente para cada una de ellas, que no tenían ningún acompañante o familiar y que tenían que participar en oficios de la CM y refirieron se debía mejorar en estos aspectos.

Con respecto a las prácticas expresaron tener apoyo en las diferentes actividades sobre todo educativas y recreativas y que en su mayoría estas actividades son divertidas y de gran importancia.

2.5 Casas Maternas en Nueva Guinea

En Nueva Guinea existen y funcionan tres casas maternas. De todas estas experiencias a nivel nacional, la Casa Materna Doña Maurita, ubicada en el municipio de Nueva Guinea, forma parte de la red de servicios obstétricos del SILAIS y está integrada en la Red Nacional de Casas Maternas. Da cobertura a las colonias del Municipio de Nueva Guinea (Puerto

Príncipe, La Unión, Naciones Unidas, Talolinga, La Fonseca, Los Ángeles), además de otros municipios y comunidades vecinas, siendo muy frecuentes referencias de mujeres de : El coral, Bluefields, Muelle de Los Bueyes, el Triunfo, El Almendro, El Ayote, La Gateada que corresponden a los departamentos de Chontales, RAAS y Río San Juan, ya que generalmente en términos de distancia les resulta más accesible y generalmente cuentan con familiares, que puedan apoyarles después del parto. (3)

3. JUSTIFICACIÓN

Entre los motivos para realizar la presente investigación son las limitaciones que enfrentan las usuarias a demandar los servicios ofertados en las casas maternas, los cuales están relacionados con barreras socioeconómicas y culturales.

Los resultados de este trabajo contribuirán a identificar las barreras por parte de las mujeres, las familias, las comunidades e instituciones, a fin de unir esfuerzos intersectoriales que contribuyan al abordaje holístico de su situación, en función de promover el parto institucional que es uno de los mas bajos de Latinoamérica, como pilar fundamental para la maternidad segura, promoviendo la participación comunitaria y así disminuir la mortalidad materna y perinatal.

La muerte materna y neonatal es mucho mas alta que el promedio nacional en las áreas con mayor índice de pobreza en el país, el MINSA ha fortalecido estrategias para disminuir la mortalidad materna y perinatal entre ellas esta la casa materna, por lo cual es necesario conocer cuales son los factores que influyen en la decisión de las mujeres y sus familias para planificar un parto institucional e identificar esas brechas y factores críticos de la decisión es el objetivo de este estudio, con el fin de fortalecer el abordaje institucional de la estrategia de casas maternas a nivel nacional y municipal

Es por estas razones que decidimos estudiar los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres embarazadas y puérperas en relación al uso de la Casa Materna “Doña Maurita” (CMDM) en el periodo Julio 2014 a Octubre 2014.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres embarazadas y puérperas en relación al uso de la CMDM en el periodo julio a octubre 2014?

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Identificar conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres embarazadas y puérperas en relación al uso de la Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea en el periodo de Julio 2014 a Octubre 2014.

5.2 Objetivos específicos:

- a) Identificar las características socio demográficas de las mujeres en estudio.
- b) Caracterizar los antecedentes gineco obstétricos de las mujeres estudiadas.
- c) Conocer los conocimientos referente al uso de la casa materna que poseen las mujeres estudiadas.
- d) Describir las actitudes de las mujeres estudiadas con respecto a la casa materna.
- e) Identificar las prácticas que tienen las mujeres estudiadas con relación al uso de las casas maternas.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 Conceptos Generales

Casas maternas: Es un espacio comunal, gestionado, construido y sostenido coordinadamente por autoridades del Ministerio de Salud, autoridades departamentales, gubernamentales y no gubernamentales. Se utiliza para el alojamiento o posada temporal de mujeres gestantes y en algunos casos de acompañantes garantizando un mejor acceso al sistema de salud y un parto institucional. (1) (2)

Conocimiento: Es todo lo que adquirimos mediante la interacción con el entorno, es el resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de una forma que es única para cada persona. También se define como todos los hechos e información comprendidos y adquiridos por una persona a través de la experiencia de una situación, así como también la educación que se adquiere a través de la familia. (9)

Actitudes: Es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada. (9)

Prácticas: Es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. La práctica también es el ejercicio que se realiza de acuerdo a ciertas reglas y bajo la dirección de un maestro o profesor, para que los practicantes puedan habilitarse y mejorar su desempeño. (9)

Trato del Personal: Es proceder con una persona (ya sea de obra o de palabra) o la relación con un individuo. También es la forma de comunicarse o de establecer un vínculo con otra persona o con un grupo de sujetos. (9)

Embarazo: Condición de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal. (10)

Puerperio: Es el periodo de transformaciones progresiva de orden anatómico y funcionales, que hace regresar paulatinamente toda las modificaciones gravídica y que se manifiestan por un proceso de involución hasta casi regresar al estado de no embarazo, a excepción de la glándula mamaria. (10)

Parto: El acto de dar a luz un niño/a o un feto vivo/a o muerto/a y sus anexos por vía vaginal. Así mismo, es el procedimiento para asistir el nacimiento de un niño/a vivo/a, de un feto muerto (incluyendo placenta) por medios manuales, instrumentales o quirúrgicos. (10)

Muertes maternas: Es la muerte de toda mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días completos de terminado el embarazo independientemente de la duración o localización de este por cualquier causa relacionada o agravada por la gestación o por su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales y pueden ser directa e indirecta, (10)

Muertes perinatales: Es la muerte del producto a partir de las 28 semanas de gestación hasta antes del séptimo día de vida. Comprende la suma de la mortalidad fetal tardía más la mortalidad neonatal precoz. (10)

6.2 Pilares de la maternidad segura

La mortalidad materna es un indicador que expresa la desigualdad social y de género, pues está asociada con una variedad de factores, a saber: anemia y desnutrición de las mujeres, analfabetismo o escasa educación formal, multiparidad, pobreza, acceso escaso a servicios de salud, baja utilización de métodos de planificación familiar, poco o ningún control prenatal, parto domiciliario atendido por parteras empíricas y familiares, tabúes, retrasos en la búsqueda de ayuda, falta de transporte y organización comunitaria para el traslado de mujeres que experimentan complicaciones obstétricas, resolución inadecuada en unidades de salud, violencia de género, aborto inseguro y suicidio. (2) (11) (13)

Existen cuatro grandes pilares de la maternidad segura: **Planificación familiar** que consiste en asegurar que las mujeres y parejas dispongan de información y servicios para planificar tiempo, numero y distanciamiento de los embarazos, **Atención Prenatal** que tienen como propósito asegurar la detección oportuna y tratamiento adecuado de posibles complicaciones del embarazo, **Atención de parto limpio y seguro** cuyo objetivo es

garantizar que personas que atienden partos tengan conocimientos, aptitudes y equipos necesarios para realizarlo en forma limpia y segura para madre y bebe y los **Cuidados obstétricos esenciales** que consiste garantizar los cuidados básicos que requieren los embarazos con riesgo y sus complicaciones.(6)

Planificación Familiar

La planificación familiar muestra un carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud sexual y reproductiva, con un enfoque de prevención del riesgo para la salud de las mujeres, los hombres, los hijos .Su aplicación está determinada por el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respecto a su dignidad, sin importar sexo, edad, raza, condición social o política, credo o preferencias sexuales.(6)

La anticoncepción impide la fecundación del óvulo por el espermatozoide, como consecuencia del acto sexual, mediante el uso de medicamentos, dispositivos o métodos naturales que bloquean o alteran uno o más de los procesos de la reproducción de tal forma que el coito pueda realizarse sin fecundación. La efectividad de los métodos, cuando se usa en forma correcta y consistente, aseguran la probabilidad mínima de embarazos. (6)

La planificación familiar es una estrategia que permite a las parejas decidir por sí mismas tener o no, el número de hijo(as) que desean, así como el momento oportuno para tenerlos. Es también un derecho humano, una estrategia de salud pública, una medida de bienestar familiar y una condición que facilita el desarrollo socioeconómico y asegura el desarrollo sostenible. (6)

Hay que tomar en cuenta los factores de riesgos reproductivos de las mujeres antes de elegir un método de planificación familiar tales como sus antecedentes generales, antecedentes patológicos personales y antecedentes obstétricos patológicos, además de la clasificación de los métodos de planificación familiar, el momento de la planificación familiar y todo esto se debe de realizar siguiendo los métodos del ACCEDA (atender, conversar, comunicar, encaminar, describir, acordar). (6)

Atención Prenatal

Es la serie de visitas programadas de la embarazada con el personal de salud, donde se brindan cuidados óptimos, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del/a recién nacido/a. La atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad siguiendo un cronograma de actividades básicas para todas las atenciones prenatales. (6)

Parto Limpio y Seguro

El MINSA desarrolla la maternidad segura como estrategia efectiva para mejorar la salud materna y perinatal del País. La intervención relacionada para alcanzar uno de los objetivos de la maternidad segura en el ámbito institucional es la atención calificada del parto y Cuidados Obstétricos de Emergencia (COE); y en el ámbito comunitario y a fin de incidir sobre la segunda demora se han impulsado entre las principales estrategias las casas maternas el plan de parto y el SICO. (6)

Para la atención calificada del parto se garantiza que todas las personas que atienden el parto tengan los conocimientos, aptitudes, el equipo y tecnología necesaria (partograma) para realizarlo en una forma limpia y segura y que a su vez tenga los medios para referir de forma oportuna si se presenta una complicación obstétrica.(6)

Se debe de usar el partograma ya que es un instrumento indispensable para evaluar el curso y la calidad da atención del parto de forma individual. Este instrumento determina cuando la evolución del parto es normal o no, además contribuye al diagnostico de la necesidad de oxitócicos y la realización de procedimientos como el parto instrumental o la cesárea. (6)

Dentro de las estrategias de parto limpio y seguro además está el llamado MATEP que consiste en el manejo activo del tercer periodo del parto (expulsión activa de la placenta) pretende reducir el sangrado durante el alumbramiento y en el puerperio inmediato, por ende, prevenir la hemorragia post parto. Reduce los requerimientos de transfusión sanguínea y los tiempos de estancia por las complicaciones derivadas de su no utilización. (6)

Cuidados Obstétricos Esenciales

Los cuidados obstétricos esenciales son una estrategia de atención y organización de los servicios para la atención de las complicaciones obstétricas que contribuyen a disminuir la mortalidad materna y perinatal. Para Garantizar los cuidados obstétricos se requiere contar además de los insumos y la organización de la atención por niveles, con la competencia de los recursos humanos para la atención.(6)

En el año 2007 se observó que la mortalidad materna se presenta con un 22% en el embarazo, 23% en el parto y con un 57% en el puerperio. La distribución por causas, mostró un 59% como obstétrica directa, 26% obstétricas indirectas y 15% por causas no obstétricas. La principal causa de muerte obstétrica directa sigue siendo la Hemorragia, segunda causa de muerte la Hipertensión Gestacional y la tercera la Sepsis Puerperal. (6)

Estos cuidados obstétricos de emergencia se dividen en dos clases dependiendo de su nivel de resolución, el COE básico que consta de aplicar antibióticos parenterales, aplicar oxitócicos parenterales, aplicar anticonvulsivantes parenterales, extracción Manual de placenta, extracción de productos retenidos (LUA) y parto asistido todo esto en los centros de salud o atención primaria y luego tenemos los COE completos estos constan de 6 funciones básicas anteriormente descritas, transfusiones sanguíneas y cesáreas estos en unidades de mayor resolución tales como hospitales o atención secundaria.(6)

6.3. Características de la población en las zonas donde están ubicadas las casas maternas

La población que vive en los Sistemas Locales de Atención Integral (SILAIS) y municipios en los que se sitúan las casas maternas seleccionadas en este estudio se caracteriza por su pobreza, ruralidad, analfabetismo o bajo nivel educativo, y aislamiento en términos de comunicación. (2)

Ruralidad

Los SILAIS con mayor población rural son, en su orden, Jinotega (75,1% de las mujeres), Río San Juan (74,1%) y la RAAN (70,6%). Los municipios cabecera departamental como Jinotega (55,9%), San Carlos (65,8%) y Bilwi (39,1%) en general presentan porcentajes de población rural un poco más bajas que el resto de los municipios de los respectivos departamentos. (2) (11)

Sobresalen los municipios de Waspán, Siuna, El Cuá, Bocay, Wiwilí y El Castillo, donde más del 80% de la población femenina habita en las áreas rurales. Los municipios de Matiguás (50,9%), Nueva Guinea (60,1%) y El Rama (69,2%) también repiten esta tendencia de altos porcentajes de población rural, aunque no tan elevados como los de los municipios previamente mencionados. (2) (11)

No es así en el caso del SILAIS Chinandega, donde las mujeres que habitan en el área rural sólo representan el 38,8%, aunque en el municipio de Villanueva este porcentaje asciende a 69,1%. Otra notable excepción es Estelí, donde sólo el 17,8% de las mujeres habita en el área rural. Tanto la CM de Estelí como la de Chinandega dirigen su oferta de servicios hacia los otros municipios del respectivo departamento, mientras que las CM restantes, ubicadas en ciudad cabecera municipal, atienden una mezcla de mujeres provenientes tanto del municipio mismo como de los demás de sus respectivos departamentos. (1)

Todos estos municipios exhiben una incipiente y deteriorada red de comunicación vial en las áreas rurales.

Pobreza

La mayor parte de los municipios presenta niveles de “pobreza alta” o “pobreza severa”, con la excepción de Jinotega y La Concordia, que registran “pobreza media”, y de Chinandega y Estelí, donde predomina la “pobreza menor” (14).

Los hogares pobres se caracterizan por estar principalmente encabezados por hombres de bajo nivel educativo. Predomina la mezcla de analfabetismo y subempleo. El promedio de hijos en estos hogares es mayor que en los hogares pobres urbanos (3,8 hijos por mujer versus 2,8 respectivamente) y el tamaño de la familia es por lo general más grande que en

los hogares no pobres, con un promedio de casi siete personas (dos más que los hogares no pobres), de las cuales tres son menores de 13 años de edad. (2)

Sus viviendas son pequeñas y de mala calidad, con altos niveles de hacinamiento, y por lo general carecen de servicios de agua, saneamiento y recolección de basura. En todos los hogares pobres del área rural se utiliza leña como combustible para cocinar. (1)

En el ámbito departamental se evidenció que los sitios con mayores niveles de pobreza presentan las tasas más elevadas de mortalidad materna: la RAAN (298), Río San Juan (249,5), la RAAS (221,8) y Jinotega (156,6). Estos son también los departamentos con las tasas más altas de mortalidad perinatal. Las muertes maternas ocurren generalmente en el puerperio por causas obstétricas directas como hemorragia postparto (48% de los casos), seguida de sepsis puerperal (15%) y eclampsia (14%) (13).

La disminución de la mortalidad materna ha sido vinculada a la realización de controles prenatales y al incremento de la atención institucional del parto.

La atención institucional del parto es otra variable relacionada con la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Del total de mujeres con hijos nacidos vivos en los últimos cinco años, el 78% fue atendido por un ginecólogo o médico general en su último parto, y un importante 16,3% recibió la asistencia de una comadrona o partera en el nivel nacional. Sin embargo, estos valores decaen notoriamente en el área rural y en la región del Atlántico. (2)

Educación

El grado de analfabetismo reportado para las poblaciones en el área rural del país se redujo de 32,4% en 2001 a 29,3% en 2005. Sin embargo, para las regiones Central y Atlántica del país, los porcentajes de analfabetismo alcanzan 25,6% y 30,2% respectivamente, lo que agrava las condiciones propicias para la alta incidencia de mortalidad materna. (2)

Los años de estudio aprobados de la población de 10 años de edad o más en las áreas rurales es muy inferior al observado en las zonas urbanas (4,5% para aquellos entre 10 y 12 años de edad y 1,1% para los de 13 años o más versus 18,0% y 10,5% respectivamente). Si bien a nivel agregado no se observan grandes diferencias entre los niveles educativos de hombres y mujeres, los años de estudio aprobados disminuyen notablemente en las

regiones Central y del Atlántico, donde predomina la población rural y se concentra la pobreza extrema (15).

Alta proporción de embarazo en adolescentes

Otro tema importante es la demanda (potencial) de servicios de salud sexual y reproductiva de las adolescentes. Nicaragua tiene la proporción más alta de adolescentes (15 a 19 años de edad) con hijos de América Latina. Los embarazos en adolescentes están íntimamente relacionados con los niveles de pobreza y educación. Las madres adolescentes tienen menos probabilidades de finalizar sus estudios (educación primaria y secundaria) y de calificar para mejores oportunidades de empleo (12).

6.4 Antecedentes de las Casas Maternas en Nicaragua

Las CM en Nicaragua se remontan a 1987, cuando se creó la primera gracias a la Asociación de Mujeres Nicaragüenses Luisa Amanda Espinoza (AMNLAE). Sin embargo, su existencia oficial se documenta a partir de marzo del año 2000, cuando el Ministerio de Salud dictó tres resoluciones mediante las cuales se crea el Comité Técnico de Atención Primaria responsable de garantizar la implantación de la estrategia de casas maternas (MINSAL, 2000). Asimismo se promueven los convenios de gestión entre el representante del SILAIS y la entidad civil u ONG local, y se institucionaliza la relación formal del MINSAL con los proveedores privados sin fines de lucro, responsables de la administración de las CM. (2)

Actualmente funcionan ya sea bajo la gestión del MINSAL o de una organización comunitaria y son un centro alternativo que provee albergue, alimentación y actividades educativas a mujeres embarazadas, parturientas y puérperas originarias de comunidades rurales pobres y alejadas de los servicios de salud. Se ubican en zonas donde se concentra más la mortalidad materna y perinatal. Usualmente atienden a la población de su municipio, pero las ubicadas en las cabeceras departamentales tienen una cobertura más amplia. Durante su estadía, las mujeres reciben educación sobre temas de salud materna infantil, especialmente

de planificación familiar, vinculándose de esta manera con las estrategias de APEO y ECMAC.

Las casas maternas (CM), que operan bajo la gestión de una organización comunitaria, son un centro alternativo que provee albergue alimentación y actividades educativas a mujeres embarazadas originarias de comunidades rurales pobres y alejadas de los servicios de salud, tanto antes del parto como después del mismo. Normalmente se sitúan estratégicamente, cerca de las unidades de salud, de modo que se facilite trasladar a las mujeres allí para que accedan a los servicios de parto institucional y de cuidado del puerperio y del recién nacido. (2) De esta manera se espera que contribuyan a disminuir la mortalidad materna y perinatal (MMP). Su ámbito de acción se extiende geográficamente al territorio municipal, pero cuando están ubicadas en el municipio cabecera departamental, sus beneficiarias pueden ser originarias de cualquier municipio del departamento.

Aunque formalmente las CM no hacen parte de la red de servicios del MINSA, sí se consideran como un elemento integral del apoyo a la salud en el nivel comunitario, y funcionalmente se las reconoce como el nexo entre la red comunitaria y la red de servicios de salud. (2) Las CM son actualmente parte integral del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) basado en la estrategia de atención primaria en salud, entendida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentado y socialmente aceptada, puesta al alcance de todos las personas y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”, ha permitido una mayor accesibilidad de la población al sistema de salud y un mejor reconocimiento y monitoreo a la población. (17) Para abordar la situación antes mencionada, el MINSA ha emprendido iniciativas de fortalecimiento de la participación social dirigidas a disminuir la mortalidad materna y perinatal retomando experiencias exitosas como las casas maternas (hogares o albergues) para las embarazadas con dificultades de acceso a los servicios de salud. (2)

El número de CM ha ido aumentando de 12, a inicios del año 2000, a más de 20 en 2003, hasta llegar a 52 en 2007 y 102 actualmente. Las CM se sitúan principalmente en las zonas de mayor mortalidad materna y perinatal, aunque aún quedan serios vacíos por cubrir.

En 2011, 21,500 mujeres fueron atendidas en las casas maternas. Actualmente existen 102 casas maternas en 16 departamentos de Nicaragua, en su mayoría financiadas por el Ministerio de Salud y algunas asociaciones no gubernamentales o del sector privado. En la RAAS funcionan nueve casas maternas de ellas tres están ubicadas en el municipio de Nueva Guinea.

6.5. Propósito de las Casas Maternas

El propósito de las casas maternas es contribuir a la disminución de la mortalidad materna y perinatal, mediante el establecimiento de albergue materno para mujer embarazada y puérpera procedente de comunidad de difícil acceso para acercarla a la unidad de salud y poder recibir la atención de su parto y cuidados del puerperio. (1)

En la Casa Materna se promueve el derecho que la mujer esté acompañada por su marido o Familiar, al momento de ir a la unidad de salud a realizar el parto. (1)

En muchas ocasiones las parteras acompañan a las embarazadas durante la permanencia en las casas maternas y participan junto con los trabajadores de la salud en atender el parto, en la posición que la mujer lo desea, en el marco del parto humanizado que promueve nuestro gobierno. (2)

Todo esto es con el fin de que las mujeres embarazadas y puérperas de zonas rurales de difícil acceso a los servicios de Salud para la atención Institucional del parto en las unidades del MINSA, que se encuentran albergadas se sientan un ambiente confortable y seguro “parecido a nuestros hogares que tenemos y soñamos”. (1)

Presentando confianza a los servicios de salud y que estas mujeres que se encuentran albergadas recomiendan a otras a llegar a la casa materna.

Acciones de promoción de la salud en las casas maternas: En la casa materna se promueve la continuidad del alojamiento conjunto, para favorecer el acercamiento emocional de la madre y su hijo o hija. (1)

Se brindan charlas, promoción de hábitos de vida saludable, lactancia materna exclusiva, consejería para la libre elección de un método anticonceptivo, prevención de violencia y

garantizar toda la atención integral en salud con cariño y calidad. (2)

Actividad que realizan las mujeres en casa materna: Educativas: como cine-foros, charlas con dinámicas de grupo en las que también participan las personas que las acompañan. (1)
(3)

Recreativas: para celebrar cumpleaños, cultos cristianos o misas de acción de gracias, fiestas de navidad, día de las Madres, Día de la Mujer y ferias de prevención de violencia.
(1)(3)

Colaboradoras: Como la preparación de los alimentos que ellas mismas consumen, la limpieza y orden de la casa materna de forma solidaria entre las mujeres. Grupos de intercambio de experiencias, manualidades, elaboración de pan. (1)

7. DISEÑO METODOLÓGICO:

7.1 Tipo de estudio: Es un estudio descriptivo y de corte transversal, de los denominados estudios CAP (Conocimientos, actitudes y prácticas).

7.2 Área de estudio: Casa Materna de la ciudad de Nueva Guinea durante el periodo de Julio 2014 a Octubre 2014.

Nueva Guinea es un municipio de la Región Autónoma de la costa Caribe Sur, (RACCS) en la República de Nicaragua. Es uno de los municipios más desarrollados de este departamento, cuenta con una población de 136,347 habitantes (109,234 en el área rural y 27,113 en el área urbana) distribuida en el área urbana equivalente al 23%, y el 77% en el área rural; según reportes de la Alcaldía Municipal. La distribución de la población en cuanto a sexo refleja una cifra de 14,143 pertenecientes al sexo masculino (49.6%), en tanto que las mujeres ascienden a una población de 14,372 (50.4%), lo que evidencia una minoría para los hombres, equivalente al promedio nacional.

Nueva Guinea, tiene una extensión territorial de 2,774 Km², ubicado entre las coordenadas 12° 22' de latitud norte y 85° 40' de longitud oeste, a una distancia de 289 Km. al sureste de Managua, capital de la República. Su densidad poblacional es de 51 habitantes por Km².

Fue fundada el 5 marzo de 1965 y elevada a municipio el 5 agosto de 1981. En Nueva Guinea existe un sistema de organización territorial único en el país: la unidad administrativa inmediata a la municipalidad son los distritos, de los cuales hay cinco sin incluir el casco urbano; cada distrito agrupa un número de colonias que oscila desde dos hasta doce, y las colonias a su vez se subdividen en comarcas.

Los distritos cuentan con delegados del Alcalde que tienen como función las labores municipales en su expresión comarcal, como el pago de impuestos, cartas de ventas, matrícula de fierros, mercados propios en algunos casos; las colonias perviven como la expresión organizativa de la reforma agraria de los años sesenta, una forma de organización social y productiva bien asentada, con cierto grado de estabilización y desarrollo. La

comarca es la unidad territorial más simple y generalizada en la división política administrativa nacional.

7.3 Universo: Es constituido por 189 mujeres puérperas y embarazadas que fueron atendidas en la Casa Materna “Doña Maurita” de Nueva Guinea en el periodo de julio 2014 a octubre 2014 y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

7.4 Muestra: igual al universo. El cual fue constituido por 189 mujeres puérperas y embarazadas que fueron atendidas en dicha Casa Materna en le periodo a estudio.

7.5 Tipo de muestreo: Muestreo no probabilístico por conveniencia.

7.6 Criterios de Inclusión:

- Toda embarazada y puérpera albergada en la Casa Materna
- Edades entre 12 a 45 años.
- Que se encuentren en la Casa Materna durante el periodo en estudio
- Que quieran participar del estudio.

7.7 Criterios de Exclusión:

- Que se les brinde albergue por otras situaciones diferentes al embarazo o puerperio.
- Puérperas que se envían de otros centros para albergar mientras regresan a su lugar de origen pero no estuvieron ingresadas en esta casa materna
- Que no quieren participar en el estudio

7.8 Listado de Variables:

Objetivo 1: Identificar las características socio demográficas de las mujeres en estudio.

➤ Edad

- Menores de 15 años
- 15 a 19 años
- 20 a 24 años
- 25 a 29 años
- 30 a 34 años
- 35 a 39 años
- 40 a 45 años

➤ Estado civil

- Soltera
- Casada
- Unión estable
- Viuda
- Divorciada

➤ Religión

- Católica
- Evangélica
- Testigo de Jehová
- Mormones

-
- Otras
 - Ninguna

➤ Etnia

- Blanca
- Mestiza
- Criolla
- Negra
- Misquita
- Garífuna
- Mayagna
- Otras

➤ Escolaridad

- Analfabeta
- Primaria: a) Completa b) Incompleta
- Secundaria: a) Completa b) Incompleta
- Universitaria: a) Completa b) Incompleta
- Técnico: a) Completa b) Incompleta

➤ Procedencia

- Rural
- Urbana

-
- Ocupación
 - Ama de casa
 - Agricultora
 - Ganadera
 - Maestra
 - Doméstica
 - Comerciante
 - Otros

Objetivo 2: Caracterizar los antecedentes gineco obstétricos de las mujeres estudiadas.

- Gestas
 - Primigesta
 - Bigesta
 - Multigesta
 - Gran Multigesta

- Paridad
 - Nulípara
 - Primípara
 - Multípara
 - Gran multípara

➤ Antecedentes de abortos

- Ninguno
- 1 a 2
- 3 o más

➤ IVSA

- Menor de 15 años
- 15 a 19 años
- 20 a 24 años
- 25 a 29 años
- 30 a 34 años
- 35 a 39 años
- 40 a más

➤ Numero de compañeros sexuales

- 1
- 2 a 4
- 5 a más

➤ CPN

- Ninguno
- 1 a 3
- 4
- 5 o más

➤ Planificación antes de este embarazo

- Si
- No

➤ Método de planificación

- Naturales
- Orales
- Inyectables: a) Mensual b) Trimestral
- Preservativos
- DIU
- No se Corresponde

➤ Embarazo planeado

- Si
- No

➤ Fecha del último parto

- Menor o igual a 2 años
- Mayor de 2 años a 5 años
- Mayor de 5 años

Objetivo 3. Conocer los conocimientos referentes al uso de la casa materna que poseen las mujeres estudiadas.

➤ Conocimiento

- Beneficios de estar en CM
- Cuando acudir a CM
- Catalogar el trato del personal de asistencial en CM
- Como pedir apoyo para acudir a CM
- Saber por que fue referida a CM

➤ Grado de conocimiento

- Aceptable
- Regular
- No aceptable

Objetivo 4. Describir las actitudes de las mujeres estudiadas con respecto a la casa materna

➤ Actitud

- Como se siente en CM
- Que le gusta de CM
- Que no le gusta de CM
- Como se puede mejorar el ambiente en CM
- Razones por las cuales las mujeres no acuden a CM

➤ Tipo de actitud

- Positiva
- Negativa

Objetivo 5. Identificar las prácticas que tienen las mujeres estudiadas con relación al uso de las casas maternas

➤ Prácticas

- Prácticas familiares acerca del uso de CM
- Prácticas personales acerca del uso de CM
- Tipo de apoyo recibido en la práctica
- Práctica de información a familiares
- Actividades en las que participan
- Situación de privacidad

➤ Calidad de las prácticas

- Adecuada
- Inadecuada

7.9 Operacionalización de variables:

Objetivo 1: Identificar las características socio demográficas de las mujeres estudiadas

Variables	Concepto o definición	Indicador	Escala / Valor
Edad	Tiempo transcurrido del nacimiento al momento de la encuesta	Años	<ul style="list-style-type: none">• Menor de 15• 15 a 19• 20 a 24• 25 a 29• 30 a 34• 35 a 39• 40 a 45
Estado Civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Estado	<ul style="list-style-type: none">• Soltera• Casada• Unión Libre• Viuda• Separada
Religión	Grupo de creencias y fe que tiene cada persona.	Creencia	<ul style="list-style-type: none">• Católico• Evangélico• Testigo de Jehová• Mormones• Otras• Ninguna
Etnia	Población humana en la cual los miembros se identifican entre ellos, con base en una real o presunta genealogía y	Tipo de etnia	<ul style="list-style-type: none">• Blanca• Mestiza• Negra• Criolla

	ascendencia común.		<ul style="list-style-type: none"> • Misquita • Garífuna • Mayagna • Otras
Escolaridad	Nivel de educación alcanzado por la persona al momento del estudio	Nivel académico	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria: <ul style="list-style-type: none"> 1- completa 2- Incompleta • Secundaria <ul style="list-style-type: none"> 1- Completa 2- Incompleta • Universitario <ul style="list-style-type: none"> 1- completa 2- incompleta • Técnico <ul style="list-style-type: none"> 1- completa 2-incompleta
Procedencia	Localidad donde habita la persona actualmente	Área	<ul style="list-style-type: none"> • Rural • Urbana
Ocupación	Labor que desempeña el entrevistado	Labor desempeñada	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Agrícola • Ganadera • Domestica • Maestra • Comerciante • Otra

Objetivo 2: Caracterizar los antecedentes Gineco Obstétricos de las mujeres estudiadas.

Variables	Concepto o Definición	Indicador	Escala / Valor
Gestas	Número de embarazos que ha tenido una mujer hasta el momento del estudio	Numero de gestas	<ul style="list-style-type: none"> • Primigesta • Bigesta • Multigesta
Paridad	Número de partos que ha tenido una mujer hasta el momento del estudio	Numero de partos	<ul style="list-style-type: none"> • Nulípara • Primípara • Multípara • Gran multípara
Aborto	Interrupción del embarazo antes de 22 semana de gestación o feto con peso menor de 500 grs que puede ser espontaneo o inducido	Numero de abortos	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • 1 - 2 • 3 a más
IVSA	Edad de inicio de tener relaciones sexuales	Edad en años	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 15 • 15 a 19 • 20 a 24 • 25 a 29 • 30a34 • 35a39 • 40amás
Numero de Compañeros	Es el número de parejas sexuales que ha tenido la mujer	Numero de personas	<ul style="list-style-type: none"> • <2 • 2 a 4 • 5 a más

Control Prenatal	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la mujer en el embarazo	Numero de controles	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • 1 a 3 • 4 • 5 o Mas
Planificación Familiar	Conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre orientadas al control de la reproducción	Control de Planificación Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Método de Planificación	Diferentes métodos utilizados para evitar la fecundación	Métodos de Planificación Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Naturales • Orales • Inyectable • Mensual • Trimestral • Preservativo • DIU
Embarazo Planificado	Condición de planificación del embarazo actual	Deseo de la mujer de haber quedado embarazada en esta gestación	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Fecha del Ultimo Parto	Tiempo transcurrido entre el parto anterior y el embarazo actual	Años	<ul style="list-style-type: none"> • Menor o igual a 2 años • Mayor de 2 años a 5 años Mayor de 5 años

Objetivo Numero 3: Conocer los conocimientos referente al uso de la casa materna que poseen las mujeres estudiadas.

Variable	Definición o Concepto	Dimensión	Indicador	Escala / Valor
<p>Grado de conocimiento que tienen las mujeres de la casa materna</p>	<p>Es la capacidad que tienen las mujeres embarazadas puérperas de conocer las funciones de casa materna</p>	<p>3.1 ¿Crees que es beneficioso que las mujeres vengán a esperar su parto a la casa materna?</p> <p>3.2 ¿Crees que es beneficioso esperar el parto en la casa materna? Cuales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Previene las complicaciones de salud del recién nacido b) Hay menos muerte de las madres c) Hay menos muerte de los niños d) Es más fácil tener el parto atendido por el personal de salud e) Todas las anteriores <p>3.3 ¿Hay que venir a la casa materna antes del parto? ¿Cuanto tiempo antes?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Un mes antes b) Tres semanas antes c) Dos semanas antes d) Una semana antes e) Cuando el 	<p>Según respuesta</p>	<p>-Si -No -No sabe</p>

		<p>medico y/o el brigadista de salud me lo pida</p> <p>3.4 ¿Has escuchado sobre el trato que reciben las mujeres atendidas en la casa materna? ¿Cómo es?</p> <p>a) Existe buena comunicación entre el personal de la casa y las mujeres</p> <p>b) Hay un buen trato de parte del personal de la casa</p> <p>c) Les brindan interés y apoyo a sus problemas</p> <p>d) Les dan una alimentación balanceada</p> <p>e) Sienten que tienen protección y que se siente segura más que en su casa</p> <p>3.5 ¿Sabe por qué causa la refirieron a la casa materna? Por Que:</p> <p>a) Por su tipo de sangre</p> <p>b) Por posición transversa, pélvica</p> <p>c) Por la edad</p> <p>d) Por que trae circular de cordón</p> <p>e) Por el poco acceso al hospital y centro</p>		
--	--	--	--	--

		<p>de salud</p> <p>f) Porque soy de bajo recursos económicos</p> <p>g) Otros (Ejemplo: SHG, Embarazo Gemelar, Cardiopatía, Anemia, Infección vaginal).</p> <p>h) 3.6 Sabe que hay que hacer para venir a la casa materna.</p> <p>a) Ir al MINSA</p> <p>b) Ir al puesto Medico</p> <p>c) Ir donde el Brigadista de Salud</p> <p>d) Venirse directamente</p> <p>3.7 ¿Sabe cómo pedir apoyo para ser trasladada a la Casa Materna?</p> <p>3.8 Quien la refirió a la casa materna:</p> <p>a) La refirieron de un centro de salud o puesto medico</p> <p>b) La refirieron del Hospital</p> <p>c) La refirió un brigadista de salud</p> <p>d) Vino por su propia cuenta</p> <p>e) Familiar</p>		
--	--	---	--	--

Nivel de Conocimiento	Grado conceptual y teórico que posee las embarazadas y puérperas medido a través de una escala	Grado de Conocimiento	Respuestas Correctas	a) Aceptable b) Regular c) No Aceptable
------------------------------	--	-----------------------	----------------------	---

Objetivo Numero 4: Describir las Actitudes de las mujeres estudiadas con respecto a la casa materna.

Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Escala /
Actitud	Es la reacción que presenta las mujeres embarazadas y puérperas a las diferentes situación o circunstancia en su vida.	Venir a la casa materna es algo que tiene que ver solo con la mujer A los hombres no les gusta que la mujer venga a la casa materna A mi compañero o marido no le gusta que yo venga a la casa materna La casa materna es muy aburrida En la casa materna no nos tratan bien Pienso venir en mi próximo embarazo a esperar mi parto a la casa materna Si uno tiene hijos pequeños es muy difícil venir a la casa materna Me gustaría saber más sobre los beneficios de la casa materna En el centro de salud me han dado información útil sobre la casa materna Como se siente en casa materna Tranquila , Cómoda	Grado de acuerdo	De Acuerdo Indeciso Desacuerdo

		<p>Con confianza</p> <p>No estoy bien porque tengo que hacer oficio y la comida</p> <p>Con buenas condiciones ambientales</p> <p>Agradecida por apoyarnos y cuidarnos</p> <p>Molesta porque no dejan tener a una de mi familia</p> <p>Me siento mal porque no tengo un cuarto aparte</p> <p>Que es lo que más le gusto de estar en casa materna</p> <p>Charlas</p> <p>Atención</p> <p>la comida</p> <p>El local</p> <p>El Personal</p> <p>Que es lo que menos le gusto de casa materna</p> <p>Levantarse de mañana a bañar</p> <p>Compartir la habitación</p> <p>Que lo estén levantando en la noche a escuchar el corazón al niño</p> <p>Que no dejan que me acompañe mi familia</p> <p>Que no hay abanico para cuando hay calor</p>		
--	--	---	--	--

		<p>No los dejan salir a visitar mi familia</p> <p>Que alternativas puede darnos para mejorar las casa maternas</p> <p>Acepten que un familiar se quede con nosotros</p> <p>Ampliación de los cuartos</p> <p>Camas más grandes</p> <p>Ampliación de las cocinas</p> <p>La sala más grande</p> <p>Que nos dejen visitar a nuestra familia</p> <p>Cuáles son las causa de no asistir a las casa materna</p> <p>No los dejan ir nuestro esposos</p> <p>No quieren dejar su casa sola</p> <p>Falta de información</p> <p>Por no dejar sol los niños</p> <p>Por pena , Timidez</p> <p>Porque todo mis partos son atendido por partera</p> <p>Porque mi familia no tiene dinero para que vaya haber</p>		
Tipo de actitud	<p>Escala alcanzada según las actitudes positivas identificadas en las embarazadas y puérperas en la Casa Materna adolescente.</p>		Tipo	<p>Positiva</p> <p>Negativa</p>

Objetivo Número 5: identificar las prácticas que tienen las mujeres estudiadas con relación al uso de las casas maternas.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala o Valor
Practicas	Conjunto de actividades y procedimientos que realizan las embarazadas y puérperas en la casa materna	<p>En mi familia todas las mujeres saben de la importancia de la casa materna</p> <p>En mi familia las mujeres que han tenido problemas con el embarazo se han venido a esperar a la casa materna</p> <p>Cuando tuve problemas con el embarazo y parto vine a la casa materna.</p> <p>Después de mi experiencia con esta estancia en la casa materna recomendaría a otras mujeres que vinieran a esperar su parto</p> <p>Cual ha sido el apoyo recibido y por quien</p> <p>Las mujeres nos apoyamos entre todas</p> <p>Hay enfermera las 24 horas</p> <p>Se cuenta con vehículo en caso de emergencia</p> <p>Tenemos un médico que nos valora al tener algún problema o si ya estamos en fecha de tener</p> <p>Se brinda información a nuestro familiares por los diferentes medios de comunicación</p>	Según Respuesta	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - No Sabe

		<p>Que puede decir sobre las actividades realizadas</p> <p>Las actividades son divertidas</p> <p>Compartimos las actividades de limpieza</p> <p>Hay privacidad cuando nos llegan a visitar</p> <p>A través de charlas aprendemos y conocemos nuestros derechos y los factores de riesgo que tenemos</p> <p>Las charlas que dan son aburridas</p>		
Calidad de la practica	Escala alcanzada en la practica en casa materna		Respuestas Correctas	<ul style="list-style-type: none"> - Bueno - Regular - malo

7.10 Técnicas y procedimientos de recolección de información

La obtención de la información se realizó en dos momentos. En el primer momento se realizó un cuestionario auto aplicable a los informantes clave (personal de salud de la Casa Materna: Médicos, Enfermeras y Parteras) y en el segundo momento se realizó una encuesta estructurada a las embarazadas y puérperas.

Posteriormente, se procesó la información de los informantes clave y se obtuvo un documento con preguntas cerradas, con el cual se elaboró una encuesta estructurada. La cual fue el instrumento final que se aplicó a las mujeres participantes en el estudio.

Esta encuesta estaba conformada por 5 partes: características socio demográficas, antecedentes gineco obstétricos, conocimientos de CMDM, actitudes hacia la CMDM y práctica en CMDM.

Luego se le explicó a cada madre el tipo de estudio y los objetivos del mismo, las madres que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado y luego se procedió a realizar la encuesta, explicándole previamente la forma de llenado y/o encuestándolas personalmente.

7.11 Plan de tabulación y análisis

Los datos fueron procesados en el programa SPSS versión 23, los gráficos se realizaron en Microsoft Office Excel 2011. Se utilizaron tablas de frecuencias y porcentajes.

7.12 Escala de valores: Conocimientos:

Para valorar el nivel de conocimiento se realizó una serie de enunciados sobre aspectos básicos acerca de la Casa Materna (8 acápite en total), estos acápite se encontraban divididos en 31 enunciados.

Para cada acápite la madre tenía 3 opciones de respuesta: Si, No y No Sabe Si para ella el enunciado era cierto, tenía que marcar la casilla “SI”. En caso contrario, si para la participante el enunciado no era cierto, marcaba la casilla “NO”.

Cada enunciado correcto tenía el valor de un punto, la respuesta incorrecta no obtuvo punto. Luego de calificar todos los enunciados, se procedió a sumar todos los puntos obtenidos y se sacó el promedio alcanzado, de manera que si los 31 enunciados fueron contestados correctamente la participante obtuvo un promedio del 100%.

Para calificar el conocimiento se utilizó la siguiente escala de valores con amplitud de un rango de tres niveles:

- Conocimiento Aceptable: Si el porcentaje de enunciados correctos para cada acápite individual se encontraba entre 80 – 100%.
- Conocimiento Regular: Si el porcentaje de enunciados correctos para cada acápite individual se encontraba entre 60 – 79%.
- Conocimiento Inadecuado: Si el porcentaje de enunciados correctos para cada acápite individual era menos de un 60%.

Actitud:

Para valorar el tipo de actitud se utilizó un conjunto de 41 proposiciones, ante los cuales se solicitó a la participante que externara su reacción eligiendo una de las 3 categorías de la escala. A cada una se le asignó un valor numérico, este valor dependía de la respuesta que se considerara correcta para cada proposición, ya que en ciertos casos el puntaje correcto sería estar de acuerdo y en otros estar en desacuerdo con dicha proposición; así la participante obtuvo una puntuación respecto de la afirmación y una puntuación total final sumando las puntuaciones obtenidas en cada afirmación.

Puntuación asignada cuando estar de acuerdo era lo correcto en cada proposición:

De acuerdo **(A)** (5 puntos)

Indeciso **(I)** (0 puntos)

Desacuerdo **(D)** (0 puntos)

Puntuación asignada cuando estar en desacuerdo era lo correcto en cada proposición:

De acuerdo **(A)** (0 puntos)

Indeciso **(I)** (0 puntos)

Desacuerdo **(D)** (5 puntos)

Al final se sumó el puntaje obtenido de cada ítem y se sacó el porcentaje del total de puntos posibles, resultando lo siguiente:

- Actitud Positiva: porcentaje de puntos obtenidos igual o mayor al 80%.
- Actitud Negativa: porcentaje de puntos obtenidos menor del 80%.

Prácticas:

Conformado por 3 acápites. Con un total de 14 enunciados. A cada enunciado se le asignó un valor numérico, este valor dependía de la respuesta que se considerara correcta para cada proposición, ya que en ciertos casos el puntaje correcto sería estar de acuerdo o “Si” y en otros estar en desacuerdo o “No” con dicha proposición. Cada enunciado obtuvo una puntuación final sumando las puntuaciones obtenidas en cada afirmación.

Puntuación asignada cuando estar de acuerdo o “Si” era lo correcto en cada proposición:

De acuerdo **(A)** (5 puntos)

Indeciso **(I)** (0 puntos)

Desacuerdo **(D)** (0 puntos)

Puntuación asignada cuando estar en desacuerdo era lo correcto en cada proposición:

De acuerdo **(A)** (0 puntos)

Indeciso **(I)** (0 puntos)

Desacuerdo **(D)**

(5 puntos)

Al final se sumó el puntaje obtenido de cada acápite y se sacó el porcentaje del total de puntos posibles, resultando lo siguiente:

- Adecuada: porcentaje de puntos obtenidos igual o mayor al 80%.
- No adecuada: porcentaje de puntos obtenidos menor del 80%.

7.13 Aspectos éticos:

Los instrumentos de recolección de información (tanto el cuestionario auto aplicable a los informantes clave, como la encuesta estructurada aplicada a las mujeres participantes) fueron llenados de manera anónima. Las fichas de recolección de la información así como la base de datos son propiedad exclusiva de los investigadores.

Las mujeres participantes en el estudio firmaron un consentimiento informado para garantizar la confidencialidad de sus datos.

Así mismo, los resultados de este estudio se facilitarán al personal de Salud de Casa Materna con el fin de mejorar las condiciones y la calidad de atención a la población.

8. RESULTADOS

Se aplicaron un total de 189 encuestas a mujeres que asistieron a la CMDM Nueva Guinea, en el periodo de Julio 2014 a Octubre 2014.

8.1 Características socio demográficas de las mujeres en estudio:

Se encontró que las mujeres embarazadas y puérperas adolescentes con edades entre 20 a 24 años fueron el grupo etario que predominó en la CMDM con un 32.8 % (62), seguido de las menores de el grupo de 15 a 19 años con 27.51% (52), las mujeres con edades entre 20 a 29 años ocupaban el tercer lugar con un 14.29% (27), seguido de los grupos de mujeres con edades entre 30 a 34 años con 12.7% (24), de 35 a 39 años con 7.94% (15), menor de 15 años con 4.76% (9) y por último las mujeres de 40 a 45 años con 0% (Tabla # 1).

En cuanto al estado civil de las mujeres estudiadas se encontró que predominaban las mujeres en Unión libre con un 51.32% (97), seguido de las casadas con 33.33% (63), solteras con 15.34% (29), las mujeres viudas y divorciadas no representaron ningún valor y su porcentaje fue de 0%. (Tabla # 2).

La religión que predominó en las mujeres fue la católica con 48.68% (92), seguido de las Evangélicas con 40.74% (77), en tercer lugar las que no tienen ninguna religión con 10.58% (20) y 0% para las otras religiones. (Tabla # 3)

Las mujeres de etnia mestiza con 98.9% (187) eran las mujeres que predominaron en la CMDM, seguido de las mujeres negras con 1.1% (2), no se encontraron mujeres de otras etnia. (Tabla # 4)

Se encontró que la mayoría de las mujeres cursaron primaria de forma incompleta con 38.62% (73), seguido de las mujeres que completaron la primaria con 21.69% (41), las mujeres analfabetas ocuparon el tercer lugar con 17.99% (34), un 13.76% (26) curso la secundaria y no las culminó, un pequeño porcentaje de las mujeres realizó estudios de secundaria logrando bachillerarse representando un 7.94% (15), y ninguna mujer de las encuestadas en la CMDM logro llegar a la universidad o a alguna carrera técnica. (Tabla # 5)

El 93.12% (176) de las mujeres eran procedentes del área rural y un 6.88% (13) eran del área urbana. (Tabla # 6)

En cuanto a la ocupación de las mujeres estudiadas predominó con 89.42% (169) las amas de casa, seguido de las que se dedican a la agricultura con 6.35% (12), en tercer lugar estaban las maestras con 2.65% (5) y en último lugar las que se dedican al comercio con 0.53%(1). (Tabla # 7)

8.2 Antecedentes gineco obstétricos de las mujeres estudiadas.

En cuanto a las gestas, se encontró que el 37.04% (70) eran primigestas, el 32.28% (61) eran bigestas representando el segundo lugar de las mujeres encuestadas y el 23.81% (45) son las mujeres que han tenido entre 3 y 4 embarazos y solamente el 6.88% (13) habían tenido 5 a más embarazos. (Tabla # 8)

El 42.33% (80) de las mujeres estudiadas nunca habían tenido un parto anterior, seguido de las que habían tenido 2 a 4 partos con 32.28% (61), el 20.63% (39) solo han tenido un parto y solo el 4.76% (9) habían tenido más de 5 partos. (Tabla # 9)

El 78.31% (148) de las mujeres no habían tenido abortos en embarazos previos, el 19.05% (36) habían tenido 1 o 2 abortos anteriores y solamente el 2.65% (5) han tenido 3 o más abortos en embarazos anteriores. (Tabla # 10)

En cuanto al Inicio de Vida Sexual Activa, el 67.72% (128) de las mujeres de la Casa Materna refirieron iniciarla cuando tenían entre 15 y 19 años, un 26.98% (51) la inicio antes de tener los 15 años de edad y solamente el 3.70% (7) la inicio entre los 20 y 24 años y el 1.59% (3) entre los 25 a 29 años de edad. (Tabla # 11)

El 65.08% (123) respondieron haber tenido solamente 1 compañero sexual, el 34.92% (66) entre 2 a 4, y un 0% 4 a más compañeros sexuales. (Tabla # 12)

Se encontró que el 43.39% (82) de las embarazadas se habían realizado de 1 a 3 APN y un 30.69% (58) se realizaron 4 APN, el 23.28% (44) se realizaron de 5 a más APN y solo el 2.65% (5) no tenían ningún APN. (Tabla # 13)

El 85.71% (162) de las mujeres estudiadas refieren si haber estado planificando al momento

de embarazarse y un 14.29% (27) no estaba planificando. (Tabla # 14)

El 40.21% (76) de las mujeres refieren que estaban utilizando los géstagenos orales como método de planificación familiar, el 19.05% (36) estaban utilizando métodos inyectable mensual, el 17.99% (34) usaban el método inyectable trimestral, un 3.70% (7) refieren usaban preservativo y el 4.23% (8) usaban métodos naturales y solo el 0.53% (1) usaba el DIU, el resto 12.29% (27) no estaba usando ningún método de planificación familiar. (Tabla # 15)

Un 61.38% (116) de las mujeres refieren que su embarazo fue planeado y un 38.62% (73) que no lo fue. (Tabla # 16)

Un 37.04% (70) no tienen ningún parto o aborto como antecedente y el 30.69% (58) refieren su ultimo parto fue entre los 2 y los 5 años, el 19.58% (37) refieren fue hace mas de 5 años y solo el 12.70% (24) refieren que el parto fue hace menos o igual a 2 años. (Tabla # 17)

8.3 Conocimientos referentes al uso de la casa materna que poseen las mujeres estudiadas.

Se encontró que: el 87.30% (165) creen que es beneficioso que las mujeres vengan a esperar su parto a la casa materna, sin embargo el 5.29% (10) consideraron que no era beneficioso que las mujeres esperen el parto en la casa materna y solo el 7.41% (14) dijeron que no sabían si era beneficioso, el 91.01% (172) creen que es beneficioso esperar el parto en la casa materna de las cuales, el 16.86% (29) consideran que previene las complicaciones del recién nacido, el 12.79% (22) que previene las muertes en la madre, el 6.98% (12) que hay menos muertes de las niños, el 44.77% (77) que es mas fácil tener el parto atendido por el personal de salud y el 18.6% (32) consideraron que estar en la casa materna le traía todos esos beneficios. (Tabla # 18)

El 93.12% (176) creen que hay que venir a la casa materna antes del parto dentro de ellas, el 38.64% (68) creen que es un mes antes, el 4.55% (8) tres semanas antes, el 28.98% (51) dos semanas antes, el 15.34% (27) una semana antes y el 12.50% (22) consideran que hay que acudir cuando el medico y/o brigadista de salud se lo pida. (Tabla # 18)

En cuanto al trato que reciben las mujeres atendidas en la casa materna el 92.06% (174) respondieron que habían escuchado de cómo era el trato que se les daba en la casa materna, de las cuales un 90.23% (157) respondió que existe buena comunicación entre el personal de la casa y las mujeres, un 93.1% (162) que hay un buen trato de parte del personal, el 81.61% (142) dicen que les brindan interés y apoyo a sus problemas, el 83.91% (146) que se les da una alimentación balanceada y el 98.28% (171) se sienten que tienen protección y que se sienten segura más que en su casa. (Tabla # 18)

El 88.36% (167) contestaron que sabían la causa por la que fueron referidas a la CM, de estas el 1.80% (3) dice que fue por su tipo de sangre, el 8.98% (15) por la posición fetal, el 5.39% (9) por su edad, 4.19% (7) por circular de cordón fetal, un 39.52% (66) por el poco acceso que tenían al hospital y/o centro de salud, un 6.59% (11) por ser de pocos recursos económicos y un 33.53% (56) por otras causas como presión alta, anemia etc. (Tabla # 18)

El 100% (189) sabe que hay que hacer para venir a la casa materna, el 6.35% (12) piensa que debe acudir al MINSA, el 65.08% (123) que hay que acudir al puesto medico, el 8.47% (16) dicen que hay que ir donde la partera o brigadista de salud y el 20.11% (38) que hay que ir directamente a CM. (Tabla # 18)

Se encontró que el 92.06% (174) sabe cómo pedir apoyo para ser trasladada a la Casa Materna. De las mujeres que se encontraban en CMDM al momento de la encuesta, el 53.97% (102) la refirieron de un centro de salud o puesto medico, el 22.22% (42) la refirieron del hospital, el 4.23% (8) fue referida por un brigadista, el 6.88% (13) vinieron por su propia cuenta y solo el 12.70% (24) fue referida por un familiar. (Tabla # 18)

A nivel general podemos observar que el 91.53% (173) de las mujeres mostraron tener un nivel de conocimiento adecuado sobre las Casas Maternas, un 3.17% (6) tenían un conocimiento regular y el 5.29% (10) un conocimiento inadecuado. (Tabla # 19)

8.4 Actitudes de las mujeres estudiadas con respecto a la casa materna

En relación a la actitud que toman las mujeres cuando se encuentran en CM se encontró que estaban en acuerdo en un 37.04% (70) con que venir a la casa materna es algo que tiene que ver solo con la mujer, el 66.67% (126) con que a los hombres no les gusta que la

mujer venga a la casa materna, el 24.34% (48) que a su compañero o marido no le gusta que venga a la casa materna, el 47.62% (90) están de acuerdo en que la CM es muy aburrida, el 7.41% (14) dicen que no son bien tratadas en CM, el 87.30% (165) piensan venir en su próximo embarazo a esperar el parto a la casa materna. (Tabla # 20)

El 60.32% (114) están de acuerdo en que si tiene hijos pequeños es muy difícil venir a la casa materna, el 85.71% (162) les gustaría saber más sobre los beneficios de la casa materna, el 57.67% (109) dicen que en el centro de salud les han dado información útil sobre la casa materna. (Tabla # 20)

Se les pregunto a las mujeres que estaban en la CMDM sobre como se sentían en la CM, el 91.01% (172) se sienten tranquilas y cómodas en CM, el 91.01% (172) con confianza, el 25.40% (48) dijeron que no estaban bien por que tenían que hacer oficios y la comida, el 84.66% (160) con buenas condiciones ambientales, el 93.65% (177) agradecidas por el apoyo y cuidado, el 24.34% (46) están molestas por que no pueden tener alguien de su familia en CM y el 28.04% (53) se sienten mal por que no tienen cuartos independientes. (Tabla # 20)

En relación a lo que más le gusta de estar en la CM, el 60.32% (114) dijo que las charlas, el 96.83% (183) dijo que la atención, el 92.06% (174) la comida, el 92.06% (174) el local y el 96.83% (183) el personal. En cambio cuando se les pregunto sobre que era lo que no les gusto de la CM fue en un 6.35% (12) levantarse de mañana a bañarse, el 16.40% (31) compartir la habitación, el 5.82% (11) que la levanten en la noche a escuchar el corazón del niño, el 20.63% (39) que no dejen que los acompañen los familiares, el 51.32% (97) que no hay abanico para cuando hay calor, el 55.03% (104) que no las dejan salir para visitar a su familia. (Tabla # 20)

Las mujeres atendidas consideraron algunas alternativas para mejorar la CMDM en un 70.37% (133) que acepten que en un familiar se quede con ellas, el 64.02% (121) que se amplíen los cuartos, el 51.93% (97) camas más grandes, 47.09% (89) que se amplíen las cocinas, el 46.03% (87) que la sala sea más grande y el 78.31% (148) que puedan salir y visitar a sus familias. (Tabla # 20)

Así mismo, expresaron cuales son las razones de porque algunas mujeres no asisten a la

CM, de las cuales el 85.71% (162) dijo que sus maridos no lo permitían, el 87.3% (165) que no querían dejar su casa sola, el 89.95% (170) por falta de información, el 94.71% (179) por no dejar solo a los niños, el 80.42% (152) por pena o timidez, el 60.32% (114) por que todos sus partos han sido atendidos por parteras y el 57.67% (109) por que su familia no tiene dinero para que la vayan a ver a CM. (Tabla # 20)

A nivel general se encontró que el 61.38% (116) presentaron una actitud positiva y el 38.62% (73) una actitud negativa durante su estancia en CMDM. (Tabla # 21)

8.5 Prácticas que tienen las mujeres en estudio durante su estancia en las casas maternas.

El 73.02% (138) expresó que en su familia todas las mujeres saben de la importancia de la casa materna, el 49.74% (94) refieren que en la familia las mujeres que han tenido problemas con el embarazo se han venido a esperar a la casa materna, el 64.02% (121) llegaron a CM cuando tuvieron problemas con el embarazo y parto anterior o actual, el 95.77% (181) consideran que después de su experiencia con esta estancia en la casa materna recomendaran a otras mujeres que vayan a esperar su parto en la CMDM. (Tabla # 22)

Se les pregunto sobre cual ha sido el apoyo recibido en la CMDM y por quien y respondieron, un 84.13% (159) recibió apoyo de las otras mujeres de CM, un 20.11% (38) que las enfermeras permanecen las 24 horas, el 2.65% (5) se cuenta con vehículo en caso de emergencia, el 97.35% (184) por un médico que las valora al tener algún problema o si ya están en fecha de parir y el 78.72% (145) que se les brinda información a los familiares por los diferentes medios de comunicación. (Tabla # 22)

A cerca de las actividades que se realizan en la CM se encontró que el 92.06% (174) piensan que son divertidas, el 94.71% (179) comparten las actividades de limpieza, el 89.42% (169) que hay privacidad cuando las llegan a visitar, el 94.71% (179) consideran que a través de charlas aprenden y conocen sus derechos y los factores de riesgo que tienen y el 8.99% (17) consideran las charlas aburridas. (Tabla # 22)

Se encontró que el 73.02% (138) presentaron prácticas adecuadas durante su estancia en Casa Materna y un 26.98% (51) se catalogo como prácticas no adecuadas. (Tabla # 23)

9. DISCUSION

En Nicaragua al igual que en otros países del mundo especialmente Latinoamérica y África, la estrategia de casas maternas se ha implementado exitosamente. En términos generales la experiencia nicaragüense, específicamente en la CMDM de Nueva Guinea, es más parecida a la reportada en Guatemala, Ecuador y Uganda, al ser ampliamente utilizadas y encontrarse en proceso de expansión. (4)(5)(6)

En cuanto a la edad predominante que predominó fueron las mujeres jóvenes entre los 20 a 24 años y luego las adolescentes entre 15 a 19 años, esto se relaciona íntimamente con la realidad de nuestro país y región ya que, Nicaragua tiene uno de los mayores índices de fecundidad en adolescente en América Latina y el Caribe, en Nicaragua el 25% de los embarazos son adolescentes, teniendo una natalidad de 72 nacimientos por cada 1000 mujeres entre los 15 y 19 años, según el reportes del 2014 del Banco Mundial. Los embarazos en adolescentes están relacionados con los niveles de pobreza y educación por que las madres adolescentes tienen menos probabilidades de finalizar sus estudios (educación primaria y secundaria) y de calificar para mejores oportunidades de empleo. (11)

Se encontró que entre las mujeres participantes el estado civil que predominó fue el de casadas y en unión libre, lo cual indica que tiene un apoyo financiero por la pareja. De igual manera, la religión católica fue la predominante seguida de la evangélica, lo cual no difiere de las encuestas nacionales realizadas ya que esto es lo que reportan respecto a las religiones del país.

Se encontró que las mujeres tenían escolaridad básica en su mayoría Primaria incompleta y que provenían de zonas rurales alejadas e inaccesibles, según estudios se señala que los años de estudio aprobados de la población de 10 años de edad o más en las áreas rurales es muy inferior al observado en las zonas urbanas (4,5% para aquellos entre 10 y 12 años de edad y 1,1% para los de 13 años o más versus 18,0% y 10,5% respectivamente), además de que la asistencia escolar en este lugar es del 48.1% la cual es menor en el área rural según cifras de INIDE 2005. Si bien a nivel agregado no se observan grandes diferencias entre los niveles educativos de hombres y mujeres, los años de estudio aprobados disminuyen notablemente en las regiones Central y del Atlántico, donde predomina la población rural y se concentra la pobreza extrema refieren estadísticas del Banco Mundial y

Banco interamericano de desarrollo 2008, lo cual persiste debido a que aun encontramos niveles de analfabetismo en este estudio realizado y un porcentaje del 0% de estas mujeres encuestadas lograron llegar a estudiar una carrera técnica o universitaria.

Sin embargo, encuestas refieren que el grado de analfabetismo reportado para las poblaciones en el área rural del país se redujo de 32,4% en 2001 a 29,3% en 2005, y en nueva guinea paso de 47.3%, en 1995 a 33.8%, en 2005, lo que ha significado un gran avance para el país, según cifras municipales y nacionales de INIDE 2005.

En este estudio la mayoría de las mujeres eran amas de casa, esto podría significar una menor estabilidad financiera para muchas familias, sin embargo algunas cuentan con gallinas, vacas, cerdos y algunas actividades agrícolas en casa para subsistir; encuestas realizadas en el país encontraron que los hogares pobres se caracterizan por estar principalmente encabezados por hombres de bajo nivel educativo. Predomina la mezcla de analfabetismo y subempleo ya que según cifras de INIDE 2005, menos del 3% de la población de Nueva Guinea logra culminar algún estudio técnico o universitario.

De igual forma, se ha determinado que el promedio de hijos en estos hogares pobres rurales es mayor que en los hogares pobres urbanos (3,8 hijos por mujer versus 2,8 respectivamente) y el tamaño de la familia es por lo general más grande que en los hogares no pobres, con un promedio de casi siete personas (dos más que los hogares no pobres), de las cuales tres son menores de 13 años de edad, donde también se logra observar algún grado mayor de hacinamiento con respecto a otras partes del país. Esto se puede relacionar con las gestas y paridad de las mujeres en nuestro donde aunque predomino el grupo de las primigestas, el porcentaje de mujeres con 1 o mas hijos y embarazadas o púérpera en este momento representaba mas del 50% de la población estudiada.

Se logro determinar que la mayoría de las mujeres no habían tenido abortos aunque casi un 20% ya había experimentado esta situación. Se descubrió que la gran mayoría iniciaron vida sexual durante su pubertad y adolescencia, lo cual corresponde un riesgo ya que recientes estudios indican que entre más temprano se inicie la vida sexual las mujeres tienden a tener una mayor cantidad de hijos a lo largo de su vida fértil, están sujetas a mayores complicaciones obstétricas y peri neonatales, menos oportunidad de profesionalización y estabilidad laboral.

Se encontró que un poco más de la mitad de las embarazadas se realizaban 4 a más APN lo cual es un indicador en el cual se debe incidir para mantener o superarlo ya que reduce la mortalidad materna según normativas de el Ministerio de Salud sin embargo se encontró que una gran proporción no cumplía con esta cantidad de APN. Así mismo, otro indicador como es la planificación familiar se encontró con buena utilización y de las mujeres que planificaban el método de elección que predominó fueron los anticonceptivos orales y los inyectables, el 38% dijo que el embarazo actual no era planeado lo que se corresponde con el 32% de embarazadas las cuales su fecha de último parto era inadecuado.

Se logró encontrar que más del 90% de las mujeres embarazadas y puérperas que visitaron la CMDM contaban con un conocimiento adecuado sobre las casas maternas, por lo tanto ha sido un éxito el uso e implementación de las casas maternas en Nicaragua por el Ministerio de Salud los cuales han tenido muchos objetivos entre ellos se destacan, acercar a la mujer embarazada que reside en zonas distantes a recibir servicios de salud con complejidad adecuada para atender con personal calificado el embarazo, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo, para su debida atención segura con calidad y respeto a su condición socioeconómica, cultural, étnica y otras características de estas mujeres y sus familias, logrando así una maternidad segura.

El ministerio de salud de Nicaragua ha implementado el uso de las casas maternas con múltiples propósitos en beneficio de las madres e hijos especialmente de las zonas inaccesibles, una de ellas es dar educación a las madres sobre cuidados del recién nacido y de su condición obstétrica, adecuada alimentación, qué hacer cuando presenta datos de alarma, cuando acudir a la casa materna o a la unidad de salud, el porqué es necesario que permanezca en la casa materna y por cuánto tiempo habrá que estar, este programa de casa materna tiene como uno de sus propósitos la educación necesaria de las madres para disminuir la mortalidad materna y peri neonatal, adecuado cuidado propio y del nuevo ser, y sobre el uso del mismo programa para aconsejar a otras actuales y futuras embarazadas que necesiten de este programa y como puede gozar de sus beneficios, se observa en este estudio que en su mayoría las mujeres logran el propósito educativo del programa según como se propone el ministerio de salud de Nicaragua ya que la mayoría ha tenido adecuadas prácticas con respecto al uso de la CMDM.

Los hallazgos del estudio se asemejan al realizado en Guatemala en 2009 y Brasil 2008-2009, quienes también encontraron que la mayoría de los entrevistados sabían de la utilidad y beneficios de las casas maternas. Las mujeres también eran referidas por el personal de salud, promotores, líderes comunitarios o familiares. En muchos casos acuden al hospital y de ahí son referidas a las casas maternas. Las mujeres acuden a su control prenatal tardíamente en el segundo y tercer trimestre, desconocen signos de alarma en el embarazo y los métodos anticonceptivos. (7)

La mayoría de las embarazadas que acuden al programa de la casa materna tienen una actitud positiva hacia los procedimientos que se realizan, la forma en que se llevan a cabo y lo que reciben de los mismos tanto del personal médico como de las mismas compañeras; el ministerio de salud de Nicaragua tiene la perspectiva del adecuado uso del programa de casa materna, esto se denota con el éxito en su ejecución observándose en el beneficio que las embarazadas reciben, las cuales ellas denotan y toman una adecuada actitud sobre el programa; como es el caso en este estudio, donde la mayoría cooperan y aprovechan de los beneficios del programa para ella y de su familias, ya que las casas maternas representa un avance en la atención materno-infantil. Por lo tanto, las inversiones en este programa pueden beneficiar tanto a las madres y los niños, a través de una posible reducción de riesgos como infecciones hospitalarias, intervenciones innecesarias, ansiedad provocada por el medio ambiente, entre otros, debido a la estancia más larga de las mujeres embarazadas de alto riesgo en los hospitales.

En la mayoría de las embarazadas hay practica adecuada de lo que han aprendido durante la estancia en la casa materna, cumpliendo el propósito del programa de la casa materna educando a las embarazadas para prevenir la mortalidad materna y neonatal, al educarlas sobre los riesgos del embarazo, y la necesidad de transmitir lo aprendido a nuevas embarazadas y para implementarla en futuros embarazos.

Encontramos ciertas limitaciones metodológicas como la escasez de antecedentes y de bibliografía para el estudio, lo cual nos limita el análisis al no tener referencias para comparar nuestros hallazgos.

10. CONCLUSIONES

Hemos concluido que de acuerdo con los objetivos y propósitos con que fueron creadas las Casas Maternas se encontró que la CMDM atiende principalmente a las mujeres con características demográficas esperadas como son mujeres embarazadas y puérperas durante la adolescencia y adultez joven, mujeres con poco apoyo social como mujeres en unión libre y solteras, mayoritariamente católicas, de etnia mestiza, así como mujeres con baja escolaridad principalmente con menos de 6 años de educación, procedentes de aéreas rurales inaccesibles, y con pocos ingresos económicos en su mayoría amas de casa.

Con respecto a los antecedentes gineco obstétricos se encontró que muchas de las mujeres tenían alto riesgo obstétrico entre ellas predominaban las mujeres multigestas y múltiparas (con 2 a 4 embarazos y partos anteriores respectivamente), sin antecedentes de aborto, que iniciaron vida sexual a temprana edad ya sea en la pubertad o adolescencia, sin embargo la mayoría solo había tenia 1 compañero sexual, así mismo poco mas de la mitad cumplía con sus APN y estas utilizaban algún método de planificación familiar predominando los géstagenos orales y por lo tanto algunas tenían embarazos no planeados.

Al abordar sobre los conocimientos se encontraron en su mayoría que fueron adecuados ya que conocían cuales eran los beneficios de estar en la CM ya que era mas fácil ser atendidas estando ahí, cuánto tiempo antes debían acudir, habían escuchado de el trato que se les daba durante su estancia, sabían la causa por la cual habían sido referidas a la CM y sabían que había que hacer para ir a la CM y como pedir apoyo para ser atendidas en CMDM, por lo tanto se concluyo que el conocimiento de las estudiadas era aceptable.

Con respecto a las practicas en su mayoría las mujeres que fueron encuestadas refirieron que la decisión de ir a la CM es compartida, que les gustaba estar ahí y que no era aburrido, que eran bien tratadas y que les gustaría tener mas información útil sobre los beneficios de la CM de igual forma que se encontraban tranquilas, cómoda, con confianza, en buen ambiente y agradecidas por el apoyo brindado, que les gustaban las charlas, la comida y el resto de actividades. Sin embargo, en menor proporción expresaron que no les gustaba que no hubiera un cuarto independiente para cada una de ellas, que no tenían ningún acompañante o familiar y que tenían que participar en oficios de la CM y casi la mitad que no contaban con abanicos para el calor por lo tanto que se debía mejorar en estos aspectos.

Con respecto a las prácticas expresaron tener apoyo en las diferentes actividades sobre todo educativas y recreativas y que en su mayoría estas actividades son divertidas y de gran importancia sin embargo expresaron que no contaban con vehículo por emergencia y con enfermera las 24 horas, ya que el medico estaba por la mañana y por la noche solo quedaba una partera.

Con el propósito de tener un estudio lo más objetivo posible se compararon las opiniones referidas por las embarazadas y puérperas atendidas con los informantes claves como son el personal de salud que les brinda atención y acompañamiento, quienes refirieron las inconformidades que presentaba la población y la situación por la cual no se podían mejorar o que estaban en proceso de mejora.

Tomando en cuenta todas las opiniones expresadas se concluyo que dependiendo del caso y la causa por la cual cada mujer está ingresada se pueden tomar ciertas medidas, como en el caso de buscar un personal de aseo y cocinera ya que puede haber mujeres que por su condición no puedan hacer dichos oficios, así mismo, en ciertos casos se permita tener acompañante para ayudar en la toma de decisiones o darle permiso de ir a su casa. Brindar apoyo de manera que las mujeres puedan ser visitadas por sus familiares de escasos recursos económicos. También de que hay apoyo de la Dirección Municipal tomando como puente al medico encargado de la CMDM para la realización de exámenes especiales o valoraciones que las usuarias necesiten contribuyendo así a una mejor atención en dicha casa materna.

11. RECOMENDACIONES

Al MINSA:

- Fomentar el uso correcto de los métodos de planificación familiar sobre todo en adolescentes para disminuir la incidencia de embarazos adolescentes, los cuales son de alto riesgo para la madre y el producto.
- Promover la implementación del Plan parto a nivel nacional con el fin que las mujeres acudan a las Casas Maternas y de esta manera contribuir con los pilares de la maternidad segura.
- Mejorar estructural y asistencialmente las Casas Maternas para que las mujeres atendidas se sientan mas cómodas y seguras para prevenir la Mortalidad Materno-Infantil.
- Dar apoyo a la población de bajos recursos y lejanía geográfica para que puedan acudir a las Casas Maternas y sean visitadas por sus familiares para así vencer las brechas socioeconómicas y culturales.
- Utilizar la ficha de recolección de este estudio como una encuesta de satisfacción a todas las usuarias a Nivel Nacional con el fin de conocer las opiniones de la población, cómo y en que deben mejorar y como elevar el nivel de atención a dicha población.
- Promover la participación comunitaria dando capacitaciones a los líderes comunitarios, brigadistas y parteras para cambiar las practicas con respecto al uso de las casas maternas.

A la población:

- Difundir sus experiencias y beneficios que conlleva ser atendido en las Casas Maternas.
- Brindar apoyo a todas las mujeres embarazadas y puérperas para su atención y transporte en las Casas Materna.
- Promover el uso de las casas maternas en las comunidades de difícil acceso para el MINSA.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Normativa 050. Manual de organización de estructura de Casa Materna. Agosto 2010. Managua, Nicaragua.
2. Cortez Rafael, García Prado Ariadna, et al. Serie de cuadernos de Género para Nicaragua. Las Casas Maternas en Nicaragua. Cuaderno # 5. Banco Mundial. Banco interamericano de Desarrollo (BID). 2008. Nicaragua.
3. Plan de parto para maternidad segura una responsabilidad compartida (Manual de red comunitaria). USAID/ Proyecto familias unidas por su salud.
4. Maternity Waiting Home: A review if experiences, OMS, Geneva, 1996.
5. Serie de cuadernos de género para Nicaragua. Cuaderno # 5. Las casas materna en Nicaragua. Rafael Cortez - Ariadna García Prado, Han Kok - Carmen Largaespada. BN. BID.
6. Mejorando la salud de las mujeres y las familias indígenas guatemaltecas, fortaleciendo la calidad de atención de las casas maternas. Population Council. Junio 2009. Guatemala.
7. Ministerio de salud. División general de planificación y desarrollo, oficina nacional de estadística. Casa Materna año 2010. Actualizado 15 de marzo de 2011.
8. Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición. 2001. España
9. Ministerio de salud. Normativa 109. Protocolo para atención de las complicaciones obstétricas. Abril 2013. Managua, Nicaragua.
10. Ministerio de Salud. Indicadores básicos de salud. 2006. Nicaragua.
11. World Bank. Annual Report 2007.
12. Ministerio de Salud .Indicadores básicos de salud. Nicaragua 2007

-
13. Ministerio de Salud .Indicadores básicos de salud. Nicaragua 2001
 14. INIDE .Cifras municipales. Nicaragua. 2011/12.
 15. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud. 20.
 16. Ministerio de Salud. Marco conceptual Modelo de Salud Familiar y Comunitaria. Julio 2008.
 17. Programa "Casa de Embarazadas": perfil de las usuarias y resultados de la asistencia a la salud materna y perinatal. Adriano Marçal Pimenta, Juliana Vieira Nazareth, Kleyde Ventura de Souza, Gisele Marçal Pimenta. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2009.
 18. Luc van Lonkhuijzen, Jelle Stekelenburg, Jos van Roosmalen, Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. HOGARES MATERNOS PARA MEJORAR LOS RESULTADOS MATERNOS Y NEONATALES EN PAÍSES DE BAJOS RECURSOS.

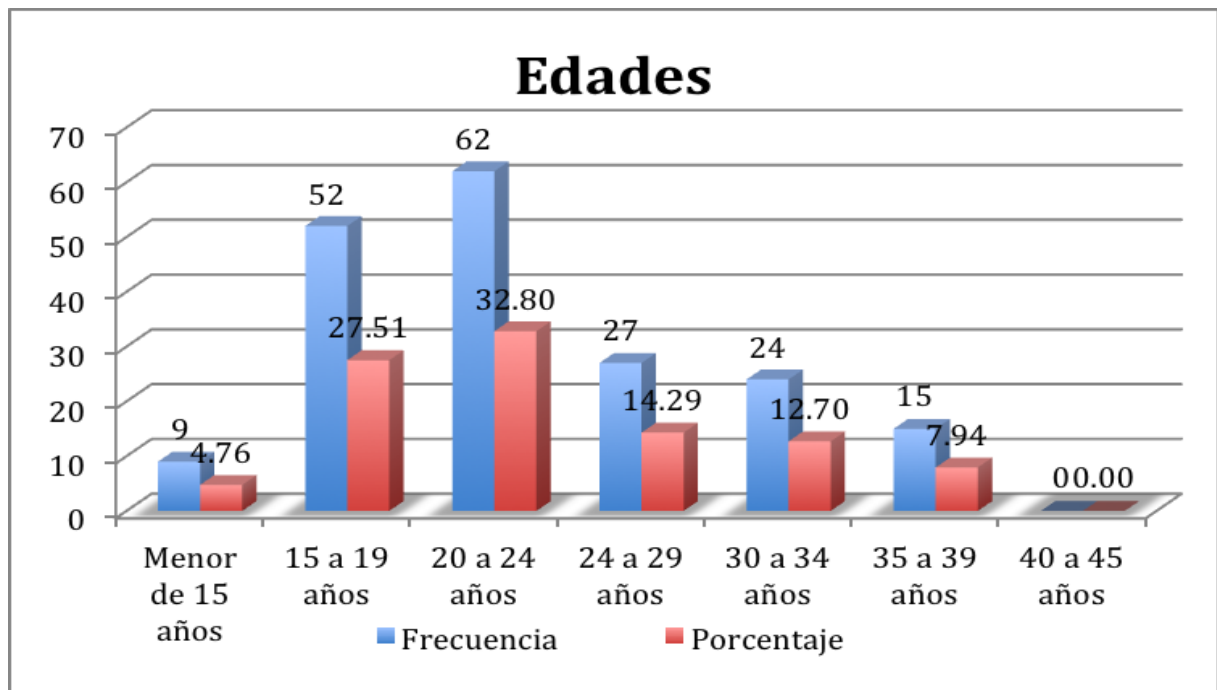
13. ANEXOS

Tabla N° 1. Edad de las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 15 años	9	4.76
15 a 19 años	52	27.51
20 a 24 años	62	32.80
24 a 29 años	27	14.29
30 a 34 años	24	12.70
35 a 39 años	15	7.94
40 a 45 años	0	0.00
Total	189	100.00

Fuente: Encuesta

Grafico N° 1. Edad de las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.



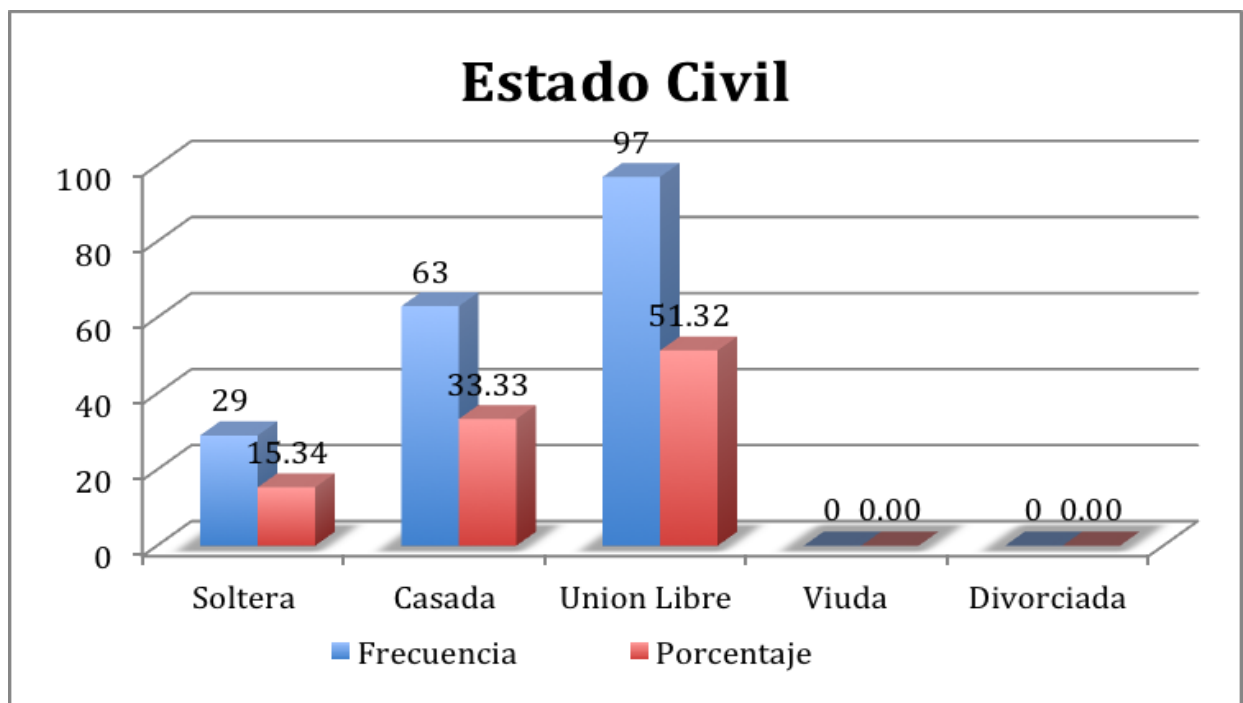
Fuente : Tabla N° 1

Tabla N° 2. Estado civil de las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	29	15.34
Casada	63	33.33
Union Libre	97	51.32
Viuda	0	0.00
Divorciada	0	0.00
Total	189	100.00

Fuente: Encuesta

Grafico N° 2. Estado civil de las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.



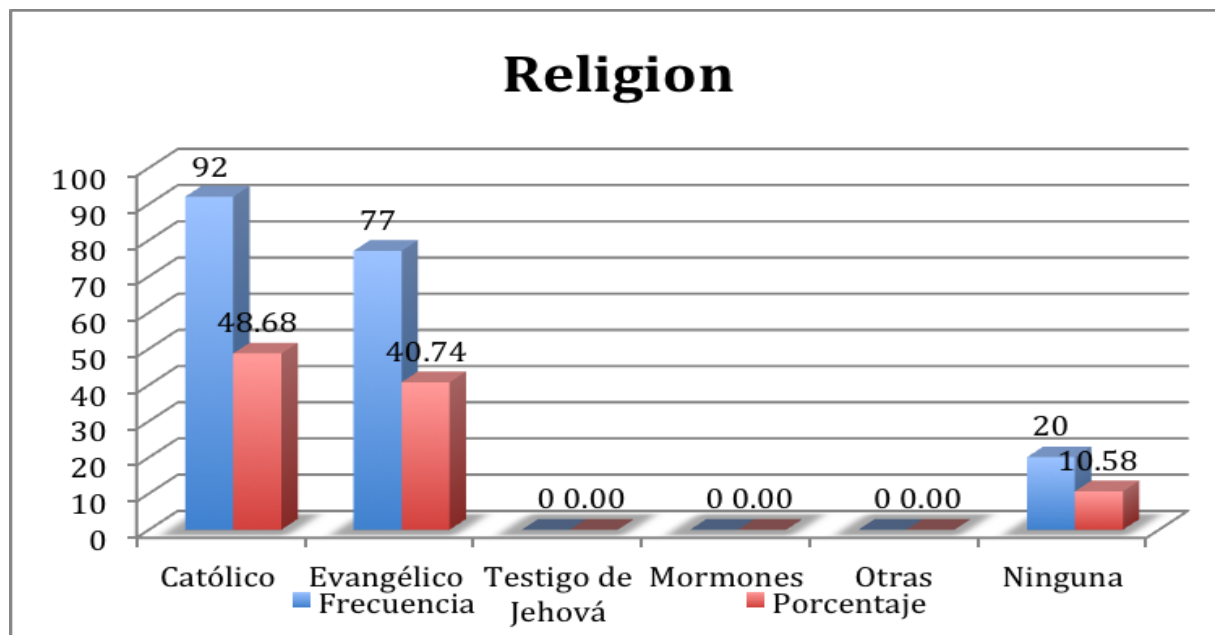
Fuente: Tabla N° 2

Tabla N° 3. Religión de las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.

Religion	Frecuencia	Porcentaje
Católico	92	48.68
Evangélico	77	40.74
Testigo de Jehová	0	0.00
Mormones	0	0.00
Otras	0	0.00
Ninguna	20	10.58
Total	189	100.00

Fuente: Encuesta

Grafico N° 3. Religión de las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.



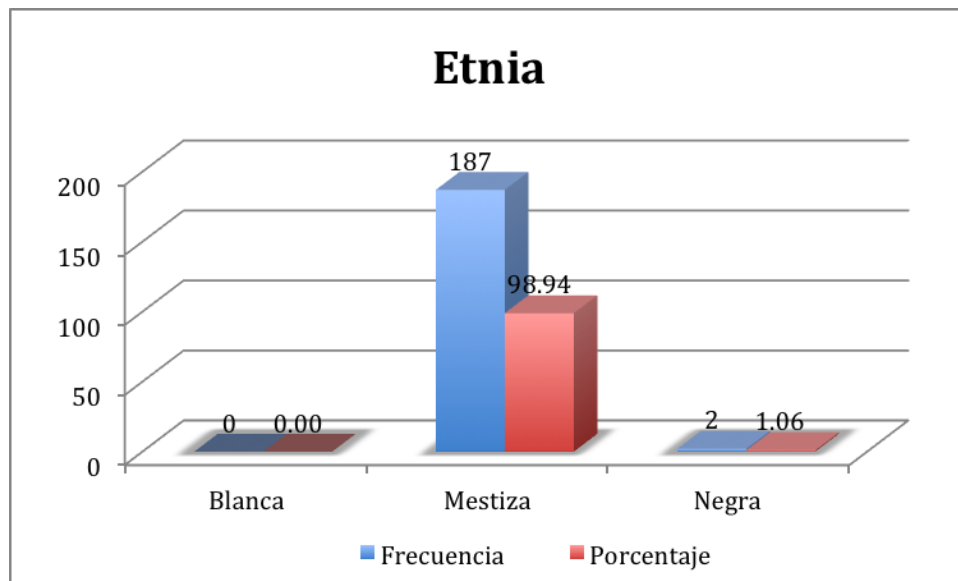
Fuente: Tabla N° 3

Tabla N° 4. Etnia de las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Blanca	0	0
Mestiza	187	98.90
Negra	2	1.10
Criolla	0	0
Misquita	0	0
Garífuna	0	0
Mayagna	0	0
Otras	0	0
Total	189	100

Fuente: Encuesta

Grafico N° 4. Etnia de las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.



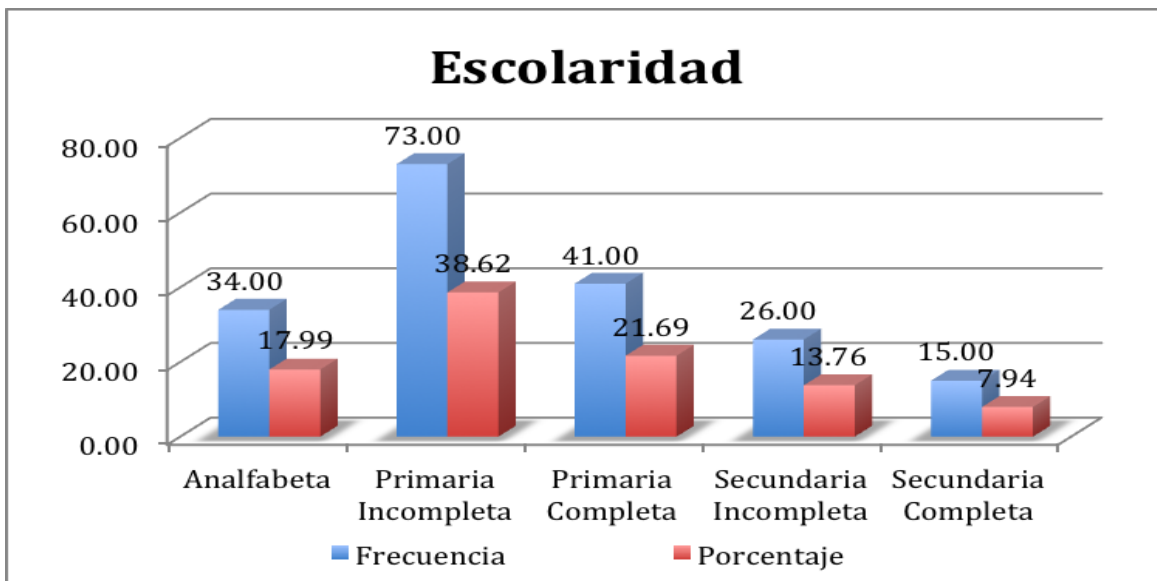
Fuente: Tabla N° 4.

Tabla N° 5. Escolaridad de las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	34.00	17.99
Primaria Incompleta	73.00	38.62
Primaria Completa	41.00	21.69
Secundaria Incompleta	26.00	13.76
Secundaria Completa	15.00	7.94
Tecnico Incompleto	0.00	0.00
Tecnico Completo	0.00	0.00
Universidad Incompleto	0.00	0.00
Universidad Completo	0.00	0.00
Total	189.00	100.00

Fuente: Encuesta

Tabla N° 5. Escolaridad de las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.



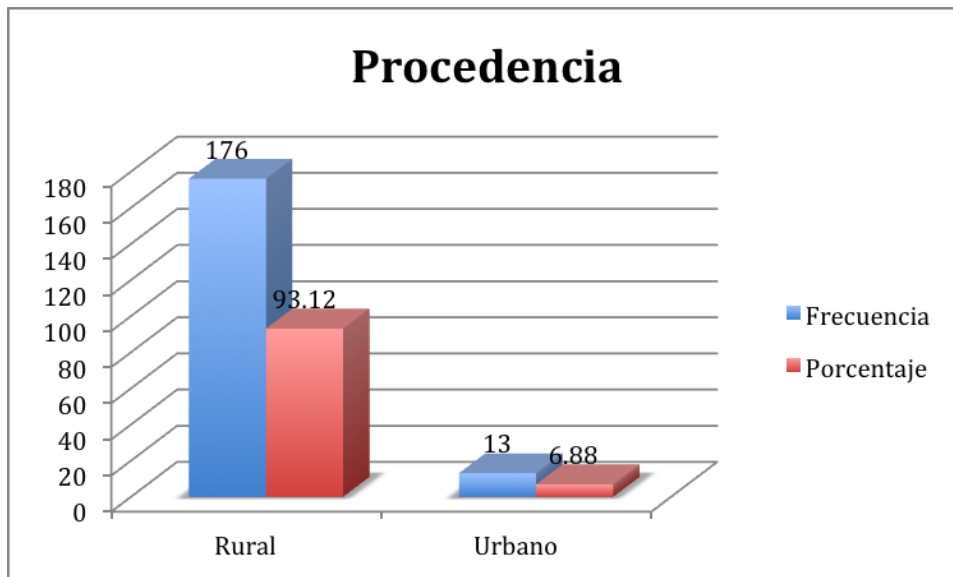
Fuente: Tabla N° 5.

Tabla N° 6. Procedencia de las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	176	93.12
Urbano	13	6.88
Total	189	100.00

Fuente: Encuesta

Grafico N° 6. Procedencia de las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.



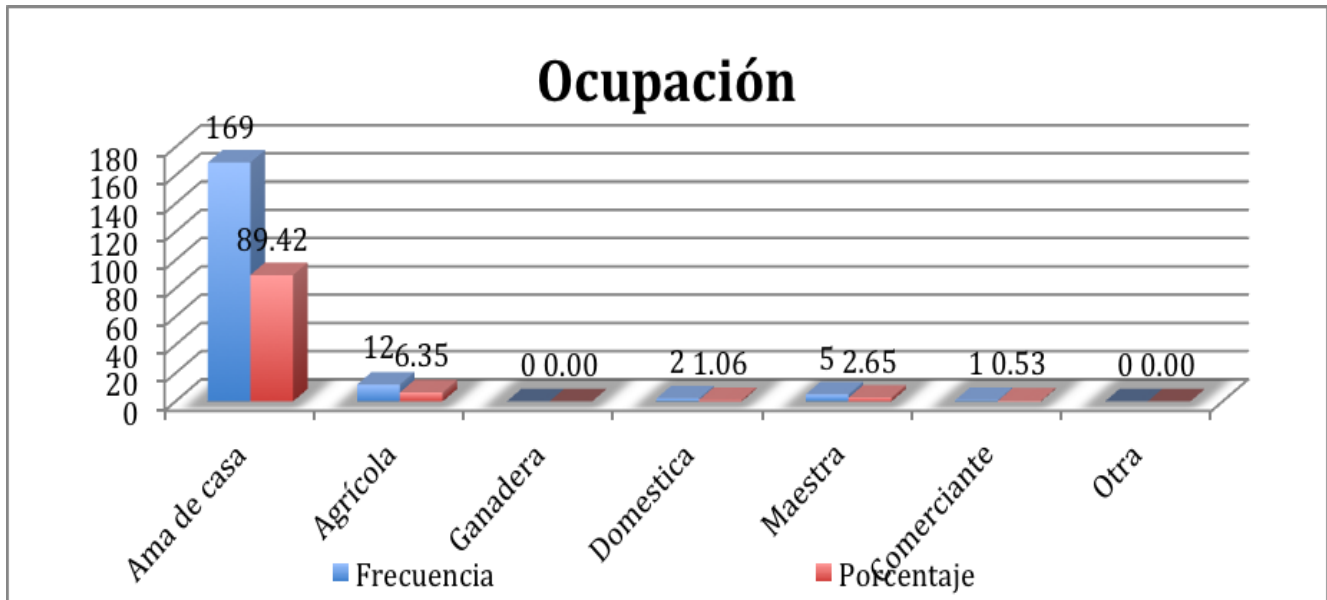
Fuente: Tabla N° 6

Tabla N° 7. Ocupación de las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.

Ocupacion	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	169	89.42
Agrícola	12	6.35
Ganadera	0	0.00
Domestica	2	1.06
Maestra	5	2.65
Comerciante	1	0.53
Otra	0	0.00
Total	189	100.00

Fuente: Encuestas

Grafico N° 7. Ocupación de las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.



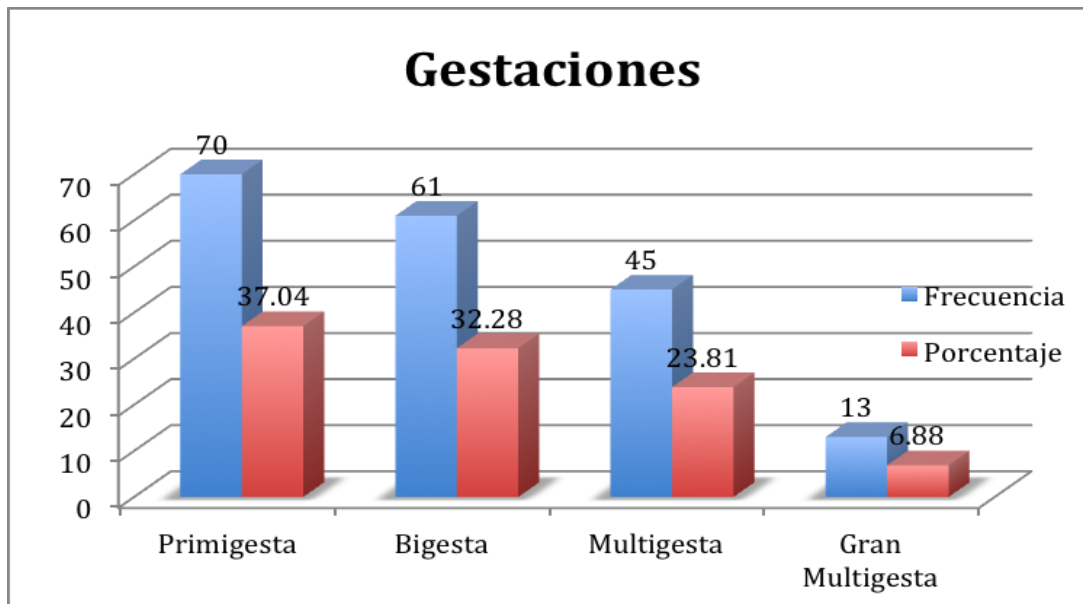
Fuente: Tabla N° 7

Tabla N° 8. Gestas de las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.

Gestas	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	70	37.04
Bigesta	61	32.28
Multigesta	45	23.81
Gran Multigesta	13	6.88
Total	189	100.00

Fuente: Encuesta

Grafico N° 8. Gestas de las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.



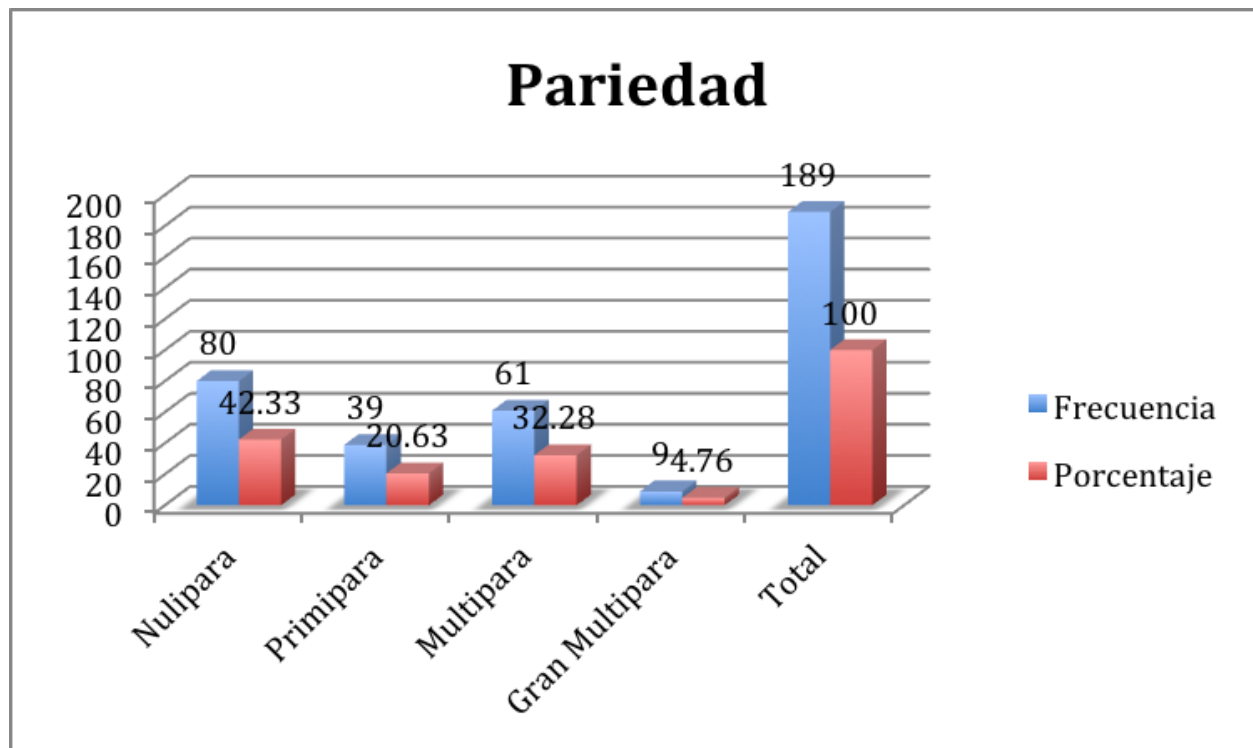
Fuente: Tabla N° 8

Tabla N° 9. Paridad de las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Nulipara	80	42.33
Primipara	39	20.63
Multipara	61	32.28
Gran Multipara	9	4.76
Total	189	100.00

Fuente: Encuesta.

Grafico N° 9. Paridad de las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.



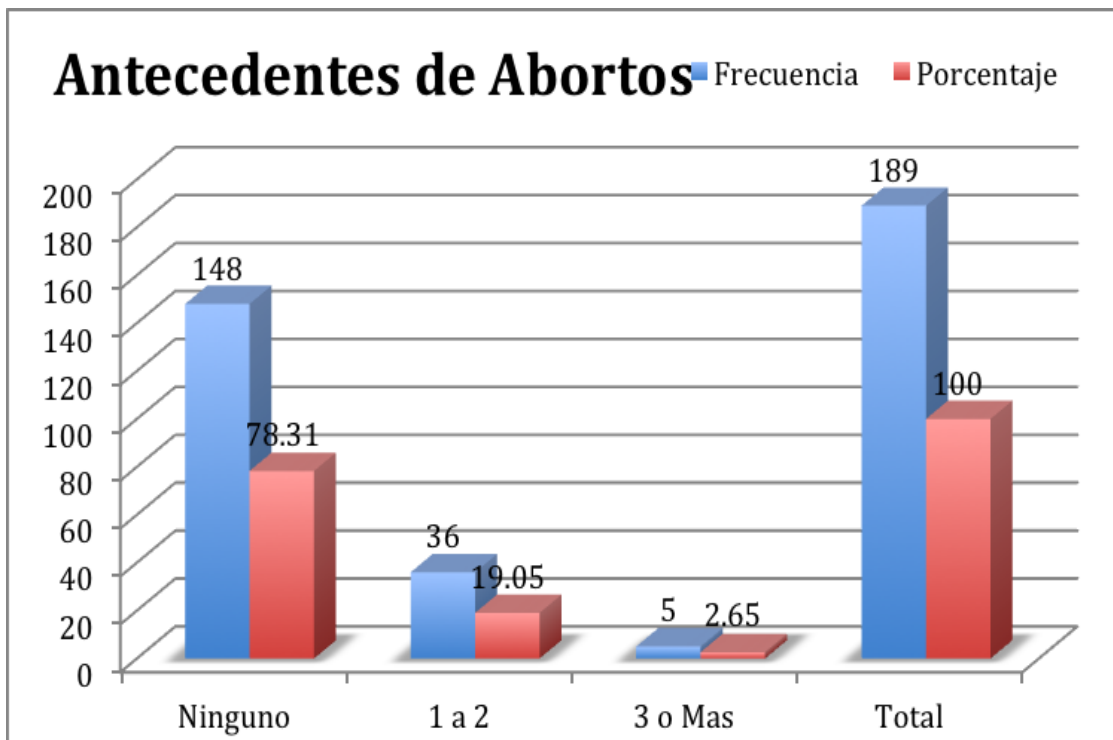
Fuente: Tabla N° 9

Tabla N° 10. Antecedentes de abortos en las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.

Antecedentes de Abortos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	148	78.31
1 a 2	36	19.05
3 o Mas	5	2.65
Total	189	100.00

Fuente: Encuesta

Grafico N° 10. Antecedentes de abortos en las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.



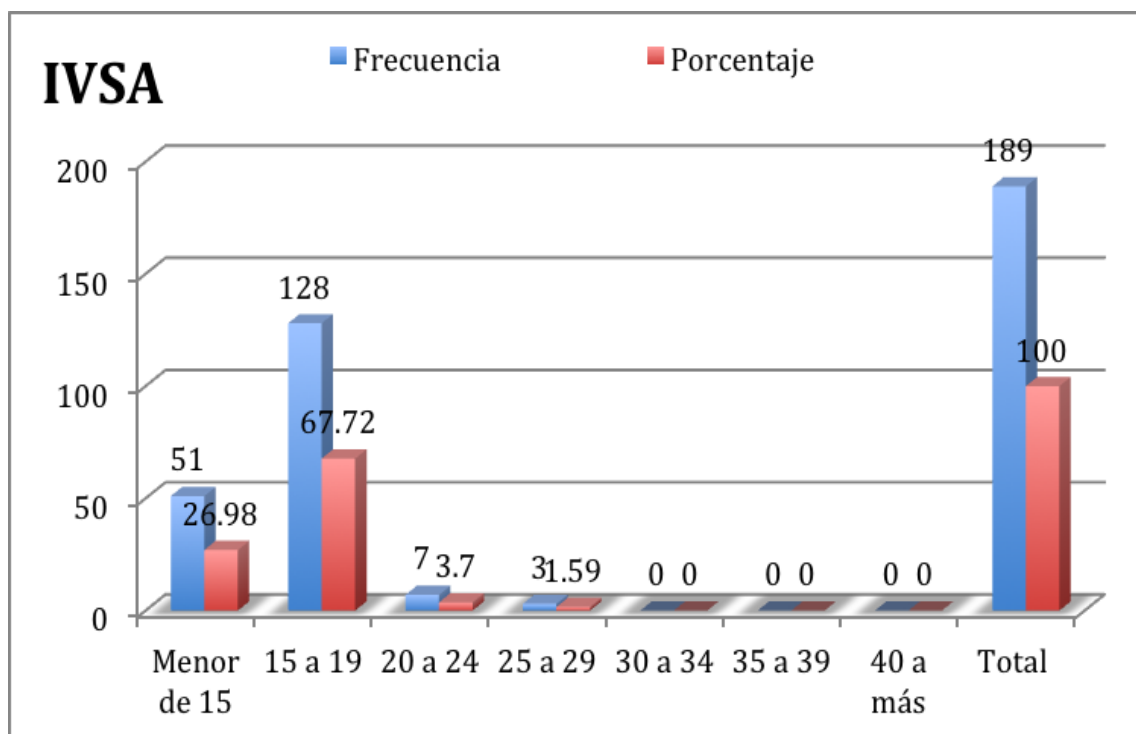
Fuente: Tabla N° 10

Tabla N° 11. Inicio de Vida Sexual Activa en las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.

IVSA	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 15	51	26.98
15 a 19	128	67.72
20 a 24	7	3.70
25 a 29	3	1.59
30 a 34	0	0.00
35 a 39	0	0.00
40 a más	0	0.00
Total	189	100.00

Fuente: Encuesta

Grafico N° 11. Inicio de Vida Sexual Activa en las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.



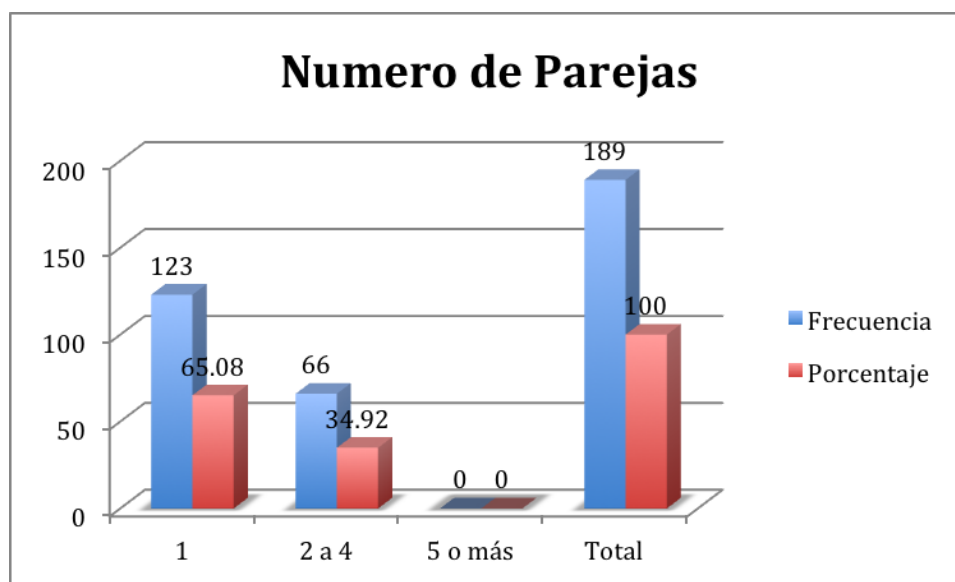
Fuente: Tabla N° 11.

Tabla N° 12. Numero de compañeros sexuales en las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.

Numero de Compañeros sexuales	Frecuencia	Porcentaje
1	123	65.08
2 a 4	66	34.92
5 o más	0	0.00
Total	189	100.00

Fuente: Encuesta

Grafico N° 12. Numero de compañeros sexuales en las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea



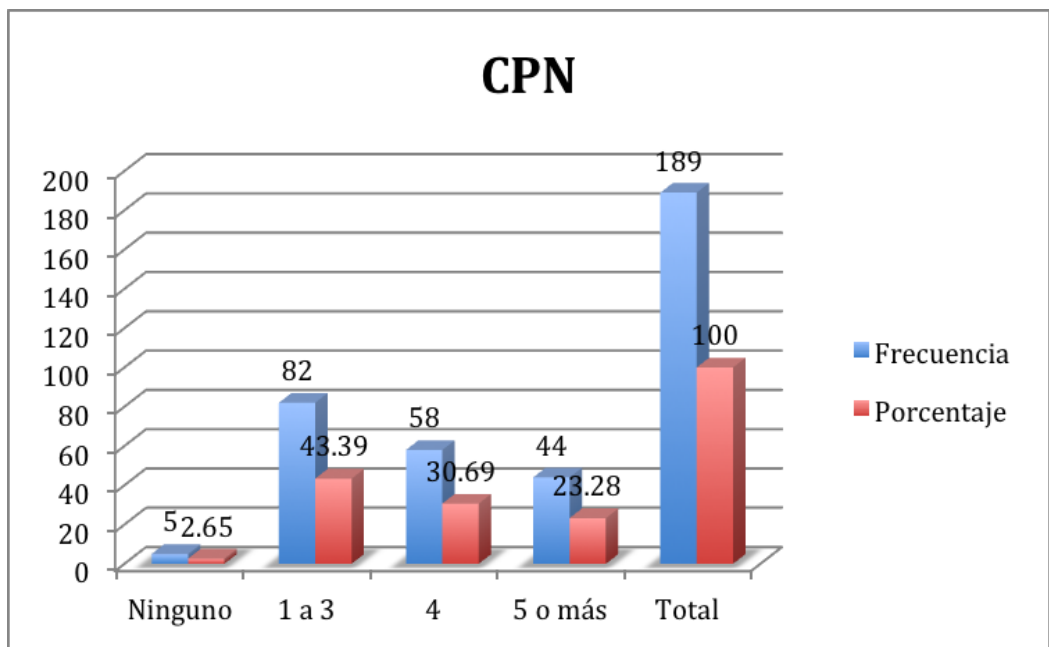
Fuente: Tabla N° 12.

Tabla N° 13. Numero de Controles Prenatales realizados por las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.

CPN	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	5	2.65
1 a 3	82	43.39
4	58	30.69
5 o más	44	23.28
Total	189	100.00

Fuente: Encuesta

Grafico N° 13. Numero de Controles Prenatales realizados por las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.



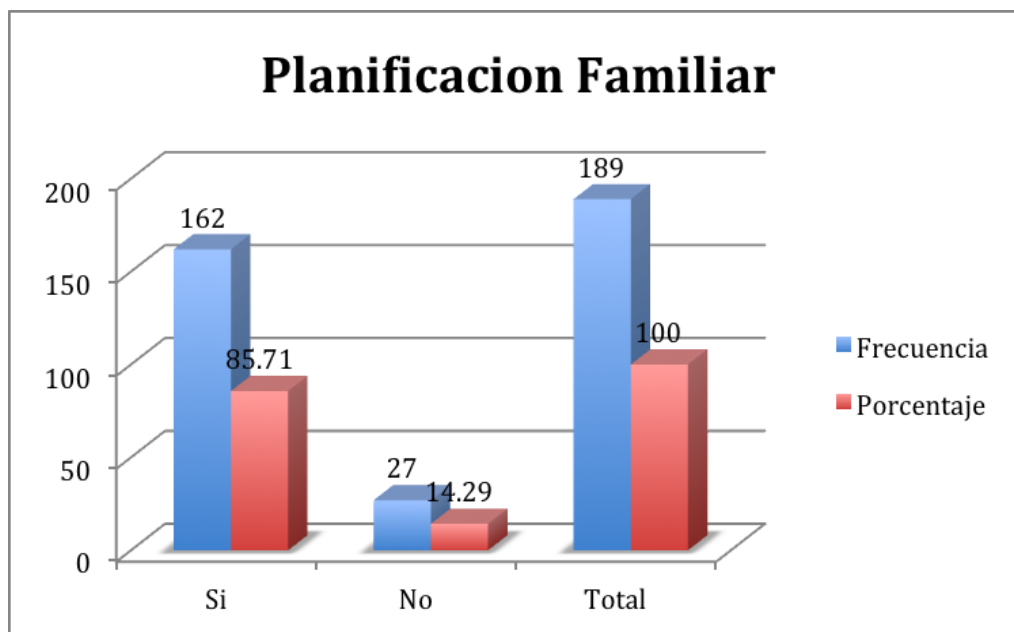
Fuente: Tabla N° 13

Tabla N° 14. Planificación Familiar en las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.

Planificacion Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Si	162	85.71
No	27	14.29
Total	189	100.00

Fuente: Encuesta

Grafico N° 14. Planificación Familiar en las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.



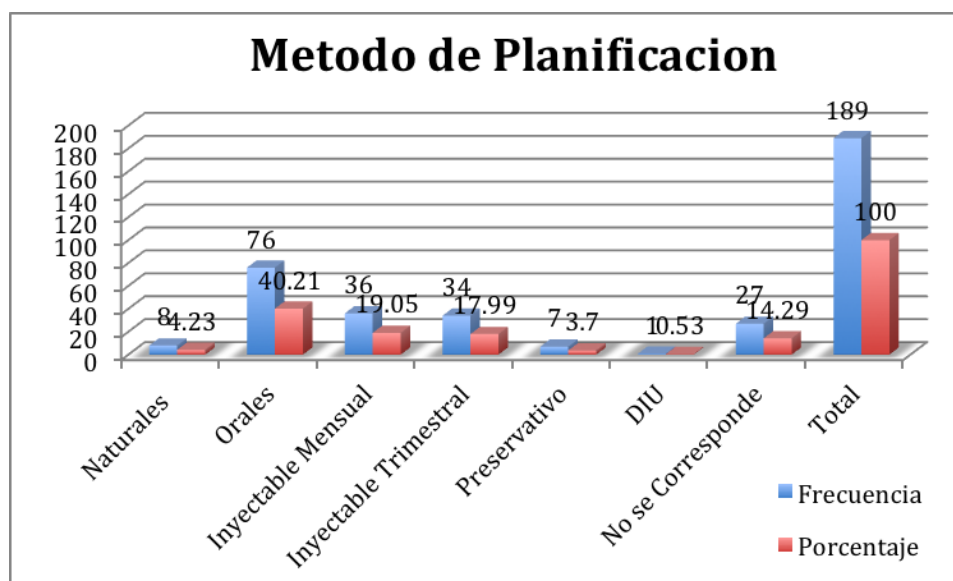
Fuente: Tabla N° 14

Tabla N° 15. Método de Planificación Familiar utilizado por las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.

Método de Planificación Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Naturales	8	4.23
Orales	76	40.21
Inyectable Mensual	36	19.05
Inyectable Trimestral	34	17.99
Preservativo	7	3.70
DIU	1	0.53
No se Corresponde	27	14.29
Total	189	100.00

Fuente: Encuesta

Grafico N° 15. Método de Planificación Familiar utilizado por las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.



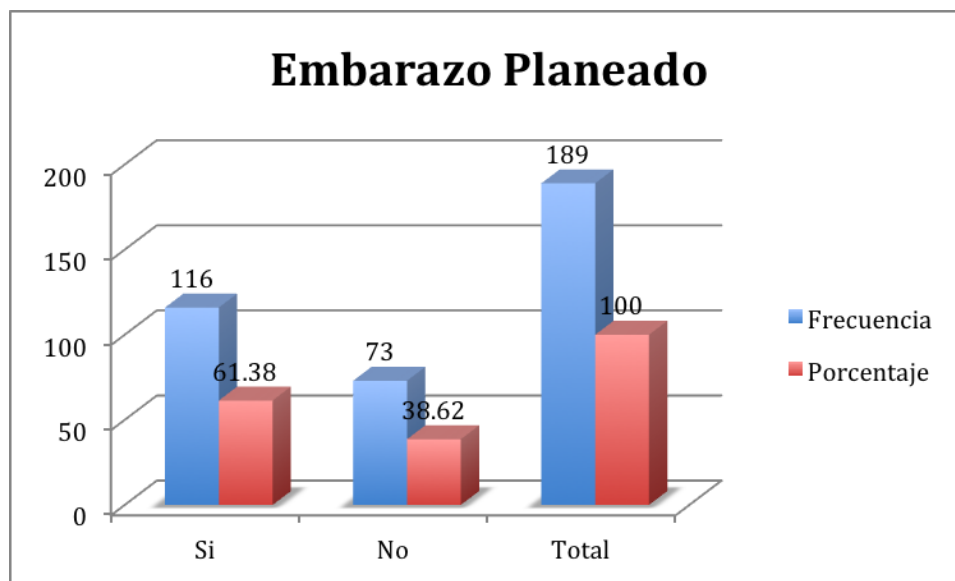
Fuente: Tabla N° 15.

Tabla N° 16. Cantidad de embarazos deseados en las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.

Embarazo Planeado	Frecuencia	Porcentaje
Si	116	61.38
No	73	38.62
Total	189	100.00

Fuente: Encuesta

Grafico N° 16. Cantidad de embarazos deseados en las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.



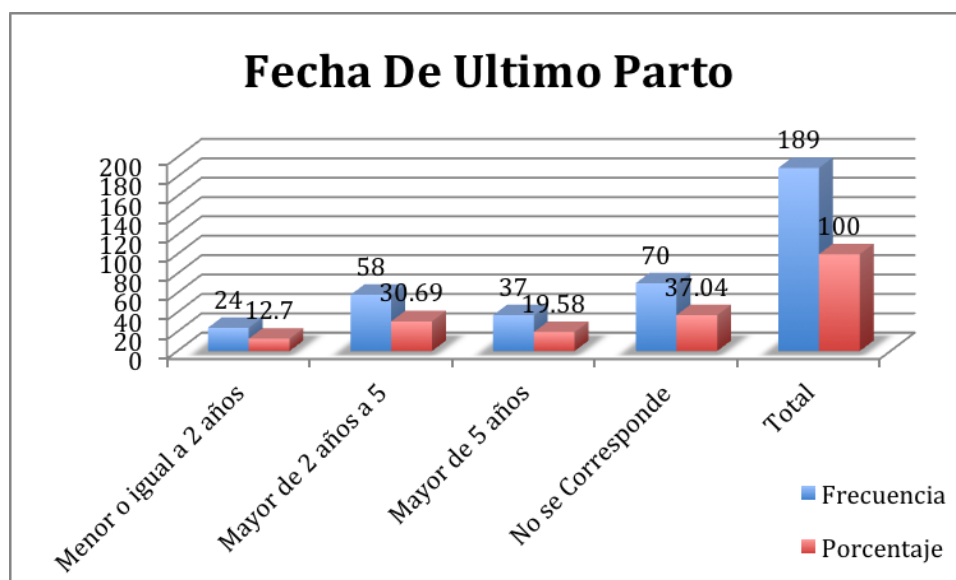
Fuente: Tabla N° 16.

Tabla N° 17. Fecha del Ultimo Parto en las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.

Fecha del Ultimo Parto	Frecuencia	Porcentaje
Menor o igual a 2 años	24	12.70
Mayor de 2 años a 5 años	58	30.69
Mayor de 5 años	37	19.58
No se Corresponde	70	37.04
Total	189	100.00

Fuente: Encuesta

Grafico N° 17. Fecha del Ultimo Parto en las embarazadas y puérperas que fueron atendidas en Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.



Fuente: Tabla N° 17

Tabla N° 18. Variables utilizadas para medir el conocimiento de las embarazadas y puérperas en relación a la Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.

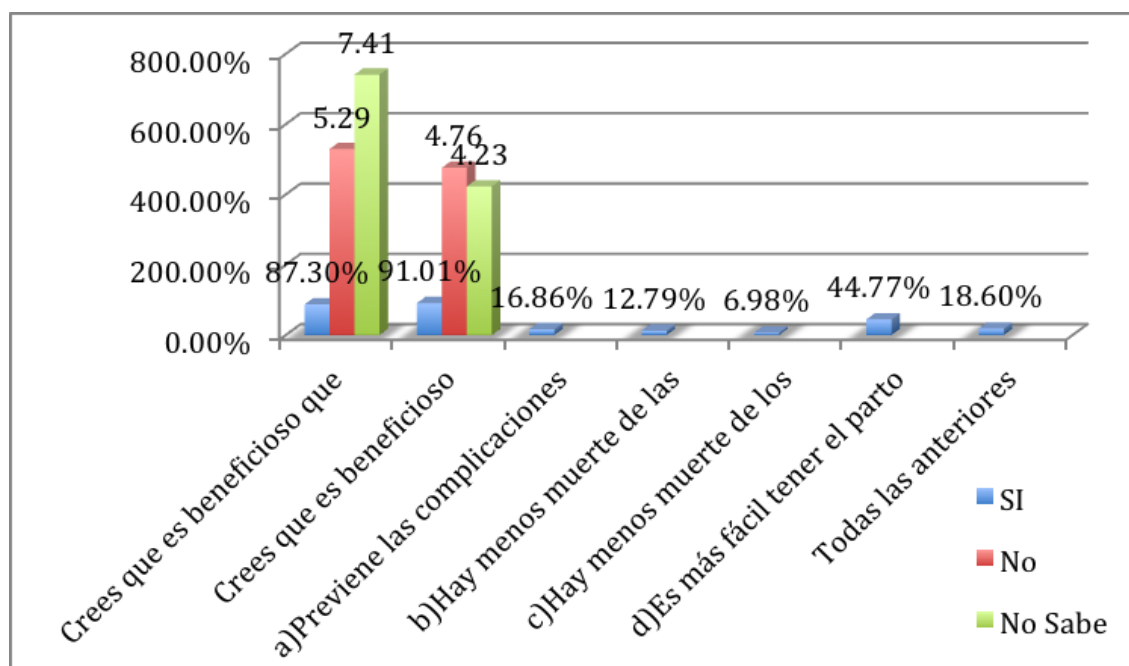
Grado de Conocimiento	SI		NO		No Sabe	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Grado de conocimiento que tienen las mujeres de la casa materna						
Creer que es beneficioso que las mujeres vengán a esperar su parto a la casa materna?	165	87.30%	10	5.29%	14	7.41%
Creer que es beneficioso esperar el parto en la casa materna? Si la respuesta es afirmativa, Cuales son:	172	91.01%	9	4.76%	8	4.23%
a)Previene las complicaciones de salud del recién nacido	29	16.86%				
b)Hay menos muerte de las madres	22	12.79%				
c)Hay menos muerte de los niños	12	6.98%				
d)Es más fácil tener el parto atendido por el personal de salud	77	44.77%				
Todas las anteriores	32	18.60%				
Hay que venir a la casa	176	93.12%	4	2.12%	9	4.76%

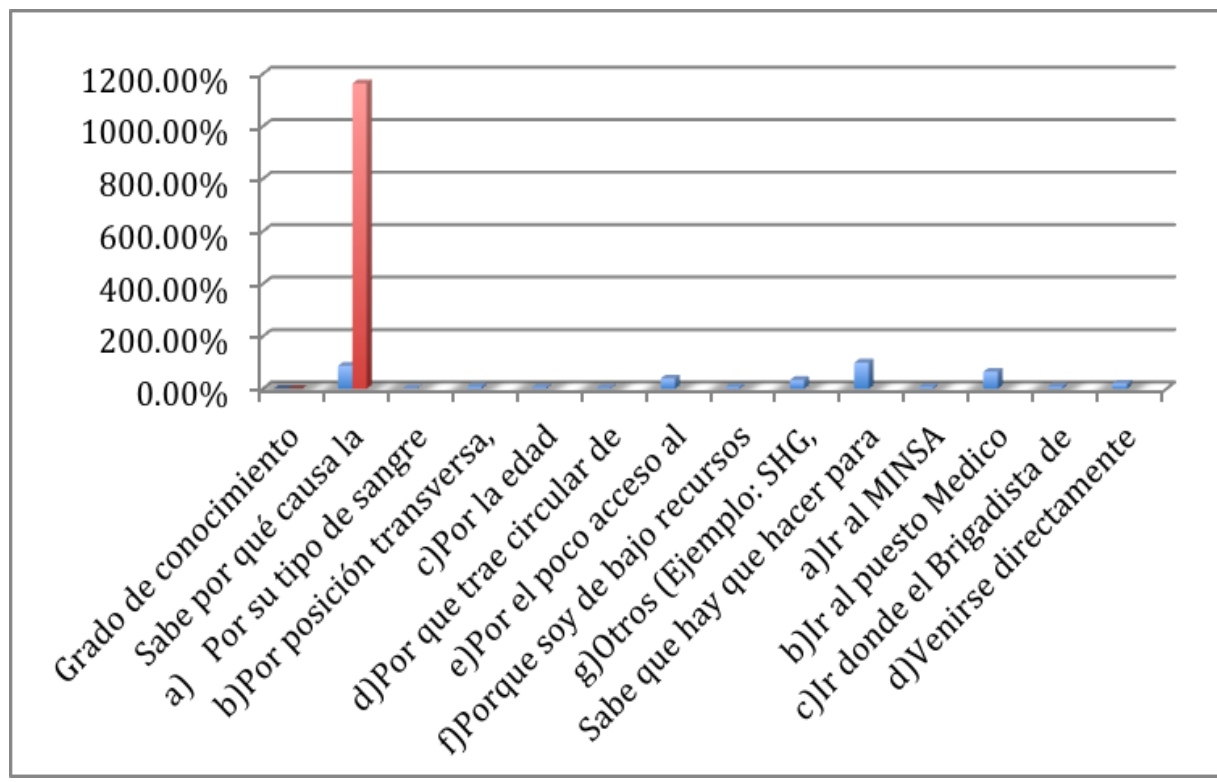
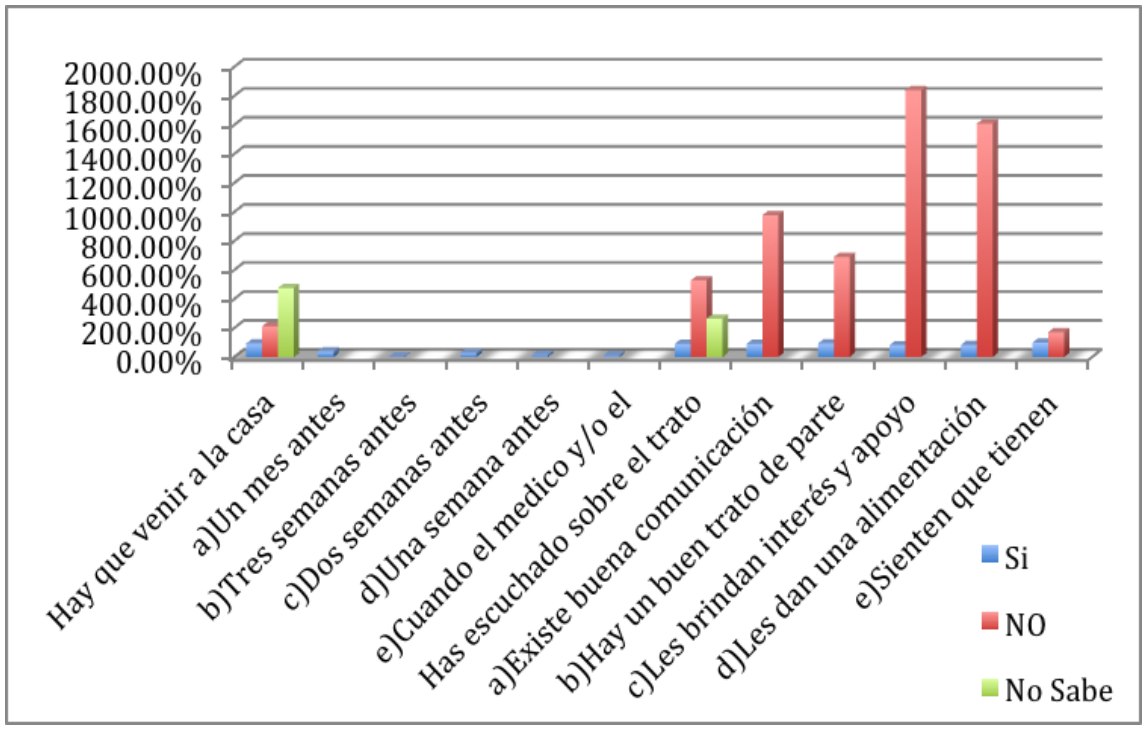
materna antes del parto? Si la respuesta es afirmativa, Cuanto tiempo antes?						
a)Un mes antes	68	38.64%				
b)Tres semanas antes	8	4.55%				
c)Dos semanas antes	51	28.98%				
d)Una semana antes	27	15.34%				
e)Cuando el medico y/o el brigadista de salud me lo pida	22	12.50%				
Has escuchado sobre el trato que reciben las mujeres atendidas en la casa materna? Si la respuesta es afirmativa, Como es?	174	92.06%	10	5.29%	5	2.65%
a)Existe buena comunicación entre el personal de la casa y las mujeres	157	90.23%	17	9.77%		
b)Hay un buen trato de parte del personal de la casa	162	93.10%	12	6.90%		
c)Les brindan interés y apoyo a sus problemás	142	81.61%	32	18.39%		
d)Les dan una alimentación balanceada	146	83.91%	28	16.09%		
e)Sienten que tienen protección y que se siente segura más que en su casa	171	98.28%	3	1.72%		
Sabe por qué causa la refirieron a la casa materna? Si la respuesta es afirmativa, Por Que:	167	88.36%	22	11.64%		
a) Por su tipo de sangre	3	1.80%				
b)Por posición transversa, pelvica	15	8.98%				
c)Por la edad	9	5.39%				
d)Por que trae circular de cordón	7	4.19%				
e)Por el poco acceso al hospital y centro de salud	66	39.52%				
f)Porque soy de bajo recursos económicos	11	6.59%				
g)Otros (Ejemplo: SHG, Embarazo Gemelar, Cardiopatía, Anemia, Infección vaginal,etc).	56	33.53%				
Sabe que hay que hacer para venir a la casa materna.	189	100.00 %				
a)Ir al MINSAs	12	6.35%				

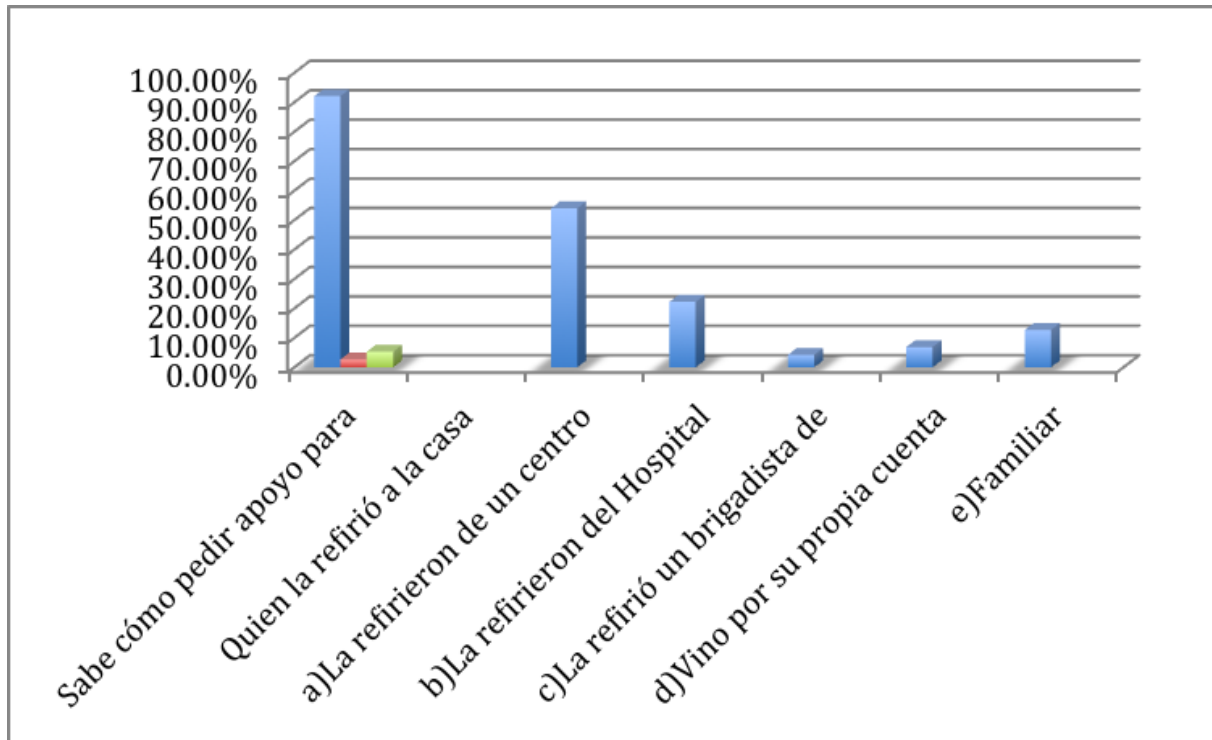
b) Ir al puesto Médico	123	65.08%				
c) Ir donde el Brigadista de Salud	16	8.47%				
d) Venirse directamente	38	20.11%				
Sabe cómo pedir apoyo para ser trasladada a la Casa Materna?	174	92.06%	5	2.65%	10	5.29%
Quien la refirió a la casa materna:						
a) La refirieron de un centro de salud o puesto médico	102	53.97%				
b) La refirieron del Hospital	42	22.22%				
c) La refirió un brigadista de salud	8	4.23%				
d) Vino por su propia cuenta	13	6.88%				
e) Familiar	24	12.70%				

Fuente: Encuesta

Grafico N° 18. Variables utilizadas para medir el conocimiento de las embarazadas y puérperas en relación a la Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.







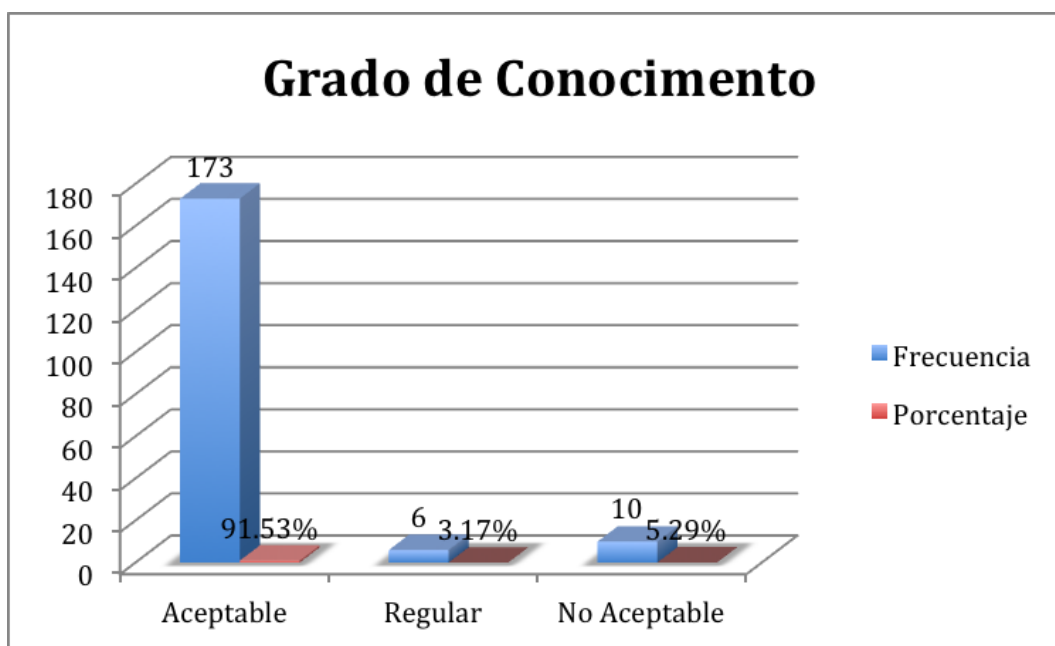
Fuente: Tabla N° 18

Tabla N° 19. Nivel de conocimientos de las embarazadas y puérperas en relación a la Casa Materna “Doña Maurita:, Nueva Guinea.

Grado de Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Aceptable	173	91.53%
Regular	6	3.17%
No Aceptable	10	5.29%
Total	189	100.00%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 19. Nivel de conocimientos de las embarazadas y puérperas en relación a la Casa Materna “Doña Maurita:, Nueva Guinea.



Fuente: Tabla N° 19

Tabla N° 20. Variables utilizadas para medir actitud tomada por las embarazadas y púerperas en relación a la Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.

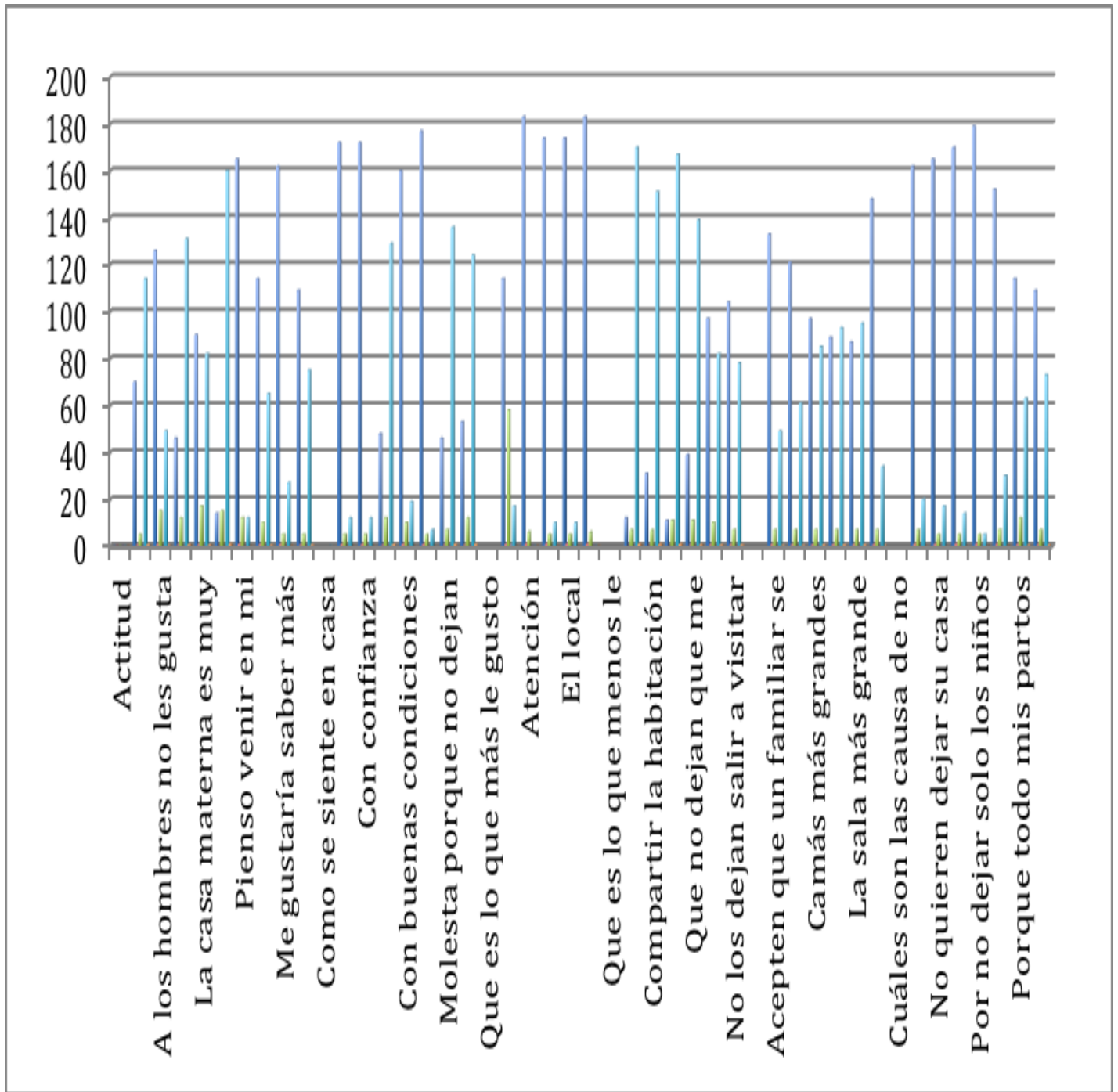
Actitud	Acuerdo		Indecisa		Desacuerdo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Venir a la casa materna es algo que tiene que ver solo con la mujer	70	37.04%	5	2.65%	114	60.32%
A los hombres no les gusta que la mujer venga a la casa materna	126	66.67%	15	7.94%	49	25.93%
A mi compañero o marido no le gusta que yo venga a la casa materna	46	24.34%	12	6.35%	131	69.31%
La casa materna es muy aburrida	90	47.62%	17	8.99%	82	43.39%
En la casa materna no nos tratan bien	14	7.41%	15	7.94%	160	84.66%
Pienso venir en mi próximo embarazo a esperar mi parto a la casa materna	165	87.30%	12	6.35%	12	6.35%
Si uno tiene hijos pequeños es muy difícil	114	60.32%	10	5.29%	65	34.39%

venir a la casa materna						
Me gustaría saber más sobre los beneficios de la casa materna	162	85.71%	5	2.65%	27	14.29%
En el centro de salud me han dado información útil sobre la casa materna	109	57.67%	5	2.65%	75	39.68%
Como se siente en casa materna						
Tranquila , Cómoda	172	91.01%	5	2.65%	12	6.35%
Con confianza	172	91.01%	5	2.65%	12	6.35%
No estoy bien porque tengo que hacer oficio y la comida	48	25.40%	12	6.35%	129	68.25%
Con buenas condiciones ambientales	160	84.66%	10	5.29%	19	10.05%
Agradecida por apoyarnos y cuidarnos	177	93.65%	5	2.65%	7	3.70%
Molesta porque no dejan tener a una de mi familia	46	24.34%	7	3.70%	136	71.96%
Me siento mal porque no tengo un cuarto aparte	53	28.04%	12	6.35%	124	65.61%
Que es lo que más le gusto de estar en casa materna						
Charlas	114	60.32%	58	30.69%	17	8.99%
Atención	183	96.83%	6	3.17%	0	0.00%
La comida	174	92.06%	5	2.65%	10	5.29%
El local	174	92.06%	5	2.65%	10	5.29%
El Personal	183	96.83%	6	3.17%	0	0.00%
Que es lo que menos le gusto de casa materna						
Levantarse de mañana a bañar	12	6.35%	7	3.70%	170	89.95%
Compartir la habitación	31	16.40%	7	3.70%	151	79.89%
Que lo estén levantando en la noche a escuchar el corazón al niño	11	5.82%	11	5.82%	167	88.36%
Que no dejan que me acompañe mi familia	39	20.63%	11	5.82%	139	73.54%
Que no hay abanico para cuando hay calor	97	51.32%	10	5.29%	82	43.39%
No los dejan salir a visitar mi familia	104	55.03%	7	3.70%	78	41.27%
Que alternativas puede darnos para mejorar las casa materns						
Acepten que un familiar se quede con nosotros	133	70.37%	7	3.70%	49	25.93%
Ampliación de los cuartos	121	64.02%	7	3.70%	61	32.28%
Camás más grandes	97	51.32%	7	3.70%	85	44.97%
Ampliación de las cocinas	89	47.09%	7	3.70%	93	49.21%

La sala más grande	87	46.03%	7	3.70%	95	50.26%
Que nos dejen visitar a nuestra familia	148	78.31%	7	3.70%	34	17.99%
Cuáles son las causa de no asistir a las casa materna						
No los dejan ir nuestro esposos	162	85.71%	7	3.70%	20	10.58%
No quieren dejar su casa sola	165	87.30%	5	2.65%	17	8.99%
Falta de información	170	89.95%	5	2.65%	14	7.41%
Por no dejar solo los niños	179	94.71%	5	2.65%	5	2.65%
Por pena , Timidez	152	80.42%	7	3.70%	30	15.87%
Porque todo mis partos son atendido por partera	114	60.32%	12	6.35%	63	33.33%
Porque mi familia no tiene dinero para que me vaya haber	109	57.67%	7	3.70%	73	38.62%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 20. Variables utilizadas para medir actitud tomada por las embarazadas y puérperas en relación a la Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.



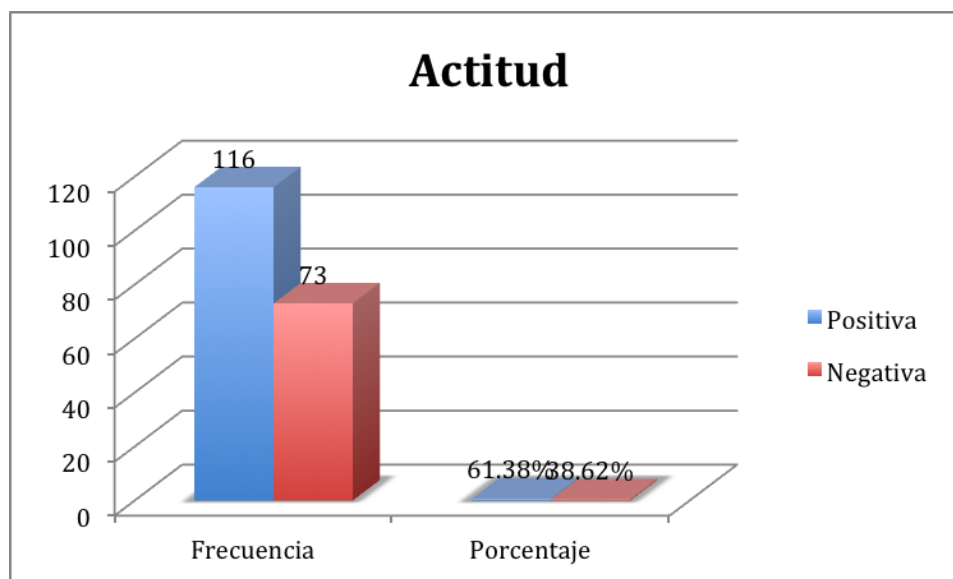
Fuente: Tabla N° 20

Tabla N° 21. Actitudes de las embarazadas y puérperas en relación a la Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Positiva	116	61.38%
Negativa	73	38.62%
Total	189	100.00%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 21. Actitudes de las embarazadas y puérperas en relación a la Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.



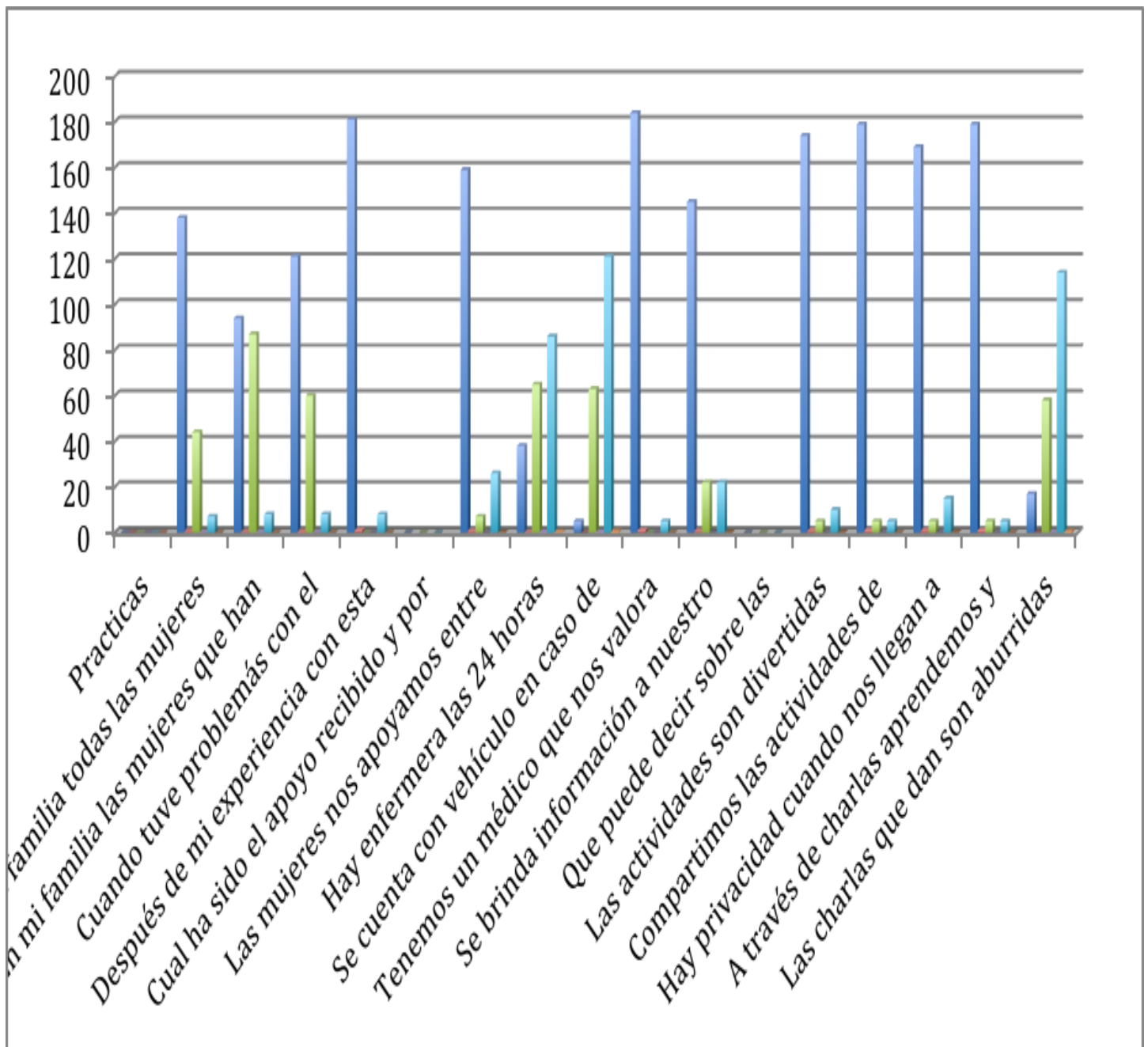
Fuente: Tabla N° 21

Tabla N° 22. Variables utilizadas para valorar las prácticas de las embarazadas y puérperas en relación a la Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.

Prácticas	Si		No		No Sabe	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
En mi familia todas las mujeres saben de la importancia de la casa materna	138	73.02%	44	23.28%	7	3.70%
En mi familia las mujeres que han tenido problemás con el embarazo se han venido a esperar a la casa materna	94	49.74%	87	46.03%	8	4.23%
Cuando tuve problemás con el embarazo y parto vine a la casa materna.	121	64.02%	60	31.75%	8	4.23%
Después de mi experiencia con esta estancia en la casa materna recomendaría a otras mujeres que vinieran a esperar su parto	181	95.77%	0	0.00%	8	4.23%
Cual ha sido el apoyo recibido y por quien	Acuerdo		Indeciso		Desacuerdo	
Las mujeres nos apoyamos entre todas	159	84.13%	7	3.70%	26	13.76%
Hay enfermera las 24 horas	38	20.11%	65	34.39%	86	45.50%
Se cuenta con vehículo en caso de emergencia	5	2.65%	63	33.33%	121	64.02%
Tenemos un médico que nos valora al tener algún problema o si ya estamos en fecha de tener	184	97.35%	0	0.00%	5	2.65%
Se brinda información a nuestro familiares por los diferentes medios de comunicación	145	76.72%	22	11.64%	22	11.64%
Que puede decir sobre las actividades realizadas	Acuerdo		Indeciso		Desacuerdo	
Las actividades son divertidas	174	92.06%	5	2.65%	10	5.29%
Compartimos las actividades de limpieza	179	94.71%	5	2.65%	5	2.65%
Hay privacidad cuando nos llegan a visitar	169	89.42%	5	2.65%	15	7.94%
A través de charlas aprendemos y conocemos nuestros derechos y los factores de riesgo que tenemos	179	94.71%	5	2.65%	5	2.65%
Las charlas que dan son aburridas	17	8.99%	58	30.69%	114	60.32%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 22. Variables utilizadas para valorar las prácticas de las embarazadas y púérperas en relación a la Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.



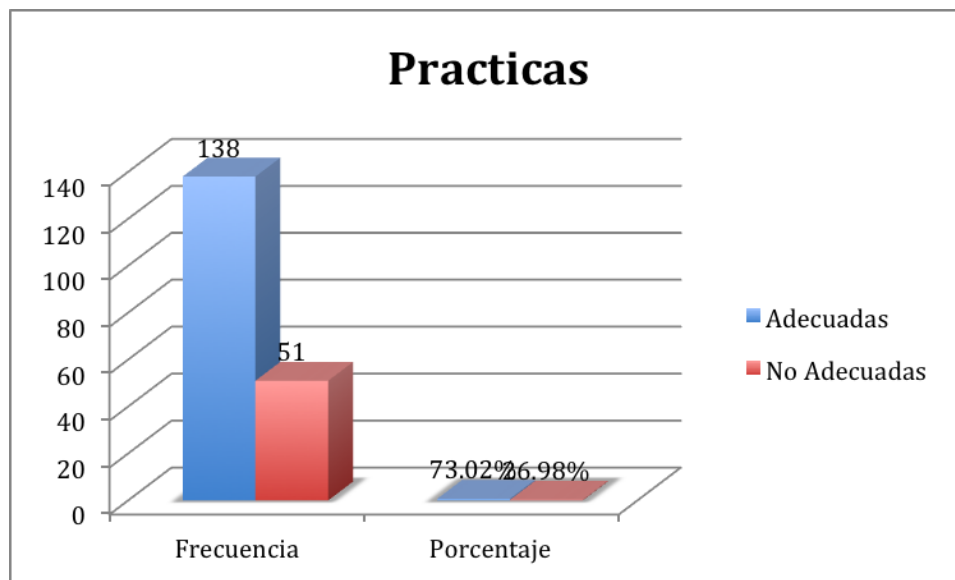
Fuente: Tabla N° 22

Tabla N° 23. Prácticas que realizan las embarazadas y puérperas en relación a la Casa Materna "Doña Maurita", Nueva Guinea.

Practicas	Frecuencia	Porcentaje
Adecuadas	138	73.02%
No Adecuadas	51	26.98%
Total	189	100.00%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 23. Prácticas que realizan las embarazadas y puérperas en relación a la Casa Materna “Doña Maurita”, Nueva Guinea.



Fuente: Tabla N° 23



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
Facultad De Ciencias Médicas, Managua.

Encuesta sobre Casa Materna

La presente encuesta pretende valorar el nivel de Conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres embarazadas y puérperas en relación al uso de la Casa materna "Doña Maurita" Nueva Guinea en el periodo de Julio a Octubre 2014.

La participación de las embarazadas y puérperas es de manera voluntaria y su información será utilizada con fines investigativo.

Ficha de identificación N°: _____ Fecha de Llenado: _____

I. Características socio demográficas:

Católica __

Evangélica __

Testigo de Jehová __

Mormones __

Otra __

Ninguna __

1.1 Edad:

Menores de 15 años __

15 a 19 años __

20 a 24 años __

25 a 29 años __

30 a 34 años __

35 a 39 años __

40 a 45 años __

1.4 Etnia:

Blanca __

Mestiza __

Criolla __

Negra __

Misquita __

Garífuna __

Mayagna __

Otra __

1.2 Estado Civil:

Soltera __

Casada __

Unión Estable __

Viuda __

Divorciada __

1.5 Escolaridad:

Analfabeta __

Primaria __

a) Completa __

b) Incompleta __

Secundaria __

1.2 Religión :

- a) Completa __
- b) Incompleta __

Universitaria__

- a) Completa __
- b) Incompleta __

Técnico__

- a) Completa __
- b) Incompleta __

Ganadera__

Maestra __

Domestica __

Comerciante__

Otros __

1.6 Procedencia:

Rural__

Urbana __

1.7 Ocupación:

Ama de casa __

Agricultora__

II. Antecedentes Gineco Obstétricos

2.1 Gestas:

Primigesta ___

Bigesta ___

Multigesta ___

Gran Multigesta___

2.5 Numero de compañeros sexuales:

1 ___

2 a 4 ___

4 a más ___

2.2 Paridad:

Nulipara ___

Primipara ___

Multipara ___

Gran Multipara ___

2.6 Controles prenatales:

Ninguno ___

1 a 3 ___

4 ___

5 o más___

2.3 Antecedentes de Abortos:

Ninguno ___

1 a 2___

2 o más ___

2.7 Planificación familiar antes de este embarazo

Si ___

No ___

2.4 Inicio de Vida Sexual (IVSA):

Menor de 15___

15 a 19___

20 a 24_

25 a 29___

30 a 34___

35 a 39___

40 a más___

2.8 Métodos de planificación familiar utilizado:

Naturales ___

Orales ___

Inyectables ___

A) Mensual ___

B) Trimestral___

Preservativos ___

DIU ___

No se Corresponde___

2.9 Embarazo planeado:

Si ___

No ___

2.10 Fecha del Ultimo parto:

Menor o Igual a 2 años ___

Mayor de 2 años a 5 años ___

Mayor de 5 años ___

III. Conocimientos referentes al uso de la materna que poseen las mujeres estudiadas:

A continuación se presenta una serie de enunciados, marque con una "X" la casilla que usted crea conveniente. No hay respuestas buenas, ni respuestas malas.

Si para usted el enunciado es cierto, marque la casilla "SI". En caso contrario, si para usted el enunciado no es cierto, marque la casilla "NO". O también puede marcar no sabe si ese es el caso.

Pregunta	Si	No	No Sabe
3.1 Crees que es beneficioso que las mujeres vengán a esperar su parto a la casa materna?			
3.2 Crees que es beneficioso esperar el parto en la casa materna? Cuales son:			
f) Previene las complicaciones de salud del recién nacido			
g) Hay menos muerte de las madres			
h) Hay menos muerte de los niños			
i) Es más fácil tener el parto atendido por el personal de salud			
j) Todas las anteriores			
3.3 Hay que venir a la casa materna antes del parto? Cuanto tiempo antes?			
f) Un mes antes			
g) Tres semanas antes			
h) Dos semanas antes			
i) Una semana antes			
j) Cuando el medico y/o el brigadista de salud me lo pida			
3.4 Has escuchado sobre el trato que reciben las mujeres atendidas en la casa materna? Como es?			
f) Existe buena comunicación entre el personal de la casa y las mujeres			

g) Hay un buen trato de parte del personal de la casa			
h) Les brindan interés y apoyo a sus problemas			
i) Les dan una alimentación balanceada			
j) Sienten que tienen protección y que se siente segura más que en su casa			
3.5 Sabe por qué causa la refirieron a la casa materna? Por Que:			
i) Por su tipo de sangre			
j) Por posición transversa, pélvica			
k) Por la edad			
l) Por que trae circular de cordón			
m) Por el poco acceso al hospital y centro de salud			
n) Porque soy de bajo recursos económicos			
o) Otros (Ejemplo: SHG, Embarazo Gemelar, Cardiopatía, Anemia, Infección vaginal). _____			
3.6 Sabe que hay que hacer para venir a la casa materna.			
e) Ir al MINSA			
f) Ir al puesto Medico			
g) Ir donde el Brigadista de Salud			
h) Venirse directamente			
3.7 Sabe cómo pedir apoyo para ser trasladada a la Casa Materna?			
3.8 Quien la refirió a la casa materna:			
f) La refirieron de un centro de salud o puesto medico			
g) La refirieron del Hospital			

h) La refirió un brigadista de salud			
i) Vino por su propia cuenta			
j) Familiar			

3.9 Grado de Conocimiento

- d) Aceptable
- e) Regular
- f) No Aceptable

IV. Actitudes de las embarazadas y las puérperas hacia la casa materna:

Las siguientes afirmaciones se refieren a la CASA MATERNA, lea cada una de ellas y marque con una X su respuesta en la columna respectiva. No existe respuesta buena o mala. La mejor respuesta es la que proporcione con espontaneidad.

Marque según su grado de acuerdo con las siguientes proposiciones: A: De acuerdo; I: Indeciso; D: Desacuerdo

Actitudes	A	I	D
Venir a la casa materna es algo que tiene que ver solo con la mujer			
A los hombres no les gusta que la mujer venga a la casa materna			
A mi compañero o marido no le gusta que yo venga a la casa materna			
La casa materna es muy aburrida			
En la casa materna no nos tratan bien			
Pienso venir en mi próximo embarazo a esperar mi parto a la casa materna			
Si uno tiene hijos pequeños es muy difícil venir a la casa materna			
Me gustaría saber más sobre los beneficios de la casa materna			
En el centro de salud me han dado información útil sobre la casa materna			
Como se siente en casa materna	A	I	D
Tranquila , Cómoda			
Con confianza			
No estoy bien porque tengo que hacer oficio y la comida			
Con buenas condiciones ambientales			
Agradecida por apoyarnos y cuidarnos			
Molesta porque no dejan tener a una de mi familia			

Me siento mal porque no tengo un cuarto aparte			
Que es lo que más le gusto de estar en casa materna	A	I	D
Charlas	.		.
Atención			
la comida			
El local			
El Personal	.		.
Que es lo que menos le gusto de casa materna	A	I	D
Levantarse de mañana a bañar
Compartir la habitación			
Que lo estén levantando en la noche a escuchar el corazón al niño			
Que no dejan que me acompañe mi familia			
Que no hay abanico para cuando hay calor	.		.
No los dejan salir a visitar mi familia			
Como se siente en casa materna	A	I	D
Tranquila , Cómoda			
Con confianza			
No estoy bien porque tengo que hacer oficio y la comida			
Con buenas condiciones ambientales			
Agradecida por apoyarnos y cuidarnos			
Molesta porque no dejan tener a una de mi familia
Me siento mal porque no tengo un cuarto aparte			
Que alternativas puede darnos para mejorar las casa maternas	A	I	D
Acepten que un familiar se quede con nosotros			

Ampliación de los cuartos			
Camas más grandes			
Ampliación de las cocinas			
La sala más grande			
Que nos dejen visitar a nuestra familia			
Cuáles son las causa de no asistir a las casa materna	A	I	D
No los dejan ir nuestro esposos	.		.
No quieren dejar su casa sola			
Falta de información	.		.
Por no dejar sol los niños			
Por pena , Timidez	.		.
Porque todo mis partos son atendido por parteras			
Porque mi familia no tiene dinero para que vaya haber	.		.

V. PRÁCTICAS QUE TIENEN LAS EMBARAZADAS Y PUERPERA SOBRE CASA MATERNA:

A continuación se presenta una serie de enunciados, marque con una "X" la casilla que usted crea conveniente. No hay respuestas buenas, ni respuestas malas.

Si para usted el enunciado es cierto, marque la casilla "SI". En caso contrario, si para usted el enunciado no es cierto, marque la casilla "NO". O también puede marcar no sabe si ese es el caso.

Prácticas	Si	No	No Se
En mi familia todas las mujeres saben de la importancia de la casa materna			
En mi familia las mujeres que han tenido problemas con el embarazo se han venido a esperar a la casa materna			
Cuando tuve problemas con el embarazo y parto vine a la casa materna.			
Después de mi experiencia con esta estancia en la casa materna recomendaría a otras mujeres que vinieran a esperar su parto			
Cual ha sido el apoyo recibido y por quien	A	I	D
Las mujeres nos apoyamos entre todas			
Hay enfermera las 24 horas			
Se cuenta con vehículo en caso de emergencia			
Tenemos un médico que nos valora al tener algún problema o si ya estamos en fecha de tener			
Se brinda información a nuestro familiares por los diferentes medios de comunicación			
Que puede decir sobre las actividades realizadas	A	I	D
Las actividades son divertidas			

Compartimos las actividades de limpieza			
Hay privacidad cuando nos llegan a visitar			
A través de charlas aprendemos y conocemos nuestros derechos y los factores de riesgo que tenemos			
Las charlas que dan son aburridas			



**Universidad Autónoma De Nicaragua
Casa Materna Zona #3**

Consentimiento Informado

Conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres embarazadas y puérperas en relación al uso de la Casa Materna “Doña Maurita” en el periodo de Julio 2014 a Octubre 2014, Nueva Guinea.

YO, _____ haciendo uso de mis facultades mentales, hago constar que se me ha explicado los objetivos y propósitos del presente estudio. Y que la información que proporcione será utilizada con fines investigativos y de manera confidencial, sin recibir remuneración alguna.

_____ Firma