



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA

UNAN - MANAGUA

Tesis de grado para optar al título de Medicina y Cirugía General

Percepción del parto domiciliario e institucional humanizado en embarazadas y puerperas del Puesto de Salud Pueblo Nuevo, Municipio de Laguna de Perlas, Región Autónoma Costa Caribe Sur, Nicaragua 2021.

Autora: Keesha Karina Kelly Kandler

Tutora: PHD. Alicia Elena Kelly Bent

Bluefields, Octubre 2022

I. Dedicatoria

A **Dios padre todo poderoso**, que siempre ha mostrado su gracia y misericordia hacia mí y ha bendecido mi vida en todo momento.

A **mis abuelas**, que me han brindado su amor incondicional y me han hecho sentir especial en todo momento.

A **mis padres y hermanos** que siempre me han apoyado y brindado una mano amiga durante el transcurso de esta etapa.

A **mi tutora y docentes** que me han transmitido su saber. Me han tenido paciencia y me han impulsado a crecer.

A **mis amigos** que de una u otra forma me han motivado a sacar la mejor versión de mí y han confiado en mí potencial.

Br. Keesha Karina Kelly Kandler.

II. Agradecimiento

Quiero agradecer primeramente a Dios, quien nunca me ha abandonado y me ha acompañado a lo largo de este proceso, aun en ocasiones que no he merecido. Ha mostrado su gracia y compasión hacia mí. Ha bendecido mi vida con mis padres Zayda Sandra Kandler Hislop y Carlos Eduardo Kelly Bent quienes siempre me apoyaron económica y emocionalmente. Ellos me han impulsado en los momentos difíciles en los cuales pensé alguna vez en desistir. A mis hermanos Charles E. Kelly Levy, Kesley K. Kelly Kandler y Kerry K. Kelly Kandler que, a manera peculiar de cada uno, me han apoyado a terminar esta etapa de mi vida. A mis tíos, Nidia A. Kandler Hislop, Roy Douglas y Ana Bernardeth Kelly Bent, quienes me apoyaron para tener mejores condiciones de estudio y han confiado en mí potencial. A mis amigos quienes me motivaron y uno que otro quien siempre intentó llevarme al límite para sacar la mejor versión de mí. Gracias a mi tía Dra. Alicia Elena Kelly Bent quien además de sus conocimientos, me ha brindado constante motivación para culminar este proceso y al Obispo Oliver Hodgson quien le ha dado seguimiento en la filología de la presente investigación.

Agradezco a todos los que pusieron su granito de arena durante el transcurso de mi carrera y me brindaron su mano amiga.

“Todo lo puedo en Cristo que me fortalece” Filipenses 4:13

OPINIÓN DEL TUTOR

A quien corresponde:

Sírvele la presente para presentar la Tesis de grado titulado “Percepción de las embarazadas y puérperas sobre el parto domiciliar y la humanización del parto institucional en el puesto de salud Pueblo Nuevo, Municipio de Laguna de Perlas, Región Autónoma Costa Caribe Sur de Nicaragua 2021”.

El trabajo investigativo fue realizado por la autora Keesha Karina Kelly Kandler para optar al título de Medicina y Cirugía General. Se extiende la presente carta de la tutora considerando que el trabajo reúne las exigencias académicas correspondientes,

Dado a los 8 días del mes de Julio del año dos mil veintidós, en la ciudad de Bluefields en la Región Autónoma Costa Caribe de Nicaragua.

Atentamente;



AKellyBent
PHD. Alicia Elena Kelly Bent
Licda. Enfermería Comunitaria
Tutora

Resumen

La presente tesis tiene como objetivo determinar la percepción del parto domiciliario e institucional humanizado en embarazadas y puérperas del puesto de salud Pueblo Nuevo, Municipio de Laguna de Perlas, Región Autónoma Costa Caribe Sur de Nicaragua, octubre 2020 a marzo 2021.

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, por conveniencia y acorde a los criterios de inclusión y exclusión, se tomó una muestra de 37 participantes divididas entre embarazadas y puérperas. La fuente de información fue primaria mediante entrevistas estructuradas.

Se concluyó, que la mayoría de las mujeres, tienen de 20- 34 años, son mestizas, están casadas y tienen educación primaria; aun así, se encontró gran índice de embarazos de alto riesgo obstétrico como son: las adolescentes, añosas y multíparas.

El parto institucional y domiciliario son considerados de bajo costo. La mayoría de las mujeres atendidas se sienten satisfechas con la calidad y atención recibida; hay preferencia por parteras ante partos domiciliarios. Sin embargo, la falta de información sobre condición obstétrica incluyendo el rechazo al ingreso a casa materna, preocupaciones presentes ante prácticas rutinarias de los médicos, atención por personal masculino y experiencias previas negativas, condicionan esta opción.

La percepción de recibir parto humanizado en el puesto de salud es de cumplimiento parcial; ya que hubo deficiencias ante la oferta del parto vertical y libertad de movimientos, que también constituyen parte de la humanización del parto.

Palabras Clave:

Percepción, Parto domiciliario, Parto institucional, Parto humanizado

Índice

<i>I. Dedicatoria</i>	2
<i>II. Agradecimiento</i>	3
<i>III. Opinión del tutor</i>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
<i>Resumen</i>	5
<i>Capítulo I. Generalidades</i>	1
1.1. Introducción	1
1.2. Antecedentes	3
1.3. Justificación	6
1.4. Planteamiento del problema.	8
1.5. Objetivos	9
1.6. Marco Teórico	10
<i>Capítulo II. Diseño Metodológico</i>	17
2.1. Tipo de estudio	17
2.2. Caracterización del área de estudio	17
2.3. Universo	17
2.4. Muestra	18
2.5. Criterios de inclusión y exclusión	18
2.6. Técnicas y procedimientos	18
2.7. Plan de tabulación	19
2.8. Plan de análisis	20

2.9.	Enunciado de variables	20
2.10.	Operacionalización de variables.	21
2.11.	Aspectos éticos	25
<i>Capítulo III. Desarrollo</i>		26
3.1.	Resultados	26
3.2.	Discusión y análisis	30
3.3.	Conclusiones	35
3.4.	Recomendaciones	37
<i>Capítulo IV. Bibliografía</i>		39
<i>Capítulo V. Anexos</i>		43

Capítulo I. Generalidades

1.1. Introducción

Al comienzo de la humanidad, unos 40.000 a.C., el parto era atendido por el cónyuge de la embarazada en la comodidad de su hogar; ya en el año 6000 a.C., se empieza la atención del parto a través de parteras (Jacobo, 2018, p. 23). A principios del siglo XX el parto comenzó a realizarse en instituciones sanitarias con el objetivo de reducir la mortalidad materno- neonatal. Sin embargo, fue aludido como condición de salud parecida a una enfermedad, por lo que se perdió el protagonismo de las mujeres al momento del parto y se volvió un acto médico en el que el equipo de salud tomaba las decisiones y procedimientos a realizarse en la gestante. (Gutierrez Mendoza, 2017, p.1)

Ante lo anterior, Castro, Guevara, Beteta entre otros (2010, p.12) en representación del Ministerio de Salud (MINSa) mencionan que el 27 de octubre de 1983 en Nicaragua se condena cualquier forma de discriminación contra la mujer, y recoge el compromiso de incluir el respeto de los derechos reproductivos. A partir de ese momento el ministerio de salud (MINSa) de Nicaragua ha trabajado en el desarrollo de la salud materna y en el 2010 se logró presentar la normativa 042 “Humanización del Parto Institucional” dirigido a todo el personal de la salud en general, para mejorar la calidad de atención y servicios brindados a las mujeres que requieran asistencia del parto y puerperio. Se permite la participación conjunta con la familia y se trata de crear una adecuada relación médico-paciente que permitirá una experiencia agradable para la mujer ante este proceso natural y hacerla protagonista de éste. (MINSa, 2010 p. 12)

Según Johannsen (2016, p. 19), se entiende como parto humanizado a la modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres, niños y niñas en el momento del nacimiento; se privilegia la voluntad de la mujer que va a dar a luz y se respetan tiempos fisiológicos personales. Biurrun-Garrido y Goberna-Tricas también explican (2013, p. 1,2) la humanización del parto como un término polisémico que se basa en convertir a la mujer en el centro de atención, facilitarle apoyo emocional y prestarle una atención clínica fundamentada en la evidencia científica, con la finalidad de asegurar que el parto sea atendido en la posición que la mujer solicita, permitir el acompañamiento, respeto por las costumbres, valores, creencias, tradiciones, sentido de la dignidad y su autonomía durante el parto y de tal forma garantizar un

parto limpio, seguro y que al mismo tiempo, ella se sienta cómoda como si el parto fuese llevado a cabo en su hogar.

Dicho esto, a pesar de contar con la Normativa 042, la cual pretende tomar en cuenta las opiniones y necesidades de las gestantes, parturientas y puérperas, se ha presentado disminución de partos institucionales y, por consiguiente, aumento de partos domiciliarios, asistidos por parteras en la comunidad de Pueblo Nuevo. Gabriela Ortega Fernández (2018, p.15) menciona en su estudio que la aceptabilidad de los servicios por parte de las mujeres, sus familias y la comunidad es un factor que contribuye a lograr la cobertura eficaz de los mismos; esta dimensión implica que todos los establecimientos y personal vinculado a la atención sean culturalmente adecuados y respetuosos en el trato; ya que, si bien la atención puede estar disponible y ser accesible, pero si no es aceptable para la población, es imposible lograr una cobertura eficaz de ellos. En sintonía con lo anteriormente expuesto, se vuelve necesario y pertinente realizar la presente investigación sobre la Percepción del parto domiciliar e institucional humanizado en embarazadas y puérperas del Puesto de Salud Pueblo Nuevo, Municipio de Laguna de Perlas, Región Autónoma Costa Caribe Sur de Nicaragua; utilizando la metodología cuantitativa, descriptiva de corte transversal, en donde mediante entrevistas estructuradas realizadas a las partes involucradas (embarazadas y puérperas), se logró determinar la percepción del parto domiciliar e institucional humanizado, el cual constituye el objetivo principal de la investigación.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Internacionales

Biurrun (2017) en su estudio “La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol”, con enfoque cualitativo realizado en la Universidad de Barcelona, cuyos resultados y conclusiones determinan que: 1) La concepción social que define el parto como una "situación de riesgo" influye en las expectativas de las mujeres y en la experiencia de dar a luz. 2) La seguridad proporcionada por la infraestructura hospitalaria y la tecnología es un factor importante para las mujeres entrevistadas. 3) El reconocimiento de la capacidad independiente para tomar decisiones, el respeto a la privacidad y el sentimiento de conexión con los profesionales que se establece durante la relación asistencial, también se consideraron estos como practicas fundamentales. (p.129- 181)

Muñoz (2018), realizó una investigación con el tema: “Vivencias de mujeres con asistencia de parto personalizado” de tipo cualitativo en la Universidad de Concepción, Chile. Como objetivo principal de la investigación se pretendió explorar las vivencias de mujeres que optaron por un parto personalizado, en casa o en clínicas privadas; concluyendo que: 1) La influencia de terceros estuvo presente en las historias de mujeres cercanas como madre y/o hermanas, pero también la información de la matrona. Hicieron énfasis en que el sistema hospitalario no ofrece las garantías de un parto natural. 2) Se identificó una amplia gama de técnicas, entre los cuales destacan: yoga, biodanza, hidroterapia, masajes y ejercicios de Kegel. En este ámbito incorporan la búsqueda de un equipo médico que les asegure el respetar su plan de parto, tanto en sus expectativas como necesidades. 3) Quienes optaron por parto en casa sienten plena satisfacción, puesto que están en su ambiente y con sus seres queridos, es volver a lo natural y para ellas el hogar es más seguro para parir que un sistema hospitalario. 4) En cuanto a los facilitadores de la experiencia de parto personalizado se destacan: el respeto y el apoyo incondicional por parte de la pareja, el vínculo formado con la matrona con énfasis en la relación a la confianza, la utilización de técnicas no farmacológicas para alivio del dolor y, por último, ser una guía y apoyo para ambos. 5) Por otra parte, entre los obstaculizadores mencionados, destacan la actitud jerárquica medico paciente, poca empatía y poca acogida por parte del médico obstetra, lo cual les generó sensación de vulnerabilidad, por consiguiente, las participantes realizaron cambio de médico. (p. 3-6)

García, Félix y otros (2020) en su estudio: “Percepción del parto humanizado en pacientes en periodo de puerperio” en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social a través de un estudio observacional. Los autores midieron variables demográficas y analizaron el nivel de percepción de parto humanizado. Concluyendo en que: La percepción de parto humanizado en las pacientes que están en puerperio inmediato en nuestro hospital es inadecuada, ya que no se les proporcionaron la orientación adecuada, la información sobre el manejo del dolor, la elección de la posición del trabajo de parto ni la posibilidad de que un acompañante estuviera presente durante el proceso. (p.258)

1.2.2. Nacionales

González y Picado (2016), en su estudio de “Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo según Normas y Protocolos en áreas de salud del Departamento de Matagalpa, durante el II semestre del 2016”, de carácter descriptivo de corte transversal, con implicancia cuantitativa, como seminario de graduación de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; el objetivo fue analizar las intervenciones de enfermería según la normativa y aplicación del cuidado de enfermería durante la atención del parto de bajo riesgo; los resultados reportan que de las participantes del estudio el 100% de las usuarias encuestadas refieren que el personal de enfermería les oferta parto humanizado de manera incorrecta o incompleta, durante el primer periodo del parto y tampoco alienta a la mujer que adopte la posición más favorable para ella; concluyendo que al comparar las intervenciones de enfermería con el cuidado aplicado a las pacientes durante el trabajo de parto se obtuvo que el personal de enfermería del centro de salud en estudio, en su mayoría no realiza dichas intervenciones o lo hacen, pero de forma incorrecta o incompleta. Por lo tanto, el cuidado proporcionado a las usuarias es insatisfactorio. (p. 29,74)

Rodríguez (2018) en el estudio: “Análisis exploratorio de los cuidados al parto en Nicaragua desde el marco de los derechos sexuales y reproductivos”. Una investigación de tipo descriptivo y un diseño metodológico de tipo mixto publicada en el anuario de estudios centroamericanos por la universidad de Costa Rica., el cual tiene por objetivo general explorar la calidad de los cuidados facilitados durante el parto y la cesárea a mujeres residentes en las áreas urbanas de la costa pacífica de Nicaragua. Resultados expresan que solo una de cada cuatro mujeres parió en una postura propicia para la fisiología del parto. Además, resulta que el 40 por

ciento de las mujeres se les restringió el movimiento, y solo el 40 por ciento pudo beber líquidos durante el periodo de dilatación. También entre las mujeres de la muestra que solicitaron apoyo familiar o social durante el parto o la cesárea, una de cada cuatro no pudo ejercer el derecho a recibir este tipo de cuidados no profesionales. Mencionan la extensión del control que el personal de salud realiza sobre el parto, a pesar de ser este un proceso fisiológico propio de las mujeres y que menos de un tercio de las mujeres de la muestra calificaron su experiencia de parto como buena o muy buena. (p. 14-22)

Maldonado (2018) en su estudio sobre humanización del parto e incidencia de violencia obstétrica en atención del embarazo, parto y puerperio, con enfoque filosófico y paradigma mixto de carácter exploratorio-descriptivo como investigación de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Estelí ; cuyo objetivo fue analizar el nivel de conocimiento que tienen las usuarias, parteras y el personal de salud acerca de la humanización del parto e incidencia de violencia obstétrica en la atención del embarazo, parto y puerperio en las instituciones de salud del Municipio de Estelí en el periodo comprendido entre agosto y noviembre de 2017. Generando el siguiente resultado: 1) Una mayoría del personal sabe de la existencia de normas relacionadas con humanización del parto y al momento de indagar el nombre de estas y su contenido no lo manejan del todo o solo manejan una parte de lo que contempla (el derecho a un acompañante), aun teniendo un resumen de la norma en una pancarta ubicada en la entrada de la sala de Ginecobstetricia y Pre-Labor. 2) Menciona que un 28% de las encuestadas aseguro haber recibido malos tratos y comentarios humillantes de parte del personal de salud que las atendió. Concluyendo el estudio, en que la actitud del personal ante la aplicación de la norma y hacia las usuarias repercute en el nivel de satisfacción de los servicios que se prestan, especialmente en el hospital San Juan de Dios que está relacionado con la calidad de la atención. (p. 4-7)

1.3. Justificación

El parto humanizado es una modalidad de atención promovido por el Ministerio de Salud (MINSA) dirigida a embarazadas y familias con el objetivo de fomentar una percepción saludable, segura y de confianza a toda la familia, relacionado a la atención que recibe la madre durante el embarazo, parto y puerperio.

Según datos estadísticos proporcionados por el Censo Gerencial del puesto de salud de la comunidad de Pueblo Nuevo, del municipio de Laguna de Perlas, con la mayor cantidad de embarazadas registradas en el municipio, de octubre 2020 a marzo 2021; se evidencia que el número de partos institucionales (27) ha disminuido en relación a números de partos domiciliarios (34) reportados en el periodo de estudio. Ante esta situación la autora decide realizar el estudio sobre percepción del parto domiciliario e institucional humanizado en el puesto de salud, el cual se realizó con el objetivo de determinar cuáles son las impresiones o apreciaciones que tienen estas mujeres sobre el parto domiciliario y el parto institucional humanizado, de esta forma poder crear una base científica para su intervención.

La investigación realizada mediante la aplicación de la teoría y los conceptos básicos del parto humanizado, consolidó resultados que permite tener una idea más concisa y un punto de partida del por qué se ve afectada el cumplimiento de la normativa 042 desde la percepción de las estudiadas. Como apuesta de este estudio, se podría valorar como base para el diseño de un nuevo instrumento para la recolección o análisis de datos en cuanto a estudios posteriores relacionados al parto humanizado y el rol de las parteras que inciden en la humanización del parto institucional.

Todo lo anteriormente descrito, permitirá incluir en nuestra labor asistencial el conocimiento generado en la investigación con el objetivo de ofrecer a las pacientes, cuidados de calidad en base a lo que ellas esperan de la atención de su parto, así mismo, en un futuro crear un plan de intervención en base a los mismos, que permita el cumplimiento de la normativa 042 y aumentar los partos institucionales.

La importancia y pertinencia de este estudio, se cimenta porque mediante este proceso investigativo, se identificó las percepciones de las usuarias sobre las prestaciones en salud que se ofrecen en la comunidad a las embarazadas, el cual permitirá al Ministerio de Salud trabajar con las parteras y la comunidad con el objetivo de favorecer una mejor aceptación a los servicios que ofrecen por parte de las embarazadas, puérperas y sus familias, al parto institucional e incrementar los partos en las unidades de salud.

1.4. Planteamiento del problema.

Hace más de diez años, el gobierno de Nicaragua a través del Ministerio de Salud (MINSa) orientó la normativa 042 (2010, p. 12) conocida como “Humanización del Parto Institucional” la cual está dirigida a todas y todos los trabajadores de la salud, en los diferentes niveles de atención, de los establecimientos públicos y privados, fue elaborada con la intención de que las mujeres vuelvan a ser protagonistas de este proceso inalienable (parto) y así disminuir los partos domiciliarios previniendo las complicaciones que estos conllevan.

Con la implementación de diferentes estrategias aplicadas por el Ministerio de Salud (MINSa) en los últimos años, se ha logrado disminuir las muertes neonatales y maternas a nivel nacional y regional. Sin embargo, los partos institucionales siguen siendo uno de los mayores desafíos en la comunidad de Pueblo Nuevo, donde las mujeres siguen optando por partos domiciliarios acompañadas por parteras comunitarias.

Esto se evidencia mediante el Censo Gerencial del puesto de salud de la comunidad Pueblo Nuevo, con las mujeres registradas a partir de octubre 2020 a marzo 2021, en donde se consignan 114 mujeres, de las cuales 61 son puérperas y 53 embarazadas; de las puérperas, 34 se reportaron como parto domiciliario y 27 como parto institucional, última de las cuales 13 fueron atendidos en el puesto de salud Pueblo Nuevo y 14 referidos a mayor nivel de resolución.

Por esto, teniendo en cuenta la observación realizada por personal de salud que laboró en la unidad, se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la percepción del parto domiciliario e institucional humanizado en embarazadas y puérperas del puesto de salud Pueblo Nuevo, Municipio de Laguna de Perlas, Región Autónoma Costa Caribe Sur de Nicaragua, 2021?

1.5. Objetivos

Objetivo General:

Determinar la percepción del parto domiciliario e institucional humanizado en embarazadas y puérperas del puesto de salud Pueblo Nuevo, Municipio de Laguna de Perlas, Región Autónoma Costa Caribe Sur de Nicaragua, octubre 2020 a marzo 2021.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar sociodemográficamente a la población a estudio.
2. Determinar la apreciación del parto institucional por la población de estudio.
3. Describir las costumbres en relación al parto domiciliario en el grupo a estudio.
4. Indagar las prácticas referidas del parto institucional en la población a estudio.

1.6. Marco Teórico

1.1. Parto

El Parto 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. Dentro de la filosofía de humanización, el parto es el atender y cuidar (dentro del contexto intercultural las comadronas y parteras es aliviarse) a la persona durante el acto de dar a luz a un ser vivo o fallecido, por parte del personal de salud, Comadrón y/o Partera. (Minsa et.al. p. 17)

El parto según MINSA (2015 p.106), trata de los procesos que se llevan a cabo para evacuar del útero al bebé, sea esta vía cesárea, en la que se hace una incisión en bajo vientre para extraer al feto, o vía vaginal, el cual consta de 3 periodos según la normativa 011. Estos son: El periodo de borramiento y dilatación del cuello uterino (primer periodo), descenso y expulsión del feto (segundo periodo) y salida de los anexos fetales como lo son la placenta y las membranas (tercer periodo). MINSA (gob.pe, 2019). como institución gubernamental, además, reafirma que “el parto atendido dentro del servicio de salud por personal especializado, que ayuda a reducir el riesgo y complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido se le conoce como parto institucional.” El parto que se lleva a cabo en el hogar se conoce como parto domiciliario.

1.1.1. Parto Humanizado

El parto humanizado según la normativa 042 (et. al...2010, p.17) consiste en el respeto hacia la cultura de las mujeres conforme a sus creencias y tradiciones para con el proceso y desarrollo de llevar a cabo un nacimiento, afirma que:

Es el derecho que tiene la mujer de recibir información de calidad sobre su estado de embarazo con lenguaje sencillo y la libertad de elegir el acompañamiento, la posición de parir y la alimentación, en un ambiente adecuado, con privacidad, de acuerdo a lo que cree que va a ser mejor, a lo que siente que va a ser más seguro, reconociendo aquello que más la tranquiliza, garantizando la satisfacción de la usuaria.

Así mismo, según la normativa 042 (et.al.2010, p.16) se entiende como humanización del parto a “La atención digna a la embarazada coherente con los valores que la persona siente como peculiar e inalienable.”

1.2. Parteras y Partería

A comienzos de la humanidad unos 40000 años a. de C. Jacobo (2018, p.23) revela que la atención del parto era efectuada por el marido sin participación de la gestante. Luego en el año 6000 a. de C. se empieza a motivar la participación y ayuda de algunas mujeres, considerando el nacimiento como un arte del ciclo de la vida, siendo desde allí el inicio de uno de los oficios más antiguos de la humanidad para las mujeres, como lo es el de comadrona y partera.

Las parteras tradicionales pueden desempeñar un papel en cuanto a proporcionar apoyo a las embarazadas; suelen ser personas respetadas, que ejercen influencia en sus comunidades. Dado que las parteras tradicionales tienen cercanía cultural con las mujeres, están en condiciones incomparables para motivar y ayudar a las mujeres y a sus familias a planificar la atención del parto por un agente de salud cualificado; a condición de que la partera tradicional tenga en claro sus funciones y responsabilidades. (Campbell, Fauveau, Hoopé-Bender y McManus, 2011, p. 22)

Virachuda (2016, p. 75) confirma, que en las comunidades indígenas las parteras suelen crear un ambiente tranquilo para el nacimiento de un bebé, acogedor, agradable, y caliente en donde la mujer tenga la posibilidad de permitir nacer a su hijo en un ambiente armonioso.

1.2.1. Prácticas de las parteras

Dentro de los servicios de partería tradicional se destaca:

- La práctica de la sobada, según Quattrocchi, es “un masaje terapéutico particular realizado por las parteras con el fin de reposicionar un órgano o partes del cuerpo consideradas momentáneamente fuera de lugar.” (2006, p. 2). Entendiéndose de los fetos en posición podálica u pélvica en los que, con masajes, las parteras les dan vuelta, ubicándolos en posición cefálica y a los que se refieren como “encajados” dichos estos de los que se ubican a un lado del abdomen o “debajo de las costillas” u “encaje de la pierna” – región inguinal.
- La utilización de remedios naturales: “El 94% de las parteras utiliza las plantas medicinales en infusión para su administración a las mujeres durante el parto tradicional, en menor cuantía utilizan las duchas vaginales” (Perlaza, 2016, p. 14).

La presencia de las parteras en las comunidades es vital porque colaboran en mejorar la salud en las mujeres, niñas y niños, especialmente en áreas con alta mortalidad materna e infantil y favorecen el fortalecimiento de las redes de trabajo comunitario además de preservar una cultura de autocuidado y la decisión de atender y ser atendida por redes de confianza y medicina tradicional en tanto su derecho.

1.3. Parto institucional vs parto domiciliario ante las necesidades de las parturientas.

En un estudio de enfoque mixto realizado en Ecuador, por tema: “Embarazo y parto humanizado: Implicaciones en el desarrollo del niño”. Se evidencia que:

“las mujeres de las comunidades indígenas optan por un parto natural en casa, ciertas veces por miedo a la atención que se brinda en los centros hospitalarios, o también por la distancia a la que se encuentran de los hospitales. “No nos parece bien ir a los hospitales porque algunas comadres cuentan que tratan mal a las mujeres”. (Virachuda, 2016, p. 75)

Flor Cáceres Manrique, en su artículo titulado: “Atención humanizada del parto; Diferencial según condición clínica y social de la materna” en Colombia, menciona que: la falta de humanización es diferencial según algunas condiciones de las gestantes, en primer lugar, las adolescentes, que sufren en más ocasiones violencia verbal, el regaño y la ejecución de procedimientos sin consentimiento informado, por la poca conveniencia a la salud y economía del país. Como segundo lugar, la atención de partos de alto riesgo, por la carga de responsabilidad que presenta el personal de salud reduciendo la autonomía de la paciente. En tercer lugar, a las mujeres que han hecho uso de medicinas tradicionales, múltiparas o quienes han tenido un parto anterior en casa. (2017, p. 130, 131)

Ante lo mencionado Borda, (2001, p. 159) comparte reflexiones que dicen lo siguiente: *“uno va al hospital y lo atienden mal; ven que ya tiene los dolores ahí y no lo atienden bien”. “En el hospital lo dejan a uno que sufra sola”. “Por miedo o por pena, nunca los he tenido en el hospital”. “Yo le tengo mucha desconfianza a los doctores” ... fueron las palabras de algunas de*

las participaciones de la investigación cualitativa que tiene por tema: Factores condicionantes del parto Domiciliar.

El estudio anterior también refiere en cuanto al parto domiciliario, donde se le puede aludir sus factores condicionantes a los aspectos culturales de las parturientas, según las entrevistas realizadas a las 105 mujeres participantes, dentro de estas se encuentra:

- Actitud personal con respecto al parto: rechazo a desnudarse en presencia de hombres y necesidad de privacidad para dar a luz.
- Convicción, costumbre, experiencias previas positivas y recomendaciones recibidas. Aspectos positivos del parto en casa.
- Confianza en una partera conocida.
- Rechazo a la cesárea.
- Trabajo de parto no reconocido.
- Desconocimiento del tiempo de gestación.
- Intención de involucrar al esposo en el parto.

Con respecto a la calidad de los servicios de salud:

- Mala atención en los hospitales.
- Miedo y desconfianza a los hospitales y a los médicos.
- Experiencia previa negativa en hospital (incluidas cesáreas).
- Mujeres devueltas del hospital por consideración médica.

Por último, las condiciones socioeconómicas:

- Falta de recursos económicos.
- Problemas de transporte para llegar al hospital. (et.al p. 160)

En cuanto al personal de salud, se menciona que la pobre humanización del parto probablemente se deba a que: “hay profesionales que lo han aprendido durante su entrenamiento, otros tienen sobrecarga de trabajo, limitados recursos, pobre motivación o cultura machista y de violencia de género que lo dificultan” (Cáceres y Nieves, 2017, p. 131).

Por ende, está demostrado que la pobreza es un factor importante que influye en la toma de decisiones sobre la utilización de los servicios de salud. Varios estudios relacionan el tipo de

actividad económica, como la agricultura que tiene un bajo ingreso per cápita con la utilización de los servicios de la partera tradicional, y cómo en estas situaciones el acceso al parto institucional se convierte más proclive a ser inalcanzable.

Otro elemento según Vásquez. (2015, p. 10) relacionado con la preferencia por la partera tradicional y que también pudiera leerse como una barrera para la atención hospitalaria, es la imposibilidad del cumplimiento del rol femenino. Al decidirse la mujer por la atención del parto hospitalario, se traduce también en el abandono transitorio del cuidado de sus otros hijos, del esposo y del hogar; y la necesidad del acompañamiento de otros miembros de la familia para su cuidado. Todo esto causa una alteración en la dinámica del hogar y en la vida de la mujer. No hay que olvidar que socialmente a la mujer se le ha asignado el rol de cuidadora y no de ser cuidada.

Las Casas Maternas albergan a las mujeres en situación de alto riesgo obstétrico. Las brigadas de salud en su recorrido por los territorios trasladan a todas las mujeres en estado avanzado de embarazo que encuentran. Al respecto, varias de las entrevistadas afirman que en ocasiones esto se ha hecho de forma arbitraria, *“hasta con la policía se llevan a las mujeres”*, lo que ocasiona el rechazo hacia la Casa Materna y la inconformidad de las mujeres. (Quintana, Larios, 2012, p. 33)

1.4. Derechos de la Embarazada

Según la Normativa 042 (2010, p.23) se menciona que la embarazada tiene el derecho a:

- Estar acompañada por la persona de su confianza preferiblemente el cónyuge o compañero, siempre que no existan complicaciones ni se altere el normal desarrollo del parto.
- Tener al recién nacido a su lado desde el momento del nacimiento y durante toda su estancia hospitalaria, siempre que la salud de ambos lo permita.
- Confidencialidad respecto de sus datos personales y sanitarios.
- Recibir información continua, completa y comprensible sobre la evolución del parto, así como de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que fueran necesarios, con sus ventajas e inconvenientes.
- Conocer el nombre completo y poder distinguir fácilmente la categoría profesional del personal de salud que le atiende.

- Recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de ella y de su hijo o hija, así como apoyo en el postparto que contribuya a la recuperación materna y al mejor cuidado del recién nacido, la cual debe incluir todos los datos del parto y del estado neonatal, que le permitan mantener la continuidad asistencial de los Servicios de Atención Primaria de Salud.
- Decidir sobre prácticas culturales o religiosas, siempre y cuando no suponga un riesgo para la salud de la mujer y del recién nacido.
- Recibir, del personal de salud, trato digno.

1.5. Incorporación de características humanitarias e interculturales al parto institucional.

La Normativa 042- Norma de humanización del parto institucional, 2010, por la cual se rigen todas las unidades de salud de Nicaragua, incluyendo el puesto de salud de Pueblo Nuevo, incita la adecuación cultural del parto, como estrategia para mejorar el acceso y calidad de atención a las gestantes, parturientas y puérperas con el fin de disminuir muertes maternas.

Así como la existencia del Modelo de Atención en Salud Intercultural de la Región Autónoma Atlántica Sur (MASIRAAS) que es la organización a través del cual se disponen los servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación de salud para las comunidades, familias, mujeres y hombres de todos los grupos de edad de los pueblos indígenas y comunidades étnicas de la Costa Caribe contribuyendo a mejorar las condiciones de salud de las comunidades y las familias (2008, p. .5). Por ende, se puede afirmar que este modelo insta a brindar un servicio de salud culturalmente pertinente en los sectores y territorios indígenas y afrodescendientes de la RACCN (antes RAAN) y la RACCS (antes RAAS).

Interesantemente, Malisa (2018, p.80) dice que, en todas las culturas; la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres. Por esta razón, alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. Ciertamente, uno de los derechos importantes de las embarazadas que tiene gran implicancia al momento del parto, previo y posterior al mismo es el derecho a estar acompañada.

La Normativa 042 orienta permitir que el acompañante sea del sexo masculino (aún en la sala de labor y parto u expulsivo) siempre y cuando las condiciones permitan y garanticen la privacidad de las otras pacientes. Se podrá realizar procedimiento diagnósticos o terapéuticos en presencia del mismo. (2010 p. 27).

Así también, toda paciente tiene derecho a seleccionar la alimentación que va a ingerir, esto incluye aquellos que por tradición (familiar o área geográfica, etc.) consumen durante el embarazo y después del parto. (Por ejemplo: cuajada seca con tortilla, tibia, manzanilla, entre otros). Excepto pacientes con contraindicaciones. El ingreso de alimentos se debe permitir las 24 horas y se debe permitir que la mujer puede tomar algunos alimentos ligeros durante e inmediatamente después del parto y de preferencia calientes que le proporcionen energía: sopas, tibia, u otros (se recomienda té o leche con canela). Se debe permitir el uso de bebidas para los entuertos tales como: eneldo, cilantro, aluzama, pimienta de castilla, romero y miel de jicote. (et.al. p. 28, 29)

En cuanto a la posición de parto: “No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo”, pudiendo ser esta la posición vertical la cual es fisiológicamente más factible para el parto y el cual debe de ofertarse, adecuándose cada personal a la posición elegida por la madre (Malisa, 2018, p. 37).

Es importante permitir a la parturienta los cambios de posición cada vez que los necesite y en la que ella indique parir: “Antiguamente, la mayoría de mujeres parían en posiciones verticales, es decir, en cuclillas, de rodillas, de pie, sentadas, etc., adoptando libremente diferentes posiciones guiándose por su instinto” (García y Jimenez, 2017, p. 8).

La normativa 042 nos dice, que el personal de salud involucrado en la atención de una paciente debe garantizar su privacidad, principalmente al momento de realizar examen físico. Hay que realizar lavado perineal con agua tibia y si fuera costumbre con agua de hierbas, al inicio del trabajo de parto y repetirlo si fuera necesario. Una vez que el bebé nace se ubicará junto a su madre en la misma habitación, con el propósito de favorecer el apego precoz, permanente y promover así la lactancia materna exclusiva (2010 p. 29).

Capítulo II. Diseño Metodológico

2.1. Tipo de estudio

Investigación con enfoque cuantitativo ya que la investigadora recolectó y analizó datos numéricos. Descriptivo porque aspiró detallar la percepción de las participantes sobre el parto domiciliario e institucional humanizado. Retrospectivo debido que la información se tomó de hechos ocurridos en el pasado, desde octubre 2020 a marzo 2021 y transversal ya que no existe continuidad en el tiempo y solo se investiga un periodo determinado.

2.2. Caracterización del área de estudio

Se llevó a cabo la presente investigación en la comunidad de Pueblo Nuevo, la cual se encuentra al norte del Municipio de Laguna de Perlas y delante de la reserva Wawashang, Región Autónoma de la Costa Caribe Sur de Nicaragua.

Pueblo Nuevo está compuesto por una población estimada para el 2021 de 4,474 habitantes distribuidos en 14 comarcas, donde un 33% se encuentra localizados en Pueblo Nuevo Centro.

Su población es mayoritariamente mestiza, proveniente del pacífico del país o descendiente de ésta. Se trata de migrantes campesinos de frontera agrícola, que se caracterizan por usos y costumbres culturales marcadamente diferentes a los de la población caribeña.

El acceso a la comunidad es por vía acuática, y de las comarcas al centro tanto vía acuática como terrestre (caminar o en bestias). La comunidad cuenta con 13 comarcas aledañas al centro, de las cuales acuden al puesto de salud, ubicado en Pueblo Nuevo Centro, para recibir atención en salud general.

El puesto de salud cuenta con 2 médicos (1 General y 1 servicio social) y 5 enfermeras (1 enfermera MOSAF, 2 enfermeras profesionales y 2 enfermeras en servicio social). En el Centro de salud se brindan servicios generales y atención integral a la población (niños: PAI, VPCD; adolescentes y adultos: consulta general, Programa de Crónicos; mujeres: Planificación Familiar, realización de PAP, atenciones prenatales, asistencia al parto y puerperio).

2.3. Universo

El universo se conformó de 114 mujeres entre las cuales se encuentran 53 embarazadas y 61 puérperas registradas en el censo gerencial, del puesto de salud Pueblo Nuevo a partir de octubre 2020 a marzo 2021.

2.4. Muestra

Se eligió el tipo de muestreo no probabilístico y por conveniencia, debido al reducido tamaño del universo y las características del estudio cuya muestra debe cumplir con los criterios de inclusión y exclusión, correspondiendo este a 37 participantes de los cuales 17 son embarazadas y 20 puérperas de la comunidad de Pueblo Nuevo.

2.5. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

- Estar registrada en el censo gerencial del puesto de salud de Pueblo Nuevo en el periodo de estudio.
- Ser atendidas en parto domiciliar.
- Atención del parto en el puesto de salud de Pueblo nuevo.

Criterios de exclusión

- Embarazadas y puérperas con las que no se logra establecer comunicación.
- Negación a participar en el estudio.
- Recibir asistencia médica en otra unidad de salud.
- Primigestas sin experiencia de parto.

2.6. Técnicas y procedimientos

Se procedió en un inicio, a buscar información pertinente del tema para ver la importancia del mismo, siempre dentro de las líneas de investigación de la Universidad y del Ministerio de Salud (MINSA). Se solicitó a las autoridades del Municipio su apoyo para la ejecución del proyecto investigativo, garantizando el permiso de indagar en el censo gerencial del puesto de salud de la comunidad y su libro de partos, para poder abordar a las pacientes que cumplieron los requisitos del presente estudio. Por medio de la autorización del protocolo de investigación, se explicó el objetivo del mismo y el procedimiento de la investigación.

La fuente de información fue primaria, realizada a las embarazadas y puérperas del puesto de salud de Pueblo Nuevo, Laguna de Perlas, que calificaron como muestra para el estudio. Se recolectó la información mediante la técnica de encuestas con método de entrevistas estructuradas, las cuales previos a su aplicación final, se implementaron de forma piloto a 40% del total de la

muestra (15) para validar el instrumento y la confiabilidad del mismo, la cual se aplicó tanto de manera presencial como por vía telefónica.

La estructura de la entrevista constó en primera parte la caracterización sociodemográfica de la población estudio, aplicadas a todas las participantes (37), así como la apreciación del parto institucional por los mismos, seguido de una sección solo para puérperas (20) de las cuales a su vez se especificaba dos secciones; preguntas para puérperas con parto domiciliar (09) e institucional respectivamente (11).

2.7. Plan de tabulación

Durante la digitación el proceso fue manual y digital, el primero se llevó a cabo durante el trabajo de campo mediante las entrevistas y el siguiente durante la elaboración de la matriz de datos y elaboración de tablas y gráficas el cual se realizó con el software estadístico SPSS V.25 para Windows. De acuerdo a los objetivos y las variables estudiadas se decidió detallar las mismas en las siguientes tablas:

1. Caracterización de las embarazadas y puérperas
2. Apreciación del parto institucional.
3. Costumbres en parto domiciliar
4. Practicas referidas de parto institucional.

Posteriormente se realizó cruce de variables:

- apreciación del parto institucional / Caracterización de las embarazadas y puérperas.
- Costumbres en parto domiciliar/ Caracterización de las embarazadas y puérperas.
- Prácticas referidas de parto institucional / Caracterización de las embarazadas y puérperas.

2.8. Plan de análisis

De acuerdo con la naturaleza de cada una de las variables y conforme a la información obtenida por las entrevistas se creó una base de datos en el programa SPSS 25.

Se realizó un análisis univariado y con estadística descriptiva de las variables mediante la distribución de frecuencia y representación gráfica de los mismos; apoyados con el Software (SPSS 25) se creó las tablas univariadas con las variables del estudio, mostrando frecuencias absolutas y porcentajes, las cuales se utilizaron para la elaboración de gráficas que reflejan los resultados porcentuales de cada variable.

Posteriormente, de acuerdo a los resultados obtenidos, se realizó el cruce de variables:

1. **apreciación del parto institucional / Caracterización de las embarazadas y puérperas:** en donde se relacionó la preocupación ante el parto en una unidad de salud con la edad y el número de gestas de las participantes.
2. **Costumbres en parto domiciliar/ Caracterización de las embarazadas y puérperas:** correlacionando la preferencia de atención por parteras, de las puérperas que tuvieron un parto domiciliar, con su edad y escolaridad. Así también la relación entre la elección de un parto domiciliar con la escolaridad, estado civil y edad de las mismas.
3. **Prácticas referidas de parto institucional / Caracterización de las embarazadas y puérperas:** valorando la identificación del personal de salud conforme a la escolaridad de las puérperas que atendieron su parto en la unidad de salud.

2.9. Enunciado de variables

Objetivo N°. 1: Caracterizar sociodemográficamente a la población a estudio.

- Características maternas

Objetivo N°.2: Determinar la apreciación del parto institucional por la población de estudio.

- Apreciación del parto institucional

Objetivo N°.3: Describir las costumbres en relación al parto domiciliar en el grupo a estudio.

- Costumbres en parto domiciliar

Objetivo N°.4: Indagar las practicas referidas del parto institucional en la población a estudio.

- Prácticas referidas de parto institucional

2.10. Operacionalización de variables.

Objetivo N°. 1: Caracterizar sociodemográficamente a la población a estudio.

Tabla N°. 1: Caracterización de las embarazadas y puérperas.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Características maternas	Cualidades distintivas que describen a la población estudio	Edad	Años cumplidos	a) Menor de 15 años b) 15-19 años c) 20 -34 años d) 35 años a más
		Etnia	Comunidad humana con afinidades raciales , lingüísticas y culturales	a) Mestizo b) Creole c) Otros
		Estado civil	Condición Jurídica en la que se encuentra una persona referente a su vinculo interpersonal	a) Soltera b) Casada c) Divorciada d) Unión de hecho estable e) Viuda
		Escolaridad	Grado académico alcanzado	a) Analfabeta b) Sabe leer c) Primaria d) Secundaria e) Técnico f) Universitario g) Profesional
		Gestas	Total de embarazos que ha tenido	a) 1 -2 embarazos b) 3 -4 embarazos c) 5 -7 embarazos d) 8 embarazos a más

Objetivo N°. 2: Determinar la apreciación del parto institucional por la población de estudio.

Tabla N°. 2: Apreciación del parto institucional.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Apreciación del parto institucional	Impresión que tienen las embarazadas y puérperas sobre el parto en una unidad de salud	Coste económico	Costos de estadía	a) Ninguno b) Barato c) Accesible d) Caro e) Inaccesible
		Práctica tradicional	Respeto por creencias y práctica	a) Si b) No
		Acceso	Distancia desde su casa a la unidad	a) Menos de 1 hora b) 1-2 horas c) 2- 4 horas d) Mas de 4 horas
		Calidad	Trato recibido por parte del personal	a) Bueno b) Regular c) Malo d) Pésimo
			Grado de satisfacción	a) Satisfecha b) Parcialmente satisfecha c) Insatisfecha
Miedo	Sensación de temor u preocupación	a) Cesárea b) Episiotomía c) Ser atendidas por personal de salud masculino d) Experiencia previa negativa e) Ninguna de las anteriores		

Objetivo N°. 3: **Describir las costumbres en relación al parto domiciliario en el grupo de estudio.**

Tabla N°. 3: Costumbres en parto domiciliario

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Costumbres en parto domiciliario.	Prácticas habituales en partos domiciliarios.	Coste económico	Costo de estadía	a) Ninguno b) Barato c) Accesible d) Caro e) Inaccesible
			Práctica tradicional	Atención por partera
			Servicios solicitados	a) Sobarse b) Remedios caseros c) Ambos
			Atención por familiar	a) Si b) No
			Calidad de atención	Grado de satisfacción
	Elección de parto domiciliario	Motivo de elección por parto domiciliario	a) Trabajo de parto o tiempo de gestación no reconocido b) Rechazar ingreso a casa materna c) Parto privado sin muchos espectadores d) cuidar los miembros de la familia e) ninguna de las anteriores f) dos o más de las anteriores	

Objetivo N°. 4: Indagar las practicas referidas del parto institucional en la población a estudio

Tabla N° 4: Prácticas referidas de parto institucional.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Practicas referidas de parto institucional	Ejercicios aplicados al momento del parto en una institución de salud	Permiso de poseer un acompañante	Ser humano masculino u femenino	a) Si b) No c) A veces
		Confidencialidad de sus datos		A) Si B) No
		Explicación de la evolución del parto y las técnicas y procedimientos a utilizarse		A) Si B) No C) A veces
		Conoce el nombre del personal y su categoría		A) Si B) No
		Recibir información sobre el cuidado de la puerpera y su bebe		A) Si B) No
		Recibir trato digno del personal de salud		A) Si B) No
		Se permite la ingesta de	Alimentos durante y	A) Si B) No C) A veces

alimentos cuando desee	después del parto	
Se permite la ingesta de bebidas medicinales		A) Si B) No C) A veces
Garantizan su privacidad al examen físico		A) Si B) No C) A veces
Se ofrece y permite el parto vertical		A) Si B) No
Le permiten cambiar de posición durante el parto		A) Si B) No C) A veces

2.11. Aspectos éticos

Previa autorización de la dirección del SILAIS- RACCS (Sistema Local de Atención Integral en Salud de la Región Autónoma de la Costa Caribe Sur) para la realización del presente estudio, se solicitó permiso a las autoridades del puesto de salud en la comunidad de Pueblo Nuevo, municipio de Laguna de perlas, para la revisión del censo gerencial de embarazadas y libro de partos que de tal forma fuera posible la identificación de la población estudio. Se da fe de que la información obtenida fue con fines científicos – académicos.

Se explicó a las personas entrevistadas el objetivo de la investigación y se solicitó consentimiento a los mismos para llevar a cabo dicho procedimiento, garantizando total confidencialidad y anonimato de los participantes en el estudio.

Capítulo III. Desarrollo

2.1. Resultados

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal en el cual se determinó la percepción del parto domiciliario e institucional humanizado en embarazadas y puérperas del puesto de salud Pueblo Nuevo, Municipio de Laguna de Perlas, Región Autónoma Costa Caribe Sur de Nicaragua, octubre 2020 a marzo 2021. Se seleccionó un total de 37 participantes de los cuales 17 son embarazadas y 20 puérperas; quedando excluidas 77 mujeres que no cumplían criterios de inclusión y exclusión del estudio, en donde se obtuvieron los siguientes resultados:

Caracterización de las embarazadas y puérperas de la comunidad de Pueblo Nuevo.

Edad de las embarazadas y puérperas: 70.3% de las embarazadas y puérperas (26) refirieron poseer de 20- 34 años, 16.2% (6) de 15-19 años, 10.8% (4) de 35 años a más y solamente un 2.7% (1) refiere su rango de edad es menor de 15 años. (Ver anexo tabla No.1).

Etnia: Casi la totalidad de las embarazadas y puérperas (36) indicaron pertenecer a la etnia mestiza en un 97.3% y solamente un 2.7% (1) refirió ser Creole. (Ver anexo tabla No.1).

Estado Civil: 62.2% de las embarazadas y puérperas (23) refirieron estar casadas, seguido de un 37.8% (14) quienes indican estar en unión de hecho estable. (Ver anexo tabla No.1).

Escolaridad: 29.7% de las embarazadas y puérperas (11) refieren que asistieron a la educación primaria, 29.7% (11) sabe leer, solo 27% (10) recibió educación secundaria, aún así, un 13.5 % (5) es analfabeta. (Ver anexo tabla No.1).

Gestas: 35.1% de las embarazadas y puérperas (13) refirieron tener de 5-7 embarazos, 32.4% (12) 1-2 embarazos, 27% (10) 3-4 embarazos y 5.4% (2) 8 a más embarazos. (Ver tabla No.1).

Apreciación del parto institucional:

Costo: La mayoría de las estudiadas (20) refirieron que el costo era barato en un 54.1% de los casos, seguido de un 32.4% (12) que refiere el gasto era accesible y 10.8% (4) refirieron tener ningún gasto. La minoría (1) refirió en un 2.7% que el costo era caro. (Ver anexo tabla No. 2).

Respeto de creencias y prácticas: 94.6% de las participantes (35) mencionan que fueron respetadas sus prácticas y creencias, aun así, 5.4% (1) refieren lo contrario. (Ver anexo tabla No. 2).

Acceso: 45.9% de los casos (17) refieren tardar de 2-4 horas en llegar a la unidad de salud desde su casa de habitación, 35.1% (13) 1-2 horas, seguidos de un 16.2% (6) que tarda menos de una hora y 2.7% (1) más de 4 horas. (Ver anexo tabla No. 2).

Calidad: La mayoría de las parturientas (30) refieren que el trato recibido por parte del personal de salud fue en un 81.1% buena y 18.9% (7) regular. (Ver anexo tabla No. 2).

Grado de satisfacción: 89.2% de las mujeres estudiadas (33) se presentaron satisfechas con la atención del parto en una unidad de salud, 8.1% (3) parcialmente satisfechas y en gran minoría (1) con un 2.7% insatisfechas. (Ver anexo tabla No. 2).

Rechazo al parto institucional: 32.4% (12) de las estudiadas mencionaron que no presentaban ninguna preocupación ante el parto institucional, aun así, con mismo porcentaje, 32.4% (12) refirieron tener en cuenta experiencias previas negativas, seguidos de un 13.5% (5) que se le practique una cesárea, otros 13.5% (5) la realización de episiotomía, y con un 8.1% (3) la atención por un personal de salud del sexo masculino. (Ver anexo tabla No. 2).

Costumbres en relación al parto domiciliario:

Costo: La mayoría de las puérperas (6) que atendieron su parto en el domicilio y corresponden al 66.7% de los casos refieren que no les generó ningún costo, seguido de un 33.3% (3) quienes refieren que el costo es barato. (Ver anexo tabla No.3).

Atención por partera: En el 88.9% de los casos (8) la atención por partera es preferible y solo 11.1% de los participantes (1) niegan dicha preferencia. (Ver anexo tabla No.3).

Servicio solicitado: 11.1% de las participantes del estudio (1) acudieron a las parteras en busca de remedios caseros, 33.3% (3) para ser “sobadas” y en su mayoría (5), con un 55.6% visitaron a las parteras para gozar de ambos servicios. (Ver anexo tabla No.3).

Atención por familiares: aunque 66.7% (6) de las puérperas refirieron que la atención del parto no fue por un familiar, 33.3% (3) indica que su parto fue atendido por un miembro de la familia. (Ver anexo tabla No.3).

Grado de satisfacción: El 100% de las puérperas (9) que tuvieron parto en casa refieren estar satisfechas con la atención brindada durante el parto en sus hogares. (Ver anexo tabla No.3).

Elección de parto domiciliario: La mayoría de las puérperas (3) refieren su parto fue domiciliario debido a dos o más de los motivos descritos a continuación en un 33.3%, al igual que el rechazo de ingreso a casa materna en un 33.3% (3); 11.1% (1) debido a trabajo de parto no reconocido y desconocimiento del tiempo de gestación, 11.1% por tener un parto privado, libre de muchos espectadores y otros 11.1% (1) por el cuidado de los miembros de la familia. (Ver anexo tabla No.3).

Prácticas referidas del parto institucional:

Acompañante: La mayoría de las estudiadas (10) refieren que se le permite tener acompañante, aunque este sea del sexo masculino en un 90.9%, seguido de un 9.1% (1) que se les negó ese derecho. (Ver anexo tabla No.4).

Confidencialidad de los datos: El 100% de las puérperas con parto institucional (11) refieren que hubo confidencialidad de sus datos. (Ver anexo tabla No.4).

Explicación sobre la evolución del parto y procedimientos a seguir: De igual manera, el 100% de las puérperas con parto institucional (11) refieren que se les explicó la evolución del parto y los procedimientos a seguir. (Ver anexo tabla No.4).

Identificación del personal de salud y su categoría: El 54.5% de las participantes (6) refieren que conocían el nombre del personal de salud y su cargo. Sin embargo, no muy lejos de la mayoría, con un 45.5% (5) desconocía tal información. (Ver anexo tabla No.4).

Consejería: El 100% de las puérperas en estudio (11) refieren que se les brindó consejería sobre cuidados del puerperio y recién nacido. (Ver anexo tabla No.4).

Atención: De igual manera, el 100% de las participantes (11) respondieron que tuvieron un trato digno por parte del personal de salud que las atendió. (Ver anexo tabla No.4).

Ingesta de alimentos y bebidas medicinales: La mayoría de las participantes (10) mencionan que se les permitió la ingesta de alimentos y bebidas medicinales cuando ellas deseaban, los cuales corresponden a un 90.9% de los casos y solamente a un 9.1% (1) se le negó dicha actividad. (Ver anexo tabla No.4).

Seguridad: 90.9% de las puérperas en estudio (10) refieren que se les garantizó su privacidad al momento del examen físico- revisión médica y 9.1% (1) refirió que a veces se les garantizaba tal seguridad. (Ver anexo tabla No.4).

Oferta de parto vertical: La mayoría de las puérperas (7) refieren que se ofertó y permitió optar por un parto vertical, el cual corresponde a un 63.6%, sin embargo, un 36.4% (4) de las participantes refieren que no se les ofreció dicho servicio. (Ver anexo tabla No.4).

Permisos para cambios de posición durante el parto: Solo al 63.6% de las puérperas en estudio (7) les permitieron cambiar de posición durante el parto, 27.3% (3) a veces y a un 9.1% (1) se le negó la libertad de movimiento durante su parto. (Ver anexo tabla No.4).

2.2. Discusión y análisis

Aun cuando los partos sean atendidos en un 100% en instituciones de salud, la mortalidad materna puede seguir siendo elevada si no se abordan los problemas de la calidad de la atención, (Ortega Fernández, 2018). Como conclusión del estudio de Flor Cáceres y Giselly Nieves (2017) refieren que es evidente que la vivencia de la atención humanizada al parto es diferencial según edad, riesgo y estrato socioeconómico. Es decir, el maltrato en salas de partos es más frecuente con gestantes adolescentes, de alto riesgo obstétrico y bajo nivel socioeconómico. En el presente estudio se observa que 70.3% de las participantes comprenden las edades de 20-34 años, sin embargo, un 29.7% de los participantes pertenecen a este grupo de riesgos en edades comprendidas de 15-19 años (16.2%), de 35 años a más (10.8%), incluso hubo una participante menor de 15 años (2.7%) lo que para las OMS es considerado alto riesgo obstétrico. Aunque 32.4% de las participantes solo habían tenido 1-2 embarazos y otros 27.1% 3-4 embarazos, hubo un 40.5% de las participantes, multíparas por poseer antecedentes de 5-7 embarazos (35.1%) u 8 a más embarazos (5.4%), lo cual es otro factor de riesgo para la gestación. 62.2% de las mujeres se encontraban casadas al momento de la entrevista y 37.8% en unión de hecho. Sin embargo, un 29.7% solo realizó estudios primarios, 29.7% saben leer, solamente 27% alcanzó estudios secundarios y 13.5% refirieron ser analfabetas, lo que coincide con un grado de nivel socioeconómico bajo entre las participantes. La población se identificó en su mayoría pertenecer a la etnia mestiza con un 97.3% y solamente 2.7% de la etnia creole.

Interesantemente se supo que continuamente las atenciones médicas en instituciones públicas del gobierno son totalmente gratuitas, lo cual ayuda en la economía de los pacientes, siendo el 54.1% de las participantes del estudio los que refirieron que el gasto en una unidad de salud es barato y en su minoría con un 5.4%, que el precio era caro.

A ciencia cierta, la atención humanizada del parto implica atención con calidad y respeto de los derechos humanos y reproductivos de la gestante, en momentos en que enfrenta miedo, dolor e incomodidad. Flor Cáceres menciona. que el parto debe ser atendido teniendo en cuenta las singularidades y la autonomía de cada mujer evitando intervenciones rutinarias y mejorando el vínculo entre ella, el bebé, la familia y el personal de salud. (Cáceres 2017) Ante dicha afirmación, se descubre que la mayoría de las mujeres en estudio refirieron en un 94.6% que se les respetó sus

creencias prácticas, recibieron calidad de atención en un 81.1% categorizado como buena y un 89.2% de satisfacción ante el parto en la unidad de salud.

Aun así, aunque el 32.4% refiere no sentir preocupación ante la idea del parto en una unidad de salud, otros 32.4% mencionan que han tenido en consideración experiencias previas negativas, seguidos de la preocupación a que se le practique una cesárea en un 13.5%, o se le realice episiotomía (13.5%), los cuales últimamente son considerados intervenciones rutinarias en las unidades de salud. Cabe mencionar la atención por personal médico masculino, si bien en minoría con un 8.1% constituye parte de los motivos mencionados para el rechazo de un parto institucional.

La mayoría de las mujeres entrevistadas residen de 2-4 horas de la unidad de salud, y la lejanía geográfica podría ser una de las razones que limitan la asistencia al mismo, especialmente con la condición climática y las unidades de transporte de la localidad.

Kathryn Doyle (2015) refiere que, a nivel mundial, en país como Canadá y algunos países Bajos, el parto domiciliario se considera una experiencia satisfactoria tanto para las mujeres y sus familias y, sobre todo, se trata de un servicio potencialmente más barato para el estado y para las mujeres que optaron por esta modalidad. En este trabajo y de la misma afirmación se descubre que la mayoría de las participantes hicieron mención que el parto en casa no les generó ningún costo, seguido de un 33.3% quien refiere el costo fue barato. Además, el 100% de las puérperas del estudio refirieron estar satisfechas con la atención al parto recibida en su domicilio.

Durante el siglo XX aparecen las casas de maternidad, pero las madres gestantes prosiguieron dando a luz en sus domicilios atendidas por las parteras, aún en la actualidad se sigue observando la preferencia de atención por parteras en un 88.9% de los casos estudiados y 33.3% la atención por familiares.

La sobada es una de las prácticas terapéuticas más difundidas, con respecto a la salud reproductiva; el embarazo y el parto, hasta es considerado que “la sobada evita la cesárea” menciona Patrizia Quattrocchi (2006). Gracias a la tradición oral y escrita sobre la medicina popular se sabe que el hombre desde tiempo inmemorial ha conocido y aprovechado la actividad curativa de un sin número de hierbas, en la mayoría de los hogares del campo y en los barrios populares. Las plantas medicinales siguen siendo el primer remedio para curar las enfermedades comunes, porque se sabe que son buenas y porque resultan muy económicas, mencionan Zenaida

Condori y Samantha Orellana (2017). En este estudio, la mayoría de las puérperas en Pueblo Nuevo, con un 55.6% visitan a las parteras para gozar de ambos servicios.

Dentro de las estrategias que creó el Ministerio de Salud (MINSA) para mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud, se encuentran las casas maternas. Sin embargo, la mayoría de las puérperas en Pueblo Nuevo que optaron por un parto domiciliario refirieron en un 33.3% fue por el rechazo del ingreso a casa materna, teniendo en cuenta que de igual forma y con mismo porcentaje de los casos, las participantes refirieron tener dos o más de las causas descritas en esta investigación, así como también, 11.1% debido al cuidado familiar que podría verse comprometida al estar ingresadas en la casa materna. Le sigue un trabajo de parto no reconocido o un desconocimiento de la edad gestacional con un 11.1%, por lo que se podría decir que la información de su condición obstétrica interfiere en optar por un parto institucional y humanizado, así como la elección a tener un parto privado con menos espectadores en un 11.1%.

Las mujeres tienen derecho a decidir qué personas quieren que participen en sus partos. En un estudio de María Rodríguez, sobre el análisis exploratorio de los cuidados al parto en Nicaragua desde el marco de los derechos sexuales y reproductivos; se retoma vivencialmente la autonomía que tienen las mujeres sobre las personas que quieren que participen en su parto. (2018) En el estudio realizado en Pueblo Nuevo, las participantes destacaron la importancia del apoyo emocional, tanto por parte del personal de salud como por parte de las familias y de manera importante la compañía de la pareja. Decisión que debería ser respetada, aunque a la mayoría de las puérperas se les permitió este derecho, a un 9.1% se le fue negado.

El 100% de las participantes refirieron que había confidencialidad de sus datos, se les explicó la evolución de su parto y las intervenciones que eran necesarias como también se les brindó consejería sobre el cuidado de las puérperas y del recién nacido. Todas mencionaron haber recibido un trato digno por parte del personal de salud que las atendió. Estos son elementos positivos ante la humanización del parto institucional, a como dice Carla Muñoz (2018) en su estudio, donde el respeto y el apoyo incondicional por parte de la pareja, el vínculo formado con los profesionales que las atenderán con énfasis en relación a la confianza y ser una guía u apoyo para ambos, todos estos son facilitadores para un parto respetado.

De los derechos de la embarazada, la normativa 042 (2010) refiere que deben poder conocer el nombre completo y distinguir fácilmente la categoría profesional del personal de salud que le

atiende. Ante el estudio, se vio que la diferencia con los que respondieron positivamente a la identificación del personal de salud (54.5%) no fue tanta con respecto a los que mencionaron no conocer el nombre y rango de los mismos (45.5%). También orienta que se le debe conceder a la madre la entrada de alimentos y bebidas tradicionales los cuales a la mayoría se les permitió, así como garantizar la seguridad de las embarazadas y puérperas al momento del examen físico el cual únicamente 9.1% refirió que en ocasiones se les proporcionaba dicha privacidad, la mayoría respondiendo positivamente (90.9%). Por lo que se puede decir que no se oferta al 100% la humanización del parto según la percepción de las participantes.

Antiguamente las investigaciones antropológicas que se realizaron indican que hace muchos años atrás las gestantes realizaban el parto vertical. Alumbraban a sus hijos de pie, colgándose de un árbol, arrodilladas, en cuclillas, sentadas sobre las piernas del esposo o en sillas o sillones. Pero nunca acostadas refiere Blanca León (2019). Por costumbres y tradiciones que son mantenidas especialmente en las zonas rurales de Pueblo Nuevo, ésta práctica se sigue utilizando y con evidencia científica se demuestra que es el más propicio fisiológicamente, pero aun así a un 36.4% de las puérperas, no se les ofreció dicho servicio, a un 9.1% se les restringió el movimiento durante el parto y en un 27.3% se les dio libertad de movimiento, en ocasiones. Laura Rodríguez (2019) menciona, que la necesidad de «tecnificación» del proceso de nacimiento está fuertemente acompañada de la cesión de poder y autonomía de las mujeres hacia el equipo sanitario que las asiste, llegando a infravalorar sus percepciones individuales,

De los cruces de variables se determina lo siguiente:

La mitad de las participantes mayores de 35 años refieren preocupación ante la práctica de cesárea en un parto institucional, con antecedente de poseer 3 a más embarazos y la otra mitad a experiencias previas negativas; así los adolescentes, con temor a que sean atendidas por personal médico masculino y/o se le realice la episiotomía, las cuales presentan antecedentes de 1 a 2 embarazos como también las que presentan antecedentes de 5 a 7 embarazos, valorando de tal forma cierta desinformación en las participantes con respecto a la episiotomía; todo el grupo etario y en su mayoría infirió inquietud por experiencias previas negativas como también no presentar ninguna de estas preocupaciones.

Ante la preferencia de atención por las parteras, tanto en la desagregación por grupo etario, como mujeres con distintos niveles de educación afirmaron en su mayoría, esta preferencia ; a excepción de una adolescente quien respondió negativamente y tenía educación primaria.

Conforme a la elección del parto en el domicilio por el cuidado hacia los miembros de la familia, el 100% de la muestra analfabeta y mayor de 35 años lo indica como principal motivo, teniendo en cuenta el estado civil, con predisposición a las mujeres casadas por esta causa y por el rechazo de ingreso a la casa materna, quien también fue referido en mujeres con educación primaria y secundaria; las que poseen unión de hecho estable a un parto privado sin muchos espectadores y/o al desconocimiento de la edad gestacional quien abarca al grupo etario adolescente entre 15 a 19 años de edad.

De acuerdo a la identificación del personal de salud, se observa que no hay distinción social con base a el estatus educativo que presentan las participantes, ya que en todos los niveles de educación presentados se observa que hay respuestas afirmativas como negativas ante esta evaluación.

2.3. Conclusiones

Los resultados de la presente investigación: Percepción del parto domiciliario e institucional humanizado en embarazadas y puérperas del Puesto de Salud Pueblo Nuevo, Municipio de Laguna de Perlas, Región Autónoma Costa Caribe Sur de Nicaragua 2021, reveló:

- Que la mayoría de las embarazadas y puérperas comprendían la edad de 20- 34 años, son mestizas, recibieron educación primaria u saben leer, están casadas, y han presentado de 5- 7 embarazos, último de los cuales sumando el alto número de embarazos en adolescentes suponen ser embarazos de alto riesgo obstétrico.
- El parto institucional no es percibido como algo costoso, en donde se respetan las creencias y prácticas de las usuarias. Se les ofrece atención de buena calidad en el cual éstas quedan satisfechas con el servicio brindado. Desde la apreciación de las mujeres de pueblo nuevo, se distinguen diferentes escenarios que pueden condicionar las prácticas del parto institucional, de estas destaco:
 - Las distancias que deben recorrer las mujeres, cuyo puesto de salud más cercano es el de Pueblo Nuevo, muchas veces son extensas y se encuentran entre 2 a 4 horas de trayecto desde sus hogares al puesto de salud de atención, tomando en cuenta el tipo de medio de transporte que presenta esta comunidad (Caminar o montar a caballo), la condición climática y de caminos rurales.
 - Hay una elevada preocupación de las mujeres de pueblo nuevo en relación a las prácticas rutinarias como la realización de cesáreas, episiotomías, ser atendidas por personal médico masculino o tener presente experiencias negativas anteriormente vividas.
- Las mujeres que optaron por un parto domiciliario se encontraron satisfechas con el servicio y refieren este fue sin un costo elevado. Prefirieron en su mayoría la atención por parteras, con las cuales previamente ya fortificaron lazos al solicitar de sus servicios ante parto (darse a sobar y utilización de remedios tradicionales) así como la atención del parto por familiares. La falta de información sobre condición obstétrica incluyendo el rechazo al ingreso a casa materna, la responsabilidad que siente la embarazada para el cuidado de su familia, la lejanía geográfica y la preferencia de un parto privado sin muchos espectadores, constituyen sus principales motivos para optar por un parto domiciliario.

- El personal del puesto de salud de Pueblo Nuevo tiene una idea de lo que abarca el parto humanizado, el derecho de la embarazada a estar acompañada, la confidencialidad de los datos proporcionados, explicarle a la parturienta la evolución de su parto y los procedimientos a seguir, la privacidad al momento de la revisión médica, brindar consejería sobre los cuidados post partos y de su bebé y un trato digno recibido por parte del personal, que constituyen los aspectos básicos de atención en salud. Sin embargo, hubo deficiencias con respecto a la identificación del personal de salud que las atiende, oferta del parto vertical y libertad de movimiento durante el parto, que también constituyen un parto humanizado, concluyendo que la percepción de las mujeres de recibir un parto humanizado en la unidad de salud es parcial conforme a las prácticas realizadas en la misma.

2.4. Recomendaciones

Al Ministerio de Salud

- Ejecución de campañas de promoción, tanto en el personal de salud como en la población, para la eliminación de prácticas médicas rutinarias de no ser necesarias; de lo contrario explicar la razón de su realización y las consecuencias posibles de no llevarlas a cabo.
- Capacitación periódica de los recursos médicos y de enfermería en elementos de la normativa 042 referente a la atención de un parto humanizado.
- Provisionar a todas las unidades de salud de primer nivel con los recursos necesarios para llevar a cabo un parto humanizado.

Al puesto de salud de Pueblo Nuevo

- Fomentar la referencia de las embarazadas a unidades de salud mediante las parteras.
- Monitoreo en servicio y atención de calidad en casa materna de la comunidad de Pueblo Nuevo, periódicamente.
- Concientizar a las mujeres en edad reproductiva sobre las complicaciones obstétricas que podría presentarse al optar por un parto domiciliario.
- Realizar club de embarazadas en el puesto de salud de Pueblo Nuevo, donde participen embarazadas, parteras y todo el personal de la unidad de salud.
- Realizar brigadas médicas mensuales a las comarcas para brindar atenciones prenatales a las usuarias de lejanía geográfica.
- Profundizar más en los aspectos que abarca la normativa 042. Comenzar a ofertar el parto vertical y permitir la libertad de movimiento durante el parto.
- Promocionar a las mujeres en edad reproductiva la existencia de la normativa 042 y el contenido de la misma.
- Incrementar ferias médicas en el puesto de salud de Pueblo Nuevo, en donde se oferten ultrasonidos obstétricos y realización de exámenes de rutina.
- Brindar consejería en los controles prenatales sobre el trabajo de parto, signos de peligro en el embarazo y cuando acudir a la unidad.
- Fomentar uso de anticonceptivos en la edad reproductiva de riesgo.
- Realizar círculos de adolescentes enfatizando en la salud sexual y reproductiva.
- Motivar el acompañamiento de las parteras durante el parto institucional.

A futuros investigadores

- Indagar sobre la atención recibida en casa materna y cómo influye en la atención del parto institucional.
- Estudiar los factores que inciden en la humanización del parto institucional en base a la percepción de las embarazadas y puérperas.
- Realizar plan de acción para mejorar la aceptación de partos institucionales y por ende disminución de partos domiciliarios.

Capítulo IV. Bibliografía

1. Agencia de calidad del sistema nacional de salud. (s.f). *Plan de Parto y nacimiento*. España: Ministerio de sanidad , política social e igualdad . Obtenido de <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento>.
2. Biurrun Garrido, A. (2017). *La humanización de la asistencia al parto: valoración de la satisfacción, autonomía y auto control*. Barcelona: Universitat de Barcelona. Recuperado el 18 de Diciembre de 2020
3. Borda, C. (2001). Factores Condicionantes del Parto Domiciliario en Bogotá D.C. *Salud Publica*, 154-170. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v3n2/v3n2a04.pdf>
4. Borges, L., Sánchez, R., Dominguez, R., & Sixto, A. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana de Ginecología y obstetricia*, 44(3), 10. Recuperado el 18 de 03 de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000300002
5. Cáceres, F., & Nieves, G. (abril-junio de 2017). Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Colombiana de obstetricia y ginecología*, 68(2), 128-134. doi:<https://doi.org/10.18597/rcog.3022>
6. Carril, X. (s.f). *Los derechos de la mujer embarazada en la regulación legal española de la atención sanitaria pública por maternidad* . Universidade da Coruña , Departamento de leyes . España: Repositorio da Universidade da Coruña . Obtenido de Repositorio de Universidad da Coruña: <https://core.ac.uk/download/pdf/61904275.pdf>
7. Castro, S. Guevara, E. Betete, E. Otros. (2010)-
_Norma_Humanizacion_del_parto_Institucional-13-10-1 0.6017%20(1).pdf042
Obtenido de <https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/N>
8. Comisión de Salud- CRAAS; Comisión de Salud-CRAAN; Coordinación de Gobierno Regional-Dirección de la Secretaría de Salud-GRAAN;Coordinación de Gobierno Regional- Dirección de la Secretaría de Salud- GRAAS. (2009). *Guía para la Organización del Modelo de Atención de Salud Intercultural*. Bluefields: Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense RAAN-RAAS.
9. Condori, Z., & Orellana, L. (2018). *Influencia del uso de infusiones de plantas medicinales en el trabajo de parto en pacientes atendidas en el centro de salud de Chilca, en el periodo*

- de abril- septiembre del 2017. Universidad Roosevelt , Facultad de ciencias de la salud. Huancayo: escuela académica profesional de Obstetricia . Obtenido de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/09/912253/influencia-del-uso-de-infusiones-de-plantas-medicinales-en-el-t_mYUnzf1.pdf
10. Dávila Murillo, C., & Barrantes, M. (2010). *Normativa 042 - Norma de Humanización del Parto Institucional* (1 ed.). Managua: © MINSA. Recuperado el 15 de 11 de 2020
 11. Doyle, K. (2015) El parto en el hogar es tan seguro como en el hospital si el embarazo es de bajo riesgo. Obtenido de <https://www.reuters.com/article/salud-parto-idESKBN0U90F62015122>
 12. Escuela de enfermería UPOLI. (30 de 10 de 2020). *Estrategias de Maternidad Segura y AIEPI Comunitario*. Obtenido de PAHO: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.paho.org/nic/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26view%3Ddownload%26alias%3D629-indicador-25-modulo-v-maternidad%26category_slug%3Ddocumentos-proyecto-holanda%26Itemid%3D235&ved=2ahUKEwjAgqK7m7
 13. García, A., Navarro, C., Varela, Y., Brito, K., & Freyle, y. (01 de Junio de 2018). La partería tradicional. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2), 8. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 14. Gloria Paulin Acuña, P., Vásquez, P., & Villamizar, L. (Octubre- Diciembre de 2012). Uso de hierbas medicinales en mujeres gestantes y en lactancia en un hospital universitario de Bogotá (Colombia). *Index Enfermería*, 21(4), 10. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300005>
 15. gob.pe. (07 de septiembre de 2019). Parto institucional se incrementa a más de 90% en el país . *Ministerio de salud*, pág. 1.
 16. González Rodríguez, H., & Picado Talavera, O. (2016). *Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo según Normas y Protocolos en áreas de salud del Departamento de Matagalpa, II semestre 2016*. Matagalpa: UNAN Managua.
 17. Jacobo, L. M. (2018). *Atención del parto humanizado en instituciones de salud de algunos países de latinoamérica*. Universidad de ciencias aplicadas y ambientales U.D.C.A,

Departamento de enfermería. Bogotá : Facultad de ciencias de la salud . Obtenido de <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/926/Monograf%c3%ada%20Atencion%20del%20parto%20Humanizado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

18. Johannsen, J. (30 de Agosto de 2016). Parto humanizado, la información es poder. *Gente saludable*. Obtenido de Banco Interamericano de Desarrollo. : <https://blogs.iadb.org/salud/es/parto-humanizado/>
19. Maguer, J., García, H., & Vargas, V. (2012). Nacimiento humanizado aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. En J. A. Almaguer González, H. J. García Ramírez, & V. Vargas Vite, *Genero y salud en cifras* (Vol. 10, págs. 44-59). Mexico: Mayo-dic.
20. Maldonado Laguna, M. I. (18 de Diciembre de 2018). *Humanización del Parto e incidencia de violencia obstétrica en atención del embarazo, parto y puerperio*. Obtenido de Repositorio unan: https://repositorio.unan.edu.ni/9287/&ved=2ahUKEwjWo--41LPuAhUhwVkkHfg2BzIQFjAAegQIBBAC&usq=AOvVaw1six4UuOn5e_EiwxubVKH9
21. Malisa, B. (2018). *El parto humanizado y la medicina natural ancestral en las comunidades rurales del Cantón Salcedo en el año 2014*. Universidad de Ambato. Ambato: Facultad de jurisprudencia y ciencias sociales. Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/28410/1/FJCS-POSG-123.pdf>
22. MINSA. (2015). *Normativa 011- segunda edición "Normas y protocolo para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo"*. Managua: MINSA.
23. Muñoz, C., Contreras, Y., & Manriquez, C. (2018). *Vivencias de mujeres con asistencia de parto personalizado*. Chile: Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.
24. Organización de las Naciones Unidas (1979) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer Obtenido de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
25. Ortega Fernández, G. (2018). *La contribución de la partería para mejorar la calidad*. México: Centro Nacional de Equidad y Género de la Secretaría de Salud.
26. Palicio, A. (2018). *Ser Padres*. Obtenido de <https://www.serpadres.es/embarazo/parto-posparto/articulo/152048-los-derechos-de-la-mujer-en-el-parto>

27. Pérez Martínez, E. (2016). *RELACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN EXCLUSIVA DE LA MATRONA AL PUERPERIO DE BAJO RIESGO Y EL NÚMERO DE MUJERES QUE ACUDEN A LA URGENCIA DE OBSTETRICIA POR COMPLICACIONES POSPARTO*. Madrid: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.
28. Perlaza, N. (2016). *Utilización de plantas medicinales durante el parto tradicional en la comunidad de Oyacachi, Napo 2016*. Universidad Técnica del Norte, Escuela de enfermería . Oyacachi: Escuela de enfermería . Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/5368/2/06%20ENF%20748%20ARTICULO.pdf>
29. Quattrocchi, P. (Agosto de 2006). ¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán. *Península*, 1(2), 20. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-57662006000200006
30. Rodrigues Ribeiro, M. A. (2018). *ANÁLISIS EXPLORATORIO DE LOS CUIDADOS AL PARTO EN*. Nicaragua: Anuario de Estudios Centroamericanos, Universidad de Costa Rica.
31. URACCAN. (2005). *observatorio URACCAN*. Obtenido de Ficha Municipal Laguna de perlas: https://observatorio.uraccan.edu.ni/sites/default/files/documentos/laguna_de_perlas.pdf&ved=2ahUKEwiJrft5wbjwAhUtmuAKHfSfAS0QFjACegQIBhAC&usg=AOvVaw0BMhAHqB45H8cMzgIrKW6j&cshid=1620427164365
32. Vásquez, C. (Julio de 2015). Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional. *Cubana, Salud Pública*, 41(3), 13. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000300008
33. Virachuda, N. (2016). *Embarazo y parto humanizado: Implicancias en el desarrollo del niño*. Universidad Técnica de Cotopa XI, carreras en ciencias de la educación , mención educación Parvularia. Latacunga: Unidad academica de ciencias administrativas y humanísticas. Obtenido de <http://repositorio.utc.edu.ec/bitstream/27000/4662/1/PI-000147.pdf>

Capítulo V. Anexos

Anexo No.1 Instrumento de recolección de información

Entrevista estructurada a las embarazadas y puérperas

Entrevista presencial y no presencial (llamadas telefónicas) en caso de participantes escogidos de lejanía geográfica.

Presencial _____

No presencial _____

Saludos, El propósito de la siguiente entrevista es caracterizar a las embarazadas y puérperas de la comunidad de pueblo nuevo así como conocer su apreciación general sobre el parto institucional, así como las costumbres en relación al parto domiciliario y las prácticas referidas del parto institucional en el puesto de salud Pueblo Nuevo, Municipio de Laguna de Perlas, Región Autónoma Costa Caribe Sur de Nicaragua, octubre 2020 a marzo 2021; siendo el objetivo principal de la presente investigación .

La información brindada será completamente anónima como única identificación, para confidencialidad de los datos, se solicitará su fecha de nacimiento e Iniciales de su nombre.

Iniciales _____

Fecha de nacimiento _____

****Preguntas para embarazadas y puérperas****

1) ¿Cuántos años tiene?

a) Menor de 15 años

b) 15-19 años

c) 20 -34 años

d) 35 años a más

2) ¿A qué etnia pertenece?

a) Mestizo

b) Creole

c) Otros

3) ¿Cuál es su estado civil?

a) Soltera

b) Casada

c) Divorciada

d) Unión de hecho estable

e) Viuda

4) ¿Cuál es su escolaridad? ¿hasta dónde llegó en sus estudios académicos?

a) Analfabeta

b) Sabe leer

c) Primaria

d) Secundaria

e) Técnico

f) Universitario

g) Profesional

5) ¿Cuántas veces ha estado embarazada?

a) 1-2 embarazos

b) 3 -4 embarazos

c) 5-7 embarazos

d) 8 embarazos a más

En cuanto al parto institucional...

- 6) ¿Cuánto dinero cree que se gasta al parir en la unidad de salud?
- a) Ninguno
 - b) Barato
 - c) Accesible
 - d) Caro
 - e) Inaccesible
- 7) ¿Se respeta sus creencias y prácticas?
- a) Si
 - b) No
- 8) ¿Cuánto tiempo tarda en llegar a la unidad de salud desde su casa?
- a) Menos de 1 hora
 - b) 1-2 horas
 - c) 2- 4 horas
 - d) Más de 4 horas
- 9) ¿Cómo ha sido el trato por parte del personal de salud?
- a) Bueno
 - b) Regular
 - c) Malo
 - d) Pésimo
- 10) ¿Qué tan satisfecha se ha sentido con el parto en la unidad de salud?
- a) Satisfecha
 - b) Parcialmente satisfecha
 - c) Insatisfecha
- 11) No atendería su parto en la unidad de salud por miedo a:
- a) Cesárea
 - b) Episiotomía
 - c) Ser atendidas por personal de salud masculino

- d) Experiencia previa negativa
- e) Ninguna de las anteriores

Preguntas para puérperas

Relacionadas a las costumbres del parto domiciliario... *Preguntas para partos domiciliarios*

- 12) ¿ Cuánto es el costo de parir en el hogar?
 - a) Ninguno
 - b) Barato
 - c) Accesible
 - d) Caro
 - e) Inaccesible

- 13) ¿ La atención por parteras es?
 - a) preferible
 - b) No preferible

- 14) ¿ cuáles son los servicios que solicita de la partera?
 - a) Sobarse
 - b) Remedios caseros
 - c) Ambos

- 15) ¿Algún familiar le atendió su parto?
 - a) si
 - b) no

- 16) ¿Qué tan satisfecha se ha sentido con el parto en casa?
 - a) Satisfecha
 - b) Parcialmente satisfecha
 - c) Insatisfecha

- 17) ¿Por qué decidió optar por un parto domiciliario?
 - a) Trabajo de parto o tiempo de gestación no reconocido
 - b) Rechazar ingreso a casa materna

- c) Parto privado sin muchos espectadores
- d) cuidar los miembros de la familia
- e) ninguna de las anteriores
- f) dos o más de las anteriores

En relación a las prácticas referidas del parto institucional ... *Preguntas para partos institucionales*

18) ¿Le permiten estar con un acompañante aunque este sea masculino?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

19) ¿ Siente que hay confidencialidad de sus datos?

- a) Si
- b) No

20) ¿Se le explica la evolución de su parto y los procedimientos que se le van a realizar?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

21) ¿ Conoce el nombre del personal de salud y su categoría?

- a) Si
- b) No

22) ¿Se le brindan consejería a su acompañante y a usted sobre los cuidados del puerperio y el recién nacido?

- a) Si
- b) No

23) ¿Siente que tiene un trato digno por parte del personal de salud que le atiende?

- a) Si
- b) No

24) ¿Se le permite la ingesta de alimentos cuando usted desee?

- a) Si
- b) No

25) ¿Se le permite la ingesta de bebidas medicinales?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

26) ¿Siente que garantizan su privacidad durante su revisión u examen físico?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

27) ¿ Se le ofreció o permitió que tuviera un parto vertical o no acostada?

- a) Si
- b) No

28) ¿Le permitieron cambiar de posición durante el parto?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

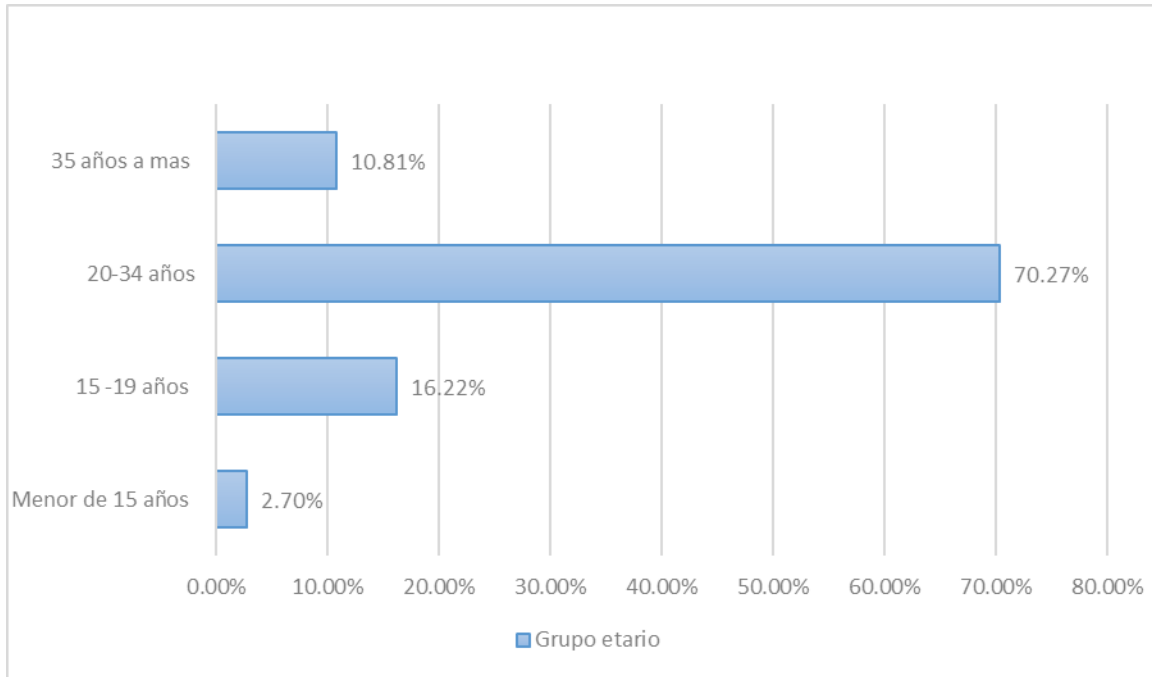
Anexo No.2: Tablas y gráficos

Tabla No.1: Caracterización de las embarazadas y puérperas de la comunidad de Pueblo Nuevo a partir de octubre 2020 a marzo 2021. **n: 37**

Caracterización de las embarazadas y puérperas	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
Menor de 15 años	1	2.7
15- 19 años	6	16.2
20 a 34 años	26	70.3
35 años	4	10.8
Etnia		
Mestizo	36	97.3
Creole	1	2.7
Estado Civil		
Soltera	0	0
Casada	23	62.2
Unión de hecho estable	14	37.8
Escolaridad		
Analfabeta	5	13.5
Sabe leer	11	29.7
Primaria	11	29.7
Secundaria	10	27
Gestas		
1-2 embarazos	12	32.4
3-4 embarazos	10	27
5-7 embarazos	13	35.1
8 a más embarazos	2	5.4

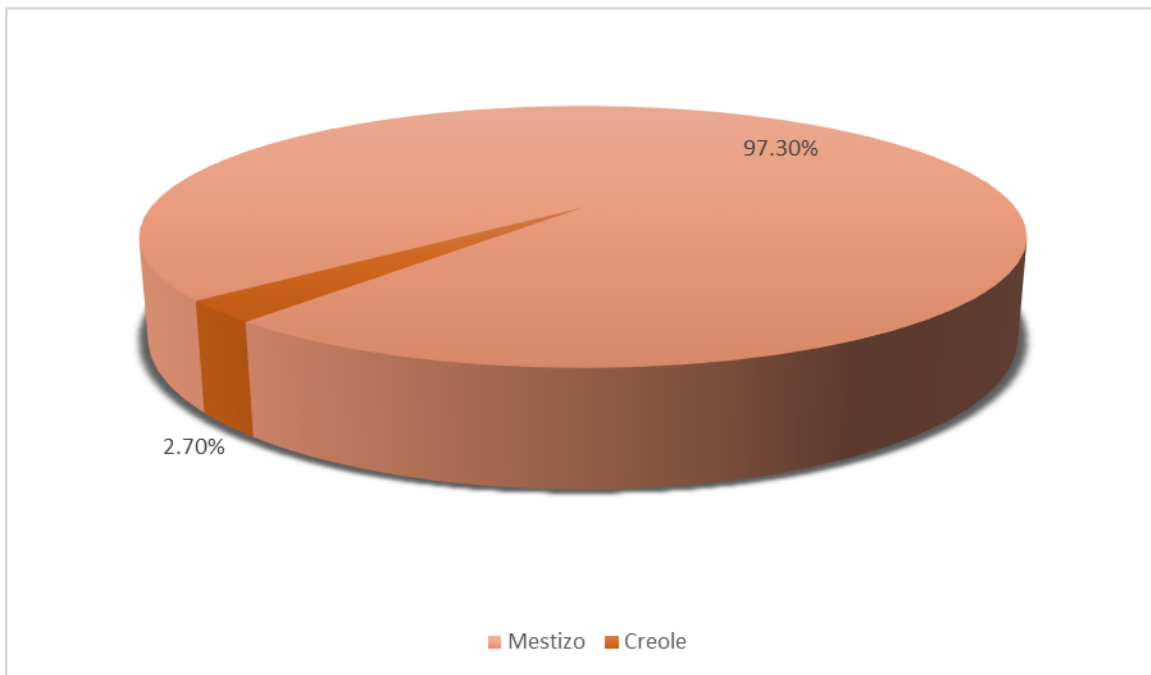
Fuente: Entrevista

.Gráfico No. 1: Edad de las puérperas y embarazadas de Pueblo Nuevo Centro a partir de octubre 2020 a marzo 2021.



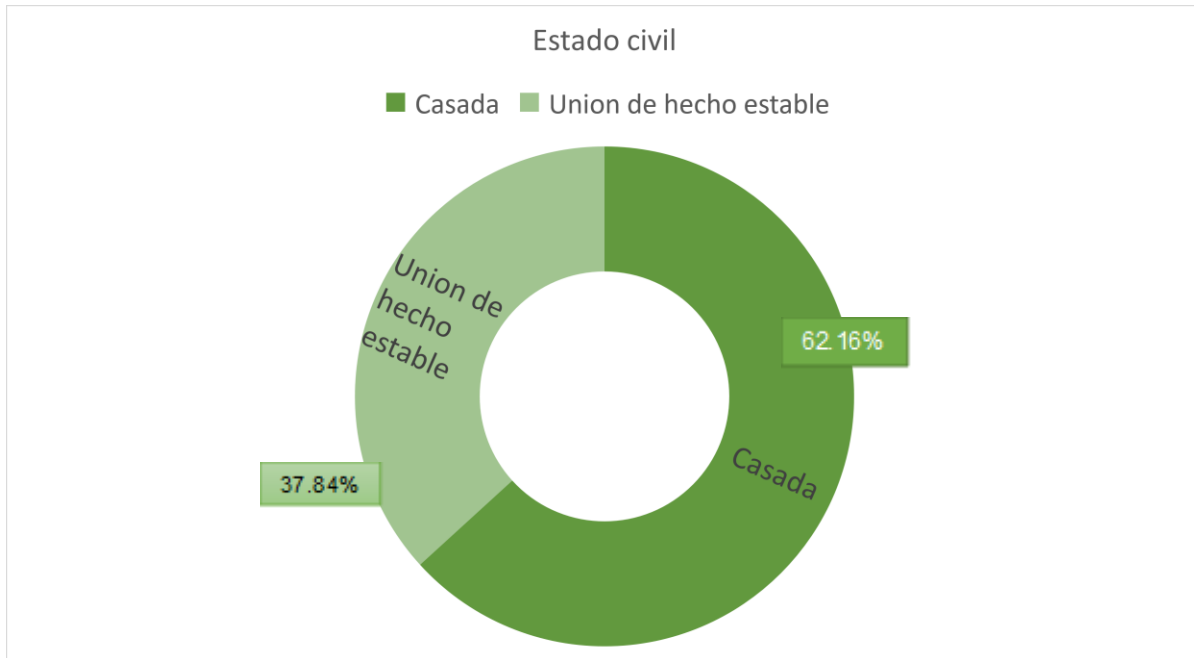
Fuente: Tabla No.1.

Gráfica No. 2: Etnia de las puérperas y embarazadas de Pueblo Nuevo Centro a partir de octubre 2020 a marzo 2021.



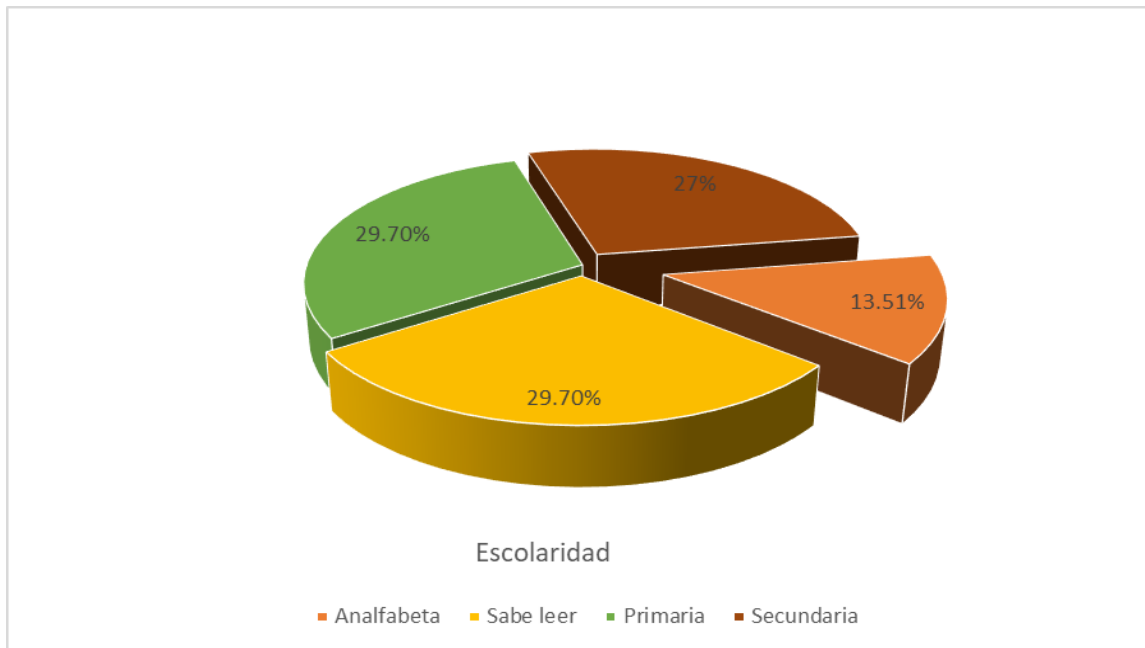
Fuente: Tabla No.1.

Gráfico No.3: Estado civil de las embarazadas y puérperas de la comunidad de Pueblo Nuevo a partir de octubre 2020 a marzo 2021



Fuente: Tabla No.1.

Gráfico No.4: Nivel de escolaridad de las embarazada y puérperas de Pueblo Nuevo Centro a partir de octubre 2020 a marzo 2021



Fuente: Tabla No.1.

Gráfico No.5: Cantidad de gestaciones de las embarazadas y puérperas de Pueblo Nuevo Centro a partir de octubre 2020 a marzo 2021.



Fuente: Tabla No.1.

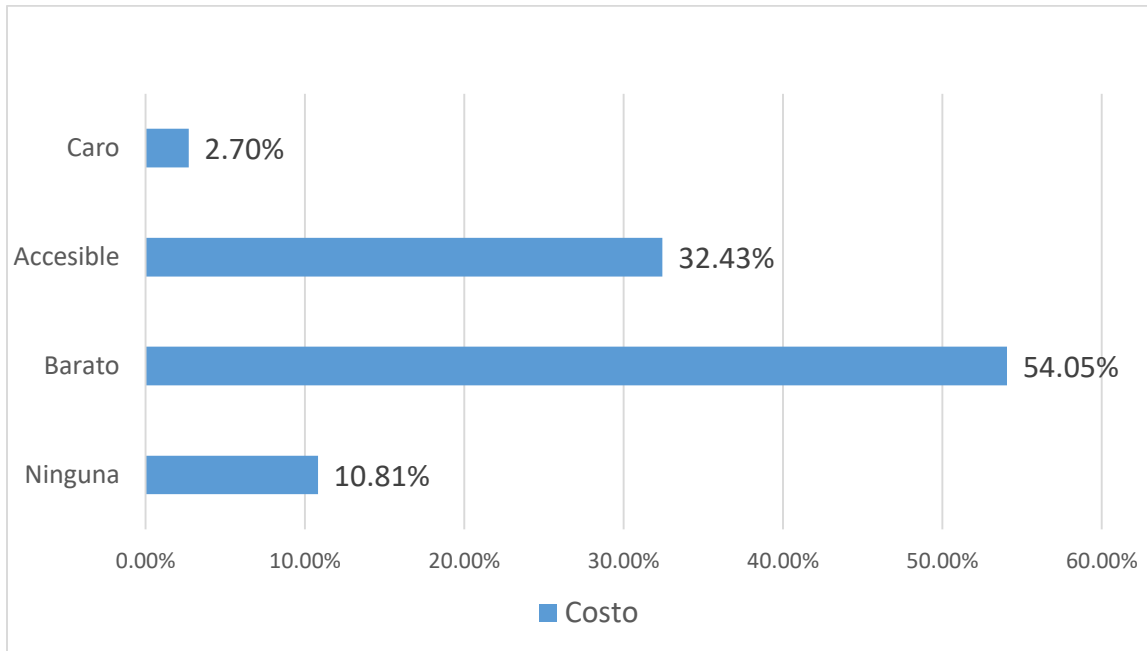
Tabla No.2: Apreciación del parto institucional.

n:37

Percepción del parto institucional	Frecuencia	Porcentaje
Costo		
Ninguno	4	10.8
Barato	20	54.1
Accesible	12	32.4
Caro	1	2.7
Respeto de creencias y practicas		
Si	35	94.6
No	2	5.4
Acceso		
Menos de 1 hora	6	16.2
1-2 horas	13	35.1
2-4 horas	17	45.9
Más de 4 horas	1	2.7
Calidad		
Buena	30	81.1
Regular	7	18.9
Grado de satisfacción		
Satisfecha	33	89.2
Parcialmente satisfecha	3	8.1
Insatisfecha	1	2.7
Miedo		
Cesárea	5	13.5
Episiotomía	5	13.5
Ser atendidas por personal de salud masculino	3	8.1
Experiencia previa negativa	12	32.4
Ninguna de las anteriores	12	32.4

Fuente: Entrevista.

Gráfico No. 6: Costo del parto institucional en el puesto de salud de Pueblo Nuevo, Municipio de Laguna de Perlas, RACCS, a partir de octubre 2020 a marzo 2021.



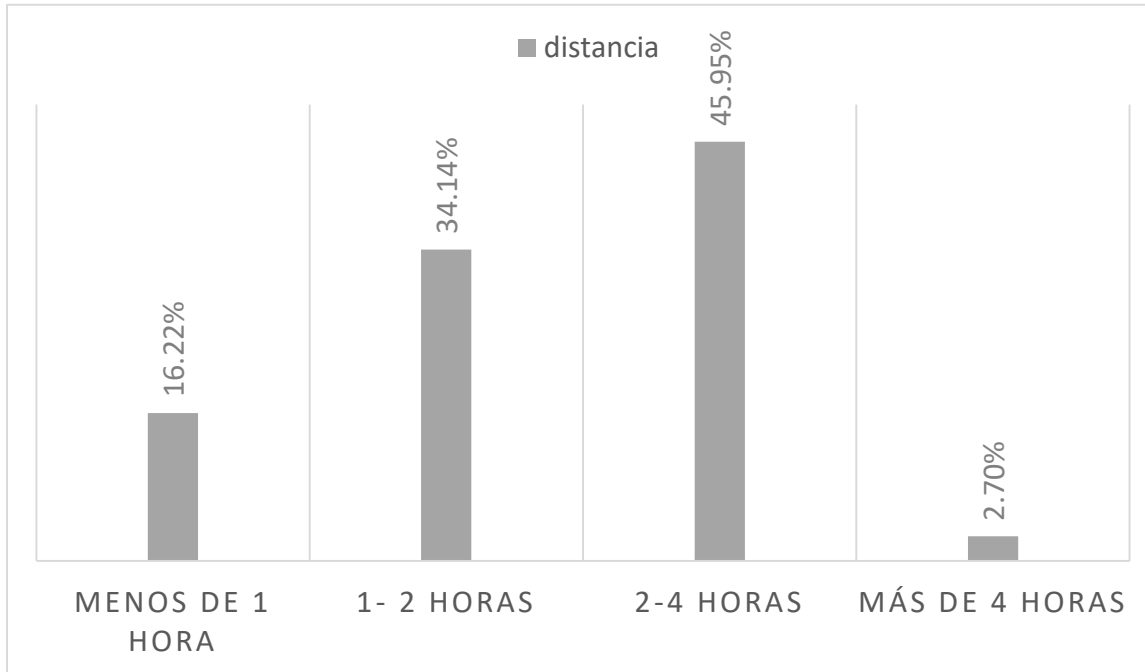
Fuente: Tabla No. 2.

Gráfico No.7: Respeto a las creencias y prácticas de las embarazadas y puérperas de la comunidad de Pueblo Nuevo, Municipio de Laguna de Perlas, RACCS, a partir de octubre 2020 a marzo 2021.



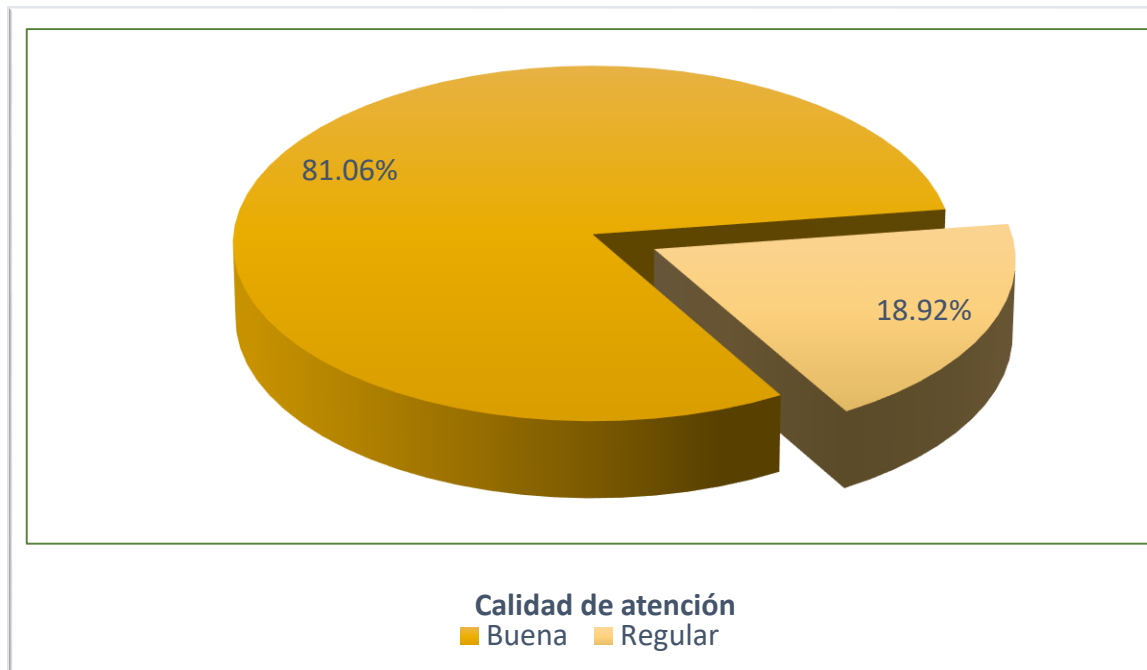
Fuente: Tabla No.2.

Gráfico No.8: Acceso de las embarazadas y puérperas al puesto de salud de Pueblo Nuevo, Municipio de Laguna de Perlas, RACCS, a partir de octubre 2020 a marzo 2021.



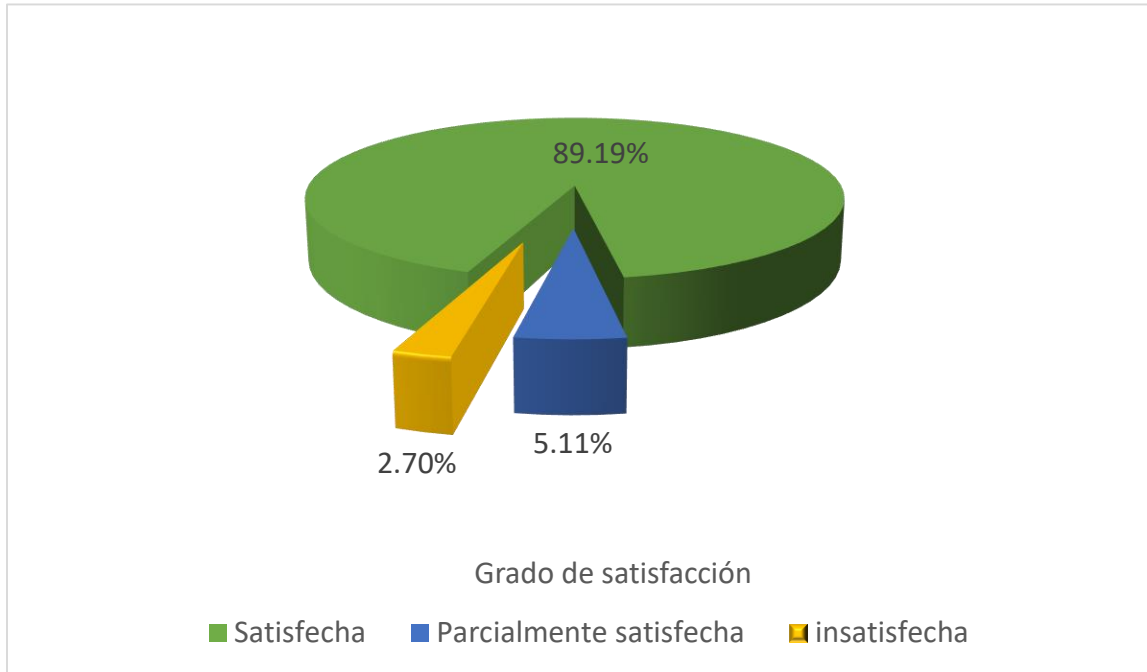
Fuente: Tabla No.2.

Gráfico No. 9: Calidad de atención brindada en el puesto de salud de Pueblo Nuevo, Municipio de Laguna de Perlas, RACCS, a partir de octubre 2020 a marzo 2021.



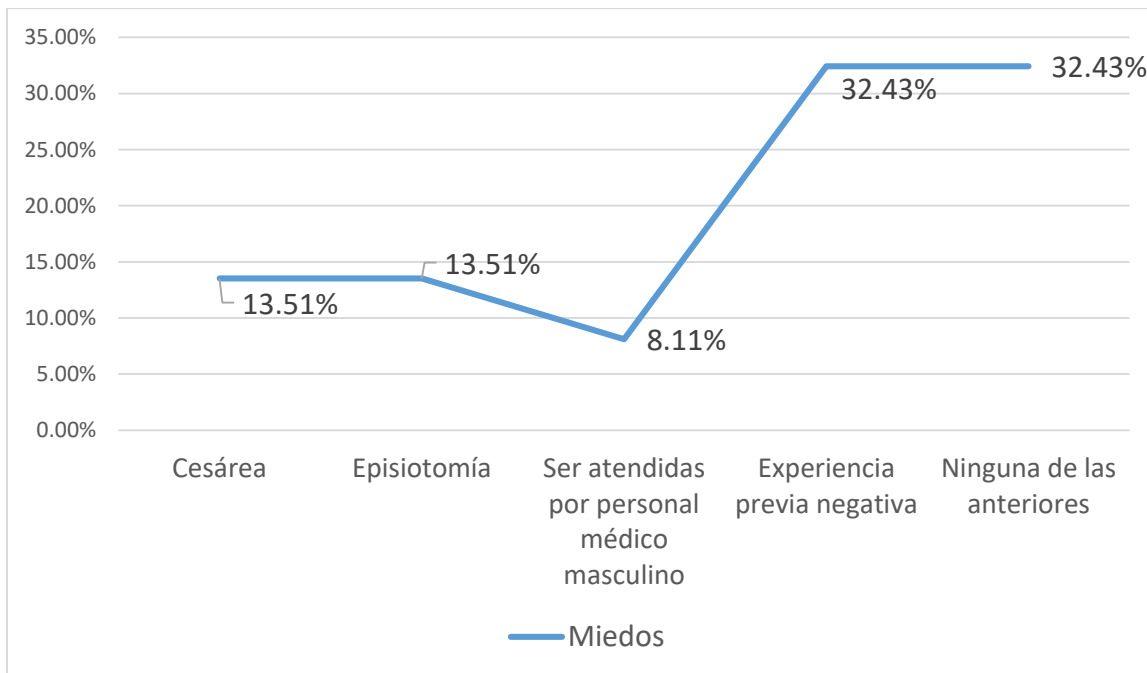
Fuente:Tabla No.2.

Gráfico No. 10: Grado de satisfacción del parto institucional en el puesto de salud de Pueblo Nuevo, Municipio de Laguna de Perlas, RACCS, a partir de octubre 2020 a marzo 2021.



Fuente: Tabla No.2.

Gráfico No. 11: Miedo a optar por un parto institucional en el puesto de salud Pueblo nuevo, Municipio de Laguna de Perlas, RACCS, a partir de octubre 2020 a marzo 2021.



Fuente: Tabla No. 2.

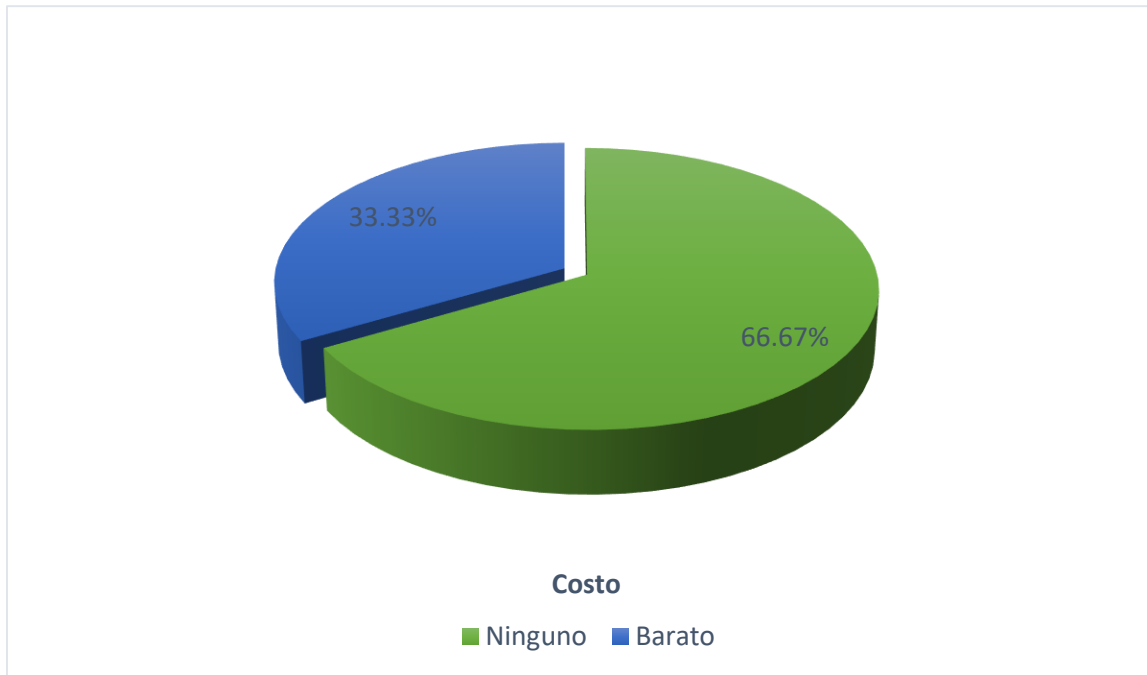
Tabla No. 3: Percepción de las parturientas del parto domiciliar.

n: 9

Percepción del parto domiciliar	Frecuencia	Porcentaje
Costo		
Ninguno	6	66.7
Barato	3	33.3
Atención por partera		
Preferible	8	88.9
No preferible	1	11.1
Servicio solicitado		
Sobadas	3	33.3
Remedios caseros	1	11.1
Ambos	5	55.6
Atención del parto por familiar		
Si	3	33.3
No	6	66.7
Grado de satisfacción		
Satisfecha	9	100
Elección de parto domiciliar		
Trabajo de parto o tiempo de gestación no reconocido	1	11.1
Rechazar ingreso a casa materna	3	33.3
Parto privado sin muchos espectadores	1	11.1
cuidar los miembros de la familia	1	11.1
dos o más de las anteriores	3	33.3

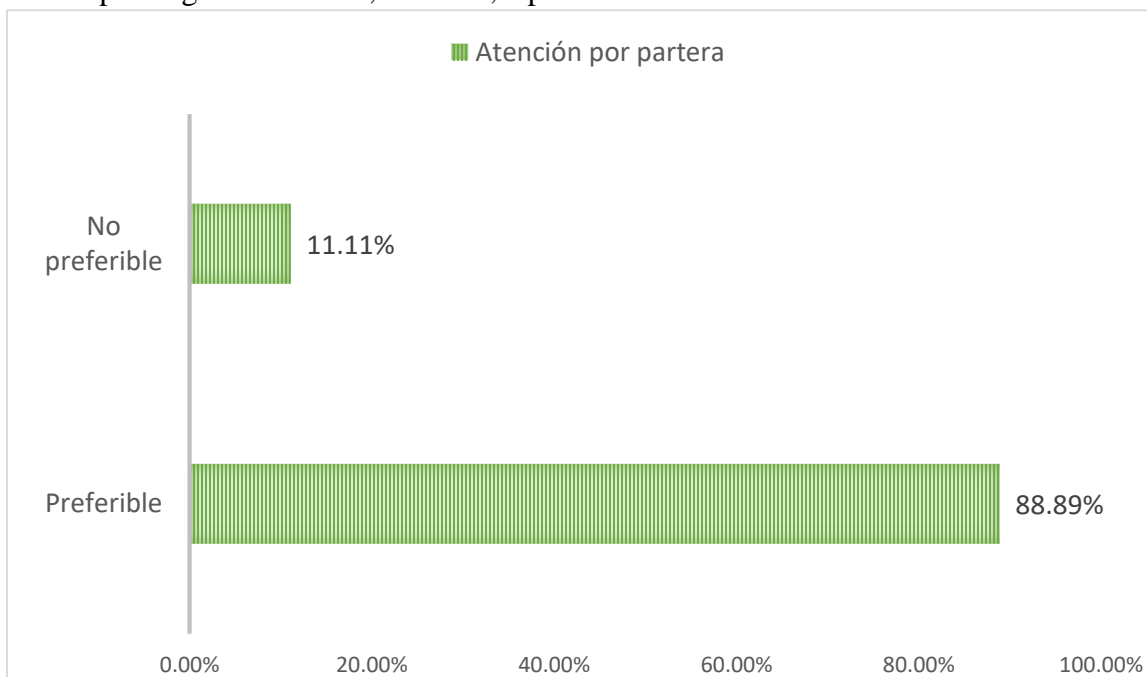
Fuente: Entrevista

Gráfico No.12: Costo del parto domiciliario en la comunidad de Pueblo Nuevo, municipio de Laguna de Perlas, RACCS de octubre 2020 a marzo 2021.



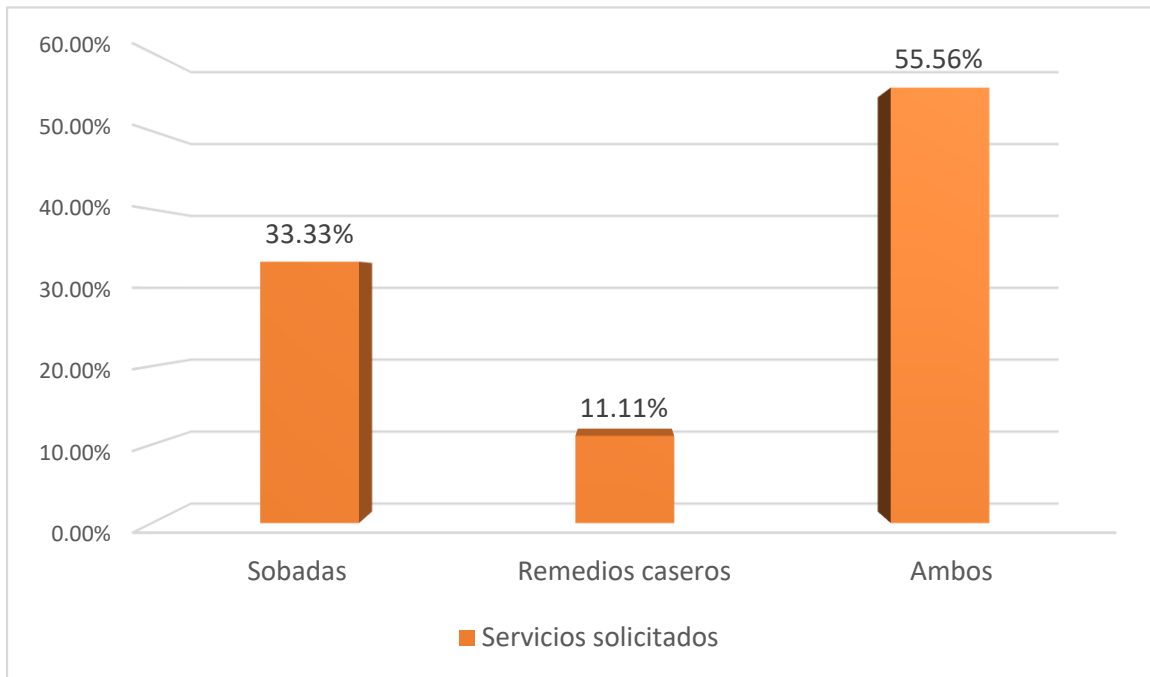
Fuente: Tabla No.3.

Gráfico No.13: Preferencia de atención por parteras de la comunidad de Pueblo Nuevo, Municipio Laguna de Perlas, RACCS, a partir de octubre 2020 a marzo 2021.



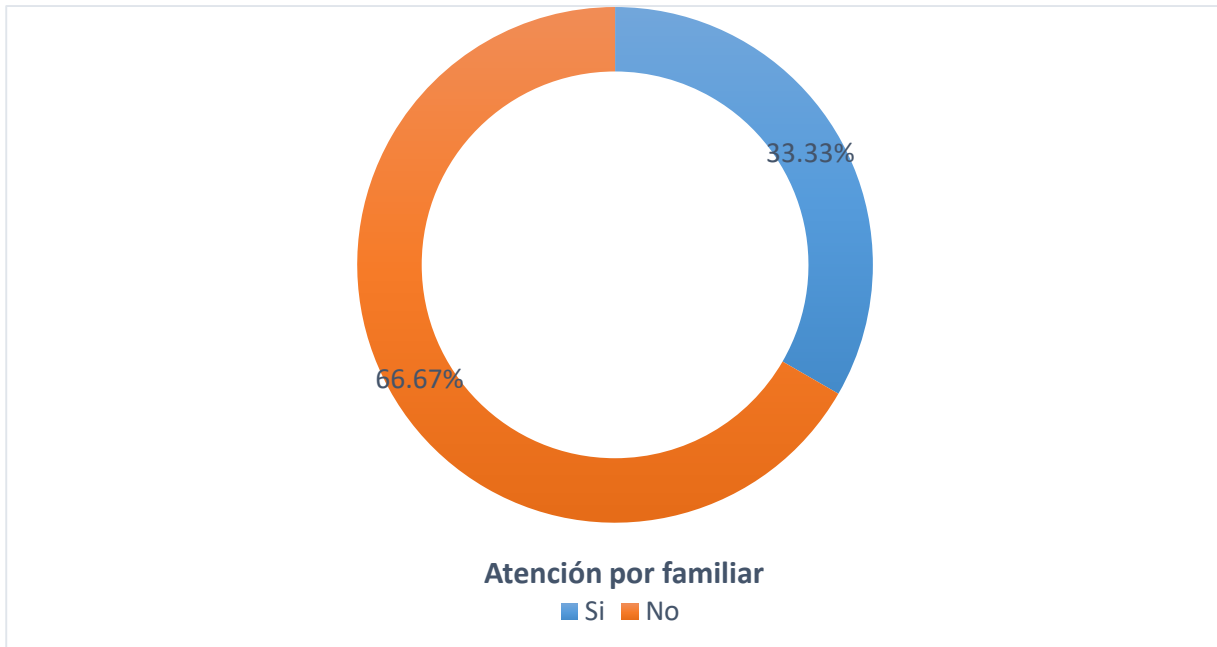
Fuente: Tabla No.3

Gráfico No.14: Servicios de partería solicitados en la comunidad de Pueblo Nuevo, Municipio de Laguna de Perlas, RACCS, a partir de octubre 2020 a marzo 2021.



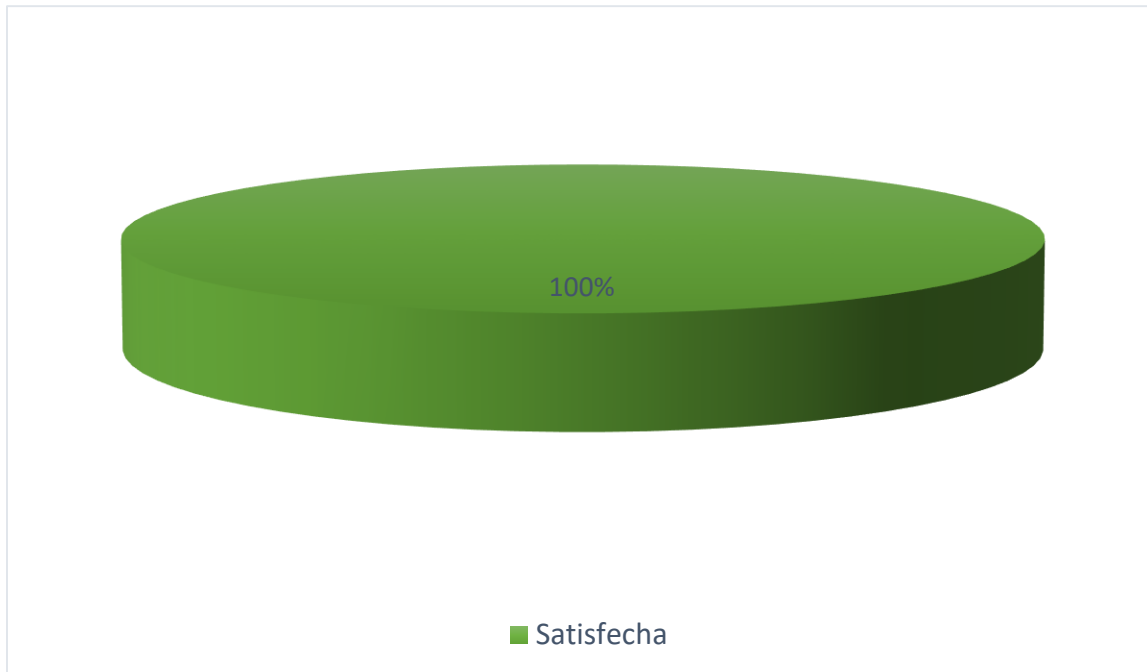
Fuente: Tabla No.3.

Gráfico No.15: Atención del parto por familiares en la comunidad de Pueblo Nuevo, Municipio de Laguna de Perlas, RACCS, a partir de octubre 2020 a marzo 2021.



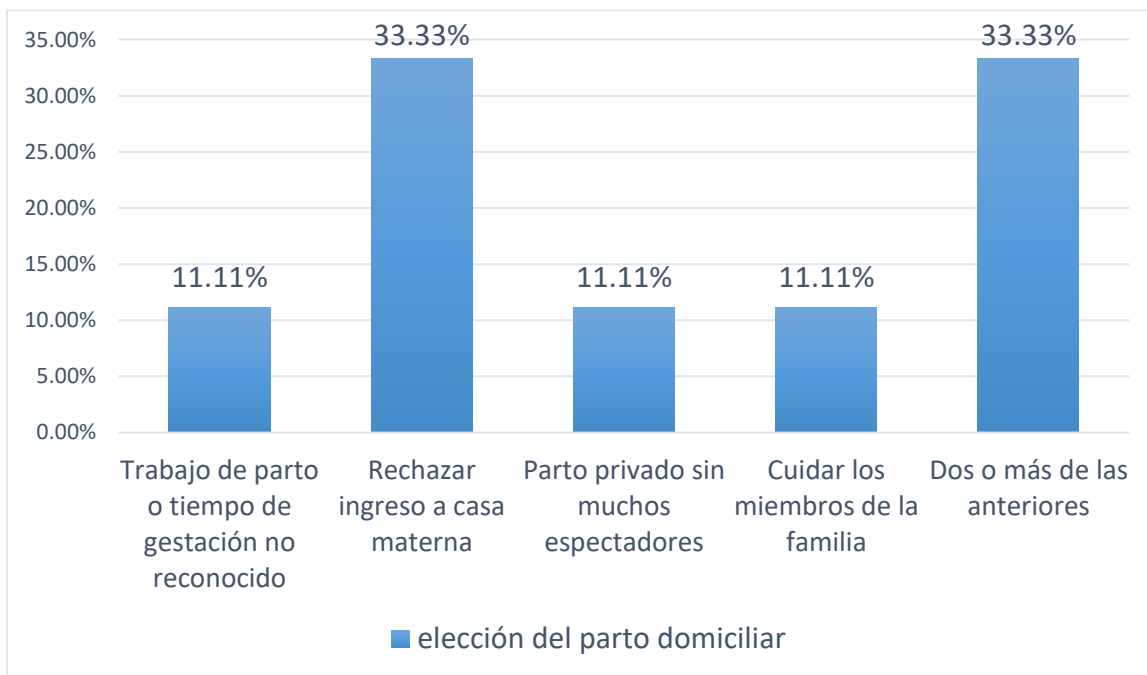
Fuente: Tabla No.3

Gráfico No.16: Satisfacción por la calidad de atención del parto domiciliario en la comunidad de Pueblo Nuevo, Municipio de Laguna de Perlas, RACCS, a partir de octubre 2020 a marzo 2021.



Fuente: tabla No.3.

Gráfico No.17: elección del parto domiciliario en la comunidad de Pueblo Nuevo, Municipio de Laguna de Perlas, RACCS, a partir de octubre 2020 a marzo 2021.



Fuente: tabla No. 3

Tabla No.4: Percepción del parto humanizado recibido en el puesto de salud, comunidad de pueblo Nuevo, Municipio de Laguna de Perlas, RACCS, Nicaragua de octubre 2020 a marzo 2021.

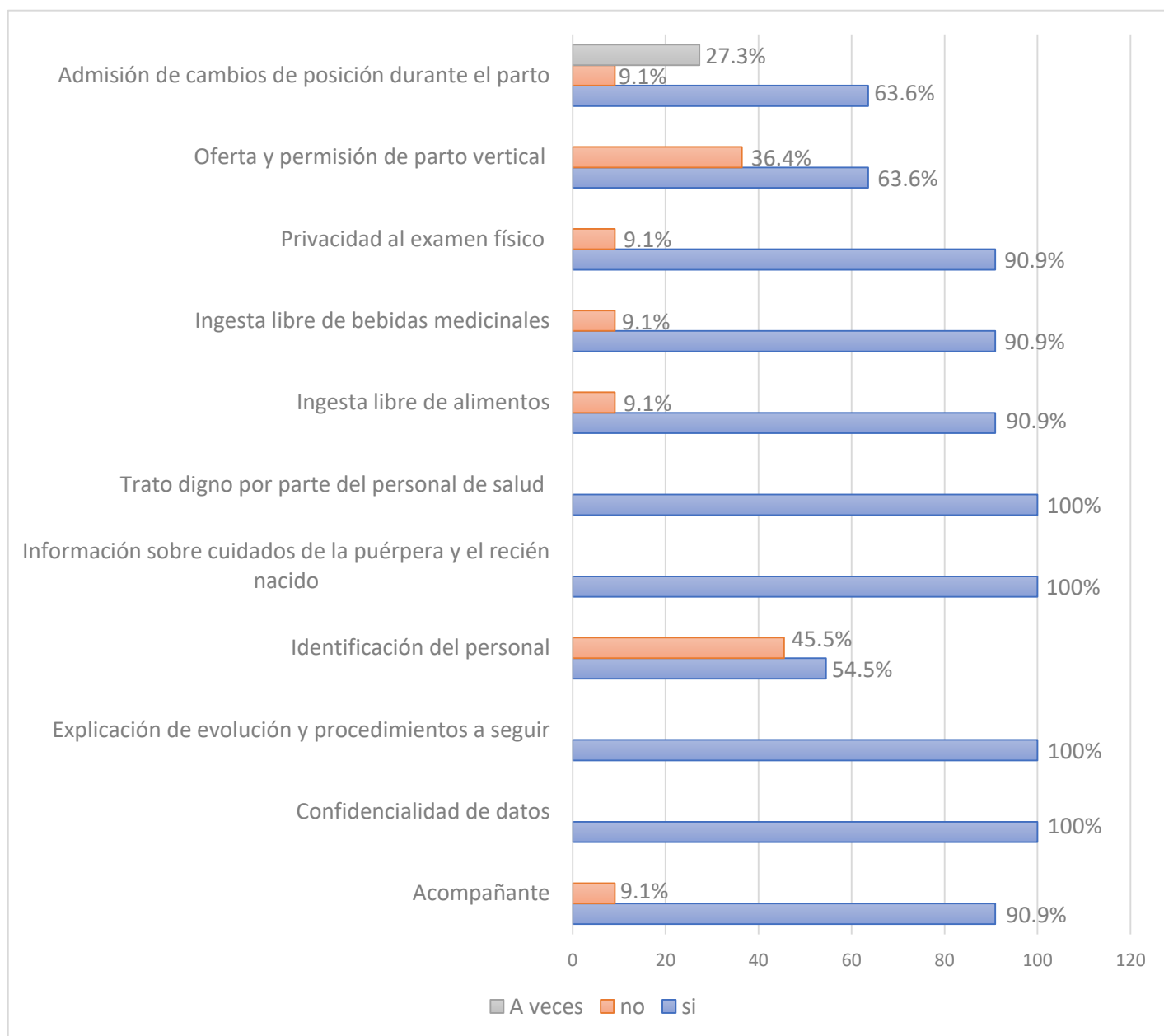
n:11

Prácticas referidas del parto institucional	Frecuencia	Porcentaje
Acompañante		
Si	10	90.9
No	1	9.1
Confidencialidad de datos		
Si	11	100
Explicación de evolución y procedimientos a seguir		
Si	11	100
Identificación del personal		
Si	6	54.5
No	5	45.5
Información sobre cuidados de la puérpera y el recién nacido		
Si	11	100
Trato digno por parte del personal de salud		
Si	11	100
Ingesta libre de alimentos		
Si	10	90.9
No	1	9.1
Ingesta libre de bebidas medicinales		
Si	10	90.9
No	1	9.1
Privacidad al examen físico		
Si	10	90.9
A veces	1	9.1
Oferta y permisión de parto vertical		
Si	7	63.6
No	4	36.4

Admisión de cambios de posición durante el parto		
Si	7	63.6
No	1	9.1
A veces	3	27.3

Fuente: Entrevista

Gráfica No. 18: prácticas referidas del parto en el puesto de salud de Pueblo Nuevo, Municipio de Laguna de Perlas, RACCS, a partir de octubre 2020 a marzo 2021.



Fuente: Tabla. No.4.

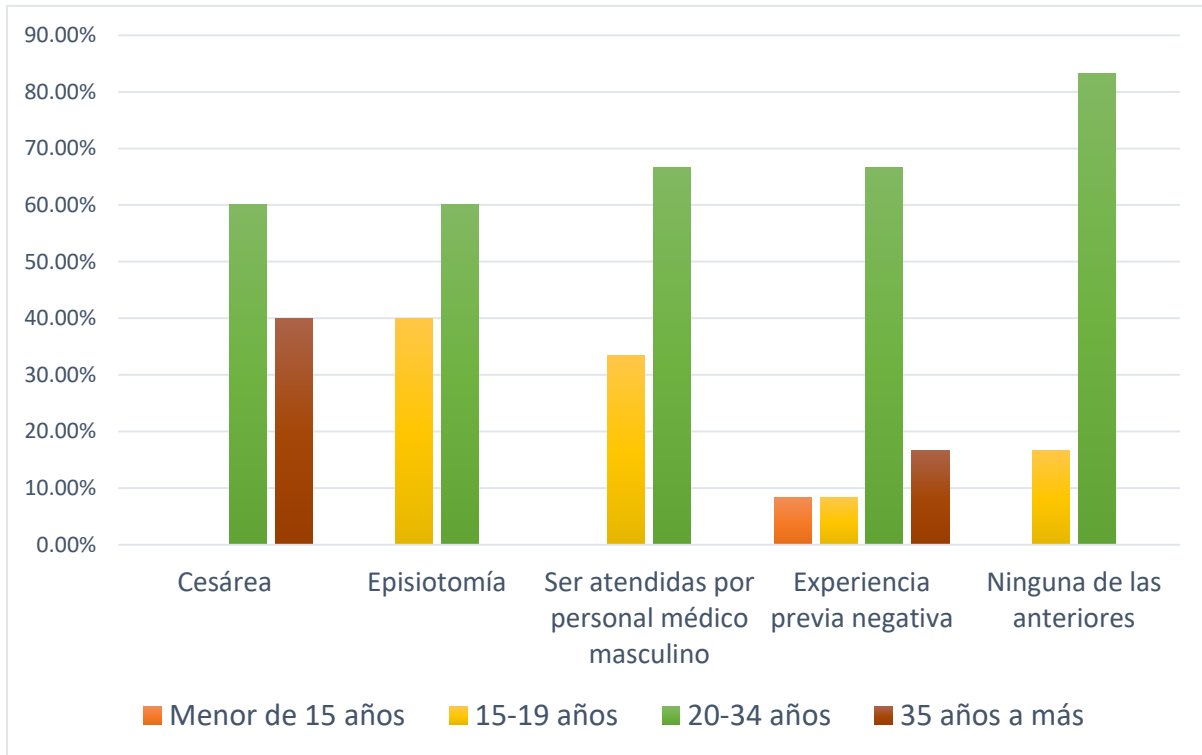
Cruce de variables

Tabla No.5. Apreciación del parto institucional en relación a la preocupación ante el parto en una unidad de salud y las características de las puérperas del puesto de salud Pueblo Nuevo, octubre 2020 a marzo 2021 con base a su edad. **n: 37**

		Edad				Total	
		Menor de 15 años	15 - 19 años	20 - 34 años	35 años a más		
Preocupación ante el parto en una unidad de salud	Cesárea	Frecuencia	00	00	03	02	05
		Porcentaje	00	00	60	40	100
	Episiotomía	Frecuencia	00	02	03	00	05
		Porcentaje	00	40	60	00	100
	Ser atendidas por personal médico masculino	Frecuencia	00	01	02	00	03
		Porcentaje	00	33.3	66.7	00	100
	Experiencia previa negativa	Frecuencia	01	01	08	02	12
		Porcentaje	8.3	8.3	66.7	16.7	100
	Ninguna de las anteriores	Frecuencia	00	02	10	00	12
		Porcentaje	00	16.7	83.3	00	100
	Total	Frecuencia	01	06	26	04	37
		Porcentaje	2.7	16.2	70.3	10.8	100

Fuente: Entrevista.

Gráfica No.19. Apreciación de parto institucional en relación a la preocupación ante el parto en una unidad de salud y las características de las púerperas del puesto de salud Pueblo Nuevo, octubre 2020 a marzo 2021 en base a su edad.



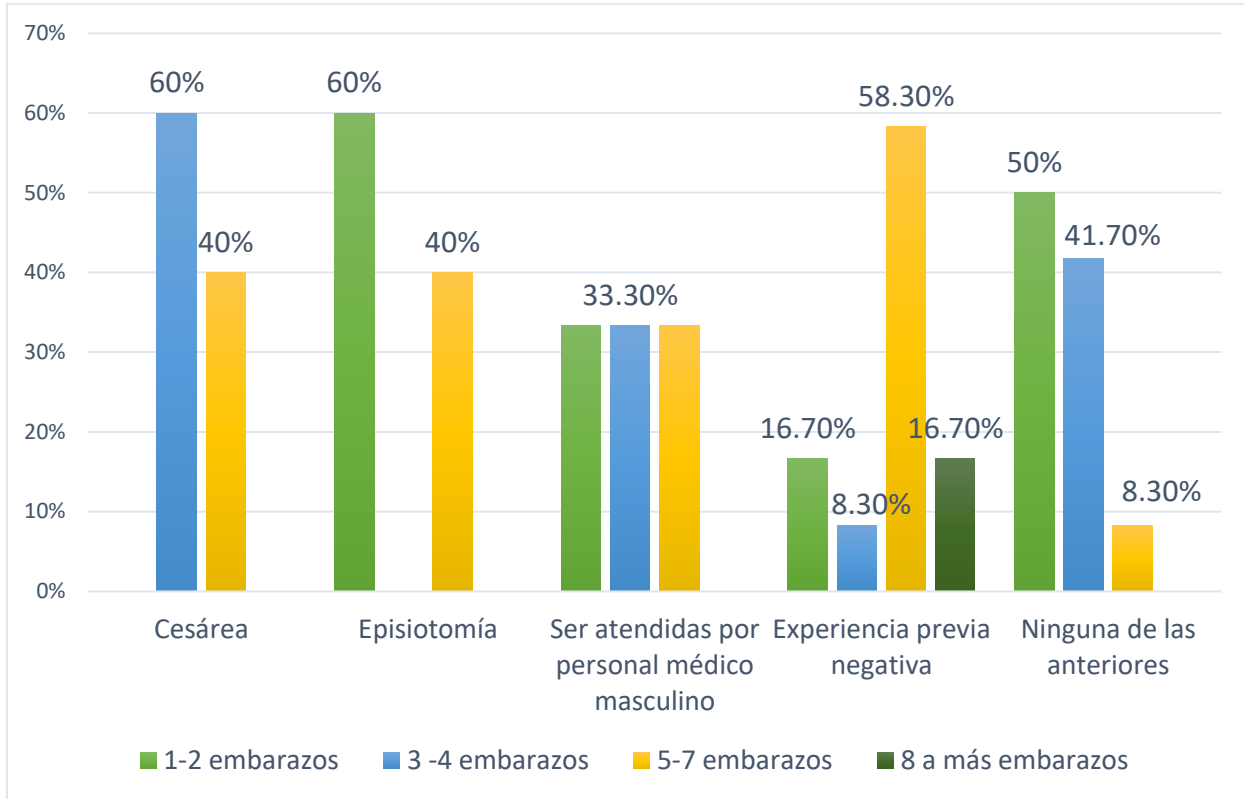
Fuente: Tabla No.5.

Tabla No.6. Apreciación de parto institucional en relación a la preocupación ante el parto en una unidad de salud y las características de las puérperas del puesto de salud Pueblo Nuevo, octubre 2020 a marzo 2021 en base a la cantidad de gestas. **n:37**

			Gestas				Total
			1 - 2 embarazos	3 - 4 embarazos	5 -7 embarazos	8 a más embarazos	
Preocupación tiene ante el parto en una unidad de salud?	Cesárea	Frecuencia	00	03	02	00	05
		Porcentaje	00	60	40	00	100
	Episiotomía	Frecuencia	03	00	02	00	05
		Porcentaje	60	00	40	00	100
	Ser atendidas por personal médico masculino	Frecuencia	01	01	01	00	03
		Porcentaje	33.3	33.3	33.3	00	100
	Experiencia previa negativa	Frecuencia	02	01	07	02	12
		Porcentaje	16.7	8.3	58.3	16.7	100.0
	Ninguna de las anteriores	Frecuencia	06	05	01	00	12
		Porcentaje	50.0	41.7	8.3	00	100.0
	Total	Frecuencia	12	10	13	2	37
		Porcentaje	32.4	27.0	35.1	5.4	100.0

Fuente: Entrevista

Gráfico No. 20. Apreciación de parto institucional en relación a la preocupación ante el parto en una unidad de salud y las características de las puérperas del puesto de salud Pueblo Nuevo, octubre 2020 a marzo 2021 en base a la cantidad de gestas.



Fuente: Tabla No.6.

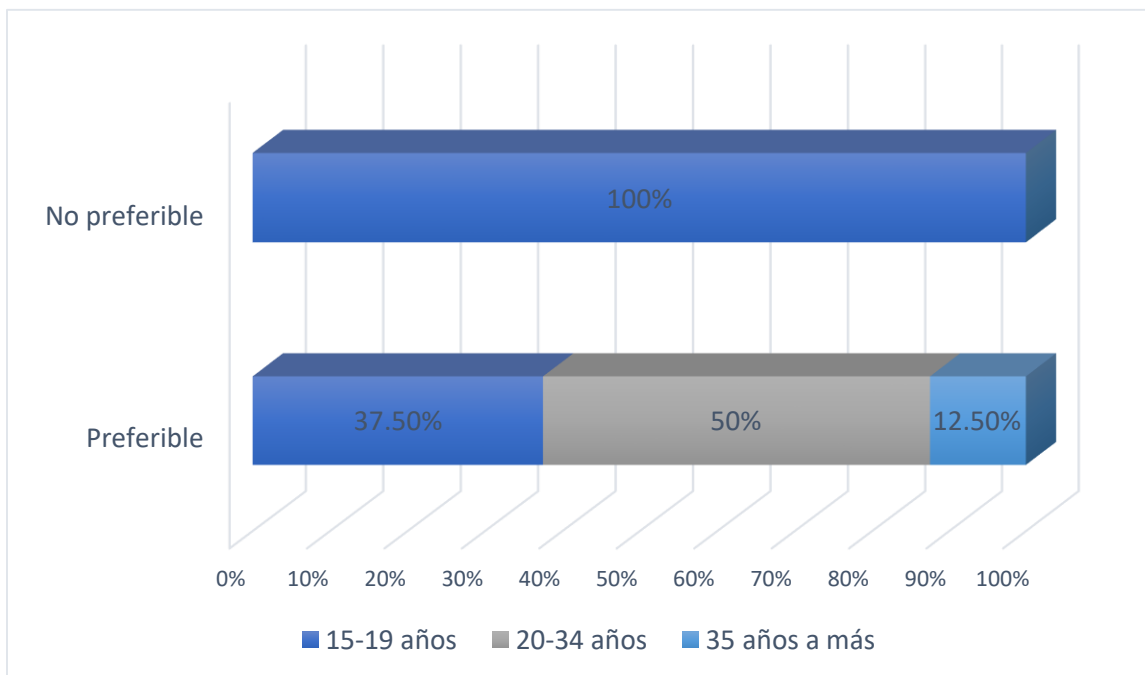
Tabla No. 7. Costumbres en parto domiciliario relacionados a la preferencia por parteras y la caracterización de las puérperas en base a su edad del puesto de salud Pueblo Nuevo, octubre 2020 a marzo 2021.

n:9

		Edad			Total	
		15 - 19 años	20 - 34 años	35 años a más		
Preferencia de atención por parteras	Preferible	Frecuencia	03	04	01	08
		Porcentaje	37.5	50	12.5	100
	No preferible	Frecuencia	01	00	00	01
		Porcentaje	100	00	00	100
Total	Frecuencia	04	04	01	09	
	Porcentaje	44.4	44.4	11.1	100	

Fuente: Entrevista

Gráfico No.21. Costumbres en parto domiciliario relacionados a la preferencia por parteras y la caracterización de las puérperas en base a su edad del puesto de salud Pueblo Nuevo, octubre 2020 a marzo 2021.



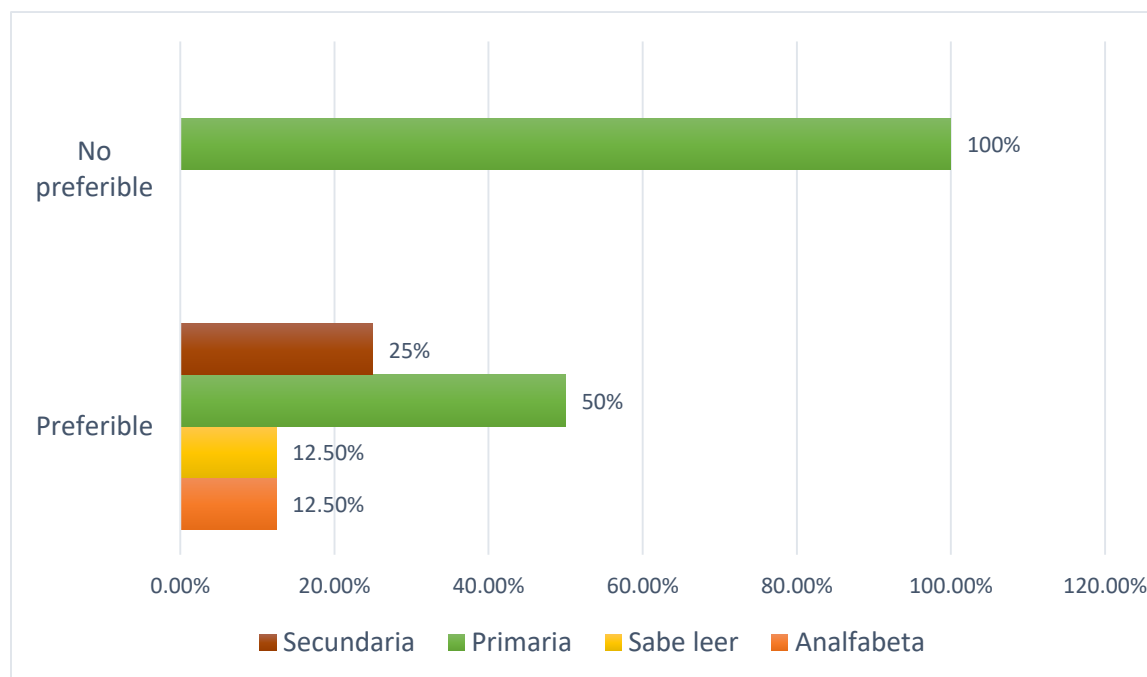
Fuente: Tabla No.7

Tabla No. 8. Costumbres en parto domiciliario relacionados a la preferencia por parteras y la caracterización de las puérperas en base a su escolaridad, del puesto de salud Pueblo Nuevo, octubre 2020 a marzo 2021. **n: 9**

Preferencia de atención por parteras			Escolaridad				Total
			Analfabeta	Sabe Leer	Primaria	Secundaria	
Preferible	Frecuencia		01	01	04	02	08
		Porcentaje	12.5	12.5	50	25	100
	No preferible	Frecuencia	00	00	01	00	01
		Porcentaje	00	00	100	00	100
Total	Frecuencia	01	01	05	02	09	
	Porcentaje	11.1	11.1	55.6	22.2	100	

Fuente: Entrevista

Gráfica No.22. Costumbres en parto domiciliario relacionados a la preferencia por parteras y la caracterización de las puérperas en base a su escolaridad, del puesto de salud Pueblo Nuevo, octubre 2020 a marzo 2021.



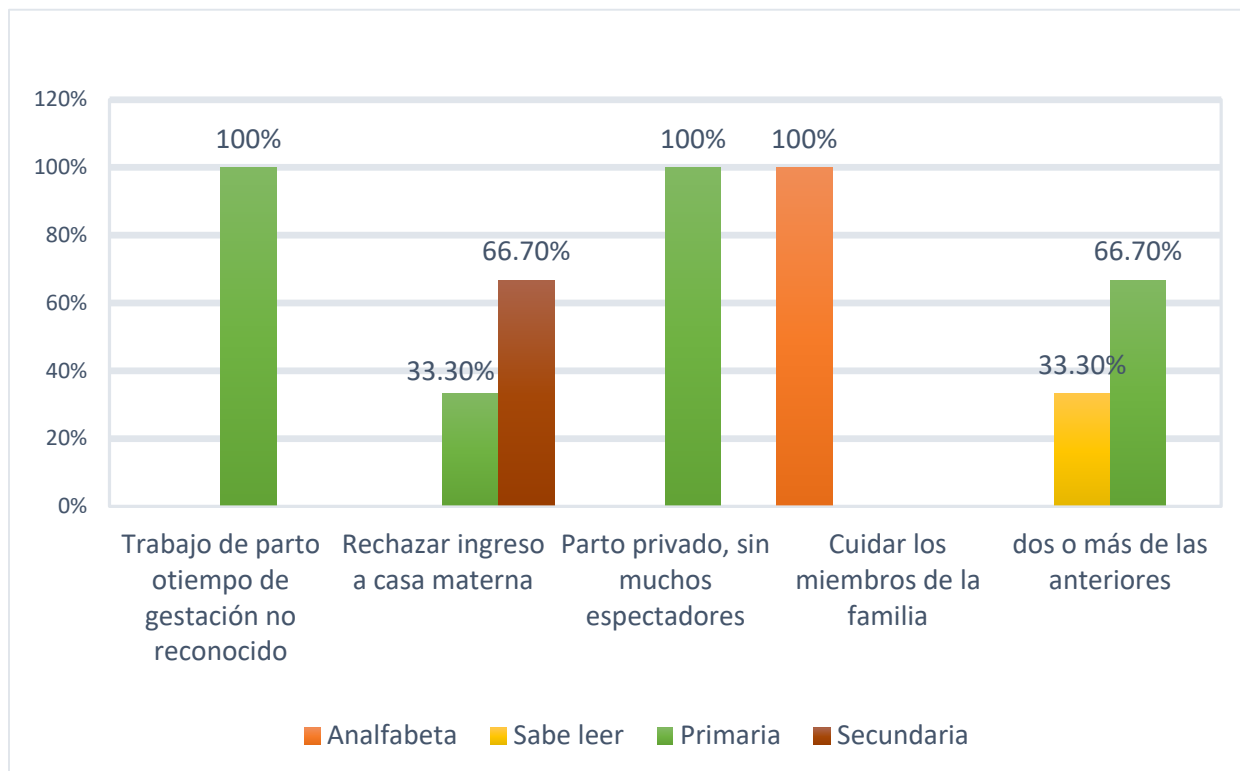
Fuente: Tabla No.8.

Tabla No.9. Costumbres en parto domiciliario en relación a la elección de un parto en casa y caracterización de las puérperas del de salud Pueblo Nuevo, octubre 2020 a marzo 2021 en base a su escolaridad. **n: 9**

		Escolaridad				Total	
		Analfabeta	Sabe Leer	Primaria	Secundaria		
Elección por parto domiciliario	Trabajo de parto o tiempo de gestación no reconocido	Frecuencia	00	00	01	00	01
		Porcentaje	00	00	100	00	100
	Rechazar ingreso a Casa Materna	Frecuencia	00	00	01	02	03
		Porcentaje	00	00	33.3	66.7	100
	Parto privado, sin muchos espectadores	Frecuencia	00	00	01	00	01
		Porcentaje	00	00	100	00	100
	Cuidar los miembros de la familia	Frecuencia	01	00	00	00	01
		Porcentaje	100	00	00	00	100
	dos o más de las anteriores	Frecuencia	00	01	02	00	03
		Porcentaje	00	33.3	66.7	00	100
Total		Frecuencia	01	01	05	02	09
		Porcentaje	11.1	11.1	55.6	22.2	100

Fuente: Entrevista.

Gráfica No.23. Costumbres en parto domiciliario en relación a la elección de un parto en casa y caracterización de las púerperas del de salud Pueblo Nuevo, octubre 2020 a marzo 2021 en base a su escolaridad.



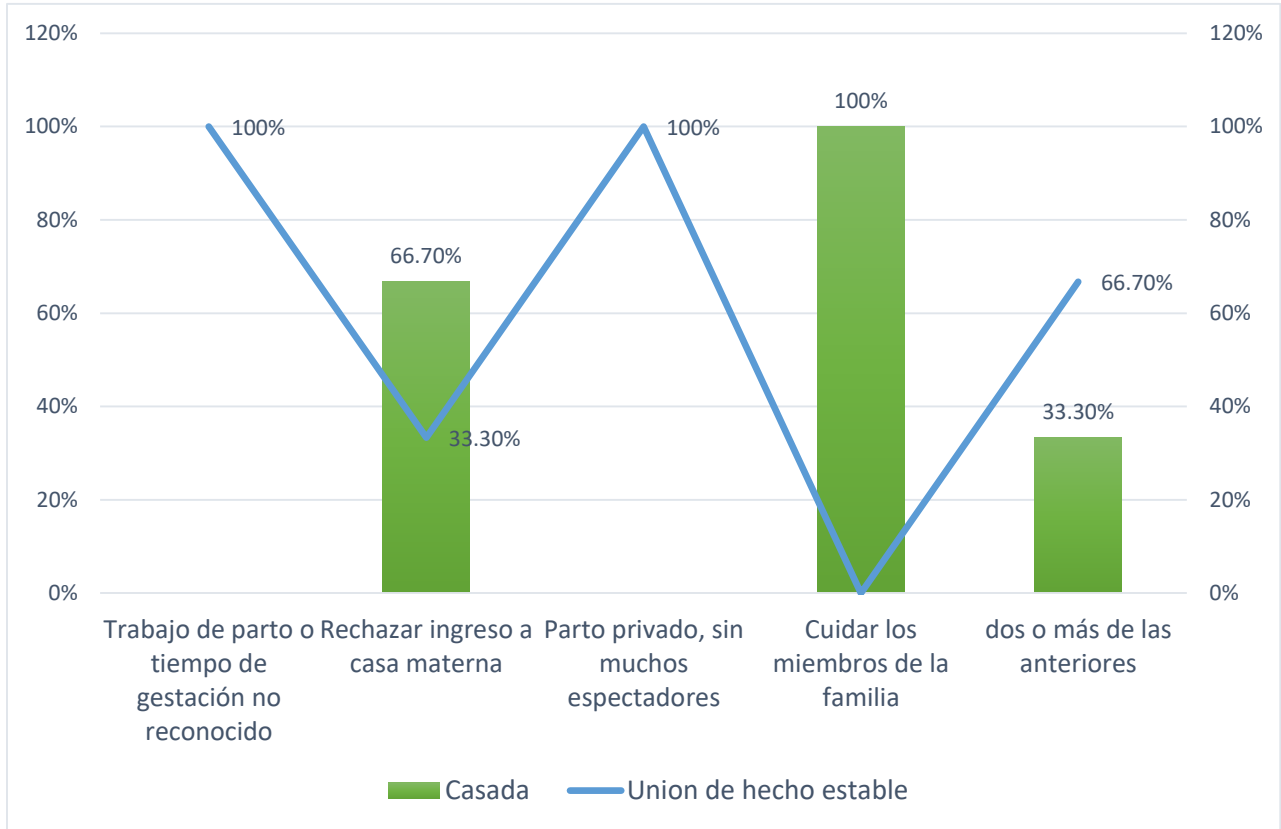
Fuente: Tabla No.9.

Tabla No.10. Costumbres en parto domiciliario en relación a la elección de un parto en casa y caracterización de las puérperas del de salud Pueblo Nuevo, octubre 2020 a marzo 2021 en base a su estado civil. **n:9**

			Estado Civil		Total
			Casada	Unión de Hecho	
Elección por parto domiciliario	Trabajo de parto o tiempo de gestación no reconocido	Frecuencia	00	01	01
		Porcentaje	00	100	100
	Rechazar ingreso a Casa Materna	Frecuencia	02	01	03
		Porcentaje	66.7	33.3	100
	Parto privado, sin muchos espectadores	Frecuencia	00	01	01
		Porcentaje	00	100	100
	Cuidar los miembros de la familia	Frecuencia	01	00	01
		Porcentaje	100	00	100
	dos o más de las anteriores	Frecuencia	01	02	03
		Porcentaje	33.3	66.7	100.0
	Total	Frecuencia	04	05	09
		Porcentaje	44.4	55.6	100.0

Fuente: Entrevista.

Gráfica No. 24. Costumbres en parto domiciliario en relación a la elección de un parto en casa y caracterización de las puérperas del de salud Pueblo Nuevo, octubre 2020 a marzo 2021 en base a su estado civil.



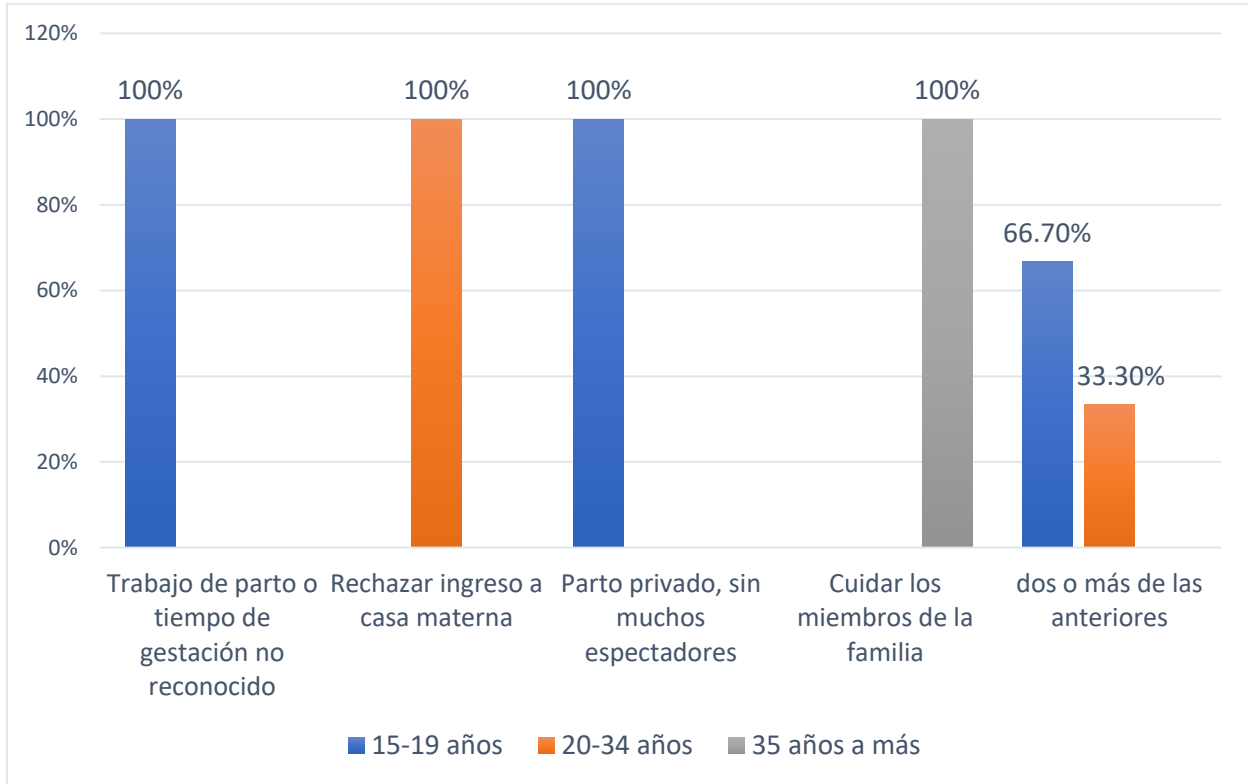
Fuente: Tabla No. 10.

Tabla No.11. Costumbres en parto domiciliario en relación a la elección de un parto en casa y caracterización de las puérperas del de salud Pueblo Nuevo, octubre 2020 a marzo 2021 en base a su edad. **n:9**

		Edad			Total	
		15 - 19 años	20 - 34 años	35 años a más		
Elección por parto domiciliario	Trabajo de parto o tiempo de gestación no reconocido	Frecuencia	01	00	00	01
		Porcentaje	100	00	00	100
	Rechazar ingreso a Casa Materna	Frecuencia	00	03	00	03
		Porcentaje	00	100	00	100
	Parto privado, sin muchos espectadores	Frecuencia	01	00	00	01
		Porcentaje	100	00	00	100
	Cuidar los miembros de la familia	Frecuencia	00	00	01	01
		Porcentaje	00	00	100	100
	dos o más de las anteriores	Frecuencia	02	01	00	03
		Porcentaje	66.7	33.3	00	100
Total		Frecuencia	04	04	01	09
		Porcentaje	44.4	44.4	11.1	100

Fuente: Entrevista.

Gráfico No.25. Costumbres en parto domiciliario en relación a la elección de un parto en casa y caracterización de las puérperas del de salud Pueblo Nuevo, octubre 2020 a marzo 2021 en base a su edad.



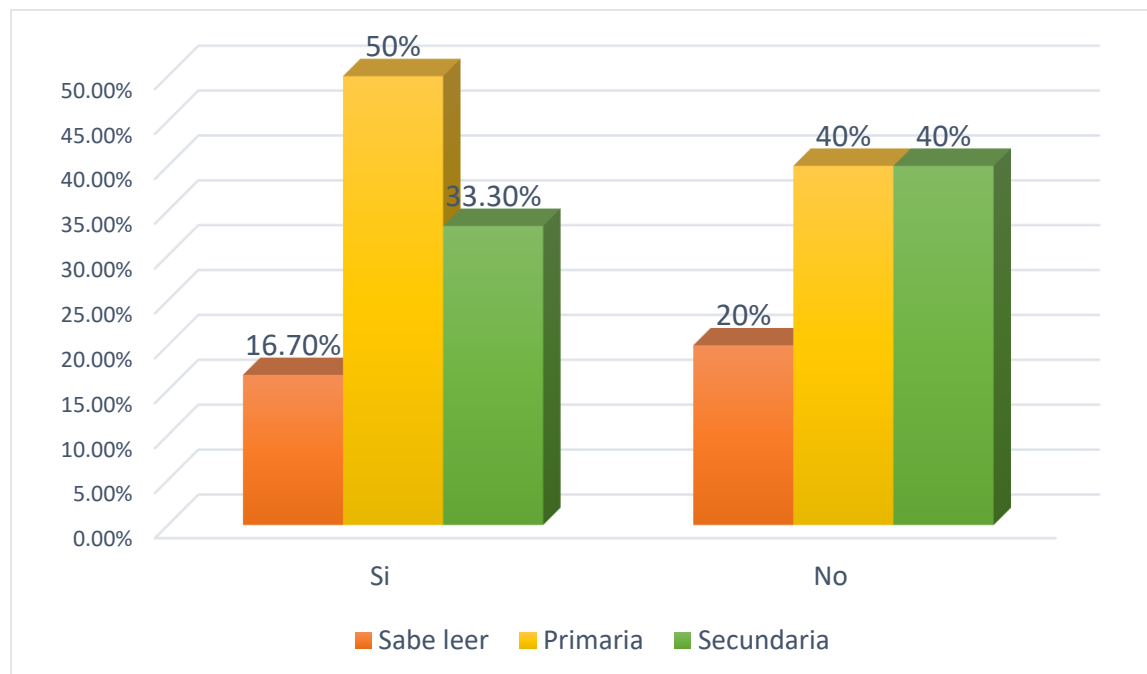
Fuente: Tabla No. 11

Tabla No.12. Prácticas referidas en parto institucional en relación a la identificación del personal de salud y caracterización de las puérperas del puesto de salud Pueblo Nuevo, octubre 2020 a marzo 2021 en base a su escolaridad. n:11

			Escolaridad			Total
			Sabe Leer	Primaria	Secundaria	
identificación del personal de salud y su categoría?	Si	Frecuencia	01	03	02	06
		Porcentaje	16.7	50	33.3	100
	No	Frecuencia	01	02	02	05
		Porcentaje	20	40	40	100
Total	Frecuencia	02	05	04	11	
	Porcentaje	18.2	45.5	36.4	100	

Fuente: Entrevista.

Gráfico No. 26. Prácticas referidas en parto institucional en relación a la identificación del personal de salud y caracterización de las puérperas del puesto de salud Pueblo Nuevo, octubre 2020 a marzo 2021 en base a su escolaridad.



Fuente: Tabla No.12.