

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua  
Facultad de Ciencias Médicas  
Unan – León**



**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR  
EN MEDICINA Y CIRUGIA**

**Adecuación cultural para la atención del parto  
institucional en el Municipio de San Dionisio-  
Matagalpa, 2008.**

**Autor: Br. Mirna Maribel Mercado Fonseca.  
Br. María de los Ángeles Pacheco Pérez.**

**Tutor: Dr. Juan Almendárez.**  
Dr. en Medicina y cirugía.  
Máster en salud pública y Educación superior en salud.  
Profesor titular del Departamento de salud pública de la facultad  
de Ciencias Médicas UNAN-LEON.

León, 19 de febrero del 2009.

## ***Resumen***

Para determinar la adecuación cultural para la atención del parto institucional en el municipio de San Dionisio- Matagalpa, se diseñó un estudio de evaluación que combina técnicas cualitativas con cuantitativas, para ello se seleccionaron 3 grupos focales, con mujeres que tuvieron su parto en el centro de salud durante el año 2008, mujeres mayor de 40 años con parto domiciliario, y mujeres de 20 a 30 años que fueron atendidas por parto institucional hace mucho tiempo.

Además se realizaron entrevistas a profundidad al personal de salud y se aplicó 100 encuesta de satisfacción, a mujeres que fueron atendidas por parto en el centro de salud.

Encontramos que existen 2 modelos de construcción cultural del parto, el modelo tradicional y el modelo institucional, donde cada mujer tiene su propia forma de pensar y sentir diferente, según sus rasgos culturales, que dependen del lugar en donde viven, donde crecieron, de la enseñanza de sus familiares, de las experiencias vividas en sus partos y del grado de instrucción que recibieron.

Concluimos que no existe adecuación cultural para la atención del parto institucional en el municipio de San Dionisio y que además el personal de salud no está entrenado, ni hace esfuerzo por mejorar la comunicación y el escuchar de las necesidades de las parturientas para su bienestar; por lo que consideramos importante la capacitación continua al personal de salud, en donde se implementen nuevas estrategias de comunicación, para mejorar la atención del parto y de esta forma satisfacer las necesidades de estas mujeres.

## ***DEDICATORIA***

A DIOS por ser tan bondadoso y misericordioso, brindándonos salud, y sabiduría para lograr concluir nuestro estudio monográfico

A mis padres que con esmero y dedicación supieron guiar nuestras vidas hasta vernos formadas como profesionales, apoyándonos constantemente, con fe, amor y sacrificio para ser lo que hemos logrado hasta el día de hoy.

A los pacientes que son la razón de nuestro esfuerzo, que en gran parte nos debemos a ellos.

## ***AGRADECIMIENTO***

A las mujeres del municipio de San Dionisio, por brindarnos toda su confianza y apoyarnos en la información de nuestro estudio.

A nuestro tutor Dr. Juan Almendarez por su contante apoyo, disposición y por orientarnos durante el transcurso de nuestra investigación.

Al director del centro de salud de San Dionisio, Dr. Edgar Rodríguez, y subdirector docente: Dr. Jorge Alberto Delgado Valdivia, Por su apoyo incondicional y al resto del personal de salud que labora en dicho centro por apoyarnos en la búsqueda de la información.

## ***INDICE***

### **CONTENIDO**

	Pagina
Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	4
Objetivos.....	5
Marco teórico.....	6
Material y Método.....	26
Resultados.....	30
Discusión.....	43
Conclusión.....	45
Recomendación.....	46
Bibliografía.....	47
Anexos.....	49

## ***Introducción***

El parto es un momento crucial para la madre y el niño, aunque por lo general es un proceso fisiológico, puede complicarse debido a diferentes circunstancias. La gran mayoría de las mujeres, en algún momento de su vida reproductiva, dan a luz a un hijo cuya felicidad esta en la satisfacción de haber pasado por un proceso del parto respetuoso. Cada parto sucede en circunstancias específica relacionado en el contexto social, cultural e institucional, en donde la gente forma decisiones de acudir o no a la unidad de salud<sup>1</sup>.

La atención del parto es fundamental para reducir los riesgos de muertes materna e infantil. En el continente americano, los países que tienen menores índices de mortalidad son los que registran mayor cobertura de atención institucional del parto.

El enfoque intercultural en la atención del parto es relativamente nuevo, cada uno de nosotros tiene una manera de entender las cosas productos de nuestra propia cultura social, hay cosas que no conocemos de los demás y lo vamos aprendiendo a través de la comunicación y el entendimiento.

Las buenas relaciones interpersonales contribuyen de forma efectiva a la eficacia de los servicios que se presten en salud y al establecer una buena relación medico- paciente se produce confianza, respeto, credibilidad y comprensión social, pero si estas relaciones no son adecuadas, aunque los servicios que se presten sean profesionalmente competente se corre el riesgo de que la población demandante no regrese a la unidad de salud.

Nuestro país permite que su diversidad cultural origine un sistema de concepciones en torno al embarazo, parto y puerperio; en las zonas rurales muchas mujeres optan por el parto atendido por parteras, en su propia casa, adecuándose a sus costumbres y formas de concebir y actuar en ese momento.

Según datos brindados en el boletín epidemiológico en la semana 52 del año 2004, se registraron un total de 91 muertes maternas con una

tasa de mortalidad del  $82.3 \times 100.000$  nv y para el 2007 se presentaron 52 casos durante todo el año<sup>1</sup>.

La cobertura de partos institucionales siempre ha sido bajo y para el año 2001 el 66.3% de los partos fueron atendidos en establecimientos de salud, a pesar de que una minoría de los partos fueron atendidos en domicilio, cerca del 70% de las muertes maternas ocurren en este grupo de mujeres<sup>2</sup>.

Los factores que afectan el parto institucional han sido estudiados en algunos lugares del país. Así en un estudio realizado en 3 municipios de Matagalpa se encontró que las mujeres inasistentes al parto institucional eran predominantemente de origen rural, con escasos recursos económicos, con baja o nula escolaridad, con dificultades de acceso geográfico a los servicios de salud. Preferían la atención de su parto por parteras, confiando en que su embarazo iba normal, por otro lado un factor restrictivo para acudir a las unidades de salud era una imagen negativa en cuanto a una baja calidad de los servicios.

Para estas mujeres, el acudir a una unidad de salud es un inconveniente para el bienestar y estabilidad emocional de los miembros de la familia. El parto en el domicilio está determinado en gran medida por las preferencias del marido o compañero en este sentido; y por la información de las que dispusiera la familia.

En otro estudio en Tipitapa refuerza los hallazgos antes mencionados y resalta el papel negativo que juegan las experiencias de mala atención hospitalaria, los regaños y la deshumanización en la atención las desalienta, tienen temor a la episiotomía, el levantamiento y baño precoz después del parto que son contrarios a las costumbres y producen recelo, el pudor es una limitante y por otro lado las mujeres se sienten seguras y en confianza con las parteras.

A pesar de los esfuerzos por incrementar la cobertura de los servicios de salud, aun existe un porcentaje considerable de la población femenina que no acuden a los servicios de salud ya sea por las razones antes mencionadas e incluso por la falta de información sobre los beneficios que les proporcionan los servicios de salud<sup>2</sup>.

Actualmente en Nicaragua se están realizando acciones sobre un plan que consiste, en la gratuidad de los servicios médicos, el plan parto

con la participación de la comunidad, la adecuación cultural para la atención del parto y capacitación al personal de salud sobre el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP).

Los resultados del presente estudio permiten identificar los ajustes necesarios en las acciones futuras sobre la adecuación cultural del parto, ya que si se mejora la calidad en la atención en los servicios de salud, tomando en cuenta las preferencias de las mujeres de manera que se sientan satisfechas con la atención recibida, ayudaría a aumentar la cobertura de partos institucionales y por ende disminuir la mortalidad materna.

## ***Planteamiento del problema***

¿Cuál es la adecuación cultural para la atención del parto institucional en el Municipio de San Dionisio –Matagalpa.?

## **Objetivos**

### **Objetivo general:**

Determinar la adecuación cultural para la atención del parto institucional en el municipio de San Dionisio –Matagalpa.

### **Objetivos específicos:**

- 1) Identificar la construcción cultural que tienen sobre el parto las mujeres del municipio de San Dionisio.
- 2) Establecer la percepción que tiene el personal de salud sobre el abordaje del parto desde el punto de vista de la cultura social.
- 3) Establecer niveles de satisfacción que tienen las mujeres sobre el proceso de atención del parto institucional.

## ***Marco teórico***

En Nicaragua, un embarazo es motivo de acercamiento en la familia y se evidencia por el bienestar de la misma, pero este se rompe o se ve alterado cuando el resultado no es óptimo.

Para muchas mujeres dar a luz en los centros de salud o en el hospital es mas seguro desde el punto de vista médico, sin embargo estos se encuentran ubicados en ciudades y poblados, que no siempre son utilizados por mujeres que viven en el área rural o incluso en la ciudad<sup>2</sup>.

Esto se debe tanto a razones geográficas, educacionales, religiosas, y por la falta de cultura de la población a visitar al doctor (por miedo) y a participar en las actividades preventivas de salud en el embarazo, como es el caso de la atención prenatal, el cual no es visto como necesidad, perdiendo la importancia de este.

La falta de respeto a la cultura y falta de relevancia en el cuidado que se proporciona en los centros de salud. La separación cultural entre la visión bio-médica de los prestadores de salud y las visiones tradicionales sobre embarazo y maternidad entre las comunidades, generan sentimientos de desconfianza entre las madres y sus familias conllevando a un posterior desaliento en el uso de los servicios públicos de salud<sup>2</sup>.

Otro factor es el deficiente abastecimiento de insumos y del personal de salud para la atención, principalmente en el área rural donde mas se presentan estos eventos

La participación social en este contexto tiene que ver con la cultura de nuestro país en lo referente a:

- 1- La socialización de la cultura: entendida como el derecho de la sociedad a tener acceso a la creación, producción y usufructo de bienes culturales en condiciones de igualdad de oportunidades y equidad.
- 2- Al respeto por la diversidad cultural existente a través de forma recíproca de relacionamiento junto con la modificación autónoma de patrones culturales<sup>3</sup>.

Por lo tanto la participación social a través del desarrollo y resolución de conflictos promueve una dinámica que reconoce tanto la necesidad de preservación y respeto por las culturas, así como la necesidad de impulsar cambios culturales. La relación cambio preservación entre culturas es por naturaleza una relación conflictiva que requiere de desarrollo y resolución participativa de la sociedad<sup>3</sup>.

Solo se puede hablar de equidad de género y de la puesta en práctica de los derechos sexuales y reproductivos, cuando las mujeres y los hombres ejercen libremente su sexualidad en condiciones de igualdad y tomen decisiones respecto a la reproducción sin coerción, discriminación o violencia, ni consecuencia negativa para la salud física y mental<sup>3</sup>.

Según la Organización Panamericana de la Salud, la Participación Comunitaria, son las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir enfermedades y detener su avance<sup>3</sup>.

Cuando hablamos actualmente de comunidad, nos referimos a un conjunto de personas, organizaciones sociales, servicios, instituciones y agrupaciones, en una zona geográfica, que comparten los mismos intereses básicos en un momento determinado<sup>3</sup>.

En la conferencia de Alma Ata se recogió la siguiente definición: La participación comunitaria es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a salud y bienestar propios y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario.

Existen factores que favorecen la participación social como: los consejos populares, alto nivel educacional, existencia de organizaciones de base, contar con recursos locales, nuevos actores en la comunidad y posibles relaciones de cooperación y la existencia de organismos nacionales que potencian acciones integradas<sup>3</sup>.

También existen algunos factores que dificultan la participación social dentro de estos se encuentran: la cultura centralizada contra cultura participativa, insuficiente competencia municipal, falta de cultura del territorio contra elevación de la calidad del entorno etc<sup>3</sup>.

La mortalidad materna, afecta a las mujeres pobres, desposeídas, analfabetas, que viven en áreas rurales o en condiciones de marginalidad, muchas de ellas pertenecen a poblaciones indígenas y grupos de adolescentes, cuyos embarazos no han sido planificados. Es este grupo humano el que inicia el primer eslabón de la pobreza, La falta de recursos económicos para acceder a los servicios y la falta de adaptación de éstos hace que ellas recurran a su cultura y costumbres, utilizando los servicios de parteras empíricas no calificadas para detectar los riesgos<sup>2</sup>.

La mortalidad materna es un indicador sensible de inequidad y señala el acceso que tiene la mujer a los servicios de salud y de cómo estos responden a sus necesidades, la mujer experimenta grandes desventajas que se manifiesta en menores oportunidades de acceso a los servicios de salud, beneficios sociales, laborales y educativas<sup>2</sup>.

"Las demoras emergen como un factor pertinente que contribuye a las muertes maternas".

Los autores consideran que las demoras tienen tres fases:

- demora en tomar la decisión para buscar cuidados profesionales.
- demora en el trayecto hacia la unidad de salud.
- demora en recibir el cuidado profesional requerido.

Parece conveniente incluir en esta relación la morbilidad (enfermedad) causada por complicaciones del embarazo, parto y puerperio y a la morbi-mortalidad perinatal, en razón de que una complicación obstétrica puede no terminar en la defunción de la madre o el feto, pero si en algún tipo de secuela para la mujer o el recién nacido como trastornos cerebrales y otras discapacidades sobre todo si el parto fue atendido en el domicilio<sup>2</sup>.

Es por eso que se llevan a cabo acciones para disminuir la mortalidad materna, visibilizarla y sensibilizar a la sociedad sobre este problema. Para lograr esto se deben aplicar estrategias que permitan la conjunción de esfuerzos entre el sistema formal y el tradicional, para el desarrollo de acciones comunitarias, que rescatando la tradición y respetando los valores propios de la comunidad, introduzcan tecnología que sean capaces de producir cambios acercando los servicios de salud a la comunidad, permitiendo la apertura y la comunicación entre los sistemas institucionales y comunitarios, que aseguren la asistencia a los problemas mas sentidos de la comunidad, especialmente la atención del parto.

Surge como una de estas estrategias el desarrollo de las casas maternas comunitarias, hasta la fecha hay 75 casas Maternas que están funcionando a lo largo y ancho de Nicaragua brindando atención y educación en salud a un promedio de 3,500 mujeres. Con el objetivo de proporcionar a miles de mujeres albergue y alimentación, respetando las costumbres y valores de la comunidad.

Las casas maternas fueron creadas por mujeres organizadas para reducir la mortalidad materna y como una alternativa a la atención que el sistema de salud pública brindaba a las mujeres, especialmente a las embarazadas<sup>2</sup>.

Muchas mujeres pobres y provenientes de las zonas rurales se negaban a dar a luz en los hospitales, porque había una historia de maltrato y humillaciones de parte del personal de salud. Por lo que las casas maternas implementa estrategias que consiste, en rescatar la atención con solidaridad, calidad humana y el respeto a la dignidad de las mujeres.

Los procesos de capacitación y educación que se están realizando desde las Casas Maternas, han cambiado costumbres que muchas mujeres del campo tenían por la falta de información<sup>2</sup>.

Más de la mitad de las casas maternas organizan redes comunitarias de promoción, con la participación de parteras, promotores y brigadistas de salud. La labor de promoción de estas redes comunitarias de apoyo, junto a otras constituidas por el MINSA, ha sido vital para la captación de las embarazadas de alto riesgo en las comunidades. Permite informar a estas mujeres sobre su situación y apoyarlas en su acercamiento a hospitales, centros de salud y casas maternas<sup>4</sup>.

Al contrario de lo que sucede en otros lugares, en nuestro medio la atención a la mujer durante el parto se realiza indistintamente por profesionales sanitarios de ambos sexos. Y aun se pueden observar cómo algunas mujeres del área rural, manifiestan temor, resistencia e inseguridad al ser examinadas ginecológicamente por varones.

El pudor no se produce sólo con profesionales sanitarios, sino que en ocasiones se extiende a todo el sexo masculino. En muchos casos, el marido prefiere no estar presente durante la exploración debido a la situación cultural relacionada con la construcción social del cuerpo femenino con el honor familiar.

Es importante mencionar que aunque existan factores culturales, se superan en muchas ocasiones con una adecuada información sobre el motivo de exploración y con la amabilidad en el trato.

Como una estrategia de coordinación y acción conjunta entre la comunidad y los servicios de salud, dentro de un marco de respeto y reconocimiento de valores culturales y el deseo de un cambio que favorezca la salud de la población, se debe promover en los espacios territoriales locales una verdadera articulación de los sistemas institucionales con los tradicionales, de tal manera potencializar los esfuerzos, recuperar la riqueza de la tradición de los pueblos y adecuar las instituciones de salud para dar mejores respuestas<sup>4</sup>.

La diferencia de actitud frente al nacimiento y al dolor puede verse afectado entre las clases sociales, en el caso de mujeres de clase

obrero parece que dan escaso valor al significado del parto, pues la preocupación sobre el nacimiento se limita a que se produzca lo más rápidamente posible y con la mayor seguridad, igualmente se da cierta importancia a que se reduzca el dolor y permita a la parturienta mantener su dignidad.

Las mujeres de clase media, por su parte se focalizan a menudo sobre la naturaleza de la experiencia del nacimiento considerada como su propio derecho, como alguien que tiene un potencial que quiere desarrollar plenamente, con el mínimo de intervencionismo y analgesia.

Estas diferencias en la actitud hacia el nacimiento y el dolor del trabajo del parto entre clases sociales, interactúan con la conducción de estrategia obstétrica y pueden tener efectos profundos sobre la experiencia del dolor, lo que puede crear para algunas mujeres insatisfacción en la atención recibida<sup>4</sup>.

Servicio: se define como el conjunto de acciones realizadas para atender al usuario (a) a fin de proporcionar lo que desea, incluyendo la satisfacción de sus necesidades menos obvias<sup>5</sup>.

Servicio de salud : influyen en el proceso salud – enfermedad de muchas maneras; pero esta influencia solo pueden ser ejercida si existen demanda sobre estos servicios y si las condiciones de ofertas se dan adecuadamente<sup>5</sup>.

Satisfacción: Es la expectativa que tiene cada paciente, la cual es única y esta sujeta a cambios durante el proceso de su estancia en la institución. Teniendo como resultado la satisfacción completa, parcial o incompleta.

Satisfacción del usuario: la definición es muy sencilla el usuario (a) está satisfecho si sus necesidades reales o percibidas son cubiertas o excedidas.

El ministerio de salud de Nicaragua, actualmente en su proceso de modernización manifiesta su preocupación sobre la atención integral de las personas, es por eso que la calidad de la atención es un

componente prioritario que requiere de especial interés, debido principalmente a que en esta sociedad los aspectos relacionados con la opinión del (a) usuario (a) han sido considerados como una responsabilidad propia del paciente, dejando prácticamente de considerar la importancia de las actitudes, practicas y responsabilidad que son propia de los usuarios (a) y de la comunidad<sup>5</sup>.

Una de las formas de mejorar la satisfacción a los servicios de salud, se da al atender quejas y sugerencias expresadas por el usuarios (a) o su familia. El personal de salud debe considerar las circunstancias en que se produce la atención de los pacientes, comprendiendo la complejidad de muchas situaciones, lo que permitirá a las instituciones de salud y a su personal tener una actitud de mayor aceptación, ofrecer condiciones de accesibilidad, un ambiente cálido y saludable con una atención de mayor calidad técnica y humana favoreciendo al usuario<sup>5</sup>.

La calidad: se define como el conjunto de propiedades y características de un producto apropiado para cumplir con la exigencia del mercado.

Otros la definen, como la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas. La calidad de prestación de los servicios de salud tiene como uno de los principales indicadores de salud, la tasa de mortalidad materna e infantil<sup>6</sup>.

La OPS / OMS propone como definición de calidad de las instituciones con:

- alto grado de satisfacción parte de los (a) usuarios (a) externos.
- un mínimo de riesgo para los (a) usuarios (a) internos y externos.
- Alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos de la institución.

El acceso a servicios de salud: no significa solo el uso de servicio, sino que debe ser entendido como la interacción de dos conjuntos de

características individuales o familiares y del sistema de salud. Este no solo comprende el componente geográfico o físico sino dimensiones económicas, socio-culturales y psicológicas que pueden limitar la accesibilidad<sup>6</sup>.

Por lo general, en la prestación de servicios de salud, la satisfacción del (de la) usuario(a) externo(a) es definida como la comparación continua que realiza cada persona, entre sus propias expectativas y la percepción de la calidad del servicio que recibe.

En la actualidad, la medición de la satisfacción de los(as) Usuarios(as) externos(as) es considerada como un componente imprescindible de garantía de calidad.

La plena satisfacción de los(as) usuarios(as) es uno de los resultados más importantes de brindar servicios de buena calidad, y de esto depende que el (la) usuario(a):

- 1) busque o no la atención en salud.
- 2) siga o no las instrucciones del prestador de servicios de salud.
- 3) regrese o no donde el prestador de servicios de salud.
- 4) Invite o no a otros a procurar la atención en salud.

Sin embargo, la satisfacción del usuario(a) no sólo depende de la calidad de los servicios, sino también de las expectativas que tenga el (la) paciente. Si sus expectativas son bajas, o tiene acceso limitado a los servicios, puede que esté Satisfecho(a) con servicios relativamente deficientes. Se incluye en este sentido, la ausencia o el débil enfoque de género en el diseño del servicio o en la prestación del mismo, lo cual refuerza el efecto de la inequidad en la atención a la mujer.

La palabra cultura: es la forma particular de vida de una sociedad concreta.

La cultura nos suministra “datos” o “claves” que nos permiten entender y anticipar el comportamiento de los demás, conocer como debemos

de responder a el y es algo aprendido mas que transmitido biológicamente llamada herencia social de la sociedad.

Las relaciones exteriores entre los seres humanos están siempre estructuradas a base de expresiones elaboradas, pero perfectamente definidas de estimación y respeto; que no siempre están de acuerdo con los sentimientos internos del individuo. Cuando la gente se encuentra ante nuevas oportunidades, su aceptación o repudio depende no solo de los valores culturales básicos, del aspecto favorable de las relaciones sociales y de las posibilidades económicas, sino también de factores psicológicos.

Cuando el médico y el paciente se encuentran en una situación de conflicto de culturas, a veces no se logran entender mutuamente, porque cada uno espera del otro un comportamiento distinto debido a las experiencias vividas, Por lo que la percepción distinta y la deficiencia en la comunicación puede construir barreras<sup>7</sup>.

Interculturalidad: La OPS señala como una relación entre diferentes culturas que se realiza con respeto y horizontalidad.

En esta relación intercultural lo que se quiere favorecer es el entendimiento mutuo, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo de la otra; es decir que esta basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respetar sus particularidades<sup>8</sup>.

La Interculturalidad en salud: supone el desarrollo de procesos donde los pueblos originarios expresen la voluntad de encontrarse en una relación horizontal con salud occidental, en donde se encuentran diversas forma de entender y enfrentar el proceso salud – enfermedad<sup>8</sup>.

### **Salud sin límites del Perú entiende:**

La interculturalidad en salud, como el conjunto de acciones, estrategias y políticas que buscan incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud.

Supone el respeto y la valoración mutua entre las diferentes culturas, implica diálogo e intercambio de conocimientos y prácticas beneficiosas de salud entre el sistema biomédico y las comunidades a las que les sirve.

En este sentido involucra la participación de la comunidad para dar forma a los servicios de salud. Contar con servicios culturalmente adecuado es un derecho de los usuarios.

La realidad aportada por los movimientos migratorios, hace que los profesionales sanitarios nos encontremos ante nuevas situaciones de diversidad cultural, de variabilidad y heterogeneidad en las demandas y expectativas en cuanto a la salud. En lugar de constituir una situación conflictiva y acarreadora de problemas, debería encauzarse hacia el diseño de estrategias sensibles a la diversidad de los contextos socioculturales y económicos<sup>8</sup>.

Las diferencias manifestadas por estas minorías, que en ocasiones son origen de discursos de incompreensión por parte de los profesionales sanitarios, pueden ayudarnos a comprender que nuestro modo de ver las cosas no es el único, el mejor, ni el “natural”. Esta reflexión nos permitirá establecer una atención sanitaria adecuada a las necesidades de cada mujer<sup>8</sup>.

Se trata de un reto que requiere de un cambio cognitivo del personal sanitario, así como una mayor formación antropológica, se deberían potenciar actitudes de respeto y dotar de relativismo cultural los contenidos de las manifestaciones culturales distintas, siempre que respeten los derechos humanos y la dignidad de las personas.

Por otro lado, es importante que los profesionales trabajemos el tema de la interculturalidad, a fin de fomentar la “sensibilidad cultural” y el respeto mutuo. Se toma el modelo biomédico como hegemónico, como el mejor de los modelos, con una falta de reflexión sobre los sesgos culturales del propio sistema.

Para poder ser sensibles a la diversidad cultural, sería importante que los profesionales hiciéramos el esfuerzo de reflexionar y tomar conciencia de la cultura implícita en nuestras instituciones sanitarias,

ya que las manifestaciones, expresiones y costumbres con respecto a la salud enfermedad cambian de una cultura a otra, e incluso dentro del mismo sistema cultural, estaremos en una posición mas favorable para entender a las mujeres que atendemos ya sea del área urbana o rural<sup>8</sup>.

**El parto lo definen:** Como una serie de contracciones uterinas rítmicas y progresivas que gradualmente hacen descender el feto por el cuello uterino y la vagina hacia el exterior<sup>9</sup>.

**Parto institucional:** es aquel parto atendido dentro del servicio de salud o fuera de este por el personal médico.

**Parto domiciliario:** son aquellos atendidos en el domicilio por parteras, familiares, capacitados o no.

**Parturienta:** mujer en trabajo de parto.

**Atención del parto:** a lo largo de la existencia humana el parto no ha cambiado, el proceso corporal de la reproducción sigue siendo el mismo pero en diferente sentido, la capacidad que se tiene ahora de preservar y cuidar la vida, la manipulación en el proceso reproductivo ha influido en actitudes culturales, por tanto las percepciones del parto si cambian pero el proceso no.

A través de la historia, los diversos grupos socioculturales otorgan un gran significado al parto (visto como el evento central de la vida rodeado de ritos, reglas y tabú), encaminado a proporcionar seguridad a la madre y al feto, las prácticas que se realizan se sustentan, en diferentes percepciones culturales y estos hace que el parto se vea de manera diferente en el mundo<sup>9</sup>.

Los diferentes enfoques del parto muestran como las creencias culturales subyacen sobre la mujer y el parto, lo cual determina la forma en la que se conducen el trabajo de parto. Las prácticas modernas en la atención del parto son la resultante de acontecimientos históricos, socio-culturales y políticos.

En el sistema tradicional de atención hospitalaria, el cuidado de la mujer pasa a depender de otros, mediante una serie de intervenciones que pueden alterar el proceso físico y psicológico de la mujer en trabajo de parto, es alejada de su ambiente familiar a un ambiente hospitalario que no favorece al bienestar emocional, considerándosele como una enferma y confinada a la cama; la familia de la mujer no está contemplada en la estructura del sistema hospitalario, hay reglas y horarios de visita dejando debilitado el soporte familiar y social.

**Significado del parto:** En un estudio realizado sobre las percepciones del parto con mujeres de diferentes culturas, el parto fue visto como una experiencia agri dulce, con sentimientos de amor y desafíos del dolor que culminan con el nacimiento de un niño; las palabras utilizadas para describir el evento incluyeron abrasador, punzante, caliente, cansado agotador, intenso, dar a luz fue visto como algo difícil con todo el respaldo de la experiencia.

Los aspectos fisiológicos del parto se pueden considerar los mismos para todas las mujeres, pero el significado es increíblemente diferente, en el se encuentran creencias socio-culturales e incluso tradiciones; por lo que el significado del parto es muy particular en una determinada cultura<sup>9</sup>.

La experiencia del parto, se ha descrito como un evento significativo de poderosa importancia psicológica en la vida de una mujer, la manera de cómo la mujer responde ante todo esto está determinada por 2 factores:

- 1- la experiencia de vida previa, la vida familiar, el círculo de amistades, la influencia de la cultura.
- 2- el apoyo emocional que reciba en el momento del parto, incluida la amabilidad, respeto, y consideración, influyen en las habilidades de esa mujer para reforzar su auto imagen.

Se realizaron varios estudios sobre el significado de la experiencia del parto observándose tres grupos de variables que pueden influir:

- Relativamente constante: las creencias y valores culturales, la edad, la educación, la clase socioeconómica, la personalidad y el sistema espiritual de creencias.
- VARIABLES EN LAS QUE PUEDE INFLUIR EL MEDICO: niveles altos de estrés, ansiedad, sentimiento de dominio y control, ambiente del parto.
- variable en las que puede o no influir el medico: dependiendo de la situación, factores de riesgo obstétricos y tipo de alumbramiento.

Por lo que sugieren un tipo de plan de atención individualizada, con la finalidad de disminuir la influencia negativa en la experiencia del parto.

Se observa una asociación fuerte entre cultura y las creencias de las mujeres sobre la conducta relacionadas con el dolor del parto el cual es una experiencia única para cada mujer en particular, como la mujer percibe y da significado de su dolor estará relacionado con las conductas establecidas culturalmente .

Según CHOLIZ, las concepciones del dolor han variado de una época a otra dependiendo de las creencias y actitudes científicas del momento, se han entendido como una sensación corporal, reacción a diferentes estímulos.

Descartes: explicaba el dolor como la existencia de fibras específicas que detectaban el dolor diferenciando entre sensación nociva y no.

Callister : Señala que las mujeres que dan a luz dentro de un contexto socio-cultural que afecta percepciones psicosociales y fisiológicas de dolor, refiere una fuerte asociación entre cultura y creencia de las mujeres sobre las conductas relacionadas con el dolor de parto<sup>9</sup>.

El parto representa una de las experiencias de mayor dolor que acompaña al proceso fisiológico normal del nacimiento del niño. El parto puede verse de diferentes puntos de vista como una crisis, como una tarea de desarrollo, o como el primer acto de la maternidad.

La técnica y la tecnología han sido y son utilizadas en muchas oportunidades con argumentos de intervención profesional, provocando una alteración en la trama vincular; se transforma así la atención del embarazo y parto, en episodios en los que la pérdida de individualidad, intimidad y escucha dan lugar a una sucesión de rutinas e intervenciones médicas, que en ocasiones son innecesaria. Por lo cual se elaboró el decálogo de los derechos de la mujer embarazada, con el cual se intenta restablecer los conceptos de dignidad, respeto, placer, y tolerancia.

### **Percepción y actitud ante el dolor durante las contracciones de parto.**

La percepción y expresión del dolor está construida socio-culturalmente. En algunas culturas se insta a que la mujer de parto permanezca en silencio, mientras que en otras se les permiten manifestar el dolor. Observamos, en general, que las mujeres denotan miedo, otras suelen tener menos inhibiciones, manifestando el dolor de una manera más patente, e incluso exacerbada. A veces se quejan y lamentan ruidosamente, con movimientos corporales activos, aunque no estén en fase activa de parto.

Además de cuestiones de índole cultural, en la percepción del dolor pueden influir factores tales como: las informaciones previas al parto, las condiciones psico-sociales que las mujeres padecen, encontrarse en un contexto distinto al de su origen puede aumentar el miedo al proceso del parto, la soledad y la ausencia de apoyo emocional las predispone a presentar una tolerancia más baja al dolor<sup>9</sup>.

**Bollen y colaboradores,** Afirman que numerosos investigadores enfatizan en que el efecto de los factores individuales varían de acuerdo al contexto de la comunidad, disponibilidad y aceptabilidad de servicios de salud, son dimensiones importantes que facilitan el uso de atención calificada durante el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo hay mujeres que prefieren los partos en casa, con atención de partera y hay quienes buscan ayuda profesional y parto institucional; la primera elección serian la tradición o costumbres locales (ejemplo: permitirle a la mujer estar parcialmente vestida y elegir la posición en el parto). En el caso de la segunda elección

estarían el conocimiento de los beneficios proporcionados en el servicio de salud, como la capacidad de este para manejar complicaciones.

**Según Shiffman**, identifica tres perspectivas en los determinantes de la mortalidad materna: La perspectiva de salud promovida por acciones de mortalidad segura dirigida a la disponibilidad y uso de los servicios de salud materna, la perspectiva del desarrollo económico y el empoderamiento de la mujer que enfatiza la posición de la mujer en la sociedad, la cual es la mejor manera de tener una maternidad segura.

La morbi-mortalidad materna y perinatal, es uno de los principales problemas de salud pública a resolver, sin embargo la reducción y control no se da únicamente en garantizar la atención, se debe garantizar la calidad de atención de los servicios de salud materna tomando en cuenta el escenario cultural y socio –económico. Se deberá incluir factores al fortalecimiento del sistema en los diferentes niveles de atención, haciendo posible una atención mas humana y de mejor calidad.

Aunque la mortalidad y morbilidad maternas afectan a las mujeres de todos los estratos sociales y económicos, mueren un número desproporcionadamente elevado de mujeres pobres y analfabetas, quienes en su mayoría residen en zonas rurales. Las complicaciones del embarazo y parto son una causa importante de mortalidad.

Las mujeres en edad reproductiva, especialmente la de los países en desarrollo, están expuesta a un gran número de factores de riesgo relacionados con Morbi-Mortalidad Materna y perinatal; se han identificado y clasificado estos factores de riesgo de la siguiente forma:

-Biológicos: edad, raza, estatura, estado Nutricional .etc.

-Médicos: enfermedades preexistente, Diabetes, Hipertensión, Antecedentes de enfermedades Obstétricas (en el embarazo, parto y puerperio).

-De comportamiento (relacionados con educación y cultura); hábitos alimenticios.

-Toxico: (consumo de alcohol, tabaco, u otros tipos de sustancias).

-Sociales: niveles Socio-económico, escolaridad etc<sup>9</sup>.

-Relacionados con los servicios de Salud: accesibilidad, calidad, y eficacia de los servicios de salud.

**Trabajo de parto**; se inicia cuando el feto tiene la madurez suficiente para soportar la vida fuera del útero.

Cuningham: refiere la expulsión del feto, que comprende conjunto de todos los procesos fisiológicos del nacimiento, los pródromos, la preparación y el proceso de recuperación de la mujer.

Redde: El trabajo de parto se refiere a la serie de proceso mediante los cuales la madre expulsa al producto a través de cuatro etapas:

**Primera etapa**: inicia con la primera contracción verdadera y culmina cuando el cuello uterino este completamente dilatado este se divide en fase latente y fase activa.

En la fase latente: se perciben en la región lumbar sensaciones que al transcurrir el tiempo se pasan hacia delante abarcando la parte anterior del abdomen, estas contracciones son cortas, ligeras, irregulares, con intervalos entre 5 y 30 minutos con duración de 10 a 30 segundos, el cérvix se ablanda y se adelgaza, provocando una dilatación hasta de 4 cm.

Borramiento cervical: es el acortamiento del canal del cérvix donde los rebordes del orificio uterino se elevan de tal forma que el canal endocervical forma parte del segmento inferior del útero, cuando es primer embarazo el borramiento se efectúa completamente antes de comenzar la dilatación y en las multíparas la dilatación se efectúa antes que termine el borramiento.

Dilatación del cérvix: es el aumento de tamaño del orificio cervical, desde unos cuantos milímetros hasta aproximadamente 10 cm. la manera de cómo están ordenadas las fibras musculares tiran de los bordes, lo que tiende a abrirlo; Esta elongación mecánica del cérvix intensifica la actividad uterina.

Fase activa: inicia con el trabajo de parto activo y termina cuando la dilatación se ha completado, las contracciones son moderadamente fuertes y duran 30 a 90 seg, Como promedio 1 minuto y se presenta cada 2 a 5 minutos, cuando la dilatación progresa de 8 a 10 cm. Las contracciones alcanzan su intensidad máxima. Este periodo es llamado de transición y es el momento mas doloroso y difícil.

**Segunda etapa:** abarca desde la dilatación completa hasta el nacimiento del niño, las contracciones suelen ser fuertes y prolongadas, duran entre 45 y 90 seg, a intervalos de 2 a 3 minutos, durante esta etapa participan 2 tipos de fuerzas:

Contracción uterina y presión intraabdominal; los músculos por reflejo comienzan a funcionar simultáneamente a la contracción, entonces la mujer puja lo cual provoca presión en el periné y el recto.

Hacia finales de esta etapa la presión de la cabeza en su descenso provoca que el ano quede en eversión, el perineo comienza a abultarse, la piel queda tensa y brillante, mientras la vulva se dilata y gradualmente se va convirtiendo de forma ovoide a una forma redonda, con el cuero cabelludo del feto asomado por la apertura.

**Tercera etapa:** inicia desde el nacimiento del niño hasta el alumbramiento de la placenta y membranas. Esta etapa tiene 2 fases: separación de la placenta; la que ocurre a medida que el útero se contrae, se disminuye el área de unión de la placenta lo que produce pliegues y la consecuente separación de la placenta, y es expulsada cuando la madre puja.

**Cuarta etapa:** es considerada la primera hora del puerperio en donde se restaura la estabilidad fisiológica de la mujer<sup>9</sup>.

***Existen derechos de la mujer embarazada para mejorar la calidad y calidez en la atención del parto:***

-A una experiencia digna, sagrada, gratificante, profunda y con amor. El parto nunca debe verse como rutinario y mecánico por quienes lo atienden.

-A un parto en privacidad física y emocional íntimo y tranquilo. Hacer tactos vaginales como una rutina es una violación contra los derechos fundamentales para tener privacidad y auto-protección. Crear un ambiente de intimidad y seguridad con luz baja y tranquilidad es un derecho fundamental por un buen parto y nacimiento<sup>10</sup>.

-Derecho a pedir participación de su pareja. El embarazo y el parto fueron históricamente cosas de mujeres pero esta situación está cambiando por que se transformó la relación de pareja. En efecto, la cultura que impuso roles fijos estereotipados de varón fuera de la casa y la mujer dentro. Excluyó a la mujer del desarrollo personal y al varón del vínculo afectivo con sus hijos.

-Derecho a tener miedo: el miedo al movimiento, a las malformaciones fetales, al dolor, al sufrimiento y a la muerte materna o del bebé, son emociones que con mayor o menor intensidad y negación acompañan a la embarazada. Si se analizan los orígenes y momentos en que estos temores aparecen, La embarazada podría aceptarlos y buscar atención afectiva y respuesta adecuada.

-Derecho a elegir: es importante la elección del médico, equipo, y del lugar del parto, porque el parto se da pocas veces en la vida la cual tiene tal intensidad emocional que vale la pena vivirla de la mejor manera posible.

-Derecho a sentirse dueña de su cuerpo: A medida que se desarrolla el embarazo el esquema corporal se altera cotidianamente, también van cambiando el eje del equilibrio, el peso y metabolismo, lo cual crea dificultad para reconocerse, porque se da una transformación que no cesa, provocando cambio no solo físico, sino emocional.

-Derecho a no someterse a rutinas innecesarias: es en el momento del parto donde surge con toda claridad las violencias de las rutinas, pero solo para aclarar que cada una puede llegar a tener una indicación precisa en determinado momento. Por ejemplo:

- usos de enemas, solo en caso de constipación.

-uso de oxitocina solo cuando existe alteración de la dinámica contráctil

-para que romper las bolsas de las aguas. A fin de acelerar el proceso de dilatación, si esta elástica membrana protege la cabeza del bebé de serios esfuerzos al apoyarse sobre el cuello del útero<sup>10</sup>.

-para que impedir que la parturienta se levante, se mueva, o pueda ir al baño o tome líquidos si tiene sed. Todos conocemos la frase terminante de la enfermera “póngase el camisón y métase en la cama”.

-La prematura realización de anestésico en zonas vulvar (que edematiza los tejidos e impide su distensión con la consiguiente episiotomía sin esperar exactamente el instante adecuado.

-Derecho a sentir dolor y placer: en el Parto hay estímulos que se originan en el cuello durante la dilatación, otros que se producen por el pasaje del bebé a través de la vagina y la comprensión de los tejidos vecinos y por fin los que se producen en el nacimiento por la salida a través de la vulva.

-Derechos a expresarse según su necesidad: “Dejarse fluir” es fundamental también para el placentero desarrollo del parto, movimientos, voces, sonidos, miradas que convierten además en la posibilidad de comunicar lo que se siente.

-Derecho al vínculo inmediato con su hijo: En la sala de parto el pediatra sostiene una tela estéril en sus manos y en cuanto el bebe nace, lo toma, corta el cordón y sale corriendo con el mientras lo frota entusiastamente cuando quienes lo asisten intervienen separándolos rápidamente, provocando en ambos una sensación de vacío.

El parto rompe el equilibrio del embarazo generando una situación de ansiedad que es máxima en ese momento, la impronta de los primeros minutos de contacto llamada "apego" es fundamental para este vínculo<sup>10</sup>.

-Derecho al buen trato: La agresión franca que se puede jugar en la sala de parto sería extensa de describir pero el bueno o el mal trato suele ocurrir desde el embarazo. Desde la primera consulta se pone en evidencia el respeto o todo lo contrario. Un médico que dedique diez minutos, que ni siquiera recuerda su nombre, que no da espacio para preguntas, ni da respuestas, la inquietud cada vez más generalizada sobre esta sucesión de maltratos han determinado la aparición de distintos rótulos, denominaciones o modelos de asistencia o modelo de parto (parto sin violencia, parto vertical, parto en el agua, parto natural, parto humanizado, etc.)

No hay modelo que aseguren todo lo mejor, la alternativa es considerar a la mujer en su integridad de cuerpo, emociones y pensamientos.

El parto no es seguro cuando los deseos de la madre toman un segundo lugar frente a las rutinas de quienes asisten el parto, es importante que los profesionales en salud trabajemos el tema de interculturalidad para fomentar la sensibilidad cultural y el respeto mutuo<sup>11</sup>.

La solución no debe ser solamente de los servicios de salud, sino en esfuerzo conjunto con las mujeres, las familias, las comunidades, la sociedad civil y los gobiernos, que deben construir un medio ambiente protector que contribuya con la Maternidad Saludable<sup>12</sup>.

## ***Diseño metodológico***

### **Área de Estudio:**

El Municipio de San Dionisio está ubicado a 37 km de la cabecera departamental de Matagalpa.

Limites: al norte con el municipio de Matagalpa, al sur con el municipio de terrabona, al este con los municipio de Matagalpa y Terrabona, y al oeste con el municipio de Esquipulas.

Población: es de aproximadamente 23,500 habitantes distribuidos en área urbana (5barrios) y rural (15comarcas).

El centro de salud está ubicado en el casco urbano, cuenta con una red de servicio de 5 puesto de salud ubicado en las comunidades de los Limones, Junquillo, Carrizal, Ocote arriba y Susuli, siendo estos atendidos por auxiliar de enfermería; el horario de atención es de 8 a12 am y de1 a 5 pm, de lunes a viernes, los fines de semana se atiende por medico de turno las 24 hrs del día, con presencia física.

La principal actividad económica es la agricultura de granos básicos como: frijol, maíz, trigo, cultivo de café, seguido de la ganadería y en el casco urbano es el comercio local.

Este municipio cuenta con una casa materna que le sirve de enlace con las mujeres embarazadas de las comunidades más alejadas y menores recursos económicos.

### **Tipo de estudio:**

Para alcanzar los objetivos se realizo una combinación de diseños cuali-cuantitativo de la siguiente manera:

Para el objetivo1: se formaron 3 grupos focales cada uno conformado por 8 mujeres. El primer grupo lo conformaron mujeres que fueron atendidas por parto en el año 2008. El segundo grupo estuvo conformado por mujeres mayores de 40 años que tuvieron parto domiciliar y el tercer grupo lo conformaron mujeres de 20 a 30 años que fueron atendido por parto en años anteriores en la unidad de

salud, datos que fueron tomados del libro de parto que nos facilitaron en el centro de salud.

Estas mujeres fueron seleccionadas e invitadas a participar de forma voluntaria previo consentimiento informado.

Para el objetivo 2, se realizó una entrevista a profundidad al personal médico y de enfermería, que labora en dicho centro de salud y que atienden partos, los cuales son en total 15 personas, previo consentimiento informado.

Para el objetivo 3, se realizó encuesta de satisfacción a 100 mujeres que tuvieron su parto en esta unidad de salud, en algún momento de su vida y que acudieron al centro de salud por consulta en el periodo de la recolección de la información.

#### **Recolección de la información:**

Se solicitó permiso al director y personal de salud que labora en dicho centro, además de las mujeres estudiadas.

Para el grupo focal se seleccionó un animador que condujo la sesión de trabajo explicando la metodología a seguir, siendo anónimo y confidencial; se explicó a las usuarias su participación y se animó a que todo el grupo diera su punto de vista, siendo los datos grabados y transcrito para su análisis de contenido.

Para el personal de salud se realizó una entrevista a profundidad, para lo cual se diseñó una guía de preguntas haciendo énfasis en la importancia de la realización del estudio en el municipio.

También se estructuró un formulario de preguntas de selección múltiple para las encuestas, las cuales se hicieron a cada mujer que salía inmediatamente después de la consulta.

El levantamiento de la información se realizó durante 7 días, durante el mes de Diciembre 2008.

#### **Plan de análisis:**

Para el objetivo 1 y 2, el análisis realizado consistió en la transcripción de la grabación y el análisis de contenido de los mismos, los resultados se presentan en diagrama y resumen de contenido.

Para el objetivo 3, se procesaron y analizaron los datos en el programa SPSS versión 15.0, donde se analizaron los datos usando distribuciones porcentuales de las variables enunciadas y sus resultados son presentados en cuadros y gráficos.

## **OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

**Construcción cultural:** Es la forma como las personas consideran y prefieren ciertas cosas o situaciones (la atención del parto) desde dentro de sus valores mas profundos.

**Abordaje cultural del parto:** es lo que entiende el personal de salud de acuerdo a las necesidades culturales del parto.

**Satisfacción:** Es la expectativa de cada paciente, la cual es única y esta sujeta a cambios, durante el proceso de su estancia en la institución;  
teniendo como resultado la satisfacción completa, parcial e incompleta.

## **Resultados de encuesta de satisfacción realizadas a 100 mujeres durante la atención recibida en el parto en el Centro de Salud de San Dionisio –Matagalpa, 2008.**

Según los resultados obtenidos, por grupo de edad la mayor parte de la población femenina son jóvenes, siendo el grupo de edad más relativo el de 26 a 30 años con un 27 %, seguido del grupo de 21 a 25 años con un 26%, el grupo de 16 a 20 esta representado por un 18% y en menor porcentaje se encuentran los grupos de 31 años a mas, lo cual nos refleja que la estructura de la población de San Dionisio es joven y puede estar asociado a la alta tasa de natalidad.(ver grafico N°1)

Con respecto a la procedencia observamos que el mayor porcentaje de la población femenina que acude al centro de salud es del área rural con un 79%, en comparación con el área urbana que son el 21%; esto nos refleja que la población de San Dionisio es eminentemente rural. (Ver cuadro N° 1)

En cuanto a la religión podemos ver que la mayor parte de estas mujeres se identifican con la religión católica en un 57%, seguida de la religión evangélica con un 32%, y un menor porcentaje no se identifican con ninguna religión equivalente al 11%.(Ver cuadro N°1)

Todas las personas que acuden al centro de salud son de Etnia Mestiza.

Con respecto al estado civil podemos observar que la mayor parte de la población de San Dionisio se encuentran casadas con un 42%, y en unión libre 37% y en menor porcentaje son madres solteras con un 21%.Estos datos son similares a los obtenidos por el INEC (\*).(Ver cuadro N°1)

En cuanto al nivel de escolaridad de estas mujeres podemos observar que la mayoría tiene bajo nivel de escolaridad, ya que la educación primaria sobresa en un 43%, seguido del Analfabetismo con un 28 %.(ver grafico N° 2)

(\*) El INEC refiere una tasa de natalidad de 2.6% anual.

-El 85.9% de la población de San Dionisio es rural.

-El 84.4% de los hogares rurales son precedido por hombres y el 16% tienen jefatura femenina

-El 44.4% son analfabetas<sup>13</sup>.

También es importante resaltar que en la mayoría de las mujeres encuestadas han tenido de 1 a 3 embarazos con un 73%, y el 27% de 4 a más embarazos. (Ver cuadro N.1).

En relación al tiempo de accesibilidad, la mayoría de las mujeres refieren, que no les gusto la distancia que les toco recorrer 33%, desde su casa hasta el centro de salud, ya que viven en comunidades alejadas donde no hay medios de transporte; otras opinan que les gusto bastante 22%, ya que fueron trasladada en ambulancia y por que procedían de lugares cerca del casco urbano. (Ver cuadro N°2)

Con respecto al tiempo de espera la mayoría de estas mujeres refirieron, que no esperaron nada para ser atendidas con un 44%, mientras que una minoría refirió que esperaron bastante para ser atendidas 17%. (Ver cuadro N°2)

En cuanto al trato recibido un 65% de estas mujeres refirieron que el personal médico les brindo bastante confianza durante la atención de su parto y un 4% refirieron que no les brindaron confianza. (Ver cuadro N°2)

Además un 56% menciona que les explicaron bastante los procedimientos que se les realizaron durante la atención de su parto y un 15% refirió que no les explicaron nada. (Ver cuadro N°2)

Un 39% de las mujeres que se le atendió su parto en el centro de salud refirieron que les implico bastantes gastos parir a su hijo en esta unidad de salud, en lo que respecta al pasaje y alimentación y un 43% no gastaron nada. (Ver cuadro N°2)

También con respecto a la cultura y creencia de dichas mujeres el 10% se identifico bastante con la atención recibida y un 25% no se sintió identificad. (Ver cuadro N°2)

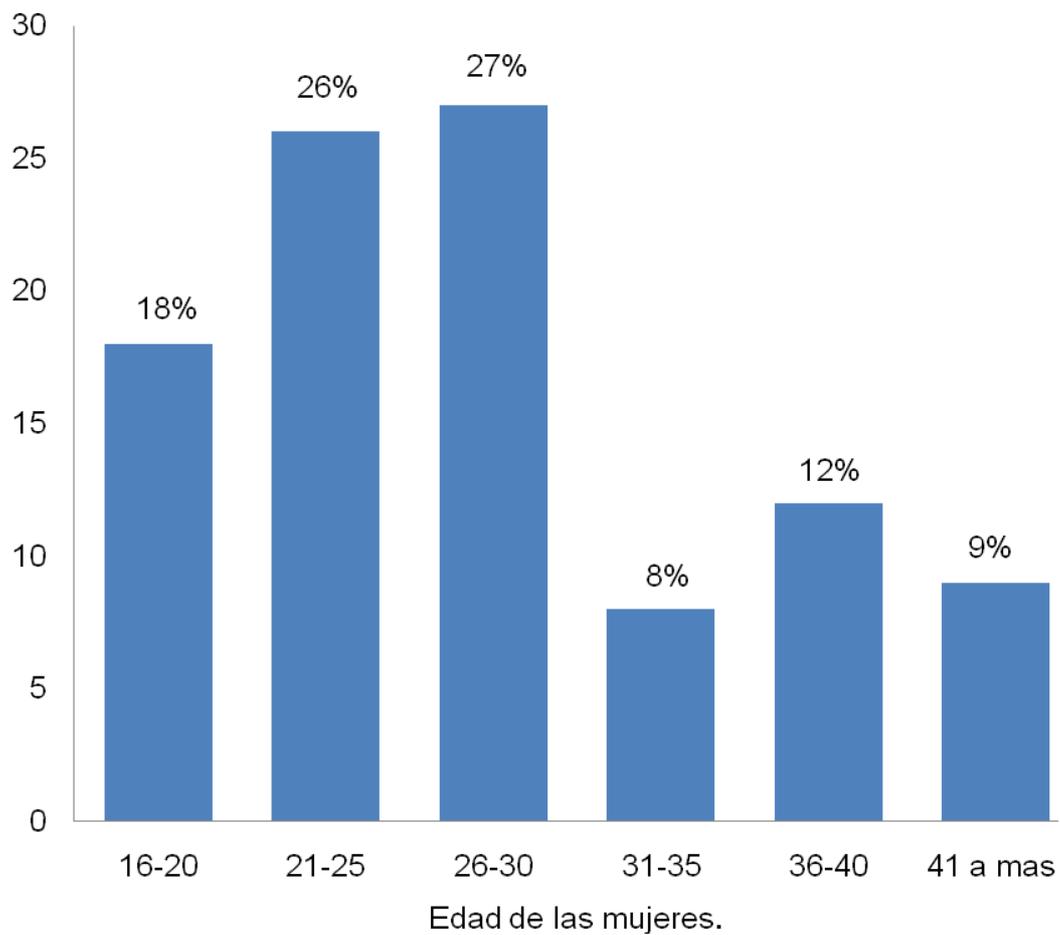
### CUADRO N°1

***Características generales de las 100 mujeres encuestadas para conocer la adecuación cultural para la atención del parto institucional en el municipio de San Dionisio –Matagalpa, 2008.***

<b>Variable</b>	<b>Numero</b>	<b>Porcentaje</b>
<b><u>Procedencia</u></b>		
Urbano	21	21%
Rural	79	79%
<b><u>Religi3n</u></b>		
Cat3lica	57	57%
Evang3lica	32	32%
Ninguna	11	11%
<b><u>Estado Civil</u></b>		
Uni3n libre	37	37%
Soltera	21	21%
Casada	42	42%
<b><u>Numero de embarazos</u></b>		
1 a 3	73	73%
4 a 6	17	17%
7 a mas	10	10%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

### Grafico N°1.

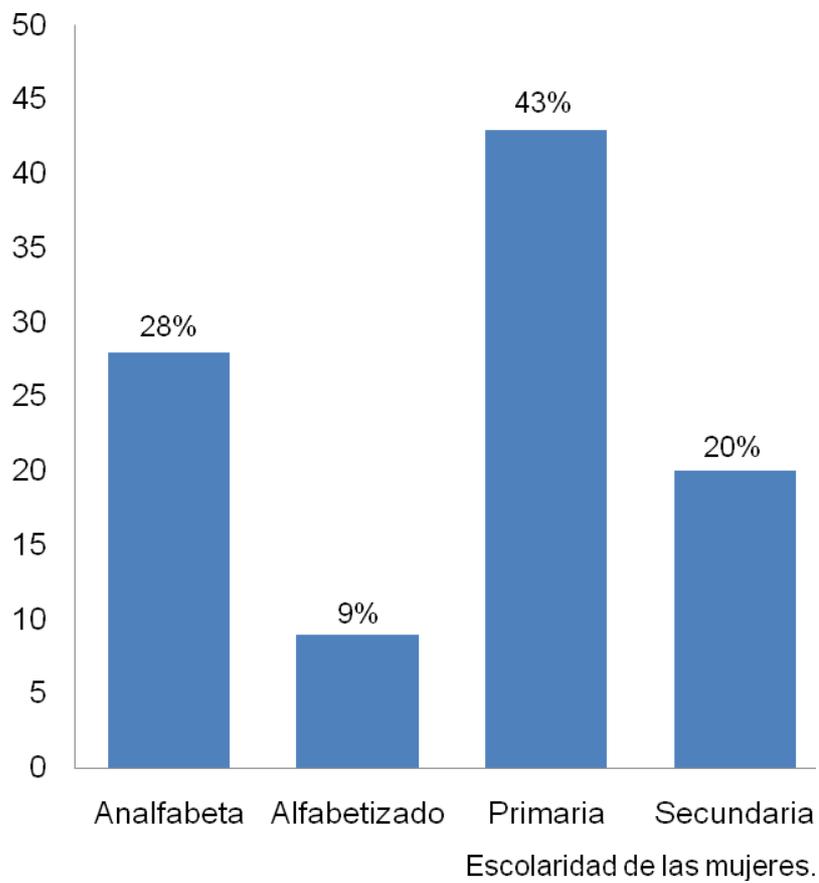
**Grupo etario de las mujeres encuestadas para conocer la adecuación cultural para la atención del parto institucional en el municipio de San Dionisio Matagalpa 2008.**



Fuente: la encuesta.

## Grafico N 2.

**Escolaridad de las mujeres encuestadas para conocer la adecuación cultural para la atención del parto institucional en el municipio de San Dionisio – Matagalpa 2008.**



Fuente: la encuesta.

**Cuadro N°2**

**Resultado de encuesta de satisfacción realizada a 100 mujeres durante la atención recibida en el parto en el centro de salud de San Dionisio-Matagalpa, 2008.**

Pregunta	Que tanto le gustó				
	% Bastante	% Algo	% Poco	% Nada	total
1- ¿Qué tanto le gustó la distancia que le toco recorrer para ir embarazada a parir a la unidad de salud?	22	18	27	33	100
2- ¿Qué tanto tiempo espero usted para recibir la atención de su parto en el centro de salud?	17	6	33	44	100
3- ¿Qué tanta confianza le brindo el personal médico durante su parto?	65	21	10	4	100
4- ¿Qué tanto le explicaron los procedimientos que se le realizaron durante su parto?	56	22	7	15	100
5- ¿Qué tanto gasto le implicó el haber parido su hijo en la unidad de salud?	39	6	12	43	100

6- ¿Encuentra usted alguna identificación de su cultura y creencia con respecto a la atención recibida durante su parto?	10	30	35	25	100
--	----	----	----	----	-----

***Resultados de entrevista realizada al personal de salud del municipio de San Dionisio.***

**Al preguntar si ha platicado con mujeres embarazadas sobre cómo les gustaría que le atendieran su parto;** la mayor parte del personal de salud refirieron que a todas las mujeres embarazadas que llegan a parir al centro de salud, les dan indicaciones sobre la posición al parir y también se brinda recomendaciones normadas por el MINSA. “Se les explica lo que es mejor para ella y su bebe”.

Un personal de enfermería refiere “En realidad seria mentir que a las mujeres se les pregunta ese tipo de información, pero considero que es de mucha importancia hacerlo”.

**Al preguntar si a las mujeres de este municipio les gustaría que le atendieran de forma diferente a como la atendemos;** algunos opinan que las mujeres “se sienten bien a como las atendemos en el centro de salud”, otros refieren que algunas mujeres les gustaría que le atendieran de forma diferente, “se quejan de la posición que se les pone en el centro de salud al momento del parto”;ya que a algunas les gustaría de otra manera, como en posición “sentada o de rodilla”, según como ellas están acostumbradas en sus partos anteriores.

Además mencionan que les gustaría ser atendidas por personal femenino, y que no le realicen episiotomía ya que ellas refieren “no quedan igual”.

**Cuando les preguntamos si hay una forma específica de cómo una mujer aprende a parir según su cultura;** la mayor parte del personal de salud refiere que las mujeres que acuden de las comunidades tienen su preferencia al parto en posición de rodillas, ya que así “fueron acostumbradas y algunas piensan que de esa forma

paren más rápido”; en cambio las mujeres del área urbana prefieren a como se les coloca en el centro de salud, en posición ginecológica.

**Al seguir preguntando de qué manera se les respetan las costumbres y creencias de las embarazadas en el momento del parto;** la mayoría del personal refiere que “no se les respetan”, pues se siguen las normas del MINSA, ya que toda mujer que llega a parir al centro de salud tiene su hijo en camilla ginecológica.

Otros mencionan que si se les respeta por que “no se les discriminan su forma de alimentación, creencias religiosa y opiniones”.

**Al preguntar si al permitirle a la embarazada estar acompañada de su pareja o familiar le permitiría tener más confianza a la hora del parto;** algunos opinan que “no, muchas de las embarazadas prefieren estar sola”, no quieren que el familiar entre a la sala por “pudor”; otros opinan que a las mujeres les permitiría tener más confianza y apoyo emocional, lo cual facilitaría la relación médico-paciente. También el personal de salud cree que en cierta forma “es una desventaja” porque la embarazada se deja llevar por la compañía del familiar (marido o mama) interfiriendo en el proceso del parto.

**Cuando les preguntamos cuales son las estrategias que están utilizando para concientizar y garantizar una mayor asistencia de partos institucionales;** en su mayoría el personal de salud opina que es importante la búsqueda activa de las mujeres embarazadas dos semanas antes de su fecha probable de parto; también a las que no asisten a su cita para los controles prenatales.

Otras estrategias son: la promoción y referencia a la casa materna; la disminución de episiotomía innecesaria y realizarla solo cuando se considere necesario, además de “garantizar que su parto se le atienda en un ambiente de confianza y por el personal que ella elija”, y a través de “consejería directa a la usuaria dentro del centro de salud y en su hogar”.

***Resultados de entrevista realizada a 3 grupos focales con mujeres que tuvieron su parto en el domicilio y en el centro de salud del municipio de San Dionisio – Matagalpa.***

**Al preguntarle a las mujeres que significado tienen sobre el momento del parto;** los tres grupos focales coinciden que es una experiencia de “miedo y mucho dolor”, aunque una mujer que se le atendió su parto en el 2008 refiere “temor a morir”, en el grupo de 20 a 30 años tres mujeres dijeron que es una “experiencia muy bonita” y otras refirió que “quería que se le quitaran los dolores lo más pronto”.

**Cuando platicamos sobre como una mujer debería traer su hijo al mundo y como deben ser las condiciones para tener un parto feliz,** la mayoría de las mujeres de los tres grupos focales refieren que deberían traer su hijo al mundo con “apoyo psicológico, en condiciones de privacidad y con buena atención medica”, además que se tengan todos los equipos necesarios. Aunque a las mujeres que se le atendió su parto en el 2008 mencionaron que deberían traer su hijo al mundo “sin dolor” y sin “realización de episiotomía”.

En el grupo de mujeres mayor de 40 años, algunas mencionan que se les “respete la posición que más les gusta al momento de parir”.

**Al seguir platicando quienes deberían acompañarla al momento del parto,** en general las mujeres de los tres grupos focales prefieren que las acompañe “su esposo”, para brindarles apoyo psicológico y para solucionar económicamente cualquier problema que se presente. Aunque del grupo del 2008 algunas opinan que la madre debería estar acompañándola, porque ellas ya vivieron esa experiencia y les brindan más confianza. En el grupo de 20 a 30 años dos mujeres mencionan

que “no les gustaría que la acompañe ningún familiar porque se ponen más cobardes”, al igual que una mujer atendida en el 2008.

En cuanto al grupo mayor de 40 años la minoría opina que debería de estar acompañándolas las parteras.

**Al indagar sobre como les gustaría que le atendieran su parto,** todas las mujeres de los tres grupos focales opinan que les gustaría ser atendida con “respeto a sus derechos, confianza y que no las regañen en el momento del parto”; además que les expliquen todos los procedimientos que se les va a realizar. Cabe mencionar que las mujeres que se les atendió su parto en el 2008 y las mayores de 40 años también agregaron que les gustaría que se le atendiera su parto a como “fueron atendidas en su casa por las parteras”.

**Al conversar sobre como piensa que es la atención del parto por el personal del centro de salud;** las mujeres del grupo de 20 a 30 años y las que parieron en el 2008 en su mayoría coinciden que la atención del parto por el personal de salud, “es buena” ya que consideran que están bien capacitados y pueden remitir de inmediato al hospital si se presentase cualquier complicación.

El grupo de las mujeres mayor de 40 años que tuvieron su parto domiciliar en su mayoría coinciden en haber pasado por la experiencia de parir al menos unos de sus hijos en el centro de salud y mencionan que la atención es regular, porque no les respetan sus derechos y creencias, también aseguran que los médicos no están pendientes de ellas ya que son abandonadas en la camilla .una minoría de estas mujeres refieren “nunca he vivido esa experiencia con mis partos, porque todos los parí en casa”.

**Al preguntarles si existe diferencia entre la atención del parto atendido por partera y por médicos del centro de salud de San Dionisio** ,los tres grupos coinciden en que existe diferencia en la atención del medico y parteras, a pesar que en el centro de salud hay mejores condiciones higiénicas y de transporte(ambulancia)y que cuenta con personal capacitado para la atención de su parto; consideran que no les brindan confianza, están menos pendientes de ellas, no les permiten la compañía del familiar en el momento del parto y la posición es acostada (ginecológica)no respetando así sus derechos .

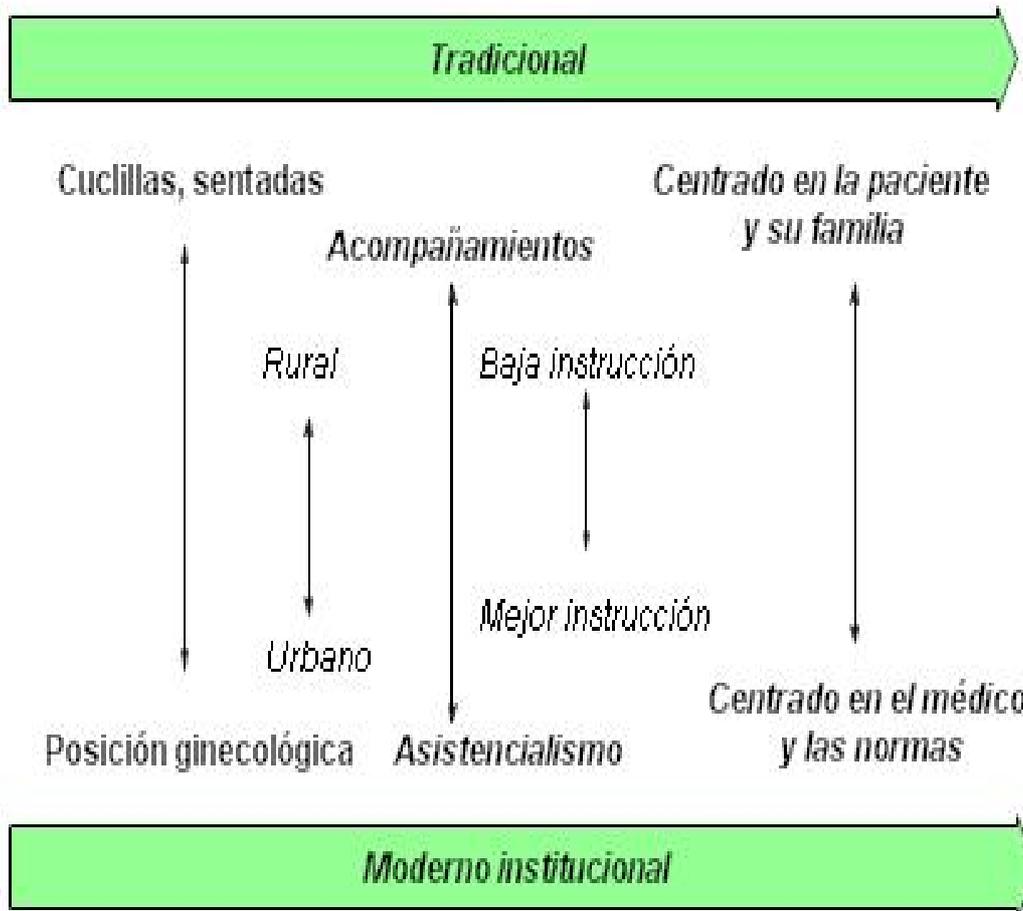
Mientras que las parteras les brindan mucha confianza, están con la mujer todo el tiempo y les permiten la presencia del marido en ese momento, la posición es arrodillada, la desventaja que las parteras tienen es que no están bien capacitada para resolver complicaciones, nos las examinan, aseguran que las ponen a pujar desde el inicio de los dolores y “hay mas riesgo de morir en la casa que en el centro de salud”. Además “si el niño viene mal de todas formas nos mandan al centro de salud para que nos atienda el medico”.

**Al profundizar un poco mas con el grupo de 40 años el porque tuvieron su parto en la casa,** nos refirieron diferentes motivos dentro de estos mencionaron: la dificultad de acceso geográficos, el no disponer de alguien que les cuide a sus hijos, el desconocimiento u olvido de la fecha probable de parto, también porque sienten mas confianza con las parteras que con el personal de salud, por temor a la episiotomía, por que les gusta parir de forma diferente a la que usan normalmente en el centro.

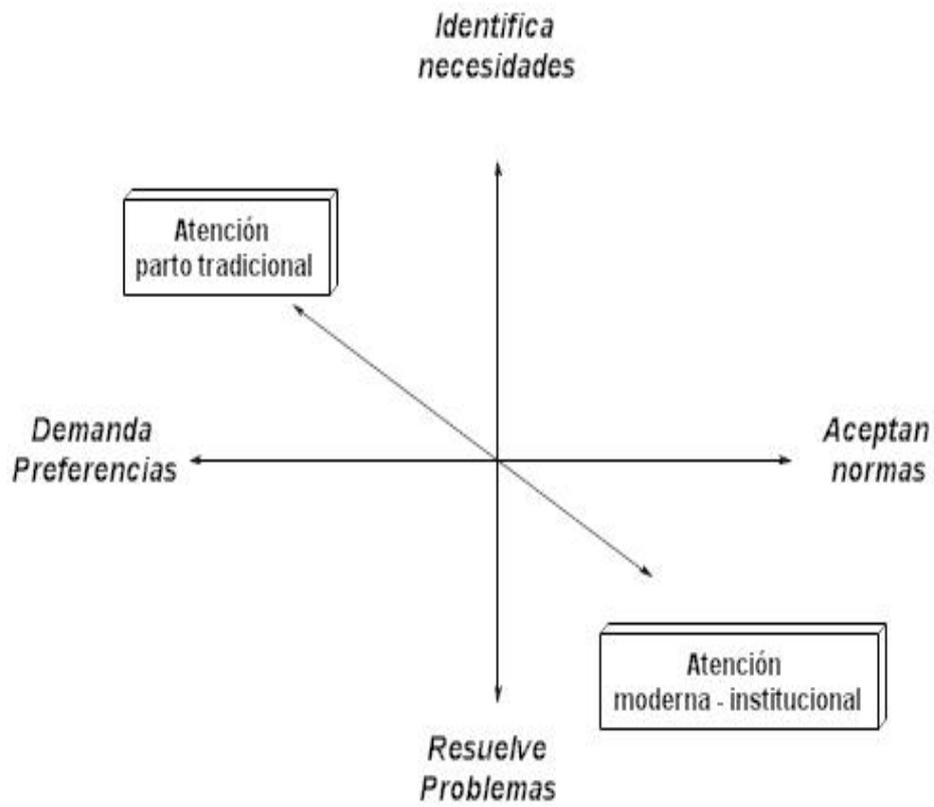
Una de ellas menciona “mi esposo es el que siempre me ha atendido mis partos en casa y no permite que sea vista por otra persona”. “si me hubiese apoyado preferiría haber tenido mis hijos en el centro de salud, es importante ser decidida y yo no lo era”. Todo esto nos indica que la cultura machista aun juega un papel fundamental en la toma de decisiones de las mujeres en el momento del parto.



Diagrama 1. Construcción cultural del parto en mujeres del municipio de San Dionisio, Matagalpa, 2008



*Diagrama 2. Modelo explicativo de las preferencias en la atención del parto según construcción cultural en mujeres de San Dionisio, Matagalpa, 2,008.*



## ***Discusión***

## **1- Construcción cultural :**

Los resultados de este estudio nos muestran que las mujeres perciben el momento del parto con grandes expectativas y una cantidad de sentimientos encontrados que van desde experiencias de “miedo”, “dolor”, “temor a morir” y cada una de ellas tienen un modelo cultural del parto que va de acuerdo al grado de instrucción, rasgos culturales, que dependen del lugar en donde viven, donde crecieron y de la enseñanza de sus familiares, que son únicas para cada mujer y que se expresan en construcción cultural propias, como parir a su hijo en posición sentada o de rodilla, o de acuerdo a como se atiende en el centro de salud. Esto concuerda con otros estudios donde se considera que se debe promover el bienestar de la parturienta y respetar la forma de atención del parto que ella prefiera<sup>4</sup>.

Estas mujeres en su mayoría son jóvenes, católicas casi todas con 1 a 3 embarazos, según datos del INEC, el efecto del patrón cultural de las comunidades rurales de nuestro país es de procrear más de 3 hijos, la mayoría conviven con su conyugue y tienen forma diferente de pensar<sup>13</sup>.

Encontramos 2 modelos de construcción cultural:

a) las que les gusta el modelo tradicional, que viven en comunidades alejadas, en donde sus partos son atendidos en su casa por parteras y pueden recibir el apoyo de su esposo y estar pendiente de sus hijos, ven el parto con gran expectativa, prefieren posiciones del parto más cómodas, como sentada o de rodillas y consideran que este momento quieren vivirlo con su familia, además que ir al centro de salud a parir les implica muchos gastos en cuanto a alimentación y transporte, y que en el seno de la familia se puede obviar; para estas mujeres es importante “el respeto”, “el apoyo psicológico”, brindado por las personas que le atienden su parto, la presencia de sus familiares más queridos y no les gusta que las regañen.

b) El otro grupo de mujeres que prefieren el modelo institucional, son las que se encuentran más en contacto con el servicio de salud, conocen los beneficios proporcionados, así como la capacidad de este para detectar y manejar complicaciones y aunque sus expectativas sean diferentes, aceptan lo indicado por el médico en la atención de su parto, con respeto y confianza.

## **2-Percepción del personal de salud del Municipio de San Dionisio-Matagalpa.**

Hemos podido encontrar en nuestro estudio que el personal de salud aun se enmarca en el modelo asistencialista resolutivo, dejando a un lado el abordaje psicológico, social, cultural, ya que miran el parto de forma mecánica, orientando aspectos del embarazo, parto y puerperio que son normados por el MINSA y referido por la teoría de la medicina occidental, pero aun les falta la comunicación para compartir conocimientos, experiencias e inquietudes de las embarazadas, sobre cómo les gustaría que se le atendiese su parto; esta falta de comunicación también está relacionada con el modelo de atención que se implementa, en donde las consultas están programadas y al mismo tiempo ocurren atenciones de parto.

## **3-Satisfacción de las mujeres:**

Las mujeres que han tenido experiencia de parto por parteras en e domicilio, en general opinan que no se sintieron satisfechas con la atención recibida, ya que refieren que al personal de salud, les falta el abordaje psicosocial, a pesar que están bien capacitados y tienen buenas condiciones higiénicos –sanitarias en el centro de salud; esto es similar a otros estudios en donde las experiencias negativas en la mala atención recibida que son contrarias a las expectativas y percepción del parto por los derechos de la usuaria, les produce recelo e insatisfacción, lo cual influye en la decisión de acudir o no al centro de salud para otra atención de parto; en cambio las mujeres que están más en contacto con la atención médica se encuentran más satisfechas debido al alto grado de confianza y respeto al personal<sup>2</sup>.

## **Conclusiones**

- 1- Existen 2 modelos de construcción cultural diferentes : uno al que le llamamos tradicional por preferencias bien definidas del parto y el segundo modelo llamado moderno que aceptan que sus partos sean atendidos por el personal de salud, ya que se encuentran más en contacto con el centro de salud, gracias a las estrategias que se están implementando, como es la búsqueda activa de la embarazada 2 semanas antes de la fecha probable de parto, la búsqueda de las inasistentes a su CPN, promoción y referencias a la casa materna, consejería directa a la usuaria dentro del centro de salud y en el hogar .
  
- 2- El personal de salud no está entrenado, ni hace esfuerzo por mejorar la comprensión de las necesidades de la parturienta para su bienestar.
  
- 3- Las mujeres que tienen mayores vínculos con la institución tienen alto grado de satisfacción en su atención.

### ***Recomendaciones***

- 1- Fortalecer los esfuerzos del parto institucional mediante el desarrollo de recursos humanos en cantidad, calidad, equipamiento y el mejoramiento de la comunicación con la comunidad, la familia y las mujeres.
  
- 2- Desarrollar nuevas estrategias de comunicación con las comunidades rurales, para establecer otras modalidades de atención del parto, donde se respeten los rasgos culturales de la mujer y su familia.
  
- 3- En las mujeres que prefieren el parto domiciliario y son atendidas por parteras, se deberán intensificar o fortalecer las acciones de trabajo comunitario con parteras, sobre todo en el reconocimiento de las señales de peligro durante la atención de partos para garantizar revisiones oportunas.

## **Bibliografía**

- 1) Avendaño Espinoza Katy .Calidad de la Atención del Parto desde la percepción de las pacientes embarazadas que fueron atendidas en los servicios del Hospital Fernando Vélez Paiz UNAN-MANAGUA, Marzo 2005.p. 6-20.
- 2) Casco Evelio Benigno e Ríos Marvin. Promoción del parto institucional en Macuelizo: Valoración del Trabajo realizado y Análisis de su potencialidad. Macuelizo –Nueva Segovia 2006 p. 1-20.
- 3) Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. la Participación social en el Desarrollo de la Salud. OPS – OMS Julio 1992 p.21.
- 4) Morales María Eugenia e Valdivia Isabel. perfil de las mujeres insistentes al Parto institucional en tres Municipios de Matagalpa. Agosto 1998. p.5-20.
- 5) ICAS, ROJAS ZIL, “opinión de usuarios sobre los servicios de salud”, 2001 p. 1.
- 6) Timothy William. encuesta de satisfacción del cliente para mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar .1998 p.15.
- 7) Foster M George. Las culturas tradicionales y los cambios técnicos. Segunda edición, fondo de cultura económica. 1996. Pag.20-30.
- 8) Quatrochi Patricia y Güemes Pineda Miguel. Interculturalidad, Reproducción y Salud. prácticas y conocimientos sobre la vida reproductiva en Yucatán de hoy.UCACS HUM-UNAM, Indemaya Yucatán México -2007.p.10-19.
- 9) Alba Colunga Irma Elisa. El significado psicológico de la experiencia del parto con el apoyo continuo de Doula. Un apoyo comparativo con redes semánticas nativas. Universidad de Colima. Nov. 2005. P.11-26.

- 10) Norma Técnica para la atención del parto vertical con Adecuación intercultural, Estrategias sanitarias Nacional de salud Sexual y Reproductiva .Perú 2005. P.19-21.
- 11) Ministerio de salud. Gerencia de la calidad: promoviendo una cultura de calidad en las instituciones de salud del primer nivel de atención. Managua 2002 Pág.18-20.
- 12) Sandoval Falcón Vilma et el Atención prenatal, parto institucional, y atención pos-parto en el Perú, efectos individuales y de la comunidad.
- 13) Indicadores socioeconómicos generales del Municipio de San Dionisio. Gobierno de Nicaragua, Ministerio de la familia, Red de protección social y solidaridad para el desarrollo. 2004. Pág. 4 a la 7 y 16-18. INEC- MINSA.

# **A N E X O S**



## ***GUIA PARA GRUPO FOCAL CON MUJERES QUE SE LE ATENDIO SU PARTO EN LA UNIDAD DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SAN DIONISIO –MATAGALPA, 2008.***

El objetivo del grupo focal con mujeres que se le atendió su parto en la unidad, es explorar el tema construcción cultural del parto. También queremos saber sobre la experiencia y opiniones de mujeres en la atención de su parto en la institución de salud /o en su hogar y sus sugerencias para aumentar la demanda de partos institucionales

1. ¿Cuál es el significado que una mujer tiene sobre el momento del parto?
2. ¿Cómo debería una mujer traer a su hijo al mundo? ¿como deben ser las condiciones para que una mujer tenga un parto feliz?
3. ¿Quienes deberían estar acompañándola al momento del parto?
4. ¿Cómo le gustaría que le atendieran en su parto?
5. ¿Cómo piensa que es la atención del parto por el personal del C/S del municipio de san Dionisio?
6. ¿Cuál es la diferencia entre la atención del parto atendido por parteras y por el medico del C/S de san Dionisio?

## ***ENTREVISTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD***

OBJETIVO: Conocer la percepción que tiene el personal de salud para el abordaje del parto desde el punto de vista cultura-social.

1) - ¿Ha platicado con mujeres embarazadas sobre como les gustaría que le atendieran su parto?

2)-¿Piensa que a las mujeres de este municipio les gustaría que le atendieran de forma diferente a como la atendemos?

3)- ¿Considera que hay una forma especifica de cómo una mujer aprende a parir según su cultura?

4)-¿Se les respetan las costumbres y creencias de las embarazadas en el momento del parto?

5)-¿Cree usted que al permitirle a la embarazada estar acompañada de su pareja o familiar le permitiría tener mas confianza a la hora del parto?

6)-¿Qué estrategias están utilizando para concientizar y garantizar una mayor asistencia de partos institucionales?

## ENCUESTA DE SATIFACCION DE LA ATENCION RECIBIDA DURANTE EL PARTO EN LA UNIDAD DE SALUD, 2008.

Estamos haciendo un estudio con las usuarias para conocer mejor sus necesidades y su opinión sobre la atención recibida en sus partos en esta unidad de salud.

Su respuesta es confidencial por lo que agradecemos su sinceridad y nos comprometemos a no divulgar los resultados antes de la defensa de la tesis.

Fecha \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Ficha No \_\_\_\_\_

### DATOS DEL ENCUESTADO(A)

Edad \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

No de embarazo; \_\_\_\_\_ Estado civil: Unión libre \_\_\_\_\_

Soltera \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_\_

Escolaridad: Analfabeta \_\_\_\_\_ Alfabetizado \_\_\_\_\_

Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ Universitaria \_\_\_\_\_

Tiempo de accesibilidad:

1- ¿Qué tanto le gusto la distancia que le toco recorrer para ir embarazada a parir a la unidad de salud?

Bastante \_\_\_\_\_ algo \_\_\_\_\_ poco \_\_\_\_\_ nada \_\_\_\_\_

Tiempo de espera:

2- ¿Qué tanto tiempo espero usted para recibir la atención de su parto en el centro de salud?

Bastante \_\_\_\_\_ algo \_\_\_\_\_ poco \_\_\_\_\_ nada \_\_\_\_\_

Trato recibido:

3- ¿Qué tanta confianza le brindo el personal medico durante la atención de su parto?

Bastante \_\_\_\_\_ algo \_\_\_\_\_ poco \_\_\_\_\_ nada \_\_\_\_\_

4- ¿Qué tanto le explicaron los procedimientos que se le realizaron durante su parto?

Bastante \_\_\_\_\_ algo \_\_\_\_\_ poco \_\_\_\_\_ nada \_\_\_\_\_

5-¿Qué tantos gastos le implico el haber parido su hijo en la unidad de salud?

Bastante \_\_\_\_\_ algo \_\_\_\_\_ poco \_\_\_\_\_ nada \_\_\_\_\_

6- ¿Encuentra usted alguna identificación de su cultura y creencia con respecto a la atención recibida durante el parto en el centro de salud?

Bastante \_\_\_\_\_ algo \_\_\_\_\_ poco \_\_\_\_\_ nada \_\_\_\_\_