

Brechas de percepción entre mujeres, maridos y familiares acerca de las intenciones de lugar del parto: un estudio transversal¹

Yoko Shimpuku²

Frida Elikana Madeni³

Shigeko Horiuchi⁴

Sebalda Charles Leshabari⁵

Objetivo: las mujeres son más propensas a dar a luz en un centro de salud cuando sus familias están de acuerdo con el lugar de parto. Sin embargo, en las zonas rurales de Tanzania, las mujeres son a menudo marginadas de la toma de decisiones. Este estudio predijo la intención del lugar de parto y los factores identificados para reducir la brecha de percepción entre las mujeres embarazadas, esposos y miembros de la familia. **Método:** encuesta transversal explicativa llevada a cabo en tres aldeas en el noreste de Tanzania. Los participantes fueron 138 mujeres embarazadas y sus familias, que respondieron al Cuestionario sobre Intención del Parto (BIQ), que mide el conocimiento, la actitud, percepción de control del comportamiento, las normas subjetivas y la intención de lugar de parto. Se utilizaron análisis descriptivo, ANOVA, Chi-cuadrado y regresión lineal múltiple para analizar los datos. **Resultados:** el modelo de regresión mostró que el conocimiento, la percepción de control del comportamiento, y las normas subjetivas predijeron la intención del lugar de parto ($R^2 = 0,28$). Mientras que el 81% de las mujeres embarazadas pensaba que sus maridos estaban encargados de tomar decisiones para el nacimiento, sólo el 38% de los esposos y el 37% de los miembros de la familia estuvieron de acuerdo. Las mujeres embarazadas tenían puntuaciones significativamente más bajas en el tema "Me prepararé para el parto con mi familia", en comparación con los maridos ($p < 0,01$) y otros miembros de la familia ($p < 0,001$). **Conclusión:** proporcionar la preparación al parto basada en la evidencia y reducir las brechas de percepción identificadas pueden mejorar intención de las mujeres a dar a luz en centros de salud.

Descriptor: Instituciones de Cuidados Especializados de Enfermería; Parto Obstétrico; Tocología.

¹ Apoio financeiro da Japan Society for the Promotion of Science, Grants-in-Aid for Scientific Research: Research Activity Start-up, Processo Nº 248902460001.

² PhD, Professor Assistente, St. Luke's International University, College of Nursing, Tokyo, Japão.

³ MSc, Enfermeira, Magunga District Hospital, Korogwe, Tanga, Tanzania.

⁴ PhD, Professor, St. Luke's International University, College of Nursing, Tokyo, Japão.

⁵ PhD, Professor, Muhimbili University of Health and Allied Sciences, School of Nursing, Dar es Salaam, Tanzania.

Cómo citar este artículo

Shimpuku Y, Madeni FE, Horiuchi S, Leshabari SC. Perceptual gaps among women, husbands and family members about intentions for birthplace: a cross-sectional study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2840. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1658.2840>.

mes día año

URL

Introducción

Los cuidados centrados en las personas es una de las políticas clave de salud de la Organización Mundial de la Salud para lograr la cobertura universal de salud⁽¹⁾. Por lo tanto, se necesita realizar más investigación sobre las voces y opiniones de las propias mujeres para que los servicios de salud cumplan con sus necesidades⁽²⁾. Un ejemplo de ello es que en la zona rural de Tanzania, las parteras con habilidades (SBA en inglés) llevaron a cabo solamente el 42,3% de todos los partos⁽³⁾, aunque esté recomendado el acceso a las SBA en los centros de atención de la salud⁽⁴⁾. Como resultado, la tasa de mortalidad materna (TMM) por cada 100.000 nacidos vivos de Tanzania fue de 410 en 2013⁽⁵⁾. Esto estancó el progreso del Objetivo de Desarrollo del Milenio no.5. Mucho esfuerzo será necesario para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, la reducción de la TMM a 70. En 2002, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Tanzania introdujo el "paquete de atención prenatal específica", que promueve los partos por las SBA, la preparación del parto y de las complicaciones que pueden ocurrir durante el embarazo, el parto y el postparto⁽⁶⁾. Esta política está de acuerdo con la publicación de la OMS de "El nacimiento y la preparación para emergencias en la atención prenatal"⁽⁷⁾ que define los nueve elementos de preparación del parto de la siguiente manera: 1. el lugar deseado de nacimiento; 2. el asistente de parto preferido; 3. la ubicación del centro de atención más cercano apropiada; 4. los fondos para los gastos relacionados con el parto y de emergencia; 5. un compañero del nacimiento; 6. el apoyo en el cuidado de la casa y los niños, mientras que la mujer está lejos; 7. El transporte a un centro de salud para el parto; 8. de transporte en el caso de una emergencia obstétrica y 9. la identificación de los donantes de sangre compatibles en caso de emergencia. La investigación sobre estos elementos indicó que la preparación para el nacimiento podría ser el factor clave que influye en determinar el lugar del parto⁽⁸⁻⁹⁾.

Los investigadores se dieron cuenta de que la preparación para el parto debe ser discutida en el contexto del proceso de toma de decisiones de las familias. Un estudio en Uganda encontró que cuando las mujeres se preparan para el nacimiento en consulta con los miembros de la familia, tenían más probabilidades de dar a luz con las SBA, en comparación con las mujeres que hicieron los planes de parto por sí mismas⁽¹⁰⁾. Otro estudio realizado en Tanzania también investigó la influencia de los compañeros en determinar el lugar de nacimiento y encontró que el acuerdo de ambos sobre la importancia del parto en un establecimiento de salud se asoció positivamente con el parto en un centro de

salud⁽¹¹⁾. Sin embargo, varios estudios demostraron la falta de poder de decisión de las mujeres dentro de su familia con respecto a la referencia y lugar de parto^(4,12-13). También se informó de que los maridos suelen servir como responsables de tomar decisiones acerca de dónde sus esposas van a tener el parto^(11,14). Por lo tanto, aun cuando las mujeres embarazadas eran conscientes de preparación para el parto, el tomador de decisiones de la familia debe tener la intención de que su mujer vaya a dar a luz en un centro de salud.

Los otros factores importantes identificados en los estudios anteriores eran los niveles de educación y el conocimiento sobre los peligros potenciales durante el parto. Utilizando el concepto de preparación para el parto, se realizó una encuesta en el distrito Mpwapwa, Región de Dodoma, Tanzania⁽¹⁵⁾. En su análisis, las mujeres con educación primaria y más avanzada y las que sabían más de tres señales de peligro, estaban más preparadas para el parto y las complicaciones.

A pesar de que los estudios anteriores^(4,11-13) identificaron que la preparación al parto y el acuerdo de la familia era importantes para un parto seguro, los resultados no explican cómo tenían o no la intención de dar a luz en un centro, como tampoco incluyeron los factores motivacionales en sus estudios. Aunque es importante evaluar las intenciones de las personas y los factores relacionados con el lugar del parto, muchos estudios analizaron simplemente las relaciones entre los factores de no-motivación y sus comportamientos.

La teoría del comportamiento planificado de Ajzen explica que las intenciones son asumidas como una forma de capturar los factores de motivación, incluyendo la fuerza con que uno esté dispuesto y cuánto esfuerzo se hace para realizar ese comportamiento⁽¹⁶⁾. La teoría también incluye factores no motivacionales, tales como la disponibilidad de oportunidades y recursos (por ejemplo, tiempo, dinero, habilidades, o de cooperación de otros), ya que estos factores representan la percepción de control del comportamiento (PCC) requerida. Con estudios empíricos, la teoría también explica otros dos determinantes conceptualmente independientes de la intención: actitudes hacia la conducta y las normas subjetivas (NS), que son las actitudes y juicios de los otros significativos percibidos.

Por lo tanto, este estudio examinó la intención de lugar de parto y otros factores relacionados, tales como el conocimiento, actitud, normas subjetivas, y PCC entre las mujeres embarazadas, los esposos y otros miembros de la familia en zonas rurales de Tanzania. Nuestras preguntas de investigación incluyen: 1. si el conocimiento, PCC, la actitud, y/o las normas subjetivas predicen la Intención, 2. si alguno de los elementos demográficos predicen la Intención y 3. si existieron

diferencias entre las mujeres embarazadas, maridos, y los miembros de la familia con respecto al conocimiento, PCC, actitud, normas subjetivas, y la Intención. Las proporciones de las respuestas fueron investigados para comparar con las respuestas de los familiares.

Metodos

Este estudio transversal se produjo en Korogwe Distrito, ubicado en el centro de la región de Tanga del noreste de Tanzania. La población rural era de 175.339 y la urbana era de 43.510. habitantes El distrito Korogwe tenía un hospital público y otro privado, 42 dispensarios, y cinco centros de salud⁽¹⁷⁾. Los servicios de salud se consideraron accesibles si se encontraban en un entorno de 30 minutos⁽¹⁸⁾. Para investigar los hogares sin acceso regular a los servicios de salud, se seleccionaron localidades de montaña, donde el centro de salud más cercano era al menos 5 km de distancia, llevando más de 30 minutos a pie. A falta de transporte, las mujeres caminaban en caminos de montaña sin pavimentar y sin iluminación para llegar al centro de salud más cercano. Por lo tanto, se necesitaba preparación para el transporte y apoyo financiero para acceder a la atención especializada.

Los participantes de este estudio fueron las mujeres embarazadas y sus familiares. Los criterios de inclusión para las mujeres embarazadas fueron: 16 años de edad o más, actualmente embarazada sin ninguna enfermedad física y psicológica grave. Los criterios para miembros de la familia fueron: 16 años de edad o más, que viven con o cerca de la mujer embarazada, y definidos como "familia" por la mujer embarazada, independientemente de sus lazos sanguíneos o de la relación conyugal. Las mujeres del pueblo no asistían a la clínica regularmente; por lo tanto, se utilizó el muestreo no probabilístico y consulta a líderes de los poblados para identificar a las mujeres que estaban embarazadas. Una investigadora de Tanzania (iniciales del segundo autor) contactó con el líder de la aldea con antelación para explicar el estudio y para llamar a los participantes potenciales. Después de que el equipo de investigación llegó a las aldeas, el líder del pueblo pidió a los participantes potenciales para reunirse en una escuela o una iglesia. Explicamos el estudio y la protección de sus derechos a las mujeres reclutadas y sus familias. A quienes estaban de acuerdo, se les distribuyó un cuestionario autoadministrado. Se necesitaba un tamaño de muestra de al menos 100 y, por lo tanto fueron reclutados en ese número para cumplir el supuesto de una distribución normal⁽¹⁹⁾. Los datos se recogieron en agosto de 2013.

Para medir la intención de lugar de nacimiento y preparación para el parto, la primera y segunda autores

desarrollaron Cuestionario de Intención de Parto (BIQ en inglés) de 38 ítems para las mujeres embarazadas y sus familiares utilizando la teoría del comportamiento planificado de Ajzen⁽¹⁶⁾. Dos versiones equivalentes de los cuestionarios fueron desarrollados usando "el" o "ella" según era apropiado para el participante. El cuestionario fue desarrollado por primera vez en inglés y traducido al kiswahili por la investigadora de Tanzania partera con maestría (iniciales del segundo autor) para adaptarse a la población objetivo. Para establecer la calidad de validez aparente y la traducción del cuestionario fue preprobada con 10 mujeres embarazadas en una población de un pueblo similar. Por lo tanto varias preguntas fueron revisadas y el cuestionario se completó para este estudio.

Había 10 ítems de conocimiento que eran preguntas de verdadero/falsos sobre el embarazo seguro y señales de peligro, que se derivan de la *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth*⁽²⁰⁾. Cuanto más alta sea la puntuación, más preciso es el conocimiento que tienen. Hemos desarrollado nueve ítems para aprovechar el concepto de percepción de control del comportamiento (PCC), que se refiere a la facilidad o dificultad percibida de realizar un determinado comportamiento y se supone que refleja la experiencia del pasado, así como los impedimentos y obstáculos anticipados⁽¹⁵⁾. Preguntamos si habían sentido facilidad o dificultad en: el ahorro de dinero para el nacimiento, recibiendo apoyo de la familia, ubicando profesionales bien entrenados, buscando un centro de atención de la salud, problemas para llegar al centro de atención médica, búsqueda de transporte, e interpretando el acuerdo familiar para el uso de servicios de salud. Estos siete ítems se califican en una escala de Likert de tres puntos; de acuerdo (3 puntos), ni de acuerdo ni en desacuerdo (2 puntos) o en desacuerdo (1 punto). El alfa de Cronbach fue de 0,662.

Las actitudes hacia la conducta se refieren al grado en que una persona tiene una evaluación o valoración favorable o desfavorable de la conducta en cuestión⁽¹⁶⁾. Los cuatro elementos preguntados: si preferían parto en casa o el nacimiento en una institución, parto con parteras tradicionales, o con parteras con habilidades, y si evitaban el centro de salud debido a cesarea o a la episiotomía. El alfa de Cronbach fue de 0,657.

Las normas subjetivas (NS) son seis ítems acerca de la presión social percibida para realizar o no realizar una determinada conducta: presión social sobre el trabajo durante el embarazo, la obediencia a las intenciones del marido, el cuidado de los niños al nacer, y la sumisión a los deseos de la familia. El alfa de Cronbach fue de 0,652.

La intención de lugar de parto incluye siete ítems sobre la motivación para lograr su plan en relación con

el embarazo y el parto: tener una dieta saludable para el embarazo, ir al centro de salud cuando hay señales de peligro, prepararse para el parto con la familia, dar a luz en centro de atención de salud, e ir al centro de salud para problemas de post parto. El alfa de Cronbach fue de 0,553.

Los elementos sociodemográficos incluían: edad, educación, ocupación, capacidad financiera, los bienes del hogar, grupo étnico, y experiencia de pérdida del embarazo o durante el parto. Además, las dos últimas preguntas preguntaron quién decide dónde dar a luz, y con quien quieren estar cuando van a dar a luz.

Se utilizó ver SPSS. 22,0 para el análisis de datos. Se utilizó análisis descriptivo para ilustrar las proporciones de respuestas; ANOVA, Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher se utilizaron para investigar las diferencias estadísticas dentro y entre los grupos. Se realizó un análisis de regresión múltiple para identificar las variables predictoras de la intención de lugar de parto. También se analizaron las correlaciones para identificar las relaciones entre las variables. Para las variables con puntuaciones, los datos faltantes se llenaron usando la puntuación media. Se obtuvo el consentimiento oral

debido a la información recogida era no identificable y el riesgo de este estudio fue mínima. Se obtuvieron aprobaciones éticas y permisos de 1. el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Internacional de St. Luke, 2. Director del Consejo de Distrito Korogwe, 3. del Instituto Nacional de Investigación Médica (NIMR) y 4. de la Comisión de Tanzania para la Ciencia y la Tecnología (COSTECH).

Resultados

Los respondentes de los tres pueblos fueron un total de 139 participantes. Todos optaron por participar en la encuesta; sin embargo, por razones desconocidas, uno de los participantes no completó el cuestionario y, por lo tanto fue excluido. Por lo tanto, 138 participantes, de los cuales 42 eran mujeres embarazadas, 35 maridos y 44 miembros de la familia (siete eran madres de los maridos y tres eran madres de las mujeres) fueron incluidos en el análisis. La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas. Aunque hubo significación estadística en las edades y en los bienes del hogar, ellos no afectan a otras diferencias estadísticas como covariables.

Tabla 1 - Comparación de características sociodemograficas de mujeres embarazadas, esposos y miembros de la familia. Tanzania, 2013

Características	Embarazadas	Esposos	Miembros de la familia	Valor-p
Total (n)	42	35	44	
Edad (promedio)	27,67	33,21	36,41	0,008*
Nivel educativo				0,089
Secundaria y mas (%)	17	11,8	38,5	
Primaria o menos (%)	82,9	88,2	61,5	
Ocupacion				0,157
Granjero(%)	80,5	88,2	60,0	
Ama de casa/estudiante (%)	17	0	25,0	
Otros (%)	2,4	11,8	15,0	
Gasto diario				0,346
<1000 TSH (%)†	42,9	54,9	41,5	
1000-5000 TSH (%)	50	35,5	39	
≥5000 TSH (%)	7,1	9,7	19,5	
Propiedad de activos del hogar				0,028‡
Bajo (0-1) (%)	90,5	74,3	75,0	
Alto (2+) (%)	9,5	25,7	25,0	

* $p < 0.05$; † TSH: chelines de Tanzania; ‡ $p < 0.01$

Para la pregunta de investigación 1., si el conocimiento, PCC, la actitud, y / o las normas subjetivas predicen la intención, el modelo de regresión (Figura 1) mostró que el conocimiento, el PCC, y las normas subjetivas predicen Intención ($R^2 = 0,28$). Las normas subjetivas tuvieron una influencia negativa sobre la Intención. La actitud fue eliminada del modelo

de regresión; sin embargo, la actitud se correlacionó con el conocimiento y las normas subjetivas ($r = 0.56$, 0.58 , respectivamente, $p < 0,001$). En la pregunta de investigación 2., se preguntaba si alguno de los elementos demográficos predicen Intención; todos los elementos demográficos fueron excluidos como resultado de regresión lineal múltiple.

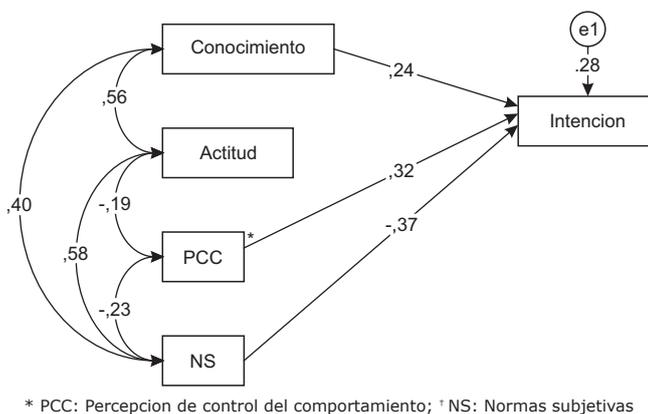


Figura 1 - Conceptos en el Cuestionario de intencion de lugar de nacimiento

Para la pregunta de investigación 3., no hubo diferencias significativas entre las embarazadas, esposos y miembros de la familia con respecto al conocimiento, PCC, actitud, normas subjetivas y la intencion. A pesar de la falta de significación estadística, hubo varias conclusiones útiles a nivel de items como se ve a continuacion.

La gran mayoría de las mujeres embarazadas (81,1%) ($p < 0,001$) respondió que el marido decide

dónde tener el parto, mientras que alrededor del 37% de esposos y miembros de la familia respondió que el marido es el que toma las decisiones. Diferentemente, el 27,6% de los esposos y el 34,3% de los miembros de la familia pensaban que las mujeres embarazadas deciden dónde dar a luz; sin embargo, sólo el 8,1% de las mujeres embarazadas respondieron que ellas decidian su lugar de parto (Figura 2).

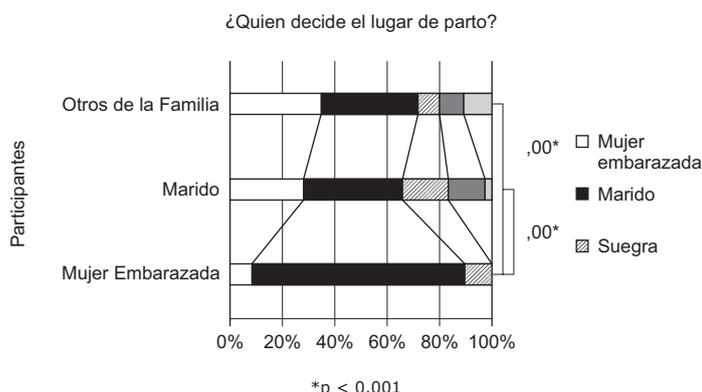


Figura 2 - Quien decide el lugar de parto

La mayoría (65,9%) de las embarazadas respondió que quieren estar con un médico o enfermera durante el parto, mientras que el 46,7% de los esposos y el 55,9% de los miembros de la familia optó por un médico o enfermera.

Las embarazadas tuvieron puntuaciones significativamente más altas ($p < 0,05$) en comparación con los maridos y familiares sobre el uso de la medicina tradicional. Tuvieron puntuaciones significativamente menores que el marido y la familia sobre el uso de tabletas de hierro ($p < 0,05$).

En cuanto a la percepción de control de la conducta para ahorrar dinero para el parto, estaban de acuerdo el

76,7% de los miembros de la familia, el 62,9% de los esposos, y sólo el 50% de las embarazadas. En contraste, las mujeres tienden a mostrar una percepción mas facilitada para la preparación para el parto institucional. La mayoría de los participantes estuvieron de acuerdo que hubiera un miembro de la familia para acompañar a la mujer al centro de salud para el parto.

Para la Actitud aproximadamente la mitad de los participantes tenían una renuencia en usar establecimientos sanitarios debido a una percepción negativa hacia la intervención médica, aunque más mujeres preferían el parto institucional, en comparación con los esposos y miembros de la familia. Una minoría de

los encuestados consideró que las parteras tradicionales eran más amables que las enfermeras en el hospital.

En relación a la Intención, la mayor discrepancia fue: "Voy a prepararme para el parto con mi familia (o con ella [la embarazada])." Mientras que sólo el 32,5% de las mujeres embarazadas estuvieron de acuerdo, el 61,8% de los esposos y el 81,4% de los miembros de la familia estuvieron de acuerdo lo que dio diferencias significativas entre las mujeres embarazadas y los maridos ($p < 0,001$), así como entre las mujeres embarazadas y los miembros de la familia ($p < 0,01$).

Discusión

En esta encuesta de mujeres embarazadas, esposos y miembros de la familia que se realizó en los pueblos rurales de montaña en Korogwe Distrito, el modelo de regresión identificó que el conocimiento y la PCC predijeron Intención. En contraste con la teoría, las normas subjetivas predijeron la Intención en forma negativa. Como los ítems de normas subjetivas preguntaban si eligieron su propio parto seguro, sobre la base de lo que se recomienda en el mundo occidental, en lugar de por lealtad a la familia, la teoría no podría haber captado plenamente las normas subjetivas de Tanzania. Las estrategias de negociación de comunicación exitosas pueden ser diferentes a las del mundo occidental⁽¹¹⁾.

El proceso de toma de decisiones familiares en zonas rurales de Tanzania podría explicar la discrepancia siguiente; una gran mayoría de las mujeres piensa que sus esposos decidieron el lugar de parto, mientras que sólo una minoría de los maridos se ven a sí mismos como tomadores de decisiones. Un estudio cualitativo en la región costera de Rufiji describe que cuando los trabajadores de la salud recomiendan el envío a un hospital, el consejo se transmite por la mujer a su marido y la mujer o el marido consultan con la suegra, los padres de la mujer, y varios miembros de la familia⁽¹²⁾. Por lo general, el marido era quien tomaba la decisión final y era responsable para financiar el transporte; sin embargo, su decisión estaba a menudo influenciado por otros miembros de la familia. Otro hallazgo importante es que las mujeres evitaban mostrar sus intenciones en relación a su propio parto o evitaban ser parte de la toma de decisiones y preparación. La mayoría de las mujeres no estaba de acuerdo con "Voy a prepararme [Tutaandaa] para el parto con mi familia." La expresión kiswahili de *Tutaandaa* podría ser traducida como "Prepararemos" e indica que las mujeres son parte de la toma de decisiones y preparación. Con referencia a las relativamente altas puntuaciones de conocimiento de las mujeres y preferencia por las SBA en este estudio, es probable que las mujeres entiendan el posible peligro

de parto y prefieran la atención especializada; Sin embargo, la lealtad a la familia podría dificultar el poder demostrar su intención y describirse como parte de los tomadores de decisiones.

El tema de la renuencia a declarar su intención podría estar relacionada con su baja capacidad financiera. La propiedad de bienes del hogar por parte de las mujeres fue significativamente menor que la de los esposos y otros miembros de la familia. Sólo la mitad de las mujeres embarazadas en este estudio estuvo de acuerdo en que habían ahorrado dinero suficiente para un parto institucional. Esta proporción es menor que los resultados del estudio en la región central de Tanzania⁽¹⁵⁾, en el que el 89% de las mujeres reportaron el ahorro de dinero para casos de emergencia. Esto puede reflejar la capacidad económica marginal de las mujeres habitantes de zonas rurales en esta población. Es plausible que la percepción de facilidad o dificultad de las mujeres que realizan este comportamiento se incrementó por la cantidad de dinero las mujeres podrían utilizar, o se sentían con derecho a utilizar⁽¹²⁾. Otro estudio realizado en Etiopía mostró una estrecha relación entre la autonomía de la mujer (o posición en el hogar) y la utilización de asistencia de salud materna⁽²¹⁾. Los autores señalaron la importancia de promover las actividades de generación de ingresos y la educación entre las mujeres de manera que la posición de las mujeres en el hogar se vea reforzada. Sin embargo, es importante darse cuenta de que los esposos y miembros de la familia en este estudio pensaban que las mujeres eran las responsables de tomar decisiones en proporción mayor que las mujeres mismas, a pesar de que la literatura de género indica que las mujeres suelen animar a las mujeres más jóvenes a ser sumisas a sus maridos⁽²²⁾. Un estudio realizado en el sur de Tanzania informó que el patrón de poder de toma de decisiones dentro de la casa era el factor determinante del lugar de parto, y que las mujeres que vivían en hogares encabezados por hombres eran menos propensos a luz en un centro de salud que las mujeres en hogares encabezados por mujeres⁽⁴⁾.

Debido a que muchos de los familiares están de acuerdo en que las mujeres decidan su propio lugar de parto, una mejor comunicación puede mejorar la disposición de las mujeres a hablar dentro de la familia acerca de sus intenciones. En este estudio, sin embargo, los esposos y miembros de la familia tienden a tener puntuaciones más bajas en lo que se relaciona con las necesidades de apoyo cuando va a un centro de salud para el parto; el permiso del marido es necesario ir al centro de salud; y las mujeres se quedan en casa para cuidar de los niños.

Un investigador encontró que si las mujeres en las familias nucleares tenían pocas dificultades con sus maridos, ellas tenían más probabilidades de dar a luz en un centro de salud; si las mujeres en una familia conjunta tenían muy pocas dificultades con la familia política, tendrían más probabilidades de asistir a la atención prenatal⁽²³⁾. A medida que las relaciones de apoyo con los maridos y otros miembros de la familia aumentan, las mujeres podrían fácilmente hablar o demostrar sus intenciones, que finalmente beneficiaran su salud. La discusión entre los miembros de la familia debe ser promovida para disminuir las diferencias de percepción identificadas en este estudio.

Limitaciones

Algunas diferencias pueden no haber sido detectados debido al pequeño tamaño de la muestra. Sin embargo, con este tamaño de muestra relativamente pequeña, encontramos varias relaciones estadísticamente significativas entre las variables. Además, los participantes fueron reclutados a través de un muestreo no probabilístico, por lo que podrían no representar a la población de la comunidad. Se necesitan estudios adicionales con muestras más grandes y aleatorias para detectar una mayor variación. Las propiedades psicométricas de la BIQ requieren un mayor desarrollo. El BIQ utilizó una escala Likert de tres puntos disminuyendo la capacidad de detectar la diferencia estadística. A pesar de estas limitaciones los resultados proporcionan una dirección útil para explorar y mejorar la comunicación entre las familias para elegir el lugar de parto.

Conclusion

Las discrepancias entre las mujeres embarazadas y sus familias en relación con la intención de lugar de parto sugieren que las relaciones de apoyo son necesarias para que las mujeres expresen sus intenciones. La discusión entre los miembros de la familia deben ser alentadas para llenar los vacíos de percepción y lograr la cobertura universal de personal calificado para el parto.

Agradecimientos

A todos los participantes que compartieron su valioso tiempo para este estudio. Al Dr. Maimbo Mndolwa, el Obispo de Korogwe que nos apoyó en la organización de la recopilación de datos en las aldeas. A la Sr^a Yuki Yoshida de UNICEF Tanzania por la contribución para solicitar el permiso y la implementación de este estudio. A la Sr^a Mari Shimizu por la ayuda en la construcción de tablas y textos principales. A la Dr^a Sarah E. Porter

por la edición en nombre de St. Luke's International University.

Referencias

1. World Health Organization [Internet]. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. 2015 [Access Jan 20, 2016]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1
2. Jolivet R. Keynote speech, Proceedings from Maternal & Neonatal Health Beyond 2015: *The 57th IMT Colloquium*. Rabat, Morocco: ITM/ENSP; 2015.
3. National Bureau of Statistics (NBS) [Tanzania] and ICF Macro. Tanzania Demographic and Health Survey 2010. Dar es Salaam, Tanzania: NBS and ICF Macro; 2010.
4. Mrisho M, Schellenberg JA, Mushi AK, Obrist B, Mshinda H, Tanner M, et al. Factors affecting home delivery in rural Tanzania. *Trop Med and Int Health*. 2007; 12: 862–72. doi: 10.1111/j.1365-3156.2007.01855.x
5. World Health Organization [Internet]. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. 2014 [Access Feb 11, 2016]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf
6. The United Republic of Tanzania. Ministry of Health and Social Welfare. Focused Antenatal Care Malaria and Syphilis in Pregnancy; 2009.
7. World Health Organization [Internet]. Birth and emergency preparedness in antenatal care. 2006 [Access March 12, 2016]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/emergency_preparedness_antenatal_care.pdf
8. Hailu M, Gebremariam A, Alemseged F, Deribe K. Birth preparedness and complication readiness among pregnant women in Southern Ethiopia. *PLoS One*. 2011; 6:e21432. doi: 10.1371/journal.pone.0021432.
9. Moran AC, Sangli G, Dineen R, Rawlins B, Yameogo M, Baya B. Birth-preparedness for maternal health: Findings from Koupela district, Burkina Faso. *J Health Popul Nutr*. 2009; 24:489–97.
10. Kabakyenga JK, Ostergren PO, Turyakira E, Pettersson KO. Influence of birth preparedness, decision-making on location of birth and assistance by skilled birth attendants among women in South-Western Uganda. *PLoS One*. 2012;7: e35747. doi: 10.1371/journal.pone.0035747.
11. Danforth EJ, Kruk ME, Rockers PC, Mbaruku G, Galea S. Household decision-making about delivery in health facilities: evidence from Tanzania. *J Health Popul Nutr*. 2009;27: 696–703.
12. Pembe AB, Urassa DP, Darj E, Carlsted A, Olsson P. Qualitative study on maternal referrals in rural Tanzania:

decision making and acceptance of referral advice. *Afr J Reprod Health*. 2008;12:120-31.

13. Pembe AB, Carlstedt A, Urassa DP, Lindmark G, Nyström L, Darj E. Effectiveness of maternal referral system in a rural setting: a case study from Rufiji district, Tanzania. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:326. doi: 10.1186/1472-6963-10-326.

14. Magoma M, Requejo J, Campbell OM, Cousens S, Filippi V. High ANC coverage and low skilled attendance in a rural Tanzanian district: a case for implementing a birth plan intervention. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:13. doi: 10.1186/1471-2393-10-13

15. Urassa PD, Pembe BA, Mganga F. Birth preparedness and complication readiness among women in Mpwapwa district, Tanzania. *Tanzan J Health Res*. 2012;14:42-7. doi: 10.1186/s12978-015-0041-8.

16. Ajzen I. Theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50: 179-211.

17. National Health Insurance Fund [Internet]. Updated List of Accredited Health Facilities in Tanga Region by February 2009 [Access May 4, 2015] Available from: <http://www.nhif.or.tz/>

18. Economic Development Initiatives [Internet]. KOROGWE DC CWIQ Survey on Poverty, Welfare and Services in Korogwe DC. Bukoba (Tanzania): EDI (Economic Development Initiatives); 2007.

19. Ueda T. Statistics: approval and estimation. Tokyo Japan: Ohmsha; 2009.

20. World Health Organization. Pregnancy, childbirth, postpartum, and newborn care: a guide for essential practice. Geneva: WHO; 2006.

21. Woldemicael G, Tenkorang EY. Women's autonomy and maternal health-seeking behavior in Ethiopia. *Matern Child Health J*. 2010;14:988-98. doi: 10.1007/s10995-009-0535-5.

22. Berger I, White EF. Women in Sub-Saharan Africa. Bloomington, IN: Indiana University Press; 1991.

23. Allendorf K. The quality of family relationships and use of maternal health-care services in India. *Studies Fam Plann*. 2010;41:263-76. doi: 10.1111/j.1728-4465.2010.00252.x

Recibido: 14.5.2016

Aceptado: 15.9.2016

Correspondencia:

Yoko Shimpuku
St. Luke's International University, College of Nursing
10-1 Akashicho
Bairro: Chuoku
CEP: 104-0044, Tokyo, Japão
E-mail: yoko-shimpuku@slcn.ac.jp

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.