

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

La influencia de los factores socioeconómicos en la elección de lugar de alumbramiento entre mujeres embarazadas Oyigbo en el estado de Rivers, Nigeria

Obika-Ndiri Ngozi Afulenu, Ndikom Chizoma Millicent, Obika Ogochukwu Immaculate

Introducción

La mortalidad materna (MM) se refiere a la pérdida de vida de una mujer como resultado de una complicación en su embarazo o dentro de los primeros 42 días después del parto (con independencia del periodo o lugar de transcurso de su embarazo) derivada de asuntos relacionados o magnificados por el manejo del embarazo aparte de accidentes o factores incidentales.[1] De esta se ha convertido en un tema serio en países de ingresos medios, entre los que África subsahariana contribuye con el 66% de los casos.[2] La mortalidad materna sigue siendo un riesgo prevalente en países como Nigeria como resultado de varios factores, que incluyen, pero no se limitan a cultura, economía y sociedad, los cuales tienen una incidencia directa en las altas tasas.[1] Los profesionales de la salud deben proveer un entorno de mayor apoyo y sensibilidad para adaptarse a diferentes perspectivas sociales así como emplear mayor tacto en la educación de las mujeres y el

manejo de sus necesidades.[3] Las principales causas de MM son las enfermedades infecciosas, como malaria o hepatitis y condiciones físicas como anemia, hemorragia y condiciones de hipertensión asociadas al embarazo, así como sepsis y labor de parto obstruido.[3]

Las mujeres mueren durante el parto por complicaciones como abortos de alto riesgo, infecciones postnatales, complicaciones durante y post labor de parto.[2] Entre estas mujeres alguna no mueren pero pueden vivir con secuelas de por vida, morbilidad materna se refiere a las enfermedades y las dolencias experimentadas por mujeres embarazadas, en muchas ocasiones éstas les deshabilitan para operar normalmente y frecuentemente afectan sus funciones sociales, económicas y de fertilidad.[1] Puede volverse crónica tras un embarazo, dichos estados no son mortales, pero pueden afectar la funcionalidad de las mujeres: propaso uterino, fístula o condiciones menores como hernias, depresión postparto, incontinencia urinaria, hemorroides, etcétera.[4]

Obika-Ndiri Ngozi Afulenu,

Centro africano de excelencia para la salud pública y la investigación toxicológica (Ace-Putor), Universidad de Port-Harcourt, estado de Rivers, Nigeria
Orquídea: 0000-0002-4564-4630

Ndikom Chizoma Millicent,

Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Ibadan, Estado de Oyo, Nigeria
Orcida: 0000-0002-4036-156x

Obika Ogochukwu Immaculate,

Departamento de Farmacognosia, Facultad de Medicina, Universidad de Lagos, Estado de Lagos, Nigeria
Orquídea: 0000-0002-2571-8479
Correo electrónico: obika.immaculate@gmail.com

Las causas médicas de la MM son también factores relevantes en morbilidad y la depresión, que ser añadida a la lista de factores causales.[5] Los trabajadores de la salud deben facilitar un entorno más sensible y adaptable a las distintas perspectivas sociales y emplear tacto en la educación de las mujeres y en el manejo de sus necesidades.[3]

Los servicios de salud materna adecuados son esenciales para bienestar de las mujeres durante el embarazo y de sus hijos[5]. La atención a la salud materna consiste en el cuidado comprensivo de la madre y el bebé e incluye servicios educativos, sociales y nutricionales, así como cuidado médico

durante el embarazo, labor y postparto. Como ha sido observado en otros estudios, algunas de las causas por las que muchas embarazadas no hacen uso de cuidados pre y postnatales apropiados, son la pobreza, la distancia a una instalación médica, un nivel educativo bajo, la falta de conocimiento sobre las posibilidades disponibles, prácticas culturales, y creencias religiosas.[6] Es importante que todos los nacimientos sean atendidos por profesionales de la salud para garantizar atención y tratamiento tempranos, reduciendo así el riesgo de muerte para la madre y el bebé [2], una actitud discriminatoria por su origen afecta en salud.[7] La desigualdad también incide sobre la salud materna, en particular, en cuanto a derechos, género, salud reproductiva (incluida la planificación familiar) y acceso a cuidados maternos respetuosos y de calidad.[8]

Distintos grupos sociales en África subsahariana practican formas y estilos de vida diferentes, los cuales difieren en ciertos aspectos, pero también son muy similares en torno a ciertos contextos que enfrentan.[9] Otros estudios han mostrado que los procedimientos alrededor de la maternidad en esta región son susceptibles a crisis como resultado de múltiples factores socioeconómicos. Estos factores afectan las prácticas perinatales entre las mujeres en edad reproductiva en la mayoría de los países de esta parte de África.[10] Dichos factores sociales son experiencias que influyen la manera en que un individuo piensa, su forma de su vida y actitudes. Los factores socioeconómicos que típicamente afectan los procesos de alumbramiento, incluyen: antecedentes educativos, acceso a servicios médicos y obstétricos de calidad, el entorno ambiental y doméstico, así como las formas de vida colectiva e individual adoptadas.

Nigeria consiste en numerosos grupos sociales con intereses específicos determinados multifactorialmente. Los factores sociales que comúnmente influyen sobre las prácticas de alumbramiento en país están asociados a un incremento en la morbilidad materna o prenatal. [9] Uno de las practicas más comunes asociada es el parto en casa. En Madagali, ubicada en el noreste, ocurren un número significativo de partos en casa supervisados por personas no calificadas. Éstos dan cuenta de mucha de la alta tasa de mortandad en el norte del país [11]. Las mujeres en mortalidad este tipo de sociedad tienen un bajo nivel educativo, un estatus socioeconómico bajo y participan principalmente en el trabajo doméstico, labores del campo y pequeño comercio. Por su

falta de educación apropiada y capacidad financiera, el parto en casa se convierte en su mejor opción pues las mujeres lo ven como más seguro y barato.[6]

El estado civil de las mujeres en edad reproductiva en países como Nigeria es un factor social significativo que influye sobre las prácticas en torno al alumbramiento, así como en la elección del lugar para el mismo. Por ejemplo, las solteras o divorciadas pueden tener mayor capacidad de tomar decisiones propias, sin un hombre (esposo) influyendo sobre en comparación con mujeres casadas. [12]

También expuestas a embarazos en serie para satisfacer las expectativas sociales de masculinos de tener una familia grande.[13] Son muchas las mujeres que conciben y dan a luz a numerosos niños en periodos temporales relativamente cortos, lo cual ha llevado a un incremento en la morbilidad y mortalidad en estas regiones.[9]

En el estado de Lagos, Nigeria, las embarazadas Ogu-parlantes de Badagry, frecuentemente dan a luz a múltiples bebés en periodos cortos. [14] Esto puede originar dificultades económicas para financiar partos profesionales. La distancia y la accesibilidad vial a instalaciones médicas son un factor decisivo en la elección del lugar de parto. En el sur del país, los residentes de las regiones fluviales de Bayelsa y algunas partes del estado Rivers, practican del parto en casa porque ha sido adoptado como forma de vidas en tales entornos. Es más sencillo parir en casa que cruzar un río en lancha en medio de la labor de parto para llegar a un hospital. [15]

Otra causa importante de MM es la falta de acceso a profesionales de la salud [16], ese es el caso de muchas mujeres en África subsahariana.[17] A nivel mundial, la literatura apunta a varios factores socioeconómicos a los que se han atribuido el bajo acceso a instituciones médicas y a personal de salud calificado [18] para las embarazadas. En Etiopía, aunque ha habido un gran incremento en términos de la provisión de cuidados maternos adecuados, la MM es de las más altas del mundo con 412 muertes por 100,000 nacimientos vivos.[19] El estudio de Bukar y Jauro, ha mostrado que en países de bajos ingresos la causa principal de muerte materna es la falta de atención al parto por personal calificado.[11]

Es necesario fomentar la profesionalización de los cuidados obstétricos para reducir la mortandad.

Los datos muestran que un incremento en 10% en atención profesionalizada se traduce a 5% en reducción en muertes maternas [20].

La elección de lugar de parto puede estar asociado a una falta de educación en relación a los cuidados necesarios por parte de personal calificados. El estudio de Azeama sugiere que algunas embarazadas están desnutridas porque solo comen lo que se puede obtener en su comunidad [12]. Si estas mujeres fueran ilustradas por personal médico calificado, podrían acceder a alimentos que podrían mejorar su situación durante el embarazo y el parto. Se asume que los efectos de la educación se expresan predominantemente a través de sus habilidades cognitivas de las mujeres, sus recursos materiales y autonomía, lo cual a su vez afectaría sus prácticas en torno a la maternidad, de cuidado a la salud y, en última instancia, su estado de salud resultante [21].

La educación debiera tener un efecto positivo sobre las habilidades cognitivas de las mujeres, en particular su capacidad de lectura y, por ende, debiera beneficiaria la salud materna mediante el incremento de su capacidad para buscar información relevante a su propia salud, garantizando que sean capaces de seguir instrucciones escritas. La educación reduce también los efectos del sistema patriarcal, los hombres son tradicionalmente quienes proveen económicamente a sus familiares y quienes determinan de qué manera se deben emplear dichos recursos. De manera que, si mediante el acceso a la educación ellas mejoran en el empleo y los ingresos de las mujeres, su capacidad de provisión le conferiría más capacidad de decisión dentro del hogar, incluyendo decisiones en torno llevar su parto a un hospital u otra instalación médica. Esto debe mejorar la salud postnatal mediante la reducción del riesgo de infecciones y la provisión de profesionales de la salud en torno al parto capaces de resolver alguna posible complicación. [21]

La educación refuerza también comportamientos que promueven la salud, lo cual puede elevar la prevención o detección temprana de posibles complicaciones durante el embarazo y el parto, así reducción en el riesgo de muerte, no obstante, muy pocos estudios han podido establecer un vínculo causal entre educación y salud materna.[21] La capacidad económica puede afectar directamente el que una mujer pueda o no acceder a infraestructura sanitaria profesional para parir puesto que la anticipación respecto a los costos

implicados determina el que dicha infraestructura médica de entrada sea considerada como una posibilidad . Aquellas mujeres que tienen ingresos económicos propios podrían ahorrarlos para pagarse un parto asistido profesionalmente.

Sin embargo, en muchas situaciones, no ganan dinero por las labores que realizan no controlan los ingresos que generan, o se encuentran en una situación de empobrecimiento que impiden que los recursos puedan ser dirigidos a pagarse un parto medicalizado.[22] Por ejemplo, en dos estados del sur de la India, así como en Nepal, que una mujer trabaje es típicamente inducido por su carencia económica.[23]

Otro estudio encontró una asociación interesante a favor de las que trabajan y viven a más de una hora de distancia de una instalación médica, mientras que el hecho de laboral no aparece como un factor entre aquellas que viven a menos de una hora de dicha infraestructura. Lo anterior podría obedecer a que las mujeres empleadas tendrían mejor posibilidades de sortear temas de acceso, pudiendo cubrir los costos de su transportación y temas de limitación de movilidad por su género.[22] Hay diversos trabajos que versan sobre la influencia de factores socioeconómicos en la elección del lugar el parto, pero pocos se han enfocado la Estado de Rivers, Nigeria. El objetivo de este estudio es el de explorar la significancia de ciertos factores socioeconómicos en la elección del lugar de parto entre las mujeres de la región autónoma Oyiabo, Estado de Rivers, Nigeria.

Métodos

Diseño de Investigación

Este estudio hizo uso de un diseño descriptivo y de corte transversal, que involucró recolección, análisis e interpretación de datos recabados mediante entrevistas, bajo un esquema de muestreo aleatorio.

Área de Estudio

Fue llevado a cabo en la zona del Gobierno Local Oyiabo, Estado de Rios, Nigeria. Éste es uno de los 23 gobiernos locales del Estado, en la región sur-surd del país. El centro administrativo local está ubicado en Afam, situado a cerca de 30km de Puerto Harcourt, capital del Estado, y cuenta con una población de 209,841 [24]. Oyiabo está constituido por ciudades, aldeas y distritos como Umuosi, Okoloma, Azusogu, Ndoki y Okponta. Es conocido por sus importantes depósitos de petróleo.

Población

La población objetivo para este estudio fueron las mujeres en edad reproductiva del Área del Gobierno Local de Oyiibo. Las unidades de estudio fueron las de edad reproductiva que acudieron al Centro de Salud de la Iglesia Católica de San Paulo durante el periodo de estudio. Este lugar fue elegido por su proximidad al mercado central, llamado Mercado Ultramoderno de Oyiibo, así como por la cantidad de mujeres que acuden para cuidados pot-parto.

Criterios de Inclusión: las de 20 años o más con al menos un parto en su pasado y residentes en la localidad.

Criterios de Exclusión: las que no dieron su consentimiento o no completaron el formulario, quienes estaban agudamente enfermas o percibidas por el investigador como emocionalmente inestables, así como aquellas que estaban de visita en la zona.

Tamaño de la muestra y determinación de técnica de muestreo

El tamaño de la muestra fue determinado usando la fórmula de Fischer: $n = (Z^2 \times p \times q) / d^2$ donde **n** es el tamaño de la muestra, **Z** es la variable normal asociada al nivel de significancia α (1.96 es la desviación estándar asociada con un intervalo de confianza de 95%); **p** es la proporción de la población con la característica deseada; **q** = 1-p; **d** es el nivel requerido de precisión/discrepancia =5% [25]. En Nigeria, alrededor de 50% de los partos ocurren sin atención médica profesional y fuera de instalaciones médicas [26]. De menor a que, el tamaño de la muestra fue calculada así: $[1.96^2 \times 0.5 \times (1-0.5)] / 0.05^2 = 384$

Instrumento para la recolección de datos

Un nuevo instrumento fue diseñado para este estudio; un cuestionario estructurado en tres secciones; características socioeconómicas; datos bio-médicos, lugares comunes de parto y factores socioeconómicos que afectan la elección del lugar de parto. El cuestionario fue desarrollado en inglés para fines de este estudio y a partir de una revisión exhaustiva de la literatura, consiste de preguntas cerradas, medibles mediante una escala de variables categóricas. El instrumento fue aplicado primero en una prueba piloto en pequeños casos para evaluar su aplicabilidad y viabilidad. El cuestionario fue autoadministrado para las mujeres sin instrucción fue administrado mediante una entrevista y traducido a su idioma local.

Confiabilidad y validez del instrumento

La confiabilidad del instrumento fue determinada mediante el método de reiteración de pruebas; para determinarla se utilizaron 10 copias del mismo administrándose a 10 mujeres seleccionadas aleatoriamente de aquellas que acudieron al centro de la salud, analizaron sus respuestas. La misma copia del instrumento fue administrada a la misma muestra dos semanas. Se correlacionaron el primero y último análisis, siendo de 0.81, según el coeficiente de correlación de Pearson.

Para asegurar validez del instrumento, el investigador se aseguró de que el contenido se alineaba con los objetivos del estudio. También se facilitó dichos instrumentos al supervisor de la investigación, así como a otros expertos en partería, salud pública y medicina comunitaria y a especialistas en estadística para incluir en su revisión en las correcciones y los ajustes necesarios.

Se tradujeron los reactivos a los idiomas locales por hablantes nativos, la traducción fue revisada por expertos en partería y salud pública, así como por otros investigadores. Dicha traducción fue aplicada en un a prueba piloto (en una pequeña muestra), haciendo preguntas respecto a los reactivos, según a sus propias respuestas y corrigiendo.

Método de recolección de datos

El estudio fue llevado a cabo en el Centro de Salud de la Iglesia Católica de San Paulo de un periodo de tres meses; enero - marzo 2020. Los datos fueron recabados por el equipo médico en turno durante horas de oficina. El proceso de obtención de datos fue cuidadosamente monitoreado por el investigador principal y sus asistentes. Los entrevistadores fueron reclutados con base en su experiencia previa y su conocimiento del idioma local. Tanto leas recaudadores de la información como sus supervisores, fueron entrenados en métodos de entrevista, el manejo de temas éticos y la manutención de confidencialidad y privacidad.

Método de análisis de datos

Los datos fueron procesados con el Paquete de Estadística para Ciencias Sociales (SPSS) versión 22 (SPSS Inc., Chicago, IL., USA). Los datos descriptivos se presentaron como cuadros de frecuencia y porcentaje, las hipótesis fueron usadas para probar la asociación mediante la aplicación de chi-cuadrada, con una significancia de $p < 0.05$.

Conformidad Ética

Toda la información fue manejada con la mayor confidencialidad, la privacidad fue implementada de acuerdo, con los Lineamientos de Protección y Privacidad de Datos. Los sujetos del estudio se reservaron su derecho a la privacidad y la no-divulgación de sus datos personales. Un

consentimiento informado por escrito, fue provisto a cada participante. El estudio recibió aprobación del comité ético para investigaciones de una universidad número UPH/CEREMAD/REC/MM68/025 en diciembre 20, 2019, así como la aceptación y permiso para investigar en OYIGBO por el HRH Eze Mike Nwaji JP.

Resultados

Análisis de Datos Socio-demográficos

Cuadro 1: Características socio-demográficas de las respondientes

Demografía	Frecuencia (n = 384)	Porcentaje
Edad		
20-25yrs	65	16.9
26-31yrs	198	51.6
32-37yrs	99	25.8
45yrs & above	22	5.7
Nivel Educativo		
Sin Educación Formal	22	5.7
Educación Primaria	11	2.9
Educación Secundaria	219	57.1
Educación Terciaria	110	28.6
Posgrado	22	5.7
Estado Civil		
Casada	351	91.4
Soltera	22	5.7
Separada	11	2.9
Ingresos		
< ₦30,000	263	68.5
₦30,000-₦79,999	66	17.2
₦80,000-₦149,999	22	5.7
₦150,000-₦349,999	22	5.7
₦350,000 & above	11	2.9
Empleo		
Funcionarias Públicas	33	8.6
Funcionarias Privadas	77	20.1
Comercio	230	59.9
Otros	44	11.4

Cuadros son de elaboración propia con los datos de la investigación.

Elecciones Comunes de Lugar de Parto en Oyigbo

Cuadro 2: Elección de lugar de parto entre mujeres en edad reproductiva

LUGAR DE PARTO	SI		NO	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Hospital/Centro Médico	351	91.4	33	8.6
Casa de Partería Tradicional	19	4.9	365	95.1
Parto en Casa	9	2.3	375	97.7
Otras	5	1.3	379	98.7

SI: número de respondientes que eligieron esa locación para su parto
NO: número de respondientes que NO eligieron esa locación para su parto.
Cuadros son de elaboración propia con los datos de la investigación.

Factores Sociales que Influyen la Elección de Lugar de Parto en Oyigbo

Cuadro 3: Factores Sociales que Influyen sobre la elección de las mujeres en Oyigbo L.G.A

Factores Sociales	SI		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Acceso vial al Centro de Salud	165	42.97	219	57.03
Distancia	99	25.78	285	74.22
Disponibilidad de fondos económicos	199	51.82	185	48.18
Indisponibilidad de Personal Profesional	144	37.5	240	62.5

SI: respondiente afectada por este factor. NO: respondiste no afectada por este factor.

Cuadros son de elaboración propia con los datos de la investigación.

Prueba de Asociación entre factores sociales seleccionados y la elección del lugar de parto

El Cuadro 4 muestra la contingencia con respecto a la chi-cuadrada en relación a los factores anteriores y el lugar elegido. Las cifras revelan la manera en que estas variables se distribuyen en categorías.

Cuadro 4: Medida en que los factores sociales influyen sobre la elección de las mujeres de lugares para parir

		Lugar de parto				X ²	df	Valor P	Indica
		Centro de Salud	Partera	Parto en casa	Otro				
Acceso vial al Centro Médico	SI	154	6	5	0	5.47	3	0.140	No significativa
	No	197	13	4	5				
Distancia	SI	99	0	5	0	12.69	3	0.005	Significativa
	No	252	19	4	5				
Disponibilidad de fondos económicos	SI	187	10	0	2	10.26	3	0.016	Significativa
	No	164	9	9	3				
Indisponibilidad de personal de salud profesional	SI	133	9	0	2	6.23	3	0.101	No Significativa
	No	218	10	9	3				

Cuadros son de elaboración propia con los datos de la investigación.

El resultado indica que no hay asociación significativa entre la accesibilidad vial al Centro de Salud ($X^2 = 5.47$, $p = 0.140$) en relación a la indisponibilidad de personal profesional de salud ($X^2 = 6.23$, $p = 0.101$) con la elección del lugar de nacimiento, pero encontramos asociación significativa con relación a la distancia ($X^2 = 12.69$, $p = 0.005$) y a disponer de medios económicos ($X^2 = 10.26$, $p = 0.016$). La manera en que los factores sociales pudieran influir sobre la elección del lugar de parto entre las mujeres en edad reproductiva en Oyigbo pudiera darse de maneras diversas

Asociación entre nivel educativo y elección del lugar de parto entre las mujeres de Oyigbo

Cuadro 5: Asociación entre nivel educativo y elección de lugar de parto

Educación	Lugar de parto				X ²	df	P-value	Indica
	Centro Médico	Partería	Parto en casa	Otro				
≤ Primaria	29	2	2	0	18.75	6	0.005	Significativo
≤ Secundaria	191	17	6	5				
≥ Terciaria	131	0	1	0				

Cuadros son de elaboración propia con los datos de la investigación.

Los resultados del Cuadro 5 muestran un valor $X^2 = 18.75$, $p\text{-value} = 0.005$ que resulta menor que el nivel de significancia 0.05. Por tanto, hay una asociación significativa entre nivel educativo y elección del lugar de parto.

Asociación entre nivel de ingresos y elección de lugar de parto en Oyigbo

Cuadro 6: Asociación entre nivel de ingresos y elección de lugar de parto.

Ingreso	Lugar de parto				X ²	df	P-Value	Indica
	Centro de Salud	Partería	Parto en casa	Otro				
<N30,000	237	16	7	3	8.38	6	0.212	No significativo
N30,000 – N79,999	61	3	2	0				
≥N80,000	53	0	0	2				

Cuadros son de elaboración propia con los datos de la investigación.

El cuadro 6 muestra un valor X² de 8.38 y p= 0.212 mayor que 0.05. Por tanto la hipótesis nula no es rechazada. Esto indica que no hay asociación entre niveles de ingreso y elección del lugar de parto.

Discusión

Este estudio encontró que 91.4% de las respondientes eligió un centro de salud para su parto en lugar en el domicilio, el de una partera en casa u otras opciones. Esto implica una consciencia de la presencia de profesionales de la salud como garantía de la seguridad durante el alumbramiento.[27] Otros estudios, como la Encuesta Demográfica y de Salud de Nigeria, pueden mantener la opinión divergente de que la mayoría de que están en edad reproductiva prefieren el parto en casa [28]. Sin embargo, en contraste con la parte norte del país (que tiene la cifra más alta de partos en casa [11]), en el sur esta cifra es más baja. Los resultados reportados en el Cuadro 3 revelan que en Oyigbo no hay asociación significativa entre factores sociales: acceso vial al centro de salud, falta de personal de salud calificado y la elección del lugar para el parto; pero sí esta asociada con distancia y disponibilidad de fondos económicos. Lo anterior fue señalado por con Omideyi (2008) mostrado que los factores sociales afectan la decisión de lugar de parto entre las mujeres en edad reproductiva en la mayoría de los países de África [10]; mientras que el estudio de Esienmoh *et al.* (2016) diverge con nuestros resultados al apuntar que el acceso vial a los centros de salud influye sobre la decisión del lugar de parto, puesto que en las regiones con ríos de Bayelsa y el Estado Rivers es más fácil parir en casa que cruzar el río para llegar a un hospital en bote durante la labor de parto.[15]

Sin embargo, debido a la incipiente urbanización de Oyigbo, hay una mejor red de carreteras e infraestructura de atención a la salud con profesionales calificados disponibles, pero el pobre estado de manutención de dichas carreteras, la distancia a esos centros de salud y la disponibilidad económica al momento del parto, influyen en las elecciones de estas mujeres en torno a donde dar a luz. Podrían conformarse con el centro de salud más cercano en detrimento de una opción con atención personalizada o parir en casa, a pesar de que prefirieran un lugar tradicional de parto o un hospital.

Los resultados del Cuadro 5 revelan que hay una asociación significativa entre un nivel educativo y la elección de lugar de parto en Oyigbo. El Cuadro 1 sugiere que ellas son, en general personas educadas, 91.4% contaban con secundaria, lo cual concuerda con el estudio de Okeshola y Sadiq en términos, que indican que las mujeres más educadas prefieren un parto hospitalario que un parto en casa.[22]

Tomando en cuenta en nivel educativo, y aunque la mayoría contaba con la secundaria, independientemente de sus antecedentes, la mayoría elegiría un parto hospitalario.

La importancia de la educación es esencial en cuanto a cuidados prenatales y al manejo de las enfermedades y las complicaciones experimentadas por mujeres embarazadas [1], para

lo que, por lo general, acuden a hospitales o centros de salud. Omideyi señala que el nivel educativo afecta la elección de lugar de parto en la mayoría de los países del área.[10] La salud materna y africanos el conocimiento sobre cuidados prenatales son elementos potencialmente accesibles aún sin educación formal, pero la educación posibilita la asimilación, como afirma Witzman, en relación a su papel en torno a los cuidados maternos, permeando las habilidades cognitivas de ellas, recursos materiales y autonomía [21].

Los datos del Cuadro 6 revelan que no hay asociación significativa entre el nivel de ingresos y la elección de lugar para el parto. Este resultado contradice el estudio de Okeshola y Sadiq, quienes articulan que las desempleadas cuyos esposos no pueden financiar el costo implicado, si dejar y por lo general alientan a sus parejas a parir en casa o en el domicilio de una partera tradicional,. En cambio, para la mayoría de las mujeres que no tienen esas restricciones económicas, es la seguridad de sí mismas y su bebé lo que determina su elección de lugar para parir [22]. La OMS apunta que la MM se ha vuelto un problema serio entre los países de ingresos medios en África subsahariana y que aportan el 66% de las muertes maternas [2]. De que acuerdo con Ronsmans y Graham, la accesibilidad económica a atención médica afecta las prácticas en torno al parto entre las mujeres.[9] No obstante, este estudio argumenta que el nivel de ingresos no es el factor determinante sino los fondos económicos disponibles en el momento del parto, 51.82% de las respondientes así afirmaron. A pesar de que las mujeres de Oyigbo no tienen ingresos altos, la mayoría son empresarias y comerciantes que cuentan con ingresos propios, que disponen de dinero y pueden decidir emplearlo para poder elegir el lugar de parto que prefieren.[22]

Conclusión

Con base en los hallazgos de este estudio, puede decirse que las hay sin su alto nivel de preferencia hacia los centros de salud como elección de lugar para partos. Entre todos los factores sociales, la distancia a un centro de salud y los fondos disponibles al momento, son los que más influyen sobre la elección del lugar para parir y el nivel

educativo es más determinante que el nivel de ingresos.

Agradecimientos

Agradecemos a Dios y al personal del Centro de Salud de la Iglesia Católica de San Pablo por su asistencia y por facilitarnos una plataforma para esta investigación. También agradecemos a Obika F.C. por la revisión de este texto y su corrección gracias a dios y a todo el equipo del puesto de salud de la Iglesia Católica de St. Paul por su ayuda y por brindarnos una plataforma para esta investigación. También agradezco a Obika F. C. por la revisión y limpieza.

Referencias

1. Olonade, O, Olawande, TI, Alabi, OJ, & Imhonopi, D. Maternal Mortality and Maternal Health Care in Nigeria: Implications for Socio-Economic Development. *Open Access Maced. J. Med. Sci.* 2019; 7(5): 849–855. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.041>
2. World Health Organization. Fact sheets.. Maternal mortality. WHO. Geneva 2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Accessed 17 July 2020.
3. Kyei-Nimakoh M, Carolan-Olah M and Terence V. McCann. Millennium development Goal 5: progress and challenges in reducing maternal deaths in Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016; 16(51): 1 – 9. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0840-0>
4. Koblinsky, M, Chowdhury, ME, Moran, A, & Ronsmans, C. Maternal morbidity and disability and their consequences: neglected agenda in maternal health. *J Health Popul Nutr.* 2012; 30(2), 124–130. <https://doi.org/10.3329/jhpn.v30i2.11294>
5. Filippi V, Chou D, Ronsmans C, Graham W, and Say L. Levels and Causes of Maternal Mortality and Morbidity. In: Black RE, Laxminarayan R, Temmerman M, and Walker N, editors. *Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health: Disease Control Priorities.* 3rd ed (Vol 2). The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank: Washington DC. 2016; p 51–70. Accessed from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361917/>

6. Aluko-Arowolo SO and Ademiluyi IA. Understanding Maternal Health in the Context of culture, Infrastructure and Development in Pluralistic Nigerian Society. *Int.J. humanit. soc. sci.* 2015; 5(4): 151-158.
7. Cockrill, K and Nack A. I'm Not That Type of Person': Managing the Stigma of Having an Abortion. *Deviant Behav.* 2013; 34 (12): 973-90.
8. World Health Organization. Maternal mortality: WHO fact sheet on maternal mortality with key facts and providing information on MDG 4, where deaths occur, causes, lack of care and WHO response. WHO. Geneva. 2018.
9. Ronsmans C and Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. *The Lancet.* 2006; 368(9542): 1189-200. Retrieved 28 November 2019 from: <https://www.thelancet.com/journals/lancet/a>
10. Omideyi, AK. Poverty and development in Nigeria: trailing the MDGs?. *Afr. J. Infect. Dis..* 2007; 1(1): 3-17. <https://doi.org/10.4314/ajid.v1i1.42088>
11. Bukar M, Jauro YS. Home births and postnatal practices in madagali, North-Eastern Nigeria. *Niger J ClinPract.* 2013; 16: 232-237.
12. Ezeama, MC and Ezeamah, I. Attitude and socio-cultural practice during pregnancy among women in Akinyele L. G. A. of Oyo State, Nigeria. *J. Res. Nurs. Midwifery.* 2014; 3(1):14-20
13. Aleni, M, Mbalinda, SN and Muhindo, R. Birth Intervals and Associated Factors among Women Attending Young Child Clinic in Yumbe Hospital, Uganda. *Int. J. Reprod. Med* 2020; 1326596: 1-11. <https://doi.org/10.1155/2020/1326596>
14. Ajiboye, OE and Adebayo, KA. Socio-cultural factors affecting pregnancy outcome among the Ogu speaking people of Badagry area of Lagos State, Nigeria. *Int. j. humanit. soc. sci.* 2012; 2(4): 133-144.
15. Esienmoh, EE, Akpabio, II, Etowa, JB and Waterman, H. Cultural Diversity in Childbirth Practices in a Rural Community in Southern Nigeria. *J Preg Child Health.* 2016; 3(5): 280. available at <https://www.omicsonline.org/open-access/cultural-diversity-in-childbirth-practices-of-a-rural-community-in-southern-nigeria-2376-127X-1000280.php?aid=80286>
16. Egharevba, J, Pharr, JR, Wyk, VB and Ezeanolue, EE. Factors influencing the choice of child delivery location among women attending antenatal care services and immunization clinic in Southeastern Nigeria. *Int J MCH AIDS.* 2017; 6(1): 82-92.
17. World Health Organization. Antenatal care in developing countries: promises, achievements and opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, Department of Reproductive Health and Research. WHO. Geneva, Switzerland.2015
18. Nayak MG, Sharada, George A. Socio-cultural perspectives on Health and Illness. *Nitte University Journal of Health Science.* 2012; 2(3): 61-67. <https://nitte.edu.in/journal/SepSplit/spohai.pdf>
19. Liyew EF, Yalew AW, Afework MF, Essén B. Incidence and causes of maternal near-miss in selected hospitals of Addis Ababa, Ethiopia. *PLoS ONE.* 2017; 12(6): e0179013. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179013>
20. Graham, WJ, Bell, JS and Bullough, CHW. Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? In: De Brouwere,V, Van Lerberghe,W, editors. *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence.* Studies in Health Services Organisation and Policy. 2001. p 97-130
21. Weitzman A. The effects of women's education on maternal health: Evidence from Peru. *Soc Sci Med.* 2017; 180: 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.004>
22. Okeshola, FB., and Sadiq, I. Determinants of Home Delivery among Hausa in Kaduna South Local Government Area of Kaduna State, Nigeria. *Am. Int. J. Contemp.* 2013; 3(5): 79-85.
23. Sharma S., Smith S., Sonnavelett E., Pine M., Dayaratna V., Sanders R. Formal and Informal Fees for Maternal Health Care Services in Five Countries: Policies and Perspectives. Policy Working Paper Series No.16: USAID. 2005. Available at <http://www.policyproject.com/pubs/workingpapers/WPS16.pdf>
24. Nwaji PO. "Peaceful Oyigbo". *The Port Harcourt Telegraph.*2009.http://www.thephctelegraph.com/stories/July%202009/2207news_07.html. Accessed 2 January 2020.
25. Charan, J., & Biswas, T. How to calculate sample size for different study designs in medical research?.*Indian J. Psychol. Med.*2013;35(2), 121-126. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.116232>

26. Fagbamigbe AF, Bello S, Salawu MM, Afolabi RF, Gbadebo BM, Adebowale AS. Trend and decomposition analysis of risk factors of childbirths with no one present in Nigeria, 1990–2018BMJ Open 2021;11:e054328. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054328>
27. Ugwu, NU and de Kok, B. Socio-cultural factors, gender roles and religious ideologies contributing to Caesarian-section refusal in Nigeria. *Reprod. Health.* 2015; 12(70): 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0050-7>
28. Nigeria Demographic and Health Survey (NDHS). Preliminary Report. National Population Commission. Federal Republic of Nigeria, Abuja. 2018.

La versión en inglés de este texto fue publicada en:

Obika-Ndiri NA, Ndikom CM and Obika OI. (2022). Influence Of Socio-Economic Factors On Choice Of Childbirth Place Among Women In Oyigbo, Rivers State, Nigeria. *Journal of Midwifery.* 7(2); 66-76. <https://doi.org/10.25077/jom.7.2.66-76.2022>

Recibido: 24 de agosto de 2022

Aceptado: 15 de diciembre de 2022.

Conflicto de intereses: ninguno.

