



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD SOBRE EL PARTO
CULTURALMENTE ADECUADO. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS 2017**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA
A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

AUTORAS:

LISSETH YESSENIA SANTOS LLIVISACA.

CI: 0105670327

VANESSA JACQUELINE TONATO MUÑOZ

CI: 0105917595

DIRECTORA:

MGT. AYDEÈ NARCISA ANGULO ROSERO

CI: 1706106141

ASESOR:

DR. CARLOS EDUARDO ARÉVALO PELÁEZ

CI: 0103417358

CUENCA - ECUADOR

2017

RESUMEN

ANTECEDENTES: El parto es un suceso importante para la familia y la mujer, por ello debe de ser participativo, seguro y culturalmente aceptado, es por eso que el estado creò una Guía de Atención al Parto Culturalmente Adecuado, con el fin de reducir la mortalidad y morbilidad materno-neonatal ya que es un problema prioritario mundial.

OBJETIVO GENERAL: Determinar las percepciones de los profesionales de salud sobre el parto culturalmente adecuado en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca periodo 2017.

METODOLOGÍA: El presente estudio es cualitativo, se aplicó la teoría fundamentada, como técnica se utilizó la entrevista con una encuesta semiestructurada, la información se procesò mediante el programa ATLAS ti versión 7.0 y los resultados se analizaron de acuerdo a cada categoría con sus respectivas citas, códigos, memos y conclusiones establecidas por los investigadores.

RESULTADOS: Se evidenció la pérdida del protagonismo de las mujeres gestantes ya que aceptaron las reglas institucionales, transformándose el parto en un “acto médico” dejando de lado aspectos esenciales como el derecho a elegir la posición de parto, tener acompañamiento, también se evidenció una tendencia médico intervencionista ante la práctica del Parto Culturalmente Adecuado, sumándose a ello, la reproducción del modelo hegemónico en la relación médico – paciente, caracterizado por componentes formativos y actitudinales de supremacía y subordinación, la continuación del orden social de racionalidad científica y secular de la sociedad moderna caracterizado por la supremacía de la ciencia sobre lo empírico.

PALABRAS CLAVES: PERCEPCION, PARTO CULTURALMENTE ADECUADO, PROFESIONALES DE SALUD.

ABSTRACT

BACKGROUND: Childbirth is an important event for the family and the woman, so it must be participatory, safe and culturally accepted, that is why the state created a Guide to Care for Culturally Adequate Childbirth, in order to reduce mortality and maternal-neonatal morbidity as it is a global priority problem.

GENERAL OBJECTIVE: To determine the perceptions of health professionals about culturally appropriate delivery in the Faculty of Medical Sciences of the University of Cuenca, in the period 2017.

METHODOLOGY: The present study is qualitative, it applied the theory based, the interview was used as a technique with a semi-structured survey, the information was processed through the program ATLAS ti version 7.0 and the results were analyzed according to each category with their respective appointments, codes, memos and conclusions established by researchers.

RESULTS: It was evidenced the loss of the protagonist of pregnant women as they accepted the institutional rules, transforming delivery into a "medical act" leaving aside important aspects such as the right to choose the position of delivery, to have accompaniment, an interventionist medical tendency before the practice of Culturally Adequate Parturition were also evidenced, adding to this the reproduction of the hegemonic model in the doctor - patient relationship, characterized by formative and attitudinal components of supremacy and subordination, the continuation of social order of scientific and secular rationality of modern society characterized by the supremacy of science over the empirical.

KEY WORDS: PERCEPTION, CULTURALLY ADAPTED BIRTH, HEALTH PROFESSIONALS.

**ÍNDICE**

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
CAPÍTULO I	12
1.1 INTRODUCCIÓN.....	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	14
CAPÍTULO II	15
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	15
CAPÍTULO III	27
3. OBJETIVOS	27
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
CAPÍTULO IV.....	28
4. DISEÑO METODOLOGICO.....	28
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	28
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	28
4.3 MUESTRA	28
4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	28
4.5 CATEGORÍAS	29
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	31
4.7 PROCEDIMIENTOS Y MÉTODOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS	31
AUTORIZACIÓN.....	32
SUPERVISIÓN	32
4.8 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	32
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
CAPÍTULO V	34
5. RESULTADOS.....	34
CAPÍTULO VI.....	45
6. DISCUSIÓN	45
CAPITULO VII.....	50
7.1 CONCLUSIONES.....	50
7.2 RECOMENDACIONES	51
8. BIBLIOGRAFÍA	52
9. ANEXOS	64

LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo Lisseth Yessenia Santos Llivisaca en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “**PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD SOBRE EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS 2017**”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 31 de octubre del 2017



Lisseth Yessenia Santos Llivisaca

C.I: 0105670327

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo Lisseth Yessenia Santos Llivisaca, autora del proyecto de investigación **“PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD SOBRE EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS 2017”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 31 de octubre del 2017



Lisseth Yessenia Santos Llivisaca

C.I: 0105670327

LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo Jacqueline Vanessa Tonato Muñoz en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación

“PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD SOBRE EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS 2017”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca 31 de octubre del 2017



Jacqueline Vanessa Tonato Muñoz

C.I: 0105917595



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo Jacqueline Vanessa Tonato Muñoz, autora del proyecto de investigación **“PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD SOBRE EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS 2017”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca 31 de octubre del 2017

Jacqueline Vanessa Tonato Muñoz

C.I: 0105917595

DEDICATORIA

A mi Dios, por guiar cada uno de mis pasos, por amarme a pesar de mis errores, porque sin él no hubiese podido cumplir cada una de mis metas.

A los seres más hermosos en la tierra, mis padres Geovanny Santos y Nube Llivisaca con todo mi amor, porque creyeron en mí, apoyándome de una manera incondicional, enseñándome valores y principios, secando cada una de mis lágrimas, a ellos quienes se esforzaron para que nada me faltara.

A mis abuelitos Manuel y Lolita, quienes con sus consejos me ayudaron a ser mejor persona, por confiar en mí, apoyarme y darme mucho amor.

¡Con Amor!

Lisseth Santos

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico principalmente a Dios, por haberme permitido llegar a este momento tan importante de mi formación profesional y por darme fuerzas para seguir adelante y nunca desmayar. A mis padres por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, por darme los recursos necesarios y hacer de mí una mejor persona a través de sus consejos y enseñanzas, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome su comprensión y amor. A mi hija porque la amo infinitamente y porque fue mi motivación para salir adelante y terminar con éxito mi carrera.

Vanessa Tonato

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a Dios por habernos bendecido con nuestra carrera universitaria “ENFERMERÍA” por darnos sabiduría e inteligencia, por darnos las fuerzas para no desmayar, por acompañarnos en cada día de nuestras vidas, a nuestros docentes, a nuestra Directora la Mgt. Aydeé Angulo y a nuestro Tutor el Dr. Carlos Arévalo, quienes nos dedicaron su tiempo, a nuestros padres quienes realizaron todos los esfuerzos posibles para culminar con nuestras metas, a Liliana Brito quien nos ayudó con el presente proyecto.

¡Con gratitud!

Lisseth y Vanessa

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

A finales del siglo pasado el parto comenzó a realizarse en instituciones médicas con el fin de disminuir la mortalidad materna y neonatal, pero en ese momento se estableció la idea de manejar el parto como una enfermedad. Las mujeres en particular fueron perdiendo su protagonismo en el hecho más esencial e importante de sus vidas y aceptaron las reglas de las instituciones médicas, de este modo el parto se transformó en un “acto médico” cuyo significado dejó de lado aspectos esenciales como la privacidad para ser vivido de manera pública, la preferencia de la pacientes y el derecho a elegir su posición durante el parto, tener acompañamiento, y respetar su cultura etc. (1)

En la actualidad, la mayoría de las mujeres tienen sus partos en la llamada posición dorsal, lo que supone permite al médico controlar de una mejor manera el estado del feto. A esto se agrega que, en el período de dilatación, se obliga a la madre a mantenerse recostada y no se le permite sentarse, deambular y alguna otra posición que podría ser más cómoda para ella, así como también no se le permite estar acompañada por alguna persona de su entorno o de su confianza, en un momento tan importante para ella como mujer y como persona en condiciones de dignidad humana (2,3)

Desde hace más de una década, la OMS viene difundiendo y propugnando el parto humanizado, con el afán de brindarle a la mujer la oportunidad de retomar el rol que siempre tuvo, de participar activamente en su parto en condiciones de dignidad humana. El parto humanizado ofrece un modelo de atención denotando sensibilidad y que garantiza el respeto a las necesidades físicas, mentales, espirituales y culturales (3)

Este estudio se sustenta sobre la idea de que es necesaria una propuesta de un parto diferente basado en el concepto de “parto humanizado” donde el profesionales de salud debemos tener una actitud humanística durante el parto, una forma de actuar diferente, colocándose en el lugar del otro, buscando comprender sus necesidades y dudas, valorando aspectos como el estado emocional, el sentido

de la dignidad y autonomía durante el parto para así poder reducir la morbi-mortalidad materna (4,5)

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad materna y neonatal representa un problema prioritario en el panorama sanitario internacional, pues refleja indirectamente el grado de avance de un país y de su sistema de salud. Los países con mayores indicadores relacionados con muerte materna y neonatal son aquellos en vías de desarrollo, con alto componente de analfabetismo, con zonas rurales poco accesibles (6)

En el Ecuador, existe un importante progreso en la reducción de la mortalidad materna en los últimos años, sin embargo, su valor es aún elevado. De acuerdo a la ENDEMAIN 2004, (Encuesta demográfica materno infantil) las mujeres indígenas, afro ecuatorianas y de sectores rurales del país son las más afectadas (8)

La última encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil muestra que el 78.5% de las mujeres embarazadas dieron a luz en un establecimiento de salud y más del 40% de las mujeres en provincias como Pichincha, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas, y alrededor del 30% de las mujeres de toda la región Amazónica, dieron a luz en su casa (9)

Debemos reconocer que la mayor parte de las muertes maternas son prevenibles; sin embargo, persisten enormes barreras económicas, geográficas y culturales que limitan este acceso. Otros aspectos se refieren a la limitación de las usuarias para ejercer preferencias, posibilidades y tradiciones personales (10)

Las barreras culturales plantean un reto mucho más complejo, pues persiste una escasa comprensión de los conocimientos y las prácticas de salud tradicionales, El sesgo a favor de las intervenciones de salud occidentales suele resultar ofensivo o impropio para quienes recurren habitualmente a la medicina tradicional (11)

La atención del parto culturalmente adecuado permite superar alguna de las barreras que desmotiva a las mujeres embarazadas y a sus familiares a concurrir a los servicios de salud para recibir atención durante su embarazo y parto. Por lo anteriormente expuesto, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación (9)

Pregunta de investigación ¿Cuáles son las percepciones de los profesionales de salud sobre el parto culturalmente adecuado?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El proceso del parto representa una de las experiencias más importantes que vive la mujer, pero también puede ser el evento más doloroso que experimenta, implicando una experiencia psicosocial profunda, que pone a prueba su feminidad y competencias personales, limitando sus habilidades funcionales, resultando en la disminución del control que ella puede mantener frente a su propia fisiología (12)

Es por esta razón que el presente proyecto radica en la importancia de conocer las percepciones de los profesionales de salud sobre el parto culturalmente adecuado, ya que ellos son los responsables de la atención materna- neonatal, ante esto surge la necesidad de afirmar que la humanización comprende también los aspectos culturales, históricos y espirituales del hombre, para lo cual los profesionales de la salud deben establecer relaciones terapéuticas adecuadas (13)

Este estudio permitirá beneficiar a los profesionales de salud, médicos y enfermeras, ya que aporta conocimientos sobre el parto culturalmente adecuado con el fin de preparar a profesionales sensibilizados y capacitados y que pueda responder a las exigencias de la diversidad cultural de nuestro país y contribuir a un cambio de actitud del personal de salud involucrado en la atención de la gestante, optimizando la calidad y calidez de la atención obstétrica en el marco de las políticas institucionales (6)

Es necesario adquirir nuevos conocimientos acerca del parto culturalmente adecuado para que se incremente el respeto hacia las creencias, costumbres y tradiciones de las mujeres gestantes con ello, buscamos lograr mayor credibilidad de los servicios médicos, mayor institucionalización del parto y, por ende, la disminución de la mortalidad materna y perinatal, ya que, mediante la norma técnica, el parto cultural está siendo implementado en diferentes establecimientos de salud (14)

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

El parto es un proceso fisiológico de la mujer, influenciado por el contexto social, cultural y temporal en el que vive. Por esta razón al rededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, creencias entre los diferentes grupos humanos. (15,16)

La atención del parto es un hecho tan antiguo como la humanidad la cual ha sido realizada por diferentes profesionales de salud a lo largo de la historia: parteras, comadronas, médicos, etc. Sin embargo, la ideología médica hegemónica que domina los sistemas de salud públicos frecuentemente no reconoce el parto como un fenómeno de significado cultural. Por lo tanto, el parto es tratado como enfermedad mas no como un proceso natural, esta ha sido fuertemente afectada por la medicalización e instrumentación, influyendo en el bienestar físico, emocional y en su adaptación a la maternidad. (17)

Ecuador está comprometido a cumplir con los objetivos del desarrollo del milenio (ODM), con el fin de reducir la muerte materna y neonatal. Es por ello que el Ministerio de Salud Pública en el 2008 creó la "Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado", (18) con el propósito de aumentar la cobertura de parto institucional sobre todo en zonas donde habitan comunidades indígenas, por esta razón el parto culturalmente adecuado (PCA) se enfoca en los principios de la humanización del parto, basándonos en la interculturalidad, adaptándonos a las diferentes formas culturales de parto dentro de una institución hospitalaria (6,19)

La provincia de Tungurahua se ha involucrado desde 2004 en el proceso de mejora continua en calidad de atención y ha trabajado en la implementación del Sistema de Cuidados Obstétricos Esenciales (SICOE), en el desarrollo y aplicación de una metodología para la implementación de humanizar y adecuar culturalmente los servicios de atención del parto (HACAP) de manera que respondan eficientemente a las necesidades culturales y expectativas de las mujeres, familias y comunidades. (10)

En el 2008 en Imbabura se incorporó la atención del parto culturalmente adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo, las adecuaciones se han dado en la infraestructura, ambiente acogedor y abrigado, el acompañamiento durante la atención del parto por un familiar, la vestimenta cómoda, respetando su intimidad, las bebidas con hierbas medicinales, la libertad de posición de la paciente, se respeta además la decisión de la paciente sobre la disposición final de la placenta y la participación activa de parteras con el objetivo de dar un ambiente adecuado para que las mujeres en estado de gestación den a luz de acuerdo a sus costumbres permitiendo la interrelación entre culturas, mejorando así la calidad de atención del parto. (20)

La humanización del parto es un movimiento mundial que en la actualidad ha ido creciendo y obteniendo un reconocimiento legal, sin embargo se ha desarrollado de una manera lenta por las diferentes barreras relacionados con la salud. (21)

Argentina ha sido uno de los países con avances más importantes en relación a la “ley del parto humanizado” con la finalidad de proteger y promover a la mujer como protagonista de su propio parto (*La violencia obstétrica puede ser cualquier práctica invasiva, trato deshumanizado o falta de respeto personal que ejerce el profesional hacia la mujer en el ambiente de la salud reproductiva*) (Ley Nacional Nº 25.929, 2004). Sin embargo, en las políticas sobre los derechos de las mujeres todavía existen barreras por parte de equipo de salud. (24,22)

En España, para garantizar una atención humanizada al parto se ha elaborado la implementación de una Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud, cuyos principios son la consideración del parto como un proceso fisiológico y la atención personalizada e integral. (25,26)

En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó una declaración en Fortaleza Brasil, denominada “*el nacimiento no es una enfermedad*”, esta se sumaron múltiples iniciativas para “humanizar” la atención del parto, rescatar el protagonismo de la mujer y su familia, transformar las maternidades en instituciones

“centradas en la familia”, y no en el equipo de salud, al recordar que las costumbres que rodean el parto tienen su valor cultural (27,28)

La atención humanizada del parto está fundamentada en:

1. Asistencia obstétrica basada en evidencias científicas.
2. Atención basada en la relación de pareja y en el respeto entre dos personas.
3. Visión del parto como un fenómeno fisiológico y no patológico.
4. Parto conducido por la mujer, que sigue tanto sus instintos como sus necesidades, y tiene libertad de movimientos y de expresión (27)

En 1999, la (OMS) menciona diversas categorías relacionadas con el parto:

Categoría A:

Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas

1. Respetar la decisión informada de las mujeres sobre el lugar en que ocurrirá el nacimiento.
2. Respetar el derecho de las mujeres a la privacidad en ese lugar.
3. Respetar la elección de la mujer sobre sus acompañantes durante el trabajo de parto y el parto.
4. Apoyo empático durante el trabajo de parto y parto por parte del personal de salud.
5. Entregar a las mujeres la información y explicaciones que ellas soliciten.
6. Libertad en la posición y movilidad durante el trabajo de parto.
7. Evitar la posición acostada durante el trabajo de parto.

Categoría B:

Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas

1. Enema de rutina
2. Rasurado pubiano de rutina
3. Posición supina de rutina durante el trabajo de parto
4. Uso rutinario de infusiones intravenosas durante el trabajo de parto
5. Uso de oxitócicos en cualquier momento antes del parto cuyo efecto no pueda ser adecuadamente controlado.

6. Divulsión y estiramiento del periné durante el período expulsivo.
7. Revisión uterina manual de rutina postparto (29)

En un estudio llamado “Humanización del parto en la medicina de excelencia” en el 2011: se entiende al parto humanizado como el control del proceso que tiene la mujer y no el equipo de salud, por lo tanto, requiere de una actitud respetuosa, cuidadosa, de calidad y calidez de atención, estimulando la presencia de un acompañante siendo esto significativo para la parturienta. (apoyo afectivo-emocional) (30)

En 2011, *Behruzi* concluye que el parto humanizado no solo se limita a una definición sino que tiene por objetivo empoderar a la mujer independientemente del lugar de nacimiento, respetando sus decisiones, valores, creencias y sentimientos y reduciendo su excesiva medicalización (31) (32)

El estudio de *Santos y Siebert* analiza la humanización en el trabajo de parto y su conclusión es que la humanización del parto representa un desafío continuo y requiere una lucha constante para asegurar que todos los profesionales adoptan esa filosofía, para lo cual se necesita un proceso de educación y formación continua. (33)

La humanización durante el parto abarca diversos factores que incluyen desde la adecuación de la estructura física de los centros hospitalarios, adoptando un cambio en la cultura, transformando el espacio hospitalario en un ambiente más acogedor y cálido para prestar una atención individualizada, centrada en las necesidades reales de las parturientas durante todo el proceso de parto. (34)

Por lo tanto, el parto culturalmente adecuado y el parto humanizado pretenden tomar en cuenta, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en el proceso de atención de parto; basada en nociones de respeto a las costumbres y creencias, dirigidas a incrementar el acceso de comunidades, pueblos, nacionalidades indígenas y afro ecuatorianas a la atención institucional del parto, así como a otras demandas provenientes de diversos movimientos sociales que claman la atención del parto humanizado (9)

POSICIÓN

La posición que adoptan las mujeres durante el parto responde a diferentes factores, especialmente de tipo cultural. En las culturas tradicionales las mujeres dan a luz de forma natural, es decir en posición vertical como: arrodilladas, en cuclillas, de pie, entre otras. Sin embargo en la actualidad, la mayoría de las mujeres occidentales tienen sus partos en la llamada posición de litotomía ya que los médicos han influido para que las mujeres tengan su parto acostadas, lo que supone permite al médico controlar mejor el estado del feto, resolver cualquier complicación, y efectuar intervenciones obstétricas para garantizar un parto seguro, de esta manera no se toma en cuenta la comodidad de la mujer ni la necesidad de experimentar el parto como un evento natural y positivo. (35,36)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la parturienta no sea colocada en posición de litotomía durante el parto, ya que se la considera perjudicial, desfavorable y antinatural por lo que puede causar graves perjuicios a la madre y el feto, como el debilitamiento de las contracciones uterinas y la disminución del flujo placentario, sin embargo, se debe permitir que las mujeres tomen decisiones informadas acerca de las posiciones de parto para que puedan tener la libertad de escoger la posición que ellas decidan asumir en el momento del parto. (37,38)

De la misma manera se publica un estudio sobre la *“Posición vertical durante el trabajo de parto: dolor y satisfacción”*, realizado en Brasil en el 2009 con 107 mujeres nulíparas embarazadas de bajo riesgo con edades comprendidas entre los 16 y 40 años, en trabajo de parto, de edad gestacional menor a 37 y 42 semanas, lo que demostró que la posición vertical permite numerosas variaciones generando una disminución del dolor y aumento del confort lograron mayor satisfacción. (39)

Es así que en una investigación realizada para “Colaboración Cochrane” en abril del 2003 llamada *“Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto”*, demostró numerosos beneficios potenciales para la posición vertical por lo que concluyen en que se debe estimular a las mujeres a que tengan su parto en las posiciones más cómodas para ellas, que habitualmente son las verticales. (40)

Se han señalado numerosas ventajas fisiológicas para la posición vertical durante el trabajo de parto

- ✓ Efectos respiratorios: el peso del útero, bebé, placenta, líquido amniótico y sangre, ayudan a que el útero descienda y no ejerza presión sobre los pulmones, lo que aumenta la relajación, la capacidad respiratoria y la oxigenación de la madre y el bebé.
- ✓ Efectos mecánicos: la fuerza de gravedad favorece el acomodo, encajamiento y descenso del feto a través de los diferentes espacios y cavidades del canal del parto, con menor uso de oxitocina y menor riesgo de alteraciones de los latidos cardíacos fetales y así se disminuye la duración del trabajo de parto. Por otra parte, el útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, no ocasiona alteraciones en la circulación materna y placentaria sin afectar la oxigenación del feto
- ✓ (Efecto Poseiro).
- ✓ Existe un mejor equilibrio ácido-base fetal.
- ✓ La terminación espontánea es más frecuente y se reduce la necesidad de episiotomías y desgarros.
- ✓ Proporciona beneficios psico-afectivos importantes para la madre, como la reducción del dolor, sensación de libertad, de control, de participación y mayor rol protagónico, de mayor satisfacción durante y después del parto (3,41,42)

Por lo tanto, esta situación está creando la necesidad de que los profesionales tengan conocimientos y habilidades para atender las diferentes posturas que puede adoptar la mujer para parir. (43)

ACOMPañAMIENTO

La presencia de un acompañante durante el parto es una práctica ancestral, que aún persiste en muchas culturas. Existen diferentes factores que intervienen durante el parto como: el lugar, un personal desconocido, falta de privacidad y demás condiciones que pueden resultar difíciles de sobrellevar, esto conlleva a un nivel alto de ansiedad y tensión que lo convierte en un evento estresante, de desconfianza y miedo para la mujer, sintiéndose más vulnerable, es por eso que se

defiende la necesidad de acompañamiento durante el parto y el deseo de un apoyo familiar y social. (44,45) (46)

El acompañamiento es un derecho, ya que en 1985 la (OMS) en la “Declaración de Fortaleza” reconoce la importancia de un acompañante durante parto para el bienestar de la parturienta, posteriormente, en el 2001 la (OMS) publica “*Los Principios de la Organización Mundial de la Salud acerca del cuidado perinatal*” en donde cita que durante el periodo expulsivo “*la compañía para brindar apoyo durante el trabajo de parto es algo indispensable y que todos tienen derecho a acceder sin distinción*”, siendo esto esencial, no un lujo. (47)

La ciudad de Río de Janeiro fue la primera en crear la ley que da el derecho a la mujer a tener al compañero durante el pre-parto y en la sala del parto, inserción que también es propuesta por la “*Política de Humanización del Parto*” (34).

En un estudio realizado en Chile en el 2009 sobre “*El derecho de acompañamiento durante el parto*”, concluyó que solo algunas mujeres tuvieron acceso al acompañamiento, pese a que es un derecho legal, mencionando que su incumplimiento podría relacionarse con la falta de información y voluntad de los profesionales de salud e infraestructura de los hospitales. (48).

Por lo tanto el acompañante elegido por la mujer durante el parto es una excelente estrategia que permite mejorar el trabajo de parto, ya que aumenta la capacidad de afrontar situaciones de estrés, ayudando a disminuir su ansiedad, temor o angustia es decir actuando como un elemento amortiguador o protector, esta manera aumentando la satisfacción de la mujer, la confianza y mejorando su autoestima además de fortalecer los lazos afectivos y familiares (34,4).

Según investigaciones la presencia del acompañante durante el parto reduce la duración del trabajo de parto, reduce la utilización de analgesia/anestesia y de oxitocina, reduce el porcentaje de cesáreas y reduce la necesidad de intervenciones obstétricas, favoreciendo el aumento de partos espontáneos, consecuentemente disminuye el número de complicaciones durante el parto. (4,50)

Otro estudio realizado en Cuba, La Habana, por el “Dr. Dailys García” entre abril de 2007 y marzo de 2010, demuestra que el estar acompañada fue un elemento de

suma importancia, el sentir el apoyo de su pareja mejoro el trabajo de parto, muchas expresaron el deseo de haber sido acompañadas. (51)

Por otro lado los acompañantes pueden tener dificultades para prestar un apoyo efectivo a la gestante, debido al estado emocional en que se encuentran y a la preocupación por obstaculizar el trabajo de los profesionales, por lo tanto, la participación del padre y familiares durante el control prenatal, educación y preparación psicofísica son actividades que deben completar la atención médica para que la mujer tenga un papel protagónico y se sienta satisfecha en la experiencia del nacimiento. (52,53)

En un estudio sobre la concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescencia realizada en el Sur de Brasil en el 2008, los profesionales de salud mencionan que el acompañante debe estar capacitado, de no ser así este no puede colaborar en el proceso de parto y no hay un resultado placentero y agradable. (34)

Es importante recalcar que el acompañamiento también incluye a la comadrona, sobre todo si la paciente es referida por él/ella. El conocimiento y la atención de la comadrona involucran dinámicas íntimas con la madre, determinadas por una mutua colaboración, creando una relación de igualdad y libertad de acción, sin embargo, la imagen negativa a las parteras en los años 70 y 80, fue cambiada porque se ha comprobado que el acto de partería no ha causado tanta muerte y no era perjudicial para la sociedad como los médicos creían, estas señalan la necesidad de no perder de vista la trascendente función médica, social y cultural, que históricamente han cumplido en las comunidades indígenas. Se evidencia también la demanda por un reconocimiento oficial de la importancia de su trabajo, y una demanda de participación institucionalizada de las parteras comunitarias en los procesos de atención del Parto Culturalmente Adecuado. (54)

TRATO INTERPERSONAL

Durante la atención de parto institucional muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física, sin tener en cuenta sus preferencias, creencias o cultura, o sin

aportarle información clara, completa y veraz, que le permita decidir libremente, lo que confluente en la deshumanización del cuidado y desvalorización social de la persona, que afectan al binomio madre-recién nacido. (55,56)

En el modelo biomédico de salud el trato del personal médico hacia el paciente se estructura desde relaciones de poder, donde el personal médico goza de prestigio, validez y reconocimiento científico, es decir tiene autoridad y es quien tiene el poder de decisión, mientras que la mujer es objeto de estudio, y no como sujeto de derecho de esta manera la mujer pierde su plena autonomía sobre el proceso (57)

No obstante, en contextos multiculturales, se ejerce el poder cuanto intervienen criterios étnicos, de género, raza, edad y de clase, en consecuencia, las mujeres pobres, campesinas, indígenas y afrodescendientes son objeto de maltrato, discriminación y prejuicio en mayor medida. En este contexto, el parto, se convierte en un hecho individual, solitario, controlado por los médicos, donde la opinión de las mujeres cuenta muy poco, especialmente en los servicios públicos de salud, por lo que estos factores llevan a que algunas mujeres y sus familias que no busquen atención obstétrica profesional. (58,59,24)

La comunicación médico- paciente es muy importante para que la paciente participe de manera libre y activa en su parto, ejerciendo su derecho a decidir por sí misma lo que se hará con su cuerpo. (55)

Es fundamental que las parturientas se sientan atendidas y no sólo en el aspecto clínico, sino fundamentalmente en el aspecto emocional y psicológico que se sientan escuchadas, acompañadas, informadas y asesoradas para favorecer el mecanismo fisiológico del parto, para que de esta manera las mujeres puedan orientarse a la realidad y aliviar sus temores, permitiéndoles adquirir seguridad en el proceso del parto, para que sientan una asistencia individual y personalizada. (60,12)

Sea cual sea la influencia de la cultura en los aspectos reproductivos, ésta no siempre es entendida por los profesionales sanitarios, pues persiste una escasa comprensión de los conocimientos y las prácticas de salud tradicionales, bien por desconocimiento, o por actitudes etnocéntricas. (61,11)

PRÁCTICAS INVASIVAS

La atención al proceso de parto en nuestro medio se caracteriza por una alta medicalización e instrumentación. En nuestra cultura intervencionista occidental las mujeres son sometidas a innumerables procedimientos rutinarios y muchas veces no justificados durante el parto, realizados en forma repetitiva y centrada en la progresión del proceso, sin embargo, su uso inadecuado puede producir malestar físico y emocional, resultando contraproducentes, tanto para la madre como para el hijo, ignorando el respeto a las creencias y costumbres de la mujer, con lo cual se reduce su autonomía y su posibilidad de asumir un rol más activo en una experiencia como la maternidad, de tanta significación en su vida. (60).

Los principales procedimientos médicos que son percibidos por las mujeres como violentos entre ellos, la rasura del vello del pubis, los tactos vaginales, la aplicación de enemas y las episiotomías desalientan a la parturienta la elección de partos institucionales. (24)

Sin embargo, cuando se permite que el proceso fisiológico siga su curso normal, el parto sigue su propio ritmo y disminuyen de forma evidente las complicaciones derivadas de la medicalización e intervencionismo en el parto, por lo tanto, estas deben ser aplicadas sólo si ha demostrado beneficio y está de acuerdo con las necesidades y deseos de cada mujer. (60)

En el estudio "*Practices to stimulate normal childbirth*" realizado en Brasil en el 2011, se menciona que el uso de conductas intervencionistas ocasiona problemas de tipo social, alterando la fisiología del parto, con resultados desfavorables y de tipo financiero, aumentando el uso indiscriminado de las cesáreas, refiriéndose a los costos injustificables de tales prácticas en ausencia de una demanda real. (38)

Cabe recalcar que la episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más utilizados en la medicina occidental, es por esta razón que existe una negación al abandono de esta práctica por parte de los profesionales de salud, a pesar de las evidencias científicas que justifican cambios, al recomendar que su uso sea selectivo (62)

Una revisión de Cochrane en 2007 concluyó que el uso restrictivo de la episiotomía se asocia con un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior, de la necesidad de sutura y menos complicaciones en la cicatrización. (64)

La OMS cataloga al enema de limpieza y rasurado del vello púbico como prácticas claramente perjudiciales e incómodas para las gestantes y por lo tanto deberían ser eliminadas, puesto que en la administración de enema no se han encontrado efectos en la duración del parto ni en la infección neonatal y materna, por lo tanto, estas deberían ser realizadas si la mujer lo solicita. (65,66)

No existe evidencia alguna de que la prevención de un parto prolongado por el uso indiscriminado de la oxitocina en un parto normal sea beneficiosa, se debe esperar a que la mujer sienta ganas de pujar para iniciar la fase activa del parto.(50)

COSTUMBRES Y CREENCIAS

La adecuación cultural de la atención del parto está basada en nociones de respeto a las costumbres de las mujeres indígenas y afrodescendientes, sin pretender proponer un protocolo paralelo, recalando en la diversidad infinita de prácticas y costumbres ancestrales existentes en los pueblos y comunidades. (67)

Las costumbres y creencias que giran alrededor del parto están influidas por factores culturales, cada cultura interpreta y da significado a su propia existencia y al mundo que la rodea, pensando y organizando la realidad de una manera determinada es por esto que la maternidad se ve revestida de valores culturales, creencias, mitos y tabúes alrededor de la maternidad (68,69)

«Salud intercultural» es un concepto que ha surgido en los últimos años para articular tanto la medicina tradicional como la occidental, bajo la premisa del respeto mutuo y el reconocimiento, es decir, es una reunión de dos tradiciones médicas, consideradas como culturalmente opuestas. (70)

La interculturalidad es un proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas, que está orientada a construir y propiciar un respeto por encima de sus diferencias culturales y sociales. (71)

Un elemento fundamental que resulta imprescindible para trabajar en el marco del respeto a la cultura, es justamente el conocimiento de ellas. Es necesario que se produzca un marco de sensibilización, conocimiento, difusión, seguimiento, integración y respeto basado en la interrelación sociedad-cultura-salud. Este es el primer paso que permitirá tener un verdadero intercambio de conocimientos más que una capacitación unidireccional (68)

LA HUMANIZACIÓN Y ADECUACIÓN CULTURAL DE LA ATENCIÓN DEL PARTO

El objetivo de la humanización y adecuación de la atención del parto es modificar la práctica obstétrica de la atención del parto en los centros obstétricos, de modo que responda culturalmente a las necesidades de sus usuarias. Entre otros resultados, el desarrollo efectivo de este componente aporta elementos como:

- ◆ Identificar las características culturales locales que debe tener la atención del embarazo y del parto para respetar las tradiciones de todas las mujeres y así satisfacer sus necesidades y requerimientos.
- ◆ Modificar las prácticas de atención obstétrica y neonatal de los servicios de salud de tal manera que las usuarias y sus familias reciban un trato con calidez humana, ampliamente respetuoso de sus costumbres y valores culturales.
- ◆ Modificar las prácticas inocuas o dañinas de la atención obstétrica y neonatal practicadas en los servicios de salud, basándose en las formas de cuidado beneficiosas, tales como:
 - ◆ Eliminar la práctica rutinaria de: episiotomía, rasura del vello púbico y aplicación de enema.
 - ◆ Facilitar el apoyo físico, emocional y psicológico a la paciente, su pareja y familia, durante el trabajo de parto y posparto.
 - ◆ Permitir el acompañamiento de la pareja, o familiares y la partera durante el trabajo de parto y posparto.
 - ◆ Permitir que la paciente escoja la posición más cómoda para el parto.
 - ◆ Devolver la placenta a la paciente o su familia de acuerdo a la tradición cultural y a las normas de bioseguridad del MSP (10)

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las percepciones de los profesionales de salud sobre el parto culturalmente adecuado en la Facultad de Ciencias Médicas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la percepción con respecto a la elección de la posición en el parto culturalmente adecuado.
- Establecer el acompañamiento del parto culturalmente adecuado.
- Determinar el proceso del parto culturalmente adecuado de acuerdo a las opiniones que tienen los profesionales de salud.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio con enfoque cualitativo en base a la teoría fundamentada con el propósito de teorizar datos sistemáticamente capturados y analizados mediante un proceso reflexivo que entienda la realidad, acerca de las percepciones que tienen los profesionales de salud sobre el parto culturalmente adecuado.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la Facultad de Ciencias Médicas, (Universidad de Cuenca) ubicada en la Av. 12 de Abril y El Paraíso 3-52 adyacente al Hospital Regional "Vicente Corral Moscoso".

4.3 MUESTRA

Se seleccionó a 6 Profesionales de Salud (3 médicos, y 3 enfermeras) que han asistido a un parto culturalmente adecuado, para esta selección se utilizó un muestreo por conveniencia.

4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

INCLUSIÓN

- ✓ Docentes que laboran actualmente en la Facultad de Ciencias Médicas.
- ✓ Profesionales de salud que asistieron a un parto culturalmente adecuado.
- ✓ Profesionales que participaron de forma voluntaria y firmaron el consentimiento informado.

EXCLUSIÓN

- ✓ Profesionales de salud de la Facultad de Ciencias Médicas que no desearon participar en la entrevista y aquellos que no asistieron a un parto culturalmente adecuado.

4.5 CATEGORÍAS

CATEGORÍAS	DEFINICIÓN CONCEPTUALIZADA	PREGUNTA
<u>Percepción</u> “Parto culturalmente adecuado”	Es la atención de parto en donde se busca tomar en cuenta las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de la mujer como protagonista de su parto.	1. ¿Qué entiende usted por parto culturalmente adecuado? 2. ¿Piensa usted que los profesionales de salud están capacitados para atender un parto culturalmente adecuado? 3. ¿Usted piensa que hay aceptabilidad de esta práctica por parte de los profesionales de salud? 4. ¿Usted piensa que existen barreras que limitan a realizar un parto culturalmente adecuado?
<u>Percepción</u> Elección de la posición del parto	Es el proceso mental por el cual la mujer seleccionará durante el parto la posición en la cual se sienta más cómoda en función de sus conocimientos, preferencias, costumbres y creencias.	1. ¿Qué opina usted respecto a la elección de la posición durante el parto culturalmente adecuado?? 2. ¿Cuál considera usted que es la posición más adoptada por las mujeres durante el parto culturalmente adecuado? 3. ¿Usted como profesional de salud que posición de parto recomendaría a la parturienta? 4. ¿Conoce usted cuales son las ventajas de un parto vertical?
<u>Percepción</u>	La presencia de un acompañante, sea familiar ,amigo o comadrona, durante el trabajo de parto, él es	1. ¿Qué opina usted sobre el acompañamiento de un familiar, amigo o



Acompañamiento durante el trabajo de parto	un derecho reivindicado por las mujeres, sus parejas y las familias.	partera durante un parto culturalmente adecuado? 2. ¿Conoce usted los beneficios o desventajas del acompañamiento durante el parto? 3. ¿Usted en qué momento del parto piensa usted que debe estar acompañada la mujer? 4. ¿Qué opina usted sobre la intervención de una comadrona durante un parto culturalmente adecuado y que función debería cumplir?
<u>Percepción</u> Trato Interpersonal	Se refiere a la forma como los profesionales de salud se relacionan con la paciente y con sus familiares.	1. ¿Conoce usted cuales son las razones por las cuales algunas mujeres no acuden a dar a luz en un centro hospitalario? 2. ¿Qué opina usted sobre el trato interpersonal que se le brinda a la mujer durante el parto? 3. ¿Usted piensa que a la mujer se le brinda una debida información acerca de los procedimientos sus beneficios y riesgos durante el parto? 4. ¿Qué opina usted sobre las practicas invasivas que se realiza a la mujer durante el parto como la episiotomía, enema, rasurado, administración de oxitocina etc.?
<u>Percepción</u> Costumbres y Creencias en relación al parto	Las creencias y costumbres que giran alrededor del parto están influidas por factores por lo tanto debe ser respetada para incrementar el acceso a comunidades, pueblos, afro ecuatoriano en la atención institucional del parto.	1. ¿Usted piensa que los profesionales de salud respetan las creencias y costumbres de las mujeres durante el parto? 2. ¿Qué opina usted sobre la vestimenta durante un parto culturalmente adecuado?

		4. ¿Qué opina usted sobre el uso de aguas o infusiones durante el parto culturalmente adecuado? 5. ¿Qué opina usted con respecto a la entrega de la placenta después de un parto culturalmente adecuado?
--	--	---

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

TÉCNICAS

Para la recolección de la información se utilizó una entrevista semiestructurada.

INSTRUMENTO

Se realizó una guía semiestructurada de preguntas o elementos claves para el desarrollo de la investigación elaborada por las autoras. El registro de la información se realizó mediante una grabadora. Se validó la entrevista por medio de un plan piloto a 3 informantes egresados de medicina.

4.7 PROCEDIMIENTOS Y MÉTODOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de datos se procedió a solicitar su autorización por medio del consentimiento informado, en el cual se garantiza que la información obtenida fue confidencial y anónima, además de que el participante aceptó ser parte de la investigación de forma voluntaria.

Para valorar las percepciones de los profesionales de salud al iniciar la entrevista se dio una breve introducción en donde se indicó al entrevistado nuestros nombres, ciclo que cursamos, el objetivo de la misma, la importancia de su colaboración, posteriormente el entrevistador introdujo las preguntas en busca de repuestas, de descripciones amplias a descripciones más concretas manteniendo en todo momento la confidencialidad de los datos. La entrevista se efectuó en un tiempo de 30 a 45 minutos, basándonos en el tiempo disponible de los participantes, el lugar donde se desarrolló las entrevistas fue en la Universidad de Cuenca, en un ambiente cómodo, con iluminación adecuada, libre de ruidos e interrupciones y temperatura adecuada, cómodo tanto para el entrevistado como para el

entrevistador, se respetó la interacción natural de los participantes prestando la atención adecuada y se evitó juicios, de esta manera se registró emociones y dudas de los participantes.

AUTORIZACIÓN

Se solicitó la autorización del Comité de Asesoría de Trabajo de Investigación y del Comité de Ética de Facultad de Ciencias Médicas, y el consentimiento informado de los de los profesionales de salud.

CAPACITACIÓN

Previo al estudio fue necesario la capacitación de la investigación cualitativa y métodos de entrevistas, para ello se solicitó el apoyo de un experto en investigación cualitativa.

SUPERVISIÓN

Directora de tesis: Lic. Aydeé Angulo Rosero.

Supervisor de tesis: Dr. Carlos Arévalo

4.8 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de datos se utilizó el programa ATLAS.ti versión 7.0. Las grabaciones de las entrevistas a profundidad fueron transcritas mediante el uso de un software para procesar texto (Word).

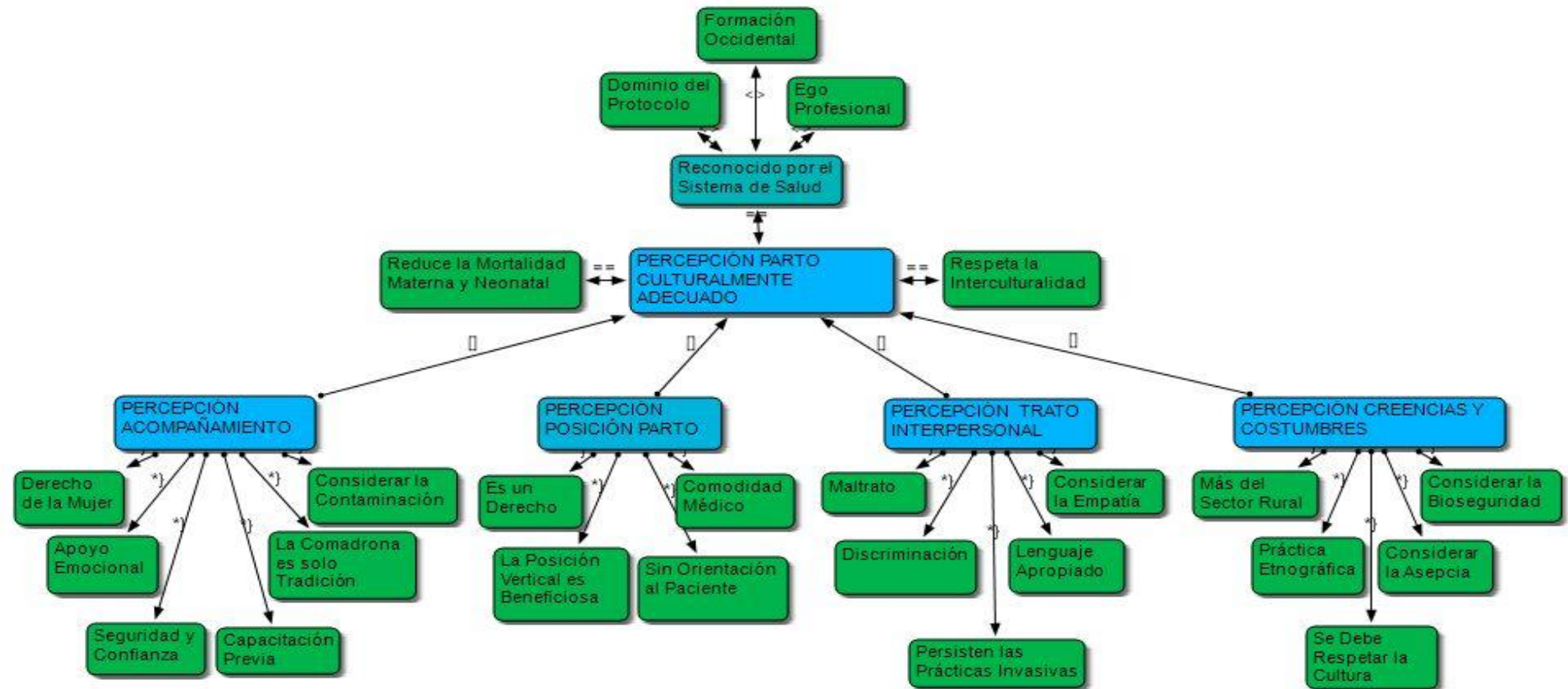
Estos documentos se cargaron al programa ATLAS.ti para el análisis cualitativo, que consiste en el procesamiento del texto para identificar las citas, categorías y memos, con los cuales se construyeron y se identificaron los conceptos y teorías que permitieron comprender el problema planteado en la investigación y las percepciones que tienen los profesionales de salud sobre el parto culturalmente adecuado mediante las categorías: percepción del parto culturalmente adecuado, acompañamiento durante el parto, posición durante el parto, trato interpersonal, practicas invasivas y creencias o costumbres en relación al parto.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Todos los participantes fueron previamente informados y sus dudas fueron aclaradas para poder participar en esta investigación. Además, firmaron un consentimiento informado que garantizó su libre y voluntaria intervención. La presente investigación no implicó daños o riesgos para los profesionales, no se publicaron nombres o datos personales, se garantizó que la información obtenida fue empleada estrictamente para fines de la investigación bajo normas éticas.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS



“los profesionales estamos formados de una manera occidental y en especial los médicos, ellos no aceptan esta práctica, ¡uy, ¡no! ellos jamás aceptarán el parto culturalmente adecuado (...) esto quedará en la utopía.”

El parto culturalmente adecuado (P.C.A.) es definido por los profesionales de salud entrevistados de la Facultad de Ciencias Médicas como aquel en donde el profesional conoce y respeta la cosmovisión de los pacientes *“parto humanizado o culturalmente adecuado es aquel que se realiza de acuerdo a las características sociales, culturales de la paciente, es decir uno tiene que acoplarse a sus condiciones, a sus creencias, y lo ideal sería incluso su hábitat donde se va a producir el parto para que obviamente sea un parto en condiciones adecuadas”* en cierto sentido se subordina simbólicamente las prácticas cotidianas - occidentalizadas a las “no convencionales” – ancestrales, en efectivo reconocimiento de la otredad.

En la opinión de los profesionales el respeto a la cosmovisión de las pacientes repercute positivamente sobre ellas, mencionando que los profesionales de salud, tanto médicos, enfermeras, auxiliares, internos, residentes y demás personal, deberían brindar el apoyo psicológico y emocional que necesita la mujer durante el parto, para ello utilizan expresiones como: *“tranquilidad”, “segura”, “protegida”*.

De igual manera en la opinión de un profesional entrevistado el respeto a la cosmovisión de las pacientes y la aceptación del Parto Culturalmente Adecuado repercute positivamente en la reducción de la tasa de mortalidad materna *“Actualmente... con los datos estadísticos, sí ha reducido la muerte materna neonatal”* en concordancia con el propósito establecido en el Plan Nacional del Buen Vivir (Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado).

Los profesionales de salud definen además al Parto Culturalmente Adecuado como un derecho, indicando que la mujer está en completa libertad de decidir sobre la posición, el acompañamiento, el uso de aguas, vestimenta y otros componentes que les identifica culturalmente. Ante esto recomiendan que los profesionales deben capacitarse al respecto a fin de que el cumplimiento de su derecho sea

efectivo *“el parto culturalmente adecuado es un derecho y no puede eliminarse más bien cada vez tienen que mejorar, (...) para que se cumpla”*

En la opinión de los profesionales se evidencia la continuidad de la conceptualización de la mujer – madre como alguien a quien vigilar o controlar, y la existencia de la tendencia intervencionista ya que manifiestan que el parto culturalmente adecuado se daría *“...siempre y cuando sea el parto de bajo riesgo”*

La implementación y la práctica del parto culturalmente adecuado, tiene grandes limitaciones mencionando en primer lugar la relación médico - paciente pues esta se caracteriza por la reproducción del muy conocido modelo médico hegemónico en donde componentes formativos y actitudinales de supremacía y subordinación hacen que algunos profesionales la rechacen rotundamente. *“los profesionales estamos formados de una manera occidental y en especial los médicos, ellos no aceptan esta práctica, ¡uy, ¡no! ellos jamás aceptarán el parto culturalmente adecuado (...) esto quedará en la utopía.”*

En segundo lugar, mencionan en sentido crítico el hecho de la institucionalidad que provee al paciente una infraestructura y ambiente inadecuado en el que se hacen evidentes términos como (*“muchos pacientes”, “frío”, “espacios pequeños”*) lejos de la esfera privada, íntima y familiar acogedora, para ello consideraron el ambiente como aspecto esencial para que se tenga una asistencia adecuada y demandan que el mejor ambiente durante el parto es una combinación de varios factores entre los que se destacan aspectos claves (*“cálido”, “grande”, “donde haya sogas”, “agarraderos”, “sillas” “más espacio físico” “tipo habitación de casa”*) *“hospitales grandes en realidad no, eso no existe por la cantidad excesiva de partos y son varias pacientes en un lugar con trabajo de parto, por lo tanto, ellas están solas”.*

En tercer lugar, de acuerdo a la opinión de algunos profesionales entrevistados existe una ideología de supremacía de la medicina occidental sobre la tradicional evidenciando el orden social de racionalidad científica y secular de la sociedad moderna. *“la comadrona es solo tradición, pero no tiene conocimientos científicos, por eso es que nuestro país no mejora”*

Frente a las limitaciones manifestaron la importancia que desde la academia se realicen los cambios necesarios para la promoción del Parto Culturalmente



Adecuado, *"...ya desde las mismas aulas universitarias, donde nosotros como docentes debemos hablarles sobre el parto culturalmente adecuado"* enfatizando que en la praxis debe haber un equilibrio entre la medicina occidental y la tradicional, a fin de preparar personal que pueda responder a las exigencias de la diversidad cultural de nuestro país y fomentar un cambio en el quehacer médico orientado hacia la realidad social y la humanización. *"los estudiantes se van capacitando en cuanto a la humanización del cuidado."*

En los discursos de los entrevistados, se evidencia la valorización de las prácticas tradicionales en medio de una sociedad modernizada ya que indican que el Parto Culturalmente Adecuado tiene un reconocimiento legal por las entidades de salud, sin embargo, se menciona que la falta de conocimiento de las mujeres o la tradición occidental no permite que su cumplimiento sea efectivo, sumada la acción del personal de salud en no facilitar la suficiente información evidenciando la dominación del protocolo de atención sobre la legitimidad instituida.

De igual manera se evidencia la estratificación social en el acceso a los diferentes tipos de parto, siendo mayoritariamente quienes acceden a un Parto Culturalmente Adecuado, mujeres de identidad étnica y de procedencia rural en base a su cultura, educación o tradición familiar, enfatizando que esto se debe a su cosmovisión que es holística, *"se da más en las mujeres de los sectores rurales ... porque ellas mantienen cierto tipo de costumbres"* mientras que a la práctica occidental acuden mayoritariamente las mujeres de procedencia urbana, esto en la opinión de los entrevistados debido a la imposición profesional siguiendo la dinámica asistencial por roles activos de autoridad, acompañada por el rol pasivo y sumiso de la mujer que acepta esa imposición, *"queremos imponer lo que nosotros queremos con el tipo de medicina que practicamos"* *"pobre mamita, claro que en esos momentos de la desesperación lo que usted quiere es que su hijo salga bien, no le importa nada más"*

En cuanto a los lugares que los entrevistados mencionan que se aplica el Parto Culturalmente Adecuado *"con mucha eficiencia"* y que están *"incluso en condiciones"* de ejercer el mismo son: Nabón y Santa Isabel a nivel del Azuay, Otavalo y Chimborazo a nivel nacional.

En relación al acompañamiento durante el parto, los entrevistados saben que esta práctica se encuentra dentro de la guía técnica de atención para el Parto Culturalmente Adecuado y la perciben como un derecho de la gestante de elegir a la persona que ella desee que le acompañe, además en la opinión de los entrevistados esta praxis es considerada como positiva, ya que puede traer efectos favorables para la madre y el recién nacido mencionando entre ellos la disminución del tiempo de labor de parto, el aumento de la colaboración y la seguridad y tranquilidad de la madre “... disminuye el trabajo de parto, (...) es una paciente que colabora (...) hay menos ansiedad, por lo tanto (...) hay menos posibilidad de sufrimiento fetal y la paciente se encuentran mucho más estable” promocionando la misma como un intento colectivo de recuperar el factor sintiente y de afectividad propio de la mirada ontológica, es decir un darle un giro afectivo a la visión del profesional y de la institucionalidad en donde confluyan los saberes ancestrales.

Para los entrevistados esta praxis está sujeta a condiciones debido principalmente a la narración de experiencias negativas que han suscitado en la dinámica asistencial de los partos, por ejemplo, mencionan que el espacio del parto no deberían ocuparlo más de 4 o 5 personas entre las que cuentan la madre, el ginecólogo, el pediatra, la enfermera y el acompañante. Otra de las condiciones es que el esposo o el acompañante deberían tener una previa capacitación y formación, incluso desde el control prenatal evitando sentimientos de angustia y estrés por parte de los esposos que puede convertirse en un estorbo. “para mí el acompañamiento va a ser desde el momento en que la pareja quiera embarazarse”

Sobre el acompañamiento por parte de la comadrona en la sala de parto, en la opinión de la mayoría de los entrevistados se evidencia un vínculo asimétrico dentro de la esfera del poder ya que a pesar de considerar que las comadronas influyen positivamente en el proceso de parto en la parte afectiva de la mujer por la generación de confianza y colaboración, discuten algunas condiciones para que la comadrona atienda el parto tales como el nivel de formación, la asepsia, y sus limitaciones, “las comadronas podrían atender el parto, siempre y cuando sea un parto eutócico que no requiera intervención o instrumentación” sin embargo, no excluyen la presencia de un profesional ya que indican que al producirse complicaciones en el parto tales como la macrosomía se pone en riesgo la vida de



la madre y el niño y en ese caso *“el medico está preparado para identificar complicaciones y actuar, y la comadrona no sabe cómo actuar ante una complicación”*.

En la opinión de algunos de los entrevistados esta práctica es definitivamente excluyente ya que no aceptan la intervención de la comadrona alegando que el proceso de parto pertenece a la esfera científica y no a la esfera tradicional, incluso acusan que es por esta razón que se ha incrementado la mortalidad materna. *“... la comadrona es solo tradición, pero no tiene conocimientos científicos, por eso es que nuestro país no mejora, un profesional bien capacitado no crees que es mejor que la comadrona y a pesar de eso cometemos errores, no digamos las comadronas”*

En referencia a la posición de la mujer durante el parto, los entrevistados opinan bajo los parámetros jurídicos - técnicos que la libre elección de la posición (Guía técnica del PCA - MSP), es un derecho que no se cumple en su totalidad, mencionando que las intervenciones profesionales se han centrado casi excesivamente en la actividad uterina y en los factores de riesgo asociados al parto en lugar de presentar las opciones de posición a la madre, evidenciando el dominio del modelo convencional *“Mire yo pienso que en ese aspecto no se está cumpliendo con la normativa del Ministerio de Salud Pública (...) no se da elección a la paciente parturienta, muchas de las veces nos limitamos a controlar la actividad uterina”* a nivel técnico se menciona como una limitación para el efectivo goce de este derecho a la infraestructura o al ambiente inadecuado en los centros hospitalarios, en donde el médico, si quiere respetar el deseo de la madre, se ve obligado a cambiar los valores clínicos institucionalizados para favorecer las prácticas que devienen de la cosmovisión de las pacientes *“...no hay un ambiente adecuado para el parto vertical o cultural, sí se improvisa digamos así la camilla”*

Los entrevistados mencionan entre otras limitaciones para el efectivo goce de este derecho a la falta de información de las mujeres, la influencia del personal de salud y la comodidad del médico *¿Cuál es la posición más adoptada por las mujeres según su experiencia? – “la acostada...la horizontal, (...) es cómodo*

para el médico, entonces no le promocionan a la madre el elegir” A pesar de las limitaciones, en la opinión de los profesionales, la elección de la posición de parto es un tema coyuntural con reconocimiento legal que implica la configuración o modificación de las voluntades profesionales a fin de respetar el derecho de la mujer a la elección de la posición durante el parto.

En la presente investigación se ha hablado del parto en posición vertical en dónde las opiniones de los profesionales le atribuyen efectos favorables para la madre por la relajación que puede producir durante las contracciones, (disminución del dolor, aumento del diámetro de la pelvis) por las implicaciones fisiológicas (la fuerza de gravedad) disminuyendo el tiempo expulsivo, la cantidad de hemorragia y rapidez de la recuperación *“yo sí puedo ayudarle que sea el parto vertical, es la mejor posición”* de acuerdo a esta investigación la elección del parto está relacionada con el tipo de población y presenta matices de tipo cultural, pues se manifiesta que mayormente son los indígenas quienes optan por el uso de parto vertical (agarrados de una soga, cuclillas, paradas) el resto de mujeres optan por lo que están *“acostumbradas”* siendo la posición horizontal la que predomina.

En referencia al trato interpersonal, por las narraciones de los profesionales de salud, se evidencia patrones conductuales que definen el *habitus* médico autoritario pues mencionan que, aunque existe una conciencia colectiva en los profesionales respecto a la calidad de atención, la efectividad del cumplimiento en la sociedad queda en los parámetros del ideal, especialmente en lo que a atención pública se refiere. El trato en opinión de los entrevistados está caracterizado por la violencia obstétrica por actos de discriminación, maltrato y prejuicio; entre los términos más usados referentes al trato se destacan “no adecuado”, “trato a medias”, “frio” lo que conlleva a una mala atención e inadecuada satisfacción del proceso.

En referencia a la discriminación los profesionales observan que son las mujeres del sector rural las mayormente afectadas *“Si hay como decir tipo discriminación dependiendo del lugar donde venga la paciente” “Si hay diferencia entre el trato a una mujer de la ciudad y una mujer del campo.”*

En referencia al maltrato señalan coacciones verbales por parte del personal hacia las usuarias, *“siéntate”* en algunos casos mencionan que algunos profesionales se

dirigen a las personas cambiando el término “usted” por el de “vos” *“el hecho de que le trate a una paciente de vos, es un maltrato” “muchas veces ni les decimos señora sino les tratamos de vos” “Utilizamos muchas veces los gritos, les gritamos a las usuarias, les maltratamos a las usuarias”*.

Entre los prejuicios que los profesionales mencionan tienen relación con la presentación personal de los usuarios, siendo este de vestimenta o de aseo. *“Sí hay discriminación hacia cierto tipo de mujeres (...) a las que utilizan su pollerita”* Además uno de los factores que de acuerdo a los profesionales influye en la inexistencia de atención personalizada y trato individualizado es por la presión asistencial que soportan, lo que provoca que no puedan adaptarse de un modo homogéneo, recomendando que debiera haber mayor cantidad de médicos y enfermeras atendiendo los partos. *“Es difícil dar un trato personalizado a la paciente cuando hay 12 pacientes al mismo tiempo que requieren su atención”* Los profesionales reconocen que este trato no es el deseable, y por lo tanto dentro de las narrativas recomiendan la implementación de un tipo ideal de atención humanizada que demandan una mayor presencia de cualidades personales caracterizada por la empatía, comprensión, amabilidad, paciencia, y un lenguaje apropiado. Ello implica que el cuidado de los profesionales se lleve a cabo desde una configuración más humanística, caracterizada por un enfoque de la atención menos técnico y más emocional *“Tiene que haber un ambiente de dialogo, de empatía, de comprensión”, “Informarle con palabras sencillas con palabras comprensibles y también que en la voz de la persona que este explicando sea una voz amable.”* En las narrativas de los entrevistados se habla de un aspecto relacionado al trato interpersonal de ocurrencia mayoritaria en las instituciones de salud docentes en donde existe la presencia de estudiantes y que se aprecia como negativo para la mujer en labor de parto esto es la *“exposición”* a la que están sujetas, convirtiendo el momento en un escenario público y de prácticas. *“usted está expuesta ante tantas personas que le miren y prácticamente que practiquen”*

En relación a las prácticas invasivas en la opinión de los profesionales entrevistados, estas trascienden como el enema, la episiotomía, amiotomía, rasurado perineal, y tacto, los participantes coinciden en que estas no deberían practicarse de forma indiscriminada ya que no presentan mayores beneficios y más



bien se pueden considerar como prácticas promotoras de infecciones y complicaciones graves; *“La medicina basada en evidencias dice esto que son dañinas o perjudiciales mas no que son beneficiosas”* concuerdan además que la aplicación de estas prácticas se sujeta a casos estrictos dependiendo de la valoración profesional.

Existe pleno conocimiento de normativas que rechazan estas prácticas, sin embargo, indican que los profesionales continúan aplicándolas *“...en las normas esta clarito, no se debe realizar (...) pero todavía se lo sigue haciendo”*. Los participantes mencionan que las prácticas invasivas son más frecuentes en los hospitales docentes, dónde los internos o residentes acuden para su formación; ante esto una docente indica que, con el uso de los simuladores, esta invasión se pudiera reducir en la realidad. *“El interno tiene que hacer prácticas(..) Ellos si realizan las practicas invasivas, (...) si se dan.”*

Otro de los aspectos mencionados por los profesionales es la forma en que se gestiona la información ya que las parturientas no conocen estas prácticas, sus beneficios, sus riesgos y los fines con los cuales se realiza, por lo que demandan, de esta manera, de ahí la importancia de la información y la asesoría sobre estos procedimientos durante el parto *“Tenemos que explicarle todo lo que le vamos hacer a la usuaria para obtener de ella el consentimiento” “Dentro de una práctica que debería ser promovida es el informarle a la usuaria todo lo que le vamos hacer”*, ya que determinadas prácticas interfieren con el proceso fisiológico del parto pudiendo resultar desagradables, incómodas, molestas e invasivas para las parturientas.

Cabe recalcar muchas de las veces estas son el principal motivo para que las mujeres no regresen a un centro hospitalario por la mala experiencia que tuvieron durante un parto. *“Le aseguro que el próximo parto no va a dar a luz en el hospital, porque va a tener miedo, porque va a sentir dolor”*

En referencia a las costumbres y creencias en relación al parto, por parte de algunos profesionales entrevistados existe un reconocimiento y comprensión de las distintas formas del ser y hacer en base a la cultura *“Somos, un país intercultural, con costumbres, con tradiciones,”* Sin embargo, el conocimiento de los



profesionales sobre la cultura es limitado, quienes poseen mayor información son aquellos que por alguna razón de tipo profesional, por interés personal o académico han participado de la praxis en un ejercicio etnográfico.

En su opinión a pesar de la existencia de la Guía Técnica del Parto Culturalmente Adecuado, mencionan que sería conveniente ampliar investigaciones sobre el tema a fin de fomentar la sensibilidad cultural y el respeto, *“Tratamos de respetar, pero no estamos cumpliendo porque no conocemos, porque todavía tenemos que hacer más investigaciones”* entre los componentes culturales discutidos en la investigación se mencionaron el uso de las plantas medicinales, la vestimenta y el uso de la placenta.

En primer lugar, los profesionales descalifican parcialmente el uso de infusiones con plantas medicinales, especialmente cuando la dosificación no es la adecuada y cuando no hay el control y vigilancia médica, por ejemplo, mencionan que la infusión de higo y de albahaca, no son beneficiosas para la parturienta, debido a que estas pueden comprometer la estabilidad del proceso de parto produciendo hiperdinamia uterina y en algunos casos sufrimiento fetal. *“cuando esta no tiene su debido uso, ha consumido en exagerada cantidad, puede producir un perjuicio” “(...) ha acusado mucho daño, en especial al feto, llegando sufrimiento fetal, e incluso a la madre se da una hiperdinamia uterina, así que yo pienso que eso no se debe dar”* Con esta declaración se evidencia una vez más la supremacía de las prácticas cotidianas - occidentalizadas sobre las “no convencionales” – ancestrales.

En segundo lugar los profesionales aprueban el uso de la vestimenta durante el parto en concordancia con la identidad de las pacientes *“Imitar la misma vestimenta pero con otro tipo de calidad de la tela, pero intentando mantener la identidad y la identificación de esa paciente de donde viene”*, manifestando que debería ser abrigada y cómoda *“Deberían darnos una ropa algo de algodón algo de lana que la paciente vea que se siente cómoda ,que no sea transparente”* pues indican que con el uso de las “típicas batas frías” se expone a la madre durante la deambulacion evidenciada con términos como “mostrando su espalda (...)sus genitales” además señalan que los espacios convencionales como los hospitales son fríos e implican un cambio brusco de temperatura tanto para la madre como para el recién nacido;



la única condición que expresan es que la vestimenta se encuentre bajo normas de asepsia.

En tercer lugar los profesionales entrevistados respetan la cosmovisión de cada mujer y respetan como un derecho de propiedad la entrega de la placenta, *“hay que respetar la creencia claro, porque es del organismo de ella, del cuerpo propio de ella y tiene todo derecho de reclamar”* reconociendo el significado cultural de la ritualidad *“es una connotación más que nada espiritual”* *“Bueno eso son los mitos y creencias que tienen ellos (...) que la placenta tiene que ser enterrada cerca de un árbol que tiene que dar frutos, entonces ellos dicen que si es que el árbol sigue dando frutos sigue desarrollándose ese niño va tener una buena vida, una vida prospera”* ante este reconocimiento y derecho, presentan un condicionante: que la placenta se entregue bajo criterios de bioseguridad pues indican que puede ser un objeto de riesgo de infección (VIH-SIDA, infecciones de transmisión sexual u otras)

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

A principios del siglo XX el parto fue institucionalizado con el propósito de disminuir la mortalidad materna y neonatal, instalándose la ideología del manejo del parto como una enfermedad. Las mujeres perdieron su protagonismo y aceptaron las reglas de las instituciones, transformándose el parto en un “acto médico” dejando de lado aspectos esenciales como el derecho de las pacientes a elegir la posición de parto, tener acompañamiento, entre otros aspectos. (1)

La investigación realizada evidenció esta realidad manifestando además una tendencia médico intervencionista y de enfoque de riesgo ante la práctica del PCA mediante la continuidad de la conceptualización de la mujer –madre como un sujeto de vigilancia y control, sumándose a ello, la reproducción del modelo hegemónico en la relación médico - paciente caracterizado por componentes formativos y actitudinales de supremacía y subordinación, la continuación del orden social de racionalidad científica y secular de la sociedad moderna caracterizado por la supremacía de la ciencia (medicina occidental) sobre lo empírico, (medicina tradicional) además de la dominación del protocolo de atención y prácticas invasivas sobre la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado coincidiendo con otros estudios realizados en la comunidad Andina como el de Camacaro en Venezuela cuya muestra de 160 mujeres elegidas intencionalmente en la sala de hospitalización del Servicio de Obstetricia del Hospital Central de Maracay, manifiestan la existencia de violencia obstétrica por la reproducción del modelo de atención hegemónico institucionalizado (72) o como el de Pozzio en México quien a partir de su acercamiento a los y las profesionales en gineco-obstetricia, y de Perinatología analizó el fenómeno “feminización y violencia obstétrica” (73) de igual manera como lo señala Silva por el enfoque biológico y medicalizador hegemónico luego de investigar las percepciones de 48 trabajadores de la salud del en el centro obstétrico de un hospital de enseñanza del sur del Brasil. (34)

El ambiente de parto de acuerdo a la percepción de los profesionales de salud debe cumplir con algunas características tales como mantenerse en la esfera privada, íntima y familiar acogedora, incluyendo la infraestructura como el trato interpersonal, siendo en las percepciones un ambiente ideal el tipo habitación de casa, cálido, grande, donde haya sogas, agarraderos, sillas en donde el profesional y los acompañantes muestren una configuración más humanística caracterizada por la empatía, comprensión, amabilidad, paciencia y un lenguaje apropiado, esto en concordancia con Silva para la obtención de una atención humanizada, acogedora y resolutiva que supone un cambio en la cultura, la transformación del espacio hospitalario más acogedor y favorable a la implantación de prácticas humanizadas de asistencia (34) y en concordancia con Lais que invita a pensar en procesos de salud más sensibles en garantía del respeto a las necesidades físicas, mentales, espirituales, culturales y sociales de las mujeres y sus familias, esto, luego de elaborar un estudio sobre el parto humanizado en Argentina, a partir de indagaciones teóricas y de los conocimientos y percepciones que tienen los actores involucrados en el tema. (madres, médicos, obstetras, académicos, psicólogos y padres) (21)

De igual manera coincidiendo con Kaplan quién entrevistó a doce profesionales residentes, médicos, obstetras y enfermeras de hospitales públicos en Buenos Aires, Argentina, en el cual se manifiesta que la infraestructura tiene un efecto en la implementación de la ley y que el trato debe reflejar la atención individualizada, personalizada y centrada en la familia respetando las diferentes necesidades dentro de cada cultura, las creencias y la autonomía, creando un ambiente cómodo e íntimo para la mujer. (74)

El acompañamiento durante el parto en la percepción de los profesionales entrevistados, es favorable por la disminución del tiempo de labor de parto, el aumento de la colaboración y el sentimiento de seguridad y tranquilidad de la madre. Sobre la cantidad de personas durante el parto se indicó que no debería ser más de 4 o 5 personas entre las que cuentan la madre, el ginecólogo, el pediatra, la enfermera y el acompañante, sin embargo, al acompañamiento de la partera o comadrona se indican condicionantes o limitantes.

Otros estudios respaldan estos resultados como el de Giraldo y cols. considerando que el acompañamiento es una práctica positiva que debería ser rutinaria por los efectos favorables en la madre y el recién nacido, (75) Kaplan concuerda con que el acompañamiento es un tema central en la realización de un parto humanizado y que pertenece como un derecho a la mujer, sin embargo indica que va a depender del enfoque del profesional y de la estructura de las salas de parto (74) Giraldo y cols. mencionan a García y Díaz señalando que los efectos positivos son la mejora de la fisiología del trabajo de parto y la sensación de control y competencia de la madre reduciendo la dependencia de la intervención médica. Silva menciona que además de dejar a la parturienta más tranquila y segura, permite la participación y el involucramiento de la familia en el proceso. (34)

No se encontraron estudios en los cuales se recomienden la cantidad de personas dentro de los espacios de parto; y en cuanto al acompañamiento de la comadrona, no existen muchos estudios que describen esta relación, sin embargo, la información que se da es que la mayoría de mujeres manifiestan estar satisfechas con la relación establecida con ella, reconociéndola incluso como una profesional, así lo afirma Ibañez. (52)

En relación a la elección de la mujer sobre la posición durante el parto, en la investigación se criticó que la práctica es un derecho que no se cumple en su totalidad, mencionando que las intervenciones profesionales se han centrado excesivamente en los úteros maternos y en los factores de riesgo asociados al parto, que se practica el parto horizontal rutinario en lugar de presentar las opciones de posición a la mujer, que en los hospitales no se presentan las condiciones técnicas necesarias para facilitar la posición vertical, mencionando además la falta de información de las mujeres, la influencia del personal de salud y la comodidad del médico.

Algunos profesionales recomendaron al respecto una reconfiguración o modificación de las voluntades profesionales a fin de respetar el derecho de la mujer a la elección de la posición durante el parto, coincidiendo con el enfoque de la OMS que viene difundiendo y propugnando el parto vertical, en el afán de brindarle a la mujer la oportunidad de retomar el rol que siempre tuvo, de participar activamente en su parto en condiciones de dignidad humana. (3)



Entre los efectos favorables que se nombraron sobre la posición vertical de la madre durante el parto, están el aumento de la relajación que se puede producir durante las contracciones, aminorando el tiempo expulsivo, la disminución de la cantidad de hemorragia y la rapidez de la recuperación coincidiendo con otros estudios en los cuales se critica los partos en posición dorsal ya que disminuyen la fuerza de encajamiento del recién nacido y la fuerza del pujo, conducen a la episiotomía, producen mayor sangrado e incrementan la posibilidad de infecciones, además de criticar el hecho de obligar a la mujer a mantenerse recostada impidiendo la deambulación y la comodidad, (72) coincide además con el resultado de las revisiones realizadas por Lugones en las cuales se evidencia el cambio en el trabajo de parto desde lo tradicional (movilidad y verticalidad) hacia lo occidental (pasividad y horizontalidad) (35) además, de acuerdo a García y cols. quienes resolvieron que la posición horizontal es la más dolorosa, causa más problemas con respecto a la frecuencia cardíaca fetal, aumenta el uso de fórceps e incisiones en el canal del parto. (51)

En relación a otros aspectos culturales, por parte de algunos profesionales entrevistados existe un reconocimiento y comprensión de las distintas formas del ser y hacer en base a la cultura, mayoritariamente en quienes por alguna razón de tipo profesional, por interés personal o académico han participado de la praxis etnográfica, sin embargo, manifiestan no estar de acuerdo con algunas prácticas como la ingesta de infusiones y ponen condiciones a otras como el uso de la vestimenta indicando que se debe cumplir normas de asepsia o como la entrega de la placenta indicando que se debe realizar bajo criterios de bioseguridad. Un estudio realizado en México alienta la comprensión de las realidades culturales y recomiendan integrarlas como esquemas alternativos de atención eliminando paulatinamente los riesgos que se puedan encontrar. (68) No se encontraron estudios similares que manifiesten prácticas específicas como la ingesta de infusiones, vestimenta o entrega de la placenta

En relación a las prácticas invasivas en la opinión de los profesionales entrevistados, estas se realizan en forma indiscriminada y con mayor frecuencia en hospitales docentes, a pesar de las normativas contra su uso, afirman que no presentan mayores beneficios y más bien las consideran como promotoras de



infecciones y complicaciones graves, que su uso debería sujetarse a casos estrictos dependiendo de la valoración profesional.

Finalmente indican que las prácticas invasivas y su mala experiencia son el principal motivo por el cual las mujeres no regresan a un centro hospitalario, en concordancia con estudios en los cuales se manifiesta la disminución de la intervención médica en el reconocimiento del proceso fisiológico del parto como natural y su intervención en casos necesarios para el bienestar y seguridad de la mujer. (74) Existen otros en los cuales se consideran como violencia obstétrica por el uso indiscriminado de medicalización y patologización de los procesos naturales tanto como una violación a los derechos de las mujeres a estar informadas sobre los procedimientos que están siendo aplicados a su cuerpo. (72)

LIMITACIONES

Una de las limitaciones que encontramos al revisar la literatura es que existen pocos estudios cualitativos desde la perspectiva profesional, la mayoría de los estudios son desde la percepción de las madres o curanderas o pertenecen al enfoque cuantitativo.

CAPITULO VII

7.1 CONCLUSIONES

1. El parto es una práctica que mantiene la occidentalización y que se encuentra en un proceso de adaptación hacia el parto humanizado o culturalmente adecuado legalmente reconocido.
2. Los profesionales de salud de la Facultad de Ciencias Médicas que participaron en la investigación, creen que la implementación del parto culturalmente adecuado puede ayudar a reducir la muerte materna y neonatal si se siguen los lineamientos de la guía técnica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
3. La adaptación del ambiente, la aceptación del acompañamiento a la mujer y la elección de la posición de la mujer durante el parto en la percepción de los profesionales de salud entrevistados trae efectos físicos, psicológicos y emocionales favorables para la madre y permiten reivindicar sus derechos.
4. No todos los profesionales de salud entrevistados están de acuerdo con la intervención de las comadronas en el parto, ni con la aplicación de algunas prácticas culturales mencionando que implica riesgos y que no cumplen condiciones de bioseguridad.
5. Casi todos los entrevistados concuerdan que la eliminación definitiva de las prácticas invasivas de acuerdo a las normas de salud manifiesta el respeto y reconocimiento de la dignidad de la mujer, disminuye la violencia obstétrica y la posibilidad de complicaciones postparto.
6. La mayoría de los participantes en la investigación creen en el equilibrio entre la medicina occidental y la tradicional y, por lo tanto, en una formación del personal de salud que pueda responder a la diversidad cultural del país y fomentar un cambio en el quehacer médico orientado hacia la realidad social y la humanización



7.2 RECOMENDACIONES

A nivel Académico, fomentar las investigaciones y rescatar el conocimiento ancestral parto humanizado para incrementar el respeto hacia las creencias, costumbres y tradiciones de las mujeres gestantes y lograr mayor credibilidad de los servicios médicos.

A nivel Académico, generar en la materia de obstetricia un mayor conocimiento del desarrollo del parto desde las diferentes cosmovisiones a fin de formar profesionales comprometidos con el respeto a la cultura de las parturientas

A nivel de los sistemas de salud, adaptar los espacios de atención al parto de acuerdo a las características del ideal desde la perspectiva andina y generar el trato interpersonal más humanístico

A nivel del Estado, crear políticas públicas que garanticen la educación a la comunidad sobre sus derechos de atención en salud en relación al parto, fomentando un sistema de evaluación y seguimiento a la aplicación de la guía Técnica de Atención del Parto Culturalmente Adecuado. Replicar modelos considerados de éxito en la implementación del parto humanizado tanto a nivel nacional como internacional.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Piñeiro T. Manual de práctica clínica proyecto: humanización de los cuidados en salud de las mujeres de la maternidad pública de Rocha Rocha, Noviembre 2014. [Internet].; 2016 [cited 2017 agosto 11. Disponible en: <http://docplayer.es/11682617-Manual-de-practica-clinica.html>.
2. Lugones M, Ramírez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. 2012; 38(1) Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n1/gin15112.pdf>.
3. Calderon J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael R, Laura A, Flores C. Parto Vertical: Retornando a una costumbre ancestral. Revista Peru Ginecol Obstet. 2008; 54(1) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428187011>): p. 49-57.
4. Mota M, Gregorio VR, Oliveira ZA. Encuentro de padres, bebés y profesionales de salud: oportunidad para la mujer y la familia para narrar lo vivido durante el proceso de nacimiento. Enfermería Global. 2006; 5(2) Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/363/331>).
5. Vivanco ML. Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción COMFORTS. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología). 2009; 1(2) Disponible en: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/32>).
6. Mayca J, Palacios E, Medina A, Velásquez JE, Castañeda D. Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región huánuco. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009; 26(2) Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a04v26n2>).

7. Munares O. Características biosociales, reproductivas y obstétricas asociadas al resultado adecuado del parto en Ica, Perú, 2013. Méd UIS. 2015; 28(3) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n3/v28n3a04.pdf>).
8. Ministerio de Salud Pública. Guía metodológica para la atención de la salud materna culturalmente adecuada: Atención del Embarazo, Parto y Post parto. Tesis de grado. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2011. Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D227.pdf.
9. Ministerio de Salud Pública. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado. Quito;; 2008. Disponible en: http://unfpa.org.gt/sites/default/files/Guia_Tecnica_Atencion_del_Parto_Culturalmente_Adecuado.pdf.
10. González D. Manual para la Humanización y adecuación cultural de la atención del parto. Quito: Ministerio de Salud Pública ; 2007. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadk045.pdf.
11. Nureña CR. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. Rev Panam Salud Pública. 2009 Octubre; 26(4) Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009001000013).
12. Bravo P, Uribe C, Contreras A. El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. Rev. Chil Obstet Ginecol. 2008; 73(3) Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v73n3/art07.pdf>).
13. Coral R. Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica. 2008; 11(1) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v11n1/v11n1a07.pdf>).

14. Hernández LL, Zequeira DM, Miranda AJ. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. 2010; 26(1) Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n1/enf07110.pdf>).
15. González N. El papel de la matrona en el proceso de humanización del parto. [Internet].; 2016 [cited 2017 Agosto 11. Disponible en: [https://www.academia.edu/24290156/04_CAP5_pp477a482_El_papel_d e la matrona en el proceso de humanizaci%C3%B3n del parto](https://www.academia.edu/24290156/04_CAP5_pp477a482_El_papel_de_la_matrona_en_el_proceso_de_humanizaci%C3%B3n_del_parto).
16. Hermida J, Harvey S, González D, Fuentes G, Freire JM. Investigación operativa de humanización y adecuación cultural del parto. [Internet]. [cited 2017 Agosto 14. om: Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00M6CG.pdf.
17. Drake E. El Significado Cultural del Parto: Perspectivas de Mujeres Mapuche. [Internet].; 2014 [cited 2017 Agosto 16. Disponible en: [http://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2869&context=i sp_collection](http://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2869&context=is_p_collection).
18. García Y, Anaya JL, Acosta MB, Alvarez M, López E, Vasquez TI. Satisfacción de las mujeres atendidas con el parto culturalmente adecuado en Loreto, Orellana (2016). *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2016 Septiembre-Diciembre; 42(4) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000400006).
19. Ministerio de Salud Pública. Por un parto culturalmente adecuado: un derecho de las mujeres y de los recién nacidos. Quito.; 2011. Disponible en: <http://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2014/03/Sistematizacion-Parto-Culturalmente-Adecuado1.pdf>.
20. Ministerio de Salud Pública. El Enfoque Intercultural en las Normas de Salud Materna: Ecuador 1994-2009. Quito., 2011; 2009. Disponible en:

<http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Libro%20mapeo%20de%20normas%20sobre%20salud%20materna%207-11-2011.pdf>.

21. Lais J. Caminos hacia una maternidad diferente: Un estudio sobre el parto vertical. Tesis para la obtención de Título de Magister en Ciencias de la Familia. Universidad Nacional de San Martín; 2006. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000267.pdf>.
22. Adib M, Ibañez M, Casado M, Santos P. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtua. 2017 Marzo; 34(1) Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v34n1/1409-0015-mlcr-34-01-00104.pdf>).
23. Defensoría del pueblo. El parto y el nacimiento humanizado como derecho humano: un desafío para la transformación social. Caracas: Fundación Juan Vives; 2012. Disponible en: http://www.defensoria.gob.ve/images/pdfs/librosDDHH/parto_y_nacimiento_humanizado.pdf.
24. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Redbioética/UNESCO. 2013 Enero- Junio; 1(7) Disponible en: http://www.unesco.org.uy/shs/redbioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf).
25. Tejero MC. Estrategias de atención al parto normal y de salud reproductiva en el sistema nacional de salud en España. Medicina Naturista. 2013; 7(1) Disponible en: <http://www.medicinanaturista.org/images/revistas/mn7%281%29.pdf>).
26. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de atención al parto normal en el sistema Nacional de Salud. Madrid; 2012. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf.



27. Martínez JM, Delgado M. Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos. *Ginecol Obstet Mex.* 2013; 81(Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom1312d.pdf>).
28. Freyermuth G, Sesia P. La Muerte materna: acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Mexico D.F.; 2009. Report No.: Disponible en.
29. Gobierno de Chile. Nacer en el siglo XXI de vuelta a lo humano: Humanización del Proceso Reproductivo Mujer-Niño-Familia. Santiago de Chile: Gobierno de Chile. Disponible en: <http://www.omm.org.mx/images/stories/documentos/Parteria/NacerS.XXI.pdf>.
30. Pujadas X, Oviedo R, Montero F, Pineda JF. Humanización del parto en la medicina de excelencia. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos.* 2011; 9(5) Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1736/6571>).
31. Biurrun A, Goberna J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 2013; 14(2) Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/16876/173/la-humanizacion-del-trabajo-de-parto-necesidad-de-definir-el-concepto-revision-de-la-bibliografia>).
32. Misago C, Kendall C, Freitas P, Haneda K, Silveira D, Onuki D, et al. From 'culture of dehumanization of childbirth' to 'childbirth as a transformative experience': changes in five municipalities in north-east Brazil. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001; 75(1)Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11742645>).
33. Santos OM, Siebert ER. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001 Noviembre; 75(1) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11742646>).

34. Silva R, Soares M, Muniz R, Andrade F, Torres A, Gómes V. La concepción de los profesionales de Salud sobre el Parto Humanizado en la Adolescencia. *Enfermería Global*. 2011 Octubre; 10(24) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400025): p. 331-341.
35. Lugones M, Ramirez M. El Parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*. 2012 Enero-Marzo; 38(1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100015): p. 134-145.
36. Burgo C. La postura de litotomía -acostada- es la más cómoda y digna para la mujer? [Internet]. [cited 2017 Agosto 11. Disponible en: http://www.holistika.net/parto_natural/parto_medicalizado/la_postura_de_litotomia_-_acostada_-_es_la_mas_comoda_y_digna_para_la_mujer.asp.
37. Edianez M, Brüggemann O. Percepciones de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical y horizontal. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009 Marzo-Abril; 17(2) Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es_03.pdf).
38. Barbosa FM, Junqueira SM, Mota L, Fernandez E. Prácticas para estimular el parto normal. *Index Enferm*. 2011 Julio-Septiembre; 20(3) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200007).
39. Miquelutti MA, Guilherme J. The vertical position during labor: pain and satisfaction. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2009 Octubre-Diciembre; 9(4) Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000400002).



40. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. La Biblioteca Cochrane Plus. 2008;(2) Disponible en: <http://www.uv.es/jjsanton/Parto/10Cochrane%20posicionenelexpulsivo.pdf>.
41. Romero ME, Carrizosa A, Jimerno JF. Las posturas de la mujer en el parto en fase de expulsivo. Dialnet. 2014; 8(1) Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4560683>).
42. Subsecretaría de Innovación y Calidad. La atención intercultural del trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud. Mexico D.F.: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Disponibl en: <http://www.omm.org.mx/images/stories/documentos/Parteria/Mexico2008.pdf>.
43. Riquelme R. Influencia de las posiciones de la mujer sobre distintos parámetros en el proceso del parto. Matronas Prof. 2005; 6(4) Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7054/173/influencia-de-las-posiciones-de-la-mujer-sobre-distintos-parametros-en-el-proceso-del-parto>).
44. Aranda AM, Reina mj, Rodríguez IM, Delgado E, Heras j. Satisfacción de la mujer acompañada de su pareja durante el proceso de parto en el hospital universitario virgen del rocío. [Internet]. [cited 2017 Agosto 11. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0794.pdf>.
45. Larguia MA, Lomuto CC, González MA. Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2013.
46. Morláns M. El acompañamiento continuo en los partos instrumentales: resultados obstétricos y perinatales, nivel de satisfacción de la mujer y acompañante. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología). 2011; 3(3)

Disponible en: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/740/755>).

47. Ramila M. Importancia del acompañamiento continuo en cesáreas programadas: ansiedad materna. Biblioteca Las Casas. 2016; 12(3) Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0919.pdf>).
48. Wallace L, Lara L. El Derecho de Acompañamiento Durante el Parto / The Right to Accompaniment during childbirth. Tesis de grado. Santiago de Chile: Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería; 2009. Report No.: Disponible en: <http://horizonteenfermeria.uc.cl/sumario-20-no-2-2010/99-el-derecho-de-acompanamiento-durante-el-parto-the-right-to-accompaniment-during-childbirth>.
49. Pugin E, Kopplin E, Larraín c, Gallego V, Aramayo m, Ortiz J. Una experiencia de acompañamiento con doula a adolescentes en trabajo de parto. Rev Chil Obstet Ginecol. 2008; 73(4) Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v73n4/art06.pdf>).
50. López F. Parto natural: evidencia científica a partir de las recomendaciones de la OMS. Clases de Residentes. 2007;(Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr07.parto_natural.pdf).
51. García D, díaz Z, Acosta M. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. Revista Cubana de Salud Pública. 2013 Septiembre-Diciembre; 39(4) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400009): p. 718-732.
52. Ibañez MB. Opinión de las gestantes, sus acompañantes y los profesionales de salud que les atienden sobre el acompañamiento en el parto. Matronas Profesión. 2004; 5(16) Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7307/173/opinion-de>

las-gestantes-sus-acompanantes-y-los-profesionales-de-salud-que-les-atienden-sobre-el-acompanamiento-en-el-pa): p. 25-31.

53. Cantero A, Fiuri L, Furfano K, Jankovic MP, Llompart V, San Martin M. Acompañamiento en sala de partos: regla o excepción / Accompaniment in room of childbirth: rule or exception. Rev. Hosp. Matern. Infant. Ramon Sarda. 2010; 29(3) Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/es/lil-605768>).
54. Pimenta DG, Azevedo M, Andrade TL. El parto realizado por matronas: una revisión integradora. Enfermería Global. 2013 Abril; 12(2) Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/156451/147081>).
55. Villanueva LA. El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. Revista Conamed. 2010; 15(3) Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/282/516>).
56. Parada DA, Olivares PE. Humanización del cuidado durante el encuentro madre-recién nacido: una responsabilidad ética del equipo de salud. Revista Colombiana de Bioética. 2015 Enero-Junio; 10(1) Disponibl en: <http://www.redalyc.org/pdf/1892/189242405010.pdf>).
57. Rodríguez L. Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva. [Internet].; 2008 [cited 2017 Agosto 14. Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.6.pdf>.
58. Chiriboga D. Salud , interculturalidad y derechos: Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir. [Internet].; 2010 [cited 2017 Agosto 11. Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D454.pdf.

59. Casal N, Alemany J. Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index Enferm.* 2014 Enero-Junio; 23(1-2) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100013).
60. Herrera B, Gálvez A, Carreras I, Strivens H. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica. *Matronas Prof.* 2006; 7(1) Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/284/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/619/rclang/es-ES/filename/vol7n1pag27-33.pdf>).
61. Luque MA, Oliver MI. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. *Index Enferm.* 2005; 14(48-49) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100002).
62. Luque R, Subirón AB, Sabater B, Sanz E, Juste A, Cruz E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-2008). *Matronas Prof.* 2011; 11(2) Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/15952/173/episiotomia-selectiva-frente-a-episiotomia-rutinaria-valoracion-a-los-3-anos-2007-2008>).
63. Romero J, Prado M. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. *Matronas Profesión.* 2002 Junio;(Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7536/173/episiotomia-ventajas-e-inconvenientes-de-su-uso>).
64. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Uso de la episiotomía selectiva versus sistemática para el parto vaginal. [Internet].; 2015 [cited 2017 Agosto

12. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD000081/uso-de-la-episiotomia-selectiva-versus-sistemica-para-el-parto-vaginal>.
65. Bavesi V, Lavender T. Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos. 2013;(5) Disponible en: <http://www.biblioteca.cochrane.com/BCPGetDocumentForPrint.asp?DocumentID=CD001236>).
66. Reveiz L, Gaitan HB, Cuervo LG. Enemas durante el trabajo de parto. [Internet].; 2009 [cited 2017 Agosto 11. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD000330/enemas-durante-el-trabajo-de-parto>.
67. Hidalgo P. Pariendo como indias: el don de las indígenas en la salud de las mujeres ecuatorianas. Tesis de grado. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 2014. Disponible en: [http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/372/File/pdfs/PAPER%20UNIVERSITARIO/2014/RaulMideros%20\[Pariendo\].pdf](http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/372/File/pdfs/PAPER%20UNIVERSITARIO/2014/RaulMideros%20[Pariendo].pdf).
68. Pelcastre B, Villegas N, De León V, Díaz A, Ortega D, Santillana M, et al. Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. Revista Esc Enferm USP. 2005 Diciembre; 39(4) Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400002): p. 375-382.
69. Rodríguez ME. Costumbres y tradiciones en torno al embarazo y al parto en el México virreinal. [Internet].; 2000 [cited 2017 Agosto 12. Disponible en: <http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10702986-4.pdf>.
70. Llamas A, Mayhew S. The emergence of the vertical birth in Ecuador: an analysis of agenda setting and policy windows for intercultural health. Health Policy Plan. 2016 Julio; 31(6) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4916315/>).

71. Muñoz SF, Castro E, Castro Z, Chávez N, Ortega DM. Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. Rev. Univ. Ind. Santander. 2012 Enero-Abril; 44(1) Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072012000100005).
72. Camacaro M, Ramirez M, Lissete L, Mercedes H. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. Utopía y Praxis Latinoamericana. 2015; 20(68) Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/279/27937090009.pdf>): p. 113-120.
73. Pozzio MR. La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica. Estudios Feministas. 2016 Enero-Abril; 24(1) Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2016000100101&lng=en&nrm=iso&tlng=es): p. 101-117.
74. Kaplan L. El Parto Humanizado: perspectivas de los profesionales en las maternidades públicas de Buenos Aires. Tesis de grado. Buenos Aires: Collection SIT Study Abroad; 2015. Disponible en: http://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3272&context=isp_collection.
75. Giraldo D, Gonzales E, Henao C. Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. AV Enferm. 2015; 33(2) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n2/v33n2a09.pdf>): p. 271-281.

9. ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD SOBRE EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS 2017

Nosotras Jacqueline Vanessa Tonato Muñoz portadora de la CI: 0105917595 y Lisseth Yessenia Santos Llivisaca portadora de la CI: 0105670327 estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Cuenca, solicitamos su consentimiento para llevar a cabo el presente proyecto de investigación.

Usted está invitado (a) a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si accede o no a participar, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. El objetivo de esta investigación es determinar las percepciones de los profesionales de salud de la facultad de Ciencias Médicas sobre el parto culturalmente adecuado durante el periodo 2017

Explicación del estudio. La presente investigación es de tipo cualitativa, se realizará mediante la aplicación de entrevistas grabadas que luego serán transcritas y posteriormente se analizarán los resultados.

Riesgos. El estudio no tiene riesgos.

Beneficios. Este estudio permitirá beneficiar a los profesionales de salud, médicos, enfermeras y estudiantes ya que aporta conocimientos sobre el parto cultural con el fin de preparar al personal para que pueda responder a las exigencias de la diversidad cultural de nuestro país y contribuir a un cambio de actitud del personal



de salud involucrado en la atención de la gestante, optimizando la calidad y calidez de la atención obstétrica en el marco de las políticas institucionales.

Confidencialidad. La información será utilizada únicamente por las investigadoras (y los participantes en caso de solicitarlo). Cuando los datos sean obtenidos serán ingresados a un computador, y se identificarán con un pseudónimo si los participantes así lo desearían.

Derecho de información. Usted no está obligado (a) a participar en este estudio, su participación debe ser voluntaria.

Aclaraciones.

- ✓ La decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- ✓ No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar
- ✓ La invitación a participar no tendrá que hacer gasto alguno.
- ✓ No recibirá pago por su participación.
- ✓ La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada participante, será mantenida con estricta confidencialidad por las autoras

Yo.....

Estoy de acuerdo con participar en el estudio.

Firma.....

	0983038310	lissantos_27@hotmail.com
Investigadora		
Lisbeth Santos		

	0999907267	marysport70@hotmail.com
Investigadora		
Vanessa Tonato		



ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Edad:

Ocupación:

Profesión:

Percepciones de los profesionales de salud sobre el parto culturalmente adecuado. Facultad de Ciencias Médicas 2017

PARTO CULTURALMENTE ADECUADO

¿Qué entiende usted sobre parto culturalmente adecuado?

¿Piensa usted que los profesionales de salud están capacitados para atender un parto culturalmente adecuado?

¿Usted piensa que hay aceptabilidad de esta práctica por parte de los profesionales de salud?

¿Qué piensa usted sobre la infraestructura que debe tener un parto culturalmente adecuado?

¿Conoce usted que mujeres pueden acceder a un parto culturalmente adecuado?

TRATO INTERPERSONAL

¿Qué piensa usted sobre el trato interpersonal que se le brinda a la mujer durante el parto?

¿Usted piensa que a la mujer se le brinda una debida información acerca de los procedimientos sus beneficios y riesgos durante el parto?



¿Qué piensa usted sobre las practicas invasivas que se realiza a la mujer durante el parto como la episiotomía, enema, rasurado, anmiotomia, administración de oxitocina etc.?

PERCEPCIÒN DEL ACOMPANAMIENTO

¿Qué opina usted sobre el acompañamiento de un familiar, amigo o partera durante un parto culturalmente adecuado?

¿Conoce usted los beneficios o desventajas del acompañamiento durante el parto?

¿Qué número de personas deben ingresar en el momento del parto culturalmente adecuado?

ELECCIÒN DE LA POSICIÒN

¿Qué piensa usted respecto a la elección de la posición durante el parto culturalmente adecuado?

¿Cuál considera usted que es la posición más adoptada por las mujeres durante el parto culturalmente adecuado?

¿Usted como profesional de salud que posición de parto recomendaría a la parturienta?

¿Conoce usted cuales son las ventajas de un parto vertical?

COSTUMBRES Y TRADICIONES

¿Usted piensa que los profesionales de salud respetan las creencias y costumbres de las mujeres durante el parto?

¿Qué opina usted sobre la vestimenta durante un parto culturalmente adecuado?

¿Qué opina usted sobre la alimentación durante un parto culturalmente adecuado?

¿Qué opina usted sobre el uso de aguas o infusiones durante el parto culturalmente adecuado?

¿Qué considera usted respecto a la entrega de la placenta después de un parto culturalmente adecuado?