



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

**EXPERIENCIAS EN EL PARTO INTERCULTURAL DE MUJERES
ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD BIBLIÁN, BIBLIÁN 2017**

Proyecto de investigación previa a la
Obtención del Título de Licenciado en Enfermería

Autoras:

Ruth Marisol Cuesta Mendoza CI: 0706034329
Lucía Beatriz Delgado Pinos CI: 0301620688

Directora:

Lcda. Elba Susana Rivera Yela CI: 0102035649

Asesora:

Mgt. Ruth Ximena Altamirano Cárdenas CI: 0301732152

**Cuenca – Ecuador
2018**



RESUMEN

Antecedentes:

Alrededor del parto existen en el mundo diferentes conocimientos, costumbres, rituales y otras prácticas culturales en los distintos grupos humanos. Ecuador es un país pluricultural, multiétnico y ha desarrollado diferentes concepciones en torno al parto. Dentro de la política del Ministerio de Salud Pública (MSP),

Objetivo:

Describir las experiencias en el parto intercultural de mujeres atendidas en Centro de Salud Biblián, Biblián 2017.

Metodología:

Se realizó una investigación cualitativa-narrativa, con modalidad etnográfica. La muestra estuvo constituida por 10 mujeres captadas y atendidas en el Centro de Salud de Biblián, que se decidieron por el parto intercultural, que se vivenció de enero a marzo 2017, de diferentes edades, nivel socioeconómico y profesión, residentes en el cantón Biblián y que dieron su consentimiento para participar. Se utilizaron los métodos con enfoque etnográfico, se manejó estrategias y técnicas de entrevista semi-estructurada. Para recoger y registrar los datos nos servimos de grabaciones, videos y un formulario de registros de datos en función de la operacionalización de categorías, con la utilización del programa Atlas Ti. Las categorías observadas son de tipo cualitativo, el análisis descriptivo- narrativo, a partir de ordenar y seleccionar los datos, de buscar y clasificar los tipos, de ponerlo en secuencia y de procesarlos se encontraron patrones en el conjunto.

Resultados:

Contribuyen a profundizar el conocimiento sobre la percepción que tienen algunas mujeres del parto intercultural, así como atención, técnicas y plantas. Medicinales.

Conclusiones:

Las experiencias en el parto intercultural están en relación con aspectos naturales y sobrenaturales.

Palabras claves: EXPERIENCIAS DE VIDA, COMADRONA, PARTO DOMICILIARIO, MEDICINA TRADICIONAL, MUJERES, COMUNIDAD DE BIBLIAN, CAÑAR-ECUADOR.



ABSTRACT

Background:

Around the birth there are different knowledge, customs, rituals and other cultural practices in the different human groups in the world. Ecuador is a pluricultural, multi-ethnic country and has developed different conceptions around childbirth. Within the policy of the Ministry of Public Health (MSP),

Objective:

Describe the experiences in the intercultural delivery of women attended in the Biblián Health Center, Biblián 2017.

Methodology:

A qualitative-narrative research was carried out, with an ethnographic modality. The sample consisted of 10 women recruited and treated at the Biblián Health Center, who decided on intercultural birth, which was lived from January to March 2017, of different ages, socioeconomic status and profession, residents in the canton Biblián and who gave their consent to participate. Ethnographic methods were used, strategies and semi-structured interview techniques were used. To collect and record the data we use recordings, videos and a form of data records based on the operationalization of categories, with the use of the Atlas Ti program. The categories observed are qualitative, the descriptive-narrative analysis, from sorting and selecting the data, searching and classifying the types, putting it in sequence and processing them found patterns in the set.

Results:

They contribute to deepening knowledge about the perception that some women have of intercultural birth, as well as attention, techniques and plants.

Medicinal

Conclusions:

The experiences in intercultural birth are related to natural and supernatural aspects.

Key words: EXPERIENCES OF LIFE, COMADRONA, DOMICILIARY PARTY, TRADITIONAL MEDICINE, WOMEN, COMMUNITY OF BIBLIAN, CAÑAR-ECUADOR.



ÍNDICE

Contenido

RESÚMEN	2
ABSTRACT	3
1.INTRODUCCIÓN	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACIÓN	17
2. MARCO TEÓRICO:	20
2.1.- RESEÑA HISTÓRICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL.	20
2.2. INTERCULTURALIDAD EN LA CONSTITUCIÓN ECUATORIANA	20
2.3. EL PARTO, SUS CONCEPCIONES Y EL PARTO INTERCULTURAL	21
2.4. Factores que influyen en la elección de la mujer y su familia por el parto intercultural	23
2.4.1. El trato interpersonal hacia la embarazada y sus familiares en el parto institucional	25
2.4.5. Diferencias entre la posición vertical y horizontal en el parto	25
2.5. Implementación del parto intercultural	26
2.6. La partera y su capacitación	30
2.7. Algunos Resultados en la aplicación del Parto Intercultural	31
3. OBJETIVO GENERAL	31
Describir experiencias en el parto intercultural, de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Biblián, Biblián 2017.....	31
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
4. DISEÑO METODOLÓGICO	32
4.1 Tipo de estudio	32
4.2 Área de estudio	32
4.3. La muestra	32



4.4 Criterios de inclusión	32
4.5 Criterios de exclusión	33
4.6. OPERACIONALIZACIÓN DE CATEGORÍAS	33
4.7 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE ESTUDIO	36
4.8 PROCEDIMIENTO	36
4.8.1 AUTORIZACIÓN	37
4.8.2 SUPERVISIÓN	37
4.8.3 CAPACITACIÓN	37
4.8.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	37
4.9. ASPECTOS ÉTICOS	38
5. RESULTADOS	38
5.1. Creencias	38
5.2. Costumbres	42
5.3. Experiencias	44
5.4. Prácticas	47
6. DISCUSIÓN	50
7. CONCLUSIONES	58
8. LIMITACIONES	60
9. RECOMENDACIONES	60
10. BIBLIOGRAFÍA	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	61
ANEXOS	67



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL.

Yo, Ruth Marisol Cuesta Mendoza, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales de proyecto de investigación “EXPERIENCIAS EN EL PARTO INTERCULTURAL DE MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD BIBLIÁN, BIBLIÁN 2017”, de conformidad con el Art. 144 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACION 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, 11 de Enero del 2018

.....
Ruth Marisol Cuesta Mendoza
C.I.: 0706034329



RESPONSABILIDAD

Yo, Ruth Marisol Cuesta Mendoza, autora del proyecto de investigación titulada: "EXPERIENCIAS EN EL PARTO INTERCULTURAL DE MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD BIBLIÁN, BIBLIÁN 2017", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 11 de Enero del 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Ruth Marisol Cuesta Mendoza".

.....
Ruth Marisol Cuesta Mendoza

C.I.: 0706034329



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL.

Yo, Lucía Beatriz Delgado Pinos, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales de proyecto de investigación “EXPERIENCIAS EN EL PARTO INTERCULTURAL DE MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD BIBLIÁN, BIBLIÁN 2017”, de conformidad con el Art. 144 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACION 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, 11 de Enero del 2018

.....
Lucía Beatriz Delgado Pinos.

C.I.: 0301620688



RESPONSABILIDAD

Yo, Lucía Beatriz Delgado Pinos, autora del proyecto de investigación titulada: “EXPERIENCIAS EN EL PARTO INTERCULTURAL DE MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD BIBLIÁN, BIBLIÁN 2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 11 de Enero del 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Lucía Beatriz Delgado Pinos', with a horizontal line drawn through it.

.....
Lucía Beatriz Delgado Pinos.

C.I.: 0301620688



AGRADECIMIENTO

Queremos ofrecer nuestro más íntimo agradecimiento a DIOS, por bendecirnos, darnos entendimiento, para llegar hasta donde hemos llegado, porque hizo realidad nuestro sueño.

A LA UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA, a la ESCUELA DE ENFERMERÍA, y a todos los distinguidos docentes que con su profesionalismo supieron enseñarnos de la mejor manera para poder ser mejores profesionales.

A nuestra DIRECTORA DE TESIS, Lcda. ELBA SUSANA RIVERA YELA por su profesionalismo, por poner a nuestro alcance todos sus valiosos conocimientos, por iniciarnos en el camino de la investigación con ternura y paciencia, por su constancia y abnegación, MUCHAS GRACIAS.

ASESORA. Mgs. RUTH XIMENA ALTAMIRANO CÁRDENAS, por el tiempo, esfuerzo y dedicación, por sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación, impulsándonos a lograr terminar con éxito este trabajo de tesis.

A nuestras compañeras y amigos presentes y pasados, quienes sin esperar nada a cambio han compartido alegrías, penas, sufrimientos y nuestras amigas que aparte de compañeras forman gran parte de nuestras vidas Claudia, Rocío que durante todo el tiempo de nuestra universidad han estado a nuestro lado apoyándonos y ayudándonos a que este sueño se haga realidad.

LAS AUTORAS



DEDICATORIA

De manera especial dedico esta Tesis a mis amados y adorados padres Bolívar Delgado A y Eugenia Pinos N ya que ellos más que nadie han estado en cada paso que he dado para poder culminar exitosamente mi carrera profesional, ellos que sentaron en mi las bases de responsabilidad y deseos de superación, ellos mi espejo en donde me quiero reflejar por sus virtudes infinitas y su gran corazón que me hacen admirarlos cada día más y a seguir creciendo como la persona que hasta ahora me he convertido.

Por otra parte a mis hermanos Bolívar, Pablo y Diego que ellos también han sido uno de los pilares fundamentales en el trayecto de toda mi vida.

Dando gracias a Dios por concederme la mejor familia del mundo de todo el mundo por esa calidez y cariño de hogar. Gracias.

A mí querida compañera de Tesis Marisol ya que con ella todo el camino universitario hasta acá se hizo menos complicado en todo sentido.

GRACIAS TOTALES

Lucía Delgado Pinos.



DEDICATORIA

Primeramente quiero dedicar mi tesis a mi Dios por darme la vida, entendimiento, sabiduría, fortaleza para cada día de lucha en toda esta travesía.

A mi madre querida esto va por usted por las veces que dije no puedo más pero ahí estaba usted dándome fuerza, diciéndome hija tu puedes no te des por vencida y eso aprendí de usted a no caer por más obstáculos que tuve, gracias madre mía por apoyarme todos estos años de lucha, gracias por darme sabios consejos, por esos valores inculcados por guiarme cada día por el camino del bien, está primera meta ganada es nuestra.

También quiero dedicar esto a mis abuelitos que han sido como mis padres, mis primeros maestros de vida que me enseñaron los valores, las dificultades de la vida pero con su amor y consagración estoy aquí cumpliendo uno de mis primeras metas.

A mi papá que a pesar de las cosas que nos ha tocado vivir, me supo dar su apoyo incondicional, por su dedicación, sus consejos que me ayudaron para ser una mejor persona y por su infinito amor.

A mi hermano que siempre estuvo pendiente y apoyándome en todo momento
Para toda mi familia que siempre estuvieron ahí pendientes dándome esas fuerzas que siga adelante.

Gracias a todos mis amig@s por esas palabras de aliento que nunca faltaron, a mis queridas amigas que comenzamos este camino tan largo pero lo logramos y por estar siempre en los peores momentos.

A mi compañera de tesis que con esfuerzo y dedicación lo logramos mi Lucy lu.
A todas esas personas que, de una u otra forma fueron claves fundamentales en todo este largo camino.

Con todo mi amor y cariño para ustedes.

“No fue fácil pero lo logré”

Marisol Cuesta Mendoza



1. INTRODUCCIÓN

En la historia de la humanidad la reproducción ocupó siempre un lugar cardinal, sin lo cual el ser humano hubiese desaparecido. Las mujeres tienen el privilegio de traer al mundo un nuevo ser. Desde el comienzo de la historia las mujeres parían a sus hijos de forma fisiológica, la mayoría de ellas con parteras o familiares, en sus propios hogares. (1)

Que la mujer tuviera el parto en su casa, atendida por la comadrona con su experiencia en un parto intercultural, era visto por la sociedad como algo normal, sin embargo, con el adelanto de las ciencias en la actualidad esta práctica ya no es bien vista y se considera un factor de riesgo para la mamá y el bebé en muchos países del mundo.

Molla (2015) indica en su tesis doctoral que los porcentajes de partos domiciliarios y las experiencias en parto intercultural planificados descienden considerablemente en algunos países: en el 2012 Alemania 1,5%, en el 2009 reporta Bolivia 8%, Holanda 30%, España 0,37 %, Turquía 7% y México 44,5 %.(1)

En estudios referidos a la percepción sobre el parto, autores como: Laza 2015; Pimenta, Azevedo, Andrade, Oliveira, Mourão 2013 coinciden en concluir que muchas mujeres tienen la percepción de que el parto es un rito natural. Concibiendo el nacimiento como algo fisiológico y no como un evento que necesite ser medicalizado, por lo que estas mujeres siguen prefiriendo el parto humanizado.

América Latina exhibe uno de los mayores porcentajes de partos tradicionales. En Ecuador, según ENDEMAIN (Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil), sólo el 30% de mujeres indígenas son atendidas por personal calificado en el momento del parto, este problema en nuestra región



está íntimamente ligado a la pobreza, la exclusión y la discriminación por género, etnia y a la falta de ejercicio de derechos. (2)

El parto intercultural tiene como propósito humanizar el mismo, situando a la mujer como protagonista de este proceso. Se trata del “parto en libre posición con pertinencia intercultural”. Se conoce como parto respetado y es una técnica que promueve el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en diversas comunidades, como una estrategia para disminuir la muerte materna infantil; y en otros países de América como Argentina, Bolivia México y Brasil. (3)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ecuador por ser un país pluricultural, multiétnico e intercultural, su riqueza cultural nos permite originar todo un sistema de concepciones en torno al embarazo, parto y puerperio, enfocándonos en el momento del parto. (4)

Los líderes de la comunidad y las mujeres perciben a la partera tradicional como una persona respetuosa, hábil, amigable, confiable y disponible cuando se la necesita, se atribuye a las comadronas el conocimiento y poder terapéutico del espíritu; y autoridad sobre la vida en el proceso del nacimiento.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través del Departamento de Salud Intercultural, lleva a cabo la operativización del Parto intercultural o Culturalmente Adecuado. Reconociendo, revalorando, y recuperando los saberes y prácticas culturales de la medicina ancestral, impulsando la capacitación y acreditación a los sabios de la medicina ancestral reconocidos desde la comunidad.

El parto intercultural es una estrategia para dar cumplimiento a los objetivos del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal y del Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV), cuyas metas son: disminuir en un 35%



la mortalidad materna y neonatal precoz, y aumentar al 70% la cobertura de parto institucional, se inicia desde agosto del año 2010. (5)

Según María Martínez, Janeth Vaca y Diana Vásquez, en su estudio “Creencias y costumbres en madres primi y multigestas respecto al embarazo, parto, puerperio y cuidado del recién nacido”, expresan: “Lo más importante es que el parto en libre posición tiene muchas ventajas, no solo reduce las barreras culturales, ya que no está dirigido únicamente a mujeres indígenas, sino a hacer que el parto sea mucho más amigable, rompe el imaginario que hay alrededor de él como experiencia terrible, dolorosa; reduce las posibilidades de complicaciones obstétricas, el riesgo de hemorragia posparto, ayuda a la involución del útero y el bebé tiene menos riesgos de sufrir infecciones”.

También en su estudio sobre el parto de las mujeres, en el marco de la interculturalidad, se concluye que: las mujeres y sus parejas son protagonistas del nacimiento de sus hijos/as con el acompañamiento de personal de salud institucional y comunitario calificado, como las parteras o comadronas. Se permite la libre posición de la madre durante la dilatación y el expulsivo; el acompañamiento de alguna persona que la mujer escoja, la no restricción de ingesta de alimentos y bebidas, y la entrega de la placenta con fines rituales o culturales. (5)

Además, la capacitación a las parteras y a la población en general sobre Parto Intercultural, por ejemplo, es una poderosa herramienta para luchar contra los riesgos que tiene el embarazo, y prevenir sus consecuencias, con ello mejoramos la capacidad de solución de los problemas de salud en la comunidad, en especial en la salud de la mujer gestante. (6)

En la actualidad las parteras han sido capacitadas por la Institución Pública con la finalidad de incorporar en la “Atención del parto culturalmente adecuado”, pero no siendo reconocidas económicamente por el Ministerio de Salud. Es importante tomar en cuenta que el trato o la atención que han recibido las



embarazadas en algunos hospitales ha sido incómodo o inapropiado, lo que les ha llevado a que prefieran atenderse con parteras de su comunidad. (7)

Algunas mujeres con buenas condiciones socioeconómicas también buscan tener un parto intercultural porque se sienten seguras con la figura del esposo, familiares, la partera, ya que les brinda confianza para el momento del nacimiento. (Martins, Almeida, Mattos, 2012)

En las áreas rurales del cantón Biblián todavía existen mujeres que se hacen atender por comadronas, desde el embarazo hasta el parto, con plantas que tendrían propiedades curativas, y mediante técnicas tradiciones de las antiguas comadronas, puesto que se sienten más satisfechas con la atención que ellas les brindan, en comparación con la que proporciona el personal de salud en las áreas hospitalarias. (8)

Con el programa de “Parteras y Sanadoras” que brinda el Centro de Salud de Biblián, se busca trabajar de manera conjunta, siempre con la guía de un médico en caso de que pueda existir una complicación en el parto.

La posición vertical permite un punto de apoyo, las piernas para pujar, hay menor dolor, el niño baja más rápido, sale por la gravedad y la columna vertebral se mueve y se amplía para dar paso al bebé. La partera detalló “Nuestro objetivo como parteras no es ayudarles a que den a luz en las casas, sino incentivarles para que se realicen controles médicos prenatales, chequeos todos los meses para medir el peso, el latido del bebé, y cuando estén en labor de parto acudan a un centro de salud para ayudarles. (9)

Las experiencias sobre percepciones que tienen las mujeres del parto intercultural, la atención recibida, la posición para parir y plantas medicinales utilizadas en el mismo, constituye un aporte al conocimiento de la sociedad. Sin embargo, no existen suficientes investigaciones al respecto en nuestro medio. Por lo que nos planteamos: ¿Cuáles son las experiencias en el parto intercultural de mujeres atendidas en Centro de Salud de Biblián, Cuenca 2017?



JUSTIFICACIÓN

El Ecuador es un país muy diverso, tanto en lengua como en cultura, en la actualidad se reconocen 14 nacionalidades y 21 pueblos. Nuestras madres indígenas con el objetivo de mantener sus costumbres, características, demandas y derechos, han optado por parir en manos de la comadrona o partera de su comunidad o pueblo, quien había hecho lo mismo con sus familiares anteriormente, mediante esto se ha provocado partos domiciliarios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce la importancia de la medicina tradicional utilizada en todo el mundo, especialmente en los países en desarrollo. En algunos países asiáticos y africanos, el 80% de la población depende de la medicina tradicional para recibir atención primaria de salud. En muchos otros países ya desarrollados, hasta un 80% de la población ha recurrido alguna vez a una u otra forma de medicina alternativa o complementaria. (10)

En el Ecuador con respecto a los Sistemas Tradicionales de Salud se reconoce y garantiza el derecho a mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; su ciencia, tecnología y saberes ancestrales, sus medicinas y prácticas tradicionales. Además el artículo 363 de la Constitución garantiza las prácticas de la medicina ancestral mediante el reconocimiento, respeto y promoción de sus conocimientos. (7)

Davidson, Robert, 2015 hace referencia a la opinión negativa que tienen algunas mujeres de los centros de salud, los cuales son entendidos por las mismas como de baja calidad y calidez. La revista cubana (Laza, 2015) publicó sobre la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional, este artículo recoge las opiniones de un gran número de mujeres que manifiestan su inconformidad con el trato recibido del médico irrespetuoso o



indigno, que vulnera su privacidad.

En Argentina, (Castrillo, 2015) refiriéndose a la elección del parto domiciliario plantea: es debido a que muchas mujeres han tenido malas experiencias en los partos institucionalizados o convencionales, por la violencia simbólica a la que fueron sometidas.

El Ministerio de Salud del Ecuador promociona el parto intercultural, humanizado, instalado en los centros de salud del país, la Sala de Parto Intercultural, espacio donde se practica un método que se realiza ancestralmente en las comunidades indígenas, con la participación del médico. Una de las prioridades de la salud es reducir el porcentaje de partos intradomiciliarios y evitar riesgos neonatales y maternos. (9)

El Centro de Salud de Biblián, en la provincia del Cañar, amplía la sala de maternidad para brindar atención de partos interculturales desde agosto de 2009. El semanario El Espectador, de Azogues, publica (Feb. 2017) *“Este tipo de parto de libre posición ya sea de pie, cuclillas, sentada, o rodillas, se ofrece en el Centro de Salud de Biblián, para ello se instalaron barras, asientos y colchonetas. La presencia de las mujeres parteras de las distintas comunidades durante la labor de parto vertical es considerada fundamental por los especialistas, ya que generalmente muchas de las pacientes vienen de sectores rurales y tienen una relación previa de confianza, es decir, les brinda mayor seguridad durante el alumbramiento. (10)*

El Área de Interculturalidad, Derechos y Participación Social de la Dirección de Salud del Cañar, desde el año 2010, tiene registrado 1.500 partos ocurridos en tres unidades de salud pública del Estado, en Biblián, Cañar y Suscal, donde se utilizaron normas y procedimientos de acuerdo a las necesidades culturales de la población.(11)

Esta experiencia contribuya al mejoramiento de la calidad de vida de la población y al ejercicio de los derechos de las mujeres embarazadas y recién



nacidos en el marco de la interculturalidad. Los logros alcanzados hasta el momento han sido posibles gracias al compromiso humano y profesional de nuestros funcionarios/as quienes merecen nuestro mayor reconocimiento y gratitud. (5)

Atendiendo a lo expuesto es importante, en este tiempo, conocer las experiencias de las mujeres que eligen el parto intercultural, en aras de enriquecer y perfeccionar esta política de salud que no es solo del Ecuador sino también de Argentina, Brasil, Bolivia, México, entre otros países.



2. MARCO TEÓRICO:

2.1.- RESEÑA HISTÓRICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL.

A través de los años los seres humanos han acudido a la medicina tradicional, a la naturaleza, para satisfacer sus necesidades básicas. Han empleado los recursos naturales para obtener, y más tarde producir alimentos, bebidas, ropa, calzado, tintes, medios de transportación, calefacción, fertilizantes, fragancias, cosméticos, saborizantes, y medicinas.(12)

La medicina tradicional es una parte de la cosmovisión indígena y representa el conocimiento milenario sobre la madre tierra y el uso de plantas medicinales que los pueblos autóctonos han resguardado como un importante activo de incalculable valor para el fortalecimiento y preservación de su identidad. En múltiples ocasiones la medicina tradicional indígena ha representado la única opción de prevención y curación de enfermedades para los habitantes de las comunidades originarias; esto debido principalmente a la exclusión y a la pobreza extrema en la que viven, así como por la carencia de servicios de salud que los gobiernos no han podido garantizar. La aplicación de la medicina tradicional en el momento del parto de las mujeres que así lo prefieran, es una realidad en nuestro Ecuador.

2.2. INTERCULTURALIDAD EN LA CONSTITUCIÓN ECUATORIANA

La **Constitución** de 2008, Art. 1, define al **Ecuador** como **intercultural**, plurinacional y laico. Incluir tal disposición en la Carta Magna fue un paso adelante en la historia constitucional del Ecuador. La interculturalidad apunta a los derechos colectivos que asisten a los pueblos originarios y más grupos étnicos que ancestral o recientemente habitan en calidad de minorías en un mismo territorio. La interculturalidad implica un deseo de mutuo enriquecimiento



con el intercambio de saberes y experiencias. La interculturalidad afirma un humanismo de reencuentro y convivencia pacífica, es fuente de la riqueza cultural de un país. (13)

Fundamenta la cosmovisión de los pueblos andinos la idea del Sumak Kawsay o Buen Vivir. Ni interculturalidad ni Sumak Kawsay serán realmente aplicables, si únicamente se proclaman como un eslogan publicitario. Según el Dr. José García Falconí, son Principios de interculturalidad: a) Todas las personas tienen el derecho de vivir según su propia cultura; b) Todas las personas tienen el derecho de practicar sus creencias religiosas; c) Todas las personas tienen derecho a defender sus opiniones. De ahí que las mujeres embarazadas en el Ecuador tengan el derecho de elegir cómo quiere parir. (13)

2.3. EL PARTO, SUS CONCEPCIONES Y EL PARTO INTERCULTURAL

“La mujer que va a ser madre no lo está haciendo sola. Tiene su compañero y a su familia”

Desde los albores de la humanidad el parto se ha realizado con distintas variantes. Existen ilustraciones que muestran el diseño de las sillas usadas para el parto en posición sentada, a lo largo de la Edad Antigua, Media y el Renacimiento. Una de las prácticas culturales en relación a la atención del parto es la posición que adopta la mujer en el momento de dar a luz. (14)

La historia del proceso del parto, que comienza con el inicio mismo de la humanidad, ilustra su recorrido con mujeres que durante siglos eligieron sentarse o ponerse en cuclillas, de rodillas, sentadas o semi sentadas para pujar, por lo que negarse a reconocer esta evidencia no forma parte de una reflexión real y, sobre todo, de la toma de decisiones al respecto, es decir del apoyo sobre esta postura fisiológica. (15)

Las entidades estatales e internacionales que trabajan en el tema de Salud materna y neonatal, han implementado estrategias orientadas a mejorar el



acceso y la cobertura del parto institucional, con especial énfasis en la calidad de los servicios públicos estatales, a fin de reducir las tasas de muerte materna y neonatal. Tal vez la iniciativa más importante en el Ecuador, en este sentido, fue la expedición en 1994, de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI), más tarde reformada. (1998)

En el parto institucional, en un medio hospitalario y con personal especializado, en la llamada posición dorsal de las mujeres, permite al médico controlar mejor el estado del feto, asegurando así un parto seguro, por lo que se ha dicho que se ha cambiado la tradicional forma de parir, dominada por la movilidad y verticalidad, a la pasividad y horizontalidad. (16)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1985, realizó un Encuentro en Brasil donde surgió la declaración “El nacimiento no es una enfermedad”, que inició el proceso de transformación del modelo de atención del parto, lo que actualmente se conoce como parto humanizado.

El parto intercultural tiene como propósito humanizar el parto, situando a la mujer como protagonista de este proceso. Se trata del “parto en libre posición con pertinencia intercultural”, se conoce como parto respetado, una técnica que promueve el Ministerio de Salud Pública en diversas comunidades. (3)

Las formas culturales más importantes de este tipo de parto consisten en: La posición vertical o libre posición, asistencia del esposo o acompañamiento de otro familiar mujer, la partera junto al médico o personal especializado, Ambiente cálido, Uso de hierbas (albahaca, piri-piri, hierba luisa) para regular las contracciones, para relajamiento, Baño caliente y caldo de gallina criolla después del parto para relajamiento y fortalecimiento, Entrega de la placenta, El corte del cordón (13)

Desde hace más de una década, la OMS viene difundiendo y propugnando el parto vertical. La postura vertical durante el parto no brinda mejores resultados



perinatales ni disminuye las complicaciones obstétricas. Acorta el segundo periodo de trabajo de parto, pero es factor de riesgo de desgarros vaginales. La mejor postura durante el parto es con la que la paciente se siente cómoda. (17) María Vicuña, oriunda de la comunidad de Llavashí, es una de las mujeres que ha mantenido contacto con médicos especialistas para realizar partos interculturales, y brindar ayuda a las mujeres embarazadas. Explica que desde los 18 años aprendió todas estas habilidades de su suegra, como identificar mal aire, sobre parto, espanto, infecciones y mal de ojo, mediante la orina de las personas. Con el tiempo, sus vecinos, moradores incluso de comunidades alejadas, acuden donde María para que les ayude en sus dolencias, pues con sus agüitas medicinales calma cualquier dolor. (12)

Actualmente en la provincia del Cañar están registradas 200 parteras, de las cuales 50 permanecen activas, las demás son de la tercera edad y ya no atienden a domicilio. Con las parteras activas se desarrolla talleres de capacitación e intercambio de conocimientos. (DCC)(13).

El Centro de Salud de Biblián brinda servicios de atención las 24 horas y amplía la sala de maternidad para la atención del parto intercultural, desde agosto del 2009.

2.4. Factores que influyen en la elección de la mujer y su familia por el parto intercultural

“No hay grupo humano que carezca de cultura; así como tampoco hay culturas superiores e inferiores, simplemente hay culturas diferentes”

De acuerdo a la cultura será la concepción y práctica durante el embarazo, parto, postparto, planificación familiar y la decisión que se tome respecto a la elección de dónde y cómo va a parir la embarazada.

Existen factores personales e institucionales que incrementan la preferencia por



el parto domiciliario, que a su vez, son barreras para la atención del parto institucional o intercultural: Entre ellos se encuentran:

- Factores personales como: la corta edad, el bajo nivel educativo, la condición de «no unida», el embarazo no deseado, el antecedente de parto domiciliario y la procedencia rural, donde el parto domiciliario sigue siendo la práctica más frecuente. (18)
- Factores institucionales, como: la poca accesibilidad (distancia y costos), la atención del parto por personal masculino, la falta de continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención del parto, la percepción del profesional joven como practicante considerado como inexperto; el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, la percepción del tacto vaginal como señal de violencia, el temor a la episiotomía, el rechazo al lavado y rasurado perineal, el rechazo a la posición ginecológica, la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante el parto (19)
- Factores interculturales: No se cree en la interculturalidad que se ha establecido en el país. El desconocimiento de las condiciones que ofrece el parto intercultural para todos incluyendo el bebé, la falta de experiencia de mujeres de la comunidad sobre este tipo de parto. La falta de sensibilidad de la embarazada, tarea que deben realizar los que laboran en los centros de salud con salas para este tipo de parto. (19)
- Analicemos algunas de las barreras que existen para la elección de un parto intercultural.



2.4.1. El trato interpersonal hacia la embarazada y sus familiares en el parto institucional

Si logramos una adecuada atención del parto intercultural, se pueden superar algunas de las barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y sus familias a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y parto de forma intercultural. Ejemplo de barreras:

- a) El trato interpersonal hacia la usuaria y sus familiares. Se refiere a la forma cómo el personal de salud se relaciona con la paciente y sus familiares. En el sistema biomédico, en el trato del personal de salud hacia el paciente, existe abuso de poder, se ejerce autoridad en base al cargo desempeñado, las mujeres pobres, campesinas, indígenas y afro descendientes constantemente han sido objeto de maltrato, discriminación y prejuicio. Numerosos datos cuantitativos y cualitativos han reflejado claramente que el maltrato que reciben los pacientes, especialmente los indígenas en los centros de salud pública persiste, ocasionando que las mujeres embarazadas no regresen más a dichos centros para la atención del parto. (20)

En el parto intercultural con la presencia del esposo o familiar, la partera, y respecto a los derechos de la mujer, se debe romper la barrera antes mencionada. El trato interpersonal que brindan los proveedores de salud debe ser cordial y profundamente respetuoso con la realidad social y cultural de las pacientes y sus familiares. (21)

2.4.5. Diferencias entre la posición vertical y horizontal en el parto

En diferentes culturas las mujeres han preferido y algunas aún prefieren dar a luz colocando sus cuerpos en posición vertical, sentadas o en cuclillas, convencidas y sosteniendo que de esta forma se evitan estar recostadas sobre su dorso, lo cual resulta evidente.



En contraparte, la posición ginecológica presenta algunos factores negativos para la parturienta. Esta posición resulta desaconsejable, pues convierte al nacimiento del nuevo ser en un evento innecesariamente complicado y dificultoso, transformando el proceso natural en un caso médico, y a las parturientas simplemente en el cuerpo o mesa que inobjetablemente requiere ayuda. En la mayoría de las civilizaciones, el parto históricamente se ha realizado con la mujer en posición vertical. (22)

A partir del siglo XVI se adoptó la posición acostada sobre la espalda. Las mujeres comenzaron a dar a luz en una posición anti-fisiológica, lo que implicaba el uso de la tecnología necesaria para esta posición. Después de la medicalización del parto, la posición ginecológica durante el período expulsivo comenzó a ser considerada como la más adecuada. Como en otras intervenciones obstétricas, esta posición fue adoptada de manera indiscriminada, sin evaluar adecuadamente su eficacia y seguridad.

Son múltiples los factores que influyen en la posición asumida por las mujeres durante el parto. Comportamiento “instintivo”, es difícil de identificar, porque el comportamiento está fuertemente influenciado por normas culturales. En la mayoría de los partos que se producen dentro de un centro médico, las normas culturales se han refrenado por las expectativas y demandas de los asistentes médicos, así como las restricciones impuestas por los procedimientos médicos, como la monitorización fetal, terapia intravenosa, analgesia, incluyendo analgesia regional, exámenes médicos y procedimientos médicos. Durante el nacimiento espontáneo se ha restringido las opciones para posiciones asumidas por las mujeres. (22)

2.5. Implementación del parto intercultural

En diferentes estudios realizados en entrevistas a embarazadas de algunas



comunidades, sobre todo indígenas, ellas han expuesto, entre otras, las siguientes causas para elegir el parto en sus hogares:

- “Siempre lo hemos hecho en la casa” (costumbre).
- “Es que el doctor es hombre y no me da confianza”
- “Siempre me ha atendido mi marido”
- “No hay transporte”
- “No hay plata”
- “La partera me atiende mejor, con más paciencia”
- “Más confianza en mis familiares y partera”
- “En la casa se puede practicar costumbres, tradiciones”
- “En el Subcentro hacen cosas que no me gustan”:
- “En casa no cuesta nada, es más barato” (23)

Atendiendo a estas necesidades y otras razones ya mencionadas, se ha instaurado el parto Intercultural. Eso conlleva a transformaciones desde la sensibilización para modificar la manera de pensar y actuar por personal de salud y pacientes, hasta los problemas materiales a enfrentar.

La organización para la atención del parto vertical con adecuación intercultural entiende el conjunto de conocimientos, métodos y acciones que permiten adecuar el servicio existente, para la oferta de servicios maternos que cubra las necesidades de atención del parto de las mujeres del Ecuador. Tiene por consiguiente que adecuarse los establecimientos de salud y desarrollar procesos organizacionales que son indispensables para brindar una atención de calidad en la atención del parto vertical e intercultural. (24)

Entre las modificaciones de tipo material que se tienen que realizar está la Sala de Parto, es precisamente el lugar donde deben crearse las condiciones para realizar el trabajo de parto. Serán creadas en los centros de salud donde actualmente se atiende embarazadas en hospitales o clínicas. Desde el comienzo del parto las gestantes van a permanecer en esas instalaciones por lo



que deben cumplir ciertos requisitos.

Estas instalaciones deben estar provistas de un confort adecuado, con camas y aditamentos especiales que faciliten la colocación de las mujeres en posiciones que ellas elijan. En función de desarrollar el parto intercultural de acuerdo a las condiciones y sus costumbres. Deben tener barras de metal donde se puedan sujetar, dispondrán de aire acondicionado, o calefacción de acuerdo al clima en el que se encuentren. Contarán con un quirófano para cesáreas en caso necesario. (25, 26)

Para el Ministerio de Salud del Ecuador, una de las prioridades es reducir el porcentaje de partos intradomiciliarios con el consiguiente riesgo neonatal y materno. (Argoti, 2014, párr. 5). (25)

Como ejemplo se puede señalar la Sala de Parto equipada en el Hospital Básico de Sucúa, donde en su remodelación ha tenido en cuenta las creencias culturales de las pacientes. Cuando ingresa se le consulta sobre la posición en la que quiere dar a luz, e incluso tiene la opción de utilizar medicina ancestral, siempre que no se la considere riesgosa para su salud o la del bebé. (Sanitaria, 2015)

Para el trabajo de parto esta sala del Hospital de Sucúa está equipada con última tecnología, cuenta con: Instalación de dos pilares de madera para que la embarazada se sostenga de una sábana mientras está en forma vertical durante el parto. La gestante podrá ser acompañada y ayudada por un familiar y la partera, si ella así lo determina. Posee aire acondicionado, el Quirófano para cesárea u otra complicación, áreas especializadas para anestesia y recuperación. Los trabajadores de salud intervendrán con asistencia médica solo en orientaciones y ayudas necesarias en caso de complicaciones, manteniendo el respeto hacia sus pacientes y sus preferencias. (27)



Otro de los retos de la implantación de un parto intercultural es el relativo al personal de salud que labora en estas salas. El personal de salud debe tener una muy buena preparación, no solo en contenidos de la medicina sino también técnica. Estos profesionales tienen que ser ejemplo en el cumplimiento de normas educativas y con fuerte liderazgo. Ostentar, además, habilidades comunicativas que les permita instaurar desde el comienzo con las parturientas y familiares, una relación empática, que propicie un adecuado clima de confianza y seguridad. (26)

Con respecto a la cantidad de recursos humanos necesarios para la atención del Parto Intercultural, dependerá de las condiciones del centro de salud en cuestión. Generalmente se necesita:

- Obstetra o Médico General con preparación y práctica para la atención obstétrica.
- Médico Pediatra o Médico General preparado para la atención neonatal.
- Enfermera con experiencia en atención neonatal.
- Partera preferentemente capacitada.
- Promotora de salud con debida capacidad para atención obstétrica y neonatal.

El acondicionamiento del área permitirá tener un ambiente físico agradable, una luz tenue y temperatura aproximadamente de 24°C. En ventanas y paredes se deben colocar cortinas de colores y color madera, respectivamente. Todo lo anterior contribuye a reducir el porcentaje de partos intradomiciliarios y evitar riesgos neonatales y maternos, prioridad del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (Argoti, 2014) (25, 26)



2.6. La partera y su capacitación

La palabra "comadrona" proviene del latín *commater*, compuesto por *cum*, que significa "conjuntamente", y *mater*, que significa "madre". Es decir se entiende como la persona que junto con su mamá traen al niño al mundo. Las comadronas han auxiliado a las mujeres en la fundamental tarea de dar a luz desde siempre, desde el principio de la historia de la humanidad, siendo mujeres sabias, preparadas para el arte de traer la vida, asistiendo durante todo el periodo de embarazo, parto y postparto, a todas las gestantes de su comunidad, proporciona cuidados y brinda confianza, en el parto intercultural se conciben como personas importantes que apoyan la calidad de los servicios de Salud. Se han documentado relatos referidos a la presencia y tarea de las comadronas en los antiguos escritos hindúes, en manuscritos de Grecia y Roma clásicas aún en la misma Biblia (28).

A nivel nacional en las diferentes aéreas médicas, no existe una aceptación total al parto culturalmente adecuado. Para el cumplimiento de las funciones de la comadrona como personal insustituible en el parto intercultural humanizado, cuando es seleccionada por la futura madre para participar en su parto, es necesario brindar una capacitación a la misma. Esta capacitación le permitirá adaptarse a las nuevas condiciones del área, brindar a los médicos y personal de salud sus experiencias. Formando un equipo que redunde en la calidad de los servicios de salud y en la disminución de muerte materna y neonatal. (28)

En la conferencia de la OPS, en el año 2002, se acoge la necesidad de continuar capacitando a las parteras tradicionales. Las críticas se dirigen a las fallas en la instrumentación y ejecución de los cursos de capacitación, que no tienen que ver con la capacidad de la comadrona, la cual se ha demostrado en muchos estudios que es buena, sino con su articulación con el sistema. Debe recalcarse que el adiestramiento de parteras tradicionales tiene que formar parte de una infraestructura integral, que incluya un sistema de referencia de



pacientes, de supervisión y de evaluación. (29)

2.7. Algunos Resultados en la aplicación del Parto Intercultural

Por ejemplo en Guatemala, a partir de la propuesta del Estado de reducir la mortalidad infantil y neonatal cumpliendo un programa que fue patrocinado por el Ministerio de Salud y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), se trazaron como fines: Capacitación de las parteras tradicionales, tratarlas dignamente, como se merecen, y también a los pacientes en hospital y centros de salud, estableciendo un vínculo estrecho y adecuado en función del trabajo y [...] Los resultados son notables, positivamente y al cabo de 10 años de instaurado, podemos señalar que el modelo sigue dando buenos resultados, beneficiando a más de dos millones de personas a las que a menudo es difícil atender. (OPS) (29)

3. OBJETIVO GENERAL

Describir experiencias en el parto intercultural, de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Biblián, Biblián 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las experiencias que tuvieron las mujeres en el parto intercultural.
- Detallar las diferentes técnicas utilizadas en el parto intercultural, según experiencia de las entrevistadas.
- Consignar el tipo de plantas medicinales utilizadas en el parto intercultural, según experiencia de las entrevistadas.
- Señalar la atención que recibieron las mujeres en el parto intercultural.



4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

En el siguiente estudio se utilizó la investigación cualitativo-narrativa, con la modalidad etnográfica.

4.2 Área de estudio

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud de Biblián, ubicado en el Barrio Turpug, en la parte Noroccidente de la ciudad, provincia del Cañar.

4.3. La muestra

El universo estuvo constituido por 10 mujeres que fueron captadas y atendidas en el mencionado Centro de Salud, en algún momento de su embarazo, pero decidieron por un parto intercultural; de ellas, 10 formaron la muestra de esta investigación cuyo parto intercultural se vivenció hasta marzo 2017, de diferentes edades, nivel socioeconómico y profesión, que aún residen en el cantón Biblián y dieron su consentimiento para participar en la investigación.

4.4 Criterios de inclusión

Serán incluidas en la investigación las mujeres que cumplan con los siguientes requisitos:

Mujeres captadas y atendidas en el Centro de Salud de Biblián. De diferentes edades, nivel socioeconómico y profesión, que decidieron por parto intercultural, cuyo parto se vivenció de enero a marzo 2017, que se encuentran residiendo en el cantón Biblián y que firmen el consentimiento informado.



4.5 Criterios de exclusión

Fueron excluidas de este estudio las mujeres que nunca asistieron al Centro de Salud de Biblián durante el embarazo, o que se atendieron en este centro, pero decidieron por parto convencional o cuyo parto intercultural no se produzca en el período de enero a marzo de 2017. También se excluyeron de la investigación aquellas mujeres que ya no residen en el cantón Biblián, o las que no dieron su consentimiento para participar en la investigación de forma voluntaria.

4.6. OPERACIONALIZACIÓN DE CATEGORÍAS

CATEGORÍAS	DEFINICIÓN	PREGUNTAS
HÁBITOS Formas de proceder parecidas ante cualquier situación, adquiridas en el ciclo vital, relacionados con el parto.	Parto Proceso natural en el que se presenta el desenlace del embarazo, con la presencia de contracciones, pujos y el nacimiento del nuevo ser.	<ul style="list-style-type: none">• ¿Conoce usted cómo se desarrolla el proceso del parto?• Cuando su hijo está por nacer ¿en dónde suele usted estar?• ¿Qué síntomas tuvo cuando el bebé estaba por nacer?• ¿A quién le hizo saber primero que tenía dolores de parto?• Usted qué prefería, ¿Dar a luz en su hogar o en una casa de salud?• Según sus experiencias ¿cómo percibe el parto?
CREENCIAS Convicción y certeza acendradas sobre el parto.	Parto La mujer debe estar en posición cuclillas,	<ul style="list-style-type: none">• ¿Cree que es mejor colocarse en cuclillas, semi sentada o en posición vertical para dar a luz?• ¿Ha preferido usted la compañía de su esposo o un familiar al momento del parto,



	<p>vertical, o semi sentada, ya que facilita el descenso del bebé, siendo estas las posiciones más naturales para un buen parto, en compañía de la comadrona.</p>	<p>junto con la comadrona?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Quién le ha acompañado a Ud. durante el nacimiento de su hijo? • ¿Ha tomado usted algún líquido momentos antes de dar a luz? Si responde sí, ¿qué líquido era y para que servía?
<p>COSTUMBRES</p> <p>Actividades atávicas que continúan practicándose a través del tiempo en cuanto al parto.</p>	<p>Parto</p> <p>Proceso natural que empieza con las contracciones, luego el nacimiento del bebé y concluye con la expulsión de la placenta. La comadrona prepara el lugar para recibir a la madre gestante, y los</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se preparaba usted para el parto? • ¿Sabía usted algo de las complicaciones que podía tener al momento de dar a luz? • ¿Cree usted que es importante que los instrumentos a utilizarse estén limpios? • ¿Cuál era su alimentación en los días próximos al parto? • ¿Qué tipo de plantas medicinales se utilizaron durante su parto y para qué?



	<p>instrumentos y materiales a utilizar, cuidando que estos se encuentren limpios para el bienestar de la madre y del niño.</p>	
<p>EXPERIENCIA S Aplicación de variados conocimientos acumulados acerca del parto.</p>	<p>Parto Proceso natural de la multiplicación de la especie humana.</p>	<ul style="list-style-type: none">• ¿Tuvo alguna mala experiencia en alguno de los partos que ha tenido?• ¿Cree usted que la intervención de la comadrona, junto al médico era indispensable?• ¿Tuvo usted miedo de que pase algo raro durante el parto, según experiencias ajenas?• ¿Qué técnicas utilizaron durante su parto y en qué momento?• Según su experiencia, ¿cree usted que es mejor dar a luz con una comadrona en casa?
<p>PRÁCTICA Utilización de estrategias pertinentes al parto.</p>	<p>Parto Mecanismo que se aplica para concretar el advenimiento de un nuevo ser vivo.</p>	<ul style="list-style-type: none">• ¿Qué actividades acostumbraba hacer antes y durante el parto?• ¿Qué posición prefirió para facilitar el dar a luz?• ¿Acostumbraba seguir consejos recibidos de otras madres?• ¿Considera usted que las prácticas realizadas y la atención recibida durante el parto le ayudaron?



		<ul style="list-style-type: none">• ¿Podría contarme cómo fue la atención que recibió en su parto con respecto al apoyo emocional?• ¿Daría a luz en un hospital si saliera embarazada nuevamente?, ¿Por qué?
--	--	---

4.7 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE ESTUDIO

Para este estudio se utilizó los métodos con un enfoque etnográfico, donde se manejaron estrategia y técnica de entrevista semi – estructurada, lo que permitió acercarnos de forma más efectiva al problema planteado desde la propia experiencia de las protagonistas, teniendo como foco sus vivencias. Para recoger y registrar los datos nos servimos de grabaciones y videos a partir de la guía de preguntas. Para la recolección de los datos se utilizó un formulario de registro, en función de la operacionalización de categorías. (Anexo 3)

La obtención de la información fue amplia, recopilando todo. Progresivamente se fue focalizando hacia una información mucho más específica. Durante esta etapa se precisó asegurar el rigor de la investigación. Para ello se tuvo en cuenta los criterios de suficiencia y adecuación de los datos. Estas tareas fueron: a) reducción de datos b) Disposición y transformación de datos y c) obtención de resultados y verificación de conclusiones.

4.8 PROCEDIMIENTO

La captación de las mujeres que formaron parte de la muestra se realizó por medio del Centro de Salud de Biblián, a partir de los criterios de inclusión definidos. Después de obtener la aprobación de la realización de este estudio visitamos el mencionado Centro de Salud, para alcanzar la ayuda necesaria y acceder a las mujeres que conformaron la muestra de nuestra investigación. Durante un período de tiempo nos dirigimos a la comunidad misma de esta



ciudad, para obtener la información de las personas que formaron la muestra de investigación. Se dio a conocer el objetivo de la investigación, les entregamos el consentimiento informado, indicamos la importancia y los métodos que se emplearán durante la investigación, Se establecieron citas, luego se llevó a efecto la entrevista semi-estructurada a cada una de ellas, y utilizamos equipos para recolección de información, como: radio grabadora, cámara fotográfica y formulario que nos sirvieron para transcribir tal y como fueron relatados las entrevistas.

4.8.1 AUTORIZACIÓN

Se solicitó el permiso a las autoridades del Centro de Salud, previo a la investigación, y lo mismo de las madres participantes, con el uso del consentimiento informado. Así como a las autoridades de la universidad

4.8.2 SUPERVISIÓN

Nuestra investigación ha sido dirigida por la Directora de Tesis, Licenciada Susana Rivera y supervisada directamente por nuestra Asesora, Magíster Ruth Altamirano.

4.8.3 CAPACITACIÓN

Se realizó la revisión bibliográfica del tema artículos, estudios realizados, etc. Además de la metodología para una investigación de corte cualitativa, contamos con las consultas a nuestra Directora y Asesora de tesis.

4.8.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Con el fin de analizar la información obtenida de nuestra población de estudio y dado que las categorías observadas son de tipo cualitativo, se hizo un análisis de tipo descriptivo-narrativo. A partir de ordenar y seleccionar los datos, de buscar y clasificar los tipos, de ponerlo en secuencia y de procesarlos para encontrar patrones en el conjunto. Se describió toda la información obtenida por las mujeres entrevistadas, conforme fue relatado. Haciendo que las cosas complicadas se comprendan, mostrando cómo encajan sus componentes en



ciertas reglas, siendo esto lo que confirma la teoría.

Posteriormente se buscó patrones culturales, relaciones significativas, en un intento de encontrar algunos conceptos o ideas que nos ayuden a explicar la existencia y dar sentido a lo que tiene lugar según los datos obtenidos, llegando a conclusiones pertinentes.

4.9. ASPECTOS ÉTICOS

La información de la presente investigación tiene únicamente motivos académicos utilizados para los objetivos propuestos, por lo cual, los datos sobre identidad no serán divulgados ni revelados, guardando el anonimato. Se elaboró consentimientos informados en los cuales se explicó el objetivo general y la finalidad de la investigación, para que participen conscientemente, garantizando la seguridad y la confidencialidad del entrevistado, este estudio no causará daño o perjuicios a las personas investigadas.

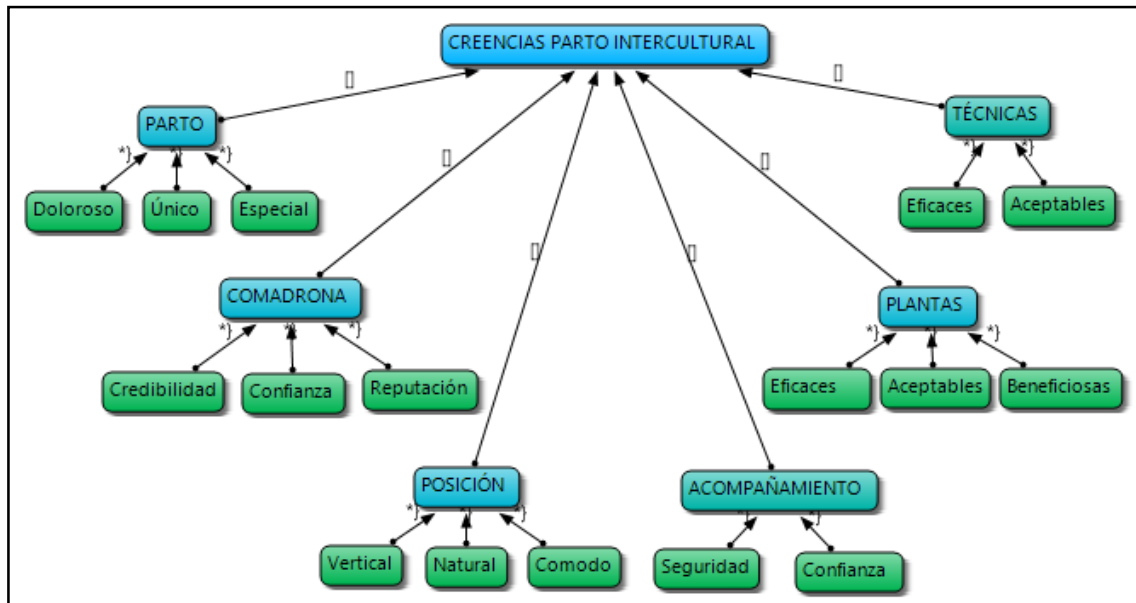
5. RESULTADOS

Hábitos, creencias, conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el parto en las mujeres de la comunidad de Biblián que participaron en la presente investigación, evidencia la reproducción social y cultural de la Comunidad que permite recuperar la sabiduría ancestral e invita a conocerla, entenderla y valorarla

5.1. Creencias

“es una experiencia única, dolorosa pero única, algo maravilloso y doloroso, muy doloroso a la vez” M9

RED SEMÁNTICA 1



Fuente: Entrevistas proyecto

Elaboración: Las autoras

La percepción que las informantes tienen de manera general sobre el parto expresa un alto nivel de dolor y molestia, (muy doloroso, feo, terrible, doloroso, traumático); algunas en medio de la cualificación negativa del parto, expresan sentimientos contrarios (experiencia única, maravilloso, bonito) “es una experiencia única, dolorosa pero única, algo maravilloso y doloroso, muy doloroso a la vez” M9 “es algo bonito” M10 Una de las mujeres participantes destaca en su discurso la importancia del parto distinguiéndolo como un evento especial que repercute en la humanidad “es algo especial porque se trae un ser humano a este mundo un pedacito de nosotros pero igual muy doloroso”M2. El evento del parto, como un acontecimiento vital en la vida de la humanidad convoca a las relaciones, esto se refleja en esta comunidad, ya que ninguna de las participantes en la investigación indicó haber estado sola en el proceso, mencionaron que se encontraban en sus casas o en las casas de los familiares cercanos en compañía de un familiar, “en ese entonces yo vivía con ella (mamá)” M1, “en la casa acompañada de mi familia”; sin embargo, se refleja en los discursos una preferencia de acompañamiento en el momento previo y



durante el parto, esta es la compañía de la mamá, lo que da cuenta de una cultura matriarcal típica. *“Por lo general la mamá es a la primera que se le avisa” M6 “a mi mami le llamé por teléfono y ya luego a mi esposo y mi suegra” M9.*

Las creencias particulares de la comunidad estudiada respecto al evento del parto tanto antes, durante y después, son evidenciadas en los discursos. En primer lugar, se manifiesta la creencia en que la intervención de la comadrona durante el parto es muy importante pues su experiencia le permite actuar bajo las diferentes circunstancias que se presentan. Tal es la creencia en la comadrona que en cierto sentido las parturientas se someten a las indicaciones, recomendaciones o directrices que las comadronas le hacen *“ella me ayudaba como quien me acomodaba al bebé y me daba indicaciones de que no grite, que cierre la boca, que haga fuerza, que puje hacia abajo, eso me decía” M5.*

Algunas mujeres mencionan que las comadronas poseen conocimientos o habilidades que le dota de credibilidad o confianza, incluso de cierta reputación en el espacio de atención, lo que incide en la fama y las oportunidades de ejercicio de la partería *“ellas saben lo que hacen en momentos así” M2 “claro que era indispensable la comadrona (...) era la más conveniente, ella sabía que hacer” M6 “esa que era partera, andaba al que menos haciendo dar a luz, nombrada diremos” M7.*

En segundo lugar, se evidencia que las mujeres creen en la eficacia de sus técnicas pues de acuerdo a las entrevistas aceptan las prácticas utilizadas, permitiendo incluso la invasión sobre sus cuerpos con la manipulación, el ejercicio de la fuerza sobre su vientre, que les bañen y que les den a beber las agüitas *“me daba agüitas, me flotaba algunas pomadas” M3 “me acomodaba al bebé” M5 “hacían acostar en una cobija y uno de un lado y otro de otro lado hacían hacer rodar, diremos así decían: la manteada, es porque de repente el bebé esta cruzado, entonces ahí, en lo que mueven se pone en la posición” M7.*

En tercer lugar, relacionado con las plantas medicinales, se evidencia la creencia en su eficacia, ya que aceptan la ingesta de las infusiones que se preparan, esperando recibir sus beneficios, *“antes de dar a luz me sabían dar*



agua de albaca, agua de canela - ¿Y eso para que era? -para el frio decían haciendo gloriados” M4 “suelen dar las comadronas las agüitas de higo las aletíes, eso - ¿Y eso para que servía? - dice que ayuda a dilatar para poder dar a luz” M6 “manzanilla y el anís supongo para hidratarme y tener fuerza” M9 El hecho de que mencionen las palabras “decían” “dice” implica que la información y el conocimiento de qué plantas, como se preparan, las mezclas, fue socializada y la palabra “supongo” mencionada por una de las informantes implica limitación en el conocimiento.

La ingesta de preparados con plantas medicinales por parte de las mujeres demuestra el convencimiento en los efectos que afirman producirse, efectos que tienen que ver con disminuir el dolor, acelerar o mejorar la labor de parto *“para el dolor, para el frio que tiene la barriga” M1 “amortigua el dolor y da más fuerza para el pujo” M2 “para que vengan más pronto los dolores y también para que se dilate más pronto y para no tener un parto muy largo y doloroso” M5.*

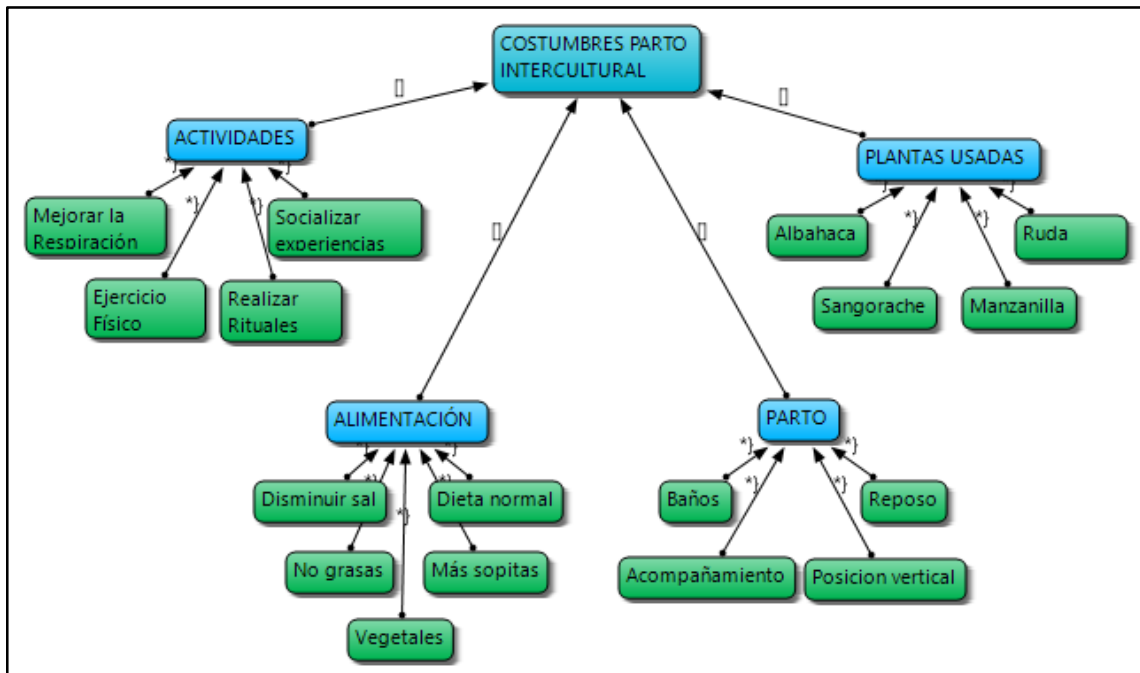
En cuarto lugar, respecto a las posiciones de parto, en las mujeres se muestra la creencia en su funcionamiento, ya que en sus percepciones la posición tradicional vertical sigue una lógica natural por la gravedad y les permite sentirse más cómodas *“Semisentada creo que es mejor porque uno se acomoda mejor para dar a luz al momento del pujo para que salga la guagua” M2 “para mí en posición vertical, porque como viene desde arriba tiene que buscar el descenso” M5.*

Finalmente, en relación a las creencias de las mujeres, se manifiesta que en ellas es muy importante el acompañamiento de los familiares durante el parto, por el sentimiento de seguridad y confianza que representa *“la compañía de ellos, me brindaron confianza y seguridad” M2 “me ayudaron sobretodo la compañía, yo ya me sentía un poco más segura porque cada vez me decían esto haga, esto otro también seguía los consejos” M5.*

5.2. Costumbres

“Antes del parto me hicieron bañar con agüita de pétalos de rosa y otras hierbitas, también luego del parto me hicieron bañar con lo mismo” M2

RED SEMÁNTICA 2



Fuente: Entrevistas proyecto

Elaboración: Las autoras

Las costumbres reflejadas en los diálogos con las mujeres que han tenido un parto intercultural se manifiestan en las etapas embarazo, parto y puerperio. Durante el embarazo, especialmente en la fase final, las mujeres declaran haber desarrollado ciertas actividades y abandonado otras, por ejemplo incrementar el ejercicio físico, abstenerse de sal, mejorar la respiración *“solo caminar y comer poca sal” M2 “si me cuidaba un poquito de comer las cosas con mucha sal” M2 “solo caminar como le decía antes y la respiración” M8* añadir la ingesta de algunas agüitas *“andaba, me daban aguas” M3 “los últimos días ya tomaba más agüitas de montes” M2* participar en rituales de baños con plantas medicinales *“antes del parto me hicieron bañar con agüita de pétalos de rosa y otras hierbitas, también luego del parto me hicieron bañar con lo mismo”*



M2 compartir experiencias, recibir consejos o recomendaciones familiares y de las comadronas *“bueno mamá a mí me conversaba algunas cosas y también cuando conversábamos con la comadrona me decían la manera de respirar que no grite, cierre la boca, que respire, que puje, eso me decían”* M5

Llama la atención que cuando se indagó sobre la alimentación previa al parto, la mayoría de las informantes, a excepción de disminuir la sal, afirman haber mantenido la misma dieta *“Todo tipo de comida”* M1, *“yo solía comer normal no tenía comida preferida”* M6 *“como siempre, no alteraba ninguna comida, nada, lo que haya”* M7 tres participantes afirmaron haber cambiado la dieta, optando por algo más sano, disminuyendo las porciones y por algo natural que tenía a su disposición *“era muy sana: vegetales, no muchas grasas. Sí me cuidaba”* M9, *“ya no comía así mucho, lo que más, tomaba líquidos”* M5, *“Yo sabía comer así, más sopitas, mote, frejol, verduras que sabía tener en mi huerta”* M10.

Las costumbres mencionadas durante el parto incluyen la elección de la posición, el acompañamiento que se desarrollará posteriormente al hablar de las prácticas comunes que atañen al parto. En lo que respecta al puerperio, se ha mencionado principalmente los baños *“también luego del parto me hicieron bañar con lo mismo (agüita de pétalos de rosa y otras hierbitas)”* M2 y el reposo *“después del parto sentirme relajada en reposo”* M6.

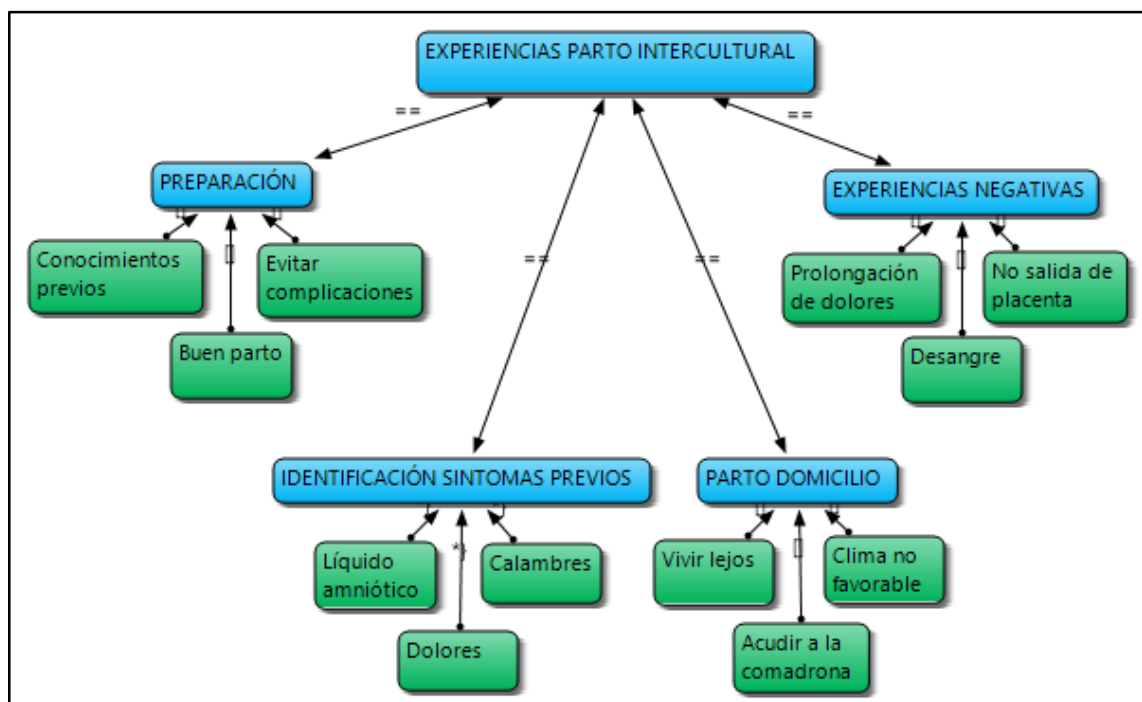
Como costumbre de las informantes se encuentra el uso de las plantas medicinales tanto para la ingesta, los baños o ungüentos, se mencionan una heterogeneidad de especies, usos y propósitos que da cuenta de que el conocimiento no es común. Las plantas más mencionadas por cada madre con la forma de uso y el propósito en forma parafraseada fueron: albahaca en infusión para el dolor, para el frío que tiene la barriga, manzanilla, mortiño y llantén (M1), agua de ruda con trago para amortiguar el dolor y tener más fuerza para el pujo (M2), las flores de la rosa junto con otras hierbitas para realizar los baños (M2), el agua de albahaca para que vengán los dolores, montes frescos, de albahaca y de canela para el frío (M3), albahaca, higo, mortiño para aguas frescas (M4), higo y paja de cerro con un poquito de agua ardiente para que vengán pronto los dolores, se dilate y que no sea un largo parto (M5), agua de

higo y alelíes para la dilatación (M5), montes del campo como la manzanilla para la infección, sangorache y alelíes (M6), las agüitas del campo para que tengan fuerzas (M7), el agua de albahaca con trago para apurar los dolores (M7), sangorache y alelíes para que baje toda la sangre (M7) manzanilla con sangorache y la hoja de higo para los dolores y las infecciones (M8), manzanilla y anís para tomar fuerzas y para la hidratación (M9), hojas de laurel molidas con aceite de oliva como unguento en la barriga para acelerar el parto (M10).

5.3. Experiencias

“porque estaba muy lejos del hospital, vivía lejos del hospital por eso se da a luz en una casa” M1

RED SEMÁNTICA 3



Fuente: Entrevistas proyecto
Elaboración: Las autoras

Los discursos de las mujeres informantes evidencian la importancia del hecho y el deseo de prepararse para tener un buen parto y así evitar posibles complicaciones. En sus conocimientos las complicaciones no estaban lejos, todas han escuchado sobre las posibilidades de infecciones, desangre, en la



madre, de un nacimiento prematuro, mala posición del feto, incluso la muerte tanto de la madre como del recién nacido *“si se ha escuchado que puede morir el bebé, puede morir la mamá; mucho de eso se ha escuchado que la mamá en muchos casos desangrando se muere o el hijito se enreda en el cordón umbilical”* M6 en este sentido también casi todas las informantes contaron la experiencia de una vecina que no sobrevivió al parto, lo que creó mayor conciencia y el sentimiento de temor de las complicaciones que pueden sobrevenir en el parto *“habían ratos que tenía miedo”* M9 *“tenía miedo porque una vecina mía se murió de tanta sangre que boto”* M10.

Las experiencias vividas del grupo han hecho que las mujeres informantes tengan la facilidad de distinguir los síntomas previos al parto, señalan que el parto es la culminación de los nueve meses, que inicia cuando se presentan los dolores (vientre, cintura, cadera) que van en aumento y se producen las contracciones *“dolores de la barriga, de la cadera”* M3, *“empieza con contracciones que al comienzo son pocas y luego aumentan hasta que el bebé sale y dura algunas horas”* M10 En cuanto a las señales corporales que en su percepción anuncian la venida de los bebés, las mujeres indican principalmente el derrame del líquido amniótico, los dolores y endurecimiento del vientre *“mi pancita se puso dura me bajo un líquido como agua”* M2 *“me cogió de una los dolores con calambres muy fuertes en las piernas y la barriga se me ponía dura y no podía caminar e intente bañarme pero los dolores eran muy seguidos”* M8 algunas mujeres manifiestan señales particulares como cambio de color en la piel o calambres *“me hago roja”* M5, *“le sube el color a la cara”* M6, *“calambres muy fuertes en las piernas”* M8.

La atención en el domicilio y la intervención de la comadrona, significan para las madres accesibilidad considerando las condiciones en las que viven ya que mencionan que los hospitales y centros de atención en salud se encuentran muy lejos *“porque estaba muy lejos del hospital, vivía lejos del hospital por eso se da a luz en una casa”* M1 *“yo vivía en el campo y se hacía muy lejos para llegar al hospital”* M2 *“estuvo lloviendo y vivo lejos, no podíamos bajar y mi mamá llamó a la comadrona que estuvo más cerca”* M6.



Cuando se indagó si creían que la intervención de la comadrona era indispensable, la mayoría respondió afirmativamente, tal como se evidenció en las creencias, sin embargo, una de las mujeres, luego de narrar una experiencia negativa, afirmó que en la actualidad ya no se encuentran buenas comadronas como era antes *“no ven mi C. (nombre de mujer) lo que le pasa; a las horas de nacer el guagua le sacuden después porque dicen que quedan sin aire el bebé y le pegan la sacudida fuerte entonces tuvo muchos problemas (...) ya no hay buenas comadronas como antes” M7.*

Entre otras experiencias negativas que mencionaron que les han ocurrido en el proceso de parto en el domicilio están: desangre, duración de los dolores, mala práctica como no verificar la salida de la placenta *“mucho se desangra en la casa” M1 “sufrí bastante porque pase mucho tiempo con los dolores” M2 “en el segundo parto que se quedó la placenta adentro, vino la señora auxiliar que trabajaba en el centro de salud, ella me saco el segundo parto que di aquí mismo en la casa M7.*

Cuando se indagó sobre la preferencia entre dar a luz en la casa o en una institución de salud, luego de haber experimentado el parto intercultural, se pudo observar que las mujeres, aunque casi todas dijeron haber estado satisfechas con la atención de la comadrona en casa, la mayoría no se cierran a la idea de dar a luz en un hospital, creen que allí pueden disminuir las complicaciones, pues existe mayor recurso tecnológico, la atención ha cambiado y por la confianza en los conocimientos del médico. Las opiniones de cada madre al respecto fueron: según las malas experiencias de otros, *“me decían que puede pasar algo y en el hospital siquiera me pueden ayudar a mi” M1*, sobre si cree que es mejor dar a luz en la casa *“ahora en el hospital ya cambia, otra atención, mejor en el hospital” M1*, sobre si cree que es mejor dar a luz en la casa *“por un lado sí, por la confianza que uno se tiene ya en la casa, pero también los médicos ya saben con toda esa tecnología que ahora hay” M2*, sobre si diera a luz en un centro de salud en caso de otro embarazo *“En el centro de salud (...) es más la atención” M3*, sobre si diera a luz en un centro de salud en caso de otro embarazo *“No, con una comadrona (...) en la casa*

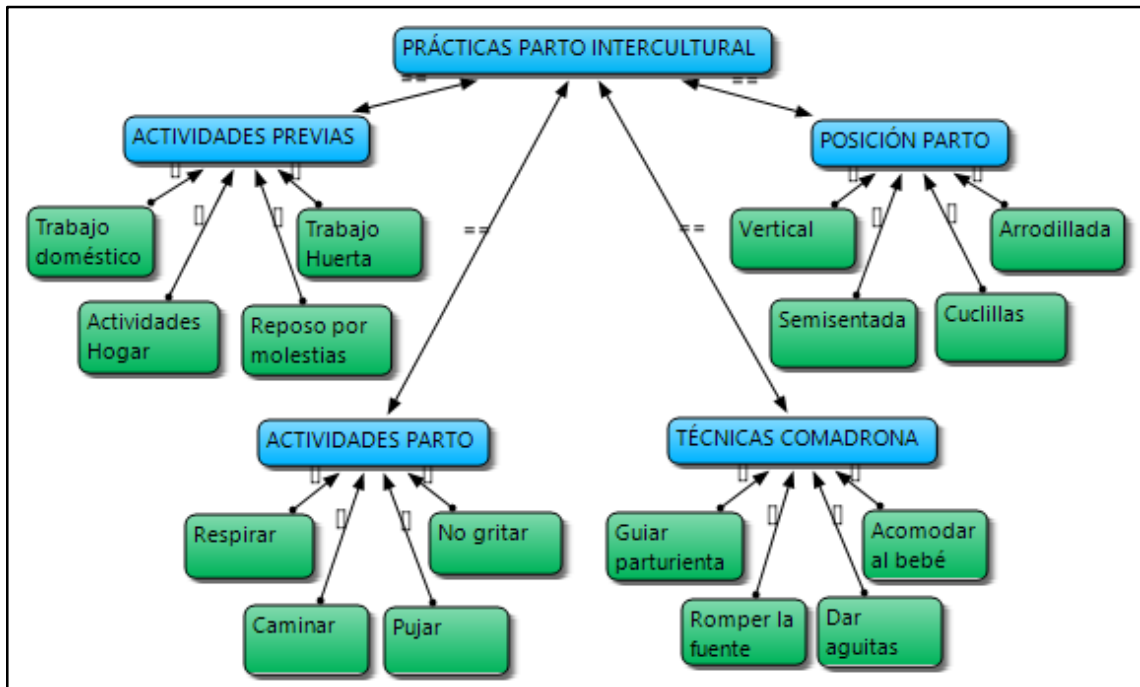


siempre es más bonito y no es como cuentan que es deshonesto porque la comadrona nunca le veía nada” M4, sobre si cree que es mejor dar a luz en la casa “bueno para que voy a decir, a mí sí me han ayudado, sí es bueno, pero ahora también como ayudan bastante los doctores y todo y las comadronas ya parece que tienen un poco más de conocimiento, sí es bueno” M5, sobre su percepción del parto “que es más cómodo en la casa porque el parto que tuve anterior fue cesárea y en el centro de salud no hay mucha confianza como en la casa” M6, sobre si fuera a un centro de salud para dar a luz “sí porque ya no hay buenas comadronas como antes” M7, sobre si fuera a un centro de salud para dar a luz “sí me fuera, pero con la condición de que las personas que estuvieron en mi anterior parto estén también presentes en ese momento” M8, sobre su preferencia entre dar a luz en la casa o una institución de salud “en la casa, pero como en el centro de salud me dieron la oportunidad de tener una comadrona y al médico, entonces bajé al centro de salud y me atendieron entre los dos, con eso me sentía más segura en esos momentos” M9 y finalmente, sobre si fuera a un centro de salud para dar a luz “Hoy sí, si diera a luz, porque allí le ayudan los doctores, si algo pasa, rápido ellos hacen algo para que uno no tenga problemas” M10.

5.4. Prácticas

“a mí me hicieron respirar y también me hicieron que camine y cada que me venían las contracciones me decían que puje, que puje y que camine eso es lo que me decían” M5

RED SEMÁNTICA 4



Fuente: Entrevistas proyecto
Elaboración: Las autoras

Las creencias, costumbres, hábitos, experiencias están ligadas con las prácticas que realizan las mujeres de Biblián que participaron en la investigación.

Al indagar sobre las actividades de las mujeres previas al parto, en el grupo participante, se manifiesta que la mayoría se dedicaban al hogar, trabajo doméstico o a trabajar en la huerta *“Trabajaba, cocinaba, todo lo de la casa” M1* *“Yo trabajaba limpiando, sembrando yuca, camote, maíz” M4* a pesar del estado en que se encontraban, algunas admiten continuar con su labor *“siempre yo he trabajado hasta el último día, he tejido, he trabajado, he ido a recolectar leña” M7* mientras que otras, dadas las circunstancias manifiestan que al acercarse el parto se dedicaban a reposar *“yo sabía estar trabajando, pero los últimos días estaba más en la casa porque tenía algunas molestias” M2*, *“días próximos a mi parto, procuro no salir de la casa” M6*.

Durante el parto se manifiesta una interacción acompañada de emociones alrededor de la mujer y el bebé por nacer, parte de la cosmovisión propia se



mira por las narraciones de las prácticas en el proceso de parto. En primer lugar, las acciones de la parturienta se ven enfocadas en seguir las instrucciones, hacen lo que los acompañantes les dicen *“a mí me hicieron respirar y también me hicieron que camine y cada que me venían las contracciones me decían que puje, que puje y que camine eso es lo que me decían (...) ella me ayudaba, como quien me acomodaba al bebé y me daba indicaciones de que no grite, que cierre la boca, que haga fuerza, que puje hacia abajo, eso me decía”* M5 algunas mujeres mencionan que durante este proceso, les fue útil los consejos que previamente recibieron de otras madres *“yo sí me acordaba; por ejemplo, que no me acueste sino trate mejor de caminar y pujar hacia debajo, de no gritar y de ponerme en cuclillas”* M5 *“Mi suegra me sabía dar consejos, me sabía dar agüitas”* M4.

En segundo lugar, en relación con el rol y las técnicas empleadas por las comadronas, declaran que la comadrona cumple el rol de ser la experta en el momento, de guiar a la parturienta y realizar las técnicas necesarias a fin de un buen alumbramiento (componer, acomodar al bebé, ponerle en posición, flotar el vientre, dar masajes, dar indicaciones, romper la fuente, dar agüitas) *“ellas saben lo que hacen en momentos así”* M2 *“La partera me hacía caminar luego me hacía acostar y me daba masajes en el vientre”* M10 *“ella me metió los dedos, me rompió la fuente, seguían intentando darme el agüita hervida”* M9 *“ahí solo le componen, la comadrona le componen, nada más”* M1.

En tercer lugar, respecto a la posición durante el parto, se manifiesta que la elección está ligada a las costumbres, a hacer del parto un proceso más cómodo, menos doloroso y más natural. La preferencia fue la posición vertical en forma arrodillada, semisentada o de cuclillas. Al Indagar sobre la posición que cada mujer escogió durante el parto y el motivo de tal elección, sus respuestas en forma parafraseada fueron: arrodillada porque la costumbre era así (M1), semisentada porque se acomoda mejor para el pujo (M2), acostada (M3), arrodillada (M4), en posición vertical porque tiene que buscar el descenso (M5), arrodillada es más cómodo (M6) arrodillada es mejor (M7) más me ayudó semisentada (M8) semisentada, apoyada de las rodillas o barandales (M9) en



cuclillas es muy cómodo y relajante (M10).

Finalmente, el acompañamiento mencionado por las mujeres entrevistadas, constituye una acción de mucha importancia, casi todas dijeron haber estado acompañadas por los familiares, de manera especial la mamá, seguida por el esposo y luego otros familiares “aparte del médico y la comadrona me hubiera gustado que entre mi mamá o mi esposo pero más mi mamá” M9 Como se dijo anteriormente, esta práctica produce en las parturientas, sensaciones de confianza y seguridad que facilita el proceso de parto “realmente eso es lo que se necesita la confianza que yo les tenía eso es lo que a mí me ayudó bastante, yo me sentí más segura” M5 “me brindó mucha confianza la comadrona y uno también ya se le cuenta más fácilmente que en el centro de salud” M6 “como ya le conocía a la partera no tuve mucha vergüenza que digamos y más con mi mami, ellas me apoyaron todo el tiempo” M2; sin embargo, algunas parturientas manifiestan su preferencia de mantener el parto como un hecho más privado señalando el acompañamiento exclusivo y único de la partera “solo la partera” M1 y M4.

6. DISCUSIÓN

Existe la percepción universalizada del parto con dolor, lo cual se evidenció en esta investigación (altos niveles de dolor y molestia). Otras investigaciones categorizan a estas como síntomas desagradables, tal es el caso de Giraldo y cols en su estudio sobre experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto, refiriéndose a la lista propuesta por Lenz y cols; Giraldo menciona además, la fatiga y la sed(32), aspectos que no se evidenciaron en la presente investigación; sin embargo, no concuerda con la percepción de García y cols, en un estudio sobre satisfacción de las mujeres atendidas con el parto culturalmente adecuado en Loreto, Orellana, en donde señalan, que la elección de la posición y el acompañamiento causan alivio y se rompe las barreras de miedo y preocupación, que provoca la percepción desagradable en la futura madre y por lo tanto, hace que el parto sea una experiencia sumamente



dolorosa, ya que en este caso se aplicó la elección de la posición y el acompañamiento, pero no disminuyó la intensidad del dolor y las molestias.

A pesar de la molestia y los síntomas desagradables, algunas mujeres mencionaron que el parto se trata de una experiencia única y maravillosa, un evento especial, de trascendencia en la humanidad y que convoca a la comunidad más cercana (madre, suegra, hermanas, esposo) coincidiendo con Chávez y cols, quienes a partir de una investigación con comunidades nativas de Perú, señalaron que las acciones de las parturientas, con el apoyo de otras mujeres de la comunidad, se debe a la noción del cuidado, a fin de asegurar la supervivencia y la continuidad de la vida (33)

En la presente investigación se afirmó que la intervención de la comadrona durante el parto fue muy importante, pues su experiencia le permitió actuar bajo diferentes circunstancias, así también fue percibido por Cabrera y Arotingo en su investigación sobre conocimiento, actitudes y prácticas culturales asociadas al parto de las madres y parteras Kayambis, pertenecientes a la comunidad de Angla de la provincia de Imbabura, en donde manifiestan que las mujeres optan por el parto en su casa, porque para ellas la atención brindada por la partera es muy buena(34)

Algunas mujeres mencionan que las comadronas poseen conocimientos o habilidades que les dota de credibilidad o confianza, incluso de cierta reputación, incidiendo en su fama y oportunidades laborales, esta percepción coincide con Chávez y Cols, quienes indican que el trabajo de parto implica la participación de una mujer especialista con conocimientos tradicionales, cuya imagen es fundamental por su amplia experiencia(33) o como lo señalan Diaz y Gonzales, en un estudio sobre La participación de lo doméstico en la atención del parto a mediados del siglo XX en varias comunidades en España, que las comadronas tienen misericordia y un sentido de ayuda, que les dota de estima y consideración, pues se le tenía como una mujer buena, apañosa, dispuesta, espabilada, limpia, decidida, valiente y lista(35)



Las mujeres entrevistadas manifestaron la creencia en la eficacia de las plantas medicinales, pues aceptaron la ingesta de las infusiones que se prepararon en sus embarazos, parto, y postparto. Esta creencia se torna general y común en varias culturas, por ejemplo Ger y Tumbaco en Quito mencionan que son usadas por las parteras de forma natural(36) para prevenir complicaciones, de acuerdo a Chalán y Guamán en Saraguro(37) o como Peña en Esmeraldas, afirma que las plantas medicinales son usadas por ser parte de la costumbres de los antepasados(38)

La posición de parto que prefirieron las madres entrevistadas fue la posición tradicional vertical, indicando que sigue una lógica natural por la gravedad y les permite sentirse más cómodas y relajadas; esta preferencia coincide con los testimonios rescatados por Cabrera y Arotingo, que afirman que la posición vertical disminuye el esfuerzo y por ende los dolores de parto por la acción de la gravedad, lo cual dista de la posición horizontal (34)

El acompañamiento de los familiares durante el parto, de acuerdo a las entrevistadas, fue muy importante por el sentimiento de seguridad y confianza que representó para ellas, lo que se asimila a estudios en comunidades con características similares; Velásquez y Ríos por ejemplo, indican que la percepción de la mayoría de las mujeres de Aocaloma en Perú, está a favor de la presencia de la madre y del esposo, por el soporte emocional, el cual favorece los procesos de parto, otorgando mayor seguridad en el cuidado y protección del recién nacido(39); así también lo señalan Cabrera y Arotingo, que la presencia de los familiares se percibe como seguridad y confianza en el momento del parto(34)

En cuanto a la alimentación, las mujeres indicaron que disminuyeron la sal, la mayoría mantuvieron la dieta cotidiana, unas pocas afirmaron haber cambiado la dieta, optando por algo más sano, disminuyendo las porciones y por algo natural que tenían a su disposición. Chávez y cols percibieron algo similar, ya que señalaron que la alimentación en las mujeres gestantes en su estudio,



tenían predominio de lo común provisto por la naturaleza; sin embargo, manifiestan que en su caso no existió la opción por lo nutritivo, más bien hubieron otros factores de satisfacción de necesidades, que cobraron más fuerza por lo común, vital y lo que se encuentra a su alcance(33) Alarcón y Nahuelcheo, en Chile sobre las creencias del embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche, evidenciaron la existencia de un conjunto de regulaciones, que apuntan a preservar la salud de la madre y del feto; por ejemplo, indicaron que las informantes evitaban el consumo de alimentos pesados, grasosos, con exceso de condimentos, sal, ají, o expuestos largamente al sol(40) coincidiendo en algunos con la presente investigación. Cabe señalar que no se encontraron componentes míticos relacionados con la alimentación, como se evidencia en otros estudios en comunidades indígenas (41).

En lo que respecta al puerperio, las mujeres entrevistadas indicaron la costumbre de los baños y del reposo, costumbres similares en otras culturas, como lo señalan Alarcón y Nahuelcheo, en donde el puerperio fue considerado un período de fragilidad para la salud de la madre, la que debe mantenerse en cuarentena evitando cambios bruscos de temperatura, exposiciones largas al sol y trabajos pesados (40).

Una costumbre que demostró ser heterogénea, mencionada por las mujeres de Biblián participantes en la investigación, fue la del uso de plantas medicinales tanto para la ingesta, baños o ungüentos, mencionaron múltiples especies, usos y propósitos, lo que dio cuenta que el conocimiento no es común y es limitado. Las plantas más mencionadas fueron: albahaca, higo, manzanilla, ruda, sangorache y alelíes. Los efectos mencionados por las mujeres fueron el de disminuir y acelerar el dolor, producir la dilatación, producir más fuerza para el pujo, para que baje toda la sangre y evitar las infecciones. Esta experiencia no es única en la zona, diferentes estudios dan cuenta de que el uso de las plantas medicinales es una costumbre de muchas culturas, por ejemplo, Chávez y cols señalan que las mujeres usan las plantas para su propio beneficio, para tener un parto más rápido evitar e dolor de cabeza, inflamaciones o lavados vaginales. Las plantas más mencionadas fueron la malva chapeada en forma



cruda y molida(33) Cabrera y Arotingo señalan que las plantas más usadas por los Kayambis fueron: cebada de perro, linaza y melloco, que aceleran la dilatación(34).

Las informantes evidenciaron la importancia del parto, manifestando el deseo de prepararse para tener un buen alumbramiento y evitar posibles complicaciones. Frente a las medidas tomadas al respecto, algunas mujeres manifestaron haber tenido malas experiencias en el parto en el domicilio, estas fueron: desangre, prolongación de los dolores y no verificar la salida de la placenta, además casi todas las informantes contaron la experiencia en la comunidad de una vecina que murió en el parto. Las complicaciones mencionadas en la actual investigación, coinciden con las de otros estudios, como el de Sosa, sobre condicionantes de riesgo en los partos domiciliarios atendidos por comadronas en la comunidad de Ricaurte del cantón San Lorenzo provincia de Esmeraldas, en donde se muestra como indicadores de riesgo del parto domiciliario: desgarros, hemorragias, problemas en el recién nacido o infecciones por falta de higiene(42), o como el de Macario en Guatemala, sobre la actuación de las comadronas tradicionales ante las señales de peligro durante la atención del parto, en donde las complicaciones con mayor frecuencia fueron: hemorragia, niños atravesados, niños muertos, desmayos, la no salida de la placenta, dolor de estómago y dolor de cabeza después del parto (43) pero, no coincide con Velásquez y Ríos, quienes manifiestan que las informantes sostienen que el parto vertical produce menos dolor, menos sangrado, menos complicaciones y menos hemorragias.(39)

Las experiencias vividas de las mujeres informantes, han hecho que éstas tengan la facilidad de distinguir los síntomas previos al parto, señalaron principalmente la presencia de dolores (vientre, cintura, cadera) que van en aumento, la presencia de contracciones, derrame del líquido amniótico y endurecimiento del vientre. Algunas mujeres señalaron otros síntomas como cambio de color en la piel y calambres. Estos síntomas se explican por los cambios fisiológicos en la mujer que, de acuerdo a Andrade y Arias, se acompañan de cambios musculo-esqueléticos, físicos y emocionales que



contribuyen a favorecer el desarrollo fetal, cambios cardiovasculares, cambios respiratorios, efectos de la ganancia de peso en la coordinación y el centro de gravedad, así como el aumento de la laxitud ligamentosa y la movilidad articular.(44)

La atención en el domicilio y la intervención de la comadrona, significó accesibilidad para las madres en el presente estudio, consideraron que viven en el campo y que los hospitales y centros de atención en salud se encuentran muy lejos, en este sentido, coincide con Velásquez y Ríos, quienes consideran que el parto domiciliario en estas zonas, se explica por las limitaciones en cuanto al acceso de servicios de salud y por la preferencia de las mujeres en atenderse con una partera.(39), de igual manera, con lo señalado por Nureña en una investigación sobre el enfoque intercultural en el sistema de salud peruano, en donde se afirma, que la accesibilidad se ve limitada al personal de salud, debido a las barreras geográficas y al costo de acceso a los servicios de salud, tales como transporte, alimentación, alojamientos, desamparo familiar y pérdida de días laborables(45).

Casi todas las participantes dijeron haber estado satisfechas con la atención de la comadrona en casa, sin embargo, la mayoría no se cierra a la idea de dar a luz en un hospital, afirmaron que la atención allí ha cambiado, creen que en los hospitales pueden disminuir las complicaciones por la existencia de recursos tecnológicos, y manifiestan su confianza en los conocimientos del médico. Este punto de vista dista mucho de lo que en la mayoría de estudios en similares zonas se han encontrado, por ejemplo Velásquez y Ríos en su estudio realizado en la comunidad nativa de Aocaloma, observaron que predomina la preferencia de atención con una partera, afirmando que en los centros de salud no se reconocen las prácticas locales y que los profesionales no valoran la cultura andina e indígena(39), Cabrera y Arotingo encontraron igualmente la preferencia hacia el parto domiciliario catalogándolo como “mejor”, manifestando que en la casa hay más ayuda, más facilidad y acompañamiento familiar(34), un estudio realizado por Alarcón y Nahuelcheo, reveló que la mayoría de las mujeres creen que el parto hospitalario tiene el propósito de



proteger a la embarazada y a su hijo de enfermedades o de la muerte y en este caso ninguna indicó como algo negativo, solo que se plantearon algunas objeciones como: el uso de instrumental obstétrico, la revisión del canal de parto cada vez que examinan a la madre, la soledad en que se realiza el procedimiento, la falta de cuidados con la sangre y la placenta, la comida en exceso liviana y el baño que se exige antes o inmediatamente después del parto.(40)

Al indagar sobre las actividades de las mujeres previas al parto, en el grupo una participante, se manifestó que la mayoría se dedicaban al hogar, trabajo doméstico o a trabajar en la huerta, mientras que otras, dadas las circunstancias manifestaron que al acercarse el parto se dedicaban a reposar. Similitudes se encontraron en otros resultados como en Burgos quien indica que la mayoría de las mujeres Quechua_Qolla mantienen la rutina diaria del trabajo, como un sinónimo de orgullo, acotando que ellas no se engríen y que incluso se dedican a cargar cosecha, semillas o fertilizantes, una cultura que llama la atención pues menciona que las mujeres que se niegan a trabajar fuerte durante el embarazo, son tildadas de “las lujosas”(46); sin embargo, otras culturas en otros estudios evidenciaron lo contrario manifestando que la mujer embarazada debe evitar el trabajo fuerte o participar en actividades agrícolas que demanden gran esfuerzo; porque puede provocar la caída de la matriz o útero (40)

Durante el parto se manifiesta una interacción acompañada de emociones, alrededor de la mujer y el bebé por nacer. Las acciones de la parturienta se ven enfocadas en seguir las instrucciones y consejos tanto de la comadrona como de los familiares, práctica que se asemeja a las presentadas en otros estudios como el de Giraldo el cual menciona que las mujeres realizan actividades que aprendieron y escucharon y de las cuales se han apropiado (32)

De acuerdo a las mujeres informantes de Biblián, la comadrona cumple el rol de ser la experta, de guiar a la parturienta y realizar las técnicas necesarias a fin de un buen alumbramiento (componer, acomodar al bebé, ponerle en posición, flotar el vientre, dar masajes, dar indicaciones, romper la fuente, dar agüitas) lo



cual se observa también en otros estudios, por ejemplo, Alarcón y Nahuelcheo indican que las técnicas de la matrona eran la de acomodar a los bebés, apretar el vientre para la salida de la placenta, proporcionar bebidas con hierbas medicinales, para que salga la sangre(40) de igual manera, Cabrera y Arotingo indican que las parteras usaban técnicas ancestrales como: acomodar al niño dentro del vientre mediante masajes y movimientos con las manos, o fajar a la madre luego del parto (Cabrera & Arotingo, 2016) Pelcastre también describe las técnicas de las parteras durante el parto, mencionando paso por paso desde la identificación del momento hasta la etapa del puerperio coincidiendo con lo evidenciado en ésta investigación.

Respecto a la posición durante el parto, las entrevistadas manifestaron que la vertical está ligada a las costumbres, a hacer del parto un proceso más cómodo, menos doloroso y más natural. Pudiendo ser las posiciones semisentada, arrodillada o en cuclillas, coincidiendo con otras investigaciones como la de Alarcón y Nahuelcheo en donde las mujeres informantes indicaron la posición hincada y relataban que sus madres y abuelas también lo hacían, ya que esta posición daba menos sufrimiento y era más rápido el parto(40) o con el de Cabrera y Arotingo en el cual la posición arrodillada es altamente usada por las madres y parteras kayambis(34) Por otro lado, Romero y cols, en su estudio sobre las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo, señalan que la posición vertical favorece la actividad uterina, disminuye la duración del expulsivo, contribuye a la facilidad del pujo por la gravedad y por lo tanto, el dolor agudo o severo es menor (47)

Referente al acompañamiento durante el parto, las mujeres de Biblián que participaron en esta investigación, dijeron haber estado acompañadas por los familiares, de manera especial la mamá, seguida por el esposo y luego otros familiares, esta práctica produce en las parturientas, sensaciones de confianza y seguridad, que facilita el proceso de parto, coincide con varias investigaciones, como la de Giraldo, en donde las mujeres que fueron entrevistadas, manifestaron que la soledad es una sensación negativa y que prefirieron estar acompañadas por un ser querido, primero su madre y luego su



compañero(32) o como la de Alarcón y Nahuelcheo en donde las mujeres señalaron que habían tenido su parto en casa y recibieron la ayuda de un familiar cercano o de la partera (40) Unas pocas mujeres manifestaron su preferencia de mantener el parto como un hecho más privado, señalando el acompañamiento exclusivo y único de la partera, lo cual se puede explicar con lo expresado por Chávez y cols, quienes encontraron situaciones similares, algunas mujeres consideran que deben dar a luz a solas, ya que la presencia de otras personas dificulta el nacimiento del niño y les causa vergüenza.(33)

7. CONCLUSIONES

A pesar de que el parto sea un hecho con alto nivel de dolor y molestia, para las informantes, se trata de una experiencia única y maravillosa que repercute en la humanidad y convoca a la comunidad más cercana.

La intervención de la comadrona durante el parto fue muy importante para las entrevistadas por su experiencia, conocimientos o habilidades que le dota de credibilidad o confianza.

Las mujeres entrevistadas mostraron haber creído en la eficacia de las técnicas usadas por las comadronas y del uso de plantas medicinales; mostraron su preferencia con la posición vertical y con el acompañamiento durante el parto que les proporcionó un mejor estado emocional.

Las informantes manifestaron haber seguido las costumbres mediante cuidados previos relacionados con su salud, relacionados con el ejercicio físico, la alimentación, la continuidad de los rituales de baños y de reposo, el uso de plantas medicinales para la ingesta, baños o ungüentos.

Las plantas más mencionadas por las informantes fueron la albahaca, higo, manzanilla, ruda, sangorache y alelíos cuyos efectos fueron el de disminuir y acelerar el dolor, producir la dilatación, proporcionar más fuerza para el pujo, para que baje toda la sangre y evitar las infecciones.

Las informantes manifestaron haber tenido complicaciones durante su parto (desangre, prolongación de los dolores y no verificar la salida de la placenta) y



compartieron la experiencia de una vecina que murió en el parto domiciliario lo que creó mayor conciencia y un sentimiento de temor.

Las entrevistadas tienen la facilidad de distinguir los síntomas, señalando la presencia de dolores (vientre, cintura, cadera), contracciones, derrame del líquido amniótico y endurecimiento del vientre, cambio de color en la piel y calambres.

La atención en el domicilio y la intervención de la comadrona, significaron para las madres, accesibilidad, considerando que viven en el campo y los hospitales y centros de atención en salud se encuentran muy lejos.

Casi todas las participantes dijeron haber estado satisfechas con la atención de la comadrona en casa, sin embargo, la mayoría no se cierra a la idea de dar a luz en un hospital.

El grupo de mujeres participantes manifestaron, que previo a dar a luz, se dedicaban al hogar, trabajo doméstico o a trabajar en la huerta, en ciertos casos se dedicaban a reposar.

Las mujeres de Biblián que participaron en la investigación mencionaron que las técnicas usadas por la comadrona fueron componer, acomodar al bebé, ponerle en posición, flotar el vientre, dar masajes, dar indicaciones, romper la fuente y dar agüitas.

La posición durante el parto usada por las entrevistadas está ligada a las costumbres, a hacer del parto un proceso más cómodo, menos doloroso y más natural. Las posiciones adoptadas fueron: semisentada, arrodillada o en cuclillas

Las mujeres de Biblián que participaron en esta investigación, dijeron haber estado acompañadas por los familiares, de manera especial la mamá, seguida por el esposo y luego otros familiares, aseguraron que esta práctica produce en las parturientas, sensaciones de confianza y seguridad que facilita el proceso de parto. Unas pocas mujeres manifestaron su preferencia de mantener el parto como un hecho más privado señalando el acompañamiento exclusivo y único de la partera.



8. LIMITACIONES

La presente investigación no contiene aspectos relacionados con la normativa del parto intercultural o parto culturalmente adecuado.

9. RECOMENDACIONES

Las parteras tienen que ser consideradas como piezas fundamentales en el área de la salud, especialmente en zonas como las del presente estudio, en donde las mujeres no pueden acceder a los centros de salud u hospitales para dar a luz; por lo que el Sistema de Salud Nacional debería implementar estrategias de coordinación y capacitación continuas hacia las parteras o comadronas.

El sistema de Salud Nacional debería ampliar la cobertura de programas como “Ecuador sin muertes maternas” a fin de que llegue la información a cada zona lejana como la zona de estudio a fin de que la comunidad sea informada sobre los posibles riesgos en relación con el embarazo, parto y puerperio.

Para los médicos, enfermeras y demás profesionales de la salud, es necesario tener mayor conocimiento de la cultura de los pueblos con sus costumbres y tradiciones, generando así confianza y respeto a las decisiones de las pacientes, reconociendo el derecho de la mujer a elegir la posición, acompañamiento, y otros aspectos pertenecientes a la cultura e identidad de las parturientas, por lo tanto, desde la academia se debería dar mayor atención al parto intercultural, para que los nuevos profesionales cumplan con estas características.

Fomentar investigaciones sobre las percepciones de las mujeres de la manipulación de los cuerpos por parte de las parteras o comadronas, ya que en esta investigación se evidenció la aceptación que brinda la mujer a la partera para ejercer libertad de movimientos, pero no se encontraron estudios que den cuenta de percepciones en otras comunidades para realizar una comparación



10. BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Martínez Molla Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio. Tesis Doctoral. Departamento de enfermería, Universidad de Alicante, España, 2015. Disponible en https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46250/1/tesis_martinez_molla.pdf
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador Transversalización del Enfoque Intercultural en las Normas de Salud Materna Quito – Ecuador, junio 2011 pág. 5, 6
3. Diario El telégrafo. El parto intercultural no solo está dirigido para madres indígenas. Agosto 2014. Disponible en: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/el-parto-intercultural-no-solo-esta-dirigido-para-madres-indigenas>
4. Portela Guarín H, Bravo A, Ximena N, Guerrero Pepinosa NY, Rodríguez Guarín S. Rescatar la medicina tradicional en salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas a través del diálogo intercultural. Univ Salud. 2013;15(2):238–255.
5. M.S.P. de Ecuador. “Por un parto culturalmente adecuado: un derecho de las mujeres y de los recién nacidos Área de Salud N° 12 Hospital Raúl Maldonado [http://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2014/03/Sistematizacion-Parto Culturalmente-Adecuado1.pdf](http://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2014/03/Sistematizacion-Parto-Culturalmente-Adecuado1.pdf)
6. Hincapié E, Valencia CP. Capacitación de las parteras y su relación con la mortalidad perinatal en el municipio de Quinchía, Colombia. 2014 [citado el 10 de enero de 2017]; Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/6915>
7. Méndez-González RM, Cervera-Montejano MD. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. Salud Pública México. 2002;44(2):129–136.
8. Simisterra S, Cecilia A. Condicionantes de riesgo en los partos domiciliarios atendidos por comadronas en la comunidad de Ricaurte del cantón San Lorenzo de la provincia de Esmeraldas [Internet]. Ecuador _ PUCESE- Escuela de Enfermería; 2016 [citado el 10 de enero de 2017]. Disponible



en: <http://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/655>

9. OMS | Medicina tradicional: definiciones [Internet]. [citado el 13 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/
10. Diario LA HORA. Parto intercultural toma fuerza, 28 de abril del 2016 http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101967866#.WOOuJW81_IU3
11. Diario El espectador. "Partos naturales unen a médicos y parteras en centro de salud de Biblián 4 feb,2017. Disponible en: <http://www.elespectadorazogues.com/?p=7507>
12. *Diario El Mercurio. Unos 1.500 partos interculturales atendidos desde el 2010 en cañar* Cuenca 2017. Disponible en <http://www.elmercurio.com.ec/452053-unos-1-500-partos-interculturales-atendidos-desde-el-2010-en-canar/>
13. Marlene Narcisca Collaguazo Collaguazo, Sacta SSC, Verónica Alexandra Espinoza Espinoza. Hábitos, creencias y costumbres durante el embarazo, parto y postparto mediato, en la comunidad Quilloac. Cañar, 2014. [Cañar]: Estatal de Cuenca; 2014.
14. Rodríguez Gallo CM, Medina Caballero G, Cabrera Hernández D, Díaz Hernández E. Medicina Natural y Tradicional. Conocimientos y aplicaciones de enfermería en MINAS-II. Rev Cuba Enferm. 2002;18(3):138–143
15. Diario "El Comercio. Interculturalidad y Sumakkawsay.2016 Disponible en a. <http://www.elcomercio.com/opinion/interculturalidad-sumakkawsay-buenvivir-constitucion-juanvaldano.html>
16. González EB, Ortiz MR. Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica. Rev Fac Cienc Salud [Internet]. 2005 [citado el 6 de febrero de 2017];3. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/posturas_parto.pdf
17. Nureña CR. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(4):368–376.



18. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2012;38(1):134–145.
19. Aguilar OC, Romero ALF, García VEM. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. Ginecol Obstet Mex. 2013;81:1–10.
20. Calderón J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto vertical: Retornando a una costumbre ancestral. Rev Peru Ginecol Obstet. el 25 de junio de 2015;54(1):49–57
21. López Martínez MG. Factores asociados con la elección del parto tradicionalmente humanizado en madres embarazadas de la parroquia Quisapincha [Internet] [B.S. thesis]. Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera Medicina; 2015 [citado 31 de julio de 2017]. Disponible en: <http://redi.uta.edu.ec/handle/123456789/10736>
22. Partos naturales unen a médicos y parteras en Centro de Salud de Biblián [Internet]. EL ESPECTADOR AZOGUES. 2017 [citado el 22 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.elespectadorazogues.com/?p=7507>
23. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado en el Ecuador [Internet]. [citado 31 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.cappalatinoamerica.com/docs/guiadepartoec.pdf>
24. Andrango Lara JL, Gualán Gualán PDJ. Índice de cobertura en atención del parto institucional en el Hospital Básico del Cantón Guamote en el periodo enero 2013 a septiembre 2013. [Internet] [B.S. thesis]. Quito, UCE; 2014 [citado 31 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/4465>
25. Winter Rodríguez IR, Guevara Monterroso KS, Celada Flores DG, Guerrero Bermúdez AM, Gonzalez Monroy AE, Ruiz Sánchez EA. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico sobre parto vertical [Internet]. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2015 [citado 31 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/id/eprint/3510>



26. Alcocer J. Implementación y adecuación del modelo de atención del parto con enfoque Intercultural Humanizado en el Subcentro de Salud de la comunidad Kichwa En Eden Provincia de Orellana. Eden Mayo 2010 [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/4824/3/UTPL_Alcocer_Jenny_360X1706.pdf
27. Guía-adequación cultural de los servicios de salud.pdf [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://simce.ambiente.gob.ec/sites/default/files/documentos/anny/guia-adequacion%20cultural%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>
28. Silva H. Ventajas del Parto vertical manifestado por embarazadas que se atienden en la sala de Partos del Hospital Básico De Sucúa. Año 2015. [Internet]. [citado 28 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/10040/1/tesis%20heidy%20empastado.pdf>
29. León Alvarado MB, Loja Cajamarca ML, Montero M, Verónica N. Costumbres y tradiciones ancestrales sobre salud narrada por adultos mayores de la Comunidad de Quilloac-Cañar, 2014. [Internet] [B.S. thesis]. 2014 [citado 4 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20574>
30. Encalada Bueno GS, Guamán M, Pakari A. Aplicación de la interculturalidad en la atención del parto en el Hospital Luis Fernando Martínez, Cañar, 2016. [Internet] [B.S. thesis]. 2017 [citado 4 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27575>
31. Argüello-Avenida HE, Mateo-González A. Traditional Birth Attendants and Medicalized Birth, a Conflict From the Past? Evolution of the Discourse of International Health Organizations in the Past Twenty Years. Rev LiminaR Estud Soc Humanísticos [Internet]. 2014 [citado 4 de octubre de 2017];12(2). Disponible en: <http://www.academia.edu/download/33907038/339-1286-1-PB.pdf>
32. Giraldo I, Gonzales M, Claudia H. Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. Av Enferm. 2015; 33(2): p. 271-281.
33. Chávez E, Arcaya M, García G, Surca T, Infante M. REscatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. Texto Contexto Enferm. 2007;; p. 680-687.



34. Cabrera V, Arotingo F. Conocimiento, actitudes y prácticas culturales asociadas al parto de las madres y parteras Kayambis, pertenecientes a la comunidad de Angla de la provincia de Imbabura, septiembre a noviembre del 2016. Otavalo;; 2016.
35. Díaz E, Gonzáles J. La participación de lo doméstico en la atención del parto a mediados del siglo XX. Latino -Am Enfermagem. 2016.
36. Ger K, Tumbaco S. Embarazo, parto y puerperio una mirada desde las mujeres Quito Cara en la comunidad de Cotocog en el período octubre 2016-marzo 2017. Quito;; 2017.
37. Chalán L, Guamán M. Concepciones y Prácticas en la atención del embarazo, parto y postparto de las parteras tradicionales en las comunidades indígenas de Saraguro, Loja 2014. Cuenca;; 2015.
38. Peña M. Conocimientos, costumbres y prácticas sobre embarazo, parto, puerperio y atención al recién nacido que brinda la comadrona de las riberas del río Santiago del Cantón Eloy Alfaro, Provincia de Esmeraldas. Esmeraldas;; 2014.
39. Velásquez C, Ríos MdJ. Vivencias y percepciones de mujeres que tuvieron la experiencia de un parto vertical en la comunidad nativa de Aucaloma, provincia de Lamas, junio-diciembre 2014. Tesis de grado. Tarapoto - Perú: Universidad Nacional de San Martín; 2015.
40. Alarcón A, Nahuelcheo Y. Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. Revista de Antropología Chilena. 2008;; p. 193-202.
41. Medina A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2006.
42. Sosa A. Condicionantes de riesgo en los partos domiciliarios atendidos por comadronas en la comunidad de Ricaurte del cantón San Lorenzo, provincia de Esmeraldas. Esmeraldas;; 2016.
43. Macario B. Actuación de las comadronas tradicionales ante las señales de peligro durante la atención del parto. Quetzaltenaco;; 2015.
44. Andrade A, Arias C. Eficacia de la fisioterapia en el último trimestre de embarazo en mujeres atendidas en el hospital andino alternativo de Chimborazo para mejorar la labor de parto en el período diciembre a mayo del 2010-2011. Riobamba;; 2011.



45. Nureña C. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. Rev Panam Salud Pública. 2009;; p. 368-76.
46. Burgos MO. El ritual del parto en los Andes. Radboud. .
47. Romero E, Carrizosa A, Jimeno J. Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. Medicina Naturista. 2014; 8(1): p. 23-30.



ANEXOS.

ANEXO #: 1

CONSENTIMIENTO

**EXPERIENCIAS DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO, INTERCULTURAL
Y CONVENCIONAL, EN EL CANTÓN BIBLIÁN, Biblián 2017**

Yo, Marisol Cuesta Mendoza, con C.I.: 0706034329, Egresada; y Lucía Delgado Pinos, con C.I.: 0301620688, estudiante de la carrera de Enfermería, solicitamos su participación en el presente proyecto de investigación.

Introducción

Siendo el Ecuador un país pluricultural y multiétnico, se mira con gran interés el hecho que desde hace varios años atrás se ha venido practicando el parto intercultural. En la actualidad se estima establecer sosteniblemente y fortalecer la unión entre la medicina tradicional y la intercultural, y que ambas vayan de la mano, siendo su objetivo más alto, disminuir la mortalidad materna infantil, proyecto que viene llevándose a cabo desde el año 2009 en el Centro de Salud de Biblián. Esta investigación se basa en recolectar experiencias de madres que han tenido partos interculturales, sea en posición vertical, cuclillas, o de rodillas, pero con la ayuda de una comadrona o partera; para de esta manera contribuir a futuras investigaciones sobre el tema.

Propósito del estudio

Determinar los conocimientos que las mujeres entrevistadas tienen sobre el parto intercultural; conocer las técnicas y las plantas medicinales que utilizaron las mujeres en su parto; conocer cómo fueron atendidas las mujeres, cómo se sintieron, qué fue lo que les gustó o que no les gustó durante su atención.

Procedimientos de recolección

Primero se dará lectura del consentimiento informado para el conocimiento de la participante. Para la recolección de datos se aplicará una entrevista semi-estructurada, a partir de una guía de preguntas. Para recoger los datos nos serviremos de grabaciones y videos.



Riesgos/Beneficios

Que las mujeres y madres de familia sepan el riesgo de ir a parir sólo en compañía de una comadrona o partera, sin haberse realizado durante su embarazo ningún chequeo médico previo. Ayudar a la comunidad y al personal de salud a entender mejor lo positivo y lo negativo referente al parto intercultural. Brindar a la comunidad información clara de que la atención es gratuita en todos los aspectos, en cuanto a planificación familiar y demás.

Confidencialidad

La información que se recogerá será confidencial entre la participante y las investigadoras, y la información no será utilizada en ningún otro ámbito fuera de la investigación.

Opciones y derechos

La participación será voluntaria, usted está en libre elección de decir si desea participar o no. La participante puede retirarse en el momento que crea pertinente. El participante puede preguntar alguna inquietud que tenga.

Información de contacto

En caso de existir inquietudes o sea necesario nuestra intervención, contáctese con nosotras: Marisol Cuesta Mendoza, Cel.: 0993674796, correo solymar.cuesta@gmail.com y Lucía Delgado Pinos, Cel.: 0995520337 lunitadp@gmail.com.com.

Consentimiento

Yo.....con C.I.:, he sido informada de manera clara y concisa, de qué se trata el estudio, que mi identidad y datos que yo proporcione no serán difundidos, que este estudio no tendrá ningún costo para mi persona.

Por consiguiente, doy mi consentimiento para que se realice la presente investigación

Firma:

Participante

Firma:.....

Marisol Cuesta

Firma:

Lucía Delgado

Investigadora

Investigadora

Fecha:.....



ANEXO 2. APROBACIÓN

Cuenca, diciembre 09 de 2016

Doctora
Julia Rojas
DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD DE BIBLIÁN
Ciudad.

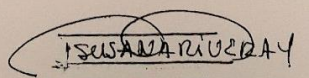
De nuestras consideraciones:

Reciba el más atento saludo de quienes al pie suscribimos, Lic. Susana Rivera Yela, Directora de Tesis, y estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal de Cuenca, Srtas. Lucía Delgado Pinos y Marisol Cuesta Mendoza, quienes igualmente, de la manera más respetuosa, nos permitimos encarecer a Ud., se digne autorizar para que las mencionadas estudiantes realicen un trabajo de investigación sobre el tema: "Experiencias durante la atención del parto intercultural y convencional, en el cantón Biblián, Cuenca 2017", en el Centro de Salud que en buena hora usted dirige.

Es el objetivo primordial, solicitar información del número de embarazadas, partos y datos del Club de Parteras Voluntarias del Centro de Salud de Biblián, y asistir los días miércoles en horas de la mañana, desde la semana que viene, hasta terminar el trabajo de investigación.

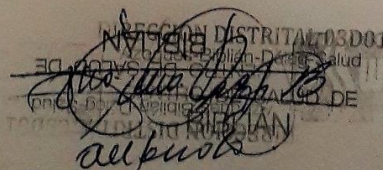
Confiamos en su altruismo y gentileza para dar favorable acogida a esta petición, por lo cual le anticipamos nuestro sentido reconocimiento, y suscribimos.

Atentamente


Lic. Susana Rivera Y.
DIRECTORA DE TESIS
CI: 0102035649


Lucía Delgado D.
ESTUDIANTE
CI: 0301620688


Marisol Cuesta M.
ESTUDIANTE
CI: 0706034329



**ANEXO 3 FORMULARIO**

<ul style="list-style-type: none">• Nombre• Edad• Instrucción• ¿Conoce usted cómo se desarrolla el proceso del parto?• Cuando su hijo está por nacer ¿en dónde suele usted estar?• ¿Qué síntomas tuvo cuando el bebé estaba por nacer?• ¿A quién le hizo saber primero que tenía dolores de parto?• Usted qué prefería, ¿dar a luz en su hogar o en una casa de salud?• Según sus experiencias ¿cómo percibe el parto?
<ul style="list-style-type: none">• ¿Cree que es mejor colocarse en cuclillas, semi sentada o en posición vertical para dar a luz?• ¿Ha preferido usted la compañía de su esposo o un familiar al momento del parto, junto con la comadrona?• ¿Quién le ha acompañado a Ud. durante el nacimiento de su hijo?• ¿Ha tomado usted algún líquido momentos antes de dar a luz? Si responde sí, ¿qué líquido era y para que servía?
<ul style="list-style-type: none">• ¿Cómo se preparaba usted para el parto?• ¿Sabía usted algo de las complicaciones que podía tener al momento de dar a luz?• ¿Cree usted que es importante que los instrumentos a utilizarse estén limpios?• ¿Cuál era su alimentación en los días próximos al parto?• ¿Qué tipo de plantas medicinales se utilizaron durante su parto y para qué?
<ul style="list-style-type: none">• ¿Tuvo alguna mala experiencia en alguno de los partos que ha tenido?• ¿Cree usted que la intervención de la comadrona era indispensable?• ¿Tuvo usted miedo de que pase algo raro durante el parto, según experiencias ajenas?• ¿Qué técnicas utilizaron durante su parto y en qué momento?• Según su experiencia, ¿cree usted que es mejor dar a luz con una comadrona en casa?



- ¿Qué actividades acostumbraba hacer antes y durante el parto?
- ¿Qué posición prefirió para facilitar el dar a luz?
- ¿Acostumbraba seguir consejos recibidos de otras madres?
- ¿Considera que las prácticas realizadas y la atención recibida durante el parto le ayudaron?
- ¿Podría contarme cómo fue la atención que recibió en lo relativo al apoyo emocional?
- ¿Daría a luz en un centro estatal de salud si saliera embarazada nuevamente?