

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA



**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS, DURANTE EL
EMBARAZO, PARTO, POSPARTO Y DEL RECIÉN NACIDO EN LA
COMUNIDAD TOLONTAG. UNA VISIÓN INTERCULTURAL. QUITO
2022-2023”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTORES

JORGE DAVID ROCHA SÁNCHEZ

ANAHÍ MADELÉN RUEDA POZO

DIRECTOR

DR. ALEXIS WLADIMIR RIVAS TOLEDO

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

David:

A mis padres y hermana, quienes han sabido brindarme su apoyo incondicional a través de este largo camino lleno de dificultades.

Para mi madre, que con su cariño y amor me enseñó que un gesto amable puede cambiar la vida de una persona y que la medicina tiene la misma cualidad.

Para mi padre, que me enseñó que el secreto del éxito es la constante perseverancia para conseguir lo que quieres, y supo darme la mejor enseñanza que un padre puede dar a su hijo que aspira ser médico.

Para mi hermana, que supo contagiarme de su entusiasmo y brindarme su apoyo y motivación para ser su ejemplo.

Finalmente, a mi mejor amiga Anahí, quien supo enseñarme que la constancia y disciplina son decisiones de todos los días para lograr tus metas.

“La grandeza nace de pequeños comienzos”

SIC-PARVIS-MAGNA

Anahí:

Quiero agradecer en primer lugar a mi pilar en la vida, Dios, fue el servicio y el amor por el que escogí esta carrera, por quien me mantuvo y por quien ahora la estoy terminando.

Luego quiero agradecer a mis padres por su infinita paciencia, apoyo incondicional y amor que me tienen, sepan que estoy muy orgullosa de ser su hija.

Gracias a mi padre por su ejemplo, él me inculco desde pequeña que la responsabilidad y la perseverancia son la clave del éxito y me enseñó que todo se puede lograr con dedicación y esfuerzo.

Gracias a mi madre por enseñarme a ver el mundo con amor y servicio, que una sonrisa, la amabilidad y la comprensión pueden sanar muchos corazones.

Gracias a mi Angelito del cielo mi abuelito, él fue el primero en decir que estaba orgulloso de que fuera médica, él fue mi motivación todos estos años, a mi abuelita por su amor y su apoyo también gracias a mis hermanas, tíos y familia en general por acompañarme y brindarme palabras de aliento cuando lo necesite.

Gracias a mi compañero, amigo y ahora colega David, solo nosotros sabemos cuánto esfuerzo nos llevó esta carrea y tesis, pero gracias al apoyo incondicional logramos culminar esta meta que ahora es el inicio de nuestro camino.

Finalmente, gracias a mi amada medicina ya que en este largo camino no solo crecí como profesional sino también como persona.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	3
GLOSARIO.....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	8
JUSTIFICACIÓN.....	8
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10

CAPÍTULO 2 - MARCO TEÓRICO

2.1 Salud Materna	11
2.2 Salud sexual y reproductiva	11
2.3 Interculturalidad y diversidad cultural.....	13
2.4 Embarazo, parto y postparto en la población ecuatoriana	14
2.5 Ciclo reproductivo de la mujer	16
2.6 Fisiología del embarazo, parto y postparto	17
2.6.1 Embarazo.....	17
2.6.2 Parto	18
2.6.2.1 Fase 1. Inicio clínico del parto.....	18
2.6.2.2 Fase 2. Descenso Fetal	18
2.6.2.3 Fase 3. Expulsión de la placenta y membranas	18
2.6.2.4 Fase 4. Fase latente y activa	19
2.6.3 Postparto.....	19
2.7 Interculturalidad y diversidad cultural en el ámbito del embarazo, parto y postparto en el área urbana y rural	20
2.7.1 Aspectos culturales entorno a la salud sexual y reproductiva de la mujer	21
2.7.2 Aspectos culturales durante el embarazo, parto, postparto y del recién nacido	22
2.8 Sistemas médicos andinos.....	32
2.9 Paradigma biomédico	37
2.10 Barreras de los sistemas médicos andinos.....	39
2.11 Paradigmas culturales que giran en torno al embarazo, parto y postparto.....	40
2.11.1 Sistema tradicional Médico Andino.....	42
2.12 Localización de la zona del estudio	43
2.12.1 Ubicación y Accesibilidad.....	43
2.12.2 Características de la población.....	44
2.13 Características De La Salud en Tolontag	47

CAPÍTULO 3 – METODOLOGÍA

3.1 Descripción metodológica	49
3.2 Aspectos Bioéticos	50
3.2.1 Estratificación e identificación de los participantes.....	52
3.3 Tipo de estudio	65
3.4 Investigación CAP cualitativo (Conocimiento, actitudes y prácticas)	65
3.5 Estrategia cualitativa	66
3.5.1 Entrevistas semiestructuradas	66
3.5.2 Historias de vida	66

3.6 Universo y selección de informantes	67
3.6.1 Selección de informantes	70
3.6.2 Criterios de inclusión y exclusión	71
3.7 Variables cualitativas	71
3.8 Limitaciones de la investigación	75

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS

4.1 Visión y pensamiento cultural del embarazo, parto, posparto y cuidado del recién nacido en la Comunidad de Tolontag	77
4.1.1 Miedos y Certezas durante el embarazo parto, posparto y cuidado del recién nacido....	78
4.1.2 Cuidados en el embarazo, parto y posparto.....	86
4.1.3 Plantas medicinales utilizadas durante el embarazo, parto y postparto.....	90
4.2 Factores psicosociales que influyen en el embarazo, parto y posparto en la Comunidad de Tolontag	95
4.2.1 Aspectos culturales entorno al machismo	97
4.2.2 Aspectos religiosos y creencias culturales	100
4.2.3 Limitaciones socioeconómicas	104
4.2.4 Acceso a la educación y trabajo	107
4.2.5 Pensamientos culturales que giran en torno al rango de edad	110
4.2.6 Anticoncepción	115
4.3 Complicaciones en el embarazo parto y posparto en la Comunidad de Tolontag.....	117
4.3.1 Preeclamsia	119
4.3.2 Parto Pretérmino	123
4.3.3 Hemorragia Posparto	127
4.3.4 Malestar Postparto (Sobreparto).....	131
4.4 Conocimiento, actitudes y prácticas de parteras y médicos	134
4.4.1 Controles prenatales, postnatales.....	134
4.4.1.1 Prácticas complementarias entre el sistema biomédico y sistema médico ancestral.....	136
4.4.1.2 Diferencias de la atención integral de la embarazada en el sistema médico y el tradicional	142
4.4.2 Cuidado, control del recién nacido y lactancia materna.....	147
4.4.2.1 Semejanzas entre sistema biomédico y sistema médico andino en el cuidado del recién nacido y lactancia materna	148
4.4.2.2 Diferencias entre sistema biomédico y sistema médico andino del recién nacido	152

CAPÍTULO 5 – CONCLUSIONES

5.1 Elementos que construyen y no construyen salud materna y del recién nacido en la Comunidad de Tolontag	156
5.1.1 Cuidados en el embarazo.....	158
5.1.2 Cuidados durante el parto y puerperio.....	162
5.1.3 Cuidados del Recién Nacido	163

CAPÍTULO 6 – RECOMENDACIONES	164
---	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	168
---	-----

INDICE ANEXOS

Entrevistas semiestructuradas para pacientes	185
Entrevistas semiestructuradas para familiares	186
Entrevistas semiestructuradas para parteras	187
Entrevistas semiestructuradas para el médico	188
Guía Historia de vida	189
Consentimiento informado	190

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1: Fase latente y activa del parto</i>	19
<i>Figura 2: Sistemas clasificatorios en la medicina tradicional</i>	33
<i>Figura 3: Especialidades del sistema andino</i>	34
<i>Figura 4: Autoidentificación según cultura y costumbres</i>	45
<i>Figura 5: Mapa Parlante de Tolontag</i>	47
<i>Figura 6: Centro de salud de Tolontag</i>	48
<i>Figura 7: Centro médico Jambí Huasi</i>	48
<i>Figura 8: Árbol de indicadores cualitativos</i>	74
<i>Figura 9: Miedos durante el embarazo parto, posparto</i>	78
<i>Figura 10: Certezas durante el embarazo parto, posparto</i>	79
<i>Figura 11: Giddens Miedos y Certezas durante el embarazo, parto, posparto</i>	85
<i>Figura 12: Cuidados en el embarazo, parto y posparto</i>	86
<i>Figura 13: Giddens Cuidados en el embarazo parto y posparto</i>	89
<i>Figura 14: Plantas medicinales utilizadas durante el embarazo, parto y postparto</i>	90
<i>Figura 15: Giddens Plantas medicinales utilizadas durante el embarazo, parto y posparto</i>	95
<i>Figura 16: Aspectos culturales entorno al machismo</i>	97
<i>Figura 17: Giddens Aspectos culturales entorno al machismo</i>	99
<i>Figura 18: Aspectos religiosos y creencias culturales</i>	100
<i>Figura 19: Giddens Aspectos religiosos y creencias culturales</i>	103
<i>Figura 20: Limitaciones socioeconómicas</i>	104
<i>Figura 21: Giddens Limitaciones socioeconómicas</i>	106
<i>Figura 22: Acceso a la educación y trabajo</i>	107
<i>Figura 23: Giddens Acceso a la educación y trabajo</i>	109
<i>Figura 24: Pensamientos culturales que giran en torno al rango de edad</i>	110
<i>Figura 25: Giddens Pensamientos culturales que giran en torno al rango de edad</i>	114
<i>Figura 26: Anticoncepción</i>	115
<i>Figura 27: Giddens Anticoncepción</i>	117
<i>Figura 28: Preeclampsia</i>	119
<i>Figura 29: Giddens Preeclampsia</i>	122
<i>Figura 30: Parto Pretérmino</i>	123
<i>Figura 31: Clasificación del recién nacido</i>	124
<i>Figura 32: Giddens Parto Pretérmino</i>	126
<i>Figura 33: Hemorragia Posparto</i>	127
<i>Figura 34: Giddens Hemorragia Posparto</i>	130
<i>Figura 35: Malestar Posparto (Sobrepardo)</i>	131
<i>Figura 36: Giddens Malestar Posparto (Sobrepardo)</i>	133

<i>Figura 37: Prácticas complementarias entre el sistema biomédico y sistema médico ancestral</i>	136
<i>Figura 38: Giddens Prácticas complementarias entre el sistema biomédico y sistema médico ancestral</i>	141
<i>Figura 39: Diferencias de la atención integral de la embarazada en el sistema médico y el tradicional</i>	142
<i>Figura 40: Giddens Diferencias de la atención integral de la embarazada en el sistema médico y el tradicional</i>	147
<i>Figura 41: Semejanzas entre sistema biomédico y sistema médico ancestral en el cuidado del recién nacido y lactancia materna</i>	148
<i>Figura 42: Giddens Semejanzas entre sistema biomédico y sistema médico ancestral en el cuidado del recién nacido y lactancia materna</i>	151
<i>Figura 43: Diferencias entre sistema biomédico y sistema médico ancestral del cuidado del recién nacido y lactancia materna</i>	152
<i>Figura 44: Giddens Diferencias entre sistema biomédico y sistema médico ancestral del cuidado del recién nacido y lactancia materna</i>	155

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Diferencias en los aspectos culturales durante el embarazo, parto, postparto y cuidado del recién nacido</i>	23
<i>Tabla 2. Prácticas complementarias en los aspectos culturales durante el embarazo, parto, postparto y cuidado del recién, un abordaje desde el sistema biomédico y sistema tradicional andino</i>	28
<i>Tabla 3. Caracteres de los participantes</i>	52
<i>Tabla 4. Descripción de la selección de informantes</i>	68
<i>Tabla 5. Variables Cualitativas</i>	72
<i>Tabla 6. Miedos y Certezas durante el embarazo parto, posparto y cuidado del recién nacido</i>	80
<i>Tabla 7. Plantas medicinales y sus usos en la comunidad de Tolontag</i>	91
<i>Tabla 8: Prácticas complementarias entre el sistema biomédico y sistema médico ancestral</i>	137
<i>Tabla 9: Diferencias de la atención integral de la embarazada en el sistema médico y el tradicional tenemos</i>	144
<i>Tabla 10: Semejanzas en el cuidado, control del recién nacido y lactancia materna</i>	150
<i>Tabla 11: Diferencias entre sistema biomédico y sistema médico ancestral del recién nacido</i>	153

RESUMEN

La interculturalidad y diversidad cultural juegan un rol importante para la salud de la madre y del recién nacido ya que abarca costumbres, tradiciones y creencias heredadas a lo largo del tiempo, que pueden o no coexistir con el desarrollo urbano. Las diversas condiciones en torno al tema de la salud y la interculturalidad han hecho que se hablen de dos sistemas de salud, enfocados en una medicina tradicional y/o ancestral y una medicina biomédica que permanecen en constante tensión.

El estudio fue realizado en Tolontag, una comunidad que se encuentra localizada a 2 horas de la ciudad de Quito, dicha comunidad se destaca por mantener un intercambio cultural rural-urbano, y que a pesar de esto han sabido preservar costumbres y tradiciones ancestrales que se evidencian profundamente enraizadas durante el embarazo, parto, postparto y cuidado del recién nacido.

Objetivo: Describir y analizar la diversidad cultural e interculturalidad en el contexto del embarazo, parto, posparto y del cuidado del recién nacido en la comunidad de Tolontag-Quito.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal con la implementación de una investigación tipo CAP cualitativo (Conocimientos, actitudes y prácticas). Estableciendo una cercanía mediante entrevistas semiestructuradas e historias de vida, utilizando criterios de inclusión y exclusión, revisión bibliográfica, y datos obtenidos en el Centro de Salud. Se incluyó un consentimiento informado para quienes aceptaron la participación, de todo lo obtenido se realizó un análisis descriptivo e interpretativo de la información obtenida mediante audios con la posterior textualización, se asignó códigos alfanuméricos a cada participante para proteger su identidad.

Resultados: Este estudio etnográfico fue posible conocer durante el período 2022-2023 en la comunidad de Tolontag, donde la interculturalidad y diversidad cultural fue el pilar importante durante nuestra investigación, las creencias de cada individuo, familia y personal de salud fueron fundamentales para determinar las actitudes y prácticas a realizar en el ámbito individual y comunitario. Se trabajó con un total de 80 participantes, las cuales se dividen en 45 participantes en el grupo de las gestantes, y 35 participantes divididos en familiares, personal de salud y parteras. Del grupo de las madres gestantes y en base a criterios de inclusión y

exclusión pertenecen a los rangos de edad de 18-45 años de edad, con números equiparables de auto identificación indígena y mestiza, el grupo determinado de participantes nos permitió tener una visión amplia de la interculturalidad durante el embarazo, parto, postparto y cuidado del recién nacido. En la etapa del embarazo y puerperio existe una predominancia del sistema médico andino. Sin embargo, el parto y cuidado del recién nacido destaca la participación del sistema biomédico, es decir, ambos sistemas están en complemento durante todo el proceso reproductivo de la mujer, existen brechas aún entre los dos sistemas por diversos factores socioculturales han predispuesto a una elección mayor de un sistema sobre otro, pero no la exclusión total de uno de ellos.

Conclusiones: La interculturalidad en el contexto de la salud materna va ligada al desarrollo urbano sobre el rural, se entiende que el intercambio de costumbres y tradiciones de cada sector permite que las personas adopten una idea con respecto a sus costumbres y tradiciones, durante el embarazo, parto, postparto y cuidado del recién nacido en las comunidades rurales, mantienen parte de sus raíces de pertenencia cultural y ancestral en donde ha permitido que un sistema tradicional andino destaque en procesos marcados durante este evento reproductivo de la mujer. Sin embargo, un sistema biomédico se ha ido incorporando también en este evento de la mujer y su familia, por lo que ambos sistemas mantienen una asociación entre los pobladores de una comunidad, destacando uno sobre el otro, pero nunca con la completa ausencia de un sistema. Sin embargo, se han perdido costumbres y tradiciones a lo largo del tiempo, ambos sistemas han permitido evidenciar que costumbres construyen y no construyen salud.

Palabras Clave: Embarazo, Parto, Posparto, Cuidado del Recién Nacido, Interculturalidad, Sistema biomédico, Sistema tradicional Andino, Costumbres, Tradiciones.

ABSTRACT

SUMMARY

Interculturality and cultural diversity play an important role for the health of the mother and the newborn, since it encompasses customs, traditions and beliefs inherited over time, which may or may not coexist with urban development. The various conditions surrounding the issue of health and interculturality have led to talk of two health systems, focused on traditional and/or ancestral medicine and biomedical medicine that remain in constant tension.

The study was carried out in Tolontag, a community that is located 2 hours from the city of Quito, this community stands out for maintaining a rural-urban cultural exchange, and that despite this they have managed to preserve ancestral customs and traditions that are deeply rooted during pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care.

Objective: Describe and analyze cultural diversity and interculturality in the context of pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care in the community of Tolontag-Quito.

Methodology: A descriptive, observational and cross-sectional study was carried out with the implementation of a qualitative CAP research (Knowledge, attitudes and practices). Establishing a closeness through semi-structured interviews and life stories, using inclusion and exclusion criteria, bibliographic review, and data obtained at the Health Center. An informed consent was included for those who accepted participation, a descriptive and interpretative analysis of the information obtained through audios with subsequent textualization was carried out from everything obtained, alphanumeric codes were assigned to each participant to protect their identity.

Results: This ethnographic study was possible to know during the period 2022-2023 in the Tolontag community, where interculturality and cultural diversity was the important pillar during our research, the beliefs of each individual, family and health personnel were essential to determine the attitudes and practices to be carried out at the individual and community level. We worked with a total of 80 participants which were divided into 45 participants in the group of pregnant women, and 35 participants divided into family members, health personnel and midwives. From the group of pregnant mothers and based on inclusion and exclusion criteria

they belong to the age ranges of 18-45 years of age, with comparable numbers of indigenous and mestizo self-identification, the determined group of participants allowed us to have a broad vision of interculturality during pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care. In the stage of pregnancy and puerperium there is a predominance of the Andean medical system. However, the delivery and care of the newborn highlights the participation of the biomedical system, that is, both systems are complementary throughout the reproductive process of the woman, there are still gaps between the two systems due to various sociocultural factors that have predisposed to a choice of one system over another, but not the total exclusion of one of them.

Conclusions: Interculturality in the context of maternal health is linked to urban development over rural development, it is understood that the exchange of customs and traditions of each sector allows people to adopt an idea regarding their customs and traditions during pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care in rural communities, maintain their roots of cultural and ancestral belonging a lot, where it has allowed a traditional Andean system to stand out in marked processes during this reproductive event of women. However, a biomedical system has also been incorporated into this event of the woman and her family, so both systems maintain an association between the inhabitants of a community, standing out one over the other but never with the complete absence of a system. However, custom and traditions have been lost over time, both systems have made it possible to show that custom builds and does not build health.

Keywords: Pregnancy, Childbirth, Postpartum, Newborn Care, Interculturality, Biomedical System, Traditional Andean System, Customs, Traditions.

GLOSARIO

(Definiciones brindadas por los participantes de la comunidad de Tolontag)

A:

Antojos: Dolores de inicio de parto, cuando las madres tienen ganas de comer algo y no les dan empiezan los dolores que puede generar un parto pre término.

C:

Cabresto: Cuerda o reata que se amarra de la barbada del freno de un caballo, una mula, etc, para llevarlo o asegurarlo.

Cunga: Tela de forma triangular que se pone a los niños recién nacidos en los hombros o para cuando una persona tiene un problema dental o paperas.

E:

Encaderar: Práctica que realizan las parteras después del parto para que las caderas de la mujer vuelvan a su sitio y de esta manera ella pueda realizar las actividades con normalidad que realizaba antes del embarazo.

F:

Fajar: Práctica que realizan los recién nacidos para que crezcan más fuertes.

Fregar: práctica que consiste en aplicar masajes con fuerza para cambiar la posición del bebé y que encaje correctamente.

J:

Jambi huasi: es una expresión de origen kichwa; *jambi* significa 'curación' y *huasi*, 'casa'.

M:

Mal Aire: Cuando van a lugares muy pesados como el páramo, algo que sólo la partera puede curar.

O:

Otredad: es el resultado de un proceso filosófico, psicológico, cognitivo y social a través del cual un grupo se define a sí mismo, crea una identidad y se diferencia de otros grupos. Bajo este contexto, la identidad y la otredad van de la mano.

P:

Partera: Persona que ayuda en el embarazo, parto y posparto con prácticas tradicionales y naturales.

S:

Sacar el Frío: Envolverse la barriga y tomarse aguas aromáticas ayuda a sacar el frío y de esa manera evitar que se adelante el parto o que se tenga un parto doloroso.

Sobre-Parto: Dolores de parto, pero más intensos que se dan después del parto por no cuidarse del frío o por hacer una actividad que es muy brusca.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La presente investigación busca indagar cuáles son las implicaciones que tiene la diversidad cultural e interculturalidad en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el embarazo, parto, posparto y un cuidado del recién nacido en la comunidad de Tolontag y como esto construye salud tanto materna como en el recién nacido.

El objetivo principal busca describir los conocimientos sobre el cuidado materno y del recién nacido con el fin de indagar si las prácticas tanto de la parte indígena como de la parte mestiza construyen o no salud. Además, se pretende analizar y así tener una visión intercultural, es decir, buscar las semejanzas y diferencias que tienen las dos poblaciones para construir y contribuir a la salud materna y del recién nacido a pesar de no ser las mismas costumbres y tradiciones.

Por lo cual enfatizamos que, el bienestar de la madre en las comunidades, abarca el control de la gestante hasta culminar el embarazo, se aborda de manera integral con enfoques en derechos humanos, igualdad entre ambos géneros y además desde un punto de vista intercultural. El objetivo de abordar la salud materna con estos enfoques, es que se alcance el nivel más alto de bienestar, para que las mujeres puedan experimentar una maternidad agradable, considerando que para cierto grupo de mujeres que pertenecen a comunidades, el embarazo es una situación de fragilidad y riesgo. (Cruz, F. 2021).

La investigación propuesta se realizó en la comunidad de Tolontag que se encuentra localizada a 2 horas de la ciudad de Quito, dicha comunidad se destaca por mantener un intercambio cultural rural-urbano. Además, el tiempo de trabajo de campo y recolección de datos tomó alrededor de 9 meses lo cual nos permitió recopilar información, acercarnos y conocer a la comunidad para dar un mejor seguimiento y de esto modo logramos que la información sea más detallada y fiable.

El texto cuenta con seis capítulos, el primero nos comparte títulos, objetivos, introducción, justificación y pregunta de investigación la cual será respondida al finalizar el escrito. El segundo capítulo corresponde al marco teórico que abarca la visión biomédica de los temas estudiados y también su enfoque socio antropológico. El tercer capítulo explica la metodología de cómo se desarrolló el tema de investigación.

El cuarto capítulo explica los resultados obtenidos en la investigación en donde se destaca la visión y pensamiento cultural del embarazo, parto, posparto y cuidado del recién nacido en la Comunidad de Tolontag, los factores psicosociales que influyen en el embarazo, parto y posparto las complicaciones en el embarazo parto y posparto en la Comunidad de Tolontag y por último los conocimientos, actitudes y prácticas de parteras y médicos dentro de la comunidad. En el quinto capítulo se encuentran las conclusiones de nuestro trabajo y por último el capítulo seis donde se desarrollan las recomendaciones propuestas por el equipo investigador.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo influye la diversidad cultural e interculturalidad en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el embarazo, parto y posparto y cuidado del recién nacido en la comunidad de Tolontag?

JUSTIFICACIÓN

La interculturalidad juega un rol importante en la salud materna y del recién nacido, ya que abarca costumbres, tradiciones y creencias heredadas a lo largo del tiempo. Ecuador se ha caracterizado por ser un país multicultural donde coexisten un sin número de culturas divididas por prácticas, climas y espacios geográficos. Sin embargo, en la actualidad hay una diferencia cultural bastante marcada entre el mestizaje y las comunidades indígenas, siendo más notorio en etapas de la vida como la niñez, edad reproductiva de la mujer y la vejez.

En el contexto de la salud materna, la interculturalidad juega un rol fundamental para la salud de la madre y del recién nacido ya que abarca costumbres, tradiciones y creencias heredadas a lo largo del tiempo, que pueden o no coexistir con el progreso urbano. Las diversas condiciones en torno al tema de la salud y la interculturalidad han hecho que se hablen de dos sistemas de salud, enfocados en una medicina tradicional y/o ancestral y una medicina biomédica.

Según el autor Campos Navarro, (2016) la medicina tradicional tiene un enfoque diferente en cuanto al proceso de gestación en la mujer, a diferencia del sistema biomédico preferido en la zona urbana, en la zona rural la partera toma un papel importante en el cuidado de la mujer embarazada y en el posparto, ya que la salud es tomada en cuenta también en un contexto social y cultural, por lo que la comunidad también acude a la medicina tradicional cuando se presentan desordenes psicosomáticos, síndromes de filiación cultural, el proceso de la gestación etc.

Los comportamientos, actitudes y prácticas frente a diferentes ideologías podrían repercutir en la salud materno fetal, sobre todo cuando se interviene o no con la medicina moderna o una ancestral.

Los prestadores de servicio de salud tienen el rol fundamental de plantearse estrategias que ayuden a cambiar las relaciones negativas entre las instituciones y usuarios, con estrategias de interculturalidad que permita a los trabajadores de la salud entender y reconocer los saberes y prácticas ancestrales para brindar una mejor atención en salud a la mujer. (Campos Navarro, R. 2016).

Existen aún comunidades que padecen las inferencias de las desigualdades existentes en la salud, y a pesar de que se tiene el conocimiento los informes obtenidos de algunas comunidades indígenas y nativas, dan a evidenciar la desigualdad permanente en comparación al resto de la población. La salud materna es un determinante importante, aún más si la tasa de fecundidad llega aproximadamente un 50 % mayor que la población en general, y a pesar de esto se podría decir que el proceso de la gestación y postparto recibe una atención deficiente, desigual y sin pertinencia cultural. (Organización Panamericana de la Salud. 2017).

Actualmente en la provincia de Pichincha, trascienden comunidades indígenas que han logrado convivir a la urbanización a pesar de vivir en zonas rurales, y que aún conservan costumbres tradicionales de su localidad como en la comunidad de Tolontag. Es de tal importancia describir cuales son las implicaciones del mestizaje y encontrar qué costumbres persisten y las que se han perdido por la coexistencia social entre el mestizaje y las comunidades indígenas.

Debido a la complejidad del tema de la salud y la interculturalidad, es motivo suficiente para buscar soluciones en donde se aborde desde diversos puntos de vista, enfocados en el respeto, reconocimiento y mejoramiento de la salud.

Existen motivos para que el personal médico cambie sus conductas en el contexto de la salud en las comunidades indígenas, ya que en la mayoría de los casos por parte del personal de salud se ignora completamente el contexto cultural y social de la población indígena. A pesar de que los prestadores de salud trabajan en zonas indígenas, no tienen claro el concepto de salud-enfermedad que manejan estas comunidades, sumado a esto la falta de comunicación y confianza entre los pobladores y el personal médico crea una brecha en la que la medicina occidental descalifica los saberes y prácticas ancestrales comúnmente usadas en procesos de salud y enfermedad. (Campos Navarro, R. 2016).

OBJETIVO GENERAL:

Describir y analizar la diversidad cultural e interculturalidad en el contexto del embarazo, parto, posparto y cuidado del recién nacido en la comunidad de Tolontag-Quito.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Analizar cómo la diversidad cultural e interculturalidad influyen en la salud materna durante el embarazo.
2. Identificar los conocimientos, prácticas y vivencias entre la medicina tradicional y la medicina biomédica durante el parto.
3. Describir cómo las prácticas tradicionales del posparto y cuidados del recién nacido contribuyen a la salud materno-neonatal.

CAPÍTULO II

2.1 Salud materna

Según la OMS. (2019). Para hablar de la salud materna con perspectiva hacia el embarazo, parto y posparto se debe tomar en cuenta todos los aspectos de la salud en la mujer. Generalmente la maternidad es una experiencia vista de manera positiva, aunque existen mujeres que lo asocian a un evento doloroso que puede desencadenar su muerte.

2.2 Salud sexual y reproductiva

El término de salud sexual y reproductiva se asocia a la facultad de una persona de vivir plenamente su vida sexual sin exponerse a riesgos de procrear. Además, de tener la autonomía para poder elegir si hacerlo o no hacerlo. Este derecho se basa en el reconocimiento de la libertad que tienen las parejas y personas a decidir el número de hijos que desea tener en determinado tiempo e intervalo entre los mismo, y a disponer de todos los medios informativos para tomar una decisión consciente y acertada y de esta manera tener el derecho de alcanzar el nivel más alto de salud sexual y reproductiva para la mujer y su pareja. (Ministerio de Salud Pública. 2021).

En la década posterior a la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo, se llegó a un mejor entendimiento sobre la sexualidad y el comportamiento humano, dando el espacio e importancia que merece para la salud a nivel mundial. Se llegó a esta conclusión debido a la gran carga que representan las elevadas tasas de morbilidad derivadas de una pobre concientización de la salud sexual, en donde destaca la infección por el virus de la inmunodeficiencia (VIH) y otras enfermedades de transmisión sexual, más embarazos no planificados que derivan en abortos que se realizan en condiciones de alto riesgo para la mujer. Asimismo, al hablar del género femenino se incluyen otros factores asociados como por ejemplo la violencia de género, por lo que es imperante aumentar la concientización sobre los efectos negativos del estigma y la discriminación ante un tema de gran importancia para la salud a nivel mundial como lo es la salud sexual y reproductiva. (OMS. 2015).

En nuestro país, el Ministerio de Salud Pública ha gestionado 2 modelos de estrategias para adecuar según el grado de importancia que tiene el tema de la salud sexual y reproductiva mencionadas a continuación:

- **Doble Protección:** Que consiste en proporcionar suficiente información al individuo acerca de las infecciones de transmisión sexual (ETS) entre las que se encuentra el VIH/SIDA, a la vez evitar un embarazo no deseado o no planificado y dentro de la información como cuidarse para evitar estas afecciones y de este modo que puedan tener una vida sexual plena y saludable.
- **Planificación Familiar:** Informa de manera oportuna y completa sobre los métodos y herramientas anticonceptivas que permiten planificar un embarazo siendo un pilar importante para vivir una salud sexual y reproductiva plena y adecuada. (Ministerio de Salud Pública. 2021).

La salud sexual y reproductiva está determinada por factores externos a cada individuo, influidas por la cultura, condición socioeconómica y política. Para tener una práctica e intervenciones en cuanto a la salud sexual y reproductiva es importante entender el entorno y el contexto del individuo por lo que es importante diseñar un programa para mejorar la salud sexual y esto dependerá del avance de estas dimensiones. (OMS. 2015).

El personal de salud suele acoger una única postura y norma para reforzar las interacciones con los individuos. Sin embargo, es importante tomar en cuenta las normas culturales y sociales que coexisten con la sexualidad y que estas puedan afectar la salud sexual y la calidad de la misma. (OMS. 2015).

Es por todo esto, que, para una adecuada salud sexual y reproductiva las entidades de gobierno juegan un papel crucial en torno al tema, promoviendo, protegiendo o vulnerando los derechos de las personas relacionados con la salud sexual y reproductiva.

El marco legal y normativo puede ser usado como un apoyo para las personas que se han sentido vulnerados en sus derechos en algún punto, por lo que pueden utilizar como una herramienta para que se siga un lineamiento justo y los procesos sean transparentes y de esta manera mejorar la salud sexual en la población en general. (OMS. 2015).

Adicionalmente, la ley ecuatoriana en el 2014, Artículo 1 menciona y recalca el cuidado y la gratuidad de la maternidad y la atención a la infancia por lo que todas las mujeres gestantes tienen derecho a recibir una atención de calidad, gratuita y equitativa antes, durante y después del embarazo. Así también, asesoría en la planificación familiar para una vida sexual y reproductiva sana y plena, además de una atención al recién nacido ya que la salud de los niños menores de 5 años es responsabilidad del estado. (Comisión de legislación y codificación, 2014).

2.3 Interculturalidad y Diversidad Cultural

Para entender la palabra interculturalidad, debemos saber que hay un requisito previo para darle una definición acertada, y esto se logra a través del intercambio de varias culturas ya identificadas previamente para que haya un reconocimiento, y que esto conlleve a diferenciar a un grupo humano de otros para que puedan crear una identidad única y distintiva. (Salaverry, 2010).

La diversidad cultural y la interculturalidad tienen un rol fundamental en la salud ecuatoriana. El Ecuador es un país multicultural debido a sus tradiciones y la mezcla de las mismas y cómo se relacionan entre sí. Además, incluye factores externos como políticos, sociales, económicos, que nos permite ser un país inclusivo reconociendo las diferencias y similitudes en la población ecuatoriana.

Según, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Organización mundial de la salud (OMS) (2017) menciona que la interculturalidad es un proceso social interactivo de reconocimiento que es indispensable para formar una sociedad justa en un entorno político, social, cultural, etario, lingüístico, de género y generacional. También la diversidad cultural se entiende como un estado donde puede resaltar diversas expresiones culturales propias o que se han ido pasando de generación en generación, tradiciones diferentes que pueden coexistir armónicamente y que además dan un aporte distinto y único que suscite a lo largo de los años.

2.4 Embarazo, parto y posparto en la población ecuatoriana

Según, el Journal of American Health (2018), En nuestro país, existe aún un porcentaje de mujeres gestantes que van a cursar con una complicación que pone en riesgo la calidad de su embarazo e incluso su vida, Esto se atribuye en un promedio de 300.000 nacimientos al año, es decir que el número de mujeres afectadas corresponde al 15% en este período.

Durante el 2020 ocurrieron 180 muertes maternas, muchas de ellas por causas que pudieron prevenirse. Además, se menciona que en el 2018 se reportaron 1.990 muertes de recién nacidos, la cifra más alta en los últimos diez años. Para cambiar esta realidad, los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMyN), busca mejorar la calidad de atención de las mujeres embarazadas durante el control prenatal, el parto y el posparto para reducir los índices de muerte materna y neonatal en el país. (Castro. A. 2021).

Los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMyN) mencionan estrategias más amigables para la gestante y el recién nacido, para aminorar el evento traumático de este proceso por lo cual se destaca la importancia de la lactancia materna, apego precoz al nacimiento, parto humanizado entre otras.

El significado de parto con respeto o lo que también se denomina como parto humanizado, es la capacidad de entender la vulnerabilidad y el privilegio que tiene la mujer para dar a luz y como debe ser respetado el tiempo fisiológico de cada mujer, con el objetivo de que el momento del parto sea un espacio seguro y familiar donde la mujer se sienta cómoda y tanto ella como su bebé sean los protagonistas y el nacimiento sea lo más natural posible. (Damas, 2018).

La gran importancia además de los beneficios del parto humanizado le dan derecho a la mujer para que exponga su plan de parto en donde se presenta un documento donde se expresa sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas con respecto al parto y además se contempla quién puede estar presente, el lugar de preferencia así como también la posición de elección y el manejo del dolor, que usar y qué no usar, también es importante rescatar que aquí se decide que se hace o que no se hace con el neonato. (Macías, M., et al. 2018).

Según Ledesma, (2023). Precisar el significado de violencia obstétrica es determinante, debido que comprende y engloba creencias y prácticas culturales, además de la religión que influyen sobre el proceso de gestación, el autor menciona que estos factores ya descritos previamente influyen sobre un parto doloroso, es decir, que la mujer tiene las ideas preconcebidas que debe sufrir al momento de llegar al parto. Por tal motivo, la implementación de la ley ecuatoriana donde se menciona el significado de violencia obstétrica en el 2018, Art.10 refiere que es toda acción en la que no se respete y perjudique el derecho de la mujer gestante o a que no reciba una atención adecuada en salud ginecológica u obstétrica.

Según Ledesma (2023), Ecuador actualmente cuenta con leyes que favorecen a la mujer en período de gestación, en la cual reivindica su apropiación corporal como práctica. Es parte de la ley sobre parto humanizado, que ha tenido el objetivo de reducir los partos por cesárea y que se fomente un parto natural donde la experiencia sea agradable para la madre y su bebé.

Según Villa (2012), Las brechas culturales que existen aún en la sierra ecuatoriana sobre las condiciones en las que se atiende el parto, evidencian discrepancias marcadas como es la cantidad de luz, privacidad, costumbres de higiene entre otras. Además, la diferencia de vestiduras, aseo del cuerpo, alimentación durante todo el proceso de gestación y el parto, la posición de preferencia de la mujer a la hora de dar a luz, compartir el momento con un familiar o sola, la falta de comprensión por el personal de salud de todos los factores ya mencionados, así también como el desconocimiento de las costumbres de los mismos, como es el manejo de la placenta, hace que haya una falta de atención respetuosa y de calidad.

Durante el año 2008, en Ecuador se estableció una Normativa de Atención de Parto Vertical, con la finalidad de que se empiece a regular a todos los establecimientos de salud en los que se propuso implementar el reconocimiento, respeto y promoción de la medicina tradicional y alternativa enfocada al embarazo, parto y posparto. (Constitución Política de la República del Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Art. 44. 2008).

Es indispensable que se genere una atención de calidad, respetuosa y de pertinencia intercultural en las unidades de atención del parto ya sea en el 1er y 2do nivel. La infraestructura y el equipamiento de los centros de salud han sido renovados para generar un ambiente más familiar y cálido donde las mujeres se sientan confortables y seguras al momento de dar a luz.

Cabe recalcar que en los ambientes no hospitalarios permiten que la mujer tenga la opción de escoger una postura diferente para dar a luz, además que las prácticas integrales del parto como el apego materno en la primera hora de vida, el pinzamiento oportuno del cordón umbilical hace que el recién nacido tenga un vínculo materno adecuado y temprano. (MSP. 2020).

2.5 Ciclo reproductivo de la Mujer

Según Zanin, (2011). El ciclo reproductivo de la mujer comienza desde la primera menstruación lo que se conoce también como menarquia y va hasta cuando desaparece definitivamente conocido como menopausia, las mujeres que no han fecundado tienen una serie de cambios en sus ciclos menstruales los cuales son secuenciales tanto en los ovarios como en el útero, estos ciclos constan de 28 días los mismos que implican tanto la preparación de un ovocito, la salida de este y la adecuada preparación del endometrio para recibir a este en caso de que se genere una fertilización.

Por lo cual el ciclo femenino consta de 2 procesos que se efectúan al mismo tiempo como lo explica, Según Zanin. (2011):

- Primero, se entiende que el ciclo ovárico va a ser un proceso en el que un folículo ha completado su proceso de maduración y continua con la expulsión de un ovocito.
 - El ciclo ovárico se subdivide en tres fases las cuales son: la fase folicular, la ovulación y la fase lútea.
- El segundo proceso denominado ciclo menstrual, tiene como objetivo en la mujer preparar un ambiente adecuado para que el ovocito expulsado tenga las condiciones óptimas, y que si en caso de no ser fertilizado sea eliminado.

Si el óvulo no es fecundado este proceso se repite cada mes, pero si el óvulo es fecundado se produce el embarazo.

Fecundación:

Por otro lado, como ya se mencionó anteriormente en caso de que el óvulo se fecunde con el espermatozoide y que no tenga ningún impedimento como los métodos anticonceptivos, se produce la fecundación de la siguiente manera como lo explican.

Según Zanin, (2011):

1. Primero los espermatozoides van a seguir un camino hasta llegar a las trompas de Falopio
2. Una vez que los espermatozoides han llegado a su destino, de los miles solamente una pequeña cantidad podrá llegar al óvulo y solamente uno con el material genético óptimo y de mejores características atravesará la membrana plasmática del óvulo para fecundarlo.
3. Finalmente, cuando se ha dado la fecundación del óvulo, adquiere autonomía como una nueva célula la cual consta de 46 cromosomas que resulta de la unión entre el óvulo y el espermatozoide, el cual se la denomina cigoto. El mismo que inicia un proceso para implantarse en el útero para dar paso a la formación del embrión que posteriormente será conocido como feto.

2.6 Fisiología del Embarazo, parto y postparto

2.6.1 Embarazo

El embarazo es un proceso fisiológico que se presenta en la etapa reproductiva de la mujer. La etapa reproductiva de la mujer comienza desde el momento de la menarquia y se termina en la menopausia.

Según la revista Cubana de Obstetricia y Ginecología (2012). El proceso de fecundación y el inicio del embarazo como tal, es cuando termina el proceso de implantación y el blastocito comienza a adherirse a la pared uterina, lo que toma alrededor de 5to a 6to día, después de esto atraviesa el endometrio e invade el estroma. La implantación termina a los décimo segundo a décimo sexto día después de la fecundación.

Según. F. Gary Cunningham et al. Williams Obstetricia, (2010). Las mujeres que inician su embarazo por lo general van a presentar síntomas y pruebas ya sean de orina o sangre que confirman su proceso de gestación, se usa la prueba de (hCG, human chorionic gonadotropin). La madre gestante cursa una etapa que inicia con la concepción y terminará con el nacimiento del producto a término.

2.6.2 Parto

Según. F. Gary Cunningham et al. Williams Obstetricia, (2010). El momento del parto consiste en el inicio de las contracciones uterinas que deben ser de calidad, es decir, en frecuencia y en intensidad esto favorece a la dilatación cervical, lo que facilita que el feto pueda descender por el canal de parto, además durante las 36-38 semanas de gestación el miometrio se encuentra preparándose al igual que el cuello uterino, el cual comienza la fase de remodelación, pero manteniendo la integridad estructural hasta el momento del parto. Como ya se mencionó antes al producirse esta actividad uterina prolongada se crea una fase de transición donde la falta de respuesta del miometrio y el cuello uterino experimenta maduración, borramiento y pérdida de cohesión estructural.

Según. F. Gary Cunningham et al. Williams Obstetricia, (2010). el trabajo de parto se divide en 3 fases.

2.6.2.1 Fase 1: (inicio clínico del parto)

- Se caracteriza porque se presentan contracciones uterinas
- Muchas mujeres van a presentar contracciones repentinas que dan inicio al parto, pero en otras ocasiones, se presenta de distinta forma como por ejemplo la pérdida de una pequeña cantidad de líquido teñido con sangre, al que se le conoce como la expulsión de tapón mucoso, que se encontraba en el canal cervical.

2.6.2.2 Fase 2: Segunda etapa: descenso fetal

En muchas madres primerizas la orientación y encajamiento de la cabeza logra iniciar antes de que pueda comenzar el parto. En el trabajo de parto se forma una curva hiperbólica típica cuando la cabeza fetal se traza en función de la duración del trabajo de parto, en este momento se describe el descenso del diámetro biparietal fetal en relación con una línea trazada entre las espinas isquiáticas de la madre.

2.6.2.3 Fase 3: expulsión de placenta y membranas

Después de la expulsión del producto, inmediatamente comienza la separación y expulsión de la placenta.

2.6.2.4 Fase latente y activa

Fase latente del trabajo de parto

La fase latente es el período del parto que transcurre entre el inicio de las contracciones uterinas regulares con modificación cervical hasta los 4 cm de dilatación. ¹	E - 1a
La duración es de aproximadamente 6,4 horas en la nulípara y 4,8 horas en las multiparas. ¹⁵	E - 1a

Fase activa del trabajo de parto

La fase activa es el período del parto que transcurre entre los 4 cm y los 10 cm de dilatación y se acompaña de dinámica regular.	R - A
La duración de la fase activa del parto es variable entre las embarazadas y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal. ^{18, 19, 20, 21, 22}	R - C
La duración de la fase activa del parto puede establecerse de la siguiente manera: - En las primíparas: 1. El promedio de duración es de 8 horas. 2. Es poco probable que dure más de 18 horas. - En las multiparas: 1. El promedio de duración es de 5 horas. 2. Es poco probable que dure más de 12 horas. ^{18, 19, 20, 21, 22} Para mejor control recordar que está determinado que en la fase activa el progreso es de 1,1 cm/hora en las mujeres nulíparas y de 1,3 cm/hora en las multiparas.	E-1a

Figura: 1

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica. 1ª Edición. (2015)

2.6.3 Posparto

Según, F. Gary Cunningham et al. Williams Obstetricia, (2010) Seguidamente al parto, comienzan una serie de cambios en el cuerpo de la mujer para que inicie el puerperio, primero para evitar la hemorragia sufre cambios a nivel del miometrio, el cual se mantiene contraído para que los grandes vasos sufran una trombosis en la luz y así controlar el sangrado, a nivel de las glándulas mamarias inicia la lactogénesis y finalmente la ovulación pasa por una Re-institución para el próximo embarazo, la ovulación se dará de acuerdo a varias condiciones como la duración de la lactancia materna, amenorrea mediada por la prolactina, etc. Pero en promedio se puede decir que la ovulación ocurrirá entre las cuarta y sexta semana después del parto.

2.7 Interculturalidad y diversidad cultural en el embarazo, parto y postparto en el área urbana y rural.

La interculturalidad, así como la diversidad cultural forman parte esencial en la maternidad de una mujer por lo cual al aprender un poco más de las raíces de donde provienen las mujeres nos podría orientar a darnos cuenta de las brechas culturales. Por tal motivo es importante crear espacios de encuentro ya que la interculturalidad se la entiende como una interacción de diferentes etnias, clases, sexos, religiones, comunidades, generaciones, etc. Todo esto forman diferentes representaciones y universos simbólicos. (Medina, A. 2006).

El Ecuador tiene medicina tradicional que provienen de raíces antiguas en las mismas que se menciona que la maternidad es un acontecimiento muy importante en la vida de una mujer tanto social, como reproductiva. Además, todas las fases en la gestación son estados de vulnerabilidad. Sin embargo, el que más destaca es el momento del parto por lo cual hay innumerables conocimientos, costumbres, rituales y prácticas culturales para poder entender de mejor manera este proceso y poder cuidar de mejor manera la vulnerabilidad de la mujer durante este acontecimiento. (CONASA, 2008).

Los pueblos indígenas cuentan con una visión y entendimiento de la salud-enfermedad única la cual es diferente al sistema biomédico. Para el entendimiento de lo que es la enfermedad y la salud se menciona que es un momento de desbalance entre los elementos principales refiriéndose a lo frío y caliente. (Dongo & Puente De La Vega, 2011).

La medicina tradicional también considera que la muerte tiene un plano espiritual importante en el que demuestra una continuidad de la existencia, por lo que al comparar con la fase del embarazo y el parto son vistos con profunda obediencia. (Medina & Mayca, 2006).

Según, Medina & Mayca, (2006). La cosmovisión indígena se destaca por ver al mundo como algo vivo, lo explican como un proceso de mutua relación entre el mundo y los seres vivos, que van desde las plantas hasta animales, cada uno de ellos emite una señal que confiere esta característica al mundo.

Los conocimientos y prácticas en la comunidad de la mujer hacen que a las parteras sean una pieza clave durante el cuidado del embarazo y del puerperio. Sin embargo, cada comunidad tiene una variedad amplia de entender la gestación y el posparto por lo mismo dentro del margen del respeto, diálogo y encuentro de conocimientos que pueda mejorar, la calidad de atención de la mujer y el neonato. (Ger, K. Tumbaco, S. 2017).

Según, Ger, K. Tumbaco, S. (2017) Mencionan que actualmente el Ministerio de Salud Pública a través de programas como lo son la Normativa de Medicina Intercultural, buscan dar un reconocimiento y recuperar los conocimientos y prácticas ancestrales, con el objetivo de capacitar y acreditar a los sabios de la medicina ancestral. Se produce esto a raíz de que se conoce que aun las prácticas ancestrales no son respetadas ni han recibido la atención integral adecuada en una realidad multiétnica y pluricultural.

2.7.1 Aspectos culturales en torno a la salud sexual y reproductiva de la mujer

En los centros de salud, la salud reproductiva es un conjunto de estrategias que permiten que se viva la sexualidad plenamente una de esas estrategias es la planificación familiar la cual como se menciona anteriormente ayuda para reducir el número de embarazos no deseados, así como también la planificación adecuada de embarazos deseados. Tener claro el concepto de la salud sexual y reproductiva ha ayudado a reconocer los rasgos culturales e individuales de cada mujer. Tener un cuidado adecuado en cuanto a la salud reproductiva da como resultado una salud sexual y reproductiva satisfactoria. (Family Care International. 2008).

También nos permite tener la opción de escoger el entorno cultural. La libertad cultural que nos muestra que tradiciones son perjudiciales y por el contrario cuales construyen salud según los estándares morales y éticos compartidos en la actualidad. (Family Care International. 2008)

Según. Family Care International. (2008). Para disfrutar el pleno derecho a la salud sexual y reproductiva, deben tener una base sobre los principios básico de igualdad, respeto y dignidad en que no se discrimine a ninguna persona fundado en los derechos humanos, lo que garantizará un acceso universal a los servicios de salud.

2.7.2 Aspectos culturales durante el embarazo, parto, postparto y del recién nacido

Según, Medina, A. Mayca, J. (2006). Hay ideologías, prácticas, costumbres y tradiciones que se efectúan durante el proceso de la gestación que corresponde a la cosmovisión andina de forma holística y atmosférica como lo son el frío y calor, esto es decisivo para el entendimiento por el personal de salud ya que esto puede marcar un entendimiento y un cuidado adecuado en el embarazo así también como atención del recién nacido, y es responsabilidad del personal que este a cargo dar las directrices para un cuidado adecuado pero también para respetar y conservar las costumbres y tradiciones de estas culturas.

La visión holística de las comunidades amazónicas y andinas, tiene una forma diferente de ver la vida y el mundo que los rodea, es una idea que se sigue perpetuando de generación en generación donde la muerte es considerada el renacimiento en otra vida y la continuidad de la existencia, lo que hace que el proceso de la gestación sea visto con admiración y respeto por lo que en este contexto el parto visto desde una perspectiva biomédica también pasa a ser visto como un fenómeno social y cultural. (Medina, A. Mayca, J. 2006).

Dentro de los aspectos culturales del embarazo parto, posparto y del recién nacido se mencionan varios aspectos importantes que requieren una visión intercultural donde hay que destacar varios puntos. Para poder comprender en su totalidad este proceso, ya que en la zona andina hay dos enfoques, uno rural y el otro urbanizado con perspectivas únicas y en ocasiones divergentes, donde se requiere entender las semejanzas y diferencias para concebir cada aspecto positivo, negativo e inocuo de cada sistema, lo cual se resume en las siguientes tablas.

TABLA 1
SECCIÓN 1

Diferencias en los aspectos culturales durante el embarazo, parto, postparto y cuidado del recién nacido: un abordaje desde el sistema biomédico y sistema tradicional andino

	SISTEMA TRADICIONAL ANDINO	SISTEMA BIOMÉDICO
COSTUMBRES DEL EMBARAZO	<p>Las creencias son una fuente importante en una diversidad y en la interculturalidad de las poblaciones indígenas y esto se ve reflejado en un proceso fisiológico donde el proceso del embarazo ayuda a recordar las creencias y las costumbres del pasado para practicarlas en el presente, un ejemplo de esto es lo que nos mencionaba.</p> <p>Según Ordinola, (2019). algunas costumbres las fases lunares y solares son de gran importancia en la gestación, como por ejemplo los eclipses ya que estos sin duda se mencionan que son de cuidado durante esta etapa de la mujer.</p>	<p>Por el contrario, dentro de lo urbano se mencionan todos los procesos y cuidados que se deben tener en el embarazo.</p> <p>Según la OMS, (2021) y otras entidades internacionales que se van actualizando según la ciencia. “Aquí tratan de prevenir, cuidar y preservar la vida del niño como de la madre desde el proceso de la concepción hasta el final del embarazo y aún después; aquí por ejemplo vemos los cuidados prenatales que nos ayudan para valorar y hacer un rápido diagnóstico sobre posibles enfermedades del feto como de la madre y así evitar complicaciones a futuro es por esto que.</p> <p>Según la guía de práctica clínica de control prenatal (2015) menciona que la vigilancia constante, temprana y de calidad hace que disminuya los índices de riesgo o las complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo, de esta manera se evita las muertes maternas- infantiles con un control prenatal adecuado, además de garantizar condiciones saludables para las gestantes y sus hijos ya que al tener un embarazo saludable y por otra parte con una atención adecuada disminuye la incidencia de la discapacidad congénita.</p>

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Revisión bibliográfica

TABLA 1
SECCIÓN 2

Diferencias en los aspectos culturales durante el embarazo, parto, postparto y cuidado del recién nacido: un abordaje desde el sistema biomédico y sistema tradicional andino

	SISTEMA TRADICIONAL ANDINO	SISTEMA BIOMÉDICO
<p>COSTUMBRES DEL PARTO</p>	<p>Según Ordinola (2019). Las preferencias paternas y maternas en cuanto al cuidado con la medicina tradicional (hierbas, bebidas calientes entre otras, todo es para generar un cuidado integral y benéfico para la madre sin perjudicar la integridad física, emocional y psicológica de la madre y el futuro hijo.</p> <p>Durante el parto el uso de plantas medicinales, masajes, “fricciones” en caderas y el abdomen son comunes, rituales que ayudan a mejorar el progreso del parto. (por. Ej. Romper la hoja de achira sobre el vientre para que se rompa el líquido amniótico”). (Collaguazo, M. 2014)</p> <p>Cuando hay complicaciones la partera soba la cintura, aplica cambios de postura hasta que concluya el parto, acto seguido la partera procede a cortar el cordón umbilical con un hilo rojo o blanco regido por la cultura y tradición. (Cabieses, F. 1993)</p> <p>La placenta que se ha quedado en la mujer retenida, se emplea una cebolla blanca, por su constitución larga, Además, se aplica aceite en la garganta de la mujer con el objetivo de provocar náuseas y así se dé un pujo involuntario. (Cabieses, F. 1993)</p>	<p>Según F. Gary Cunningham et al., (2010) “Se entiende que la presencia de contracciones uterinas, causa un cambio del cérvix de 3-4 cm”.</p> <p>Existen dos modelos que se incluyen en el aspecto urbano:</p> <p>El parto humanizado: Es una atención que parte desde la vigilancia de los factores o acontecimientos que los rodea con la finalidad de generarle a la madre una vivencia satisfactoria de lo que es el trabajo de parto. evitando la pérdida de su autonomía. Se ayuda con el uso de maniobras, posiciones, música, incluso adaptaciones de las salas de parto. (Vargas, C. 2018)</p> <p>En Ecuador se ha aprobado la Ley de Parto Humanizado a fin de reducir la alarmante tasa de cesáreas.</p> <p>Según la guía del Ministerio de Salud Pública, Parto respetuoso, en libre posición y con pertinencia intercultural (2020). “Un Parto respetuoso, en libre posición y de pertinencia intercultural es entendida dentro de las políticas del MSP como la responsable de generar una atención de calidad e integral tanto en la salud de la gestante y del neonato.</p> <p>Es importante dar una atención de calidad por lo que debe haber respeto y pertinencia intercultural por lo que las Unidades de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación del primer y segundo nivel de atención han sido cambiadas y adecuadas para brindar un ambiente más confortable y amigable para la madre y para el recién nacido, buscando como objetivo que la madre se sienta más cómoda en un ambiente menos hospitalario e incluso para que las madres tengan la oportunidad de probar diferentes posturas al momento del nacimiento de su bebé. (Ministerio de Salud Pública, 2020)</p>

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Revisión bibliográfica

TABLA 1
SECCIÓN 3

Diferencias en los aspectos culturales durante el embarazo, parto, postparto y cuidado del recién nacido: un abordaje desde el sistema biomédico y sistema tradicional andino

	SISTEMA TRADICIONAL ANDINO	SISTEMA BIOMÉDICO
<p>COSTUMBRES DEL PARTO</p>		<p>El parto intrahospitalario se enfoca en la atención de la madre y su niño, se han considerado enfoques técnicos como lo es el pinzamiento del cordón umbilical oportuno para evitar complicaciones de una hemorragia, se incentiva el contacto piel a piel con la madre para fortalecer el vínculo madre-hijo y adicionalmente se evitará una hipotermia del recién nacido. (Ministerio de Salud Pública, 2020)</p> <p>Tanto el parto humanizado como el parto hospitalario tiene como finalidad dar una atención de calidad, por tal motivo el ESAMyN plantea algunos objetivos, basándose:</p> <p>Según el Ministerio de Salud Pública (2016) el Art 2 de la constitución la atención del parto debe cumplir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La atención prenatal debe ser de calidad e integral - Promulgar un parto humanizado y una atención de calidad del neonato - Se debe mejorar la atención en las emergencias y riesgos obstétricos y neonatales - Generar concientización y dar herramientas de conocimiento para evitar enfermedades por transmisión vertical como la inmunodeficiencia humana (VIH-SIDA). Además, de otras como la sífilis. - Se debe promocionar y fortalecer la lactancia materna exclusiva

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Revisión bibliográfica

TABLA 1
SECCIÓN 4

Diferencias en los aspectos culturales durante el embarazo, parto, postparto y cuidado del recién nacido: un abordaje desde el sistema biomédico y sistema tradicional andino

	SISTEMA TRADICIONAL ANDINO	SISTEMA BIOMÉDICO
<p>COSTUMBRES DE POSPARTO</p>	<p>De igual manera todas las costumbres y tradiciones que se llevaron a cabo durante el proceso del embarazo muestran el resultado en este momento que es mandatorio para la vida del feto y de la madre. Es por esto que hay tradiciones antiguas que se mantienen, por ejemplo;</p> <p>Las mujeres indígenas prefieren hacerse atender por parteras tradicionales y que cuentan con un reconocimiento de la comunidad, para seguir y preservar las costumbres, Además, estas prácticas ayudan a que la mujer gestante se sienta segura y en armonía durante el periodo de gestación tanto ella y su familia, además de no generar maleficiencia ni de la gestante ni del neonato. (Ordinola, C et al. 2019)</p> <p>Según Ordinola, (2019). nos menciona que al terminar con esta fase de alumbramiento la placenta, es enterrada con la finalidad de no tenga complicaciones asociadas al frio como el tener dolor en el útero, además esta práctica, es vista como una garantía de preservar su capacidad reproductiva a futuro y evitar el sangrado del postparto. Esto nos deja ver que mezcla lo espiritual dentro de un proceso fisiológico entre madre y feto.</p>	<p>Este proceso en cierto modo es algo traumático para la mujer es por eso que de igual manera se debe tener un cuidado adecuado y minucioso de la mujer y del recién nacido.</p> <p>Según F. Gary Cunningham et al., (2010) El periodo de dos horas después del trabajo de parto, la presión arterial y el pulso se van a controlar cada 15 minutos, si el caso amerita, se lo hará en intervalos más cortos, Adicional se evalúan otros parámetros clínicos como la temperatura cada 4 horas durante las primeras 8 horas y luego el intervalo será más prolongado.</p> <p>Además, se menciona que el egreso hospitalario de la mujer deberá ser dentro de las primeras 48 horas en caso de un parto cefalovaginal sin complicaciones, si cumple estas condiciones se deberá brindar información sobre signos de alarma a la mujer, se fomenta la lactancia materna, se debe ofertar un método anticonceptivo para una correcta planificación familiar y programar una fecha para el control. (F. Gary Cunningham et al. Williams Obstetricia, 2010).</p>

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Revisión bibliográfica

TABLA 1
SECCIÓN 5

Diferencias en los aspectos culturales durante el embarazo, parto, postparto y cuidado del recién nacido: un abordaje desde el sistema biomédico y sistema tradicional andino

	SISTEMA TRADICIONAL ANDINO	SISTEMA BIOMÉDICO
LACTANCIA MATERNA	La madre está sujeta a una dieta rica en hidratos de carbono (por, Ej. harinas), lo que le permitirá asegurar la leche para la lactancia de sus niños. Además, comer cabeza de chonta asegura que producen más leche durante la lactancia. (Ordinola, C et al. 2019.)	En la actualidad y en especial personas que tiene las condiciones de incorporar leches de fórmula, abren la posibilidad de disminuir la lactancia materna exclusiva. Todo esto entra en las situaciones de cada madre, pues por diversas índoles como trabajo, estética, emocionales o familiares, acuden a opciones que le faciliten su maternidad. (Heredia, V. 2018)
CUIDADO Y ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO	Para las comunidades indígenas, la placenta es considerada como un hijo más, al que se le debe dar la misma atención por lo cual debe atravesar por rituales en donde se toma en cuenta que no pueden ser botados ni al riachuelo, río, laguna, etc. porque pueden ser devorados por animales. y esto repercute en el recién nacido enfermado o incluso morir. (Ordinola, C et al. 2019)	El cuidado va desde la etapa más temprana dentro del hospital, los primeros cuidados implican el baño, el cual no se recomienda inmediatamente a menos que se haya alcanzado la estabilidad de la temperatura corporal (>2 horas). El baño de todo el cuerpo se hará después de las 12 horas del nacimiento, otros cuidados como la alimentación será exclusivamente por lactancia materna. (Guía de práctica clínica. Atención del trabajo parto, parto y postparto inmediato. 2015.)

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Revisión bibliográfica

Respecto a la información resumida en la tabla, se destaca que tanto el sistema médico andino y sistema biomédico, tienen diferencias marcadas, que se han expuesto. Dando a entender que si bien con el avance de la urbanización o la necesidad de muchas comunidades de sentirse en convivencia con las grandes ciudades, compartiendo actividades muy diferentes, algunos autores sostienen que las prácticas y costumbres tradicionales se perpetúan por el importante componente familiar/ancestral de cada comunidad. Lo reflejan sobre todo en el tema tratado, del embarazo, parto, postparto y cuidado del recién nacido.

El tema de la interculturalidad en el contexto del área materno perinatal, debe ser abordada como una estrategia que nos permita erradicar las brechas culturales existentes a través de la formulación de espacios de encuentro, logrando a través de la interculturalidad superar lo étnico, pues implica la interrelación e interacción de muchos actores sociales representados por etnias, clases sociales, géneros, comunidades, generaciones entre otras. Además, sumándole a esto la importante representación simbólica en relación al tema. (Medina, A. Mayca, J. 2006).

Como se mencionó anteriormente existen diferencias entre los sistemas biomédicos y tradicionales. Sin embargo, en este proceso, los dos sistemas como tal buscan el bienestar de la madre y del niño y aunque con una visión diversa, tiene en común el objetivo de no maleficencia a la madre y al bebé que viene en camino, es por eso que en este apartado se mencionan algunas semejanzas en los sistemas.

TABLA 2
SECCIÓN 1

Prácticas complementarias en los aspectos culturales durante el embarazo, parto, postparto y cuidado del recién nacido, un abordaje desde el sistema biomédico y sistema tradicional andino.

PRÁCTICAS COMPLEMENTARIAS DURANTE EL EMBARAZO
<p>El embarazo es la etapa de la mujer en la que representa una gran susceptibilidad en el contexto de la salud y la nutrición, ya que determina el bienestar tanto de la madre como del feto, y a posterior también la infancia del nuevo hijo que va a nacer. (UNICEF. 2014).</p> <p>Sistema Tradicional Andino</p> <p>Según Ordinola, (2019) resaltó que: Entre las costumbres y tradiciones está el caso de mujer gestante donde ella por su estado empieza a sentir antojos que son expresados a su esposo, por lo cual él busca complacer este deseo si no quiere que algo negativo acontezca para su hijo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La vestimenta durante el embarazo es parte importante, en este sentido se recomienda usar ropa cómoda y suelta en la que la madre se sienta bien. Adicionalmente, las actividades cotidianas que realizan las madres embarazadas, deben continuarse con normalidad durante todo su embarazo. (Ordinola, C et al. 2019) <p>Sistema Biomédico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante el transcurso del segundo trimestre del embarazo, las madres reportan que existe un aumento en el apetito, momento en el cual la ingesta de nutrientes es mayor durante el embarazo. En países con niveles altos de industrialización se puede ver que la ingesta calórica es aún menor a la que se recomienda en una madre gestante, sin embargo, se ve compensado con la disminución de la actividad física. Hay factores como son los genéticos de predisposición a la obesidad en la que la madre puede a tener un exceso de peso y predisponerse a la obesidad posterior al embarazo, por lo mismo es un tema el cual la dieta va en complemento de la situación de la madre ya sea social, cultural, económica, religiosa, etc. (Vilaplana, M. 2002).

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Revisión bibliográfica

TABLA 2
SECCIÓN 2

Prácticas complementarias en los aspectos culturales durante el embarazo, parto, postparto y cuidado del recién nacido, un abordaje desde el sistema biomédico y sistema tradicional andino.

PRÁCTICAS COMPLEMENTARIAS DURANTE EL EMBARAZO
<ul style="list-style-type: none">• La forma en la que es sazónada la comida importa para disminuir o aumentar el riesgo de algunas patologías como el aumento de la presión arterial, por lo mismo lo recomendado es reducir el consumo de sal, lo cual ayuda a disminuir la retención de líquidos y por ende los edemas. Se menciona que algunos aditamentos como el edulcorante, grasas van a formar parte de la dieta con un aporte de calorías, los mismos que deben ser consumidos de manera adecuada, se debe acompañar con alimentos que contengan antioxidantes, vitaminas, lípidos etc. (Vilaplana, M. 2002.).

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Revisión bibliográfica

TABLA 2
SECCIÓN 3

Prácticas complementarias en los aspectos culturales durante el embarazo, parto, postparto y cuidado del recién nacido, un abordaje desde el sistema biomédico y sistema tradicional andino.

PRÁCTICAS COMPLEMENTARIAS DURANTE EL PARTO
<p>Para las comunidades indígenas, el parto es visto como un evento ancestral, asemejado a un ritual en el que la partera, junto a la madre son las principales protagonistas de este evento. La partera es la persona encargada de poner en práctica todos sus conocimientos y las tradiciones para darle la bienvenida al recién nacido. (Ger, K. Tumbaco, S. 2017).</p> <p>Sistema Tradicional Andino Las parteras tienen diferentes maneras de recibir un parto algunas de ellas calientan el lugar o lo ambientan con un círculo de fuego y algunas otras prefieren el humo y realizan el sahumero. (Ger, K. Tumbaco, S. 2017).</p> <p>Sistema Biomédico Para que el sistema biomédico pueda reconocer y tener un mutuo entendimiento con prácticas ancestrales, muchas unidades de salud han creado programas para permitirse adecuarse a la atención de un parto culturalmente aceptado, en donde se permita que la mujer elija la posición en la que le gustaría dar a luz, o incluso donde se le permita a un familiar acompañar a la madre. (Ministerio de Salud Pública. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado. 2008)</p>

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Revisión bibliográfica

TABLA 2
SECCIÓN 4

Prácticas complementarias en los aspectos culturales durante el embarazo, parto, postparto y cuidado del recién nacido, un abordaje desde el sistema biomédico y sistema tradicional andino.

PRÁCTICAS COMPLEMENTARIAS DEL CUIDADO DURANTE EL POSTPARTO

El posparto es la etapa que se limita a dos eventos que dan el inicio como es el alumbramiento o salida de la placenta, y el final con la aparición del periodo menstrual, es una fase que dura alrededor de 6-8 semanas aproximadamente, durante esta etapa de la mujer, la lactancia materna representa un acontecimiento importante por lo cual ayuda a la adaptación y mejora el vínculo de la madre e hijo y habituación al entorno. (García, M. et al. 2014).

Sistema Tradicional Andino

Cuando la mujer ha culminado su embarazo, entra en una etapa conocida como puerperio, el cual representa una etapa de vulnerabilidad y de recuperación para la madre, por lo mismo se denomina a este período como cuarentena, en el que la madre por 40 días debe guardar reposo y evitar exponerse a cambios de temperatura, evitar trabajos pesado, etc. (Ger, K. Tumbaco, S. 2017).

Sistema Biomédico

Una vez se ha producido el nacimiento, habrá una serie de cambios físicos, emocionales y afectivos en la mujer para volver a su constitución previa al embarazo, el período que comprende estos cambios lo conocemos como puerperio, o en algunas comunidades se menciona la cuarentena. Las primeras 6 semanas que son después del parto, tanto familiares como la madre van a vivir juntos un proceso de aprendizaje y cambios emocionales y afectivos que serán importantes a posterior para el correcto desenvolvimiento de los vínculos entre los autores del embarazo, parto y postparto. (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2015).

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Revisión bibliográfica

TABLA 2
SECCIÓN 5

Prácticas complementarias en los aspectos culturales durante el embarazo, parto, postparto y cuidado del recién nacido, un abordaje desde el sistema biomédico y sistema tradicional andino.

PRÁCTICAS COMPLEMENTARIAS DEL CUIDADO DURANTE EL POSTPARTO
<p>Las mujeres deben atravesar este proceso en las condiciones óptimas de salud, motivo por el cual se consideran las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Suministrar ácido fólico durante todo el embarazo. ● Se recomienda que la mujer aumente la ingesta de líquidos, infusiones o solamente agua natural ● Indicar signos de alarma como sangrado genital ● Acudir a los controles posparto mínimos recomendados <ul style="list-style-type: none"> ○ Posterior a la primera semana del nacimiento del niño/niña ○ Entre la semana dos a cuatro, dependiendo del estado de salud y de las indicaciones médicas. <p>(Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2015).</p> <p>Es importante recalcar en las mujeres los siguientes signos de alarma durante su puerperio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sangrado que sale por la vagina que viene acompañado de mal olor y mal aspecto ● Fiebre que es mayor a los 38°C ● Cefalea ● Edema en manos, cara y pies ● Escotomas y tinnitus ● Dolor abdominal intenso, como un "cinturón que aprieta" ● Mal aspecto en lugar de la herida quirúrgica en caso de cesárea ● Molestias al orinar <p>(Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2015)</p>
PRÁCTICAS COMPLEMENTARIAS DURANTE EL CUIDADO Y ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO
<p>Sistema biomédico</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Entidades como la Asociación Española de pediatría en conjunto con la OMS, recomienda que la lactancia materna exclusiva sea mínima por lo menos los 6 primeros meses del recién nacido, para posterior complementarse con una incorporación progresiva a la dieta familiar con la finalidad de fomentar una correcta alimentación en el niño/a <p>Sistema tradicional andino</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Las madres buscan el bienestar de su hijo recién nacido, que nazca saludable y apegado a las costumbres y tradiciones de sus padres.

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Revisión bibliográfica

Existen algunas prácticas que se asemejan, entre sistemas, se ha podido recopilar información de algunos autores en donde se expone que se mantienen costumbres y tradiciones donde ambos sistemas no se contraponen, si bien la literatura nos da una noción de que las prácticas ancestrales de algunas culturas tienen fundamento científico, hay otras en las que solamente se entiende que es un complemento del sistema biomédico al sistema tradicional andino, que se expondrá en el capítulo de resultados.

2.8 Sistemas Médicos Andinos

La definición de medicina tradicional, es entendida como la recopilación de conocimientos y prácticas que tienen sus cimientos en teorías, creencias y experiencias que van cambiando del tipo de cultura de la que se hable, y que pretende ser usada con la finalidad de mantener la salud integral de la persona, es decir mantener la salud física como mental. (OMS, 2021).

En nuestro país, se entiende del mismo modo a la medicina tradicional como la suma de prácticas preventivas, diagnósticas y terapéuticas que convergen y se expresan en saberes y valores que exaltan las tradiciones y sobre todo un proceso cultural de los diversos pueblos con sus respectivos referentes racionales y simbólicos. Todas las prácticas tienen su origen en la medicina occidental y establecen respuestas que pretenden el equilibrio de la persona como totalidad. (PAHO, 1999).

Las comunidades indígenas han logrado alcanzar con el desarrollo del conjunto de prácticas y conocimientos sobre el ser humano, la coexistencia con las demás personas y la naturaleza y seres espirituales se basa en un eje conceptual o entendida como cosmovisión en la que el equilibrio y la armonía son base para su lógica interna, dando fuerza y capacidad de sobrevivencia de los pueblos y comunidades. (OMS/OPS, 1997).

Para entender cómo se integra la cosmovisión andina partimos de tres aspectos fundamentales, Según Delgado. (1996). menciona que en la cultura tradicional vemos que el hombre andino divide al mundo en 3 pilares los mismos que son: el supremo (Hanan pacha), el intermedio (Kay pacha) y un interno (Ucu pacha) lo que explica que todo está entrelazado y no hay nada que exista al margen de los demás.

División del Mundo	Espacios sagrados	
Hanaq Pacha Mundo Superior	Los espíritus que animan el Universo: Arco iris (K'uychi), Rayo (Qhaqya), Viento (Wayra)	
Kay Pacha Este Mundo	Elementos Fundamentales	Elementos no Fundamentales
	Apus (Cóndor)	Espíritus que animan la naturaleza: Puquios, Qochas, Rumis, Sachas, Wasis, etc.
	Pachamama (Puma)	
	Amaru (Serpiente)	
Ukhu Pacha Mundo Interior	Espíritus de los muertos y gérmenes.	

Figura: 2

Fuente: (Delgado, 1996). Los Sistemas Clasificatorios en la Medicina Tradicional

Los sistemas tradicionales entienden a las patologías en un sentido más social en comparación al biomédico, ya que toma en cuenta el comportamiento humano y la habilidad de la persona para trabajar. La gran versatilidad y la gran mayoría de los pueblos hace que dividan a las enfermedades en dos importantes grupos los mismo que son: las enfermedades provenientes del campo asociado a lo sobrenatural, estas enfermedades actúan autónomamente al ser invocadas o dirigidas. También están las mágicas o las enfermedades de Dios las cuales no tienen nada que ver con el mundo mítico de lo indígena.

En el sistema tradicional andino hay diferentes herramientas para llegar a un diagnóstico y pronóstico de las dolencias que tiene una persona, las que destacan son el uso de la vela, cuy, huevo, y la misma orina del paciente. Cada persona que practica la medicina tradicional usa de acuerdo con su entender sus poderes y preferencias. Sin embargo, otros terapeutas tienen sus métodos acoplados a sus conocimientos como son el uso de plantas que inducen al sueño, etc. El tratamiento que se oferta en este sistema tradicional son los rituales, plantas y sustancias que provienen de minerales, personas y animales. (OMS/OPS, 1997).

Según Fassin, (1992). Muchas de las personas que son llamadas curanderos tiene sus conocimientos fundamentados en una connotación general de la misma enfermedad y la presencia de esta en el enfermo. La manera de curar a la persona es buscando el equilibrio que se pierde cuando la persona entra en este estado de enfermedad, entonces resulta eficaz la acción terapéutica una vez se ha localizado el origen del mal, restableciendo la armonía de la persona y el mundo que lo rodea.

Las personas que se dedican a la acción de curar con herramientas y conocimientos ancestrales reciben su nombre de acuerdo a la especialidad en la que se desenvuelven, esto varía incluso de comunidad en comunidad de acuerdo a su historia. En pueblos de la amazonia se les conoce como Chamán, en cambio, en los andes esta clase de personas reciben el nombre de fregadores, curanderos, parteras, etc. (OMS/OPS, 1997).

Las principales especialidades de los terapeutas y la participación femenina en dichas especialidades son:

Especialidades	Participación femenina
Yachac o samayuc (Muscuc, Pucuc, Ricuc)	5%
Fregador o sobador	20%
Partera o Mamahua pacarichic mama	90%
Hierbateros	50%

Figura: 3

Fuente: (PAHO, 1999)

Destacamos en la comunidad de Tolontag a las parteras, especializadas en la atención de la madre gestante, que han venido desarrollando su labor durante años desde que se estableció dicha comunidad. Su labor aún permanece como parte fundamental en la comunidad, tanto así, que las parteras han sabido acoplarse al sistema de salud público, para trabajar en conjunto con el centro de salud Tolontag y brindar una mejor atención a la madre gestante. No se excluyen las otras especialidades en el contexto cultural. Sin embargo, para el tema que nos concierne se enfoca en la labor de la atención del embarazo, parto y posparto.

En nuestro país hay agrupaciones en las que los terapeutas tradicionales ejercen su labor, incentivando a generar políticas de iniciativa por parte del estado para poder reconocer su labor y a sus organizaciones con el objetivo de lograr las siguientes metas:

- a) Servir a las poblaciones y comunidades indígenas
- b) Incentivar a la generación de servicios de salud enfocados al sector indígena
- c) Resaltar la importancia de los sistemas de salud tradicionales a nivel nacional e internacional
- d) Recuperar todas las expresiones culturales (lengua, vestidos, costumbres tradicionales, música, danza, y sabiduría indígena, etc.).
- e) Generar una motivación en la que se revitalice el saber de las medicinas ancestrales

(PAHO, 1999).

Todo el proceso del embarazo y la culminación del mismo son un evento sociocultural, en donde todo lo que rodea a este evento para la mujer andina enuncia señales de vida, los que van a ser manifestados mediante celebraciones que ellas mismas comprenden, porque de cierto modo manejan símbolos que están llenos de mensajes con significados que van ligados a sus costumbres que orientan su vida cotidiana, es decir en este sentido la transmisión de una tradición perdura de generación en generación. (Torres, et al. 2021).

En el embarazo, parto y posparto las comunidades indígenas han sabido exaltar el significado del proceso que cursa la mujer que se basa en costumbres y tradiciones que se almacenan durante muchos años a través del tiempo, en sí, el acto de concebir está lleno de temores que no tienen justificación, pero que se llenan de ideas sobre perder la vida. Sin embargo, todo este proceso va cambiando de acuerdo con el contexto cultural y social en la que se encuentra la mujer. (Torres, et al. 2021).

Las prácticas y creencias que rodean al embarazo, parto y posparto están predispuestos a factores socioculturales que son identificados por la antropología médica, ya que mantienen la idea de salud-enfermedad es compleja y ligada a la persona, por lo mismo el cuidado de la gestación y del puerperio están estrechamente involucrados con las actividades habituales del día a día que mucha de las veces puede ignorar a las recomendaciones médicas como evitar movimientos bruscos y trabajos pesados, etc. (Torres, et al. 2021).

El parto es un proceso natural y universal que integra saberes ancestrales en donde el proceso de gestación, así como el cuidado del puerperio son prácticas y costumbres transmitidas de persona a persona para dar una atención tanto física, social, espiritual y emocional de la mujer y del recién nacido. (Rodríguez, V., & Duarte, C. 2020).

Finalmente, es mencionado que el parto en sí es un evento importante en la vida de cualquier mujer que pase por este proceso reproductivo, la forma en como experimenta el parto habrá de cambiar a la cultura y sociedad en la que se encuentra, además de diversos factores que influyen en estas creencias y prácticas que llevan a cabo durante esta etapa. (Margarita et al., 2018).

En complemento, las percepciones que tienen muchas mujeres sobre el parto van a variar, pues la gran mayoría lo asocian a la presencia de dolores y malestares a medida que el embarazo llega su fin. (Drake, 2014).

Según Ordinola et al. (2019) Las mujeres saben reconocer los cambios de su cuerpo, como la aparición de síntomas cuando está próximo el parto, estas señales como tal tienen que ver con el aumento y progresión del dolor, aparición de secreciones, malestar general de la mujer y la imposibilidad de realizar actividades diarias.

El embarazo, según Lahera (2007). El proceso de la gestación es un evento que requiere un alto nivel de adaptación no solo biológica, sino también mental por lo cual, si no se lleva un manejo adecuado puede que aparezcan patologías psiquiátricas como es la ansiedad, depresión entre otras. Es más común en pacientes predispuestas a psicosis. Sin embargo, se puede desarrollar en otras gestantes también.

El soporte psicológico y emocional debe ser tomado con la seriedad del caso ya que muchas veces pueden experimentar miedo y ansiedad sobre todo en las ideas relacionadas con el dolor y la muerte. Las soluciones etno-obstétricas no tratan de mitigar el riesgo propuesto por la obstetricia médica, sino más bien entender la proximidad entre la vida y la muerte.

(Platt, T. 2006).

En comunidades andinas, hay un pensamiento diferente y que destaca al concebir la idea de que el nacimiento del producto se relaciona como un evento que pone en riesgo la vida de la mujer, hacen mucho énfasis en la característica agresiva y dañina del feto. Lo describen como un cataclismo mito histórico que viene desde los orígenes de nuestra sociedad. (Platt, T. 2006).

Para el momento del puerperio, se habrán evidenciado muchas y diversas prácticas tradicionales en donde es importante enfocarse al cuidado de la madre y el recién nacido, para la mujer y su entorno, esta etapa de su proceso de maternidad representa la recuperación de la madre y del recién nacido. Es importante que en esta situación en la que se encuentra la mujer y cuyo paradigma se basa a la contraposición del frío y calor, se cuide a la madre y no se permita crear un desequilibrio entre estos dos estados pues podría enfermar. (Alarcón & Nahuelcheo, 2008).

Según Acosta, (2017). Los profesionales de la salud deberían tener intervenciones para comprender las percepciones tradicionales de pueblos y comunidades, enfocados en las prácticas ancestrales de salud, deben aprender a correlacionar la noción moderna y tradicional de un poblador urbano y rural. Sin dejar de lado a la medicina occidental del cual son partícipes.

Finalmente se recalca que las madres no son indiferentes en cuanto a su cuidado, y de acuerdo en la etapa de su gestación se encuentren, ponen en práctica sus conocimientos que han sido conferidos por sus familiares o comunidad, es en sí un evento de autoaprendizaje y autocuidado. (Torres, et al. 2021).

Las mujeres tienen prácticas y costumbres para su cuidado y se fundamentan en las creencias sobre la maternidad, parto y otras así mismo aplican para el cuidado del recién nacido. Por tal motivo, esta es una fase de formación y auto cuidado. En este sentido referente a la maternidad se puede decir que las creencias y costumbres siguen patrones de comportamiento los cuales encajan con los saberes ancestrales aprendidos por los familiares y su entorno quienes están encargados de enseñar el cuidado del embarazo y el posparto

2.9 Paradigma Biomédico

Las diferentes interpretaciones que se encuentran en los paradigmas, constan de algunos y variados ámbitos de la realidad que incluyen diferentes puntos de vista a entender sobre la salud y la enfermedad. En este caso, es posible encontrar una definición característica de las formas que se ejerce la medicina. Es decir, las creencias al igual que otra serie de comportamientos y creencias son una consecuencia de los valores de cada cultura de una sociedad en particular. Es posible decir que una mayoría de los sistemas de creencias son producto de nada más que la cultura que posee cada sociedad y como está la sabe manifestar.

Los conceptos de salud, enfermedad, curación y muerte en el marco mental del sistema biomédico no son antagonistas. Esta idea de conceptos puede ser un complemento en la que se logren unir ambos paradigmas para lograr un abordaje y resolución. Es importante resaltar que el reconocimiento a la diversidad de cada país con sus respectivas tradiciones obliga al personal de salud a aprender y aplicar la interculturalidad, que permita ejercer de una adecuada forma lo que es el cumplimiento de la salud como un derecho y obligación respetando las distintas etnias y culturas. (Franco, R. 2019).

El sistema biomédico fragmenta a las personas en cuerpo y mente, y a su vez el cuerpo es considerado como una armadura biológica. (Baeta, S. 2015) que limitan las definiciones biomédicas del cuerpo como una entidad total y única, representativas de un monismo biológico a-relacional. (Bonelli, C. 2015).

La salud es un concepto fundado en la parte científica, por ende, no se mezcla con la política, historia y cultura, se entiende que el concepto de la salud va creando estereotipos de lo que es y no es. La parte tradicional de la medicina y un sistema más actual, tienen una tensión en cuanto a los saberes asociados a la naturaleza del ser humano. En ciertas comunidades se ha logrado identificar dificultades para un desarrollo adecuado de prácticas culturales enfocadas a la gestación por este conflicto constante. (Rodríguez, V. 2020).

Sin embargo, con lo que se menciona anteriormente, el sistema biomédico a pesar del ser el sistema dominante no enfocado en un aspecto cultural, por su amplio abanico de conocimiento de los procesos fisiológicos, permite generar una atención diversa a las gestantes con enfoques culturales. Es decir, que ambos sistemas pueden compaginar en ciertos procesos de la gestación como se menciona, el diagnosticar el sexo y estado del feto, en el sistema tradicional se hará a través de la partera quién a través del uso de sus manos, tendrá la información necesaria para interpretar la condición de la madre e hijo. (Platt, T. 2006).

El sistema biomédico tiene su práctica médica universalizada, por lo mismo carece de la distinción entre etnias, costumbres y elementos propios que permiten destacar a una comunidad o grupo de individuos, su objetivo es parcialmente enfocado en la resolución del problema que en este caso puede tratarse de una enfermedad. Esta condición genera que su atención a una comunidad con visión holística no se lo haga de forma integral y carezca de eficiencia al momento de acercarse o entablar una relación médico-paciente efectiva. El sistema biomédico está lejos de ser perfecto, pues al tener una visión muy global de lo que se busca al curar o tratar a una persona, se deja de lado condiciones propias de un grupo o individuo como sus costumbres, tradiciones y prácticas, lo que termina por alejar a grupos minoritarios y optar por otro tipo de medicina más amigable con su visión sobre lo que significa salud/enfermedad.

2.10 Barreras de los Sistemas Andinos

Una de las principales barreras que enfrenta los sistemas médicos andinos a nivel regional es su proceso de aceptación ya que debido a diferentes factores en algunos países de la región andina no han sido incorporados a su sistema de salud. Existen múltiples situaciones éticas, médicas y sociales que colocan al sistema médico como algo aún no regulado y que debe pasar por un proceso legal.

Los procesos de las enfermedades desde un punto de vista fisiopatológico van de la mano con las concepciones culturales. En el conocimiento andino no existe la concepción o la idea de lo que es una infección y por esto no es aceptada la necesidad de la asepsia y antisepsia a la forma de la medicina basada en evidencia. Con este trasfondo cultural, se podría enfatizar un nuevo perfil epidemiológico el cual no corresponde a los percibidos por el sistema sanitario al que pertenece la medicina basada en evidencia. (Vela, A. 2018).

En la región andina de países de la región, la medicina ancestral aún se mantiene como una práctica no institucionalizada por el hecho de que no hay una regulación, ni reconocimiento y mucho menos registros sistemáticos de los terapeutas, es decir esto se traduce en que los sistemas tradicionales no son reconocidos como parte de un sistema de salud oficial de libre práctica en el país. (Nigenda et al., 2001).

Por esta razón, se han implementado mecanismos judiciales para incorporar a las prácticas y medicinas ancestrales al sistema de salud. Como se menciona en Ecuador en el año 2008 se incorporó la medicina ancestral al sistema de salud con importante reconocimiento en la interculturalidad de la salud ecuatoriana. (Loza, C 2014).

Existen diversas barreras que dificultan que la medicina tradicional y la andina se adecuen en beneficio de la interculturalidad que hoy en día vivimos, en la bibliografía se menciona que existen barreras a nivel geográfico, lingüístico, económico y culturales por lo cual existe una necesidad inminente de conocer y estudiar mejor para poder buscar puentes y que las tradiciones y las costumbres de los pueblos indígenas se mantengan pero a la misma vez que tengan la oportunidad de ser atendidos y tengan más opciones de construcción de salud.

Las diferencias que se encuentran en el modelo biomédico y tradicional andino, se encuentran en las percepciones que van ligadas al embarazo, parto y postparto, que comparte patrones culturales propias de cada comunidad son las que norman la conducta de las personas. El querer fragmentar estas normas significa que la enfermedad y muerte se harán presentes. Es importante para el sistema de salud comprender la idiosincrasia de las personas de diferentes grupos culturales. (Medina, A. Mayca, J. 2006).

La diversidad cultural en torno al embarazo y postparto se debe tomar en cuenta que las mujeres pasan por la dualidad de ser esposas, hijas, estudiantes, trabajadoras, etc. Es decir, muchas veces están a disposición de alguien más en su familia, por lo que se incentiva tener una consideración hacia la mujer, el no abandonarlas ayuda a la convivencia para que, al culminar el proceso del embarazo, el parto trascienda de algo biológico a algo que sea integral en un fenómeno social y cultural. (Torres, et al. 2021).

Sin embargo, al momento que la mujer está pasando por un embarazo intervienen un sin número de creencias populares en las que van a incorporar cuidados y prácticas con el objetivo de tener un embarazo saludable y con ella facilitar el proceso del parto. Desde un punto de vista de salud/enfermedad en zonas urbanas el parto se considera como un evento objetivo y fisiológico. (Torres, et al. 2021).

Sistemas internacionales de salud como la OMS recomienda incorporar los sistemas tradicionales de salud con un sistema oficial con el objetivo de disminuir las muertes y discapacidades en comunidades aisladas y marginadas. Para que se logre esta meta, recomienda que se parta desde un punto de equidad y respeto a las diversas culturas para entablar una buena comunicación y relación. (Medina, A. Mayca, J. 2006).

2.11 Paradigmas culturales que giran en torno al embarazo, parto y postparto

Es difícil incorporar un pensamiento más integrador a los servicios de salud y prestadores de salud, aún hay resistencia a los cambios pues mantienen una percepción de rivalidad o enfrentamiento ante su visión de la medicina, pues conciben que lo más importante es curar al enfermo, sin tener una visión holística del ser humano. (Chavarria, 2000).

Teniendo un enfoque más hacia el proceso de la relación que tiene la persona o ente, con la enfermedad, y como único fin es llegar a la culminación del proceso que molesta o transgrede el bienestar de la persona, sin importar los otros aspectos psicoemocionales o culturales de la misma.

El sistema biomédico está enfocado en ver al ser humano como una maquina en el que se caracterizan ideas mecanicistas y fragmentadas del ser, que están guidas por un pensamiento racional y lógico. Sin embargo, en la actualidad se exige que se rompan estos viejos esquemas del sistema tradicional biomédico y exigen que se tengan nuevas perspectivas de abordar el proceso de salud/enfermedad. (Chavarria, 2000).

Y es que, a diferencia del sistema biomédico, que define las causas y tratamiento de las enfermedades en base a criterios fisiológicos, los sistemas médicos tradicionales generalmente contemplan un conjunto complejo de aspectos socioculturales; religiosos, ecológicos, emocionales o afectivos de la experiencia humana, bajo una visión holística que integra cuerpo, mente y espíritu.

El mismo principio de la visión holística se aplica a un proceso tan importante de la mujer en edad reproductiva que es el embarazo, parto y postparto, el cual desde un punto de vista integrador y cultural se toma en cuenta sus prácticas ancestrales y religiosas, las cuales juegan un rol fundamental al momento de llevar a cabo su proceso. Siendo tan importante en su etapa de la vida reproductiva, así como la influencia de su pareja y familia.

La finalidad de abordar este paradigma cultural es porque no existe un enfoque solamente biomédico en cuanto al embarazo parto y postparto, ya que en sectores rurales aún hay la predisposición de la gente por optar y mantener saberes ancestrales que se basan en los aspectos mencionados ya sean socioculturales, religiosos, etc.

2.11.1. Sistema tradicional Médico Andino

Para el sistema tradicional indígena, el uso de sus recursos como plantas medicinales van direccionadas a curar y prevenir la enfermedad, es como entienden que debería manejarse el proceso de salud y enfermedad, preservando la salud antes todo. (Cardona, A. 2012), de esta forma, las personas con los conocimientos correctos sobre el uso de estos recursos y por medio de elementos que le ha brindado su entorno alrededor, actúan como un intermediario entre la madre naturaleza y el paciente para que dicha relación se vea armonizada y no entre en un desequilibrio. (Cardona, A. 2012).

Por tanto, el vínculo que se genera con la naturaleza es cercano y permanente, a lo que se refiere es que cada acto es controlado, porque de eso depende la salud y sus vínculos al coexistir, unen los cuerpos, parentescos, ritos y costumbres. (Rodríguez, V. 2020).

Al hablar de la cultura, la identidad de las comunidades indígenas se relaciona a sus conocimientos y saberes los cuales con la gestión de sus recursos de diferente índole buscan una finalidad medicinal. (Bañuelos y Salido 2007). Hay que tomar en cuenta que la globalización y el abandono de los gobiernos, ha provocado efectos desfavorables en el uso y preservación de muchos conocimientos ancestrales y el medio ambiente de las comunidades indígenas, campesinas y rurales. (Jiménez et al. 2015).

En este contexto, es fundamental prestar atención a la herencia de nuestros antepasados en una cosmovisión que pretende reivindicar el equilibrio y la armonía de la vida con la que generaciones pasadas estuvieron en contacto, y que por el desarrollo y con ella el nuevo orden dejan de lado a comunidades indígenas que en respuesta estructural buscan la preservación de este hecho de equilibrio y armonía. (Huanacuni, 2010).

Además, las comunidades indígenas mediante sus conocimientos, estructura social y valores son protagonistas en estrategias de preservación de los recursos no renovables, por lo que constituyen el patrimonio de recursos naturales y culturales. (Leff et al. 2002).

De esta manera, la forma en la que se adquiere el aprendizaje en las comunidades es a través del intercambio de diálogo de saberes en todos los aspectos de la vida, en especial el cuidado de la vida y la reproducción. Es importante recalcar que los saberes y prácticas se dan en complementariedad en el que se respeta los conocimientos y sobre todo se da un espacio de confianza. (Hasen, 2012).

Existe una línea que divide los saberes y las prácticas en las comunidades indígenas, evidenciando una injusticia al negar la sabiduría ancestral, en la cual se antepone la modernidad científica basada en la evidencia manteniendo un estado uninacional y monocultural. (Rodríguez, V. 2020).

Las mujeres cumplen el rol de ser quienes preservan los conocimientos y prácticas ancestrales durante el embarazo, parto y postparto a través de las generaciones, que van de la mano con el uso de plantas medicinales, y en ello también se sobreentiende prácticas que por su condición de maternidad intervienen parteras que usan sus saberes para buscar bienestar integral y natural en armonía con la naturaleza. (Rodríguez, V. 2020).

2.12 Localización de la zona de estudio

2.12.1 Ubicación y Accesibilidad

La comunidad de Tolontag se encuentra ubicada en el cantón Quito, en la zona oriental de la provincia de Pichincha, aproximadamente a 35 Km. de Quito, se llega a la comunidad a través de la Vía Sangolquí-Pifo. Cuenta con una superficie de 2.588 ha (hectáreas) entre las comunidades de Tolontag y El Marco, más 1450 ha, en el páramo que sirve para el ganado. Estas dos comunidades pertenecen a una antigua hacienda. Esta zona está ubicada en el parte extremo occidental de la cordillera central de los Andes, formada por partes altas, medias y bajas. La parte del valle está ubicada aproximadamente a 2.800 m.s.n.m, tanto que los páramos están a una altura de 4.000 m.s.n.m. (Erazo, 2010).

2.12.2 Característica de la Población

El año 2007 la comunidad de Tolontag y El Marco realizó el último censo, por lo que los resultados obtenidos fueron que en tan solo 20 años la población se ha duplicado de manera apresurada, existiendo alrededor de 8.315 habitantes de los cuales el 47.65% son hombres y un 52.35% son mujeres. De igual manera el 74% de los pobladores con mayor edad oscilan entre los 18 y 64 años. Existen 1.848 familias en las dos comunidades de las cuales el 55 % pertenecen a Tolontag y el promedio de hijos por familia varía entre 4 – 7. (Erazo, 2010).

Los habitantes son indígenas y mestizos descendientes de la ancestral cultura “EL INGA”, quienes mantienen tradiciones y costumbres propias de los criollos e indígenas. En la zona es muy común encontrar apellidos como Simbaña, Acipuela, Alquinga, Simba, Cachago, Cachaguay, Cecichán, Cumbajín, etc. En la época hacendaria la mayoría de pobladores fueron huasipungueros, aunque muchos de ellos fueron beneficiados por la distribución de las tierras efectuada por el IRAC. (Erazo, 2010).

Entre las actividades que más destacan en la comunidad es la artesanía, pues aún mantiene un grupo de personas la elaboración de muebles de madera, la recolección de lana de borrego para el hilado, comúnmente esta labor es asignada a un grupo de mujeres que posteriormente se usan para la elaboración de prendas o telares. Asimismo, elaboración de monturas, zamarros entre otras actividades como alfarería y talabartería, este último corresponde a la elaboración de diversos artículos de cuero para la caballería o elementos usados en caballos, asnos, etc. (Erazo, 2010).

El 57% de la población de Píntag ignora la nacionalidad o pueblo indígena al que pertenece, el 30% es población kichwa de la sierra este grupo conserva intacta su organización comunitaria y su identidad, hablando libremente el idioma kichwa. Profesan la religión evangélica y han construido un barrio completo (Tolontag). (Gobierno Autónomo de la Parroquia Píntag. 2023).

AUTOIDENTIFICACIÓN SEGÚN SU CULTURA Y COSTUMBRES		
	CASOS	%
Indígena	68	1.75
Afro ecuatoriano/a Afrodescendiente	126	3.23
Negro/a	7	0.18
Mulato/a	60	1.54
Montublo/a	48	1.23
Mestizo/a	3,37	86.52
Blanco/a	193	4.96
Otro/a	23	0.59
Total	3,895	100.00

Elaborado por: GAD Pintag -Área Técnica
Fuente: Censo INEC 2010

Figura: 4

Fuente: Gobierno Autónomo de la Parroquia Píntag. 2023

La población de Píntag en su mayoría se considera como mestizos es decir el 86.52%, Afro ecuatoriano/a Afro descendiente 3.23% e Indígenas se consideran el 1.75%. (Gobierno Autónomo de la Parroquia Píntag. 2023).

Sin embargo, existe también un grupo de personas que han decidido buscar mejores oportunidades de empleo y educación migrando a zonas urbanizadas, donde ejercerse labores de albañilería, comerciantes formales e informales, empleados/as domésticas, motivo por el cual es común que estén ausentes por varios días en sus hogares o comunidad.

Tolontag es una población con predominio femenino, que tiene un número de 45 mujeres gestantes de acuerdo con la matriz del centro de salud de Tolontag en el periodo comprendido entre septiembre del 2022 y mayo del 2023, Además 4 parteras reconocidas por el MSP. (Matriz Centro de Salud de Tolontag, 2022-2023).

Tolontag es una población rural con influencia urbana, por esto los controles prenatales son llevados a cabo en la mayoría de las ocasiones por el centro de salud perteneciente al Ministerio de Salud Pública, pero a su vez muchas mujeres optan por una atención más personalizada y acuden a centros médicos privados, como es el caso del centro médico “Jambi Huasi”.

La comunidad de Tolontag tiene una fuerte relación con lo ancestral y tradicional como es el caso de las parteras y la medicina natural como las plantas. Se identificaron 45 embarazadas, 4 mujeres pertenecen al primer trimestre del embarazo, las mismas que rondaban entre las 4 semanas de gestación, ellas decidieron acercarse al centro de salud para suplementos como ácido fólico, hierro entre otros necesarios para llevar a cabo un embarazo saludable, 27 embarazadas pertenecen al segundo trimestre del embarazo, debido a que en el primer trimestre la mayoría no acude a sus controles, tanto por desconocimiento como por falta de confianza en el centro médico. En el tercer trimestre pudimos identificar a 8 embarazadas y 6 en el periodo de posparto ya que al finalizar el tercer trimestre prefieren acudir al centro de salud de Conocoto que es de mayor resolución o también hospitales, pues mantienen en la mayoría de los casos un concepto de mejor resolución del parto en dichas casas de salud.

Las madres de Tolontag son apegadas a las costumbres y tradiciones en esta etapa del embarazo, sin embargo, el cuidado del recién nacido es manejado por el centro de salud ya que existe un adecuado manejo del registro de las vacunas y de la alimentación exclusiva con leche materna por lo menos los 6 primeros meses de vida.

El promedio de edad de las madres va entre los 18 y los 45 años. De acuerdo con la matriz de embarazadas del Centro de Salud Tolontag durante el periodo de septiembre del 2022 a mayo del 2023. Al ser una comunidad, muchos datos y censos no disponen de una actualización acorde al avance en cuanto a natalidad, mortalidad, actividades comunes de la comunidad, distribución geográfica poblacional, etc. Motivo por el cual los datos que se han expuesto pertenecen al trabajo de campo de los investigadores principales, datos que se han recogido por parte del centro de salud Tolontag, centro médico privado “Jambi Huasi” y aportes de la misma comunidad, los datos anteriormente expuestos han sido dentro del periodo del mes de septiembre del 2022 y mayo del 2023. Lo anterior se puede ver reflejado en la siguiente herramienta visual proporcionada por el centro de salud. (Mapa Parlante Centro de Salud Tolontag).

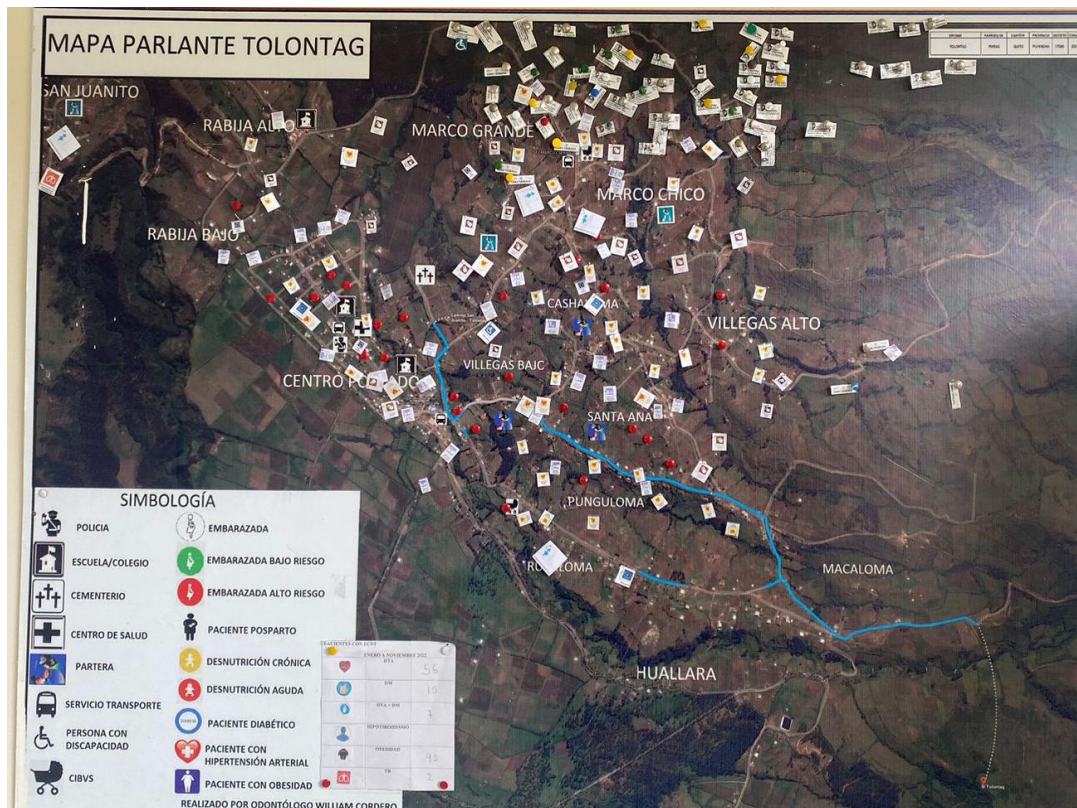


Figura: 5

Fuente: Centro de Salud Tolontag. Mapa parlante

Fotografía: Rocha, J; Rueda, A.

2.13 Características de la Salud en Tolontag

En Tolontag la salud se encuentra a cargo del único Centro de Salud de “Tolontag”, correspondiente al PRIMER NIVEL de atención de salud que pertenece a MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA: Atiende en un horario de 8 HORAS pertenece al distrito de salud 17D08 CONOCOTO; PINTAG; AMAGUAÑA; ALANGASÍ; GUANGOPOLO; LA MERCED parroquia: PINTAG El centro de salud Tolontag pertenece al Ministerio De Salud Pública, es un centro de salud nivel 1- tipo A su código de registro es: 001776.

Se encuentra ubicado en la provincia de Pichincha y en el cantón Distrito Metropolitano de Quito, en el sector rural en la zona 9. La dirección exacta es en la calle Tolontag Luz del Valle, frente al consejo de Agua. (GeoSalud, 2021).



Figura: 6

Fuente: Coordinación Zonal 9. [Salud_CZ9]. (7 de junio del 2018). Salud gratuita y de calidad es lo que ofrece cada uno de nuestros centros Tolotang y Pintag en el Distrito 17D08 #Quito, un ejemplo de ello ¡Seguimos trabajando y mejorando! #SaludParaTodos [Tuit]. Recuperado de: https://twitter.com/salud_cz9/status/1004892219218817024

A pesar de que es el único centro médico público en la comunidad, a lo largo de los años se han generado nuevos servicios de atención médica, tal es el caso del Centro Médico Privado “Jambi Huasi” a cargo del Dr. Danilo Tello, cuya iniciativa y preocupación por la comunidad lo ha motivado a formar parte integral brindando un servicio tan importante como es salvaguardar la salud.



Figura: 7. Centro Médico Privado “Jambi Huasi”

Fotografía: Rocha, J. Rueda, A.

CAPÍTULO III

3.1 Descripción Metodología

Se realizó un estudio cualitativo-etnográfico, con la implementación de una investigación tipo CAP cualitativo (Conocimientos, actitudes y prácticas). Estableciendo una cercanía mediante entrevistas semiestructuradas, revisión bibliográfica, y datos obtenidos en la comunidad, y además se realizó un análisis descriptivo e interpretativo de la información obtenida. Se emplea la etnografía para este tipo de estudio, que es básicamente la descripción a detalle de los procesos culturales a través de la observación con la finalidad de obtener datos que enriquezcan el conocimiento de la misma. (Miller, B. 2011).

En cuanto al almacenamiento de la información fue recogida en hojas y/o cuaderno de apuntes, posteriormente se pasó a Word donde se hizo un diario de campo, aquí se puso todo los detalles vistos y vividos con los voluntarios de la investigación, en casos precisos se pudo documentar toda la información brindada por los participantes, se pudo usar herramientas audiovisuales (audio y/o video).

Toda esta información fue procesada en Word, mencionado previamente, donde a cada participante se le asignó un código con el objetivo de proteger la identidad e información sensible en caso de tenerla. La codificación de los participantes se realizó mediante alfa numeración, con el objetivo de mantener de principio a fin la confidencialidad de los participantes. El tiempo que se guardará la información será durante el desarrollo del tema de titulación hasta la culminación y presentación de la investigación, el mismo que tendrá una difusión académica regulado por la normativa de la PUCE. Así mismo, como parte de la relación de confianza que se creó con la comunidad, la información y resultados del documento serán compartidos en la comunidad de estudio, a través de talleres impartidos por los investigadores, para fortalecer la participación conjunta en este proceso de investigación que aborda temas importantes en la salud pública.

3.2 Aspectos Bioéticos

Nuestro estudio mantiene una visión integral, mediante un acercamiento directo con pacientes que estuvieron en el proceso de la maternidad desde el embarazo hasta el postparto y cuidado del recién nacido, así mismo con familiares, personal médico y parteras de la comunidad. Con el objetivo de obtener información amplia y surtida sobre las diferencias que podrían existir entre las costumbres y tradiciones de la comunidad.

Se controlará el uso de medios visuales, auditivos y de otras herramientas (narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y video, registros escritos de todo tipo, fotografías y películas). Se tomará en cuenta la declaración de Helsinki para asegurar que los derechos individuales y colectivos de los participantes no serán vulnerados durante el proceso de investigación. Esto se traduce en un respeto a la confidencialidad de los participantes, de ser necesario se va a proteger su identidad cuando se apliquen recursos audiovisuales, auditivos, etc. Como el uso de distorsión de caras/vos, en caso de ser necesario para mantener el anonimato. El proceso de investigación toma en cuenta en todo momento que los participantes tendrán completa autonomía y se deja a su elección y voluntad. A través de historias de vida y entrevistas semiestructuradas.

Para salvaguardar la confidencialidad e integridad de la información brindada por la comunidad de Tolontag, nuestro equipo investigativo se fundamentó en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales. La cual especifica en el Art. 1 que se debe priorizar y garantizar los derechos de los participantes que incluyen sus datos personales y elección sobre la información brindada, es decir, compromete el investigador a cumplir y respetar derechos y obligaciones tanto de su rol como investigador y del participante. (Ley orgánica de protección de datos personales. 2021).

Estipula que para el ejercicio de una buena práctica que involucra pacientes se debe cumplir con un mínimo de cinco años de conservación de los datos personales que se han brindado al investigador, para garantizar su utilidad en el proceso investigativo. (Períodos de conservación de datos personales en investigación biomédica. 2011).

Después del tiempo pertinente de 5 años con la debida confidencialidad se procederá a la eliminación adecuada de la información mediante las siguientes herramientas.

- Eliminación de datos a través de programas especializados como por ejemplo “erasure”, etc.
- Eliminación de documentos físicos y elementos digitales con la finalidad de que no se vea comprometida la identidad del participante si cae en manos de terceros.

Esperamos como autores del tema, que nuestra investigación sirva para futuros trabajos de titulación que busquen recalcar la diversidad cultural al abordar temas de mucha importancia en el transcurso de la formación del personal de salud en un país pluricultural.

Los materiales utilizados para la recopilación y procesamiento de la información serán descritos a continuación:

- Una memoria USB donde se almacenó toda la información recogida y transcrita como respaldo de la información obtenida a través de entrevistas semi estructuradas, historias de vida, audios y/o videos.
- Computadoras personales que fueron de los investigadores principales, con el fin de guardar y procesar la información para el uso de los investigadores principales.
- Herramientas dinámicas para resaltar la información más importante como: “Wordcloud” ó “Nube de palabras” permite visualizar y destacar las ideas más importantes de lo que mencionaron los participantes.
- Las fotografías, grabaciones de voz o grabaciones de video están almacenadas en una carpeta exclusiva para herramientas audiovisuales (en caso de ser necesario) en las computadoras personales de los investigadores. Cabe mencionar, que tanto en audios y videos se usaron herramientas que protejan la identidad del participante como: distorsionador de voz, difuminar el rostro, bandas en ojos, etc.

Este trabajo de titulación fue presentado y aprobado por el Comité de Ética De La Investigación En Seres Humanos (CEISH)- PUCE el 26 de mayo de 2022, además se presentó cartas de inicio, durante y al final de la investigación las mismas que ya fueron entregadas y aprobadas por la misma entidad. Por lo cual el trabajo de investigación se culminó con éxito y cumpliendo los tiempos establecidos.

3.2.1. Estratificación e identificación de participantes.

Tabla 3. CARACTERES DE LOS ENTREVISTADOS.

Sección 1

Nº	ROLES	DESCRIPCIÓN	EDAD	OCUPACIÓN	Nº HIJOS	ETNIA	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO
1	MEDICO GENERAL	Profesional de la salud tiene 39 años con 11 años de experiencia en la práctica médica rural y urbana. Conocimiento pleno de la comunidad de Tolontag. Representa la máxima autoridad de salud en la comunidad, es consultado por todos los habitantes. Mantiene el vínculo de confianza entre el centro de salud y la comunidad. Es bien recibido por los moradores y se suele tener presente que cuando se habla de salud en la comunidad de Tolontag el médico es el primero en ser mencionado.	39	MEDICO		MESTIZA	(MEDICO GENERAL/MESTIZO/HOMBRE/EDAD)	MGMH39
2	TAPS	Mujer tiene 30 años Profesional del MSP, persona que conoce de la población, localización y personas que moran en este lugar y de esta manera colaborando con el MSP para una búsqueda activa de embarazadas, enfermos, adultos mayores etc. Con la finalidad de crear un lazo que ayuda a generar una mayor cobertura y atención médica. Es el vínculo entre el centro de salud y la comunidad, es la persona que mejor entabla vínculos de confianza en la comunidad. Su labor permite captar nuevos embarazos.	30	TAPS		MESTIZA	(TAP/MESTIZA/MUJER/EDAD)	TMM30
3	OBSTETRA	Obstetra Rural de 24 años Personal de salud que se involucra plenamente en el cuidado de la madre en período de gestación. Desempeña la importante labor de seguir los controles prenatales, en la comunidad se encarga de generar un vínculo entre la madre, el centro de salud y la partera en la mayoría de los casos.	24	OBSTETRA		MESTIZA	(OBSTETRA/MESTIZA/MUJER/EDAD)	OMM24

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Entrevistas semiestructuradas

Tabla 3. CARACTERES DE LOS ENTREVISTADOS.

Sección 2

4	MEDICO FAMILIAR	Medico familiar, 40 años de edad, femenina la cual ha trabajado durante 3 meses en la comunidad de Tolontag. Mantiene el vínculo de confianza entre el centro de salud y la comunidad. Es bien recibida por los moradores. Ha trabajado en otras comunidades como la de Píntag. Medico encargada en el bienestar integral de la familia de la comunidad, por lo general tiene una orientación a todos los integrantes del núcleo familiar.	40	MEDICO FAMILIAR		MESTIZA	(MEDICO FAMILIAR /MESTIZA/MUJER/EDAD)	MFMM40
5	PSICOLOGO	Miembro fundamental de la comunidad pues se encargar de mantener un vínculo estrecho entre el personal de salud y parteras que prestan sus servicios a las mujeres gestantes. Se encarga de coordinar y llevar un cronograma de actividades que permitan una colaboración mutua entre los profesionales de la salud y parteras. Mira el bienestar de la salud mental y es una parte importante para una atención integral	39	PSICOLOGO		MESTIZA	(PSICOLOGO/MESTIZO /HOMBRE/EDAD)	PMH39
16	MADRE GESTANTE 3 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre que se encuentra en 3er período de embarazo, se considera mestiza, tiene 28 años de edad. Madre que mantiene un estrecho vínculo con las prácticas ancestrales como el hecho de acudir a parteras para controles prenatales, toma remedios a base plantas medicinales que son influenciadas por su comunidad y familia, mantiene un papel de ama de casa que vive para los que haceres domésticos.	28	AMA DE CASA	2	MESTIZA	(MADRE 3 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/ MUJER/EDAD)	M3TMM28
7	MADRE POSPARTO	Madre en período de posparto de 26 días sin complicaciones, tiene 32 años, Mantiene un estrecho vínculo con las prácticas ancestrales. Con importante influencia de su familia, lleva a cabo sus controles mediante el médico y la partera.	32	AMA DE CASA	2	INDIGENA	(MADRE EN PERIODO POSPARTO /INDIGENA/MUJER/EDAD)	MPPIM32

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda**Fuente:** Entrevistas semiestructuradas

Tabla 3. CARACTERES DE LOS ENTREVISTADOS.

Sección 3

8	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre que se encuentra en el 2 trimestre del embarazo tiene 30 años de edad, ama de casa, con secundaria completa y empezó la universidad, pero no culminó su carrera. Mujer que tiene una perspectiva más amplia en la que considera mejor la educación en la ciudad, mejores oportunidades laborales que no influye mucho la opinión de su pareja	30	AMA DE CASA	2	MESTIZA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	M2TMM30
9	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre que se encuentra en el 2 trimestre de embarazo tiene 31 años de edad. Madre que mantienen un estrecho vínculo con las prácticas ancestrales. Con importante influencia de su familia, lleva a cabo sus controles prenatales mediante el médico y la partera.	31	AMA DE CASA	3	MESTIZA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	M2TMM31
10	MADRE GESTANTE 1 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre que se encuentra en el 1 trimestre del embarazo tiene 32 años de edad. Mantienen un estrecho vínculo con las prácticas ancestrales. Con importante influencia de su familia, lleva a cabo sus controles prenatales mediante el médico y la partera.	32	AMA DE CASA	4	MESTIZA	(MADRE 1 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	M1TMM32
11	MADRE POSPARTO	Madre que se encuentra en el periodo de posparto de 8 días sin complicaciones, tiene 33 años, Actualmente cursando una carrera universitaria, con un criterio propio en el que no se ve influenciado por su pareja o familia en la toma de decisiones sobre su embarazo. Sin embargo, como tradición en su familia acude a la partera para conocer la posición de su hijo, pero acude a los controles prenatales en el centro de salud.	33	ESTUDIANTE	2	MESTIZA	(MADRE POSPARTO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	MPPMM33
12	MADRE POSPARTO	Madre que se encuentra en la primera semana posparto del embarazo tiene 33 años de edad. Durante su embarazo se atendió con una partera. Sin embargo, su parto fue en el Centro de salud.	33	AMA DE CASA	4	INDIGENA	(MADRE POSPARTO /INDIGENA/MUJER/EDAD)	MPPIM33

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda**Fuente:** Entrevistas semiestructuradas

Tabla 3. CARACTERES DE LOS ENTREVISTADOS.

Sección 4

13	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre en 2 trimestre del embarazo tiene 27 años de edad. Madre que mantienen un estrecho vínculo con las prácticas ancestrales como el hecho de acudir a parteras para controles prenatales, toma de remedios a base plantas medicinales que son influenciadas por su comunidad y familia, mantiene un papel de ama de casa que vive para los que haces del hogar.	27	AMA DE CASA	3	INDIGENA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /INDIGENA/MUJER/EDAD)	M2TIM27
14	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre que se encuentra en el 2 trimestre del embarazo, tiene 34 años de edad, ama de casa. Mantiene un estrecho vínculo con las prácticas ancestrales. Con importante influencia de su familia, lleva a cabo sus controles prenatales mediante el médico y la partera.	34	AMA DE CASA	3	INDIGENA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /INDIGENA/MUJER/EDAD)	M2TIM34
15	MADRE GESTANTE 3 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre que se encuentra en el 2 trimestre del embarazo tiene 29 años de edad, comerciante. Mantiene un estrecho vínculo con las prácticas ancestrales. Con importante influencia de su familia, lleva a cabo sus controles prenatales mediante el médico y la partera.	29	COMERCIANTE	2	MESTIZA	(MADRE 3 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	M3TMM29
16	MADRE GESTANTE 3 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre que se encuentra en el 3 trimestre del embarazo, 21 años de edad es ama de casa. Madre en unión libre, no cuenta con el apoyo de su pareja, lleva a cabo sus controles prenatales por insistencia de su madre. No ve la necesidad de acudir a un control prenatal y menos donde una partera pues hay poco conocimiento de los mismos.	21	AMA DE CASA	0	MESTIZA	(MADRE 3 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	M3TMM21
17	MADRE GESTANTE 1 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre que se encuentra en el 1 trimestre del embarazo, tiene 22 años de edad es ama de casa, Madre de la nueva generación donde hay preferencia por el sistema de salud médico a pesar de la influencia familiar y de la pareja.	22	AMA DE CASA	0	MESTIZA	(MADRE 1 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	M1TMM22
18	MADRE GESTANTE 3 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre que se encuentra en el 3 trimestre del embarazo tienen 23 años. Madre que no confía en la medicina ancestral, lleva a cabo sus controles prenatales con normalidad. No existe influencia de la pareja al tomar las decisiones, es una decisión de los dos.	23	COMERCIANTE	1	MESTIZA	(MADRE 3 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	M3TMM23

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda**Fuente:** Entrevistas semiestructuradas

Tabla 3. CARACTERES DE LOS ENTREVISTADOS.

Sección 5

19	MADRE POSPARTO	Madre que se encuentra en la segunda semana posparto del embarazo tiene 31 años de edad. Acude por control del recién nacido, durante su embarazo se atendió con una partera. Sin embargo, su parto fue en el Centro de salud. Madre que dedica todo su tiempo al trabajo de campo, se dedica a realizar todas las labores del hogar.	31	AGRICULTORA	3	MESTIZA	(MADRE POSPARTO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	MPPMM31
20	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre que se encuentra en el 2 trimestre del embarazo, tiene 27 años, cursando una carrera universitaria, tiene 2 hijos. Mujer que tiene una perspectiva más amplia en la que considera mejor la educación en la ciudad, mejores oportunidades laborales, comparte la opinión de su pareja para tomar decisiones. Mantiene un constante vínculo de autoaprendizaje de su comunidad y fuera de ella.	27	COMERCIANTE/ ESTUDIANTE	2	MESTIZA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	M2TMM27
21	MADRE GESTANTE 3 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre que se encuentra en el 3 trimestre del embarazo tiene 18 años. Madre cursando por una carrera universitaria. Con apoyo de su familia acude a los controles prenatales en centro de salud. No tiene conocimientos ni interés por acudir a la partera.	18	ESTUDIANTE	0	MESTIZA	(MADRE 3 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	M3TMM18
22	MADRE GESTANTE 1 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre que se encuentra en el 1 trimestre del embarazo tiene 26 años, Madre que mantienen un estrecho vínculo con las prácticas ancestrales. Con importante influencia de su familia, lleva a cabo sus controles prenatales mediante el médico y la partera.	26	COMERCIANTE	2	MESTIZA	(MADRE 1 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	M1TMM26
23	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre que se encuentra en el 2 trimestre del embarazo tiene 36 años, Madre que mantienen un estrecho vínculo con las prácticas ancestrales. Con importante influencia de su familia, lleva a cabo sus controles prenatales mediante el médico y la partera.	36	AMA DE CASA	4	INDIGENA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /INDIGENA/MUJER/EDAD)	M2TIM36
24	MADRE GESTANTE 3 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre que se encuentra en el 3 trimestre del embarazo tiene 32 años, Madre que cursa por su segundo embarazo, el anterior terminó en una pérdida del recién nacido al momento del parto. Parto en domicilio, no confía en la labor de la partera	32	AMA DE CASA	0	INDIGENA	(MADRE 3 TRIMESTRE DE EMBARAZO /INDIGENA/MUJER/EDAD)	M3TIM32

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda**Fuente:** Entrevistas semiestructuradas

Tabla 3. CARACTERES DE LOS ENTREVISTADOS.

Sección 6

25	MADRE GESTANTE 3 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre que se encuentra en el 3 trimestre del embarazo tiene 19 años. Madre primeriza con inexperiencia en su embarazo, guiada plenamente por su familia, quién acude a controles prenatales por insistencia de su familia y pareja. No cree en la medicina ancestral.	19	ESTUDIANTE	0	INDIGENA	(MADRE 3 TRIMESTRE DE EMBARAZO /INDIGENA/MUJER/EDAD)	M3TIM19
26	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre de dos niños de 12 y 3 años, con una cesárea y parto normal. Es ama de casa, tiene el apoyo de su pareja. Decide mantener las costumbres tradicionales a pesar de no haberlas practicado en sus anteriores embarazos. Madre que no confía en la medicina ancestral, lleva a cabo sus controles prenatales con normalidad. No existe influencia de la pareja al tomar las decisiones, es una decisión de los dos.	30	AMA DE CASA	2	INDIGENA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /INDIGENA/MUJER/EDAD)	M2TIM30
27	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre de 1 niño, con un parto por cesárea, no tuvo ni tiene el conocimiento sobre las parteras ni la labor que desempeñan. Mamá que se encuentra en el 1 trimestre del embarazo tiene 28 años, Madre que mantienen un estrecho vínculo con las prácticas ancestrales. Con importante influencia de su familia, lleva a cabo sus controles prenatales mediante el médico y la partera.	28	AGRICULTORA	1	INDIGENA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /INDIGENA/MUJER/EDAD)	M2TIM28
28	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre de 28 años de edad con un niño de 1 mes, que tuvo un parto por cesárea por complicaciones de líquido amniótico (oligohidramnios) que no ha acudido a la partera y no tiene creencias en eso. Ama de casa. Madre que mantienen un estrecho vínculo con las prácticas ancestrales. Con importante influencia de su familia, lleva a cabo sus controles prenatales mediante el médico y la partera.	28	AMA DE CASA	1	MESTIZA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	M2TMM28
29	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre que se dedica plenamente a su trabajo en construcción, acude a controles prenatales seguidamente pues tiene una amenaza de aborto.	32	OBRERA	2	MESTIZA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	M2TMM32
30	MADRE GESTANTE 3 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre que mantienen un estrecho vínculo con las prácticas ancestrales. Con importante influencia de su familia, lleva a cabo sus controles prenatales mediante el médico y la partera.	32	AMA DE CASA	2	MESTIZA	(MADRE 3 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	M3TMM35

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda**Fuente:** Entrevistas semiestructuradas

Tabla 3. CARACTERES DE LOS ENTREVISTADOS.

Sección 7

31	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Ama de casa con 4 hijos, tiene 36 años de edad, Madre que desconfía de la labor de las parteras, por decisión propia acude a los controles prenatales en el centro de salud.	36	AMA DE CASA	4	INDIGENA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /INDIGENA/MUJER/EDAD)	M2TIM36
32	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Indígena, campesina, de 32 años de edad cursando el segundo embarazo en el 2 Trimestre de su embarazo, cree en las parteras y acude a ellas para un control, acude a todos sus controles prenatales en el centro de salud, pero dice que al final acudirá a la partera para ver la posición de su bebé, pues anhela un parto normal.	32	AGRICULTORA	1	INDIGENA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /INDIGENA/MUJER/EDAD)	M2TIM32
33	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Trabaja en agricultura. cursando su tercer embarazo, actualmente en su segundo trimestre. No acudió a parteras más que en su primer embarazo. Madre que mantienen un estrecho vínculo con las prácticas ancestrales. Con importante influencia de su familia, lleva a cabo sus controles prenatales mediante el médico.	37	AGRICULTORA	2	MESTIZA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	M2TMM37
34	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Ama de casa, madre mestiza, con dos hijos, de 26 años de edad, Madre que mantienen un estrecho vínculo con las prácticas ancestrales. Con importante influencia de su familia, lleva a cabo sus controles prenatales mediante el médico y la partera.	26	COMERCIANTE	2	MESTIZA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	M2TMM26
35	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre que confía plenamente en la medicina ancestral, mantiene estrechamente un vínculo cerrado hacia conocimientos y prácticas tradicionales heredados de su familia y comunidad, mentalidad cerrada con dependencia a su esposo y familia. Difícilmente tiene aceptación o acercamiento a lo desconocido, existe incertidumbre a la información que hay fuera de su comunidad. Una visión machista.	38	AMA DE CASA	4	MESTIZA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	M2TMM38
36	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre que mantienen un estrecho vínculo con las prácticas ancestrales. Con importante influencia de su familia, lleva a cabo sus controles prenatales mediante el médico y la partera.	39	AMA DE CASA	2	MESTIZA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	M2TMM39

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda**Fuente:** Entrevistas semiestructuradas

Tabla 3. CARACTERES DE LOS ENTREVISTADOS.

Sección 8

37	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Ama de casa de 35 años de edad con 2 hijos con un período intergenésico prolongado. Fue madre por primera vez en la adolescencia. Madre que cursa tercer embarazo, solamente acude a controles prenatales en el centro de salud.	35	AMA DE CASA	2	MESTIZA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDA D)	M2TMM35
38	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre que se encuentra en el 2 trimestre del embarazo tiene 36 años de edad. Madre que mantienen un estrecho vínculo con las prácticas ancestrales. Con importante influencia de su familia, lleva a cabo sus controles prenatales mediante el médico y la partera.	36	AMA DE CASA	3	MESTIZA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDA D)	M2TMM36
39	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre de familia de 33 años de edad, con dos hijos. Se dedica al comercio. Madre que mantienen un estrecho vínculo con las prácticas ancestrales. Con importante influencia de su familia, lleva a cabo sus controles prenatales mediante el médico y la partera.	33	COMERCIANTE	2	MESTIZA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDA D)	M2TMM33
40	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Agricultura, indígena de 37 años de edad. Madre de 2 hijos ambos nacidos por cesárea. Madre que mantienen un estrecho vínculo con las prácticas ancestrales. Con importante influencia de su familia, lleva a cabo sus controles prenatales mediante el médico y la partera.	37	AGRICULTORA	2	INDIGENA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /INDIGENA/MUJER/ED AD)	M2TIM37
41	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre de 43 años con 3 hijos, ama de casa, el último embarazo hace 10 años. Acude para control prenatal al centro de salud, dice que su abuela es partera y que a parte de los controles realizados en el centro de salud va donde su familiar para tener una opinión más.	43	AMA DE CASA	3	INDIGENA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /INDIGENA/MUJER/ED AD)	M2TIM43

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda**Fuente:** Entrevistas semiestructuradas

Tabla 3. CARACTERES DE LOS ENTREVISTADOS.

Sección 9

42	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre que se encuentra en el 2 trimestre del embarazo tiene 29 años, por un embarazo gemelar sin complicaciones se considera mestiza. Mujer que cursa su segundo embarazo, el cual es un gemelar, nos relata que en su primer embarazo solamente se hacía controles con la partera (abuela materna). Sin embargo, por el alto riesgo con su embarazo actual decidió acudir al centro de salud donde la derivaron a un centro especializado de tercer nivel.	29	AMA DE CASA	1	MESTIZA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO GEMELAR /MESTIZA/MUJER/EDAD)	M2TGMM29
43	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre cursando el 2 trimestre del embarazo, mestiza. Mujer que se encuentra en su postparto, madre de su tercer hijo, acude para control de recién nacido.	40	AMA DE CASA	3	MESTIZA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO/MESTIZA/MUJER/EDAD)	M2TMM40
44	PARTERA	Partera de la comunidad de Tolontag, se autodenomina indígena. Tiene más de 20 años desempeñando su labor, conocida en la comunidad, trabaja en conjunto con el centro de salud de Tolontag.	70	COMERCIANTE/PARTERA	5	INDIGENA	(PARTERA/INDIGENA/MUJER/EDAD)	PIM70
45	MADRE POSTPARTO	Madre con 35 años de edad, cursa un posparto de 3 semanas, se auto identifica como indígena. Madre de dos niños, acudió solamente al centro de salud para sus controles prenatales. Acude para controles el recién nacido.	35	AMA DE CASA	2	INDIGENA	(MADRE POSPARTO /INDIGENA /MUJER/EDAD)	MPPIM35
46	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre de su primer hijo, solamente acudió al centro de salud desde que supo de su embarazo, acude por control.	20	AMA DE CASA	0	MESTIZA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	M2TMM20
47	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre cursando primer embarazo, solamente acudió al centro de salud desde que supo de su embarazo, acude por control.	19	AMA DE CASA	1	MESTIZA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	M2TMM19
48	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre de su tercer hijo, solamente acudió al centro de salud desde que supo de su embarazo, acude por control, acude al médico y a la partera. Madre apegada a las costumbres y tradiciones.	25	AMA DE CASA	2	MESTIZA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO /MESTIZA/MUJER/EDAD)	M2TMM25

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda**Fuente:** Entrevistas semiestructuradas

Tabla 3. CARACTERES DE LOS ENTREVISTADOS.

Sección 10

49	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre de su segundo hijo, solamente acudió al centro de salud desde que supo de su embarazo, acude por control, acude al médico y a la partera. Madre apegada a las costumbres y tradiciones.	24	AMA DE CASA	1	INDIGENA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO/INDIGENA/MUJER/EDAD)	M2TIM24
50	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre de su primer hijo, solamente acudió al centro de salud desde que supo de su embarazo, acude por control, acude al médico y a la partera. Madre apegada a las costumbres y tradiciones.	24	COMERCIANTE	0	MESTIZA	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO/MESTIZA/MUJER/EDAD)	M2TMM24
51	PARTERA	Partera de la comunidad de Tolontag indígena. Partera con más de 30 años desempeñando su labor, conocida en la comunidad, trabajo en conjunto con el centro de salud de Tolontag. Partera de la comunidad de Tolontag.	68	PARTERA	2	INDIGENA	(PARTERA/INDIGENA/MUJER/EDAD) ,	PIM68
52	FAMILIAR	Familiar de madre que se encuentra cursando el proceso de parto, es madre de la embarazada y se auto identifica mestiza tiene 33 años y es fiel creyente de la iglesia evangélica y de las costumbres y tradicionales de su comunidad que hasta el día de hoy todavía se practican.	33	AMA DE CASA	3	MESTIZA	(FAMILIAR/ PERIODO DE POSPARTO/MUJER/ MESTIZA/ EDAD)	FPPMM33
53	POSPARTO	Mamá que se encuentra en primer de postparto por un embarazo de 39 semanas, tiene 30 años de edad. Madre cursando su postparto, acude por control del recién nacido, durante su embarazo se atendió con una partera. Sin embargo, su parto fue en el Centro de salud.	30	COMERCIANTE	2	INDIGENA	(MADRE POSPARTO /INDIGENA/MUJER/EDAD)	MPPIM30
54	MADRE GESTANTE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO	Madre de su primer hijo, solamente acudió al centro de salud desde que supo de su embarazo, acude por control, acude al médico y a la partera. Madre apegada a las costumbres y tradiciones.	22	ESTUDIANTE	1	MESTIZO	(MADRE 2 TRIMESTRE DE EMBARAZO/MESTIZA/MUJER/EDAD)	M2TMM22
55	PARTERA	Partera de la comunidad de Tolontag indígena. Partera con más de 20 años desempeñando su labor, conocida en la comunidad, trabajo en conjunto con el centro de salud de Tolontag. Partera de la comunidad de Tolontag indígena. Reconocida por el centro de salud.	67	PARTERA		INDIGENA	(PARTERA /INDIGENA/MUJER/EDAD)	PIM67

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda**Fuente:** Entrevistas semiestructuradas

Tabla 3. CARACTERES DE LOS ENTREVISTADOS.

Sección 11

56	PARTERA	Partera de la comunidad de Tolontag indígena. Partera con más de 18 años desempeñando su labor, conocida en la comunidad, trabajo en conjunto con el centro de salud de Tolontag. Partera de la comunidad de Tolontag indígena. Reconocida por el centro de salud.	60	PARTERA		INDIGENA	(PARTERA /INDIGENA/MUJER/EDAD)	PIM60
57	FAMILIAR	Madre que acompaña al control prenatal de la embarazada. Madre apegada a las costumbres y tradiciones de la comunidad. Con una visión más amplia y con más confianza en la atención del personal biomédico.	50	FAMILIAR	2	MESTIZO	(FAMILIAR MADRE/MESTIZO/MUJER /EDAD)	FMMM50
58	FAMILIAR	Madre que acompaña al control prenatal de la embarazada. Madre apegada a las costumbres y tradiciones de la comunidad. Mas apegada a las costumbres de la comunidad confianza en la partera.	62	FAMILIAR	3	MESTIZO	(FAMILIAR MADRE/MESTIZO/MUJER /EDAD)	FMMM62
59	FAMILIAR	Madre que acompaña al control prenatal de la embarazada. Madre apegada a las costumbres y tradiciones de la comunidad.	59	FAMILIAR	2	MESTIZO	(FAMILIAR MADRE/MESTIZO/MUJER /EDAD)	FMMM59
60	FAMILIAR	Madre que acompaña al control prenatal de la embarazada. Madre apegada a las costumbres y tradiciones de la comunidad. Con una visión más amplia y con más confianza en la atención del personal biomédico.	60	FAMILIAR	3	MESTIZO	(FAMILIAR MADRE/MESTIZO/MUJER /EDAD)	FMMM60
61	FAMILIAR	Madre que acompaña al control prenatal de la embarazada. Madre apegada a las costumbres y tradiciones de la comunidad.	51	FAMILIAR	1	MESTIZO	(FAMILIAR MADRE/MESTIZO/MUJER /EDAD)	FMMM51
62	FAMILIAR	Madre que acompaña al control prenatal de la embarazada. Madre apegada a las costumbres y tradiciones de la comunidad. Con una visión más amplia y con más confianza en la atención del personal biomédico.	65	FAMILIAR	4	MESTIZO	(FAMILIAR MADRE/MESTIZO/MUJER /EDAD)	FMMM65

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda**Fuente:** Entrevistas semiestructuradas

Tabla 3. CARACTERES DE LOS ENTREVISTADOS.

Sección 12

63	FAMILIAR	Madre que acompaña al control prenatal de la embarazada. Madre apegada a las costumbres y tradiciones de la comunidad. Mas apegada a las costumbres de la comunidad confianza en la partera.	64	FAMILIAR	3	INDIGENA	(FAMILIAR MADRE/MESTIZO/MUJER /EDAD)	FMIM64
64	FAMILIAR	Madre que acompaña al control prenatal de la embarazada. Madre apegada a las costumbres y tradiciones de la comunidad. Con una visión más amplia y con más confianza en la atención del personal biomédico.	63	FAMILIAR	2	MESTIZO	(FAMILIAR MADRE/MESTIZO/MUJER /EDAD)	FMIM63
65	FAMILIAR	Madre que acompaña al control prenatal de la embarazada. Madre apegada a las costumbres y tradiciones de la comunidad.	52	FAMILIAR	1	MESTIZO	(FAMILIAR MADRE/MESTIZO/MUJER /EDAD)	FMIM52
66	FAMILIAR	Madre que acompaña al control prenatal de la embarazada. Madre apegada a las costumbres y tradiciones de la comunidad. Mas apegada a las costumbres de la comunidad confianza en la partera.	61	FAMILIAR	2	MESTIZO	(FAMILIAR MADRE/MESTIZO/MUJER /EDAD)	FMIM61
67	FAMILIAR	Madre que acompaña al control prenatal de la embarazada. Madre apegada a las costumbres y tradiciones de la comunidad. Con una visión más amplia y con más confianza en la atención del personal biomédico.	62	FAMILIAR	4	INDIGENA	(FAMILIAR MADRE/MESTIZO/MUJER /EDAD)	FMIM62
68	FAMILIAR	Madre que acompaña al control prenatal de la embarazada. Madre apegada a las costumbres y tradiciones de la comunidad.	57	FAMILIAR	3	MESTIZO	(FAMILIAR MADRE/MESTIZO/MUJER /EDAD)	FMIM57
69	FAMILIAR	Madre que acompaña al control prenatal de la embarazada. Madre apegada a las costumbres y tradiciones de la comunidad. Con una visión más amplia y con más confianza en la atención del personal biomédico.	63	FAMILIAR	1	MESTIZO	(FAMILIAR MADRE/MESTIZO/MUJER /EDAD)	FMIM63
70	FAMILIAR	Madre que acompaña al control prenatal de la embarazada. Madre apegada a las costumbres y tradiciones de la comunidad. Mas apegada a las costumbres de la comunidad confianza en la partera.	58	FAMILIAR	2	MESTIZO	(FAMILIAR MADRE/MESTIZO/MUJER /EDAD)	FMIM58

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda**Fuente:** Entrevistas semiestructuradas

Tabla 3. CARACTERES DE LOS ENTREVISTADOS.

Sección 13

71	FAMILIAR	Familiar esposo, hombre 59 años de edad, obrero, padre de familia con 3 hijos	59	FAMILIAR	3	MESTIZO	(FAMILIAR ESPOSO/MESTIZO/HOMBRE/EDAD)	FEMH59
72	FAMILIAR	Familiar esposo, hombre 39 años de edad, chofer, padre de familia con 2 hijos	39	FAMILIAR	2	MESTIZO	(FAMILIAR ESPOSO/MESTIZO/HOMBRE/EDAD)	FEMH39
73	FAMILIAR	Familiar esposo, hombre 29 años de edad, comerciante, padre de familia con 1 hijos	29	FAMILIAR	1	MESTIZO	(FAMILIAR ESPOSO/MESTIZO/HOMBRE/EDAD)	FEMH29
74	FAMILIAR	Familiar esposo, hombre 32 años de edad, albañil, padre de familia con 2 hijos	32	FAMILIAR	2	INDIGENA	(FAMILIAR ESPOSO/INDIGENA/HOMBRE/EDAD)	FEIH32
75	FAMILIAR	Familiar esposo, hombre 50 años de edad, chofer, padre de familia con 2 hijos	50	FAMILIAR	2	MESTIZO	(FAMILIAR ESPOSO/MESTIZO/HOMBRE/EDAD)	FEMH50
76	FAMILIAR	Abuela, tiene una edad de 68 años de edad, familiar tiene 4 hijas, de las cuales dos ya tienen hijos acompaña a los controles del centro de salud.	68	FAMILIAR	4	MESTIZO	(FAMILIAR ABUELA/MESTIZA/MUJER/EDAD)	FAMM68
77	FAMILIAR	Abuela, tiene una edad de 70 años de edad, familiar tiene 2 hijas, y 5 nietos de las cuales dos ya tienen hijos acompaña a los controles del centro de salud	70	FAMILIAR	2	INDIGENA	(FAMILIAR ABUELA/INDIGENA/MUJER/EDAD)	FAIM70
78	FAMILIAR	Abuela, tiene una edad de 78 años de edad, familiar tiene 3 hijas, y 4 nietos acompaña a los controles del centro de salud	78	FAMILIAR	3	MESTIZO	(FAMILIAR ABUELA/MESTIZA/MUJER/EDAD)	FAMM78
79	FAMILIAR	Abuelo, tiene una edad de 69 años de edad, familiar tiene 3 hijas y dos hijos viene acompañado de su esposa, acompaña a los controles del centro de salud.	69	FAMILIAR	5	MESTIZO	(FAMILIAR ABUELO/MESTIZO/HOMBRE/EDAD)	FAMH69
80	FAMILIAR	Abuela, tiene una edad de 58 años de edad, familiar tiene 2 hijas, y 2 nietos acompaña a los controles del centro de salud.	58	FAMILIAR	2	MESTIZO	(FAMILIAR ABUELA/MESTIZA/MUJER/EDAD)	FAMM58

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda**Fuente:** Entrevistas semiestructuradas

3.3 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal con la implementación de una investigación tipo CAP cualitativo (Conocimientos, actitudes y prácticas). Estableciendo una cercanía mediante entrevistas semiestructuradas, revisión bibliográfica, y datos obtenidos en el Centro de Salud, y además se realizó un análisis descriptivo e interpretativo de la información obtenida.

3.4 Investigación CAP cualitativo (Conocimientos, actitudes y prácticas)

Para lograr un acercamiento que abarque todos los aspectos complejos e importantes de la salud reproductiva, se emplean los estudios de tipo CAP, los conocimientos, actitudes y prácticas a través de sus elementos de creación, ejecución y evaluación permiten entender los comportamientos con respecto a la salud y es la razón del porque su empleo en una investigación que busca describir de manera compleja temas de salud. (Vásquez & Venegas, 2012).

Se toma el modelo de Conocimientos, actitudes y prácticas, los cuales se definen como:

- Los conocimientos son la facultad del ser humano, para poder comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relación de las cosas. Esto nos brinda información necesaria para llevar a cabo una actividad.
- Las actitudes son capacidades del ser humano para poder estar dispuestos a comportarse u obrar, además predispone a comportamientos futuros destinados a inculcar o modificar actitudes.
- Las prácticas es el ejercicio o la realización de la actividad de forma continua y conforme a sus reglas, además de una serie de comportamientos realizados.

Por tal motivo, los conocimientos, vivencias, practicas, actitudes y todo comportamiento que son identificados, se realiza a través de estudios con enfoques interculturales, y así poder llegar a las actitudes frente a temas de salud. El conocimiento es necesario para influir en el comportamiento que induce un cambio en la salud. (Vásquez & Venegas, 2012).

3.5 Estrategia cualitativa

Como definición, las estrategias cualitativas son métodos que se encargan de obtener datos en base de una comunicación a través de palabras de personas ya sean relatadas o escritas y también mediante la observación de la conducta humana. (Lecanda & Garrido, 2003)

Es una herramienta que está compuesta por discursos, percepciones y vivencias del sujeto, de modo individual. Por tal motivo es una metodología cualitativa que consiste en un conjunto de técnicas para recoger datos. Los cuales son:

3.5.1 Entrevistas semiestructuradas.

Este tipo de herramienta se considera por el tipo de información que puede obtener, además de la gran flexibilidad y uniformidad para alcanzar los propósitos del estudio, a través de un guion de preguntas. Otorga la libertad de elaborar preguntas abiertas para complementar el estudio con datos amplios sobre el tema a tratar.

Para la aplicación de una entrevista semiestructurada, el papel que tiene el investigador es fundamental, ya que su actitud frente al participante debe ser abierta y flexible, con la finalidad de que la información obtenida sea lo más objetiva posible sin forzar respuestas por parte del participante.

3.5.2 Historias de vida

Otra técnica usada en la investigación cualitativa son las historias de vida, que tiene como objetivo analizar y transcribir lo que el investigador ha recopilado en su trabajo de campo, sobre los aspectos importantes de los participantes, los protagonistas pueden ser los mismos participantes o terceras personas que brinden una mayor información que enriquezca el estudio.

Con nuestro equipo de titulación decidimos hacer historias de vida ya que esto nos permite reforzar, incluir, indagar más datos cualitativos sobre nuestro tema además nos permite desarrollar una empatía más abierta con las pacientes y 25 familiares respetando cada momento del relato además cabe mencionar que nos permite acercarnos y entender mucho mejor a la comunidad, las tradiciones y costumbres sin limitaciones abriendo una apertura y la confianza necesaria para crear un ambiente adecuado para que los pacientes, doctores, parteras y familiares nos cuenten sus historias de vida con la mayor de la confianza sabiendo que serán respetadas y usadas únicamente para medios educativos.

Al ser conscientes del progresivo desarrollo de la tecnociencia en la investigación biomédica y todas sus implicaciones éticas, entendemos la necesidad de la regulación continua de la investigación en seres humanos.

Para toda investigación que involucre temas de salud, es importante darles garantías a los participantes con la finalidad de proteger su salud y derechos individuales, Poblaciones que son vulnerables deben tener una protección especial por su condición no debe haber una influencia indebida sobre este grupo de personas. Siempre sus derechos van sujetas a normas éticas que promueven el respeto de todo ser humano. (Asociación Médica Mundial, 2008)

Como resultado el uso de herramientas (narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y video, registros escritos de todo tipo, fotografías y películas) ayudan a un análisis narrativo como representación de la vida cotidiana, acciones recurrentes, convenciones culturales en un contexto social, esto nos permite obtener una comprensión profunda de los significados de las situaciones que representa cada persona en una forma global. Siempre respetando la confidencialidad del paciente al momento de usar los recursos de grabaciones de audio y/o de otro tipo, protegiendo su identidad y respetando la autonomía en todo el proceso y dejan a elección y voluntad del participante.

3.6. Universo y selección de informantes:

El universo estuvo conformado por madres gestantes de la comunidad de Tolontag, sus familiares, personal médico del “Centro médico Jambi Huasi” y parteras de la comunidad, que forma parte del proceso de embarazo, parto y postparto. Este proceso de seguimientos del embarazo, parto y postparto facilitó crear un vínculo de confianza con quienes lo integran, tanto en la comunidad indígena y mestiza.

Para definir la selección de informantes, hemos realizado un proceso de tres fases, que consistió:

Primera fase: Se seleccionaron un total de 80 informantes, los mismos que se dividieron de la siguiente manera. En la primera fase los mismos se dividieron de la siguiente manera: 45 madres y 35 informantes entre familiares, personal médico y parteras. Delimitación del universo, que estuvo conformado por 45 madres gestantes de la comunidad de Tolontag, las mismas que se dividieron 4 del primer trimestre del embarazo, 27 del segundo trimestre del embarazo, 8 del tercer trimestre del embarazo y 6 del periodo posparto. De todo el universo de madres gestantes, un total de 30 madres se autoidentifican como mestizas y 15 de ellas como indígenas.

Se incorporó 35 informantes que incluyeron: 26 familiares (16 madres de las gestantes, 5 abuelas y 5 esposos), 5 personas del personal médico (1 Médico general, 1 Médico familiar, 1 psicólogo, 1 obstetra, 1 TAPS) y 4 parteras de la comunidad, que forma parte del proceso de embarazo, parto y postparto. Aquí se realizaron entrevistas semiestructuradas que ayudaron a un seguimiento del embarazo, parto y postparto, que fue facilitando y creando un vínculo de confianza con quienes lo integran, tanto en la comunidad indígena y mestiza. La recolección de datos y de información que se obtuvo permitió llegar hasta el punto de saturación, como se describe en la tabla a continuación.

TABLA 4
SECCIÓN 1
Descripción de selección de los informantes

FASE 1				
Etnia	Madres	Características de la gestante	Otros Informantes	Herramientas utilizadas
Indígena un total de 15 Mestiza un total de 30	Primer trimestre un total de 4	Madre desde los 18 a 45 años que pertenezcan a la comunidad de Tolontag	4 parteras	Entrevista semiestructurada
	Segundo trimestre un total de 27		5 personal de salud (1 Médico general, 1 Médico familiar, 1 psicólogo, 1 obstetra, 1 TAP)	
	Tercer trimestre un total de 8		26 familiares (16 madres de las gestantes, 5 abuelas y 5 esposos)	
	Posparto o en periodo de lactancia 6			
Un total de 80 informantes en la primera fase los mismos que se dividieron de la siguiente manera: 45 madres y 35 informantes entre familiares, personal médico y parteras.				

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Revisión bibliográfica

Segunda fase: De las 45 madres identificadas en la primera fase se decidió escoger a 18 gestantes, donde 6 participantes estaban en el periodo del embarazo, 6 participantes en el proceso de parto y finalmente 6 participantes en el postparto o lactancia. Aquí se realizaron entrevistas semiestructuradas e historias de vida y como tal un seguimiento de las gestantes en este proceso. Las madres seleccionadas se autoidentificaron como mestizas e indígenas de las cuales 13 eran mestizas y 5 indígenas.

A las mujeres gestantes seleccionadas se les realizó una historia de vida, en las que se destacaron las costumbres, tradiciones y preferencias durante el proceso de embarazo, parto y postparto tanto indígenas como mestizas. Como se resume en la siguiente tabla:

TABLA 4
SECCIÓN 2
Descripción de selección de los informantes

FASE 2		
Madres	Etnia	Herramientas utilizadas
Embarazadas 6	Indígena un total de 5 Mestiza un total de 13	Entrevista semiestructurada Historias de Vida
En proceso de Parto 6		
Postparto o Lactancia Materna 6		
De las 45 madres identificadas en la primera fase se decidió escoger a 18 gestantes de las cuales se dividió respectivamente en la tabla ya descrita.		

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Revisión bibliográfica

Tercera fase: de las 18 participantes seleccionadas en la segunda fase, se escogieron a 4 de ellas (2 que se autoidentificaron como mestizas y 2 que se autoidentificaron como indígenas), para acompañar en todo el proceso del embarazo, hasta el final del mismo. Lo que permitió dar un seguimiento por un mes del cuidado del recién nacido. Lo mismo que se puede resumir en la siguiente tabla:

TABLA 4
SECCIÓN 3
Descripción de selección de los informantes

FASE 3		
Seguimiento del proceso de:	Total, de participantes	Herramientas utilizadas
Embarazo, Parto, Postparto o Lactancia Materna y cuidado del recién nacido	Indígena un total de 2 Mestiza un total de 2	Seguimiento e Historias de Vida
Finalmente, en la tercera fase seleccionamos de las 18 gestantes a 4 de ellas para dar un seguimiento más cercano.		

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Revisión bibliográfica

Cabe mencionar que se tomó este número de informantes ya que estos reflejan la diversidad (de nacionalidad, urbana-rural, étnica, género, nivel socioeconómico) y la pluralidad de la comunidad de Tolontag. Para salvaguardar la identidad y la información sensible de los participantes, La información fue procesada mediante codificaciones, que consiste en asignar un código único a cada participante, que sirvió tanto para proteger la confidencialidad y facilitó el acceso de la información a los investigadores.

Una característica en estudios cualitativos, es que en el proceso de la selección de informantes tiene un carácter dinámico, es decir, los informantes fueron seleccionados en base de una dinámica en la que los participantes cumplan con características necesarias para logra el objetivo del estudio, se lo hizo de manera fásica en donde los informantes se fueron incorporando en momentos puntuales de la investigación según era requerido. (Rodríguez, 1996).

3.6.1 Selección de informantes

Dentro de los objetivos propuestos para la recolección de datos en el trabajo de campo, se pudo cumplir a cabalidad. Se logró el número de base propuesto lo cual fue una población adecuada donde pudimos resaltar la diversidad y la interculturalidad, también pudimos saturar la información lo cual nos permite tener una visión amplia y resultados exactos además que se acerca mucho a la realidad que se vive en Tolontag.

La organización de los participantes descritos en las tablas antes mencionadas, son herramientas que fueron necesarias para el capítulo de análisis, de esta manera pudimos crear un mejor vínculo con las mujeres y sus familias, y se nos permitió observar las costumbres y tradiciones de cada una de ellas y como construyen salud a través de las mismas.

3.6.2 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Madres gestantes pertenecientes a la comunidad de Tolontag entre edades de 18-45 años de edad.
- Madres gestantes pertenecientes a la comunidad de Tolontag que se autoidentifican indígenas y mestizas.
- Familiares y cercanos (hombres y/o mujeres) que tengan relación directa con la madre gestante y que pertenezcan a la comunidad de Tolontag.
- Parteras que trabajen conjuntamente o no con el MSP, de la comunidad de Tolontag/Píntag.
- Personal de salud que esté capacitado

Criterios de exclusión

- Madres gestantes que no entren en el rango de edad de 18-45 años. Ya que las menores del rango establecido, pertenecen al grupo de madres adolescentes y su manejo es diferente por el riesgo que implica el embarazo a esta edad. Así mismo, mujeres gestantes mayores de 45 años requieren mayor cuidado.
- Parteras que no pertenezcan a la comunidad de Tolontag/Píntag.
- Familiares y personal capacitado que no pertenezcan a la comunidad de Tolontag.
- Se excluyen menores de edad

3.7. Variables cualitativas

Las variables cualitativas es una herramienta que nos permitió describir e identificar los elementos que conformaron el tema de estudio, dándole una orientación y un enfoque más definido. Dentro de las variables cualitativas pudimos identificar como principales agentes que guían el tema, y que abarcan e integran todo en cuanto a lo propuesto, permitiendo dar una definición y una visión panorámica del embarazo parto, posparto y cuidado del recién nacido en la comunidad de Tolontag.

TABLA 5
SECCIÓN 1
Variables Cualitativas

VARIABLES	DEFINICIÓN	ENFOQUES	HERRAMIENTAS
EMBARAZO	El embarazo como definición, la OMS lo denomina al periodo en el cual se ha dado la implantación, proceso en el que el blastocito se une al útero. Como promedio este evento sucede entre el 6to día posterior a la fecundación. (Menéndez, G. et al. 2012)	<ul style="list-style-type: none"> ● Conocimientos ● Tradiciones ● Empirismo ● Mitos ● Preferencias 	Entrevistas Semiestructuradas Historias de Vida
PARTO	El parto es la culminación de todo el embarazo que lleva a el nacimiento. El parto inicia con las contracciones uterina que deben ser de carácter regular y el mismo termina con la expulsión de la placenta. (F. Gary Cunningham et al. Williams Obstetricia, 2010)	<ul style="list-style-type: none"> ● Conocimientos ● Tradiciones ● Empirismo ● Mitos ● Preferencias 	Entrevistas Semiestructuradas Historias de Vida
POSPARTO	Se entiende como postparto al periodo comprendido después del nacimiento hasta la completa recuperación de la mujer, es decir que recobra el orden fisiológico previo al embarazo en el cuerpo de la mujer. (Moreno, C. et al. 2014)	<ul style="list-style-type: none"> ● Conocimientos ● Tradiciones ● Empirismo ● Mitos ● Preferencias 	Entrevistas Semi-estructuradas Historias de Vida

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda
Fuente: Revisión bibliográfica

TABLA 5
SECCION 2
Variables Cualitativas

RECIEN NACIDO SANO	Se entiende por recién nacido sano aquel que ha podido adaptarse al cambio de una vida intrauterina a una extrauterina y que ha completado su proceso de maduración en el vientre de su madre, adicionalmente requiere de procedimientos rutinarios para su instauración a su entorno. (Doménech, E. et al. 2008)	<ul style="list-style-type: none"> ● Conocimientos ● Tradiciones ● Empirismo ● Mitos ● Preferencias 	Entrevistas Semiestructuradas Historias de Vida
SALUD	Se entiende como salud a un estado de plenitud en el que existe un bienestar físico, mental y social y no donde solamente hay la ausencia de enfermedades. (OMS, 2022)	<ul style="list-style-type: none"> ● Conocimientos ● Tradiciones ● Empirismo ● Mitos 	Entrevistas Semiestructuradas Historias de Vida
INTERCULTURALIDAD	La interculturalidad presupone la interacción entre distintas culturas, pero también que estas culturas estén previamente identificadas, como condición necesaria para que exista un reconocimiento. (Salaverry, 2010)	<ul style="list-style-type: none"> ● Conocimientos ● Tradiciones ● Cultura ● Patrones ● Barreras 	Entrevistas Semiestructuradas Historias de Vida
PARTERA	Una partera es la persona que tiene el conocimiento necesario para acompañar a la mujer durante el parto, estos conocimientos fueron adquiridos por si misma o por aprendizaje a través de otras parteras. (OMS, 1993)	<ul style="list-style-type: none"> ● Conocimientos ● Tradiciones ● Empirismo ● Mitos 	Entrevistas Semiestructuradas Historias de Vida
MEDICINA	Es la ciencia que tiene como objetivo curar o prevenir enfermedades, busca la restauración de la salud. (León, R. et al. 1996)	<ul style="list-style-type: none"> ● Conocimientos ● Diferencias entre lo tradicional y lo ancestral ● Tratamientos 	Entrevistas Semiestructuradas Historias de Vida

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Revisión bibliográfica

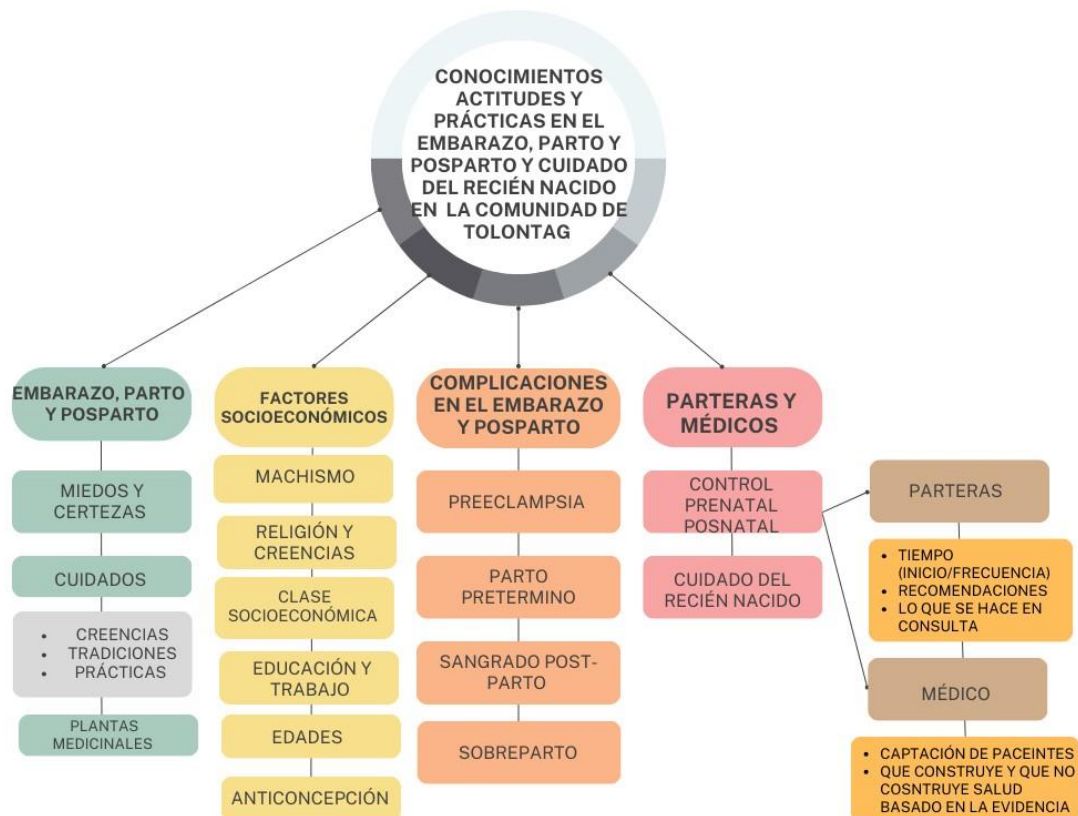


FIGURA 8: Árbol de indicadores cualitativos

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonio de entrevistas e historias de vida

Para realizar el análisis integral de nuestra investigación elaboramos varios indicadores cualitativos que nos permitió organizar y sintetizar de una manera mucho más explicativa el capitulado de resultados: presentación, descripción y análisis de los datos recopilados en el campo conforme los objetivos propuestos.

El árbol es un resumen didáctico de cómo se fueron seleccionando los capítulos los mismos que se dividieron en 4 partes importantes de la investigación donde resalta aspectos sustanciales en el proceso del embarazo, parto y posparto, pero también pudimos comentar sobre los factores socioeconómicos que forman parte importante en el desarrollo del embarazo, parto, posparto y cuidado del recién nacido. Por otra parte, también pudimos identificar complicaciones en el proceso, es importante enfatizar el punto donde se requiere un reforzamiento, educación y concientización en la mujer. Y por último sobre los controles prenatales cual es de preferencia para la mujer en qué sistema se siente más cómoda ya se en el sistema biomédico o en el tradicional andino.

Estos capítulos se encuentran con una introducción gráfica denominados word-clouds que identifican las palabras más mencionadas por las embarazadas y esta con diferente letra y negrillas las palabras que tuvieron más enfatización en las gestantes, además también cuenta con un cierre con un diagrama de Giddens que resumen todo lo que se habló en cada apartado de los capítulos propuestos.

3.8 Limitaciones de la investigación

Durante nuestro proceso de investigación especialmente en el trabajo de campo pudimos tener algunas dificultades las cuales fueron:

- La desconfianza de la comunidad en un inicio fue difícil llegar a que confiaran en nosotros y por ende que nos brindaran información de calidad, la estrategia implementada para solventar esta dificultad fue el hecho de hacer talleres de ir constantemente al trabajo de campo para que nos conocieran de mejor manera y de ese modo pudiéramos tener acceso a la información que solicitamos.
- Otra de las limitaciones era la comunicación de los participantes en las entrevistas debido a que por falta de tiempo o por trabajo de las mamás era muy difícil encontrarlas constantemente en el centro de salud por lo que optamos herramientas tecnológicas como el uso de zoom o vía telefónica con lo cual no se perdía ni el seguimiento ni la comunicación con las mamás que querían colaborar.
- El desconocimiento y en cierto modo el machismo que se vive aún en la comunidad de Tolontag no permitían en un inicio un mayor acercamiento a las madres, el entrevistar generaba incertidumbre y desconfianza por lo que algunas veces nos fue negada la posibilidad de la entrevista. Sin embargo, el haber trabajado en conjunto con la comunidad ayudó bastante a generar vínculos de confianza y apertura a través de talleres impartidos brindando una cercanía de nosotros hacia ellos y la colaboración del personal médico y administrativo del centro de salud fue esencial para la apertura y confianza de la comunidad hacia el proyecto.

- Tolontag es una comunidad que queda a 35 min o 45 min en carro desde Sangolquí o el Choclo por lo cual una de las limitaciones es el acceso ya que es demasiado distante de la ciudad y el transporte público viene con tiempos muy distanciados por lo cual ir todo el tiempo era una dificultad sin embargo el tener automóvil propio ayudó bastante aunque la carretera era accesible hasta el centro de salud si deseábamos ir más allá ya tocaba a pie porque el automóvil no pasaba por el camino en mal estado.
- Otro de los limitantes fue en cierto modo seguir siendo estudiante e interno rotativo de medicina por lo que muchas veces no coincidimos en los horarios y teníamos que dividir los talleres impartidos al centro de salud para poder continuar y no perder la confianza impartida por los participantes. El haber tenido el diario de campo también resultó útil ya que ahí anotamos todos los avances y nos enteramos de cada cosa que realizamos en diferentes tiempos.

CAPÍTULO IV

4.1 Visión y pensamiento cultural del embarazo, parto, posparto y cuidado del recién nacido en la Comunidad de Tolontag

La medicina ancestral se destaca por ser un conjunto de experiencias y conocimientos tradicionales característico de cada región o cultura y la práctica de las misma. Por lo que se resalta la medicina andina y como esta es ejercida en cada pueblo indígena del Ecuador. (Valarezo, C. Valarezo, P. 2017).

La visión cultural e integral del embarazo, parto, posparto y cuidado del recién nacido en la comunidad de Tolontag, tiene una idea clara en cuanto al conocimiento ancestral. Dicha comunidad mantiene costumbres que van ligadas al conocimiento empírico, como parteras y curanderos. Perpetúan costumbres ruralizadas en donde la falta de oportunidades, y un difícil acceso a la información. Además, de una influencia estricta familiar, hacen que ellos prefieran esta práctica cultural y ancestral que viene de generación en generación.

El proceso del embarazo, parto, postparto no está exento de este tipo de pensamiento en la comunidad, pues durante esta etapa reproductiva de la mujer, por miedo, desconocimiento, falta de oportunidades socioeconómicas e ideologías familiares entre otras, orillan a la mujer a acudir a parteras que para bien o mal llevan un control prenatal.

Sin Embargo, a pesar de una persistencia del sistema médico andino, es innegable una coexistencia entre los dos sistemas médicos, refiriéndose al andino y biomédico, pero también es importante entender que el poco conocimiento de las costumbres y tradiciones en zonas rurales crea una brecha entre los dos sistemas por tal motivo la comunidad opta por una medicina tradicional donde se sientan entendidos e identificados, y se respeta su cosmovisión de la salud en su totalidad.

El sistema biomédico actual es sustentado por la medicina en base a evidencia científica, es un sistema médico propio de la cultura occidental, lo cual demuestra un panorama sociocultural que juzga saberes, valores, prácticas, modos de vivir que están sumergidos en una sola realidad y no dan paso a otras opciones e ideologías desacreditando por completo el valor cultural de pueblos y comunidades que no se rigen bajo este parámetro estricto. (Papalini, V. Avelín, M. 2022).

La diferencia de ideologías puede afectar la calidad de la atención médica en zonas rurales. Es por ello que el pensamiento de dicha comunidad, asume que la cosmovisión del personal de salud puede ser muy extrapolado con respecto a la visión indígena, como si se tratase de una competencia en donde hay una carente falta de respeto por sus costumbres y tradiciones.

No denota en una separación o ausencia de un diálogo, trata de señalar un marco de derechos igualitarios, hablaría de la vitalidad de las medicinas que no se cierran sobre sus paradigmas. Bajo el concepto de medicina integrativa, surge una complementación de sistemas médicos como el sistema biomédico y algunas prácticas tradicionales. Sin embargo, se mantiene la postura hegemónica, además existen ejemplos de búsqueda de complementación bajo un modelo pluralista igualitario (Papalini, V. Avelín, M. 2022).

En base a esto, se ha podido identificar procesos que perpetúan la parte ancestral en cuanto al embarazo, parto y postparto, y que, pese a que el sistema biomédico también se incorpora en mayor o menor cuantía, dependiendo de la persona, permite darnos una idea de cómo es abordado este proceso fisiológico desde una perspectiva tradicional.

4.1.1 Miedos y Certezas durante el embarazo parto, posparto y cuidado del recién nacido



Figura 9: Miedos durante el embarazo parto, posparto

Programa: Word Salad

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.



Figura 10: Certezas durante el embarazo parto, posparto

Programa: Word Salad

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

La comunidad tiene una visión general sobre lo que es el embarazo, parto, posparto y cuidado del recién nacido, este es un proceso donde se presentan cambios físicos y psicológicos en la mujer, por lo cual la estabilidad emocional y cuidado familiar es clave en este proceso. Además, existe una influencia grande de las personas que también se encuentran experimentado estos cambios junto a ellas por lo cual tener miedos y certezas es algo normal en este evento.

Los miedos y certezas están influenciadas por el diario vivir, la continuidad, creencias y costumbres familiares de cada embarazada. Además, tiene un dominio muy grande de la familia, vecinos y personas externas a este proceso que ya vivieron una perspectiva más cercana de lo que es el evento de la gestación, ellos comparten sus experiencias a la nueva madre, estas anécdotas o vivencias pueden llegar a generar una conciencia, miedo y/o certeza sobre su embarazo y el cuidado de su nuevo hijo.

Los miedos y certezas también van acorde a qué fase del proceso que se está viviendo es decir va cambiando durante el primer, segundo, tercer periodo del embarazo y cuando llega el nuevo integrante de la familia.

Las certezas van en base a vivencias y a conocimientos adquiridos a lo largo de la vida, de embarazos previos y de experiencias cercanas a ellas que les permiten tener noción del proceso que están viviendo. En cambio, los miedos tienen un componente místico, religioso que es alimentado por el desconocimiento sobre temas que por sus tradiciones se han limitado a conocer. Entonces idealizan un concepto generando miedo en base a experiencias y falta de conocimiento sobre el tema, creyendo que las dificultades que se pueden presentar son una constante en las embarazadas sin tomar en cuenta factores de riesgo, edades, entre otras.

Dentro del siguiente apartado se encuentran algunos relatos en base a los miedos identificados en cada fase de la gestación y cuidado del recién nacido.

TABLA 6. Miedos y Certezas durante el embarazo parto, posparto y cuidado del recién nacido
SECCIÓN 1

FASE	MIEDOS	CERTEZAS
Primer Trimestre del Embarazo	<p><i>Tenía miedo de que me digan que está mal, o que tenga algo, porque el último embarazo fue hace diez años, había ese miedo de que venga mal. Fue más el miedo de lo que me iban a decir, de que no es un bebe, o una malformación, porque había una diferencia de 10 años. Madre 2 trimestre de embarazo/ gemelar/ mestiza/ mujer/ 29 años.</i></p> <p><i>Me daba miedo acercarme al subcentro, porque el primer embarazo no supe lo que es un control, ni pastillas. Madre 2 trimestre de embarazo gemelar/ mestiza/ mujer/29 años.</i></p>	<p><i>No nada de eso, yo siempre que hay algo o uno se enferma les he inculcado que debemos ir al médico. Confío en lo que hacen los doctores ellos ya saben de esas cosas y más de los embarazos nunca le dije que vaya a la partera o que tomara esas aguas de maito que saben decir. Siempre le dije que vaya al médico porque ellos ya están más actualizados y que saben qué hacer en caso de que haya problemas. Familiar/ periodo de posparto/ mujer/ mestiza/ 33 años.</i></p>
Segundo Trimestre del Embarazo	<p><i>Tengo bastante miedo al día que llegué, cuando estuve con mi hija no tuve miedo. En el anterior tuve a mi partera y ella me dijo que no me preocupe me dijo que estaba bien encajonado y voy a dar tranquilamente a luz. madre 2 trimestre de embarazo gemelar/ mestiza/ mujer/ 29 años.</i></p>	<p><i>Al final sabía ir a la partera para que me fregara la barriga de ahí al centro de salud, sabía fregarme para acomodar al bebé. Madre posparto/ indígena/ mujer/ 30 años.</i></p>

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

TABLA 6. Miedos y Certezas durante el embarazo parto, posparto y cuidado del recién nacido
SECCIÓN 2

	MIEDOS	CERTEZAS
	<p><i>En este embarazo en especial tuve más cuidado porque tuve la presión muy alta y me decían que debo tener cuidado porque me puede pasar algo a mi o a mi bebe, entonces tuve más cuidado más que el primero. madre posparto/mestiza/mujer/ 33 años.</i></p>	
Tercer Trimestre del Embarazo	<p><i>Ahorita no sé si volvería a acudir a la partera, pero sí me gustaría irme mejor al hospital, porque como dijo la doctora que mi bebé está en riesgo, si me da un poquito de temor acudir solo a la partera. Madre 3 trimestre de embarazo/ mestiza/ mujer/ 28 años.</i></p> <p><i>A la vez si pienso y si creo, que nadie sabe a la hora del parto puede venir alguna dificultad o enfermedad así que si me ha dado miedo. Madre 2 trimestre de embarazo/ mestiza/mujer/30 años.</i></p>	<p><i>La barriga se pone dura antes de tiempo es porque a la mamá le ha dado mal aire y debe hacerse limpiar. Madre en periodo posparto/ indígena/ mujer/ 32 años.</i></p> <p><i>Si pienso que algunas cosas que dicen las parteras son útiles, yo desde que fui a la partera siempre me decía que debo cuidarme del frío para no tener muchos dolores en el parto, y no tuve dolores muy fuertes cuando nació mi hijo. Las aguas de remedio si las tomaba incluso antes de que la partera misma me lo dijera así que eso sin que me lo diga ya lo hacía. Madre/ periodo posparto/mestiza/ mujer/ 33 años.</i></p>
Postparto	<p><i>Tengo miedo no porque me quede la cicatriz sino porque no vaya a poder hacer las cosas que antes hacía, siempre he sido de deporte me encanta montar a caballo e ir a los páramos. Tengo miedo de no hacer las cosas que hacía antes. Madre 2 trimestre de embarazo gemelar/ mestiza/ mujer/ 29 años.</i></p>	<p><i>El comer sopas en el postparto me parece que es bueno ya que les ayuda a alimentarse y producen más leche. TAP/mestiza/ mujer/30 años.</i></p> <p><i>“el comer sopa de campo para que se pueda tener más leche para él bebe”. Madre periodo posparto/ indígena/mujer/30 años.</i></p> <p><i>“comer, CAUCA con gallina de campo, ayuda a que tenga más leche para mi bebé y que me ayuda también a mí a ponerme fuerte y seguir haciendo mis cosas normalmente”. Madre periodo posparto/ indígena/ mujer/ 25 años.</i></p>

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

TABLA 6. Miedos y Certezas durante el embarazo parto, posparto y cuidado del recién nacido
SECCIÓN 3

	MIEDOS	CERTEZAS
Cuidado del recién nacido	<i>Siempre cuando en especial primeriza da miedo saber cómo saldrá el parto, si no podre con el dolor y una siempre escucha que hay muertes en el parto ya sea del bebe o de la madre. Madre periodo posparto/ mestiza/ mujer/ 33 años.</i>	<i>En la lactancia es mejor darles el pecho, porque francamente con la leche de tarro mis hijas no se han criado, y siempre les he dado a las tres mi seno. Madre 3 trimestre de embarazo/ mestiza/ mujer/ 28 años.</i> <i>Envolverse para que no tengan problemas con los brazos o piernas dicen que hay que envolverlos para que se puedan endurecer, sean fuertes. Con mi primer hijo le hice eso ya con el segundo pues solamente le di el seno que saben decir que solo hagamos eso ya deja lo otro atrás. Madre periodo posparto/ indígena/ mujer/ 30 años.</i>

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

En el primer trimestre del embarazo, evidencian que hay miedos fundados en las madres, ya sea por falta de información o desconocimiento del proceso en sí, en los relatos sobre el miedo del embarazo, parto y postparto, las madres dejan claro que los principales miedos son el recibir una mala noticia y que esto termine con la ilusión de una maternidad saludable. Sin embargo, ellas están conscientes de la posibilidad de que sus miedos se vuelven una certeza, por ese motivo acuden al centro de salud, porque tienen el concepto de que el médico tiene las herramientas y el conocimiento necesario para disipar o confirmar dichos temores, por encima de sus costumbres o tradiciones, entienden que la medicina biomédica puede darles los elementos necesarios para continuar con un embarazo saludable.

Así como en el primer trimestre del embarazo, **el segundo trimestre** no es menos complejo para las futuras madres, debido que se empiezan a presentar otros miedos. Comienzan a imaginar cómo será el parto, y sobre todo pensar en las complicaciones que se pueden presentar durante este proceso, persiste aún el miedo de que se presente alguna enfermedad que ellas escucharon en la comunidad como es el caso de la preeclampsia.

Muchas de ellas no saben en qué consiste, pero saben que esta enfermedad pone en riesgo la vida de ellas o de sus bebés, por lo que crea incertidumbre y miedo, esto genera una oportunidad

de acercamiento al sistema biomédico, ya que este sistema les ofrece conocimiento, prevención y detección oportuna de dicha enfermedad, razón suficiente para acercarse al centro de salud y de esta manera crean un sitio seguro donde se sienten cuidadas y protegidas.

A pesar de estos miedos, la certeza que tienen en sus costumbres y tradiciones sigue estando presentes como el hecho de que siguen teniendo la convicción de que la partera reposiciona al feto para un parto normal, es su certeza y motivo por el que los controles con la partera, es casi una obligación a la mitad y final de su embarazo, razón por la cual el control de las partes se da hasta por dos ocasiones en un embarazo. Les crea confianza y tranquilidad que las parteras les digan que todo está bien y más si estar bien lo asocian con tener un parto normal debido que la cesárea para las madres, es asociarlo con un problema, ellas buscan que su embarazo termine en un parto cafovaginal y es por eso que acuden a la partera para que ella les ayude a que esto suceda, en complemento con el control prenatal del centro de salud.

En el **tercer trimestre** del embarazo las mujeres tienen un miedo muy marcado por el parto, sobre todo hay incertidumbre de no saber si todo va a ir bien con sus hijos, por lo que deciden acudir al médico para evitar que se presenten eventos adversos. En este periodo se vuelven a enfatizar las creencias propias de la comunidad como cuidarse del frío porque puede adelantar el parto o también la creencia de que si asisten a lugares muy pesados como es el caso del páramo puede que les dé “mal aire”. Motivo por el cual evitan ir a estos lugares o también se abrigan mucho, se cubren las barrigas para evitar que pase el frío y de esta manera no tener dolores ni antes, durante o después del parto. Está creencia es una de las más fuertes y una de las más aceptadas por la comunidad, es lo que pudimos observar durante nuestro trabajo de campo.

En el posparto:

Existe el miedo de que no se pueda recuperar del todo, y que cause una discapacidad o limitación a sus actividades como el trabajo, en especial las madres que son sometidas a cesáreas por alguna complicación, muchas de las madres trabajan en el campo y son parte importante del sustento familiar por lo que el miedo fundado de no poderse incorporar a sus actividades como lo hacían antes de su embarazo está presente durante todo este proceso. En este periodo adicionalmente hay un enfoque en la dieta de la mujer, sobre todo en el postparto, existe la idea que la “cauca” o sopa de campo, ayuda a la lactancia materna, atribuyendo beneficios en la calidad y cantidad de la misma, la cual repercute en una buena alimentación para el recién nacido.

Todo este proceso culmina con el **recién nacido y su cuidado**, es igual de importante para la madre y la familia. Este periodo se caracteriza porque minimizan su miedo yendo al médico y a la partera para ver que todo se encuentre dentro de los parámetros normales. Las madres también tienen la certeza de que el mejor cuidado que ellas les pueden dar a sus recién nacidos es la leche materna y el cuidado del recién nacido va en función de las creencias y costumbres vividas y aprendidas por otras madres.

En esta etapa, el cuidado de la comunidad no influye tanto como el cuidado por parte del médico y los controles del niño sano que se ofertan, las madres prefieren el sistema biomédico para la atención de sus recién nacidos. Sin embargo, existen costumbres y tradiciones familiares que aún se siguen manteniendo como es el caso de fajar a los niños durante breves períodos de tiempo para que el niño crezca fuerte y saludable, creencia que se ve contrapuesta por el sistema biomédico e incursiona en las familias para explicar los riesgos de dicha práctica.



Figura 11: Miedos y Certezas durante el embarazo, parto, posparto

Modelo: Giddens 2004

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

En la figura 11. En torno a los Miedos y Certezas durante el embarazo parto, posparto al emplear el modelo estructural sistémico de Giddens podemos dar a evidenciar los principales miedos y las certezas que influyen en el proceso del embarazo, parto y posparto de forma directa o indirecta en la comunidad de Tolontag. Lo cual es importante resaltar debido a que notamos de mejor manera la coexistencia de los dos sistemas tanto el biomédico y el sistema médico andino.

4.1.2 Cuidados en el embarazo, parto y posparto



Figura 12: Cuidados en el embarazo parto, posparto

Programa: Word Salad

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

En el cuidado del embarazo parto y posparto la comunidad lo hace de forma integral, cuidando no solo de la mujer físicamente sino también su bienestar mental. La familia también forma parte importante en el desarrollo de este proceso ya que la mujer depende mucho del apoyo de su pareja y personas cercanas con vínculo afectivo hacia ellas.

En este como es gemelar, no sé si porque es de dos, tanto mi mamá como mi esposo y suegros y mi abuelita misma tienen mucho cuidado, tienen más cuidado de que haga mucha fuerza, no alzar cosas pesadas, o un montón de cosas. Madre 2 trimestre de embarazo gemelar/ mestiza/ mujer/29 años.

En complemento, el cuidado del parto no se lo realiza en la comunidad, sino que las madres prefieren realizar un cuidado médico debido al miedo que siente a que algo pueda salir mal con ellas o con sus hijos, entonces prefieren estar a cargo de un profesional de la salud.

*Si me da miedo, como es mi primera vez, pero por eso, acudo acá porque si algo llega a salir mal creo que en el hospital me pueden ayudar, por eso le contaba que no creo en la partera he escuchado que una señora dio a luz con la partera y murió, no sé si sea cierto o mentira, pero prefiero acudir al médico. **Madre 2 trimestre de embarazo/ indígena/ mujer/ 27 años.***

*Yo creo que las parteras son sabias, yo acudí a un taller obstétrico en donde estábamos viendo como desciende el bebé, llamamos los planos de Hodge y Lee, nosotros científicamente sabemos en qué plano está, pero una partera, sabe cuándo el coxis sufre una elevación, cuando se encaja el bebé, entonces la partera hace un tacto y sabe que el bebé está ahí, nosotros lo conocemos por planos. **Médico general/mestizo/hombre/39 años***

Hay varios puntos de vista de cómo se mira a la salud en la zona rural, así como en el puerperio tiene su propia identidad y rasgos característicos propios de cada comunidad ya que estos conocimientos y tradiciones van de generación en generación integrándose en cada miembro de la familia, comunidad o etnia y resaltando en su propia estructura política y social. (Pérez, A. 2019).

Es importante tener en consideración las creencias y las costumbres que tienen las diferentes comunidades indígenas alrededor del mundo para poder integrarlas al cuidado de la salud de cada mujer en el periodo del postparto. Además, para que el personal de salud sea capaz de brindar cuidados humanísticos deben tener la habilidad de reconocer aspectos culturales y sociales, demográficos, etc.; que están arraigados en las creencias, costumbres, valores propios de las culturas donde ejercen para comprender el fenómeno de cuidados culturales en el puerperio mediato. (Banda, A., et al. 2019).

*Me doy cuenta que las parteras son de la antigüedad y tienen más conocimiento, de la parte antigua. Cuando me fui a hacer chequear en la partera, me dice que no tiene confianza en los médicos, porque dice que como los médicos saben que está dilatando. **Madre en periodo posparto/indígena/mujer/32 años.***

Los cuidados del posparto integran una alimentación completa rica en vitaminas y harinas, ellos explican que es para que se fortalezca, además para mejorar la producción de leche materna es por eso que tanto la familia como las parteras recomiendan algunos alimentos como las sopas de “Cauca” con gallina de campo, sopas de maicena entre otros.

*Ser mala espalda significa que no se ponen abrigo, a ellas se les pone, porque la leche viene de la espalda. si no se abriga sino sale la leche toca dar como dicen un hueso de buen toro, yuca, aguacate negro y cauca toca dar, eso toda mi historia doctorita. **Partera/ indígena/ mujer/70 años.***

La alimentación, así como el uso de plantas medicinales sigue siendo un pilar importante en la comunidad, aunque la práctica y uso de las plantas han sido descontinuadas debido al miedo que genera el efecto de la planta sobre el bebé o la madre en cuestión como el siguiente relato:

También me prohibieron el agua de ruda, me dicen que es una planta abortiva, entonces que de repente quieras tomar, que eso ni pienses porque es muy mala la planta cuando se está embarazada, de ahí nada más me han prohibido. Madre 2 trimestre de embarazo gemelar/ mestiza/ mujer/ 29 años.

El cuidado que tienen las madres durante el embarazo parto y posparto en la comunidad de Tolontag, se menciona que es un conjunto de prácticas que causan a la madre seguridad para llevar a cabo un embarazo saludable y además un futuro recién nacido saludable es por este motivo que los dos sistemas tanto el biomédico como el tradicional se complementan como es el caso de los controles prenatales donde tanto la partera como el médico se encargan del cuidado y el bienestar de la madre.

Además, también se destaca la alimentación de la madre que es de vital importancia para que pueda estar fuerte y pueda alimentar a su hijo con una lactancia materna exclusiva, como último punto a enfatizar está el apoyo de la familia donde las madres se sienten seguras en todo este proceso junto a sus familiares ya sea el esposo, madre, abuelos, hermanos, etc. Por esto el apoyo y la seguridad que generan en la embarazada hace que formen un vínculo y sean parte fundamental en el proceso, así como también en la toma de decisiones tanto del embarazo como del recién nacido.



Figura 13: Cuidados en el embarazo, parto y posparto

Modelo: Giddens 2004

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

En la figura 13. En torno al cuidado en el embarazo parto y posparto al emplear el modelo estructural de Giddens podemos dar a notar los principales cuidados que tienen las madres durante el embarazo parto y posparto, hay una coexistencia entre sistema biomédico y el sistema tradicional. Sin embargo, existe un predominio de las creencias indígenas y por ende las prácticas culturales de la comunidad de Tolontag.

4.1.3 Plantas medicinales utilizadas durante el embarazo, parto y postparto



Figura 14: Plantas medicinales utilizadas durante el embarazo, parto y postparto

Programa: Word Salad

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

Durante la historia y la cultura de los pueblos indígenas, las plantas medicinales han sido una parte crucial, debido al uso y aplicación como remedio de enfermedades y dolencias, constituyen un conocimiento sólido que se transmite verbalmente de generación en generación. (Pérez, I. 2008).

Los pueblos indígenas se especializan en ciertos conocimientos de la gran diversidad de plantas medicinales (hojas, raíces, cortezas, flores, semillas, etc.) de las cuales usan como infusiones, emplastos y polvos con la finalidad de curar malestares físicos. El conocimiento andino entiende que todas las plantas pequeñas y grandes, frías o calientes ligadas al clima de las mismas, presentan dotes medicinales, en relación a la carga energética, mineral, biológica y química que mantienen en su estructura. Por ejemplo, las plantas con clima frío contienen más proteínas, almidones y en correspondencia con su textura son más leñosas en comparación a las plantas subtropicales. (Caiza, J. 2012).

A pesar de que muchas de las tradiciones con respecto al uso de plantas medicinales se han ido deteriorando con el tiempo, se mantienen saberes ancestrales relacionados a la medicina tradicional e integrados a la actividad cultural de las comunidades. Es por esto, que, durante este proceso de la mujer en edad reproductiva, juegan un papel importante, pues en base del principio de mejorar los malestares se emplean en el embarazo, parto y postparto para aminorar síntomas de malestar en la mujer.

La medicina tradicional continúa siendo una alternativa a la medicina occidental, pues para las comunidades aisladas facilita un mayor acceso a la salud. Su práctica aún toma en cuenta elementos del entorno natural, fortaleciendo la identidad cultural y la conexión con el territorio. Las plantas medicinales forman parte importante del proceso del embarazo, parto y posparto ya que durante todo este proceso la comunidad las usa para fines curativos y muchas de estas plantas tienen principios activos, que pueden colaborar en este proceso. Sin embargo, las creencias y las tradiciones son las que más destacan para las personas, hay mayor devoción como por ejemplo plantas para sacar el frío para evitar dolores durante el embarazo y adelante el parto entre otros. Durante el trabajo de campo pudimos observar la importancia, los usos, y el periodo del embarazo donde con más frecuencia usan las gestantes lo cual se resume en el siguiente cuadro:

TABLA 7. Plantas medicinales y sus usos en la comunidad de Tolontag
Sección 1

PLANTA	DESCRIPCIÓN	USO	RELATO
SUNFO <i>Clinopodium nubigenum</i>	<i>Clinopodium nubigenum</i> , es una planta medicinal utilizada en diferentes partes de la sierra ecuatoriana para diferentes fines como tratar resfriados, infección de vías urinarias, dolores estomacales entre otros y en los últimos estudios se ha observado que tiene efectos antimicrobianos sobre todo para el <i>S. aureus</i> y <i>S. pyogenes</i> .	Para el 2/3 trimestre del embarazo	En la comunidad de Tolontag lo usan específicamente para "sacar el frío" como lo menciona en el relato: <i>SUNFO, me ha dado mi mami, dice que es para el frío, se hace como una agüita aromática. Madre 2 trimestre de embarazo/ mestiza/ mujer/ 30 años.</i>
CANELA <i>Cinnamomum verum</i>	<i>Cinnamomum verum</i> , es un antioxidantes con propiedades que mejoran molestias digestivas. Además, tiene otros usos como como antiséptico, bactericida, antiparasitario, antiplaquetario y antimicótico y los últimos estudios realizados se menciona que puede tener algún efecto en reducir la resistencia a la insulina.	Para el 3 trimestre del embarazo.	En la comunidad de Tolontag lo usan específicamente para "sacar el frío". Sin embargo, algunas pacientes prefieren no utilizarla por que menciona que es muy fuerte. Puede acelerar el parto. <i>la canela dice que acelera el parto que es muy fuerte. Madre 2 trimestre de embarazo/ mestiza/ mujer/ 30 años</i>

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Revisión bibliográfica y Testimonios de entrevistas e historias de vida

TABLA 7. Plantas medicinales y sus usos en la comunidad de Tolontag
Sección 2

PLANTA	DESCRIPCIÓN	USO	RELATO
AJENJO <i>Artemisia absinthium</i>	Esta es una planta herbácea de la familia de las Artemisas, dentro de las bondades de la planta tenemos que actúa como antiparasitario, además mejora los problemas digestivos, mejora el tránsito intestinal, actúa como antipirético ayuda a la halitosis, ayuda en los resfriados.	Para el 2/3 trimestre del embarazo	En la comunidad de Tolontag lo usan específicamente para tratar dolores o cólicos que se pueden presentar durante el embarazo, la comunidad entiende que estos cólicos o dolores se presentan por antojos como se menciona en el relato; <i>Para el cólico "AJENJO" fregando con la cebolla y colonia, haciendo calentar en un platito quita el dolor.</i> Partera/ Indígena/ mujer/ 70 años.
RUDA <i>Ruda graveolens</i>	Es una planta con implicaciones mágico-religioso, en muchas comunidades es usada por las propiedades de protegerlos contra espíritus. También las comunidades emplean como calmante de cólicos abdominales, eliminar parásitos, calmar dolor asociados a las articulaciones, etc.	Contraindicada durante el embarazo	En la comunidad de Tolontag hay algunas plantas que no toman durante el embarazo porque pueden causar daño a la mamá o al bebe como en este caso nos comenta el relato: <i>Me prohibieron el agua de ruda, me dicen que es una planta abortiva, entonces de repente.</i> Madre 2 trimestre de embarazo gemelar/ mestiza/ mujer / 29 años.
ANIS <i>Pimpinella anisum</i>	Es una planta de uso frecuente, con principios medicinales que combaten la acidez estomacal, indigestión. Además, puede ser usado en aspectos culinarios.	Para el 2/3 trimestre del embarazo y postparto	En la comunidad de Tolontag lo usan específicamente para tratar dolores o cólicos durante el embarazo. <i>Me preparan y yo también me preparo Agüita de Anís, Agüita se Zanjó, agüita de canela.</i> Madre 2 trimestre de embarazo gemelar/ mestiza/ mujer / 29 años. Para el momento del posparto también utilizan: <i>Anís chiquito y oréganos que eso también dicen que ayuda a que él bebe no se enferme, eso me ha contado mi mami y las parteras.</i> Madre 2 trimestre de embarazo gemelar/ mestiza/ mujer / 31 años.

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Revisión bibliográfica y Testimonios de entrevistas e historias de vida

TABLA 7. Plantas medicinales y sus usos en la comunidad de Tolontag

Sección 3

PLANTA	DESCRIPCIÓN	USO	RELATO
TRINITARIA <i>Bougainvillea</i>	La trinitaria es una planta muy común en los jardines, es una flor que puede ayudar en varias afecciones médicas como es procesos respiratorios ayuda a disminuir la tos (antitusígena), antipirética, ayuda a la aceleración de la cicatrización, ayuda al cuidado de la piel como combatir el acné, infecciones de la piel, descamación, es un laxante entre otros.	Para el momento del parto	En la comunidad de Tolontag lo usan específicamente para el momento de parto se menciona que ayuda a que de rápido a luz: <i>Para el parto, la hierba que ayuda se llama “TRINATARIA” con panela para el parto. Partera/ indígena/ mujer /70 años.</i>
GUAYUSA <i>Ilex guayusa</i>	<i>Ilex guayusa</i> , es una planta ancestral que crece en las selvas amazónicas. Dentro de los usos es un antioxidante, ayuda a mejorar el estado de ánimo debido a la concentración de teobromina, ayuda a mejorar el tránsito intestinal. Además, tiene propiedades (metilxantina), que aumenta la actividad motora, y estimula el rendimiento intelectual y disminuye la fatiga y el sueño.	Para el momento del parto	En la comunidad de Tolontag lo usan específicamente para el momento de parto se menciona que ayuda a que de rápido a luz: Como se menciona en el relato: <i>Amarro bien con la chalina le doy agua de GUAYUSA, con panela una dos y tres y viene él bebe. Eso ayuda al parto para que venga él bebe. Partera/ indígena/ mujer /70 años.</i>
LECHERO <i>Euphorbia lactiflua Phil</i>	Es una planta medicinal que se usa como laxante, erisipela, mal de ojo, ya que tiene propiedades desinflamantes.	Para aumentar la leche materna	En la comunidad de Tolontag lo usan específicamente para el momento de dar de lactar como nos menciona en el relato: <i>Buena espalda con un aguacate y una planta llamada LECHERO PEQUEÑO, se asa con cáscara, se friega la espalda y se tapa con comercio o abrigo caliente para que salga la leche. Partera/ indígena/ mujer /70 años.</i>

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Revisión bibliográfica y Testimonios de entrevistas e historias de vida

En nuestro trabajo de campo pudimos entender que los pueblos indígenas tienen un profundo conocimiento de su ambiente, poseen las capacidades y comprensión de utilizar numerosas plantas y de cómo pueden ser empleadas en algún proceso de salud/enfermedad.

Entre las plantas que más se han mencionado en las entrevistas realizadas está la *Clinopodium nubigenum*, conocida como “sunfo”, esta planta tiene un uso primordial a finales del embarazo, pues junto a la creencia popular y relacionado con las teorías de frío/calor, piensan que el principio del “sunfo” saca el frío del cuerpo, pues en la comunidad de Tolontag, se entiende este proceso del frío aumenta los dolores durante el embarazo o durante el parto, es por ese motivo que la planta es de las más conocidas y empleadas en la comunidad. Entre otras plantas que ayudan al dolor se encuentra la *Pimpinella anisum* o “anís”, su uso va específicamente para calmar los cólicos o dolores durante el embarazo o postparto. Además, la *Cinnamomum verum* o “canela” comparte el mismo uso que el “sunfo” en la comunidad, para sacar el frío del cuerpo de la gestante. Sin embargo, a diferencia del “sunfo”, hay la creencia de que es muy lesiva y puede adelantar el parto por lo que se evita en este proceso del embarazo.

Entendiendo que hay plantas que favorecen a la embarazada, hay el otro extremo de plantas lesivas que pueden perjudicar el embarazo y llegar a anticiparlo, dentro de las que destacan se encuentra la *Ruda graveolens* también conocida como “ruda”, es una planta que en muchas culturas tiene un principio mágico-religioso que protege contra los espíritus. Sin embargo, durante la etapa de gestación de la mujer, en la comunidad se tiene contraindicado estrictamente su uso durante el embarazo.

Una vez se ha culminado el embarazo, en la comunidad de Tolontag se han mencionado que en el proceso del parto se emplean dos tipos de plantas *Bougainvillea* e *Ilex guayusa*, también conocidas como Trinitaria y Guayusa respectivamente. De acuerdo con los relatos brindados tienen la capacidad de facilitar el proceso del parto que, según descripción de las madres, es un evento doloroso y su empleo les permite que acaben rápido y no sientan dichas molestias.

Finalmente, cuando se ha culminado el proceso de embarazo, parto y postparto, se nos compartió un relato en el cual se menciona que el *Euphorbia lactiflua* Phil o “lechero”, es una planta que tiene un uso excepcional en cuanto a la producción de leche materna, el mismo se nos relata que no debe ser ingerido, sino que tiene otro principio en cuanto a su uso, el mismo que se ha descrito en el relato correspondiente (*tabla 7*). Se entiende que su principio es el de aumentar la producción de leche materna a base del uso del calor que se aplica a la madre, esto no solo beneficia a la producción de leche materna, sino que fomenta la lactancia y por ende sale beneficiado el recién nacido de acuerdo a relatos de la comunidad de Tolontag.



Figura 15: Plantas medicinales utilizadas durante el embarazo, parto y posparto

Modelo: Giddens 2004

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

En la figura 15. En torno al embarazo, parto y posparto, con el modelo estructural de Giddens, se destaca la importancia de las prácticas tradicionales y conocimientos ancestrales en cuanto al cuidado de la mujer en este proceso, el empleo de plantas medicinales juega un rol en su cuidado y recuperación posterior al parto.

4.2 Factores psicosociales que influyen en el embarazo, parto y posparto en la Comunidad de Tolontag

El embarazo es entendido como un proceso importante en la vida de la mujer ya que se producen cambios profundos a nivel personal, familiar y social. Por lo cual se pone en juego los aspectos biológicos y psicológicos en la mujer, además que en el ámbito social existe un cambio que va ligado al embarazo, parto y la maternidad en nuestra sociedad y el rol que la mujer representa en la misma. (Gómez, R. 1991).

Un país multicultural y multiétnico permite tener un sistema con conceptos variados sobre lo que es el embarazo, parto y postparto. En ciertas zonas rurales, las mujeres prefieren aun a día de hoy que sus partos sean atendidos por parteras, y con ello respetar sus creencias y costumbres. Toda esta realidad plantea a los sistemas de salud conocer el papel tradicional de la mujer en la salud y conocer los sistemas que tienen una base fuerte en sus raíces ancestrales. (Medina, A. & Mayca, J. 2006).

Para entenderlo de la siguiente manera, en el embarazo, parto y puerperio existen elementos que se relacionan entre sí, elementos biológicos, psicosociales y sociales, entre otros. Aquellos influyen de manera significativa en el desarrollo de este proceso de la mujer. Hay que dar la importancia necesaria a estos elementos ya que no intervienen en las situaciones actuales, sino que llegan a determinar experiencias futuras en la vida de la mujer, quedando como experiencia a partos subsiguientes incluido el puerperio, llegan a suponer una crisis en la etapa de vida de la mujer los cuales deben ser tomados en cuenta para el desarrollo de programas de Prevención en la Comunidad. (Gómez, R. 1991).

Al abordar los aspectos psicosociales que interactúan en el embarazo, parto y postparto de una mujer, comunidades como Tolontag no están exentas de cambios que vienen con el desarrollo y acceso a la información, y sobre todo la interculturalidad y con ello la influencia que tendrá dicha comunidad sobre su actuar respecto al tema.

Socialmente en cuanto a lo que se refiere a la mujer y a la maternidad ha variado en los últimos años, en especial por dos motivos, la inclusión de la mujer al mundo laboral y la separación entre la sexualidad y reproducción que ha otorgado a la mujer una mayor libertad sexual pero también a una elección por la maternidad. El tema hace algunos años ha sido un discurso muy ideologizado e influenciado por la religión mostrando a la maternidad como una etapa desexualizada, espiritual y mostraba a una madre entregada por completo por sus hijos. (Gómez, R. 1991).

En muchos de los relatos obtenidos a partir de una entrevista semiestructurada, se ha podido evidenciar que las mujeres en Tolontag, aún mantienen presente y son conscientes de que ciertos factores psicosociales juegan un rol importante en sus vidas, de los cuales aún se hace difícil deslindarse de ellos, por tener interiorizado en sus raíces culturales, es por ello, que se hace hincapié en los factores frecuentes en dicha comunidad y como en cada relato de las mujeres de Tolontag, ha generado algún pensamiento bueno o malo, y como muchos de estos factores se interconectan a pesar de que el avance y la influencia intercultural hayan alcanzado a dichas comunidades rural.

4.2.1 Aspectos culturales entorno al machismo



Figura 16: Aspectos culturales entorno al machismo
Programa: Word Salad
Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

Estudios enfocados en cuestiones de género en comunidades indígenas han podido visualizar la divergencia entre sistemas simbólicos y prácticas de masculinidad, dando como resultado la aplicación de ideas estereotipadas. (Díaz, R. 2014).

Si bien existe la subjetividad de género que nacen a partir de diferencias biológicas, se relacionan mucho con la trascendencia étnica. Por lo tanto, se construye una idea sociocultural histórica/contextual de que se alcanza significados y prácticas que varían demasiado. (Díaz, R. 2014).

Es frecuente que en zonas rurales aún se mantienen valores patriarcales y sexistas, se tiende a naturalizar este tipo de pensamiento, en el cual, en estas zonas, la víctima por lo general debe adecuarse a este tipo de pensamiento. Muchas de las veces estos valores machistas entran enlazados con roles familiares. (Boira, S. et al. 2016).

En el diario vivir de la comunidad de Tolontag las decisiones importantes en cuanto a la familia están a cargo de una figura masculina. El poder de las decisiones familiares, laborales, entre otras, recae únicamente en el hombre de la casa, independientemente del rol que desempeñe ya sea abuelo, padre, esposo o hijo. De este modo dejan de lado el poder de decisión u opinión de la mujer sobre temas importantes como sus hijos y el papel que desempeñan a futuro, también el hombre tiene una influencia muy grande en cuanto al cuidado materno y anticoncepción sobre la mujer, es decir, en la mayoría de los casos los hombres deciden si los controles prenatales deben o no realizarse con la partera sin importar el deseo de la mujer frente a esto, y esto se pudo evidenciar en los siguientes relatos.

*Yo me he sentido presionada así por la familia de mi pareja. Hay una presión de ir allá donde la partera. **Madre en periodo posparto/indígena/ mujer/ 32 años.***

*Es mi primer embarazo y desde que me quede embarazada he ido a la partera porque en la familia de mi esposo creen bastante en esto y mi esposo y yo también. Además, la partera a la que voy es tía de mi marido así que también como siempre está pendiente de como estoy. **Madre 3 trimestre de embarazo/ mestiza/ mujer/ 21 años.***

En el análisis en cuanto al factor social ya mencionado, podemos decir que las mujeres aún son dependientes casi en su totalidad de las decisiones de su pareja, ya que se preserva el modelo tradicional del matrimonio en el que el hombre provee y la mujer se queda al cuidado del hogar. Por lo cual el poder económico lo tiene únicamente el hombre, por ende las decisiones importantes del hogar como el hecho de donde vivir, donde se hacen los controles prenatales si en el centro de salud o con la partera, también si la mujer debe o no trabajar fuera de casa e incluso la planificación familiar son responsabilidades y atribuciones del hombre, es por tal motivo que la figura masculina es muy importante y si el hombre está en disconformidad o simplemente no piensa que eso esté bien para su familia no se hace aunque se encuentre en un error.

Existen factores que influyen a que se mantenga este modelo de autoritarismo masculino sobre las decisiones de cada mujer, como por ejemplo el nivel de escolaridad, edad, religión y costumbres, entre otras.

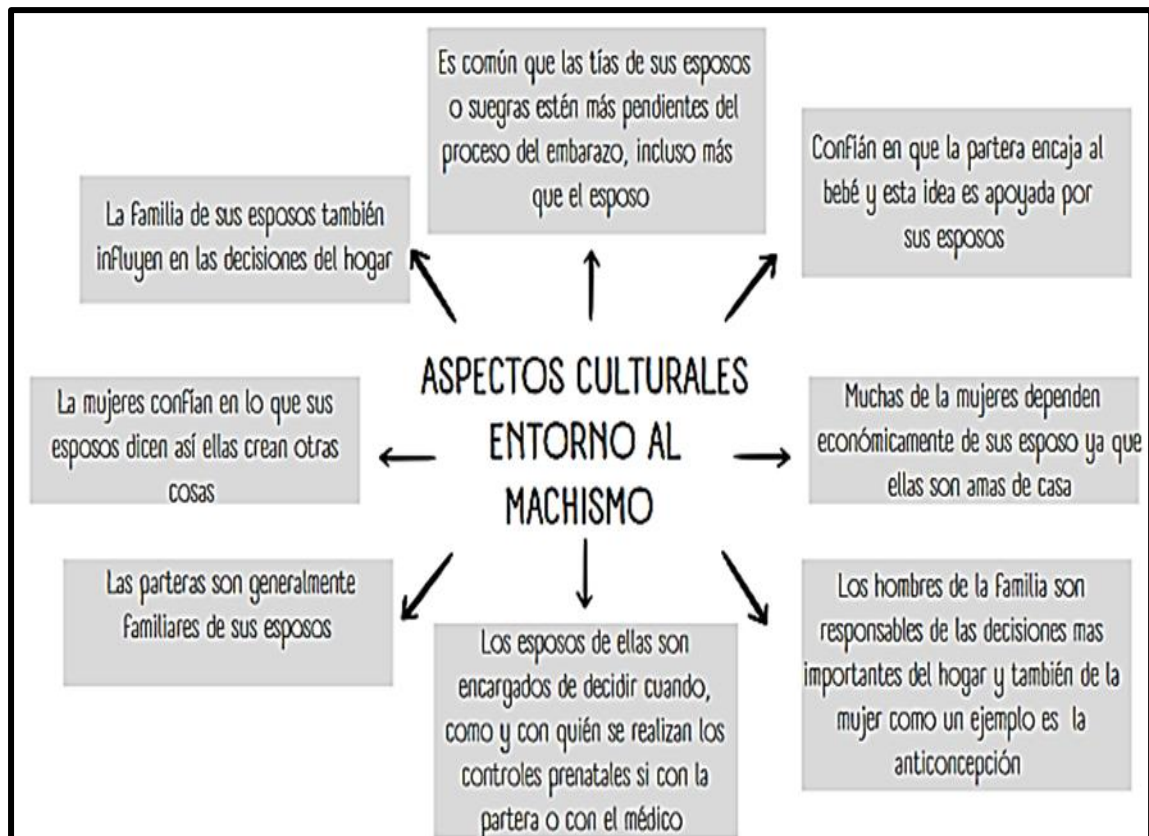


Figura 17: Aspectos culturales entorno al machismo

Modelo: Giddens 2004

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

En la figura 17. En torno a los aspectos culturales entorno al machismo podemos destacar con el modelo estructural de Giddens, que los hombres son los responsables de las decisiones importantes del hogar y que el embarazo, así como el cuidado del mismo no se queda exento de la influencia de una imagen masculina y que además cuanta más la opinión del hombre que de la misma mujer sobre su cuidado.

4.2.2 Aspectos religiosos y creencias culturales

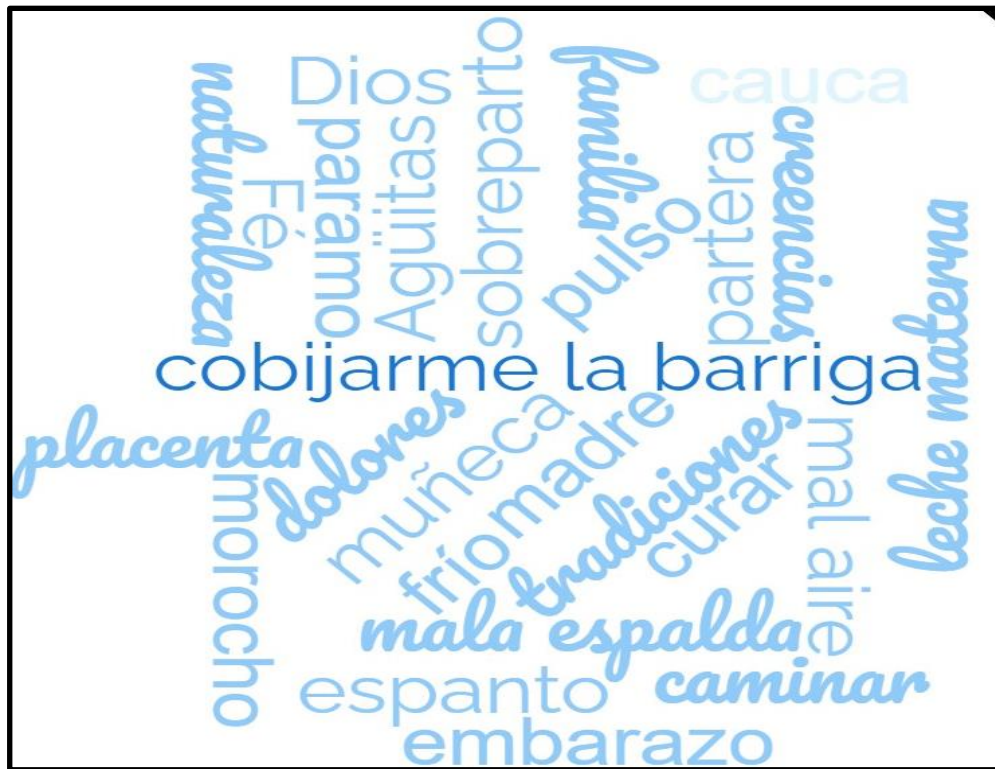


Figura 18: Aspectos religiosos y creencias culturales

Programa: Word Salad

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

El entendimiento irrefutable o dogma sobre el estilo de vida fundado en la manifestación de lo que se tiene como creencias, las cuales la integran las de tipo improbable o relatos fantásticos por los cuales se busca darle una explicación de realidad natural o sobrenatural. (Juárez, E., & Rojas, J. 2012).

Los saberes adquiridos que trascienden en la población, así como la limitación en el derecho humano suele tener una tendencia a revivir sucesos a base de un conocimiento empírico. Es decir que, en este concepto de vida, las personas le dan una explicación a varios sucesos o eventos que ocurren durante el embarazo, parto y postparto a su entender. Por lo que relacionan como parte de la vida el que los eventos sucedan de uno u otro modo. (Juárez, E., & Rojas, J. 2012).

Para este tipo de investigación, se entiende que hay una gran influencia de lo mágico-religioso, es decir, que intervienen los astros, espíritus, la naturaleza viviente, etc. Por lo mismo, hay la noción que la enfermedad se asocia a eventos negativos que no depende de condiciones terrenales, sino es un castigo divino, todas estas determinantes culturales fueron parte de las investigaciones desarrolladas en comunidades que aún conservan los valores ancestrales del mundo indígena. (Juárez, E., & Rojas, J. 2012).

Comunidades indígenas que en general tienen sus propias tradiciones, creencias, prácticas y costumbres, destacan por el hecho de tener una influencia de lo mágico y religioso. Los responsables de dirigir este movimiento son los denominados curanderos, sacerdotes, parteras, o de plano conocidos como líderes espirituales. (Juárez, E., & Rojas, J. 2012).

Por esta razón, en la comunidad de Tolontag las creencias culturales y religiosas influyen mucho en el cuidado de la mujer embarazada y posteriormente en el cuidado del recién nacido, dirigidos en este contexto por la denominada partera. Las creencias religiosas y las creencias culturales han ido trascendiendo de generación en generación por lo cual se ha ido mantenido dentro del núcleo familiar como se mencionan en los siguientes relatos:

*Son cosas de creencias de mi abuelita y mamá, hasta ahora me prohíben, como se vive en el campo me dicen que no se cargue el cabresto o la sogá cruzado, porque el cordón umbilical se envuelve en el cuello del bebé al momento de dar a luz, Me prohíben sentarme en el costal de papas, porque dicen que algo pasa con el cordón, no estoy muy segura. Por lo general son esas dos cosas que más me prohíben. **Madre 2 trimestre de embarazo gemelar/ mestiza/ mujer/ 29 años.***

*Hay creencias de las parteras en el tiempo de ellas he escuchado que las mamitas se van por que tienen mal aire, son las que van a lugares pesados como el páramo, dicen que vienen mal ventadas y eso lo recoge él bebé y que eso se debe limpiar con la partera. **Madre en periodo posparto/ indígena/ mujer/ 32 años.***

*Yo he escuchado que eso de envolverle le endurece la cabecita, y al rato de caminar no caminara con los piecitos abiertos, como soy mamá primeriza solo lo escucho. Con respecto a la ropita me dicen que no la lave con cepillo porque él bebé se espanta, igual no hay que dejarla en el viento porque le espanta también y llora. **Madre en periodo posparto/ indígena/ mujer/ 32 años.***

*Ser mala espalda significa que no se ponen abrigo, a ellas se les pone, porque la leche viene de la espalda. si no se abriga sino sale la leche toca dar como dicen un hueso de buen toro, yuca, aguacate negro y cauca toca dar, eso toda mi historia doctorita. **Partera/ indígena/ mujer/ 70 años.***

Tolontag también es una comunidad que tiene influencia católica, cristiana y evangélica bien establecida por lo que esto puede influir mucho en el cuidado y confianza de las mujeres gestantes y de su acercamiento al centro de salud y personal médico. Además, que aquí influye mucho el apoyo familiar como se mencionan en los siguientes relatos:

“Gracias a Dios, y digo gracias a Dios porque el parto hoy en día se complica, en ese día todo fue normal, simplemente los cuidadores de la salud solo hacemos lo que la naturaleza es sabia, nosotros solo ayudamos a recibir al bebé”. **Médico general/ hombre/ 39 años.**

“En mi familia saben decir que en el último mes del embarazo vaya a la partera que me haga fregar, para ver eso de la posición del bebe, por eso nomas”. **Madre en periodo posparto/ indígena/ mujer/ 32 años.**

“Prácticamente le agradezco a Dios porque nunca supe si venía mi hija con alguna malformación o enredado el cordón en el cuello. solo sabía que era una niña y solo sabía que estaba en la posición correcta para dar a luz”. **Madre 2 trimestre de embarazo gemelar/ mestiza/ mujer/ 29 años.**

En nuestro trabajo de campo pudimos observar con respecto a los aspectos religiosos y culturales, la familia tiene un rol importante para que estos se preserven en la comunidad, debido a que las ideas, costumbres y prácticas se van pasando de generación en generación, como motivo para formar un vínculo más grande entre sus integrantes. Generar una confianza a partir de compartir costumbres, tradiciones y prácticas es parte de la comunidad de Tolontag, y se puede evidenciar en cada aspecto de sus vidas, incluyendo el tema que acontece del embarazo, parto, postparto y cuidados del recién nacido, pues para ellos en cada proceso que va culminando la mujer en esta etapa de su vida, hay alguna creencia que se pone en práctica por parte de los integrantes de sus familia o incluso de la misma madre antes mencionados ya sea de carácter espiritual o religioso.

Además, un aspecto importante a recalcar es que siempre se reduda en los relatos obtenidos a través de las entrevistas semiestructuradas, el hecho de que lo atribuyen a un evento religioso, ya sea algo bueno o malo, creen en una fuerza superior la cual rige el curso de los eventos del embarazo, parto y postparto, por lo que sus prácticas tradicionales quedan relegadas a un segundo plano, pues al considerar un evento superior, se encomiendan a lo que se disponga en cuanto a su religión, ya sea el sistema médico andino o el sistema biomédico.

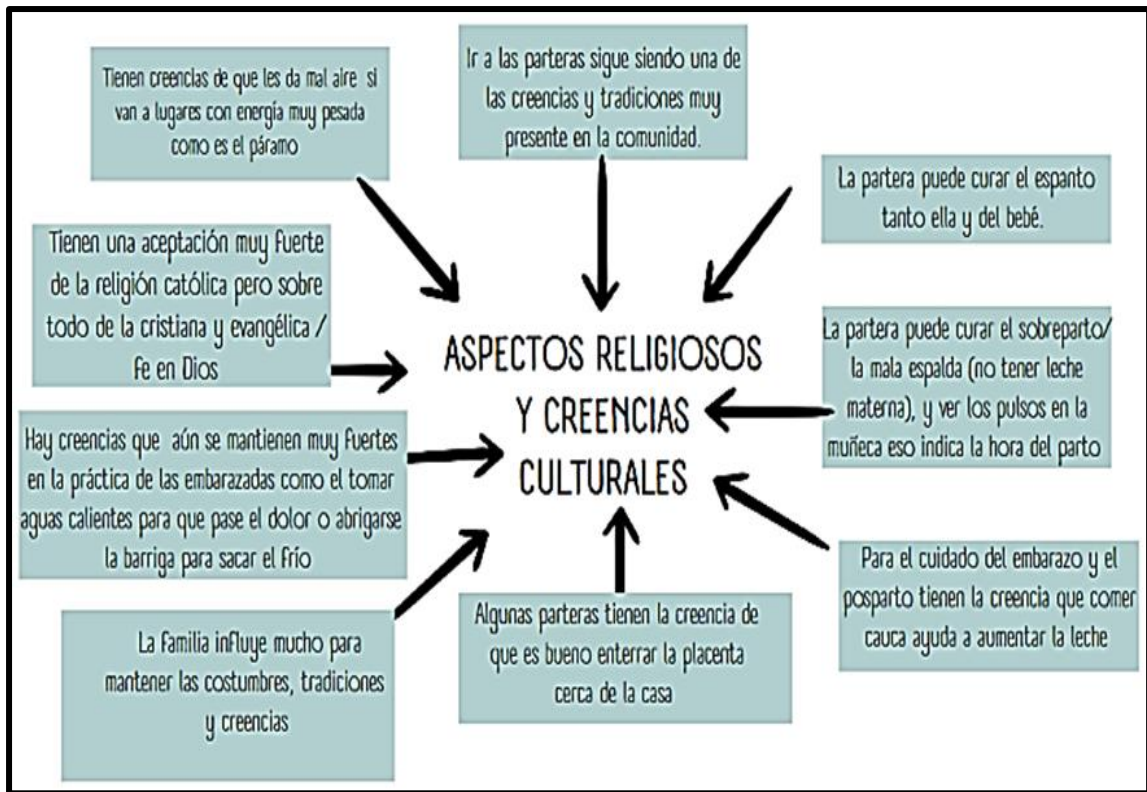


Figura 19: Aspectos religiosos y creencias culturales
Modelo: Giddens 2004
Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

En la figura 19. En torno a los aspectos religiosos y creencias culturales en la comunidad de Tolontag el modelo estructural de Giddens, resalta que hay costumbres y tradiciones que van de generación en generación y que la influencia familiar es la que más resalta en este punto, Además la influencia de religión en la comunidad es bastante fuerte al igual que las costumbres y tradiciones en base a la práctica del sistema médico andino.

4.2.3 Limitaciones socioeconómicas



Figura 20: Limitaciones socioeconómicas
Programa: Word Salad
Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

Con el paso del tiempo las comunidades indígenas se han sometido a un constante cambio para poder adaptarse a las nuevas exigencias que trae consigo el cambio, ya sea que representen amenazas u oportunidades. Además, por lo que en una perspectiva de desarrollo de la misma cultura se debe seguir de cerca la evolución del entorno para ver más detenidamente los cambios negativos y positivos del mismo. (Pinto, A. 1993).

En comunidades indígenas que dependen especialmente de la agricultura existen diversos factores que limitan la capacidad productiva por falta o ausencia de insumos y equipos de producción enfocados en actividades de agricultura que ayudan a la economía de la comunidad. Los principales materiales como semillas, abono y agrotóxicos destacan como insumos que limitan el desarrollo económico de comunidades enfocadas en la agricultura. (Instituto Interamericano de derecho humanos, 2009).

Entre las limitaciones de oportunidades para la generación de ingresos en las comunidades indígenas, se han destacado factores como la falta de acceso hacia mercados por problemas con la movilidad vial o fluvial, traduciéndose en la carente oportunidad de llevar productos a la zona urbana y facilitar el comercio. Es un problema común de las comunidades alejadas que suelen ubicarse en áreas montañosas o donde existen dificultades de acceso por la falta de caminos o transporte. (Instituto Interamericano de derecho humanos, 2009).

El acceso a los mercados también está limitado debido a la falta de conocimientos para la negociación o también por la falta de comunicación entre los mayoristas o exportadores que prefieren negociar con intermediarios no indígenas, por tal motivo la necesidad de enfatizar en este tema y encontrar cuál es el problema real que impide la libre comercialización de los productos ya sea por vías en mal estado, alto costo de transporte, inestabilidad de precios entre otros. (Instituto Interamericano de derecho humanos, 2009).

Es por esta razón que las limitaciones sociodemográficas influyen mucho en el desarrollo de un buen control del embarazo debido al difícil acceso y salida de la comunidad no permite un buen seguimiento e identificación de factores de riesgo, no permite una adecuada prevención y promoción de salud ya que a las embarazadas se les vuelve una tarea difícil llegar al centro de salud por vías en mal estado y falta de una economía más sustentable que les permita un mejor desarrollo, así como también hay una limitación de oportunidades laborales y educativas por el no poder acceder a la zona urbanizada.

Dentro de los relatos podemos observar cómo estas limitaciones sociodemográficas pueden afectar en el control de salud que incluso puede generar una muerte materna por la falta de oportunidad y la falta de transporte adecuado.

“Si bastante, yo vivo bien arriba y a veces cuando llueve no saben subir camionetas y bajar caminando es difícil y más si una está embarazada. Pero bueno solo unas dos veces me pasó que no pude venir a los controles, pero el resto he venido sin falta”.
Madre 2 trimestre en embarazo/ indígena/ mujer/ 22 años.

Durante el trabajo de campo pudimos destacar que hay muchas limitaciones en cuanto a la viabilidad y accesibilidad, esta carencia lleva a un nivel socioeconómico bajo, ya que es muy complicado acceder a la comunidad de Tolontag, debido a las vías en mal estado y la distancia en recorrer es extensa, adicionalmente la geografía en la comunidad se destaca por montes y montañas, más la distancia entre vivienda y vivienda a recorrer sumado la lejanía del centro de salud, imposibilita asistir a sus controles del embarazo, les genera miedo recorrer distancias muy largas, hay temor de caerse o que suceda algo en el camino si fueran solas, motivo por el que prefieren quedarse en sus hogares.

En la comunidad el único medio de transporte público está disponible con un horario e intervalos de cada dos horas, el mismo que no recorre el sector, pues se limita a llegar al centro de la comunidad. Las madres gestantes ven esto como un limitante para acceder a sus controles ya sea fuera o dentro de su comunidad y más aún si se trata del momento del parto, es una gran limitante para acceder a un hospital de mejor resolución en caso de madres con complicaciones propias del embarazo y que no dispongan de un transporte propio.

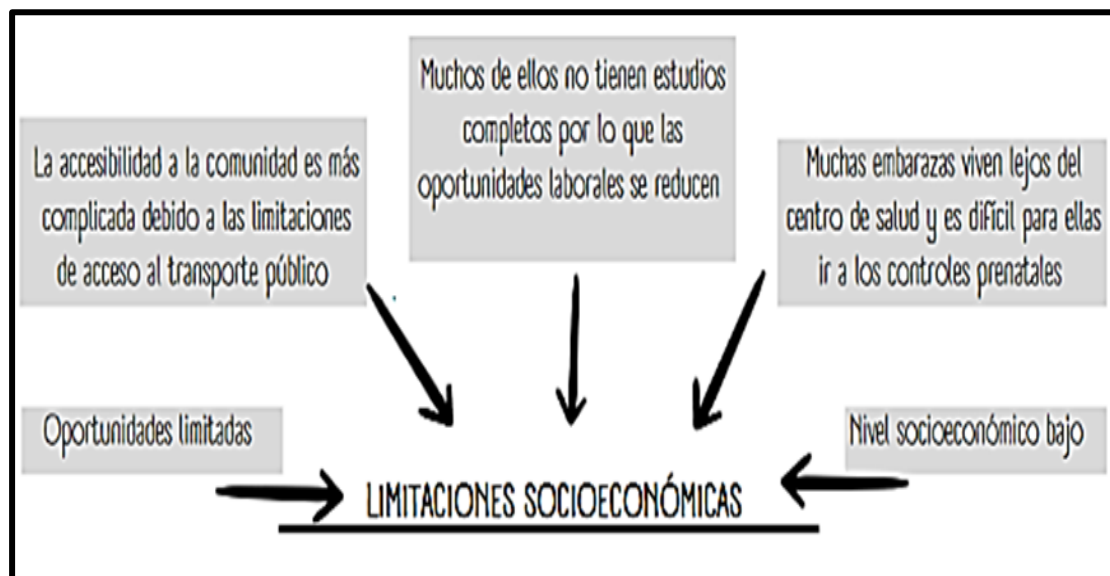


Figura 21: Limitaciones socioeconómicas

Modelo: Giddens 2004

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

En la figura 21. En torno a los aspectos limitaciones socioeconómicos en la comunidad de Tolontag en el modelo estructural de Giddens, resalta que hay limitaciones en cuanto al crecimiento socioeconómico de la comunidad que se ve reflejado la mayor limitación que es la falta de accesibilidad a la comunidad por falta de oportunidades, laborales un nivel socioeconómico bajo y un difícil acceso al transporte público y mala condición vial lo que dificulta el acceso de las embarazadas al centro de salud.

4.2.4 Acceso a la educación y trabajo



Figura 22: Acceso a la educación y trabajo
Programa: Word Salad
Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

En el Ecuador se han propuesto algunas estrategias para disminuir las limitaciones económicas en las embarazadas, por eso lo que busca cumplir con el mandato de planificación de desarrollo nacional el cual implica terminar con la pobreza, promover el desarrollo sustentable y la redistribución de los recursos para poder ser parte del desarrollo y del buen vivir. Según, la Constitución del Ecuador 2008, Art. 3 además, de adjuntar metas en salud materna concentrándose en la reducción de la mortalidad y cuidado del embarazo. (Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2020).

En el 2017 las madres que se embarazaron con menos de 15 años de edad representaron un 73.5% las cuales tenían educación básica y solo el 25.5% estaba cursando o tenían un bachillerato. En otro grupo de mujeres con un rango de edad de 15-19 años el 39.9% eran madres que habían llegado a la educación básica y el 56.1% fueron madres que cursaban aún la colegiatura o que tenían bachillerato y el 0.35% fueron madres que no tenían acceso a la educación o que no tenían ningún nivel de educación. (Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2020).

En especial debería relacionarse con el nivel de educación que tiene la mujer, esto va enlazado al conocimiento del cuidado del embarazo y se encuentra relacionado con la diferencia de acceso a los servicios de salud para la mujer y su hijo. Por lo que en Tolontag el nivel educativo en la mayoría de la población es básica a bachiller, muy pocos acceden a una educación de tercer nivel por lo que las oportunidades laborales también son limitadas, como nos menciona en el siguiente relato:

“Yo trabajé hasta los 8 meses, trabajé sentada y trabajaba de costurera”. **Madre 3 trimestre de embarazo/ mestiza/ mujer/ 22 años.**

Cabe recalcar que la falta de oportunidades laborales en la región hace indispensable la necesidad de migrar hacia la zona urbana por un mejor futuro y en busca de nuevas oportunidades. En el caso de Tolontag esto se puede ver reflejado en la preferencia por ser atendidas en un sistema de salud tradicional en comparación al biomédico, pues existe la idea de que es inaccesible económicamente, dejando una preferencia cultural por su medicina tradicional.

“Acudo a la partera por consejo de mi mami, pero como tal no me genera una confianza completa. Pienso que no saben tanto como los doctores, porque una ya por ahí escucha rumores de que cobran y que no hacen tan bien el trabajo, a veces creo que hacen las cosas por cobrar y una no sabe si serán parteras o personas que dicen que lo son”. **Madre 3 trimestre de embarazo/ mestiza/ mujer/ 29 años.**

Es importante mencionar que los indicadores de vulnerabilidad abarcan factores de riesgo que afecta de forma global la vida económica de los pobladores ya sea en su entorno familiar, económico y factores que afectan la capacidad para actuar en momentos de crisis como son la susceptibilidad por fenómenos naturales como las sequías, inundaciones, desastres naturales entre otros, además de la inseguridad, monocultivos, falta de capital o mecanismo de solidaridad social. (Instituto Interamericano de derecho humanos, 2009).

La comunidad de Tolontag refleja una condición socioeconómica baja, las mujeres adultas jóvenes han tenido oportunidades de estudiar y con eso más oportunidades laborales lo cual ha ayudado a mejorar la condición socioeconómica de algunas familias de la comunidad. Sin embargo, aún tienen muchas limitaciones, falta de oportunidades que precipita a que muchas mujeres abandonen la posibilidad de estudiar lo que las vuelve dependientes económicamente de sus parejas o familiares dedicándose al cuidado del hogar. La mayoría de mujeres que han tenido la oportunidad de estudiar a un grado superior de tercer nivel, se limita a muy pocas mujeres, pues en la mayoría de los casos solamente llegan hasta secundaria o nivel básico.

Cabe mencionar que conjuntamente con el difícil acceso a la comunidad hace que tampoco tengan la coyuntura para buscar otras opciones para mejorar su estatus social, pero el hecho de que la comunidad esté distanciada a sectores más comerciales se vuelve un proceso difícil.

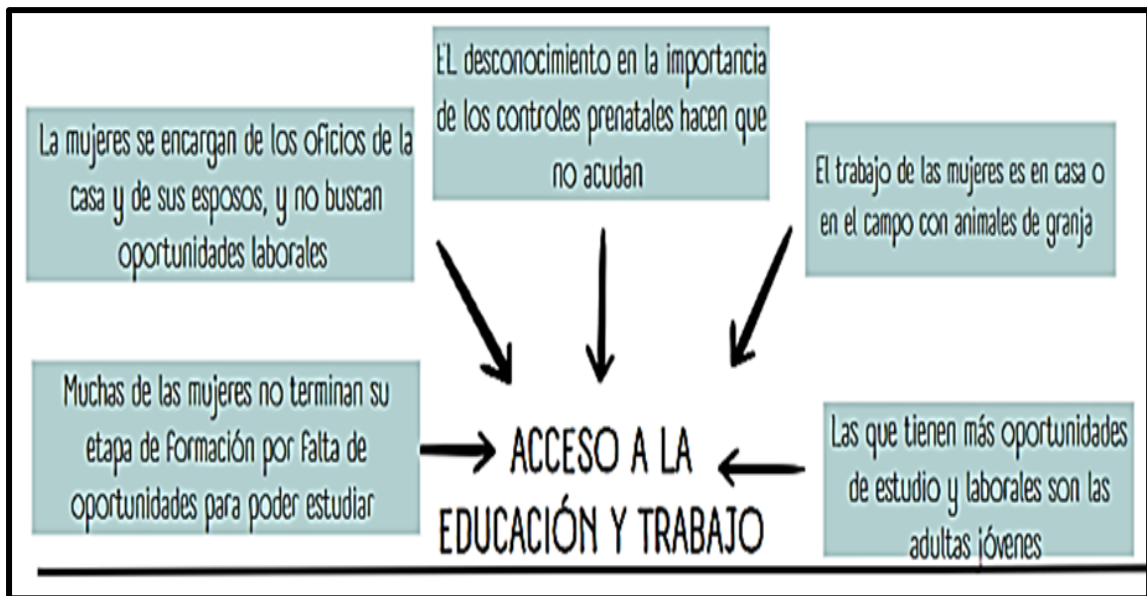


Figura 23: Acceso a la educación y trabajo

Modelo: Giddens 2004

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

En la figura 23. En torno al acceso a la educación y trabajo en la comunidad de Tolontag hay una limitación al acceso de la educación y por ende a las oportunidades laborales por lo que, en el modelo estructural de Giddens, resalta que el nivel de educación también es importante para que las embarazadas logren entender la importancia de los controles prenatales.

4.2.5 Pensamientos culturales que giran en torno al rango de edad



Figura 24: Pensamientos culturales que giran en torno al rango de edad

Programa: Word Salad

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

Algunos determinantes para el desarrollo de las comunidades racializadas, es la edad, la misma que se relaciona con su integración a la sociedad en general y en como mantiene sus prácticas y creencias culturales. En los relatos obtenidos en la comunidad de Tolontag, se pudo evidenciar grupos etarios diferentes, con similitudes, pero sobre todo con diferencias marcadas en cuanto al concepto de la salud, y otros temas, pues se considera que la edad, permite a muchas mujeres optar por otro tipo de oportunidades que de acuerdo a su etapa y rango de edad se incorporan de mejor manera al mundo laboral ya sea dentro o fuera de su comunidad.

La mayoría de mujeres jóvenes, han optado por buscar mejores oportunidades fuera de la comunidad de Tolontag, ellas forman parte importante para la economía de su familia, pero al tratarse de una comunidad alejada de los empleos que oferta la zona urbana, se considera las características sociodemográficas, así como el número y edad media de los hijos.

Algunas investigaciones se han centrado en buscar una estrecha relación entre la integración de la mujer y el trabajo en el momento del ciclo vital que está cursando en ese momento lo cual está definido por la edad y está asociado a la posibilidad de integrar un trabajo remunerado a sus vidas ya sea en modalidad fija u ocasional. (Ávila, H. 2005).

Por lo que cabe mencionar que la escolaridad y la edad son factores importantes que nos permiten tener una visión integral acerca de los roles que cumple la mujer y el hombre dentro y fuera del hogar enfatizando en la actividad económica que representan. (Ávila, H. 2005).

Las actividades domésticas y económicas han permitido valorar el trabajo de las mujeres y mostrar la distribución desigual de labores productivas y reproductivas. Toman gran importancia porque ha permitido valorar las diferencias de género en la distribución del trabajo dentro y fuera del hogar, contabilizando las horas de trabajo a la semana. (Ávila, H. 2005).

En la comunidad de Tolontag, la edad de las mujeres es muy importante ya que nosotros pudimos identificar 3 grupos importantes (18-25 años) son mujeres que ya no están apegadas a las costumbres y tradiciones debido a la cercanía e influencia de la zona urbanizada, son mujeres que a pesar de ser jóvenes tienen una mayor oportunidad de trabajo y de estudios, esto repercute en el cuidado del embarazo, parto, posparto y cuidado del recién nacido, ya que al no tener tanta influencia de las costumbres y tradiciones ellas prefieren el sistema biomédico.

“Los talleres prenatales en donde ya me han dicho que debo tener lista mi mochila con todas las cosas necesarias, me han ayudado con información de los hospitales cercanos a donde vivo así que por ahí vamos bien”. **Madre 1 trimestre de embarazo/ mestiza/ mujer/ 22 años.**

“Pienso que me entenderían mejor en el hospital”. **Madre 3 trimestre de embarazo/ mestiza/ mujer/ 18 años.**

El grupo que le sigue es de (26-35 años), estas mujeres son trabajadoras y tienen influencia de las costumbres y tradiciones más marcada que el anterior grupo, ya que a pesar de tener la cercanía con la zona urbana ellas siguen creyendo y tienen muy arraigado las costumbres y tradiciones de su comunidad, esto influye en el sentido que ellas prefieren ser atendidas por el sistema de salud biomédico. Sin embargo, no se han deslindado de la medicina tradicional que fue transmitida hacia ellas por miembros de su familia y comunidad.

“Dicen que deben ir a la partera, pero no creo mucho en eso. Mi abuelita me dice que debo ir para que pueda encajar bien a mi bebé y tener un parto normal, pero no fui, acudo acá al centro de salud para los controles prenatales”. **Madre 2 trimestre de embarazo/ indígena/ mujer/ 27 años.**

“Yo creo en ambos (Hospital y partera), porque en situación de medicina, con respecto a los médicos ellos es algo técnico, ellos saben de los exámenes o a ver si la presión está algo mal. Las parteras no creo que sepan eso”. **Madre 2 trimestre de embarazo/ indígena/ mujer/ 29 años.**

El grupo de (36-45 años), por el contrario, son mujeres que tienen muy marcadas las costumbres y tradiciones de su comunidad que tiene poca o nada influencia de la zona urbana y que a pesar de esa cercanía aún siguen teniendo mucha desconfianza en el sistema de salud biomédico y prefieren ciegamente la medicina tradicional con lo que se sienten más cómodas para vivir el proceso de la gestación.

“Me daba bastante miedo, fue la razón por la que me acerqué cuando cumplí 3 meses, con miedo y todo, mi esposo me acompañó. Fue una irresponsabilidad de nosotros, tanto él como yo éramos niños, tuvimos problemas con mis papás y mis papas, no hubo alguien que nos dijera qué hacer”. **Madre 2 trimestre de embarazo gemelar/ mestiza/ mujer/ 29 años.**

“Si ha sido muy importante acudir a la partera me ha ayudado mucho con mis anteriores embarazos, ella estaba más pendiente que yo misma de mis embarazos, en este último hasta me ayudó a ver si mi bebé estaba bien, me dijo que me alimente bien hasta para que tenga más leche para mi bebé”. **Madre posparto/ indígena/ mujer/ 35 años.**

Es por esto que la edad de las madres también repercute de una manera importante en el desarrollo económico, aceptación social, creencias, cuidados del embarazo y entre otros se menciona en los siguientes relatos:

“En ese aspecto, en mi primer embarazo que le tuve a mi hija, era bastante niña, tenía 18 años. Fue medio duro, hubo un poco de choque con mis papás, en ese embarazo yo no asistí ni una vez al doctor. No tuve ningún control de mi hija”. **Madre 2 trimestre de embarazo gemelar/ mestiza/ mujer/ 29 años.**

En el análisis en cuanto al comportamiento de las mujeres en base a la edad, se destaca un cambio de ideologías es decir mujeres de 18- 25 años de edad tienen más oportunidades de educación y laborales lo que hace que sean más apegadas al sistema biomédico y costumbres urbanizadas. Sin embargo, en embarazos muy jóvenes puede que todavía haya influencia de sus familiares, en madres jóvenes adultas en una edad promedio de 26-35 años ellas tienen una influencia muy grande de la zona rural, crecen muy apegadas a las costumbres y tradiciones familiares por lo que mantienen vivas esas creencias y aquí es donde se ve una coexistencia de los dos sistemas de salud, porque a pesar de la práctica de costumbres y tradiciones lo hacen de una manera más consciente y discerniendo lo que está bien y lo que no, lo que hace que confíen en el sistema de salud biomédico.

Finalmente, las mujeres que tienen una edad de 35 años en adelante, son mujeres que tienen poca o ninguna accesibilidad a la educación y las oportunidades laborales se limitan a los quehaceres del hogar, por lo cual las creencias y tradiciones de la comunidad no son discutidas y ellas las practican. Además, tienen mayor confianza al sistema médico andino y le tienen desconfianza al sistema biomédico debido a la pobre información del mismo. El desconocimiento a la vez también genera miedo e incertidumbres que pueden crear brechas en los sistemas de salud.

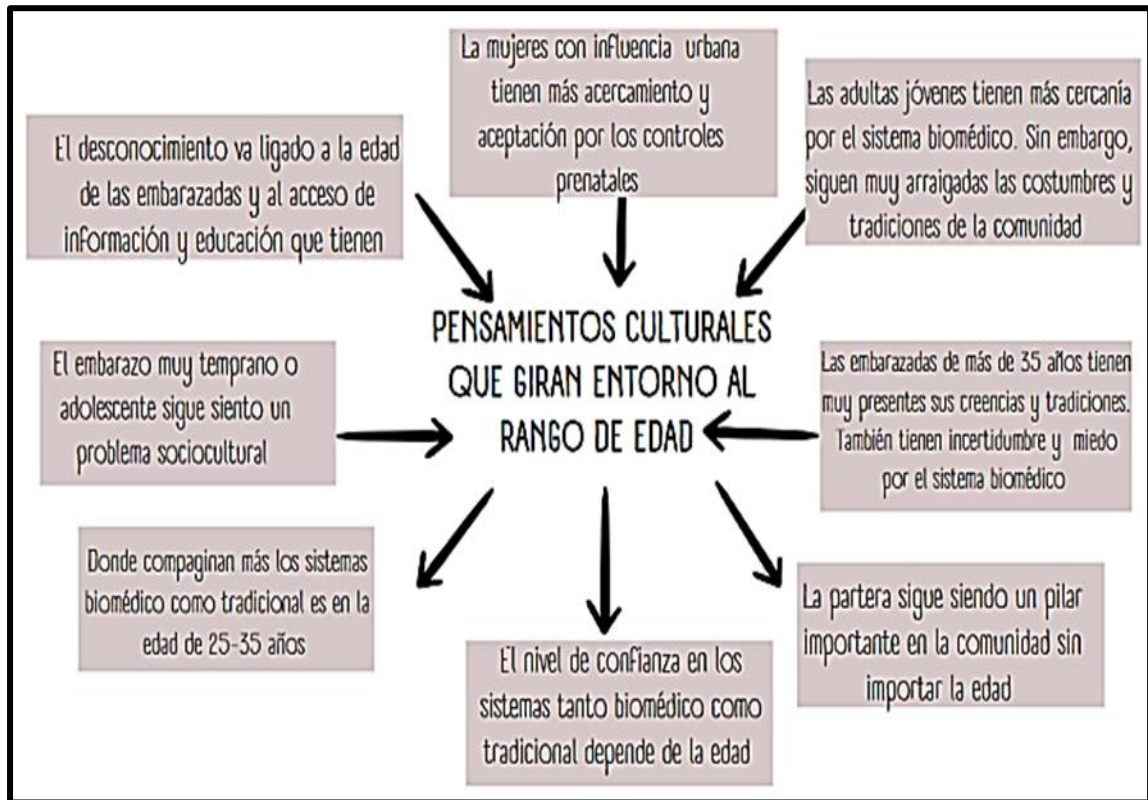


Figura 25: Pensamientos culturales que giran en torno al rango de edad

Modelo: Giddens 2004

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

En la figura 25. En torno Pensamientos culturales que giran en torno al rango de edad en la comunidad de Tolontag una diversidad de ideologías que depende de la edad que a la vez también está enlazado la continuidad de las costumbres y tradiciones las mujeres más jóvenes son más apegadas al sistema de salud biomédico mientras las que son mayores de 35 son más apegadas al tradicional sin embargo donde hay posibilidad de coexistencia y una mejor comunicación por nivel de educación son las mujeres de entre 25-35 años. .

4.2.6 Anticoncepción



Figura 26: Anticoncepción

Programa: Word Salad

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

La planificación familiar tiene un efecto positivo para la salud de la mujer, niños, niñas y por ende a las familias a nivel nacional e internacional, ofrece la posibilidad de planear los nacimientos a partir de opciones ofertadas de métodos anticonceptivos. (Hernández, M. et al. 2014).

Con la intención de disminuir la mortalidad materna y mejorar la salud de las madres y recién nacidos, los métodos anticonceptivos han llegado a extenderse a comunidades indígenas con el objetivo de aminorar embarazos no deseados, prácticas de abortos inseguros y prevenir embarazos de alto riesgo. (OPS, 2004).

El uso de métodos anticonceptivos en las mujeres que se encuentran en edad fértil en las comunidades indígenas no tiene una gran diferencia con mujeres que no pertenecen a dichas comunidades indígenas, aunque sí se ve un incremento en el porcentaje de métodos modernos para el uso de las usuarias fuera de comunidades. (Hernández, M. et al. 2014).

El tema de la anticoncepción, se ve condicionado por algunos factores que se entrelazan en sí mismos, como el machismo, religión, costumbres y tradiciones ancestrales, En la comunidad de Tolontag el hecho de que muchas de las mujeres planifican su método anticonceptivo en base a criterio de su pareja y/o familia, anteponiendo lo que piensa la pareja a el bienestar de la mujer. En el siguiente relato se puede apreciar una de las creencias con respecto a métodos anticonceptivos y su rol en la comunidad.

“comentarios que dicen que después de haberse cuidado con anticonceptivos salen bebés anembrionados o alguna malformidad o discapacidad, todo eso fue el miedo de acercarme a los doctores o hacerse los controles”. **Madre 2 trimestre de embarazo gemelar/ mestiza/ mujer/ 29 años.**

La anticoncepción también es un punto clave para la estabilidad familiar ya que el hombre debe estar en total conocimiento del método anticonceptivo y cumplir las expectativas de él, mas no de la mujer en cuestión, es por eso que muchas de ellas acuden a consulta con sus parejas para que ellos tomen la decisión por ellas o en otro de los casos ellas acuden a consulta solas, pero lo hacen a escondidas o sin que sus familiares o pareja sepan para evitar problemas o discusiones.

El tema de la anticoncepción es muy importante y no solo para el sistema de salud biomédico por la importancia de la planificación familiar sino también a nivel cultural donde todavía hay dependencia de la figura masculina para tomar este tipo de decisiones. Las mujeres aceptan sin importar si es bueno para ellas o sus cuerpos y se convierte en la búsqueda del bienestar familiar y la conformidad del hombre de la casa. Además, ellas desconocen o no le dan importancia necesaria sobre los métodos anticonceptivos, crea una desconfianza y genera incertidumbre, muchas de ellas se dejan llevar por lo que dice la comunidad sin una base teórica, sólo en base a experiencias personales lo cual hace que presenten miedos y no se cuiden de un próximo embarazo.

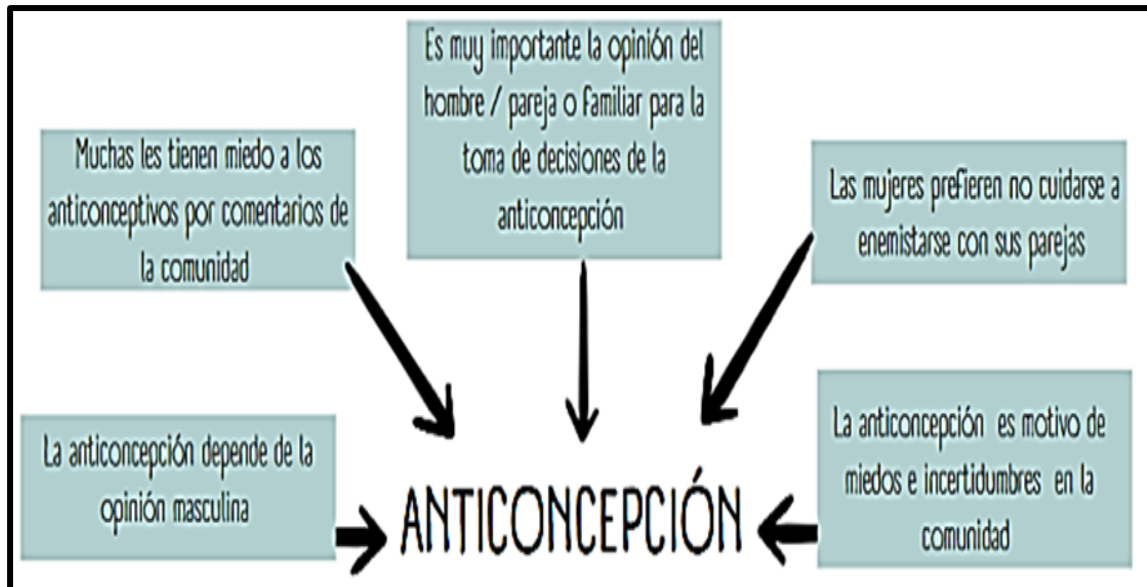


Figura 27: Anticoncepción
Modelo: Giddens 2004
Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

En la figura 27. Los Pensamientos sobre la anticoncepción en una comunidad como Tolontag, podemos evidenciar como algunos aspectos como la opinión de la familia y pareja tiene una gran repercusión sobre la decisión del uso de métodos anticonceptivos para mantener un bienestar familiar con exclusión de la decisión de la mujer.

4.3 Complicaciones en el embarazo parto y posparto en la Comunidad de Tolontag

El Ecuador tiene un promedio aproximado de 300.000 nacidos anualmente y el 15% de todos los embarazos podrían experimentar complicaciones durante la gestación o en el momento del parto, las mismas que podrían poner en riesgo la vida de la madre en cuestión. Por ejemplo, en el año 2013 alrededor del mundo murieron 289.000 mujeres durante la etapa del embarazo, parto o posparto. (Guía de práctica clínica: Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato, 2015).

De acuerdo a un reporte del Ministerio de Salud Pública las principales causas de muerte materna reportadas son tres: causas obstétricas ya sean estas directas o indirectas y no especificadas dentro de las mismas se encuentran la hemorragia posparto, hipertensión gestacional y eclampsia siendo las de mayor preocupación. (Ministerio de Salud Pública. *Informe Mortalidad En La Maternidad*, 2014).

La salud materna es un indicador muy importante en la representación de las condiciones socioeconómicas, ambientales, nivel educativo y saneamiento, las cuales mencionan que la muerte materna podría ser el resultado de desigualdades socioeconómicas de género y étnico. Con relación a la etnia, se analiza la salud en forma global y se ha identificado que las comunidades indígenas tienen factores negativos para la salud como son la pobreza, desnutrición, contaminación ambiental e infecciones que afecta a cada zona. De hecho, se menciona que en el continente americano están entre los grupos con mayor desigualdades e inequidades en salud tanto materna como reproductiva, debido a que pueblos indígenas suelen tener una exclusión social y económica. (Bello, L., & Parada, A. 2017).

En la comunidad de Tolontag, a través de los relatos obtenidos, se evidenció que en dicha comunidad existen complicaciones durante el embarazo, parto y postparto. Pudimos ver que la falta de información sobre el cuidado durante el embarazo, o los escasos controles prenatales, sumados a la desconfianza aún presente en el sistema de salud público que maneja la medicina biomédica, han permitido que muchas complicaciones existan en esta comunidad. Por lo mismo es indispensable identificar a tiempo las complicaciones para prevención de comorbilidades a futuro.

En nuestro país, con respecto a temas relacionados a muertes maternas tiene una carente fuente de información y registros, motivo por lo cual no es adecuado para adquirir un registro único de muertes maternas en diferentes niveles de atención. Entonces se realiza un estimado de factores de expansión en varias bases de registros que poseen características similares para llegar a un estimado de muertes maternas en los diferentes niveles de atención. (Ministerio de Salud Pública. *Informe Mortalidad En La Maternidad*, 2014).

En las complicaciones más destacadas tenemos a la preeclampsia, sangrado posparto, parto pretérmino y lo que la comunidad llama como “sobre parto”, estas son las complicaciones que han hecho que la comunidad se acerque más al sector de salud por miedo a que les pase algo a ellas o a sus hijos.

4.3.1 Preeclampsia



Figura 28: Preeclampsia

Programa: Word Salad

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

La preeclampsia es una patología que se presenta exclusivamente en el embarazo, la cual se define como la aparición de hipertensión arterial con proteinuria después de la semana 20 de gestación. Es una enfermedad propia del embarazo en la que se evita complicaciones. Sin embargo, la solución únicamente es la finalización del embarazo. Adicionalmente, si no se trata adecuadamente puede haber graves complicaciones tanto para la mujer embarazada como para el feto. (Cararach, V., & Botet, F. 2008).

Además, se menciona que la preeclampsia en el Ecuador constituye la primera causa de morbilidad perinatal, llegando a presentar en el 8.3% de las gestaciones y con un 14% de causas de muerte infantil por esta razón la importancia de que la mujer gestante sea captada y atendida oportunamente para ser evaluada en la primera consulta prenatal y de esta manera identificar los riesgos como son: una edad muy joven o madre mayor de los 35 años, nuliparidad, primigesta, obesidad, antecedentes de trastornos hipertensivos, embarazo múltiple, antecedentes de diabetes mellitus, entre otros. (Moreira, M., & Montes, R. 2022).

Las complicaciones que se presentan durante el embarazo en la comunidad de Tolontag, resaltamos que la que con más frecuencia se presenta es la preeclampsia sin complicaciones, la mayoría de las madres refieren haber sido diagnosticadas de preeclampsia, una minoría desconoce el tema y el porqué de su situación. Existe una mezcla de emociones y conocimientos al hablar de esta patología, es una duda constante no saber qué va a pasar con ellas y sus hijos. Por este motivo acuden al médico del centro de salud o centro médico privado “Jambi huasi” para descartar la presencia de dicha enfermedad o que puedan desarrollarla durante el transcurso del embarazo, mas no por llevar un embarazo preventivo a otras patologías. Sin embargo, el objetivo se cumple, ya sea o no con un miedo infundado por la creencia popular de dicha enfermedad, al acudir al control para descartar esta patología, cumple el objetivo de llevar un control prenatal.

Además, en los comentarios de las madres que desarrollaron preeclampsia en sus anteriores embarazos, saben o escucharon de alguien más que tuvo o tiene la patología, por lo que dicha enfermedad no está en el desconocimiento total de la comunidad de Tolontag, resaltamos los siguientes relatos:

“Como en el primer embarazo me dio preeclampsia me dicen que le baje la azúcar y la sal, que no coma muy dulce o salado”. **Madre 2 trimestre de embarazo/ gemelar/ mestiza/ mujer/ 29 años.**

“La verdad me da un poco de miedo, si me gustaría dar a luz en mi casa, pero me dijeron que tengo preeclampsia así que desde esa vez me han mandado al centro de salud de Conocoto, allá me estoy haciendo controlar, pero la verdad si me gustaría estar en mi casa con mi marido”. **Madre 2 trimestre de embarazo/ mestiza/ mujer/ 31 años.**

“Los doctores además me dijeron que me podía dar preeclampsia por que a mi hermana le dio y a ella le estaba dando eclampsia y ella si se fue a terapia intensiva y su bebito nacido por cesárea, pero él bebe si está bien”. **Madre 3 trimestre de embarazo/ mestiza/ mujer/ 18 años.**

Es importante concientizar y sensibilizar a la población en cuanto a esta enfermedad debido que si no tiene un buen manejo o un control adecuado pueden presentarse otras complicaciones derivadas de la preeclampsia como por ejemplo la eclampsia.

Cabe mencionar que la eclampsia afecta con mayor frecuencia a pacientes de bajo estrato socioeconómico, es directamente proporcional al mal control prenatal debido a un diagnóstico deficiente y poco oportuno ya que el diagnóstico y el tratamiento temprano previene su evolución. (Teppa & Terán, 2000).

“hace dos años hubo una muerte materna en la comunidad, por falta de conocimiento de los signos de alarma por parte de la madre, los familiares llamaron al ECU 911, pero estaba en un estado convulsivo, hablamos de eclampsia en este caso propiamente dicho, la paciente falleció en la ambulancia, camino al hospital”. **Médico general/ mestizo/ hombre/ 39 años.**

Como bien se menciona anteriormente, durante el embarazo la preeclampsia destaca como la patología más frecuente sobre otras. Los trastornos hipertensivos llegan a representar un porcentaje considerable en los embarazos, aproximadamente entre 5-10% y establecen el grupo de enfermedades de una triada letal, que son la hemorragia e infección que se les ha atribuido una tasa alta de morbilidad y mortalidad materna. (F. Gary Cunningham et al. Williams Obstetricia, 2010).

Por este motivo, muchas de las madres ya sean primerizas o que ya hayan tenido embarazos previos, saben que existe una enfermedad que puede complicar su embarazo, o tienen la idea que es el aumento de la presión arterial, ya que, entre personas de la comunidad, comentan que es una de las enfermedades que más afectan a las madres. Por lo mismo, al entender o tener una idea sobre la complicación, acuden a sus controles prenatales, por el temor de desarrollar esta patología. Sin embargo, no se ha logrado prevenir la incidencia en dicha comunidad, pues existen muchos factores ya sean personales o factores asociados a su entorno (educación, accesibilidad a centro de salud, entre otros). que no permiten darles un seguimiento adecuado.

Los esfuerzos que se realizan por parte del centro de salud Tolontag, los mismo que se nos han compartido a través de relatos, nos indican que durante sus controles prenatales, se les informa que hay un gran riesgo de padecer esta complicación y se indica a cada madre que deben estar pendiente de los signos de alarma, muchas de las madres que nos brindaron los relatos, en algún punto de su vida han tenido la experiencia de conocer o padecer dicha enfermedad, pues es frecuente que un familiar o conocida dentro de su círculo cercano, haya pasado por este proceso.

Finalmente, en los relatos que pudimos obtener de acuerdo a las complicaciones, específicamente, un gran porcentaje de madres nos contaron que la preeclampsia una complicación común en su vida, pues por lo general, en sus primeros embarazos fue algo frecuente y al cursar un nuevo embarazo, saben que el cuidado es mayor y que tienen signos de alarma para preocuparse y acudir directamente a un hospital, Ellas saben que al momento de que se acerque su parto, deberán acudir directamente a un hospital por las posibles complicaciones asociadas a esta patología.

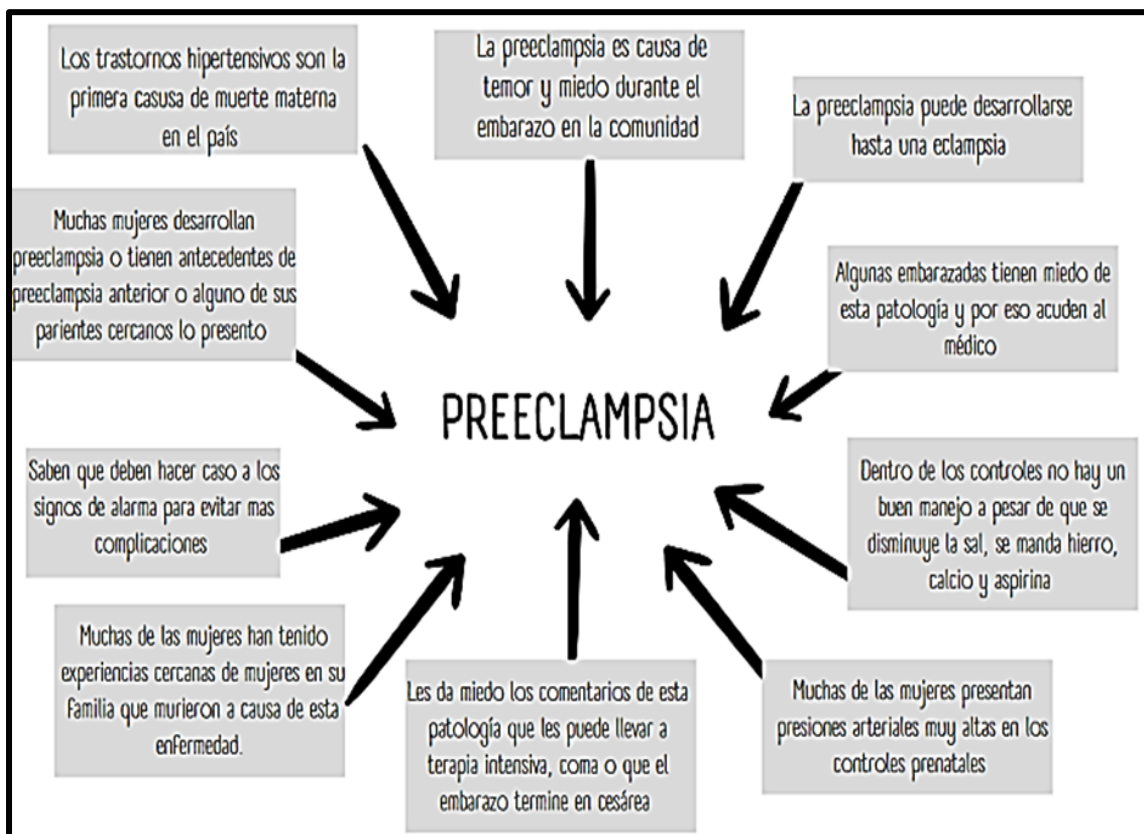


Figura 29: Preeclampsia

Modelo: Giddens 2004

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

En la figura 29. En el modelo de Giddens, con respecto a la Preeclampsia, podemos destacar que existe el conocimiento sobre el riesgo de padecer esta enfermedad, no es indiferente en las madres, pues entre pobladores de la comunidad y el personal médico se han encargado de que se conozca los riesgos y complicaciones de dicha patología.

Clasificación del RN de acuerdo a la edad gestacional al nacer

Semanas															
menor a 28	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Prematuro									A término					Pos-término	
Extremo	Muy prematuro		Moderado		Tardío		Precoz	Completo	Tardío	Pos-término					
Menor de 27 s 6 días	28 a 31 s 6 días		32 a 33 s 6 días		34 a 36 s 6 días		37 a 38 s 6 días	39 a 40 s 6 días	41 a 41 s 6 días	Mayor a 42					

Figura: 31

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Guía de práctica clínica. Recién nacido prematuro. 2015

El parto pretérmino, es sin duda un riesgo para el recién nacido, ya que puede presentar algunas patologías asociadas a la prematuridad como el distrés respiratorio, taquicardia transitoria del recién nacido, enfermedad de membrana hialina entre otras. Lo que puede repercutir en su futuro a corto y a largo plazo. Además, de disminuir la sobrevida del neonato, es por esta razón que se debe aumentar la prevención y promoción de la salud en cuanto los controles prenatales, enfatizar que es importante de mantener un embarazo hasta las 40 semanas para que sea un embarazo saludable y que se disminuya la mortalidad infantil.

En el siguiente relato, nos cuenta como la falta de controles prenatales y la escasa información sobre el tema pueden jugar un rol importante para el desenvolvimiento de un embarazo saludable.

“Ahí vino una partera que me dio unas aguas que dicen era para el antojo, pero ya se me fue el bebé, estando en la casa luego tuve que ir al hospital, porque él no comía. Era bien chiquito y se me puso amarillo y no comía. En cambio, en mi hija tuve más experiencia, salió líquido y de ahí si acudí rápido al hospital”. **Madre 2 trimestre de embarazo/ mestiza/ mujer/ 30 años.**

En la comunidad de Tolontag también se han presentado partos pretérminos. Sin embargo, muchas de las gestantes no lo ven como una complicación o una situación peligrosa, en ocasiones, en los relatos de algunas madres se ha llegado a normalizar este evento. Es ahí la importancia de dar a conocer y brindar información a las madres de los riesgos de tener un parto pretérmino y que entiendan los beneficios de terminar con un embarazo de 40 semanas dando como resultado un recién nacido sano y fuerte.

“se cuide de los prematuros, cuidado, aunque yo creo que es hereditario porque eso viene desde mi abuela porque yo a apenas llegó a las 30 semanas y ya comienzo con los dolores, hay que conversar para evitar que nazca pequeño, es importante ir al médico para que se haga los controles, los ecos y la alimentación, sobre todo”. **Madre 2 trimestre de embarazo/ indígena/ mujer/ 27 años.**

Entre los relatos brindados por las madres de Tolontag, se pudo obtener que una de las complicaciones que se presentan en las madres de esta comunidad es un parto pretérmino. Según la información recolectada, muchas de ellas lo asocian a un evento en específico propio de sus creencias, que suceden durante el embarazo, lo llaman tener “antojos”, el mismo que precipita el parto.

Las mujeres que están pasando por un embarazo, saben que los signos que indican cuando el parto se avecina antes de tiempo, es el hecho de presentar dolor acompañado de la salida de líquido, en el momento de que ellas logran entender que el parto será inminente tratan de acudir a un centro médico cercano, pues el parto sucede antes de tiempo. Sin embargo, no es infrecuente que no logren acceder a una casa de salud pues la distancia, falta de conocimiento y entre otros factores les predisponen a tener su parto en casa, con todas las complicaciones que significa un parto prematuro, esta labor quedará relegada a la partera, la misma que aconseja a las madres que deben ir a un hospital por la prematuridad del niño.

Existen aún creencias que nos compartieron. La comunidad normaliza en cierto modo los partos prematuros, no todas ven esto como un problema, de hecho, muchas de ellas creen que esta condición tiene un componente hereditario y como les pasó lo mismo a sus madres o hermanas lo normalizan y no le dan un cuidado adecuado a pesar de que un parto prematuro en la comunidad significa tener un parto antes de las 32 semanas. Al saber que hay el riesgo de un parto prematuro algunas de ellas acuden a las parteras en complemento con el centro de salud, para poder llevar de mejor manera su embarazo. Así mismo, el hecho de tener un parto prematuro es una condición difícil para la madre, pues el cuidado con el recién nacido será mayor, y hay complicaciones que pueden verse a futuro.

En el testimonio citado anteriormente, una de las madres nos comparte que su primera impresión al ver a su hijo, fue que tenía un color amarillo (Ictericia), que tuvo muchas complicaciones al momento de darle alimentarle, entre otras. Por eso la importancia de que las madres de acudan a sus controles prenatales al centro médico, pues las herramientas brindadas por el personal de salud les han permitido a las nuevas madres llevar un embarazo más armonioso en cuanto a sus cambios y estar alerta con respecto de este tipo de complicaciones.

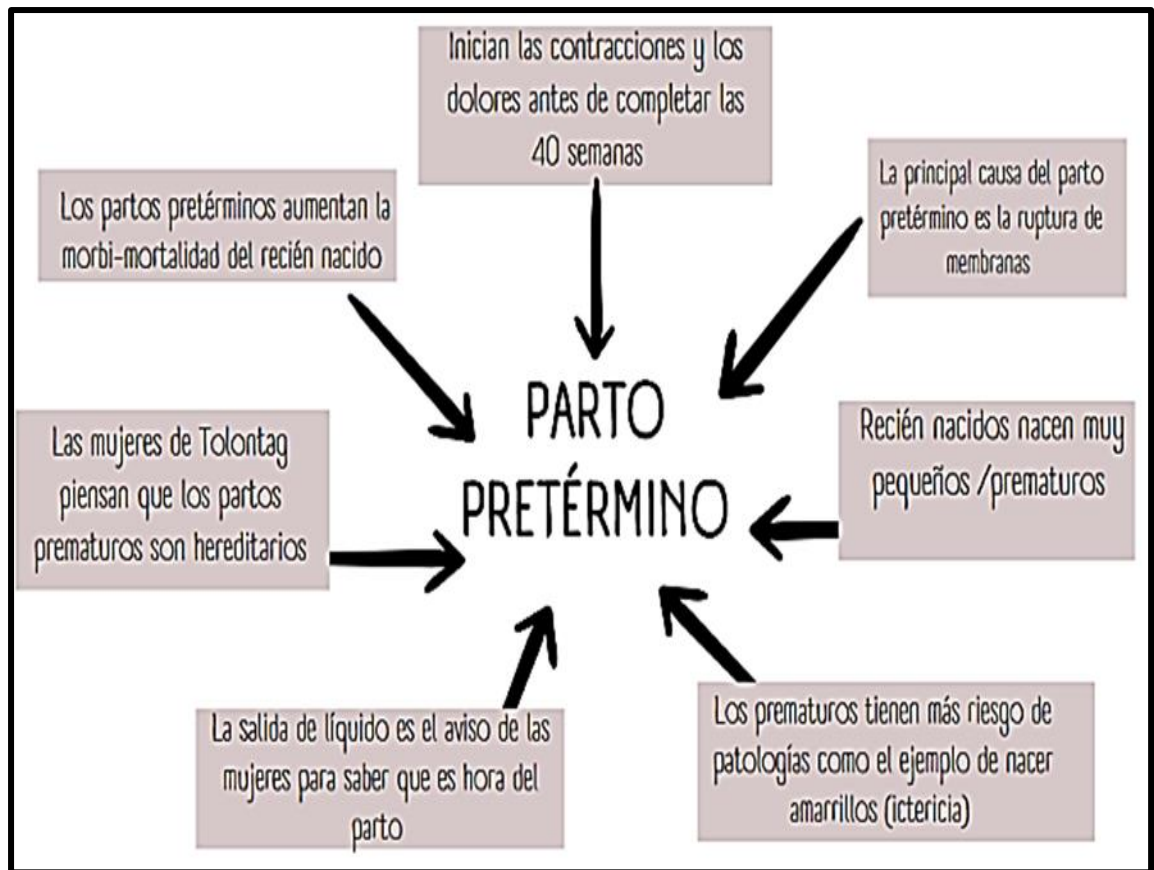


Figura 32: Parto Pretérmino

Modelo: Giddens 2004

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

En la figura 32. En el modelo de Giddens, la complicación de parto pre término se asocia a muchos factores los mismos que se desconocen por las madres de la comunidad, lo asocian a hechos de sus creencias como “antojos”, e incluso llegan a pensar que es una condición hereditaria.

Entre las complicaciones más importantes de mortalidad materna se encuentra la hemorragia postparto de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud. Durante el año 2005 las hemorragias llegaron a ocupar el primer puesto de causas de mortalidad materna a nivel internacional. Es decir, que un 25% de las mujeres que llegaron a tener esta complicación fallecieron, es importante mencionar que la asociación de esta complicación no tiene nada que ver con el nivel de desarrollo de un país, pues el 99% de las muertes ocurridas por una hemorragia del postparto fue en países desarrollados, por lo que es de vital importancia prevenir esta complicación al mínimo de su ocurrencia. (Solari, A. et al. 2014).

A nivel nacional, Ecuador tiene a la hemorragia postparto como la segunda causa más importante de muerte materna. Se menciona que, en nuestro país, dentro de los factores que precipitan a una hemorragia son: atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de restos placentarios post concepción y finalmente alteraciones de la coagulación.

Por lo mismo, algunos autores consideran que la atonía uterina es la razón más frecuente con relación a esta complicación, atribuyéndole el 50-70% de las hemorragias post alumbramiento y el 4% de todas las muertes maternas. Además, se menciona que el desgarro del piso pélvico, es una causa a considerar debido a que el mismo va acompañado de una denervación de la musculatura del piso pélvico por una injuria en los nervios pudendos y sacros a consecuencia de partos vaginales, la cual estaría asociado a una instrumentación incorrecta durante el parto. (Astudillo, M. et al. 2021).

En la comunidad de Tolontag se pudieron recoger relatos que indican que el sangrado posparto es una de las complicaciones más comunes y como causa de muerte materna. Muchas de las mujeres han dejado de tener partos en domicilio por miedo a que esto les ocurra como lo cuentan los siguientes relatos:

“Con todo eso que se escucha de que les da hemorragias durante el parto pues me da miedo y si pienso que puede correr peligro mi vida, por eso he hecho el esfuerzo de venir lo más seguido posible acá al centro de salud porque hay veces que me pongo a pensar que me puede pasar algo”. **Madre 2 trimestre de embarazo/ indígena/ mujer/ 34 años.**

“a mi hermana le paso que falleció en el parto, ella era de las típicas que no se cuidaba o esperaba al último para ir al médico, lo último que hizo fue verse con la partera, según esa señora todo estaba bien, pero cuando dio a luz el bebé estaba en una mala posición y no pudieron sacarle, mi hermana también perdió mucha sangre en el parto, fue muy feo esa situación”. **Madre posparto/ mestiza/ mujer/33 años.**

“porque si no se hace los masajes uterinos le puede causar una hemorragia y eso me causo miedo, en mi primer embarazo eso no me dio miedo porque no me explicaron eso”. **Madre 3 trimestre de embarazo/ indígena/ mujer/ 32 años.**

Al igual que la preeclampsia, la hemorragia postparto es una de las complicaciones que mejor se conocen en la comunidad de Tolontag, entienden y están conscientes de que es una de las causas más frecuentes de muerte materna. Muchas de ellas han vivido una experiencia cercana a esta complicación, ya sea con algún familiar o embarazo previo como se nos comenta en los relatos expuestos previamente.

Muchas de las madres pudieron expresarse y dejar en claro que saben algunas causas del sangrado postparto, saben que cuando no hay un manejo adecuado, hay riesgo de que exista la retención de la placenta, o laceraciones entre muchas otras.

En todo este contexto de miedo a perder la vida por un mal manejo del parto, ha cambiado la mentalidad de muchas mujeres, y nos manifiestan que si bien su control prenatal se lleva en conjunto con la partera y el centro de salud, ellas prefieren dejar el parto al personal médico, prefieren acudir a un hospital porque está presente la idea de que una hemorragia postparto puede presentar incluso en un ambiente hospitalario controlado, pero les da mayor seguridad, saber que en una casa de salud se encuentran todos los instrumentos necesarios para la resolución ante un evento inesperado.

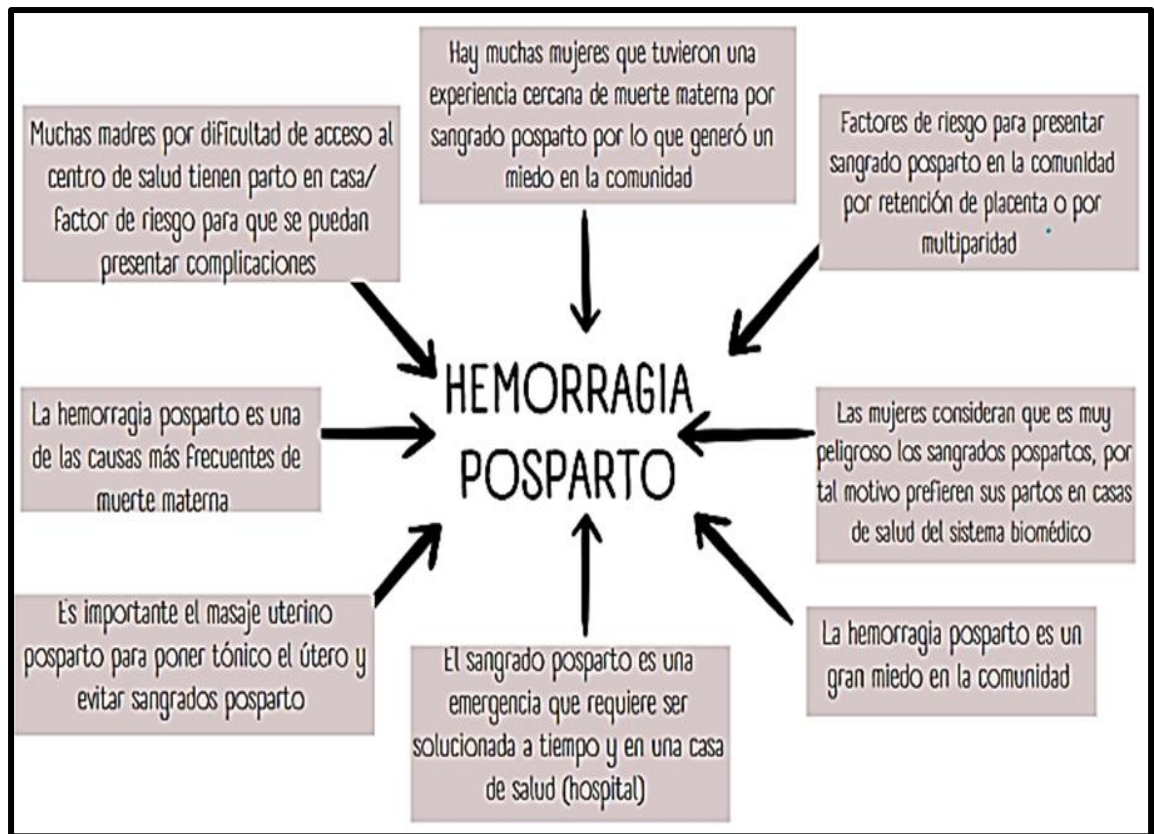


Figura 34: Hemorragia Postparto

Modelo: Giddens 2004

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

En la figura 34. En el modelo de Giddens, la hemorragia postparto sigue siendo una causa de temor y preocupación en las madres gestantes, pues no es para menos, ya que esta complicación del parto representa la segunda causa de muerte materna en Ecuador, por lo mismo no es indiferente en las mujeres de comunidades rurales, en donde sigue siendo una causa frecuente de complicación y muerte materna, por factores propios y externos antes mencionados.

4.3.4 Malestar Postparto (Sobreparto)



Figura 35: Malestar Postparto (Sobreparto)
Programa: Word Salad
Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

En la comunidad de Tolontag se entiende como sobreparto a los dolores que pueden presentar las mujeres después del parto por situaciones externas al proceso del embarazo y parto, como hacer mucha fuerza, el frío, que se bañen o que salgan de la cama antes de tiempo por lo que es necesario guardar una cuarentena de 40 días para evitar malestares innecesarios.

El término de sobreparto, al cual se le atribuye otros términos como domo kutran o pura mollfun, se usan para referirse a una serie de síntomas que engloba dolores de cabeza, dolores menstruales, dolores de espalda, etc. Los síntomas pueden llegar a aparecer incluso varios años después de haberse producido el parto. El término de sobreparto, engloba a más de los síntomas, algunos cuidados para los entendidos en el tema, por ejemplo, las mujeres que se encuentran en su periodo de cuarentena deben tener cuidados como el no tener relaciones sexuales hasta que su cuerpo se haya fortalecido por completo. (Alarcón, A., & Nahuelcheo, Y. 2008).

“si se levanta antes del mes de la cama le puede dar un sobreparto, lo que dicen es que es como un parto, pero con peores síntomas con más malestar, más dolor”. **Madre 3 trimestre de embarazo/ indígena/ mujer/ 19 años.**

El postparto se considera como una etapa de fragilidad y susceptibilidad para la salud materna, razón por la que se debe mantener un periodo de descanso de 40 días. La finalidad de una cuarentena para la madre en periodo de postparto es que no se expongan a cambios bruscos de temperatura o exponerse al sol. (Alarcón & Nahuelcheo, 2008).

Al sobreparto lo entendemos como un síndrome refiriéndose al conjunto de síntomas que engloba cefalea, dolor abdominal, malestar general, entre otros, según la descripción de muchas madres es un conjunto de síntomas que pueden variar y en cada mujer pueden ser muy distintos uno del otro, pero que quedan englobados en el sobreparto, como una complicación asociada a factores más allá de la mujer que ha tenido un parto.

En Tolontag, el sistema biomédico no tiene un apego profundo del cuidado del posparto de la mujer, se enfocan únicamente en los signos de alarma y suplementos vitamínicos. Mientras que el cuidado del posparto en el sistema andino es mucho más profundo ya que se preocupan del bienestar del cuerpo y de la mente de la parturienta, es decir, de la alimentación, no ir a lugares pesados para no tener “mal aire”, entre otros. Por eso prefieren que la mujer posparto guarde un reposo absoluto en casa de un promedio de 40 días hasta que se sienta mejor y fuerte para incorporarse de nuevo a sus actividades.

Muchos de los relatos y entre ellos lo que se han expuesto, dicen que se debe cumplir ciertas actividades de cuidado de la mujer en postparto para no llegar a presentar esta complicación, la mayoría de ellas van asociadas con un correcto descanso, una buena alimentación y sobre todo está presente la dualidad del frío/calor en el que se cuida a la madre de no exponerse al frío ya sea en el ambiente o en actividades. Además, se nos mencionó que mucho de lo que las madres hacen durante su postparto es acudir donde un familiar, siendo su madre con más frecuencia, debido que ahí se les brindará un cuidado adecuado.



Figura 36: Malestar Postparto (Sobreparto)

Modelo: Giddens 2004

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

En la figura 36. Como se puede apreciar en el modelo de Giddens, se entiende al sobreparto como una complicación posterior al parto, en la cual es una experiencia negativa y varía de mujer en mujer, las mismas que se condicionan a seguir un régimen de actividades para evitar este malestar.

4.4 Conocimiento, actitudes y prácticas de parteras y médicos

Ecuador se caracteriza por ser un país pluricultural con creencias ancestrales que van pasando de generación en generación, es decir tiene una manera diferente y particular de llegar a un diagnóstico y tratamiento de diversas patologías, por tal razón existen maneras diferentes de abordar las dolencias, así como también hay una manera amplia y dispersa de aplicar la medicina ancestral por medio de las plantas medicinales para la rehabilitación de pacientes. (Chamba, M. 2020).

En la medicina ancestral prevalecen saberes ancestrales lo cual denota que es un sistema de conocimientos bien estructurados y cimentados con un enfoque a la salud humana, al igual que su contraparte el sistema biomédico, aporta al conocimiento, por lo que se entiende que las costumbres y conocimientos trascienden con el propósito que estos saberes no se pierdan a lo largo del tiempo, dejando como herencia secretos curativos a cargo de personas que se dedican a perpetuarlos, son conocidos como: curanderos, fregadores, hierbateros, parteras y chamanes. (Chamba, M. 2020).

Este comportamiento cultural está bien marcado por las prácticas ancestrales donde se resaltan las creencias y tradiciones en cuanto al empleo de plantas medicinales, las mismas son empleadas de manera frecuente, además, de convertirse en un punto de inicio para la búsqueda en la conservación de la salud de personas que sufren de algún malestar. (Chamba, M. 2020).

4.4.1 Controles prenatales, postnatales

En la guía de práctica clínica del MSP, el control prenatal se define como el conjunto de actividades y procedimiento que el personal de salud emplea durante el periodo de gestación de la mujer con la finalidad de identificar oportunamente los factores de riesgo en la gestante y de esta manera mitigar los riesgos de las complicaciones en el embarazo y por ende tener un recién nacido saludable. (Guía de práctica clínica. Control prenatal. 2015).

Los controles prenatales regulares tienen una gran importancia en el seguimiento del embarazo sano y aún más en aquellos que son complicados, ya que ayuda a identificar los riesgos obstétricos así como prenatales y de este modo poder actuar en la prevención de dichos riesgos. Además, también ayudan a promover conductas saludables durante el embarazo. (Solari, A. et al. 2014).

Los controles preconceptionales incluyen una serie de intervenciones para identificar y modificar los riesgos médicos así también como el comportamiento psicosocial de la madre con la meta de cuidar de forma integral la salud materna a través de la prevención y el manejo. (Solari, A. et al. 2014).

El control prenatal nace como parte de una planificación estratégica internacional que tiene como objetivo disminuir los índices de morbilidad y mortalidad materno-infantil. Sin embargo, no todas las mujeres gestantes acuden a los controles recomendados debido a diversos factores ya sea a nivel personal, familiar o de accesibilidad. Es importante resaltar que una mujer con un buen control prenatal puede mitigar posibles riesgos que podrían presentar durante el embarazo, es por esto que el personal de salud lleva una gran responsabilidad de brindar atención de calidad para un buen control prenatal y para tener un adecuado control prenatal es necesario que los controles sean frecuentes en el transcurso del embarazo. (Guía de práctica clínica. Control prenatal. 2015).

Existen aún factores que predisponen a comunidades indígenas a tener desarrollo inadecuado en cuanto a salud materna, se asocia a la poca cobertura y accesibilidad al sistema de salud, ya sea por el poco uso que les dan debido a las barreras culturales o el poco alcance de un sistema de salud oficial, esta es la mayor razón por la cual no se podido disminuir a grandes rasgos la mortalidad materno-infantil en los pueblos indígenas. (Ruiz, Y., & Ochoa, M. 2018).

Para la OMS, hay un número mínimo de controles prenatales para que alcance el objetivo de que las gestantes puedan aprovechar los servicios de salud para disminuir la mortalidad materna y perinatal. Se recomienda que los controles sean como 4 mínimo para que alcancen el objetivo de identificar los factores de riesgo y otras complicaciones. Todo esto en consideración de que las embarazadas tiene del 15-20% de tener complicaciones, razón suficiente para que en el momento del parto lo atienda el personal calificado en un ambiente controlado. Adicionalmente, el seguimiento postparto ayudará a disminuir los riesgos de muerte asociado a infecciones y hemorragias, fomenta la lactancia materna en cada control entre otros beneficios. (Noreña, C. et al. 2015).

En la comunidad de Tolontag existen los dos sistemas de salud tanto el biomédico como el tradicional, al ser una población que es influenciada por la zona urbana. Además, trae la influencia generacional de sus costumbres y tradiciones, por lo que las mujeres tienen la posibilidad de ir a los dos sistemas en busca de una atención integral y completa para un mejor desenvolvimiento del proceso del embarazo y parto.

4.4.1.1 Prácticas complementarias entre el sistema biomédico y sistema médico andino



Figura 37: Prácticas complementarias entre el sistema biomédico y sistema médico ancestral

Programa: Word Salad

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

Es evidente que tratamos con comunidades que están fuertemente ligadas a sus raíces culturales y son de difícil manejo. Sin embargo, permite que el sistema médico tenga opciones para lograr apertura hacia este tipo de sectores con estrategias de concientización enfatizando los controles prenatales adecuados y beneficios para obtener una disminución en la tasa de mortalidad materna. (Ruiz, Y., & Ochoa, M. 2018).

En los sistemas de salud tanto el biomédico como el tradicional lo que buscan como objetivo o el fin común, es que se lleve a cabo un embarazo a término, saludable y sin complicaciones prenatales, y postnatales ni complicaciones con el recién nacido y si en caso llegaran a presentarse tener la capacidad resolutoria suficiente para poder solucionar, tratar o derivar a tiempo en caso fuera necesario.

Los dos sistemas se podrían complementar para crear un vínculo de confianza y un acercamiento de la comunidad hacia el centro de salud y que a la vez ellas y sus familiares se puedan sentir seguros y cómodos de que sus costumbres y tradiciones sean respetadas. Como nos lo refiere el siguiente relato

“Estoy viniendo acá al centro de salud pienso que tanto la partera como el doctor se complementan”. **Madre 2 trimestre de embarazo/ mestiza/ mujer/ 31 años.**

Al ser conscientes de que las prácticas tanto del sistema biomédico como del sistema tradicional andino pueden compartir actividades que se complementan entre sí, destacamos en el siguiente cuadro muchas de las prácticas que convergen con el cuidado de la madre y del recién nacido para el bienestar y cuidado de la salud de la gestante.

TABLA 8. Prácticas complementarias entre el sistema biomédico y sistema médico ancestral
SECCIÓN 1

FASE	PRÁCTICAS COMPLEMENTARIAS ENTRE SISTEMA MÉDICO ANDINO Y BIOMÉDICO
EMBARAZO	<p>En el control del embarazo solo se busca el bienestar de las gestantes y que sea un embarazo saludable que culmine a las 40 semanas de ser posible y que concluya por parto cefalovaginal. Por lo mismo, entre ambos sistemas se integra un objetivo de bienestar de la madre por lo que podemos apreciar en los siguientes relatos.</p> <p>Para resaltar el sistema biomédico se nos menciona que:</p> <p><i>“Cuando vayan a las visitas domiciliarias van a ver a las mamitas tapadas con una manta la barriguita, especialmente en las tardes o noches, las parteras hacen un preparado de agüita y lo frotan con un tipo de aceite que ellas mismo hacen, con algunas plantas y calientan la barriguita y efectivamente al siguiente día ellas no sienten frío o esos dolores que presentaba la mujer embarazada. Que nosotros presumimos son contracciones o principios de aborto o parto prematuro, pero en realidad aquí se llama coger el frío en la barriga”.</i> Médico general/ mestizo/ hombre/ 39 años.</p>

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda
Fuente: Testimonio de entrevistas e historias de vida

TABLA 8. Prácticas complementarias entre el sistema biomédico y sistema médico ancestral
SECCIÓN 2

	<p><i>“Hablamos del 99% de los partos son institucionales tal vez el 1 % (por que por ahí no avanzó a salir se ha dado en domicilio y con una partera ya certificada), yo creo que los avances y el entender de la gente que la salud debe ser prevención y promoción para evitar las discapacidades como, ahora con la educación prenatal es súper importante para evitar estas discapacidades”.</i> Médico general/ mestizo/ hombre/ 39 años.</p> <p>Y complemento el Sistema tradicional andino</p> <p><i>“Hace poco una chica que estaba embarazada decía que no les tiene confianza porque no tienen el mismo conocimiento que los doctores, pero hay otras que dicen que también es bueno acudir a las parteras para que vean la posición del bebé”.</i> TAP/mestiza/ mujer/ 30 años.</p> <p><i>“Ellas así mismo tienen un reconocimiento por parte del centro de salud, y por eso suelen venir seguido a charlas y plaquitas que ellas mismas dan a veces a las mamitas que acuden a sus controles prenatales”.</i> TAP/mestiza/ mujer/ 30 años.</p> <p>De los relatos brindados, nos da a entender que durante el proceso de gestación hay ideas mixtas en cuanto al cuidado del embarazo, en busca del bienestar de la madre y del bebé que viene en camino, les genera miedos e incertidumbres que se van despejando al combinar conocimientos, prácticas y saberes para llegar al bienestar de la madre.</p>
PARTO	<p>Los dos sistemas tienen su técnica para el momento de saber la hora del parto según los relatos de nuestra investigación se menciona que:</p> <p>El sistema biomédico tiene conocimientos en base a lo que está probado científicamente en cambio el sistema tradicional es en base a la experiencia adquirida a lo largo de los años, son saberes aprendidos para poder identificar el momento del parto como se menciona en el siguiente relato.</p> <p><i>“ llamamos los planos de Hodge y Lee, nosotros científicamente sabemos en qué plano está, pero una partera, sabe cuándo el coxis sufre una elevación, cuando se encaja el bebé, entonces la partera hace un tacto y sabe que el bebé está ahí, nosotros lo conocemos por planos”.</i> Médico general/ mestizo/ hombre/ 39 años.</p> <p>En cambio, el Sistema tradicional andino como el sistema biomédico tratan de complementarse para poder llevar a cabo el proceso del parto de tal manera que se complementen y la madre se sienta cómoda al dar a luz pero que también tengan todo lo necesario para ser atendida correctamente como se menciona en el siguiente relato:</p> <p><i>“He asistido a dos partos en domicilios, usualmente esta comunidad es rural, y en el tiempo en el que estuve fue a las 7 de la noche, acudí a un parto en domicilio, por suerte, en el consultorio privado tenía todo el equipo para asistir un parto”.</i> Médico general/ mestizo/ hombre/ 39 años.</p>

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda
Fuente: Testimonio de entrevistas e historias de vida

TABLA 8. Prácticas complementarias entre el sistema biomédico y sistema médico ancestral
SECCIÓN 3

<p>POSPARTO</p>	<p>El cuidado del posparto es importante mencionar que los dos sistemas se enfocan en no tener complicaciones, por lo que es importante la prevención y promoción durante este proceso.</p> <p>El sistema biomédico se menciona que:</p> <p><i>“La verdad no he tenido inconveniente, todos han sido delicados y pacientes. Me han tratado bien, me generan confianza siempre es con delicadeza, con paciencia. En las consultas médicas les hablo a los médicos las aguas medicinales y prácticas tradicionales, pero solo a veces cuando me preguntan”.</i> Madre 2 trimestre de embarazo/ mestiza/ mujer/ 30 años.</p> <p>Sistema tradicional andino se enfatiza en las prácticas tradicionales como:</p> <p><i>“Como le dije después del parto pienso ir a la partera para que me pueda encaderar porque si me han dicho mucha gente que eso es bueno para que me ponga fuerte y pueda trabajar como antes de quedarme embarazada”.</i> Madre 2 trimestre de embarazo/ indígena/ mujer/ 34 años.</p>
-----------------	--

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonio de entrevistas e historias de vida

En la tabla 8, podemos ver como todos los comentarios de los entrevistados, incluido personal de salud y madres participantes, dan a entender que muchas de las prácticas que se realizan en este proceso van de la mano. Por parte del sistema médico andino se enfoca mucho en cuanto a la posición del bebé para culminar en un parto cefalovaginal, el mismo que en el sistema biomédico esto se puede constatar con los controles prenatales de rutina donde por medio de estudios adicionales como ecografía se tendrá la certeza de la posición y anomalías fetales.

Adicionalmente, el hecho de cuidarse del frío, evitar movimientos bruscos entre otras actividades que comprometan la estabilidad materno fetal son prohibidas en ambos sistemas, además de que, en un relato brindado por parte de personal de salud, se explica como las parteras trabajan junto al personal médico para darle a conocer a las gestantes toda la información sobre su cuidado y manejo del embarazo.

Del mismo modo, al momento del parto, el personal médico que nos brinda su relato nos deja claro que en el sistema biomédico se conoce de planos; Hodge y de Lee para tener una idea en el momento de que se aproxima el parto, pero también por parte del sistema médico andino, se explica que la partera realiza sus tactos en la parturienta y que tienen su sistema para saber en qué momento el bebé desciende y está listo para salir por el canal vaginal. Evidenciando que ambos sistemas tienen su manera de ver el proceso y cómo se debe abordarlo de acuerdo a la situación de la madre.

Por último y no menos importante, en el cuidado del postparto, el sistema biomédico se enfoca mucho en la alimentación que sea adecuada tanto para la madre y el recién nacido, en el que ambos tendrán días después del parto su control de rutina.

En esta etapa de la mujer el sistema médico andino hace el mismo énfasis en el cuidado de la mujer y el recién nacido, pero el sistema tradicional busca un cuidado adicional complementando los cuidados brindados por el sistema biomédico, se nos explica que la mujer deberá encaderarse, alimentarse bien, y sobre todo guardar un reposo. Ambos sistemas trabajan en conjunto para mantener la salud de la madre durante el proceso que dura 9 meses, los mismos en los que cada sistema va a destacar más que el otro en cuanto al cuidado.

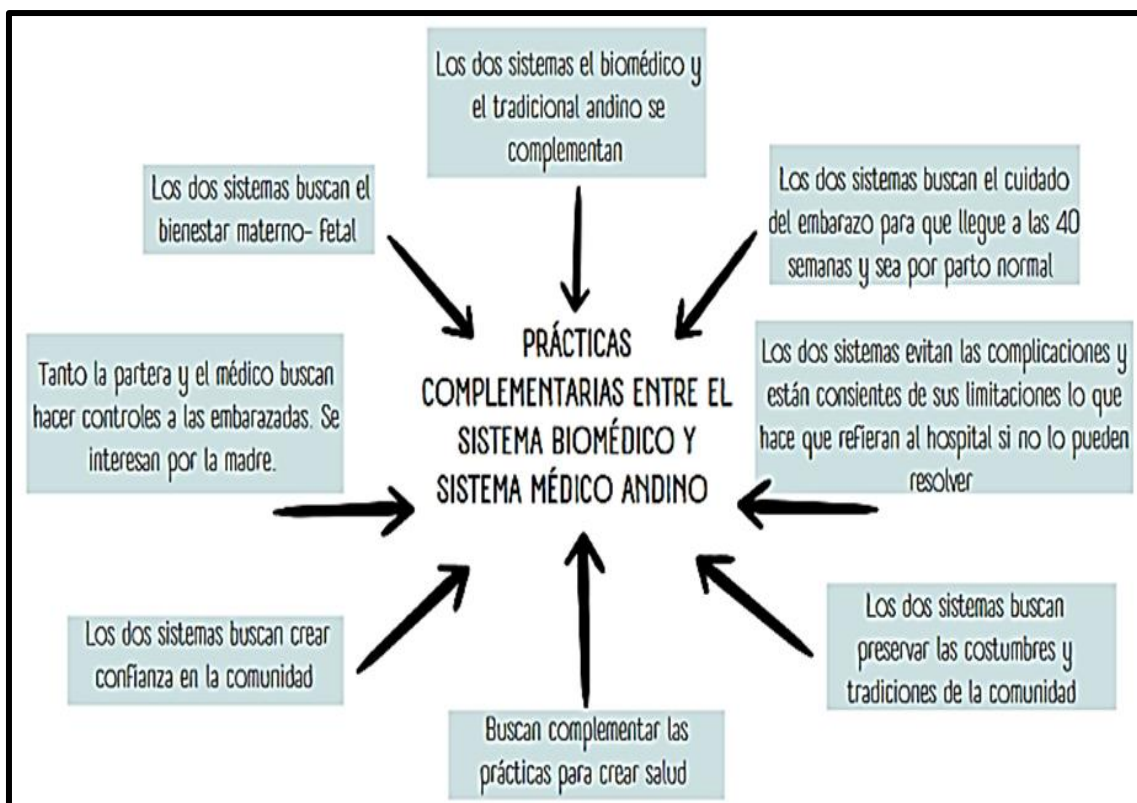


Figura 38: Prácticas complementarias entre el sistema biomédico y sistema médico ancestral

Modelo: Giddens 2004

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

En la figura 38. Como se puede apreciar en el modelo de Giddens, ambos sistemas médicos, buscan la misma finalidad, el de mantener con un adecuado embarazo y culminar en un parto cefalovaginal adecuado, y cuidado de la gestante en todo este proceso. Si bien cada sistema tiene sus propias maneras de hacerlo, la finalidad es la misma, y en el proceso se comparten costumbres y tradiciones de cada sistema en complemento.

4.4.1.2 Diferencias de la atención integral de la embarazada en el sistema médico y el tradicional.



Figura 39: Diferencias de la atención integral de la embarazada en el sistema médico y el tradicional.

Programa: Word Salad

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

Las condiciones económicas y culturales son fundamentales en una población. Sin embargo, se ha evidenciado algunas barreras de acceso que predeterminan a un grupo de personas, como lo son la situación geográfica, social y las antes mencionadas como la cultural y económica. De todas ellas se destaca la situación socioeconómica como la principal restricción de acceso a la salud y servicios como lo son los controles prenatales. Además, se debe sumar a este conglomerado de problemáticas el hecho de que se mantiene a día de hoy un desconocimiento asociado a la cultura de no acudir a los controles de salud desde un inicio del embarazo, ya que hay una práctica frecuente de ser antes valorada por sus familiares siendo abuelas, madres, hermanas o líderes de la comunidad y no el médico. Factores como el bajo nivel educativo más la pobreza que atraviesan muchas mujeres restan importancia a sus controles prenatales. Esto no es más que la suma de todos los factores sociales, económicos y culturales que dan como resultado un aumento de la mortalidad materno infantil. (Ruiz, Y., & Ochoa, M. 2018).

En la comunidad de Tolontag todavía hay algunas brechas en los sistemas de salud que hacen que la comunidad prefiera un sistema por sobre el otro, esto genera una tensión en la ideología cultural de la comunidad entre el sistema biomédico y el sistema tradicional andino. Hace al control prenatal poco eficiente, y crea un riesgo para que aumente la morbi-mortalidad materna. Por lo cual es importante encontrar, analizar y subsanar estas diferencias para generar un control prenatal, postnatal y un cuidado adecuado de la madre y del recién nacido.

“Entonces ella decía que se le hinchaba los pies, las manos, pero no sabíamos que tenía y ella se hacía controles con médicos y con partera, pero ella no le atendió bien, porque a mí si me atendió bien entonces por ejemplo mi partera me iba a buscar los domingos que yo pasaba en casa y me veía en 15 días o en un mes, mientras que mi hermana solo le atendió dos veces”.

Madre 3 trimestre de embarazo/ mestiza/ 18 años.

La medicina tradicional es un componente importante para mejorar la vida de las personas, según la OMS, es un conjunto de prácticas y costumbres enfocadas en la salud que emplea plantas medicinales, aceites minerales y animales, terapias espirituales, etc. Además, tiene objetivos compartidos con el sistema tradicional médico, pues diagnostican enfermedades y previenen las mismas. (Medina, A. Mayca, J. 2006).

A pesar de que los dos sistemas intentan incorporarse, todavía existen brechas y modelos de práctica distantes entre ambos sistemas, lo que causa una incomunicación que da como resultado la pérdida de las costumbres y tradiciones en la comunidad. Por un lado, también puede generar complicaciones e incluso muertes maternas por el desconocimiento y la falta de concientización en la prevención y promoción de salud, en el trabajo de campo pudimos encontrar diferencias que existe entre el sistema biomédico y el sistema tradicional andino, en cómo lo manejan culturalmente, pudimos encontrar algunas diferencias como las que se expondrán en el cuadro siguiente:

TABLA 9: Diferencias de la atención integral de la embarazada en el sistema médico y el tradicional tenemos.

SECCIÓN 1

FASE	SISTEMA BIOMÉDICO	SISTEMA TRADICIONAL ANDINO
EMBARAZO	<p>Los exámenes médicos con más relevancia durante la gestación son las ecografías obstétrica lo cual sirve para mirar un adecuado desarrollo del feto y que tiene como objetivo evaluar la biometría fetal, crecimiento (estructuras fetales), cálculo estimado del peso, talla , líquido amniótico, placenta, cordón umbilical, entre otros. (Quintero, J. 2022).</p>	<p>En la comunidad de Tolontag acuden a las parteras las mismas que utilizan el tacto y tocando la Frecuencia Cardiaca de la madre para decir si él bebe está en la posición correcta, la Frecuencia Cardiaca Fetal y el sexo de bebé por la forma de la barriga como nos dice en el relato:</p> <p><i>“saben sentir el pulso pueden ver si el bebé está bien, con eso también dicen que pueden identificar si es hombre o mujer, porque de lo que sabía ellas dicen que el pulso se mueve y con eso pueden ver si es hombre o mujer y también con la forma de la barriga pueden llegar a saber si es hombre o mujer”</i>. Madre posparto/ mestiza/ 31 años.</p>
PARTO	<p>En el manejo del dolor postparto es muy importante, tenemos medicación los cuales se administran para el dolor con horarios y vigilancia continua para evitar complicaciones además que sea más confortable para la madre. Algunas recomendaciones para el manejo del dolor son estrategias como la escalera analgésica de la OMS para el manejo inmediato del posparto.</p> <p>En primer lugar, tenemos los analgésicos no opioides: AINES, paracetamol o Metamizol, en la segunda opción se dispone opioides débiles como es el caso de: codeína, meperidina y el tramadol, y por último en el tercer escalón de fármacos esta la morfina, fentanilo, oxicodona, metadona, buprenorfina (Amezcu, A.2017).</p>	<p>No hay una adecuada atención del dolor intraparto por lo que se vuelve doloroso y poco confortable para la madre incluso después de dar a luz como es el caso del relato:</p> <p><i>“me pueden colocar un suero para el dolor, cosa que no puede hacer la partera”</i>. Madre 2 trimestre de embarazo/ mestiza/ mujer/ 31 años.</p> <p>Por tal motivo puede haber una preferencia por el modelo médico más que por el tradicional</p>

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonio de entrevistas e historias de vida

TABLA 9: Diferencias de la atención integral de la embarazada en el sistema médico y el tradicional tenemos.
SECCIÓN 2

<p>POSPARTO</p>	<p>El cuidado materno consiste en vigilar signos de alarma como dolor abdominal intenso, tinnitus, fiebre, cefalea, sangrado, secreciones de mal olor entre otras. La dieta general consiste en abundantes líquidos para la producción de leche materna y realizar actividades según la condición de la madre lo permita. Además, de control a la semana si es cesárea para la retirada de puntos y al mes para el control de la madre y del recién nacido.</p>	<p>Aquí es más específico los controles y la alimentación que deben llevar posparto como:</p> <p>BAÑO:</p> <p><i>“el encaderarse para que se pongan fuertes, o el bañarse en agua de 12-15 hojas para que se ponga fuerte también”.</i> TAP/mestiza/ mujer/ 30 años.</p> <p><i>“No dejan que coja la aguja, el cuchillo porque dicen que la herida se infecta, o le da el sobre- postparto”</i></p>
	<p>Es recomendable aumenta el consumo de líquidos ya sea estos en agua natural siempre o mezclados como infusiones de té con el fin de que se tome de 1 a 2 litros de agua al día.</p> <p>(Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2015).</p>	<p>CADERA:</p> <p><i>“Fajan a la madre super fuerte queda fajada 3 días y después de eso le saca y ya luego le frota con unas cremitas, tratan de encaderar y poner en su lugar al útero, eso es súper importante porque después, la mamá tiene dolores o no puede caminar”.</i> Médico general/ mestizo/ hombre/ 39 años.</p> <p>CLIMA/ FRÍO:</p> <p><i>“Acá se sabe que debe estar bien abrigada durante todo un mes, no dejan hacer nada como levantarse o caminar, peor si es cesárea”.</i> Madre 1 trimestre de embarazo/ mestiza/ mujer/ 32 años.</p>

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda
Fuente: Testimonio de entrevistas e historias de vida

El análisis correspondiente al cuadro anterior, nos permite entender que las madres de la comunidad aún mantienen muchas tradiciones y costumbres sobre el embarazo, parto y postparto, por lo que es inevitable que existan actividades distintas y muy marcadas en cómo será abordado cada embarazo por parte del sistema médico andino y el sistema biomédico.

Comenzando por la manera de llegar al diagnóstico propio del embarazo, evidenciamos en los relatos que a muchas madres el sistema tradicional andino se concentra en averiguar la posición del feto, el sexo del mismo a través de la palpación de las barrigas de las gestantes, y dependiendo de la experticia de cada partera pueden sentir el pulso de la madre para saber en qué condiciones se encuentra el embarazo. Sin embargo, el sistema biomédico depende mucho de instrumentos tecnológicos para saber la posición, sexo y condición fetal, volviéndose en una práctica totalmente opuesta a la tradicional andina que depende mucho de los saberes ancestrales y del contacto directo con la madre más que de una herramienta objetiva, más bien de la experiencia de cada partera.

Además, el sistema biomédico está mucho más enfocado en el manejo del parto, pues durante este proceso se hace énfasis en evitar complicaciones al emplear uterotónicos, masajes uterinos para evitar hemorragias postparto y con ello disminución de la morbi-mortalidad materna, y debido a estas diferencias en cuanto al manejo de un sistema al otro, han generado una tensión al convivir dos sistemas en una comunidad en la que poco a poco va adaptándose al cambio que trae la interculturalidad.

Por otro lado, el manejo del posparto del sistema tradicional andino es más aceptado por las madres de la comunidad porque se sienten más entendidas y cuidadas ya que aquí se preocupan del reposo, alimentación, cuidado del frío y existe además un componente afectivo en donde ella es la protagonista y los familiares las cuidan hasta que se puedan incorporar de nuevo a las actividades cotidianas. Lo que no sucede en el sistema biomédico donde solo se enfatiza en preocuparse de los signos de alarma y cuidado de suplementos vitamínicos en el embarazo por lo cual en este punto las madres prefieren un sistema por encima del otro.

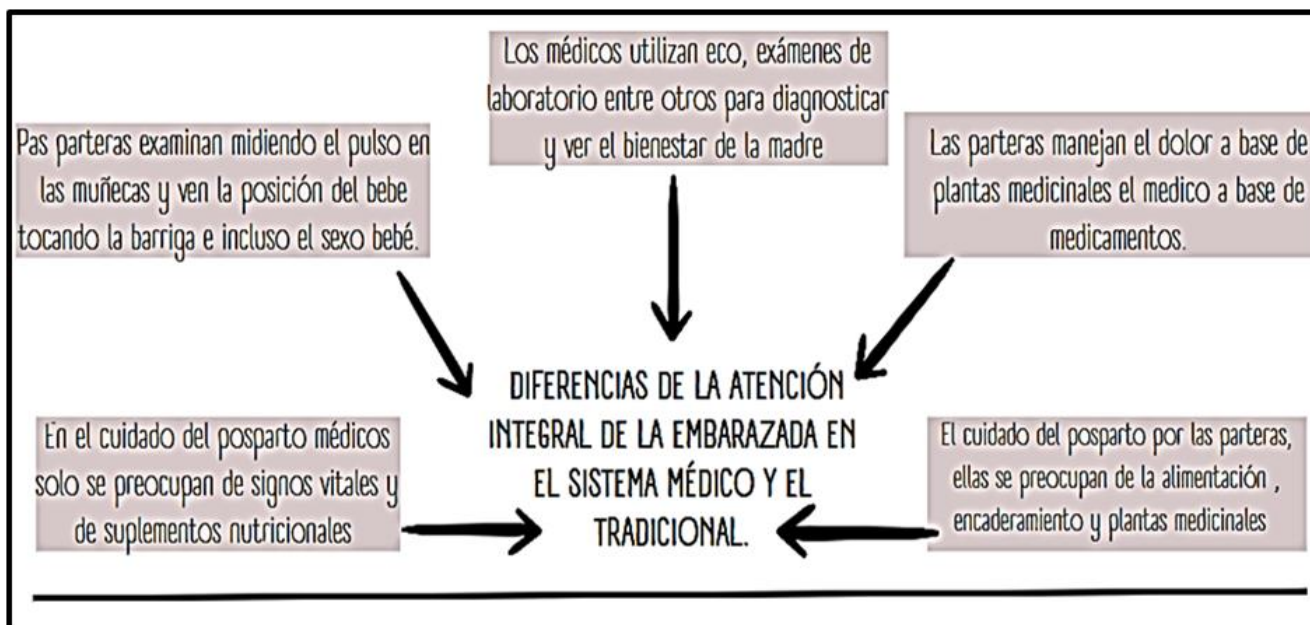


Figura 40: Diferencias de la atención integral de la embarazada en el sistema médico y el tradicional.

Modelo: Giddens 2004

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

En la figura 40. Como se puede apreciar en el modelo de Giddens, se expresan las diferencias de la atención integral de la embarazada en el sistema médico y el tradicional en donde aún se puede observar una tensión entre ambos sistemas lo que es importante subsanar para entender a la mujer de una manera integral.

4.4.2 Cuidado, control del recién nacido y lactancia materna

En la comunidad de Tolontag es de gran importancia el cuidado del recién nacido y la alimentación con la lactancia materna, aquí es el punto clave en donde se puede fortalecer la unión de los dos sistemas tanto biomédico como tradicional, debido a que la gran preocupación de las madres por sus recién nacidos hace que busquen las mejores opciones para el bienestar de los mismos, entonces ellas incursionan por los dos sistemas pero de una manera más analítica, de lo que es bueno o no, esto hace que se apeguen un poco más al sistema biomédico porque está científicamente comprobado y da una mayor garantía para ellas y sus hijos.

El cuidado integral del ser humano también consiste en estudiar la preservación de salud con enfoque en diferentes culturas, ya que no todas las recomendaciones de cuidado son válidas para todas las culturas. Por lo mismo, la teoría transcultural nos invita a que podamos comprender de mejor manera los cuidados de salud con varios enfoques culturales, con la finalidad de encontrar con más facilidad las semejanzas y discrepancias de las diferentes comunidades para promover y manejar de mejor manera la salud y de esta manera tratar a la enfermedad encontrando, la mejor terapia de abordaje para la persona. (Castro, C. et al 2014).

4.4.2.1 Semejanzas entre sistema biomédico y sistema médico andino en el cuidado del recién nacido y lactancia materna



Figura 41: Semejanzas entre sistema biomédico y sistema médico ancestral en el cuidado del recién nacido y lactancia materna

Programa: Word Salad

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

En la actualidad, se entiende que los sistemas médicos ancestrales y sistema biomédico comparten similitudes, y llegan a converger en ciertos puntos como es el caso del cuidado del recién nacido. En este aspecto, haciendo referencia a la relación del sistema frío/caliente, nos deja ver como la medicina basada en evidencia (sistema biomédico), se puede relacionar con saberes ancestrales, y que ambos se complementan dando la explicación fisiológica y por qué las comunidades indígenas perpetúan prácticas ancestrales y como el sistema médico basado en evidencia puede darle la explicación y a su vez fomentar su práctica en comunidades en donde sus costumbres y tradiciones están muy arraigadas. A continuación, se explican de mejor manera como dos sistemas pueden compartir conocimientos y beneficios para la madre y el niño, perpetuando sobre todo su salud y bienestar.

La dualidad de frío/calor toma importancia en la atención de la madre y su bebé. El sistema tradicional que está enfocado en dicha dualidad es apreciado como una forma de equilibrar en el cuerpo la fuerza de las dos polaridades. Hay un enfoque al cuidado y protección contra el frío debido a la vulnerabilidad del recién nacido, ya que se toma en cuenta que al estar durante un periodo de 9 meses en un ambiente cálido como lo es el útero de la mujer, el frío a su salida puede llegar a enfermar. (Castro, C. et al 2014).

Los saberes populares tradicionales sobre el cuidado del neonato relacionado con el baño es similar al biomédico, ya que los dos sistemas se basan en evitar la pérdida de calor ya que el neonato como tal tiene la capacidad reducida de producir de calor y los mecanismos de pérdida de calor también pueden ser agresivos si la edad gestacional del recién nacido es menor. Además, hasta que el recién nacido pueda adaptarse es difícil mantener el calor por causa de la estrecha relación entre la superficie corporal y el peso, los bajos depósitos de grasa parda y el bajo glucógeno que posee. Todos estos factores lo hacen propenso a la hipotermia, hipoglucemia, apnea y acidosis metabólica. Considerar todos estos factores de riesgo son importantes para preservar y promover el bienestar y salud de los recién nacidos y por ende minorar las complicaciones que se puedan presentar. (Castro, C. et al 2014).

El baño del neonato es una de las actividades que se puede postergar posterior al nacimiento, esta práctica no es indispensable ya que como se mencionó anteriormente, el recién nacido viene del útero materno un lugar cálido lo que implica que un baño en los primeros días podría significar un enfriamiento y enfermedades a futuro por lo que esta acción podría aplazarse para el 3 o 4 día de vida del recién nacido. (Castro, C. et al 2014).

Con respecto a las similitudes entre ambos sistemas, se destaca en la comunidad de Tolontag el cuidado y limpieza del cordón, además la atención inicial al primer momento de vida del recién nacido para evitar futuras complicaciones. También la importancia de la lactancia exclusiva como lo menciona en los siguientes relatos:

TABLA 10: Semejanzas en el cuidado, control del recién nacido y lactancia materna
SECCIÓN 1

SEMEJANZAS ENTRE EL SISTEMA MÉDICO ANDINO Y SISTEMA BIOMÉDICO	
CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO	<p>Una vez ha culminado el proceso de gestación, el recién nacido pasa a ser el partícipe principal de los cuidados y tanto un sistema tradicional como uno biomédico se enfocan en el nuevo integrante de la familia de la madre. Aquí se destaca por completo que la confianza y plenitud sobre el conocimiento del médico, es más que suficiente para mantener al niño sano, hay una promoción y prevención de enfermedades y complicaciones que ofrece el sistema biomédico. A pesar de los beneficios que oferta el sistema biomédico, aún persisten ciertas prácticas y costumbres ancestrales que se han adaptado a las recomendaciones del médico que lleva a cabo la consulta y control del recién nacido.</p> <p><i>“son muy apegadas siempre a sus bebés, si ustedes van viendo hay una especie de CUNGAS que lo hacen con sábanas los amaran y hacen sus quehaceres y lo hacen junto a su bebe, mientras que ellas las hacen con sábanas y en la parte urbana la CUNGA cuesta 50 dólares”.</i> Médico general/ mestizo/ hombre/ 39 años.</p> <p><i>“Protocolos como el pinzamiento oportuno del cordón, profilaxis ocular, la inyección de la vitamina K, todo el protocolo que debemos seguir con normas de asepsia y antisepsia eso es super importante”.</i> Médico general/ mestizo/ hombre/ 39 años.</p> <p><i>“Cuidar la caída del cordón umbilical, cuidar que no se le infecte, Controlar que su respiración sea la adecuada, Cuidarlos del frío para que no se enfríen, Que no le de fiebre”.</i> Madre 3 trimestre de embarazo/ indígena/ mujer/ 19 años.</p>
LACTANCIA MATERNA	<p>La lactancia materna es una práctica saludable y beneficiosa sin excepción para el cuidado del recién nacido, además de las múltiples ventajas en cuanto a salud se refiere para la madre. Ambos sistemas tanto el tradicional andino como el biomédico, enfatizan mucho en que la alimentación debe ser a través del seno materno.</p> <p><i>“Bueno no siempre aquí en una comunidad rural siempre ha primado la lactancia materna y eso es muy bueno. Ahora recién hace una década se ha ido estimulando la lactancia materna en una comunidad rural donde la economía no es muy alta entonces es poco que ellos compren leches de tarro y eso ha beneficiado la salud de los niños”.</i> Médico general/ mestizo/ hombre/ 39 años.</p> <p><i>“En la lactancia es mejor darles el pecho, porque francamente con la leche de tarro mis hijas no se han criado, y siempre les he dado a las tres mi seno”.</i> Madre 3 trimestre de embarazo/ mestiza/ mujer/ 28 años.</p> <p><i>“Darle de comer a libre demanda, también Sacarle los gases, Cambiarle el pañal para que no se escalde Abrigarle bien, Hacer el control del recién nacido”.</i> Madre 1 trimestre de embarazo/ indígena/ mujer/ 36 años.</p>

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonio de entrevistas e historias de vida

En el análisis, pudimos entender que el cuidado del recién nacido es muy importante para la madre, la lactancia exclusiva es una práctica fundamental en ambos sistemas lo aceptan y en el caso del sistema biomédico enfatiza en su importancia. Ambos sistemas, a su manera buscan el pleno bienestar del recién nacido, como el evitar la exposición al frío, pues hay riesgo de una hipotermia en el caso de niño que apenas se está adaptando a una vida extrauterina.

En complemento, el sistema biomédico a todas las prácticas compartidas, se suma adicionalmente la profilaxis como el uso de vitamina K, profilaxis ocular, tamizaje auditivo y metabólico, etc. Esto es motivo suficiente para que las madres prefieran un sistema sobre el otro, en este caso al biomédico, sin embargo, no se contraponen pues los sistemas andino y biomédico, buscan a través de cuidado específicos preservar la salud del niño, algunas de las prácticas son contrapuestas que se mencionan en el apartado siguiente.

Finalmente, se destaca que ambos sistemas priorizan en la alimentación saludable de la madre para que se fomente una buena lactancia materna y exista una armonía entre la salud y el cuidado del recién nacido.



Figura 42: Semejanzas entre sistema biomédico y sistema médico ancestral en el cuidado del recién nacido y lactancia materna

Modelo: Giddens 2004

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

En la figura 42. Como se puede apreciar en el modelo de Giddens, se expresan las Semejanzas entre sistema biomédico y sistema médico ancestral en el cuidado del recién nacido y lactancia materna lo que permite observar que el cuidado del recién nacido se relaciona íntimamente con la lactancia materna por la importancia que le dan al bienestar de los recién nacidos.

4.4.2.2 Diferencias entre sistema biomédico y sistema médico andino del cuidado del recién nacido y lactancia materna



Figura 43: Diferencias entre sistema biomédico y sistema médico ancestral del cuidado del recién nacido y lactancia materna

Programa: Word Salad

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

Las deferencias marcadas entre las costumbres de la madre y el personal médico, además de falta de interés y desconocimiento de las creencias y prácticas de la cultura de la cual es proveniente la mujer, que aplica para el cuidado del recién nacido genera una brecha entre el sistema tradicional y el biomédico. Lo cual se puede ver evidenciado en el cuidado del neonato ya que no siguen las recomendaciones básicas, el desconocimiento puede traer complicaciones graves para el recién nacido como hipotermia, hipoglicemia, sepsis o dificultad respiratoria que causa el reingreso de los recién nacidos a los hospitales a pesar del esfuerzo del personal de salud por informar a las comunidades los cuidados adecuados, las diferencias culturales generan un incremento de reingresos a los hospitales de los neonatos. (Castro, C. et al 2014).

A continuación, se recopilan relatos obtenidos en entrevistas semiestructuradas en las que se puede observar las principales prácticas culturales con respecto al cuidado del recién nacido, en donde se hace énfasis en prácticas culturales que discrepan con el sistema biomédico.

TABLA 11: Diferencias entre sistema biomédico y sistema médico ancestral del recién nacido
SECCIÓN 1

DIFERENCIAS	
CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO	<p>El cuidado del recién nacido es un proceso en el cual intervienen las madres, familiares y personal de salud, es una de las etapas más importantes para el conjunto de personas que rodean al nuevo integrante de la familia, por eso su cuidado está provisto por un sin número de creencias que van desde prácticas para que tenga una mayor fortaleza hasta aspectos más ligados a su apariencia, lo que nos compete es resaltar sobre las prácticas que difieren y tiene un rol sobre la salud del niño.</p> <p><i>“Les fajo de vez en cuando, les fajo porque dicen que así se endurecen los piecitos y yo a mis nenas les fajo 2 veces a la semana, no les he fajado como otras señoras que les saben fajar toda la semana y se les faja ratitos, ratitos no todo el tiempo, Se les faja hasta cuando ellos puedan sostenerse solos el cuellito”.</i> Madre 1 trimestre de embarazo/ mestiza/ mujer/ 26 años.</p> <p><i>“Si van cambiando bastante ya que la gente va entendiendo, un ejemplo cuando a los niños los envuelven como palanqueta, ESA ES UNA TRADICIÓN que no se pierde pero va disminuyendo porque se sabe que el bebé tiene que moverse para su motricidad eso es super importante ,ellos piensa que es super importante que el bebé debe involucrarse para encaderar sus caderitas y para que el niño sea más fuerte pero ya no lo dejan todo el día, ahora solo son unas horas y eso es importante que vayamos entendiendo”.</i> Médico general/ mestizo/ hombre/ 39 años.</p>
LACTANCIA MATERNA	<p>El sistema biomédico hace mucho énfasis que durante los primeros 6 meses de vida del recién nacido solo se dé una lactancia materna exclusiva, el sistema médico andino se ha visto un poco más permisivo en este aspecto en la comunidad de Tolontag, como se menciona en los siguientes relatos.</p> <p><i>“mi mamá sabía decir que les de aguas, yo no hago eso de darles agüitas, porque me dijeron en el centro de salud que no se les da agüitas, solo leche materna”.</i> Madre 1 trimestre de embarazo/mestiza/ mujer/ 32 años.</p> <p><i>“Cuando llora es porque les duele la barriguita entonces yo les he dado a mis hijas agüita de anís y eso calma el llanto, cuando nacen dicen que a veces no se acostumbran bien a la leche de la mamá, entonces eso les ayuda (darles aguas), o a veces cuando yo comía mal también tomó esas aguas de anís y eso hace que no les duela la barriguita”.</i> Madre 1 trimestre de embarazo/mestiza/ mujer/ 26 años.</p>

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda
Fuente: Testimonio de entrevistas e historias de vida

Con respecto a las principales diferencias en el cuidado del recién nacido destaca el hecho de que aún se mantiene prácticas culturales no bien recibidas por parte del sistema biomédico, en el cual un relato por parte de un profesional de la salud, nos dice que es necesario concientizar en las madres que el “fajar” a sus hijos es algo perjudicial pues predispone a que el niño o niña tenga una menor movilidad y que no pueda desarrollar su motricidad, como asevera la bibliografía entran a ser un factor de riesgo para displasia de cadera.

Algunas culturas aún mantienen muchas de sus costumbres como son las comunidades latinoamericanas, norteamericanos entre otros. Ellos creen en la práctica de entablillar o envolver los miembros inferiores de un recién nacido durante los primeros meses de vida, la manera de la cual lo realizan es manteniendo en extensión completa las caderas lo cual es la posición antinatural ya que fisiológicamente debería mantener una flexión y una abducción para no generar una inestabilidad a la cadera. (Benavides, J. Figueroa, C. 2012).

Es por todo esto que hay una diferencia en cuanto al cuidado del recién nacido por parte de ambos sistemas. En conjunto con respecto a la lactancia materna, el sistema biomédico hace un gran esfuerzo ya sea por parte de programas implementados por un sistema de salud o incluso en la consulta privada, de que las madres deben dar de lactar a sus hijos durante los primeros 6 meses y que no se debe incorporar absolutamente nada durante este tiempo a la dieta del infante. Sin embargo, el sistema andino, es más permisivo en cuanto a una alimentación complementaria, incluso en los relatos expuestos, las madres incorporan aguas de remedio a base de plantas para ayudarles a disminuir síntomas de molestias gastrointestinales.

En conclusión, se entiende que hay aún prácticas y costumbres que pueden llegar a ser perjudiciales para el recién nacido, y es deber del personal médico informar a las madres sobre los riesgos de ciertas prácticas que no permanecen inocuas para el niño, es la forma en la que ambos sistemas deben complementarse para que sean bien recibidos en comunidades en donde aún prima las tradiciones y cultura.

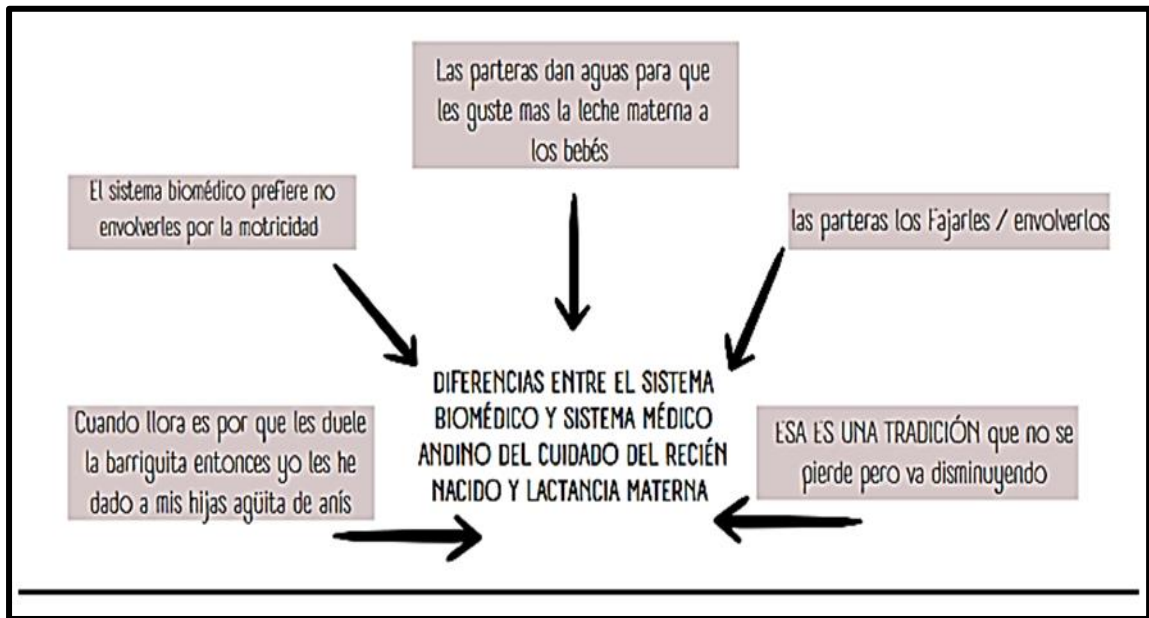


Figura 44: Diferencias entre sistema biomédico y sistema médico ancestral del cuidado del recién nacido y lactancia materna

Modelo: Giddens 2004

Elaborado por: Jorge David Rocha y Anahí Rueda

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

En la figura 44. Como se puede apreciar en el modelo de Giddens, se expresan las Diferencias entre sistema biomédico y sistema médico ancestral en el cuidado del recién nacido y lactancia materna, las diferencias son marcadas y son contrapuestas, pues el sistema biomédico prioriza completamente el cuidado a base de evidencia que muchas de las prácticas pueden ser lesivas a futuro para el niño/a.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

5.1 Elementos que construyen y no construyen salud materna y del recién nacido en la Comunidad de Tolontag.

Ecuador es un país pluricultural y multiétnico, por lo que es indispensable asimilar los diferentes entornos sociales, políticos, económicos, religiosos, etc. Para poder comprender la ideología holística de cada comunidad y más si queremos introducir, mejorar y perpetuar el concepto de las prácticas y costumbres que generan o no salud, es necesario interactuar y generar expresiones culturales compartidas, a través del diálogo y del respeto mutuo.

Tolontag es una comunidad que se encuentra localizada a 2 horas de la ciudad de Quito, se llega a la comunidad a través de la Vía Sangolquí-Pifo y a pesar de la distancia entre ambas ubicaciones se puede apreciar la influencia urbana sobre la población, debido a que las personas que habitan en la comunidad buscan oportunidades laborales y educativas en las grandes urbes.

La gran influencia de la ciudad y las posibilidades que les ofrece una gran ciudad, ha causado que las personas tengan un roce entre costumbres e ideas, en la cual para muchas personas genera dudas sobre lo que creen de sus prácticas ancestrales, debido a que, con el cambio de paradigma rural-urbano, se inclinan hacia uno u otro. A pesar de estos roces culturales que la población de Tolontag mantiene, han sabido integrar a su diario vivir y han sabido mantener sus costumbres y tradiciones de generación en generación pese al cambio cultural que trae el desarrollo urbano y generar una convivencia de ideas y costumbres.

Con respecto al tema que nos concierne, la comunidad de Tolontag ve al embarazo, parto y posparto y cuidado del recién nacido como un evento muy importante para las mujeres y su entorno social y familiar, por lo que en esta fase reproductiva de la mujer es donde más se evidencia las costumbres y tradiciones inherentes de la comunidad, debido a que este proceso requiere un cuidado especial hacia la mujer y también para el nuevo integrante de la familia.

A pesar de que los pobladores de la comunidad tengan bien identificadas sus costumbres, en la población más joven es menos frecuente ver este interés hacia perpetuar las costumbres y prácticas durante el embarazo, parto, postparto y cuidado del recién nacido. Como bien se mencionó la influencia de la zona urbana ha generado en los más jóvenes una expectativa de mejorar sus oportunidades y accesibilidad que se ha limitado por vivir en una zona rural.

Durante el proceso reproductivo de la mujer, a través del acceso a la información han descubierto que un sistema médico familiarizado con la influencia urbana le da más confianza y oportunidades que un sistema tradicional.

Describir y analizar la diversidad cultural e interculturalidad en el contexto del embarazo, parto, posparto y del cuidado del recién nacido en la comunidad de Tolontag-Quito.

Con respecto al objetivo que se planteó en la comunidad, se pudo concluir con un trabajo minucioso que se perpetúan aún costumbres y tradiciones ancestrales durante todo el proceso del embarazo, parto, postparto y cuidado del recién nacido. Además, que el rol que juega la familia y comunidad en este evento es muy importante pues es cuando más participación tiene su entorno con respecto al proceso fisiológico de la mujer.

Se puede evidenciar durante todo el transcurso de dicho evento, existe la interacción de dos sistemas, uno biomédico y otro tradicional los cuales viven en constante tensión durante el proceso del embarazo, parto y postparto, lo que ha generado a través de la interculturalidad y la interacción de la comunidad con la urbanización. Se puede concluir en base a los datos recopilados de los participantes hay una convivencia de ambos sistemas de salud tanto biomédico como tradicional, los participantes nos relatan que el proceso por el que cursa la mujer es mejor llevarlo con más puntos de vista, pues aseveran que mientras más fuentes de opiniones mayor seguridad brinda a la madre y su familia.

Durante nuestro trabajo de campo a través de entrevistas semiestructuradas, pudimos recopilar información durante tres fases cruciales, las mismas que ya fueron descritas previamente, en la cual se resalta que la comunidad mantiene costumbres y tradiciones al inicio, mitad y final del embarazo, sumado al cuidado del recién nacido.

Las mismas que enfatizan en el control prenatal por parte del sistema biomédico y un control a través de la partera, la cual tiene el objetivo de darle entender a la madre que ha iniciado su maternidad, durante la mitad y final del embarazo, la madre depende de ambos sistemas para llevar a cabo su embarazo, donde destaca la idea de llevar un control mixto a través del cuidado de la partera y el médico, finalmente al culminar el embarazo.

Además, para el cuidado del recién nacido se obtuvo información proporcionada por los participantes y madres, dando a entender que es más delicado el manejo y con respecto a su cuidado deciden dejarlo todo en manos de sistema biomédico, en el que el personal de salud oferta promoción y prevención de salud en los recién nacidos, controles periódicos incluido vacunas, generando confianza y seguridad de que se realiza un buen trabajo por parte de este sistema, a diferencia de un tradicional que se fundamenta en creencias propias de un cuidado general sin un beneficio adicional.

5.1.1 Cuidados en el embarazo

Analizar como la diversidad cultural e interculturalidad influyen en la salud materna durante el embarazo.

Cuando se habla de la diversidad cultural e interculturalidad, en el contexto del embarazo, se debe conocer sus costumbres y tradiciones durante este proceso que cursa la mujer, para poder entender en qué punto la interculturalidad juega un papel importante para generar un cambio. Identificar actividades repetitivas que se van presentando de generación en generación, y el porqué de mantener sus costumbres y tradiciones independientemente de su edad, nivel educativo, ocupación o incluso de cómo se autoidentifican. Todo esto con finalidad de poder comprender este proceso como un todo, donde tantas costumbres, tradiciones, y factores externos intervienen en este evento.

Durante el embarazo, las mujeres de Tolontag acuden a controles prenatales con la partera, generalmente a partir de la vigésima semana de gestación (4-5 mes), ya que hay una creencia y tradición de posicionar al feto correctamente, ellas nos relatan que creen que cuando hay un mal encajamiento genera dolor y problemas al momento del parto. La labor de las parteras, consiste en realizar un manto que es la maniobra que reposiciona al feto “adecuadamente”, generando alivio del dolor según muchas experiencias relatadas en el presente estudio.

Al momento de culminar este proceso, las madres que acuden en el tercer trimestre del embarazo casi por las 35- 38 semanas de gestación las ayudan en el encajamiento para que puedan tener un parto cefalovaginal, que es lo que desean en la mayoría de casos las mujeres de Tolontag, pues les causa miedo que termine en una cesárea su parto, lo asocian a una complicación en la cual ellas terminarán indispuestas físicamente posterior a su parto.

Después de un seguimiento cercano vimos que es una conducta repetitiva en la mayoría de las madres, lo han hecho en sus anteriores embarazos o lo piensan hacer en el embarazo actual. Sin embargo, no es una práctica con un fundamento científico, pero según los relatos funcionan y dan tranquilidad a las madres de Tolontag, ya que se han podido realizar ecos antes y después de la práctica del manto donde han evidenciado un cambio efectivo de la posición del feto haciendo que sea apto para dar un parto cefalovaginal.

La información bibliográfica nos dice: que existen distintos factores de riesgo asociados con el desprendimiento prematuro de placenta...traumatismos abdominales, por lo que podemos concluir, según relatos brindados, las maniobras de reposicionar al feto para una posición correcta por parte de la partera, involucra una gran aplicación de fuerza siendo lesivo para la gestante y en especial si tiene complicaciones adicionales como preeclampsia, o edad avanzada, aumentado los factores de riesgo para un desprendimiento placentario.

En el sistema tradicional andino, existe la teoría de salud enfermedad asociado a la dualidad de frío/calor. En Tolontag, se han recogido relatos que confirman que aún mantienen la creencia de que muchos de los dolores y complicaciones del embarazo, van ligados a la exposición al frío. Durante el embarazo aplican distintas costumbres que se han mantenido, como, por ejemplo: cubrirse la barriga para que el frío no afecte el embarazo, aguas medicinales a base de plantas (sunfo, anís, ajeno, etc.), y sobre todo acuden a la partera para que en base a sus conocimientos pueda realizarse masajes en la barriga con manteca de puerco o con aceites naturales adicionalmente ellas les dan a tomar infusiones a base de plantas antes mencionadas y así puedan “sacarse el frío”.

La bibliografía revisada, enfatiza que el empleo de plantas medicinales en el embarazo, también están ligadas a la dualidad del frío/calor en muchas comunidades, por lo que no es de extrañar que en Tolontag, sus pobladores sepan las propiedades y componentes curativos y puedan distinguir los efectos sean estos positivos o negativos para el embarazo. En base a esto, se entiende que no todas las plantas llegaron a tener un efecto positivo en el embarazo de la mujer como es el caso de la conocida “ruda”, que tiene efectos no deseados en la mujer embarazada, por lo que es una planta contraindicada en el proceso de la mujer. Concluimos que el empleo de plantas medicinales es una práctica frecuente en este proceso de la mujer, les ayuda a llevar un embarazo saludable y conocer sobre las propiedades de las misma hace que la mujer este en contacto con sus costumbres y tradiciones.

Con respecto a las complicaciones del embarazo, pudimos identificar a la preeclampsia, hemorragia posparto, parto pretérmino y el malestar en el embarazo que culturalmente en la comunidad se llama “sobreparto”. De todas las complicaciones mencionadas, destacamos a la preeclampsia, ya que en los relatos brindados por la comunidad e información del personal médico del Centro de salud Tolontag es lo que más les preocupa. Según el (Ministerio de Salud Pública del Ecuador., 2020) la preeclampsia es la complicación más frecuente en mujeres gestantes, lo que significa que es un problema para el sistema de salud, ya que representa la principal causa de muerte materna asociados trastornos hipertensivos en un 31.76% de la población a nivel nacional.

Es una de las que con más frecuencia se presentan en las mujeres gestantes de la comunidad, independientemente si es su primer embarazo o ya haya tenido otros anteriormente, la madre está familiarizada con el término “preeclampsia”, pues lo ha vivido ya sea personalmente o en alguna familiar, y esto confirma que la patología asociada al embarazo, es frecuente en nuestra comunidad de estudio. Por lo mismo, las mujeres de la comunidad y sus familiares, concientización de lo que es la enfermedad ni cómo manejarla en caso se presente y las complicaciones que puede traer si la enfermedad sigue sin un adecuado manejo, puede significar un problema muy serio para la madre, por lo que cuando llega a culminar el embarazo, prefieren optar por el sistema biomédico como se mencionó anteriormente.

Finalmente, en un número pequeño de mujeres, en especial las que cursan con edades de 35 años o más mencionaron que , las complicaciones del embarazo pueden tener un inevitable factor hereditario, por lo cual han asumido que pasará y no realizan medidas preventivas para evitar cualquiera de las complicaciones, por lo que el labor del personal médico del Centro de salud Tolontag y el centro médico “Jambi huasi”, realizan esfuerzos para continuar con la prevención y promoción de la salud, y erradicar la idea obsoleta de que la enfermedad no es prevenible en el contexto del embarazo, parto y postparto.

La familia y el círculo social de las embarazadas son un punto clave para el desarrollo del mismo, ya que la mujer está destinada a su casa y a los quehaceres del hogar, por lo cual la opinión de sus familiares es mucho más importante que el pensar y sentir de ella, en la mayoría de los casos, se lleva un hogar tradicional de la comunidad, jerárquico en el que el hombre destaca por ser el proveedor y la mujer relegada al hogar.

Concluimos que en la comunidad de Tolontag, se mantiene un pensamiento machista, en el cual la mujer ha sido relegada a su hogar, y con respecto a las decisiones tanto de su embarazo y cuidado personal será asumido por su esposo, pareja o conviviente. En otros términos, si bien la mujer es la que está cursando todo este proceso del embarazo, el hombre es parte fundamental al momento de tomar las decisiones, pues es él quien autoriza si se continúa con prácticas tradicionales o se opta por un sistema actual, la opinión y criterio del hombre es más respetado que el de la madre.

En las parejas jóvenes, que tienen una aproximación mayor a la urbanización y sus ideas, en donde la mujer también puede decidir, se nota un respeto por la decisión de la madre, y en el mejor de los casos, las decisiones importantes de perpetuar o no las tradiciones y costumbres, será por un acuerdo mutuo entre el hombre y la mujer.

5.1.2 Cuidados durante el parto y puerperio

Identificar los conocimientos, prácticas y vivencias entre la medicina tradicional y la medicina biomédica durante el parto.

El embarazo concluye con el parto, y da entrada al puerperio, para la comunidad este nuevo proceso que cursa la mujer amerita un cuidado adicional en donde la madre recibe el apoyo de familiares y donde más se evidencia costumbres y tradiciones propias de su comunidad. Se destaca el cuidado del sistema tradicional andino.

El parto en la comunidad es visto con mucho temor por las complicaciones durante el parto que pueden llevar a la muerte de las madres o de sus hijos por lo que las mujeres prefieren acudir a los hospitales o a los centros de salud donde saben que si se presenta alguna complicación aquí las pueden ayudar, concluimos que la práctica, costumbre y tradición de tener un parto en casa o con la partera se ha perdido con el tiempo ya que a pesar de que las madres se sientan más identificadas y seguras en casa y acompañadas de sus familiares más cercanos,

Al no tratarse de una práctica que les brinde garantías y seguridad al momento de solventar una complicación, ha hecho que las mujeres de la comunidad Tolontag, opten completamente por el acudir a un centro médico u hospital, a pesar de la poca movilidad y accesibilidad y distancia, para ellas es mucho peor tener a su hijo en su casa, no es usual escuchar de partos en domicilio hoy en día, a diferencia de muchos años atrás.

Posterior al parto, la mujer entra en un proceso conocido como puerperio, el mismo que no está exento de costumbres y tradiciones donde la mujer puede tener molestias o desencadenar un “sobreparto”. Según los autores, Alarcón, A., & Nahuelcheo, Y. (2008).

El termino sobreparto es considerar como una enfermedad que causa mucha angustia en las madres, esta molestia se presenta con síntomas diversos como cefaleas, sangrados, dolores musculares enfocados en la espalda, todo esto condicionado a las actividades que realiza la mujer, aquellos síntomas pueden aparecer incluso años después de su parto.

Médicamente no está esclarecida del porqué la aparición de los síntomas que pueden a ser muy diversos. Sin embargo, lo asociamos a una condición cultural de la población en la que está determina por prácticas nada saludable como la exposición al frío, actividades que requieran mucho esfuerzo físico, o de acuerdo a algunos relatos cuando la puérpera se expone a lugares con “energía muy pesada” como acudir al “páramo”.

Si bien no está sustentado por evidencia científica, las madres aseguran tener toda la diversidad de síntomas durante su puerperio, ya que no se puede demostrar objetivamente como se relación el evento desencadenante del síntoma podemos aseverar que esta idea va ligada con su cultura de salud/enfermedad que tiene un concepto religioso/cultural.

5.1.3 Cuidados del Recién Nacido

Describir cómo las prácticas tradicionales del postparto y cuidados del recién nacido contribuyen a la salud materno-neonatal.

El cuidado del recién nacido empieza por la importancia que le dan las madres a la lactancia materna.

Las madres como sus familiares se encargan de que las recién madres estén bien alimentadas para que puedan amamantar y puedan dar leche materna a libre demanda lo que genera una práctica que construye salud ya que la leche materna tiene todos los suplementos que necesita un recién nacido para un crecimiento y desarrollo adecuado, con lo que concluimos que esta práctica no solo se mantiene, sino que también es apoyada y reforzada por el sistema biomédico.

Dentro de otras prácticas que aún se mantienen a lo largo del tiempo es envolver a los neonatos ya que la comunidad cree que de esta manera el niño/a va a crecer con más fuerza sin embargo en la bibliografía revisada pudimos concluir que es una práctica que no construye salud ya que no le permite al niño movilizarse y desarrollar motricidad además del hecho de que es un factor de riesgo para displasia de cadera que puede alterar el eje acetabular por lo que es indispensable concientizar a la población sobre el tema.

CAPÍTULO VI - RECOMENDACIONES

MADRES DE LA COMUNIDAD DE TOLONTAG

- **Embarazo**

- Educar a la comunidad de Tolontag, de la importancia que merece el proceso del embarazo y su captación oportuna.
- Educarse y asistir más a los talleres prenatales donde puedan aprender nuevas cosas y de ese modo llegar a sensibilizar y concientizar sobre las complicaciones que se pueden presentar en el embarazo.
- Acudir a todos los controles prenatales en caso de no poder asistir, reagendar o pedir al personal de salud que este cargo visitas domiciliarias si es difícil de llegar al centro de salud.
- Compartir las experiencias, consejos y prácticas que la partera imparte con el personal de salud y viceversa para crear un sistema de comunicación entre los dos sistemas.

- **Parto**

- Prepararse, educarse y aclarar dudas que tengan antes del momento del parto para saber qué hacer y saber dónde acudir si existe alguna complicación.
- Acudir y buscar personas preparadas para asistir el parto. Además, de tener un control adecuado del embarazo para prevenir complicaciones.

- **Posparto**

- Integrar el cuidado de la comunidad con el cuidado recomendado por el sistema de salud biomédico para conseguir una convivencia entre los dos sistemas. Además de un cuidado integral posparto.
- Enfatizar en la educación sobre los signos de alarma durante el puerperio, y si se presenta acudir inmediatamente a una casa de salud.
- Fortalecer los lazos con el personal de salud para que se sientan cómodos de comentar y aclarar dudas durante este proceso.

- **Cuidado del Recién nacido**

- Felicitar, apoyar y promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, educar a la población para que entiendan que es una práctica que construye salud y que debe mantenerse.
- Educar a la población y orientar en cuanto a los alimentos que pueden consumir para que haya una nutrición adecuada para la madre y de este modo una leche materna de calidad para el recién nacido.
- Evitar la práctica de envolver o “fajar” a los recién nacidos ya que como vimos anteriormente no es una práctica que cree salud y que puede perjudicar el desarrollo del neonato por lo que se recomienda no hacerlo.

FAMILIARES DE LA COMUNIDAD DE TOLONTAG

- Educar y concientizar a las nuevas generaciones de la importancia de la mujer y su rol en la sociedad dándole mayor voz a sus decisiones que deben ser respetadas y apoyadas por su pareja, familia, conocidos, etc.
- Fortalecer y crear lazos familiares que ayuden, apoyen y ayuden en el proceso del embarazo, parto, posparto y cuidado del recién nacido.
- Educar y concientizar no solo a la mujer embarazada sino a sus familiares para que sean un apoyo en la identificación de factores de riesgo, signos de alarma, etc. y de este modo que se eviten complicaciones a futuro y se lleve a cabo un embarazo saludable.
- Que familiares y parejas se involucren en todo el proceso de gestación y de este modo puedan con más confianza acudir a los centros de salud para vincular al grupo familiar a las atenciones en el contexto de promoción y prevención en salud.

PERSONAL DE SALUD EN GENERAL

- Enfatizar de mejor manera con la comunidad reforzar la comunicación médico paciente para que las madres se sientan en plena confianza de poder contar al personal de salud lo que hacen y no hacen durante el embarazo, parto, posparto y cuidado del recién nacido y que de este modo podamos tener una atención integral y podamos con una perspectiva más amplia explicar lo que crea y no salud.

- Conocer e interesarse por aprender las costumbres, tradiciones y prácticas de la comunidad para poder comprender de mejor manera a la comunidad y que haya una apertura de comunicación y un espacio seguro donde sientan que no van a ser juzgadas o criticadas por realizar sus prácticas y tradiciones.
- Incluir y darle la importancia necesaria al sistema tradicional andino para poder trabajar en conjunto, haciendo que no se cree una brecha entre los dos sistemas y de este modo que las comunidades indígenas se sientan en la libertad de expresar sus costumbres y tradiciones, en especial las que construyen salud y explicar cuáles son perjudiciales.
- Involucrar a las parteras en el proceso del parto para que de este modo no se sientan excluidas en esta fase y que las madres también se sientan cómodas y seguras ya que hay parteras que los acompaña en todo el proceso del embarazo y puedan aprender mutuamente tanto parteras como personal de salud y puedan llegar a un consenso juntos de lo que crea o no salud.

PARTERAS EN GENERAL

- Educarse y prepararse en conjunto con el personal de salud para que estén preparadas de mejor manera para eventos adversos que puedan presentarse o para referir a un lugar de mayor resolución a tiempo.
- Capacitar a las nuevas generaciones sobre las prácticas, costumbres y tradiciones que crean salud y de este modo que no se pierdan con el paso del tiempo.
- Buscar apoyo y alianzas con el personal de salud para trabajar en conjunto y de este modo encontrar un bienestar integral de la mujer embarazada y que de este modo se sienta cómoda en todo su proceso de gestación.

TESISTAS JÓVENES EN GENERAL

- Saber y llegar a entender que no es un proceso fácil ni rápido que si eligen este camino deben tener paciencia y perseverancia para lograr culminar esta meta.
- Todo lo que vale la pena, requiere de esfuerzo, paciencia, fe y confianza que se está haciendo lo correcto y que pronto llegará la recompensa al esfuerzo y empeño que requiere realizar una tesis.
- No desanimarse en el camino y confiar que se puede llegar a la meta que es graduarse.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP)

- Buscar estrategias, actividades o eventos que creen una conexión entre las parteras y personal médico para fortalecer la confianza y comunicación.
- Crear una tecnología o carrera para educar, actualizar y mejorar la calidad de la atención de las parteras hacia las embarazadas, esto debe ser accesible en lo monetario y en los horarios para que los anime a estudiar a las parteras ya existentes o también una oportunidad de estudio para las nuevas generaciones y de este modo también sea una estrategia para seguir conservando las costumbres y tradiciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

A:

Acosta, M. A. (2017). Mujer Indígena y Cuidados Durante el Embarazo y Puerperio. Enfoque. *Revista Científica de Enfermería*, 21(17), 82–89. <https://revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/43/35>

Alarcón, A., & Nahuelcheo, Y. (2008). *Creencias Sobre El Embarazo, Parto y Puerperio En La Mujer Mapuche: Conversaciones Privadas*. *Revista de Antropología Chilena* (40)2. Recuperado el 17 de junio del 2023. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32640207>

Amezcu, A. (2017). *Valoración y Manejo Del Dolor En El Parto y Puerperio*. Recuperado el 17 de junio del 2023. Disponible en: <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/5098f7032b67219d0ca9da2f69d86815.pdf>

Asociación Médica Mundial. (2008). Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones con seres humanos. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre de 2008 [en línea]. Recuperado el 13 de Septiembre de 2021 de: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html>

Astudillo, M. et al. (2021). *Causas de Hemorragia Postparto*. *Recimundo* (5)1. Recuperado el 17 de junio del 2023. Disponible en: [https://recimundo.com/index.php/es/article/view/998#:~:text=La%20hemorragia%20postparto%20\(HPP\)%20es,de%20muerte%20materna%20en%20Ecuador.](https://recimundo.com/index.php/es/article/view/998#:~:text=La%20hemorragia%20postparto%20(HPP)%20es,de%20muerte%20materna%20en%20Ecuador.)

Ávila, H. (2005). *Lo Urbano-Rural, ¿nuevas Expresiones Territoriales?. Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias*. Recuperado el 16 de junio del 2023. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20100503120801/Lo_urbano_rural.pdf

B:

Baeta, S. (2015). "Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud-enfermedad". *Comunidad y Salud* 13(2):81-83. Recuperado el 11 de junio del 2023. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0719-2681202000030011300004&lng=en

Banda, A., et al. (2019). *Cuidados Culturales Durante El Puerperio Mediato En Las Mujeres Indígenas.*, pp 2–20. Recuperado del 12 de junio del 2023. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v13n1/1988-348X-ene-13-01-e1313.pdf>

Bañuelos, N y Salido, P. (2007). "Consideraciones metodológicas para el diseño de propuestas de desarrollo local/regional sustentable en comunidades indígenas". *Ra Ximhai* 3(1):27-47. Universidad Autónoma Indígena de México Mochicahui, El Fuerte, Sinaloa. Recuperado el 11 de junio del 2023. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0719-2681202000030011300006&lng=en

Bello, L., & Parada, A. (2017). *Caracterización de La Mortalidad Materna En Comunidades Indígenas Colombianas, 2011 a 2013. Estudio de Los Registros de Vigilancia Epidemiológica de Casos Centinela.* Rev Colomb Obstet Ginecol ;68:256-265. Recuperado el 16 de junio del 2023. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n4/es_0034-7434-rcog-68-04-00256.pdf

Benavides, J. Figueroa, C. (2012). Revisión de conceptos actuales: Displasia de la cadera en desarrollo. Rev Col Or Tra 2012; 26(1): 50-60. Recuperado el 27 de junio del 2023. Disponible en: <https://www.sccot.org.co/pdf/RevistaDigital/26-01-2012/06DisplasiadelaCadera.pdf>

Boira, S. et al. (2016). *Miedo, Conformidad y Silencio. La Violencia En Las Relaciones de Pareja En Áreas Rurales de Ecuador,* Psychosocial Intervention (25)1. Recuperado el 16 de junio del 2023. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592016000100002

Bonelli, C. (2015). "Trastornos ontológicos: pesadillas, fármacos psicotrópicos y espíritus malignos en el Sur de Chile". En *Tecnologías en los márgenes: antropología, mundos materiales y técnicas en América Latina (Colección Heterotopías, 4)*, Mexico. Recuperado el 11 de junio del 2023. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0719-2681202000030011300008&lng=en

C:

Cabieses F. Apuntes de Medicina Tradicional: la racionalización de lo irracional. Tomo I. +Lima: Editorial Diselpesa; 1993. Recuperado el 12 de junio del 2022. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5709.pdf>

Caiza, J. (2012). Elementos de la sabiduría indígena para el tratamiento pedagógico en el área de Ciencias Naturales. [Tesis]. Universidad Politécnica Salesiana. Recuperado el 27 de junio del 2023. Disponible en: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5964/1/UPS-QT03853.pdf>

Campos-Navarro, R. (2016). Antropología médica e interculturalidad. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina: McGraw-Hill/Interamericana Editores.

Cararach, V., & Botet, F. (2008). *Preeclampsia. Eclampsia y Síndrome HELLP*. Hospital Clínic de Barcelona. Recuperado el 16 de junio del 2023. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf

Cardona, A. (2012). "Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia". *Revista Salud Pública*. 14 (4): 630-643. Recuperado el 11 de junio del 2023. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n4/v14n4a08.pdf>

Castro, C. et al (2014). *Cuidado Del Bebé En La Cultura Guambiana: Una Mirada Desde La Cosmovisión de Las Madres*. *Av.enferm.*, (32)1: pp 114-123. Recuperado el 17 de junio del 2023. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a12.pdf>

Castro, A. (2021). Hospitales en Quito y Otavalo se certifican como Establecimientos Amigos de la Madre y el Niño. Unicef. Recuperado el 11 de junio del 2023. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/historias/hospitales-en-quito-y-otavalo-se-certifican-como-establecimientos-amigos-de-la-madre-y-el>

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2015). Señales de alarma durante el puerperio o cuarentena. Recuperado el 17 de julio del 2023. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/acciones-y-programas/senales-de-alarma-durante-el-puerperio-o-cuarentena>

Chamba, M. (2020). *Conocimientos, Actitudes y Prácticas de La Medicina Ancestral En La Población de Casacay, Ecuador*. Pol. Con. (Edición núm. 41) Vol. 5, No 01. Recuperado el 17 de junio del 2023. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7436063.pdf>

Chavarria, L. (2000). *Hacia el cambio de paradigma en medicina: un reto en salud*, Revista de trabajo social. 68, pp 13–19 [Online]. Recuperado el 11 de mayo del 2023. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v30n682005/art2.pdf>

Collaguazo, M., Cumbe, S., & Espinoza. V. (2014). *Hábitos, creencias y costumbres durante el embarazo, parto y postparto mediato en la comunidad de quilloac. Cañar* [Internet] [Licenciatura]. Universidad de Cuenca. Cuenca. Recuperado el 12 de junio del 2021; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20913/1/Tesis%20Pregrado.pdf>

CONASA. (2008). *Guía Técnica Para La Atención Del Parto Culturalmente Adecuado*. [Online] Recuperado del 16 de mayo del 2023. Disponible en: <http://www.cappaecuador.com/docs/guiadepartoec.pdf>

Comisión de legislación y codificación. (2014). *Ley de Maternidad gratuita y atención a la infancia*. Recuperado el 18 de julio del 2023. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/LEY-MATERNIDAD-RO-349-05-09-2006.pdf>

Constitución Política de la República del Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Art. 44. (2008). Recuperado el 18 de julio del 2023. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf

Cruz, F. (2021). *Impacto de la salud materna con enfoque intercultural en el desarrollo humano de mujeres indígenas de la provincia de Imbabura entre el año 2008 a 2018*. Tesis de Maestría.

FLACSO. Sede Académica Argentina, Buenos Aires. Recuperado el 02 de julio del 2023. Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/18551>

D:

Damas, L., et al. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología*, 44(3), 1-6. Recuperado el 13 de Junio 2021, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000300002

Delgado, H. (1996). Los Sistemas Clasificatorios en la Medicina Tradicional. [Tesis Doctoral]. Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado el 14 de Julio del 2021 Disponible en: <https://www.flacsoandes.edu.ec/sites/default/files/%25f/agora/files/04. los sistemas clasificatorios de la medicina tradicional.pdf>

Díaz, R. (2014). *La Perspectiva de Género En La Comprensión de La Masculinidad y La Sobrevivencia Indígena En México*, 11. Agric. soc. desarro 11(3). Recuperado el 16 de junio de 2023. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-54722014000300006

Doménech, E. et al. (2008). Cuidados generales del recién nacido sano. Aso. Española de Ped., 1(1), pp.21-22 [Online] Recuperado el 26 de enero del 2022. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2_2.pdf

Dongo, S., & Puente De La Vega, J. E. (2011). *La atención del parto con enfoque intercultural en los hospitales Regional y Antonio Lorena de la provincia del Cusco*. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. Recuperado el 16 de junio del 2023. Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/1084>

Drake, E. (2014). El Significado Cultural del Parto: Perspectivas de Mujeres Mapuche. *Independent Study Project*, 1–29. https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection

E:

Erazo, T. (2010). Plan de desarrollo turístico comunitario para la comunidad de Tolontag – Parroquia Pintag – Provincia de Pichincha [Ingeniería]. Universidad Tecnológica Equinoccial. Recuperado de: http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/1633/1/41641_1.pdf

F:

Family Care International. (2008). Derechos culturales en la salud sexual y reproductiva. [Online]. Recuperado el 16 de mayo del 2023. Disponible en: <http://www.interarts.net/descargas/interarts148.pdf>

F. Gary Cunningham et al. (2010). Williams Obstetricia. 23° edición. Mc Graw Hill. Pp 349-369.

Fassin D. (1992). Antropología y Salud en Comunidades Indígenas, Manual de Capacitación para promotores campesinos de salud, Instituto Francés de Estudios Andinos, Ediciones Abya-Yala, Quito, Ecuador.

Franco, R. (2019). Encuentro entre los paradigmas tradicional sociomédico y contemporáneo biomédico: ¿es posible?. Revista Venezolana De Salud Pública, 7(1), 35-44. Recuperado a partir de <https://revistas.ucla.edu.ve/index.php/rvsp/article/view/218>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en Ecuador. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe – Milena 1.0. Quito-Ecuador. Recuperado el 16 de junio del 2023. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/media/5606/file/MILENA-Consecuencias-socioeconomicas-del-Embarazo-Adolescente-en-Ecuador.pdf.pdf>

G:

Galimberti, M., Alvarez, L., & Gonzales, J. (2018). Influencia de la pobreza en las representaciones y prácticas culturales del paciente diabético en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco - 2016 | Investigación Valdizana. *Investigación Valdizana*, 11(4), 203–215. <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/riv/article/view/123>

García, M. et al. (2014). Protocolo del Puerperio Normal. Recuperado el 22 de julio del 2023. Disponible en: <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/03c948ec17532bbc15a8c229f2f0a77a.pdf>

Ger, K. Tumbaco, S. (2017). Embarazo, parto y puerperio una mirada desde las mujeres Quitucara en la comunidad de Cocotog en el periodo Octubre 2016 - marzo 2017. [Tesis]. Universidad Central del Ecuador. Recuperado el 16 de mayo del 2023. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/9856/1/T-UCE-0006-0100.PDF>

Gobierno Autónomo de la Parroquia Píntag. (2023). Actualización Plan de Desarrollo y Ordenamiento territorial 2019-2023. Recuperado el 29 de julio del 2023. Disponible en: <https://pintag.gob.ec/wp-content/uploads/2022/03/Actualizacion-PDOT-Pintag-2021.pdf>

Gomez, R. (1991). *Factores Psicosociales En El Embarazo, Parto y Puerperi*. Psiquiatra Servicios de Salud Mental de Parla. Secretario General de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid. (3)1. Recuperado el 16 de junio del 2023. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/1991/vol3/arti3.htm>

Gudemos, M. (2012) "Tu piel, mi piel, nuestra piel. Salud, música y naturaleza en Los Andes". *Diálogo Andino*, (39):9-22. Recuperado el 11 de junio del 2023. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0719-2681202000030011300022&lng=en

Guía de práctica clínica. (2015). Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. [Online] Recuperado el 28 de marzo del 2021; 1ª Edición. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf

Guía de Práctica Clínica (2015). Control Prenatal. Primera Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización. [Online] Recuperado el 20 de julio del 2021; Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>

Guía de Práctica Clínica. (2014). Recién nacido prematuro. Primera edición. Quito. Dirección Nacional de Normatización. Recuperado el 16 de junio del 2023. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>

H:

Hasen, F. (2012) "Interculturalidad en salud: Competencias en prácticas de salud con población indígena". *Ciencia y enfermería*, 18(3), 17-24. Recuperado el 11 de junio del 2023. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0719-2681202000030011300027&lng=en

Heredia, V. (2018). La lactancia materna exclusiva es menor en mujeres con nivel educativo superior, según Ensanut 2018. [Online] El comercio. Recuperado el 04 de enero del 2021; Disponible en: <https://www.elcomercio.com/tendencias/sociedad/lactancia-materna-menor-mujeres-educacion.html>

Heredia, V. (2018). En 236 centros de Ecuador se realiza parto humanizado. [Online] El Comercio. Recuperado el 11 de junio del 2023. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/tendencias/sociedad/ministerio-salud-parto-humanizado-bebe.html>

Hernández, M. et al. (2014). *Mujeres Indígenas y Su Acceso a Los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2009 y 2014*. Recuperado el 16 de junio del 2023. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232089/03_Hernandez-Meneses-Sanchez.pdf

Huanacuni, F. (2010) *Buen Vivir/Vivir Bien. Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas*. Perú: Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas (CAOI). Recuperado el 11 de junio del 2023. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0719-2681202000030011300028&lng=en

Huertas, E. (2018). *Parto Pretérmino: Causas y Medidas de Prevención*. Rev. peru. ginecol. obstet. 64)3 Lima. Recuperado el 16 de junio del 2023. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013

I:

Instituto Interamericano de derecho humanos. (2009). *Economía Indígena y Mercado*. Recuperado el 16 de junio del 2023. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/25144.pdf>

J:

Jiménez, P., et al. (2015). "Los saberes en medicina tradicional y su contribución al desarrollo rural: estudio de caso Región Totonaca, Veracruz". *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, 6(8):1791-1805. Recuperado el 11 de junio del 2023. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0719-2681202000030011300031&lng=en

Journal of American Health (2018). Importancia de psicoprofilaxis obstétrica en embarazos entre 18-25 años. [Internet], . Recuperado el 3 de mayo del 2021. Disponible en: <https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/download/7/13>

Juárez, E., & Rojas, J. (2012). *Implicaciones Culturales En El Embarazo Parto y Post Parto Q'eqchi'*. Recuperado el 16 de junio del 2023. (Online). Disponible en: <https://digi.usac.edu.gt/bvirtual/informes/informes2012/INF-2012-32.pdf>

L:

Lahera, G. (2007). Trastornos psiquiátricos en el ciclo menstrual, embarazo, puerperio y menopausia. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 9(86), 5544–5549. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S0211344907746945/first-page-pdf>

Lecanda, R., & Garrido, C. (2003). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista De Psicodidáctica*, 14(1), 7. Recuperado 27 Marzo 2021, de: <https://www.redalyc.org/pdf/175/17501402.pdf>

Ledesma, D. et al. (2023). Violencia Obstétrica en Ecuador: una realidad invisibilizada. (10)1. pp 39-57. recuperado el 18 de julio del 2023. Disponible en: <https://revistas.flacsoandes.edu.ec/mundosplurales/article/view/5946/4431>

Leff, E., et al. (2002). "Más Allá del Desarrollo Sostenible. La Construcción de una Racionalidad Ambiental para la Sustentabilidad: Una Visión desde América Latina". *La transición hacia el Desarrollo Sustentable. Perspectivas de América Latina y el Caribe*. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Recuperado el 11 de junio del 2023. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0719-2681202000030011300033&lng=en

León, R. et al. (1996) Medicina teórica: Definición de la medicina y su relación con la biología. *Rev Med Hered*, 7(1), pp.1-3 [Online] Recuperado el 26 de enero del 2022. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v7n1/v7n1e1>

Ley orgánica de protección de datos personales. (2021). Recuperado el 16 de julio del 2023. Disponible en: https://www.finanzaspopulares.gob.ec/wp-content/uploads/2021/07/ley_organica_de_proteccion_de_datos_personales.pdf

Loza, C. (2014). Medicinas tradicionales andinas y su despenalización: entrevista con Walter Álvarez Quispe. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.4, out.-dez. 2014, p.1475-1486. Recuperado el 14 de julio del 2021. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/XPWHkFffghCDmp4xRQzMZNG/?format=pdf&lang=es>

M:

Macías, M., et al. (2018). Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dom Cien*, 4(3), 392-415. Recuperado el 13 de Junio 2021, de: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/815/0>.

Margarita, A., et al.. (2018). El proceso de parto cultural, una necesidad. *Cultura Del Cuidado*, 15(1), 23–37. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/5068/4332>

Medina, A. Mayca, J. (2006). *Creencias y Costumbres Relacionadas Con El Embarazo, Parto y Puerperio En Comunidades Nativas Awajun y Wampis*, *Rev. Peru Med. Ex Salus Publica* 23(1), 23–31. Recuperado el 11 de mayo del 2023. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n1/a04v23n1.pdf>

Menéndez, G. et al. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 38(3), pp.333-342 [Online] Recuperado el 28 de enero del 2022. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n3/gin06312.pdf>

Miller, B. *Antropología Cultural* (5th ed.). Madrid: PEARSON EDUCACIÓN, S.A. 2011

Ministerio de Salud Pública. (2008). *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente*

Adecuado. Recuperado el 18 de julio del 2023. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GU%C3%8DA%20%20T%C3%89CNICA%20PARA%20LA%20ATENCI%C3%93N%20DEL%20PARTO%20CULTURALMENTE%20ADECUADO.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Informe Mortalidad En La Maternidad*. Recuperado el 16 de junio del 2023. Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1121/MARCO%20TEORICO%20MODELO%20MORTALIDAD%20MATERNA.pdf

Moreira, M., & Montes, R. (2022). *Incidencia y Severidad de La Preeclampsia En El Ecuador*. Recuperado el 16 de junio del 2023. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8383458#:~:text=En%20Ecuador%20la%20Preeclampsia%20constituye,ellas%20el%2020%25%20presentaron%20complicaciones>

Moreno, C. et al. (2014) La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. *Rev Cuid*, 5(2), pp.739-740. [Online] Recuperado el 26 de enero del 2022. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533181005.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2016). Normativa sanitaria para la certificación como amigos de la madre y del niño, a los establecimientos de salud del sistema nacional de salud, que atienden partos [Online]. Recuperado el 25 de enero del 2022. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/ESAMyN/Normativas/Acuerto_Ministerial_108.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2020). Parto respetuoso, en libre posición y con pertinencia intercultural. [Online] Recuperado el 13 de junio del 2021; Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/parto-respetuoso-en-libre-posicion-y-con-pertinencia-intercultural/>.

Ministerio de Salud Pública. (2021). Salud sexual y salud reproductiva. gob.ec. [Online] Recuperado 3 May 2021, de <https://www.salud.gob.ec/salud-sexual-y-salud-reproductiva/>.

N:

Nigenda, G et al. (2001). La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *Salud Pública de México*, v.43, n.1, p.41-51.

Recuperado el 14 de julio del 2021. Disponible en:
<https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v43n1/a06v43n1.pdf>

Noreña, C., Palacio, L., & Duarte, M. (2015). *Inequidad En La Utilización de Servicios de Salud Reproductiva En Colombia En Mujeres Indígenas y Afrodescendientes*. Cad. Salud Pública 31 (12). Recuperado el 17 de junio del 2023. Disponible en:
<https://scielosp.org/article/csp/2015.v31n12/2635-2648/>

O:

OMS. (1993). Parteras tradicionales. [Online] Recuperado el 26 de enero del 2022. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38859/9243561502_spa.pdf

OMS/OPS. (1997). Fortalecimiento y Desarrollo de los Sistemas de Salud Tradicionales: Organización y Provisión de Servicios de Salud en Poblaciones Multiculturales. División De Desarrollo De Sistemas Y Servicios De Salud. Recuperado el 14 de Julio 2021, Disponible en:
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/10-Esp%20IND6.pdf>.

OMS. (2015). *La Salud Sexual y su Relación Con La Salud Reproductiva: Un Enfoque Operativo*. Recuperado el 08 de Junio del 2023. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>.

OMS. (2019). Salud Materna. Recuperado el 28 Marzo de 2021. [Online] Disponible en:
https://www.who.int/topics/maternal_health/es/#:~:text=La%20salud%20materna%20comprende%20todos,enfermedad%20e%20incluso%20de%20muerte.

OMS. (2021). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional. [Online] Recuperado el 13 de junio del 2021; Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf?sequence=1

OMS. (2022). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. [Online] Recuperado el 26 de enero del 2022. Disponible en:
<https://www.who.int/es/about/frequently-askedquestions>

Ordinola, C. et al. (2019). Creencias y costumbres de madres y parteras para la atención del embarazo, parto y puerperio en el distrito de Huancas. *Arnaldoa*. [Internet]; 26(1), p 325-338. Recuperado el 20 de julio del 2021. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/arnal/v26n1/a15v26n1.pdf>

OPS [Organización Panamericana de la Salud] (2004), “Mortalidad materna, más alta en los pueblos indígenas”. Disponible en línea: http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=335&catid=700:notas-deprensa&Itemid=322

Organización Panamericana de la salud/Organización mundial de la salud. (2017). Política sobre etnicidad y salud. [Internet], . Recuperado el 3 de mayo del 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34195/CE160-15-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

P:

PAHO. (1999). *Sistemas de Salud Tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de Base*. Recuperado el 13 de Junio 2021, Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/48336/indi13_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Papalini, V. Avelín, M. (2022). Pluralismo médico: regulaciones y concepciones de salud en seis países de América Latina. *Perf. latinoam.* (30)59. Recuperado el 25 de junio del 2023. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-76532022000100009&script=sci_arttext

Pérez, I. (2008). *El uso de las plantas medicinales*. Universidad Veracruzana Intercultural. Recuperado el 26 de junio del 2023. Disponible en: https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/8921/tra6_p23-26_2010-0.pdf;jsessionid=5533D1C663FAF6CCC7CBAEA2A1FCDB6B?sequence=1

Pérez, A. (2019) *Cuidados culturales durante el puerperio mediato en las mujeres indígenas*, 13(1), pp. 1–20. Available at: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000100003 (Accessed: 29 May 2023).

Periodos de conservación de datos personales en investigación biomédica. (2011). Recuperado el 16 de julio del 2023. Disponible en: https://www.ehu.es/documents/2458096/2528821/conservacion_datos_personales_IBM.pdf

Pinto, A. (1993). *Los Pueblos Indígenas y La Modernidad. Revista de la Cepal (51)1*. Recuperado el 16 de junio del 2023. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/11924/1/051089100_es.pdf

Pinto, F. (2007). Apego y lactancia natural. *Rev Pediatría de Chile*. [Online] Recuperado el 01 de abril del 2021; Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000600008

Platt, Tristán (2006) “El feto agresivo: parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes”. En *Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural*, Gerardo Fernández Juárez (Comp.). Quito: Abya-Yala. Recuperado el 24 de junio del 2023. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/50284683_El_feto_agresivo_Parto_formacion_de_la_persona_y_mito-historia_en_los_Andes/link/554b4ddb0cf29752ee7c5620/download

Q:

Quintero, J. (2022). *Controles Prenatales y Ecografías de Embarazo*. (Online). Recuperado el 17 de junio del 2023. Disponible en: <https://mimanualdelbebe.com/embarazo/embarazo-por-trimestres/importancia-del-control-prenatal-y-las-ecografias-en-el-embarazo/>

R:

Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología (2012), El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. [Internet], . Recuperado el 3 de mayo del 2021. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006

Rivas, A. (2020). *Curso de Antropología Médica, Módulo 6: Etnografía y Antropología Médica: sujetos, experiencias y salud colectiva. PARTE 1: sujeto, experiencias y salud colectiva*. Facultad de Medicina-PUCE.

Rodríguez, G. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Recuperado el 13 de junio del 2021. Disponible en: <https://media.utp.edu.co/centro-gestion-ambiental/archivos/metodologia-de-la-investigacion-cualitativa/investigacioncualitativa.doc>

Rodríguez, V., & Duarte, C. (2020). Saberes ancestrales y prácticas tradicionales: embarazo, parto y puerperio en mujeres colla de la región de Atacama. *Diálogo Andino*, 63, 113–122. <https://www.scielo.cl/pdf/rda/n63/0719-2681-rda-63-113.pdf>

Ruiz, M. (2012). Factores de riesgo que inciden en hemorragias postparto vaginal en mujeres indígenas atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro. (Tesis). Universidad Regional Autónoma de los Andes. (Médico Cirujano). Recuperado el 17 de junio del 2023. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/109/1/TUAMED042-2012.pdf>

Ruiz, Y., & Ochoa, M. (2018). *Barreras de Acceso a Las Indígenas Wayuu Gestantes Para Acceder a Controles Prenatales Antes de Las Doce Semanas de Gestación En El Hospital Nuestra Señora Del Perpetuo Socorro de Uribia, La Guajira*. *Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular* (16)2. Recuperado el 17 de junio del 2023. Disponible en: <https://ciencia.lasalle.edu.co/svo/vol16/iss2/5/>

S:

Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica*, 27(1), 80-93. Recuperado el 29 de Marzo de 2021. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n1/a13v27n1.pdf>

San Luis, Argentina. Recuperado el 16 de mayo del 2023, De: <https://www.redalyc.org/pdf/184/18426920004.pdf>

Solari, A. et al. (2014). *Hemorragia Del Postparto. Principales Etiologías, Su Prevención, Diagnóstico y Tratamiento*. Recuperado el 17 de junio del 2023. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hemorragia-del-postparto-principales-etilogias-S0716864014706492>

T:

Teppa, A., & Terán, J. (2000). Factores de riesgo asociados con la preeclampsia, impresa ISSN 0048-7732. Recuperado el 12 de 08 de 2013, de *Revista de Obstetricia y Ginecología de*

Venezuela. Recuperado el 16 de junio del 2023. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322001000100011&script=sci_arttext

Torres, et al. (2021). *Percepción Cultural Del “Embarazo y Parto”*, En *Las Comunidades Campesinas Del Distrito Ayaviri-Puno, Investigación Valdizana*, vol. 15, núm. 3, pp. 161-169.

Recuperado el 11 de junio del 2023. Disponible en: <https://revistas.unheval.edu.pe/index.php/riv/article/view/1103/1002>

U:

UNICEF. (2009). Interculturalidad: Reflexiones desde la práctica. Recuperado el 02 de julio del 2023. Disponible en: <http://openbiblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/55524.pdf>

UNICEF. 2014. Embarazo. Recuperado el 22 de julio del 2023. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/media/2541/file/Cartilla%201.pdf>

V:

Valarezo, C. Valarezo, P. (2017). La medicina alternativa y complementaria en la enseñanza universitaria de las ciencias de la salud en Ecuador. *Rev. Inter. Acup.* 11(4). Recuperado el 24 de junio del 2023. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-acupuntura-279-articulo-la-medicina-alternativa-complementaria-ensenanza-S1887836917300522>

Vargas, C. (2018). *Atención del parto humanizado en instituciones de salud de algunos países de latinoamérica*. [Internet] [Tesis]. Bogotá. Recuperado el 02 de abril del 2021; Disponible en:

<https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/926/1/Monograf%C3%ADa%20Atencion%20del%20parto%20Humanizado.pdf>.

Vela, A. (2018). Medicina tradicional andina. [Online]. Recuperado el 20 de Julio 2021, Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos82/medicina-tradicionalandina/medicina-tradicional-andina2.shtml>

Vasquez, C., & Venegas, G. (2012). Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. *Enferm. Glob.*, 11(26),

408-410. Recuperado el 13 de septiembre del 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S1695-6141201200020002>

Vilaplana, M. (2002). Recomendaciones dietéticas para la mujer embarazada. (21)4. pp 86-93. Recuperado el 19 de julio del 2023. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-recomendaciones-dieteticas-mujer-embarazada-13028948>

Villa, V. Vinuesa, G. (2012). Percepciones y niveles de satisfacción respecto al parto culturalmente adecuado en las parturientas que son atendidas en el Hospital Raúl Maldonado Mejía durante los meses de mayo y junio del 2012. [Tesis]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado el 18 de julio del 2023. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7311/11.27.001103.pdf?sequence=4>

Z:

Zanin, L. et al. (2011). Ciclo menstrual: sintomatología y regularidad del estilo de vida diario. Fundamentos en Humanidades, vol. XII, núm. 24, pp. 103-123 Universidad Nacional de San

ANEXOS

ANEXO 1

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA PARA PACIENTES**



“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA COMUNIDAD DE TOLONTAG. UNA VISIÓN INTERCULTURAL. QUITO 2021-2022”.

1. ¿Tiene alguna creencia con el embarazo, parto y posparto y cuáles serían?
2. ¿Tiene alguna tradición indígena que practique en el embarazo, parto y postparto?
3. ¿Cree usted que las plantas medicinales son importantes en el embarazo, parto y posparto, y por qué?
4. ¿Recomienda alguna práctica durante el embarazo, parto, posparto y cuidado del recién nacido?
5. ¿Cuál cree usted que es el mejor plan para el parto, a través de un médico, partera u otro, y por qué?
6. ¿Piensa que un centro de salud es seguro para el parto, y por qué?
7. ¿Cuáles son los cuidados del recién nacido que usted conoce?
8. ¿Ha vivido una experiencia cercana de muerte de la mujer que haya estado embarazada o durante el parto y postparto?
9. ¿Cree usted que el embarazo, parto y posparto podría poner en peligro su vida, y por qué?
10. ¿Tiene familiares o personas cercanas que hayan experimentado una pérdida de un hijo durante el embarazo, parto y posparto?
11. ¿Qué haría o hizo usted y sus familiares ante la pérdida de un hijo durante el embarazo, parto o posparto?

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA PARA FAMILIARES**



“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA COMUNIDAD DE TOLONTAG. UNA VISIÓN INTERCULTURAL. QUITO 2021-2022”.

1. ¿Cuál cree que es su participación durante el proceso del embarazo, parto y posparto?
2. ¿Considera que su apoyo es importante durante el proceso del embarazo, parto, posparto y como ayudaría?
3. ¿Cómo actúa usted durante este proceso, y como se lo hace saber a la madre?
4. ¿Considera que la aplicación de medicinas y costumbres tradicionales son importantes para que el proceso del embarazo, parto y posparto se desarrolle con normalidad?
5. ¿Conoce una tradición o costumbre familiar que ayude a que un niño nazca y se mantenga sano?
6. ¿En quién confiaría más para la atención de la madre, la presencia de un médico o de una partera?
7. ¿Cuándo existe una dificultad durante el embarazo, parto y posparto como ayudaría a afrontar el problema?
8. ¿Cuál es la postura que tomó o tomaría usted y la de sus familiares ante la pérdida de un familiar durante el proceso del embarazo, parto o posparto?
9. ¿Cuál sería su conducta ante la pérdida de un recién nacido?

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA PARA PARTERAS**



“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA COMUNIDAD DE TOLONTAG. UNA VISIÓN INTERCULTURAL. QUITO 2021-2022”.

1. ¿Cuántos años de experiencia tiene desarrollando esta labor?
2. ¿Usted cree que los médicos han menospreciado su labor y por qué?
3. ¿Cree que su labor debe ser reconocida por las entidades de salud?
4. ¿Le gustaría trabajar en un centro de salud y por qué?
5. ¿Considera que su rol es fundamental en su comunidad y por qué?
6. ¿Por qué cree que mantener las tradiciones son importantes en el embarazo, parto y postparto?
7. ¿Durante el embarazo, parto y postparto cree que la aplicación de medicinas tradicionales es importante, cuales son?
8. ¿Cuáles han sido las complicaciones que se han presentado al momento de desempeñar sus labores durante el embarazo, parto y postparto a lo largo de los años?
9. ¿En caso de complicaciones durante el embarazo, parto y postparto cuales son las medidas que usted adopta?

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA PARA EL MÉDICO**



“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA COMUNIDAD DE TOLONTAG. UNA VISIÓN INTERCULTURAL. QUITO 2021-2022”.

1. ¿Ha tenido partos domiciliarios y cuál ha sido su experiencia?
2. ¿Ha presenciado o conoce alguna complicación o muerte materna en su comunidad?
3. ¿Conoce sobre las prácticas tradicionales durante el embarazo, parto y postparto y quién las desempeña?
4. ¿Cómo dificulta o como ayudaría la presencia de parteras en el desenvolvimiento de su labor como médico?
5. ¿Cuáles son las tradiciones que recomendaría y no recomendaría durante el embarazo, parto y postparto y por qué?
6. ¿Conoce de complicaciones del recién nacido causados por la aplicación de tradiciones, costumbres o creencia de la comunidad?
7. ¿Cuál ha sido su experiencia más cercana con parteras, creencias, costumbres y tradiciones de la comunidad?
8. ¿Cuáles son las estrategias que usted aplica para integrarse en la comunidad durante el embarazo parto y postparto?

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
GUIA HISTORIA DE VIDA**



“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LA SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA COMUNIDAD DE TOLONTAG. UNA VISIÓN INTERCULTURAL. QUITO 2021-2022”.

EMBARAZO

- ¿Cómo han sido atendidos los embarazos y partos en su familia?
- ¿Cómo describe su actual y anteriores (si los tuvo) embarazos?
- Si es que tuvo alguna complicación en el embarazo: ¿Cómo fue? ¿Cómo ocurrió? Y ¿Cómo lo solucionó?
- Cómo se sintió, ¿Cuáles eran sus ideas y sentimientos durante este proceso?
- ¿Qué actividades le gustaba más hacer o que dejó de hacer para que su embarazo sea más llevadero?
- ¿Qué le recomendaron tomar o qué le gustaba comer durante este proceso?

PARTO

- ¿Cómo describe su experiencia durante el parto?
- ¿Hubo alguna maniobra, posición o consejo especial durante su parto?
- Cómo se sintió, ¿Cuáles eran sus ideas y sentimientos durante este proceso?

POSPARTO

- ¿Qué opina en relación a tener un hijo y cómo le gustaría criarlo?
- ¿Existió algún consejo después de dar a luz para usted o para su bebé?
- Cómo se sintió, ¿Cuáles eran sus ideas y sentimientos durante este proceso?

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
E HISTORIA DE VIDA**



**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LA SALUD MATERNA
Y DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN
LA COMUNIDAD DE TOLONTAG. UNA VISIÓN INTERCULTURAL. QUITO
2021-2022”.**

El objetivo de este consentimiento informado es dar a conocer información a los participantes de esta investigación con una clara explicación del proceso, y la importancia de su participación.

La presente investigación estará a cargo de Anahí Rueda y Jorge David Rocha, estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de la carrera de Medicina.

Es un estudio cualitativo-etnográfico, se basa en el empleo de entrevistas semiestructuradas e historias de vida. El objetivo de este estudio es describir y analizar la diversidad cultural e interculturalidad en el contexto del embarazo, parto, posparto y del recién nacido en la comunidad de Tolontag-Quito. Tanto de las mujeres embarazadas, sus familiares y su entorno. En caso de no entender cualquier palabra, contenido u objetivo del proyecto, siéntase libre de preguntar a los investigadores, en caso de no saber leer o escribir, los investigadores se comprometen a leer el documento textualmente y explicar cada una de sus intenciones hasta su comprensión.

El siguiente apartado es independiente del consentimiento informado, es para darle a conocer que, de ser necesario, en el momento de su participación autoriza a que los investigadores Anahí Rueda y Jorge David Rocha puedan usar herramientas de video y/o grabadoras de audio (teléfono celular). Los mismo que serán tomados por los investigadores, posteriormente la información será guardada en computadores personales y memorias USB como respaldo, hasta la finalización del trabajo de investigación, el cual culminará con la difusión académica del documento final regulada por la PUCE y compartido con la comunidad a través de talleres brindados por los investigadores.

Lo anterior mencionado tienes fines académicos, respetando su identidad y anonimato en todo momento. Además, los investigadores se comprometen a NO divulgar esta información y que solamente será de uso académico.

Acepto:

No acepto:

Fecha.....

Yo _____, declaro que (he leído este consentimiento informado o se me ha leído) y he comprendido en qué consiste mi participación en la investigación: “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LA SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN LA COMUNIDAD DE TOLONTAG. UNA VISIÓN INTERCULTURAL. QUITO 2021-2022”. Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad con debido respeto al ejercicio académico que los estudiantes Anahí Madelen Rueda Pozo y Jorge David Rocha Sánchez, me han invitado a participar: Afirmo que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador(a) contribuyendo a este proyecto de titulación de forma activa. Soy conocedor(a) de la libertad que tengo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo considere conveniente y sin necesidad de justificación alguna. Además, entiendo que es un documento confidencial con fines académicos.

Confirmando que he hecho preguntas y me han sido respondidas.

Si aún necesita información, o no ha sido totalmente clara para usted, tiene el derecho y la potestad de preguntar a los investigadores Jorge David Rocha Sánchez y Anahí Madelen Rueda Pozo, para el aclaramiento de las mismas. Además, de las inquietudes y preguntas que se generen en el transcurso de la investigación.

Por lo tanto, acepto participar en esta investigación.

Le recordamos que esta investigación es para un fin académico que también tiene beneficios para la comunidad los cuales son:

- a) Poder identificar las costumbres y tradiciones que generan salud materna y cuidados del recién nacido.
- b) Poder aportar conocimiento y enfatizar en información importante para la salud materna como signos de alarma, lactancia materna entre otros.
- c) Que la comunidad tenga una conexión más cercana con el personal médico y cree un vínculo, de esa manera ayudar a que si se presenta una emergencia tengan la confianza para pedir ayuda.
- d) Generar intercambios interculturales, tomando en cuenta la medicina tradicional y complementaria andina y biomédica.

A Quién contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a:

Anahí Madelen Rueda Pozo

C.I: 1721876017

Telf: 0984478890

Correo: aniruedapozo@hotmail.es

Dirección: Conocoto, Abdón Calderón-Río Frio,
casa # 32

Jorge David Rocha Sánchez

C.I: 1725577157

Telf: 0994351024

Correo: davidexplore@hotmail.com

Dirección: Illescas OE7-6

<i>(Nombre del participante)</i>	<i>(Firma o huella del participante)</i>	<i>Fecha</i>
<i>Jorge David Rocha Sánchez</i>	<i>(Firma del investigador que aplica el Consentimiento informado)</i>	<i>Fecha</i>
<i>Anahí Madelen Rueda Pozo</i>	<i>(Firma del investigador que aplica el Consentimiento informado)</i>	<i>Fecha</i>

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ informo que, a pesar de haber aceptado participar en esta investigación y, apelando al derecho que tengo a retirarme en el momento en que considere necesario, revoco mi consentimiento y solicito que la información recopilada a través de (la encuesta, la entrevista, el grupo focal, etc., no sea utilizada para ningún fin.

<i>(Nombre del participante)</i>	<i>(Firma o huella del participante)</i>	<i>Fecha</i>
<i>Jorge David Rocha Sánchez</i>	<i>(Firma del investigador que aplica el Consentimiento informado)</i>	<i>Fecha</i>
<i>Anahí Madelen Rueda Pozo</i>	<i>(Firma del investigador que aplica el Consentimiento informado)</i>	<i>Fecha</i>