



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**VICERRECTORADO DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**DIRECCION DE POSGRADO**

**TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADUACIÓN PREVIA A LA  
OBTENCIÓN DEL GRADO DE:**

**MAGISTER EN PEDAGOGÍA MENCIÓN DOCENCIA  
INTERCULTURAL**

**TEMA:**

**SALUD COMUNITARIA EN EL RESPETO A LAS COSTUMBRES Y  
TRADICIONES DE LAS EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS DEL  
PUEBLO PURUHÁ DE LA PARROQUIA YARUQUÍES**

**AUTOR:**

Alan David Arias Parra

**TUTOR:**

Mgs. Vicente Ramón Ureña Torres

**RIOBAMBA-ECUADOR**

2019

## **CERTIFICACIÓN DEL TUTOR**

Certifico que el presente trabajo de investigación previo a la obtención del Grado de Magíster en Pedagogía Mención Docencia Intercultural con el tema: “SALUD COMUNITARIA EN EL RESPETO A LAS COSTUMBRES Y TRADICIONES DE LAS EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS DEL PUEBLO PURUHÁ DE LA PARROQUIA YARUQUÍES” ha sido elaborado por Alan David Arias Parra, el mismo que ha sido revisado y analizado en un cien por ciento con el asesoramiento permanente de mi persona en calidad de Tutor, por lo que se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Riobamba, 18 de octubre de 2019



MGS. VICENTE RAMÓN UREÑA TORRES

TUTOR

C.I. 060217664-6



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**DIRECCIÓN DE POSGRADO**  
**CERTIFICACIÓN**

El Tribunal de Defensa de Tesis designado por la Comisión de Posgrado, para receptor la Defensa Privada de la investigación cuyo tema es: "SALUD COMUNITARIA EN EL RESPETO A LAS COSTUMBRES Y TRADICIONES DE LAS EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS DEL PUEBLO PURUHÁ DE LA PARROQUIA YARUQUÍES" presentada por el maestrante: Alan David Arias Parra CERTIFICA que las observaciones realizadas por los Miembros del Tribunal se han superado, razón por la cual, se autoriza presentar el Trabajo Investigativo en la Dirección de Posgrado, para su sustentación pública.

Para constancia de la presente, firman los Miembros del Tribunal.

Riobamba, 8 de julio de 2019

Ms. Vicente Ureña  
TUTOR

Ms. Roberto Villamarin  
PRESIDENTE DE TRIBUNAL

Ms. Jorge Rodríguez  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Ms. Edgar Montoya  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

## **AUTORÍA**

Yo, Alan David Arias Parra, con cédula de ciudadanía No. 0603186776, soy responsable de las ideas, doctrinas, resultados y propuesta realizadas en la presente investigación y el patrimonio intelectual del trabajo investigativo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Alan David Arias Parra

C.C. 060318677-6

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Pauly mi compañera de vida y quien sin su ayuda no hubiera podido terminar este trabajo. A mis padres Byron y Carmita y a mis suegros Marthita y Luis por su gran apoyo. Al Msg. Vicente Ramón Ureña Torres quien me ha guiado hacia el fin de este proceso.

Alan David Arias Parra

## **DEDICATORIA**

Dedico el presente a Paulina, David y Mariuxi quienes son las motivaciones para continuar creciendo personal y profesionalmente.

Alan David Arias Parra

# ÍNDICE

	Nro. Pág.
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	ii
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL.....	iii
AUTORÍA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
DEDICATORIA .....	vi
ABSTRACT .....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO I PROBLEMATIZACIÓN .....	16
1.1. Ubicación geográfica de la comunidad estudiada .....	16
1.2. Situación problemática .....	16
1.3. Objetivos.....	18
1.3.1. Objetivo general .....	18
1.3.1. Objetivos específicos.....	18
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	19
2.1. Antecedentes.....	19
2.2. Fundamentación científica.....	20
2.2.1. Fundamentación filosófica .....	20
2.2.2. Fundamentación epistemológica .....	21
2.2.3. Fundamentación psicológica .....	22
2.2.4 Fundamentación pedagógica .....	23
2.2.5 Fundamentación legal.....	25
2.3. Fundamentación teórica.....	26
2.3.1. Conceptos importantes .....	26
2.3.3. Salud comunitaria.....	29
2.3.3.4. Etnocentrismo e interculturalidad en la Salud Comunitaria.....	34

2.4. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario Intercultural (MAIS-FCI) .....	37
2.5. Bioética de la interculturalidad en salud.....	37
2.6. Salud y saberes ancestrales.....	38
CAPITULO III METODOLOGÍA.....	52
3.1. Enfoque de la investigación.....	52
3.2. Diseño de la investigación.....	52
3.3. Tipo de investigación .....	52
3.4. Método de investigación.....	52
3.5. Técnicas e instrumentos para recolección de datos .....	53
3.6. Población y muestra .....	53
3.6.1. Población .....	53
3.6.2. Muestra.....	53
3.7. Procedimientos para el análisis de los resultados.....	54
3.8. Hipótesis de investigación.....	54
CAPÍTULO IV LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS .....	55
CAPITULO V EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	75
CAPITULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	103
6.1. CONCLUSIONES.....	103
6.2. RECOMENDACIONES .....	104
BIBLIOGRAFÍA.....	105
ANEXOS.....	114
Anexo 1. ....	114
Validación de la guía didáctica dirigida a la capacitación sobre parto y puerperio desde una perspectiva de integración de prácticas tradicionales con la medicina convencional .....	114
Anexo 2. Consentimiento informado .....	117
Anexo 3. Operacionalización de las variables.....	118
Anexo 4. Cuestionario diagnóstico.....	120

Anexo 5. Cuestionario dirigido al experto .....	123
---	-----

## **ÌNDICE DE TABLAS**

Tabla Nro. 1. Muestra de estudio .....	54
Tabla Nro. 2. Caracterización sociodemográfica de la edad .....	75
Tabla Nro. 3. Caracterización sociodemográfica del nivel de instrucción .....	76
Tabla Nro. 4. Caracterización sociodemográfica de la autoidentificación étnica .....	77
Tabla Nro. 5. Caracterización sociodemográfica de la convivencia familiar .....	78
Tabla Nro. 6. Dimensión sobre importancia de prácticas ancestrales .....	79
Tabla Nro. 7. Dimensión de acompañamiento en el parto .....	80
Tabla Nro. 8. Dimensión sobre vestimenta .....	81
Tabla Nro. 9. Dimensión sobre alimentación .....	82
Tabla Nro. 10. Dimensión sobre la posición en el parto .....	84
Tabla Nro. 11. Conocimiento sobre acompañamiento por edad. ....	85
Tabla Nro. 12. Conocimiento sobre acompañamiento por nivel de instrucción .....	86
Tabla Nro. 13. Conocimientos sobre acompañamiento por autoidentificación .....	87
Tabla Nro. 14. Conocimientos sobre acompañamiento por convivencia .....	88
Tabla Nro. 15. Conocimientos acerca de la vestimenta por nivel de instrucción .....	90
Tabla Nro. 16. Conocimientos acerca de la vestimenta por autoidentificación .....	91
Tabla Nro. 17. Conocimientos acerca de la vestimenta según la convivencia.....	92
Tabla Nro. 18. Conocimientos sobre posiciones de parto cultural por grupos de edad .....	93
Tabla Nro. 19. Conocimientos sobre posiciones de parto cultural por nivel de instrucción	94
Tabla Nro. 20. Conocimientos sobre posiciones de parto cultural por autoidentificación..	95
Tabla Nro. 21. Conocimientos sobre posiciones de parto cultural por convivencia .....	96
Tabla Nro. 22. Conocimientos sobre alimentación por grupos de edad.....	97
Tabla Nro. 23. Conocimientos sobre alimentación por nivel de instrucción .....	98
Tabla Nro. 24. Conocimientos sobre alimentación por etnia .....	99
Tabla Nro. 25. Conocimientos sobre alimentación por grupos de edad.....	100

Tabla Nro. 26. Estadísticos de prueba .....	102
Tabla Nro. 27. Prueba Chi cuadrado .....	102
Tabla Nro. 28. Coeficiente de competencia de los expertos preseleccionados .....	114
Tabla Nro. 29. Matriz de frecuencias .....	116
Tabla Nro. 30. Matriz de frecuencias acumuladas .....	116

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico Nro. 1. Caracterización sociodemográfica de la edad .....	75
Gráfico Nro. 2. Caracterización sociodemográfica del nivel de instrucción.....	76
Gráfico Nro. 3. Caracterización sociodemográfica de la autoidentificación étnica .....	77
Gráfico Nro. 4. Caracterización sociodemográfica de la convivencia familiar.....	78
Gráfico Nro. 5. Dimensión sobre importancia de prácticas ancestrales .....	79
Gráfico Nro. 6. Dimensión de acompañamiento en el parto .....	80
Gráfico Nro. 7. Dimensión sobre vestimenta .....	81
Gráfico Nro. 8. Dimensión sobre alimentación .....	83
Gráfico Nro. 9. Dimensión sobre la posición en el parto .....	84
Gráfico Nro. 10. Conocimiento sobre acompañamiento por edad .....	85
Gráfico Nro. 11. Conocimiento sobre acompañamiento por nivel de instrucción .....	86
Gráfico Nro. 12. Conocimientos sobre acompañamiento por autoidentificación .....	87
Gráfico Nro. 13. Conocimientos sobre acompañamiento por convivencia.....	88
Gráfico Nro. 14. Conocimientos acerca de vestimenta por grupos de edad.....	89
Gráfico Nro. 15. Conocimientos sobre vestimenta por grupos de edad .....	89
Gráfico Nro. 16. Conocimientos acerca de la vestimenta por nivel de instrucción .....	90
Gráfico Nro. 17. Conocimientos acerca de la vestimenta por autoidentificación .....	91
Gráfico Nro. 18. Conocimientos acerca de la vestimenta según la convivencia.....	92
Gráfico Nro. 19. Conocimientos sobre posiciones de parto cultural por grupos de edad ...	93
Gráfico Nro. 20. Conocimientos posiciones de parto cultural por nivel de instrucción .....	94
Gráfico Nro. 21. Conocimientos posiciones de parto cultural por autoidentificación .....	95
Gráfico Nro. 22. Conocimientos sobre posiciones de parto cultural por convivencia .....	96
Gráfico Nro. 23. Conocimientos sobre alimentación por grupos de edad.....	97
Gráfico Nro. 24. Conocimientos sobre alimentación por nivel de instrucción .....	98
Gráfico Nro. 25. Conocimientos sobre alimentación por etnia .....	99
Gráfico Nro. 26. Conocimientos sobre alimentación por grupos de edad.....	100

## **RESUMEN**

El presente estudio trata sobre la salud comunitaria en el respeto a las costumbres y tradiciones de las embarazadas y puérperas del pueblo Puruhá de la parroquia Yaruquíes el mismo tuvo como objetivo diseñar una guía didáctica para la capacitación de las embarazadas y puérperas autoidentificadas como indígenas o mestizas atendidas en dicho subcentro, durante el mes de julio del año 2018; desde una perspectiva integradora intercultural de las prácticas tradicionales con los elementos de la medicina convencional. Para el alcance de esta propuesta se desarrolló una investigación descriptiva, transversal, con enfoque cuali-cuantitativo. La población estuvo constituida por 46 mujeres embarazadas y puérperas autoidentificadas como indígenas o mestizas de la cual se realizó se tomó una muestra aleatoria de 41 mujeres. Los datos fueron recolectados mediante las técnicas de la encuesta para evaluar los criterios respecto a la salud comunitaria de costumbres y tradiciones. Se determinó que el nivel conocimiento en las embarazadas y puérperas autoidentificadas como indígenas o mestizas está asociada a sus características sociodemográficas ( $p=0,0001$ ). Se desarrolló una guía misma que fue validada a través del criterio de expertos (Método Delphi) que permitió la capacitación con el desarrollo de contenidos sobre competencias sobre el cuidado de la mujer durante el embarazo y puerperio desde el posicionamiento intercultural y educativo, mismo que puede ser socializado a los prestadores de salud de la zona, así como a las parteras comunitarias desde una perspectiva de integración de prácticas tradicionales con la medicina convencional.

**Palabras clave:** educación intercultural para la salud, comunidad, embarazo, puerperio.

## Abstract

This research is about community health in respect to customs and traditions of pregnant women and postpartum from the Puruhá town of the Yaruquíes parish. It aimed to design a didactic guide for the training of pregnant women and self-identified puerperal women as indigenous or mestizo treated in this sub-center, during the month of July of the year 2018; from an integrative perspective Intercultural traditional practices with the elements of conventional medicine. For the scope of this proposal, a descriptive, cross-sectional investigation was developed with a qualitative-quantitative approach. The population consisted of 46 women pregnant women and self-identified puerperal women as indigenous or mestizo of which it was performed. A random sample of 41 women was taken. Data were collected through survey techniques to evaluate the criteria regarding the community health of customs and traditions. It was determined that the level of knowledge in pregnant women and postpartum self-identified as indigenous or mestizo is associated with their characteristics sociodemographic ( $p = 0.0001$ ). A guide was developed that was validated through the Expert criteria (Delphi Method) that allowed training with the development of contents about competences on the care of women during pregnancy and puerperium from intercultural and educational positioning, which can be socialized to health providers in the area, as well as community midwives from a perspective of integration of traditional practices with medicine conventional.

**Keywords:** intercultural education for health, community, pregnancy, puerperium.

Translation reviewed by: Trujillo, Myriam

Linguistic Competences Professor



## INTRODUCCIÓN

El reconocimiento de la riqueza de la propia cultura por los individuos de la sociedad debe estar centrado en el reconocimiento de su diversidad. Esa pluralidad se distingue a partir las peculiaridades y elementos genuinos que emanan de las propias tradiciones. La supervivencia de histórica de ese capital cultural de los pueblos depende en gran medida de la manera en que se transmite de generación en generación y de cómo interactúa con las transformaciones del entorno sin perder su valor (Gracia Calandín, 2017).

Los avances logrados en cuanto a normativas legales referentes al derecho de los pueblos indígenas, al uso y respeto de la medicina tradicional todavía no alcanzan su máximo potencial en relación con las prestaciones de salud a las que están expuestas las madres. Esa situación limita la efectividad de la respuesta a las expectativas y necesidades de las comunidades indígenas; cuyas poblaciones sienten la imposición de prácticas ajenas a sus tradiciones y creencias en cuestión de salud, las que pueden agredir derechos constitucionales de esas nacionalidades con respeto a sus tradiciones (Ortega, 2010).

Los centros del Sistema Nacional de Salud deben elevar sus niveles de preparación para respetar y ejecutar prácticas ancestrales de las comunidades indígenas en relación con el parto. En adición, los profesionales de ese sector en la atención primaria, de conjunto con las instituciones educativas, precisan implementar estrategias locales que favorezcan el intercambio de saberes en pro de la salud materno infantil.

El informe final de investigación que se presenta se estructura en páginas preliminares seguidas de cinco capítulos, tal y como se detalla a continuación:

- El primer capítulo incluye la problematización, la ubicación geográfica de la comunidad donde se desarrolló la investigación, situación problemática y la formulación de objetivos.
- En el segundo capítulo se refleja el marco teórico que sustentó el proceso investigativo: los antecedentes y fundamentación científica alrededor del objeto de estudio en cuestión.
- El tercer capítulo contempla los elementos metodológicos seguidos por el autor: clasificación de la investigación, población, métodos, técnicas, instrumentos y la

forma en que se procesaron los datos relacionados con las diferentes variables de estudio.

- En el cuarto capítulo se describen los lineamientos alternativos para la solución del problema que dio origen a la investigación. En este caso, se presenta una guía didáctica para la capacitación de embarazadas y puérperas de una comunidad indígena en la parroquia Yaruquíes; la que fue validada mediante el criterio de expertos.
- En el quinto capítulo constan las conclusiones y recomendaciones a las que arribaron los autores en relación con los resultados del proceso investigativo.
- El último acápite recoge las referencias bibliográficas, seguido de los respectivos anexos.

# **CAPÍTULO I**

## **PROBLEMATIZACIÓN**

### **1.1. Ubicación geográfica de la comunidad estudiada**

En 1965, la comunidad de Yaruquíes se encuentra a 2.798 metros sobre el nivel del mar, fue incorporada como parroquia urbana perteneciente al cantón Riobamba, en la provincia Chimborazo, Ecuador. La misma se ubicada al suroeste de esa ciudad al pie de los cerros Yaruquíes y Cacha, siendo el río Chibunga el que demarca la línea divisoria con esa urbe.

Sus límites geográficos son: Al norte con Licán, al este con el río Chibunga, al sur con Punín (San Luis) y al oeste con la parroquia rural de Cacha. La parroquia cuenta con un total de 851 habitantes, en la que predomina ligeramente el género masculino para un 50,17%. El 90,1% de su población se autoidentifica étnica mente como mestizo y el 8,6% como indígena.

### **1.2. Situación problémica**

La interculturalidad vista desde el campo de la educación surge en los años 70 del siglo XX y tuvo simultáneamente dos ámbitos de desarrollo: América Latina y Europa. En el caso del primero, apareció como consecuencia de la crítica a la enseñanza bilingüe; mientras que, en la segunda, debido a las primeras llegadas de inmigrantes musulmanes, latinos y asiáticos, lo que generó situaciones sociales no experimentadas anteriormente. La interculturalidad no resultó una opción aceptada en los campos educativos, antropológicos, el desarrollo y difusión de su concepto derivó en factores de orden político-sociales nuevos, particularmente en América Latina.

En Perú, las barreras culturales imponen un reto complejo, debido a la escasa comprensión de las prácticas y conocimientos tradicionales en salud, aunque se han logrado avances al respecto de forma esporádica. En relación con lo anterior se reconocen la existencia de dificultades para hallar profesionales que dominen las lenguas indígenas dentro del sistema de salud, lo que complica esa situación; además del temor y la desconfianza de esas comunidades hacia esos trabajadores, lo que causa prejuicios, discriminación y desencuentros culturales, que impiden la aceptación de los servicios que oferta el sistema nacional de salud a los individuos de las poblaciones indígenas.

En la constitución ecuatoriana de 1998, ya se declara a este país como: pluricultural y multiétnico. La nueva visión de la sociedad por el estado se vio reflejada en el desarrollo de estrategias y modelos de atención de salud más inclusivos; sin embargo, a decir de Sola (2010), aún persisten ciertas prácticas discriminatorias en algunos sectores donde se enraizaron rasgos del carácter racista de la élite mestiza.

Esta situación justifica la necesidad de impulsar la formación de los profesionales de la salud desde una concepción intercultural; además del desarrollo de actividades educativas comunitarias dirigidas a la valorización e integración de prácticas ancestrales en el ámbito salubrista. Al respecto, Ortega (2010) refiere que esas tradiciones no son suficientemente conocidas por el personal asistencial en el Ecuador; por lo que, las acciones efectivas en las comunidades deben partir del dominio de su lengua, costumbres y medicina. La eliminación del ejercicio desde una perspectiva colonial y biologicista occidental se convierte en una necesidad imperativa, en la lucha por la elevación de los estándares de salud.

En relación con la atención materno infantil, el Ministerio de Salud Pública implementa programas y estrategias para adecuar los respectivos servicios en la atención de las embarazadas de las comunidades indígenas. Los profesionales que atienden a este grupo prioritario deben tomar en consideración el respeto a las prácticas tradicionales de esos pueblos durante el parto y el puerperio. Los datos indican que aproximadamente el 65% de las mujeres que se auto identifican como indígenas dan a luz en sus domicilios (Hermida, 2010).

Según datos ofrecidos por el INEC (2010), Ecuador se encuentra en el cuarto lugar entre los países latinoamericanos con mayores índices de mortalidad materna. Esa situación implica el desarrollo de estrategias en los diferentes niveles de atención, en coordinación con otros sectores sociales involucrados, que coadyuven a paliarla.

El censo materno desarrollado en el área de interés del Centro de Salud tipo A Yaruquíes refleja que, durante el 2018, se realizó el control prenatal a entre 35 y 40 embarazadas mensualmente, además del seguimiento posparto de entre 5 y 8 puérperas en el mismo intervalo de tiempo. Los datos recolectados indican que alrededor del 65% de las pacientes mencionadas se autoidentificó como mestiza y el resto como indígena (Chafra Romero, 2018).

La diversidad étnica y el profundo arraigo cultural de tradiciones puruháes que existen en la población de interés, unido a los indicadores de salud mencionados, constituyeron las causas que motivaron el proyecto investigativo de educación para la salud que se presenta.

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Diseñar una guía didáctica para la capacitación de las embarazadas y puérperas autoidentificadas como indígenas o mestizas atendidas Centro de Salud tipo A Yaruquíes, durante el mes de julio en el año 2018; desde una perspectiva integradora intercultural de las prácticas tradicionales con los elementos de la medicina convencional.

#### **1.3.1. Objetivos específicos**

Diagnosticar el estado de los conocimientos de la población estudiada acerca del parto y el puerperio.

Analizar las tradiciones culturales relacionadas con la salud en las embarazadas y puérperas de la población estudiada.

Delinear elementos centrales que debe tener una guía didáctica para la capacitación a embarazadas y puérperas sobre temas de salud intercultural.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes**

Las investigaciones al respecto se ubican principalmente en países no desarrollados, especialmente de Latinoamérica por ser un territorio con importantes sectores indígenas y con bagaje cultural propio sobre salud ancestral.

Es el caso de Guatemala en el Informe de la Comisión Interamericana de los derechos humanos del 2001 recomienda que el sistema de salud de ese país realice los esfuerzos para que los miembros de las diferentes comunidades puedan acceder y aprovechar los recursos medicinales propios de las culturas indígenas. Esto requiere indudablemente un proceso educativo de los servidores de salud y posiblemente un reconocimiento por parte de los saberes ancestrales de los mismos habitantes de estas poblaciones.

En el Perú en un estudio realizado por Medina y Mayca (2006) en el marco de las costumbres del embarazo, parto y puerperio de las comunidades Awajun y Wampis constatan que en los habitantes de mayor edad existe una pérdida progresiva de conocimientos ancestrales por parte de las nuevas generaciones y que esta influye negativamente en la salud de las madres. Por otra parte, las diferencias en los modelos culturales generan brechas que han influido en que las mujeres no se atiendan en los establecimientos de salud y esto puede generar problemas de salud e incluso la muerte.

En Chile en un estudio sobre salud sexual y reproductiva se conoció que estos carecen de pertinencia étnica y se orientan solo a los aspectos exclusivamente biomédicos y no a los componentes socio culturales (Dides y Pérez-Moscoso, 2007), es decir; no se conoce, ni interesa conocer sobre estos indicadores de salud en poblaciones diferentes a las mestizas, lo que hace pensar que pueden existir problemas respecto de la atención cultural pertinente con las culturas aborígenes.

El autor encontró antecedentes de otras investigaciones educativas interculturales dirigidas a la preservación responsable de las tradiciones de los pueblos autóctonos de Riobamba, entre las que se mencionan:

- Valoración de los saberes ancestrales para la conservación del patrimonio cultural inmaterial en la Parroquia San Luis, cantón Riobamba, provincia de Chimborazo. La misma fue realizada por Cujilema Paucar (2016); esa autora concluyó que se requiere un mayor diálogo intercultural con los saberes y tradiciones en esa localidad, de manera que se rescaten y fortalezcan los conocimientos acumulados relativos a las manifestaciones orales, artes del espectáculo, uso racional de los recursos naturales a naturaleza y la explotación de las técnicas artesanales autóctonas.
- Beneficios del parto culturalmente adecuado en el binomio madre e hijo frente al parto biomédico del Hospital Cantonal Guamote en el periodo julio 2012 a febrero 2013 (Shañay Angos, 2013).
- La misma autora observó que las madres de esa comunidad optan por el parto culturalmente adecuado, porque es más cómodo y menos doloroso en comparación con el parto horizontal, además de proporcionar beneficios psicoafectivos de importancia para las madres.
- Vivencias de las mujeres en proceso de parto sin compañía de un familiar en el Hospital Provincial General docente de Riobamba, área centro obstétrico-ginecología periodo diciembre del 2013 a junio 2014 (Quituzaca Villanarcisa & Sinaluisa Auquilla, 2014). Los resultados expuestos reflejaron que la ausencia de la compañía de un familiar influye en las vivencias de las mujeres en proceso de parto; lo que provocó que en la población estudiada se refiriera que un 75% tuvo miedo; el 71%, ansiedad; el 44%, soledad; el 21%, tristeza y el 13%, inseguridad. Situación que pudiera relacionarse con la prolongación del trabajo de parto.

## **2.2. Fundamentación científica**

### **2.2.1. Fundamentación filosófica**

La interculturalidad, vista desde una perspectiva educativa en relación con el diálogo de saberes, debe estar direccionada valoración de la identidad de los pueblos originarios y la integración no invasiva de las tendencias de la ciencia; lo que debe conllevar a la generación de una filosofía de integración y desarrollo en el pensamiento que se reflejará

en la sociedad. Esa puede ser la vía para contrarrestar la invasión cultural occidental que comenzó con la colonización y aún se mantiene en nuestros países latinoamericanos.

Márquez-Fernández (2015) considera que la praxis intercultural constituye una exigencia que reclama la libertad del ciudadano y la consideración ética del poder en pro del bien común desde el principio de respeto a la diversidad de formas culturales de los pueblos que no pueden reducirse a la aplicación de un sistema uniformizado por las normas educativas, políticas, sociales, legales...

Al respecto, la filosofía de la liberación de Dussel (1996) se ajusta al propósito de la investigación que se presenta, el mismo la describe como un “Pensar todo a la luz de la palabra interpelante del pueblo, del pobre, de la mujer castrada, del niño y la juventud culturalmente dominados, del anciano descartado por la sociedad de consumo...”.

Carmona Cardona y Paredes Oviedo (2018), desde una perspectiva liberadora, crítica y decolonial, establecen que, debido a la colonización, los paradigmas de modernidad europeos resultaron los patrones impuestos a las culturas periféricas como criterios de civilización y humanidad. El eurocentrismo que rige el sistema-mundo y la globalización, en el que persisten relaciones de dominación y dependencia que alcanzan dimensiones como: el poder, el ser, el saber y la naturaleza. Esas constituyen las expresiones coloniales que conducen al silenciamiento de la diversidad cultural representada en sabidurías y tradiciones; es decir; a cualquier forma de pensamiento filosófico que exprese la particularidad histórica y social de los pueblos autóctonos de las antiguas colonias.

### **2.2.2. Fundamentación epistemológica**

La interculturalidad presupone que exista la confluencia en tiempo y espacio de individuos que se identifican con diferentes culturas, lo que se traduce en un conjunto de capacidades y conocimientos propios de esas personas que interactúan entre sí y con su entorno, obteniéndose interpretaciones particulares de cada experiencia vivida, que enriquecen significativamente el capital gnoseológico colectivo (Shifres & Castro, 2019).

Alonso García, Roque Herrera y Juárez Ramos (2019), al referirse a la educación intercultural o cultura de la diversidad en el ámbito formativo, establece que esta debe partir desde la singularidad de cada individuo en sus dimensiones psicológica, social y biológica, para lograr la equidad, tolerancia, respeto y diferenciación que reclaman los

contextos educativos en una sociedad multiétnica y por ende multicultural. Al respecto, el Sistema de Educación Superior Ecuatoriano se erige sobre una base académica y profesional desde una visión científica y humanista; donde, ciencia y saberes ancestrales dialogan en busca de soluciones a los problemas del país.

De Sousa Santos (2011) afirma que la Epistemología del Sur radica en el entendimiento y construcción del conocimiento desde la sabiduría de los pueblos histórica y culturalmente menospreciados y oprimidos por el pensamiento occidental. Esas naciones reclaman nuevos procesos epistemológicos que tomen como punto de partida las prácticas culturales de las etnias que han sufrido de manera sistemática la injusticia de sistemas coloniales y neocoloniales.

Desde el principio igualdad y respeto, la epistemología intercultural pretende el diálogo de sabidurías contenidas en las tradiciones con el pensamiento occidental. De una parte, un sistema caracterizado por una comprensión afectiva y simbólica de los saberes acumulado lo largo de la historia que cuenta de una relación íntima del hombre con la naturaleza; mientras que, del otro, se muestra un racionalismo tradicional que hace culto del hombre y su ciencia como centro de su propio universo.

### **2.2.3. Fundamentación psicológica**

La psicología intenta comprender y favorecer la solución a las problemáticas emocionales de las personas y de los grupos sociales que se ven afectados por diversas circunstancias propias de la vida en sociedad. Sin embargo, durante una buena parte de su historia su empeño se ha orientado hacia el bienestar de los individuos y no se ha preocupado por comprometerse con el cambio verdadero de las condiciones que tienen efecto directo en la salud mental de las comunidades, que son víctimas de circunstancias desfavorables para el cumplimiento de una calidad de vida digna.

Y una de estas circunstancias es la salud pública que, a pesar de los intentos por generar mejores servicios para los pueblos originarios, todavía no logra asegurarse que las prestaciones de salud eviten la vulneración de ciertos derechos de los pueblos originarios, lo cual genera insuficiencias en la satisfacción de sus necesidades al respecto.

El problema más importante que confrontan las grandes mayorías latinoamericanas es su situación de miseria opresiva, su condición de dependencia marginante... si la necesidad

objetiva más perentoria de las mayorías latinoamericanas la constituye su liberación histórica de unas estructuras sociales que les mantienen oprimidas, hacia esa área debe enfocar su preocupación y su esfuerzo la Psicología. (Martín-Baró, 2006, p.11).

Desde esta perspectiva, la psicología de la liberación busca el alivio de los conflictos sociales que oprimen a los países latinoamericanos. Esta intenta devolver o fortalecer la valoración de su identidad, prácticas y saberes a las naciones autóctonas; con lo cual, los pueblos mestizos e indígenas de estas sociedades pueden reconocer la necesidad y la importancia de la convivencia intercultural, generando capacidades para un cambio en las relaciones de poder actuales hacia la construcción de una sociedad más justa y humana.

#### **2.2.4 Fundamentación pedagógica**

Las pedagogías tradicionales no consideran la necesidad de orientarse desde las nuevas perspectivas; por el contrario, mantienen brechas en el conocimiento sostenidas por las diferencias en el acceso, la calidad, los recursos, las políticas, etc. El mundo actual requiere de democratización y socialización de la educación, desde una pedagogía crítica que evalúe su accionar y ofrezca nuevas formas de construcción de los saberes.

Al respecto, Sartorello (2019) define seis campos de acción para la interculturalización de los sistemas educativos:

1. Estado, normatividad y políticas, lo que implica la participación de los diferentes actores desde su particularidad cultural, especialmente a los pueblos autóctonos; así como la elevación de los niveles de calidad escolar en esas comunidades.
2. Enfoques teóricos, epistemológicos y metodológicos que valore y dignifique las lenguas y culturas de las diferentes nacionalidades y etnias que conviven en un territorio.
3. El respeto a diversidad idiomática como tema prioritario, que fomenta la instrumentación de programas que promuevan la enseñanza de y en las lenguas nativas de los pueblos y nacionalidades originarios.
4. Formación de docentes e investigadores que mantengan una visión intercultural de la ciencia y del proceso de enseñanza-aprendizaje.

5. Interculturalidad en los niveles escolares primario y secundario que esté presente no solo en las comunidades étnicas originarias, sino también en las grandes ciudades.

6. Interculturalidad en la educación superior que genere profesionales aptos para trabajar e investigar en ambientes donde prime la diversidad cultural.

En relación con lo anterior, se presenta el concepto de Pedagogía Crítica como proceso de resistencia ante los poderes centrados en la hegemonía cultural. Esta busca las posibilidades de construir caminos alternativos que conduzcan a la interculturalidad como eje transversal en la formación escolar (Mejía, 2011, p. 94).

En relación con la educación para la salud, Veliz Rojas, Bianchetti Saavedra, Silva Fernández (2019) describen cuatro fenómenos de la sociedad latinoamericana actual resultan determinantes para la necesidad de enseñar y desarrollar competencias interculturales en el contexto del nivel primario de atención de salud:

Las migraciones poblacionales: este resulta un desafío global y tiene la capacidad de incrementar la diversidad cultural donde se manifiesta; su principal causa es económica, aunque diferentes situaciones políticas se tornan cada vez más incidentes al respecto. Los servicios de salud no siempre se encuentran preparados a nivel de recursos materiales, financieros y humanos para lidiar con las prestaciones sanitarias que indudablemente se requerirán ante esa problemática.

La riqueza étnica: la que conlleva la necesidad visualizar el proceso salud-enfermedad desde un posicionamiento holístico y de integrar prácticas tradicionales de sanación que habitualmente no son reconocidas por los sistemas sanitarios. A menudo, este fenómeno se encuentra asociado prácticas sociales racistas, las que impactan directamente en situaciones de pobreza económica y marginalidad social. Al respecto, muchos países latinoamericanos implementan políticas públicas en salud dirigidas a la construcción participativa de un modelo de salud con enfoque intercultural.

La diversidad cultural: está determinada por el conjunto de rasgos distintivos, espirituales, materiales, intelectuales y afectivos que se manifiestan en una sociedad. Cada país, región o nacionalidad tiene características propias relacionadas con este fenómeno que pueden estar marcadas por: modos de vida, formas de vivir juntos, sistemas de valores morales, tradiciones, creencias, urbanidad, ruralidad, niveles socioeconómicos, diversidad étnica,

entre otros. Todo eso genera la necesidad de un sistema de salud con un talento humano preparado profesional y psicológicamente para asumir sus funciones en medio de esa riqueza cultural.

La inserción del paradigma biomédico en los sistemas de salud: este constituye un modelo sanitario que debe generar la solución de los problemas de salubridad de la población, en todos los entornos socioculturales existentes en el territorio donde se implementa; lo que requiere de la instrumentación de un proceso educativo en sus profesionales que incluyan la formación de competencias para realizar las diferentes prestaciones acorde con la cultura, creencias, tradiciones y costumbres de la comunidad, la familia y el individuo.

Los equipos de salud comunitarios deben considerar las características culturales de los usuarios durante el proceso de atención; lo que se revertirá en una mayor satisfacción de la población, logrando disminuir los conflictos entre las prácticas terapéuticas tradicionales de las comunidades con las establecidas por la medicina convencional u occidental (como suele llamársele) (Valarezo García, Solís Cartas & Valarezo Espinosa, 2019).

La construcción de los cambios orientados al desarrollo y fortalecimiento de las competencias interculturales de los miembros de los equipos de salud requiere de estrategias educativas que articulen e integren los diversos enfoques que se pueden manifestar durante los cuidados de la salud; lo que permitirá dirigirse de manera segura hacia un sistema sanitario más inclusivo y flexible ante la realidad cultural de los individuos, la familia y la comunidad (De Benedictis Serrano, Camel Calderón, Sequera Torres & Álvarez Romero, 2019; Ardila Duarte, Parody Muñoz, Castro Vásquez, Acuña Sarmiento, Carmona Martes, García Flórez et al., 2019).

### **2.2.5 Fundamentación legal**

La Constitución de la República del Ecuador, en su declaración de derechos de los ciudadanos de ese país (Art.32), hace especial énfasis en las garantías que en materia de salud deben ser garantizadas; ese acápite plantea que:

“La salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen

vivir. El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.” (Constitución de la República, 2008, Art. 32).

Para implementar diversas garantías de los derechos ciudadanos en materia de sanidad, el Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2018) estableció la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad. Este órgano tiene la misión de ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de las políticas de Salud Pública mediante la gobernanza, vigilancia, provisión de servicios de atención integral, prevención de enfermedades y promoción de la salud; basados en principios de igualdad, fomento de la investigación, el desarrollo de la ciencia, tecnología, la educación de la ciudadanía y la articulación sistémica de todos los actores de la sociedad y la economía involucrados.

Desde un enfoque de derechos, los estados deben fortalecer capacidades individuales y colectivas en las comunidades, mediante la difusión de la información, la implementación de estrategias educativas y la garantía de participación ciudadana en los procesos de toma de decisiones relativas con impacto en la calidad de vida a los diferentes niveles de la sociedad (PAMAFRO, 2008).

Bottasso y Cazón (2016) reconocen los avances logrados por el estado ecuatoriano en relación con la educación para la salud. Estos autores resaltan el impacto positivo de las políticas públicas implementadas al respecto, con énfasis en un enfoque salubrista.

## **2.3. Fundamentación teórica**

### **2.3.1. Conceptos importantes**

Embarazo: “estado fisiológico de la mujer que se inicia con la concepción y termina con el parto y el nacimiento del producto a término” (MSP, 2015, p. 10).

Puerperio: hace referencia al espacio temporal que toma la recuperación del aparato reproductor femenino desde el parto, hasta que se cumplan 42 días posteriores (Yépez et al., 2015).

Muerte materna: se define como la muerte de una mujer gestante o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente del momento de la interrupción y del sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, sin incluir causas accidentales o incidentales MSP (2013).

### **2.3.2. Cultura Puruhá**

#### **2.3.2.1 Historia y Ubicación**

La cultura Puruhá pertenece a la nacionalidad indígena del Ecuador que emerge aproximadamente en el año 1200 después de Cristo y que habita las provincias de Tungurahua y 8 cantones de la provincia de Chimborazo. Se ubicaron entre los valles del Chimborazo, Carihuayrazo, Altar, Cubillin-Quilimas, Yapungo y Sangay y a orillas de ríos como el Ambato, Chambo, Chimbo y Chanchán.

Esta cultura ocupó la parte central de la que hoy es la República Constitucional del Ecuador, ubicándose en las provincias de Chimborazo, una parte de Tungurahua y de Bolívar. Aunque llegaron a extenderse hasta un gran territorio que horizontalmente se extiende desde selvas tropicales del alto Amazonas hasta bosques tropicales de la cuenca del río Babahoyo.

Sus grupos sociales se estructuran en comunas compuestas por grupos familiares, las que poseen una autoridad en forma de cabildo elegido democráticamente por los comuneros.

Durante el siglo XV los Incas conquistaron a la fuerza a la población puruhá. En el valle Liribamba (actualmente Cajabamba), establecieron su centro ceremonial y administrativo al que llamaron “Ricipamba”. Para lograr la conquista de este pueblo que se conocía no era fácil de doblegar los Incas trajeron personas de otras.

Su sistema de creencias asume que el volcán Chimborazo y el Tungurahua son padre y madre de su pueblo. Sus tradiciones de lucha se remontan al enfrentamiento de invasores incas primeramente y españoles después; al respecto se destaca líderes como Epiclachima y Calicuchima.

### **2.3.2.2 Vestimenta**

Los puruháes empleaban desde su aparición fibras naturales entre las más usadas se encuentran la cabuya y las lanas de oveja, llamas y alpacas. En sus inicios se confeccionaban quenlanes o camisetas sin mangas de algodón o cabuya y anacos e llicllas que son mantas que ocupan las mujeres y que les cubren los hombros y espalda y suele ser usada para cargar a los bebés o niños pequeños.

Se elaboran también del poncho de lana y sombrero para el caso de los hombres; aunque muchas mujeres también los usan. Actualmente las mujeres también utilizan un anaco de poliéster o casimir, con una faja (chumbi), bayeta o reboso que se sujeta a la faja con collares y pulseras en las fiestas. Los colores rojo y negro resultan los más representativos: el primero para representar alegría y festividad; mientras que el segundo, para señalar luto.

### **2.3.2.3 Alimentación**

Los miembros de esa nacionalidad resultan principalmente agricultores y ganaderos, que vivieron en pueblos pequeños cultivando en las laderas aterrazadas de las montañas y en valles interandinos; su alimentación está integrada fundamentalmente por productos tradicionales de su entorno: cereales, hortalizas, máchica, arroz de cebada, morocho, zanahoria, brócoli, entre otros.

Se consume carnes de diferentes bovinos y porcinos, aunque la carne de cuy es un alimento que se consume tradicionalmente en los pueblos puruháes, el caldo de gallina, y productos típicos de la tierra como las habas, mote, chochos, mellocos

En cuanto a frutas la tradicional es el capulí pero se suele consumir otras especialmente de temporada.

### **2.3.2.4 Medicina ancestral**

Sus prácticas de sanación tradicionales incluyen el uso de plantas autóctonas para curar y/o limpiar desequilibrios energéticos; también se reconoce el uso de diferentes animales durante el diagnóstico en las personas, por ejemplo: el cuy. Los miembros de esta cultura confían en el poder sanador de la naturaleza y en consecuencia realizan sus tradiciones.

Las prácticas de salud ancestral cuentan con representantes como los Yachak, curanderos y parteros o parteras, quienes han adquirido a través de generaciones el conocimiento teórico-práctico y simbólico para ejercer ciertos tratamientos ancestrales, emarcados en los ritos y tradiciones propios del pueblo Puruhá.

En los mismos se emplean animales como el cuy y diversidad de plantas originarias con sus propiedades particulares, por una parte las plantas de

A decir de Moreno (2012, p. 30) “El pueblo Puruhá-Quichua con la riqueza de su mundo interior no está condenado a morir ni morirá... porque la expresión Puruhá-Quichua da personalidad al conjunto ecuatoriano, su fisonomía tiene valores que deben fomentarse, asimilarse y desarrollarse con un enriquecimiento común.”

La cultura Puruhá representa la población indígena más importante de la sierra ecuatoriana; la que a pesar de la influencia globalizadora occidental mantiene muchas de sus prácticas tradicionales impregnadas de gran sabiduría. Las poblaciones mestizas herederas de esa nacionalidad mantienen una importante influencia de sus raíces culturales, expresada a través de la lengua, los hábitos y costumbres devenidos de sus lazos étnicos y culturales.

### **2.3.3. Salud comunitaria**

Esta resulta una visión del fenómeno salud que va más allá de una perspectiva enfocada en el individuo, sino que explora esa dimensión desde su magnitud social; desde un punto de vista de proceso que involucra a todos los miembros de una comunidad en su entorno sanitario, para establecer estrategias de intervención que mejoren el estado de salud de la colectividad a niveles macrosocial y microsocioal (Pasarín, 2010).

La orientación comunitaria está caracterizada por ser participativa, interdisciplinaria y colaborativa. Desde esta perspectiva la salud solo se consigue en un entorno social que favorece la convivencia armónica entre todos los que la conforman. Lo que concuerda con la perspectiva actual de la salud que refiere que esta es más que la ausencia de enfermedades, un estado de completo bienestar (OMS, 1946).

La salud comunitaria comprende que todas las interrelaciones sociales de una u otra forma tienen influencia en el bienestar o no de la comunidad, es por lo tanto importante tener en

cuenta que la población en si es resultado de lo que esta misma sea capaz de hacer para favorecerse de las mejores condiciones para la obtención de este bienestar.

El enfoque comunitario construye salud desde un posicionamiento participativo, donde las personas que la habitan no son entes pasivos, no son solo “pacientes” desde la perspectiva ortodoxa del término ya que son preparados para generar las condiciones de salud (Pasarín, 2010).

Es en este sentido, las autoridades sanitarias territoriales le brindan poder y responsabilidad a la población, para que desarrollen acciones sanitarias en su entorno. Al respecto, los profesionales de los centros asistenciales de salud mantienen un rol de facilitadores comunitarios que se enfocan en la creación de capacidades.

Las estrategias de salud comunitaria están dirigidas hacia el control de los determinantes sociales que influyen en esta. Las acciones educativas ocupan un lugar primordial en este contexto, pues preparan a los individuos para la mitigación de los factores de riesgo. Las comunidades deberán generar potencialidades socioeconómicas que permitan el éxito sostenido de la estrategia salubrista que se realice, pues este es un aspecto resulta un determinante importante en el proceso de salud-enfermedad.

Comprender que el verdadero proceso por el cual se puede procurar la salud comunitaria tiene como actor fundamental a la población es posiblemente uno de los factores más importantes para lograr los cambios necesarios para alcanzar la salud integral de la comunidad especialmente si son poblaciones sensibles por motivos relacionados a género, ciclos de vida o factores socioculturales que las puedan colocar en situación de riesgo respecto de otra población

### **2.3.3.1 El Centro de Salud**

El centro de salud es la base de los sistemas de salud, siendo una estructura física y funcional dependiente del Ministerio de Salud, en la cual se desarrollan diariamente muchas actividades entre ellas se encuentra las atenciones curativas, las acciones de promoción; en la cual se inserta la propuesta de investigación, además la prevención, rehabilitación e inserción en lo social y claro las acciones comunitarias. Siendo el primer nivel de atención, es decir, el primer contacto de los pobladores con el sistema de salud, se encuentra en permanente integración y coordinación con otros niveles de este sistema.

La cantidad y tipo de profesionales con que cuenta depende del número de pobladores de una localidad y sus características sociodemográficas. El equipo básico suele contar con un médico familiar, un médico general, un odontólogo y una enfermera, además de los profesionales rurales e internos que realizan sus actividades de práctica preprofesional. Una persona que normalmente es un médico es el administrador técnico del centro de salud, siendo el responsable del desarrollo adecuado de las actividades y procesos de cada una de las áreas.

Constantemente se realizan programaciones que permiten desarrollar actividades específicas que se encuentran enmarcadas dentro de los planes y programas que ha establecido el Ministerio de Salud. Muchas de estas actividades las puede realizar en el mismo centro con sus propias capacidades, insumos y personal capacitado, otras necesitan ser planificadas en conjunto con otros miembros de la sociedad que pueden pertenecer a la red de apoyo por medio del Consejo de Salud de la localidad, o simplemente con la participación de otras entidades.

Dependiendo de las competencias y responsabilidades del Ministerio de Salud, las actividades de salud pueden involucrar otros sujetos e instituciones de fuera de la localidad, en este sentido el accionar interinstitucional e intersectorial es fundamental para resolver problemáticas sociales que sobrepasan las responsabilidades y capacidad de respuesta del centro de salud puesto que requieren la intervención conjunta de otros ministerios (MIES, MAGAP, MEC, etc.)

Las dinámicas de los servicios de salud siempre deben estar en relación a las necesidades de la población en cuestión de horarios, días de atención para que puedan garantizar la accesibilidad de los usuarios. La programación de las actividades que se realizan de manera mensual en las poblaciones del Ecuador debe responder a las necesidades y demandas reales de la población buscando que el equipo de atención integral se vea involucrado activamente.

El centro de salud debe promover la participación comunitaria de manera recurrente y se pueden utilizar los conocimientos teóricos en esta materia pero siempre será fundamental que las planificaciones se encuentran adaptadas a las posibilidades y características propias de la comunidad y colectivos.

### **2.3.3.2 Determinantes de la Salud**

Un centro de salud para poder actuar de manera eficaz sobre la salud de la población, necesita contar con un diagnóstico de salud de la comunidad y así conocer cuáles son los riesgos y las vulnerabilidades de una comunidad. Estos factores son múltiples y de diverso tipo por lo que es necesaria una amplia evaluación de la situación en la que se encuentran. Dichos factores son los determinantes de la salud, entre los determinantes de la salud tenemos; determinantes demográficos, determinantes socioeconómicos y determinantes medioambientales.

Los determinantes demográficos brindan información sobre número de habitantes, como está dividida esta población en tanto edad y sexo, identidad étnica, identificar número de nacimientos, muertes, y problemas sociales, como también en que sector se manifiestan en mayor o menor grado. Cuantos habitantes están asignados a un centro de salud, cuántos han sido atendidos en un período de uno o dos años, la cantidad de personas que se encuentran censadas en dicho territorio independientemente de si están asignados o hayan sido atendidos.

Los determinantes socioeconómicos que brindan un conocimiento sobre las condiciones en las que viven las personas, en tanto, vivienda, servicios básicos, tipo de instrucción de los miembros de la familia, situación laboral, esos datos se pueden obtener en registros de censo en los municipios.

Los determinantes medioambientales son aquellos que permiten conocer el tipo de accesibilidad que tienen los hogares a servicios, barreras físicas o naturales, distancias. Por otra parte, facilita conocer el tipo de contaminación ambiental con la que pueden contar en su localidad. La condición del agua de consumo, del aire, el uso de plaguicidas.

La situación de salud de la comunidad se determina por varios aspectos de salud negativos, la morbilidad (enfermedades), la mortalidad (número de muertes), factores de riesgo, las discapacidades, etc. No se han desarrollado todavía cuales son los indicadores positivos que reflejen adecuadamente la salud en sus diferentes dimensiones.

En este sentido un indicador de mortalidad materno – infantil alto, es uno de los indicadores que muestra las deficiencias de un sistema de salud, especialmente en la atención del embarazo. Con el fin de una mejor interpretación estos indicadores de

mortalidad se deben comparar con una referencia que deberá ser de mayor tamaño y se deben eliminar las influencias de factores que puedan afectar el valor de indicadores como la edad.

### **2.3.3.3. Promoción y prevención de la salud**

Para comprender estas acciones en favor de la salud en los centros de salud es necesario identificar los conceptos de promoción y prevención de la salud. La promoción de la salud es un amplio marco de intervenciones socio ambientales que buscan que las personas puedan controlar mejor su salud. Estas incluyen legislación, comunicación, educación, desarrollo comunitario entre otras, en las cuales no tiene competencia solo el MSP sino que tienen incumbencia otros ministerios.

En el caso de los centros de salud su principal acción es la educación en salud. Esto se refiere a brindar información y fomentar actitudes que les permita a las personas conocer sobre salud y en base a eso como actuar, lo que puede lograr cambios positivos en su salud, en los diferentes aspectos que esta conlleva.

Es un modelo sobre todo de intervención más que de diagnóstico como lo dice (Colomer, 2000), porque existen muchos aspectos de salud que no requieren una verificación sino que necesitan ser tratados permanentemente.

La prevención de la salud en cambio son medidas que además de prevenir la aparición de enfermedades, como por ejemplo, reduciendo factores de riesgo, también busca detener su avance y disminuir las consecuencias de dichas enfermedades.

Dentro de las actividades de prevención se encuentran los programas de vacunación, atención a las madres embarazadas, entre otras. Para poder reducir los factores de riesgo es necesario que se identifiquen adecuadamente las causas que se pueden modificar.

En este sentido existen niveles de prevención primario, secundario y terciario. El nivel primario se refiere a las medidas que toman para evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud y los factores predisponentes. Como puede ser un programa educativo para evitar el contagio de las gripes estacionales, o uno donde las mujeres embarazadas conozcan sus derechos respecto a un parto culturalmente adecuado.

La prevención secundaria trata de medidas que puedan detener o retrasar el progreso de los problemas de salud que se encuentra presente en una persona en cualquier momento en el que aparezca. A este tipo de prevención pertenece el diagnóstico temprano y el tratamiento de la deshidratación en los niños para evitar su avance a estadios más graves.

La prevención terciario son las medidas orientadas a evitar, retrasar o reducir la presencia de secuelas de un problema de salud. En este proceso es importante el control y seguimiento de la persona para brindar las acciones de rehabilitación necesarias en el momento oportuno. Ejemplo de este tipo de prevención es el asesoramiento a una persona con hipertensión arterial que mantiene dolores de cabeza frecuentes, con el fin que pueda controlar los factores que elevan su presión y evite dolores de cabeza intensos.

#### **2.3.3.4. Etnocentrismo e interculturalidad en la Salud Comunitaria**

La cultura debe ser vista como un concepto amplio que abarca toda la expresión de la civilización; teniendo en cuenta que ninguna es superior a otra, sino toda una gama diversa que asumen particulares paradigmas, sistemas de creencias, costumbres etc. Al respecto, el pensamiento eurocentrista tiende a imponerse a través del fenómeno de globalización que comenzó con la colonización.

Los procesos de interacción cultural resultan generadores de conocimiento que engrosan el capital cognoscitivo de la humanidad. El resultado de esa experiencia en Ecuador ha sido enriquecedor en diferentes áreas; al estar favorecida por la particularidad de constituir un estado multinacional y multiétnico que legitimó y operacionalizó ese proceso.

Así, en ese contexto, la interculturalidad en salud (MSP, 2012) se vincula distintos enfoques sanitarios a partir de los orígenes, preparación, formación, concepciones y prácticas; de forma tal, que se comprenden de mejor manera las necesidades de salud de los usuarios provenientes de diversas culturas.

La implementación de un enfoque intercultural en la salud requiere de grandes restos para los sistemas nacionales. El logro de vínculos efectivos entre las diferentes culturas, de manera natural, resulta complicado pues implica una necesaria integración y regulación de prácticas formalmente establecidas y las informales para lograr un verdadero enlace con la población. El Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP, 2012) se pronuncia y

establece acciones para el diálogo intercultural, de manera que erradique barreras al respecto, por lo que estableció un modelo que garantice esa estrategia.

### **2.3.3.5. Mujer indígena y salud comunitaria**

Si bien es cierto, los servicios de salud desde las dos últimas décadas debido al posicionamiento de las políticas de género e interculturales a nivel latinoamericano y mundial han ido orientándose hacia una perspectiva más incluyente de la diversidad social.

Existen lineamientos de atención en salud con pertinencia cultural, sin embargo, se puede constatar, que no se han alcanzado los resultados esperados, sobre todo respecto al impacto que se busca en la mejoría de la salud comunitaria, y especialmente de los sectores más pobres y vulnerables, donde se encuentra la población indígena. No obstante, todavía queda mucho por hacer para que se respeten verdaderamente los derechos de los pueblos indígenas a una atención en salud con enfoque intercultural.

Esto es todavía más cierto en el caso de las mujeres indígenas, quienes se encuentran en circunstancias de vulnerabilidad mayor al de los varones, todo esto por distintas consideraciones que las colocan en un lugar sensible dentro de las diferentes dinámicas sociales y por ende de las relacionadas a la salud.

Como hace referencia Rodríguez (2010), la primera tiene que ver con los factores biológicos, las mujeres por ser portadoras de vida se encuentran en situaciones de riesgo por ser madres y dar a luz a sus hijos, a veces han posado por múltiples embarazos a lo largo de su vida, los cuales en muchos casos se les negó la oportunidad de elegir.

Por otra parte se encuentran las desigualdades políticas a las que se enfrentan por su misma calidad de género que suelen colocarlas en desventaja sobre los hombres, y que las colocan en situación de violencia a menudo. En tercer lugar las socioeconómicas por la división del trabajo que las limita en cuanto a recursos.

Por último, pero no menos importante la de pertenecer a una etnia como la indígena representa otra dificultad debido a las limitaciones en cuanto a acceso, atenciones donde sufren discriminación verbal y atenciones que no respetan las costumbres y prácticas de salud debido a falta de planificación familiar y necesidad de mejor higiene (Hermida, 2010).

En este contexto, las mujeres indígenas y especialmente las que se encuentran en estado de gestación se suelen encontrar en situación especial de riesgo en diversos espacios sociales y eso también sucede también en el campo de la salud pública.

Han existido incluso según la literatura ciertas expresiones de varios tipos de maltrato, incluida la violencia física a mujeres indígenas. En el caso de indígenas embarazadas servicios y procedimientos les son aplicados, sin tener en cuenta, el derecho de la mujer a elegir uno acorde a su cultura, esto suele ocurrir en atenciones de salud sexual y reproductiva, y se puede observar con mayor claridad cuando la mujer asiste a un centro de salud para realizarse un parto, y simplemente se le ofrece la modalidad de parto occidental. (Hermida, 2010)

Si hablamos que en centros de salud pública se puede vulnerar el derecho a obtener atenciones culturalmente adecuadas, esto por sí mismo es un tipo de violencia psicológica puesto que se soslaya la autoestima y la capacidad de la mujer para tomar decisiones, reflejando el poco valor que se le otorga al conocimiento ancestral como al derecho a la elección personal de la mujer.

Estas violencias son causantes de un temor y poca confianza en la atención pública por parte de las mujeres especialmente indígenas, y estas se transforman en barreras para la búsqueda de servicios de salud, lo cual en las mujeres embarazadas puede conllevar a problemas de salud graves para la madre y el nuevo ser en camino.

Además de los problemas en la elección de tratamientos o servicios, otro obstáculo que encuentran algunas mujeres especialmente indígenas es que el personal de salud no conoce su idioma, lo cual es una forma de maltrato, en la medida que quien solicita como quien ofrece el servicio de salud no puede mantener una comunicación efectiva para alcanzar una atención adecuada (Campos, 2010)

A pesar que existen pautas y lineamientos de acción para un trato respetuoso, todavía personal de salud en relación a las dificultades del idioma y con desconocimiento del impacto negativo de sus intervenciones verbales hacia las mujeres, especialmente durante la labor de parto, no respetan sus costumbres de alimentación, vestimenta, derecho a la elección de una posición vertical, o el derecho a tener compañía de un familiar o partera, etc.

Todas estas vulneraciones se convierten en barreras por las cuales las mujeres indígenas desconfían de los centros de salud, lo cual dificulta su asistencia a controles mensuales, y no acudan a realizarse un parto institucional, lo cual en ocasiones puede traer consecuencias graves para la madre incluida la muerte materna e incluso neonatal.

#### **2.4. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario Intercultural (MAIS-FCI)**

El fortalecimiento del MAIS-FC constituye un eje prioritario en el proceso de transformación de ese sector. La organización e implementación de este debe responder a las demandas y necesidades de salud en el país, desde una perspectiva basada en el perfil demográfico y epidemiológico que propende una atención integral al entorno comunitario y familiar considerando de la importancia de los conocimientos y características culturales que influyen en los procesos sanitarios (MSP, 2013).

Este modelo permite horizontalizar los servicios de salud con respecto a la población, logrando una relación más efectiva del sistema con los niveles individual, familiar y comunitario, para dar solución de los problemas de pertinencia cultural en la prestación de sanitaria. La atención integral a la salud de las personas y/o grupos poblacionales constituye el fundamento principal del MAIS-FC.

#### **2.5. Bioética de la interculturalidad en salud**

Al hablar de bioética en relación con la salud intercultural, Ortega (2010) se refiere al cumplimiento de los principios fundamentales con respecto a los derechos de los usuarios de diferentes culturas:

**2.5.1. Autodeterminación de la paciente,** relativa a los procedimientos durante la atención de salud que recibirán los individuos en los centros del sistema nacional. Entre otras cuestiones, expresa el derecho a ser respetadas las decisiones relativas a tradiciones culturales, creencias y otros de los pacientes.

**2.5.2. Igualdad y protección de salud,** la que se refiere al derecho de las personas en cuanto al acceso a la salud en igualdad de condiciones; sin que existan distinciones en cuanto a características socioeconómicas, culturales, geográficas, de género y otras.

**2.5.3. El derecho a un buen trato**, este resulta uno de los más conocidos, está relacionado con el deber ético del personal de salud de prestar una atención de calidad a los pacientes haciéndole sentir satisfecho de manera integral. Algunos autores lo relacionan con el principio bioético de beneficencia el que dicta la obligación moral de brindar los máximos beneficios y reducir al mínimo el daño justificado, perjuicio o equivocación. Su aplicación se hace especialmente compleja cuando se reciben individuos provenientes de diferentes culturas.

**2.5.4. El derecho a no sufrir daño** o principio de no maleficencia, para que sea bien aplicado se tiene que son tres elementos que deben ser tomados en cuenta: 1) bienestar físico, mental y social. 2) Reducción de riesgos al mínimo. 3) Responsabilidad del profesional de salud. Su cumplimiento guarda relación directa con la formación del recurso humano en salud y la calidad de atención que se brinda al paciente, a su familia y a la comunidad.

Todos los principios mencionados implican el respeto a las costumbres y tradiciones de las mujeres embarazadas durante los controles mensuales, la labor del parto, el parto, como en el puerperio inmediato. Un objetivo que para volverse realmente efectivo, requiere no solamente de un mayor conocimiento y respeto de las costumbres ancestrales del personal de cada centro de salud, sino también que las personas demanden ese respeto a sus tradiciones, lo que implica necesariamente que este mismo conocimiento y valoración cultural continúe presente en las próximas generaciones.

## **2.6. Salud y saberes ancestrales**

El intercambio de saberes alrededor del área de la salud, entre individuos con paradigmas culturales diferentes, constituye un escenario enriquecedor que genera un capital de conocimientos desde una perspectiva integradora. Con respecto al parto y el puerperio, Rodríguez (2010) reconoce que no se explota suficientemente la experiencia de las mujeres que han cursado varios embarazos en un entorno donde se practican tradiciones ancestrales al respecto.

El derecho otorgado por el sistema de salud ecuatoriano a las madres para elegir la práctica del parto que será ejercida; por una parte, requiere de una preparación de la mujer para tomar decisiones; mientras que, de la otra implica la participación de un equipo de salud listo para aplicar las técnicas inherentes al parto culturalmente adecuado, además

de reconocer esa práctica como un elemento teóricamente correcto que responde a las necesidades físicas y emocionales de la embarazada.

Cuando se trata de humanizar la atención del parto, los servicios de salud deben acercarse a las comunidades física, cultural y emocionalmente (Longo, Andraus, y Barbosa, 2010). El personal que presta la atención debe brindar respuestas relacionadas a los controles durante la labor de parto; al respecto, sería preferible que la partera pueda dar respuestas técnicas ante posibles dificultades que se presenten durante el embarazo.

En las instituciones del sistema nacional de salud, la participación de la partera comunitaria pudiera implicar la presencia de la única persona conocida o de confianza cuando no se cuenta con el acompañamiento de un familiar.

Que se respete la vestimenta tradicional, les brinda una mayor comodidad evitando la vergüenza ocasionada por la sensación de encontrarse desnudas con las batas de los centros de salud, y las mantiene abrigadas.

El empleo de una posición de parto culturalmente adecuada puede generar sensación de familiaridad respecto de sus propias costumbres y la mayor participación que estas posiciones les ofrece trae el desarrollo de confianza en los procedimientos médicos que se les practica.

Además, una alimentación pertinente con productos y preparaciones propias devuelve el sentido a la recuperación adecuada frente al esfuerzo y la pérdida de energía propia de la labor de parto y el parto mismo.

### **2.6.1 Acompañamiento de un familiar durante el parto**

Desde el momento de la concepción hasta el momento del parto la mujer indígena necesita el apoyo de su entorno más cercano, este es su familia y la comunidad. El embarazo es un acontecimiento que tiene un significado social muy importante para el mundo indígena. Este entorno es el que la mujer embarazada reconoce como propio y en el cual confía.

Debido a esta particularidad las atenciones de salud en los centros de salud públicos necesitan adaptarse para generar las facilidades para que un familiar a la hora del parto, y varios familiares luego del mismo puedan acompañar en estos momentos.

Este derecho con mayor importancia al momento del parto, debido a que es el momento cumbre del embarazo y donde las necesidades físicas y emocionales son mayores. Por otra parte el alumbramiento no es un procedimiento más, una prestación más de salud. Las mujeres desde el origen de los tiempos han recibido a sus hijos en el seno de su hogar y recibían el acompañamiento que se convertía en un soporte físico y de apoyo emocional para ellas.

En el parto tradicional toda la familia colabora en las tareas de preparación del parto, y durante el proceso del alumbramiento generalmente asisten el esposo, la madre y la suegra de la parturienta. Es decir, el ambiente de familiaridad o de intimidad es respetado como derecho de la parturienta. (Hermida, 2010)

El entorno médico ha relegado históricamente a la mujer a su derecho al acompañamiento familiar tanto durante el parto como luego de este, debido a las normas occidentales que priorizan los procedimientos y presencia médica por sobre lo que son las costumbres y representaciones culturales de la nacionalidad indígena, y por lo general de todas los demás pueblos del Ecuador que están acostumbrados a que durante los partos domiciliarios y en los momentos posteriores al mismo la familia sea un participante muy importante.

Normalmente se entiende que puede estar presente el padre en el parto, sin embargo, en muchas ocasiones se encontraba la madre sola. Y sin la presencia del padre del nuevo o ser o su pareja. Con esto se entendía que se ha procurado el respeto al acompañamiento de las mujeres indígenas, sin embargo, no se tomaba en cuenta a la familia dentro esta consideración.

Por lo general los familiares que esperan la llegada del nuevo miembro de la familia no tenían un lugar donde esperar a la madre y su hijo/s y debían ubicarse en algún lugar sin las condiciones mínimas de comodidad, y luego del alumbramiento durante las visitas tenían limitaciones en cuanto a infraestructura y mobiliario que dificultaban condiciones favorables para el cumplimiento pleno del derecho de la madre y la familia a contar con un ambiente acogedor.

Es decir que el parto, un momento tan particular y significativo para la madre, la familia y la comunidad se reducía a un proceso médico frío que despojaba a la mujer indígena de

la significación tan profunda que tiene el nacimiento, de igual manera la compañía posterior a ella y su vástago no tenían la importancia por parte del sistema de salud.

Estas prácticas han sido mecanizadas en las prácticas médicas, que le retiran su carácter sagrado, todo esto debido a rutinas de las prácticas médicas occidentales. De esta manera se va deshumanizando la experiencia y de los saberes ancestrales de las mujeres, despojándolos de su patrimonio cultural.

Por otra parte, esta mecanización del proceso del parto relega a las mujeres de su papel protagónico en el parto dejándolas en un rol pasivo donde el personal médico toma las decisiones que están pensadas en la comodidad de este y no de la mujer indígena. La asistencia suele limitar la presencia de familiares y no se les reconoce la importancia de su presencia como apoyo importante durante la estadía y recuperación de la mujer.

Cuando se habla de apoyo estamos hablando de ese sostén físico, emocional y afectivo que comprende a la mujer indígena embarazada no como un objeto más de aplicación de la ciencia médica sino como un ser biopsicosocial, y que por lo tanto requiere respaldo, que se vuelve efectivo por medio de una mirada empática, cariñosa, acogedora que solo los familiares pueden aportar y que los centros de salud pueden favorecer, no solo permitiendo su presencia, sino favoreciendo las condiciones físicas para garantizar un espacio acogedor para la familia.

El acompañamiento dentro de este contexto permite que este momento tan significativo en la vida de una mujer, en el cual se producen diversos cambios a nivel físico y psicológico, llega a ser una experiencia más agradable y menos dolorosa de una influencia mucho más positiva en la vida de la madre, del bebé y de toda la familia, respecto del parto que se realiza en una institución de salud pública.

Se vuelve importante entonces que las mujeres embarazadas conozcan que tienen el derecho a que se consideren sus necesidades y expectativas de acompañamiento, sea por parte de sus familiares o la partera de confianza. Para ello se requiere que se comprenda que la atención durante el embarazo así como al momento del parto es un proceso comunitario y no estrictamente médico.

Para la cosmovisión indígena, el momento del nacimiento de un nuevo ser es un acontecimiento social, que está marcado por conocimientos tradicionales de la comunidad

y por lo tanto por los rituales que emplea la partera. Esa es una diferencia marcada con la forma como se suele llevar a cabo en los centros de salud pública.

En las comunidades puruháes durante el parto domiciliario la familia recibe a la familia, eso asegura un entorno de confianza y calidez a la madre brindándole una percepción y de apoyo y cercanía muy importantes para la madre, esta presencia favorece la comprensión y el apego de la mujer a las indicaciones y el trabajo del parto para conseguir este se alcance de la mejor manera.

En el parto culturalmente adecuado, el acompañamiento busca precisamente que los centros de salud pública se vuelvan entornos más cálidos y más sensibles a las necesidades no solo físicas sino emocionales y simbólicas de las mujeres. Eso se logra solo con cuando la mujer siente que participa al igual que lo hacen sus familiares, y no solo personas extrañas, esto lo vuelve una experiencia más satisfactoria.

Además de esta manera se fortalece la percepción simbólica familiar y comunitaria de estar recibiendo un nuevo miembro, de darle la bienvenida, no luego de que ha pasado varios minutos fuera de la madre y en manos de personas indistintas, sino que apenas sale de la madre continua siendo acogido un familiar. Así deja de ser uno con su madre y forma parte de la familia nuclear, como de su entorno social, del universo. Estas características afectivas y de pertenencia favorecen el desarrollo saludable de relaciones entre el nuevo ser y la sociedad toda.

### **2.6.2. Acompañamiento de la partera durante el embarazo y el parto**

Cuando la mujer indígena concurre a los controles mensuales que se le recomienda llevar a cabo durante la gestación, existen muchas dudas y temores de parte de las mismas respecto de la atención que recibirán por parte de los y las prestadoras de salud. Estas dudas aparecen precisamente de las diferencias en las tradiciones de salud occidentales.

Durante estos controles las mujeres sienten desconfianza por encontrarse en un lugar extraño, con personal que no conoce y el cual muchas de las veces cambia durante el período de embarazo. En ocasiones las prestaciones se llevan a cabo sin tener en cuenta los derechos de las mujeres a un trato lo más cercano a sus propias costumbres, y en ocasiones el trato que reciben puede ser irrespetuoso debido a los preconceptos mestizos sobre el pueblo indígena.

Una de las circunstancias que puede favorecer una sensación de mayor confianza y seguridad como satisfacción en los controles de embarazo puede ser la presencia de la partera durante las consultas. Esto debido a que el temor de las prestaciones de salud se ven reducidas en una magnitud muy importante. Siempre la compañía de una persona que comparte la misma cultura y que por lo mismo puede comprender mejor que cualquier otra, lo que siente, puede pensar y las dudas que puede tener respecto del servicio va a constituirse en una fuente de seguridad.

Dentro de ese conocimiento se encuentra también como elemento muy importante para la confianza de la mujer indígena que la partera o una persona de su propia cultura comparte su mismo lenguaje, es decir, maneja el medio de comunicación propio de la persona, su lengua materna, que no es poca cosa, puesto que el escuchar la traducción de las palabras que no se comprenden o de las cuales su comprensión es limitada, amplía el conocimiento de los servicios y el reconocimiento de su importancia, de esta manera la gestante puede darle un mayor valor a la consulta que si no estuviera acompañada de la partera u otra persona. De esta manera la partera o mediador cultural pueda servir como un intermediario adecuado entre el conocimiento científico y el conocimiento tradicional.

Cuando se hace referencia al conocimiento tradicional no se lo emplea para instaurar una diferencia de valor entre uno y otro tipo de conocimiento, solo se lo toma en cuenta para destacar las diferencias inherentes a las culturas a las que pertenecen, siendo estas pertenecientes a dos maneras de comprender la realidad, que más que contrapuestas deberían ser consideradas como complementarias.

De esta manera el acompañamiento de una partera o persona de la comunidad durante los controles se constituye en una fuente de tranquilidad y favorecen una mayor y mejor comprensión de las prácticas obstétricas, y su razón de ser. De igual manera esto permite una mayor comprensión y aceptación de las recomendaciones médicas, con una natural adherencia a los controles como a las prácticas de cuidado.

Es decir, la presencia y apoyo de la partera se convierte no solo en una reducción natural de la tensión que pueden sentir las mujeres al encontrarse solas frente a un profesional, sino que esta tranquilidad y confianza en la atención pública favorece el éxito de los controles en cuanto a que permite la supervisión de su estado de salud y de su hijo, como

la predisposición de la mujer a adoptar las indicaciones médicas en consonancia con los saberes ancestrales.

De no contar con este apoyo, es probable que el personal de salud pública que en su mayoría suele ser mestizo, sin intenciones de generar un ambiente incómodo, por el mismo hecho de pertenecer a un entorno socio cultural diferente puede favorecer una desconfianza e incomodidad en los procedimientos propios de los controles y por ende el éxito en la adhesión a nuevos controles o práctica de los consejos de salud que se le brinden.

En otro sentido, además de brindar respuestas relacionadas a los controles dentro de los centros de salud. En cada oportunidad la misma partera puede dar respuesta a dudas o información respecto a dificultades durante el embarazo.

Incluso puede dar respuesta a otras inquietudes relacionadas con enfermedades o influencias relacionadas con las creencias y tradiciones andinas como son los problemas de mal aire, las limpias, entre otros, todas estas prácticas que el personal de salud que no pertenece a dicha cultura puede no contar con la debida información para dar respuesta.

De esta manera el acompañamiento de la partera tiene un papel importante en dos ámbitos diferentes durante la gestación, el primero en favorecer una mayor seguridad y confianza en el servicio de salud occidental como en el esclarecimiento de sus prácticas. Y por el otro, también se encarga de dar a compartir los conocimientos propios de la cultura que puede desconocer la mujer indígena, fortaleciendo de esta manera los saberes tradicionales en salud y favoreciendo de esta manera la protección de sus derechos.

Además del acompañamiento durante las consultas de control de embarazo, la oportunidad de contar con la partera durante el proceso mismo del parto es una parte fundamental dentro de los derechos que poseen las mujeres indígenas. Este momento tiene una significación e importancia especial siendo la cumbre de todo el embarazo y la presencia de la partera favorecerá dicha experiencia tanto para la madre y el familiar.

La madre en este momento se encuentra especialmente dependiente de las personas que van a atender el parto, es decir, este momento requiere de una atención particularmente sensible a los requerimientos físicos y emocionales de las indígenas. Siendo que pertenecen a una cultura diferente a la mestiza y como en todo el proceso asistencial

público se emplean prácticas occidentales, se encuentran en riesgo mayor de que sus derechos no sean respetados respecto de las madres mestizas que pueden encontrarse acostumbradas a estos procesos puesto que los han experimentado en partos de familiares durante décadas.

Es en este sentido que las parteras a veces se convierten en la única persona conocida o de confianza cuando no se cuenta con la presencia de un familiar. De esta forma se está asegurando el acompañamiento, un aspecto tan o más importante que muchos otros dentro de la pertinencia cultural de los servicios de salud.

Las parteras al acompañar las madres facilitan la aplicación de algunas tradiciones andinas durante el parto “brindando apoyo emocional, infusiones de plantas medicinales, realizando el manto o masajes, procurando el abrigo de la parturienta, y fomentando el acompañamiento de los familiares” (MSP, 2010).

Es decir, la mujer embarazada puede verse favorecida de mejor forma de un manejo del parto más adecuado a sus costumbres culturales que si estuviera sola durante el parto, incluso si las instalaciones y el personal de salud se encuentran capacitados en la atención culturalmente adaptada. Y permite que se refuerce el contacto y la participación del familiar si estuviese presente.

Atención del parto normal, post-parto y del recién nacido, de acuerdo a las costumbres locales, toda vez que las pacientes manifiesten una preferencia por ser atendidas de acuerdo al sistema de salud tradicional, y contando siempre con el apoyo del personal biomédico en caso de presentarse complicaciones obstétricas

En resumen, la participación de las parteras durante todo el embarazo y el momento del parto favorece el apoyo efectivo a la madre que se convierte en la sensación y percepción de respaldo y respeto que merecen todas las mujeres indígenas del Ecuador. En este marco la presencia permanente en las consultas desde el embarazo hasta el parto puede ser una de las circunstancias más favorables para reducir la ansiedad, el temor y la desconfianza en los centros de salud que es uno de los obstáculos más grandes para reducir las muertes maternas debido a la falta de controles como a la falta de partos institucionales de la población indígena.

### **2.6.3. Posición del parto**

Las mujeres en las comunidades indígenas desde tiempos inmemoriales han empleado las posiciones del que se ha llamado parto vertical, es la forma como se acostumbraba a dar a luz en sus hogares con la ayuda de comadronas o parteras que con mucha experiencia han sabido guiar el parto en las comunidades. Las parteras naturalmente han aprendido a través de generaciones el alumbramiento a través de una posición vertical y no en la posición horizontal como la que se realiza en el mundo occidental.

Las parteras han criticado esta posición de dar a luz, por considerarla antinatural al parto, afirmando que solo está para dar comodidad al personal de salud. Es por ello, que esta forma de parto es uno de los mayores obstáculos para que las indígenas acudan a los centros de salud pública. La manera cultural de dar a luz permite que la paciente escoja la posición que crea más conveniente y también procura que otros procedimientos de la medicina occidental no se apliquen de manera habitual.

La posición de parto vertical que más se emplea suele ser la de cuclillas por ser más cómoda para la madre, más allá de que puede optar por variaciones como la de rodillas, sujetada de una soga, con apoyo en una silla, en posición de rodillas o de gateo, etc. En estas posiciones la mujer tiene una mayor participación no solo por el hecho de poder elegir la manera como desea parir, sino porque puede emplear mejor su cuerpo para facilitar el parto.

Esto tiene sentido, no solo desde la perspectiva del respeto a los derechos de las mujeres indígenas sino incluso desde la misma perspectiva médica, puesto que la práctica de una posición de parto vertical está sustentada científicamente por la (OMS, 1996) que rescata la mayor facilidad para el encaje y el descenso del bebé, el aumento del canal de parto, menor presión de vasos sanguíneos grandes en la madre, mejor eficiencia de las contracciones uterinas, puede verse reducido el dolor, e incluso el tiempo que lleva el parto suele verse reducido.

Es decir, desde la perspectiva del parto tradicional de las zonas indígenas del país y por su puesto del pueblo Puruhá el parto vertical resulta una práctica recomendable en los centros de salud y maternidades. Como lo confirma Hermida (2010), todavía existe resistencia de parte de ciertos servidores de salud cuando se niegan por ejemplo a recibir capacitación de las parteras sobre parto vertical. Esto cuando los establecimientos de

atención cuentan con salas de parto adaptadas con implementos propios de la cultura y otros adaptados que permiten que se lleven a cabo sin problemas.

En la actualidad el sector de la salud pública busca brindar una atención integral a las diferentes culturas y pueblos, que responda a sus costumbres, es por ello que ha implementado el servicio de parto culturalmente adecuado en las salas de parto de maternidades y hospitales del Ecuador, donde se cuenta con ciertos instrumentos y servicios: colchonetas, barras de soporte, sillas ginecológicas especialmente adaptadas para el parto vertical, que asemejan las condiciones con que las mujeres realizan este tipo de parto en domicilios.

### **2.6.3.1. Posiciones en el trabajo de parto – momento de alumbramiento**

#### *2.6.3.1.1. Posición de cuclillas*

Esta es una de las posiciones que más se suele emplear por parte de las mujeres en los partos domiciliarios, debido a la reducción en el tiempo que toma el alumbramiento. De esta forma las parteras se colocaban en la misma posición, en cuclillas o en un banco bajo. En esta posición el padre o un acompañante podían sostener a la madre por delante o detrás de ella.

#### *2.6.3.1.2. Posición de rodillas*

En esta posición la partera puede ubicarse delante o detrás de la mujer. Se suele colocar ropa u otro material debajo de las piernas para evitar que se lastime. La partera puede colocarse en la misma posición que la parturienta. Al frente o detrás se ubica el padre u otro acompañante que sujeta a la mujer por el tórax y la mujer puede apoyarse sobre sus muslos.

#### *2.6.3.1.3. Posición sentada*

La mujer permanece sentada y la partera de igual manera, procurando encontrarse en una posición cómoda. La embarazada descansa mejor que en otras posiciones, la partera se coloca frente a la mujer y le orienta progresivamente hasta el parto. El acompañante se encuentra detrás y puede abrazar a la mujer y así esta puede apoyarse en él.

#### *2.6.3.1.4. Posición parada o sostenida en una soga*

En el hogar se procura colgar y amarrar a una viga en el techo una soga, a la cual la mujer se sostendrá. Al encontrarse sostenida de esta forma, existe una mayor amplitud de movimiento para las mujeres y esto favorece la dinámica del parto

#### *2.6.3.1.5. Posición de cuatro puntos (pies, rodillas y manos)*

Las mujeres indígenas que emplean esta posición suelen ser aquellas que presentan alguna dificultad o dolencia física. La partera se ubica detrás de la mujer y realiza los movimientos necesarios para facilitar el alumbramiento debido a que la mujer puede tener menos control del proceso que con otras posiciones. Puede inclinarse hacia delante para sujetarse de su cama o de un acompañante.

### **2.6.4. Abrigo y uso de vestimenta**

Un principio que se tiene en cuenta permanentemente en las prácticas de salud del mundo indígena es el humoral. Este hace referencia a que debe existir un balance entre el calor como el frío para lograr el equilibrio en la salud. En el caso del proceso del parto este es un principio fundamental para el éxito de mismo.

Las parteras y usuarias solían criticar duramente las prácticas de asepsia de la medicina alopática durante la labor de parto que se practican hace algunos años atrás. Una de ellas, consistía en bañar a la mujer embarazada por lo general en agua fría, así como el empleo de una bata muy delicada para cubrirla luego de este baño, lo cual consistía en una violación a sus derechos.

Además de convertirse en agresiones físicas claras, constituían un irrespeto a sus creencias y tradiciones. Estas prácticas no ayudaban a conservar el calor corporal, sino todo lo contrario, hacían que la temperatura corporal descendiera, por lo tanto, se convertían en una práctica médica que iba en contra de uno de los principios fundamentales de las tradiciones y costumbres del parto indígena.

Actualmente esto no se hace en los hospitales y maternidades, sin embargo, es importante para la parturienta conocer la razón de las prácticas que le permiten mantener el calor corporal y que se utilizan en los partos domiciliarios, puesto que le permiten por una parte, valorar estas costumbres no solo como parte de la cultura, sino desde los beneficios

fisiológicos reales que conlleva, como también desde el aporte a una mayor estabilidad emocional que favorece una reducción del temor y los nervios, provocando una mayor comodidad y confianza durante todo el proceso del parto.

En los partos domiciliarios de las mujeres indígenas de la sierra, se preparan los ambientes para que se encuentren abrigados, y la madre se encuentre al menos en un lugar confortable reconociendo que el parto es una experiencia incómoda y dolorosa. Además, la mujer se encuentra con su vestimenta tradicional que ayuda a conservar el calor corporal y que contribuye a que se mantenga estable durante la labor del parto, incluso para el momento del nacimiento del bebé y que este también llegue a un ambiente cálido.

A las mujeres además las batas las consideraban un atentado a su pudor puesto que tenían no cubierta la parte posterior, lo que las hace sentir vergüenza, les gusta la idea de quedarse con su propia vestimenta o que esta sea cubra mejor su cuerpo y que sea de un material que guarde el calor. Un pedido que suele hacerse es que se cuente en salas de trabajo de parto con calefactores para mantener abrigado el ambiente.

#### **2.6.5. Alimentación**

En la sierra del Ecuador se emplean diferentes tradiciones respecto a la alimentación, una parte de ellas es la utilización de aguas de hierbas antes, durante y después del parto. Todas estas hierbas propias de la sierra suelen ser empleadas en los partos domiciliarios con el apoyo de familiares y las parteras que han obtenido este saber a lo largo de generaciones.

Por ello, dentro de los derechos de las mujeres indígenas durante el parto se encuentra la posibilidad de emplear ciertas aguas aromáticas propias de su cultura y costumbres, “antes de dar a luz, para mantener el calor corporal y durante el parto para tener fuerzas, algunas parturientas ingieren diversas aguas endulzadas con panela: de anís, de manzanilla, de Paraguay, de higo, etc.” MSP (2008). Estas aguas las abrigan y les permiten sentirse más cómodas porque están llevando a la práctica una actividad propia de sus comunidades. Si la mujer embarazada conoce que puede solicitar este servicio puede solicitarlo y puede reclamarlo, independientemente de la presencia o no de acompañante o de la partera puesto que debe ser una consideración del personal de salud en general.

Por su puesto que la garantía de otros derechos como la compañía de familia o partera son una forma de asegurar que otros derechos como este sean respetados y como se ha expuesto anteriormente la presencia de la partera por su puesto con la supervisión del personal médico que debe conocer.

En la misma línea del principio humoral que sostiene la importancia de mantener el abrigo la alimentación durante el embarazo “se debe permitir la ingesta de alimentos y bebidas, según las necesidades de la gestante, durante la labor de parto y el post parto, con la finalidad de proporcionarle la energía que requiere y favorecer el progreso del parto” CONASA (2008).

De todas formas las aguas que se brinden a las embarazadas especialmente en el período del parto deben ser supervisadas por el personal médico que observará la pertinencia del tipo de agua y la cantidad que se brindará a la embarazada.

También existen mujeres que les gustaría poder comer poco tiempo luego de dar a luz sea que pueda ser provista de algo que exista en el centro de salud o que puedan ser sus familiares aquellos que puedan brindarle alimentos propios de la comunidad. Estos productos o preparados pueden ser las sopas o caldos de gallina, arroz de cebada.

#### **2.6.6. Entierro de la placenta**

La tradición andina en general le suele otorgar una cualidad muy importante a la placenta que es considerada como un ser vivo más, casi como una persona. En algunos sectores se le suele identificar como parte de la mujer y se suele asociar su salud con esta, incluso la del mismo bebé. Sin embargo, no siempre tiene la misma consideración en diferentes comunidades.

Es una tradición en muchos sectores indígenas del Ecuador enterrarla sea cerca de la casa, en el patio, u otro terreno que se quiera obtenga una tierra fértil. En algunos sectores se le suele quemar de acuerdo a según sea su costumbre.

En algunas comunidades se considera que si no se le da un buen tratamiento o no se la entierra, esta pueda regresar con espíritus y asustar a la mujer o puede influir en la salud futura del niño.

En las comunidades puruháes se suele también enterrar debajo de un árbol para que este aproveche sus propiedades y tenga un buen desarrollo. Es decir, la placenta representa simbólicamente un objeto de fertilidad y en el entierro se devuelve este don de fertilidad a la madre Tierra para que continúe con el ciclo de generar vida.

Debido a esta connotación es que se debe respetar y comprender que las madres o sus familias tienen derecho a solicitar este órgano y en las instituciones de salud se debe entregar tomando en cuenta las medidas de seguridad en su manejo. Sin embargo, más allá de que pueda ser entregada cuando por pedido de los profesionales de la salud, estos deberían preguntar si se desea conservar la placenta.

Esta consideración también es parte del respeto a los derechos de las mujeres indígenas y sus familiares, permite que la percepción de las mujeres que se acuden a dar a luz en los centros de salud públicos sea positiva y que no tengan como en el pasado experiencias de maltrato.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Enfoque de la investigación**

Atendiendo a los criterios de Hernández Sampieri (2014), el proceso investigativo siguió el paradigma cuali-cuantitativo en el cual se integran características cualitativas y cuantitativas; ese autor refiere que este enfoque aparece cuando se emplean diversas fuentes de información y tipos de datos que implican el análisis desde las dos perspectivas para el estudio de un fenómeno.

#### **3.2. Diseño de la investigación**

El alcance del objetivo propuesto no precisó la manipulación deliberada una variable dependiente a través de una o varias independientes relacionadas con esta; por lo que, se desarrolló una investigación de tipo descriptivo.

#### **3.3. Tipo de investigación**

**De campo:** teniendo en cuenta que la recolección de los datos se realiza en el entorno de la comunidad y que el producto generado va dirigido a esta también.

**Descriptiva:** entre las investigaciones de diseño no experimental, aquellas cuyo propósito es caracterizar un fenómeno u objeto determinado (como en este caso).

**Etnográfico:** Según el método fundamental empleado para el estudio del objeto de investigación, en el que primó el análisis de un aspecto determinado de la realidad cultural de un grupo poblacional.

#### **3.4. Método de investigación**

**Histórico-lógico:** al realizar el estudio de las tradiciones ancestrales relacionadas con el parto y el puerperio.

**Lógico-práctico:** utilizado durante la planificación y organización del proceso investigativo, así como durante la toma de decisiones para el alcance de los objetivos propuestos.

**Inductivo-deductivo:** el que permitió diseñar la propuesta a partir del análisis de los elementos identificados durante el diagnóstico y luego establecer la guía definitiva a partir de la evaluación realizada por los expertos.

**Análisis-síntesis:** cuando el autor recreó la fundamentación teórica de su proyecto investigativo y al presentar los resultados resumidos en tablas y gráficos.

**Sistémico:** empleado para establecer los sistemas de conocimientos inherentes a las variables estudiadas para diseñar la guía en cuestión.

### **3.5. Técnicas e instrumentos para recolección de datos**

La encuesta fue la técnica empleada con las mujeres embarazadas para conocer el tipo de conocimiento que tenían sobre tradiciones de salud ancestral (Anexo 4), por medio de una lista de cotejo con interrogantes que arrojó datos cualitativos y cuantitativos. La entrevista de tipo estructurada fue la técnica empleada con los expertos preseleccionados, a través, de un cuestionario con preguntas cerradas, con el fin de determinar su nivel de experticia a partir de los datos (principalmente cualitativos) aportados en la Guía Didáctica aplicada al efecto (Anexo 1). A los expertos seleccionados se les practicó una encuesta en la que emitieron sus criterios evaluativos para completar el cuestionario correspondiente (Anexo 5).

### **3.6. Población y muestra**

#### **3.6.1. Población**

La población estuvo constituida por 46 mujeres embarazadas y puérperas autoidentificadas como indígenas o mestizas, que fueron atendidas en el Centro de Salud Tipo A Yaruquíes durante el mes de julio de 2018. Todas las involucradas accedieron a participar voluntariamente en el estudio y lo expresaron al firmar un consentimiento informado.

#### **3.6.2. Muestra**

La muestra se calculó a partir de una población de 46 madres con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * (\alpha_c * 0,5)^2}{1 + (e^2 * (N - 1))}$$

N=46

Nc=Nivel de confianza=95%

$\alpha$ = Margen de error=0,05=

Esto dio como resultado una muestra de 41.

**Tabla Nro. 1.** Muestra de estudio

<b>Distribución de la muestra</b>		
	<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Puérperas</b>	11	26.8
<b>Embarazadas</b>	30	73.1
<b>Total</b>	41	100

### **3.7. Procedimientos para el análisis de los resultados**

Los datos obtenidos relativos a las diferentes variables del estudio fueron procesados a través de pruebas estadísticas descriptivas (análisis de frecuencias), mediante los siguientes pasos:

1. Recolección de los datos.
2. Organización de los datos en una base de Microsoft Excel.
3. Presentación de los valores en tablas y gráficos con el análisis de frecuencia incluido.
4. Interpretación de los resultados.
5. Elaboración del informe.

### **3.8. Hipótesis de investigación.**

El nivel conocimiento en las embarazadas y puérperas autoidentificadas como indígenas o mestizas atendidas Centro de Salud tipo A Yaruquíes está asociada a sus características sociodemográficas

## **CAPÍTULO IV**

### **LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS**

#### **Guía didáctica dirigida a la capacitación sobre parto y puerperio desde una perspectiva de integración de prácticas tradicionales con la medicina convencional**

##### **Presentación**

El autor, con la colaboración y asesoría de las autoridades locales del Ministerio de Salud Pública, diseñaron la presente guía didáctica a la luz de las políticas salubristas que promueven de manera responsable el parto respetuoso, en libre posición y con pertinencia intercultural (Ministerio de Salud Pública, 2018).

La misma consta de las indicaciones para el desarrollo de cuatro talleres que integran un sistema de conocimientos elementales sobre el cuidado de la mujer durante el embarazo y el puerperio, desde un posicionamiento intercultural y educativo; los que se estructuran de la siguiente manera:

**Taller 1.** De las competencias y pertinencia del acompañamiento y asistencia durante el parto.

Temas:

- El acompañamiento de familiares, áreas de colaboración.
- Asistencia de la partera, sus competencias.
- Intercambio de saberes entre el docente y participantes con registro de memoria.

**Taller 2.** Vestimentas e insumos necesarios para la asistencia del parto y los cuidados del puerperio.

Temas:

- Temperatura adecuada del entorno.
- Medidas de asepsia y antisepsia.
- Recursos materiales que se requieren.

- Vestuario recomendado para las posibles situaciones.

**Taller 3.** Parto respetuoso, en libre posición y con pertinencia intercultural.

Temas:

- Principios ético-legales sobre los que se sostiene.
- Posiciones para el desarrollo del parto empleadas por las embarazadas en los pueblos indígenas.
- Importancia de los controles prenatales.

**Taller 4.** Características de la alimentación de la madre durante la labor de parto y el puerperio.

Temas:

- Uso responsable de infusiones y otras formas alimenticias tradicionales con fines de propiciar un parto exitoso.
- Comidas tradicionales para la etapa postparto.
- Importancia de la alimentación adecuada durante las diferentes etapas del embarazo.

Objetivos

Objetivo general

Transmitir conocimientos sobre costumbres y tradiciones de salud a las pacientes embarazadas y puérperas atendidas en el Centro de Salud tipo A Yaruquies, desde una perspectiva de integración intercultural de prácticas tradicionales con la medicina convencional.

Objetivos específicos

Reconocer las prácticas culturales tradicionales saludables relacionadas con el parto y el puerperio entre las embarazadas de la comunidad Yaruquies.

Organizar acciones educativas interculturales para la integración de los cuidados durante parto y puerperio propios de las prácticas tradicionales y convencionales.

### Fundamentación

En 2013, las patologías relacionadas con la maternidad provocaron la muerte de aproximadamente 9 300 mujeres en América Latina. La tasa de muerte materna reportada en Ecuador es de alrededor de 160 por cada 100 000 nacidos vivos; en ese contexto, Chimborazo resultó la segunda provincia más afectada. Esos datos indican la necesidad de realizar acciones educativas que desarrollen las potencialidades de las comunidades al respecto (Cáceres-Cabrera, García-Núñez & San Juan-Bosch, 2017).

Autores como Rojas Riera (2016), Vigil Iglesias, Rodríguez González, Villatoro Godoy y Méndez Flamenco (2017) y Cáceres Cabrera (2016) concluyeron, a través de sus respectivos procesos investigativos que, el desarrollo de acciones educativas interculturales dirigidas a la disminución de los riesgos relacionados con el embarazo en las comunidades resultará efectivas.

### Indicaciones metodológicas

Los talleres serán impartidos desde la base del intercambio de saberes y el respeto a la diversidad de criterios y prácticas relacionadas con la salud. El procedimiento heurístico deberá predominar en las conferencias que se impartan como parte de las actividades capacitantes. Las personas poseedoras de los saberes tradicionales de la comunidad involucrada (parteras, chamanes y otras) serán invitados permanentes a las sesiones de trabajo.

Las actividades educativas (talleres) tendrán una duración de una hora. El trabajo partirá de un sondeo de conocimientos iniciales acerca de la temática central a abordar y de las características socioeconómicas de las participantes (lista de cotejo). El personal de salud involucrado deberá prepararse previamente desde el punto de vista técnico, histórico y cultural con el fin lograr una mejor integración con la comunidad.

### Planificación metodológica de los talleres

**TALLER 1.** De las competencias y pertinencia del acompañamiento y asistencia durante el parto

### **Objetivos formativos del taller**

- Reconocer la importancia del acompañamiento de familiares durante el parto domiciliario y comprender las áreas de colaboración de estos.
- Establecer los riesgos y beneficios del parto domiciliario asistido por la partera, a partir de las competencias de estas.
- Intercambiar saberes entre el docente y los participantes.

### **Recursos didácticos**

- Pancartas
- Pizarrón
- Marcadores
- Computadora
- Proyector
- Diapositivas
- Material bibliográfico

### **Distribución del tiempo durante la actividad educativa**

<b>Contenidos</b>	<b>Metodología</b>	<b>Técnica</b>	<b>Duración</b>
Motivación	Participativa	Dinámica:	10 minutos
Recogiendo saberes	Participativa	Lluvia de ideas	15 minutos
Exposición Participante: Acompañamiento	Exposición dialogada	Procedimiento heurístico	25 minutos
Evaluación	Diagnóstica	Preguntas de opción múltiple	10 minutos

### **Descripción de los momentos de la actividad educativa**

#### **Motivación**

**Dinámica:** Encuentra tu pareja

**Tiempo:** 10 minutos

### **Procedimiento**

Entre las participantes, se distribuyen cartas con pares de animales cuyas onomatopeyas resultan conocidos por la comunidad, se solicita que no divulguen el contenido de la tarjeta seleccionada y una vez que se da una señal preestablecida, cada una caminará en el auditorio emitiendo el sonido característico del animal que le correspondió hasta que localicen su pareja, una vez que llegan hasta esta conversan de alguna experiencia y se presentan ante los demás.

### **Recogiendo los saberes**

**Dinámica:** Experiencias personales en partos previos

**Tiempo:** 15 minutos

### **Procedimiento**

Se pide a las participantes con partos previos que narren sus experiencias al respecto de manera sencilla y rápida, haciendo énfasis en la descripción de las personas que les acompañaron y las que les asistieron, además de cómo se sintieron durante la atención. Una vez concluido el debate se realiza algunas preguntas:

En los partos domiciliarios, ¿quién o quiénes les gustaría que les acompañaran desde el inicio de la labor del parto hasta el nacimiento?

¿La compañía de la partera es suficiente o les gustaría que estuviera presente algún familiar o persona de su círculo íntimo?

Luego de vivida las experiencias narradas, si pudieran escoger, ¿a quién o quiénes habrían escogido para tener cerca durante el parto?

Al finalizar, el facilitador emitirá sus consideraciones acerca de planteado por las participantes.

### **Exposición Participante**

**Dinámica:** exposición con participación del auditorio

**Tiempo:** 25 minutos

### **Procedimiento**

Desde el momento de la concepción hasta el momento del parto la mujer necesita el apoyo de su entorno social más cercano (familia, comunidad, otros). El embarazo es un acontecimiento que tiene un significado social muy importante para el mundo indígena. Este entorno es el que la mujer embarazada reconoce como propio y en el cual confía. Debido a esta particularidad las atenciones de salud en los centros de salud públicos necesitan adaptarse para generar las facilidades para que los familiares, el padre del próximo ser humano o la partera del sector sean acompañantes del proceso.

Este derecho se expande incluso con mayor importancia al momento del parto, debido a que es el momento cumbre del embarazo, donde las necesidades físicas y emocionales son mayores. Las mujeres desde tiempos inmemoriales han recibido a sus hijos en el seno de su hogar y han recibido el acompañamiento de la familia y comunidad de los nuevos miembros del hogar.

Dichas prácticas se han ido desarraigando a partir de la globalización de procedimientos médicos occidentales, que no siempre adoptan el carácter íntimo y familiar de esa experiencia única en la vida familiar.

Ese acompañamiento implica sostén físico, emocional y afectivo a la embarazada más allá de la aplicación de la técnica médica. La humanización del parto resulta una visión biopsicosocial del sistema hacia la madre que sufre diversos cambios a nivel social, físico y psicológico, al generar un ambiente de confianza y seguridad que ofrece la presencia de una persona de su círculo íntimo.

El apoyo mediante el acompañamiento podría percibirse en las siguientes variantes:

- Presencia del esposo o algún familiar que la embarazada pida.
- Compañía de la partera comunitaria.
- Facilidades para recibir visitas de familiares o amistades luego del parto.

## **Evaluación:**

**Dinámica:** preguntas de opción múltiple

**Tiempo:** 25 minutos

### **Procedimiento**

Se entregan hojas de preguntas a las participantes

### **Instrumento evaluativo**

Subraye la opción de respuesta que considere correcta en las siguientes preguntas

**1. ¿Quiénes son las personas que pueden acompañar a la mujer embarazada durante el proceso del parto domiciliario en la cultura Puruhá?**

- a) Solo esposo, marido o papá del hijo/a
- b) Esposo, marido o papá del hijo y partera (de contar con una)
- c) Esposo, marido, papá del hijo o persona de confianza y partera

**2. En los partos en centros de salud u hospitales quien o quienes tienen el derecho de acompañar durante en el parto**

- a) Solo esposo, marido o papá del hijo/a
- b) Esposo, marido o papá del hijo y (partera de contar con una)
- c) Esposo, marido, papá del hijo o persona de confianza y partera

**3. ¿Quién o quienes deben decidir la/s persona/s que acompañan a la mujer?**

- a) Mujer embarazada
- b) Personal de salud
- c) Partera

**4. Contar con el acompañamiento de familiares en los centros de salud, durante la recuperación de la madre**

- a) Genera sensación de seguridad y apoyo para la madre
- b) Distrae a la madre de la atención a su hijo/a
- c) No es una práctica tradicional de la cultura Puruhá

## **TALLER 2.** Vestimentas e insumos necesarios para la asistencia del parto y los cuidados del puerperio

### **Objetivos formativos del taller**

- Reconocer la importancia de las medidas de asepsia y antisepsia durante el parto domiciliario, mediante la garantía de las condiciones y materiales necesarios.
- Dominan las características adecuadas del entorno para el desarrollo del parto domiciliario.
- Prepara las condiciones más favorables para el éxito del parto domiciliario.

### **Recursos didácticos**

- Pancartas
- Pizarrón
- Marcadores
- Computadora
- Proyector
- Diapositivas
- Material bibliográfico

### **Distribución del tiempo durante la actividad educativa**

<b>Contenidos</b>	<b>Metodología</b>	<b>Técnica</b>	<b>Duración</b>
Motivación	Participativa	Dinámica:	10 minutos
Recogiendo saberes	Participativa	Lluvia de ideas	15 minutos
Exposición Participante: Acompañamiento	Exposición dialogada	Procedimiento heurístico	25 minutos
Evaluación	Diagnóstica	Preguntas de opción múltiple	10 minutos

### **Descripción de los momentos de la actividad educativa**

## **Motivación**

**Dinámica:** Dónde está la bolita

**Tiempo:** 10 minutos

### **Procedimiento**

Se organizan grupos de tres participantes. A una de ellas se entregará una pelota plástica que quepa en la mano, esta se colocará a las espaldas de sus compañeras para mostrar a los demás en qué mano tiene la pelota, para luego ponerse enfrente de las dos integrantes y pedirles que adivinen en que mano se encuentra. El resto del auditorio no puede intervenir y tienen una sola oportunidad.

## **Recogiendo los saberes**

**Dinámica:** Consideraciones sobre las condiciones para el parto domiciliario

**Tiempo:** 15 minutos

### **Procedimiento**

Se pide a los participantes que formen 4 grupos en los que al menos una integrante haya tenido hijos no más de años antes.

Al interno de cada grupo se establece un debate por cinco minutos con la participante seleccionada por su experiencia reciente acerca de la cómo se sentían mientras esperaban el parto, si percibían un ambiente de privacidad, si sentían frío, sobre la vestimenta que utilizaron según el lugar donde tuvieron el parto y cómo consideran que influyeron esas condiciones en el proceso del parto.

Discuten sobre la vestimenta que usualmente se utiliza durante el parto domiciliario y sobre cómo se prepara el ambiente para su realización.

Una de las miembros de cada equipo irá registrando las memorias del debate para luego compartir las experiencias con el resto del auditorio.

## **Exposición Participante**

**Dinámica:** exposición con participación del auditorio

**Tiempo:** 25 minutos

### **Procedimiento**

La vestimenta es un componente tradicional importante, siendo esta una consideración a tener en cuenta en el momento de la atención del parto siguiendo el principio humoral de la medicina andina; el que fundamenta la concepción del origen de los desequilibrios de salud-enfermedad desde esa visión filosófica, por ejemplo: una enfermedad caliente debe tener un remedio de propiedades frías y viceversa.

Cuando no se puede alcanzar este balance la salud puede deteriorarse o mantenerse. De la misma manera, el proceso del parto a pesar de no ser un evento patológico, si es un momento sensible para la salud de la madre y del nuevo ser; por lo que, a la mujer se le procura un ambiente cálido que evita incomodidades en la madre y facilita el parto.

Se debatirán las indicaciones para el parto humanizado, además de los deberes y derechos de las madres durante ese momento.

### **Evaluación:**

**Dinámica:** preguntas de opción múltiple

**Tiempo:** 25 minutos

### **Procedimiento**

Se entregan hojas de preguntas a las participantes

### **Instrumento evaluativo**

Subraye la opción de respuesta que considere correcta para completar las siguientes frases.

**1. La vestimenta con la que debe contar la madre durante la espera del parto en los centros de salud debe ser...**

a) delgada y que permita al personal de salud hacer los controles con facilidad.

b) abrigada para conservar el calor del cuerpo de la mujer y adecuada para cubrir efectivamente su cuerpo.

c) la misma que se brinda a todas las demás personas que se encuentran internadas en dichos centros.

**2. Mantener el abrigo de la madre es fundamental para el éxito del proceso del parto domiciliario...**

a) porque facilita el parto y la comodidad de la madre.

b) para que la madre no sienta frío.

c) porque es parte de la cultura Puruhá y favorece la labor de parto.

**3. El uso de una vestimenta adecuada para mantener una temperatura adecuada de la madre es importante durante...**

a) la labor de parto.

b) el parto y después del parto.

c) la labor del parto, el parto y luego del parto.

**TALLER 3.** Parto respetuoso, en libre posición y con pertinencia intercultural

**Objetivos formativos del taller**

- Comprender los principios ético-legales del parto respetuoso.
- Reconocer la importancia de la realización de los controles prenatales.
- Dominar las posiciones para el desarrollo del parto empleadas por las embarazadas según las tradiciones del pueblo Puruhá.

**Recursos didácticos**

- Pancartas
- Pizarrón
- Marcadores
- Computadora
- Proyector
- Diapositivas
- Material bibliográfico

## Distribución del tiempo durante la actividad educativa

Contenidos	Metodología	Técnica	Duración
Motivación	Participativa	Dinámica:	10 minutos
Recogiendo saberes	Participativa	Lluvia de ideas	15 minutos
Exposición Participante: Acompañamiento	Exposición dialogada	Procedimiento heurístico	25 minutos
Evaluación	Diagnóstica	Preguntas de opción múltiple	10 minutos

## Descripción de los momentos de la actividad educativa

### Motivación

**Dinámica:** Perdidos en el Amazonas

**Tiempo:** 10 minutos

### **Procedimiento**

El facilitador expone una situación en la que hay que atravesar un río infectado con pirañas, para lo que se precisa formar un puente que permita pasar sin mojarse los pies. El cruce de realizarse manteniendo el equilibrio durante la ida (transportando material) y de vuelta (para recoger nuevos materiales); por lo tanto, se precisa establecer colaboración para mantener el equilibrio cuando se hagan las maniobras para el cruce exitoso. Al final todos deben llegar a la orilla contraria con los materiales.

Cada miembro del grupo transportará su material elegido y lo colocará según el orden en el que cruzaron el río, el que será preestablecido.

¿Bajo qué criterios se establecieron los materiales más adecuados?

¿Cuáles fueron las estrategias empleadas durante la colaboración para mantener el equilibrio individualmente y no caer al río?

### **Recogiendo los saberes**

**Dinámica:** ¿cómo recibí mi hijo durante el nacimiento?

**Tiempo:** 15 minutos

### **Procedimiento**

El diálogo comenzará a partir de la pregunta a las participantes sobre sus conocimientos acerca del parto según las prácticas ancestrales y sus criterios comparativos con respecto a la forma en que realiza el parto en las instituciones del sistema nacional de salud.

El facilitador designará a dos personas para hagan la función de registradores para establecer una memoria del intercambio.

### **Exposición Participante**

**Dinámica:** exposición con participación del auditorio

**Tiempo:** 25 minutos

### **Procedimiento**

La posición que adoptará la embarazada durante el parto constituye un aspecto de técnico a definirse previamente por esta y el personal que le prestará asistencia al respecto. Partiendo de ese principio se realizará una explicación con procedimiento heurístico sobre la importancia de los controles prenatales para llegar satisfactoriamente a este esperado momento y cómo los resultados observados influyen sobre las decisiones al respecto; además se abordará los principios ético-legales del parto respetuoso para el contexto ecuatoriano.

Luego, los facilitadores abordarán las características de las diferentes posiciones que se pueden adoptar durante el parto vertical; durante este, abordarán de manera demostrativa todas las explicaciones sobre la técnica apropiada para cada caso, además exponer las ventajas correspondientes.

## **Evaluación:**

**Dinámica:** preguntas de opción múltiple

**Tiempo:** 25 minutos

### **Procedimiento**

Se entregan hojas de preguntas a las participantes.

### **Instrumento evaluativo**

Subraye la opción de respuesta que considere correcta para completar las siguientes frases.

**1. El parto vertical resulta una tradición cultural Puruhá que ...**

- a) no se considera válida por el personal de atención en los centros del sistema nacional de salud.
- b) disminuye el tiempo del trabajo de parto.
- c) provoca más dolor que la realización de técnica de parto establecida por la medicina convencional u occidental.

**2. El parto vertical frente a la técnica de parto establecida por la medicina convencional u occidental ...**

- a) más beneficios para la madre y el recién nacido.
- b) menos higiene y más probabilidades de sangrado.
- c) menos beneficios para la madre y el recién nacido.

**3. En los centros del sistema nacional de salud, el personal tiene la obligación de respetar la decisión de las mujeres indígenas sobre la forma en que desarrollará ...**

...

- a) la labor de parto.
- b) el parto y después del parto.
- c) la labor del parto, el parto y luego del parto.

**TALLER 4.** Características de la alimentación de la madre durante la labor de parto y el puerperio.

### **Objetivos formativos del taller**

- Dominar las formas de uso responsable de infusiones y otras formas alimenticias tradicionales con fines de propiciar un parto exitoso.
- Explicar la preparación de las comidas tradicionales para la etapa postparto.
- Reconocer la importancia de la alimentación adecuada durante las diferentes etapas del embarazo.

### **Recursos didácticos**

- Pancartas
- Pizarrón
- Marcadores
- Computadora
- Proyector
- Diapositivas
- Material bibliográfico

### **Distribución del tiempo durante la actividad educativa**

<b>Contenidos</b>	<b>Metodología</b>	<b>Técnica</b>	<b>Duración</b>
Motivación	Participativa	Dinámica:	10 minutos
Recogiendo saberes	Participativa	Lluvia de ideas	15 minutos
Exposición Participante: Acompañamiento	Exposición dialogada	Procedimiento heurístico	25 minutos
Evaluación	Diagnóstica	Preguntas de opción múltiple	10 minutos

### **Descripción de los momentos de la actividad educativa**

#### **Motivación**

**Dinámica:** Mis antojos

**Tiempo:** 10 minutos

### **Procedimiento**

Se forman grupos de tres participantes y por cada equipo se entrega una hoja en blanco y marcadores. Todas escribirán los alimentos que se les antojaron en las distintas etapas del embarazo. Luego, compartirán lo que está apuntado con el resto del grupo, mientras cada integrante cuenta anécdotas relacionadas con momentos específicos de antojos y sobre las cosas que hicieron las personas que estaban a su alrededor para satisfacer esos deseos desmedidos por un alimento determinado.

### **Recogiendo los saberes**

**Dinámica:** Vivencias sobre alimentación en relación con embarazo y puerperio.

**Tiempo:** 15 minutos

### **Procedimiento**

Se solicita a aquellas que tienen más de un hijo que elijan por turnos a una compañera de curso que no cumpla con ese requisito; la selección se hará en tantas rondas de selección como sea necesario hasta que todas pertenezcan a uno de los grupos alrededor de las que más experiencias tengan relativas a la maternidad. Posteriormente, cada equipo se reunirá en torno a la que seleccionó las integrantes y esta les describirá sus experiencias y conocimiento acerca de la preparación y usos y beneficios de determinados alimentos antes, durante y después del parto que sean de uso tradicional en la cultura Puruhá para esos fines.

Las memorias escritas se intercambiarán con el resto de los equipos, cuyas integrantes realizarán anotaciones críticas atendiendo a sus propias vivencias y conocimientos sobre tradiciones culturales al respecto de cada plato. Finalmente, se desarrollará un debate en medio de un ambiente de respeto al criterio ajeno, pero que contribuya a enriquecer las experiencias colectivas.

### **Exposición Participante**

**Dinámica:** exposición con participación del auditorio

**Tiempo:** 25 minutos

### **Procedimiento**

El facilitador desarrolla una exposición a partir de una lluvia de ideas sobre la forma más adecuada de alimentarse durante las diferentes etapas del embarazo. Este abordará los grupos alimenticios según su importancia en la aportación energética, el uso de suplementos y otras cuestiones al respecto.

El uso de infusiones con fines alimenticios o medicinales como elemento importante dentro de la tradición cultural puruhá está ampliamente reconocido. Luego de una discusión grupal alrededor de esta temática, los facilitadores abordan la temática desde una visión integral de ese fenómeno, analizando posibles ventajas y desventajas relacionadas con este.

La alimentación durante las diferentes etapas del puerperio resulta un tema ampliamente debatido por la ciencia y la cultura popular. Los criterios al respecto son muy variados; por lo que, será necesario abordar la temática con sumo respeto a la diversidad de opiniones y desde posicionamientos muy bien fundamentados por la práctica y la ciencia.

### **Evaluación:**

**Dinámica:** preguntas de opción múltiple

**Tiempo:** 25 minutos

### **Procedimiento**

Se entregan hojas de preguntas a las participantes.

### **Instrumento evaluativo**

Subraye la opción de respuesta que considere correcta en las siguientes preguntas.

**1. Atendiendo a los criterios establecidos en la Cultura de sanación Puruhá, ¿cómo deben servirse las aguas de hierbas medicinales que se utilizan durante en el parto?**

- a) Frías.
- b) Calientes.
- c) Con sabor agrio.

**2. ¿Qué comida se emplea con mayor frecuencia para la recuperación de las madres inmediatamente después del parto?**

- a) Papas con cuy.
- b) Sopa de fideos.
- c) Caldo de Gallina.

**3. ¿Cuál de las siguientes plantas se emplea tradicionalmente en varios cantones de la provincia de Chimborazo con el fin de reducir el dolor durante los diferentes momentos del parto?**

- a) Ortiga.
- b) Mano de sapo.
- c) Manzanilla.

**4. ¿Con qué fin se proporciona aguas medicinales a las mujeres durante la labor de parto?**

- a) Mantener una temperatura corporal adecuada y energizarla para afrontar el esfuerzo del parto.
- b) Mantener despierta a la madre.
- c) Con un fin meramente alimenticio.

**Bibliografía**

Alveiro, D. (2012). La salud pública como escenario para el dialogo de saberes. *Revista CES Salud Pública*, 3(1), 1-3. Recuperado de [http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces\\_salud\\_publica/article/viewFile/2133/143](http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/viewFile/2133/143)

Bastidas M, Pérez F, Torres J, Escobar G, Arango F, Peñaranda F. (2009). El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. *Invest Educ Enferm*, 27(1), 104-11.

- Egaña, F. (2000). *Procesos de legitimación social de agentes de salud tradicional Aymara asentados en la ciudad*. Santiago de Chile: IFEANET. Recuperado de <http://www.ifeanet.org/temvar/SIIANTSC16.pdf>.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural (Este documento tiene fotos de las posiciones de parto culturalmente adecuado)*. Lima: Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública. (2006). *Guía para la Adecuación Cultural de los Servicios de Salud*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2010). *Salud, Interculturalidad y Derechos Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir. Bibliografía para la guía*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2011). *Guía Metodológica para la Atención de la Salud Materna Culturalmente Adecuada*. Quito. MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2011). *Módulos de Sensibilización en Atención Materna Culturalmente Adecuada para el personal de Salud*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Guía de Especificaciones Técnicas para UTPRS Interculturales (Unidades de Trabajo de Parto y Recuperación) esto es lo que significa UTRS (tiene imágenes de los implementos que se emplean en estas salas, las posiciones y la descripción)*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Guía de Uso de Equipamiento de las Unidades de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (Este documento tiene fotos de las posiciones de parto culturalmente adecuado)*. Quito. Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización del Sistema Nacional de Salud (2008). *Subproceso de Medicina Intercultural (DNSI). Mapa Estratégico 2009-2013*. Segunda Edición. Quito. MSP-DNSI.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Guía de Práctica Clínica Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Guía Técnica para la atención del parto culturalmente Adecuado*. Quito: MSP.

- Ministerio de Salud Pública. (2010). El enfoque intercultural en las normas de salud materna en el Ecuador. Mapeo de Normas Sobre Salud Materna 1994-2009. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública. (2010). *Informe de consultoría: Definición del Rol de las Parteras en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador*. Quito: Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Normatización y Subproceso de Salud Intercultural.
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitaria e Intercultural*. Quito-Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Informe de muerte materna 2013*. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Norma Técnica del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud*. Quito: MSP.
- OIT. (1991). *Comisión para el Desarrollo de Los Pueblos Indígenas. Convenio 169 de la OIT Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Estrategia de la OMS sobre la medicina tradicional 2014-2023. Hong Kong: OMS.
- UNFPA. (2011). *ATENCIÓN EN SALUD CON PERTINENCIA INTERCULTURAL. Módulo Técnico – Teórico*. Lima, Perú: UNFPA.
- UNFPA (2011) *INTERCULTURALIDAD EN SALUD. Manual de Sensibilización*. Lima, Perú: UNFPA.
- UNFPA, WHO. (2014). *El Estado de las Parteras en el Mundo: Hacia el Acceso Universal a la Salud, Un Derecho de la Mujer*. Lima: UNFPA. Recuperado de [www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/SoWMy2014\\_complete-Spanish.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/SoWMy2014_complete-Spanish.pdf).
- Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad en Salud de Bolivia. (2012). Lineamientos Estratégicos de Medicina Tradicional e Interculturalidad en Salud. Serie documentos técnicos normativos. La Paz: MSD VMTI.

## CAPITULO V

### EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

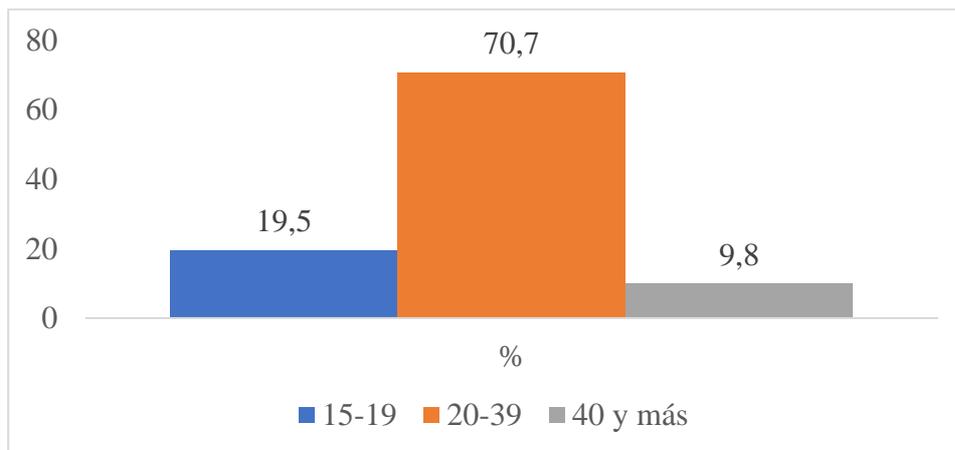
Las características sociodemográficas de la población estudiada (Tabla 1) aportaron información importante, la que fue tomada en cuenta para el diseño de la guía didáctica dirigida a la capacitación sobre parto y puerperio desde una perspectiva de integración de prácticas tradicionales con la medicina convencional.

**Tabla Nro. 2.** Caracterización sociodemográfica de la edad

Edad	Fa	%
15-19	8	19.5
20-39	29	70.7
40 y más	4	9.8
Total	41	100

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 1.** Caracterización sociodemográfica de la edad



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

#### a. Análisis

Entre las 41 embarazadas y puérperas incluidas en el estudio prevalecieron aquellas con edades comprendidas entre 20 y 39 años.

#### b. Interpretación

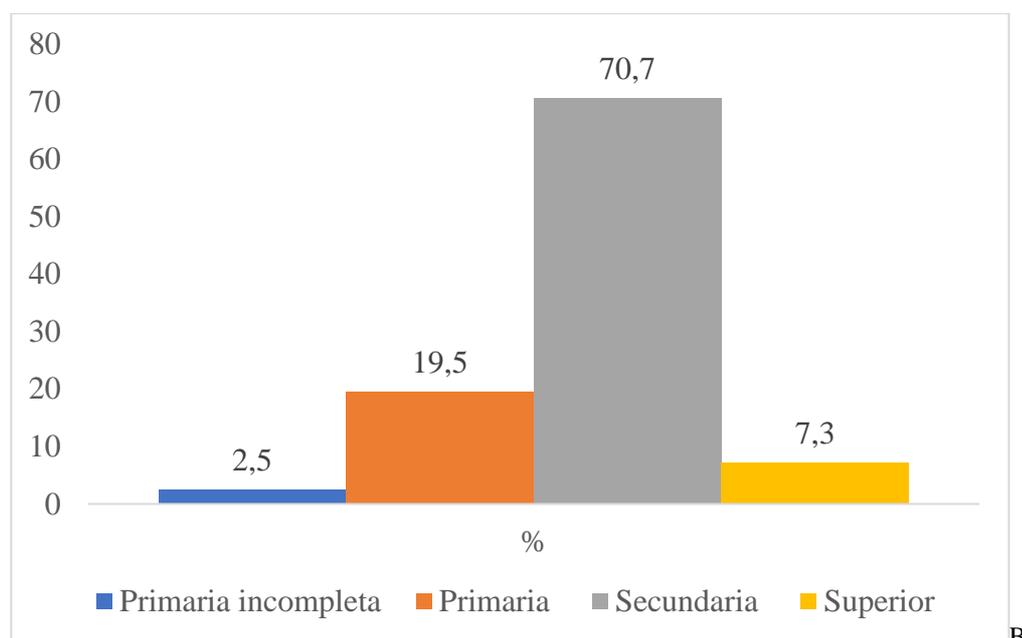
La mayoría de las personas del estudio corresponde a personas entre 20 a 39 años seguido por edades comprendidas entre 15 a 19 años.

**Tabla Nro. 3.** Caracterización sociodemográfica del nivel de instrucción

<b>Nivel de instrucción</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
Primaria incompleta	1	2.5
Primaria	8	19.5
Secundaria	29	70.7
Superior	3	7.3
Total	41	100

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 2.** Caracterización sociodemográfica del nivel de instrucción



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

### **a. Análisis**

La escolaridad concluida de secundaria, ambas características presentes en el 70,7% de la población investigada.

### **b. Interpretación**

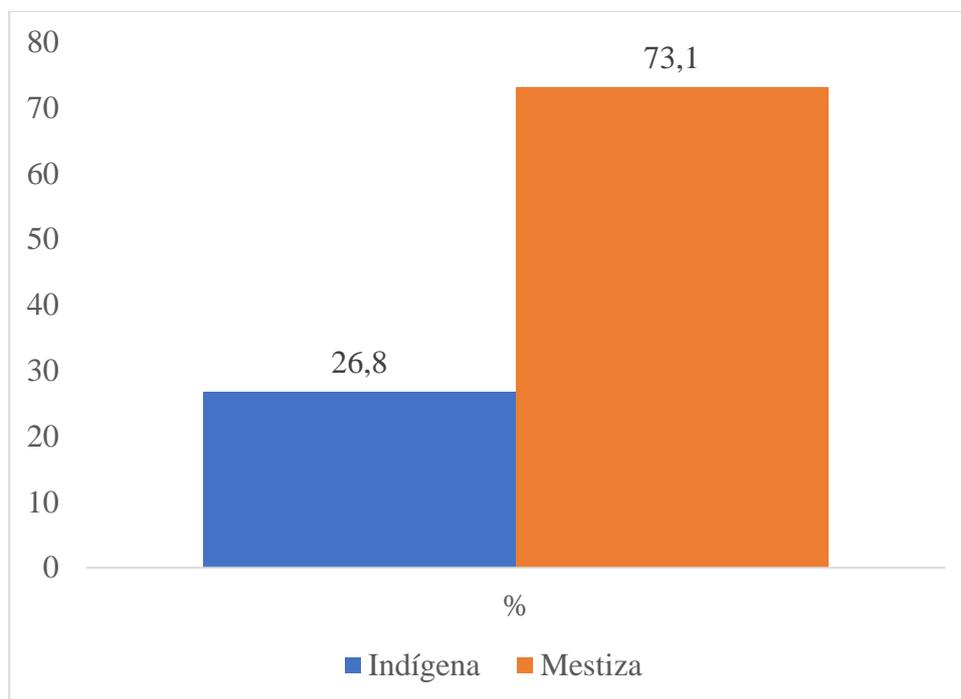
Un gran porcentaje de la población de estudio corresponde al nivel de formación secundaria seguido de la población de nivel instrucción primaria y en cantidades menores superior y primaria incompleta.

**Tabla Nro. 4.** Caracterización sociodemográfica de la autoidentificación étnica

<b>Auto identificación</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
Indígena	11	26.8
Mestiza	30	73.1
Total	41	100

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 3.** Caracterización sociodemográfica de la autoidentificación étnica



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**a. Análisis**

El 73,1% se autoidentificaron como mestizas en relación con la etnia y el 26,8% como indígena.

**b. Interpretación**

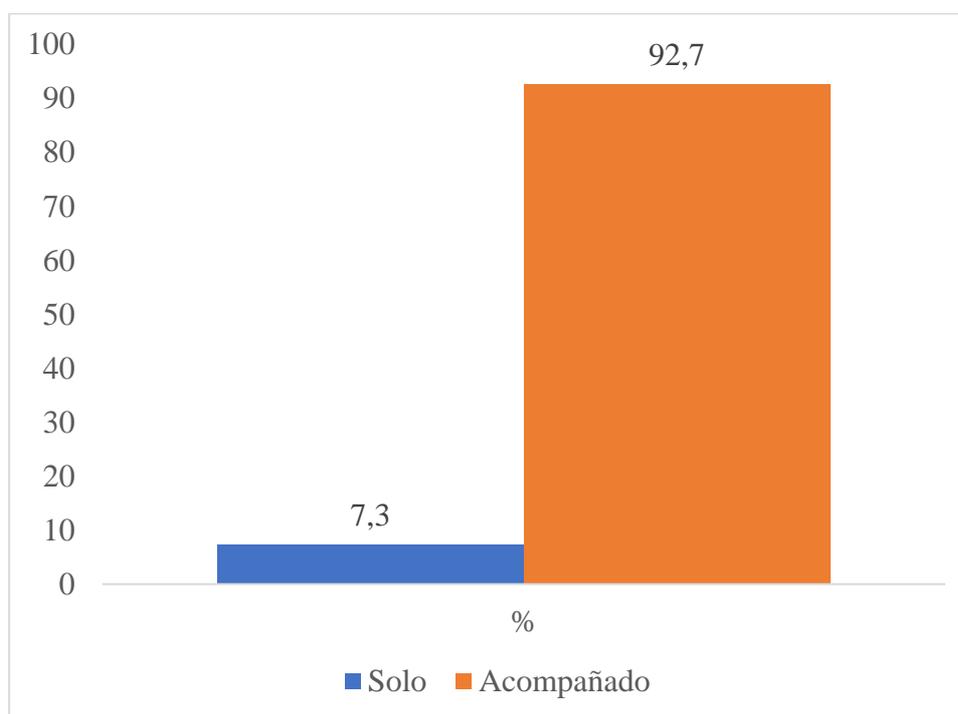
Un porcentaje importante de la población indica su autoidentificación como mestizo y la diferencia como indígena.

**Tabla Nro. 5.** Caracterización sociodemográfica de la convivencia familiar

<b>Convivencia familiar</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
Solo	3	7.3
Acompañado	38	92.7
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 4.** Caracterización sociodemográfica de la convivencia familiar



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

#### **a. Análisis**

En la población de estudio preponderaron las personas que vivían en compañía de otros miembros de la familia con el 92,7%.

#### **b. Interpretación**

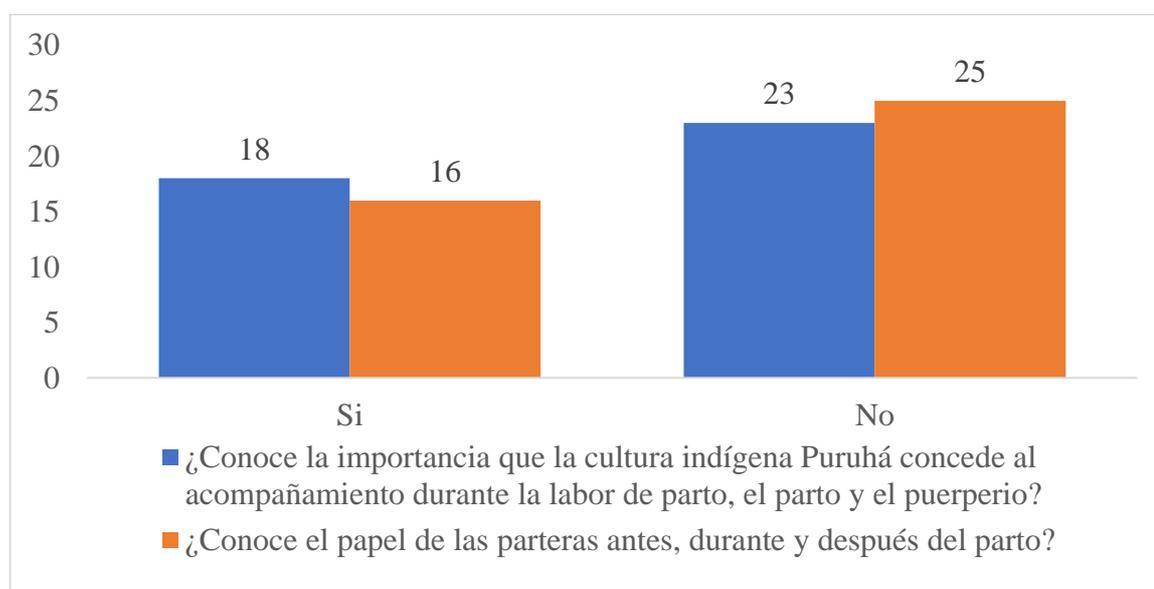
Un alto número de personas del estudio viven acompañados por algún familiar mientras que un porcentaje muy bajo indicó que vive solo.

**Tabla Nro. 6.** Dimensión sobre importancia de prácticas ancestrales

<b>Preguntas</b>	<b>Si</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>No</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Tota l</b>
¿Conoce la importancia que la cultura indígena Puruhá concede al acompañamiento durante la labor de parto, el parto y el puerperio?	18	44%	23	56%	41
¿Conoce el papel de las parteras antes, durante y después del parto?	16	39%	25	61%	41

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 5.** Dimensión sobre importancia de prácticas ancestrales



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

### **a. Análisis**

En la población de estudio se pudo verificar que en la dimensión correspondiente a las prácticas ancestrales solo el 56 y 61% de las encuestadas respondieron afirmativamente respecto a los ítems planteados.

### **b. Interpretación**

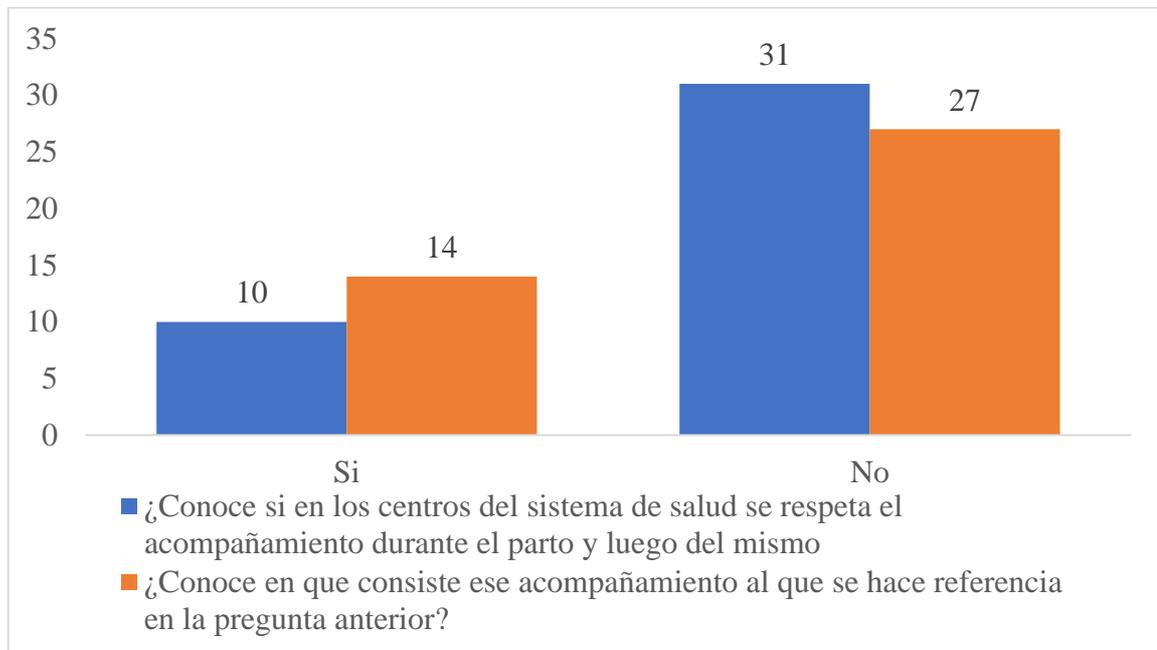
Esto indica que el conocimiento sobre las prácticas ancestrales no es de un conocimiento mayoritario entre las futuras madres.

**Tabla Nro. 7.** Dimensión de acompañamiento en el parto

Preguntas	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total
¿Conoce si en los centros del sistema de salud se respeta el acompañamiento durante el parto y luego del mismo	10	24%	31	76%	41
¿Conoce en que consiste ese acompañamiento al que se hace referencia en la pregunta anterior?	14	34%	27	66%	41

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 6.** Dimensión de acompañamiento en el parto



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**a. Análisis**

Respecto al acompañamiento en el proceso de parto se encontró que en un alto porcentaje (76%) no se respeta el acompañamiento en el parto en los centros y como parte de la cultura no se conoce a detalle en que consiste este proceso en un 66%.

**b. Interpretación**

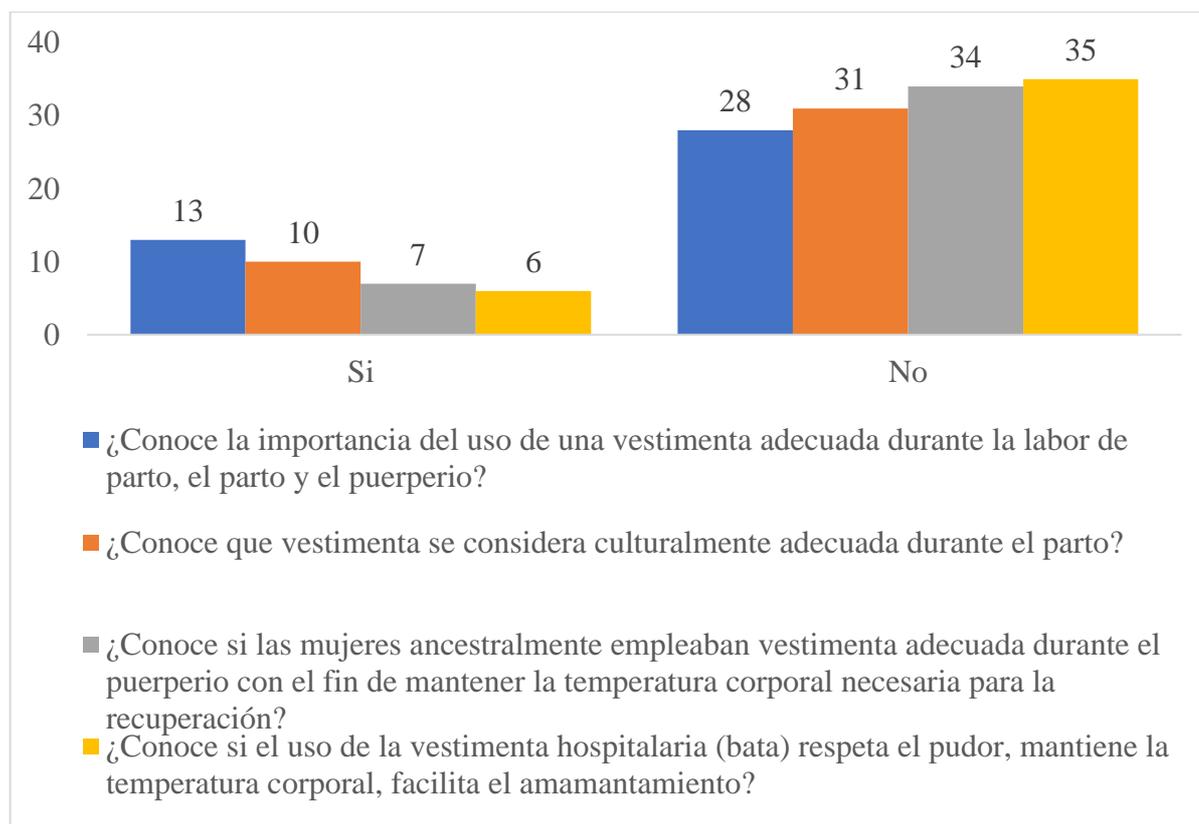
Se puede indicar que el proceso de acompañamiento en el parto es un tema que no se maneja por parte de las futuras además que los sistemas de salud no lo permiten.

**Tabla Nro. 8.** Dimensión sobre vestimenta

Preguntas	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total
¿Conoce la importancia del uso de una vestimenta adecuada durante la labor de parto, el parto y el puerperio?	13	32%	28	68%	41
¿Conoce que vestimenta se considera culturalmente adecuada durante el parto?	10	24%	31	76%	41
¿Conoce si las mujeres ancestralmente empleaban vestimenta adecuada durante el puerperio con el fin de mantener la temperatura corporal necesaria para la recuperación?	7	17%	34	83%	41
¿Conoce si el uso de la vestimenta hospitalaria (bata) respeta el pudor, mantiene la temperatura corporal, facilita el amamantamiento?	6	15%	35	85%	41

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 7.** Dimensión sobre vestimenta



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

### a. Análisis

En lo que refiere a la importancia el uso de la vestimenta se pudo evidenciar que el 68% de la población de estudio indica que no conoce la importancia de la vestimenta en el parto, así mismo el 78% desconoce sobre la vestimenta culturalmente adecuada, el 83% indica que no conoce de la práctica ancestral de la vestimenta, así como considera además que en un 85% no respeta las normas de pudo y bienestar de la madre.

### b. Interpretación

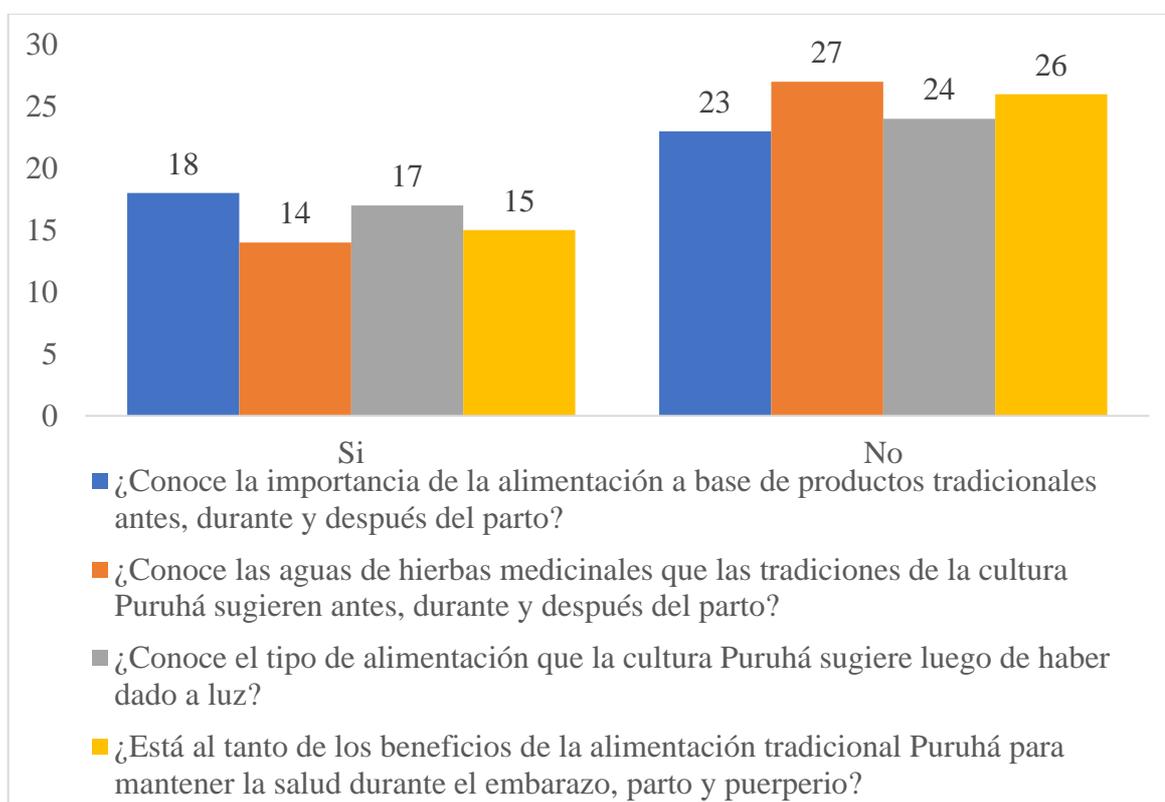
Los resultados de esta dimensión muestran en su mayoría un desconocimiento alto de la prácticas de la vestimenta tanto en prácticas ancestrales como en la atención médica.

**Tabla Nro. 9.** Dimensión sobre alimentación

<b>Preguntas</b>	<b>Si</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>No</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Total</b>
¿Conoce la importancia de la alimentación a base de productos tradicionales antes, durante y después del parto?	18	44%	23	56%	41
¿Conoce las aguas de hierbas medicinales que las tradiciones de la cultura Puruhá sugieren antes, durante y después del parto?	14	34%	27	66%	41
¿Conoce el tipo de alimentación que la cultura Puruhá sugiere luego de haber dado a luz?	17	41%	24	59%	41
¿Está al tanto de los beneficios de la alimentación tradicional Puruhá para mantener la salud durante el embarazo, parto y puerperio?	15	37%	26	63%	41

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 8. Dimensión sobre alimentación**



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas

Elaborada por: Alan David Arias Parra

### **a. Análisis**

El conocimiento de la alimentación tradicional fue desconocido en un 56%, así mismo sobre la utilización de hierbas medicinales antes y después del parto no fue conocida por un 66% de las madres, en el caso del tipo de alimentación de la cultura Puruhá el 59% respondió de forma negativa, y en cuanto a los beneficios de la alimentación tradicional el 63% desconoce los mismos.

### **b. Interpretación**

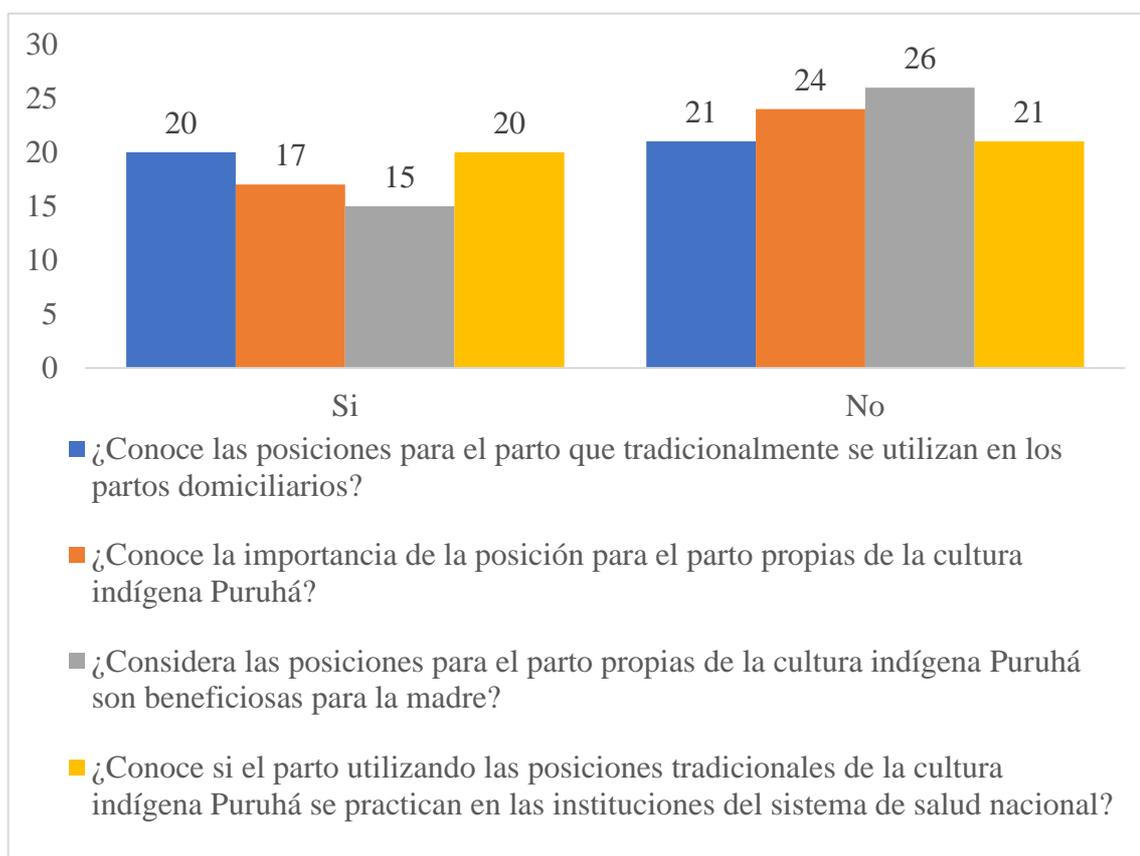
Más de 50% de la población encuestada muestra desconocer sobre la utilización, beneficios, y aplicación de la medicina ancestral en el proceso antes y después del parto.

**Tabla Nro. 10.** Dimensión sobre la posición en el parto

Preguntas	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total
¿Conoce las posiciones para el parto que tradicionalmente se utilizan en los partos domiciliarios?	20	49%	21	51%	41
¿Conoce la importancia de la posición para el parto propias de la cultura indígena Puruhá?	17	41%	24	59%	41
¿Considera las posiciones para el parto propias de la cultura indígena Puruhá son beneficiosas para la madre?	15	37%	26	63%	41
¿Conoce si el parto utilizando las posiciones tradicionales de la cultura indígena Puruhá se practican en las instituciones del sistema de salud nacional?	20	49%	21	51%	41

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 9.** Dimensión sobre la posición en el parto



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

### a. Análisis

Respecto a la posición sobre el parto las madres indican que un 51% no conocen la posición del parto tradicional, con el 59% señalan no conocer la importancia del mismo desde el aspecto cultural, así mismo los beneficios para la madre de las posiciones de la cultura indígena son ajenos en un 63%, y en un 51% desconoce las prácticas de la posiciones ancestrales en los centros de salud.

### b. Interpretación

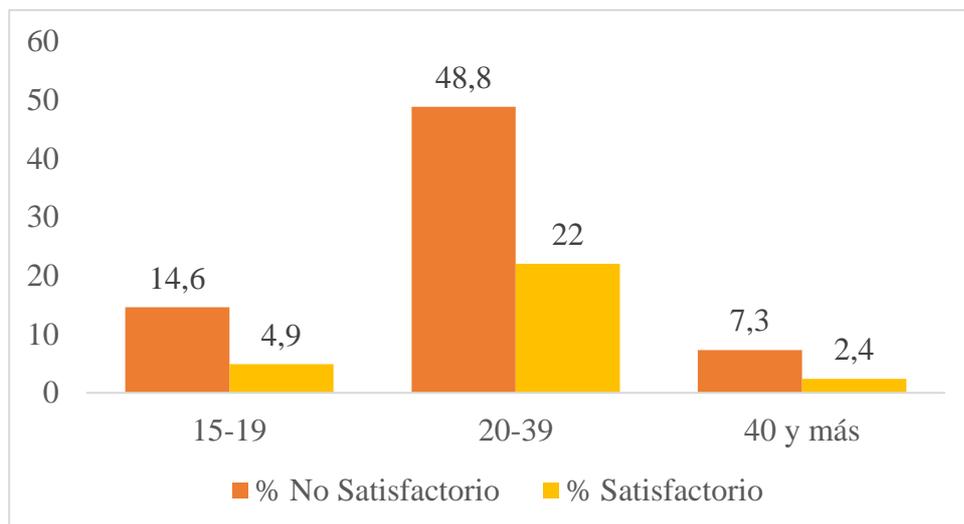
Existen un desconocimiento generalizado sobres los beneficios, importancia y práctica de las posiciones ancestrales en los procesos de parte de la población de estudio.

**Tabla Nro. 11.** Conocimiento sobre acompañamiento por edad.

Grupos de edad	No satisfactorio		Satisfactorio		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%
<b>15-19</b>	6	14.6	2	4.9	8	19.5
<b>20-39</b>	20	48.8	9	22.0	29	70.7
<b>40 y más</b>	3	7.3	1	2.4	4	9.8
<b>Total</b>	29	70	12	30	41	100

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 10.** Conocimiento sobre acompañamiento por edad



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

### a. Análisis

La información recogida indica que el 70.7% de las personas del estudio indica que se encuentra en la categoría de no satisfactorio.

### b. Interpretación

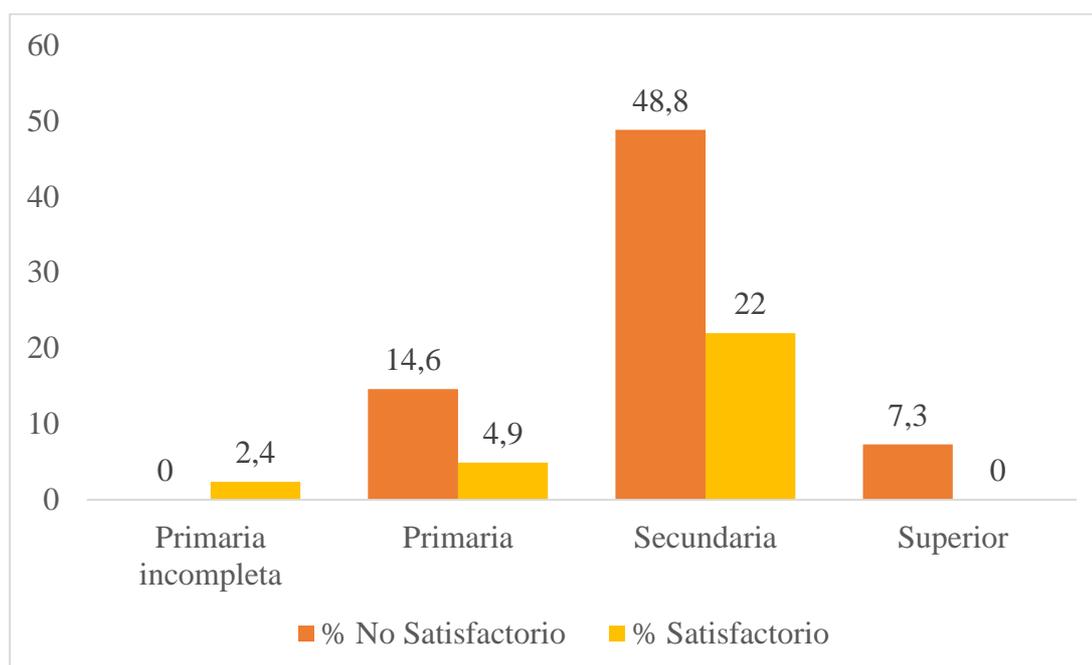
El resultado con las características sociodemográficas se identificó que existe mayor desconocimiento en la población de 20 a 39 años.

**Tabla Nro. 12.** Conocimiento sobre acompañamiento por nivel de instrucción

Nivel de instrucción	No satisfactorio		Satisfactorio		Total	
	fa	%	fa	%	Fa	%
<b>Primaria incompleta</b>	0	0.0	1	2.4	1	2.4
<b>Primaria</b>	6	14.6	2	4.9	8	19.5
<b>Secundaria</b>	20	48.8	9	22.0	29	70.7
<b>Superior</b>	3	7.3	0	0.0	3	7.3
<b>Total</b>	29	70	12	30	41	100

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 11.** Conocimiento sobre acompañamiento por nivel de instrucción



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

### a. Análisis

El 48,8% de la población mostró un valor no satisfactorio siendo que su formación fue de secundaria seguido de la formación de primaria.

### b. Interpretación

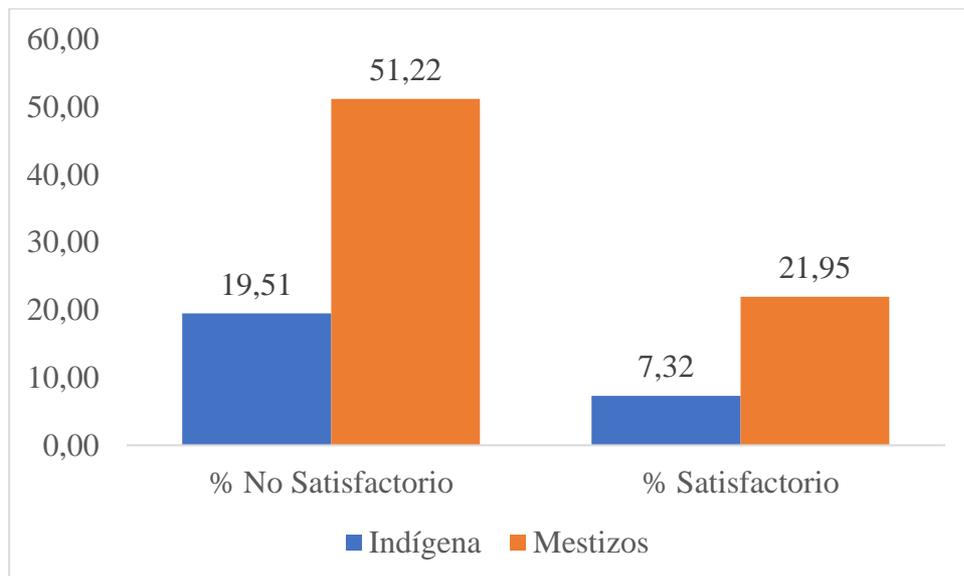
En el caso de las mujeres indígenas puesto que se esperaba que sea un mayor número quienes conozcan la importancia de esta variable en las tradiciones del pueblo Puruhá, En el caso de la población mestiza probablemente el nivel escolar les permita responder afirmativamente a la mitad sobre la temática.

**Tabla Nro. 13.** Conocimientos sobre acompañamiento por autoidentificación

Autoidentificación	No satisfactorio		Satisfactorio		Total	
	fa	% No Satisfactorio	fa	% Satisfactorio	fa	%
Indígena	8	19,51	3	7,32	11	26.8
Mestizos	21	51,22	9	21,95	30	73.2
Total	29	70,73	12	29,26	41	100

Fuente: Encuesta a púérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 12.** Conocimientos sobre acompañamiento por autoidentificación



Fuente: Encuesta a púérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

### a. Análisis

El 36,6% de la población mestiza mostró resultados no satisfactorios mientras que el 19,5% correspondió a la población indígena con este mismo resultado.

### b. Interpretación

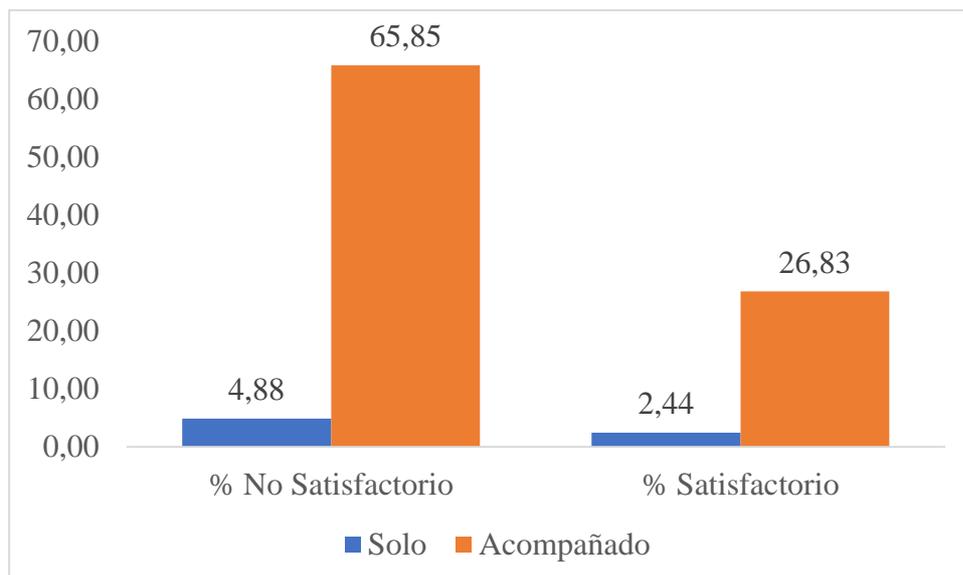
En el caso de la población mestiza probablemente el nivel escolar les permita responder afirmativamente a la mitad sobre la temática. Según los resultados obtenidos al parecer tanto las mujeres mestizas como las que se autoidentifican como indígenas tienen en común que no conocen sobre su derecho a solicitar la presencia de un familiar o familiar y partera respectivamente durante la labor de parto y el parto.

**Tabla Nro. 14.** Conocimientos sobre acompañamiento por convivencia

Convivencia	No satisfactorio		Satisfactorio		Total	
	Fa	%	fa	%	fa	%
<b>Solo</b>	2	4.8	1	2,44	3	7.3
<b>Acompañado</b>	27	65,85	17	26.83	38	92.7
<b>Total</b>	29	56	18	44	41	100

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 13.** Conocimientos sobre acompañamiento por convivencia



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

### a. Análisis

Los resultados no satisfactorios correspondieron en un 51,2% a las personas que indicaron que viven acompañados respecto al 26,8% de los que viven solos.

### b. Interpretación

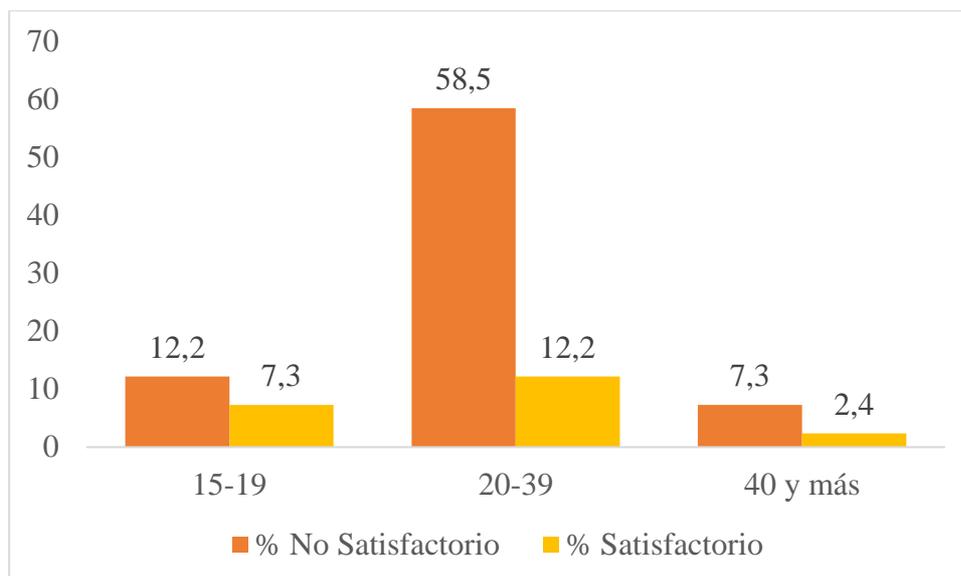
Respecto a la presencia de la partera durante el parto muchas de las mujeres no tienen la oportunidad de contar con un familiar y si no se encuentra al menos la partera no tienen a nadie conocido o de confianza.

**Gráfico Nro. 14.** Conocimientos acerca de vestimenta por grupos de edad

Grupos de edad	No satisfactorio		Satisfactorio		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%
15-19	5	12,2	3	7,3	8	19,5
20-39	24	58,5	5	12,2	29	70,7
40 y más	3	7,3	1	2,4	4	9,8
Total	32	78	9	22	41	100

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 15.** Conocimientos sobre vestimenta por grupos de edad



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

### a. Análisis

El grupo de mujeres entre 20 a 39 años con el 58,5% mostró un valor no satisfactorio sobre el conocimiento sobre vestimenta, seguido por los de 15 a 19 años y finalmente los de más de 40 años.

### b. Interpretación

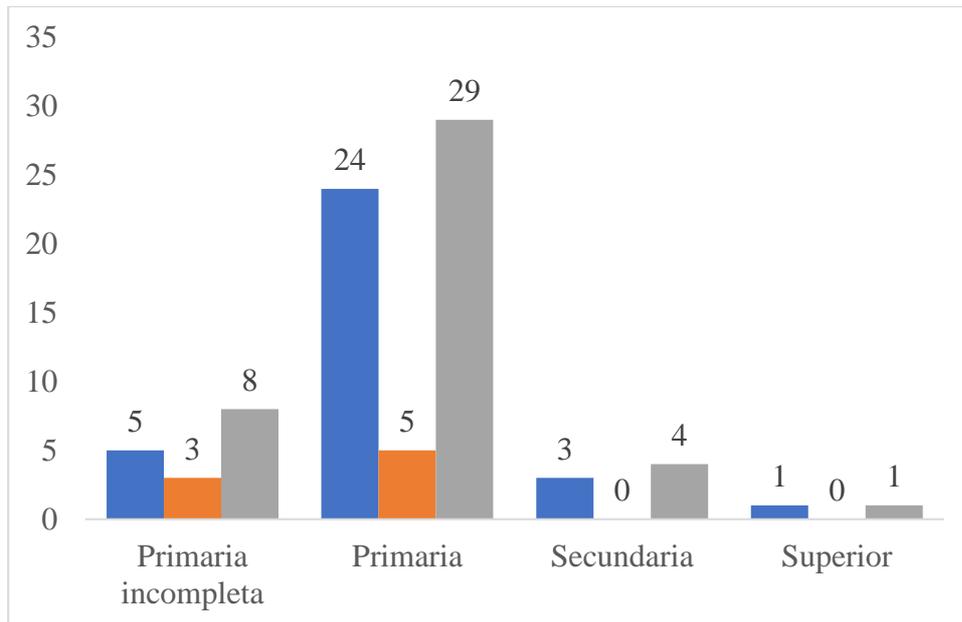
En el estudio un alto porcentaje declararon conocimientos no satisfactorios relativos a las tradiciones sobre las vestimentas a utilizar durante el parto y el puerperio según las tradiciones de los pueblos y nacionalidades autóctonas de sierra ecuatoriana de forma mayoritaria en aquellas mujeres pertenecientes al grupo etario entre 20 y 39 años

**Tabla Nro. 15.** Conocimientos acerca de la vestimenta por nivel de instrucción

Nivel de instrucción	No satisfactorio		Satisfactorio		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%
Primaria incompleta	5	12,2	3	7,3	8	19,5
Primaria	24	58,5	5	12,2	29	70,7
Secundaria	3	7,3	0	2,4	4	9,8
Superior	1	2,0	0	0	1	2,0
Total	32	80	9	20	41	100

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 16.** Conocimientos acerca de la vestimenta por nivel de instrucción



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

### a. Análisis

El nivel de instrucción en referencia al nivel de conocimiento acerca de la vestimenta se determinó como no satisfactorio en un 58,5% con un nivel de instrucción de primaria y satisfactorio en el 12,2%, así como los de primaria incompleta y superior con el 12,2%; el 7,3% tiene un nivel de satisfactorio tanto para los niveles de primaria incompleta y superior.

### b. Interpretación

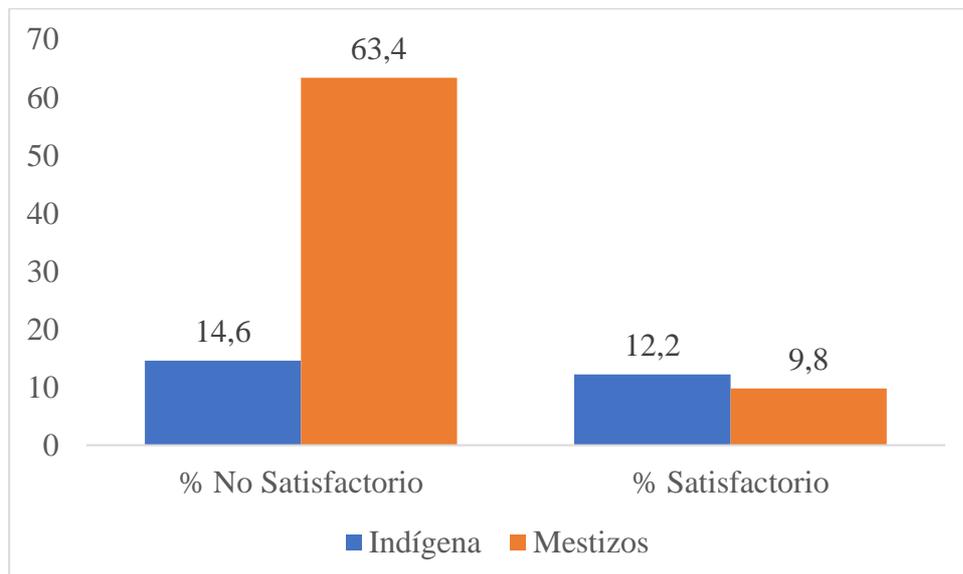
La mayoría de la población mostró un nivel no satisfactorio de conocimiento acerca de la vestimenta en los diferentes niveles de instrucción, en el que el nivel de instrucción primaria obtuvo una alta presencia al ser además la categoría de mayor frecuencia en el grupo de estudio.

**Tabla Nro. 16.** Conocimientos acerca de la vestimenta por autoidentificación

Autoidentificación	No satisfactorio		Satisfactorio		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%
Indígena	6	14,6	5	12,2	11	26,8
Mestizos	26	63,4	4	9,8	30	73,2
Total	32	78	9	22	41	100

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 17.** Conocimientos acerca de la vestimenta por autoidentificación



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

### a. Análisis

El 63,4% de la población indicó que el conocimiento no satisfactorio sobre la vestimenta correspondiente a la autoidentificación mestiza y el 14,6% indígena.

### b. Interpretación

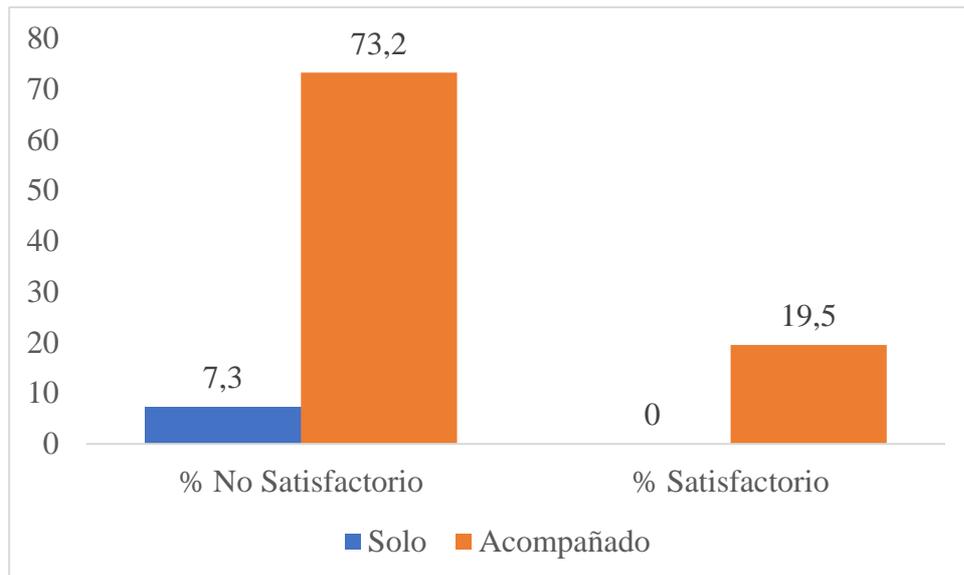
Respecto a esta variable el porcentaje de desconocimiento es significativamente alto, en ambas culturas, sin embargo, lo que llama la atención es que dentro de la población indígena 6 de 11 mujeres tienen una respuesta no satisfactoria a la variable. En la población mestiza el valor es también significativamente alto, pero es de esperarse debido a que no es su vestimenta tradicional.

**Tabla Nro. 17.** Conocimientos acerca de la vestimenta según la convivencia

Convivencia	No satisfactorio		Satisfactorio		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%
Solo	2	7,3	1	2,0	3	7,3
Acompañado	30	73,2	8	19,5	38	92,7
Total	32	80	9	20	41	100

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 18.** Conocimientos acerca de la vestimenta según la convivencia



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

### a. Análisis

El 73,2% de la población de estudio mostró que no fue satisfactorio de conocimientos de la vestimenta y viven acompañados y el 7,3% vive solo; el 7,3% indicó una valoración de satisfactorio.

### b. Interpretación

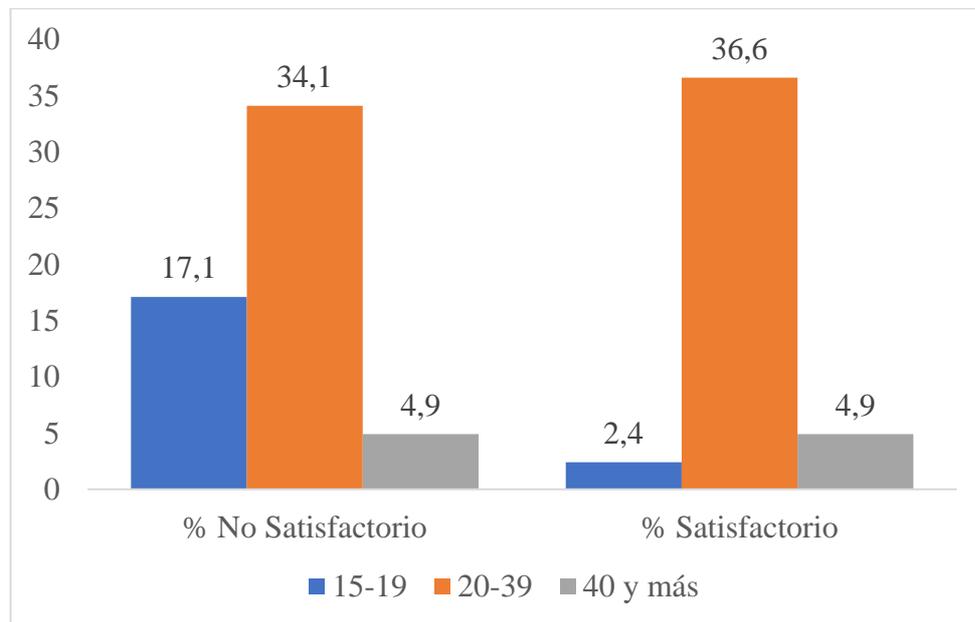
Se puede identificar que la población no establece una relación entre el valor no satisfactorio y no se estable una relación con el aspecto de convivencia.

**Tabla Nro. 18.** Conocimientos sobre posiciones de parto cultural por grupos de edad

Grupos de edad	No satisfactorio		Satisfactorio		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%
15-19	7	17.1	1	2.4	8	19.5
20-39	14	34.1	15	36.6	29	70.7
40 y más	2	4.9	2	4.9	4	9.8
Total	23	56	18	44	41	100

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 19.** Conocimientos sobre posiciones de parto cultural por grupos de edad



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

### a. Análisis

El 34,1% de la población de estudio entre 20 a 39 años indico que tener conocimientos no satisfactorios sobre las posiciones de parto cultural seguido del 17,1% en las edades comprendidas entre 15 a 19 años y finalmente las más de 40 años.

### b. Interpretación

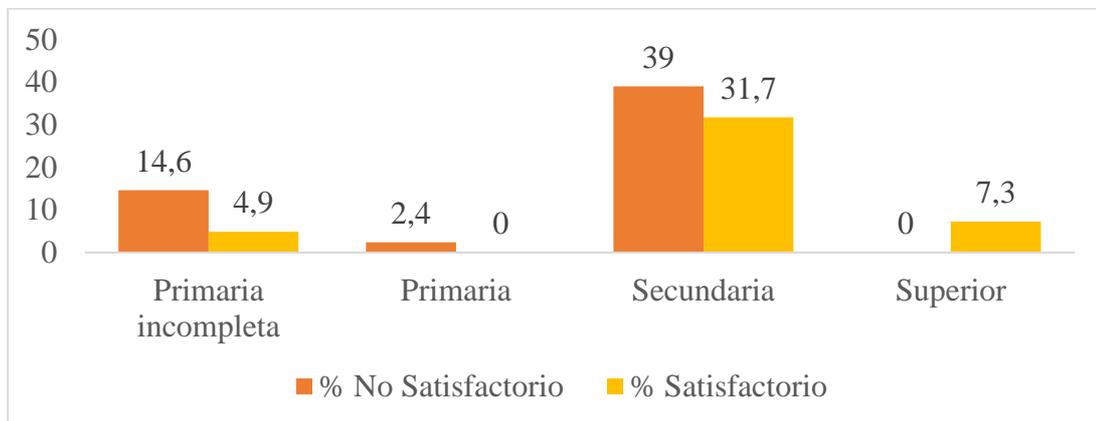
Los conocimientos sobre elección de posición de parto, permitió observar que la mayoría con el 56.1% de la población se enmarcó en la categoría de no satisfactorio. Al contrastar ese resultado con las características sociodemográficas se apreció que existen mayores debilidades al respecto en las menores de 20 años, en aquellas con nivel escolar inferior a la secundaria, así como en las que se autoidentificaron como indígenas. Esta variable fue tomada del análisis de los ítems 9 al 12 del cuestionario

**Tabla Nro. 19.** Conocimientos sobre posiciones de parto cultural por nivel de instrucción

Nivel de instrucción	No satisfactorio		Satisfactorio		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%
Primaria incompleta	6	14.6	2	4.9	8	19.5
Primaria	1	2.4	0	0	1	2.4
Secundaria	16	39.0	13	31.7	29	70.7
Superior	0	0	3	7.3	3	7.3
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>56</b>	<b>18</b>	<b>44</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 20.** Conocimientos sobre posiciones de parto cultural por nivel de instrucción



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

### a. Análisis

El 39% de la población de estudio mostró una valoración de no satisfactorio siendo los mismos correspondientes al nivel de instrucción no satisfactorio; seguido de los de primaria incompleta en su gran mayoría que corresponde al 14,6% de la población de estudio.

### b. Interpretación

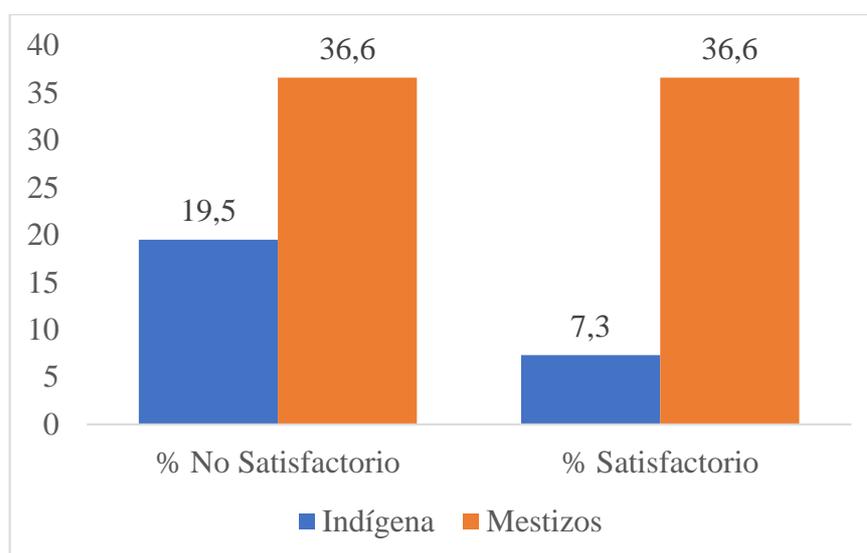
La formación no se relaciona con el manejo de las posiciones de parto cultural en relación al nivel de instrucción. El bajo conocimiento especialmente en las mujeres indígenas puede tener relación con el nivel escolar alcanzado por las madres.

**Tabla Nro. 20.** Conocimientos sobre posiciones de parto cultural por autoidentificación

Autoidentificación	No satisfactorio		Satisfactorio		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%
Indígena	8	19.5	3	7.3	11	26.8
Mestizos	15	36.6	15	36.6	30	73.2
Total	23	56	18	44	41	100

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 21.** Conocimientos sobre posiciones de parto cultural por autoidentificación



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

### a. Análisis

El 36,6% de las mujeres de etnia mestiza y el 19,5% de la etnia indígena mostraron una valoración de tipo no satisfactorio, respecto a la cognición del parto cultural en lo que refiere a las posiciones, el 26,8% de las indígenas mostraron la valoración de satisfactorio y en el caso de las personas mestizas el 73,2%.

### b. Interpretación

La costumbre ancestral de afrontar el parto en el domicilio se mantiene vigente en muchas mujeres de ascendencia indígena, lo que les permite acogerse a tradiciones culturales establecidas por siglos al respecto, se constata que dos terceras partes de las mujeres indígenas tienen un conocimiento no satisfactorio de las posiciones del parto culturalmente adecuado. Mientras que en las mestizas refieren que los parámetros satisfactorio y no satisfactorio tienen la misma incidencia.

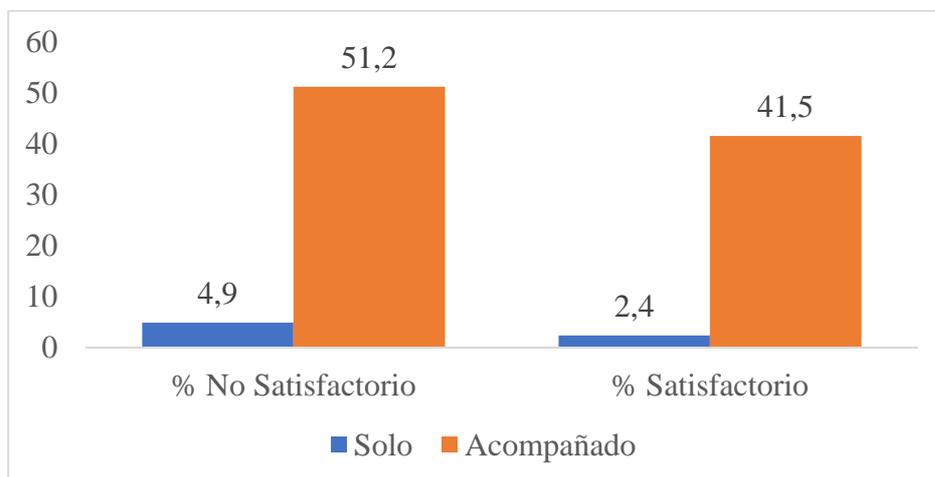
**Tabla Nro. 21.** Conocimientos sobre posiciones de parto cultural por convivencia

Convivencia	No satisfactorio		Satisfactorio		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%
Solo	2	4.9	1	2.4	3	7.3
Acompañado	21	51.2	17	41.5	38	92.7
Total	23	56	18	44	41	100

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas

Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 22.** Conocimientos sobre posiciones de parto cultural por convivencia



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas

Elaborada por: Alan David Arias Parra

### a. Análisis

El 51,2% de las personas que viven acompañadas indican un grado de evaluación no satisfactorio sobre las posiciones de parto cultural mientras que el 4,9% son de aquellos que viven solos; las valoraciones como satisfactorio indican corresponden al 41,5%.

### b. Interpretación

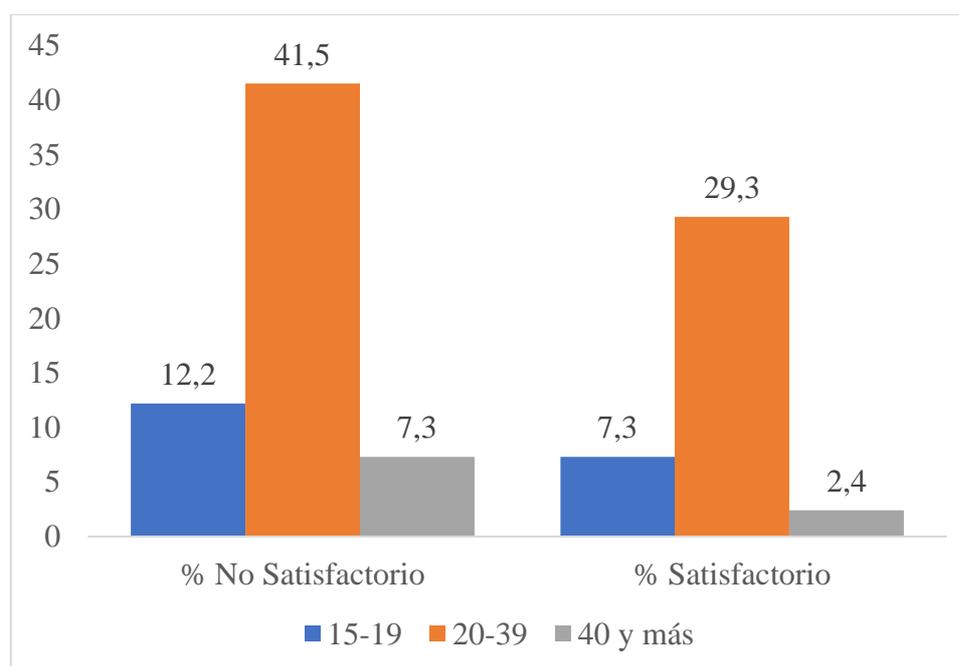
Se puede apreciar que la mayoría de las mujeres tuvieron una valoración no satisfactoria en cuyo caso correspondieron a las personas que vivían acompañadas o en grupos familiares.

**Tabla Nro. 22.** Conocimientos sobre alimentación por grupos de edad

Grupos de edad	No satisfactorio		Satisfactorio		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%
15-19	5	12.2	3	7.3	8	19.5
20-39	17	41.5	12	29.3	29	70.7
40 y más	3	7.3	1	2.4	4	9.8
Total	25	61	16	39	41	100

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 23.** Conocimientos sobre alimentación por grupos de edad



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

### a. Análisis

El 41,5% mostró un indicador de satisfactorio sobre la forma de alimentarse en edades de 20 a 39 años, el 12,2% en edades de 15 a 19 años y el 7,3% en edades de más de 40 años; el 29,3% indica como satisfactorio el nivel de conocimiento sobre el tema en el grupo de edades prominente.

### b. Interpretación

Las respuestas emitidas por las integrantes de la población de estudio permitieron observar un predominio de aquellas en un alto porcentaje, que no consideraron satisfactorios sus conocimientos sobre la forma adecuada de alimentarse durante el trabajo de parto y el puerperio en las edades comprendidas entre 20-39 años.

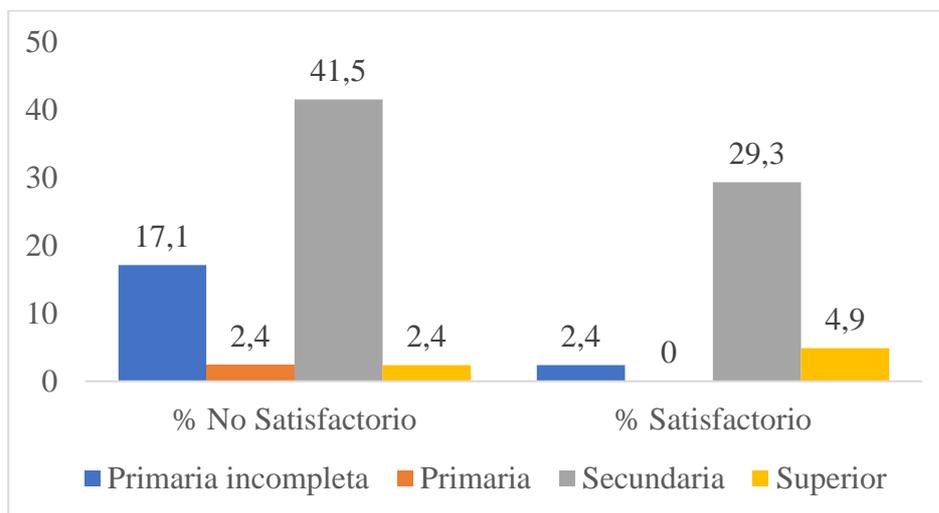
**Tabla Nro. 23.** Conocimientos sobre alimentación por nivel de instrucción

Nivel de instrucción	No satisfactorio		Satisfactorio		Total	
	Fa	%	fa	%	fa	%
Primaria incompleta	6	17.1	2	2.4	8	19.5
Primaria	1	2.4	0	0.0	1	2.4
Secundaria	17	41.5	12	29.3	29	70.7
Superior	1	2.4	2	4.9	3	7.3
Total	25	63	16	37	41	100

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas

Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 24.** Conocimientos sobre alimentación por nivel de instrucción



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas

Elaborada por: Alan David Arias Parra

### a. Análisis

El 41,5% de la población de estudio muestra un valor no satisfactorio en los conocimientos sobre alimentación de ellos el nivel de instrucción es su mayoría de secundario, los de primera incompleta tiene esta valoración deficiente con el 17,1%, seguidos con el 2,4% de los niveles tanto de primaria como de superior; el 29,3% se mostró como satisfactorio en el nivel de conocimiento.

### b. Interpretación

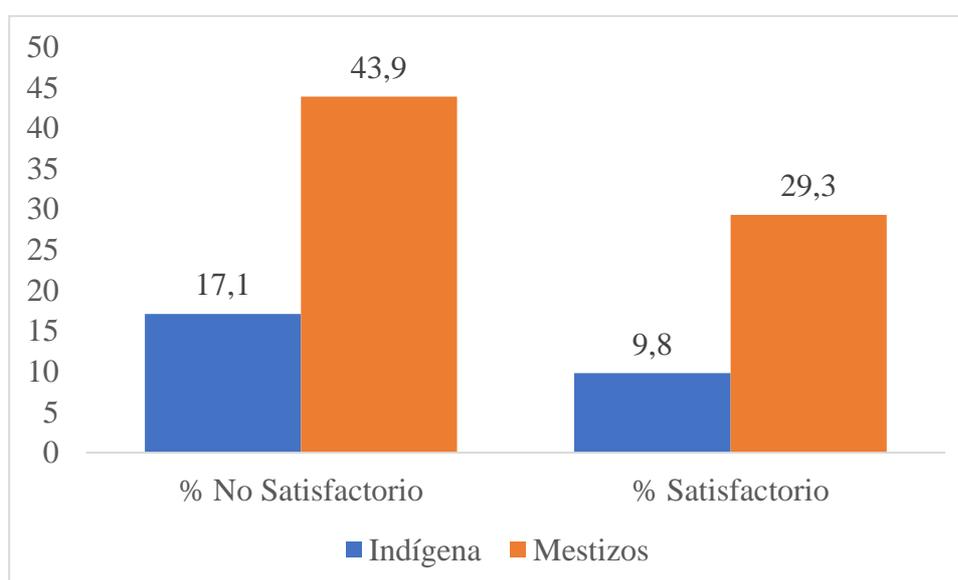
Se puede apreciar que las personas que tenían menor nivel de escolaridad obtuvieron menor nivel de satisfacción de forma mayoritaria los de nivel de instrucción secundaria tuvieron nivel no satisfactorio.

**Tabla Nro. 24.** Conocimientos sobre alimentación por etnia

Autoidentificación	No satisfactorio		Satisfactorio		Total	
	Fa	%	fa	%	fa	%
Indígena	7	17.1	4	9.8	11	26.8
Mestizos	18	43.9	12	29.3	30	73.2
Total	25	61	16	39	41	100

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 25.** Conocimientos sobre alimentación por etnia



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

### a. Análisis

El 43.9% de las mujeres de etnia mestiza obtuvieron un valor no satisfactorio sobre sus conocimientos sobre alimentación, así como el 17,1% en el sector indígena y en lo que refiere a las personas que obtuvieron una valoración satisfactoria correspondió al 29,3% de etnia mestiza y 9,8% indígena.

### b. Interpretación

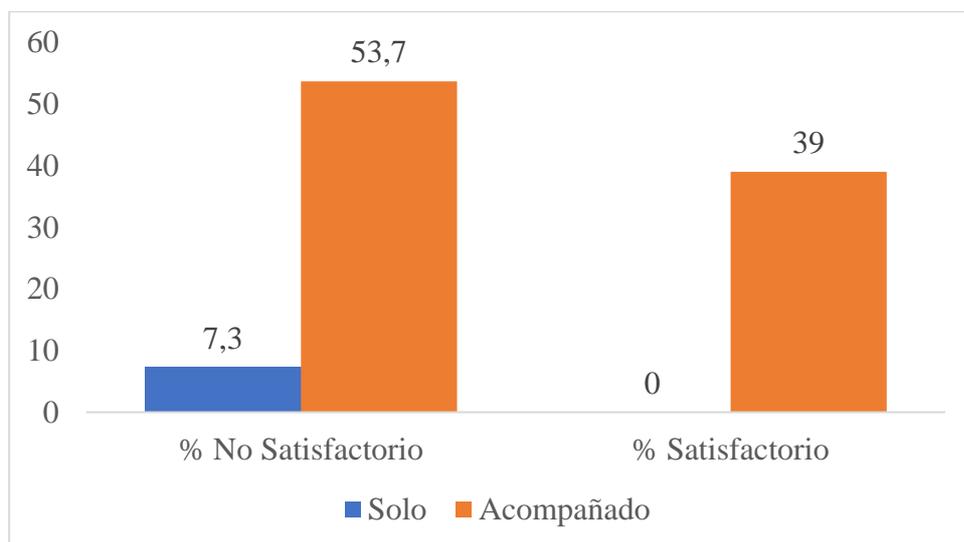
Las mujeres indígenas refieren mayor conocimiento 4 de 7, es decir, más de la mitad de estas mujeres refieren conocer sobre alimentación tradicional. Para las mujeres mestizas el grado de conocimiento también es no satisfactorio pero la diferencia es menor respecto a las mujeres indígenas, esto probablemente se desprenda del nivel escolar mayor probablemente alcanzado por las primeras.

**Tabla Nro. 25.** Conocimientos sobre alimentación por grupos de edad

Convivencia	No satisfactorio		Satisfactorio		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%
Solo	3	7.3	0	0	3	7.3
Acompañado	22	53.7	16	39.0	38	92.7
Total	25	61	16	39	41	100

Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Gráfico Nro. 26.** Conocimientos sobre alimentación por grupos de edad



Fuente: Encuesta a puérperas y embarazadas  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

### **a. Análisis**

El 53,7% de las mujeres que viven acompañadas mostraron un valor no satisfactorio de conocimiento sobre alimentación en relación al 39% del valor satisfactorio; las personas que vivían solas desconocen totalmente sobre alimentación.

### **b. Interpretación**

Las personas que vivían solas resultaron la que más aportaron a esa mayoría. Esta variable fue tomada del análisis de los ítems 13 al 16 del cuestionario.

## **Comprobación de hipótesis**

### **1. Planteamiento de la hipótesis**

$H_0$ = El nivel conocimiento en las embarazadas y puérperas autoidentificadas como indígenas o mestizas atendidas Centro de Salud tipo A Yaruquíes es independiente de sus características sociodemográficas.

$H_i$ = El nivel conocimiento en las embarazadas y puérperas autoidentificadas como indígenas o mestizas atendidas Centro de Salud tipo A Yaruquíes está asociada a sus características sociodemográficas.

### **2. Alfa**

$\alpha=0,05$

IC=95%

### **3. Decisión**

Si  $p < 0,05$  se rechaza  $H_0$

### **4. Estadístico de prueba**

Se utilizó una prueba no paramétrica para determinar la asociación o independencia del nivel de conocimiento y el diagnóstico de las características sociodemográficas mediante la prueba chi-cuadrado

**Tabla Nro. 26.** Estadísticos de prueba

Nivel Conocimiento evaluado		Diagnóstico de características sociodemográficas			
		Edad	Instrucción	Etnia	Convivencia
Satisfactorio	Recuento	9	9	17	26
	Recuento esperado	15,25	15,25	15,25	15,25
	Porcentaje	21,95	21,95	14,46	63,41
No Satisfactorio	Recuento	32	32	24	15
	Recuento esperado	25,75	25,75	25,75	25,75
	Porcentaje	78,04	78,04	58,53	36,58

**Tabla Nro. 27.** Prueba Chi cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado	20,54
Grados de libertad	2
p valor	0,0001

## 5. Conclusión

El valor de significación fue menor a 0,05 ( $p=0,0001$ ) por lo tanto se rechaza  $H_0$  y se puede afirmar que el nivel conocimiento en las embarazadas y puérperas autoidentificadas como indígenas o mestizas atendidas Centro de Salud tipo A Yaruquies está asociada a sus características sociodemográficas.

## **CAPITULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **6.1. CONCLUSIONES**

- Los conocimientos en relación con sus características sociodemográficas mostraron valores no satisfactorios en la mayoría de los aspectos evaluados, por lo que al no tener dichos conocimientos tendrían menos posibilidades para solicitar un trato culturalmente adecuado en las instituciones de salud pública.
- En el estudio predominaron las participantes con edades comprendidas entre 20 y 39 años, las que tenían escolaridad concluida de secundaria; así como, aquellas que vivían en compañía de otros miembros de la familia y las que se autoidentificaron como mestizas en relación con la etnia. Las mujeres participantes de este estudio cuentan con un conocimiento no satisfactorio en todas sus dimensiones.
- Los principales elementos que se delinearón para el diseño de la guía didáctica considero ejes como competencias de pertinencia y acompañamiento, vestimenta y uso de insumos para la asistencia al parto, cuidados al puerperio, pertinencia al intercultural con una parto libre y respetuoso en libre posición, y la caracterización de la alimentación.
- Se diseñó una guía didáctica que permitió la capacitación de embarazadas y puérperas autoidentificadas como indígenas o mestizas atendidas Centro de Salud tipo A Yaruquíes, durante el año 2018, con la conformación de talleres que involucró contenidos sobre las competencias sobre el cuidado de la mujer durante el embarazo y puerperio desde el posicionamiento intercultural y educativo.

## **6.2. RECOMENDACIONES**

- Difundir el parto culturalmente adecuado en las comunidades de la provincia de Chimborazo.
- Socializar a los prestadores de salud de la zona, así como a las parteras comunitarias, el diseño de la guía didáctica dirigida a la capacitación sobre parto y puerperio desde una perspectiva de integración de prácticas tradicionales con la medicina convencional.
- Evaluar periódicamente la satisfacción de los usuarios de los servicios pertenecientes al Sistema Nacional de Salud ecuatoriano en particular el cumplimiento de las indicaciones para el desarrollo del parto culturalmente adecuado.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón-Nivia, M. A., Sepúlveda-Agudelo, J., & Alarcón-Amaya, I. C. (2011). Las parteras, patrimonio de la humanidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62(2), 188-195.
- Alonso-García, S., Roque-Herrera, Y., & Juárez-Ramos, V. (2019). La educación intercultural en el contexto ecuatoriano de educación superior: un caso de innovación curricular. *Tendencias Pedagógicas*, 33, 47- 58. doi: 10.15366/tp2019.33.004.
- Ardila Duarte, C., Parody Muñoz, A., Castro Vásquez, L., Acuña Sarmiento, J., Carmona Martes, A., García Flórez, et al. (2019). Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) en el desarrollo de competencias transversales en programas del área de la salud de una Institución de Educación Superior de Barranquilla-Colombia. *Educación Médica Superior*, 33(1). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1763>.
- Bello, S., & Zúñiga, J. (2009). *La filosofía de la Liberación*. Medellín: CREFAL XXI. pp 399- 417.
- Biurrun-Garrido, A., & Goberna-Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesionales*, 14(2), 62-66.
- Bottasso, N., & Cazón, J. (2016). Educación para la salud: una experiencia en comunidades rurales marginales de la provincia de Manabí, Ecuador. *Alteridad. Revista de Educación*, 11(2), 240-253. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/4677/467749196009/>.
- Brigitte, M., Prieto, B., & Ruiz, C. H. (2013). Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales. *Aquichan*, 13(1), 7-16. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4324451.pdf>.

- Cabrera-Cabrera, V. C., & Arotingo-Cushcagua, J. F. (2016). *Conocimiento, actitudes y prácticas culturales asociadas al parto de las madres y parteras kayambis, pertenecientes a la comunidad de angla de la provincia de Imbabura, septiembre a noviembre del 2016* (Tesis en Opción al Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria). Otavalo: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado en 15 de agosto de 2018 de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12668/Tesis%20Dra.%20Ver%C3%B3nica%20y%20Dr.%20Jos%C3%A9%20Arotingo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Cáceres- Cabrera, A. C. (2016). *Diseño de una estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Barrio de Lourdes, enero a junio 2016* (Tesis en opción al grado de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria). Riobamba: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.
- Cáceres-Cabrera, A. C., García-Núñez, R. D., & San Juan-Bosch, M. A. (2017). Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. *MediSur*, 15(6), 807-818. Recuperado en 15 de agosto de 2018 de <http://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/1800/180054696009/6>.
- Campistrous, L., & Rizo, C. (2006). *Desafíos y polémicas actuales. Indicadores e investigación educativa. En: Metodología de la Investigación Educativa*. La Habana: Ecimed. p. 150-164.
- Carmona-Cardona, A., & Paredes Oviedo, D. (2019). Una propuesta de orientaciones pedagógicas desde la filosofía de Nuestramérica para la enseñanza de la filosofía en Colombia. *Cuestiones De Filosofía*, 5(24). Recuperado de [https://revistas.uptc.edu.co/index.php/cuestiones\\_filosofia/article/view/9026](https://revistas.uptc.edu.co/index.php/cuestiones_filosofia/article/view/9026)
- Chafla Romero, L. P. (2018). *Análisis Situacional Integral de Salud de la comunidad Yaruquíes*. Riobamba: Centro de Salud tipo A Yaruquíes.
- Chamorro Villarreal, E. A. (2017). *El parto vertical a partir de los conocimientos y percepciones de las parteras en el centro Amupakin del cantón Archidona, Provincia de Napo año 2017*. (Tesis en Opción al Título de Licenciada en

Enfermería). Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes. Recuperado en 21 de agosto de 2018 de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/7250/1/TUTENF073-2017.pdf>.

Conselleria de Sanitat. (2004). *Guía para la educación grupal en el embarazo parto y puerperio. La aventura de ser padres*, Valencia: Generalitat Valenciana.

Cujilema-Paucar, J. A. (2016). Valoración de los saberes ancestrales para la conservación del patrimonio cultural inmaterial en la parroquia San Luis, cantón Riobamba, provincia de Chimborazo (Tesis en opción al título de Ingeniero en Gestión Turística y Hotelera). Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo.

De Benedictis Serrano, G., Camel Calderon, O., Sequera Torres, N., & Álvarez Romero, E. (2019). La educación no formal: una herramienta importante para la formación del estudiante de medicina. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 44(1), 59-65. doi: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v44i1.1525>.

De Sousa Santos B., (2011). *Epistemologías del Sur*. Utopía y praxis Latinoamérica *Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social*, 16(54), 17-39. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27920007003>.

Distrito de Salud 06D01-Riobamba. (2017). *Análisis de la Situación de Salud parroquia Yaruquíes*. Dirección distrital 06D01-Riobamba: Riobamba.

Dussel E., Mendieta E. (2009). *El pensamiento filosófico latinoamericano del Caribe y "latinoamericano"*. Ciudad México: XXI Editores.

Fernández, M.<sup>a</sup> A., Fernández, R., Pavón, I., & López, L. (2003). La calidad percibida por el usuario, su relación con la información y la presencia de acompañante en una unidad de paritorios. *Matronas Profesionales*, 4(13), 29-34.

Gagnon, A. J., & Sandall, J. (2008). *Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Recuperado de <http://www.bibliotecacochrane.com>.

- Gayeski, E. M. & Brüggemann, O. M. (2009). Percepciones de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical y horizontal. *Revista Latino-América Enfermagem*, 17(2), 153-159.
- Gracia-Calandín, J. (2017). Autosuperación hermenéutica de la cultura en la interculturalidad. Hacia una lectura intercultural de la hermenéutica filosófica de Hans-Georg Gadamer. *Ideas y Valores*, 66(164), 265-280. <https://dx.doi.org/10.15446/ideasyvalores.v66n164.50022>.
- Guamán-Angamarca, E. F. (2016). *Nivel de satisfacción de las usuarias atendidas por parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico de Saraguro. Periodo abril-diciembre del 2015* (Tesis en Opción al Título de Doctor en Medicina Humana). Loja: Universidad Nacional de Loja. Recuperado en 11 de agosto de 2018 de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/17130/1/Edwin%20Guaman%20%28TESIS%29.pdf>.
- Hermida, J., González, D., & Fuentes, S. (2010). *Humanización y adecuación de la atención del parto (HACAP) En: Fernández, G. (Ed.), SALUD, INTERCULTURALIDAD Y DERECHOS*, Quito, Ecuador: MSP.
- Hernández, D., Shañay, M. (2013). *Beneficios del parto culturalmente adecuado en el binomio madre e hijo frente al parto biomédico del hospital cantonal Guamote en el periodo julio 2012 a febrero 2013*. (Tesis de pregrado). Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo. Recuperado de <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/1116>.
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. Ciudad México: INTERAMERICANA EDITORES.
- Lugones-Botell, M. & Ramírez Bermúdez, M. (2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(1), 134-145.
- Márquez-Fernández A.B (2015). *A filosofía Intercultural Latinoamericana: sua praxis emancipadora*. Sao Leopoldo, Brasil: Ed. Nova Harmonia.

- Martin-Baro, I., (2006). Hacia una Psicología de la liberación. *Psicología sin Fronteras. Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria*, 1(2), 7-14.
- Martínez-Galiano, J. M. & Delgado-Rodríguez, M. (2014). Contribución de la Educación Maternal a la salud maternoinfantil. Revisión bibliográfica. *Matronas Profesionales*, 15(4), 137-141.
- Martínez-Galiano, J.M. & Delgado Rodríguez, M. (2013). Determinantes asociados a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal. *Gaceta Sanitaria*, 27(5), 447-449.
- Martínez-Galiano, JM. (2012). *Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la Madre y el Recién Nacido* (Tesis Doctoral), Granada: Universidad de Granada.
- Mas-Pons, R., Barona-Vilar, C., Carreguí-Vilar, S., Ibáñez-Gil, N., Margaix-Fontestad, L. & Escribà-Agüir, V. (2012). Satisfacción de las mujeres con la experiencia el parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gaceta Sanitaria*, 26(3), 236–242.
- Mejía. M., (2011). *Educaciones y pedagogías críticas desde el sur* (Cartografías de la Educación Popular). Lima, Perú: Asociación Gráfica Educativa.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Modelo de Atención Integral en Salud*. Quito, Ecuador: MSP.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Norma para el cuidado obstétrico y neonatal esencial (CONE) en el sistema nacional de salud*. Quito, Ecuador: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2010). *Definición del rol de parteras en el sistema nacional de salud del Ecuador, Salud Intercultural*. Quito, Ecuador: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2018). Conociendo a la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad. Quito: MSP. Recuperado de [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/DIRECCI%C3%93N\\_NACIONAL\\_DE\\_PROMOCI%C3%93N\\_DE\\_LA\\_SALUD.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/DIRECCI%C3%93N_NACIONAL_DE_PROMOCI%C3%93N_DE_LA_SALUD.pdf).

- Ministerio de Salud Pública. (2018). *Parto respetuoso, en libre posición y con pertinencia intercultural*. Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/parto-respetuoso-en-libre-posicion-y-con-pertinencia-intercultural/>.
- Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., & Makuch, M. Y. (2013). Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 29(13), 154. doi:10.1186/1471-2393-13-154.
- Moreno, H. (2012) *Introducción a la Filosofía Indígena desde la Perspectiva de Chimborazo*. Riobamba, Ecuador: Casa de la Cultura Ecuatoriana Benjamín Carrión Núcleo del Chimborazo.
- Nureña, C. R. (2009). Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 368–76. Recuperado en 18 de mayo de 2018, de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n4/368-376/es>
- PAMAFRO (2008). *Proyecto control de la malaria en zonas fronterizas de la región andina: Un enfoque comunitario, Informe técnico sistematización de la experiencia proyectos comunitarios en Colombia, Ecuador y Perú*. Bogotá: PAMAFRO.
- Quituzaca-Villanarcisa, M. A., & Sinaluisa-Auquilla, A. (2014). Vivencias de las mujeres en proceso de parto sin compañía de un familiar en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, área Centro Obstétrico-Ginecología periodo diciembre del 2013 a junio 2014. (Tesis en opción al título de Licenciada en Enfermería). Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo.
- Rhea-Almeida, M. M., & Morillo-Gómez, M. C. (2018). *La literatura oral como medio transmisor de tradiciones en la comunidad de Turucu del cantón Cotacachi*. (Tesis en Opción al Título de Licenciada en Ciencia del Lenguaje y Literatura). Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes. Recuperado en 21 de

agosto de 2018 de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16065/1/T-UCCE-0010-FIL 075.pdf>.

Rivera, G., & Quituizaca, N. (2014). *Vivencias de las mujeres en proceso de parto sin compañía de un familiar en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba, área Centro Obstétrico-Ginecología periodo diciembre del 2013 a junio 2014*. (Tesis de pregrado). Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo. Recuperado de: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/308>.

Rodríguez, M. N., Aguilar, J., & Apolo, D. (2018). El Buen vivir como desafío en la formación de maestros: aproximaciones desde la Universidad Nacional de Educación del Ecuador. *Revista mexicana de investigación educativa*, 23(77), 577-596. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-66662018000200577&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662018000200577&lng=es&tlng=es).

Rojas-Riera, J. M. (2016). *Diseño de estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional*. Consultorio N°28. Parroquia Pascuales (Tesis de especialidad). Recuperado en 14 de agosto de 2018 de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7409/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-21.pdf>.

Roque Herrera, Y., & López Duque, A. (2011). *Propuesta de diseño curricular de postgrado sobre desastres para decisores en Sagua la Grande*. En: *Salud y Desastres tomo I*. La Habana: ECIMED

Roque Herrera, Y., Alonso García, S., & Maldonado León, A. (2019). Nivel de satisfacción con la estrategia de investigación científica en una facultad de la Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador. *IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*, 10(18), 177-191. doi:10.33010/ie\_rie\_rediech.v10i18.522

Sainz-Maza-Aparicio, M., Sánchez-Yubero, S., & Granados-Garrido, J. A. (2001). *Encuesta de satisfacción en embarazadas captadas en Atención Primaria*. En: *El trabajo en nuestros centros*. Riobamba: MSP, 506 -510.

- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 27(1), 80-93. Recuperado en 28 de enero de 2019, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342010000100013&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000100013&lng=es&tlng=es.)
- Santandreu-Ojeda, A., & Sans-Otero, R. (2009). *Educación maternal y postparto*. En: *Torrens-Sigalés, R. M., & Martínez-Bueno, C. Enfermería de la Mujer. Colección Enfermería*. S.21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE). P.p 80-95.
- Sartorello, S. (2019). Una agenda intercultural para la educación nacional. *CPU-e, Revista de Investigación Educativa*, 0(28), 1-5. doi: <https://doi.org/10.25009/cpue.v0i28.2596>.
- Shañay-Angos, g. E. (2013). Beneficios del parto culturalmente adecuado en el binomio madre e hijo frente al parto biomédico del Hospital Cantonal Guamote en el periodo julio 2012 a febrero 2013. (Tesis en opción al título de Licenciada en Enfermería). Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo.
- Shifres, F., & Castro, S. (2019). El aula universitaria de música como escenario intercultural: asimilación y resiliencia. *El Oído Pensante*, 7(1). Consultado de <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/oidopensante/article/view/13280>.
- Siza-Buñay, J. E., & López-Pérez, V. F. (2016). El pan artesanal de la parroquia Yaruquíes como patrimonio alimentario, propuesta comunicacional gráfica de packaging (Tesis en Opción al Título de Ingeniería en Diseño Gráfico). Riobamba: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Recuperado 12 de enero de 2019 de <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/5714/1/88T00171.pdf>
- Tejero-Lainez, C. (2013). Estrategias de atención al parto normal y de salud reproductiva en el sistema nacional de salud en España. *Medicina Naturista*, 7(1),7.
- Valarezo-García, C., Solís-Cartas, U., & Valarezo-Espinosa, P. (2019). Integración de la medicina alternativa en la malla curricular de las carreras de Medicina y Enfermería de las universidades peruanas. *Educación Médica*, 20(2), 118-124. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.12.010>.

- Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. F., & Silva-Fernández, M. (2019). Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cuadernos de Saúde Pública*, 35(1). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120818>.
- Vena, M. & Revolo-Sánchez, M. (2011). Satisfacción de las gestantes con el actual programa de embarazo. Expectativas sobre un parto menos medicalizado. *Medicina Familiar Andaluza*, 3, 273-85.
- Vigil-Iglesias, A. A., Rodríguez-González, L. M., Villatoro-Godoy, K. G., & Méndez-Flamenco, J. R. A. (2017). Factores de riesgo participantes en las morbilidades obstétricas de embarazadas del municipio nueva Concepción, Chalatenango, marzo - junio de 2017 (Tesis en Opción al Título de Doctor en Medicina). San salvador: Universidad de El Salvador. Recuperado en 11 de agosto de 2018 de <http://ri.ues.edu.sv/16803/1/tesis%20unida.pdf>.
- Yabar-Pena, M. (2014). La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales. *Horizontes de la Medicina*, 14(2), 39-44.

## ANEXOS

### Anexo 1.

#### **Validación de la guía didáctica dirigida a la capacitación sobre parto y puerperio desde una perspectiva de integración de prácticas tradicionales con la medicina convencional**

El colectivo que emitió sus criterios valorativos quedó conformado por 11 expertos con las características siguientes:

Más de 10 años de experiencia en el trabajo en servicios relacionados con la educación para la salud.

Grado de maestría o equivalente (especialidad).

Experiencia en el ejercicio de docencia en el tercer nivel de formación de más de 5 años.

Experiencia investigativa comprobable mediante la participación en publicaciones y proyectos científicos.

**Tabla Nro. 28.** Coeficiente de competencia de los expertos preseleccionados

Expertos	Kc	Ka	K	Alto	Med	Bajo
1	0.90	0.95	0.93	X		
2	0.90	0.95	0.93	X		
3	0.80	0.80	0.80		X	
4	0.80	0.90	0.85	X		
5	0.90	0.90	0.95	X		
6	0.50	0.65	0.58			X
7	0.90	0.90	0.90	X		
8	0.50	0.60	0.55			X
9	0.90	0.85	0.88	X		
10	0.80	0.85	0.83	X		
11	0.90	0.95	0.93	X		
12	0.90	0.95	0.93	X		
13	0.90	0.95	0.93	X		
14	0.88	0.93	0.85		X	
15	0.95	0.90	0.93	X		
Totales				11	2	2

Fuente: entrevista a expertos  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

## **Análisis e interpretación**

Los 11 expertos seleccionados dieron en una categoría de las cinco posibles a los seis indicadores.

Categorías:

C1 - Muy adecuado

C2 - Bastante adecuado

C3 - Adecuado

C4 - Poco adecuado

C5 - Inadecuado

Indicadores:

Pertinencia de la planificación de la capacitación en el contexto

- Estructura de la Guía
- Adecuación de las temáticas incluidas
- Pertinencia de las estructuras metodológicas
- Estructuración del instrumento diagnóstico
- Potencialidad operativa de la Guía

Para facilitar el procesamiento de los datos se confeccionó una hoja de cálculo utilizando Microsoft Excel que permitió agilizar el procesamiento de datos.

**Tabla Nro. 29.** Matriz de frecuencias

Indicadores	Categorías					Total
	C1	C2	C3	C4	C5	
1	7	3	1	--	--	11
2	7	3	1	--	--	11
3	7	4	--	--	--	11
4	7	4	--	--	--	11
5	11	--	--	--	--	11
6	7	3	1	--	--	11

Fuente: encuesta a expertos  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

**Tabla Nro. 30.** Matriz de frecuencias acumuladas

Indicadores	Categorías					Total
	C1	C2	C3	C4	C5	
1	7	10	11	11	11	11
2	7	10	11	11	11	11
3	7	11	11	11	11	11
4	7	11	11	11	11	11
5	11	11	11	11	11	11
6	7	10	11	11	11	11

Fuente: Encuesta a expertos  
Elaborada por: Alan David Arias Parra

## **Anexo 2.**

### **Consentimiento informado**

Yo, \_\_\_\_\_, con número de cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_, confirmo que una vez conocidos los objetivos propuestos en el estudio titulado “Salud comunitaria en el respeto a las costumbres y tradiciones de las embarazadas y puérperas del pueblo Puruhá de la parroquia Yaruquíes”, la que es dirigida por el Lic. Alan David Arias Parra, estudiante del programa de maestría Pedagogía Mención Docencia Intercultural de la Universidad Nacional de Chimborazo; y, teniendo en cuenta que se garantiza que toda la información personal brindada será estrictamente confidencial y que el resto de esta de interés para el proyecto en cuestión solo será empleada con fines investigativos, además de que la participación en el estudio no supone gasto alguno; en plenitud de mis facultades mentales manifiesto mi consentimiento para formar parte de dicho proceso de manera voluntaria, pudiendo abandonarlo cuando considere conveniente, sin que eso traiga consigo sanción o alguna consecuencia legal en contra de mi persona.

Para que conste mi libre voluntad.

Firmo la presente el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año.

Firma \_\_\_\_\_

C.C. No. \_\_\_\_\_

### Anexo 3.

#### Operacionalización de las variables

Variable	Escala	Descripción	Tipo de variable
Edad	- 15 -19 - 20-39 - 40 y más	Según años cumplidos	Cuantitativa Continua
Nivel de instrucción	- Ninguno - Primaria sin terminar - Primaria - Secundaria - superior	Según escolaridad cursada  - Ninguno: analfabeta  - Primaria sin terminar: no culminó el séptimo año de educación básica  - Primaria: culminó el séptimo año de educación  - Secundaria: culminó el tercer año de bachillerato  - Superior: culminó la carrera universitaria o técnica	Cualitativa ordinal
Posee pareja	- No posee - Si posee	Según relación de pareja	Cualitativa nominal
Convivencia	- Vive sola - Vive acompañada	Según relación de convivencia	Cualitativa Nominal
Conocimiento importancia de las prácticas ancestrales en el embarazo parto y puerperio	- Satisfactorio - No satisfactorio	Según las respuestas sobre conocimiento relativos a la dimensión.  Satisfactorio: si responde que si conoce en más del 70% las preguntas relacionadas con este aspecto.  No satisfactorio: si no cumple criterio previo	Cualitativa nominal

<p>Conocimiento sobre acompañamiento durante el parto y labor</p>	<p>- Satisfactorio - No satisfactorio</p>	<p>Según las respuestas sobre conocimiento relativos a la dimensión.</p> <p>Satisfactorio: si responde que si conoce en más del 70% las preguntas relacionadas con este aspecto.</p> <p>No satisfactorio: si no cumple con el criterio anterior.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>
<p>Conocimiento sobre vestimenta</p>	<p>- Satisfactorio - No satisfactorio</p>	<p>Según las respuestas sobre conocimiento relativos a la dimensión.</p> <p>Satisfactorio: si responde que si conoce en más del 70% las preguntas relacionadas con este aspecto.</p> <p>No satisfactorio: si no cumple con el criterio anterior.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>
<p>Conocimiento sobre alimentación</p>	<p>- Satisfactorio - No satisfactorio</p>	<p>Según las respuestas sobre conocimiento relativos a la dimensión.</p> <p>Satisfactorio: si responde que si conoce en más del 70% las preguntas relacionadas con este aspecto.</p> <p>No satisfactorio: si no cumple con el criterio anterior.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>
<p>Conocimiento sobre elección de posición durante el parto</p>	<p>- Satisfactorio - No satisfactorio</p>	<p>Según las respuestas sobre conocimiento relativos a la dimensión.</p> <p>Satisfactorio: si responde que si conoce en más del 70% las preguntas relacionadas con este aspecto.</p> <p>No satisfactorio: si no cumple el criterio anterior</p>	<p>Cualitativa nominal</p>

#### **Anexo 4.**

##### **Cuestionario diagnóstico**

Buenos días estimada señora, soy el Psicólogo Alan David Arias Parra, estudiante de la Maestría de Pedagogía Mención Docencia Intercultural, de la Universidad Nacional de Chimborazo, y realizo una investigación Titulada “Salud Comunitaria en el respeto a las costumbres y tradiciones de las embarazadas y puérperas del pueblo Puruhá de la parroquia Yaruquíes” y su objetivo es promover el conocimiento y el empleo de las costumbres y tradiciones científicamente aceptadas de este pueblo. Esta se realizará a través de una encuesta que tomará aproximadamente 15 minutos su aplicación. La información que proporcione es anónima y los resultados se utilizarán de forma exclusiva con fines investigativos, le solicitamos de la manera más comedida que exista objetividad en sus respuestas.

Por su colaboración anticipo mi agradecimiento.

##### **Características sociodemográficas**

1.- Edad \_\_\_\_\_

2.- Marque atendiendo al último año concluido de escolaridad formal

- a.  Ninguno
- b.  Primaria incompleta
- c.  Primaria
- d.  Secundaria
- e.  Superior

3.- Al momento de llenar el cuestionario, ¿cuenta usted con pareja estable?

Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

4.- En su vivienda regular, ¿usted vive sola o acompañada?

Sola \_\_\_\_\_ Acompañada \_\_\_\_\_

5.- Ocupación: \_\_\_\_\_

6.- Dirección domiciliar regular: \_\_\_\_\_

---

### Lista de Cotejo diagnóstica

	PREGUNTAS	ALTERNATIVAS	
		SI	NO
1	¿Conoce la importancia que la cultura indígena Puruhá concede al acompañamiento durante la labor de parto, el parto y el puerperio?		
2	¿Conoce en que consiste ese acompañamiento al que se hace referencia en la pregunta anterior?		
3	¿Conoce si en los centros del sistema de salud se respeta el acompañamiento durante el parto y luego del mismo?		
4	¿Conoce el papel de las parteras antes, durante y después del parto?		
5	¿Conoce la importancia del uso de una vestimenta adecuada durante la labor de parto, el parto y el puerperio?		
6	¿Conoce que vestimenta se considera culturalmente adecuada durante el parto?		
7	¿Conoce si las mujeres ancestralmente empleaban vestimenta adecuada durante el puerperio con el fin de mantener la temperatura corporal necesaria para la recuperación?		

- 8 ¿Conoce si el uso de la vestimenta hospitalaria (bata) respeta el pudor, mantiene la temperatura corporal, facilita el amamantamiento?
- 9 ¿Conoce las posiciones para el parto que tradicionalmente se utilizan en los partos domiciliarios?
- 10 ¿Conoce la importancia de la posición para el parto propias de la cultura indígena Puruhá?
- 11 ¿Considera las posiciones para el parto propias de la cultura indígena Puruhá son beneficiosas para la madre?
- 12 ¿Conoce si el parto utilizando las posiciones tradicionales de la cultura indígena Puruhá se practican en las instituciones del sistema de salud nacional?
- 13 ¿Conoce la importancia de la alimentación a base de productos tradicionales antes, durante y después del parto?
- 14 ¿Conoce las aguas de hierbas medicinales que las tradiciones de la cultura Puruhá sugieren antes, durante y después del parto?
- 15 ¿Conoce el tipo de alimentación que la cultura Puruhá sugiere luego de haber dado a luz?
- 16 ¿Está al tanto de los beneficios de la alimentación tradicional Puruhá para mantener la salud durante el embarazo, parto y puerperio?

## Anexo 5.

### Cuestionario dirigido al experto

Estimado profesor (profesional):

Luego de su selección atendiendo a la experticia demostrada, solicito que exprese una categoría evaluativa sobre cada ítem que aparece a continuación, teniendo en cuenta la solidez de los elementos que conforman la propuesta de “guía didáctica dirigida a la capacitación sobre parto y puerperio desde una perspectiva de integración de prácticas tradicionales con la medicina convencional”, la que se adjunta a la presente, la escala evaluativa contará con cinco posibles valores: muy adecuado (MA), bastante adecuado (BA), adecuado (A), poco adecuado (PA) e inadecuado (I). Por favor, emita sus consideraciones o recomendaciones que permitan mejorar la propuesta en cuestión.

Gracias por su colaboración

Aspectos	MA	BA	A	PA	I
Pertinencia de la planificación de la capacitación en el contexto					
Estructura de la Guía					
Adecuación de las temáticas incluidas					
Pertinencia de las estructuras metodológicas					
Estructuración del instrumento diagnóstico					
Potencialidad operativa de la Guía					

2. Emita sus recomendaciones u opiniones acerca de la propuesta en general o sobre algún aspecto específico.