



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, VINCULACIÓN Y
POSGRADO**

DIRECCIÓN DE POSGRADO

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE:

**MAGISTER EN SALUD PUBLICA CON MENCIÓN EN ENFERMERIA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

TEMA:

**“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA LA
PROMOCIÓN DE LA SALUD PRENATAL EN ADOLESCENTES
INDÍGENAS”**

AUTOR:

Lcda. Jenny Rosa Alvarado Vimos

TUTOR:

PhD. Angélica Salomé Herrera Molina

Riobamba – Ecuador

2025



DECLARATORIA Y CESION DE DERECHOS DE AUTORÍA

De mi consideración:

Yo Jenny Rosa Alvarado Vimos, con número único de identidad No. 1727167668, declaro y acepto ser responsable de las ideas, doctrinas, resultados y lineamientos alternativos realizados en el presente trabajo de titulación denominado: "Programa de Intervención Comunitaria para la Promoción de la Salud Prenatal en Adolescentes Indígenas". Previo a la obtención del grado de: Magíster en Salud Pública con Mención en Enfermería Familiar Y Comunitaria.

- Declaro que mi trabajo investigativo pertenece al patrimonio de la Universidad Nacional de Chimborazo de conformidad con lo establecido en el artículo 20 literal j de la Ley Orgánica de Educación Superior LOES.
- Autorizo a la Universidad Nacional de Chimborazo que pueda hacer uso del referido Trabajo de Titulación y a difundirlo como estime conveniente por cualquier medio conocido, y para que sea integrado en formato digital al Sistema de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, respetando los derechos de autor, dando cumplimiento de esta manera a lo estipulado en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior LOES.

Riobamba, 21 de mayo de 2026

Atentamente,



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**JENNY ROSA ALVARADO
VIMOS**

Jenny Rosa Alvarado Vimos

CI: 1727167668

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO	NOMBRE DEL FORMATO		 SGC <small>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO</small>	
	CÓDIGO:	VERSIÓN:		
	FECHA:			
	MACROPROCESO:			
	PROCESO:			
	SUBPROCESO:			

Riobamba, 9 de enero de 2026

CERTIFICACIÓN DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

En calidad de miembros del Tribunal designados por la Comisión de Posgrado, CERTIFICAMOS que una vez revisado el Trabajo de titulación bajo la modalidad Proyecto de Investigación y/o desarrollo denominado "**Programa de intervención comunitaria para la promoción de la salud prenatal en adolescentes indígenas**", dentro de la línea de investigación de **Salud**, presentado por el maestrante: **Alvarado Vimos Jenny Rosa**, portador de la CC. 1727167668, del programa de **Maestría en Salud Pública con mención con mención en Enfermería Familiar y Comunitaria**, cumple al 100% con los parámetros establecidos por la Dirección de Posgrado de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Es todo lo que podemos certificar en honor a la verdad.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**ANGELICA SALOME
HERRERA MOLINA**
Validar únicamente con FirmasCC

Mgs. Angélica
Herrera Molina PhD.

TUTORA



Firmado electrónicamente por:
**JIMENA ALEXANDRA
MORALES GUARACA**
Validar únicamente con FirmasCC

Mgs. Jimena Morales
Guaraca

**MIEMBRO DEL
TRIBUNAL 1**



Firmado electrónicamente por:
**VERONICA CECILIA
QUISHPI LUCERO**
Validar únicamente con FirmasCC

Mgs. Verónica Quishpi
Lucero

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL
2**



Riobamba, 28 de abril de 2026

CERTIFICADO

De mi consideración:

Yo Angélica Salomé Herrera Molina, certifico que Jenny Rosa Alvarado Vimos con cédula de identidad No. 1727167668 estudiante del programa de Maestría en Salud Pública con Mención en Enfermería Familiar Y Comunitaria, cohorte 3, presentó su trabajo de titulación bajo la modalidad de Proyecto de titulación con componente de investigación aplicada/desarrollo denominado: Programa de Intervención Comunitaria para la Promoción de la Salud Prenatal en Adolescentes Indígenas, el mismo que fue sometido al sistema de verificación de similitud de contenido COMPILATION identificando el porcentaje de similitud del 1% en el texto y el porcentaje del 1% en inteligencia artificial.

Es todo en cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente,



Angélica Salomé Herrera Molina

CI: 1707667075

Adj.-

- Resultado del análisis de similitud(Compilation)

Dedicatoria

A mi hija, luz de mis días y mayor fuente de inspiración. Por recordarme, con tu sonrisa y tu ternura, que todo esfuerzo vale la pena. Eres la razón por la que busco ser mejor cada día, y este logro también es tuyo, porque cada página de este trabajo lleva un pedacito del amor y la fuerza que me das. Que este camino sea un ejemplo para ti, para que siempre persigas tus sueños con valentía y confianza.

A mi esposo, compañero incansable y apoyo incondicional. Gracias por caminar a mi lado en cada etapa de este proceso, por tu paciencia en mis ausencias, por tu comprensión en mis horas de cansancio y por tu fe en mí incluso cuando yo misma dudaba. Tu amor, tu apoyo y tus palabras de ánimo fueron fundamentales para que pudiera llegar hasta aquí. Esta meta alcanzada es también el reflejo de tu dedicación y tu compañía constante.

Les dedico este logro con todo mi corazón.

Agradecimiento

Mis padres, con todo mi amor y profundo agradecimiento. Este trabajo no sólo significa el fin de una etapa académica, sino que es también el resultado de años de trabajo en equipo, de enseñanzas compartidas y de un apoyo que nunca ha faltado. Gracias por ser mi pilar, por enseñarme a querer el estudio, la disciplina y la honestidad, y por mostrarme con su ejemplo de cada día que los sueños se logran con constancia y fe.

A ustedes que siempre han estado ahí, celebrándome en mis éxitos, alentándome en los tiempos difíciles y recordándome que soy capaz de llegar más lejos. Gracias por cada sacrificio en silencio, por cada palabra de aliento, por la paciencia en mis días difíciles y por ese amor incondicional que ha sido mi fuerza para seguir adelante. Esta tesis también es de ustedes, pues sin su guía, confianza y dedicación a mi formación este camino hubiera sido muy difícil.

Hoy termino esta etapa con la alegría de saber que he tenido el privilegio de contar con dos padres extraordinarios que han apoyado cada paso de mi vida. Les debo mucho más que unas palabras de agradecimiento, les debo la persona que soy y todo lo que estoy haciendo. Gracias por creer siempre en mí.

Índice General

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO 1 GENERALIDADES 16

1.1 Planteamiento del problema 16

1.2 Justificación de la Investigación 18

1.3 Objetivos 19

1.3.1 Objetivo General 19

1.3.2 Objetivos Específicos 19

1.4 Descripción de la Población de Estudio y Contexto Comunitario 19

CAPÍTULO 2 ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA 20

2.1 Antecedentes Investigativos 20

2.2 Fundamentación Legal 23

2.2.1 Constitución de la República del Ecuador (2008) 23

2.2.2 Código de la Niñez y Adolescencia (2003, reformado 2020) 24

2.2.3 Ley Orgánica de Salud (2006, reformada 2021) 24

2.2.4 Plan Nacional de Desarrollo 2021-2025 25

2.2.5 Normativa Internacional Aplicable en Ecuador 25

2.3 Fundamentación Teórica 26

2.3.1	Salud Prenatal en Adolescentes: Concepto y Relevancia.....	26
2.3.2	El Embarazo Adolescente: Causas y Consecuencias	29
2.3.3	Acceso a la Salud Prenatal en Comunidades Indígenas	32
2.3.4	Intervención Comunitaria en la Promoción de la Salud Materna.....	34
2.3.5	Métodos Educativos para la Promoción de la Salud Prenatal	38
CAPÍTULO 3 DISEÑO METODOLÓGICO		40
3.1	Enfoque de la Investigación	40
3.2	Diseño de la Investigación.....	40
3.3	Tipo de investigación	40
3.3.1	Investigación Descriptiva	40
3.3.2	Investigación documental	40
3.4	Nivel de Investigación	41
3.4.1	Exploratorio	41
3.4.2	Descriptivo	41
3.4.3	Propositivo.....	41
3.5	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	41
3.5.1	Tecnica.....	41
3.5.2	Instrumento	41
3.6	Técnicas para el Procesamiento e Interpretación de Datos	42
3.6.1	Población	42
3.6.2	Tamaño de la Muestra	42
3.6.3	Criterios de selección.....	43
CAPÍTULO 4 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS		45
4.1	Análisis Descriptivo de los Resultados	45
4.2	Discusión de los Resultados	46
CAPÍTULO 5 MARCO PROPOSITIVO		48
5.1	Introducción.....	48

5.2	Fundamentación del Modelo o Propuesta	48
5.2.1	Justificación de la Propuesta basada en los Hallazgos del Estudio	48
5.2.2	Referencias a Estudios Previos que Respalden la Propuesta.....	49
5.2.3	Enfoque Teórico y Metodológico en el que se Basa la Solución	49
5.3	Descripción de la Propuesta	50
5.3.1	Objetivo General.....	50
5.3.2	Objetivos Específicos	50
5.3.3	Estrategias o Acciones Concretas.....	51
5.3.4	Actores Involucrados	52
5.3.5	Recursos Necesarios	52
5.4	Implementación	53
5.4.1	Fases de Desarrollo.....	53
5.5	Evaluación y Seguimiento	55
5.5.1	Indicadores para Medir el Impacto de la Propuesta	55
5.5.2	Métodos de Seguimiento y Ajuste.....	57
	CAPÍTULO 6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
	Conclusiones.....	61
	Recomendaciones.....	63
	Referencias Bibliográficas	65
	Anexo 1	72

Índice de Tablas

Tabla 1. Caracterizar costumbres y creencias del embarazo de la etnia indígena.....	72
Tabla 2. Determinar las intervenciones comunitarias en las adolescentes indígenas.....	75
Tabla 3. <i>Actores Involucrados</i>	52
Tabla 4. <i>Recursos Necesarios</i>	52
Tabla 5. <i>Fases de Desarrollo</i>	53
Tabla 6. <i>Posibles Desafíos y Estrategias para Enfrentarlos</i>	55
Tabla 7. <i>Indicadores a usar</i>	56

Índice de Gráficos

Grafico 1. Modelo Intercultural.....	57
Grafico 2. Cronograma de Implementación	59
Gráfico 3. Impacto Esperado en Controles Prenatales	59

Resumen

El embarazo adolescente en comunidades indígenas se constituye como un problema prioritario de salud pública que está condicionado por factores culturales, sociales y económicos que limitan el acceso a una atención prenatal adecuada. Las adolescentes indígenas embarazadas tienen barreras geográficas, de idioma y de discriminación que les dificultan asistir a los controles prenatales y que les hace estar en un riesgo mayor de tener complicaciones maternas y neonatales. Como respuesta a esta problemática, el objetivo de esta investigación fue la formulación de una intervención educativa comunitaria encaminada a la promoción de la salud prenatal en adolescentes indígenas, siguiendo la línea de un enfoque intercultural - participativo. La investigación se desarrolló adoptando una estrategia documental y cuantitativa. Se recogieron, analizaron y sintetizaron datos científicos, técnicos y legislativos enteramente relacionados con la salud prenatal, el embarazo en adolescentes y las prácticas culturales de las comunidades indígenas. El análisis bibliográfico sirvió para buscar tales creencias, costumbres y necesidades educativas en esta población, pero también experiencias previas en intervenciones comunicativas que habían dado resultados favorables en situaciones semejantes. Los resultados mostraron que la integración de los sabios tradicionales y la educación sanitaria pueden ser útiles para incrementar la confianza en los servicios médicos, optimizar el seguimiento prenatal e incrementar las prácticas saludables en el período de gestación. Con estos hallazgos, se diseñó una intervención pedagógica en la comunidad con el objetivo de potenciar el conocimiento, la autonomía y el autocuidado de las adolescentes en estado de gestación. Este objetivo se alcanzará mediante la implementación de talleres participativos, la utilización de materiales pedagógicos de diversas culturas y la implicación activa de las entidades tradicionales, los líderes comunitarios y el personal sanitario. La propuesta tiene la finalidad de promover un cuidado prenatal que sea integral, respetando las convicciones culturales y respetando los derechos reproductivos. La aplicación de esta propuesta favorecerá la disminución de las enfermedades de madres e hijos, la mejora de la equidad sanitaria y la constelación de modelos de atención interculturales de las comunidades indígenas ecuatorianas.

Palabras clave: embarazo adolescente, salud intercultural, partería tradicional, cuidado materno, comunidades indígenas.

Abstract

Adolescent pregnancy in indigenous communities is a priority public health problem conditioned by cultural, social, and economic factors that limit access to adequate prenatal care. Pregnant indigenous adolescents face geographical, linguistic, and discriminatory barriers that hinder their access to prenatal checkups and increase the risk of maternal and neonatal complications. In response to this problem, this research aimed to develop a community-based educational intervention to promote prenatal health among indigenous adolescents, using an intercultural, participatory approach. The study used a documentary and quantitative strategy, collecting, analyzing, and synthesizing scientific, technical, and legislative information on prenatal health, adolescent pregnancy, and indigenous cultural practices. The review identified beliefs, customs, educational needs, and prior successful communication interventions in similar contexts. Results indicated that integrating traditional knowledge with health education increases trust in services, optimizes prenatal care, and promotes healthy practices. Based on these findings, an intervention was designed to strengthen knowledge, autonomy, and self-care through participatory workshops, culturally relevant materials, and involvement of community leaders, traditional actors, and health personnel. The proposal seeks to promote comprehensive prenatal care that respects cultural beliefs and reproductive rights. Its implementation may reduce maternal and infant morbidity, improve equity, and support intercultural care models in Ecuador.

Keywords: adolescent pregnancy, intercultural health, traditional midwifery, maternal care, indigenous communities.



Reviewed by:
Jenny Alexandra Freire Rivera, M.Ed.
ENGLISH PROFESSOR
ID No.: 0604235036

Introducción

La atención prenatal inicial comprende la confirmación del embarazo, el establecimiento de la edad gestacional y la identificación de factores de riesgo. Contiene historia clínica completa, exámenes físicos y ginecológicos, estudios de laboratorio e imagen, así como evaluaciones psicosociales y cribados específicos según el caso. En esta primera visita se hace el distingo entre embarazos de bajo y de alto riesgo para hacer un seguimiento adecuado y poder llegar a hacer algunas intervenciones tempranas para prevenir complicaciones maternas y fetales (Karrar, Vadakekut, & Hong, 2024).

El embarazo adolescente es el embarazo que se da en el grupo etario de 10 a 19 años, lo cual representa una preocupación importante de salud pública por las implicaciones médicas, sociales y económicas que entraña. La OMS (OMS, 2024) reporta alrededor de 21 millones de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años en países de ingresos bajos y medios. De estos embarazos, se calcula que el 50% no son planeados y esto deriva en 12 millones de nacimientos, poniendo a estas madres y a sus bebés en un riesgo, inmerecidamente, alto.

En América Latina y el Caribe, el embarazo adolescente es una prioridad de salud ya que, es la segunda región con mayor índice mundial, con un promedio de 1.5 millones de niñas de 15 a 19 años que dan a luz cada año. Se estima que 18% de los nacimientos ocurren con madres de 20 años o menos. Las causas son multitud de factores en el contexto de la falta de acceso a servicios de anticonceptivos y educación sobre el tema, la violencia y la desigualdad social (UNFPA, 2019).

En el embarazo adolescente, el CNII (CNII, 2024), sostiene que, para Ecuador, en los últimos años, se ha observado una tendencia diminutiva ininterrumpida. En 2017 y 2023, se reportaron 20% y 15% de nacidos vivos de madres adolescentes, respectivamente, lo que son 5 puntos porcentuales menos. En términos absolutos, la cantidad de partos diarios, pasó de 156 en 2017 a 99 en 2023. Esto muestra el efecto que tienen las políticas públicas implementadas, aunque aún hay un gran desafío en niñas de 10 a 14 años.

Las comunidades indígenas se constituyen como grupos sociales con una cultura y lengua, un ordenamiento jurídico, y una historia propia. Tienen particularidad en su relación con la naturaleza y con los territorios que han venido ocupando desde tiempos ancestrales. Estas comunidades a lo largo de su historia han sufrido un despojo territorial, discriminación y exclusión social reconocida en la Constitución del Ecuador (2008) y en convenios internacionales como el 169 de la OIT (Guanoluisa, Espinoza, & Rubio, 2021).

En las comunidades indígenas el embarazo adolescente constituye un problema crucial de salud y de la comunidad dejando una huella profunda sobre la salud de las madres y de los pequeños y sobre el progreso social y económico de las comunidades. Las jóvenes embarazadas se ven obstaculizadas por barreras culturales, lingüísticas y estructurales que dificultan el acceso a una atención médica adecuada, incrementando así su riesgo de complicaciones durante la gestación, el nacimiento y el postparto (Cruz, 2021).

Las acciones actuales han sido dirigidas a mejorar la atención de la salud materna, en un intento de incorporar la medicina tradicional indígena a los sistemas de salud formales. Sin embargo, esta falta de integración sigue generando desconfianza hacia los servicios de salud y, a su vez, reduce la efectividad de las intervenciones de salud dirigidas a mejorar la calidad de vida de las adolescentes embarazadas y sus hijos (Dueñas-Matute, 2023).

Romero-Tapias et al., (2022), señala que los principales retos que se presentan en la salud indígena como lo son la falta de articulación de la medicina tradicional y la medicina bio médica, generan tensiones culturales y, a su vez, limitan la posibilidad de la atención integral." Esta falta de integración es más problemática para las adolescentes embarazadas. Esto se debe a la prevalencia excesiva de sistemas culturales rígidos que ayudan en la división de los sistemas formales e informales, sirviendo así el último para demorar el continuo de atención profesional en entornos maternos y neonatales de alto riesgo, comunidades indígenas rurales.

Por su parte, Espinoza (2024), indico que el embarazo adolescente en comunidades indígenas del Ecuador, acarrea repercusiones en distintos ámbitos: físicos, emocionales y comunitarios. Los resultados pusieron de manifiesto que los adolescentes ontológicamente identifican como principales riesgos los abortos clandestinos, la depresión y la marginación social, además del riesgo de fracaso del proyecto de vida y la falta de oportunidades. En este sentido, los autores recalcan que la atención en salud tiene que incluir un enfoque intercultural, y la consejería es este tipo de atención es, a su vez, la estrategia que más efectivos resultados de prevención reporta.

El objetivo de la investigación es diseñar un programa de intervención comunitaria que facilite el acceso a los servicios de salud materna de las jóvenes embarazadas indígenas, sin emplear costumbres ajenas a dicha comunidad. No solo en el ámbito académico, sino también en la sociedad tiene un impacto esta situación, pues se reduce la mortalidad materno-infantil en comunidades indígenas y puede incidir en la conformación de políticas

públicas y de tácticas para garantizar la equidad en salud. Para tal fin, se empleará una técnica estadística basada en el análisis de fuentes bibliográficas. Identificar acciones comunitarias que promuevan el bienestar prenatal en jóvenes madres indígenas.

El presente manuscrito se encuentra distribuido en cinco capítulos. El capítulo primero tiene por objetivo dar a conocer el problema, su justificación y el propósito del estudio. El capítulo segundo, en calidad de base teórica, incluye un tratamiento sobre los conceptos fundamentales sobre el embarazo adolescente, la salud intercultural y la partería ancestral. El capítulo tercero incluye una descripción de la metodología empleada, incluyendo los enfoques y técnicas utilizadas en la recolección de la información. El capítulo cuarto incluye los resultados y el análisis de los datos asistentes al estudio. Finalmente, el Capítulo 5 expone la propuesta del modelo de atención intercultural, junto con su implementación, evaluación y recomendaciones para futuras investigaciones y políticas de salud.

CAPÍTULO 1

GENERALIDADES

1.1 Planteamiento del problema

El embarazo adolescente acarrea consecuencias de carácter biológico, psicológico y social. Generalmente, no es un evento planeado ni deseado, lo que dificulta su aceptación y lo convierte en un problema no solo para la futura madre, sino también para su pareja, la familia y el sistema de salud pública. Además, expone a las adolescentes a tomar decisiones que ponen en riesgo su vida y la del futuro hijo, como recurrir a abortos clandestinos, prostitución o conductas delictivas (Intrago, 2022).

La atención prenatal es clave para asegurar el bienestar de la madre y el bebé y para minimizar la posibilidad de complicaciones y la mortalidad materno-fetal. La OMS (2022) reporta que, a pesar de que 64% de las embarazadas a nivel mundial tienen al menos cuatro consultas prenatales, en 2015 más de 303,000 mujeres maternas fallecieron por causas relacionadas con la gestación y 2.7 millones de neonatos murieron en su primer mes de vida, indicativo del nivel crítico al que se encuentran los servicios prenatales y la falta de atención que merecen.

La magnitud del fenómeno de embarazo adolescente en el Ecuador, de forma integral, evidencia una problemática estructural, un ejemplo de ello es el total de 39.486 nacidos vivos en 2021 de madres entre 15 y 19 años, que en ese año presentaron una tasa de 49,4 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres de ese grupo etario. Más de 16% de los embarazos en Ecuador, en el 2021, son de madres adolescentes, lo que coloca al país en el tercer lugar con mayor tasa de embarazos adolescentes en la región. Adicionalmente, un sistema de información de salud, con cobertura limitada y sesgo en la recolección de datos, no considera el embarazo adolescente que no ha sido reportado y, por lo tanto, cada día, al menos, cinco adolescentes de entre 10 y 19 años dan a luz (INEC, 2021).

De la misma manera, este fenómeno está estrechamente relacionado con contextos de violencia y vulneración de derechos. Las estadísticas oficiales revelan que de cada 10 adolescentes femeninas, 4 víctimas de violencia, permanecen en silencio sobre su situación, 2 personas no creen su relato y 1, está sujeta a alguna forma de presión para no hablar. Solo un tercio de las adolescentes que sufrieron abuso sexual tuvo acceso a atención médica especializada. La situación evidencia con nitidez los límites de la cobertura y respuesta institucional. Estudios que han utilizado la Encuesta Demográfica y de Salud, también han

demostrado que los hogares pobres, rurales e indígenas tienen menos oportunidades de utilizar servicios de salud, lo que profundiza aún más la brecha de acceso (INEC, 2021).

Por otro lado, el embarazo adolescente tiene un impacto más crítico en las poblaciones indígenas debido a la combinación de factores culturales, sociales y económicos. La población indígena en Ecuador fue, en 2021, 78.6% del total, y también es la población con la mayor incidencia de pobreza (INEC, 2021). En la provincia de Chimborazo, donde la mayoría de la población es de la nacionalidad Puruhá, dos tercios se encuentran en situación de pobreza. Los estudios sobre Plan International citado por Ramírez (2024), establecen que las adolescentes indígenas embarazadas, que sufren de violencia y discriminación, se sienten desalentadas a asistir a controles prenatales, por el temor a represalias socioculturales, así como por la falta de servicios que aborden el problema de forma culturalmente pertinente.

Ecuador es uno de los países con mayor población indígena, con un 78,6% en 2021, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo. Este grupo presenta los más altos niveles de pobreza, que se refleja en la precariedad de sus condiciones de vida y en su acceso a servicios básicos (INEC, 2021). La provincia de Chimborazo, en la región centro-sur, es un claro ejemplo, ya que la mayoría de su población es de la nacionalidad Puruhá, y más de dos tercios de ella vive en situación de pobreza. Investigaciones han mostrado que las adolescentes indígenas embarazadas que habitan en provincias de alta concentración indígena sufren violencia, discriminación y temor a las represalias socioculturales, lo que las aleja de tener un control prenatal adecuado (Ramírez, 2024).

Asimismo, el control prenatal se reconoce como una estrategia indispensable para reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Este se define como un conjunto de acciones sistemáticas y periódicas dirigidas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de complicaciones, siempre que sea temprano, continuo y con amplia cobertura (Moya-Plata, Guiza-Salazar, & Merchán, 2010). Sin embargo, en muchas comunidades indígenas del Ecuador no se cumple con las cinco consultas mínimas recomendadas por la OMS (2016), debido a barreras sociales, económicas, familiares, culturales, geográficas y lingüísticas que limitan el acceso a los servicios de salud.

Es fundamental utilizar estrategias comunitarias con un enfoque intercultural que respete las costumbres locales y capacite a las jóvenes para que tomen decisiones sobre su

futuro conyugal, a fin de fomentar la salud prenatal en las jóvenes indígenas. La integración de este colectivo en el área de la salud comunitaria frágil, facilitará la extensión de la cobertura de los controles prenatales, disminución de la mortalidad materna e infantil y minimización de las disparidades en la atención y servicios sanitarios.

Por lo tanto, surge la siguiente interrogante que orienta esta investigación: ¿cómo puede un programa de intervención comunitaria contribuir a la promoción de la salud prenatal en adolescentes indígenas, considerando las barreras socioculturales, económicas y educativas que limitan su acceso a controles prenatales oportunos y de calidad?

1.2 Justificación de la Investigación

El embarazo en adolescentes indígenas es un problema de salud pública que afecta no solo a las jóvenes y sus familias, sino también a la sociedad en general. En Ecuador, una gran parte de los embarazos de adolescentes ocurre en comunidades indígenas, que, por sus características, son de mayor vulnerabilidad. Hay múltiples factores que explican por qué las adolescentes indígenas embarazadas no se someten a controles prenatales. La escasez de servicios de salud, los obstáculos por razones culturales y la discriminación social aumentan la posibilidad de que sufran complicaciones durante el embarazo y dicha problemática hace necesario el diseño de un programa de intervención comunitaria que fomente la salud prenatal en este grupo poblacional (El País, 2025).

El objetivo de este estudio fue muy importante debido a que quería diseñar un programa de intervención comunitaria que potenciara la salud prenatal de las adolescentes indígenas, lo que contribuiría a que en estas comunidades disminuyera la morbi-mortalidad materno-infantil. Desde la atención primaria en salud y la comunidad, este programa trató de abordar las barreras que obstaculizaban el acceso a la atención prenatal, la educación en salud y el empoderamiento de las adolescentes embarazadas. La OMS (2024) manifestó que se deben realizar al menos cinco controles prenatales para que un embarazo sea de bajo riesgo, por tanto, se necesitan estrategias para que las jóvenes indígenas accedan a esos controles sin temor a la estigmatización y la discriminación.

Esta investigación también se ocupó de la necesidad de generar evidencia científica para usar en la formulación de políticas públicas para mejorar la salud materna en comunidades indígenas. La integración de conocimientos tradicionales con prácticas médicas basadas en la evidencia permitió el desarrollo de un modelo de atención culturalmente pertinente. Así, este estudio no solo benefició a las adolescentes indígenas,

sino que también sirvió como referencia para futuras intervenciones en poblaciones vulnerables con condiciones similares.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

- Diseñar un programa de intervención comunitaria para la promoción de la salud prenatal en adolescentes indígenas

1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar costumbres y creencias del embarazo de la etnia indígena.
- Determinar las intervenciones comunitarias en las adolescentes indígenas.
- Diseñar una intervención educativa para mujeres embarazadas con énfasis en adolescentes indígenas.

1.4 Descripción de la Población de Estudio y Contexto Comunitario

Esta investigación se enfocó en las comunidades indígenas del Ecuador, donde las adolescentes embarazadas enfrentaban múltiples limitaciones para acceder a servicios de salud prenatal. Estas comunidades brillaron por la diversidad cultural y lingüística y sus debilidades se entrelazaban con la pobreza, la soledad y la falta de infraestructuras educativas y sanitarias. Estas circunstancias influyen en profundidad sobre la planificación y el cuidado del embarazo en la juventud.

En este escenario las adolescentes indígenas encintas requieren una atención particular debido a la extrema vulnerabilidad frente a amenazas sociales, culturales y de salud. La falta de educación en salud sexual y reproductiva, el miedo a la discriminación en los centros médicos y la fuerza de las creencias tradicionales fueron penalidades que dificultaron la búsqueda de atención oportuna en el curso del embarazo. Esto trajo como consecuencia que se pudiera tener menor acceso a los controles prenatales y que aumentara el riesgo de complicaciones maternas e infantiles.

El papel de actores como las familias, los líderes comunitarios y el personal de salud fue igualmente determinante para la promoción de prácticas preventivas y la aceptación de estrategias de cuidado prenatal culturalmente pertinentes. La interacción de estos actores definió en gran medida las posibilidades de que las adolescentes recibieran apoyo adecuado.

CAPÍTULO 2

ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

2.1 Antecedentes Investigativos

El embarazo en adolescentes indígenas es un problema de salud pública que requiere intervenciones comunitarias efectivas para garantizar el acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud prenatal. Diferentes estudios han abordado esta temática desde diversas perspectivas, proporcionando insumos valiosos para la formulación de estrategias de intervención. A continuación, se presentan seis antecedentes relevantes que contribuyen al desarrollo de la presente investigación.

El estudio de UNICEF (2021), titulado Salud materna intercultural busca mejorar el acceso a la atención prenatal en comunidades indígenas utilizando un modelo de salud intercultural. Para esto, realizaron un estudio descriptivo de intervención utilizando metodología de recolección de información cualitativa y cuantitativa en comunidades indígenas de Argentina que luego de la implementación de algunas estrategias, pudieron realizar educación prenatal y efectuar la sensibilización de la comunidad.

Los resultados indican que la inclusión de parteras tradicionales y la formación de personal de salud en áreas sobre cultura y tradiciones indígenas, favorece la receptividad de los controles prenatales a las indígenas adolescentes. Por lo que, el estudio establece que los modelos de atención prenatal deben ser respetuosos de la cultura y de la adaptación a la comunidad.

La principal contribución de esta investigación se basa en la utilización de un modelo intercultural que es también de gran importancia para la presente investigación. Sin embargo, se diferencia, en que el presente estudio se enfoca en proponer un modelo de intervención comunitaria para el caso ecuatoriano, teniendo en cuenta los aspectos culturales y socioeconómicos de la población adolescente indígena del Ecuador.

La OPS/OMS (2021) en su estudio Intervenciones integrales en el primer nivel de atención que lograron aumentar el acceso y cobertura de servicios maternos en Honduras, se enfoca en evaluar la efectividad de las intervenciones integradas en el marco de la cobertura de servicios de salud materna. Un cuidado procedimiento en el que se unieron cifras epidemiológicas y casos de estudio en las aldeas de Honduras.

La redistribución de recursos y el activismo comunitario causaron un aumento del 35 % de la cobertura de los controles prenatales. El resultado final expresa cómo la atención

primaria, que se nutre de educación y fomenta la salud comunitaria puede -aumentando la capacidad de lucimiento de las comunidades o de los individuos de aparear la respuesta con las ofertas- democratizar la atención de salud de la maternidad para las comunidades más vulnerables.

El aporte más importante de este estudio es el énfasis que hace sobre la descentralización y la participación de los agentes comunitarios para el fomento de la salud prenatal. Sin embargo, no se trata de una investigación específica en adolescentes indígenas, por lo que se justifica la necesidad de desarrollar estrategias para esta población específica.

La investigación efectuada por la Naciones Unidas (2024), en México con el nombre de Estrategia de juventudes en acción para la prevención del embarazo en adolescentes en Yucatán pretendió diseñar e implantar una estrategia educativa para prevenir el embarazo en adolescentes indígenas por medio del empoderamiento juvenil. La aplicación de un enfoque cualitativo y colaborativo dirigido por los jóvenes indígenas que lideraron los programas de formación en sexualidad fue un aspecto destacado.

Entre los hallazgos más relevantes destaca que la participación de los jóvenes en la promoción de la salud sexual y reproductiva mediante programas colaborativos resulta la forma más eficaz para la toma de consciencia y la reducción de los embarazos precoces. El estudio concluye dando un paso más e insistiendo en que los jóvenes son quienes deben actuar activamente en las estrategias de prevención.

Este estudio aporta en su enfoque participativo, lo que se considera clave para la presente investigación. Sin embargo, mientras este antecedente se enfoca en la prevención del embarazo adolescente, el presente estudio busca abordar la atención prenatal en adolescentes indígenas embarazadas, por lo que la estrategia de intervención será distinta.

El Diario Oficial de la Federación, publicó el Programa Especial de los Pueblos Indígenas y Afromexicano 2021-2024 (2021), el cual busca elevar la calidad de vida de estos grupos a través de políticas públicas enfocadas en educación, salud y desarrollo social. Los resultados y el procedimiento realizado en este estudio han sido utilizados para profundizar en las políticas del gobierno y los efectos que estas tienen en las comunidades indígenas y afroamericanas en México: teniendo en cuenta que en este ámbito, otorgar a las mujeres indígenas embarazadas el derecho a acceso a la atención de la salud o favorecer la práctica de los cuidados prenatales con sentido cultural es un aspecto importante, toda vez que para

que las políticas puedan trabajar, hay que adaptar el procedimiento y las explicaciones a la idiosincrasia de cada uno de los grupos sociales.

El valor de este estudio está en su perspectiva de política pública para mejorar el acceso a la salud prenatal. Difiere del trabajo de investigación aquí presentado en tanto éste plantea una intervención comunitaria y educativa y no un enfoque normativo.

El estudio Población indígena y maternidad temprana del Consejo Estatal de Población del Estado de México (2021) pretendía analizar las condiciones de salud y el acceso a los servicios prenatales de las adolescentes indígenas en México. Se prefirió una visión descriptiva y cuantitativa basada en encuestas e interpretación estadística de los registros de salud pública.

A diferencia del resto de la comunidad, las jóvenes indígenas se encuentran atrapadas en una marea de barreras culturales, económicas y sociales. El estudio termina resaltando la necesidad apremiante de idear estrategias originales para ampliar el acceso a la atención prenatal en dichas regiones.

El presente trabajo confirma su importancia al realizar la identificación de las barreras de acceso a la salud prenatal. Pero difiere del anterior, porque el presente estudio no sólo identifica barreras, sino que propone una intervención específica para abordarlas. El informe Todas las Mujeres Todos los Niños América Latina y el Caribe (2022) Intervenciones comunitarias eficaces y empoderamiento de los trabajadores de la salud son clave para reducir la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe pretendía valorar el impacto de la capacitación del personal de salud comunitaria en la mejora de la salud materno infantil.

Se utilizó una técnica híbrida, con estudios de caso con esos métodos de desentrañando métricas de salud en América Latina y el Caribe. Los resultados del estudio indican que la formación y capacitación de los guardianes de salud comunitaria incrementa la cobertura de los controles prenatales y la eficacia de los resultados materno-infantiles. Por último, el estudio concluye acentuando como nota característica, la necesidad de reforzar la tarea del equipo médico en el asesoramiento y la asistencia a mujeres en situación de embarazo.

La aportación de este estudio es abordar la formación de los líderes comunitarios, tal y como lo hace este análisis. Sin embargo, el trabajo actual está enfocado exclusivamente en jóvenes indígenas y en fomentar la salud prenatal en sus comunidades.

Estos precedentes evidencian la relevancia de idear un plan de acción comunitaria para fomentar la salud prenatal en jóvenes indígenas, pues revelan que la integración social, la acomodación cultural y la instrucción en salud son tácticas esenciales para optimizar la atención prenatal en comunidades frágiles. Sin embargo, a diferencia de investigaciones anteriores, en este trabajo se plantea una intervención específica para adolescentes indígenas en Ecuador, lo cual aporta una visión más localizada y aplicable al contexto nacional.

2.2 Fundamentación Legal

El presente estudio sobre la promoción de la salud prenatal en adolescentes indígenas se fundamenta en el ordenamiento jurídico ecuatoriano, el cual reconoce y garantiza los derechos de las mujeres, adolescentes y pueblos indígenas en el ámbito de la salud y la protección social. A continuación, se detallan las principales normas que respaldan la investigación y la implementación de estrategias de intervención comunitaria para mejorar la salud prenatal en este grupo poblacional.

2.2.1 Constitución de la República del Ecuador (2008)

La Constitución del Ecuador establece un marco normativo sólido para la protección de los derechos en salud, particularmente en lo que respecta a la atención prioritaria de mujeres embarazadas, adolescentes y pueblos indígenas. Los artículos más relevantes incluyen:

- Artículo 32: Reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental que garantiza el acceso a servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud sin discriminación.
- Artículo 35: Dispone que el Estado brindará atención prioritaria a grupos vulnerables, incluyendo mujeres embarazadas y adolescentes, con especial énfasis en la salud materno-infantil.
- Artículo 43: Garantiza el derecho de las mujeres, en particular de las embarazadas, a recibir atención médica gratuita y oportuna, con énfasis en controles prenatales, parto seguro y atención posnatal adecuada.
- Artículo 57: Se reconocen los derechos colectivos de los pueblos indígenas, por lo que pueden continuar con sus prácticas de medicina ancestral y con el derecho a sistemas de salud que respeten su cosmovisión (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

La relevancia de estos artículos se da en cuanto el Estado tiene el mandato de la protección de la salud prenatal en indígenas adolescentes sin discrimen, lo que valida la imperante necesidad de intervención comunitaria, programada, que responda a su realidad cultural.

2.2.2 Código de la Niñez y Adolescencia (2003, reformado 2020)

El Código de la Niñez y Adolescencia establece el marco normativo para la protección integral de los niños, niñas y adolescentes en Ecuador. Entre sus disposiciones clave, se encuentran:

- Artículo 6: Establece el principio de interés superior del niño y del adolescente, priorizando su bienestar en todas las políticas públicas y servicios de salud.
- Artículo 37: Garantiza el acceso a servicios de salud diferenciados y adecuados para adolescentes embarazadas, incluyendo el derecho a la atención prenatal y educación en salud sexual y reproductiva.
- Artículo 40: Obliga al Estado a desarrollar programas de salud reproductiva para adolescentes, promoviendo la prevención del embarazo y la protección de la maternidad temprana.

Este código respalda la necesidad de generar estrategias específicas para adolescentes indígenas embarazadas, con un enfoque diferencial que les garantice acceso efectivo a la salud prenatal.

2.2.3 Ley Orgánica de Salud (2006, reformada 2021)

La Ley Orgánica de Salud regula el sistema de salud en Ecuador y establece las obligaciones del Estado en la provisión de servicios de salud materna y reproductiva. Algunos artículos relevantes son:

- Artículo 7: Determina que los servicios de salud deben ser universales, equitativos y culturalmente apropiados, garantizando atención prioritaria a mujeres embarazadas y adolescentes.
- Artículo 8: Reconoce la importancia de la medicina intercultural, exigiendo que los servicios de salud respeten las prácticas tradicionales de los pueblos indígenas.
- Artículo 24: Establece la obligatoriedad de la atención prenatal gratuita y periódica para todas las mujeres embarazadas.

- Artículo 38: Ordena la implementación de programas de salud sexual y reproductiva, con énfasis en la prevención del embarazo en adolescentes y la promoción del cuidado prenatal (Ley Organica de Salud, 2006).

Esta ley respalda la implementación de un programa de intervención comunitaria en salud prenatal para adolescentes indígenas, dado que exige servicios de salud culturalmente pertinentes y el acceso universal a controles prenatales.

2.2.4 Plan Nacional de Desarrollo 2021-2025

El Plan Nacional de Desarrollo 2021-2025 establece directrices para garantizar el acceso equitativo a la salud y la reducción de las brechas de desigualdad en poblaciones vulnerables. Dentro de sus objetivos estratégicos se encuentran:

- Objetivo 2: Reducir la pobreza y promover la equidad en salud, asegurando que los servicios sean accesibles para poblaciones indígenas y rurales.
- Objetivo 3: Fortalecer el sistema de salud pública, garantizando que adolescentes embarazadas tengan acceso a atención prenatal y educación en salud materna.

Este plan refuerza la obligación del Estado de priorizar programas de salud materna en comunidades indígenas, alineándose con el propósito de la presente investigación.

2.2.5 Normativa Internacional Aplicable en Ecuador

Ecuador también es signatario de varios convenios y acuerdos internacionales que protegen el derecho a la salud materna y prenatal en adolescentes, incluyendo:

- Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989): Garantiza el acceso a servicios de salud materna y el derecho de las adolescentes embarazadas a recibir atención sin discriminación.
- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979): Insta a los Estados a eliminar los obstáculos que restringen el acceso de las mujeres indígenas a servicios apropiados de salud.
- Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030: En particular el ODS 3 se refiere a la necesidad de reducir la mortalidad materna y proporcionar acceso universal a servicios de salud reproductiva.

Estos tratados internacionales refuerzan el marco jurídico ecuatoriano, por lo tanto el Estado debe garantizar a las adolescentes indígenas el servicio obligatorio prenatal e implementar programas de intervención comunitaria.

El marco normativo ecuatoriano establece garantías claras para la protección de la salud materna y prenatal en adolescentes indígenas, a través de la Constitución, el Código de la Niñez y Adolescencia, la Ley Orgánica de Salud y el Plan Nacional de Desarrollo. Asimismo, los tratados internacionales ratificados por Ecuador refuerzan el compromiso del país con la reducción de la mortalidad materna y el acceso equitativo a la atención prenatal.

Por lo tanto, la implementación de un programa de intervención comunitaria para la promoción de la salud prenatal en adolescentes indígenas no solo es una necesidad en términos de salud pública, sino también un mandato legal que busca garantizar los derechos fundamentales de las adolescentes indígenas embarazadas en Ecuador.

2.3 Fundamentación Teórica

2.3.1 Salud Prenatal en Adolescentes: Concepto y Relevancia

2.3.1.1 Definición y características de la salud prenatal

La salud prenatal es el conjunto de asistencias médicas y asistencias preventivas que recibe la gestante con el fin de cuidar la salud de la madre y la salud del bebé. Estos cuidados incluyen controles médicos, identificación de riesgos, indicaciones sobre la correcta alimentación de la madre y hábitos saludables. La OMS (2022), sugiere que para el monitoreo del desarrollo del embrión y comportamiento de este sin complicaciones, deben realizarse controles prenatales un mínimo de cinco veces.

La salud prenatal es, en su mayor parte, preventiva, ya que permite la identificación y tratamiento de problemas antes que estos afecten de manera más grave la salud de la gestante y el bebé. Parte de esta estrategia es la realización de ciertas pruebas, tales como ultrasonidos, hemogramas y pruebas de detección de sífilis y otras infecciones. La educación sobre salud materna a las gestantes es de vital importancia, pues les otorga el conocimiento suficiente para afrontar el embarazo y los cuidados que este requiere (El País, 2025).

Para lograr un óptimo cuidado prenatal se necesita de un equipo multidisciplinario conformado por galenos, enfermeras, nutricionistas y psicólogos. Para las adolescentes es muy importante complementar la atención prenatal con apoyo psicológico y social ya que su embarazo suele estar rodeado de situaciones críticas. Para los pueblos originarios, la

incorporación de técnicas ancestrales en la atención prenatal puede permitir que las mujeres embarazadas accedan a estos servicios y fortalecer su confianza en el sistema de salud.

2.3.1.2 Importancia del control prenatal en adolescentes

El control prenatal es esencial en adolescentes embarazadas, ya que permite la detección y prevención de complicaciones que pueden afectar tanto a la madre como al bebé. Debido a que el cuerpo de una adolescente aún está en desarrollo, existen mayores riesgos de padecer hipertensión gestacional, preeclampsia, anemia y parto prematuro. De acuerdo con la OMS (2022), las adolescentes embarazadas tienen riesgo dos veces mayor de muerte materna en comparación con mujeres adultas, lo que subraya la necesidad de un seguimiento médico constante.

Además de los riesgos físicos que conlleva el embarazo adolescente, éste suele estar relacionado con factores psicosociales negativos, como el abandono escolar, el escaso apoyo familiar, y la vulnerabilidad económica. Una atención prenatal adecuada es importante para la salud de las madres y de los bebés, y permite dar educación en materia de salud sexual y reproductiva. Esta educación incluye orientar a los adolescentes sobre planificación familiar, prevención de infecciones y estrategias saludables para enfrentar su embarazo (Intrago, 2022).

En las tribus originales las barreras geográficas, económicas y culturales siguen obstaculizando el acceso a la atención prenatal. Muchas veces estas embarazadas jóvenes por miedo a la discriminación o por susceptibilidad al sistema médico occidental prefieren no acudir a la salud. Es importante desarrollar tácticas de cuidado intercultural, combinando la medicina moderna con la medicina ancestral indígena, con un enfoque de respeto y apropiación cultural, para mejorar el acceso a la atención prenatal en estas comunidades.

2.3.1.3 Impacto en la morbi-mortalidad materno-infantil

El embarazo adolescente eleva de manera significativa la morbilidad y mortalidad materna. Las adolescentes presentan hasta dos a cinco veces más riesgo de morir durante el embarazo o parto en comparación con mujeres adultas, debido a complicaciones como eclampsia, hipertensión gestacional, hemorragia posparto, abortos inseguros, infecciones y partos prematuros. Estas condiciones se agravan por la falta de control prenatal oportuno, limitaciones económicas y desigual acceso a servicios de salud. El embarazo en adolescentes pone en riesgo su bienestar social y físico, ya que debe interrumpir su proceso educativo y

limita sus posibilidades de conseguir un empleo, y además, aumenta su dependencia económica (Martinez, Montero, & Zambrano, 2020).

Los efectos negativos de la práctica se observan también en los hijos de las adolescentes, quienes suelen tener un mayor riesgo de sufrir, entre otros, problemas originados por el bajo peso, prematuridad, problemas respiratorios, sepsis neonatal y, malformaciones, que en consecuencia aumentan el riesgo de morir antes de cumplir un año. En el ámbito regional hay datos que generan una gran preocupación, como los 111 embarazos por cada 1000 adolescentes que hay en Ecuador, o 103 que se tienen en Honduras, o los 95 que hay en Venezuela, la cuantificación de este fenómeno da cuenta de la magnitud del problema (Martinez, Montero, & Zambrano, 2020). Estas situaciones generan una sobrecarga en el sistema de salud y son la causa de que se mantengan los ciclos de pobreza y exclusión social.

2.3.1.4 Estudios nacionales e internacionales sobre salud prenatal

Diversos estudios han analizado la importancia de la salud prenatal y su impacto en la reducción de complicaciones materno infantiles. UNICEF (2021), llevó a cabo un estudio en comunidades indígenas en Argentina que mostró que los programas de salud intercultural (que combinan la medicina occidental y la curación tradicional) mejoran la aceptación y el acceso de las mujeres indígenas a la atención prenatal. Este hallazgo pone de manifiesto la inminente necesidad de adecuar la atención sanitaria a las particularidades socioculturales que presenta cada comunidad.

En nuestro país, tal como lo exponen los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2021), el 18% de los nacimientos acontecidos en el periodo anteriormente mencionado, corresponde a adolescentes con el protagonismo notorio de las comunidades indígenas y las áreas rurales. Esto viene a señalar la apremiante necesidad de establecer medidas concretas dirigidas hacia este colectivo de personas, sobre todo, en el ámbito de la formación en salud sexual y reproductiva con vistas a disminuir los embarazos no deseados y el acceso a la atención prenatal.

Desde el punto de vista de las políticas públicas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) ha resaltado que los países que han establecido modelos de atención primaria en salud con un enfoque comunitario han logrado una disminución importante en las tasas de morbi-mortalidad materno-infantil. En Ecuador, el uso de estrategias interculturales en el área de la salud materna sigue siendo un desafío, lo cual resalta la

importancia de los estudios actuales que buscan diseñar intervenciones acordes a la realidad de las adolescentes indígenas.

2.3.2 El Embarazo Adolescente: Causas y Consecuencias

2.3.2.1 Factores de riesgo del embarazo en adolescentes

El embarazo adolescente está fuertemente condicionado por factores sociales y culturales que limitan las oportunidades de desarrollo. La baja condición socioeconómica y la insuficiente escolaridad obstaculizan el acceso a información y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva. Una cultura conservadora limita aún más el ejercicio responsable de los derechos reproductivos. También influyen la falta de comunicación entre padres e hijos, el temor y la vergüenza a hablar de sexualidad, o bien la presión de compañeros o de la pareja. El conjunto de estos factores deriva a una falta de información y planificación, incrementando el riesgo de embarazos no deseados (García A. , 2022).

Otro factor importante es que los anticonceptivos y los servicios de salud reproductiva no son lo suficientemente accesibles. El no contar con servicios de salud sexual y reproductiva, conlleva a la falta de conocimiento sobre planificación familiar y uso de anticonceptivos lo que aumenta el riesgo de embarazos no deseados. La discriminación, la falta de servicios y las barreras económicas dificultan el acceso a los servicios de salud reproductiva. Esa situación es particularmente grave en las comunidades indígenas, en donde las desigualdades se ven agravadas por la exclusión social y cultural y se registran mayores tasas de embarazos tempranos (Cevallos, Moreira, Burga, & Chiluisa, 2024).

Los factores económicos, cerca de complete menos en un sentido, y familiares no son solo importantes, sino que cruciales, para explicar la alta tasa de embarazos adolescentes; las adolescentes, de familias de bajos recursos económicos, de violencia intrafamiliar, con escasas oportunidades de formación, también se encuentran en un estado mayor de riesgo para experimentar un embarazo. La mayoría de los estudios realizados en diferentes países de América Latina han confirmado que la pobreza y la discriminación de género están ligadas con la privación estructural de oportunidades de las jóvenes, lo que hace que estas condiciones alimenten, por otro lado, los ciclos intergeneracionales de pobreza y exclusión social (CEPAL, 2022).

De acuerdo con el estudio de Castañeda y Santa-Cruz (2021) la violencia intrafamiliar es el factor de riesgo más importante (OR: 5,82), seguido de la inestabilidad de la relación parental (OR: 4,24), edad materna joven en primer embarazo (OR: 4,07) y baja

funcionalidad familiar (OR: 3,87). Son ejemplos de cómo la violencia, la inestabilidad de pareja y los patrones intergeneracionales de maternidades precoces contribuyen mediante las condiciones de riesgo y las probabilidades de riesgo al producir un embarazo a edad temprana en adolescentes.

El estudio muestra también otros factores que afectan la educación de los padres, si bien de una forma menos intensiva que los anteriores. La educación de la madre (OR: 2.03) representa un factor de riesgo moderado mientras que la educación del padre (OR: 1.37) no tiene una influencia efectiva. Las variables muestran que las condiciones de enseñanza tienen influencia sobre la difusión de saberes y lineamientos acerca de la sexualidad, aunque no tanto sobre la aparición de embarazos adolescentes como otros elementos más estructurales familiares como la violencia o la disfunción del hogar (Castañeda & Santa-Cruz, 2021).

2.3.2.2 Consecuencias biológicas, psicológicas y sociales

En el ámbito biológico, el embarazo adolescente se asocia con un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, como partos prematuros, hemorragias, preeclampsia, abortos inseguros y anemia materna, lo que eleva la probabilidad de morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el recién nacido. El desarrollo físico de los hijos de madres adolescentes afecta de diversas formas, siendo más frecuentes los retrasos en el crecimiento, mayor susceptibilidad a enfermedades infecciosas y, además, aumentan los casos de bajo peso al nacer. Esto produce una mayor carga sanitaria y refleja la inmadurez biológica para afrontar un proceso de gestación (Buitrago, Ciurana, Fernández, & Tizón, 2022).

Desde una aproximación social, el embarazo adolescente afecta definitivamente la formación académica y, por lo tanto, el acceso a un puesto de trabajo, lo que consolidará la dependencia económica de la adolescente. Esto la pone en una situación de vulnerabilidad que, de nuevo, refuerza los ciclos de pobreza y desigualdad. También, con adolescentes mamás se ve aislamiento social, estigmatización y más familias monoparentales. Estos escenarios tienen efectos en la vida de la adolescente y en la de sus hijos, ya que limitan la atención que se les puede dar y el desarrollo integral que se les puede otorgar (Buitrago, Ciurana, Fernández, & Tizón, 2022).

En el contexto de la psicología, el embarazo en la adolescencia presenta un contexto propicio para una serie de trastornos que comprometen la salud mental, el desarrollo de competencias propias de la etapa y la visualización de modelos de conducta futuros en las

adolescentes. Trastornos como la baja autoestima, la ansiedad, la negación del embarazo, la culpa, el miedo, la vergüenza o bien los episodios de enojo son muestra de ello. Un estudio realizado con adolescentes en condiciones de embarazo mostró que la vergüenza está presente en un 50%, el miedo en un 17%, la ansiedad en un 10%, el enojo en un 8%, la culpa en un 8%, la baja autoestima en un 5% y la negación del embarazo en un 2%, lo que evidencia la carga emocional que sufren las adolescentes (Bravo, Bravo, & Bravo, 2020).

2.3.2.3 Comparación de datos estadísticos en Ecuador y América Latina

En América Latina y el Caribe el embarazo adolescente constituye un problema de gran magnitud, pues la región presenta la segunda tasa más alta del mundo. Se estima que casi el 18% de los nacimientos corresponden a mujeres menores de 20 años y que anualmente alrededor de 1,5 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz. La situación es aún más crítica en las menores de 15 años, donde el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es hasta tres veces mayor que en mujeres mayores de 20. Además, se calcula que ocurren 670 mil abortos inseguros en este grupo etario cada año (UNFPA, 2019).

En Ecuador, el embarazo adolescente es un problema crítico tanto para la Salud Pública como para el Desarrollo Social. Cada día, 5 niñas de 10 a 14 años y 105 niñas de 15 a 19 años dan a luz. Para combatir este problema, se implementó en 2018 la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes (PIPENA, 2018-2025). Esta Política tiene como objetivo promover el acceso a información, educación y servicios de salud, así como protecciones. Los resultados positivos demuestran una disminución en los niveles de embarazo adolescente; por ejemplo, de 2.6 a 2.3 nacimientos por cada 1,000 niñas de 10 a 14 años, y de 69.5 a 47.3 nacimientos por cada 1,000 adolescentes de 15 a 19 años, lo que significa 16,000 embarazos adolescentes evitados (UFPA, 2022).

El problema del embarazo adolescente es un problema tanto regional como local. Con base en datos comparativos de Ecuador y América Latina, el problema se extiende más allá de los límites de Ecuador. En América Latina y el Caribe, el 18% de los nacimientos son de mujeres menores de 20 años, la región representa 1.5 millones de nacimientos a adolescentes cada año, y la región también sufre de un alto número de abortos inseguros. Los números reportados de nacimientos de bebés en Ecuador son mucho más alarmantes, reportando el nacimiento diario de 5 bebés de madres de 10 a 14 años y 105 nacimientos de madres de 15 a 19 años. Sin embargo, el país ha mostrado avances con la implementación

de la política PIPENA, reduciendo de manera significativa las tasas específicas de fecundidad.

2.3.3 Acceso a la Salud Prenatal en Comunidades Indígenas

2.3.3.1 Desigualdades en el acceso a la salud materna

Las comunidades indígenas enfrentan desigualdades estructurales en el acceso a la salud materno-infantil debido a la combinación de barreras geográficas, económicas y sociales que dificultan la atención adecuada durante el embarazo, parto y puerperio. El aislamiento de los centros de atención médica, la deficiencia de infraestructura y la escasez de recursos humanos médicos especiales, limitadores de la posibilidad de atención oportuna y de calidad, incrementan la vulnerabilidad de madres y recién nacidos en estos territorios (Rios, 2025).

A esta problemática se añade la falta de relevancia cultural en la atención que, en varias oportunidades, desestima o no respeta los usos y costumbres de los pueblos indígenas. Esto provoca desconfianza en la atención de los sistemas biomédicos y refuerza la atención de los sistemas tradicionales. Las inequidades en la atención materno-infantil, además de la falta de recursos físicos, son el resultado de una exclusión histórica que se complementa con sistemas de atención interculturales que integren los conocimientos ancestrales con la medicina (Rios, 2025).

El desconocimiento de la atención intercultural en el personal médico, agrega desconfianza en los servicios de atención médicos y disminuye la asistencia de las adolescentes en embarazo a los controles prenatales. La falta de atención diferenciada y culturalmente pertinente es una de las causas por las que muchas mujeres gestantes indígenas prefieren la atención de parteras tradicionales que el acceso a los centros de salud (Naciones Unidas, 2024).

La falta de educación sexual y reproductiva en las comunidades indígenas es un entendimiento de los impedimentos estructurales y barreras para obtener información clara y culturalmente relevante sobre salud, derechos y prácticas de protección. El hecho de no conocer esto lleva a que se den embarazos no deseados, que aumente el riesgo de contagiarse con enfermedades de transmisión sexual y que no se pueda decidir por una misma. También, factores como la pobreza, las barreras idiomáticas, las creencias tradicionales y la exclusión social, profundizan la inequidad y marginan el bienestar individual, familiar y comunitario de los pueblos indígenas (Villamarín, Vinueza, & Mora, 2022).

2.3.3.2 Barreras geográficas, culturales y económicas

Las comunidades indígenas deben sortear obstáculos geográficos, culturales y económicos que restringen el acceso a los servicios prenatales de salud. Las barreras geográficas comprenden el hecho de que las comunidades se dispersen en áreas rurales de difícil acceso donde la infraestructura de caminos es deficiente y las distancias a los centros de salud muy largas. En Ecuador gran parte de las comunidades indígenas se encuentran asentadas en las zonas amazónicas y andinas donde el acceso a hospitales o centros de salud puede implicar varias horas de viaje a pie o en transporte limitado (Naciones Unidas, 2024).

En relación con las barreras culturales, la ausencia de un enfoque intercultural en los servicios de salud obstaculiza la aceptación de los controles prenatales en las comunidades indígenas. Muchas embarazadas prefieren acudir a las parteras tradicionales en vez de a los médicos, porque desconfían de los hospitales, que muchas veces no consideran sus creencias y sus prácticas de siempre. También, en algunas comunidades indígenas el embarazo se considera un proceso natural y no un estado de enfermedad, por lo que desde su cosmovisión no se le da tanta importancia al control prenatal (Mora-Medina, 2024).

Por otro lado, las barreras económicas también representan un desafío significativo. Aunque la salud materna es gratuita en Ecuador, los costos indirectos como el transporte, la alimentación y la estadía en hospitales pueden ser prohibitivos para las familias indígenas de bajos recursos. En muchos casos, las adolescentes embarazadas dependen económicamente de sus familias y no tienen los medios para movilizarse a un centro de salud. Estas barreras evidencian la necesidad de implementar estrategias de atención móvil y comunitaria, que acerquen los servicios de salud a las comunidades de manera efectiva.

2.3.3.3 Modelos de atención prenatal en comunidades indígenas

A nivel internacional, se han desarrollado distintos modelos de atención prenatal diseñados específicamente para comunidades indígenas, con el fin de integrar la medicina occidental con la medicina ancestral y garantizar un enfoque respetuoso de la cultura de cada pueblo. El modelo que funciona es el que se puso en marcha en Bolivia y Guatemala, donde se han creado unidades intraculturales de vivienda materna, en donde las mujeres indígenas pueden dar a luz en un entorno culturalmente adecuado, y contar con la asistencia de médicos profesionales para evitar que haya complicaciones (Diario Oficial de la Federación, 2021).

En las comunidades indígenas del Ecuador los modelos de atención prenatal han buscado incorporar las prácticas ancestrales al sistema de salud. Algunas de estas medidas

son la construcción de salas de parto que sean apropiadas a la cultura de la mujer, el reconocimiento de la participación de las parteras tradicionales y el empleo de masajes, hierbas y rituales específicos de la comunidad. Estas acciones lograron que más mujeres indígenas acudan a la atención prenatal y que tengan mayor confianza en los servicios, sobre todo en provincias donde el enfoque intercultural se ha implementado de manera más sistemática (Rojas, 2025).

Con estos avances, aun así, existen limitaciones en la integración de modelos vinculadas a la escasez de recursos económicos, a la poca capacitación en competencias interculturales y a la resistencia institucional. En algunos lugares, como Guayaquil, las diferencias culturales y de idioma siguen siendo obstáculos para que las personas puedan recibir toda la atención que necesitan. La situación muestra que en la aplicación de la interculturalidad en el cuidado prenatal depende todavía de la elaboración de políticas sostenidas y del equilibrio entre la biomedicina y el conocimiento ancestral (Rojas, 2025).

La atención prenatal en las comunidades indígenas debe ser holística y comunitaria, desde la instrucción en salud hasta el soporte psicosocial y el refuerzo de la comunidad. Es fundamental que los médicos y las enfermeras sean capaces de desarrollarse en habilidades interculturales de forma que respeten y valoren las tradiciones ancestrales, ya que la combinación de estos dos componentes mejora en la juventud originaria la aceptación y la efectividad de la atención prenatal.

2.3.4 Intervención Comunitaria en la Promoción de la Salud Materna

2.3.4.1 Definición y características de la intervención comunitaria

La intervención comunitaria en salud se define como un conjunto de estrategias y acciones diseñadas para mejorar el bienestar de una población específica mediante la participación activa de la comunidad. En el ámbito de la salud materna, estas intervenciones buscan acercar los servicios de salud a las mujeres gestantes, promover prácticas saludables y reducir los factores de riesgo durante el embarazo. Los programas de la comunidad, implementados de forma organizada, han mostrado resultados positivos, disminuyendo la mortalidad materna y mejorando la calidad de atención prenatal (OMS, 2022).

Los elementos que más caracterizan al intervencionismo comunitario son la identificación y el trabajo de los agentes comunitarios, que pueden ser parteras, promotores de salud y figuras de la comunidad, y que permiten el contacto entre la red de salud formal y la red de salud informal y la incorporación de la comunidad, de manera deliberativa, en la

identificación de las necesidades y en la planificación y ejecución de las acciones de perjuicio social, que es la salud. Es el método más adecuado ya que genera confianza en los servicios médicos, así como la mayor aceptación de la atención prenatal en los grupos poblacionales más vulnerables (Naciones Unidas, 2024).

Es esencial que la comunidad participe y la ajuste a los distintos escenarios culturales y geográficos. En comunidades indígenas por ejemplo es esencial que los programas de salud materna respeten las creencias y costumbres locales, integrando elementos de la medicina ancestral. Además, las intervenciones deben ser sostenibles en el tiempo, lo que implica la capacitación de promotores de salud dentro de la comunidad y la provisión de recursos suficientes para garantizar su continuidad.

2.3.4.2 Estrategias de educación prenatal en adolescentes indígenas

Las estrategias educativas globales para la salud prenatal entre adolescentes indígenas se centran en los marcos culturales, lingüísticos y sociales de cada comunidad, para la adaptación de los contenidos de salud materna. Estos programas culturalmente relevantes incluyen la integración del conocimiento tradicional y la cosmovisión indígena, junto con la atención médica materna y el autocuidado en la prevención de complicaciones. El uso de recursos en lenguas indígenas, la participación de parteras tradicionales y la integración de la medicina tradicional y la biomedicina son prácticas fundamentales en los programas (Manosalvas, Guerra, & Huitrado, 2022).

Las iniciativas de educación sobre el bienestar infantil para los jóvenes autóctonos han usado metodologías interculturales en el país ecuatoriano para conseguir que las distancias en el acceso a conocimientos y a servicios sobre la atención prenatal sean menores. La confianza de las personas atendidas respecto a la asistencia sanitaria va creciendo a medida que se utilizan tácticas de topografías de los enlaces ancestrales, de elaboración de espacios de nacimiento que reconozcan la identidad cultural y que lo hagan utilizando recursos educativos producidos en lenguas ancestrales. Estos programas permiten a las adolescentes embarazadas comprender los riesgos relacionados, adoptar prácticas seguras y recibir apoyo sin tener que abandonar sus prácticas culturales. De esta manera, el conocimiento tradicional se combina con la educación biomédica preventiva (Manosalvas, Guerra, & Huitrado, 2022).

También es relevante incorporar a las promotoras comunitarias y parteras tradicionales como educadoras de salud prenatal. Por su condición de referentes de

confianza en la comunidad promueven que se aprenda a cuidarse durante el embarazo y que se colabore en los controles prenatales. La implicación en los programas de aprendizaje favorece el vínculo entre la medicina tradicional y la moderna, logrando la unión en el campo de la salud; León y Díaz, 2023.

El uso de aparatos visuales y acceso a redes digitales es una estrategia nueva para promover la salud prenatal de los pueblos indígenas. En la región, algunas de las iniciativas que hemos registrado son la elaboración de aplicaciones y videos educativos en lenguas indígenas correspondientes a algunos países de América Latina que han permitido poder acceder a la información sobre salud materna.

2.3.4.3 Papel de líderes comunitarios en la promoción de la salud

Los líderes comunitarios desempeñan un papel fundamental en la promoción de la salud materna en comunidades indígenas. El grado de confianza que han ido construyendo con el público facilitando el acceso y la configuración de servicios de salud, la mediación intercultural y la reversión de la desconfianza hacia el sistema de salud, han permitido que los líderes indígenas y, en particular, las parteras y promotoras de salud, actúen como interfaces y sistematizadoras de la mediación entre los sistemas de salud y la población, lo que en gran medida ha facilitado la implementación de sistemas de salud con los servicios de atención prenatal (Mora-Medina, 2024).

El incentivo más importante que ofrecen los líderes comunitarios es, sin duda, el aprovechamiento del conocimiento que poseen sobre el territorio y las dinámicas sociales para la formulación de planes que garanticen que los recursos mal aprovechados, los problemas que los recursos sean suficientes, y el reclutamiento de los líderes comunitarios, además, su contribución a la formación de grupos de apoyo entre las mujeres embarazadas, ha sido, desde luego, un factor que ha aumentado el cumplimiento de las visitas de control prenatal y, por lo tanto, ha disminuido la mortalidad materna y los embarazos de alto riesgo (Arriagada, Cornejo, & Vega, 2022).

De igual forma los líderes pueden tener un rol educativo en salud, promoviendo hábitos seguros durante el embarazo y velando por los derechos de las jóvenes embarazadas. En las comunidades indígenas, donde las barreras culturales y lingüísticas pueden limitar el acceso a la salud, son fundamentales para traducir y transformar la información médica.

2.3.4.4 Modelos participativos de intervención en salud materna

Los modelos participativos de intervención en salud materna parten de la idea de que la comunidad no es solo beneficiaria, sino también protagonista en la gestión de su propio bienestar. En el caso de adolescentes indígenas, la participación de las familias, parteras tradicionales, líderes y organizaciones locales resulta fundamental para garantizar un acceso oportuno y pertinente a la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio. Esta forma de trabajo resalta que la sabiduría ancestral debe ser parte del sistema de salud del país. Esto fortalece la confianza en el sistema sanitario y facilita superar las barreras culturales y geográficas que impiden el acceso (Ortiz, 2020).

En el ámbito de la salud reproductiva y de la maternidad, los modelos exponen las brechas ante las que se encuentran las mujeres jóvenes originarias. La existencia de las mujeres en los hechos comunitarios puede ser utilizada como un recurso que refuerza la apropiación del poder y el derecho sobre el propio cuerpo y el de la maternidad. Y, de nuevo, se reconocerá el lugar de género que tiene el cuidado y la responsabilidad, logrando hacer un entorno más igualitario, donde las mujeres y los hombres se comparten la carga de la salud materna y que teje la posibilidad de empoderarse tanto a nivel individual como a nivel colectivo (Ortiz, 2020).

Uno de los modelos más exitosos ha sido el de los hogares maternos interculturales en Ecuador. Eran espacios institucionales dentro del sistema de salud pública que atienden de una manera culturalmente adecuada el embarazo, el parto y el posparto. Se busco enlazar la atención de la salud pública con las prácticas y saberes ancestrales de las comunidades indígenas y afrodescendientes, garantizando así un servicio con calidad, seguro y respetuoso. Estas casas ofrecen acompañamiento de parteras tradicionales, libertad de posición durante el parto, uso de vestimenta acorde a las costumbres, contacto inmediato madre-hijo, alojamiento conjunto y, en algunos casos, la devolución de la placenta. También permiten la presencia del compañero o familiar, lo que fortalece la confianza comunitaria y el vínculo entre la medicina ancestral y la convencional (UFPA, 2022).

También se tienen los grupos de apoyo comunitario para la maternidad, donde las mujeres embarazadas se reúnen de forma periódica para compartir experiencias, educación en salud y fortalecer redes de apoyo. En estos lugares, a los que les facilitan las promotoras de salud y las parteras tradicionales, las adolescentes pueden preguntar sobre su embarazo y reciben información importante para su bienestar. Estos modelos han demostrado ser

efectivos para reducir la ansiedad durante la gestación y mejorar la preparación de las madres para el parto y la crianza.

2.3.5 Métodos Educativos para la Promoción de la Salud Prenatal

La educación en salud prenatal es un pilar fundamental para reducir la morbi-mortalidad maternoinfantil y mejorar la calidad de vida de las gestantes. En las comunidades indígenas, el acceso a la información relativa a la medicina puede ser escaso, lo que requiere de la elaboración de formas educativas de acuerdo a su medio sociocultural. Dicha elaboración se ha llevado a cabo con los diferentes enfoques que han mostrado su efectividad para incrementar los conocimientos sobre la gestación, el parto y el cuidado del neonato, junto con diferentes estrategias pedagógicas, materiales didácticos y metodologías de tipo participativo (Agusto , Argüello, Cedeño, & Dueñas, 2024).

2.3.5.1 Estrategias pedagógicas para la educación prenatal

Las estrategias pedagógicas para la educación prenatal en comunidades indígenas se fundamentan en la Pedagogía de la Madre Tierra, la cual reconoce el embarazo como un ciclo vital que garantiza la continuidad cultural y la pervivencia comunitaria. Esta forma de trabajar tiene como ejes fundamentales la historia individual y colectiva de la mujer embarazada, el fortalecimiento de la pareja y de la familia como base de su acompañamiento. La educación prenatal promueve la identidad cultural, la revalorización de las prácticas ancestrales y la transmisión de saberes que biológica, social y espiritualmente se encuentran con el Territorio Madre (Ferrer, Calderón, & Finscué, 2024)

Uno de los aspectos clave de la pedagogía que se propone es, además de la alimentación del territorio, fundamental en el cuidado de la madre y del niño/a, el cuidado de la voz del cuerpo, lo que para nosotras significa poder leer los modos de los cambios ya físicos, ya espirituales de la gestación. Se contraponen el rol de las parteras/os y los sabedores/as, como figuras representativas del proceso y como condición por cuanto su experiencia, conocimientos, su relación con la naturaleza, hacía que pudieran ofrecer prácticas de cuidado preventivo y terapéutico. En estos términos, la educación prenatal se convierte en un espacio de diálogo intercultural donde se conjugan los saberes ancestrales y los saberes de la salud formal (Ferrer, Calderón, & Finscué, 2024).

2.3.5.2 Uso de materiales didácticos en comunidades indígenas

Es importante utilizar materiales educativos adaptados para que la información sobre salud prenatal sea fácil de entender y esté al alcance de todas las mujeres embarazadas,

especialmente en las comunidades indígenas donde pueden existir barreras lingüísticas y culturales. Como parte de estos esfuerzos, se han realizado folletos de capacitación con dibujos, videos educativos y radionovelas en lenguas nativas, para comunicar mensajes importantes de forma clara y efectiva (Freire, López, & Campoverde, 2024).

Uno de los materiales educativos más utilizados para instruir a las mujeres embarazadas de las comunidades indígenas son carteles con dibujos donde se explica el desarrollo del feto, la importancia de los controles prenatales, los síntomas que deben preocupar a una mujer embarazada, etc. Son muy útiles estos materiales para enseñar a poblaciones con bajos niveles de alfabetización, pues permiten transferir información sin depender del texto escrito (Freire, López, & Campoverde, 2024).

De igual forma, en numerosas comunidades rurales se ha introducido el empleo de radios comunitarias con el fin de difundir mensajes educativos acerca de la salud materna. Por medio de programas en lenguas originarias, se han logrado consolidar conocimientos en relación a la nutrición en el embarazo, la importancia del parto en centros de salud y las prácticas de cuidado del recién nacido. La efectividad de estos materiales se basa en su aptitud para ajustarse a las realidades socioculturales de cada comunidad, respetando sus tradiciones y facilitando la apropiación del conocimiento.

CAPÍTULO 3

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque de la Investigación

El estudio se desarrolló con un enfoque cuantitativo, mediante la recopilación y análisis de datos numéricos obtenidos de investigaciones previas sobre salud prenatal en adolescentes indígenas. Este enfoque permitió organizar y procesar la información de manera objetiva, identificando patrones y tendencias en costumbres, creencias e intervenciones comunitarias relacionadas con el embarazo.

3.2 Diseño de la Investigación

El estudio se diseñó bajo una revisión bibliográfica de carácter sistemático, lo que permitió reunir y analizar información científica existente sobre salud prenatal en adolescentes indígenas. Este diseño ofreció un marco estructurado para garantizar la validez de los hallazgos y orientar el desarrollo del programa de intervención comunitaria.

3.3 Tipo de investigación

La investigación fue de tipo documental, porque se sustentó en la recopilación y análisis de información proveniente de fuentes científicas y técnicas disponibles en bases de datos y literatura institucional. Asimismo, fue descriptiva, debido a que permitió organizar y presentar los hallazgos de manera detallada, con el fin de comprender y explicar los elementos relevantes vinculados al tema de estudio.

3.3.1 Investigación Descriptiva

La investigación fue descriptiva, ya que se orientó a organizar, clasificar y presentar los hallazgos de manera clara, sin manipular variables ni establecer relaciones causales. Este enfoque facilitó una exposición objetiva de los resultados obtenidos, aportando bases sólidas para el diseño de una propuesta metodológica enfocada en la promoción de la salud prenatal.

3.3.2 Investigación documental

La investigación fue de tipo documental, porque se fundamentó en la recopilación y análisis de información procedente de fuentes académicas y técnicas, tales como artículos científicos, tesis e informes institucionales. Este tipo de estudio permitió acceder a evidencia sistematizada y confiable para comprender el tema y sustentar el desarrollo del programa de intervención comunitaria.

3.4 Nivel de Investigación

3.4.1 Exploratorio

El nivel fue exploratorio, porque permitió indagar en la información disponible sobre la salud prenatal en adolescentes indígenas. Al no existir suficientes estudios sistematizados en este campo, se exploraron distintas fuentes con el fin de identificar costumbres, creencias y experiencias comunitarias relacionadas con el embarazo, estableciendo un panorama inicial del tema de investigación.

3.4.2 Descriptivo

También fue descriptivo, dado que se orientó a detallar los hallazgos de manera ordenada y objetiva. Este nivel permitió caracterizar las principales prácticas culturales, las intervenciones comunitarias y los elementos educativos aplicados en la promoción de la salud prenatal, ofreciendo un conocimiento claro y sistemático de los aspectos relevantes identificados en la revisión bibliográfica.

3.4.3 Propositivo

Alcanzó un nivel propositivo, pues a partir de los resultados explorados y descritos, se planteó una alternativa práctica en forma de programa de intervención comunitaria. Este nivel permitió traducir la evidencia recopilada en una propuesta metodológica dirigida a mejorar la salud prenatal en adolescentes indígenas, respondiendo a necesidades específicas de la población.

3.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.5.1 Técnica

La técnica utilizada fue la revisión documental sistemática, orientada a recuperar información de artículos científicos, tesis, informes técnicos y literatura institucional. Este procedimiento garantizó la identificación de fuentes pertinentes sobre salud prenatal en adolescentes indígenas, asegurando un proceso riguroso y ordenado que aportó confiabilidad a los datos recopilados para el desarrollo de la investigación.

3.5.2 Instrumento

El instrumento aplicado consistió en una matriz de registro bibliográfico, diseñada para organizar los datos extraídos de cada fuente. Esta matriz contempló campos específicos como autor, año de publicación, país, metodología utilizada, muestra analizada y resultados

principales en relación con los objetivos. Su uso facilitó la sistematización y comparación de los hallazgos revisados.

3.6 Técnicas para el Procesamiento e Interpretación de Datos

El procesamiento se realizó definiendo criterios de inclusión y exclusión: pertinencia temática, periodo, idioma y acceso a texto completo. Con estos parámetros se efectuó la búsqueda en PubMed, Scopus, Embase, SciELO, LILACS, Redalyc y Medigraphic, recuperando literatura vinculada a salud prenatal en adolescentes indígenas proveniente de contextos regionales y globales.

La filtración fue escalonada: se miraron los títulos, se leyeron los resúmenes, se analizaron los textos completos. Se desestimaron los duplicados y los estudios sin relevancia. Solamente se seleccionaron los artículos que abarcaban población indígena y el tipo de foco en salud prenatal adolescente, con el fin de mantener adecuación con los objetivos y consistencia en la relevancia metodológica para los fines de síntesis posterior.

Los datos obtenidos se sistematizaron en una matriz bibliográfica por país, autor, año, metodología, muestra, y resultados en relación con los objetivos. La tabla permitió comparar hallazgos y valorar calidad y aplicabilidad. Esta organización facilitó la interpretación orientada al diseño del programa de intervención comunitaria sustentado en la evidencia pertinente disponible.

3.6.1 Población

La población estuvo constituida por los documentos académicos y técnicos disponibles en bases de datos científicas como PubMed, Scopus, Embase, SciELO, LILACS, Redalyc y Medigraphic. Estos textos incluyeron artículos originales, revisiones, tesis e informes institucionales relacionados con la salud prenatal en adolescentes indígenas y las intervenciones comunitarias en este ámbito.

3.6.2 Tamaño de la Muestra

La búsqueda inicial arrojó un total de 49 artículos potencialmente relevantes. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos, la muestra final quedó conformada por 15 estudios que abordaban de manera directa costumbres, creencias o intervenciones comunitarias vinculadas al embarazo adolescente indígena. Estos 15 artículos fueron utilizados específicamente para el análisis de resultados, mientras que la construcción del marco teórico se apoyó en literatura adicional de carácter conceptual y

contextual. El proceso de filtrado riguroso permitió asegurar que la muestra seleccionada fuera pertinente y suficiente para cumplir con los objetivos de la investigación.

3.6.3 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Estudios con población indígena, preferentemente adolescentes de 12 a 19 años.
- Investigaciones sobre salud prenatal o embarazo en comunidades indígenas.
- Ámbito comunitario o de atención primaria.
- Publicaciones entre 2020 y 2025.
- Idiomas: español, inglés y portugués.
- Acceso a texto completo.
- Información mínima: autor, año, país, metodología, muestra y resultados.
- Pertinencia explícita con los objetivos de la investigación.

Criterios de exclusión

- Artículos hospitalarios sin componente comunitario.
- Poblaciones no indígenas o sin desagregación para adolescentes.
- Editoriales, comentarios, protocolos sin resultados.
- Estudios duplicados.
- Investigaciones con calidad metodológica insuficiente o datos incompletos.
- Textos sin acceso completo.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Análisis Descriptivo de los Resultados

El análisis de la Tabla 1 (ver anexo 1) evidencia que las comunidades indígenas de América Latina, incluyendo Ecuador, Perú, Colombia, México y Chile, presentan una gran diversidad cultural y geográfica que influye directamente en las prácticas y creencias durante el embarazo. Las adolescentes indígenas suelen mantener costumbres tradicionales como el uso de plantas medicinales, masajes terapéuticos, reposo prolongado y dietas específicas, así como la preferencia por partos en casa guiados por parteras, quienes desempeñan un rol central en el cuidado materno. Rituales espirituales o simbólicos se hacen, junto a ofrendas a la Pachamama y baños de florecimiento, que muestran la cosmovisión y la protección de la madre y el recién nacido. Estas prácticas, además de ser parte de las creencias y la cosmovisión de los pueblos, también son prácticas que tienen el carácter de prevención ante los problemas que pueden aparecer durante el embarazo y el parto.

El entorno social y familiar también es muy importante en la atención del embarazo. Familia y comunidad se convierten en una red de apoyo y contribuyen a la salud física, emocional y espiritual de la mujer. La fe en los métodos de atención tradicionales y la confianza y seguridad que se tienen con la atención bio médica son factores que determinan la adherencia a los cuidados del embarazo. En cualquier caso, todas las prácticas y creencias antes del parto deben ser un foco de atención en los programas de salud para las mujeres indígenas embarazadas.

Los resultados obtenidos de la Tabla 2 (ver Anexo 1) muestran que las intervenciones comunitarias son multicomponentes y están culturalmente adaptadas para adolescentes indígenas. La mayoría de los programas analizados utilizan estrategias comunes, tales como la educación intercultural en salud sexual y reproductiva, la consejería posparto, la promoción del autocuidado y la reducción de riesgos obstétricos. Incluye, además, a las parteras tradicionales e integra con el equipo de salud para una atención intercultural, respetuosa y más humanizada. El apoyo de la familia, el uso de intérpretes de los idiomas indígenas y las visitas a domicilio mejoran la comunicación, el cumplimiento de los controles prenatales y la confianza en los servicios de salud.

Otro aspecto importante es que se han hecho adaptaciones logísticas y estructurales para facilitar el acceso a la atención prenatal. Los programas consisten en la remodelación

de espacios para salas de parto seguras desde una perspectiva cultural, la construcción de casas de espera maternas, la gestión del transporte y la reducción de barreras administrativas para hacer el servicio más accesible y oportuno. Conjunto a estas intervenciones integrales pretenden mejorar la participación comunitaria, incrementar la educación sanitaria y disminuir la morbilidad y mortalidad materno-infantil de las adolescentes indígenas, y prueban que el éxito de los programas depende de respetar la cosmovisión local, combinar los conocimientos tradicionales y comprometerse con los servicios biomédicos.

En conclusión, las dos tablas muestran que el embarazo en adolescentes indígenas es un asunto que requiere atención de manera amplia y desde una perspectiva cultural. Dicho esto, el objetivo es la promoción de la salud de los embarazos, así como también la educación, el apoyo a la familia, la vinculación y la implicación de las matronas, y los aspectos de la cultura y la logística. Los datos indican que estas estrategias hacen aumentar el acceso de las mujeres a las consultas del embarazo, mejorando la atención y aumentando la confianza de la comunidad en los servicios de salud, convirtiéndose, así, en un modelo de intervención efectiva y respetuosa de la cultura.

4.2 Discusión de los Resultados

Los resultados obtenidos en el análisis descriptivo muestran que las adolescentes indígenas enfrentan múltiples barreras para acceder a la atención prenatal, incluyendo limitaciones geográficas, económicas y culturales. Estos resultados son similares a los de León y Grefa (2020) y (Rios, 2025), quienes señalaron que las prácticas tradicionales, el apoyo de la familia y la confianza en las parteras son factores clave en la búsqueda de atención durante el embarazo. En las investigaciones de Calderón et al. (2021) y Solano (2025) se revela que las comunidades indígenas fusionan el cuidado ancestral con rituales espirituales. Esto subraya que el cuidado prenatal no solo debe ser examinado desde una óptica médica, sino que también debe ser contemplado desde una óptica intercultural que respete y valore las tradiciones locales.

Al explorar las iniciativas comunitarias en la literatura, García et al. (2025), se puede notar que los programas que abarcan parteras ancestrales, guardianes familiares y educación intercultural son más apreciados y seguidos por las jóvenes en estado de gestación. Este hallazgo está alineado con lo investigado, pues se encontró que, para el acceso y la sostenibilidad de la atención prenatal, la inclusión de los saberes indígenas, la comunicación en lengua indígena y la participación de la comunidad, son factores determinantes. Para la

atención prenatal en la comunidad vulnerable, las estrategias de diseño participativo, capacitación de actores claves y la creación de redes de referencia, están alineadas con las recomendaciones de la OPS y OMS.

Estos hallazgos son los que sustentan la propuesta de intervención comunitaria que se presenta en el Capítulo 5. La evidencia demuestra que un modelo de atención intercultural, que articule medicina tradicional y servicios de salud institucionales, puede aumentar la cobertura de los controles prenatales y con ello, reducir las complicaciones maternas y neonatales, además de fortalecer la confianza de la comunidad en los servicios de salud. En este sentido, los hallazgos no solo justifican la pertinencia de la propuesta, sino que también orientan las estrategias concretas de implementación, capacitación y seguimiento, asegurando que la intervención responda a las necesidades y dinámicas propias de las adolescentes indígenas y sus familias.

CAPÍTULO 5

MARCO PROPOSITIVO

5.1 Introducción

5.1 Introducción citas y referencias

El embarazo adolescente en comunidades indígenas representa un desafío significativo en términos de acceso a servicios de salud prenatal, debido a barreras culturales, geográficas y económicas. Como se mencionó en capítulos anteriores, numerosas adolescentes indígenas están enfrentando barreras para obtener atención médica oportuna, lo que aumenta los riesgos para ellas y para sus hijos (Doncel & Mireles , 2024).

Considerando este problema, es necesario formular estrategias de intervención que aborden las necesidades específicas de estas comunidades, considerando sus costumbres y prácticas tradicionales. Este capítulo presenta una propuesta de intervención que se basa en un enfoque intercultural, orientada a mejorar la accesibilidad y calidad de la atención prenatal para mujeres embarazadas adolescentes indígenas.

El objetivo de esta propuesta es diseñar un modelo de atención integral que articule la medicina tradicional con los servicios de salud institucionales, promoviendo la participación comunitaria y el respeto por la cosmovisión indígena. Para ello, se describirán las bases teóricas y metodológicas que sustentan la propuesta, las estrategias de implementación y los mecanismos de evaluación para medir su impacto en la salud maternoinfantil.

Este capítulo constituye un aporte clave para la transformación de los servicios de salud en comunidades indígenas, ofreciendo un enfoque inclusivo y sostenible que favorezca el bienestar de las adolescentes embarazadas y sus familias.

5.2 Fundamentación del Modelo o Propuesta

5.2.1 Justificación de la Propuesta basada en los Hallazgos del Estudio

El presente estudio ha identificado que las adolescentes indígenas embarazadas enfrentan múltiples barreras para acceder a la atención prenatal, entre ellas la falta de infraestructura de salud en sus comunidades, la distancia a los centros médicos, el desconocimiento de los servicios disponibles y las barreras culturales derivadas de la desconfianza en el sistema de salud formal. Asimismo, el tradicional acompañamiento

durante la gestación y el parto, aunque cultural y socialmente importante, carece de supervisión médica necesaria y potencialmente incrementa los riesgos para la salud materna y neonatal, Velázquez y Baca (2022).

Estos hallazgos resaltan la necesidad apremiante de una perspectiva intercultural en la atención médica que incluya más allá de la prestación de atención médica de calidad la medicina tradicional indígena y la inclusión y el reconocimiento formal de los roles de las parteras y otros profesionales comunitarios en la atención de salud materna e infantil. Esta propuesta busca reducir la brecha entre el sistema de salud y las comunidades indígenas, promoviendo un enfoque de atención basado en el respeto, la confianza y la complementariedad de saberes.

5.2.2 Referencias a Estudios Previos que Respalden la Propuesta

Diversas investigaciones han demostrado que los modelos de salud intercultural mejoran los indicadores de salud maternoinfantil en comunidades indígenas. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la integración de la partería tradicional en los sistemas de salud formal ha resultado en una mayor cobertura de controles prenatales y en la reducción de complicaciones durante el parto en poblaciones indígenas de América Latina.

Según Muñoz et al. en un estudio con las comunidades indígenas en México, la capacitación de parteras tradicionales y el desarrollo de espacios de diálogo entre médicos y comunidades han sido útiles en el cuidado materno, sin dejar de lado la cosmovisión indígena. Por su parte, la OMS ha señalado que la inclusión de estrategias interculturales en la salud materna e infantil, es un enfoque fundamental para atender la mortalidad materna en los grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad.

Estos antecedentes refuerzan la pertinencia de desarrollar un modelo de atención que respete y valore el conocimiento tradicional, sin descuidar los estándares de calidad y seguridad biomédicos.

5.2.3 Enfoque Teórico y Metodológico en el que se Basa la Solución

La propuesta se sustenta en el **enfoque intercultural en salud**, el cual busca la integración armónica de conocimientos médicos occidentales y saberes tradicionales, con el fin de ofrecer una atención más efectiva y culturalmente adecuada. Este enfoque reconoce que la salud no solo es un fenómeno biológico, sino también social y cultural, por lo que su abordaje debe considerar las creencias y prácticas locales.

Desde el punto de vista metodológico, la propuesta se basa en el modelo de atención participativa, en el cual la comunidad es parte activa en el diseño, implementación y evaluación de las estrategias de salud. Este modelo implica:

Diagnóstico comunitario participativo, donde se identifican necesidades y fortalezas en la atención materna con la colaboración de líderes comunitarios y parteras.

La capacitación intercultural se ofrece a parteras tradicionales y a profesionales de la salud, con el fin de mejorar las habilidades de comunicación y el trabajo en equipo.

Construcción de redes comunitarias de apoyo para facilitar la participación de la familia en el cuidado prenatal y la salud materna.

Modificación y mejora continua de la propuesta sobre la base de indicadores de salud y satisfacción de la comunidad.

Así, esta metodología asegura que la propuesta no se imponga desde un enfoque ajeno, sino que se 'legitima' su coherencia con la visión que tiene la comunidad al respecto, con la garantía de que, de esta forma, será aceptada y perdurará en el tiempo.

5.3 Descripción de la Propuesta

5.3.1 *Objetivo General*

Desarrollar e implementar un programa de intervención comunitaria para la salud materna en adolescentes indígenas embarazadas, que integre los servicios médicos formales con la medicina tradicional, promoviendo el acceso equitativo, el respeto cultural y la participación comunitaria.

5.3.2 *Objetivos Específicos*

- Fortalecer la atención prenatal intercultural, articulando el trabajo de parteras tradicionales y profesionales de salud.
- Formar tanto parteras tradicionales como médicos, haciendo posible la interacción entre ambas partes mediante trabajo de curso conjunto de aprendizaje.
- Instruir a la comunidad sobre la visión de la medicina tradicional y la de la biomedicina, resaltando la importancia del control de la gestación.
- Instaurar un sistema de referencia y contrarreferencia entre los servicios de salud y las parteras tradicionales para mejorar el control de las gestaciones.

- Cuantificar el impacto, la aceptación y la eficacia del modelo específico a fin de disminuir las complicaciones que se producen en el curso de la gestación y el parto.

5.3.3 Estrategias o Acciones Concretas

Fases de Implementación

Diagnóstico Comunitario Participativo

- Reuniones con líderes comunitarios, parteras y personal de salud para identificar barreras y oportunidades en la atención prenatal.
- Aplicación de encuestas y entrevistas a adolescentes embarazadas y sus familias para conocer sus percepciones y necesidades.

Capacitación Intercultural

- Talleres de formación para parteras tradicionales en identificación de signos de alarma en el embarazo.
- Cursos de sensibilización para médicos y enfermeras sobre cosmovisión indígena y prácticas de partería.

Creación de Redes de Atención

- Establecimiento de un sistema de referencia entre parteras y centros de salud para mejorar el seguimiento de los embarazos.
- Implementación de reuniones periódicas entre personal médico y parteras para compartir experiencias y conocimientos.

Sensibilización y Educación Comunitaria

- Campañas informativas sobre la importancia de la atención prenatal y la complementariedad entre medicina tradicional y biomédica.
- Creación de materiales educativos en lengua indígena para adolescentes embarazadas y sus familias.

Monitoreo y Evaluación

- Desarrollo de indicadores de éxito (reducción de complicaciones, aumento en controles prenatales).
- Encuestas de satisfacción a usuarias y comunidad para medir la aceptación del modelo.

5.3.4 Actores Involucrados

Tabla 1.

Actores Involucrados

Actor	Rol en la Propuesta
Parteras tradicionales	Atención prenatal inicial, acompañamiento en parto y referencia a centros médicos.
Médicos y enfermeras	Evaluación médica, capacitación a parteras y atención en complicaciones.
Autoridades comunitarias	Gestión y apoyo logístico para implementar el modelo en la comunidad.
Instituciones de salud	Dotación de insumos, formación del personal y fortalecimiento del sistema de referencia.
Adolescentes embarazadas y sus familias	Participación en talleres y adopción de prácticas saludables.

Elaboración propia 2025

5.3.5 Recursos Necesarios

Tabla 2.

Recursos Necesarios

Recurso	Descripción
Recursos Humanos	Parteras tradicionales, médicos, enfermeras, facilitadores de talleres, traductores en lengua indígena.
Recursos Materiales	Material educativo, kits de atención prenatal, equipos médicos básicos para las parteras.
Recursos Financieros	Presupuesto para talleres, viáticos de capacitadores, impresión de materiales, incentivos para parteras.

Elaboración propia 2025

5.4 Implementación

5.4.1 Fases de Desarrollo

La implementación del modelo de atención intercultural se desarrollará en cuatro fases, con una duración estimada de 18 meses. Cada fase tiene objetivos específicos y actividades clave para garantizar su éxito.

Tabla 3.

Fases de Desarrollo

Fase	Duración	Actividades Principales	Responsables
Fase 1: Diagnóstico y planificación	3 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones con líderes comunitarios y parteras. - Encuestas y entrevistas a adolescentes embarazadas. - Identificación de necesidades y barreras. - Talleres para parteras sobre salud materna y signos de alarma. 	Equipo de investigación, autoridades locales, parteras tradicionales.
Fase 2: Capacitación intercultural	4 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación del personal médico en cosmovisión indígena. - Desarrollo de materiales 	Médicos, enfermeras, formadores en interculturalidad.

		educativos en lenguas indígenas.	
		- Creación del sistema de referencia y contrarreferencia.	
Fase 3:		- Creación de un sistema de referencia y contrarreferencia.	Centros de salud, parteras, promotores comunitarios.
Implementación de la red de atención	6 meses	- Campañas comunitarias para concienciar sobre el cuidado prenatal.	
		- Aplicación de encuestas de satisfacción a usuarias.	
Fase 4: Monitoreo y Evaluación	5 meses	- Evaluación de indicadores de éxito (controles prenatales, reducción de complicaciones).	Investigadores, autoridades sanitarias, comunidad.
		- Ajustes y mejoras al modelo.	

Elaboración propia 2025

Tabla 4.*Posibles Desafíos y Estrategias para Enfrentarlos*

Desafío	Estrategia para Solucionarlo
Desconfianza de la comunidad en los servicios de salud institucionales	Promover el diálogo intercultural mediante talleres y reuniones entre parteras y personal médico para fortalecer la confianza y el respeto mutuo.
Dificultad en la comunicación debido a barreras lingüísticas	Traducir materiales educativos a la lengua indígena y contar con intérpretes en los talleres y consultas médicas.
Limitaciones en la disponibilidad de recursos financieros	Buscar apoyo de ONGs, programas gubernamentales de salud y organismos internacionales.
Resistencia de algunos profesionales de salud al enfoque intercultural	Sensibilización y capacitación en cosmovisión indígena para médicos y enfermeras, resaltando la evidencia científica del beneficio de modelos interculturales.
Falta de seguimiento a las embarazadas	Implementar un sistema de visitas domiciliarias por parte de parteras y promotores comunitarios para monitorear el estado de salud de las adolescentes embarazadas.

Elaboración propia 2025

Con este plan de implementación, se busca asegurar que la propuesta tenga un impacto positivo y sostenible en la comunidad, mejorando la atención materno-infantil y reduciendo las brechas en el acceso a la salud.

5.5 Evaluación y Seguimiento

5.5.1 Indicadores para Medir el Impacto de la Propuesta

Para evaluar la efectividad del modelo de atención intercultural, se utilizarán indicadores cuantitativos y cualitativos que permitan medir el impacto en la salud materno-infantil y la aceptación de la propuesta en la comunidad.

Tabla 5.*Indicadores a usar*

Indicador	Fórmula	Qué medirá	Frecuencia de evaluación
Cobertura de control prenatal	(Número de adolescentes embarazadas que recibieron ≥ 4 controles prenatales / Total de adolescentes embarazadas) $\times 100$	Nivel de acceso a controles prenatales recomendados.	Trimestral
Atención de partos en condiciones seguras	(Número de partos atendidos por parteras capacitadas o personal de salud / Total de partos en la comunidad) $\times 100$	Seguridad en la atención del parto.	Semestral
Aceptación del modelo por parte de la comunidad	Encuestas de satisfacción a usuarias y familias con escala de 1 a 5 (promedio de puntuación)	Nivel de satisfacción y confianza en el modelo intercultural.	Anual
Referencias efectivas entre parteras y centros de salud	(Número de referencias realizadas correctamente / Total de referencias necesarias) $\times 100$	Funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia.	Semestral
Reducción de complicaciones en el embarazo y parto	(Número de embarazos con complicaciones / Total de embarazos) $\times 100$	Impacto del modelo en la salud materna y neonatal.	Anual

Elaboración propia 2025

5.5.2 *Métodos de Seguimiento y Ajuste*

Para garantizar la mejora continua del modelo, se establecerán mecanismos de monitoreo que permitan hacer ajustes según los resultados obtenidos.

1. **Revisión Periódica de Indicadores:**

- Se organizarán reuniones trimestrales con parteras, personal de salud y líderes comunitarios para analizar los resultados de los indicadores y detectar áreas de mejora.

2. **Encuestas de Satisfacción:**

- Se aplicarán encuestas a las adolescentes embarazadas, sus familias y los profesionales de salud para conocer su percepción sobre el modelo y proponer mejoras.

3. **Supervisión en Campo:**

- Se realizarán visitas a las comunidades para evaluar el funcionamiento del sistema de referencia y la interacción entre parteras y centros de salud.

4. **Ajustes Basados en Evidencia:**

- Si un indicador muestra resultados negativos o no mejora con el tiempo, se implementarán cambios en la capacitación, estrategias de comunicación o logística del modelo.

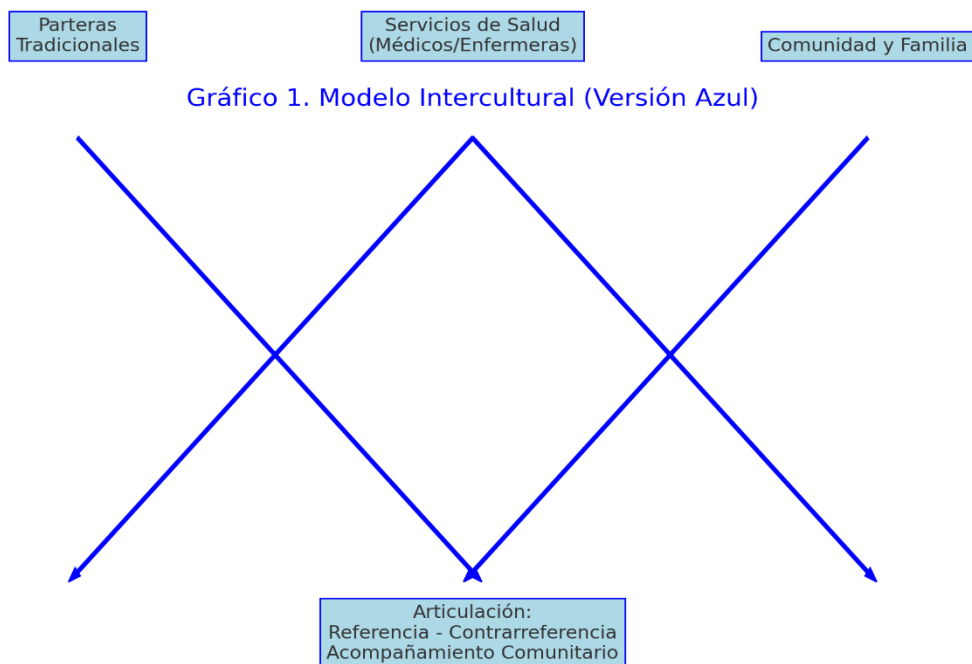
5. **Retroalimentación con la Comunidad:**

- Se promoverá un enfoque participativo donde la comunidad pueda expresar sus inquietudes y sugerencias para mejorar la propuesta.

Con este plan de evaluación y seguimiento, se garantizará que la propuesta no solo se implemente, sino que se adapte y fortalezca con el tiempo, asegurando su sostenibilidad y aceptación en la comunidad.

Grafico 1. Modelo Intercultural

Modelo de Atención Intercultural

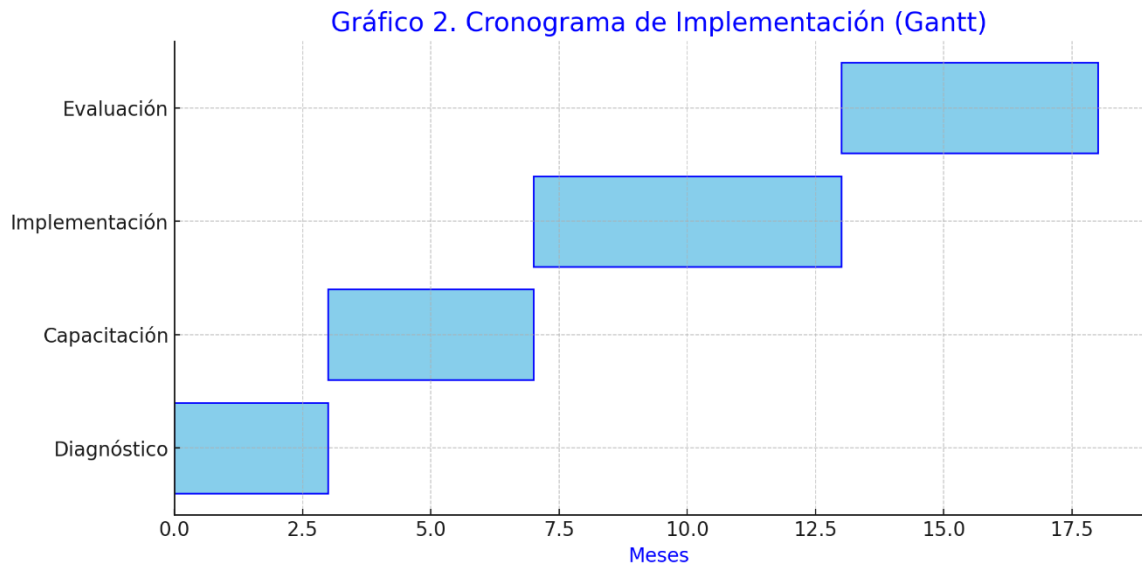


Nota: elaboración propia

Análisis: El primer gráfico muestra el enfoque intercultural propuesto para la atención materna de manera simplificada. Para fortalecer la coherencia visual y mejorar la comprensión, todo el gráfico ha sido diseñado en tonos de azul. La sección superior del gráfico presenta a los tres actores principales en el proceso: comunidad/familia, proveedores tradicionales de atención materna y servicios de salud. Cada actor está enmarcado en una caja azul, lo que ayuda a identificarlo como un componente del sistema. Flechas azules conectan las cajas, ilustrando la comunicación bidireccional y la colaboración que se requiere para que el modelo funcione bien. Debajo del gráfico, la articulación de referencia, contrarreferencia y acompañamiento comunitario también está contenida en una caja azul. Este componente es el núcleo operativo del modelo, donde los esfuerzos de los diversos actores para mejorar la atención materna convergen. El gráfico no presenta un enfoque

cuantitativo, sino más bien la estructura conceptual de la atención sanitaria comunitaria propuesta.

Gráfico 2. Cronograma de Implementación

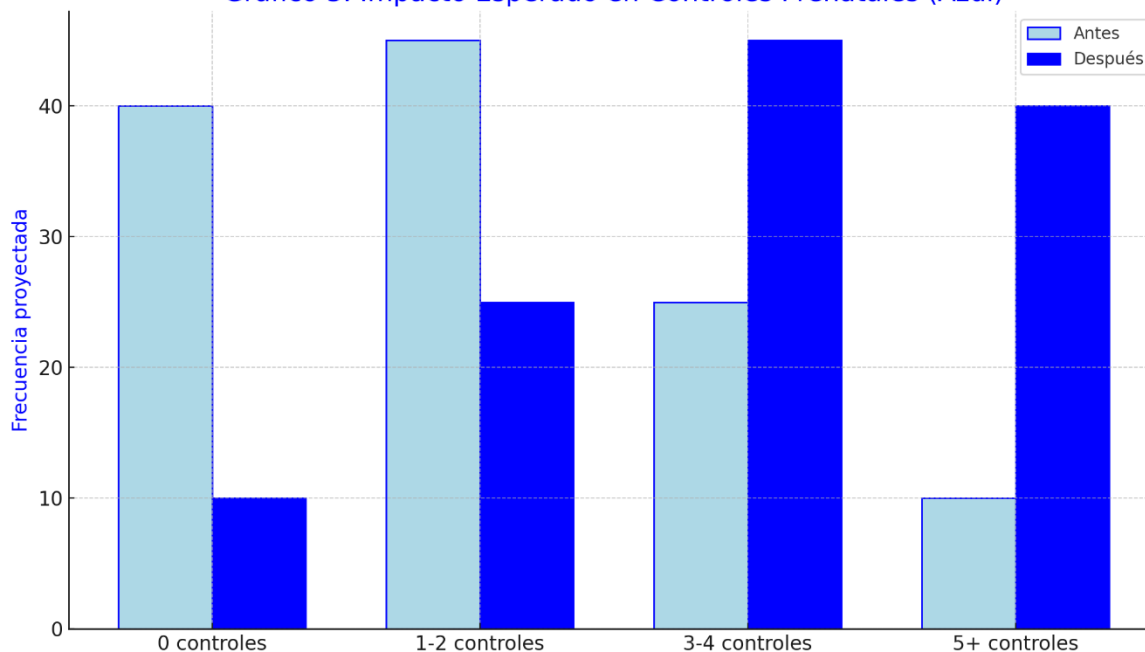


Nota: elaboración propia

Análisis: Este cronograma esboza las cuatro fases principales del proyecto: diagnóstico, capacitación, implementación y evaluación. Cada fase se muestra como una barra horizontal que indica su duración dentro de los 18 meses proyectados del proyecto. El color azul claro de las barras, enmarcadas con un contorno azul oscuro, sirve para diferenciar estéticamente cada fase sin abrumar al espectador. El gráfico ilustra la planificación temporal de la propuesta, permitiendo al espectador evaluar la secuencia lógica de las actividades, la duración de cada fase y la continuidad del proceso. Además, proporciona un recurso visual útil para presentaciones y apéndices técnicos, donde es necesario ilustrar la viabilidad temporal y organizativa del modelo propuesto.

Gráfico 3. Impacto Esperado en Controles Prenatales

Gráfico 3. Impacto Esperado en Controles Prenatales (Azul)



Nota: elaboración propia

Análisis: El escenario anterior muestra un predominio de casos con pocos o ningún control, lo que se evidencia con las barras azul claro más altas en las primeras categorías. En cambio, en el escenario posterior se evidencia un crecimiento de mayor magnitud en las categorías de tres, y de cuatro o cinco controles, utilizando barras azul intenso para marcar esa diferencia. Este gráfico es especialmente valioso porque capta de manera clara y visual el propósito central del modelo: muestra el incremento de la cobertura y la continuidad de los controles prenatales que se espera con la fusión de los saberes y servicios de salud institucionales. Al igual que los demás gráficos, no muestra datos reales, sino que se proyecta el impacto que se espera de la intervención.

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

El embarazo adolescente en comunidades indígenas representa un desafío que va más allá del ámbito médico, involucrando aspectos culturales, sociales y económicos que influyen en el acceso y la calidad de la atención prenatal. A lo largo de esta investigación, se han identificado barreras y oportunidades dentro del sistema de salud y las prácticas tradicionales, lo que ha permitido diseñar una propuesta de intervención intercultural que busca mejorar la atención materno infantil respetando la cosmovisión indígena.

En relación a las creencias y prácticas del embarazo en la etnicidad indígena, las jóvenes embarazadas acostumbran a recurrir primero a las parteras, y a otros miembros de la comunidad con conocimientos tradicionales, ya que estos conocimientos, a menudo contrastados, no siempre van a ser los más adecuados para el contexto médico, con lo que la posibilidad de riesgos se incrementa. Sin embargo, la comunidad tiene un alto nivel de identidad y conocimiento cultural, por lo que hace falta definir una estrategia de salud que no imponga una forma de percibir la cultura distinta, sino que se integre bien con la misma.

Las intervenciones comunitarias en adolescentes indígenas son más eficaces si incluyen a los miembros de la comunidad y respetan sus culturas. Éstas son más perfectamente aceptadas y sus resultados de salud materna mejoran. En experiencias anteriores donde ha habido la integración de parteras y servicios de salud se ha demostrado que un apropiado sistema de referencia y contrarreferencia mejora notablemente el acceso al cuidado prenatal y a servicios de parto seguro. Sin embargo, aún hay dificultades en la coordinación entre las partes involucradas y para superar los prejuicios del sistema de salud y de la comunidad indígena.

Al diseñar una intervención educativa para mujeres embarazadas, sobre todo para las adolescentes indígenas, se llega a la conclusión de que los programas de capacitación en salud sólo serán eficaces si incluyen elementos interculturales y participativos. Traducir los materiales a la lengua indígena, enseñar a las parteras a reconocer signos de alarma y capacitar a los médicos en la cosmovisión indígena son estrategias que han funcionado en otros casos y en las que se apoya esta investigación. Adicionalmente, la educación debe trascender a las adolescentes embarazadas, y debe incluir a sus familias y a la comunidad en

general, para provocar un cambio sostenible en la percepción y el acceso a la atención materna.

Un modelo de atención intercultural es, sin duda, una estrategia necesaria y válida para el desarrollo de la salud materna e infantil en los pueblos indígenas. La combinación de saberes tradicionales y medicina occidental, no solo refuerza la confianza en los servicios de salud disponibles, sino que también otorga poder a las comunidades para el autocuidado de sus gestantes. Para lograr un impacto duradero, es fundamental continuar con la evaluación y el ajuste del modelo, asegurando su adaptabilidad a las realidades específicas de cada comunidad.

Recomendaciones

La atención materno infantil en adolescentes indígenas embarazadas requiere estrategias que integren la medicina tradicional con los servicios formales de salud. Con base en las conclusiones obtenidas, se presentan las siguientes recomendaciones, orientadas a fortalecer dicha integración, mejorar el acceso a la atención prenatal y desarrollar intervenciones educativas culturalmente adecuadas.

Para asegurar una atención respetuosa y efectiva, se propone que los programas de salud materna incorporen un diagnóstico cultural previo dirigido a los profesionales de salud y autoridades sanitarias. Este diagnóstico tiene que considerar las costumbres, creencias y prácticas locales que tienen que ver con el embarazo y el parto, al diseñar medidas que sean más aceptadas por la comunidad para no imponer prácticas ajenas a su cosmovisión, y también se sugiere crear espacios de diálogo para que el personal de salud y los líderes comunitarios puedan construir confianza y comprensión entre los distintos actores involucrados.

En cuanto a las medidas de salud materna comunitaria, se sugiere mejorar la relación de colaboración entre las parteras tradicionales y los servicios de salud, tanto a las parteras como a los médicos y enfermeras. Eso significa desarrollar y proporcionar protocolos de referencia y contrarreferencia, capacitar a las parteras para que reconozcan los signos de alarma y concienciar a los profesionales de salud de la importancia de la medicina tradicional. También se recomienda ofrecer incentivos y apoyos específicos para las parteras, reconociendo su importante función en la comunidad y fomentando su participación activa en la atención materno infantil.

En el mismo sentido, se sugiere que los programas de salud para adolescentes embarazadas sean adecuados a su idioma, forma de ver el mundo y costumbres culturales indígenas, y que se enfoquen a las adolescentes y sus familias. Pueden utilizar estrategias tales como teatro participativo, contar historias y producir material visual en la comunidad, todo en el idioma local. Es crucial contar con otros miembros de la comunidad, tales como líderes y familiares, a fin de mejorar el apoyo y el cuidado que reciben las madres, y asegurar que las mujeres asistan a todas sus citas de atención prenatal.

Para garantizar la sostenibilidad del modelo de atención intercultural a partir del mismo proceso de intervención y de investigación, puede ser interesante que investigadores, autoridades de salud y líderes comunitarios creen un sistema permanente de monitoreo y de

evaluación, que permita identificar los avances, dificultades y necesidades emergentes, que incluya la participación de las parteras y de las usuarias para que las acciones que se inicien se vayan adecuando a las características específicas de las dinámicas locales y vayan estando en consonancia con la realidad de la comunidad.

Referencias Bibliográficas

- Acosta, M., & Cleghorn, D. (2017). Mujer Indígena y Cuidados Durante el Embarazo y Puerperio. *Enfoque, Revista Científica de Enfermería*, 21(17), 82-89. doi:<https://revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/download/43/35/>
- Agusto, M., Argüello, M., Cedeño, S., & Dueñas, J. (2024). La salud materna como indicador de las desigualdades sanitarias en el Ecuador. *Reciamuc*, 8(1), 658-669. doi:[https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(1\).ene.2024.658-669](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.658-669)
- Arriagada, M., Cornejo, S., & Vega, V. (2022). Experiencias locales de salud materna con perspectiva intercultural en Putre y Tirúa, Chile. *Desacatos*, 71, 130-145. doi:<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8884025>
- Aveiga, M., Chamarro, P., & Villarreal, M. (2021). Rol de la enfermera en el parto intercultural de mujeres embarazadas en Hospital San Luis de Otavalo. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 9(1), 1-27. doi:<https://www.scielo.org.mx/pdf/dilemas/v9nspe1/2007-7890-dilemas-9-spe1-00121.pdf>
- Banda, A., Álvarez, A., & Casique, L. (2019). Cuidados culturales durante el puerperio mediato en las mujeres indígenas. *Ene*, 13(1), 1-20. doi:<https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v13n1/1988-348X-ene-13-01-e1313.pdf>
- Bravo, D., Bravo, H., & Bravo, S. (2020). Embarazo en adolescentes y alteraciones psicosociales. *Recimundo*, 4(4), 337-345. doi:[10.26820/recimundo/4.\(4\).noviembre.2020.337-345](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(4).noviembre.2020.337-345)
- Buitrago, F., Ciurana, R., Fernández, M., & Tizón, J. (2022). Prevención de los trastornos de la salud mental. Embarazo en la adolescencia. *Aten Primaria*, 54(1), 102494. doi:[10.1016/j.aprim.2022.102494](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102494)
- Calderón, A., Calderon, J., & Mamani, A. (2021). Percepción cultural del “embarazo y parto”, en las comunidades campesinas del distrito Ayaviri-Puno. *Investigación Valdizana*, 15(3), 161-169. doi:<https://doi.org/10.33554/riv.15.3.1103>
- Castañeda, J., & Santa-Cruz, H. (2021). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Enfermería Global*, 62, 109-118. doi:<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v20n62/1695-6141-eg-20-62-109.pdf>

- CEPAL. (2022). *Pobreza en América Latina volvió a niveles prepandemia en 2022, informó la CEPAL con llamado urgente a avanzar en inclusión laboral*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Cevallos, M., Moreira, A., Burga, S., & Chiluisa, M. (2024). Revisión sobre el embarazo adolescente e implicancias sociales. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 24(2). doi:http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v24i2.6207
- CNII. (2024). *Embarazo adolescente*. Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneraciona.
- COESPO. (2021). *Población indígena y maternidad temprana*. Consejo Estatal de Población del Estado de México. Obtenido de <https://coespo.edomex.gob.mx/sites/coespo.edomex.gob.mx/files/files/2021/folleto%20Poblaci%C3%B3n%20ind%C3%ADgena%20y%20maternidad%20temprana%2010%20enero%20COESPO%202022.pdf>
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Decreto Legislativo*. Quito: Decreto Legislativo.
- Cruz, F. (2021). *Impacto de la salud materna con enfoque intercultural en el desarrollo humano de mujeres indígenas de la provincia de Imbabura entre el año 2008 a 2018*. FLACSO Sede Académica Argentina. Flacso Andes. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10469/18551>
- Diario Oficial de la Federación. (2021). *Programa Especial de los Pueblos Indígenas y Afromexicano 2021-2024*. Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. Obtenido de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5639419&fecha=27%2F12%2F2021
- Doncel, J., & Mireles, C. (2024). Conformación sociocultural de comunidades indígenas urbanas: roles de género, sexualidad y embarazos precoces. *CONfines*, 34. doi:<https://doi.org/10.46530/cf.vi34/cfnfs.n34.p29-53>
- Dueñas-Matute, S. (2023). Intercultural childbirth: Impact on the maternal health of the Ecuadorian Kichwa and Mestizo people of the Otavalo region. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 43(1), 377-384. doi:10.1055/s-0043-1764300
- El País. (19 de Agosto de 2025). Las niñas de América Latina lograron que la ONU reconozca su derecho a ser niñas y no madres. *El país*, pág. 1. Obtenido de

<https://elpais.com/america/2025-02-14/las-ninas-de-america-latina-lograron-que-la-onu-reconozca-su-derecho-a-ser-ninas-y-no-madres.html>

- Espinoza , D. (2024). Proyecto de prevención del embarazo adolescente en la parroquia Pilahuín – Comunidad Yatzaputzan. *Quito: Universidad de las Américas*.
- EWEC LAC. (2022). *Intervenciones comunitarias eficaces y empoderamiento de las y los trabajadores de la salud son clave para reducir la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe*. Todas las Mujeres Todos los Niños América Latina y el Caribe . Obtenido de <https://www.everywomaneverychild-lac.org/intervenciones-comunitarias-eficaces-y-empoderamiento-de-las-y-los-trabajadores-de-la-salud-son-clave-para-reducir-la-mortalidad-infantil-en-america-latina-y-el-caribe/>
- Ferrer, T., Calderón, J., & Finscué, L. (2024). Pedagogía de la Madre Tierra en la gestación y parto de la mujer Indígena Nasa. *Revista Paca, 16*, 35-51. doi:<https://doi.org/10.25054/2027257X.4072>
- Freire, N., López, P., & Campoverde, J. (2024). Atención del Parto con Pertinencia Intercultural y Satisfacción de Pacientes Maternas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 8*(2), 2036-2049. doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.10639
- Garcia, A. (2022). Factores socioeconómicos y culturales asociados al embarazo en adolescentes. *Journal of Science and Research: Revista Ciencia e Investigación, 7*(2). doi:10.5281/zenodo.7261764
- Garcia, J., Arteaga, A., & Botello, J. (2025). Hacia un modelo de atención intercultural del parto en la comunidad. *Cultura de los Cuidados, 70*, 225-244. doi:<https://rua.ua.es/server/api/core/bitstreams/b54c1aa5-eeab-4d75-a05e-081e2d70a437/content>
- Guamán, M., & Fernandez, A. (2025). Costumbres de mujeres indígenas gestantes que interfieren en el acceso a servicios sanitarios: revisión sistemática. *Ibero-American Journal of Health Science Research, 5*(1), 1-12. doi:<https://doi.org/10.56183/iberojhr.v5i1.746>
- Guanoluisa, F., Espinoza, M., & Rubio, S. (2021). Los derechos de los pueblos y comunidades indígenas en el Ecuador. *Iustitia Socialis. Revista Arbitrada de Ciencias Jurídicas, 6*(1), 1-6. doi:<https://doi.org/10.35381/racji.v6i1.1492>

- INEC. (October de 2021). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/enemdu-anual/>
- Intrago, N. (2022). *Factores que influyen en los controles prenatales en adolescentes*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas.
- Karrar, S., Vadakekut, E., & Hong, P. (2024). *Initial Antepartum Care*. StatPearls.
- Leon, J., & Diaz, R. (2023). Cuidado de enfermería con enfoque intercultural a las gestantes en los centros de salud de atención primaria. *Revista De La Escuela De Enfermería*, 10(2), 97 - 104.
- Leon, J., & Diaz-Manchay, R. (2023). Cuidado de enfermería con enfoque intercultural a las gestantes en los centros de salud de atención primaria. *Revista de la Escuela de Enfermería*, 10, 97-104. doi:10.35383/cietna.v10i2.1037
- Leon, M., & Grefa, C. (2020). *Comunidades indígenas: creencias y costumbres en el embarazo, parto y puerperio. Octubre 2019- abril 2020*. UNACH.
- Ley Organica de Salud. (2006). *Ley Organica de Salud*. Congreso Nacional.
- Manosalvas, M., Guerra, K., & Huitrado, C. (2022). Cambios en la prevención del embarazo adolescente en Ecuador. *Revista mexicana de sociología*, 84(3). doi:<https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2022.3.60322>
- Martinez, E., Montero, G., & Zambrano, R. (2020). El embarazo adolescente como un problema de salud pública. *Revistas Espacios*, 41(47), 1-10. doi:10.48082/espacios-a20v41n47p01
- Mora-Medina, A. (2024). Desafíos en el acceso a partos interculturales en la atención primaria de salud, Ecuador. *Revista de Investigación, Formativa, Innovación y Aplicaciones*, 6(1), 1-5.
- Moya-Plata, D., Guiza-Salazar, I., & Merchán, M. (2010). Ingreso Temprano al Control Prenatal en una Unidad Materno Infantil. *Revista Cuidarte*, 1(1), 1-9. doi:<https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/73/78>
- Naciones Unidas. (2024). *Estrategia de juventudes en acción para la prevención del embarazo en adolescentes en Yucatán*. Secretaría de las Mujeres del Gobierno del

- Estado de Yucatán. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-57052024000100291&script=sci_arttext
- OMS. (November de 2016). *Las mujeres embarazadas deben poder acceder a la atención adecuada en el momento adecuado*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- OMS. (September de 2022). *Embarazo en la adolescencia*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- OMS. (2022). *Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva*. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2024). *Embarazo en la adolescencia*. Organización Mundial de la Salud.
- OPS. (21 de 08 de 2023). *Salud materna*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
- OPS/OMS. (2021). *Intervenciones integrales en el primer nivel de atención lograron aumentar el acceso y la cobertura de los servicios maternos, sexuales y reproductivos en mujeres y niñas*. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/4-1-2022-intervenciones-integrales-primer-nivel-atencion-lograron-aumentar-acceso>
- Ordinola, C., Barrena, M., & Gamarra, O. (2019). Creencias y costumbres de madres y parteras para la atención del embarazo, parto y puerperio en el distrito de Huancas (Chachapoyas, Perú). *Arnaldoa*, 26(1), 325-338. doi:<http://dx.doi.org/10.22497/arnaldoa.261.26115>.
- Ortiz, S. (2020). Participación comunitaria y salud materna en el Alto Wangky, desde la perspectiva de género. *Revista Científica de FAREM-Estelí*, 9(36), 67-81. doi:<https://doi.org/10.5377/farem.v0i36.10612>
- Peraza, C., Gonzalez, F., & Vera, M. (2023). Etnoenfermería e interculturalidad en el parto de mujeres indígenas . *RECIAMUC*, 7(4), 162-169. doi:[10.26820/reciamuc/7.\(4\).oct.2023.162-169](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(4).oct.2023.162-169)

- Perce, A. (2023). *El Empoderamiento de Personas Embarazadas y Parturientas y Puerperas en Arica, Chile: Perspectivas Indígenas y Biomédicas*. OSIT.
- Ramirez, M. (2024). Determinantes socioculturales que influyen en la inasistencia al control prenatal en Ecuador. *Arandu UTIC*, 11(2), 758-773. doi:10.69639/arandu.v11i2.308
- Ríos, C. (2025). Disparidades en el acceso a servicios de salud materno-infantil entre comunidades indígenas del Paraguay. *Rev. cient. cienc. salud*, 7, 1-9. doi:<https://doi.org/10.53732/rccsalud/2025.e7109>
- Ríos, G., Calderón, A., & Quintero, K. (2019). Una mirada al cuidado de la gestante, cultura de la etnia nasa: aportes desde el modelo del sol naciente. *Revista Navarra Médica*, 5(2), 5-13.
- Ríos, G., Calderón, A., & Quintero, K. (2019). Una mirada al cuidado de la gestante, cultura de la etnia nasa: aportes desde el modelo del sol naciente. *Revista Navarra Médica*, 5(2), 5-13. doi:<https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/download/197/95>
- Rojas, M. (2025). Prácticas interculturales en el control prenatal hacia la inclusión de las mujeres indígenas en la ciudad de Guayaquil, año 2024. *Ciencia Latina, Revista Científica Multidisciplinar*, 9(2), 7929-7940. doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2.17514
- Romero, O., Perilla, J., & Cedeño, S. (2022). Medicina tradicional ancestral en el sistema de salud de Ecuador. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*, 3(8), 1-15.
- Rueda, L., & Vanegas, R. (2025). *Prácticas culturales y creencias en el proceso de atención en salud y cuidado de la población indígena*. Universidad Cooperativa de Colombia.
- Solano, A. (2025). Cuentos de Madres y Abuelas: Embarazo, Parto y Postparto entre Mujeres Indígenas Ngäbes. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(6), 8776-8812. doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.15569
- Torres, A. (2024). Enfermería y la Práctica del Parto culturalmente adecuado en el Ecuador. *Revista Social Fronteriza*, 4(5), e492.

doi:<https://www.revistasocialfronteriza.com/ojs/index.php/rev/article/download/492/916/2204>

- Trejos, J., Kissula, S., & Canaval, G. (2024). Cuidado de Enfermería a mujeres gestantes en una Institución de Salud Indígena de Colombia. *Cultura de los Cuidados*, 69, 185-199. doi:<https://doi.org/10.14198/cuid.26146>
- UFPA. (2022). *Cero embarazos en Adolescentes*. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- UNFPA. (21 de 08 de 2017). *Mujeres podrán atender su parto con pertinencia intercultural en el Hospital de Borbón*. Obtenido de Fondo de las Naciones Unidas: <https://ecuador.unfpa.org/es/noticias/mujeres-podr%C3%A1n-atender-su-parto-con-pertinencia-intercultural-en-el-hospital-de-borb%C3%B3n>
- UNFPA. (2019). *Embarazo en Adolescentes*. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- UNICEF. (2021). *Salud materna intercultural en Argentina*. Obtenido de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: <https://www.unicef.org/argentina/historias/salud-materna-intercultural>
- Velázquez, F., & Baca, N. (2022). Los derechos sexuales y reproductivos y el desafío de la prevención del embarazo en adolescentes rurales e indígenas: un caso de estudio. *Revista Internacional y Comparada de Derechos Humanos*, 5(2).
- Villamarín, F., Vinueza, G., & Mora, M. (2022). Identificación de factores determinantes en la carencia de educación sexual y reproductiva en la comunidad San José, Cantón de Arajuno. *Revista Científica de la Universidad de Cienfuegos*, 4(5), 564-576. doi:<http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v14n5/2218-3620-rus-14-05-564.pdf>

ANEXO 1

Tabla 6. Caracterización de costumbres y creencias del embarazo de la etnia indígena.

Autor y año	País	Metodología	Muestra	Costumbres y creencias
Guamán y Fernández et al., (2025)	Ecuador	Revisión sistemática siguiendo PRISMA	78 estudios	Uso de plantas medicinales, preferencia por partos en casa, acompañamiento de parteras tradicionales, rituales de protección durante el embarazo y parto.
León y Grefa (2020)	Ecuador	Investigación cualitativa, método etnográfico	2 parteras, 1 madre indígena	Creencia en el rol central de la familia durante la gestación. Uso de prácticas tradicionales para el puerperio, como reposo prolongado y cuidados con cambios de temperatura. Valoración de las parteras en la atención del parto. Empleo de rituales y saberes ancestrales para proteger a la madre y al recién nacido.
Calderón et al., (2021)	Perú	Investigación cualitativa Etnográfico e inductivo	19 informantes clave (gestantes y parteras)	Creencias alimentarias (evitar carne de cordero durante el embarazo), consumo de productos locales, influencia de deidades y Apus protectores, rituales con cuyes, hojas de coca y ofrendas a la Pachamama, celebraciones de fertilidad, baños de florecimiento, oraciones familiares y atención de

				parteras con plantas medicinales y masajes.
Ríos et al., (2019)	Colombia	Estudio cualitativo, etnográfico	6 gestantes indígenas de la etnia Nasa, resguardo Potreritos	Reconocimiento del embarazo por ausencia menstrual, mareos, vómitos y movimientos fetales. Identificación del sexo del bebé según la forma del abdomen (redondo = niña, puntudo = niño). Cuidados: evitar cargas pesadas, sobar la barriga, uso de hierbas, papas para el dolor de cabeza. Apoyo familiar y atención de parteras o médicos tradicionales.
Ferrer et al., (2024)	Colombia	Estudio cualitativo, investigación participativa basada en comunidad (CBPR)	Gestantes, parteras y agentes de salud del resguardo indígena Páez, Huila	El embarazo es concebido como una semilla y el inicio de un ciclo de vida. Se realizan prácticas espirituales y corporales orientadas a un embarazo sano y tranquilo, en armonía con la madre tierra. Se valora la guía de parteras y el uso de saberes ancestrales en la preparación para el parto.
Rueda y Vanegas (2025)	Colombia	Revisión sistemática de la literatura	Población indígena de diferentes etnias	Uso de medicina tradicional y rituales comunitarios durante la atención en salud. Preferencia por parteras o cuidadores que respeten la cosmovisión indígena.

				Creencias de protección espiritual y vínculo comunitario en la gestación y parto. Se mantiene la valoración de saberes ancestrales frente a los servicios biomédicos.
Banda et al., (2019)	Mexico-Perú	Revisión bibliográfica	12 estudios	Reposo prolongado tras el parto; evitar baño, frío, sol y trabajos pesados. Dieta caliente para estimular leche materna, con prohibición de ciertos alimentos. Uso de hierbas medicinales y masajes de parteras para controlar sangrado. Abstinencia sexual prolongada como práctica preventiva.
Perce (2023)	Chile	Estudio cualitativo, exploratorio; entrevistas abiertas	6 miembros de la comunidad conocedores del sistema de salud	En la cosmovisión aymara, el embarazo y parto requieren apoyo emocional y espiritual. Se realizan prácticas tradicionales para brindar confianza y protección. Las mujeres prefieren cuidados indígenas por comodidad, seguridad y respeto cultural frente a la violencia obstétrica biomédica.
Ordinola et al., (2019)	Perú	Cualitativo, fenomenológico;	24 madres y 6 parteras de Huancas	Creencias en antojos no satisfechos como causa de aborto; uso de plantas medicinales y mates calientes

		entrevistas y grupos focales		en parto; posición vertical o en cuclillas; placenta enterrada como carne humana; dieta caliente y reposo para evitar “sobreparto”.
Solano (2025)	Costa Rica	Estudio cualitativo etnográfico	Mujeres ngäbe y parteras comunitarias	El embarazo no se concibe como enfermedad; se evitan cargas pesadas, comidas prohibidas y baños fríos. Parto en cuclillas con apoyo familiar, uso de cuerdas y plantas medicinales. Placenta enterrada. Puerperio con dieta caliente, aislamiento, baños de hierbas y protección espiritual del recién nacido.

Tabla 7. Determinar las Intervenciones comunitarias en las adolescentes indígenas.

Autor y año	País	Metodología	Muestra	Intervenciones comunitarias en las adolescentes indígenas
León y Díaz (2023)	Ecuador-Perú	Estudio documental exploratorio	No aplica	Controles prenatales interculturales, inclusión de parteras tradicionales, educación en salud sexual y reproductiva, acompañamiento familiar, uso de lengua indígena, parto humanizado, prácticas ancestrales supervisadas, promoción de autocuidado, reducción de riesgos obstétricos,

				fortalecimiento de confianza comunitaria.
Acosta y Cleghorn (2017)	Panamá	Revisión bibliográfica narrativa	10 estudios	Educación intercultural en SSR, inclusión de parteras, consejería anticonceptiva posparto, visitas domiciliarias, intérpretes de lengua, acompañamiento familiar, grupos de madres adolescentes, apoyo lactancia, tamizaje de depresión, derivación oportuna, articulación con medicina tradicional, control prenatal temprano.
Trejos et al., (2024)	Colombia	Cualitativo descriptivo	8 colaboradores	Visitas domiciliarias integradas con parteras y médico tradicional, educación prenatal PIC, acompañamiento familiar, intérpretes en lengua, parto institucional respetando prácticas, casa de paso y apoyo transporte, capacitación a parteras, seguimiento clínico, derivación oportuna, comunicación empática.
Ríos et al., (2019)	Colombia	Cualitativo etnográfico	6 gestantes Nasa	Aporta insumos para diseñarlas: educación para adherencia, negociación cultural, articulación con parteras y médico tradicional, apoyo familiar, reducir barreras geográficas y económicas,

				comunicación respetuosa, detección de alarmas.
García et al., (2025)	Colombia	Cualitativo; Investigación-Acción-Participativa	22 participantes	Co-diseño comunitario de ruta materno-perinatal, sala de parto intercultural, ingreso de partera, acompañamiento familiar, posiciones libres, rituales y placenta, intérpretes, educación prenatal, derivación, adecuaciones arquitectónicas, capacitación en interculturalidad, gestión de transporte, reducción de barreras administrativas.
Peraza et al., (2023)	Ecuador	Revisión documental/narrativa	8 estudios	Educación intercultural perinatal, inclusión de parteras, acompañamiento familiar, intérpretes, parto humanizado, consejería anticonceptiva posparto, apoyo lactancia, visitas domiciliarias, articulación medicina tradicional-occidental, capacitación cultural del personal, comunicación efectiva.
Torres (2024)	Ecuador	Revisión bibliográfica narrativa	7 estudios	Capacitación en competencia cultural, educación perinatal intercultural, inclusión de parteras, adaptación de salas para parto culturalmente adecuado, comunicación

				terapéutica, visitas domiciliarias, consejería anticonceptiva posparto, apoyo a lactancia, articulación con MAIS-FCI; monitoreo PCA, acompañamiento familiar continuo.
Rojas (2025)	Ecuador	Ensayo con revisión narrativa cualitativa	10 estudios	Capacitación intercultural del personal de enfermería, incorporación de parteras en controles, intérpretes indígenas, educación prenatal comunitaria, visitas domiciliarias, consejería anticonceptiva posparto; acompañamiento continuo; adecuación de espacios; derivación oportuna; seguimiento telefónico, comités comunitarios de maternidad segura.
Aveiga et al., (2021)	Ecuador	Exploratoria transversal	64 participantes	Informar procedimientos, crear ambiente cálido, garantizar libre posición, coordinar con partera, permitir infusiones tradicionales, asegurar asepsia, vigilar signos materno-fetales, apoyar, educar sobre cuidados, favorecer apego precoz y lactancia, registrar acciones conforme protocolo.