UNIVERSIDAD NACIONALDE LOJA
ÀREA DE LA SALUD HUMANA
MEDICINA HUMANA

"CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS ANCESTRALES DEL PARTO TRADICIONAL EN LAS MUJERES DE LA CULTURA SARAGURO, AÑO 2011"

TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

DIRECTOR: Dr. Ernesto Ortiz

AUTOR: Diego José Llumiquinga Angamarca

LOJA – ECUADOR

2012

COPICOMPU CAROLINA
AV. MANUEL AGUSTIN AGUIRRE Y COLON

CERTIFICACIÓN

Dr. Ernesto Ortiz
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Director del trabajo de tesis

“CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS ANCESTRALES DEL PARTO TRADICIONAL EN LAS MUJERES DE LA CULTURA SARAGURO. AÑO 2011”

CERTIFICA

Que el mismo ha sido sometido a las revisiones y correcciones respectivas, motivo por el cual me permito autorizar su presentación y defensa para los fines legales consiguientes de acuerdo a las normas establecidas en el reglamento de la Universidad Nacional de Loja

Loja, octubre de 2012

Dr. Ernesto Ortiz
Director de tesis

AUTORÍA

Todas las ideas, resultados, diseños, conclusiones y recomendaciones expuestas en el presente trabajo de investigación, son responsabilidad del autor.

_____

Diego José Llumiquinga Angamarca

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso por llenar mi vida de bendiciones y por permitirme seguir adelante cada día.

A mis maestros por compartir sus conocimientos y experiencias para mi formación y capacitación profesional, a los Directivos y personal de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja y en forma general a quienes colaboraron de una u otra manera con la culminación de la presente investigación.

Así mismo, a las diferentes mujeres de la cultura Saraguro, a las señoras; Mariana Jesús Lozano Quishpe, Natividad María Medina Quishpe, María Inés Cleotilde Puchaicela Puchaicela, María Aurelia Quishpe Gualan, quienes se desempeñan como parteras de la comunidad, las mismas que facilitaron la información para culminar con éxito el presente trabajo investigativo.

EL AUTOR

DEDICATORIA

Con inmenso cariño y gratitud dedico el presente trabajo fruto del esfuerzo y dedicación a Dios por ser el guardián que ilumina mi camino, pero sobre todas las cosas a mis queridos padres José Anibal y Blanca Graciela por la confianza que me dieron en todo momento, por ser un ejemplo para mí y enseñarme que en la vida no hay nada imposible y que todo se logra con esfuerzo y dedicación.

A mis hermanos Juan Carlos y Jonathan Paul por su apoyo incondicional en todo momento.

A tres personas muy especiales Mercedes Mireya, Alan Magdiel y Mateo Josue por estar ahí en todo momento.

A mis amigos y compañeros.

Diego José Llumiquinga Angamarca

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA…… I

CERTIFICACIÓN……. II

AUTORÍA…….. III

AGRADECIMIENTO…… IV

DEDICATORIA……. V

ÍNDICE GENERAL…….. VI

I. RESUMEN – SUMMARY …….. 1-2

II. INTRODUCCIÓN……. 3-5

III. REVISIÓN DE LITERATURA…… 8-48

IV. MATERIALES Y MÉTODOS……. 49-50

V. RESULTADOS……. 51-63

VI. DISCUSIÓN ……. 64-65

VII. CONCLUSIONES…… 66-67

VIII. RECOMENDACIONES…….. 68

IX. BIBLIOGRAFÍA…….. 69-71

X. ANEXOS

a. Anexo 1: Encuesta dirigida hacia las madres

b. Anexo 2: Encuesta dirigida hacia las parteras

c. Anexo 3: Glosario

I. RESUMEN

El presente trabajo investigativo cuyo tema es conocimientos y prácticas ancestrales del parto tradicional en las mujeres de la cultura Saraguro. Año 2011. Se trata de un estudio de tipo descriptivo transversal desarrollado en el cantón Saraguro de la provincia de Loja. Tiene como objetivo indagar los conocimientos y prácticas ancestrales en la atención del parto en mujeres de dicha comunidad, con la finalidad de rescatar y difundir los principales conocimientos y prácticas que conservan las parteras y las mujeres indígenas del cantón respecto a la atención del parto tradicional, de igual manera se determina las complicaciones que surgen durante el trabajo de parto y el tipo de costumbre al desarrollo del mismo, así como la determinación de las razones para la preferencia del parto tradicional versus el parto occidental. Entre los resultados obtenidos tenemos que el 100% de los conocimientos y prácticas que adquieren las parteras han sido transmitidos de generación en generación por sus familiares que se constituyen en sus mentores. Adicionalmente podemos definir que el 64% de las entrevistadas optan por tener su parto preferentemente en su domicilio; y son múltiples las razones entre las cuales destaca como factor principal el cultural, componiendo el 22% de esta preferencia; seguido del 19% quien dijo haber decidido por la falta de respeto a sus creencias y costumbres en el manejo del parto, provocando en ocasiones un trato irrespetuoso, despreciativo y discriminatorio por parte del personal de salud. Haciendo hincapié que la mayoría de las mujeres consultadas tuvieron partos domiciliarios, ponemos a consideración que el 62% tuvo este proceso en posición de rodillas. Estos datos expresan que se mantiene la predisposición por escoger un parto tradicional.

SUMARY

This research work whose theme is traditional knowledge and practices TBA in women Saraguro culture. Year 2011. This is a descriptive study cross sectional Saraguro developed in the canton of Loja province. Aims at investigating the knowledge and practices in care delivery in women of this community, in order to rescue and disseminate greater knowledge and practices that preserve the indigenous women midwives and Canton about traditional birth attendants, likewise determined the complications that arise during labor and type of custom development thereof, and the determination of the reasons for the preference TBA vs. Western childbirth. Among the results we have 100% of the acquired knowledge and practices that midwives have been handed down from generation to generation by their relatives who are their mentors. Additionally we can define that 64% of respondents choose to have your birth preferably at home, and are many reasons among which the culture as a major factor, making up 22% of this preference, followed by 19% who said they decided by the lack of respect for their beliefs and customs in the management of labor, causing sometimes a disrespectful, derogatory and discriminatory by the health personnel. Emphasizing that the majority of women surveyed had home births, We submit that 62% had this process involves kneeling.. This data is maintained expressed willingness for choosing a TBA.

II. INTRODUCCIÓN.

A través de la historia de la humanidad la mujer eligió parir en diferentes variantes de la posición de pie, como lo demuestran los grabados, cerámicas y esculturas de prácticamente todas las culturas en el mundo. Así mismo, existen ilustraciones de diferentes épocas, que muestran el diseño de sillas para el parto en posición sentada, específicamente en la edad media se vio florecer la fabricación de sillas para el parto en posición vertical. Del mismo modo, en el Ecuador antiguo, esta intención se evidencia en la cerámica silbato, que representa el parto vertical aborigen, como se exhibe en el museo Nacional de Medicina "Eduardo Estrella".

La posición adoptada naturalmente por las mujeres durante el parto, ha sido descrita, en 1882, por Engelmann, quien observó que las mujeres primitivas alcanzaban diferentes posiciones erectas, mediante el uso de palos, hamacas con cabestrillo, muebles, suspensión con cuerdas o con prendas de vestir anudadas, en posición de rodillas, de cuclillas, sentadas, semisentadas, usando ladrillos, piedras, pilas de arena o bancos de partos.

Menciona la literatura que en el siglo XVI, que Mauriceau acostó a las gestantes para parir, aparentemente con la intención de aplicar el instrumento de moda, el fórceps. Del mismo modo, las mujeres de la nobleza, generalmente muy subidas de peso por su sedentarismo y vestimenta atiborrada, encontraron dicha posición cómoda para parir; debido a que no podían soportar su peso en la posición de cuclillas. Así, los médicos encontraron una forma más fácil de asistir el parto, creándose mesas ginecológicas en posición horizontal, de esta manera se instaló la costumbre de parir en dicha posición, acostada en la cama como la Reina.

Desde hace más de una década, la OMS viene difundiendo y propugnando el parto vertical, en el afán de brindarle a la mujer la oportunidad de retomar el rol que siempre tuvo, de participar activamente en su parto, proporcionándole un

entorno familiar y emocional, acorde con este acontecimiento. En el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública, en agosto del 2008; emitió la Guía técnica de atención del parto culturalmente adecuado, el cual propone extender puentes de enriquecimiento mutuo entre el modelo occidental y el modelo tradicional ancestral, dándole opción a la mujer de elegir la posición en que prefiera parir; respetando sus creencias y costumbres y, a la vez, proporcionándole el soporte científico adecuado. Con ello, se busca lograr mayor credibilidad de los servicios médicos, mayor institucionalización del parto, y por ende, la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Mediante esta guía técnica, el parto vertical está siendo implementado en diferentes establecimientos de salud, en las regiones que atienden poblaciones rurales y amazónicas.

En la mayoría de hospitales, maternidades y centros de salud del país en que se atienden partos, la posición horizontal es la única opción de parto vaginal, para toda gestante que ingresa al Centro Obstétrico.

A esto se agrega que, en el período de dilatación, se obliga a la parturienta a mantenerse recostada, no se le permite sentarse, deambular u optar por otra posición, que podría ser más cómoda para ella. Tampoco se le permite estar acompañada por alguna persona de su entorno o de su confianza, en un momento tan importante para ella como mujer y persona.

Este estudio investigativo se realizó en el cantón Saraguro de la Provincia de Loja, cuyo objetivo principal es indagar los conocimientos y prácticas ancestrales en la atención del parto en mujeres de la cultura Saraguro, determinar la forma de atención de este proceso por parte de las parteras de la comunidad, establecer las razones para la preferencia del parto tradicional versus el parto occidental, e identificar las complicaciones del parto y las formas de solucionar o tratarlas. Para ello se aplicó una entrevista dirigida a las parteras de la comunidad y una encuesta a las mujeres indígenas del cantón previa autorización de quienes accedieron a participar en el estudio. Entre los principales resultados obtenidos tenemos que el 100% de los conocimientos y prácticas que adquieren las parteras han sido transmitidos de generación en

generación por sus familiares que se constituyen en sus mentores. Adicionalmente podemos definir que el 64% de las entrevistadas optan por tener su parto preferentemente en su domicilio. La gran parte de mujeres expresarón que en el caso de tener un nuevo embarazo, ellas prefieren tener un parto domiciliario, conformando de esta manera el 66%, y solo el 34% de madres mencionan la voluntad de optar por un parto hospitalario.

La presente propuesta, en un esfuerzo dirigido hacia la humanización del parto, que plantea la opción a nuestras usuarias de elegir la manera como quieren experimentar este acontecimiento respetando su fisiología, su entorno cultural y su rol protagónico; a la vez que se busca demostrar las ventajas del parto vertical frente al horizontal. Estratégicamente con el tiempo y la experiencia adecuada, se podría llegar a disminuir el número de partos instrumentados y cesáreas.

III. REVISIÓN DE LITERATURA

1. Ámbito y Descripción Etnográfica del Cantón Saraguro
   1.1 Descripción Geográfica, Política y Acceso.
      1.1.1 Descripción Geográfica
      1.1.2 División política
      1.1.3 Acceso y Vialidad.
   1.2 Descripción Demográfica y Socio-Económica
      1.2.1 Descripción demográfica y social.
      1.2.2 Religión
      1.2.3 Economía.
   1.3 Historia, tradiciones y costumbres.

2. Conceptualización
   2.1 Saberes.
   2.2 Creencias.
   2.3 Practicas tradicionales.
      2.3.1 Medicina Tradicional Andina
      2.3.2 Medicina Tradicional en el Ecuador

3. Aspectos del Parto
   3.1 Definición de Embarazo
   3.2 Definición de Parto
   3.3 Clases de Parto
      3.3.1 Parto Tradicionalmente Adecuado.
         3.3.1.1 Adecuación cultural de la atención del Parto
         3.3.1.2 Ventajas del Parto vertical
         3.3.1.3 Desventajas del Parto vertical
      3.3.2 Posiciones de Parto
      3.3.3 Parto bajo Agua
   3.4 Complicaciones de Parto

4 Manejo del Parto.

4.1 Atención de Parto Occidental.

4.2 Atención del Parto Tradicional.

REVISIÓN DE LITERATURA

1.- Ámbito y Descripción Etnográfica del Cantón Saraguro

1.1 Descripción Geográfica, Política y Acceso.

1.1.1.- Descripción Geográfica.

El cantón Saraguro se encuentra ubicado a 64 Km al norte de la ciudad de Loja, limita al norte con la provincia del Azuay, al sur con el cantón Loja, al oeste con el cantón Zaruma, provincia de El Oro, al este con la provincia de Zamora Chinchipe. "La extensión del cantón es de 1080 Km^2. Tiene una población de 28.029 habitantes. Saraguro dispone de climas variados entre los que tenemos: seco – tropical, húmedo - subtropico, húmedo – templado y el subhumedo – templado. La temperatura promedio es de 12.9 °C, una altitud de 2.520 m.s.n.m".

1.1.2.- División Política.

La división política del cantón Saraguro. Está constituida por 1 parroquia urbana, 10 parroquias rurales y 70 barrios

Parroquias urbanas:

Saraguro

Parroquias rurales:

San Antonio de Cumbe, Celen, Lluzhapa, Manu, San Pablo de Tenta, Selva Alegre, Sumaypamba, Tablón, Urdaneta, Yuluc.

Barrios:

Urdaneta: Urdaneta Centro, Zhadampamba, Baber, San Isidro, Gurudel, Bahin, Turucachi, Cañaro, Villa Carreño. San Pablo De Tenta: Tenta Centro, Membrillo, Llaco, San Isidro, Cañicapac, Mater, Sauce, La Papaya, Jaratenta,

Resbalo, Conchavon, Cochapamba, San Antonio, Quebrada Honda, Toctepamba, Llavicocha, Purdili, Gerembuer. Tablón: San José, Tuchín, Santa Rosa, Cachipamba, Potrerillos. Manú: Bellavista, Loma de la Cruz, San Nicolás, Moras, La Esperanza, Chorro Blanco, Uduzhe, El Progreso, La Paz, Loma de Guando, í'auchín, Porvenir, Turupamba, Tahuarcocha, Guapamala, Fátima, Sabadel, Sequer, El Porvenir, Durazno, Valle Hermoso, Palenque, El Paraíso. Celén: Chacaputo, Zunín, Pacay, El Arenal, San José, Gañil, Cerquen, Turupamba, La Florida, La Esperanza, San Fernando, Buenaventura, Santa Rosa, Buena Vista. Lluzhapa: Centro de Parroquial que está conformado por Mancocapac, y la Estancia Machala, Corralpamba que incluye La Florida, La Vega, Guiñizhapa, Sharazhapa, Jucos, La Loma, Seucer Alto y Bajo, El Lugmo, Verdillas, Guando Bajo que incluye el Gallo, Chandel que incluye Yugdal-Molle y Azafrán. San Antonio De Cumbe: Quillin, Alverjas Lomas, Piñan Rodeo, Challe, Molle, Zapotepamba, Gueledel, Chamical, Chayazapa. Selva Alegre: Suro-Huazhacoral, Yubirpamba, San Agustín, San Pablo, San Vicente, Valle Hermoso, La Esperanza, Carapali, San Luis. Sumaypamba: Mostazapamba, Las Cochas, Guisaseo, Tarabita, Playas, San José. (1)

1.1.3.- Acceso y Vialidad

El cantón Saraguro está ubicado a sesenta y cuatro kilómetros al norte de la provincia de Loja, cuya cabecera cantonal está ubicada en las faldas del Puglla, a 2500 metros de altura y el Puglla está a 3381 m.s.n.m. en el trayecto hacia la capital azuaya, se desarrolla de sentido Norte - Sur, de forma alargada siguiendo en parte la travesía de la carretera panamericana.

Se puede tomar diferentes medios de transportes desde la ciudad de Cuenca o Loja; entre los cuales tenemos cooperativa de transportes: Loja, Viajeros, Ejecutivo San Luis, Santa, son algunos de los transportes por mencionar, los mismos que se los puede tomar desde el Terminal Terrestre de la ciudad en mención, el tiempo de traslado desde la ciudad de Loja es de una hora y media, y el costo del pasaje fluctúa entre 2 dólares.

1.2.- Descripción Demográfica y Socio – Económica.

1.2.1 Descripción Demográfica y social.

El Ecuador registra 14'306'876 habitantes, distribuidos en las diferentes regiones que posee nuestro país, siendo los mestizos la etnia predominante, los mismos que representan el 71.9% de la población actual, los montubios con el 7.4%, los afroecuatorianos con el 7,2%, los indígenas constituyen el 7% de la población total, según datos del INEC 2011.

Los habitantes del cantón Saraguro figuran, como una de las etnias indígenas, más representativas del país, junto a los otavalos, cañaris, zuletas, shuars; entre otras nacionalidades que hacen de este país un Ecuador multiétnico y pluricultural.. Se estima una población aproximada de 35.000 kichwas Saraguros, La población de los saraguros está asentada en la región andina provincia de Loja: cantón Saraguro y cantón Loja; en la región amazónica provincia de Zamora Chinchipe: cantón Yacuambi, Yanzatza y Nangaritza. El mayor núcleo central es la zona Saraguro.

Encontramos también un asentamiento poblacional de Saraguros en la zona de Vilcabamba. También de forma temporal o a veces permanente y por razones de trabajo y/o estudio encontramos una población significativa en las ciudades de Loja, Cuenca, Riobamba y Quito.

A esto debemos sumar una considerable población de migrantes que a partir de finales de la década de los 90 y principios del 2.000 se asentaron en Estados Unidos y España. (2)

La organización social Saraguro tiene como modelo típico la familia nuclear, sin embargo, se encuentran también formas de familia extensa. La familia es el núcleo central para la reproducción biológica, social, económica.

1.2.2.- Religión

En tiempos incaicos, los indígenas tenían su propia religión adoraban a sus Dioses. Con la llegada de los españoles adoptaron una nueva religión, la que

prácticamente fue impuesta. Hoy en día en su mayoría son seguidores de la religión católica.

1.2.3.- Economía.

La economía del pueblo Saraguro por historia ha sido de la Ganadería y la Agricultura. La Ganadería para solventar los costos de salud, educación, vestimenta y alimentación; mientras tanto, la Agricultura como fuente de autosustento familiar, aunque hoy en día, esta agricultura se convierte en un aporte más a la economía familiar a raíz de su venta.

El minifundio es la unidad básica de producción. A diferencia de otros pueblos indígenas de la Sierra, los Saraguros no han tenido que enfrentar los problemas que se derivan de la existencia de la estructura de la hacienda.

La ganadería constituye la principal actividad económica del cantón Saraguro y la parroquia San Lucas. Predomina el ganado bovino, porcino y ovino y en menor cantidad el caballar. Su producción abastece de carne a los mercados locales y provinciales, con una producción de 150 a 200 cabezas de ganado por semana. Derivados de esta actividad, mantienen la producción de quesos y leche para el abastecimiento local. Se produce quesillo de 15 a 20 quintales por semana para los mercados locales y parte del mercado provincial.

A nivel familiar se crían animales domésticos como aves de corral, borregos, cerdos y cuyes, destinados al autoconsumo, especialmente en fechas festivas.

Practican una agricultura basada en un sistema de rotación y cultivos asociados de diferentes productos y destinada al autoconsumo; la chacra es la unidad productiva central y constituye un verdadero conjunto de productos diversos como maíz, fréjol, haba, que rotan con la arveja y las papas y, en sitios más secos, el trigo y la cebada; cultivan también oca, melloco, quinua, achogcha, zambo, zapallo. Mantienen algunos invernaderos de cultivos de tomate riñón, babaco y vainita destinados al mercado local. Cultivan, además, algunas variedades de frutas como duraznos, manzanas, peras, claudias, etc.

Es muy común en casi todas las comunidades el cultivo de hortalizas y plantas medicinales como borraja, ataco, jícamo, etc.

En el tercer piso ecológico se dedican al cultivo de productos destinados al autoconsumo; entre ellos, maíz, haba, fréjol, arveja. Para el abastecimiento de los mercados locales y provinciales cultivan fréjol arbustivo, cebada, trigo, avena, ajo, cebolla. En las comunidades asentadas en Zamora Chinchipe se produce maíz, fréjol, papa china, sango, cacao, café, caña de azúcar, guineo y yuca; se cultiva, además, variedad de frutas como naranja, mandarina, limón, piña. Toda esta producción está destinada al autoconsumo familiar. (2)

Existen también grandes cultivos de café, cacao y maíz que se destinan al mercado local o regional.

Las artesanías constituyen otra fuente importante de ingresos en la economía Saraguro, especialmente la cestería, la cerámica y la talabartería, cuya producción está destinada al autoconsumo y al mercado local.

1.3.- Historia, tradiciones y costumbres.

Los territorios actualmente habitados por los Saraguros fueron asentamientos geográficos de los Paltas, arrebatados por los Incas en su arrolladora conquista de los pueblos del Chinchaysuyo (Reino de Quito), sometieron a su obediencia a los Zarzas, Paltas y Cañaris. Algunos historiadores sostienen que los Saraguros son mitimaes (…) traídos en tiempos del Incario para controlar la guerra, especialmente con los Cañaris y Paltas. Por tanto se puede creer que pertenecieron al ejército real Inka.

Existen varias hipótesis en cuanto a la procedencia:

Planteamiento de que los Saraguros son Mitmakuna (forasteros) que llegaron, traídos desde el altiplano boliviano o del Departamento del Colla del Perú para pacificar los pueblos de la región sur del actual Ecuador durante el establecimiento del Tahuantinsuyu.

Afirmación de que los Saraguros son Mitimaes que llegaron formando el ejército real de los Incas (“orejones”) durante la misma época. Sea cual fuere el origen de los Mitmakuna, lo cierto es que los actuales Saraguros son un producto de mestizaje entre los Mitimakuna que llegaron con los Incas y los pueblos que antes habitaban estas zonas y localidades.

Desde principios de la Colonia, los Saraguros fueron una de las pocas étnias que recibió Cédula Real, asignándoles la propiedad de sus tierras por lo que se mantuvo libre ante el yugo del sistema hacendatario, lo que permitió a los Saraguros el desarrollarse como campesinos parcelarios, independientes y afirmados en su propia cultura. A cambio de la Cédula Real que les asignaba la propiedad de sus tierras, los Saraguros tenían la responsabilidad de cuidar y mantener parte del camino entre Cuenca y Loja. (3)

Etimológicamente la palabra Saraguro no tiene una definición precisa, para ciertos investigadores proviene de la palabra Sara que significa maíz; y Guro que equivale a gusano, Sara que significa maíz y Kuri que significa oro, o “Sara” maíz y “Quero” árbol de maíz.

“La base de la indumentaria Saraguro es de lana hilada en casa, teñida de negro. Aun cuando las ovejas negras son comunes en la zona, rara vez se utiliza lana sin teñir, porque se considera señal de extrema pobreza.

El vestuario consiste en un sombrero blanco de lana prensado, de ala amplia y peso considerable, moteado con manchas negras. Los materiales básicos para la confección del sombrero son lana de oveja, betún, cola pez y dril blanco. La indumentaria de la mujer Saraguro se compone del anaco (falda negra plisada finísimamente, expresión de su feminidad, ceñida a su cintura con el chumbi, o faja), la blusa generalmente de seda y de colores vistosos, y sobnre la blusa, el reboso, una especie de capa negra de lana, que al igual que el resto de prendas es de compleja elaboración. Adornan a la mujer Saraguro grandes zarcillos de filigrana, comúnmente de plata, unidos por una cadena que se entrelaza alrededor del cuello, anillos, y el original topo de plata, con el que la mujer asegura el reboso a la altura del pecho.

Finalmente esta la walka, collar muy elaborado de mullos y cuentas de colores que adornan el cuello de la mujer y también parte del busto.

En el varón la vestimenta es mucho más simple. Consiste básicamente en un pantalón corto de lana negra, que le llega hasta las rodillas, y la cushma, una suerte de chaleco amplio y cómodo que le cubre todo el tórax. Esta prenda resguarda al hombre del frío al tiempo que le permite trabajar evitando sudoraciones excesivas.

Completa el atuendo masculino el poncho, tradicionalmente negro, y el zamarro blanco de lana, que se usa contra el frío y también con ocasión de fiestas importantes. A este particular atavio se suma un grueso cinturón de cuero, trifurcado con sendas hebillas y repujado con botones de monedas de níquel."(4)

2.- Conceptualizaciones

La salud tradicional y occidental no son compatibles, pero si complementarias", dijo el antropólogo Enrique Cachiguango- otavaleño-Kichwa. La gran diferencia de un parto en el hospital y un parto tradicional es la afectividad, el apoyo de la partera, el marido y la familia, el ambiente cálido, la ingesta de aguas y alimentos, el entierro de la placenta junto al fogón de la casa, entre otras acotó Enrique Cachiguango

2.1.- Saberes

"Los saberes componen un fragmento de quien conoce o sabe algo. Sin duda las ciencias constituyen una de los principales tipos de saberes. Las ciencias son el resultado de esfuerzos sistémicos y metódicos de la investigación en busca de respuestas a problemas bien específicos y cuya descripción procura darnos una presentación adecuada del mundo. No obstante muchos tipos de conocimientos que sin ser científicos no dejan de estar perfectamente adaptados a sus propósitos, el saber hacer como en la artesanía o al saber nadar, el conocimiento de la lengua, de las tradiciones, leyendas, costumbres o ideas de una cultura particular, el conocimiento que los individuos tienen de su

propia historia o aun las experiencias comunes fortalecen y valoran a una sociedad

Los saberes ancestrales son aquellos que poseen los pueblos indígenas y comunidades transmitidos de generación en generación y que están al margen de la educación formal."(5)

Estos conocimientos se logran mantener consolidando sus derechos, entregando el verdadero valor por su antigüedad, ya que se encuentran relacionados en la vida diaria de los pueblos. Existe una relación entre la naturaleza y los saberes de la comunidad, ya que la flora y fauna, constituyen elementos básicos que permiten desarrollar los dichos conocimientos. Como las plantas medicinales, por ejemplo… la nacionalidad Tsáchila basa sus tradiciones en el uso de las plantas, lo mismo ocurre con otros pueblos, que tienen en la flora el principal conocimiento a transmitir. Las culturas indígenas disponen de muy diversos saberes, que combinados con los saberes de las culturas no indígenas, una vez que se trasladen las competencias y se definan las atribuciones que implican las autonomías, pueden desplegarse en el proceso mismo de su reconstrucción.

2.2.- Creencias

La creencia es el resultado de una oscilación individual que ha sido aceptada, creída por el entorno del creador, por lo que la supervivencia de esa creencia depende de razones sociales y estas razones tienen en cuenta la relación que tenga esta nueva creencia con las anteriores ya aceptadas y que forman parte de la herencia social, es decir, obedeciendo al principio de la coherencia, de la afinidad o atracción.

Una creencia es un modelo habitualmente basado en la fe creada por la mente idealizándose generalmente en la interpretación de un contenido cognoscitivo o de un hecho, abstracto o concreto, de los cuales se desconocen demostración absoluta o no se exige una justificación o fundamento racional.

Una creencia o conjunto de creencias, agrupa de alguna manera a un conjunto de individuos los cuales idealizan una proposición que plantea la propia creencia; y surge como potencial verdad, conformando de esta manera un entramado cultural y social que forma una potencial identidad de agrupación de individuos que compartan creencias similares, dichas creencias generalizadas establecen lo que se denomina un dogma, definiendo una moral necesaria para poder formar parte del grupo.

Pero como la tendencia natural del cerebro es permutar y volver a permutar las relaciones de su información, creando un hambre de novedad, provocando de esta manera una necesidad de cambiar la creencia, los seres humanos se ven siempre envueltos en una danza social figurando, acorazados o bajo la máscara de las creencias. En las sociedades rígidas que van camino a la muerte o que están ya muertas en vida, la danza siempre es la misma y no hay máscaras nuevas. Y cuando éstas surgen a pesar del inmovilismo se crean las grandes escisiones. En las sociedades que progresan con mayor rapidez este baile es siempre incesante y cambiante y resulta difícil seguir la continua transformación de los disfraces y se vive en la locura de un carnaval, que en efecto, puede desembocar en la desintegración social.

Las fuentes de las cuales provienen las creencias son variadas. Entre estas tenemos las externas, cuando se originan en explicaciones dadas por la gente para la compresión de ciertos fenómenos. Y las internas cuando surgen del propio pensamiento y convicciones.

Las creencias científicas son manifestadas a través de hipótesis, que de confirmarse se convierten en leyes, y su credibilidad no será objetada hasta que se demuestre lo contrario. Existen creencias negativas que originan los prejuicios, que son juicios de valor infundados y generalmente negativos, sobre algo o alguien, en base a generalizaciones, sin pruebas al respecto. Hay creencias cerradas que no admiten opinión contraria, y se constituyen en únicas poseedoras de la verdad; y otras abiertas, sometidas a debate y crítica y que pueden modificarse.

Las creencias hacen parte de la personalidad individual y caracterizan también a un grupo o sociedad que las comparte.

2.3.- Practicas tradicionales

La palabra tradicional se utiliza cómo adjetivo a ser aplicado a todo aquello que tenga que ver con la o las tradiciones de un pueblo, comunidad o sociedad. Estas tradiciones son por lo general traspasadas de generación en generación como parte del legado de los antepasados y pueden incluir todo tipo de valores, costumbres, formas de pensamiento, creencias y prácticas. Regularmente, además, algo tradicional es algo que busca mantener lo existente o recuperar todo aquello que haya podido ser perdido ante el avance de la modernidad.

2.3.1.- Medicina tradicional andina

"De acuerdo con la OMS, la medicina tradicional es la suma total de conocimientos, habilidades y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias oriundos de las diferentes culturas, sean o no explicables, y usados en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnosis o tratamiento de las enfermedades físicas o mentales."(6)

La salud, desde el punto de vista de la medicina tradicional andina, se fundamenta en el equilibrio cálido/frio y el pensamiento animista del mundo, su metodología parte de explicar el sentido holístico de la vida, los agentes tradicionales de salud asumen su rol como un don divino y basan su intervención en la restitución del equilibrio con rituales y plantas medicinales. Así como los pueblos tradicionales de los Andes desde Colombia hasta el Chile son extremadamente variados, su cosmovisión y su sistema de salud presentan múltiples matices.

La cosmovisión andina en relación a salud, engloba varios elementos, envuelve la salud como condición individual y como condición colectiva.

Al mencionar a la salud como condición individual, hace referencia al allí cai en idioma quichua; que en español significa “estar bien”; significa que una persona se encuentra en un estado de equilibrio físico y emocional según su edad y sexo. Este parámetro no tiene una norma cuantitativa, física o biológica, sino más bien corresponde a la idea que la sociedad quichua tiene sobre lo que es el “modelo” de un hombre, una mujer, un niño, un anciano, etc.

“Dependiendo de ese “modelo” de cada edad y sexo, el “allí cai” se expresa en: Una fisonomía robusta; La capacidad de actuar, es decir de hacer las cosas que corresponden según la edad y el sexo”(7); con una emotividad y expresividad serena, abierta y optimista.

“El segundo de los elementos que integran la concepción de salud, alude a una condición colectiva. Así, el estar sano, no solo tiene que ver con “estar bien”, sino como “vivir bien” (en quichua: allí kaway). Es decir vivir de acuerdo y con estricto cumplimiento de los principios éticos de la vida comunitaria. En otras palabras, si se respetan las jerarquías (adulto-niño; hombre-mujer; anciano-adulto, etc.), si se respetan los roles (marido-mujer; hijo-padre; compadre-ahijado; etc.), si se respeta la pacha mama; si se mantiene una acción solidaria según las normas comunitarias, (mingas, prestamanos, ranti ranti, etc.), y se cumple con las normas y preceptos religiosos (independientemente de cuál sea la religión que se profesa), entonces se “vive bien” en la comunidad.”(8)

2.3.2.- Medicina tradicional en el Ecuador

En el Ecuador, la medicina tradicional, al igual que en otros países andinos, constituye una legendaria practica. Si bien sus raíces pertenecen a un pasado de más de 10 mil años, su vigencia ha continuado a lo largo de cinco siglos de regímenes coloniales y republicanos. Dicha permanencia ha sido sostenida por los pueblos de más bajos recursos: indios, mestizos, montubios y campesinos, quienes han encontrado en la medicina tradicional una alternativa menos costosa y más coherente con su cosmovisión.

Es por tal razón que en las diferentes comunidades, pueblos y nacionalidades existen sabios del subsistema de salud ancestral, que tienen la difícil tarea de

seguir con esta legendaria práctica, perpetuando de esta manera el conocimiento heredado por sus antepasados; entre estos tenemos los denominados: yachaks, curanderos, hierbateros, parteras, parteros, shamanes, frejadaores, kuyfichak; son gente que aparte de manejar el idioma, están dispuestos a acompañar al paciente el tiempo necesario, en ocasiones sin cobrar dinero; sino que establecen un sistema de trueque, afirmando de esta manera, las relaciones de afecto y confianza y solidaridad al interior de la comunidad.

Ya desde la constitución de 1998 se reconoce a nuestro país como multiétnico y pluricultural, aceptando de esta manera e impulsando la práctica y desarrollo de la medicina tradicional, además garantiza el "desarrollo de otras prácticas relacionadas con la medicina alternativa para la atención de la salud de la población, por esta razón se deben buscar mecanismos de articulación y coordinación entre el sistema ciudadano, comunitario y pueblos, e institucional."(9)

Según datos del último censo Demográfico y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN), muestra que el 78.5% de mujeres embarazadas, tuvieron su parto en alguna de las instituciones de salud del país, mientras que el porcentaje restante, de dicho grupo de mujeres tuvieron su parto en casa, razones y causales múltiples que definiremos en el transcurso del análisis de dicho estudio realizado en nuestro país. Dicho estudio también refleja que la mayoría de mujeres quienes tuvieron parto domiciliario se auto identifican como indígenas. "Los datos desagregados muestran que más del 40% de mujeres en provincias como Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas, y alrededor del 30 % de las mujeres de toda la región Amazónica, dieron a luz en su casa. Adicionalmente, el 65% de las mujeres indígenas manifiestan haber tenido partos domiciliarios."(10)

Cabe recalcar que son múltiples las razones por la que las mujeres embarazadas prefieren tener su parto en el domicilio, que en un establecimiento de salud, y están ligadas a un conjunto de aspectos entre los que se recalca: conocimientos, actitudes, ubicación geográfica, condiciones

económicas, pero sobre todo por la discriminación de género, etnia y cultura, puesto que los servicios de salud no satisfacen sus necesidades ni expectativas.

La misma encuesta muestra una diferencia significativa entre los porcentajes de mujeres indígenas y no indígenas, de aéreas urbanas y rurales que acceden a los servicios de salud, evidencian así la falta de atención de salud sexual y reproductiva hacia mujeres de ciertos grupos sociales y étnicos del país, netamente refiriéndonos a la población indígena, tal como se puede apreciar en el siguiente cuadro.

Salud Materna	**Mujeres Indígenas**	**Mujeres no indígenas**	**Zonas Rurales**	**Zonas Urbanas**	**Total Nacional**
Control Prenatal	61.5	86.8	37.0	64.6	84.2
Atención del parto institucional	30.1	80.2	57.1	88.6	74.7
Control postparto	15.4	37.7	26.4	44.4	36.2
Papanicolaou	13.5	33.0	33	46	31.4
Uso de métodos anticonceptivos	47.2	74.7	67.1	76.6	72.7

Fuente: ENDEMAIN 2004

Al consultar a las mujeres las razones por la que decidieron tener un parto domiciliario, el 37% manifestó aspectos relacionado a la costumbre, seguido de un 29% que dijo haber decidido por factores económicos, y el porcentaje restante se encasilla en razones como: barreras para llegar a un establecimiento de salud, mal concepto del establecimiento de salud, no había tiempo para llegar al establecimiento de salud, mas seguridad y confianza en la casa.

Por lo tanto se podría resumir que algunas mujeres y sus familias no buscan atención obstétrica en un establecimiento formal por las siguientes razones,

entre ellas están la distancia, dificultades de transporte, los costos monetarios y de oportunidad asociados a la atención institucional, así como la falta de reconocimiento de las señales de peligro asociadas a complicaciones obstétricas que pueden poner en riesgo la vida de las pacientes y del nuevo ser. Algunas mujeres entrevistadas también manifiestan el hecho de procedimientos médicos, como el baño en agua fría, la rasura del pubis, la aplicación de enemas, la realización de tactos vaginales o de episiotomías, como factores que han desalentado la elección de partos institucionales.

Además los pacientes y sus familias pueden obviar a los establecimientos públicos cercanos de bajo costo o gratuitos y elegir pagar más para recibir tratamiento en un establecimiento privado alejado, donde perciben que la calidad de la atención es mejor. Así las principales razones que llevan a muchas mujeres y sus familias a preferir un parto domiciliario antes que un parto institucional, se refieren a varios aspectos de la atención en donde la cultura juega un rol importante como componente de la calidad.

“El aspecto más comúnmente mencionado por las usuarias en diferentes escenarios es el trato interpersonal deficiente de los prestadores de salud. Esto incluye numerosos comportamientos y actitudes que van desde la falta de amabilidad y paciencia de los médicos, enfermeras, personal administrativo y de servicio; falta de habilidades para comunicarse en el idioma nativo de la paciente; falta de privacidad; no brindar confianza a la paciente al no atender sus inquietudes y no informarle adecuadamente, el tiempo de espera para ser atendida, el no tener personal de salud pendiente de su progreso, hasta manifestaciones más explícitas de maltrato verbal y físico, trato excluyente asimétrico, por lo tanto irrespetuoso, despreciativo y discriminatorio.”(11)

Otros aspectos se refieren a la limitación de las usuarias para ejercer preferencias personales, tales como: escoger la posición más cómoda que la mujer crea conveniente realizar parto, la posibilidad de tener un familiar durante este evento, llevar a cabo prácticas tradicionales consideradas importantes para la madre y el recién nacido como por ejemplo: el mantenerse arropada con su propio vestuario durante este proceso fisiológico, el contar con una luz

tenue y una temperatura cálida del ambiente donde sucede el parto, así como la posibilidad de consumir comidas y bebidas especiales para la madre, e inclusive la posibilidad de acceder a la placenta para poder incinerarla o enterrarla según la costumbre local.

Por lo tanto, para incrementar la demanda de la atención obstétrica institucional es necesario mejorar la calidad de atención interpersonal y el nivel de satisfacción de las usuarias de los servicios obstétricos de salud adecuándolos a las necesidades culturales de la población.

Es por tal razón que "El Ministerio de Salud Pública del Ecuador a través del proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud y del Subproceso de Normatización de Medicina intercultural lleva a cabo un importante trabajo de reconocimiento, revaloración, y recuperación de saberes y prácticas culturales de la medicina ancestral, impulsando la capacitación y acreditación a los sabios de la medicina ancestral reconocidos desde la comunidad a lo largo de todo el país. Además, esta actualizando una Red de Modelos Interculturales, con la finalidad de fortalecerlos de acuerdo a la realidad cultural local y garantizar el acceso a una atención integral del individuo, la familia y la comunidad. Esta Red de modelos es una instancia organizativa que formula estrategias y propuestas, para aplicar el modelo, de salud intercultural. Esta Red de Modelos servirá de base para la construcción de políticas públicas interculturales en salud."(12)

Es por este motivo, que el Ecuador ya cuenta con establecimiento de salud pública con un nuevo modelo de atención con enfoque intercultural, entre estos proyectos podemos enumerar los siguientes: Federación de Organizaciones de Nacionalidades Kichwas de Sucumbios (FONAKISE), Adecuación Cultural del Hospital de Puyo, Jambi Huasi de Otavalo, Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del parto (HACAP), Hospital andino Alternativo de Chimborazo, Hospital San Luis de Otavalo, nuevo modelo de atención con enfoque intercultural, y en nuestra provincia, en el hospital básico de Saraguro se adecuo una sala especial para la práctica del parto vertical, que lleva a cabo su funcionamiento desde mediados del 2010.

El objetivo de estas casas de salud, es mejorar la calidad de atención de la Salud Sexual y Reproductiva a nivel nacional, regional y local, adecuando los servicios de salud a la diversidad cultural de la población, de manera que se pueda incidir en la disminución de los índices de mortalidad materna y neonatal, fomentando la atención del parto con adecuación intercultural en los niveles de atención I y II de la red prestadora de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud.

Además de garantizar el nuevo modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria tenga enfoque intercultural. Promover la participación comunitaria en los procesos de adecuación cultural de la atención del parto en las unidades de atención del sistema nacional de salud, enfocándose en la realidad local de cada comunidad. Institucionalizar la atención del parto culturalmente adecuado en los servicios de salud pública y privada con la finalidad de mejorar la calidad y calidez de la atención materna neonatal. Reconocer la existencia de la sabiduría de la medicina tradicional, propendiendo a la revalorización y fortalecimiento de sus conocimientos, actitudes y prácticas dentro de las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública.

3.- Aspectos del Parto

3.1 Definición de embarazo.

El Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en el año 2007 definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que inicia cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero, proceso que se da unos 5 o 6 días después de la fecundación. Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio

se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

Una vez iniciado el embarazo en la especie humana, las mujeres atraviesan un proceso que dura entre 40 y 38 semanas a partir del día de la fecundación. Por lo común se asocia a 9 meses. Dentro del útero, el producto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el producto están envueltos en la bolsa amniótica, que está pegada al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón durante el embarazo para evitar que salga el líquido. Y que actúa como barrera evitando el ingreso de gérmenes causantes de procesos infecciosos.

Mientras permanece dentro, el producto de la fecundación, cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está pegada al útero y está unida al producto por el cordón umbilical, por donde recibe alimento.

3.2 Definición de Parto

La última etapa del embarazo humano, se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas que tienen como objetivo provocar, dilatación del cuello uterino, produciendo de esta manera el descenso del feto a través del canal de parto. Antes de iniciarse las contracciones denominadas, dolores del trabajo de parto, el útero tiene que adecuarse ante el eminente trabajo que se le avecina, por lo tanto, como conocemos el útero durante las primeras 36 a 38 semanas de gestación, el miometrio carece de respuesta, se encuentra en un periodo de quietud, luego se produce una fase de transición, durante la cual desaparece la falta de respuesta miometrial, provocando que el cuello uterino se reblandece y borra.

Los procesos fisiológicos que regulan el parto, aun no están definidos, sin embargo el inicio del trabajo de parto representa la finalización de cambios bioquímicos que se dan en el útero, producto de señales de carácter endocrino y paracrino que proceden de la madre y el feto.

3.3.- Clases de Parto.

Existen varias definiciones en relación al parto. Entre estas tenemos.

Parto normal de bajos riesgo.- se define con este nombre, aquel de comienzo espontaneo, desde la iniciación del labor del parto, hasta la finalización del mismo, obteniendo un producto en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional.

Parto Pretérmino.- Nacimiento de un producto de 28 a 36 semanas cumplidas de gestación.

Parto a Término.- Nacimiento de un producto de 37 a 41 semanas cumplidas de gestación.

Parto Postérmino.- Nacimiento de un producto de 42 semanas o más de gestación

Parto Inmaduro.- Se lo cataloga al nacimiento de un producto de 22 a 27 semanas cumplidas de edad gestacional. (12)

3.3.1.- Parto culturalmente adecuado

Hace 150 años aproximadamente, los partos "tradicionales" se llevaban a cabo en el hogar con ayuda del médico de la familia o las designadas "parteras", las cuales podían tener o no entrenamiento para esta acción. Con la llegada de la medicina moderna, los partos pasaron a los hospitales, en donde la madre era atendida por personal médico especializado y con equipo de urgencias por si se presentan complicaciones.

Como es bien sabido nuestra sociedad ha sufrido grandes cambios, debido a todos los avances, tecnológicos y médicos que han ocurrido, pero esta transformación no ha sido un impedimento para que la medicina tradicional recupere fuerza en su campo estos últimos años y una prueba contundente es la existencia todavía del oficio de las parteras tradicionales las cuales se encuentran en nuestra sociedad actual, la medicina tradicional y la curación

con hierbas que son unas de las ocupaciones más antiguas que existen, de la cual se tienen datos de varias civilizaciones en donde sus orígenes se remontan a los primeros estadios del hombre prehistórico.

Las parteras por lo general son mujeres mayores que ayudan a 2 tercios de los partos en el mundo. Algo importante a resaltar es que las parteras tradicionales no solo ayudan en los partos si no que cuentan con los conocimientos para brindar un cuidado integral, postnatal, además de que también cuidan al recién nacido y tratan la mayoría de las enfermedades infantiles, maternas a base de plantas medicinales, aplicando su sabiduría para la cura de diversas patologías.

Las parteras tienen la ardua labor y el compromiso de aplicar todos sus conocimientos y técnicas al traer una nueva vida al mundo y cuidar que no haya complicación pre y post parto, materno - infantiles. Las parteras han recibido diferentes nombres a lo largo de los años se les conoce como matrona, comadrona, partera, entre otras y se puede definir como una mujer sabia que cuenta con las habilidades y conocimientos y capacidades especificas para atender a la madre durante la gestación el parto y el cuidado posparto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al Auxiliar de Maternidad Tradicional (AMT).

Una mujer que asiste a la madre en el curso del parto, y que inicialmente adquirió sus habilidades atendiendo ella misma sus partos o trabajando con otras parteras tradicionales; sin embargo se debe incluir, la prestación de cuidados básicos a las madres durante el ciclo normal de la maternidad la atención del recién nacido, la distribución de métodos modernos de planificación familiar y la intervención en otras actividades de atención primaria de salud, inclusive la identificación y envió de pacientes de elevado riesgo.

Es importante recalcar que a lo largo de la historia las parteras han tenido una importancia básica en el lugar que habitan ya que cuentan con el respeto, la admiración y la confianza de las personas que viven dentro de su entorno

logrando con esto que exista una mejor interacción entre la partera tradicional y la paciente que atiende; facilitando así todo el proceso como se debe y esto permite a la partera poder hacer uso de todo tipo de herbolaria que la mujer requiera para concluir su trabajo exitosamente.

Los conocimientos que ellas poseen fueron transmitidos de generación en generación de manera empírica y son mujeres que tienen una gran experiencia y vocación profunda basándose en la realidad social que cambia día a día tomando en cuenta las condiciones y estilos de vida de las mujeres que atienden su cultura, creencias y valores respetando siempre su decisión de que se le realice o no cualquier técnica o procedimiento o se le dé o no dicha planta medicinal para buscar su bienestar o evitar una complicación durante la atención que le brinde la partera tradicional.

“En la actualidad se dan 2 clasificaciones: a) partera tradicional, las mujeres que han adquirido sus conocimientos por medio de la transmisión oral de la memoria colectiva de elementos arraigados de una cultura ancestral, y que no han sido capacitadas por el sistema de salud estatal; y b) partera empírica adiestrada, las mujeres que han sido capacitadas por una institución de salud para ejercer las actividades de auxiliar de maternidad tradicional, sin previa experiencia en la atención de embarazos.”(13)

Una vez que ya se ha hablado de la importancia social que tiene una partera tradicional es importante mencionar que el proceso del embarazo para una mujer es una vivencia única que ella debe experimentar y tratar según su decisión ya que como se ha dicho ocurren varios cambios tanto físicos, fisiológicos y psicológicos lo cual puede o no afectar su estado de salud.

Es por tal razón que la atención del parto culturalmente adecuado, lo que promulga es que la mujer tiene la potestad de elegir, como y quien atenderá su parto, además de realizar costumbres propias de la comunidad durante este proceso como: El acompañamiento de su esposo o familiar que la mujer elija durante la atención del parto, decidir la posición del parto, elegir la vestimenta, la alimentación e incluso exigir la entrega de la placenta, todo esto permitiría

superar algunas barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud.

3.3.1.1.- Adecuación cultural de la atención del parto.

“En todas la culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres. Por esta razón alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y demás prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. Además, dada la importancia y el riesgo que representa el embarazo, parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud específico para este acontecimiento”. (13)

Al reconocer que nuestro país es plurinacional, intercultural, pluricultural y multiétnico, es necesario también comprender que los distintos grupos étnicos tienen diversas expectativas en la atención de salud.

En el país existe una gran demanda de atención médica en las instituciones públicas y falta de recursos humanos, el personal de salud del sistema occidental no puede disponer mucho tiempo con el paciente, además el médico no habla su mismo idioma, el lenguaje médico es poco entendible para los pacientes, hay maltrato, discriminación, decisión unilateral y aislamiento familiar. Todo ello, junto con los costos de la atención, crea una barrera que explica en gran medida por qué la población indígena no utiliza de manera activa el sistema de salud occidental, ya sea público o privado.(14)

La atención del parto culturalmente adecuado permite superar algunas de las barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y parto.

Es por tal razón que el Ministerio de Salud Pública aporta en este sentido elementos para: identificar las características culturales locales, que debe tener la atención del embarazo y parto para respetar la tradición de todas las mujeres y así satisfacer sus necesidades y requerimientos, modificando las practicas de

atención obstétrica y neonatal de los servicios de salud de tal manera que las usuarias y sus familias reciban un trato con calidez humana, ampliamente respetuoso de sus costumbres y valores culturales.

Cambiar prácticas inocuas de la atención obstétrica y neonatal practicadas en los servicios de salud, como: eliminar la práctica rutinaria de episiotomía, rasura de vello púbico y aplicación de enema, facilitar el apoyo físico, emocional y psicológico a la paciente, su pareja y familia, durante el trabajo de parto y postparto, permitir el acompañamiento de la pareja, familiares y la partera durante el trabajo de parto y postparto, permitir que la paciente escoja la posición más cómoda para el parto, garantizar el acercamiento precoz y el alojamiento conjunto madre/hijo(a), así como la lactancia precoz, devolver la placenta a la paciente o su familia de acuerdo a la tradición cultural y a las normas de bioseguridad del MSP.

En este sentido, la adecuación cultural del parto implica realizar cambios estratégicos en la atención del sistema biomédico. Para ello, hemos identificado algunos elementos que deben tenerse en cuenta:

- El trato interpersonal hacia la usuaria y sus familiares.
- El acompañamiento durante la atención del parto.
- Posición del parto.
- Abrigo y Vestimenta
- Alimentación.
- Información
- Entrega de la placenta

El trato interpersonal hacia la usuaria y sus familiares. Este se considera el primer punto, y quizás el más importante, es el que se refiere a la forma como el personal de salud se relaciona con la paciente y con sus familiares. Así, por ejemplo, algunas pacientes indígenas de la sierra ecuatoriana usualmente son objeto de crítica por la falta de planificación familiar, y de estigmatización por una supuesta falta de higiene

“….pero ellos no nos tratan como a un humano, dicen: estas indias feas que vienen apestando, vayan a bañar primero, en ese sangrado hacen bañar en agua fría, eso no debe ser, haber esas cosas, discriminación en hospitales, como humano deben atender….. a veces en hospitales preguntan: ¿cuántos hijos tiene?, dicen: cuatro, cinco, o seis, Pucha estas como puercas tienen, hay que operar bien, la ligadura hay que hacer,…. A veces dicen: tienen que cuidar, pero ¿cómo deben de cuidar?, entonces a veces dicen: ojala por ahí, a los maridos hay que hacer poner siquiera papel de bolo, para que cuiden, eso no debe ser así, hay discriminación en hospitales.”(15)

Por lo tanto el trato interpersonal que brindan los proveedores de salud debería ser cordial y profundamente respetuoso con la realidad social y cultural de las pacientes y sus familiares. No obstante la forma como el personal de salud se relaciona con los pacientes y sus familiares continua siendo uno de los problemas más importantes en el sistema nacional de salud ecuatoriana.

Como otro punto tenemos el acompañamiento durante la atención del parto, según la cosmovisión indígena, la salud debe ser vista desde una perspectiva holística. El cuidado de la salud debe integrar el cuidado del cuerpo, la protección del espíritu y el resguardo de los riesgos emocionales. Desde esta perspectiva el parto se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad y las prácticas terapéuticas, rituales y simbólicas de la partera comunitaria. Este acontecimiento pierde valor y sentido en la soledad del hospital.

Un cambio que demandan las pacientes que son atendidas en centros de salud pública, es a diferencia de lo que sucede en los partos hospitalarios en donde las mujeres se encuentran solas frente al médico o enfermera, se permita la presencia de familiares; esposo, madre o hermana; y la presencia de los demás familiares en las horas de visita.

En el parto tradicional toda la familia colabora en las tareas de preparación del parto: en el cocimiento de las aguas, en la limpieza y adecuación del lecho, sin embargo, durante el proceso del alumbramiento generalmente asisten el esposo, la madre, y la suegra de la mujer embarazada: “hay mujeres que les

gusta que el marido con los hijos, la mamá y hasta los amigos; hay otros que solo la mama o el marido, pero también hay las que les hacen esperar afuera”(16). Es decir el ambiente de la familiaridad o de intimidad es respetado como derecho de la mujer quien, en cualquier caso, recibe continuamente el apoyo psicológico de la partera o del partero.

En relación a la posición del parto, hablaremos más adelante como un punto único a retomar. Un elemento importante de la medicina ancestral de las comunidades indígenas de los andes ecuatorianos, aplicado en la atención del parto y el cuidado del embarazo, es el principio humoral. Este principio sostiene que la salud de la persona depende del equilibrio entre los elementos fríos y cálidos a los que se encuentra expuesta:

Según el Antropologo George, Foster, expresa; que un exceso de fuerzas termales, calientes o frías que perturbaren este equilibrio conduce a la enfermedad, la cual se trata por terapias que conforman el principio de oposición, como él lo denomina; es decir, un remedio caliente para una enfermedad fría, o un remedio frío para una enfermedad caliente.

Debido a la importancia del principio humoral en la medicina ancestral, una de las criticas fundamentales de las parteras, parteros y usuarias indígenas hacia el sistema biomédico de salud se refiere precisamente a ciertos procedimientos rutinarios de asepsia como el baño de la parturienta, que en muchas ocasiones implica un cambio brusco de temperatura y exposición al frío. Otra crítica menciona la práctica de desvestir a la parturienta y luego llevarla para dar a luz en una sala fría. En cambio ellas prefieren que la mujer este bien arropada para que no se enfríe la matriz y no se dificulte el parto.

Muchas mujeres indígenas manifiestan que no les gusta usar las batas que se les proporcionan en las unidades de salud, la razón, sienten que se enfrían y pierden fuerza. Además en relación del pudor de las usuarias, mencionando que las batas que brindan los servicios de salud son abiertas en la parte de atrás, y que esto les ocasiona vergüenza. Por lo tanto su expectativa es que se les permita mantener su propia ropa durante el proceso del parto, pues tiene vergüenza que les desnuden. De igual forman ponen en manifiesto que las

salas de labor y parto son demasiado frías, recomiendan contar con calefactores que permitan mantener una temperatura adecuada durante el procedimiento del parto.

En relación a la Alimentación, cada comunidad cuenta con diversas costumbres sobre la alimentación antes, durante y después del parto; es así que antes de dar a luz, para mantener el calor corporal y durante el parto para tener fuerzas, algunas parturientas ingieren diversas aguas endulzadas con panela, preparados de anís, de manzanilla, de higo, etc, según la comunidad a la que pertenezcan.

Los miembros de las comunidades indígenas, conocen el principio humoral, así como las propiedades curativas de ciertas plantas, sin embargo el saber de las cualidades específicas de las plantas y hierbas medicinales que deberán usarse para encontrar el equilibrio, lo poseen los sabios del subsistema de salud ancestral.

En este sentido se debe permitir la ingesta de alimentos y bebidas, según las necesidades de la gestante, durante la labor de parto y postparto, con la finalidad de proporcionarle la energía que requiere y favorecer el progreso del parto.

La información juega un papel importante, ya que el personal de salud que presta el servicio de atención del parto en los niveles I y II, tiene la obligación de conocer los avances técnicos y las prácticas locales acerca de la atención del parto, para darlas a conocer a las parturientas y sus acompañantes y solicitar de ellos su consentimiento.

“El personal de salud será el encargado de informar de manera suficiente y clara sobre todos los procedimientos, sus riesgos y consecuencias, cuidando de no confundir ni atemorizar a la parturienta o sus acompañantes, tampoco de condicionar la aceptación de un procedimiento en particular”

En la cosmovisión andina existe la tendencia a personificar a la placenta, en este sentido, se puede entender la importancia de los ritos asociados al entierro

de la placenta, que en algunas comunidades se lo realiza al igual que una persona. En lagunas comunidades aymaras; incluso se la envuelve con ropa de varón si es niño, o de lo contario con ropa de niña, más diversas ofrendas a los espíritus ancestrales.

La creencia es que si no se realizan estos ritos se piensa que hay peligro de que la placenta pueda causar alguna enfermedad a la madre o al recién nacido, esto en relación de que en la lógica andina se piensa que la placenta continua siendo parte de la madre e influye en su estado. “En algunas comunidades existe la creencia que si no se entierra la placenta, está puede regresar imbuida de los espíritus, colocándose encima de la mujer y asustarle, hasta sofocarle, o también se cree que cuando el wawa ya es mayor, puede ser loco, o se le puede hacer la dentadura amarilla. Sin embargo, en algunas comunidades la placenta no reviste la misma connotación que en otras, por ello la devolución de la placenta debe ser opcional y tomada en cuenta desde esta perspectiva y tomando en consideración las normas de bioseguridad”(11)

3.3.1.2.- Ventajas del parto en posición vertical.

Según, varias investigaciones, incluyendo estudios recientes de la OMS, sustentan con evidencia científica las ventajas del parto vertical, para la parturienta y el producto, como son:

- La acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorece el encaje y el descenso fetal, con menor uso de oxitocina y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardiacos fetales. Se estima que la madre gana entre 30-40 mmHg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Provocando también mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el periodo expulsivo.
- La ausencia de compresión de grandes vasos de la madre. Como se sabe, la posición supina puede provocar compresión de la vena cava originando disminución del gasto cardiaco, hipotensión y bradicardia, además de alteraciones en la irrigación placentaria y sufrimiento fetal, afectando de ésta manera de la cantidad de oxígeno disponible para el feto, sobre todo si el periodo expulsivo se prolonga

- Permite la acomodación de la pelvis, aumentando los diámetros del canal del parto: 2cm, en sentido antero posterior y 1 cm en sentido transverso, permitiendo una mejor acomodación fetal.
- Existe un mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el periodo de dilatación, como el expulsivo, facilitando la transición feto neonatal.
- Influye positivamente sobre la ventilación pulmonar de la gestante, el peso del útero, feto, placenta, liquido amniótico y sangre, favorece que el útero descienda y no ejerza presión sobre los pulmones. Esto aumenta la capacidad respiratoria y por consiguiente la oxigenación adecuada de la madre y el feto. El respirar con menor resistencia también ayuda con la relajación de la madre.
- Menor presión intravaginal, lo que disminuyen la resistencia al pasaje del móvil fetal por la relación directa entre relajación de músculos perineales y el grado de flexión coxofemoral. La mayor presión intrauterina y la menor presión intravaginal se consideran elementos facilitadores de la salida fetal.
- Los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo y ayudan indirectamente favoreciendo la presión abdominal para la salida del producto y disminuye la frecuencia de calambres.
- Proporciona beneficios psicoafectivos, con mayor rol protagónico de decidir como tener su parto y una mayor participación en el nacimiento de su hijo(a).

3.3.1.2.- Desventajas del parto vertical.

- Aumento el riesgo de pérdida de sangre.
- Las posiciones que asumen las parteras tradicionales para atender el parto pueden resultar muy incomodas para los médicos. Sin embargo existen una serie de posturas, sillas y bancos obstétricos en los que tanto la parturienta como el médico, se pueden encontrar cómodos.
- Se cree, que la práctica del parto vertical, favorece la presencia de desgarros durante el momento del parto.

3.3.2.- Posición del Parto.

La atención del parto en la mesa ginecológica es ampliamente criticada por las parteras o parteros y las comadronas indígenas, por considerar que la posición horizontal es anti natural al parto, causando que el wawa se regrese, y la madre pierda la fuerza. Por ello, se piensa que la atención del parto en la posición horizontal es uno de los obstáculos principales para que las mujeres indígenas acudan a los centros de atención.

La demanda de cambio fortalece el respeto a la cultura de la paciente para que escoja la posición del parto según su comodidad y no según la comodidad del personal de salud, procurando con ello respetar la fisiología natural del parto. Siendo la posición fisiológica más adaptada por ser confortable la de cuclillas.

Sin embargo existen un sin número de variaciones del parto vertical, estas incluyen: de pie, sentada, semisentada, de rodillas, en cuclillas, elevada de los hombros por el esposo, sujetándose de una soga colgada de una viga del techo, apoyándose en una silla o baúl, en posición de gatear, entre algunas por mencionar. Además se podría definir como la posición en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan entre 45 a 90° con relación al plano horizontal y está definida sobre el apoyo en los glúteos pies o rodillas.

Por ejemplo en la posición en cunclillas: “La parturienta se coloca en cuclillas, rodeando con sus brazos la cintura de su esposo y reclinando su cabeza en sus rodillas, mientras el permanece sentado en una silla, sosteniéndola de los hombros y hablándole al oído para darle apoyo. La partera se coloca de rodillas por detrás de la parturienta, le da tratamiento pertinente (manteo, saumada, limpieza de energía negativa) y atiende el parto de esa posición.”(17)

3.3.3.- Parto bajo el agua

Las piscinas para partos se introdujeron por primera vez en el Reino Unido a finales de los años 80; este hecho supuso la mayor innovación en torno al parto y nacimiento natural. En la actualidad, más de 150 hospitales (dato del año 2011) cuentan al menos con una piscina de obra para partos, además de

cientos de piscinas portátiles. La utilización del agua durante el trabajo de parto y el nacimiento está aumentando, al tiempo que ha estado bajo una intensa mirada durante los últimos diez años. Los resultados de las investigaciones además han sido positivos.

Lo que se trata de realizar es que la mujer tenga la capacidad de elegir como tener su parto, proveer atención apropiada, efectiva y eficiente a los individuos que están en dicho proceso.

De esta manera provee a las mujeres en el trabajo del parto; beneficios hidrotérmicos (relajación perineal, vaginal, cervical) y hidrocinéticos (la liberación de la oxitocina endógena debido a la estimulación de los pezones por el agua) de la hidroterapia. Además actúa como un método de relajación y manejo de dolores sin intervenciones, al reconocer cuatro conceptos:

A. La ingravidez de la mujer en el agua la sostiene y da presión uniforme en toda la superficie del cuerpo que está en el agua (a diferencia de la presión localizada de un colchón), y así disminuye la cantidad de energía gastada.

B. Al relajarse, la mujer experimenta menos dolor, lo cual le produce menos ansiedad y baja el nivel de adrenalina. Esto permite a la oxitocina endógena y al oxígeno correr inhibidos.

C. Al no haber compresión externa en la vena cava inferior, la cantidad de sangre que llega al útero se aumenta, la cual permite más oxigenación del tejido muscular y produce contracciones más eficientes. La cantidad de sangre que llega a la placenta se aumenta también y causa un aumento en la oxigenación del útero y del feto.

D. La vasodilatación leve que ocurre en el agua rebaja la presión arterial de la madre un poco y aumenta un poco su pulso, lo cual causa un aumento en la cantidad del oxígeno que llega al útero y al feto. También facilita una posición que fomenta el descenso fetal, desechar un parto falso (fase latente prolongada); inmersión en el agua parará las contracciones de la fase latente prolongada. La inmersión en agua tibia es también útil en el parto pre término con membranas intactas.

Existen contraindicaciones entre la que resaltan:

- Fiebre maternal mayor de 100.4 F (38 C) o infección maternal sospechada.
- Ruptura de membranas
- Antecedentes de problemas fetales.
- Cualquier condición que requiere el monitorear electrónica continua del feto.
- Sangrado vaginal excesivo.
- Anestesia epidural o intrathecal
- Narcótico analgésico dado a menos de 6 horas de entrar en la tina.
- Presentación anormal del feto durante el parto.
- Una gran cantidad de partículas de meconium, que requiere succión en el perineo.
- Gestación de menos de 37 semanas por fechas confirmadas
- Distocia de hombros o posible macrosomia.

Es por tal razón que a continuación detallaremos el procedimiento en la atención del parto bajo el agua; nunca se debe dejar a solas a la mujer en el trabajo del parto cuando está en el baño o en la tina. La mujer puede entrar en el agua en cualquier momento durante el trabajo del parto; sin embargo, si la dilatación es de 0 a 4 cms, entrar al agua podrá disminuir la frecuencia de las contracciones uterinas. Se recomienda el caminar hasta que la dilatación sea de 4 a 5cms y el patrón de contracción esté bien establecido. La mujer puede adoptar la posición que quiera en el agua, hay que proveer hidratación adecuada a la madre por medio de bebidas frescas.

Como en cualquier otro procedimiento, debemos observar y documentar lo siguiente:

Evalúe el estatus: cuando ocurre la ruptura espontánea de las membranas evalúe la frecuencia cardiaca fetal y verifique si hay un prolapso del cordón fetal o no, presencia de manchas de meconium pueden ser evaluadas al verificar el color y al monitorear la FCF. Si se establece bienestar fetal, la madre puede volver a la tina. La dilatación y la borradura cervical, y posición

fetal: se lo evalúa antes de entrar a la tina. Los exámenes vaginales se pueden hacer en el agua, o se le puede pedir a la madre levantar sus nalgas, sentarse en el borde de la tina o pararse. La hidratación maternal (se evidencia la deshidratación por taquicardia fetal y maternal o por un aumento en la calentura de la madre). Si los signos y síntomas de deshidratación ocurren, hay que forzar líquidos claros. Si la deshidratación es severa se recomienda la colocación de hidratación por vía intravenosa, siempre verificando la frecuencia cardiaca fetal. El progreso del trabajo del parto, inclusive el patrón de contracciones. Corroborar los signos vitales de la madre en especial su temperatura cada hora. Durante y después de inmersión en agua tibia, es normal observar un ligero aumento en la calentura de la madre y en el latido del corazón fetal. Si la madre experimenta mareos, evalúe la presión arterial, el pulso, la temperatura, la cantidad de líquidos tomados, y refrésquela tanto como ella necesite. Ayúdela con las técnicas de respiración controlada.

La madre puede adoptar la posición en la cual ella se sienta segura y cómoda; libertad de movimiento permite a cada mujer encontrar instintivamente una posición apropiada para ella para el nacimiento.
El nacimiento de la cabeza se facilita por empujes suaves por parte de la madre. La partera puede aplicar una presión suave si es necesario. La madre puede controlar el nacimiento de la cabeza con sus propias manos. Normalmente no es necesario manipular la cabeza para facilitar el alumbramiento de los hombros. Se recomienda esperar hasta la próxima contracción antes de manipular. Se debe evaluar los latidos del corazón fetal después de cada contracción. Si la restitución y alumbramiento de los hombros no sucede después de dos contracciones, se recomienda a la madre pararse o de salir de la tina para terminar el parto. La presencia de meconium, sobre todo poco meconium, no prohíbe parto en el agua.

Una vez que el cuerpo del infante ha salido por completo, sáquelo del agua durante los primeros 10-20 segundos con un movimiento suave. Nunca deje a los recién nacidos bajo el agua por ninguna razón. Se debe tener cuidado en levantar al cuerpo del bebé del agua y evaluar la largura del cordón umbilical. Y se debe continuar como una valoración del recién nacido normal.

3.4.- Complicaciones el Parto.

Una de las principales complicaciones durante el proceso del parto es el denominado parto distócico, que se define como una dificultad para el progreso adecuado del parto vaginal o normal. Englobando de esta manera alteraciones en estructuras óseas, partes blandas, causas fetales; tales como su presentación, situación, posición; desproporción céfalo pélvica, distocia dinámica, alteraciones en relación al tiempo de progresión de las fases tanto latente como activa, variaciones del periodo expulsivo, distocia de hombros, etc; cabe recalcar que no se colocara énfasis en estos temas, razón por la cual únicamente definiremos cada una de estos conceptos.

Distocias Oseas.- La definimos como alteración de la forma, dimensión o inclinación de la pelvis materna que dificulta o imposibilita un parto normal.

Distocia de Partes Blandas.- Alteración de los tejidos blandos que participan en la labor de parto y cuya disfunción anatómico estructural dificulta el trabajo de parto normal. Comprende alteraciones en útero, cuello del útero, vagina, vulva y periné; habitualmente se deben a tumores, cicatrices, atresias, tabiques u otras malformaciones congénitas o tumorales genitales o extragenitales.

Distocias de causas fetales.- Las más comunes son las alteraciones de la posición fetal que dificultan o imposibilitan un parto normal, las más desfavorables son las situaciones oblícuas y transversas, se incluyen la presentación pelviana, variedades occipito posteriores y deflexión de la cabeza fetal. También dentro de este concepto podríamos integrar las diferentes alteraciones anatómico funcionales del feto: ejemplo: hidrocefalia, malformaciones abdominales o neurológicas, siameses.

Desproporción céfalo-pélvica.- Lo podemos catalogar como la falta de relación apropiada entre los componentes cefálico y pélvico, pelvis muy pequeña y feto demasiado grande. Una distocia de partes óseas, blandas o fetales nos lleva al diagnóstico de DCP y puede llevar a un parto obstruido.

Distocia Dinámica.- Se las cataloga como un conjunto de alteraciones de la contracción uterina que interfieren en la normal progresión del parto.

Fase latente Prolongada.- Es aquella cuya duración de la labor de parto latente más de 20 horas en las nulíparas y 14 horas o más en las multíparas.

Progreso Insatisfactorio de la fase activa.- Si la dilatación del cuello del útero es menor a 1 cm/hora o se encuentra más de dos horas sin progreso en fase activa de la labor de parto.

Fase Expulsiva Prolongada.- Dilatación completa del cuello uterino, la mujer tiene deseos de pujar sin conseguir descenso en la presentación durante 1 hora.

Distocia de Hombros.- La cabeza del feto ha sido expulsada pero los hombros están atorados y no se pueden extraer. Es una anormalidad que no se puede predecir pero que se sospecha en fetos macrosómicos.

4.- Manejo del Parto.

4.1 Atención de Parto Occidental.

Se detalla al trabajo de parto, como el conjunto de fenómenos activos y pasivos que tienen como principal factor la presencia de contracciones uterinas capaces de producir borramiento y dilatación del cuello uterino demostrables. Cuyo objetivo es provocar la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través del canal del parto en la mujer.

Cabe recalcar que el inicio del trabajo de parto normal, empieza con contracciones uterinas que producen borramiento y dilatación demostrables del cuello uterino. (19)

Etapas de la Labor de Parto:

1. Dilatación y Borramiento
2. Expulsivo
3. Alumbramiento

Primer periodo del trabajo de parto.- Este periodo abarca lo que conocemos como dilatación y borramiento del cuello uterino.

Dilatación.- Se define como el aumento del diámetro del canal cervical, el mismo que se mide en una escala que va de 0 – 10 centímetros.

Borramiento.- Se cataloga al acortamiento y adelgazamiento progresivo de la longitud del cuello uterino medida de 0 a 100%. (20)

El siguiente protocolo a mencionarse es tomado del Componente Normativo Materno. El mismo que recurre en realizar una correcta anamnesis preguntando acerca de eliminación del tapón mucoso, salida de líquido amniótico y el dolor abdominal tipo contracción. Posteriormente se debe realizar un examen físico minucioso con la finalidad de Verificar la presentación y posición fetal por Maniobras de Leopold. Se sospecha trabajo de parto si la embarazada presenta:

- Contracción uterina intermitente en embarazo mayor de 20 semanas.
- Sensación dolorosa variable que acompaña a la contracción.
- Eliminación de tapón mucoso (secreción mucosa con manchas de sangre).
- Eliminación de líquido por la vagina (hidrorrea gota a gota o en chorro constante).

Se confirma la labor de parto si la embarazada presenta:

- Tres contracciones en 10 minutos, cada una de más de 40 segundos de duración y +/++ de intensidad.
- Dilatación del cuello del útero.
- Borramiento del cuello del útero.

Diagnóstico de la etapa y la fase de la labor de parto por examen o tacto vaginal para valorar Índice de Bishop que indica:

- Dilatación, borramiento, consistencia, posición, altura de la presentación
- Estado de las membranas.
- Coloración del líquido amniótico (si hay hidrorrea por RPM).
- Puntos de referencia de la pelvis normal.
- Auscultación fetal por cualquier método.

Cabe recalcar que se debe recibir con calidez a la mujer en la unidad operativa y explicar de manera clara y con términos no técnicos lo que se va a realizar. Se procede a llenar la Historia Clínica de la paciente y la Historia Clínica Perinatal. Debemos solicitar valores de hemoglobina, hematocrito, VDRL, HIV, identificar si existen factores de riesgo que determinen el nivel de atención de la paciente, si todo se encuentra normal hay que realizar una evaluación obstétrica que incluya: altura de fondo uterino, calculo de edad gestacional, confirmar la situación, posición y presentación fetal mediante las maniobras de Leopold, verificar la frecuencia cardiaca fetal, controlar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas, evaluadas clínicamente por un lapso de 10 minutos. Realizar el primer examen o tacto vaginal bajo normas de asepsia, con lavado de manos previa, utilización de guantes estériles descartables. La primera valoración debe ser realizada por el personal de más experiencia para evitar reevaluaciones antes de lo previsto, determinando:

- Dilatación cervical.
- Borramiento cervical.
- Consistencia del cuello.
- Posición del cuello.
- Altura de la presentación fetal por Planos de Hodge o por Estaciones de DeLee.

- Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, sangrado, tapón mucoso o leucorrea.
- Coloración del líquido amniótico.
- Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal.
- Si son proporcionales, continúe con el protocolo de atención del parto normal.
- Si no son proporcionales indique la necesidad de una cesárea programada o de urgencia si ya está en labor de parto

Luego del primer examen repetir el siguiente tacto vaginal cuando sea estrictamente necesario (OMS), habitualmente cada 4 horas y registrarlo en el partograma. Luego de realizar el examen vaginal, determine la etapa y la fase de la labor de parto en la que se encuentra la paciente.
El componente Normativo Materno expresa; permitir el uso de ropa adecuada según la costumbre de la zona o ropa hospitalaria, no realizar enemas evacuantes rutinarios, recorte el vello púbico mas no rasure, no mantenga el ayuno, no coloque venoclisis rutinaria, permita la libertad de movimientos, aspectos que en gran porcentaje no se cumplen en los centros hospitalarios.
Registrar en el Partograma condiciones como; tensión arterial, actividad uterina, frecuencia cardiaca fetal, la curva de alerta de dilatación cervical, la curva real de dilatación cervical, la curva de descenso de la presentación fetal.

Los hallazgos que sugieren un progreso insatisfactorio en la fase activa de la primera etapa de la labor de parto son:

- Contracciones irregulares e infrecuentes después de la fase latente;
- Tasa de dilatación del cuello uterino más lenta que 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto (dilatación del cuello uterino a la derecha de la línea de alerta);
- Cuello uterino mal adosado a la presentación fetal.
- No descenso de la presentación fetal con dilataciones avanzadas o en período expulsivo

El progreso insatisfactorio del trabajo de parto puede conducir a un trabajo de parto prolongado con compromiso materno y fetal.

Si el cuello del útero está totalmente dilatado se debe preparar todo el entorno y equipo para la atención del parto dependiendo del nivel de resolución donde se va a atender el parto. Explique a la mujer (y a la persona que le apoya) que es lo que va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes

Brinde apoyo emocional continuo y tranquilidad y ponga barreras protectoras para el médico y para la paciente. Una vez que el cuello uterino está totalmente dilatado y la mujer está en período expulsivo, aliente a la mujer para que jadee o que dé sólo pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé. Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque suavemente los dedos de una mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionada Continúe sosteniendo con delicadeza el perineo a medida que la cabeza del bebé se expulsa. Valore la necesidad de realizar episiotomía selectiva, no realice episiotomia rutinaria a todas las mujeres, no hay ninguna evidencia de que la episiotomía de rutina reduzca el daño perineal, un futuro prolapso vaginal o la incontinencia urinaria. La episiotomía de rutinaria se asocia con un aumento de los desgarros de tercer y cuarto grados y disfunción del esfínter anal. Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pida a la mujer que deje de pujar, se procede a aspirar la boca y luego la nariz del bebé sólo si tiene líquido amniótico meconial. Verifique con los dedos alrededor del cuello del bebé para constatar si encuentra el cordón umbilical. no hay apuro en la expulsión. Si el cordón umbilical está alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé. Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, píncelo dos veces y córtelo entre las pinzas antes de desenrollarlo del cuello.

Permita que la cabeza del bebé gire espontáneamente en su movimiento de rotación externa, después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza del bebé a nivel de los parietales. Pídale a la mujer que

puje suavemente con la próxima contracción proceda a mover hacia abajo la cabeza del bebé para extraer el hombro anterior, lleve la cabeza del bebé hacia arriba para extraer el hombro posterior. Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia afuera. Coloque al bebé sobre el abdomen de la madre para que ella lo pueda tocar, mientras seca al bebé por completo y evalúa su respuesta, la mayoría de los bebés comienzan a respirar o llorar espontáneamente dentro de los primeros 30 segundos después del nacimiento. Pince y corte el cordón umbilical cuando ha dejado de latir, y proceda a estimular el inicio precoz de la lactancia.

Luego administre oxitocina 10 unidades IM. Si no dispone de oxitocina, administre ergometrina 0.2 mg IM. No administre ergometrina a mujeres con Preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares.

Posteriormente acerque la pinza que está en el cordón para pinzarlo cerca del periné, sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano colocando la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, estabilice el útero aplicando contracción durante la tracción controlada del cordón umbilical. Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero, con la finalidad de halar el cordón con mucha delicadeza para extraer la placenta, con la otra mano continúe ejerciendo contra tracción sobre el útero. Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón (es decir si no hay ningún signo de separación placentaria), no continúe halando del cordón, sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente, con la contracción siguiente, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contra tracción para evitar la inversión uterina.

Al ser expulsada la placenta, sostenga con las manos y gírela con delicadeza hasta que las membranas queden torcidas y se expulsen, proceda a verificar y examine que la placenta y las membranas se expulsaron completamente. Proceda a masajear de inmediato el fondo uterino a través del abdomen de la

mujer hasta conseguir que el útero se mantenga contraído. Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas, asegúrese que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino. Examine cuidadosamente a la mujer y repare la episiotomía o los desgarros. En el caso de retención placentaria por más de 30 minutos, con o sin sangrado, realizar la extracción manual de placenta y/o la revisión de la cavidad bajo anestesia general o sedación profunda. Si en su unidad no dispone de anestesiólogo, refiera en condiciones estables y seguras al nivel superior

4.1.- Atención de Parto Tradicional

El parto en el mundo andino, se caracteriza porque en el prima; el ambiente familiar, con el acompañamiento de la partera, el esposo, la madre y la suegra y algún otro familiar de confianza.

Por lo general se aplica que la partera atiende el parto en la casa de la parturienta. Existen varios signos en los que la partera basa el acercamiento del nacimiento, entre estos tenemos:

- Dolor con ligero sangrado.
- El pulso de la madre sube a la altura del brazo.
- Hay un incremento leve de la temperatura, a nivel del rostro y de la corona.
- Se evidencia el descenso del vientre.
- El rostro se empalidece y hay sudoraciones.
- Dolor de la cadera.
- Los dolores son cada vez más frecuentes cada 5-4-3-2 minutos.
- Finalmente deseos de hacer la deposición.

En relación a la posición del parto, de las 26 parteras que participaron en la elaboración de la cartilla denominada Salud reproductiva de la Cultura Saraguro, impulsado por el Ministerio de Salud Publica, y bajo la Dirección Provincial de Salud de Loja. Solo una práctica la atención del parto en posición acostada, el resto todas practican el parto vertical.

La partera acude a atender el parto en el domicilio de la parturienta. Primero revisa el pulso para saber qué tiempo falta para el parto. Luego le piden a la gestante que se acueste para revisar o conocer la posición del niño mediante la palpación y se procede a arreglarlo de ser necesario, luego empieza a restregar con un preparado realizado a base de cebos de diversos animales y administran agüitas de nervios. En ocasiones se hace caminar a la gestante o se le pide que de pequeños saltos.

Cuando las contracciones se vuelven frecuentes e intensas proceden a realizar un tacto vaginal introduciendo el dedo con la finalidad de verificar el descenso del niño, se sigue dando agüitas azucaradas con aceite de almendras y se hace que mastique flores de ruda con panela raspada. La posición del parto esta a elección de la gestante. A medida que el niño desciende se le coge el shungu con un pañuelo, con la finalidad de que la matriz no suba buscando al niño. Esto acostumbran a dejarlo por un lapso que oscila entre 5 a 30 días dependiendo de la partera que atienda el parto o el criterio de la madre y familia.

El corte del ombligo se realiza mediante una tijera hervida, el amarrado se hace con hilo chillo hervido, sosteniendo el cordón a una distancia que varia; en mujeres de 12 cm y en los varones de 20 cm, pero depende del criterio de los familiares. Cuando nace el niño de inmediato se procede a colocarlo sobre el vientre de la madre, esta práctica se realiza con la finalidad de provocar el vínculo afectivo entre el niño y su madre.

Una vez que haya nacido el niño se espera que salga la placenta, para acelerar este proceso se hace que la madre sople una botella o un poto y se realiza restregamientos a nivel del vientre con los cebos preparados. La placenta es expulsada a los 2 o 10 minutos. Una vez que la placenta haya salido esta debe ser enterrada o entregada a la familia. Una vez terminado estas labores, hay que darle de beber a la madre agua de albahaca con panela o miel de abeja con un poquito de caldo de gallina sin sal. Después del parto la madre debe recibir las atenciones en cuanto a la dieta y los baños.

El siguiente protocolo a mencionarse es tomado de la guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado. El espacio físico debe ser conforme a la realidad y necesidades culturales y ambientales de la localidad. El área física para realizar un Parto Culturalmente adecuado debe evitar el color blanco o muy claro den sus paredes. Cabe recalcar que se debe recibir con calidez a la mujer en la unidad operativa y explicar de manera clara y con términos no técnicos lo que se va a realizar. Asegure el acompañamiento de la pareja, familiar, partera o partero en todas las instancias de la labor de parto. Debemos solicitar valores de hemoglobina, hematocrito, VDRL, HIV, identificar si existen factores de riesgo que determinen el nivel de atención de la paciente, si todo se encuentra normal hay que realizar una evaluación obstétrica que incluya: altura de fondo uterino, calculo de edad gestacional, confirmar la situación, posición y presentación fetal mediante las maniobras de Leopold, verificar la frecuencia cardiaca fetal, controlar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas, evaluadas clínicamente por un lapso de 10 minutos. Realizar el primer examen o tacto vaginal bajo normas de asepsia, con lavado de manos previa

IV. METODOLOGIA

4.1.- Tipo de Estudio

Se trata de un estudio de tipo descriptivo transversal, el mismo que se realizó en el cantón Saraguro, provincia de Loja, durante el periodo de Mayo-Octubre 2011.

4.2.- Universo

Se considera a 126 mujeres de la etnia Saraguro, en edad reproductiva y post-reproductiva.

4.3.- Muestra

Consta de 122 mujeres del cantón Saraguro que por lo menos han tenido un parto durante su vida reproductiva, mas 4 parteras de la comunidad en mención.

.4.4.- Criterios de Inclusión

- Mujeres que han tenido al menos un parto durante su vida reproductiva, previo consentimiento informado expresando el deseo de participar en el presente trabajo investigativo.
- Mujeres de la etnia Saraguro que aún realizan la labor de parteras, pertenecientes al cantón Saraguro.

4.5.- Criterios de Exclusión

- Mujeres que no pertenezcan a la etnia Saraguro.
- Mujeres que no radiquen en el cantón Saraguro
- Mujeres que no acepten entrar al estudio de investigación
- Mujeres que no han tenido ningún parto de tipo tradicional

Técnica

1. Se aplicó una encuesta previamente elaborada por Diego José Llumiquinga Angamarca estudiante de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, en calidad de autor del presente estudio, la cual consta de 16 preguntas dirigidas a las mujeres de la etnia Saraguro que cumplan con los criterios de inclusión. (Anexo 1)

2. Se aplicó una entrevista elaborada por Diego José Llumiquinga Angamarca estudiante de Medicina de la Universidad Nacional de Loja en calidad de autor del presente estudio, la misma que consta de 11 preguntas dirigidas a las parteras que radican en el cantón Saraguro, provincia de Loja. (Anexo 2)

Procedimiento

Primero se aplicó la entrevista a las parteras de la comunidad, previa autorización de las mismas quienes colaboraron con el presente estudio. Posteriormente se recolecto datos aplicando la encuesta dirigida a las mujeres que han tenido al menos un parto durante su vida reproductiva, previa consentimiento informado expresando el deseo de participar en el presente trabajo investigativo.

Esta ficha de recolección de datos permitirá recabar información amplia acerca de la preferencia de la mujer de la etnia Saraguro en relación a culminar su embarazo con la posición y manera que ella crea conveniente de dar a luz. (Anexo 1)

La entrevista concederá información acerca de los conocimientos y prácticas en la atención del parto por parte de las parteras de la comunidad. (Anexo 2)

Análisis Estadístico:

Los resultados se analizaron y ordenaron de acuerdo a los objetivos propuestos.

V .RESULTADOS.

Conocimientos y prácticas ancestrales en la atención del parto en mujeres de la cultura Saraguro.

1.- Prácticas y formas de atención del parto por las parteras.

- **En relación al aprendizaje de esta noble práctica**

De las parteras entrevistadas el 100%, afirmo haber aprendido está práctica gracias a sus familiares, quienes impartieron sus conocimiento y experiencias ya que los mismos ejercian como parteras o parteros. Es por este motivo que su don y sabiduría lo perfeccionarón mientras acompañaban: a sus madres en el caso de dos parteras, a su tía en el caso de una partera, y a su padre y a otras parteras como acontecio con la partera restante. Por tal morivo podemos concluir que esta noble labor es transmitida de generación en generación, de madres a hijas como sucede en algunos casos, manteniendo de esta manera el legado, la tradición y las costumbres de estos pueblos en materia de salud.

- **En relación a controles previos al parto y probables complicaciones precedentes al mismo.**

Todas las parteras entrevistadas afirmaron realizar controles previos antes del parto, por lo general ellas acuden a la casa de la parturienta, realizan los controles especificamente cuando surge algun problema o dificultad durante el embarazo, entre estas citamos “dolor de la cadera, dolor de piernas, cintura, del vientre y de la vagina, quienes para solucionar este problema realizan el restregamiento alistando un preparado a base de grasa de animales como: gallina, médula de res, cebo de oso, cebo de burro, riñonada de borrego, manteca de cacao, belladona y mentol chino”.

Otra de las dificultades comunes es la presencia de dolores previos al parto. Con esto hacen referencia a que la mujer embarazada por diferentes motivos

tiene dolencias parecidos a dolores de parto, “para ello hacen hervir en una taza de agua un puñado de linaza con una flor de gañil y corteza de malva. Luego pican un puñado de pimpinela y toronjil, colocan en el agua hervida y proceden a batir un huevo entero con cáscara”, una vez finalizado la elaboración de este preparado se da de tomar a la madre gestante. Otro de los problemas comunes son la posición que adopta el producto dentro del utero, llamado comunmente por las parteras como la mala posción del niño, esto detallaremos con mas detenimiento en la siguiente pregunta.

El sangrado a partir de los siete meses, es catalogado por ellas como signo de mal parto, para esto elaboran la siguiente receta: “coger, chancar y hervir por 10 minutos en cunshu de agua recogida en olla de barro 3 raicillas de maíz o patas de maíz, 3 porotos colorados y 3 ramitas de toronjil. De este preparado, dar de tomar un vasito de 2 onzas. Otra de las recetas utiles para este problema radica en coger un manojo de toronjil y pimpinela picarlos y hervir con gomarabia y valeriana; dar de tomar un vasito de 2 onzas. Además cocinar mortiño y poner paños en el vientre. También otra dificultad que se puede presentar durante el embarazo es la presencia de nervios en la madre gestante, para lo cual las parteras proceden a hervir raíz de chini y llantén y en infusión pimpinela y flores de clavel, dando de tomar el preparado a la madre”.

En circunstancias normales cuando la gestante tiene un embarazo sin riesgos, la partera es llamada unicamente en el momento previo al parto.

- **<u>En relación a conocer que ya es tiempo del parto.</u>**

Las cuatro encuestadas, hacen mención a los dolores abdominales como sintoma cardinal, los denominados dolores del parto; es a través de estas contracciones mencionadas que se vuelve cada vez más frecuentes e intensas, la razón en las que ellas fundamentan que ya es tiempo de parto, existen contradicciones entre las mismas en relación del tiempo de duración de la contracción, es por tal razón que tres de ellas estan de acuerdo en que si las contracciones vienen cada 2 minutos el niño esta por nacer, mientras que la

partera restante expone que la duración de la contracción necesaria y optima para que el producto pueda nacer tiene que presentarse en un intervalo de 3 minutos, aunque no es mucha la diferencia entre estas posiciones se respeta y valora cada una de ellas.

Además de tomar el dolor abdominal tipo contracción uterina como sintoma guía para valorar la proximación del parto, tambien toman en cuenta uno de los signos vitales como hacen mención ellas el pulso, para valorar el mismo las cuatro parteras encuestadas manifestan tomar el pulso radial en la muñeca de la paciente colocando sus dedos indice, medio y anular sobre la arteria, teniendo en consideración no colocar el pulgar ya que el mismo tiene pulso propio. Conociendo que los valores normales en una persona adulta sana oscilan entre 60 y 100 latidos por minuto, hacen mención que si una mujer se encuentra con valores por encima de 100 esta proxima de tener su parto, además manifiestan que si este se encuentra alto es tiempo ya del parto.

Una de las parteras entrevistadas se orienta colocando o midiendo con sus dedos a nivel del esternon la distacia que ya abajado la “guagua”, es por esto que nos explica: Que con los dedos hay que tocar desde la altura del estomago al cartilago de las costillas, si existe una distancia de cinco dedos significa que falta mucho todavia, pero cuando queda una distancia de dedo y medio nomás faltan 3 semanas para el parto, y mientras disminuye dicha distancia entre estos puntos más cerca el parto se encuentra.

- **En relación a determinar la posición del feto en el interior del vientre materno. Y la solución del mismo cuando este se encuentra en mala posición**

Las cuatro parteras detallan que pueden verificar la posición del feto en el interior de la madre a través de la palpación del vientre de la gestante. Tres de las entrevistadas mencionan que a partir del 4to mes ellas ya puede sentir al niño, mientras que la partera restante señala que puede palpar a partir del 5

mes con mayor seguridad. Adicionalmente relatan que a través de la observación del vientre materno pueden definir el sexo y la posición de la “guagua”, por lo tanto asumen que si es un vientre plano se trata de una niña, en tanto que si el vientre es sobresaliente se trata de un niño. Cuando se trata de una mujer y masajeamos el vientre de la gestante se mueve poco, en cambio que si es varón se mueve mucho, se nota pocos bultitos en el vientre de la madre cuando son niñas, lo contrario sucede en los niños ya que se observa bultitos a todos lados. Explican que por medio de la palpación verifican la posición de la cabeza y los pies del feto expresando de esta forma la presentación del producto.

La maniobra principal que ellas utilizan es la palpación del vientre de la madre, lo realizan aplicando sus dos manos sobre el abdomen de la gestante y proceden a efectuar movimientos de ambos lados hacia el centro, de abajo hacia arriba y viceversa. Al realizar estas maniobras toman como punto de referencia el eje vertical del cuerpo y la columna vertebral y de esta forma determinan la situación fetal.

Manifiestan diversas maneras a través de las cuales hacen que el producto retome la posición adecuada, concordando con la realización de masajes a nivel del abdomen de la mujer embarazada utilizando los preparados a base de grasa de animales antes mencionados. Se realiza el restregamiento con el preparado anterior dirigiéndose siempre desde los lados hacia el centro, de abajo hacia arriba y viceversa, conjuntamente realizan el denominado cernido o manteado que consiste en colocar a la gestante sobre una chalina, poncho o bayeta; luego se procede con la ayuda de dos personas a realizar ligeros movimientos en vaivén aproximadamente por 10 a 15 minutos, dependiendo de la partera que realice este procedimiento.

Considerando que cada partera tiene diferentes procedimientos una de ella nos comunico que cuando la posición del niño es vertical con la cabeza hacia arriba y la embarazada siente dolor a nivel de las costillas, ella recomienda colocarla

boca abajo, para ello requiere alzarla de los pies para sacudirla y hacer que el niño vuelva a la posición normal.

Cuando la cabeza del niño se encuentra metida en la cadera a partir de los siete u ocho meses de embarazo, recomienda “colocar a la embarazada en posición de cuatro para dar unos golpes suaves sobre la cadera y en la nalga, frotando con el preparado de cebos y de esta manera restablecer la posición normal del guagua”.

- **En relación a la posición de atención del parto.**

Cabe recalcar que la mujer tiene la opción de elegir la posición en la que quiere dar a luz. De las encuestadas todas las parteras prefieren la posición de rodillas ya que resulta más cómoda para la partera al momento de atender este procedimiento, constituyéndose la misma como la más utilizada.

- **Descripción de la atención del parto.**

Ponemos en consideración que las 4 parteras entrevistadas van atender el parto en la casa de la parturienta. Se realiza un aseo previo de las manos con agua caliente y jabón, no utilizan guantes de ningún tipo. Primero proceden a revisar el pulso de la paciente, luego la acuestan para revisar o conocer la posición del niño, de esta manera verifican si existe la necesidad de arreglar la posición del producto, se procede a restregar con los cebos preparados con la finalidad de guardar el calor y que la mujer no se pase de frío, tomando en cuenta la importancia del principio humoral que rige en esta cultura, también proceden a dar de beber “agüitas de nervios”. En ocasiones las hacen caminar y piden que den pequeños brincos. Cuando los dolores de parto se intensifican realizan el tacto vaginal introduciendo el dedo con la finalidad de verificar el descenso del niño, mientras se sigue administrando “agüitas de aceite de almendras y hace que mastique flores de ruda con panela raspada”.

La posición del parto queda a elección de la parturienta, cuando es acostada se le pide que abra las piernas y la vagina si es necesario, y se puede proceder a colocar aceite de almendras, con la finalidad de buscar lubricar la zona vaginal. Otra posición y la más utilizada es la de rodillas, donde el esposo la sostiene por la espalda y la partera esta lista para coger al niño; y a veces se utiliza la posición en la cual la gestante se encuentra de pie, en tal caso se requiere de personas que ayuden a sostener a la parturienta.

A medida que el "niño desciende se le coge el shungu con un pañuelo, con la finalidad de que la matriz no suba buscando al niño". En este caso acostumbran a dejarlo por varios días, existiendo diferencias entre las parteras quienes determinan un tiempo entre 4, 5 ,12 días en incluso quienes prefieren dejarlo por un mes, tomando en cuenta el criterio de la madre. Cuando nace el niño proceden inmediatamente a colocarlo sobre el vientre de la madre, esta práctica se realiza con la finalidad de establecer la comunicación afectiva entre madre e hijo (a)

El corte del ombligo se realiza utilizando una tijera hervida, "el amarrado se hace con hilo chillo previamente hervido, sosteniendo el cordón a una distancia que varía: en mujeres de 12 cm, mientras que en los hombres 20 cm", esto se modifica dependiendo de la posición y práctica de la partera y del pedido de los familiares.

Una vez que haya nacido el niño se espera que salga la placenta para acelerar este proceso hace que la madre "sople una botella o un poto y se hacen restregamientos del vientre con los cebos preparados". La placenta es expulsada a los 2, 5, 10 minutos. Una vez que la placenta haya salido ésta debe ser enterrada según la posición de los familiares.

De inmediato se procede a realizar un lavado del seno con agua preparada con "harina de 3 granos de maíz blanco" y darle a la madre que amamante al niño.

Una vez terminado estos procedimientos, hay que darle a la madre “agua de albahaca con panela o miel de abeja con un poquito de caldo de gallina sin sal”.

- **En relación a las complicaciones durante el parto y su manejo.**

En si las cuatro mujeres entrevistadas manifiestan “no haber tenido problemas mayores durante su experiencia en esta noble práctica”, argumentan dificultades como prolongación en el tiempo de parto, estrechez pélvica y sangrado abundante, pero objetan que los problemas más comunes suceden en el periodo de alumbramiento, en donde existe demora en la salida de la placenta y en ocasiones su retención parcial o completa. En relación a la complicación más común que es la retención placentaria proceden a restregar el vientre con “grasa de gallina y si es por el frío mezclar con thimolina, se debe refregar en la mano para calentar y se sigue realizando masajes en el vientre de la mujer hasta lograr que descienda por completo la placenta”.

- **En relación a complicaciones que no pueden solucionar durante el transcurso del parto.**

La totalidad de las entrevistadas manifiestan que cuando ellas no pueden resolver alguna dificultad que se presenta durante el parto, ellas remiten de manera urgente al centro médico más cercano.

- **En relación a la placenta.**

Las 4 parteras entrevistadas proceden a enterrar la placenta, tomando en cuenta y respetando la posición de los padres. Lo hacen tomando en cuenta un aspecto religioso, ya que “al ser hijos de Dios, se considera a la placenta como parte del niño, esta no puede estar rodando por ahí o ser desechada a la basura; además piensan que la placenta continúa siendo parte de la madre e influye en su estado, e incluso que puede provocar algun tipo de enfermedad a la madre o la guagua”.

2.- Conocimiento de las mujeres indígenas en la atención del parto.

La mayoría de la población, no conoce, sobre lo que trata el parto tradicional, representando el 65% de la localidad, mientras que el 35% de las mujeres encuestadas asumen conocer y saber sobre el parto tradicional, manifestando que se trata del nacimiento del niño (a) en su domicilio, tal como ha venido sucediendo de generación en generación, con sus abuelas, madres, hermanas, e incluso con sus hijas, procedimiento que es atendido por la partera o partero de la comunidad. Además manifiestan que durante esta práctica, tienen ellas la capacidad de elegir como, donde y quien la acompañara durante este proceso, así como la oportunidad de elegir la vestimenta y la alimentación que llevara a cabo en el transcurso de esta etapa importante en su vida, convirtiéndose en un ente activo durante su parto.

3.- Prácticas del parto por las mujeres indígenas del cantón Saraguro.

La mayoria de la población ha tenido sus partos en su domicilio, conformando el 61%, mientras tanto que el 39% lo conforman mujeres quienes han optado por tener un parto hospitalario. Por lo tanto tenemos que la preferencia de la población de la etnia saraguro, opta por mantener su costumbre de "dar a luz" como ellas llaman a este proceso, preferentemente en sus domicilios con los suyos; con la finalidad de establecer prácticas que no pueden optar en un ambiente hospitalario, entre estas tenemos:

- **La posición del parto.**

En relación a la posición del parto preguntamos. **¿Cual fue la Posición en la que tuvo su parto?**

Columna1	F	%
Sujetándose de una soga	0	0
Rodillas	46	62
Cuclillas	18	24
Posición Gatear	0	0
Sentada	4	6
De pie sujeta por su pareja	6	8

Fuente: Investigación directa, mujeres del cantón Saraguro
Elaborado por: Diego Llumiquinga, estudiante de medicina.

Haciendo incapie en lo antes mencionado, tenemos que el 62% de las personas que contestaron haber tenido parto domiciliario, lo han hecho en posición de rodillas, que resulta la más común utilizada por las parteras o parteros, seguido de la posición en cuclillas con el 24%. El 8 % lo establecen aquellas que tuvieron su parto de pie sujetada por su pareja ya sea de los hombros o de la cintura, y finalmente el 6% lo componen quienes dieron a luz en posición sentada.

- **La compañía durante la atención del parto.**

En relación al acompañamiento durante el parto preguntamos. ¿**Ha sido acompañada durante la atención del parto.?**

Columna1	F	%
Si	67	55
No	55	45
Total	**122**	**100**

Fuente: Investigación directa, mujeres del cantón Saraguro

Elaborado por: Diego Llumiquinga, estudiante de medicina.

La mayoria de las personas encuestadas mencionaron que si han sido acompañadas durante la atención del parto, significando un 55%, sin embargo el 45 % restante manifiesta no haber tenido ningun tipo de acompañamiento en el transcurso de este proceso. Las mujeres que comentaron haber sido acompañadas durante su parto, refieren en su gran mayoria hacerlo por su esposo, componiendo el 79%; el 15% lo ocupan mujeres quienes sus madres estuvieron presentes; y finalmente el 6% menciono que su suegra estuvo acompañandola durante su parto. Tomando en cuenta estos datos, recalcamos la tendencia de tener un parto domiciliario con los aspectos que abarca el mismo, y uno de ellos es el de la compañía durante la atencón del parto

- **Vestimenta.**

En relación a la vestimenta por parte de la parturienta al momento del parto preguntamos **¿Cuál es su preferencia y porque?**

Columna1	f	%
Ropa abrigada	101	83
Ropa que brindan hospital	21	17
Otras	0	0
Total	**122**	**100**

Fuente: Investigación directa, mujeres del cantón Saraguro

Elaborado por: Diego Llumiquinga, estudiante de medicina.

El 83% de las mujeres encuestadas señalan que prefieren utilizar ropa abrigada durante el transcurso de la realización de la atención del parto, todo radica en que según la cosmovisión andina, es importante el principio humoral, el cual sostiene que la salud de la persona depende del equilibrio entre los elementos fríos y cálidos a los que esta expuesto, razón por la cual muchas mujeres indigenas entrevistadas manifiestan que no les gusta usar las batas del hospital, puesto que sienten, que se enfrían y pierden fuerza; lo contrario sucede con el 17% de mujeres encuestadas quienes expresan que no existe ningun motivo por el cual ellas no puedan utilizar las batas que brindan las unidades de salud.

- **Alimentación.**

En relación a la alimentación al momento del parto. preguntamos **¿Cree usted que es necesaria y porque?.**

Columna1	f	%
Si	97	80
No	25	20
Total	**122**	**100**

Fuente: Investigación directa, mujeres del cantón Saraguro
Elaborado por: Diego Llumiquinga, estudiante de medicina.

El 80% de la población exponen su postura del estar de acuerdo con la posibilidad de recibir alimentación durante el proceso del parto; en tanto que el 20% señalan que no es necesario ningun tipo de alimentación en el transcurso del mismo. Cabe recalcar que en relación a alimentación, relatan consumir aguas preparadas con plantas medicinales, aguas azucaradas calientes, las mismas que brindaran fuerza y energía para dar a luz. Dichos datos antes mencionados revelan la predisposición por concebir un parto domiciliario, con sus diversos aspectos, como en este caso, la capacidad de escoger si recibe o no alimentación durante su parto.

4.- Establecer las razones para la preferencia del parto tradicional por parte de las parturientas.

Columna1	F	%
Costumbre	27	22
Confianza en casa	21	17
Mala atención Hospitalaria	11	9
Maltrato Hospitalario	17	14
Discriminación	23	19
Procedimientos médicos	15	12
Distancia	2	2
Factores Económicos	6	5
Total	**122**	**100**

Fuente: Investigación directa, mujeres del cantón Saraguro

Elaborado por: Diego Llumiquinga, estudiante de medicina

La preferencia de tener un parto domiciliario envuelve muchas circunstancias, entre las que la mayoria recalca: la costumbre con un 22%, seguida del factor discriminación con el 19%; provocada en si por que la cosmovisión indigena es totalmente distinta a la occidental, en relación a su pensamiento, costumbres y tradiciones acerca del parto; mayor confianza en casa con el 17%, el 14% manifiesta maltarato hospitalario hacia el usuario y su familia por parte del personal de salud, mientras que el 12% refiere molestarle diferentes procedimiento médicos como; el baño muchas veces con agua fría, la rasura del vello pubico, la aplicación de enemas, la realización de multiples tactos vaginales o de episiotomias, y por último unicamente el 2% expresan factores de distancia para llegar a un establecimiento de salud.

VI. DISCUSIÓN

Los conocimientos y prácticas ancestrales de las mujeres de la etnia Saraguro son llevados acabo por las parteras de la comunidad. Es por tal razón que podemos establecer que los conocimientos de quienes llevan acabo esta noble labor de vigilar el bienestar de la parturienta y el feto, han sido en un 100% transmitidos de generación en generación, por familiares y allegados a la persona a quien distinguimos como parteras o parteros. De igual manera tenemos que acotar que las diferentes dificultades que transcurren durante el parto son resueltas con diversos preparados, masajes y prácticas que tienen en su haber para resolver dichas circunstancias, tomando en cuenta que son concientes que no pueden resolver todo, razón por la cual remiten de inmediato al establecimiento médico más cercano.

Además se recalca una tendencia marcada por las pobladoras de la etnia Saraguro en preferencia de tener un parto domiciliario versus un hospitalario, las razones establecidas en el medio son múltiples entre las cuales encasillaremos algunas: la más común, la costumbre constituyendo el 22%, seguida de la discriminación con el 19%, no compartir criterios en relación a procedimientos médicos tales como; baño, rasura de vello púbico, múltiples tactos vaginales, episiotomías; además el desprenderse de su ropa atenta contra su pudor, el no permitir que personas allegadas a la mujer gestante acompañen a la misma durante este procedimiento, el no permitir elegir la posición en la que prefiere tener su parto, el no sentir la calidez y la confianza que sienten en su propio hogar, a parte del mal trato interpersonal que reciben de parte del personal de salud, todos estos factores que influyen mayoritariamente en la inclinación por tener un parto tradicional en la tranquilidad , calidez y confianza del hogar.

Circunstancias que coinciden con el trabajo realizado en la Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil en el Ecuador en el año 2004. Los datos desagregados muestran que más del 40% de las mujeres en provincias como Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas y alrededor del 30% de las

mujeres de toda la región amazónica, tuvieron su parto en el domicilio. Adicionalmente el 65% de las mujeres que se autoidentifican como indígenas manifiestan haber tenido partos domiciliarios, corroborando la tendencia por tener un parto domiciliario de la población indígena.

Al consultar a las mujeres las razones por las que decidieron tener un parto domiciliario, se encontró que un 37% de ellas manifestó factores relacionados a la costumbre, seguido de un 29% que dijo haber decidido por factores económicos, barreras para llegar a un establecimiento de salud, mal concepto del establecimiento de salud, no había tiempo para llegar al establecimiento de salud, mayor seguridad y confianza en casa, factores discriminatorios, y la limitación para ejercer preferencias personales acordes a sus costumbres y tradiciones, concordando mayoritariamente con lo recabado en la comunidad de Saraguro.

Varias investigaciones, incluyendo estudios de la OMS (WHO,1996) sustentan con evidencia científica las ventajas del parto vertical entre las cuales destacamos: la acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorece el encaje y el descenso fetal, provocando mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el periodo expulsivo. La ausencia de compresión de grandes vasos de la madre. Como se sabe la posición supina puede provocar compresión de la vena cava originando disminución del gasto cardiaco, hipotensión y bradicardia, además de alteraciones en la irrigación placentaria y sufrimiento fetal, afectando de ésta manera la cantidad de oxígeno disponible para el feto, sobre todo si el periodo expulsivo se prolonga. Permite la acomodación de la pelvis, aumentando los diámetros del canal del parto: 2cm en sentido antero posterior y 1 cm transversalmente, permitiendo una mejor acomodación fetal. Todos estos beneficios juegan un papel importante en la disminución del tiempo de labor de parto.

VII. CONCLUSIONES

Luego de haber analizado los resultados obtenidos se obtiene las siguientes conclusiones:

1. Luego de indagar los conocimientos y prácticas ancestrales con relación al manejo del parto tradicional en mujeres de la etnia Saraguro, podemos concluir que esta noble labor se lleva a cabo por las parteras que son reconocidas en la comunidad. Además definimos que el 100% de estas parteras, adquirieron sus conocimientos y sabiduría a través de sus familiares, proceso que se transmite de generación en generación. Así como la capacidad de manejar y resolver ciertas eventualidades que puedan surgir en el proceso del parto, mediante remedios y maniobras que han sido enseñadas por sus mentores.

2. Se determina que el 100% de las parteras acuden al domicilio de la gestante para la atención del parto, durante este procedimiento la mujer constituye un ente activo, participativo del mismo, eligiendo la posición de parto, sus acompañantes, la vestimenta y el tipo de alimentación a utilizar durante este proceso.

3. En relación a las actividades señaladas con la finalidad de establecer las razones para la preferencia del parto tradicional, nos referimos a varios aspectos de la atención, donde la cultura juega un rol importante como componente de la calidad, es por tal razón que el 22% preferentemente eligen tener un parto domiciliario por costumbre, además se incluye aspectos como el mal trato interpersonal prestado por el equipo de salud reflejándose como un factor discriminatorio con el 19%.

4. Podemos definir que las razones para la no preferencia del parto occidental es la limitación de las usuarias para ejercer preferencias

personales, tales como; escoger la posición más cómoda para su parto, la posibilidad de tener algún familiar que la acompañe durante el trabajo de parto y el nacimiento, llevar a cabo prácticas tradicionales consideradas importantes para la madre y el recién nacido. Por tal razón podemos concluir que el 64% de la población tiene preferencia en tener un parto tradicional versus un parto occidental, en razón de que el sistema médico actual que rige en el país no satisface las necesidades de atención de la población indígena.

5. En mención a identificar las complicaciones del parto el 100% de las parteras definieron que la más común es la retención placentaria, tomando en consideración que al no poder resolverla transfieren de inmediato a la institución de salud más cercana.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Se debe establecer y crear un nuevo modelo de atención en salud con un enfoque intercultural revalorizando y fortaleciendo los conocimientos, actitudes y prácticas de la medicina ancestral indígena y el rol de sus Jambicunas (agentes de salud), con la finalidad de satisfacer las necesidades del pueblo indígena.

2. Se recomienda identificar las características culturales locales que debe tener la atención del embarazo y del parto, para respetar las tradiciones de todas las mujeres y así satisfacer sus necesidades y requerimientos; modificar las prácticas de atención obstétrica y neonatal de los servicios de salud de tal manera que las usuarias y sus familias reciban un trato con calidez humana, ampliamente respetuoso de sus costumbres y valores culturales. Modificar prácticas inocuas o dañinas de la atención obstétrica promulgadas en los servicios de salud, tales como, la práctica rutinaria de episiotomía, rasura del vello púbico y aplicación de enema. Facilitar el apoyo emocional y psicológico a la paciente ya sea por su pareja o familia durante el trabajo de parto y postparto. Permitir que la paciente escoja la posición más cómoda para el parto además de garantizar el alojamiento conjunto madre e hijo(a), así como la lactancia precoz exclusiva.

3. Se sugiere establecer talleres de capacitación a las parteras de la comunidad con la finalidad de instruir acerca de los signos de peligro del parto y su manejo correspondiente.

IX.- BIBLIOGRAFIA

1.- MINISTERIO DE TURISMO DEL ECUADOR. Pagina de informacion y guia de viaje.

http://yebool.com.ec/ecuador/regiones/sierra/provincia-de-loja/cantones/saraguro

2.- GUALAN Angel, 2007. Saraguro cultura y tecnología.

http://apgualan.wordpress.com/2008/06/11/saraguros-ubicacion-geografica-poblacion-clima-cultura-idioma/

3.- CODENPE – SIDENPE, 2002. Base de datos de las comunidades de las Nacionalidades y Pueblos, según la DPA, construida sobre la información del CODENPE, PRODEPINE, DINEIB y validada en los Talleres Regionales de Consulta.

http://www.hipecuador.com/html/ups/culture/people/saraguro.htm

4.- KAWSAY FUNDACION Saraguro, 2006. Pueblo Kichwa Saraguro.

http://www.kawsay.org/contenido.aspx?mid=3

5.- CAMINOS Rafael, 2002. Entre ponchos, sombreros y anacos. Ecuador y sus raíces. Tradiciones de Saraguro. Casa de la Cultura Ecuatoriana. Quito.

6.- DIAZ Carlos, 2009. Saberes ancestrales. La investigación, la ciencia y la tecnología y los saberes ancestrales.

http://pensamientocdiaz.blogspot.com/2009/09/la-investigacion-la-ciencia-y-la.html

7.- ZHANG Xiaorui, 2012. World Health Organization. Medicina Tradicional.

http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/index.html

8.- Universidad Andina Simón Bolívar Ecuador, 2006. La medicina tradicional en el Ecuador: Memorias de las primeras jornadas Ecuatorianas de Etnomedicina Andina.

http://www.uasb.edu.ec/index_publicacion.php?cd=239

9.- Ministerio de Salud pública. Sistema Nacional de Salud. 2006-2008. Plan de Acción. Política de salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.

10.- ORDOÑEZ J,Stupp P, et al ENDEMAIN 2004(Encuesta Demográfica y de salud materna Infantil)Informe final. Quito: CEPAR, 2005.

11.- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, 2008. Pp: 16.

12.- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, Componente Normativo Materno. 2008. Pp: 209.

13.- RAMIREZ TINOCO María de la Luz, Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Parto Tradicional. 2011.

http://deboraarco.blogspot.com/2011/05/parto-tradicional.html

14.- SERENA Nanda, Antropologia Cultural. Adaptaciones Socio-culturales, Quito,Abya-Yala,1994. Pp: 25

15.- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Testimonio de María Concepción Acos, Dirigente de mujeres indígenas, Mujeres Indígenas de Tunguragua.”1 Taller de adecuación Cultural de la Atención del Parto”, Pillaro, Prov. Tunguragua, Ecuador,Febrero de 2005

16.- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Testimonio de María Cristina Tigsi, Dirigente de mujeres indígenas, Mujeres Indígenas de Tunguragua.”1 Taller de adecuación Cultural de la Atención del Parto”, Pillaro, Prov. Tunguragua, Ecuador,Febrero de 2005

17.- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Descripción del sociodrama del parto atendido por una partera,"1 Taller de Adecuación Cultural de la Atención del Parto",Pillaro, Prov. Tunguragua, Ecuador, febrero 2005.

18.- ORGANIZACIÓN DE PARTO BAJO EL AGUA. Protocolo de manejo del parto en agua. 2010.

www.waterbirth.org/assets/documents/Spanish_protocols.

19.- CUNNINGHAM Gary, Obstetrica de Williams, vigesima segunda edición, 2006. Pp: 412.

X. ANEXOS

ANEXO N.- 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
MEDICINA HUMANA

ENCUESTA A MADRES

Datos Personales

Edad ……..

Número de Hijos ……

Estado Civil: Casada ( ) Soltera ( )
Unión Libre ( ) Divorciada ( )
Otros ( )……..

Instrucción: Primaria Completa ( ) Primaria Incompleta ( )
Secundaria Completa( ) Secundaria Incompleta ( )
Superior ( ) Ninguna ( )

1 ¿Conoce usted sobre el parto tradicional?

Si ( ) No ( )

Si su respuesta es si, señale ¿En que consiste?

……

……

……..

2 ¿Numero de Partos?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 ……

A termino ( ) Pre-termino ( )

3 Sus partos han sido:

En Hospital ( ) En Domicilio ( )

En el caso de ser tradicionales cual fue la posición en la que dio a luz:

Sujetándose de una soga ( ) Rodillas ( )
Cuclillas ( ) De pie sujetada por su pareja ( )
Posición de Gatear ( ) Sentada ( )

4 ¿En que lugar prefiere tener su parto?

Domicilio ( ) Hospital ( )

Si su respuesta es en domicilio, señale la razón

Costumbre ( ) Confianza en la casa ( )

Mala atención Hospitalaria ( ) Maltrato Hospitalario ( )

Discriminación ( ) Procedimientos médicos ( )

Distancia ( ) Factores Económicos ( )

5 ¿Quién atendió su parto?

Médicos ( ) Enfermera ( )

Auxiliar de Enfermería ( ) Partera ( )

Familiares ( )

6 ¿Sus partos fueron atendidos en?

Domicilio ( ) Hospital Cantonal ( )

Centro de salud ( ) Hospital Provincial ( )

Otros ( ) ……

7 ¿Ha sido acompañada durante la atención del parto?

Si ( ) No ( )

Si su respuesta es si, señale ¿Por Quién y la razón?

……..

.....

.....

8 En relación a la vestimenta al momento del parto. ¿Cuál es su preferencia y Por que?

……

……

……..

9 En relación a la alimentación al momento del parto. ¿Cree usted que es necesaria y Por que?

……

……

……..

10 ¿Cómo cree usted que debería ser el ambiente adecuado para la atención del parto?

……

……

……

……..

11 ¿Conoce acerca de las ventajas del parto vertical?

Si ( ) No ( )

Si su respuesta es si, señale ¿Cuales?

……

……

……

……

12 ¿Conoce acerca de las desventajas del parto vertical?

Si ( ) No ( )

Si su respuesta es si, señale ¿Cuales?

……

……

……

……..

15. En el caso de tener un nuevo embarazo. ¿Cómo desearía tener su parto y por qué?

Tradicional ( ) Occidental ( )

……

……

……

16. ¿Qué costumbres mantiene usted con la placenta después del alumbramiento?

Entierra ( ) Quema ( )

Desecha ( ) Ninguna ( )

Explique la razón.

……

……

……

GRACIAS

ANEXO N.- 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
MEDICINA HUMANA

ENCUESTA A PARTERAS

1 ¿En donde aprendió usted esta práctica?

Familiares ( ) Instrucción Formal ( )

2 ¿Como usted conoce que es tiempo del parto?

……
……
……
……
……
……..

3 ¿Realiza usted algún control antes del parto?

……
……
……
……
……..

4 ¿Cómo usted determina la posición del feto en el interior de la madre?

……
……
……
……
……..

5 ¿Describa como atiende el parto?

……
……
……
……
……
……

……
……
……

6 ¿Cuáles son los problemas o dificultades más frecuentes durante el parto. Y cuál es la más común?

……
……
……
……
……
……
……

7 ¿Cuáles son sus prácticas ante los problemas o dificultades durante el parto?

……
……
……
……
……
……
……
……..

8 ¿Qué hace usted ante una dificultad durante el parto que no puede resolverla?

……
……
……

9 ¿Cuál es la posición en la que usted atiende el parto?

Sujetándose de una soga	( )	Rodillas	( )
Cuclillas	( )	De pie sujetada por su pareja	( )
Posición de Gatear	( )	Sentada	( )

Y la razón de la misma.

……
……
……
……
……
…….....

10 ¿Qué procede a realizar usted con la placenta luego del alumbramiento y Por qué?

……

……

……..

11¿Ha recibido alguna asesoría acerca de cómo usted puede mejorar la atención del parto por parte de personal de salud?

SI ( ) NO ( )

En el caso de que su respuesta sea Si. Indique ¿Cuáles?

……

……

……

……..

GRACIAS

GLOSARIO

- **Guagua.-** Terminología que hace referencia a un recién nacido o niño pequeño.
- **Shungo.-** corazón.
- **Topo.-** Vestuario indígena de la etnia Saraguro hecho de plata que utilizan las mujeres indígenas de la comunidad, sirve para unir sus rebosos.
- **Matriz.-** Placenta.
- **Cunshu.-** Palabra con la cual expresan la recolección de diversas plantas medicinales mezcladas con agua.