



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN  
ENFERMERÍA**

**TEMA:** Caracterización del Parto Tradicional en la Nacionalidad Cofán-Dureno,  
Sucumbíos 2016.

**AUTORA:** Cinthya Estefanía Vega Palacios  
**DIRECTORA DE TESIS:** MSc. Maritza Álvarez Moreno

Ibarra, septiembre de 2016



## PÁGINAS DE APROBACIÓN

### UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

### BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

#### AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

#### 1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>	
<b>Cédula de identidad:</b>	1003662960
<b>Apellidos y Nombres:</b>	Vega Palacios Cinthya Estefanía
<b>Dirección:</b>	Andrade Marín, calle Junín y Ayacucho
<b>Email:</b>	<a href="mailto:cinthy_estefy@hotmail.es">cinthy_estefy@hotmail.es</a>
<b>Teléfono fijo:</b>	2-530-546
<b>Teléfono móvil:</b>	0994260290

<b>DATOS DE LA OBRA</b>	
<b>Título:</b>	Caracterización del parto tradicional en la Nacionalidad Cofán-Dureno, Sucumbíos 2016
<b>Autor:</b>	Cinthya Vega P.
<b>Fecha:</b>	20 de septiembre de 2016
<b>Solo para trabajos de grado</b>	
<b>Programa:</b>	Pregrado
<b>Título por el que opta:</b>	Licenciatura en Enfermería
<b>Director:</b>	MSc. Maritza Álvarez Moreno

## 2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

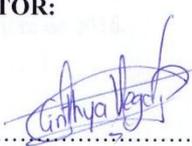
Yo, **Vega Palacios Cinthya Estefanía**, con cédula de identidad Nro. 1003662960, en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

## 3. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 20 días del mes de Septiembre de 2016.

### EL AUTOR:

(Firma).....

Nombre: Vega Palacios Cinthya Estefanía

C.C. 1003662960



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

### CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, **Cintha Estefanía Vega Palacios**, con cédula de ciudadanía Nro. 100366296-0; manifiesta la voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominada **“CARACTERIZACIÓN DEL PARTO TRADICIONAL EN LA NACIONALIDAD COFÁN-DURENO, SUCUMBÍOS 2016”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

**Cintha Estefanía Vega Palacios**  
C.I.: 100366296-0

Ibarra, Septiembre de 2016.

## REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN  
Fecha: Ibarra, 20 de Septiembre de 2016

**VEGA PALACIOS CINTHYA ESTEFANÍA** “Caracterización del parto tradicional en la Nacionalidad Cofán-Dureno, Sucumbíos 2016”, / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 20 de Septiembre de 2016. 120 pp. 3anexos.

**DIRECTOR:** MSc. Maritza Álvarez Moreno

El principal objetivo de la presente investigación fue, caracterizar el parto tradicional en la Nacionalidad Cofán-Dureno, Sucumbíos 2016. Entre los objetivos específicos se encuentran: caracterizar socio-demográficamente al grupo en estudio, identificar los elementos que intervienen en la decisión de realizar el parto en el domicilio, evaluar la posición de mayor elección en el momento del parto tradicional, describir las prácticas y rituales llevados a cabo durante el parto tradicional en la comunidad de Dureno, determinar las complicaciones maternas y neonatales que se presentan en el parto tradicional de la comunidad de Dureno y elaborar una guía sobre “*La Atención del Parto Domiciliario Seguro en la Nacionalidad Cofán-Dureno*”, dirigida a las personas que atienden partos.

Fecha: Ibarra, septiembre de 2016.



MSc. Maritza Álvarez Moreno  
Directora de Tesis



Cinthya Vega Palacios  
Autor

## **DEDICATORIA**

La presente investigación quiero dedicar a todas aquellas personas que directa o indirectamente me han apoyado durante su realización, no las menciono porque son varias, pero cada una de ellas saben a quién me refiero; de todas ellas nombraré a dos; el primero, un Ser intangible, todopoderoso, cuyo nombre es Dios, quien me ha iluminado día tras día derramando sobre mí sabiduría; la segunda, mi ángel de la guarda que siempre me tiende su mano en los momentos más difíciles y me ayuda a levantarme, su nombre es mamá. Sin el apoyo incondicional de ellos nada hubiese sido posible, ya que son mi fortaleza y por quienes me mantengo en pie con ganas de superación.

*Cinthy Vega Palacios*

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, quiero agradecer la guía y asesoramiento de la directora de tesis, y de manera muy especial, de la Licenciada Viviana Espinel Jara, quienes con sus sabios conocimientos y paciencia han logrado que esta investigación haya culminado.

También quiero demostrar mis más sinceros agradecimientos a todas aquellas personas de la Nacionalidad Cofán que nos abrieron las puertas para llevar a cabo este proyecto, sin su gran ayuda nada de esto hubiese sido posible.

Gracias a mi familia por ser el pilar fundamental de mi vida, por brindarme su apoyo al cien por ciento, animarme en situaciones difíciles e incentivarme a ser mejor persona y profesional cada día.

*Cinthy Vega Palacios*

## ÍNDICE GENERAL

PÁGINAS DE APROBACIÓN .....	i
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
ÍNDICE GENERAL .....	vii
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	x
RESUMEN .....	xi
SUMMARY.....	xii
TEMA:.....	xiii
<b>CAPÍTULO I</b> .....	1
1. El problema de la Investigación.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema .....	3
1.3 Justificación .....	4
1.4 Objetivos.....	6
1.4.1 Objetivo General.....	6
1.4.2 Objetivos Específicos.....	6
1.5 Preguntas de investigación.....	7
<b>CAPÍTULO II</b> .....	8
2. Marco Teórico.....	8
2.1 Marco Referencial.....	8
2.1.1 Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. ....	8
2.1.2 Parto domiciliario planeado: asistido por enfermero obstetra.....	8
2.1.3 Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional .....	9
2.1.4 El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura.....	9
2.1.5 Las mujeres y las parteras tradicionales: las prácticas de cuidado durante el proceso del parto y nacimiento en casa.....	10
2.2 Marco Contextual.....	10
2.2.1 Provincia de Sucumbíos:.....	10
2.2.2 Parroquia Dureno: .....	12
2.2.3 Nacionalidad Cofán: .....	12
2.3 Marco Conceptual .....	16
2.3.1 El parto:.....	16
2.3.2 Las Parteras .....	21
2.3.3 Parto tradicional .....	26

2.3.4	Aspectos Culturales.....	27
2.3.5	Atención del Parto Tradicional .....	28
2.3.6	Criterios de inclusión para el parto domiciliario.....	44
2.3.7	Motivos de traslado al hospital .....	45
2.3.8	Factores influyentes en la atención del parto domiciliario.....	46
2.4	Marco Legal y Ético.....	49
2.4.1	Marco Legal .....	49
2.4.1.1	Constitución de la República del Ecuador (año 2008).....	49
2.4.2	Marco Ético.....	54
2.4.2.1	Código Deontológico de Enfermería del Ecuador .....	54
<b>CAPÍTULO III.....</b>		<b>57</b>
3.	Metodología de la investigación .....	57
3.1	Diseño de la investigación .....	57
3.2	Tipo de la investigación .....	57
3.3	Localización y ubicación del estudio .....	57
3.4	Población.....	58
3.4.1	Universo.....	58
3.4.2	Muestra .....	58
3.4.3	Criterios de inclusión .....	58
3.4.4	Criterios de exclusión.....	58
3.5	Operacionalización de variables .....	59
3.5.1	Variables Independientes .....	59
3.6	Métodos de recolección de información .....	66
3.6.1	La Encuesta.....	66
3.7	Análisis de datos .....	66
<b>CAPÍTULO IV .....</b>		<b>67</b>
4.	Resultados de la Investigación .....	67
4.1	Datos sociodemográficos .....	67
4.2	Elementos que intervienen en la decisión de realizar el parto en el domicilio. .	71
4.3	Posición para el parto domiciliario .....	72
4.4	Prácticas y rituales llevados a cabo por la Comunidad Cofán durante el parto tradicional en la Parroquia Dureno. ....	73
4.5	Complicaciones maternas y neonatales.....	79
4.6	<i>Descripción CUALITATIVA de las prácticas aplicadas por las parteras: .....</i>	<i>81</i>
4.7	Discusión.....	85
<b>CAPÍTULO V.....</b>		<b>87</b>
5.	Conclusiones y Recomendaciones .....	87
5.1	Conclusiones.....	87
5.2	Recomendaciones.....	89
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>		<b>90</b>

<b>ANEXOS</b> .....	97
Anexo 1: La encuesta.....	97
Anexo 2. Portada de la guía sobre “ <i>La Atención del Parto Domiciliario Seguro en la Nacionalidad Cofán-Dureno</i> ” .....	103
Anexo 3. Archivos Fotográficos .....	104

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico 1. Estado civil y edad del grupo de estudio .....	67
Gráfico 2 Nivel de instrucción y edad del grupo de estudio .....	69
Gráfico 3. Etnia de la Población de estudio .....	70
Gráfico 4. Razones por las cuales prefieren el parto domiciliario y edad del grupo del estudio .....	71
Gráfico 5. Posición adoptada por las parturientas durante el parto domiciliario .....	72
Gráfico 6. Persona encargada de la atención del parto domiciliario .....	73
Gráfico 7. Acompañante durante el parto domiciliario y edad del grupo de estudio .....	74
Gráfico 8. Vestimenta usada durante el parto domiciliario .....	75
Gráfico 9. Alimentos y bebidas ingeridas durante el parto domiciliario .....	76
Gráfico 10. Lavado de manos .....	77
Gráfico 11. Costumbres relacionadas con la placenta y etnia del grupo de estudio .....	78
Gráfico 12. Complicaciones maternas y la posición elegida durante el parto .....	79
Gráfico 14. Complicaciones neonatales presentes en el parto domiciliario .....	80

## RESUMEN

Caracterización del parto tradicional en la Nacionalidad Cofán-Dureno, Sucumbíos  
2016

Cinthy Estefanía Vega Palacios

cinthy\_estefy@hotmail.es

La OMS viene difundiendo el parto domiciliario, con el afán de disminuir la morbi-mortalidad materna-neonatal principalmente en zonas rurales donde se atienden más partos de este tipo. El objetivo principal es caracterizar el parto tradicional en la nacionalidad Cofán-Dureno, Sucumbíos 2016. Como metodología se menciona una investigación cuali-cuantitativa y no experimental; de tipo descriptiva y transversal, la muestra se constituyó por mujeres en edad fértil y personas destinadas a la atención del parto residentes en la comunidad Cofán de la Parroquia Dureno, a quienes previo consentimiento informado se les aplicó una encuesta; la información obtenida se la tabuló en una base de datos en Microsoft Excel. Como resultados se hace mención a: el 78% tienen como estado civil la unión libre, el nivel de instrucción es bajo, registrándose un 8% de analfabetismo y el 52% que ha culminado la primaria, el 92% se autoidentificaron como indígenas de la Nacionalidad Cofán. El 76% de los partos fueron domiciliarios, este parto en el 38% de los casos fue elegido por costumbre, utilizando mayoritariamente la posición vertical, atendidos por parteras, con presencia de los esposos; la vestimenta fue una bata de tela abrigada, y se permitió la ingesta de alimentos y bebidas. Se acostumbra enterrar las placentas. Las complicaciones son mínimas e irrelevantes. Con la parte cualitativa de la investigación se logra conceptualizar definiciones propias sobre el parto domiciliario. El parto en el domicilio es la primera opción en esta comunidad garantizando el respeto a la cosmovisión.

**Palabras clave:** Complicaciones maternas y neonatales, Nacionalidad Cofán, parteras, parto domiciliario, posición para el parto.

## SUMMARY

Characterization of traditional birth Cofán-Dureno, Sucumbíos 2016

Cinthy Estefanía Vega Palacios

cinthy\_estefy@hotmail.es

WHO has been spreading homebirth, in an effort to reduce maternal morbidity and mortality and neonatal mainly in rural areas where more deliveries of this type comply. The main objective is to characterize the traditional birth in the Cofan-Dureno, Sucumbíos 2016. As national one-quantitative methodology qualitative and experimental research not mentioned; descriptive and transversal, the sample consisted of women of childbearing age and people for the care of residents childbirth in the Cofan community Dureno Parish, whom prior informed consent was applied a survey; the information obtained was tabulated in a database in Microsoft Excel. As a result mention is made: 78% have as marital status free union, the level of education is low, registering an 8% illiteracy and 52% who have completed primary education, 92% identified themselves as indigenous of the Cofán. 76% of births were domiciliary, this birth in 38% of cases was chosen by habit, mostly using the vertical position, attended by midwives, with the presence of spouses; the dress was a gown fabric warm, and intake of food and drink was allowed. It is customary to bury the placentas. Complications are minimal and irrelevant. With the qualitative part of the research is achieved conceptualizing own definitions of home birth. Childbirth at home is the first choice in this community ensuring respect for the world view.

**Keywords:** maternal and neonatal complications, Cofan, midwives, home birth, birthing position

**TEMA:**

Caracterización del Parto Tradicional en la Nacionalidad Cofán-Dureno, Sucumbíos  
2016.

# CAPÍTULO I

## 1. El problema de la Investigación

### 1.1 Planteamiento del problema

En los últimos años la medicina occidental ha sido objeto de creciente escrutinio, más aún en el modelo médico de atención del parto por vía vaginal, debido a su tratamiento hospitalario y a la utilización rutinaria e innecesaria de tecnologías médicas que, además de ser incómodas para la mujer, especialmente para mujeres de la etnia indígena, pueden llegar a alterar su salud o la del recién nacido. Es por ello que a lo largo de la historia de la humanidad se ha podido evidenciar que las mujeres prefieren parir de forma vertical y que desde hace más de una década, la OMS viene difundiendo y propugnando este tipo de parto, con el afán de brindarle a la mujer el rol de participar activamente durante su parto y proporcionarle el entorno familiar y emocional que conlleva este acontecimiento para la madre y su niño (1).

Además las mujeres y sus familiares también están en el derecho de elegir el lugar donde se ejecutará el nacimiento del nuevo ser, respetando su cultura y cosmovisión, y por esta razón muchas mujeres pueden desear un parto domiciliario con una partera, un familiar o alguna persona calificada que sea de su confianza. Hasta prácticamente el último tercio del pasado siglo, las parteras/matronas han sido las profesionales encargadas de atender a la mujer durante su ciclo reproductivo en su domicilio, centrándose fundamentalmente en el embarazo, parto y puerperio. Han sido, y son, mujeres apreciadas, respetadas y valoradas por la futura madre y su familia, como la propia historia lo ha demostrado, siendo capaces, en lo técnico, gracias a su experiencia, pericia y conocimientos, de resolver situaciones vitales que podrían haber acabado con la vida de la madre, del hijo o de ambos (2).

En el Ecuador, existe un importante progreso en la reducción de la mortalidad materna en los últimos años, sin embargo, su valor es aún elevado principalmente en las mujeres indígenas, afro ecuatorianas y de sectores rurales lo que obliga a

reorientar las estrategias y los recursos. Con enfoque en el cumplimiento de los objetivos del milenio, principalmente el objetivo 5 que enuncia “Mejorar la Salud Materna” se aborda este tema que nos ayudará a indagar acerca de la Caracterización del Parto Tradicional en la Nacionalidad Cofán-Dureno, Sucumbíos 2016; sabiendo que en el año 2013 la principal causa de mortalidad materna recae sobre las causas obstétricas directas con un total de 121 defunciones, alcanzando un porcentaje total de 76,58% y una razón de mortalidad de 35,69. Las causas obstétricas indirectas con 28 defunciones es la segunda causa de muerte materna, alcanzando un porcentaje total de 17,72% y una razón de mortalidad de 8,26 (3).

Según datos estadísticos se evidencia que las mujeres de la Amazonía prefieren parir en diferentes variantes de la posición de pie, en toda la región amazónica 10090 nacidos vivos fueron atendidos con personal profesional y 2763 por personal no profesional; de los cuáles 21 partos fueron atendidos por partero/a calificada; 684 por partero/a no calificada y 2058 por personal no identificado (3).

La actual Constitución del Ecuador reconoce a nuestro país como multiétnico, plurinacional e intercultural, lo que permite aceptar e impulsar la práctica y desarrollo de la medicina tradicional existente en el Ecuador. Sin embargo en otros países las parteras forman parte del rol de salud brindando atención primaria. Están ubicadas en comunidades rurales apartadas o poblaciones urbanas marginales y suelen constituirse en un elemento representativo de su comunidad (4).

En la nacionalidad Cofán ubicada en la parroquia de Dureno-Sucumbíos, la mayoría de los partos se efectúan en la misma comunidad, atendidos por parteras, ancianas, las cuáles son consideradas las mujeres más sabias, o familiares con poco o ningún conocimiento, en parte lo hacen por tradición y en otra por temor hacia los establecimientos de salud.

Se busca, ante todo, asegurar una buena calidad de atención para la mujer embarazada y su criatura. Una atención digna y atenta reconociendo la diferencia intrínseca de cada mujer, su libertad para decidir, su autonomía, unicidad y

globalidad como ser biológico, psicológico, social y humano. Y el fundamento previo para iniciar una atención de estas características es reconocer el deseo y el derecho de elección de la mujer en lo que respecta a su maternidad en todas sus fases; concepción, embarazo, parto, posparto y crianza (2).

## **1.2 Formulación del problema**

¿Qué características tiene la atención del parto tradicional en la Nacionalidad Cofán-Dureno, Sucumbíos?

### **1.3 Justificación**

En muchas comunidades se considera a la partera como una persona especial, escogida para salvar vidas, y reconocida como tal en la vida espiritual de la comunidad. La sabiduría de las parteras implica no sólo conocimientos sobre la fisiología y atención del parto, sino también el conocimiento y poder terapéutico del espíritu; esto atribuye a las comadronas reconocimiento social y autoridad sobre la vida en el proceso del nacimiento.

Es por ello que la mayoría de comunidades rurales y sobretodo las personas de etnia indígena y afrodescendiente prefieren parir en lugares ajenos a los establecimientos de salud, puesto que esto representa para ellos y sus costumbres un ambiente más confortable y saludable tanto para la futura madre, el niño y toda su familia. En Ecuador, según datos estadísticos el número de partos atendidos de forma tradicional es considerable, principalmente en las áreas rurales. Por ejemplo, en toda la región Amazónica, más del 30% de los partos atendidos fueron domiciliarios (3).

Hay muchas razones que pueden explicar por qué las mujeres y sus familias no buscan atención obstétrica en un establecimiento de salud formal. Sin embargo, la ENDEMAIN demuestra que la vigencia de la partería tradicional, junto con las percepciones de calidad en las relaciones interpersonales en las unidades operativas del MSP, juegan un rol importante en las decisiones de las mujeres sobre dónde dar a luz. Entre las mujeres cuyo último parto había tenido lugar en el hogar, el 24% mencionó la confianza y el trato más humano de la partera como una de las razones más importantes para tener un parto domiciliario (5).

En el Ecuador, el MSP está promocionando los procesos de salud intercultural, un ejemplo de esta iniciativa es la adaptación de los servicios obstétricos a las necesidades culturales de la población en zonas rurales, y la implementación de la normativa para la atención del parto culturalmente adecuado en el primer y segundo nivel de atención.

El presente documento plantea la necesidad de introducir un enfoque humanitario, intercultural y de derechos con la finalidad de obtener una mejor atención en salud materna-neonatal y respetar las creencias, costumbres y cosmovisión indígena, con lo cual podremos caracterizar la atención del parto tradicional en la nacionalidad Cofán y de esta manera determinar los riesgos obstétricos y neonatales que puedan presentarse durante el acontecimiento del parto y así poder satisfacer las necesidades culturales de la población, de modo que el personal encargado de atender los partos en dicha nacionalidad esté más capacitado y pueda detectar a tiempo los riesgos obstétricos y neonatales que pudiesen presentarse y que ameriten intervención de la medicina occidental, todo esto con la finalidad de garantizar la salud del dúo madre-hijo.

Según encuestas se puede evidenciar que los sectores rurales tienen un bajo acceso a servicios de salud y es por ello que optan por la decisión del parto en casa. Además de lo expuesto existen otros motivos por los cuales el parto domiciliario se convierte en primera opción al momento de elegir dónde dar a luz, entre los cuales se encuentran: el acompañamiento, la libertad de movimientos, la permisión para ingerir alimentos o bebidas durante el parto, el acceso permanente a información acerca de este proceso, el uso de vestimenta de acuerdo a la preferencia de la parturienta y la entrega de la placenta.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General**

- Caracterizar el parto tradicional en la Nacionalidad Cofán-Dureno, Sucumbíos 2016.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar socio-demográficamente al grupo en estudio.
- Identificar los elementos que intervienen en la decisión de realizar el parto en el domicilio.
- Evaluar la posición de mayor elección en el momento del parto tradicional.
- Describir las prácticas y rituales llevados a cabo por la Comunidad Cofán durante el parto tradicional en la Parroquia Dureno
- Determinar las complicaciones maternas y neonatales que se presentan en el parto tradicional de la comunidad de Dureno
- Elaborar una guía sobre “La Atención del Parto Domiciliario Seguro en la Nacionalidad Cofán-Dureno”, dirigida a las personas que atienden partos.

## 1.5 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características socio-demográficas del grupo en estudio?
- ¿Qué elementos intervienen en la decisión de realizar el parto en el domicilio?
- ¿Cuáles son las posiciones de mayor elección en el momento del parto tradicional?
- ¿Qué prácticas y rituales se llevan a cabo durante el parto tradicional en la comunidad de Dureno?
- ¿Cuáles son las complicaciones maternas y neonatales que se presentan en el parto tradicional de la comunidad de Dureno?
- ¿Cómo la elaboración de una guía sobre “La Atención del Parto Domiciliario Seguro en la Nacionalidad Cofán de Dureno”, aportará en la atención de los mismos?

## **CAPÍTULO II**

### **2. Marco Teórico**

#### **2.1 Marco Referencial**

##### **2.1.1 Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia.**

Mediante un estudio cualitativo realizado en una determinada área de salud de la región de Murcia se pretende determinar el nivel de conocimiento que tienen las comadronas y demás profesionales de la salud encargados de la atención directa del parto y como esto influye en su ámbito laboral. Los resultados arrojaron que ciertos profesionales tienen confusiones acerca de la diferencia entre parto normal, natural y humanizado, lo que dificulta que a la mujer se la atienda de una manera holística; en conclusión, sería preciso que los agentes de la salud sean capacitados constantemente para tener una definición clara de dichos términos y así brindar atención médica personalizada a cada mujer (6).

##### **2.1.2 Parto domiciliario planeado: asistido por enfermero obstetra**

Este artículo principalmente pretende dar a conocer la práctica de la enfermería en el ámbito obstétrico de una manera más cercana, brindando cuidados directamente a la parturiente en el proceso de labor del parto, y de esta manera promover seguridad a la parturiente y al recién nacido de bajo riesgo, aunque esta práctica aún no es muy conocida, sin duda, su uso representaría un gran avance en el cambio de paradigma de un hospital centrado en un enfoque natural, sin intervenciones innecesarias en el proceso del parto, concluyendo se procura llevar a cabo acciones de promoción y prevención a las mujeres en el proceso del parto, para brindarles atención integral y poder satisfacer las necesidades de la población femenina (7).

### **2.1.3 Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional**

Desde tiempos muy remotos la partera tradicional ha sido quien ha estado a cargo de la atención de los partos, y hoy en día se sigue realizando esa práctica principalmente en zonas rurales de países en vías de desarrollo, en este estudio documental de corte cualitativo se ha analizado varios estudios anteriores referentes al tema, la información se ha obtenido de artículos publicados en revistas científicas fiables, en donde se ha encontrado que la mayoría de personas de las zonas rurales prefieren a la partera tradicional generalmente por tres razones: económicas, las relacionadas con la partera tradicional y con los servicios salud, finalmente se fundamenta que la principal barrera para acceder a los servicios sanitarios son los factores económicos, seguido a ello la confianza que tienen los usuarios con las madronas ya que son personas cercanas que tienen en común las mismas costumbres, tradiciones y cosmovisión (8).

### **2.1.4 El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura**

Desde tiempos antiguos la mujer ha sido quien ha participado activamente durante el proceso del parto, esto quiere decir que ella era la persona que elegía la posición en la cual va a dar a luz, con el desarrollo de la medicina occidental esta autonomía de la mujer fue desapareciendo, ya que en los hospitales para comodidad del equipo de salud el parto se realiza en posición horizontal, posición que va en contra de la naturaleza y la gravedad, en muchos estudios anteriores se ha encontrado que en hace varios años las mujeres preferían las posiciones verticales, lo cual facilitaba y acortaba el proceso del parto, sin embargo, se debe considerar que la mejor posición para el parto es aquella con la que la mujer se sienta más cómoda y segura, teniendo en cuenta que cada una de ellas tiene sus ventajas y desventajas (9).

### **2.1.5 Las mujeres y las parteras tradicionales: las prácticas de cuidado durante el proceso del parto y nacimiento en casa**

Este artículo se trata de un estudio cualitativo, en el cual se utilizó la Historia Oral (HO), este es un recurso moderno usado para la preparación de documentos, archivo y estudios sobre la exposición social de las personas y grupos con una historia del tiempo presente. Como resultados se obtuvo que las parturientas se sienten a gusto con los cuidados de las parteras, ya que refieren que les tratan con respeto, no les gritan ni les insultan como pasa en el hospital, lo cual a ellas les hace sentir más seguras y en confianza, finalmente se llega a la conclusión que las parteras gracias a sus conocimientos empíricos han podido ayudar a satisfacer las necesidades y sentimientos de la población femenina y de su familia (10).

## **2.2 Marco Contextual**

### **2.2.1 Provincia de Sucumbíos:**

La provincia de Sucumbíos por millares de años, antes de la llegada de los españoles estuvo habitada por grupos étnicos y tribus como Huaorani, Shuar, Ashuar, Kichwa, Siona, Secoya, Awà, Cofán, Záparo y Quijos, que todavía viven tradicionalmente, aunque en menor escala, en el territorio (11).

En la actualidad estos grupos étnicos habitan en la selva amazónica, conservando su cosmovisión, costumbres, tradiciones, rituales y sabiduría; se podría decir que esta es la razón por la cual aún existe diversidad de flora y fauna en nuestra Amazonía ecuatoriana, ya que ellos son los principales cuidadores del medio ambiente que lo consideran a más de su hábitat, su hogar; gracias a ellos se conserva este ecosistema único para las futuras generaciones. La provincia de Sucumbíos cuenta con una población de: 176.472 habitantes. Su extensión territorial es de 18,612 km<sup>2</sup> (12).

**Ubicación:** Se encuentra ubicada en el extremo nororiental del Ecuador y ocupa un lugar geográfico y político estratégico en el conjunto del territorio nacional. Los cantones que conforman la provincia de Sucumbíos son: Putumayo, Sucumbíos, Gonzalo Pizarro, Lago Agrio, Shushufíndi, Cascales y Cuyabeno. Entre parroquias urbanas y rurales hay un total de treinta y tres, teniendo en cuenta que la mayoría de su población es rural.

**Límites:** Al norte limita con los departamentos de Nariño y Putumayo, en Colombia, al sur con las Provincias de Napo y Orellana, al este con el Departamento de Loreto, en Perú, al oeste con las provincias de Carchi, Imbabura y Pichincha (13).

**Cantones:**

- **Lago Agrio:** Nueva Loja, cabecera cantonal y capital de la provincia. Parroquias rurales: Dureno, General Farfán, El Eno, Pacayacu, Jambelí, Santa Cecilia.
- **Cascales:** Dorado De Cascales. Parroquias rurales: Santa Rosa De Sucumbíos, Sevilla.
- **Cuyabeno:** Tarapoa. Parroquias rurales: Cuyabeno, Aguas Negras.
- **Gonzalo Pizarro:** Lumbaqui. Parroquias rurales: El Reventador, Gonzalo Pizarro, Puerto Libre.
- **Putumayo:** Puerto El Carmen del Putumayo. Parroquias rurales: Palma Roja, Puerto Bolívar, Puerto Rodríguez y Santa Elena.
- **Shushufíndi:** Shushufíndi. Parroquias rurales: Limoncocha, Pañacocha, San Roque, San Pedro De Los Cofanes, Siete De Julio.
- **Sucumbíos:** La Bonita, Parroquias rurales: El Playón De San Francisco, La Sofía, Rosa Florida, Santa Bárbara (13).

Esta provincia dentro de su gran biodiversidad cuenta con grandes elevaciones, la principal es el volcán Reventador, además posee caudaloso ríos, fuente de trabajo de muchos sucumbienses, entre los principales ríos están: Aguarico, San Miguel y

Putumayo, todos de la cuenca amazónica. El clima es característico de las regiones ecuatoriales: tropical húmedo. También cuenta con atractivos turísticos como la Reserva de Producción Faunística del Cuyabeno, la cual atrae aves en tiempos invernales, de especies únicas y novedosas, además posee hermosas lagunas rodeadas de selva virgen que caracteriza a ésta región amazónica (14).

### **2.2.2 Parroquia Dureno:**

Lo que es hoy la parroquia Dureno, antiguamente albergó a pueblos ancestrales como por ejemplo el pueblo Huaorani, se encuentra ubicado en el cantón Lago Agrio. Sus límites son: al Norte con la Parroquia General Farfán; al Sur, con la Parroquia El Eno y Cantón Shushufindi; al este con la Parroquia Pacayacu; y, al oeste con la Parroquia Nueva Loja y El Eno. Tiene una superficie de 24.774,97 (15).

La parroquia de Dureno presenta un clima cálido húmedo con temperaturas elevadas y con gran humedad, propio de un clima amazónico, gracias a este clima se puede observar la ocurrencia de grandes precipitaciones y diversidad de plantas únicas en su especie. Dentro de esta parroquia habita la Nacionalidad Cofán, la cual es objeto de estudio.

### **2.2.3 Nacionalidad Cofán:**

Tienen presencia en dos estados: Colombia y Ecuador. En nuestro país están ubicados en la Provincia de Sucumbíos, a lo largo de los ríos Aguarico, Guanúes y San Miguel, incluyendo el área que ocupa actualmente Lago Agrio, específicamente en cuatro cantones (15). El asentamiento del pueblo Cofán en esta parroquia fue en el año de 1955 gracias a la influencia de los misioneros del Instituto Lingüístico de verano, quienes trastocaron muchas prácticas tradicionales como el ritual del "yagé" que los relaciona con sus ancestros. Esta nueva forma de organización social, les permitió fortalecer sus vínculos como una estrategia para defender sus territorios.

- **Cosmovisión:** Actualmente el pueblo Cofán distingue dentro de su hábitat tres planos, el celeste, donde viven los astros, que hace referencia al cielo; el terrestre, donde están el bosque, el río y la montaña, a más de esto también en este plano se encuentran seres poderosos que los denominan los “cocoya”, quienes son simbolizados con animales como el jaguar o la boa, este plano se entiende como la tierra; y el subterráneo, donde viven los cuncua. El chamán desempeña un papel importante en la comunidad y en su relación con el universo y se considera como un “cocoya” que maneja sabiamente el yagé y el tabaco y sus símbolos más representativos en la cultura son el sol y la luna (15).

Por su cosmovisión andina es que esta nacionalidad son los principales guardianes de la naturaleza, que ya al destruirla, están destruyendo a sus dioses, sus costumbres, tradiciones y en sí su hábitat natural. La gente Cofán de la Amazonía Ecuatoriana está al borde de la extinción. Para los Cofán, educación y cultura están cimentadas en cuatro pilares: el pensamiento de los mayores, las lenguas nativas, las plantas sagradas y las normas y los valores de la cultura. En su cosmovisión, las leyes que rigen su territorio, son el respeto a la vida, la naturaleza y el mundo subterráneo, y manifiestan que con la industria petrolera destruyen no solo su medio ambiente sino también su conexión con el mundo natural (16).

Como dice Fidel Aguinda, (Joven Líder Cofán): *“COAN COAN es un ser subterráneo. Tiene una casa, como tenemos nosotros. No es un dios, no es un monstruo, solo un ser. Cuando el shaman (hombre sabio) necesita pedir consejo, siempre busca el consejo de COAN COAN, al igual que si necesita pedir un favor para la comunidad, por ejemplo más caza o pesca. COAN COAN pertenece a la gente Cofán, es una parte de su vida. Como cualquier otro ser, COAN COAN necesita descansar, dormir,...cuando duerme se transforma y su sangre se transforma en petróleo. Las compañías petroleras matan al COAN COAN cuando hacen las perforaciones para extraer el oro negro, COAN COAN se rompe en pedazos. El pueblo Cofán no puede permitir que destrocen parte de su vida, no puede dejar que maten al COAN COAN, esta es la razón por la que algunas*

*comunidades Cofán están en contra de la actividad petrolera en su territorio”* (16). COAN COAN es para ellos un ser especial, el cual aconseja a los líderes y a los más longevos de la comunidad para que puedan dirigir con sabiduría e igualdad a su gente.

- **Idioma:** Su lengua es el ai-cofán, no ha podido ser clasificada dentro de ninguna de las grandes familias lingüísticas, aunque algunos expertos la consideran parte del Macro-Chibcha o Chibchano-Paezano y otros la relacionan con las lenguas andinas o con las lenguas barbacooanas (17).
- **Actividad económica:** La mayoría de habitantes de esta nacionalidad se dedica a la caza, la pesca, la agricultura con la siembra de plátano, yuca, cacao, café, frijol y maíz para la venta; la artesanía familiar, que se basa principalmente en la confección de lanzas, collares, pulseras y aretes; actividades que ayudan a su sostenibilidad y estabilidad económica (18). Por lo general cada familia tiene un pequeño huerto familiar, el cual produce alimentos para todos ellos, el mismo que está al cuidado de las mujeres.
- **Población:** En el Ecuador la población Cofán se estima en 1200 habitantes distribuidos en las comunidades Duvino, Sinangüé, Dureno, Zábalo y Chandia N'aen. En Colombia hay grupos Cofanes que viven en los ríos Guamés y San Miguel, en las reservas Santa Rosa del Guamés, Santa Rosa de Sucumbíos, Yarinal y el Afilador. En la parroquia de Dureno, actualmente se encuentran 115 familias con un total de 700 habitantes aproximadamente.
- **Vestimenta:** Usan ropa típica de su nacionalidad, los hombres, llevan puestos una túnica de algodón de color blanco, negro o azul, abierta en la cabeza y brazos, a la cual se la conoce con el nombre de Cushma, complementando su vestimenta con una corona de colores muy llamativos hecha a base de plumas de animales, collares de colmillos de Saínos o de tigre. En el caso de las mujeres, su vestimenta está compuesta por una falda ancha de colores vistosos y una blusa adornada con plumas de aves en la parte de sus hombros, adicional a esto utilizan plumas en la nariz y se pintan la cara de colores rojo y negro, con achiote y carbón (19).

- **Vivienda:** Son similares a las casas de los demás pueblos ancestrales, en especial guardan mucha semejanza con las del pueblo shuar. Las paredes son de madera y el techo está cubierto con hojas de palma, aunque actualmente los materiales de sus viviendas se han ido modificando por materiales modernos como el eternit, cada casa consta de dos habitaciones grandes, divididas por una tabla triplex, compartiendo un dormitorio en común para todos los miembros de la familia (19). En la actualidad gracias a una gestión realizada por el presidente de la comuna hacia el gobierno actual se están construyendo nuevas viviendas para todas las familias Cofán para garantizar una mejor calidad de vida.
- **Principales Fiestas:** La fiesta más importante es “La fiesta de la Chonta” que se celebra en el mes de abril y es organizada por el jefe de la Comunidad.
- **Tradicición:** Por tradición los Cofanes son buenos cazadores, pescadores y excelentes conocedores de la selva y de la biodiversidad. Algunas tradiciones y creencias se mantienen hasta hoy en día, mientras que otras se han ido extinguiendo poco a poco con el pasar de los años, dentro de sus creencias dicen que las mujeres en periodos menstruales no deben tocar las vajillas, es por eso que poseen vajillas separadas y deben dormir en un cuarto separado, de igual manera deben dar a luz fuera de la casa y regresar en dos semanas. Tradicionalmente se prepara una bebida llamada Ayahuasca, mientras esta se esté preparando ninguna persona de la comuna debe bañarse en el río ni tampoco ir al lugar de la preparación; otra de las creencias más conocidas es la relacionada con el Shamán, ya que suponen que si alguien pasa por la espalda de este o la palmotea se puede cortar la actividad ritual. Otra costumbre de este pueblo es que las mujeres Cofanes se casan a los 13 o 14 años, ya que según sus tradiciones dicen que si pasan de esta edad ya no son consideradas mujeres buenas, aunque en la actualidad este mito ya no es practicado al cien por ciento, porque cada vez las mujeres se están volviendo más independientes y con libertad de elección, razón por la cual hoy en día se casan cuando ya se sienten preparadas (16).

- **Organización sociopolítica:** Se autodenominan A'i. El pueblo está dirigido por el shamán, su líder político y religioso, quien además fomenta la unión entre los habitantes de la comuna, y gracias a este gran valor la Nacionalidad Cofán ha sido reconocido a nivel nacional y forma parte de grupos indígenas que luchan constantemente por hacer respetar sus derechos y los de su hábitat natural, actualmente constituyen la Organización Indígena de los Cofán del Ecuador, OINCE, que reformó sus estatutos para conformar la Federación Indígena de la Nacionalidad Cofán del Ecuador, FEINCE y son miembros de la CONFENIAE y de la CONAIE (20).

## **2.3 Marco Conceptual**

### **2.3.1 El parto:**

Se entiende por parto a la expulsión del feto y sus anexos a través de la vagina. Se considera parto normal al que ha transcurrido dentro de unos límites de duración y evolución, que se consideran fisiológicos; el parto marca el fin de la gestación, y dependiendo de la duración de ésta hablamos de parto a término si se inicia entre las 37 y las 42 semanas cumplidas, esto es cuando han transcurrido de 259 a 293 días desde la FUM. Se llama a término porque el 80% de los embarazos acaba dentro de dichos límites, naciendo fetos completamente maduros (21).

Teóricamente un embarazo humano debe durar 40 semanas, es decir 280 días, pero tan solo el 28% cumple con dicho parámetro, es por ello que se considera parto a término todo aquel que termina dentro de las semanas gestacionales ya mencionadas anteriormente. El 20% de las gestaciones termina extemporáneamente, es decir, tras cumplirse las 42 SG, a lo que llamamos parto pos término; por el contrario, el que termina antes de las 37 SG, es llamado parto pre término.

## Períodos del parto

- **Período de Dilatación:** Su duración varía de mujer a mujer está influenciada por el número de embarazos de la parturienta, la mayoría de las mujeres nulíparas alcanza la segunda etapa del parto dentro de las primeras 18 horas y las multíparas en 12 horas. En este período encontramos dos fases:

**-La fase latente.-** Comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración, y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta de la dilatación hasta los 2 o 4 cm. Cada vez las contracciones son más rítmicas y van aumentando la intensidad del dolor, paulatinamente el cuello del útero se adelgaza y va tornándose de una consistencia más blanda (22).

**-La fase activa.-** Se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación, comienza al alcanzar los 4 centímetros y culmina al alcanzar los 10 cm (23).

- **Período Expulsivo:** Es la que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa (10 centímetros de dilatación) y el nacimiento del bebé. También se subdivide en dos fases: pasiva y activa. Durante la fase pasiva de la segunda etapa del parto no se percibe sensación de pujo y las contracciones uterinas hacen descender la cabeza del bebé a lo largo de la vagina. Su duración en las nulíparas puede alcanzar hasta dos horas y en las mujeres que ya han tenido hijos, hasta una hora si no han recibido analgesia epidural y hasta dos horas si la reciben.

La fase activa de la segunda etapa comienza cuando el bebé es visible, se producen contracciones de expulsivo o se percibe el deseo de pujo. A partir de este momento el pujo materno ayuda al descenso y permite el nacimiento del bebé. La duración normal en nulíparas sin epidural es de hasta una hora y de hasta dos horas con epidural. En multíparas la duración normal es de hasta una hora independientemente

de que tengan o no analgesia epidural (24). Una vez expulsado el producto se fomenta el apego precoz, piel a piel entre el dúo madre-hijo, tras el nacimiento del bebé el cordón umbilical se ligará, preferiblemente pasados dos minutos o cuando cesa el latido.

- **Período de Alumbramiento:** La tercera etapa del parto es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. La placenta está adherida a la decidua del delgado endometrio sobre la capa basal mediante numerosas vellosidades fibrosas. Después del nacimiento fetal, las contracciones uterinas prosiguen con la misma frecuencia y potencia acompañadas de la reducción del área de la superficie de la cavidad uterina que hacen que el punto de inserción de la placenta se encoja marcadamente, esto hace que las vellosidades de anclaje se rompan y se forme una hemorragia retroplacentaria haciendo que la placenta se separe de sus puntos de adherencia (25).

Por lo general, las contracciones fuertes se presentan a los siete y diez minutos después del nacimiento, provocando que la placenta se separe de la capa basal forzándose primero hacia el segmento inferior y luego hacia la vagina, tras lo cual acaba de expulsarse (26). El alumbramiento puede considerarse como el final lógico de un proceso fisiológico. Las mujeres que presentan un proceso de parto normal pueden solicitar una conducta expectante si desean tener un alumbramiento fisiológico, aunque deben estar informadas de los posibles riesgos y beneficios de ambos métodos.

El manejo fisiológico incluye los siguientes componentes (23):

- Esperar a que aparezcan señales de separación de la placenta (alargamiento del cordón, pequeña pérdida de sangre, útero firme y globular al palpar en el ombligo).
- Animar a la mujer a pujar con las contracciones y, si es necesario, animarla a adquirir una posición vertical. Debería facilitarse un ambiente adecuado para

el primer contacto madre-hijo/hija y la liberación de oxitocina endógena, pudiendo así obtener su pico máximo; de esta forma madre e hijo/hija podrían beneficiarse de los efectos de ésta, tanto a nivel fisiológico como conductual.

### **Complicaciones obstétricas más frecuentes**

A continuación se describen las siguientes (26):

- **Parto prematuro.-** Se define como trabajo de parto prematuro a las contracciones uterinas con dilatación antes de las 37 semanas de gestación. Aproximadamente el 9% de los embarazos. Aunque es silenciosa, se supone que la infección es la causa más común del trabajo de parto pre término.
- **Rotura Prematura de Membranas.-** Es la rotura de las membranas ovulares antes de la semana 37 de gestación. En aproximadamente el 1.7% de los embarazos hay rotura prematura de membranas, en la mayoría de las pacientes el trabajo de parto comienza en plazo no mayor de 48 horas.
- **Sufrimiento fetal.-** Se presenta durante el trabajo de parto o en el parto, es ocasionado por un insuficiente aporte de oxígeno de la madre al feto, puede ser debido a daño en la placenta, el cordón umbilical o problemas cardiovasculares del feto, se pone en riesgo la vida del bebé, se diagnostica por diversos medios, como por ejemplo: ausencia de movimientos del bebé, caída de la frecuencia cardíaca o líquido amniótico meconiado. Requiere de terminación rápida del parto
- **Prolapso de Cordón Umbilical.-** Surge cuando hay ruptura de membranas y el cordón llega al cuello uterino o se desplaza hacia abajo por delante del feto, quedando comprimido entre este y la pelvis de la madre, se interrumpe el aporte de oxígeno al feto, puede generar daño cerebral o muerte al bebé, para evitar mayores complicaciones se recomienda la cesárea de urgencia (23).
- **Mastitis.-** Es una inflamación de las glándulas mamarias, usualmente aparece luego de la segunda semana y con mayor frecuencia en la tercera y cuarta semana después del parto. Las mamas se vuelven turgentes, eritematosas,

hipersensibles y dolorosos, es común que haya grietas y abrasión en los pezones. Usualmente hay fiebre, escalofríos, taquicardia y malestar general (25).

- **Hemorragia postparto.-** Pérdida vaginal de 500cc de sangre después del parto. Esta complicación se puede evitar realizando un masaje sobre el fondo uterino para que se contraiga y amamantando al niño para generar la liberación de oxitocina natural lo que disminuye la hemorragia.
- **Hemorragia postparto tardía.-** Es el sangrado vaginal en el período postparto, entre 24 horas y 6 semanas después del parto. Se puede presentar secreciones vaginales de olor fétido acompañado de fiebre y malestar general (27).

### **Recomendaciones de la OMS en relación a la atención al parto normal**

#### **Categoría A:**

Prácticas que son claramente útiles y que deberían ser promovidas (28):

1. Se deberá realizar un plan de parto que contenga información necesaria para la mujer y su familia.
2. Seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto y el postparto, para que el nacimiento sea factible y seguro.
3. Respetar la autonomía y derecho de la mujer en cuanto a la elección del lugar del parto, de acompañamiento y participación activa de todo el proceso, respetando sus creencias.
4. No mantenerle en NPO por largos períodos de tiempo sin justificaciones argumentables.
5. Evitar métodos invasivos innecesarios, al contrario fomentar alivio del dolor mediante masajes y relajación (29).
6. Monitorización fetal (correas) con auscultación intermitente.
7. Dar cumplimiento a las normas de bioseguridad durante todo el proceso del parto.

8. Seguimiento cuidadoso del progreso del parto, por ejemplo, con el uso del partograma de la OMS (30).
9. Fomentar el apego precoz e inicio inmediato de la lactancia materna.
10. Examen sistemático de la placenta y las membranas (31).

### **Categoría B:**

Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas  
(32):

1. Utilizar como rutina procedimientos como: enema evacuante, rasurado púbico, inserción de catéter venoso periférico, infusión venosa, posición en decúbito supino y litotomía.
2. Administración de oxitócicos antes del nacimiento si sus efectos no pueden ser controlados o por rutina, porque es incómodo, aumenta el dolor de las contracciones, no disminuye el tiempo del parto y tiene numerosas complicaciones para la salud de la madre y su bebé. Sólo debería aplicarse por una buena razón (partos prolongados con evidente falta de progreso y riesgo justificado para la madre o el bebé).

### **2.3.2 Las Parteras**

Las comadronas han ayudado a las mujeres a dar a luz desde el principio de la historia, se encuentran referencias de ellas en los antiguos escritos hindúes, en manuscritos de la Grecia y la Roma clásicas y en la misma Biblia (30) . La partera tradicionalmente ha venido desarrollando su ejercicio profesional a lo largo de los siglos en el campo de la salud reproductiva de la mujer desarrollando funciones asistencial, atendiendo el embarazo, parto y puerperio; docente, formando a otras parteras; de peritaje, interviniendo en procesos judiciales dando fe pública de su trabajo; religiosa, administrando el llamado “bautismo de urgencia” en aquellos casos en que se preveía una muerte inminente del recién nacido o del neonato, y, por

último, la función de consejera o asesora en materia sexual u obstétrico-ginecológica (33).

Dentro del contexto familiar a las parteras se las ha considerado parte de la familia ya que comparten y viven el nacimiento con la madre y el niño, por ello se les ha conocido como madrina y matrona, estos términos han sido pronunciados en diversos idiomas, tales como: en latín *matrina*; vocablo proveniente de *mater* y *matrix*, que significan madre; *cum matre* que se refiere comadre y comadrona; *partus* que hace referencia a partera, palabra mayormente utilizada para mencionar su oficio. Además por su sabiduría han sobresalido a nivel mundial, en el idioma francés se las denomina *sage-femme* y en alemán *WiseFrau* (34).

Las comadronas por lo común son mujeres mayores de 40 años que con el pasar del tiempo han ido adquiriendo empíricamente conocimientos obstétricos para ayudar a la embarazada en el proceso del parto, esta sabiduría ha sido transmitida por otras parteras o por la experiencia de sus propios partos. Son depositarias de un saber que incluye conocimientos sobre la utilización de hierbas medicinales para remediar o prevenir los problemas que se pueden presentar durante el embarazo, parto y puerperio, dar consejos higiénicos a las embarazadas y realizar los ritos pertinentes para que el embarazo y parto lleguen a buen fin. Su discurso es compartido por la comunidad y posee una gran eficacia real y simbólica (35).

En tiempos pasados el proceso de nacimiento fue visto como algo que estaba íntimamente vinculado a la figura femenina. Las parteras estaban dotadas de mucho conocimiento, debido a su vasta experiencia en embarazos y nacimientos. Así, desde la segunda mitad del siglo XIX, que se incorporaron al sistema médico e incluso con la oposición de los médicos, las parteras tuvieron que realizar el parto normal (36). Cabe señalar que asumían diferentes papeles en las comunidades en que vivían, ellas eran quienes brindaban consejería, educación, atención individualizada a cada mujer y además compartían las mismas costumbres y tradiciones, lo que facilitaba la comunicación y colaboración entre la madrona y la parturienta.

El sistema biomédico ha estado en desacuerdo con el acto de la partería y la atención de los partos domiciliarios, ya que suponen que causa mayor número de muertes y complicaciones materno-neonatales, pero se ha comprobado que este tipo de parto no es perjudicial para la sociedad como los médicos creían. En este contexto, se hace necesario ampliar el alcance del conocimiento y la investigación sobre el tema, que aún es poco reconocida y así rescatar las prácticas populares de salud, haciendo referencias a partos domiciliarios priorizando, por último, la inclusión y el reconocimiento de este gran profesional de salud pública (37).

También se utiliza el término de partera acompañado de uno o más adjetivos para diferenciar los diversos tipos existentes, a continuación se mencionan los más comunes (38):

- **Partera Tradicional Empírica:** Es la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras parteras tradicionales.
- **Partera Tradicional:** Recurso tradicional reconocido y utilizado por la comunidad como consejero en circunstancia de la gestación, para la atención del parto limpio y la ejecución de actividades de promoción de salud.
- **Partera Tradicional Capacitada:** Es la persona de la comunidad que presta el oficio de la partería y ha recibido un curso de capacitación por el equipo de salud de su localidad, con una duración de 40 horas y es acreditada por el Ministerio de Salud, a través de un permiso para asistir partos normales de urgencia en su localidad.
- **Enfermera:** Persona que ha completado un programa de enseñanza básica de enfermería a nivel superior y está calificada y autorizada para ejercer la profesión.
- **Enfermera Obstetra:** Es la enfermera que ha recibido curso de post básico, o post grado en obstetricia programado por el nivel superior y es autorizada para ejercer la práctica como especialista, que brinda asistencia a la futura

madre durante el embarazo, así como a su hijo, durante el parto y el puerperio.

## **Rol de la partera en relación con la salud materna e infantil**

### Derechos y deberes de la partera

#### Derechos (39):

- Uno de los principales derechos es ser considerada como un recurso humano de la comunidad en las actividades de atención primaria de salud, y deberán recibir capacitación y educación continua para garantizar atención de calidad a la mujer.
- Luego de haber participado en las capacitaciones deberán recibir una certificación con la cual queden registradas como parte del MSP.
- Deberán realizarse exámenes y controles médicos anualmente y recibir equipo y material de reposición para la atención del parto.

#### Deberes (40):

- Todas las parteras calificadas deberán participar en cursos que se dicten con la finalidad de perfeccionar sus conocimientos, para que puedan actuar con responsabilidad cuando se trata de la vida de la madre y el niño y sean capaces de identificar factores de riesgo que ameriten referencia hacia los sistemas de salud.
- Incentivar a los padres a que inscriban tempranamente al niño en el Registro civil.
- Mantener el equipo y demás materiales limpios y en orden.

## Funciones y tareas de la partera

### Atención Prenatal (34):

- Durante la atención prenatal deben identificar a todas las mujeres embarazadas de su comunidad, enlistarlas y orientarlas sobre la importancia del control prenatal.
- Identificar y referir a toda embarazada con factores de riesgo y señales de peligro a los servicios de salud.
- Referir a la embarazada al servicio de salud para control del embarazo y vacunación

### Atención del Parto (41):

- Dentro de las funciones de la madronas está el de mantener limpio y ordenado el lugar donde se atenderán los nacimientos, deben brindar su atención en cada etapa del parto e identificar oportunamente algún tipo de anomalía que presente la mujer durante este proceso.
- Toda persona que practique la partería debe conocer y aplicar medidas de bioseguridad para evitar patologías infecto-contagiosas.

### Cuidados del Recién Nacido (5):

- Como primer punto deben fomentar el apego precoz, contacto piel a piel entre la madre y el RN y la lactancia materna inmediata, a fin de prevenir complicaciones en el niño; además brindarán cuidado directo al bebé y deben estar en la capacidad de identificar anomalías que sean causa de referencia hacia el centro de salud u hospital; y educarán a los padres del neonato para que acudan a controles mensuales y que cumplan con el esquema de vacunación.

### Atención Puerperal (30):

- Brindar cuidados en el postparto y educar sobre temas de salud sexual y reproductiva.

#### **2.3.3 Parto tradicional**

Se dice del parto que se desarrolla en el ámbito familiar, un medio en el que la parturienta ha vivido su experiencia personal e intransferible, en compañía de sus familiares más cercanos, madre y amigas, siendo asistida por una profesional, otra mujer, la partera o matrona, conocida y reconocida, tanto social como profesionalmente ante sus ojos y de sus familiares. Las matronas son mujeres apreciadas y valoradas en el campo afectivo y, en lo técnico-científico, capaces de resolver situaciones vitales comprometidas, en algún caso dramáticas, sin más ayuda que su experiencia, pericia y conocimiento (42).

El parto tradicional mejora el acceso, la cobertura y la calidad del acompañamiento prenatal, de la asistencia al parto y puerperio a las gestantes y al recién nacido, en la perspectiva de los derechos de la ciudadanía. En la Declaración de Ceará en torno a la Humanización se pone de manifiesto la trascendental importancia de esta nueva visión del parto: “El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras” (6).

La OMS revisando el modelo biomédico de atención de la gestación, el parto y nacimiento concluye que dentro de ciertos protocolos la parturiente no desempeña el rol principal dentro de dicho acontecimiento, ya que se le realizan ciertas prácticas no justificadas, con el fin de cumplir sistemáticamente con un protocolo establecido; por tal razón se incrementa políticas como la atención culturalmente adecuada del

parto, en donde la gestante es vista como persona y se tienen en cuenta factores familiares, psicológicos, sociales, ecológicos y espirituales y se valoran aspectos tales como el estado emocional, sus valores, creencias y sentido de la dignidad y autonomía durante el parto.

#### **2.3.4 Aspectos Culturales**

Con el avance de la tecnología los saberes ancestrales o conocimientos empíricos de los pueblos y nacionalidades indígenas han ido desapareciendo o han sido catalogados como hechicerías o charlatanerías, pero a pesar de eso la medicina tradicional ha prevalecido en el uso constante, y con frecuencia clandestina, tanto entre los indígenas como en la sociedad no indígena. “La Constitución del Ecuador reconoce a nuestro país como multiétnico y pluricultural, acepta e impulsa la práctica y desarrollo de la medicina tradicional (Art. 1, 44, 84); garantiza también el desarrollo de otras prácticas relacionadas con medicina alternativa para la atención de la salud de la población, por ésta razón se deben buscar mecanismos de articulación y coordinación entre el sistema ciudadano, comunitario, nacionalidades y pueblos, e institucional” (43).

La mayoría de mujeres de etnia indígena o afrodescendiente expresan haber escuchado comentarios negativos por parte de sus familiares en torno a los hospitales y a los médicos, y dichos comentarios se van transmitiendo de generación en generación. Uno de los factores con mayor fuerza explicativa es la convicción por parte de la mujeres de que el parto en casa es lo mejor y lo más natural, valorando las vivencias y consejos de la madres y abuelas y experiencias propias exitosas (44) . Algunas mujeres prefieren el parto en casa porque para ellas representa seguridad, tranquilidad y confianza, además involucran en este maravilloso acontecimiento a sus esposos con lo cual crean vínculos o lazos familiares más fuertes en su familia, brindando la calidez de un hogar al nuevo ser.

La percepción negativa de los servicios de salud es un factor importante para optar por el parto en casa. Se evidencia una clara insatisfacción en el ámbito de las relaciones interpersonales: usuarias – personal de salud (maltrato verbal, abuso, humillación) (4). Además la inconformidad en aspectos técnicos de la atención. Dentro de las causas más frecuentes para que las mujeres opten por el parto tradicional manifiestan el temor a la episiotomía o cesárea, por el maltrato por parte del personal de salud, por la tardanza en la atención, por la dieta alimentaria, por ausencia de familiares durante el parto y por el irrespeto a sus costumbres; lo cual no sucede cuando se atienden el parto en su propia comunidad ya que ahí la mujer es quien tiene autonomía para decidir sobre su cuerpo y su cosmovisión a más de tener mucha empatía con la partera, quien le brinda un ambiente de confianza y seguridad (44).

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 (45).

### **2.3.5 Atención del Parto Tradicional**

El parto tradicional es aquel que ocurre en el domicilio y es atendido por una persona ajena al establecimiento de salud (algún familiar, vecino o partera), en un ambiente confortable y muy distinto al ámbito hospitalario, esto se viene realizando desde hace 150 años aproximadamente, en donde todos los partos se llevaban a cabo en la casa y eran asistidos por un médico o una partera. En las culturas andinas el parto representa una íntima relación entre el cielo, la tierra, la fertilidad, la vida y la producción.

Dentro de la cosmovisión indígena el parto es un ritual ancestral. La partera cumple un papel fundamental en este acto, pues es quién, de acuerdo con sus saberes y tradiciones, da la bienvenida al recién nacido (46). Antes de empezar estas sabias

mujeres se encomienda a seres supremos, según sean sus creencias, decoran el lugar donde se producirá el parto con la finalidad de brindarle a la parturienta el mayor confort y tranquilidad posible, cada una de ellas en la ambientación del lugar lo hacen de acuerdo a sus costumbres, por ejemplo, algunas hacen un círculo de fuego entorno a la embarazada, otras lo hacen con humo de sahumerio, etc.

Las parteras tradicionales son responsables hoy en día del nacimiento de 450.000 niños por año en todo el mundo, lo que representa el 18% de los nacimientos del año (28). Además debemos tener en cuenta la valoración biopsicosocial de la mujer y su criatura, porque la atención del equipo de trabajo está basada en una visión holística de la salud. Se tienen en consideración los aspectos emocionales y socioculturales que rodean a la mujer para valorar su estado de salud de una manera integral. Se valoran qué posibles desviaciones referentes a estos aspectos pueden cambiar y alterar el diagnóstico de normalidad (47). Es importante valorarla a la mujer totalmente para conocer sus necesidades y ayudar a que el proceso del parto se desarrolle dentro de los rangos de normalidad, detectando oportunamente cualquier desviación que ponga en peligro la vida de la madre o del feto.

La gestación, el parto y el puerperio son eventos íntimos de la vida de toda mujer que involucran su pudor y se asumen como asuntos propios de las mismas. Por esto, en el caso del parto, el ambiente del hogar propio o de la partera forma parte de la intimidad, la solidaridad y la calidez necesarias para que el parto salga bien (48). Muchas investigaciones refieren que las mujeres de sectores rurales y de etnia indígena principalmente, prefieren llevar a cabo el parto en su comunidad, ya que manifiestan la gran problemática que es acceder a los servicios de salud, además de su desacuerdo con la infraestructura, los procedimientos innecesarios realizados y con el trato interpersonal inadecuado por parte del equipo de salud.

### **El Trato interpersonal hacia la usuaria y sus familiares**

Se han encontrado múltiples datos cualicuantitativos que evidencian el bajo acceso a los servicios de salud por parte de usuarios de etnia indígena, ya que se refleja con

claridad el maltrato que reciben los pacientes, motivo por el cual las embarazadas ya no vuelven a estos servicios para la atención del parto (49). Cabe recalcar que el maltrato hacia este grupo de personas no solo se produce en los centros de atención sanitaria sino que desde la época colonial se ha evidenciado la discriminación hacia gente de bajos recursos, indígenas y afrodescendientes por parte de la sociedad blanco-mestiza. El trato interpersonal que brindan las parteras a sus pacientes es profundamente respetuoso y cordial, brindando constantemente un ambiente de confianza a la parturienta.

### **El acompañamiento durante la atención del parto**

La salud debe ser vista desde una perspectiva holística. El cuidado de la salud debe integrar cuerpo, mente y espíritu, desde este punto de vista el parto se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad, lo que implica que durante este proceso la parturienta necesita el apoyo y presencia de familiares (esposo, mamá, o hermana) o de una persona que sea de su confianza. Esta norma es quebrantada en la mayoría de los establecimientos de salud, puesto que ahí las mujeres están solas frente al médico y a la enfermera, que son personas ajenas a su cotidianidad.

Estudios realizados anteriormente afirman que el sitio en el cual se atendían los partos era en la casa de cada embarazada, en presencia de los miembros de la familia o vecinos, quienes ayudaban a la partera y a la parturienta, además realizaban varias actividades como la preparación de alimentos calientes y energéticos para ayudar a la mujer a recobrar las fuerzas perdidas en el parto (48). Toda mujer tiene el derecho de que se le respete su intimidad a más de recibir apoyo psicológico continuo, es por ello que en los partos atendidos de forma tradicional siempre está un acompañante con la mujer, en vista de la importancia que tiene el “acompañamiento” en algunos hospitales se ha incrementado como regla que la paciente pueda ser acompañada en este proceso por la persona que ella elija, y esto hace hincapié hacia la atención del parto culturalmente adecuado.

## **Posición del parto**

En la atención del parto tradicional o domiciliario las parteras o parteros y las comadronas indígenas permiten que la mujer sea quien escoja la posición para dar a luz según su comodidad, mas no según la comodidad de la persona que atenderá el parto, como es el caso en los servicios de salud, que para facilidad del personal sanitario se coloca a la embarazada en posición horizontal, motivo por el cual muchas usuarias indígenas no acuden a los centros de salud pública, además las parteras consideran que las variantes de la posición vertical son adecuadas para llevar a cabo este proceso, ya que facilita la salida del bebé y el alumbramiento, cosa que no sucede con la posición ginecológica, que es considerada como antinatural al parto ya que irrespeta su fisiología yendo en contra de las leyes de la gravedad. Siendo la posición fisiológica más adoptada por ser confortable la de cuclillas; sin embargo, existe un sinnúmero de variaciones del parto vertical: de rodillas, 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, etc (50).

Actualmente la mayoría de las mujeres occidentales tienen sus partos en la llamada posición dorsal, la que supone permite al médico controlar mejor el estado del feto, asegurando así un parto seguro, fundamentalmente para garantizar el bienestar del mismo, con este proceso se ha dado un giro de treientos sesenta grados a la forma de parir, ya que ha pasado de un parto vertical en el cual la mujer tenía libertad de movimiento a la pasividad y horizontalidad. La mayoría de mujeres de las comunidades indígenas prefieren dar a luz de forma vertical, esta posición es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° y 90° con respecto al plano horizontal (28).

### **-Posiciones verticales (51):**

- Verticales sin apoyo (de pie y en cuclillas).
- Verticales con apoyo (sentada en banqueta de partos y posición en cuatro apoyos o cuadrupedia).

-La cuadrupedia.- Es una posición horizontal con cuatro apoyos, las posiciones verticales en el expulsivo, normalmente suelen ir acompañadas de algunos apoyos materiales (sillas, banquetas, barras) o también pueden apoyarse en el acompañante, pareja o matrona.

-La posición de cuclillas se diferencia de la sentada en que no hay apoyo glúteo en el esfuerzo del expulsivo. En esta posición todo el peso descansa en los pies, con las rodillas muy flexionadas, también puede haber un apoyo de los brazos. En las posiciones verticales con apoyo glúteo (sentada), se necesitan dos asistentes al parto; por un lado la matrona que la atiende, y por otro lado la pareja que la rodea por la espalda.

-La posición de rodillas tiene el apoyo en las rodillas y los pies, a veces también se utilizan cojines u otro apoyo para los brazos. En esta posición el peso del cuerpo estará en función de la posición del tronco.

### **-Ventajas de la posición vertical**

La literatura científica señala varias ventajas fisiológicas asociadas al parto vertical. Las más relevantes son las relacionadas con los efectos de la gravedad, el efecto Poseiro, el cual se refiere a que con la utilización de posiciones en forma vertical existe una menor compresión sobre la aorta y vena cava y hay una mejor oxigenación de la madre y feto, dentro de los múltiples beneficios también se encuentra que las contracciones uterinas son más fuertes y eficaces, existe una mejor orientación del feto para descender en la pelvis y evidencia radiológica de mayor área de la salida pélvica en las posiciones de cuclillas y rodillas (32).

Se han señalado numerosas ventajas fisiológicas para la posición vertical durante el trabajo de parto y el parto, a continuación se resumirá las más importantes:

- Gracias a las fuerzas de gravedad se facilita el encaje y el descenso fetales. Se estima que la madre gana entre 30-40 mmHg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical (6).
- Descomprime grandes vasos, como por ejemplo, la vena cava, la cual con su compresión puede causar disminución del gasto cardíaco, 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 período expulsivo se prolonga (52).
- El aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 cm en transversal y moldeamiento de la articulación coxo-femoral, causando menor presión intravaginal, lo que disminuye la resistencia al pasaje del feto por la relación directa entre relajación de músculos perineales y el grado de flexión de dicha articulación (32).
- Permite la participación activa de la mujer durante el nacimiento de su hijo ya que el dolor es menos intenso e incluso ausente en algunos casos, debido a que al adoptar posiciones verticales los beneficios psicoafectivos son considerables.
- Las mujeres parturientas en posición vertical tienen las contracciones uterinas más fuertes e intensas en frecuencia, actividad uterina y coordinación; facilitan el pujo por la mejor disposición de la musculatura abdominal para contraerse.

### **Complicaciones del parto vertical**

Según un estudio realizado se evidencia que al revisar las historias clínicas de varias pacientes las complicaciones más comunes del parto vertical fueron (53):

- Hemorragia: Pérdida sanguínea mayor a 500cc.
- Desgarro cervical.
- Desgarro vaginal.
- Atonía uterina.

- Alumbramiento incompleto.
- Presencia de líquido meconial.
- Parto prolongado: Trabajo de parto de duración mayor a doce horas.
- Parto precipitado: Trabajo de parto de duración menor a tres horas.

### **Abrigo / vestimenta**

Según literatura revisada en la medicina ancestral se hace mención al principio humoral, el cual está basado en un equilibrio con los elementos fríos y cálidos. Según el médico Antropólogo George Foster, afirma que: *“Un exceso de fuerzas termales, calientes o frías, que perturbaran éste equilibrio conduce a la enfermedad, la cual se trata por terapias que conforman el “principio de oposición” es decir, un remedio caliente para una enfermedad fría, o un remedio frío para una enfermedad caliente (54)”*, es por ello que las parteras, parteros y usuarias indígenas refieren estar en desacuerdo con ciertos actos rutinarios usados en la medicina occidental, como por ejemplo el baño antes del parto y el uso de ropa hospitalaria.

La mayoría de mujeres indígenas manifiestan que no les gusta usar las batas hospitalarias ya que para ellas son demasiado frías e incómodas por la abertura que tiene en la parte trasera, lo cual invade con la intimidad y pudor de las pacientes, dejándolas prácticamente desnudas, ellas sienten que se enfrían y pierden fuerza. Por lo tanto su expectativa es que se les permita mantener su propia ropa durante el proceso del parto, de igual forma ponen en manifiesto que el lugar donde se realiza el parto debe estar abrigado y cómodo para dar la bienvenida al nuevo ser, según las costumbres de las parteras hacen fogatas para brindar un ambiente térmicamente adecuado (28).

### **Alimentación**

Dentro de la sociedad la alimentación es un pilar fundamental para el óptimo desarrollo y para la conservación de la salud, más aún en la etapa del embarazo, parto

y postparto, es por ello que dentro de la cosmovisión indígena en estas etapas la alimentación es especial, restringen a la embarazada de consumir ciertos alimentos que son perjudiciales para ella y el feto, y por otro lado aconsejan alimentos que según sus creencias suponen mantienen el principio humoral funcionando para mantener el equilibrio entre calor y frío.

Las personas de etnia indígena son muy cautelosos ante el consumo de ciertos alimentos, ya que existen supersticiones referentes a ellos que han ido pasando de generación en generación, por ejemplo: si la embarazada consume alimentos gemelares o deformes es posible que sus hijos tengan esas mismas características; además estrictamente prohíben el consumo de comida con exceso de grasa, condimentos, sal y ají.

También dentro de las grandes prohibiciones se encuentran aquellos alimentos expuestos largamente al sol o congelados, ya que el contraste entre frío y calor produce una enfermedad llamada “pasma”. Esta enfermedad se asocia a fenómenos de contracción y dilatación del sistema circulatorio que se expresa en forma inespecífica, comúnmente se presenta con rash cutáneos en diferentes partes del cuerpo (55).

### **Uso de plantas medicinales**

La nacionalidad Cofán está muy ligada o convive con la madre naturaleza ya que es ella la encargada de proporcionar la materia prima para muchas actividades que el ser humano lo necesita para su supervivencia. Las plantas medicinales son clasificadas de acuerdo a su necesidad o utilidad, según sus raíces, sus hojas, sus cortezas; además según sus efectos se dividen en plantas calientes (ortiga) y plantas frescas (manzanilla) (19). También existen plantas medicinales utilizados con fines terapéuticos durante el parto y alumbramiento, tal es el caso de algunas infusiones que son cuidadosamente administradas por las parteras para facilitar el parto, o en caso de sangrado posterior.

Según la bibliografía revisada se encuentra que parteras mexicanas afirman que todo medicamento indicado durante el embarazo es dañino para el bebé por muy necesario que éste sea, pero de las plantas en maceración, se obtienen todos los principios activos y no dañan ni a la madre ni al feto. En los casos que se usan mezclas de plantas, aseguran que es bueno mezclar en números impares 3 ,5 ,7 o 9 plantas y así tienen más energía (29).

Además en el trabajo de parto utilizan algunos tés como es el de manzanilla, epazote, ruda y hierba buena, esto para facilitar el alumbramiento (56). Para usar hierbas se señala que es importante recordar que el alma de la planta es lo que posee la propiedad curativa. Las parteras al recolectarlas hacen ciertos rituales según sus dogmas, con ello aseguran que la madre naturaleza no se enoje con ellas, primero les platican pidiéndoles permiso para cortarlas y les explican que si hacen eso es con el fin de curar a otras personas, entonces proceden a secarlas bajo sombra para que estas plantas medicinales no pierdan sus propiedades.

### **Materiales necesarios para un parto domiciliario**

Antes de realizar un parto en el domicilio primero se debe valorarlo (condiciones de higiene, temperatura, acceso), comprobar el material necesario para el parto, el cual se expone a continuación (47):

- 1 cubo y 1 tina.
- Bolsas de basura.
- Hule plástico + sábanas.
- Cojines.
- Toallas.
- Bolsa con agua caliente.
- Foco luz o flexo.
- Cable alargadera.
- Tijeras o un instrumento cortopunzante.

- Pelota Bobath, Puff.
- Compresas de tela (Cebenin).
- Plantas medicinales.
- Aceite masaje.
- Pajitas para beber.
- Bebidas isotónicas, zumos.
- Comida ligera.
- Buena temperatura, limpieza y un lugar amplio.
- Documentación necesaria en caso de traslado al hospital.

En el momento del parto, la madrona realiza un sinnúmero de procedimientos encaminados a ayudar a la mujer a parir, apresurando el parto para evitar complicaciones en el “vientre”. Empiezan “sacando el frío”, término utilizado para referirse a la eliminación del líquido amniótico o comúnmente conocido como “agua de fuente”, con lo cual aseguran la termorregulación de la mujer (48). Algunas parteras relatan que luego se soba con las manos en el abdomen y la vulva de la mujer con movimientos circulares de arriba abajo y de afuera adentro, con una duración de entre 5 y 6 minutos y se repite de 2 a 3 veces o en más ocasiones si la mujer lo necesita. Para sobar utilizan la enjundia de gallina o el aceite cosmético que se debe calentar en una olla de metal hasta que quede tibio.

Además de lo antes mencionado, cuando descubren durante la sobada que el feto está adherido a las paredes uterinas, utilizan una estrategia que consiste en “zarandear a la mujer”, esta técnica se realiza pasando una sábana, cobija o toalla por la espalda y la cintura de la mujer, la partera realiza movimientos fuertes y seguros para sacudirla. Después invita a la mujer a caminar alrededor de la casa hasta que sea momento del parto (40).

Para determinar que la mujer ya empezó con el trabajo de parto se fijan si ya rompió membranas o como ellas la denominan, “la fuente”, si no lo han hecho las parteras lo hacen manualmente utilizando una tijera o una cuchilla que desinfectan con alcohol y fuego, teniendo cuidado de no lastimar a la madre o al niño. Una vez eliminado el

líquido amniótico estas sabias mujeres aseguran que la parturienta de a luz rápidamente, previo a esto les educan a las embarazadas de cómo y cuándo deben pujar para garantizar un parto rápido y sin complicaciones maternas ni neonatales.

Cuando nace, el niño sigue unido a la madre por el cordón umbilical, que forma parte de la placenta. Normalmente, el niño se separa de la placenta pinzando y cortando el cordón. El pinzamiento y corte precoz de este es el que se realiza, generalmente, en los primeros 60 segundos tras el parto, en tanto que el pinzamiento y corte oportuno es el que se realiza transcurrido al menos un minuto desde el parto o cuando han cesado las pulsaciones del cordón. Retrasando el pinzamiento del cordón se consigue mantener el flujo sanguíneo entre la placenta y el recién nacido, y eso puede mejorar la dotación de hierro del niño incluso hasta los seis meses de vida. Este efecto puede ser especialmente importante para los lactantes que viven en entornos con pocos recursos, en los que hay un menor acceso a alimentos ricos en hierro (57).

### **Entrega de la placenta**

Respecto a la placenta, en varias culturas esta es tratada con especial cuidado pues se considera originaria a partir del óvulo, como parte del feto. Las culturas indígenas relacionan íntimamente la salud y el bienestar del dúo madre-hijo, así como con las relaciones de pertenencia e identidad del individuo con un lugar, una tierra y una familia con el tratamiento que se le da a la placenta, es por esta razón que la entierran y la cubren con elementos que provean calor, ya que esto supone le proporciona a la mujer tranquilidad y evita que se enferme de “pasma” o peligros de brujería (48). Dentro de la gran labor de las parteras una de ellas es estar atentas a la salida de la placenta ya que esta debe ser rápida y completa para que las mujeres no sufran de hemorragias postparto, infecciones o tengan que asistir al médico con alguna otra complicación.

El alumbramiento es el último periodo del trabajo de parto. En la norma técnica materno-neonatal se llega al consenso que la placenta se expulsará espontáneamente desprendiéndose de la pared uterina, si el tiempo de expulsión es mayor o igual a 30

minutos se diagnosticará retención de placenta. En el parto tradicional esta eventualidad es muy escasa debido a que las parteras previamente realizan procedimientos para ayudar en el alumbramiento, por ejemplo: soban el vientre de la mujer con enjundia de gallina calentada con flores de manzanilla durante 3 a 5 minutos, de 1 a 3 veces, y proporcionan agua de plantas medicinales; con estas técnicas la mayoría de ellas aseguran no tener complicaciones (58).

En algunas culturas basándose en la medicina occidental, ya sea empíricamente o quizá con algún conocimiento científico se brinda masajes en forma circular en los pezones y el ombligo de la embarazada hasta que le diera el “pujo” o provocarle náuseas introduciéndoles su propio cabello o el cabello del marido en la boca para que la placenta pueda salir y no se quede retenida, una vez expulsada la revisan para comprobar su integridad. Como anteriormente ya se mencionó, la placenta por lo general es enterrada, para ello piden a un familiar, de preferencia el esposo, que excave un hoyo no muy profundo en un lugar cálido de la casa, es ahí donde depositan la placenta, le prenden fuego hasta que se apague y por último le envuelven en un paño y le tapan, la mayoría de los indígenas de América Latina tienen esta costumbre (55).

Otra razón lógica por la cual entierran la placenta es porque en la cosmovisión andina tienden a personificarla, es por ello que la visten con ropa según el sexo del recién nacido, en algunas comunidades mexicanas realizan un ritual en el cual acompañan a la placenta con una serie de ofrendas que las presentan a los espíritus ancestrales maternos; las más comunes son: sebo, ají, sal, azúcar, coca y flores de rosa, todo esto realizan “para que el niño sea de buen carácter” (59) . Cuando no le rinden ningún homenaje a la placenta piensan que la madre o el bebé sufrirán alguna enfermedad, porque la placenta siempre formará parte de ellos.

Por otra parte, la comunidad de los Awajun y Wampis la consideran como un hijo más y debe ser atendido como tal, no se la puede botar al río ni al monte porque puede ser comida por animales y el recién nacido sufrirá serias complicaciones que amenazan su salud, incluso puede morir. Esta comunidad dice que la placenta tiene

que ser enterrada bajo la cama de la madre, a una profundidad de aproximadamente 60 cm, al cumplir con el ritual se evitará enfermedades, peligros de brujería y actitudes futuras de desarraigo y desamor de sus hijos, creando un vínculo con la comunidad, y, cuando el niño(a) ya haya crecido se casará con una mujer o un varón de su misma cultura, manteniendo la unidad familiar y las costumbres propias de su pueblo (60).

### **Atención inicial del recién nacido**

La atención inmediata del recién nacido es fundamental para evitar complicaciones como la broncoaspiración, en cuanto nace el bebé se le coloca con la cabeza más declive que el resto del cuerpo para facilitar la salida del moco y líquido amniótico contenido en sus vías respiratorias, se procede a aspirar las secreciones bucofaríngeas y de las fosas nasales ayudándose de una perilla de succión. El corte del cordón umbilical se lo realizará después de aproximadamente dos minutos, que coincide con el tiempo en el cual el cordón ha dejado de latir, esto es conveniente realizar para asegurar una útil transfusión de sangre placentaria. El cordón umbilical se corta a unos 5 cm. de la superficie abdominal y luego se liga con hilo estéril o bien se deja pinzado con un clip de plástico. Una vez ligado, se cubre con una gasa estéril empapada en alcohol y se venda (25).

### Pinzamiento oportuno del cordón umbilical

En el Componente Normativo Materno Neonatal, se indican los siguientes pasos a seguir para un pinzamiento oportuno (61):

- Secar al recién nacido con un campo o una sábana limpia, excepto el olor de las manos, ya que el olor de estas ayuda al bebé a buscar el seno de la madre.
- Colocar al recién nacido, siempre y cuando esté completamente activo y reactivo, en posición prona sobre el abdomen descubierto de la madre (piel con piel), donde debe ser abrigado con una frazada seca y caliente. Para

lograr una transfusión placentaria óptima, el recién nacido debe estar a una altura no mayor ni menor a diez centímetros sobre el nivel de la placenta.

- El momento óptimo para ligar el cordón de los recién nacidos, independientemente de su edad gestacional, es cuando la circulación de este ha cesado por completo, está aplanado y sin pulso (dos a tres minutos después del nacimiento). Al cesar las pulsaciones, pinzar y cortar el cordón umbilical bajo estrictas técnicas de higiene y limpieza.
- En los recién nacidos prematuros extremos, si las condiciones lo permiten es preciso esperar por el pinzamiento de 30 a 45 segundos.
- Si el recién nacido está pálido, flácido o no respira, se debe iniciar las medidas de reanimación. Aproximadamente el 90% de neonatos responde a los pasos iniciales de la reanimación, que comprenden el secado y la estimulación.

#### Inconvenientes del pinzamiento tardío (62):

- Según algunos artículos, puede aumentar la morbilidad neonatal por un volumen sanguíneo excesivo, policitemia e hiperbilirrubinemia con ictericia sintomática.
- Cuando existe una circular de cordón, el pinzamiento tardío puede desencadenar compresión del cordón y daños neurológicos.
- El pinzamiento tardío está contraindicado en los casos de crecimiento intrauterino retardado, porque existe riesgo de policitemia inducida por la hipoxia.
- Reduce los valores del pH de la arteria umbilical.
- Según algunos artículos, la hiperbilirrubinemia atribuida al pinzamiento tardío requiere el mismo tratamiento que aquella que se produce con un pinzamiento inmediato.

Según el conocimiento ancestral de muchas madronas dicen que se debe pinzar el cordón umbilical una vez que la placenta haya salido por completo, cuando el cordón

este de color blanco, porque es sinónimo de que la sangre que necesita el niño ya ha sido transfundida y se evita que el niño nazca “pálido”, y se lo corta a una altura de tres o cuatro dedos de distancia del ombligo del recién nacido. Para el corte del cordón umbilical utilizan tijeras esterilizadas o gilletes, luego amarran el cordón con un hilo previamente desinfectado en agua hervida, la desinfección del hilo la realizan por un lapso de 30 minutos.

Otro parámetro importante de medir es el test de Apgar, el mismo que valora los latidos del corazón, la respiración, el tono muscular, la coloración de la piel y la irritabilidad refleja (respuesta a la estimulación faríngea de la aspiración) son valorados de 0 a 2 puntos (de mayor a menor alteración); la suma de los cinco valores refleja el grado de normalidad (7 a 10 puntos) o depresión del RN (menos de 7) (47).

Asimismo, otra medida que se debe tener en cuenta es el abrigo del RN, ya que al estar expuesto por primera vez a un mundo diferente al cual estaba acostumbrado pierde rápidamente calor, poniéndose en pocos instantes hipotérmico, para evitar esta complicación se debe evadir el baño al momento del nacimiento, solo se debe limpiarle con un algodón sumergido en agua tibia o suero fisiológico, procurando no eliminar todo el vórnix caseoso, ya que esta fina capa de grasa procedente de las glándulas sebáceas fetales ayudan a mantener la termorregulación del neonato. Tras secarle bien y envolverle en una manta cálida, se coloca al RN en una cuna caldeada previamente, es preferible que el bebé este cerca de la madre para mantener activo el vínculo entre los dos (6).

Dentro de los cuidados iniciales también se encuentran las profilaxis oftálmica y de prevención de hemorragias, para lo cual se coloca unas gotas de colirio preparado con suero salino y unas gotas de limón u otro colirio a base de aureomicina (activa también frente a las clamidias. Dicha sustancia ha sustituido a la solución al 1% de NO3Ag o la Gentamicina oftálmica), y una dosis única parenteral de 1 mg. de vitamina K o 2 mg. de la misma por vía oral (debido al déficit de los factores de coagulación vitamina K dependientes) (61).

Las parteras aseguran que al momento de nacer, el bebé debe llorar, para ello quien atiende el parto debe estimular las plantas de los pies o darle palmadas suaves en las nalgas, luego se tiene en cuenta los siguientes cuidados (60):

- Baño con agua tibia, utilizando jabón suave para no lacerar la piel del niño, luego abrigarlo bien para evitar pérdidas de calor.
- En algunas culturas las abuelas hacen que la madre del niño le ponga una gota de leche materna en cada ojo, con el fin de prevenir infecciones oculares, seguido de esto le da la bienvenida presentándole ante todos los miembros de la familia.
- Tanto la madre del RN como los familiares cuidan mucho al niño de la exposición a temperaturas extremas, ya sea un exceso de calor o de frío, para evitar patologías que comprometan la salud del mismo, por eso las parteras tradicionales o las abuelas recomiendan que después de que el bebé haya cumplido su primer mes de vida puede salir a un lugar abierto.

En la cosmovisión indígena, principalmente en la nacionalidad de los Otavalos al día siguiente de nacido el bebé lo bañan haciéndole un ritual, le colocan en agua tibia a la cual le adhieren pétalos de flores de color blanco, rojo y rosa, con hojas de romero y algunos centavos o granos de trigo. La partera baña al bebé en medio de arrullos, el primer roce del agua con las flores es como una limpieza inicial para que no le afecten las ideas e influencias negativas del entorno; las monedas y granos de trigo, que se pueden colocar en las manos del recién nacido durante el baño son para que siempre haya abundancia en su vida. El agua que queda se la vierte suavemente, sin hacer ruido, en el piso para que el espíritu del bebé no se asuste.

Según la Sra. Rosa Colta, partera de Cotacachi, manifiesta que el agua fría fortalece el sistema inmunológico de las personas, por lo que las comunidades indígenas acostumbran a coger agua en una tina y exponerla al sol durante toda la mañana, con esa agua bañan al recién nacido. Desde que nace, el bebé es envuelto con franelas y

una faja con el propósito de que sienta que está dentro del vientre de la madre, esta costumbre le da seguridad interna al niño para que no se desmaye ante los problemas psicológicos que la vida le da, además, se cree que la envoltura fortalece los huesos y las articulaciones y corrige las deficiencias del sistema óseo (46).

A través de la historia se ha podido evidenciar y comparar la fuerza de una persona que vive en una zona urbana, rodeada de ciertas comodidades; con la de una persona que toda su vida vivió en el campo, soportando frío, lluvias y trabajos pesados que demanda mucho esfuerzo físico; es por ello que según sus creencias dicen que los preparan desde que nacen para que así puedan ser personas dignas y de bien, que respeten a los demás y a la madre naturaleza.

### **2.3.6 Criterios de inclusión para el parto domiciliario**

El plan de nacimiento se establecerá antes de las 28 semanas de gestación. A continuación se describe ciertos criterios que deberán tomarse en cuenta al momento de optar por el parto domiciliario (63):

- La gestante deberá realizarse un mínimo de cinco visitas clínicas antes de la asistencia al parto, una de ellas se tendrá que hacer en el mismo domicilio de la gestante.
- Las mujeres aportarán todos los controles ecográficos y analíticos y otras pruebas complementarias necesarias que se hayan hecho.
- La gestación será de sólo un bebé y en presentación cefálica.
- El parto se asistirá en el domicilio cuando suceda entre las 37 y 42 semanas de gestación.
- Se atenderá partos domiciliarios solo si el embarazo es de bajo riesgo, al encontrarse alguna desviación de los parámetros normales se deberán tomar las medidas necesarias pertinentes.
- La mujer y su pareja serán quienes decidan o no tener parto domiciliario, esta decisión no se debe imponer, sino debe ser de mutuo acuerdo (64).

- Cada gestante deberá poseer una historia clínica, documento privado y custodiado por el profesional.
- Es necesaria la firma del consentimiento informado o manifiesto de acto voluntario.
- Se valorará si el domicilio reúne las condiciones adecuadas (higiene, temperatura, acceso).
- A partir de las 37 SG el material necesario e indispensable para el parto deberán estar presentes en la casa de la mujer.
- El personal conocerá de antemano a las personas escogidas que darán soporte el día del parto y se definirá la función que desempeñarán cada uno de ellos.
- Se comprobará que todos los informes clínicos, los documentos y los objetos personales y del bebé estén preparados en el caso de que se tenga que hacer el traslado a un hospital (65).
- El domicilio deberá encontrarse a una distancia no superior a media hora en coche.

### **2.3.7 Motivos de traslado al hospital**

Las matronas deciden trasladar a las pacientes a una unidad de salud cuando se encuentran ante las siguientes situaciones (66):

- Líquido amniótico teñido.
- Rotura prematura de membranas.
- Sospecha de riesgo de pérdida del bienestar fetal.
- Presentación fetal diferente de cefálica.
- Prolapso de cordón.
- Expulsivo estacionado.
- Hemorragia materna.
- Retención de la placenta.
- Alteraciones en el estado neonatal.
- Deseo de los padres.

- Selección de casos basada en la ausencia de criterios de riesgo durante el embarazo (HTA, placenta previa, RCIU, diabetes, cardiopatía).

### **2.3.8 Factores influyentes en la atención del parto domiciliario**

**Factores personales:** Edad, bajo nivel educativo, embarazo no deseado, antecedente de parto domiciliario y procedencia rural, lugar en el cual el parto domiciliario sigue siendo la práctica más frecuente.

**Factores de la Atención Prenatal:** El inicio tardío de control prenatal, el inadecuado número de controles, la impuntualidad en la atención recibida, la falta de visitas domiciliarias y el tipo de personal de salud que tiene a su cargo la atención prenatal (67).

**Factores Institucionales:** La poca accesibilidad (distancia y costos), la atención del parto por personal masculino, la falta de atención del personal de salud a las pacientes posterior al parto, la percepción del profesional joven considerado como inexperto, el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, la percepción del tacto vaginal como señal de violencia, el temor a la episiotomía, el rechazo al lavado y rasurado perineal, el rechazo a la posición ginecológica, la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante el parto (68).

Además de lo anteriormente expuesto, otro de los principales factores para que los partos se atiendan en la casa son las costumbres y los aspectos culturales, ya que sus antepasados tuvieron partos domiciliarios con mucho éxito sin tener que dirigirse a un hospital, además la percepción negativa de los servicios de salud se ha ido transmitiendo de generación en generación (69). Otro factor influyente es la situación económica, ya que este condicionante es una barrera para acceder a los servicios de salud, a pesar de que el parto es gratuito las mujeres y sus esposos refieren costos adicionales que no pueden pagar, un ejemplo de esto es el costos del pasaje, ya sea transporte público o privado para asistir al parto en un hospital o alguna eventualidad fortuita que se presente en ese momento.

Los ingresos familiares se encuentran muy lejos de cubrir los costos del transporte hacia el hospital más cercano (44). Los sectores rurales están muy alejados desde el punto de vista geográfico y el transporte público o privado es de muy difícil acceso razón por la cual limita a que sus moradores puedan acceder a servicios sanitarios en los cuales se brinda atención calificada del parto. En el área rural las distancias entre los domicilios y los servicios de salud, así como el maltrato a la usuaria y la falta de adecuación cultural de éstos constituyen otros impedimentos.

Otros factores que impiden el parto institucional son (67) :

- El irrespeto al pudor, costumbres y creencias de las pacientes por parte del personal de salud.
- Mantener a las usuarias en NPO por largos períodos de tiempo y realizarles procedimientos que para ellas son innecesarios, simplemente por cumplir con una rutina.
- El lenguaje poco comprensible manejado por el personal sanitario.
- Restricción de las visitas.
- Temor a que les realicen la episiotomía o cesárea.
- La falta de acompañamiento durante el proceso del parto.

### **Ventajas del parto domiciliario**

Las ventajas del parto en casa (ambiente habitual y relajado, hallarse en el seno de la familia, lazo entre madre y recién nacido, médico y/o comadrona conocidos que proporcionan una atención individualizada, ausencia de gérmenes hospitalarios y reducción del costo) se ven contrarrestadas por el miedo ante las posibilidades limitadas de asistencia en la aparición brusca de estados graves para la madre y/o el feto; también hay que tener en cuenta que las posibilidades del hospital ante estos riesgos no son ilimitadas (58).

En un estudio comparativo realizado para determinar el riesgo de morbimortalidad materna perinatal y neonatal existente entre el parto domiciliario y hospitalario, arrojó un dato muy interesante, dio como resultado que el parto domiciliario tiene menor riesgo que el hospitalario, sorprendiendo a la misma promotora del estudio que solo pretendía demostrar lo contrario. Los partos domiciliarios planificados para mujeres de bajo riesgo están asociados con una seguridad similar y menos intervención médica comparada a los partos hospitalarios de bajo riesgo (70). Además se evitan utilizar una serie de medicamentos (oxitócicos, sedantes, etc.), y maniobras (monitorización, amniorrexis artificial, etc.), posiciones artificiales de la madre (decúbito supino) que dificultan la natural evolución del proceso.

### **Aspectos negativos del parto domiciliario**

A continuación se relatan algunos aspectos desfavorables del parto en casa (44):

- Falta de higiene e iluminación.
- Ausencia del concepto de complicación y falta de preparación del plan de emergencia.
- Trabajo de parto no controlado.
- Corte del cordón umbilical con instrumento contaminado.
- Desgarros frecuentes y sangrado no controlado.
- Falta de atención inmediata al recién nacido y apego precoz retardado.
- La ausencia de personal calificado propicia la demora en la identificación de signos de complicaciones obstétricas y su indebida atención y manejo, resultando demasiado a menudo en la muerte de la madre.

## **2.4 Marco Legal y Ético**

### **2.4.1 Marco Legal**

#### **2.4.1.1 Constitución de la República del Ecuador (año 2008)**

Ecuador en su Constitución del año 2008 hace referencia al derecho constitucional a la salud, el cual está encaminado principalmente a la protección de la misma, lo que pretende es garantizar una mejor calidad de vida para todos los ecuatorianos, para lo cual se han reformado ciertos artículos en torno a este derecho como se detalla a continuación (71):

*Art. 42 El estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, la posibilidad de acceso permanente e interrumpido de servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad calidad y eficiencia.*

*Art. 43 De la carta magna prescribe que: los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia. En los establecimientos públicos o privados. El estado promoverá la cultura por la salud y la vida con énfasis en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los médicos de comunicación social.*

*Art. 44: El estado promoverá la política nacional de salud y vigilará su aplicación, controlará el funcionamiento de sus entidades del sector, reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicionales y alternativas, cuyo ejercicio será regulado por la ley.*

*Art. 45. El estado organizara un sistema nacional de salud que se integrará con las entidades públicas autónomas, privadas y comunitarias del sector, funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.*

*Art. 47 De la constitución política de la república establece que: en el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria preferente y especializada los niños, adolescentes y las mujeres embarazadas.*

*Art. 48. De la norma suprema señala: Sera Obligación del Estado la sociedad y la familia promover con máxima prioridad el desarrollo integral de niños y adolescentes y asegurar el ejercicio pleno de sus derechos. En todos los casos se aplicará el principio del interés de los niños, sus derechos prevalecerán sobre los de los demás.*

*Art. 56 de la Constitución Política del Ecuador, menciona que. “Las comunidades, pueblos, nacionalidades indígenas, el pueblo afroecuatoriano, el pueblo montubio y las comunas forman parte del Estado ecuatoriano, único e indivisible”.*

*Art. 62.- La cultura es patrimonio del pueblo y constituye elemento esencial de su identidad. El Estado promoverá y estimulará la cultura, la creación, la formación artística y la investigación científica. Establecerá políticas permanentes para la conservación, restauración, protección y respeto del patrimonio cultural tangible e intangible, de la riqueza artística, histórica, lingüística y arqueológica de la nación, así como del conjunto de valores y manifestaciones diversas que configuran la identidad nacional, pluricultural y multiétnica. El Estado fomentará la interculturalidad, inspirará sus políticas e integrará sus instituciones según los principios de equidad e igualdad de las culturas.*

## **Ley Orgánica de Salud**

Dentro de la ley orgánica de salud se relatan sobre los derechos sexuales y reproductivos como se puntualiza a continuación (72):

*Art.6 numeral 2 Establece como responsabilidades del Ministerios de Salud Pública “Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud” y en el numeral 6 “Formular e implementar políticas programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permita la vigencia, respecto al goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos y declarar la obligatoriedad de la atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requieran.*

## **Código de la niñez y adolescencia**

En el capítulo 2 se establece sobre los derechos de supervivencia, planteándose metas para garantizar el bienestar del niño, a continuación se citan artículos con respecto a lo expuesto (73) :

*Art. 25 El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños y adolescentes crearan las 17 condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre y el niño o la niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños y niñas con peso inferior a 2500 gr.*

*El plan nacional de desarrollo del ecuador 2007-2010, establece como metas para el sector salud hasta el año 2010, reducir el 25% de la mortalidad de la niñez, reducir el 25 % de la mortalidad infantil, reducir el 35% de la mortalidad neonatal precoz y reducir el 30% de la mortalidad materna, reducir el 25% del embarazo adolescente. Y mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud.*

*Con acuerdo ministerial N° 0000253 de 11 de agosto del 2005 se declara Plan Nacional de la Reducción de la mortalidad materna con prioridad a la agencia Pública nacional.*

*QUE: Con memorando N° SNS-10-503-2088 del 14 de agosto del 2008, la dirección de normatización del sistema nacional de salud, solicita la elaboración del presente acuerdo ministerial y la derogatoria del acuerdo Ministerial. N° 0000253 del 11 de agosto del 2005; y En ejercicio de las Atribuciones Legales concedidas por los artículos 176 y 179 de la constitución política de la república del Ecuador y el artículo 17 del régimen jurídico y administrativo de la función ejecutiva.*

*Acuerda:*

*Art. 1. Declarar plan nacional de reducción acelerada de la muerte materna y neonatal y los capítulos normativos que lo integran como política pública prioritaria para el sector salud.*

*Art. 2. Aprobar y autorizar la publicación del plan de reducción acelerada de la muerte materna y neonatal y los capítulos normativos de la norma y protocolos de salud sexual y reproductiva que lo sustentan*

*1. Normas y protocolos de atención materna.*

*2. Normas y protocolos de atención neonatal.*

*3. Manual de estándares indicadores e instrumentos para medir la calidad de atención materno infantil.*

*3. Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuada.*

*Art. 3 Disponer la difusión a nivel nacional de los instrumentos señalados en los artículos precedentes para que sean aplicados obligatoriamente en todas las unidades operativas del sector salud. Tanto públicas como privadas.*

*Art. 4 Son responsables del seguimiento evaluación del plan de reducción acelerada de la muerte materna y neonatal y los capítulos normativos de la norma salud sexual y derechos reproductivos que lo integran. Las direcciones de gestión técnica del sistema nacional de salud, de normalización, gestión de servicios de salud y mejoramiento de la salud pública y el consejo nacional de salud Conasa.*

*Art 6. De la ejecución del presente acuerdo ministerial que entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el registro oficial, encárguese a las direcciones de gestión técnica del sistema nacional de salud de normalización, gestión de servicios de salud y mejoramiento de la salud pública.*

### **Plan Nacional para el Buen Vivir**

Dentro del Plan Nacional del Buen Vivir se ha enfatizado derechos a favor de la práctica de la medicina ancestral, como se detalla a continuación (74):

*El objetivo tres del (año 2009 – 2013), “Mejorar la calidad de vida de la población”. “Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos”.*

*Literal b, “Diseñar y aplicar protocolos interculturales que faciliten la implementación progresiva de la medicina ancestral y alternativa con visión holística, en los servicios de salud pública y privada”. En el literal d. “Reconocer, formar con perspectiva de género e incorporar agentes tradicionales y ancestrales en el sistema general de salud”.*

## 2.4.2 Marco Ético

### 2.4.2.1 Código Deontológico de Enfermería del Ecuador

Se señalará los articulados más relevantes en cuanto a aspectos éticos que contiene el Código de Ética del personal de enfermería del Ecuador (75):

*Art 1.- El Código de Ética de la Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros está constituido por un conjunto sistematizado de principios, normas directivas y deberes que orientan el ejercicio profesional de las enfermeras y enfermeros.*

*La educación permanente, el poseer un sistema de valores humanos y el manejo adecuado de la comunicación, permiten a la o el profesional de Enfermería, reflejar un comportamiento ético en su relación con las personas a su cuidado, con sus colegas, los miembros del equipo de salud y la sociedad en general, lo que a su vez les asegurará respetabilidad y reconocimiento laboral y social.*

*El desarrollo a escala humana exige de las personas el respeto y la práctica de los siguientes valores humanos: la justicia, la libertad, la solidaridad, la equidad, la verdad, la honestidad, la responsabilidad, la ecuanimidad, la honradez y el respeto, por lo tanto la enfermera y el enfermero, tanto en su vida personal como profesional deben respetarlos y practicarlos cotidianamente.*

*Art. 4.- Las faltas y violaciones a la Ética de acuerdo al presente Código, se refieren al comportamiento ético y serán sancionadas por el respectivo Tribunal de Honor. Constituye falta grave contra la Ética, el no denunciar las infracciones en contra de este Código, cometidas por una enfermera o enfermero. Constituye obligación de toda enfermera o enfermero conocer y acatar las disposiciones legales vigentes en Salud.*

*Art. 13.- La enfermera o enfermero deben respetar la escala de valores, la ideología y religión de la persona, familia y comunidad.*

*Art. 14.- La enfermera o enfermero deben respetar y no hacer discrimen por nacionalidad, raza, color, religión, edad, sexo, opinión política o condición social.*

*Art. 20.- La enfermera o enfermero podrán participar en investigaciones clínicas que no atenten contra la ética y la moral y además deberán obtener el consentimiento libre de la o las personas que autoricen realizarlas, luego de una explicación detallada de la naturaleza y riesgo de las mismas.*

*Art. 21.- La enfermera o enfermero están obligados a denunciar ante organismos locales, nacionales o internacionales la práctica de tortura física o mental a pacientes refugiados, presos políticos o comunes, así como aquellos que, sean víctimas de violencia intrafamiliar.*

*Art. 22.- La enfermera o enfermero deben respetar los derechos de todo paciente, particularmente de los enfermos terminales y los de sus familias.*

*Art. 29.- La enfermera o enfermero deben tener fortaleza para rechazar imposiciones, adulaciones y cualquier otra acción que pudiera inducirlos a cometer irregularidades que falten a la ética.*

*Art. 31.- La enfermera o enfermero que se apropien de trabajos científicos ajenos, cometen una grave falta a la ética.*

*Art. 40.- Faltarán gravemente a la ética profesional:*

- *La enfermera o enfermero que provoquen, difamen, calumnien o injurien a un colega en su ejercicio profesional o en su vida personal.*
- *La enfermera o enfermero que no respete las líneas de autoridad y traten de desplazar a un colega mediante procedimientos ilícitos o desleales.*

- *La enfermera o enfermero que distorsionen o se nieguen a proporcionar información relacionada con la atención de pacientes o familias bajo su cuidado y que altere la convivencia normal.*

## **CAPÍTULO III**

### **3. Metodología de la investigación**

#### **3.1 Diseño de la investigación**

El diseño de estudio de esta investigación es cuali-cuantitativo y no experimental. Es cualitativa debido a que se utiliza predominantemente información que permitirá recoger, procesar y analizar características y formas que se dan en el grupo de estudio y con ello se determinará la caracterización de la atención del parto tradicional, y cuantitativa porque existen variables que necesitan ser recopiladas y analizadas numéricamente para obtener la construcción de resultados verídicos, minimizando el índice de errores. Se trata de una investigación no experimental debido a que no se caracteriza por la introducción y manipulación del factor causal o de riesgo, sino que se observan los fenómenos en su ambiente para después analizarlos.

#### **3.2 Tipo de la investigación**

La investigación es de tipo descriptiva y transversal. Es descriptiva porque va a analizar y detallar las características de la atención del parto tradicional en la Nacionalidad Cofán de Dureno, los datos encontrados tendrán un impacto en los habitantes de dicha comunidad ya que se llegará a conocer su cosmovisión, costumbres y actitudes predominantes. Es transversal porque la investigación toma una muestra instantánea del grupo de estudio en un momento determinado y busca las causas y la explicación de los hechos que se estudian.

#### **3.3 Localización y ubicación del estudio**

La presente investigación tiene lugar en la Provincia de Sucumbíos, ubicada en el extremo nororiental del Ecuador; específicamente en la Parroquia Dureno la cual se encuentra situada en el extremo sureste del cantón Lago Agrio, dentro de la cual se

encuentra nuestro grupo de estudio, las mujeres de Nacionalidad Cofán que presenten las características que se describen a continuación..

### **3.4 Población**

La Nacionalidad Cofán ubicada en la parroquia de Dureno se estima que existen 500 habitantes aproximadamente.

#### **3.4.1 Universo**

El universo de la presente investigación estuvo constituido, por la totalidad de las mujeres embarazadas, en edad fértil y por aquellas personas que se dedican a la atención del parto domiciliario y que viven en la comunidad Cofán de la Parroquia Dureno.

#### **3.4.2 Muestra**

La muestra de la investigación se constituyó por todas las mujeres que estaban embarazadas, aquella que tenían hijos menores de cinco años que dieron a luz en sus domicilios y por las personas destinadas a la atención del parto tradicional, residentes en la parroquia Dureno de la Nacionalidad Cofán.

#### **3.4.3 Criterios de inclusión**

- Mujeres en estado de gestación.
- Madres de niños menores de 5 años, que dieron a luz en un domicilio
- Personas que se dedican a la atención del parto tradicional.
- Aquellas personas antes mencionadas que acepten formar parte del grupo en estudio

#### **3.4.4 Criterios de exclusión**

- Aquellas personas que no acepten formar parte del grupo en estudio.

## **3.5 Operacionalización de variables**

### **3.5.1 Variables Independientes**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Objetivo.-</b> Caracterizar socio-demográficamente al grupo en estudio.</li> </ul>				
Variable	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala
Factores Sociodemográficos	Conjunto de características sociales y demográficas relacionados con la condición de vida de la embarazada de una comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> </ul>	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de 18 años</li> <li>• De 19 a 29 años</li> <li>• De 30 a 39 años</li> <li>• De 40 años o más</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado civil</li> </ul>	Establecido por el registro civil en la cédula	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero</li> <li>• Casado</li> <li>• Unión libre</li> <li>• Viudo</li> <li>• Divorciado</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de instrucción</li> </ul>	Años escolares aprobados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• Primaria incompleta</li> <li>• Primaria completa</li> <li>• Secundaria incompleta</li> <li>• Secundaria completa</li> <li>• Superior</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etnia</li> </ul>	Autodefinición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blanco</li> <li>• Mestizo</li> <li>• Indígena</li> <li>• Afrodescendiente</li> <li>• Otro</li> </ul>

• <b>Objetivo.-</b> Identificar los elementos que intervienen en la decisión de realizar el parto en el domicilio.				
<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Escala</b>
Elementos que interviene en la elección del parto domiciliario	Conjunto de ciertas características como: circunstancias personales, valores, creencias, experiencias previas personales y/o desconocidas, miedos, percepciones de riesgo y seguridad, apoyo familiar y recursos económicos que influyen en la toma de decisiones para realizar el parto en casa.	Razones para dar a luz en la comunidad	Percepción de la parturienta al dar a luz.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costumbre.</li> <li>• Confianza en quien atenderá su parto.</li> <li>• Distancia a una unidad hospitalaria</li> <li>• Discriminación y mala atención hospitalaria.</li> <li>• Temor a procedimientos médicos.</li> <li>• Factores económicos.</li> </ul>

• <b>Objetivo.-</b> Identificar la posición de mayor elección en el momento del parto tradicional.				
<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Escala</b>
Posición para el parto	Posición elegida por la parturienta para poder dar a luz con más comodidad y con ello procurar respetar la fisiología natural del parto.	Posición de preferencia de las parturientas	Posición en la que las mujeres se han sentido más cómodas y más seguras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acostada</li> <li>• Sentada</li> <li>• Cuclillas</li> <li>• Posición de pie sujeta por su pareja</li> <li>• Posición para gatear</li> <li>• Otra</li> </ul>
		Posición recomendada por quien atiende el parto	Según experiencia	<p>Cuál es la mejor posición que la parturienta debe adoptar durante la atención del parto? ¿Por qué?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acostada</li> <li>• Sentada</li> <li>• Cuclillas</li> <li>• Posición de pie sujeta por su pareja</li> <li>• Posición para gatear</li> <li>Otra</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Objetivo.-</b> Describir las prácticas y rituales llevados a cabo durante el parto tradicional en la comunidad de Dureno.</li> </ul>				
Variable	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala
Prácticas realizadas durante el parto	Acciones realizadas por un grupo de personas destinadas a atención del parto domiciliario según sus costumbres y tradiciones.	Quien atiende el parto	Persona que habitualmente atiende los partos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partera</li> <li>• Líder de la comunidad</li> <li>• Anciana</li> <li>• Esposo</li> <li>• Madre</li> <li>• Tía</li> <li>• Abuela</li> <li>• Otros</li> </ul>
		Acompañamiento durante el parto	Persona presente en el parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partera</li> <li>• Esposo</li> <li>• Familiares</li> <li>• Miembros de la comunidad</li> <li>• Nadie</li> </ul>
		Abrigo / vestimenta	Ropa usada durante este proceso.	¿Qué vestimenta usó durante el proceso del parto?
		Alimentación y uso de plantas medicinales	Productos ingeridos o bebidos durante el parto.	¿Qué alimentos y bebidas ingirió? ¿Por qué?
		Lavado de manos	Forma rutinaria de lavado para la atención del parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavado solo con agua preparada para el efecto</li> <li>• Lavado con agua preparada para el efecto más jabón</li> </ul>

Rituales realizadas durante el parto	Es el conjunto de bienes culturales o ritos que se transmite de generación en generación dentro de una comunidad y están profundamente relacionadas con su identidad.	Disposición final de la placenta	Actividad realizada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La enterra</li> <li>• La quema</li> <li>• La desecha</li> <li>• Ninguna</li> </ul>
		Preparativos para el parto	Insumos usados en la atención del mismo	¿Cómo prepara los materiales a utilizar para atender el parto?
		Actividades realizadas durante el parto	Procedimientos llevados a cabo por las parteras	¿Cómo se atiende el parto?
		Atención del RN	Procedimientos realizados al niño	Una vez que ya nació el bebé, ¿qué hace Ud. con él?

• <b>Objetivo.-</b> Identificar las complicaciones maternas y neonatales que se presentan en el parto tradicional de la comunidad de Dureno.				
<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Escala</b>
Complicaciones maternas	Anomalías presentes en la madre durante la gestación, parto o postparto que comprometen el estado de salud de la mujer.	Complicaciones referidas por la madre	Complicaciones durante el parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangrado</li> <li>• Desgarros</li> <li>• Ninguna</li> <li>• Otros</li> </ul>
			Complicaciones después del parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Molestias urinarias</li> <li>• Sangrado</li> <li>• Infección postparto</li> <li>• Ninguna</li> <li>• Otros</li> </ul>
		Complicaciones referidas por la partera	Complicaciones presentes en la atención del parto domiciliario	¿Cuáles son los problemas más frecuentes que se le han presentado durante la atención del parto?, ¿qué hace ud. ante esos problemas?

Complicaciones neonatales	Problemas presentes en el niño menor de 28 días de vida que afectan a su estado de salud.	Complicaciones referidas por la madre	Complicaciones durante el parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas oculares</li> <li>• Problemas de la piel</li> <li>• Infección del cordón umbilical</li> <li>• Ninguno</li> <li>• Otros</li> </ul>
			Complicaciones después del parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas oculares</li> <li>• Problemas de la piel</li> <li>• Infección del cordón umbilical</li> <li>• Ninguno</li> <li>• Otros</li> </ul>
		Complicaciones referidas por la partera	Complicaciones presentes en la atención del parto domiciliario	¿Cuáles son los problemas más frecuentes que se le han presentado durante la atención del parto?, ¿qué hace ud. ante esos problemas?

### 3.6 Métodos de recolección de información

<b>Técnica</b>	<b>Instrumentos</b>
Revisión bibliográfica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fichaje</li><li>• Tesis de grado</li><li>• Artículos científicos</li><li>• Libros</li></ul>
Entrevista	<ul style="list-style-type: none"><li>• Encuesta</li></ul>

#### 3.6.1 La Encuesta

El tipo de encuesta es descriptiva porque busca reflejar o documentar las actitudes y condiciones presentes del objeto de estudio, esto significa intentar descubrir las características de la atención del parto tradicional en la Nacionalidad Cofán en el momento en que se realiza la encuesta.

### 3.7 Análisis de datos

Con el fin de analizar la información obtenida de nuestra población de estudio y dado que las categorías observadas son de tipo cuali-cuantitativo se optó por hacer un análisis de tipo descriptivo- narrativo en la cual se describió toda la información obtenida por las parteras investigadas conforme fue relatado. Además para analizar la información obtenida por parte de las mujeres que verificaron haber tenido parto domiciliario se realizó un proceso de revisión crítica de la información recopilada, se tabuló en una base de datos realizada en el programa Microsoft Excel 2010. Se analizaron los datos obtenidos y se expresó en gráficos de barras para una mayor asimilación, posterior se realizó el análisis e interpretación de datos, de ese modo se logró inferir las conclusiones.

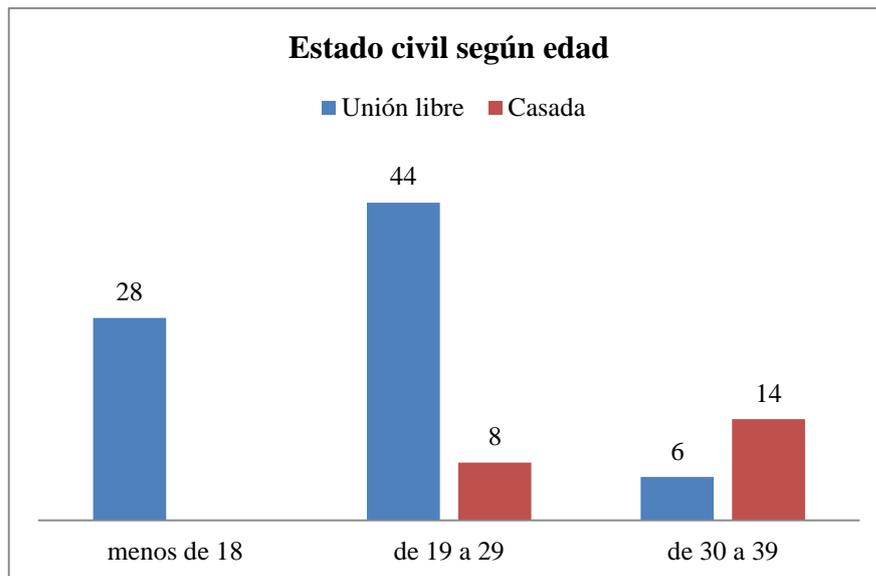
## CAPÍTULO IV

### 4. Resultados de la Investigación

Para obtener los resultados de esta investigación se ha diseñado una encuesta que satisfaga los objetivos planteados, la misma que ha sido aplicada a todas aquellas personas que se encuentran dentro de los criterios de inclusión, con los datos obtenidos se ha creado una base de datos en el programa Microsoft Excel 2010, los mismos que posteriormente fueron tabulados y representados en gráficos de barras, a continuación se presentan los principales resultados:

#### 4.1 Datos sociodemográficos

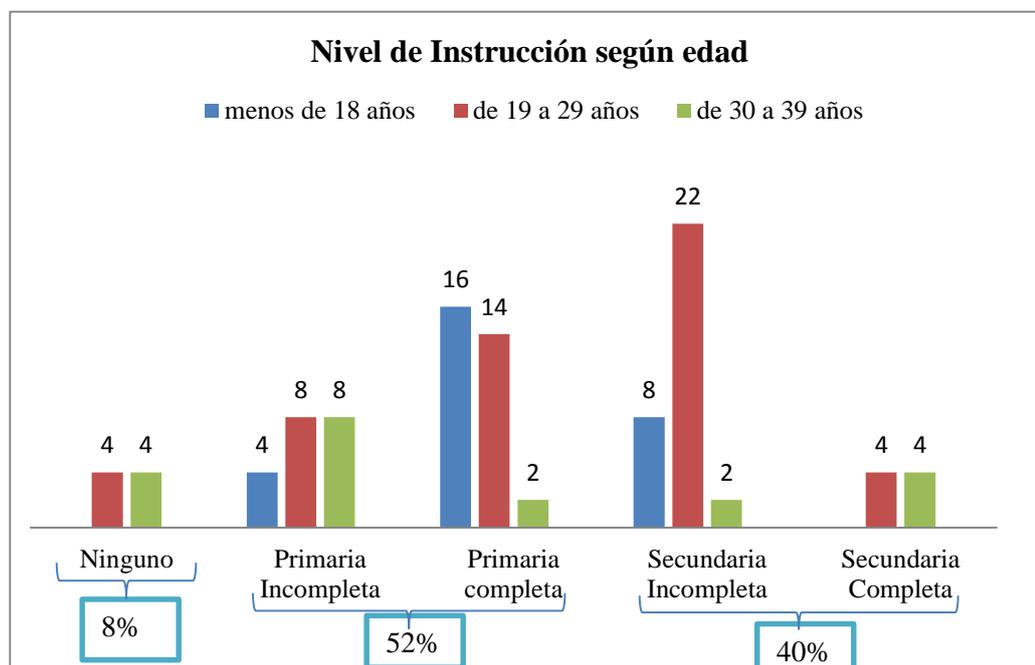
**Gráfico 1.** Estado civil y edad del grupo de estudio



**Análisis:** Se evidencia que el 78% de las mujeres refieren que su estado civil es unión libre, mientras que el 22% de las encuestadas dicen estar casadas, la población más predominante dentro del grupo de estudio son mujeres mayores de 19 años, es decir aquellas que se encuentran en edad fértil y reproductiva. Según datos estadísticos obtenidos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC

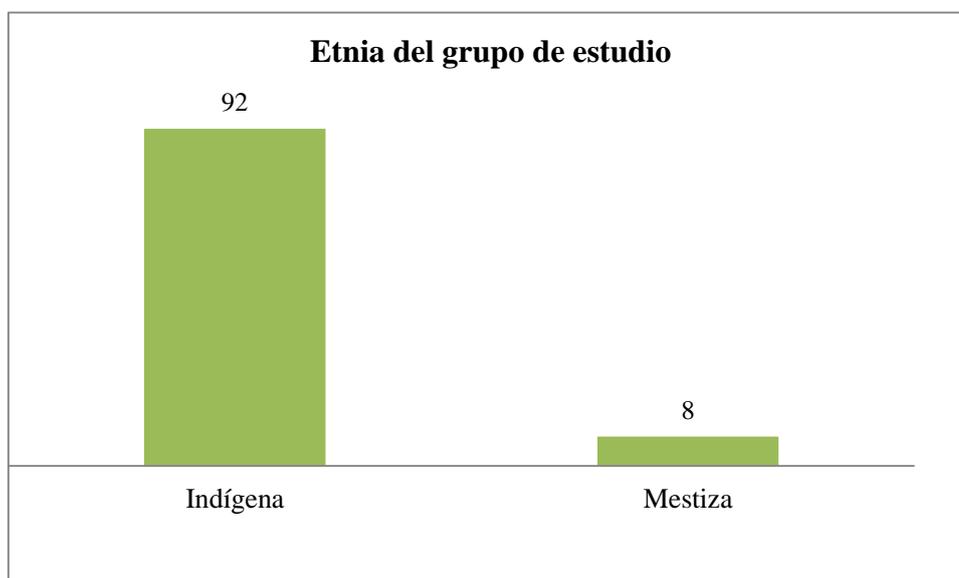
Ecuador), se evidencia que el índice de matrimonios en la provincia de Sucumbíos es relativamente bajo en comparación con las demás provincias del Ecuador (76). En la actualidad se puede observar que la mayoría de las mujeres de la nacionalidad Cofán-Dureno han decidido vivir en unión o libre, principalmente aquellas mujeres que no han cumplido la mayoría de edad y de igual manera en aquellas que sobrepasan los 19 años el índice de matrimonios es sumamente bajo.

**Gráfico 2** Nivel de instrucción y edad del grupo de estudio



**Análisis:** Se aprecia que el 52% del grupo de estudio dentro de su instrucción educativa tan solo han alcanzado la primaria, y el 8% de aquellas mujeres de 19 años en adelante aún viven en el analfabetismo. En las últimas estadísticas presentadas por el Ministerio de Educación del Ecuador, se evidencia que en la provincia de Sucumbíos las tasas de años de escolaridad son del 9.16% y el 5.3% corresponde a las tasas de analfabetismo. La tasa de escolaridad en las zonas rurales tiene una diferencia cercana a los 5 años de escolaridad con respecto a las zonas urbanas (77). Dentro de la nacionalidad Cofán el nivel educativo es relativamente bajo, ya que la mayoría no ha logrado alcanzar la educación básica, y otros ni siquiera pueden leer ni escribir, aunque en los últimos años gracias a los aportes del Gobierno se ha logrado disminuir índices de analfabetismo principalmente en zonas rurales como estas.

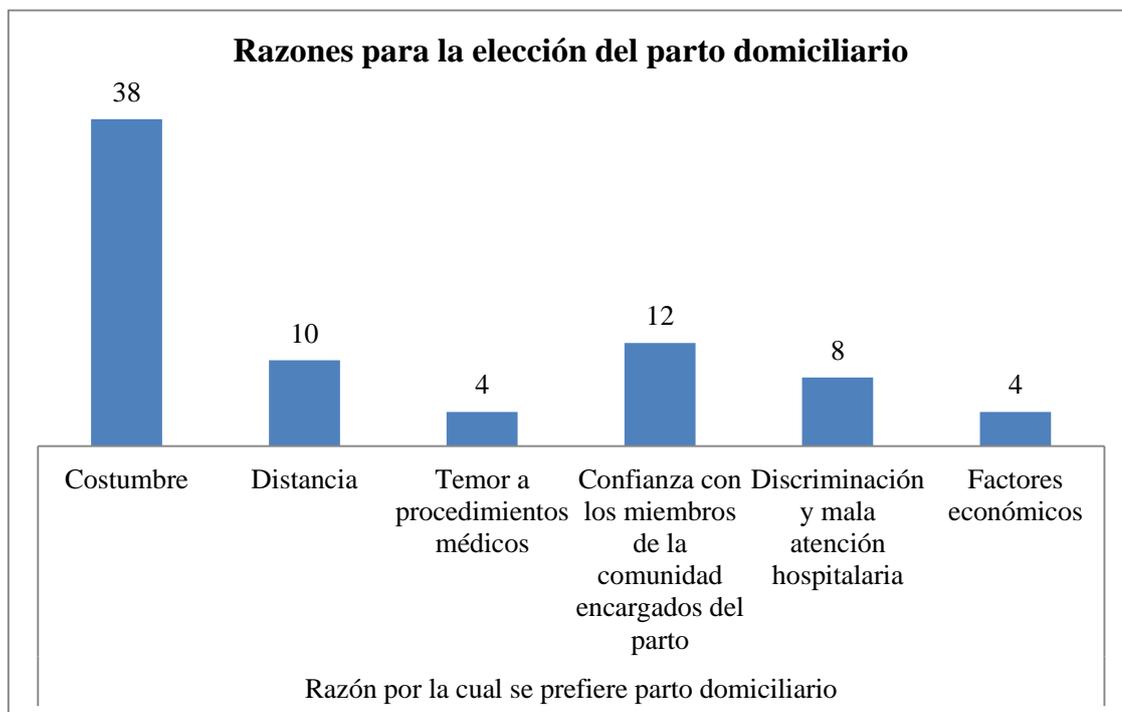
**Gráfico 3.** Etnia de la Población de estudio



**Análisis:** Se pudo evidenciar que el 92% del grupo de estudio se autoidentifican como indígenas de la Nacionalidad Cofán, mientras que el 8% como mestizas. Según datos del INEC en el Ecuador se han registrado 13 nacionalidades indígenas, de las cuales 8 se ubican en la Amazonía, 4 en la Costa y 1 en la Sierra. De las que se ubican en la Amazonía se encuentra que en Sucumbíos existe el asentamiento de las siguientes; A'Í Cofán, Secoya, Siona y Shuar (14). La mayoría de los habitantes de la comuna son indígenas nativos de la Nacionalidad Cofán, el reconocimiento de esta Nacionalidad se ha dado gracias a que el Ecuador es un Estado pluricultural y multiétnico; por otra parte, la existencia del mestizaje en la comunidad se da por el asentamiento de diferentes culturas en la provincia de Sucumbíos, quienes han decidido migrar hacia la comuna.

## 4.2 Elementos que intervienen en la decisión de realizar el parto en el domicilio.

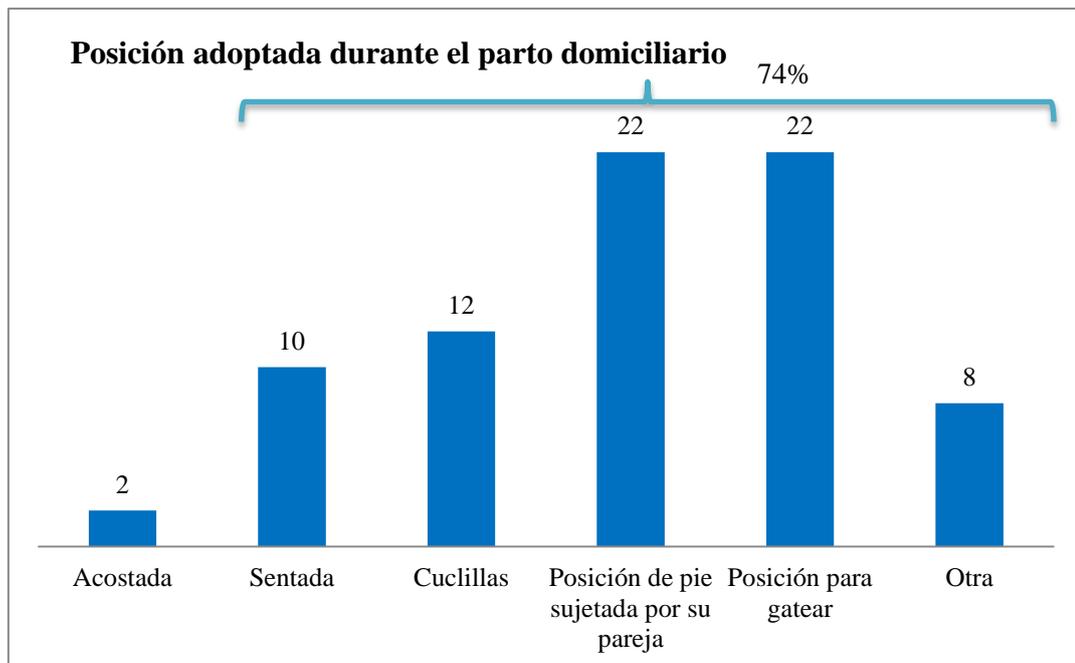
**Gráfico 4.** Razones por las cuales prefieren el parto domiciliario



**Análisis:** Existen varias razones por las cuales las mujeres Cofán eligen la opción del parto domiciliario, el 38% lo prefieren por costumbre. En un estudio realizado en Callao-Perú, se encontró que las mujeres que prefieren el parto domiciliario son aquellas de procedencia rural, de bajo nivel educativo, con antecedentes de partos domiciliarios, con embarazos no deseados y aquellas que no tienen atención prenatal (67). La costumbre ha sido el factor fundamental para que las mujeres de la nacionalidad Cofán elijan el parto tradicional como primera opción, ya que durante años esta práctica ha sido transmitida de generación en generación. En varias investigaciones se afirma que la distancia es la principal causa para que las personas de zonas rurales no acudan a los puestos de salud, como podemos observar en este caso este parámetro no es muy significativo puesto que cerca de la comuna se ubica un centro de salud y a unos cuantos kilómetros el hospital provincial.

### 4.3 Posición para el parto domiciliario

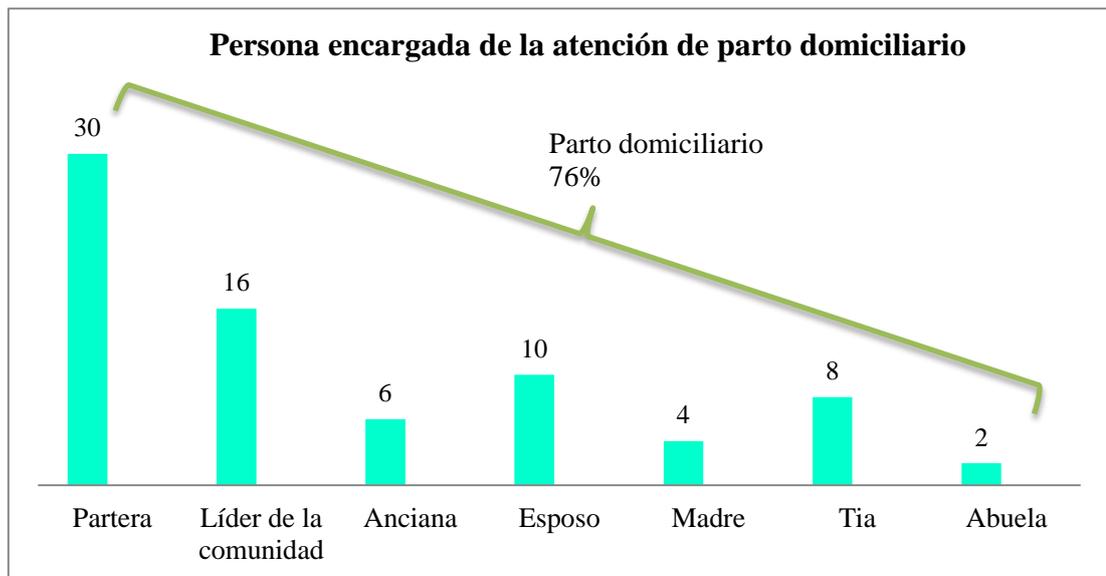
**Gráfico 5.** Posición adoptada por las parturientas durante el parto domiciliario



**Análisis:** Se evidenció que el 74% del grupo de estudio prefirió dar a luz en posición vertical, especialmente en la variante en la cual la mujer se encuentra de pie sujeta por su pareja y la posición para gatear con el 22% cada una; mientras que tan solo el 2% de las encuestadas dieron a luz acostadas. En un estudio de revisión bibliográfica se determina que desde la antigüedad se ha colocado a la mujer en posición vertical a la hora de parir, es más, las culturas precolombinas, utilizaban principalmente la posición de cuclillas, arrodillada o sentada (9). Las posiciones verticales son las más usadas al momento del parto por las mujeres de la comunidad Cofán, utilizan las diferentes variantes de acuerdo a su comodidad, ya que estas ayudan a mejorar la oxigenación de la parturienta y brindan mayor fuerza en el período expulsivo y el alumbramiento.

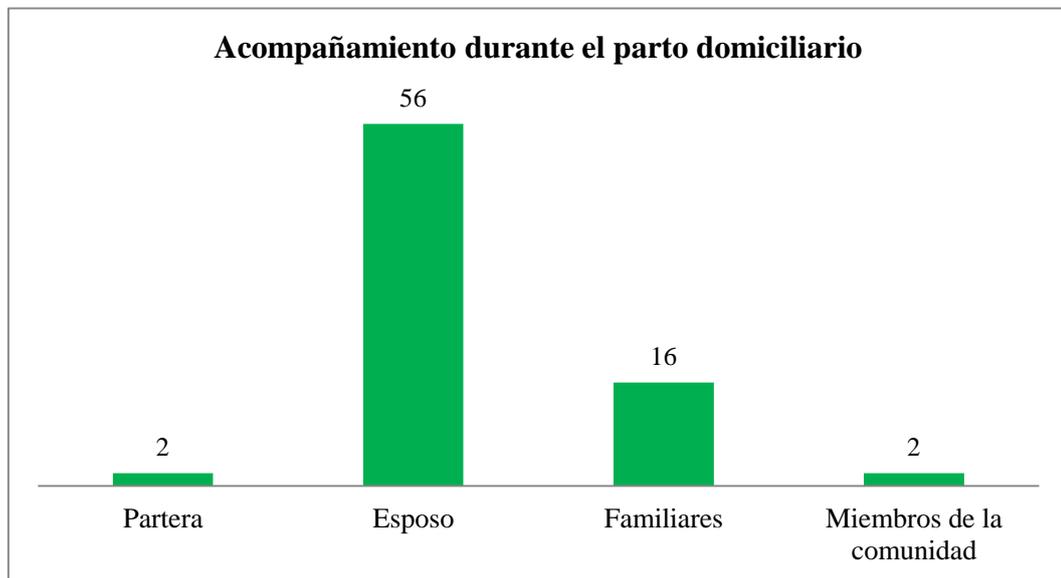
#### 4.4 Prácticas y rituales llevados a cabo por la Comunidad Cofán durante el parto tradicional en la Parroquia Dureno.

**Gráfico 6.** Persona encargada de la atención del parto domiciliario



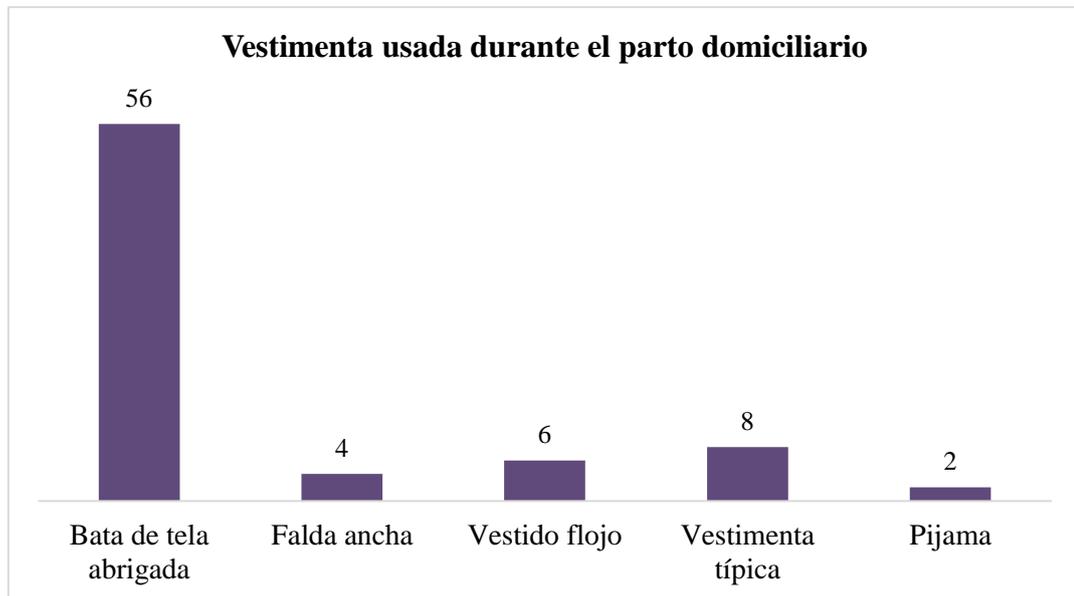
**Análisis:** Del total de población encuestada encontramos que en la nacionalidad Cofán-Dureno predominantemente se produce el parto en el domicilio con un 76%, del cual el 30% corresponde a la atención brindada por las parteras; también se encontró que en el 10% de los partos fue el mismo esposo quien lo atendió. Estudios bibliográficos muestran que el 65% de partos en zonas rurales han sido domiciliarios y atendidos por parteras y familiares. Además con el afán de conservar las costumbres y tradiciones de cada pueblo se observa que en países desarrollados como Holanda cerca del 40% de mujeres dan a luz en su domicilio, y en Reino Unido más del 60% entre casas de nacimientos y hospitales, pero mediante “parto no intervencionista” (78). La bibliografía citada y los resultados de nuestra investigación guardan gran concordancia ya que las mujeres de la nacionalidad Cofán eligen como primera opción el parto en el domicilio debido a que la atención es personalizada y realizada por personas de su confianza, quienes además comparten sus mismas creencias, costumbres y tradiciones.

**Gráfico 7.** Acompañante durante el parto domiciliario



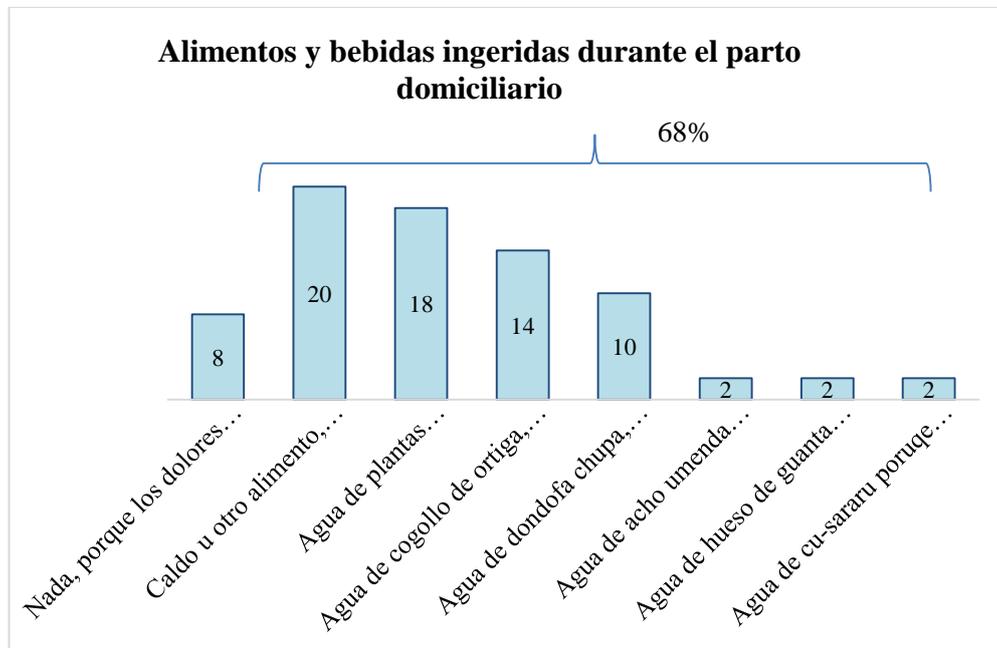
**Análisis:** Se evidencia que en el 56% de los partos domiciliarios la mujer estuvo acompañada por el esposo, tan solo hubo un 2% que refirieron que en el momento del parto se encontraban solo con la partera o algún miembro de la comunidad. Las parteras tradicionales del valle del Río Cimitarra prefieren que la mujer durante el trabajo de parto esté acompañada de algún miembro de la familia o de sus vecinos, porque estos son de gran ayuda para la embarazada y la partera (48). En la comuna Cofán las mujeres durante el parto siempre se encuentran en compañía de alguien, en especial de su esposo, ya que él es la persona más idónea para compartir este acontecimiento, garantizar el bienestar de la ella y su hijo y fortalecer el vínculo familiar. En el hospital se violenta contra este derecho, razón por la cual el no acompañamiento es considerado una barrera ante el acceso a los servicios de salud pública.

**Gráfico 8.** Vestimenta usada durante el parto domiciliario



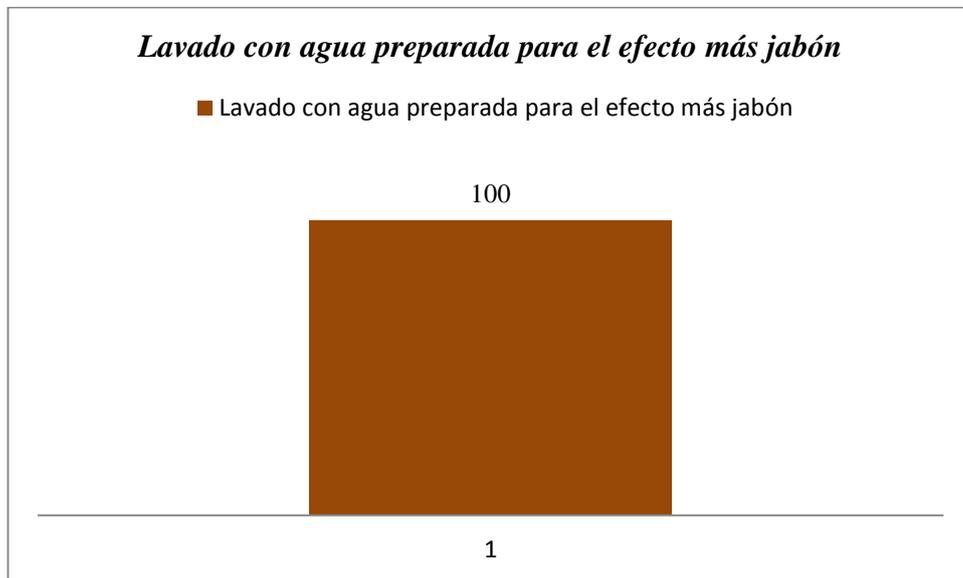
**Análisis:** El 56% del grupo de estudio durante la atención del parto en el domicilio usa con mayor frecuencia una bata de tela, que sea abrigada, holgada y cómoda. En algunos establecimientos de salud pública del Ecuador ya se ha implementado la adecuación intercultural del parto, en donde se ha elaborado vestimenta adecuada para el parto cultural, como son las batas de franela, abrigadas y con una abertura en la parte del abdomen lo que facilita la evaluación obstétrica (4). En general la vestimenta de preferencia para el parto de los diferentes pueblos indígenas coinciden en batas holgadas, cómodas, abrigadas y sobre todo que respeten su intimidad, sin ser la excepción las mujeres de la comuna Cofán, como podemos evidenciar que prefieren batas con iguales características.

**Gráfico 9.** Alimentos y bebidas ingeridas durante el parto domiciliario



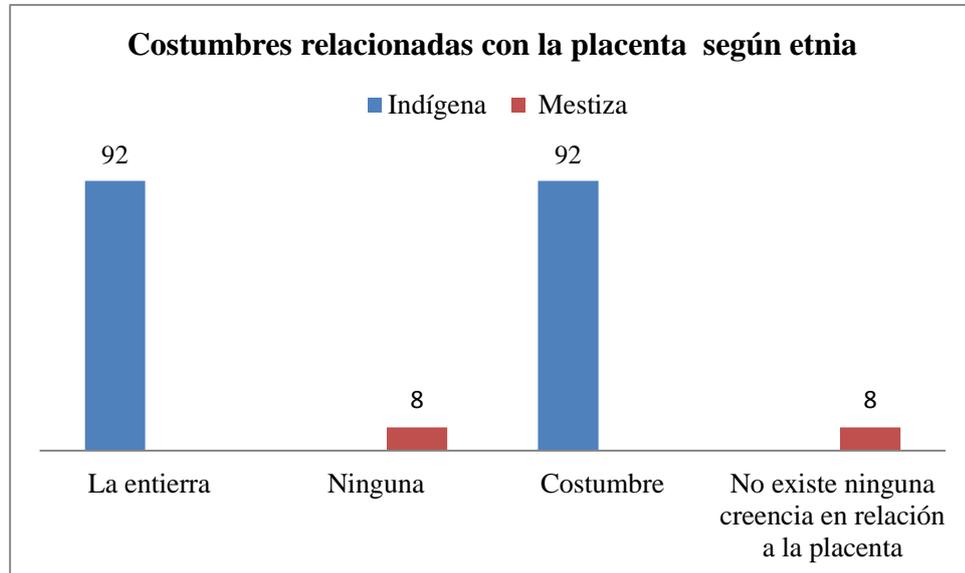
**Análisis.-** El 68% de las mujeres encuestadas refirieron haber ingerido algún alimento o bebida durante el parto. El 20% del grupo de estudio dijo haber ingerido caldos u otros alimentos. En cuanto al uso de plantas medicinales se encontró que la ortiga fue utilizada en el 14% de los partos como un inductor natural. Un estudio cualitativo realizado en Guatemala en el municipio de Santa Apolonia del departamento de Chimaltenango asegura que las comadronas aconsejan la ingestión de alimentos y bebidas según el deseo de la paciente, refieren que pueden comer de todo, excepto, ejote, pescado y papa, ya que los consideran como alimentos fríos (79). Al igual que en otras culturas del mundo, en la nacionalidad Cofán-Dureno las mujeres tienen por costumbre consumir algún tipo de alimento para conservar la fuerza y energía durante el proceso del parto. El uso de plantas medicinales es muy común en esta comunidad, ya que mediante el principio activo de las mismas se controla cada una de las etapas de parto. El agua de cogollo de ortiga es la más utilizada por los múltiples beneficios que brinda.

**Gráfico 10.** Lavado de manos



**Análisis:** El 100% de las personas destinadas a la atención del parto manifestaron que previo al mismo se lavan las manos con agua preparada para el efecto más jabón. En la cultura mapuche las parteras se realizan el aseo de las manos en agua tibia de matico con el propósito de desinfectarse las manos, puesto que no utilizan guantes de ningún tipo (55). Los hallazgos referidos difieren de los resultados encontrados en nuestra investigación, ya que la desinfección de las manos previo a la atención del parto en la comunidad Cofán la hacen únicamente con agua previamente hervida para el efecto y jabón antibacterial, proceso que a la larga muestra ser beneficioso ya que la incidencia de infecciones durante el parto es relativamente baja. El uso de guantes es muy escaso, ya que el único que los utiliza es el líder de la comunidad.

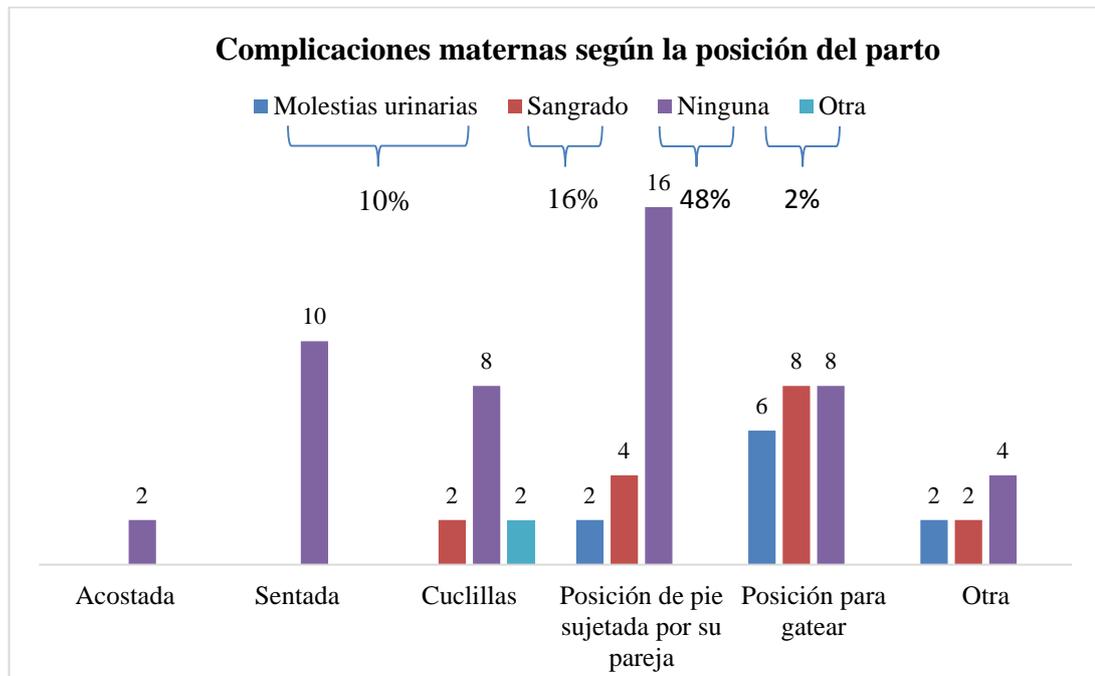
**Gráfico 11.** Costumbres relacionadas con la placenta y etnia del grupo de estudio



**Análisis:** El gráfico nos revela que el 92% de las mujeres que se autodenominan como indígenas tienen como costumbre enterrar la placenta en algún lugar de la comunidad, mientras que el 8% restante corresponde a las de autoidentificación mestiza, las cuales afirman no realizar ningún procedimiento con la placenta ya que en su cultura no existe ninguna creencia en relación a esto. Desde la perspectiva del enfoque intercultural Peruano, la placenta debe ser entregada a los miembros familiares de la mujer, especialmente al esposo, para que según sus costumbres locales, la incineren o la entierren (80). Otras culturas mexicanas refieren vestirle a la placenta de acuerdo al sexo del nuevo ser, ya que suponen es el espíritu del niño (48). Las investigaciones anteriormente citadas y los resultados de nuestra investigación convergen con respecto a la idealización de la placenta, aunque cabe resaltar que no todas las culturas realizan los mismos rituales, ya que en la nacionalidad Cofán solamente la entierran, pero con la creencia de que no se la debe enterrar muy profundo porque los dientes del niño se enraizarán demasiado y serán de dificultosa extracción, ya que relacionan íntimamente la inserción de las piezas dentales con la profundidad en la cual se entierre la placenta. Complicaciones maternas y neonatales.

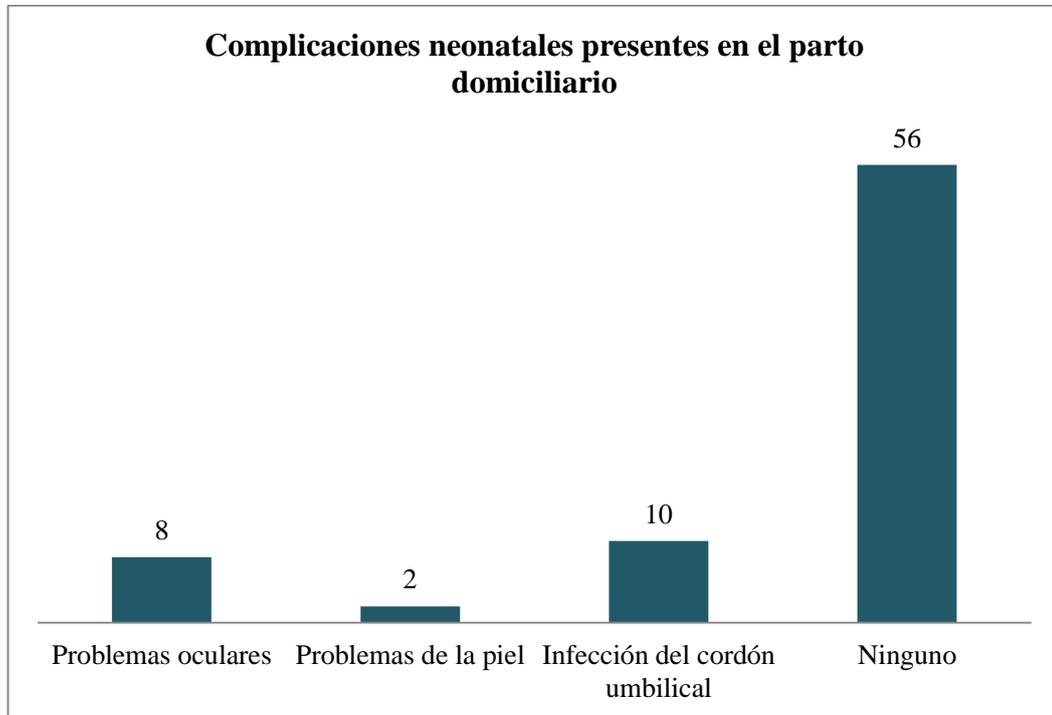
## 4.5 Complicaciones maternas y neonatales

**Gráfico 12.** Complicaciones maternas y la posición elegida durante el parto



**Análisis:** Se evidencia que el 48% del grupo de estudio no ha tenido ninguna complicación durante el parto en el domicilio, especialmente utilizando la posición en la cual la mujer se encuentra de pie sujeta por su pareja. Entre las complicaciones más frecuentes se encontró que el sangrado ocupó el 16%. El 2% refirió haber tenido otras complicaciones diferentes a las descritas, como: cefalea y malestar general. Según datos arrojados en una investigación realizada en el hospital Raúl Maldonado Mejía se encontró que las mujeres que dieron a luz en posición vertical no presentaron diferencias estadísticamente significativas referentes a las complicaciones maternas que las que dieron en forma horizontal (81). En la nacionalidad Cofán el índice de complicaciones maternas durante la atención del parto domiciliario es relativamente bajo, este hallazgo puede ser símbolo de controversia, ya que todos creen que en este tipo de parto se aumentan los índices de morbi-mortalidad materna, como afirman algunas investigaciones. Además se determinó que las posiciones verticales adoptadas durante el parto guardan mucha relación con la disminución de complicaciones maternas.

**Gráfico 13.** Complicaciones neonatales presentes en el parto domiciliario



**Análisis:** Los datos encontrados arrojaron que en el 56% de los partos domiciliarios no hubo ninguna complicación neonatal. Se evidenció que la complicación más frecuente es la infección del cordón umbilical con el 10%, y una minoría del 2% tuvo problemas de la piel. Datos recogidos de 12 artículos evidenciaron que 342056 partos fueron realizados en el domicilio, y 207551 en el medio hospitalario, con el análisis de estos han llegado a la conclusión que existe un aumento de mortalidad neonatal (triple) en los nacimientos en domicilio (66). Se evidencia que en la comuna Cofán-Dureno casi no se presentan complicaciones neonatales, dichos resultados se contraponen ante a los hallazgos encontrados en la revisión bibliográfica. Lo que se ha encontrado es que posiblemente por la falta de asepsia o esterilización de los materiales utilizados para el corte del cordón umbilical existen infecciones del mismo, además otros problemas que se presenta son los oculares y de la piel pero en menor prevalencia.

#### ***4.6 Descripción CUALITATIVA de las prácticas aplicadas por las parteras:***

**Posición**, es elegida por la mujer, a gusto y preferencia de ella, ya que en todo momento se busca su confort y comodidad. Las parteras en lo personal manifiestan que prefieren una variante de la posición vertical en la cual la mujer se sostiene de una cuerda, la misma que está colgando de una vara o tabla colocada dentro de la casa, o en la posición de rodillas, ya que refieren que estas posiciones permiten mayor control sobre la embarazada y ayudan a que el parto se produzca rápido.

**Materiales para la atención del parto**, antes de atender el parto en primer lugar se encomiendan a seres supremos pidiendo por el bienestar de la madre y el RN, luego preparan todos los materiales que utilizarán, especialmente el agua de las plantas medicinales y algunos preparados a base de animales. Los materiales más usados son: guantes (opcional), tijeras o gillette, hilo previamente desinfectado, perilla de succión (opcional), paños, toallas, compresas, pañales, ropa para el bebé, agua hervida, jabón, baldes o tina y fundas.

**Descripción de la atención del parto**, el primer procedimiento es el lavado de manos, utilizando agua previamente hervida y jabón. En el caso del líder de la comunidad, utiliza guantes de manejo, ya que según los conocimientos que posee, manifiesta que es una barrera de protección para él y para la parturienta. Una vez listo el material necesario para el parto, piden a la mujer que se ponga lo más cómoda posible, le realizan el último control, y dependiendo el resultado del tacto, ordenan a la embarazada que deambule dentro de la casa, ella en todo momento puede comer y beber caldos o lo que desee, para conservar la fuerza y energía para el parto; algunas parteras, tienen por costumbre colocarles ciertas injundias (mantecas o grasas de animales) a la mujer en el vientre, porque suponen esto facilita la expulsión del bebé, de la placenta y se evitan los desgarros perineales, así mencionan que el colocar manteca de lagarto ayuda a mantenerlo cálido y de esta manera se facilita el proceso del parto. Además mencionan las tomas de agua de plantas como la "hoja de boa", el "cogollo de ortiga" o la "dondofa chupa" como un inductor natural al parto, ya que refieren que estas plantas producen más contracciones y aceleran el proceso del

mismo. Una vez que la parturienta ya presenta dolores más intensos, realizan el aseo perineal con agua previamente hervida y jabón, para evitar infecciones posteriores, anteriormente brindan educación a la mujer de cómo y cuándo pujar, luego les solicitan que escojan la posición con la cual se sientan más cómodas, y dando unos pequeños masajes en el vientre les piden que pujen, algunas parteras protegen el periné con un paño para evitar que este se desgarre. Una vez que el bebé es expulsado le reciben en un pañal de tela y le realizan la limpieza de secreciones para evitar asfixias (el líder de la comunidad en cambio realiza aspiración de secreciones bucofaríngeas y nasales con la perilla de succión). Una vez que ya han recibido al bebé lo colocan sobre el vientre materno para fomentar el vínculo madre-hijo. Luego se espera el alumbramiento, que por lo general se produce rápidamente, y en el caso que haya retención de placenta manifiestan que enseguida realizan ciertos procedimientos como: poner a lactar al bebé y dar masajes en los pezones; otras parteras en cambio, frotan el vientre de la mujer con manteca de guanta para aumentar la temperatura y fomentar el alumbramiento, o en otros casos raspan el hueso de la cabeza de la guanta hasta que salga un polvillo fino, y con ello realizan una infusión y dan a beber a la parturienta; en casos más complicados, llaman al Yachak para que les haga soplar una botella, con esta fuerza se expulsa la placenta al exterior rápidamente, y luego de esto golpean el vientre de la mujer con el pantalón de su esposo para prevenir los desgarros. Una vez que la placenta ya ha salido por completo, revisan que esté completa y si es así, en ese instante proceden a cortar el cordón umbilical ya sea con tijeras o con guillete (el líder de la comunidad refieren que esperan tres minutos para cortarlo), este corte lo realizan contando cuatro dedos desde el ombligo del bebé hacia el exterior, y luego lo amarran con un hilo previamente desinfectado en agua hervida. Por último brindan a la mujer agua de "hoja de ñame" o de "añanusi" para aliviar el dolor postparto, o bien refieren que cuando el vientre de la mujer sigue inflamado piden al esposo que con los pies le pise el abdomen para facilitar la expulsión de sangre retenida y fomentar alivio a la mujer.

**Atención inmediata del recién nacido.-** Una vez que el bebé ya nace le realizan la limpieza y aspiración de secreciones como ya se mencionó anteriormente, luego fomentan el apego precoz, higienizan al recién nacido con agua tibia, le brindan

abrigo para que no pierda calor. Para prevenir infecciones oftálmicas aconsejan colocar una gota de leche materna en cada ojo del bebé, refieren esto haber aprendido de sus antepasados. Por último le entregan el bebé a la madre para iniciar la lactancia materna y promover el vínculo afectivo entre los dos. Generalmente durante los 15 primeros días únicamente limpian al bebe y luego de este tiempo lo bañan en agua de cunjinsi o cuitsachasi para que el bebé esté activo, reactivo, como ellos dicen “para evitar que se entuma”.

**Complicaciones más frecuentes durante la atención del parto domiciliario.**-Las parteras de la nacionalidad Cofán afirman que generalmente no se les ha presentado complicaciones maternas ni neonatales durante la atención del parto, pero sin embargo, ha habido ocasiones en las cuales las mujeres se han complicado con cefaleas, lipotimias y sangrados. A más de lo expuesto manifiestan que las embarazadas también pueden complicarse cuando no cumplen con las sugerencias brindadas, ya que durante el embarazo suponen que una mujer no puede comer cocolón porque el niño se adhiere a las paredes del útero, ni tampoco deben colocarse toallas o bufandas alrededor del cuello porque el bebé nace con circular de cordón. Habitualmente ante complicaciones serias ellos envían a las embarazadas hacia el hospital o centro de salud. Cuando las complicaciones son leves las parteras son quienes ayudan con el tratamiento, mediante la utilización de plantas medicinales ya mencionadas anteriormente.

**Prácticas riesgosas llevadas a cabo durante la atención del parto domiciliario en la Nacionalidad Cofán-Dureno:**

- La falta de conocimientos acerca de las medidas de bioseguridad es un factor fundamental para la propagación de enfermedades infectocontagiosas, en este contexto se podría decir que una práctica de riesgo al momento de atender el parto domiciliario es la falta de utilización de guantes por parte del personal encargado de la atención del mismo.

- Otra práctica inadecuada es el corte demasiado tardío del cordón umbilical, ya que no lo hacen según lo establecido en la normativa materna del Ministerio de Salud Pública sino una vez que la placenta ha sido expulsada por completo.
- Una de las prácticas más nocivas que se encontró dentro de la atención del parto en la Nacionalidad Cofán fue la relacionada con la eliminación de los loquios luego del alumbramiento, ya que suponen que para facilitar su expulsión el esposo debe pararse sobre el abdomen de la mujer y pisarle hasta que hayan salido completamente, lo cual desde una perspectiva lógica a esta práctica se la cataloga inconcebible ya que puede desencadenar una hemorragia posparto y por ende poner en peligro la vida de la mujer.

#### **4.7 Discusión**

**Posición que la parturienta debe adoptar durante la atención del parto.-** Las parteras ancestrales permiten que la mujer sea quien escoja la posición que más comodidad le brinde para el parto, aunque para ellas la posición en cuclillas es la que mejor facilita el control de todo el proceso (48), lo mismo se manifiesta en el presente estudio, solo que en la comunidad Cofán prefieren la posición en la cual la mujer se sostiene de una cuerda o en la posición de rodillas, porque dicen que de esta manera el parto se produce más rápido.

**Materiales para la atención del parto.-** Parteras tradicionales de Colombia manifiestan que principalmente preparan tijeras, guantes, un “cadejito” para amarrar el ombligo del bebé, una botella de aguardiente de caña, un saco de lana para el frío de la noche en la montaña y plantas medicinales calientes (82); a estos materiales se los podría catalogar como indispensables ya que en la Nacionalidad Cofán usan insumos muy similares con el mismo objetivo en común, garantizar una atención oportuna y adecuada.

**Descripción de la atención del parto.-** Según los saberes ancestrales de las parteras de la parroquia Jadán, Azuay, relatan que ellas tienen vasta experiencia en la atención de partos domiciliarios, adaptando sus prácticas y métodos a los requerimientos de cada parturienta. Principalmente indican a la parturienta que mantenga actividad física como la deambulacion hasta que las contracciones se intensifiquen, luego adaptan el lugar con los materiales necesarios, ornamentándole con imágenes religiosas, cruz (Chacana), etc, para brindar mayor confort a la mujer, dan bebedizos de plantas medicinales para ayudar en la labor de parto, una vez expulsado el bebé lo colocan sobre el vientre materno y proceden a cortar el cordón, luego se encargan del niño y lo entregan a su madre (83). Las personas encargadas de la atención del parto en la comunidad Cofán refirieron procedimientos similares a los descritos, pero se pueden encontrar ciertas diferencias debido a que en cada Nacionalidad poseen sus propias creencias y tradiciones.

**Atención inmediata del recién nacido.-** Una vez que el bebé ya nace es el blanco de los cuidados de toda partera. Parteras mexicanas afirman que en lo primero que se enfocan es en el cuidado del cordón umbilical, cortándolo y amarrándolo con una hebra de cabuya desinfectada, luego cauterizan los pequeños vasos sanguíneos del cordón con vela de sebo o una cuchara caliente al rojo vivo; también se enfocan en la aspiración de secreciones y el cuidado de la piel (10). En la Nacionalidad Cofán la atención brindada al RN es oportuna y adecuada, ya que gracias a sus sabios conocimientos realizan procedimientos que garantizan el bienestar del mismo, como por ejemplo: apego precoz, corte y cuidados del cordón, aspiración de secreciones, higiene del bebé, profilaxis oftálmica, abrigo y fomento inmediato de la lactancia materna.

**Complicaciones más frecuentes durante la atención del parto domiciliario.-** Parteras de la comunidad de Cachi Alto en un estudio realizado han referido que las principales complicaciones neonatales que se les ha presentado ha sido circular de cordón, leves asfixias al nacer e infecciones del cordón umbilical. En cambio que las complicaciones maternas han sido casi nulas (84). En este ítem se pueden evidenciar datos controversiales a investigaciones realizadas que afirman que el parto domiciliario aumenta los índices de morbilidad y mortalidad tanto materna como neonatal. Las parteras de la comunidad Cofán aseguran que durante la atención las complicaciones maternas y neonatales que se les ha presentado han ido de leves a ninguna, suponen que la posición ayuda mucho en esto, ya que las posiciones verticales han evidenciado mostrar múltiples ventajas en el proceso de labor de parto.

## CAPÍTULO V

### 5. Conclusiones y Recomendaciones

#### 5.1 Conclusiones

- La edad media del grupo de estudio es de 23,22 años, el 52% ubicado entre los 19 a 29 años, con un nivel de instrucción relativamente bajo que varía mayoritariamente entre en analfabetismo y la primaria, el 92% de las mujeres se autodenominan como indígenas de la Nacionalidad Cofán, el estado civil que predomina es la unión libre.
- Las mujeres de la Nacionalidad Cofán eligen el parto domiciliario, el 38% lo hace por costumbre, mientras que las demás por confianza con los miembros de la comunidad encargados del parto, por la discriminación y mala atención médica recibida en los hospitales, por temor a procedimientos médicos innecesarios y por bajos recursos económicos.
- Las mujeres al momento de dar a luz en el domicilio prefieren hacerlo de forma vertical en el 74%, entre las posiciones más usadas se mencionan: aquella en la cual la mujer se encuentra de pie sujeta por su pareja y la posición para gatear.
- Entre los procedimientos y rituales que según costumbres y creencias de los Cofanes se mencionan el acompañamiento durante el parto, la permisión de la ingesta de alimentos y bebidas, la libertad de elección en cuanto a la vestimenta y posición del parto y la entrega de la placenta al esposo o familiares; además se destaca la práctica empírica que fomenta el apego precoz; por otra parte existen ciertas prácticas riesgosas que son llevadas a cabo durante la atención del parto domiciliario que deberían ser eliminadas.

- Las complicaciones maternas y neonatales son relativamente bajas entre las cuales se mencionan a los sangrados y molestias urinarias. A nivel neonatal, la complicación más frecuente ha sido la infección del cordón umbilical, pero se deberá a futuro realizar estudios en relación al efecto nocivo que causa el no pinzamiento del cordón umbilical según establece la normativa materna.
- Con la elaboración de la guía sobre “*La Atención del Parto Domiciliario Seguro en la Nacionalidad Cofán-Dureno*” se pretende mejorar y perfeccionar la práctica de las parteras, disminuyendo en índice de errores que estas pueden tener, capacitándolas acerca de prácticas que eviten posibles complicaciones maternas y neonatales.

## 5.2 Recomendaciones

- Al Ministerio de Educación se recomienda poner en funcionamiento la unidad educativa del milenio que se está construyendo en esta comunidad y así disminuir el analfabetismo y al mismo tiempo elevar los porcentajes educación secundaria.
- Al Centro de Salud “Dureno” se sugiere aplicar la norma CONE como una estrategia para disminuir la morbi-mortalidad materna y neonatal, brindando seguimiento oportuno a las embarazadas; además se requiere capacitación permanente a los funcionarios de salud acerca de salud intercultural y medicina ancestral, con la finalidad de brindar una atención de calidad a las usuarias indígenas, afrodescendientes y residentes en zonas rurales.
- Se recomienda al MSP fusionar el trabajo de las parteras con el de los profesionales de la salud mediante el uso de referencias y contrarreferencias, con la finalidad de evitar riesgos obstétricos y/o complicaciones posteriores; además capacitarlas acerca de procedimientos seguros y oportunos que se deberían poner en práctica ante la aparición de alguna adversidad y erradicar por completo ciertas prácticas ancestrales que son perjudiciales para la vida de la madre y del niño.
- En los hospitales de zonas en las cuales la población indígena es muy representativa realizar las adecuaciones del caso para la implementación del Parto Culturalmente Adecuado, con lo cual se podrá brindar atención personalizada enmarcada en las costumbres y creencias de cada nacionalidad.
- La guía educativa deberá ser difundida a las personas encargadas de la atención del parto domiciliario en la comunidad Cofán.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cortez Zelada MG. Conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto vertical del INMP-año 2013. Tesis de grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Departamento de medicina; 2013 Mayo.
2. Noguero ME. Parto domiciliario, ¿cómo actuar? IntraMed. 2013 Julio; 1(1).
3. INEC. Anuario de estadísticas vitales: Nacimientos y Defunciones 2013. Primera ed. IGM , editor. Quito: IGM; 2013.
4. Funcionarios del Hospital Raul Maldonado Mejía del Área de Salud No.12. Por un parto culturalmente adecuado: un derecho de las mujeres y de los recién nacidos. In Parto Culturalmente Adecuado; 2011; Cayambe. p. 12.
5. González d, Corral J. Definición del rol de las parteras en el sistema Nacional. Primera ed. Services CfH, editor. Quito: Center for Human Services; 2010.
6. Arnau Sánchez J, Martínez Roche E, Nicolás Viguera MD, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Muñarriz L. Los conceptos de parto normal, natural y humanizado el caso del área 1 de salud de la región de Murcia. Revista de Antropología Iberoamericana. 2012 Mayo; 7(2).
7. Martins C, Almeida N, de Mattos D. Parto domiciliario planeado: asistido por enfermero obstetra. Enfermería Global. 2012 Julio;(27).
8. Laza Vásquez C. Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional. Scielo. 2015 Septiembre; 41(3).
9. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Scielo. 2012 Julio; I(38).
10. Meira Barbosa C, Djair Dias M, Sousa Silva MdS, Rique Caricio M, Dantas Silva Medeiros AP. Mulheres e parteiras tradicionais: Práticas de cuidado durante o processo de parto e nascimento em domicílio. Revista de Pesquisa: Cuidado É Fundamental Online. 2013 Marzo; 5(1).
11. Avilés Pino E. Enciclopedia del Ecuador. [Online].; 2014 [cited 2014. Available from: <http://www.encyclopediadelecuador.com/temasOpt.php?Ind=2308&Let>.
12. Atiencia O. Manatee Amazon Explorer. [Online].; 2015 [cited 2015. Available from: <http://www.manateeamazonexplorer.com/es/amazonia-ecuatoriana>.
13. Gallego P. Por nuestro gran Sucumbíos Gobierno Autónomo Provincial. [Online].; 2016 [cited 2016. Available from: <http://www.sucumbios.gob.ec/index.php/2015-10-20-00-03->

09/2014-10-11-16-35-05/2014-10-11-16-54-02.

14. INEC. Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Primera ed. IGM , editor. Quito: IGM; 2010.
15. Navarrete K. Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la Parroquia rural "Dureno". In Navarrete K. Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la Parroquia rural "Dureno". Lago Agrio; 2015. p. 111.
16. Cordero J. Cofanes. [Online].; 2008 [cited 2008 Febrero 18. Available from: <https://cofan.es.wordpress.com/sobre-los-cofan.es/>.
17. Lincango J. Grupos Étnicos del ecuador. [Online].; 2013 [cited 2013 Abril 21. Available from: <http://gruposetnicosec.blogspot.com/2013/04/cofan.es.html>.
18. Licango J. Nacionalidades y Etnias del Ecuador. [Online].; 2013 [cited 2013 Abril 13. Available from: <http://14nacionalidadesy18gruposetnicos.blogspot.com/2013/04/cofan.es.html>.
19. Criollo Chapal E. Plantas medicinales utilizadas por la Nacionalidad Cofán. Tesis de Pregrado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Departamento de Estudios Interculturales; 2014.
20. Jácome S. Ecuador estado plurinacional. [Online].; 2013 [cited 2013 Abril 24. Available from: <http://nacionetnica1990.blogspot.com/>.
21. Mideros Morales R, Paola HN. Pariendo como Indias: el don de las indígenas en la salud de las mujeres ecuatorianas. In Jain K, editor. Paper Universitario; 2014; Quito: B. Jain Publishers. p. 6.
22. SNS, Ministerios de sanidad y política social. Atención al Parto normal. Primera ed. Nagusia EJAZ, editor. Vitoria-Vasco: RGM, S.A. Polígono Igeltzera; 2010.
23. SNS, Ministerio de sanidad y política social. Guía de práctica clínica sobre la atención del parto normal. Primera ed. Nagusia EJAZ, editor. Vitoria-Vasco: RGM, S.A. Polígono Igeltzera; 2010.
24. Eneo Unam. Enfermería Universitaria. Primera ed. Médicas HdC, editor. México: Habanera de Ciencias Médicas; 2012.
25. Almeida de Jara E, Castro de Yépez R, Guzmán de Suárez M, Mena de Rosas M, Sarzosa de Herrera G, Segovia de Yáñez G. Manual de la Enfermería. 13th ed. S.A C, editor. Madrid: Cultural S.A; 2013.
26. Potter P. Fundamentos de enfermería teoría y práctica. Tercera edición ed. Potter P, Saint

- L, editors. Madrid: MCMXCVI. Edición español; 2008.
27. SNS. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Primera ed. Ministerio de Sanidad SSeI, editor. España: Ministerio de Sanidad; 2014.
  28. Almeida de Mattos M. Parto domiciliario planeado: asistido por enfermero obstetra. Scielo. 2012 Julio; 11(27).
  29. Amaya M, Enriqueta C. Plantas Medicinales. [Online].; 2008 [cited 2008. Available from: [haurdun.files.wordpress.com/2008/11/manual-de-plantas-medicinales-para-mujeres-durante-el-embarazo.pdf](http://haurdun.files.wordpress.com/2008/11/manual-de-plantas-medicinales-para-mujeres-durante-el-embarazo.pdf).
  30. Argüello Avendaño H, Mateo González A. Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. Scielo. 2014 Diciembre; 12(2).
  31. OMS. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Primera ed. OMS , editor. julio: OMS; 2015.
  32. Franco N, Ayllón S, Vallejo M, Hansen K. Beneficios de la posición vertical para la atención del parto. Scielo. 2010 Septiembre; 21(1).
  33. García Martínez MJ. El oficio de partera entre los siglos XV al XVIII. Fuentes documentales para su estudio. Cultura de los cuidados. 2012; 16(32).
  34. Alarcón Nivia MÁ, Sepúlveda Agudelo J, Alarcón-Amaya IC. Las parteras, patrimonio de la humanidad. Scielo. 2011 Junio; 62(2).
  35. Pimenta DG, Azevedo Cunha M, de Andrade Barbosa TL, de Oliveira e Silva CS, Mourão Xavier Gomes L. El parto realizado por matronas: una revisión integradora. Scielo. 2013 Abril;(30).
  36. Arboleda Truque RV, Minotta Hurtado SP, Orobio Riofrío JC, Renteira Caicedo TL. Saberes y prácticas de las parteras de Buenaventura frente a la primera infancia. Tesis de postgrado. Manizales: Universidad de Manizales, Departamento de educación y desarrollo humano; 2014.
  37. Alvarado Escudero A. Sacerdotisas, curanderas, parteras y guerreras: Mujeres de élite en la costa norte del Perú Antiguo. Americania. 2015 Julio;(2).
  38. Comité Promotor por una Maternidad Segura en México. El estado de las parteras en el mundo 2014. Primera ed. Jesús R, editor. México: Medios Comunes; 2014.
  39. Conde Fernández F. Parteras, comadres, matronas evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico. In Discurso Académico; 2011; Lanzarote. p.

58.

40. Barreiro E, Moreno de Zevallos M, Santamaría M. El trabajo como partera tradicional en Panamá. Primera ed. Unicef , editor. Panamá: Unicef; 2006.
41. Medios Comunes I, Medios Comunes SE, Medios Comunes B. El parto en México, reflexiones para su atención integral. Scielo. 2012 Junio; 7(84).
42. García Martínez J. Historia del arte de los partos en el ámbito familiar. In García Martínez MJ. Cultura de los cuidados. Sevilla; 2008. p. 40-41.
43. SNS CONASA. Plan de Acción Y Política de salud y Derechos Sexuales y Reproductivos 2006-2008. Primera ed. IGM , editor. Guayaquil: IGM; 2007.
44. Flores de Rolando PD, González Quintanilla JI. Factores que influyen en la atención del parto extrahospitalario en mujeres del municipio de Chilanga, Morazan, enero-junio 2011. Tesis doctoral. San Miguel: Universidad de El Salvador, Departamento de salud; 2011.
45. Llumiquinga Angamarca d. Conocimientos y prácticas ancestrales del parto tradicional en las mujeres de la cultura Saraguro, año 2011. Tesis Doctoral. Loja: Universidad Nacional de Loja, Departamento de Medicina; 2012.
46. El Telégrafo. El parto indígena, un ritual de vida. El Telégrafo. 2016 Abril 30: p. 2.
47. Domínguez Cano P, Gonzalo del Moral T, Lainez Villabona B, Eligio Torres M. Guía de Asistencia del parto en casa. Primera ed. Barcelona COdd, editor. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona; 2010.
48. Laza Vásquez C, Ruiz de Cárdenas C. El saber de la partera tradicional del valle del río Cimitarra: cuidando la vida. Scielo. 2012; II(15).
49. Guzmán DG. Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP). Primera ed. IGM , editor. Quito: IGM; 2007.
50. Pozo S, Fuentes G, Calderón L, otros. Guía Técnica para la atención del parto Culturalmente Adecuado. Primera ed. Pape Ly, editor. Quito: Lapiz y Papel; 2008.
51. Pérez Alcalá M. Las diferentes posiciones maternas en el parto. Tesis final de grado. Jaén: Universidad de Jaén, Departamento de Enfermería; 2015.
52. Gupta JK HG. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. La Biblioteca Cochrane Plus. 2008; 1(1).
53. Castillo Ayarza M, Cahuata Mosqueira A, Calle Brush AMSR. Complicaciones del parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Enero a julio del 2012.

Horizonte médico. 2014 Marzo; 14(1).

54. Toaquiza Changoluisa A. Conocimientos y prácticas sobre el parto-puerperio en las parteras empíricas y su influencia en las comunidades rurales del cantón Salcedo. Tesis doctoral. Ambato: Universidad Técnica de Ambato, Departamento de Medicina; 2015.
55. Alarcón A, Nahuelcheo Y. Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer Mapuche: conversaciones privadas. Chungara, Revista de Antropología Chilena. 2008; 40(2).
56. Molina Aguilar A, Flores Rogel Y, Saavedra Luna A, Uribe Vázquez Z. Parteras, el parto y el puerperio, entrevista a la partera Maura Pérez Flores de Ahuatepec Morelos, México. Tlahui - Medic. 2011 Marzo; II(32).
57. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015 [cited 2015 Febrero 23]. Available from: [http://www.who.int/elena/titles/cord\\_clamping/es/](http://www.who.int/elena/titles/cord_clamping/es/).
58. Cofie L, Barrington C, Sinng K, Tettey S, Akaligaung A. Birth location preferences of mothers and fathers in rural Ghana: Implications for pregnancy, labor and birth outcomes. BMC Pregnancy & Childbirth. 2015; 15(165).
59. Pozo S, Crespo J, Belén NM. Guía Metodológica para la Atención de la Salud Materna Culturalmente Adecuada. Primera ed. Quito; 2011.
60. Medina A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el ambarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. Scielo. 2006 Abril; I(23).
61. MSP. Componente Normativo Materno Neonatal. Primera ed. IGM , editor. Quito: IGM; 2010.
62. Ortega García EM, Ruiz Sacristan A, Garrido Rivas AE, Marchador Pinillos B. Evidencia científica en relación con el momento idóneo para pinzar el cordón umbilical. Matronas Profesión. 2009 Octubre; II(10).
63. Pimenta D, Azevedo Cunha M, de Andrade Barbosa T, de Oliveira e Silva C, Mourão L. El parto realizado por matronas: una revisión integradora. Scielo. 2013 Abril; 12(30).
64. De la Torre del Jesús V. ¿Parto en casa o en el hospital? Beneficios del parto en casa. Nuevas tendencias. Tesis de pregrado. Jaén: Universidad de Jaén, Departamento de Enfermería; 2015.
65. Vela Coral G. “Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015”. Tesis de pregrado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Departamento de Obstetricia; 2015.

66. Martínez Escoriza JC. Parto en domicilio: ¿hay suficientes evidencias como para proponerlo como alternativa del parto en el hospital? Evidencias en Pediatría. 2010 Agosto; VI(46).
67. Tarqui C, Barreda A. Elección y preferencia del parto domiciliario en Callao, Perú. Scielo. 2006 Septiembre 2006; 8(3).
68. Montero Gutiérrez J. “Factores socio-culturales de las embarazadas y su incidencia en el parto domiciliario en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo alto durante el periodo enero-junio 2011”. Tesis de pregrado. Ambato: Universidad Técnica de Ambato, departamento de Enfermería; 2015.
69. Sarker B, Rahman M, Rahman T, Hossain J, Reichenbach L, Mitra D. Reasons for Preference of Home Delivery with Traditional Birth Attendants (TBAs) in Rural Bangladesh: A Qualitative Exploration. Plos One. 2016 Enero; I(11).
70. Saz Peiró P, Tejero Lainez MC, Ortiz Lucas M. Asistencia al parto en casa. Medicina Naturista. 2008; II(1).
71. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. 1st ed. IGM , editor. Quito: IGM; 2008.
72. Asamblea Nacional Constituyente. Ley Orgánica de Salud. Primera ed. IGM , editor. Quito: IGM; 2012.
73. Asamblea Nacional Constituyente. Código de la Niñez y Adolescencia. Primera ed. IGM , editor. Quito: IGM; 2013.
74. Asamblea Nacional Constituyente. Plan Nacional del Buen Vivir. Primera ed. IGM , editor. Quito: IGM; 2013.
75. Federación Ecuatoriana de Enfermeras/os. Código Deontológico de Enfermería. [Online].; 2013. Available from: <http://federacionecuatorianadeenfermeras.org/index.php/quienes-somos>.
76. INEC. Anuario de Estadísticas: Matrimonios y Divorcios, 2016. tercera ed. Quito; 2016.
77. Ministerios de Educación. Estadística Educativa. Reporte de Indicadores. Primera ed. Quito; 2015.
78. Martínez Escoriza JC. Parto en domicilio: ¿hay suficiente evidencia como para proponerlo como alternativa al parto en el hospital? Dialnet. 2010 Agosto; 6(46).
79. García K, Orellana D, Solórzano D, Barrera A. Conocimientos, actitudes, percepciones y prácticas de comadronas y mujeres acerca del parto en posición vertical. Revista Médica,

Colegio de médicos y cirujanos de Guatemala. 2014 Diciembre; 152(65).

80. Nureña C. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. Scielo. 2009; 26(4).
81. Villacís Núñez DS. Comparación de complicaciones maternas y neonatales entre parto vertical y horizontal. Experiencia en el Hospital Raúl Maldonado Mejía en el periodo 2009-2013. Tesis de grado. Quito: Universidad San Francisco de Quito, Departamento de Salud; 2013.
82. Alarcón Nivia MÁSAJAAIC. Las parteras, patrimonio de la humanidad. Scielo. 2011 Junio; 62(2).
83. Chillogallo Castro KP, López Maldonado RE, Ordóñez Llivichuzca CV. "Saberes ancestrales y tradicionales de las parteras de la parroquia Jadán. 2014". Tesis de grado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Departamento de Medicina; 2014.
84. Huertas Velasco LdC. "Complicaciones neonatales producidas en la atención del parto vertical asistido por parteras en la comunidad rural Caachi Alto del Cantón Pujilí provincia de Cotopaxi desde Septiembre 2011 hasta Agosto 2012". Tesis de grado. Ambato: Universidad regional Autónoma de los Andes, Departamento de Medicina; 2012.

## ANEXOS

### Anexo 1: La encuesta



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE NEFERMRÍA**

### ENCUESTA

**CARACTERIZACIÓN DEL PARTO TRADICIONAL EN LA NACIONALIDAD  
COFÁN DE DURENO, SUCUMBÍOS 2016.**

**Objetivo:** Recopilar información acerca de la caracterización de la atención del parto tradicional en la nacionalidad Cofán de Dureno, Sucumbíos 2016.

1. **Cédula de Identidad:** \_\_\_\_\_

2. **Edad:** \_\_\_\_\_

3. **¿De qué etnia se considera?**

Blanca

Indígena

Afrodescendiente

Mestiza

Otro

4. **¿Cuál es su estado civil actual?**

Casada

Viuda

Soltera

Unión Libre

Divorciada

5. **¿Cuál es su nivel de instrucción**

Ninguno

Primaria incompleta

- Primaria completa       Secundaria completa
- Secundaria  
incompleta       Superior

**6. ¿En qué lugar se le atendió el parto?**

- En la casa       En el hospital
- En la Comunidad

**Si su respuesta fue en la comunidad, especifique el lugar:**

---

**7. ¿Cuál fue la razón por la que prefirió parir en la comunidad?**

- Costumbre       Distancia       Temor a  
procedimientos médicos
- Confianza con los  
miembros de la  
comunidad encargados del  
parto       Discriminación y  
mala atención  
hospitalaria       Factores económicos

**8. ¿Cuál fue la persona que le atendió el parto?**

- Partera       Anciana       Otros
- Líder de la  
Comunidad       Familiares

**En el momento que le atendían el parto:**

**9. ¿Quién estuvo presente?**

- Partera       Familiares
- Esposo       Miembros de la  
comunidad

**10. ¿Qué vestimenta usó?**

---

**11. ¿Qué alimentos y bebidas ingirió? ¿Por qué?**

---

**12. ¿Qué posición eligió para parir?**

- |                                 |   |                            |
|---------------------------------|---|----------------------------|
| <input type="radio"/> Acostada  | <input type="radio"/> Posición de pie<br>sujetada por su pareja | <input type="radio"/> Otra |
| <input type="radio"/> Sentada   |   |                            |
| <input type="radio"/> Cuclillas | <input type="radio"/> Posición para gatear                      |                            |

**13. Según sus costumbres, luego del alumbramiento, ¿Qué hace con la placenta, explique la razón?**

- |                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> La Entierra | <input type="radio"/> La Quema |
| <input type="radio"/> La Desecha  | <input type="radio"/> Ninguna  |

**14. ¿Qué complicaciones tuvo ud. con la atención del parto en la comunidad?**

- |   |  |                               |
|---|--|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Molestias Urinarias | <input type="radio"/> Desgarro             | <input type="radio"/> Ninguna |
| <input type="radio"/> Sangrado            | <input type="radio"/> Infección post-parto | <input type="radio"/> Otros   |

En caso de su respuesta ser "Otros", especifique cuál.

-----

**15. ¿Qué complicaciones tuvo su bebé después del parto?**

- |  |   |                            |
|--|---|----------------------------|
| <input type="radio"/> Problemas oculares   | <input type="radio"/> Infección del cordón<br>umbilical | <input type="radio"/> Otro |
| <input type="radio"/> Problemas de la piel | <input type="radio"/> Ninguno                           |                            |

En caso de su respuesta ser “Otros”, especifique cuál.

---

Cinthy Vega

**Desarrollado por**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE NEFERMRÍA**

**ENCUESTA**

**CARACTERIZACIÓN DEL PARTO TRADICIONAL EN LA NACIONALIDAD COFÁN DE DURENO, SUCUMBÍOS 2016.**

**Objetivo:** Recopilar información por parte de las parteras acerca de la caracterización de la atención del parto tradicional en la nacionalidad Cofán de Dureno, Sucumbíos 2016.

<b>DATOS SOCIODEMOGRAFICOS</b>					
CEDULA DE IDENTIDAD					
ETNIA					
ESTADO CIVIL	SOLTERA		CASADA		VIUDA
	DIVORCIADA		U. CONSENSUAL		
EDAD					
NIVEL DE INTRUCCION	NINGUNA		PRIMARIA INCOMPLETA		SECUNDARIA INCOMPLETA
	PRIMARIA COMPLETA		SECUNDARIA COMPLETA		SUPERIOR

**1. Según su criterio, ¿Cuál es la mejor posición que la parturienta debe adoptar durante la atención del parto, y por qué?**

---

**2. El lavado de manos lo realiza con:**

- Lavado solo con agua preparada para el efecto
- Lavado con agua preparada para el efecto más jabón

**3. ¿Qué materiales utiliza para atender un parto?**

---



---

**4. Describa cómo atiende el parto.**

---

---

---

---

---

---

**5. Una vez que ya nació el bebé, ¿Qué hace ud. con él?**

---

---

---

---

**6. ¿Cuáles son los problemas más frecuentes que se le han presentado durante la atención del parto**

---

---

**Generalmente, ¿qué hace ud. ante esos problemas?**

---

---

Cinthy Vega

**Desarrollado por**

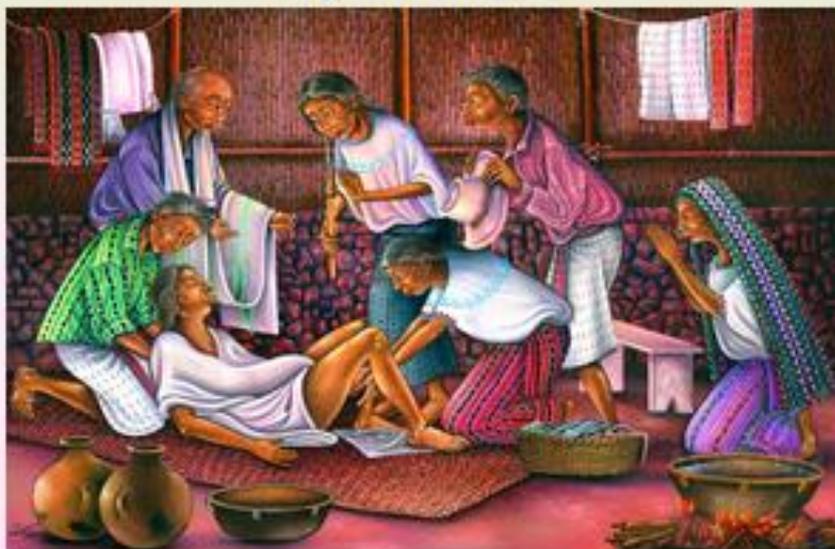
**Anexo 2.** Portada de la guía sobre “*La Atención del Parto Domiciliario Seguro en la Nacionalidad Cofán-Dureno*”



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA

GUÍA EDUCATIVA

*“La Atención del Parto  
Domiciliario Seguro en la Nacionalidad  
Cofán-Dureno”*



**AUTORA: CINTHYA ESTEFANÍA VEGA PALACIOS**

**SEPTIEMBRE 2016**

### Anexo 3. Archivos Fotográficos



Investigadora en la entrada a la Comunidad Cofán-Dureno



Sr. Silverio Criollo, líder de la comunidad Cofán-Dureno



Construcción de la nueva comunidad del Milenio Cofán-Dureno



Coliseo de reuniones de la comunidad Cofán-Dureno



Vivienda típica de la comunidad Cofán-Dureno



Mujeres de la Nacionalidad Cofán, pertenecientes al grupo de estudio



Investigadora aplicando encuesta a la Sra. Partera Betina Criollo



Investigadora aplicando encuesta a mujeres de la comunidad Cofán-Dureno