



Instituto de  
Posgrado

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13**

**INSTITUTO DE POSGRADO**

***MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA***

**MENCIÓN EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**“El parto domiciliario relacionado con factores socio culturales, Lita 2021”**

Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título Magister en Salud Pública con  
Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria

**DIRECTOR:** M.Sc. Catalina del Carmen Campo Imbaquingo

**ASESOR:** M.Sc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa

**AUTOR:** Fernando Daniel Aguirre Bastidas

**IBARRA -ECUADOR 2022**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo de Tesis dedico a los seres milenarios que habitan en áreas recónditas de la Sierra Norte de nuestra nación, los cuales mantienen viva su cosmovisión y saberes ancestrales, por su sapiencia y sabiduría, y por permanecer siempre en pie de lucha, ante el sistema emancipador.

A los seres que confiaron y brindaron su apoyo incondicional en este tiempo de transición y autoeducación, a la Universidad Técnica del Norte y docentes por formar entes encaminados a ser parte de un cambio en el proceso salud enfermedad, respetando y dando cumplimiento al derecho constitucional como lo es la Salud.



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

### BIBLIOTECA UNIVERSITARIA AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN

#### A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

#### IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA.

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD</b>	1003340799		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	Fernando Daniel Aguirre Bastidas		
<b>DIRECCIÓN</b>	Ibarra, Pedro Moncayo y Vicente Rocafuerte		
<b>EMAIL</b>	danielfer_86@outlook.om		
<b>TELÉFONO FIJO</b>		<b>MÓVIL:</b>	0986257036

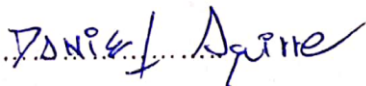
DATOS DE LA OBRA	
<b>TÍTULO:</b>	EL PARTO DOMICILIARIO RELACIONADO CON FACTORES SOCIO CULTURALES, LITA 2021.
<b>AUTOR (ES):</b>	Fernando Daniel Aguirre Bastidas
<b>FECHA: DD/MM/AAAA</b>	18/02/2022
<b>SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO</b>	
<b>PROGRAMA DE POSGRADO</b>	Maestría de Salud Pública – Mención Enfermería Familiar y Comunitaria
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA</b>	Magister en Salud Pública – Mención Enfermería Familiar y Comunitaria
<b>TUTOR</b>	Mag. Catalina del Carmen Campo Imbaquingo

## 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 18 días del mes de febrero del año 2022

EL AUTOR:

Firma: .....  .....

Nombre: Fernando Daniel Aguirre Bastidas

## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13  
INSTITUTO DE POSGRADO

Ibarra, 03 de marzo del 2022

Dra. Lucía Yépez V

**Directora**



**Instituto de Postgrado**

**ASUNTO:** Conformidad con el documento final

Señora directora:

Nos permitimos informar a usted que hemos revisado la tesis titulada: El parto domiciliario relacionado con factores socio culturales, Lita 2021, del maestrante Aguirre Bastidas Fernando Daniel de la Maestría en Salud Pública Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Firma</b>
Tutor	Msc. Catalina Campo	
Asesor	Msc. Tatiana Vásquez	

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	2
ÍNDICE.....	6
ÍNDICE DE TABLAS .....	9
Resumen.....	10
Abstract.....	11
Capítulo I Problema de investigación .....	12
1.2 Justificación .....	15
1.2 Objetivos del estudio .....	18
1.2.1 General .....	18
1.2.2 Específicos.....	18
1.3 Preguntas de Investigación .....	18
1.4 Antecedentes .....	19
1.5 Factores propios de la población en estudio .....	20
1.5.1 Aspectos culturales de la población.....	20
1.5.2 Aspectos sociodemográficos de la población en estudio .....	24
1.5.3 Condiciones de vida de la población en estudio.....	27
1.5.3.1 Acceso a servicios básicos .....	27
1.5.3.2 Acceso a los servicios de salud .....	28
1.5.3.3 Acceso a la educación .....	29
1.5.3.4 Nivel de ingresos y gastos.....	30

Capítulo II Marco Teórico .....	32
1.6 Parto.....	37
1.7 Parto domiciliario .....	46
1.8 Marco Legal y Ético .....	57
1.9 Ley orgánica de salud. ....	57
1.10 El Código Orgánico de la Salud .....	58
1.11 La Constitución de la república del Ecuador.....	60
1.12 Código de Helsinki .....	61
1.13 Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería.....	64
1.14 Código de Ética del Ministerio de Salud Pública.....	66
Capítulo III Marco Metodológico .....	68
1.15 Enfoque y tipo de investigación .....	68
1.16 Descripción del área de estudio .....	69
1.17 Variables .....	70
1.18 Población de estudio .....	73
1.19 Muestra.....	73
1.20 Fuentes técnicas e instrumentos .....	74
1.21 Técnicas.....	74
1.22 Instrumentos .....	75
1.23 Procesamiento de la Información .....	75
Capítulo IV Resultados y discusión .....	76
1.24 Características sociodemográficas de la muestra .....	76

1.25	Atención del parto.....	80
1.26	Discusión.....	90
Capítulo V Propuesta.....		93
1.27	Caracterización de la propuesta.....	94
1.28	Justificación.....	95
1.29	Objetivos de la propuesta.....	96
1.30	Beneficiarios de la propuesta.....	96
1.31	Estructura de la propuesta.....	97
1.32	Desarrollo del programa.....	98
•	Metodología.....	100
•	Módulos del programa educativo.....	101
•	Módulo I. Aprendamos en familia.....	101
•	Módulo II. Conocimientos básicos sobre las condiciones para el parto domiciliario.....	102
•	Módulo III. Asistencia durante el proceso de parto y postparto.....	103
•	Módulo IV Capacitación para la comunidad.....	104
•	Cronograma para la implementación de la propuesta.....	106
Conclusiones y recomendaciones.....		107
Referencias.....		111
Anexo A.....		120
Anexo B.....		121



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Población según auto identificación.....	21
Tabla 2 Pueblo indígena al que pertenecen.....	21
Tabla 3 Comunidades por número de familias y distribución.....	25
Tabla 4 Tipo de vivienda .....	26
Tabla 5 Universo .....	73
Tabla 6 Gestantes según etnia/ escolaridad.....	76
Tabla 7 Gestantes según etnia/costumbres influyen al parir .....	77
Tabla 8 Gestantes según etnia- Estado civil.....	77
Tabla 9 Gestantes etnia-ocupación .....	78
Tabla 10 Gestantes etnia- religión.....	79
Tabla 11 Limitaciones de la comunicación por el idioma .....	79
Tabla 12 Etnia de las gestantes/edad del primer parto.....	80
Tabla 13 Números de partos según etnia .....	81
Tabla 14 Etnia de las gestantes/Tipo de servicio de salud.....	81
Tabla 15 Percepción de la atención .....	82
Tabla 16 Distancia de los servicios de salud.....	82
Tabla 17 Edad gestacional del inicio del control prenatal .....	83
Tabla 18 Cumplimiento de controles prenatales .....	84
Tabla 19 Complicaciones en el parto domiciliario.....	85
Tabla 20 Beneficios del parto en el domicilio por personas de la comunidad.....	85
Tabla 21 Dificultades al nacer según parto domiciliario .....	86
Tabla 22 Complicaciones durante la gestación .....	87
Tabla 23 Información brindada .....	87

Tabla 24 Lugar de parto.....	88
Tabla 25 Tiempo de parir en el parto domiciliario.....	89
Tabla 26 Libre y adecuada posición al momento de parir del parto domiciliario .....	89

## **Resumen**

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
INSTITUTO DE POSGRADO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA- MENCIÓN ENFERMERÍA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA

### **El parto domiciliario relacionado con factores socio culturales, Lita 2021**

**Autor:** Fernando Daniel Aguirre Bastidas

**Tutor:** Catalina del Carmen Campo Imbaquingo

**Año:** 2021

#### **RESUMEN**

El estudio determina los factores socioculturales de las gestantes y su incidencia en el parto domiciliario en la parroquia Lita. Con anterioridad no se han realizado investigaciones sobre el tema en la unidad de análisis seleccionada, sin embargo, se conoce que en el período de gestación median las creencias ancestrales y que en la mayoría de los casos las embarazadas presentan dificultades para acceder a las instituciones de salud por la distancia y por las limitaciones del idioma. Ante este contexto se realiza un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y no experimental. Para responder a los objetivos de la investigación se diseñó un cuestionario que se aplicó a una muestra conformada por 127 mujeres de la parroquia Lita, que se encontraron en periodo de post parto durante 2019 y 2020. Luego del análisis de los resultados se identificó que la influencia de las costumbres al parir varía según la etnia y aunque existen diferencias en la frecuencia de su consideración, por lo general, se tienen presentes en el proceso del parto. Las gestantes de la parroquia no cumplen de manera sistemática con los controles prenatales debido a cuestiones materiales y a la falta de tiempo. Aunque el parto domiciliario genera una experiencia positiva para las gestantes, en su práctica se presentan complicaciones tanto para la madre como para el neonato. Ante los resultados del diagnóstico y en coherencia con la fundamentación teórica del parto domiciliario y el parto humanizado se diseñó un programa educativo para capacitar a las parteras, a las gestantes, a su familia y a la comunidad con la finalidad de reducir los riesgos, socializar los procedimientos de actuación y concientizar sobre la importancia de la salud de la madre y del neonato.

**Palabras clave:** parto domiciliario, gestantes, factores socioculturales, programa educativo

## **Abstract**

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
INSTITUTO DE POSGRADO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA- MENCIÓN ENFERMERÍA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA

### **Socio-cultural factors of pregnant women, their incidence of home birth, Lita parish 2019-2020**

**Autor:** Fernando Daniel Aguirre Bastidas

**Tutor:** Catalina del Carmen Campo Imbaquingo

**Año:** 2021

The study determines the socio-cultural factors of pregnant women and their impact on home births in the parish of Lita, as they are practiced not only because of ancestral beliefs, but also because of difficulties in accessing health institutions due to distance, language limitations and because they are often unable to access the required care promptly. In this context, a quantitative, descriptive and non-experimental study was carried out. In order to respond to the research objectives, a questionnaire was designed and applied to a sample of 127 women in the parish of Lita, who were in the postpartum period during 2019 and 2020. After analyzing the results, it was identified that the influence of childbirth customs varies according to ethnicity and although there are differences in the frequency of their consideration, in general, they are present in the birthing process. Pregnant women in the parish do not systematically comply with prenatal check-ups due to material issues and lack of time. Although home births are a positive experience for the pregnant women, in practice there are complications for both the mother and the newborn. Given the results of the diagnosis and in coherence with the theoretical basis of home birth and humanized birth, an educational program was designed to train midwives, pregnant women, their families and the community in order to reduce the risks, socialize the procedures and raise Awareness of the importance of the health of the mother and the newborn.

**Keywords:** home birth, pregnant women, socio-cultural factors, educational program.

## Capítulo I Problema de investigación

De acuerdo con la OMS ocurren 140 millones de nacimientos a nivel mundial cada año y se dan en mujeres que no presentan factores de riesgo de complicaciones para ellas ni para sus bebés (Organización Panamericana de la Salud, 2019). En el Ecuador tan solo en el 2020 nacieron 265.437 y se registraron 1.437 defunciones fetales (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2021).

El momento del parto es crítico para el bienestar de las madres y sus hijos, ya que el riesgo de morbilidad puede aumentar considerablemente si surgen complicaciones. Un estudio realizado en Estados Unidos, en el período 2006-2009 que evaluaba la mortalidad neonatal precoz y total entre los nacimientos a término, con presentación cefálica, feto único, sin malformaciones congénitas, atendidos por matronas y médicos en hospitales, en comparación con los nacidos de forma extra hospitalaria atendidos por matronas y en alguna ocasión profesionales no sanitarios en situaciones muy urgentes; mostró un incremento significativo en la mortalidad neonatal total y precoz para los partos domiciliarios. Los partos domiciliarios tuvieron un riesgo casi 4 veces superior de mortalidad neonatal total (1,26‰ nacimientos vs. 0,32‰;  $p < 0,001$ ) y un riesgo casi 7 veces mayor de mortalidad neonatal precoz (0,93‰ vs. 0,14‰;  $p < 0,001$ ) cuando se comparó con los partos atendidos en el hospital. En el caso de mujeres nulíparas, el riesgo de mortalidad neonatal total fue de casi 7 veces superior (2,19‰ vs. 0,33‰;  $p < 0,001$ ) y de mortalidad neonatal precoz de casi 14 veces superior (1,82‰ vs. 0,13‰;  $p < 0,001$ ) (Sánchez-Redondo et al., 2020).

De acuerdo con las metas establecidas en el Objetivo de Desarrollo Sostenible y la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, la agenda mundial está ampliando su enfoque con el fin de garantizar que las mujeres y los bebés no solo sobrevivan a las complicaciones del parto si ocurrieran, sino que se desarrollen y alcancen su

potencial de salud y vida. Esta directriz tiene por objeto informar sobre el desarrollo de políticas de salud y protocolos clínicos pertinentes a nivel nacional y local. Por lo tanto, los principales destinatarios de la presente directriz son los responsables de la formulación de políticas de salud pública a nivel nacional y local, los responsables de la implementación y la administración de programas de salud maternos e infantiles, las organizaciones no gubernamentales (ONG) los profesionales sanitarios (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Está claro por una parte que el parto en casa supone un riesgo, tanto para la salud de la madre como para el bienestar del niño; sin embargo, una de las principales complicaciones del parto en las unidades especializadas es la distribución de la población en el territorio y por lo tanto la proximidad de las familias hacia los servicios de salud.

De la misma manera, al tratarse de un país multicultural, la forma y profundidad con la que se aborda el acontecimiento del parto dentro de la familia tiene tantos contrastes como contextos se pueda identificar; de allí la importancia de contar con estudios que permitan una aproximación del contexto socio cultural, en el por temas de acceso a servicios de salud, el parto en casa sea la opción más aceptada por parte de las familias.

La Organización de las Naciones Unidas ha enfatizado que la morbilidad materna es un problema grave de salud pública y un signo de discriminación que menoscaba el desarrollo de las naciones, y ha hecho un llamamiento a garantizar el derecho a servicios de alta calidad para la atención del embarazo y el parto y a una atención de salud digna y respetuosa para todas las mujeres. Esto ha situado la supervivencia materno-neonatal entre los desafíos sanitarios más críticos a nivel mundial y en el núcleo de las estrategias para el logro de varias metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Tobasía-Hege et al., 2019).

El marco legal en el Ecuador, se presenta acorde a los objetivos internacionales y de allí que, desde el cambio constitucional, varias herramientas legales y normas técnicas se hayan publicado para reducir la morbilidad en el proceso de parto y asegurar el bienestar del niño. Sin embargo, el Ecuador al tratarse de un País multicultural, son varias preconcepciones e ideas con las que tiene que conjurar el aseguramiento del servicio de salud en este proceso tan delicado.

Lita y sus comunidades, por un lado, se ve enfrentada a la dificultad de acceso a los servicios de salud, condicionada principalmente por la limitada infraestructura vial en el territorio y un restringido transporte público, a causa de una baja densidad demográfica, pese a que en la parroquia se cuenta con una unidad de salud básica. Por otro lado, el contexto cultural de la zona, influenciado por los conocimientos y la cosmovisión Awá, presente en la zona, en donde incluso se evidencia la presencia de parteros más que parteras; y el proceso de mestizaje subyacente de estas comunidades. Finalmente, los bajos ingresos económicos y conocimientos limitados que predisponen a varios de las familias a acceder por facilidad, costos o costumbres al trabajo de parteros, sean estos reconocidos por el Ministerio de Salud Pública o no.

De esta manera, el personal de salud tiene la obligación de conocer las diferentes creencias de las mujeres en el período de gestación, respetar su modus de convivencia con su entorno y familia ya que el ser humano es un ente biopsicosocial inmerso a constantes cambios. De igual manera la valoración y atención del periodo de parto debe ser atendido de manera integral, enfocada en la calidad y calidez del usuario; respetando su libre decisión del lugar en el cual se va a desarrollar, su cosmovisión al instante que se desencadene este periodo fisiológico donde la gestante necesita de todo el apoyo y una comunicación efectiva por parte de los profesionales de la salud y familia.

Los habitantes de dichas zonas rurales presentan además de los problemas relacionados con la distancia, los que tienen que ver al tiempo de respuesta para acceder a una atención digna y oportuna por parte del personal sanitario; y que en muchos de los casos depende de las condiciones climáticas.

Después de entender el contexto socio cultural de la población de estos sectores rurales, el objeto de la presente investigación es establecer un proceso de intervención a nivel de programa de capacitación dirigida principalmente al personal de salud y a los o las parteras.

Se ha logrado implementar una herramienta técnica la cual satisface las necesidades de los usuarios al recibir una atención basada en evidencia científica que se ve reflejada en protocolos estandarizados, esta ayudara a identificar las dificultades y afecciones tanto para el recién nacido como la puérpera, de la misma manera se respeta su cosmovisión durante el parto y puerperio; brindando una atención holística por parte del personal de salud.

### **1.1 Justificación**

Ecuador es un país plurinacional, intercultural y multiétnico, lo que hace que abordar un consenso único en temas específicos, principalmente en los que conllevan una connotación más familiar incluso espiritual, resulte complejo; principalmente porque son varias culturas que viven y perciben de forma distinta. De allí que todos los estudios relacionados con la cosmovisión indígena o de determinados territorios debe tratarse de un estudio muy focalizado y limitado a pequeñas áreas geográficas, consiguiéndose con eso abordar de una en una las problemáticas asociadas a esa determinada cosmovisión.

El proceso de parto como tal es uno de los temas más importantes dentro del núcleo familiar y por lo tanto abordado culturalmente por varios puntos de vista.



Es necesario analizar y promulgar el principio constitucional de la interculturalidad en las prácticas de medicina ancestral, como parte importante de la cosmovisión andina en su búsqueda de una conexión armónica con la Madre Tierra, la cual, desde esta perspectiva, es el ente generador de sapiencia; que, en un contexto de falta o carencia de acceso al servicio de salud oportuno, a causa de la distancia a sectores dispersos en la comunidad de Lita, debe priorizarse.

El presente trabajo se justifica principalmente porque a causa de la dispersión de los asentamientos humanos dentro de la parroquia de Lita, una infraestructura vial deficiente y en muchos de los casos condicionada a los factores climáticos, sumado a un contexto cultural, en donde se mantiene aún, saberes transmitidos de generación en generación para atender estas necesidades como el parto en casa con la asistencia de parteros o parteras; cualquier acción encaminada a asegurar la vida y el bienestar de la madre y su hijo, se consideran menesteres y pueden ser abordados desde el punto de vista de educación sexual, planificación, educación.

El análisis se realiza entre el año 2019 – 2020 sin embargo, debe señalarse que desde tiempos inmemorables la configuración social es una problemática que ha trascendido por décadas entre los habitantes de las zonas rurales del Ecuador.

En la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado publicado por el Ministerio de Salud Pública en el año 2008, los habitantes de estos sectores se vuelven vulnerables debido a la falta de comunicación por parte de las unidades operativas que brindan salud, muchas de las veces debido al difícil acceso a sus territorios, de este modo se crea una brecha que marca un punto referencial en el proceso salud – enfermedad (Ministerio de Salud Pública, 2008).

La presente investigación se realizó a través de la recopilación de datos que reposan en las historias clínicas del Centro de Salud de Lita y el sistema PRAS implementado por el Ministerio de Salud Pública, además encuestas aplicadas a las mujeres en periodo de gestación con la finalidad de dar a conocer cuáles son los principales factores que inciden en esta problemática planteada, y su incidencia en el acceso a una atención digna y con calidez por parte del profesional de salud.

Finalmente, la propuesta de intervención a nivel de formación y concientización de las futuras madres y los parteros o parteras tiene como objetivo principal, conservar los saberes ancestrales, respetando su cosmovisión indígena y la toma de decisiones informada acerca de todas las implicaciones y riesgos del parto en caso y que hacer en caso de complicaciones. En todo momento se prioriza el parto en unidades especializadas, sin embargo, en vista de las dificultades de acceso a estas unidades y ante la aceptación cultural en las localidades del parto en casa, cualquier información o acción por más pequeña que sea puede significar una decisión crucial para cuidar la vida del nuevo ser o su madre.

La presencia de las comunidades Awá en el territorio, supone también un reto científico al intentar comprender como concibe esta población el proceso de parto y como el proceso de mestizaje, puede estar cambiando o incluso dejando de lado saberes importantes a conservar.

## **1.2 Objetivos del estudio**

### **1.2.1 General**

- Determinar los factores socioculturales de las gestantes y su incidencia en el parto domiciliario en la parroquia de Lita.

### **1.2.2 Específicos**

- Identificar los factores socioculturales de las gestantes en relación con el parto domiciliario.
- Establecer los riesgos / beneficios generados a causa del parto domiciliario.
- Capacitar a las parteras y familia de las mujeres en periodo de gestación sobre la atención del parto domiciliario.

### **1.2 Preguntas de Investigación**

- ¿Cuáles son los factores socioculturales de las gestantes, que influyen para que opten por el parto domiciliario en la Parroquia de Lita?
- ¿Cuáles son los riesgos asociados al parto domiciliario, y cuáles son sus beneficios?
- ¿Cómo un programa de capacitación podría reducir el riesgo asociado al parto domiciliario en la parroquia de Lita?

### 1.3 Antecedentes

Para Sánchez Rivera 2016, la maternidad es una construcción social, en la cual las mujeres cumplen la función de ser madres, las mismas que llevadas a la práctica se traducen en capacidades y saberes que nacen del instinto biológico femenino. Y aunque el proceso reproductivo en su totalidad se trata de un hecho natural, supeditado a la biología humana, no está exento de una interpretación diferente en función de la cosmovisión indígena, su nivel de formación, religión y sus costumbres; es así que el mismo autor afirma que en la comunidad existió ante su presencia cierto rechazo cuando se impartieron charlas educativas de planificación familiar (Sánchez Rivera, 2016, p. 48). Esto se puede palpar en experiencias como las que cita RIOS 2017 donde; hay mujeres que se han hecho ligaduras; y, cuando el esposo se da cuenta que su compañera no queda embarazada acuden enojados a la unidad aduciendo que se han ido en contra de su voluntad” (Asociación Red Internacional de Organizaciones de Salud (RIOS), 2017, p. 48).

Lo ideal sería que las mujeres elijan ser madres sin ningún tipo de presión social o cultural, sino porque lo desean, para esto es necesario que gocen de una buena atención durante el periodo de gestación y parto; y más aún desde el inicio de la madurez reproductiva de los adolescentes o incluso antes. Está claro, que la problemática puede ser abordada mucho antes de que los adolescentes empiecen a experimentar su sexualidad, y no solo se limita a la unidad de salud, sino a un trabajo coordinado entre el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Educación y las demás autoridades implicadas, incluso el propio hogar. El propósito final es que los adolescentes cuenten con información que les permita tomar en consideración los riesgos que implica el embarazo, al igual que la responsabilidad de un nuevo hogar. A partir de allí, la planificación familiar debe abordarse con cada nuevo embarazo; y para ello se recomienda conocer el contexto socio cultural de la familia.

Por otro lado, la atención del parto en la casa fue la práctica habitual por siglos en la historia de la humanidad; eran tiempos en que las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal eran muy altas. Para Carvajal en el año 2017, la atención médica del parto en el hospital redujo enormemente los riesgos asociados al parto. Por tal razón la atención en una casa de salud es de suma importancia para disminuir las tasas de morbi-mortalidad y recibir una atención adecuada con calidad y calidez por parte del personal sanitario (Carvajal, 2017).

En el Ecuador los factores culturales, sociales, económicos, límites de acceso, nivel de educación influyen en la decisión de algunas mujeres para optar por el parto domiciliario, en donde son atendidas por parteras y su familia, sin tomar en cuenta los factores de riesgo a los que se exponen al no ser atendidas por profesionales de la salud.

En la actualidad el Ministerio de Salud Pública consciente de los riesgos que conlleva la atención de un parto domiciliario, sin la intervención de profesionales de la salud, ha implementado estrategias de promoción, prevención y tratamiento de las emergencias obstétricas y neonatales, sin dejar de lado los factores sociales y culturales del contexto de las mujeres en periodo de gestación, respetando sus creencias, costumbres y tradiciones para brindar una atención digna y humanizada (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015a).

#### **1.4 Factores propios de la población en estudio**

##### **1.5.1 Aspectos culturales de la población**

Para poder analizar los factores socioculturales de las gestantes, así como a incidencia que esto tiene en el parto domiciliario en la parroquia de Lita, se debe indagar en el tema de la cultura. Lo más importante es examinar cómo la cultura determina el comportamiento del ser humano en la sociedad, su forma de desarrollarse y crecer. De ahí la importancia que tiene la antropología para estudiar el comportamiento del ser humano en el tiempo y en su manera

de relacionarse con la sociedad, la naturaleza y consigo mismo. Por tanto, la antropología se convierte en una herramienta básica para tener una visión amplia sobre aspectos culturales y sociales de una comunidad determinada.

La parroquia de Lita según el Censo de población y vivienda del 2010 contaba con 3349 habitantes, 25,02% de los cuales se consideraban indígenas.

**Tabla 1** Población según autoidentificación

Autoidentificación según cultura y costumbres	Cuenta	%
<b>Indígena</b>	838	25.02
<b>Afroecuatoriano</b>	137	4.09
<b>Negro</b>	108	3.22
<b>Mulato</b>	189	5.64
<b>Montubio</b>	15	0.45
<b>Mestizo</b>	1,956	58.41
<b>Blanco</b>	79	2.36
<b>Otro</b>	27	0.81
<b>Total</b>	3,349	100.00

Fuente: Censo nacional de población y vivienda, 2010

Dentro del grupo autoidentificado como indígena, se identifica que el 85,68% se consideran Awá, el 12.29% lo ignora y el porcentaje restante se distribuye entre Pastos, Kichwas de la sierra, Sionas y Otavalos.

**Tabla 2** Pueblo indígena al que pertenecen

Nacionalidad o pueblo indígena al que pertenece	Conteo	%
<b>Awá</b>	718	85.68
<b>Siona</b>	1	0.12
<b>Kichwa de la sierra</b>	3	0.36
<b>Pastos</b>	12	1.43
<b>Otavalos</b>	1	0.12
<b>Se ignora</b>	103	12.29
<b>Total</b>	838	100.00

Fuente: Censo nacional de población y vivienda, 2010

Dentro de la planificación territorial, se expone que, la cultura Awá es una de las nacionalidades que tiene problemas de comunicación principalmente en la asociación con las demás culturas, su tipología social es aislada, tímida por el problema de lenguaje y comunicación además de la estructura social tradicional a la existente en la actualidad en Lita. La mayoría de la población se dedica a la cacería, pesca y a la agricultura para el autoconsumo (maíz, plátano, yuca); en tiempo de cosecha, la producción también se destina al mercado. La comunidad Awá se considera un grupo étnico vulnerable, el acceso a sus comunidades es muy dificultoso (Gobierno Autónomo Descentralizado Rural De Lita, 2015).

Lita tiene un potencial en la comunidad Awá, explotarlo le traería muchos beneficios tales como, incremento de turistas a la parroquia, fomento de la cultura e incremento de ingresos en sus pobladores. La nacionalidad Awá es un pueblo de raíces ancestrales que ha vivido bajo sus propias costumbres, normas, usos, derechos propios. Su filosofía es amar, cuidar, y defender sus territorios, toda la vida, presente en su seno, su biodiversidad y toda su inmensa riqueza natural, como es agua, la flora y la fauna. Su principal objetivo es vivir en armonía con la madre naturaleza aprovechando todo lo que su generosidad ofrece para la vida y conservar para todas las vidas presentes, y que se mantengan de generación en generación (Gobierno Autónomo Descentralizado Rural De Lita, 2015).

En la parroquia de Lita los recursos económicos limitan a las personas a estudiar y trabajar. Si optaran por estudiar tendrían que migrar del campo a la ciudad y el costo es alto con relación a las capacidades analizadas. De igual manera, los sectores que no tienen vías de acceso son los más carentes en cuanto a condiciones de saneamiento, recolección de basura y hacinamiento. Los indicadores de educación superior son críticos, tanto para hombres como mujeres, esto también es parte de la pobreza, discriminación y exclusión, puesto que la educación permite el desarrollo de la población. Un ejemplo visible en la parroquia de Lita es

que la población cultiva sus productos agrícolas, estos son comercializados a costa de un arduo sacrificio por el poco acceso a las vías. Hay sectores que no cuentan aún con vías de acceso. El sacrificio de cargar los productos al cuello es tanto para hombres como mujeres, niños y niñas. Pocos utilizan caballos de carga. Hay sectores que no tienen puente en su lugar hay tarabitas. Las distancias que caminan para llegar con el producto a comercializarlo van en un rango de 3 a 5 horas. Pero muchas veces estos productos no son vendidos a un precio justo. Existen personas que aprovechan la vulnerabilidad de la gente y pagan un precio mínimo por sus productos. El nivel de educación no permite que la población tenga la capacidad de calcular el costo en función del beneficio. La mujer en Lita sigue encerrada en la esfera privada, y aún sin posibilidades reales de salir de ella, sufriendo faltas para el desarrollo de sus propios proyectos de vida. La Discriminación al igual que la pobreza se hereda. En el sector de Lita hay un alto grado de discriminación a la comunidad Awá en cada uno de los espacios, en especial a la mujer. En este caso la discriminación se multiplica por su condición de mujer, por ser pobre y por su etnia (Lara, 2018).

En cuanto al embarazo, surgen problemas que pueden afectar la salud de la madre y del hijo; como, por ejemplo, el hecho de que las madres no acuden a controles de salud, porque según RIOS tienen la concepción de que solo sus maridos pueden tocar y mirar el cuerpo de su mujer. Es por esto, que muchas veces son los propios esposos sus parteros o buscan a un partero de la familia o la comunidad, para que atienda el parto, siempre con la supervisión del esposo (Asociación Red Internacional de Organizaciones de Salud (RIOS), 2017).

Entre los principales aspectos culturales referentes a la población de Lita, menciona (*Ibidem*, 2017), que tiene lugar el enterramiento de la placenta, esta tradición surge a través de ritos ancestrales. Por tanto, forma parte de la concepción cultural de las gestantes. Además,



este ritual, se relaciona también con el aspecto de la salud, pues con ello se busca brindar protección a la madre y al recién nacido.

Por otro lado, los aspectos como la sexualidad y la reproducción se encuentran ligados a la cultura de esta población, según RIOS (*Ibidem*, 2017) “*en la reproducción familiar están inmersas categorías religiosas, espirituales, sociales, económicas, políticas, que en un contexto relacional dan sentido a la comunidad*”. La maternidad sigue interrelacionada con la feminidad y la sexualidad, es por esto que la planificación familiar debe ser analizada desde la salud intercultural; las familias grandes y numerosas, se conciben de esta manera, porque de esta manera los hijos constituyen un apoyo tanto en el trabajo de la tierra, como en los quehaceres del hogar. Por esta razón el hombre vigila de manera constante que su mujer sea fértil; ya que esto garantiza el futuro de la comunidad. Para Laza (2008) este constituye un factor importante a considerar dentro de “*un proceso respetuoso de negociación de las diferentes posturas en torno a la salud sexual y reproductiva y dentro de ésta, la planificación familiar*” (Laza Vásquez, 2008, p. 71). Este es un punto de inflexión para varios hombres cabezas de hogar y de allí, que exista cierta resistencia ante métodos anticonceptivos o la misma planificación familiar; esto también implica cierto nivel de machismo y una forma de subyugación de la mujer y por lo tanto una limitante ante sus propios proyectos, sin embargo es un hecho que se encuentra arraigado en la cultural local y que tiende a heredarse y generar controversias ante mujeres que gracias a una mejor información desean planificar mejor sus hogares.

### **1.5.2 Aspectos sociodemográficos de la población en estudio**

El crecimiento económico y social de Latinoamérica ha variado a través de su historia, así como la percepción de la importancia de factores socioeconómicos en el proceso salud enfermedad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de

la salud se definen como las “circunstancias en la que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”, es decir, considerando todos los factores sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales (Ortiz et al., 2017).

Los principales determinantes sociales en salud son aquellos que generan la estratificación dentro de la sociedad, como la distribución de ingresos económicos o la discriminación social por factores como el sexo, etnia o discapacidades, todo esto enmarcado en las estructuras políticas y de gobernanza, esto determina las clases socioeconómicas, que constituyen la estratificación per se, siendo perpetuadas por factores como la estructura de los sistemas de educación y las estructuras para el trabajo y bienes. En la población ecuatoriana existe una clara diferencia en la distribución de la población en las zonas urbanas y rurales en respuesta a condiciones ambientales, políticas y económicas de éstas. Para Ortiz, las zonas rurales se han caracterizado por menor matrícula estudiantil, menor calidad de educación, menor años de estudio promedio y mayor tasa de analfabetismo, lo que puede afectar de manera importante a su población (Ortiz et al., 2017).

La población de la parroquia se distribuye en 14 asentamientos humanos, de los cuales tan solo la cabecera parroquial posee una distribución concéntrica y en el que se han establecidos la gran parte de los servicios públicos e infraestructura de servicios, como el Centro de Salud tipo A. Las demás comunidades se consideran dispersas y por lo tanto con dificultades para acceder a servicios sociales y centros económicos, entre otros.

**Tabla 3** *Comunidades por número de familias y distribución*

<b>Comunidad/ Comuna</b>	<b>Familias</b>	<b>Distribución</b>
<b>Getsemaní</b>	87	Dispersa
<b>Santa Rosa</b>	35	Dispersa
<b>El Carmen</b>	26	Dispersa
<b>Cachaco</b>	59	Dispersa
<b>Rio verde</b>	42	Dispersa
<b>La Chorrera</b>	15	Dispersa

<b>San Francisco</b>	25	Dispersa
<b>La Colonia</b>	22	Dispersa
<b>La Esperanza</b>	23	Dispersa
<b>Santa Rita</b>	34	Dispersa
<b>Palo Amarillo</b>	35	Dispersa
<b>Santa Cecilia</b>	70	Dispersa
<b>Parambas</b>	86	Dispersa
<b>Cabecera parroquial</b>	200	Concéntrica

Fuente: PDOT GAD Lita 2015

La parroquia de Lita cuenta con 3349 habitantes, distribuidos en 209,46 Km<sup>2</sup>, el 58,41 % de la población es mestiza, un 25,02 % de la población es indígena, el 4,09 % de la población es afro ecuatoriano, el 5,64 % de la población es mulata, el 3,22 % de la población es afroecuatoriana, el 2,36 % de la población es blanca y un 0,45 % de la población es montubia. En cuanto al sexo de la población en la parroquia habitan 2106 hombre y 1839 mujeres (Ver **Tabla 1** Población según autoidentificación).

*Tabla 4 Tipo de vivienda*

<b>Tipo de vivienda</b>	<b>Cuenta</b>	<b>%</b>
<b>Casa/Villa</b>	640	62.99
<b>Departamento en casa o edificio</b>	9	0.89
<b>Cuarto(s) en casa de inquilinato</b>	7	0.69
<b>Mediagua</b>	45	4.43
<b>Rancho</b>	266	26.18
<b>Covacha</b>	16	1.57
<b>Choza</b>	27	2.66
<b>Otra vivienda particular</b>	4	0.39
<b>Hospital, clínica, etc.</b>	1	0.10
<b>Convento o institución religiosa</b>	1	0.10
<b>Total</b>	1,016	100.00

Fuente: INEC REDATAM 2010

Una de las dificultades más frecuentes en el territorio es el acceso al agua potable y alcantarillado, lo que se suma a deficiencias en cuanto a la seguridad alimentaria, que afecta a todo el núcleo familiar y termina provocando problemas nutricionales que presentan sobre todo las embarazadas y en infantes. Por otro lado, la sobrecarga laboral, analfabetismo y muchas

veces la escasez de recursos son temas que influyen en las condiciones socioeconómicas de los habitantes (Asociación Red Internacional de Organizaciones de Salud (RIOS), 2017).

### **1.5.3 Condiciones de vida de la población en estudio**

#### **1.5.3.1 Acceso a servicios básicos**

Según la Organización de las Naciones Unidas (2021) el informe final sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se ha planteado un nuevo y más ambicioso reto que se plasma en la Agenda de Desarrollo 2030, este reúne los propósitos que deberían alcanzar los países signatarios en los siguientes 15 años (Organización de las Naciones Unidas, 2021). En dicha agenda se contemplan 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 metas, con las que se busca afrontar los retos económicos, sociales y ambientales a los que el mundo se enfrenta hoy en día (CEPAL, 2016). Dentro de los objetivos planteados en los ODS, el objetivo 6 plantea garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos.

RIOS (2017) menciona que la seguridad alimentaria, el acceso al agua segura y el saneamiento ambiental son factores determinantes para la salud de la población de Lita, pues una de las causas de morbilidad de la población Awá es la parasitosis y enfermedades de vías respiratorias, que guardan relación con la desnutrición y la utilización de leña y carbón para cocinar. Según RIOS (2017) la importancia del agua y su saneamiento para los pobladores del cantón Lita, radica en que:

*“Nosotros estamos en el campo, estar bien es conservar el agua cristalina, en el bosque está la sabiduría, el conocimiento está en la selva. La salud está en el campo, el yuyo, el chinchiral, el palmito, la guayaba, tienen*

*nutrientes. Eso enseñamos a los niños, para ellos eso es divertirse, en la ciudad no hay río, no hay animales.” (p.17)*

Es por ello que el acceso a un suministro de agua limpia y a la gestión adecuada de servicios de saneamiento, son reconocidos como derechos fundamentales. De hecho, brindar agua segura y el manejo adecuado de los desechos sanitarios han sido desde el siglo XIX las políticas de salud pública más relevantes (Pozo, Serrano, Castillo, y Moreno, 2016).

### **1.5.3.2 Acceso a los servicios de salud**

Otro aspecto de vital importancia para el tema del presente trabajo es conocer el acceso a los servicios de salud de esta manera se puede relacionar con las condiciones de vida de la población de Lita y su incidencia en el parto domiciliario.

El Gobierno Autónomo Descentralizado Rural de Lita indica que el aspecto de la salud en la parroquia de Lita tiene una tasa de mortalidad materna es muy baja apenas el 0,24% al año 2011 en toda la parroquia; y contrario a lo que se podría pensar, en la población Awá no existe mortalidad materna, fetal ni neonatal .

Indica el RIOS (2017) que:

*“En territorio Awá no ha habido complicaciones ni hemorragias, todos son parto normal. Toca estar haciendo controles, dándoles hierro en el centro de salud. Lo que sí hay es que nacen de bajo peso, pero desarrollan bien... Cesáreas y mortalidad materno-infantil aquí no. Dentro de las causas más comunes de cesárea es por fallas biológicas de la paciente o porque hay una desproporción entre el feto y la pelvis de la mujer, pero con los Awá eso no pasa*

*porque son multíparas, paren muy fácil. No se ha reportado muerte materna o neonatal.” (p.42)*

Afirma el Gobierno autónomo descentralizado rural de Lita (2019) que la cobertura de salud está relacionada con dos centros de atención primaria que son determinantes para la atención en salud en toda la parroquia de Lita, que establecen servicios principalmente de curaciones menores y atención odontológica, la población por necesidad acude a la revisión médica en la casa de Salud de San Jerónimo y si consiste en una gravedad mayor, se establece el traslado a instituciones de salud pública de la ciudad de Ibarra o de la ciudad de Quito.

### **1.5.3.3 Acceso a la educación**

La educación como un derecho fundamental del ser humano, se concreta en la interacción intencionada entre docentes, estudiantes y otros actores socioeducativos para intercambiar experiencias, conocimientos, valores y valoraciones con miras al desarrollo y la transformación sociocultural individual y colectiva. Es de reconocer que, el mundo cambia y se transforma permanentemente y que, ser humano debe asumir y concretar, nuevos modos de ser, sentir, pensar y actuar para consolidar la construcción de una sociedad justa y equitativa.

El Artículo 27 de la Constitución de la República del Ecuador (2008), se señala que (Asamblea Nacional de Ecuador, 2008):

*“La educación se centrará en el ser humano y garantizará su desarrollo holístico, en el marco del respeto a los derechos humanos, al medio ambiente sustentable y a la democracia; será participativa, obligatoria, intercultural, democrática, incluyente y diversa, de calidad y calidez; impulsará la equidad de género, la justicia, la solidaridad y la paz; estimulará el sentido crítico, el arte y la cultura física, la iniciativa individual y*

*comunitaria, y el desarrollo de competencias y capacidades para crear y trabajar”.*

De esta manera la educación es la creación social que permite y promueve la ganancia de habilidades, conocimientos y la ampliación de horizontes personales y que puede tener lugar en muchos entornos, en los cuales el ser humano se ve inmerso logrando alcanzar una vida digna llena de equidad, justicia social y de oportunidades igualitarias así lograr un desarrollo sustentable y alcanzar el buen vivir. Además, es indispensable para el conocimiento, el ejercicio de los derechos y la construcción de un país soberano, lo cual constituye un eje estratégico para el desarrollo nacional.

El GAD parroquial rural de Lita dentro de su planificación encontró que en el ámbito educativo en la parroquia de Lita el analfabetismo es del 18,46% de la población; si lo comparamos con el índice general de analfabetismo a nivel nacional del 6.75% establecido en el mismo año, nos permite apreciar que el índice local supera por mucho las estadísticas nacionales (Gobierno Autónomo Descentralizado Rural De Lita, 2015). En el mismo documento se señala que los principales problemas que están relacionados con el establecimiento son, el espacio físico, la dotación de infraestructura básica para las aulas, de los equipos, principalmente de computación; y de manera puntual también el servicio de transporte por la ubicación de los establecimientos educativos dispersos, lo que en consecuencia se traduce en la ausencia en los establecimientos educativos, principalmente de aquellos que ya han cumplido 15 años, los mismos que ingresan a la fuerza laboral a muy corta edad y claramente muy poco preparados.

#### **1.5.3.4 Nivel de ingresos y gastos**

El nivel de ingresos y gastos resulta de vital importancia para el tema, puesto que es uno de los principales determinantes que influyen en el embarazo. Para Ayala y García (2001) los factores que contribuyen a la calidad de un proceso de embarazo son el nivel de escolaridad de los padres, la estabilidad familiar y señala que es de gran importancia el nivel socioeconómico (Ayala Aguilar y García Posada, 2001).

Según RIOS (2017):

*“La principal fuente de ingreso de las familias Awá proviene de su trabajo en las fincas aledañas, a donde se movilizan sobre todo para la recolección de hojas de coca. En las fincas son contratados como jornaleros durante períodos que varían entre semanas hasta meses, dependiendo de la distancia; esta actividad, casi siempre la realizan en familia.” (p. 59)*

Esto implica que muchas veces los jóvenes, incluso los niños, a muy corta edad interrumpen la educación, porque dejan de ir a la escuela durante el tiempo que dura el trabajo. Señalan RIOS (2017) *“Nos vamos a las fincas, aquí al frente, allá nos pagan hasta \$10 diarios, con lo que ganamos compramos en el Chical, arroz, sal, lenteja, pero eso no alcanza”* (Gobierno Autónomo Descentralizado Rural De Lita, 2015, p. 60). Es decir, que el nivel socioeconómico en general es muy bajo. Todo ello conlleva a problemas de movilidad, y entre las principales fuentes de trabajo se encuentran las florícolas y en el caso de las mujeres las labores como trabajadoras domésticas, así menciona RIOS (2017): *“Estos 5 años han estado a Cayambe a trabajar en las flores, hay jovencitas mujeres, hombres también. Con 8vo, 9no ya se van. En Ibarra hay mujercitas que trabajan como domésticas”*. También influye en los problemas nutricionales, pues debido a la situación económica no pueden adquirir alimentos de calidad.



## Capítulo II Marco Teórico

Existe una variedad de estudios relacionados a los partos domiciliarios, sobre todo en el Ecuador; por lo que, se analizaron algunos de ellos como:

En el artículo titulado “*Exploring social and health care representations about home birth*” el autor, Pía Rodríguez, se expresa desde la perspectiva de la gestión de la salud, y manifiesta que el parto en el hogar no es ampliamente aceptado en la actualidad como una alternativa válida y segura. Sin embargo, las representaciones sociales de las mujeres indican un interés en volver al parto en el hogar como respuesta a la excesiva influencia de la medicina en la institucionalización del parto, pues valoran altamente su autonomía y comodidad en el proceso del alumbramiento (Rodríguez-Garrido, Pino-Morán, y Goberna-Tricas, 2020).

Actualmente, se ha despertado una nueva consciencia sobre el derecho que tiene la mujer para elegir libremente sobre su cuerpo. En el caso del parto, el derecho de las mujeres radica en la toma de decisiones antes, durante y después de este proceso. La elección de la posición para dar a luz sea esta: horizontal, sentada, acostada de lado, cuclillas, arrodillada o de pie; dónde y en qué lugar desea dar a luz, son parte de las decisiones que la mujer puede hacer, y que se ven fortalecidas con la práctica de la medicina ancestral, como en el caso que se plantea en la presente investigación: la medicina ancestral.

En el 2018, Abraham de Jesús-García y colaboradores concluyen en su artículo científico: *Associations with perineal trauma during childbirth at home and in health facilities in indigenous municipalities in southern Mexico: a cross-sectional cluster survey*, que (De Jesús-García et al., 2018, p. 7):

“[...] *el parto asistido por parteras tradicionales conlleva un menor riesgo de trauma perineal en comparación con el parto asistido por un médico*

*o enfermero en un centro de salud. La tasa de trauma perineal entre las mujeres que dan a luz en las comunidades indígenas podría reducirse mediante los esfuerzos para disminuir el uso de episiotomías en los centros de salud, y abriendo un diálogo con las parteras tradicionales para aumentar su interacción con los servicios de salud formales”.*

La sabiduría de las parteras implica conocimientos sobre la fisiología, esto provoca un enorme impacto en la decisión de la mujer de buscar o no atención especializada durante el embarazo y el parto. La atención asistida por parteras causa menor trauma perineal, es así que la tasa de este procedimiento quirúrgico es nula en las comunidades indígenas.

Carvajal (2017), refiere que la medicina basada en evidencia es el enfoque actual que recomendamos para la práctica médica, optimizando la toma de decisiones, de acuerdo con sólida información científica (Carvajal, 2017, p. 1).

*La medicina basada en evidencia usa la mejor realidad disponible, y la integra con el buen juicio clínico, y las preferencias del paciente. Procediendo de este modo lograremos dos cosas: implementar las intervenciones correctas para obtener un mejor resultado clínico, y a la vez no efectuar intervenciones que produzcan daño (p. 1).*

La práctica del parto domiciliario es un conocimiento que se ha transmitido por generaciones, y hace hincapié en el bienestar materno fetal, siendo eje fundamental de esta práctica de salud. En la actualidad, el parto domiciliario es una opción que se retoma por parte de la familia, buscando una atención humanizada, que brinde confianza, intimidad y calidez para las gestantes y los recién nacidos.

La revista perteneciente a *The American College of Obstetrics and Gynecology [ACOG]*, manifiesta que las mujeres de los sectores rurales experimentan resultados de salud más pobres y tienen menos acceso a la atención médica que las mujeres de los sectores urbanos. Con respecto a la atención de salud en zonas rurales, se evidencia un número limitado de proveedores de atención médica, especialmente proveedores de salud para mujeres. La América rural es heterogénea, los problemas relacionados a la salud varían según la región y el estado. Los profesionales de esta área deben ser conscientes de este problema y abogar por reducir las disparidades de salud en las mujeres rurales (ACOG, 2016).

Castrillo en el 2015, su trabajo de investigación titulado: *Parir en casa, parir en el hospital*, menciona que (Castrillo, 2015, p. 2):

*“El parto y el nacimiento producen, reproducen y son producidos por espacialidades, como localizaciones apropiadas, que implican cierta identidad. En un análisis histórico, los lugares del parto han ido cambiando en tanto son construcciones socioculturales: del parto en casa, atendido por matronas, los cambios culturales, científicos, económicos y políticos han generado el traslado al hospital. Pensado como una “solución espacial”, en tanto configuración cultural específica, legitimidad de la institución sanitaria como la espacialidad hegemónica para la ocurrencia y para la atención del parto, se instaura en nuestro país en respuesta a necesidades poblacionales de principios del siglo XX, en relación con problemáticas eugénicas y de raza.” (p. 2)*

Como referencia a lo expuesto, se hace hincapié en una temática que data de hace siglos, el ser humano es un ente biopsicosocial, el cual está inmerso en constantes cambios de esta manera las políticas de salud se adaptan a través de la búsqueda de la emancipación de las costumbres milenarias cuya sapiencia, empírica, se ha transmitido de generación en

generación. Estas prácticas, al ser parte de la idiosincrasia de los pueblos, influyen en los procesos de salud - enfermedad, además, crea una brecha de distanciamiento entre el personal de salud y los pobladores de las zonas rurales, de modo que la desconfianza dificulta la interacción usuario profesional.

Vásquez (2015), refiere que :

*“Otro elemento relacionado con la preferencia por la partera tradicional y que también pudiera leerse como una barrera para la atención hospitalaria, es la imposibilidad del cumplimiento del rol femenino. Al decidirse la mujer por la atención del parto hospitalario, se traduce también en el abandono transitorio del cuidado de sus otros hijos, del esposo y del hogar; y la necesidad del acompañamiento de otros miembros de la familia para su cuidado. Todo esto causa una alteración en la dinámica del hogar y en la vida de la mujer. No hay que olvidar que socialmente a la mujer se le ha asignado el rol de cuidadora y no de ser cuidada”* (Laza Vásquez, 2015, p. 1).

En las sociedades más tradicionales se ha delegado a la madre el rol de cuidadora, mas no tiene el beneficio de ser cuidada; de esta manera, las zonas rurales son un eje vulnerable al carecer de una fuente de ingreso que sustente su independencia laboral y económica.

En una Comunidad de la Sierra rural en Perú, se realizó un estudio denominado *“Características y Prevalencia de Partos Domiciliarios en un distrito Rural de la Sierra del Perú, 2015-2016”* en mujeres que tuvieron parto domiciliario, la mayoría eran adultas jóvenes, no tienen controles prenatales, viven lejos de una Unidad de Salud, tener un antecedente de parto domiciliario anterior; el estudio plantea mejorar estas cifras, ya que lo considera aspecto negativo y propone estrategias para disminuir estos en la zona (Mendoza-Chuctaya, Montesinos-Segura, Agramonte-Vilca, y Aguirre-Tenorio, 2018).

En otro estudio realizado en Perú con el objetivo de determinar las “Características sociodemográficas del parto domiciliario en pobladoras del Centro Poblado Kerguer durante el período 2010 – 2016”, se analizó una muestra de mujeres gestantes que tuvieron parto domiciliario y se halló que la edad prevalente era adultas jóvenes, casi en su totalidad con pareja, la mayoría tiene antecedente de parto domiciliario con ayuda de parteras. El componente sociocultural hallado fue principalmente por tradición, y las largas distancias (Custodio-Marroquín, 2016).

Estudios más cercanos, en el Ecuador, en la zona norte, Esmeraldas con un rico bagaje cultural afrodescendiente, un estudio denominado “*Condicionantes de riesgo en los partos domiciliarios atendidos por comadronas en la comunidad de Ricaurte del cantón San Lorenzo de la provincia de Esmeraldas*” buscó identificar los condicionantes de riesgos que ocurren en los partos domiciliarios atendidos por comadronas la comunidad de Ricaurte del cantón San Lorenzo, desde el enfoque de quienes atienden esos partos, es decir, comadronas y parteras (Sosa, 2021).

En el estudio titulado “*Factores socioculturales de las embarazadas y su incidencia en el parto domiciliario en la Comunidad indígena de la parroquia Ambatillo Alto, durante el período enero - junio 2014*” estudio en la Sierra Central, en Ambatillo, se estudió los antecedentes sociodemográficos y su relación con el parto domiciliario, en gestantes indígenas; se evidenció que los factores socioculturales que influyen en la decisión de parto domiciliarios son: Entre los factores que influyen en la práctica del parto domiciliario son: el nivel de educación, inasistencia a los controles prenatales por falta de información por parte del personal de salud hacia las madres, por distancia geográfica, el contingente cultural, como hábitos, creencias y tradiciones de la población (Montero Gutiérrez, 2015).

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador reporta que los nacidos vivos por sector del establecimiento en el año 2018 fueron del 72,2 % entidades públicas, privado 23 % y casa, otros y sin información 4,3 % (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2018)

Las prácticas de medicina ancestral forman parte de la cultura de las comunidades indígenas que habitan el territorio nacional. Estas prácticas se ajustan a cada una de las necesidades de salud que se presentan en la población, los procesos de parto no son la excepción. A finales de la primera década del siglo XXI, el Ministerio de Salud Pública elaboró la normativa del parto humanizado con la finalidad de integrar las prácticas culturales en cada una de las casas de salud alrededor del territorio nacional. En la actualidad, esta práctica se encuentra disponible en 236 centros de salud, en los que las mujeres pueden acceder al parto cultural bajo el cuidado de médicos especialistas.

La situación sociodemográfica es una temática de suma importancia para los habitantes de las zonas rurales del Ecuador que, debido a la falta de recursos económicos y de transporte, tienen dificultades en el acceso a las casas de salud, por lo cual, muchos de ellos se ven en la necesidad de adoptar los partos domiciliarios donde muchas de las gestantes son atendidas por parteros o por sus propias parejas, incluso cuando la situación del alumbramiento amerite el apoyo de personal de salud especializado.

### **1.5 Parto**

El parto es el proceso natural en que los bebés nacen, por tanto, es necesario brindar todos los beneficios. Este servicio sanitario precisa cuidados y atenciones especiales, dando a los protagonistas la importancia que demandan. Históricamente, las mujeres han dado a luz en compañía de otras mujeres experimentadas de su familia o comunidad. Esta costumbre, a cargo

de las llamadas parteras tradicionales o comadronas, sigue siendo habitual en muchas poblaciones indígenas de América Latina y de otras partes del mundo.

### **Parto humanizado**

El parto humanizado o parto respetado es una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños en el momento del nacimiento. Considera los valores de la mujer, sus creencias, y sentimientos respetando su dignidad y autonomía durante el proceso de dar a luz. Este tipo de partos reduce los nacimientos sobre medicados, empoderando a las mujeres y los usos de prácticas de maternidad basados en la evidencia como estrategia para humanizar el parto (Macías-Intriago et al., 2018).

### **Tipos de parto**

El parto se puede definir como el proceso que provoca la salida del feto desde el interior del útero materno a la vida extrauterina. Se puede decir que existen muchos tipos de parto, de hecho, el parto es diferente de una mujer a otra, e incluso siendo la misma gestante, habrá diferencias entre un parto y el siguiente.

### **Tipos de parto según las semanas de gestación**

Si atendemos solamente a las semanas de gestación de la finalización del embarazo, existen tres tipos de parto:

- Parto a término: Es el parto que se produce entre las 37 semanas de gestación y las 42 semanas de gestación.
- Parto pre término o parto prematuro: Este tipo de parto ocurre cuando el embarazo finaliza antes de las 37 semanas de gestación.
- Parto postmaduro: Se produce cuando el embarazo sobrepasa las 42 semanas de gestación. Cuando un embarazo se encuentra en vía de prolongarse a partir de las 42 semanas, existen

varios riesgos asociados como por ejemplo relacionados con el tamaño del bebé o con el funcionamiento normal de la placenta (la cual deja de funcionar correctamente). Es bastante raro que ocurra en los países desarrollados debido a los controles de embarazo, sin embargo, si es más habitual en países en vías de desarrollo y en ciudades fronterizas con éstos.

### **Tipos de parto según el inicio**

Existen dos tipos de inicio posibles:

- Parto espontáneo: Como su nombre ya indica, es cuando el proceso del parto se inicia de manera natural, sin necesidad de intervenir con ningún procedimiento médico para que se desencadene.
- Parto inducido: La inducción al parto es lo que comúnmente se conoce como provocar el parto. Se debe realizar siempre en base a criterios clínicos y siempre valorando los riesgos y los beneficios que tiene tanto para la madre como para el bebé. Entre la causa que pueden indicar la finalización del embarazo mediante un parto inducido pueden estar el que por ejemplo el parto no se inicie de forma espontánea entre la semana 41 y la 42 o el que la cantidad de líquido amniótico no sea la adecuada para el bienestar del bebé.

### **Tipos de parto según su finalización**

Si se habla de la finalización, se encuentra con dos tipos de parto.

- Parto eutócico o normal: El parto eutócico se produce con la salida del bebé y la placenta mediante los pujos maternos por vía vaginal. La OMS define el parto normal como el parto de bajo riesgo en el que el bebé nace de manera espontánea con el esfuerzo materno en posición cefálica (con la cabeza fetal hacia abajo).



- Parto distócico: La distocia se refiere siempre a un problema que impide que se produzca el parto normal o eutócico. Los partos distócicos pueden ser a su vez partos instrumentales (vacuo o ventosa, fórceps o espátulas) o quirúrgicos (cesárea). Dependiendo de la situación del parto se utilizará un instrumento u otro si se produce el parto vaginal o un parto por cesárea cuando no hay posibilidad de un parto vaginal (López, 2015).

En la actualidad existen diferentes tipos de parto los cuales se enfocan en la necesidad del usuario respetando su libre posición del mismo, siempre y cuando este dentro de lo establecido y compartido tanto como el personal de salud, paciente y familia, de esta manera se brinda una información acertada a la madre en periodo de labor de parto, brindando una atención oportuna con calidad y calidez.

### **Guía de práctica clínica Atención del trabajo de parto, parto y postparto**

El parto y el nacimiento son procesos fisiológicos. El garantizar los mejores resultados en la atención del parto debe observar la importancia que este proceso tiene en la vida de la mujer, en su bienestar emocional y en la adaptación a la maternidad, así como en el establecimiento del vínculo con su hijo o hija, en el éxito de la lactancia, en el estilo de crianza y en el desarrollo posterior de los niños y niñas.

En la actualidad, la mayoría de las mujeres puede dar a luz con un cuidado de la salud mínimo, sin poner en riesgo la seguridad del proceso. Para ello es necesario que las mujeres recuperen la confianza en sus posibilidades de afrontar el parto y que los profesionales comprendan cuáles son las necesidades básicas de las mujeres durante este proceso fisiológico (seguridad, tranquilidad, privacidad, autonomía) y ofrezcan una atención diferente que satisfaga a las mujeres, garantizando su bienestar y el del recién nacido.

La guía está elaborada con las mejores prácticas clínicas y recomendaciones disponibles para el manejo del trabajo de parto, parto y posparto inmediato, adaptada al Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) que propone un fortalecimiento del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, basado en atención integral, y con un enfoque familiar, comunitario e individual (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015a)

Esta guía está enfocada en brindar una atención holística, orientada en el respeto al derecho constitucional como lo es la Salud, de igual manera brindar una atención con calidad y calidez basada en la evidencia científica, que día a día evoluciona; de esta manera el personal de Salud está en la obligación de adquirir mayores conocimientos y estar actualizado ante la demanda que exige el usuario.

### **Etapas del parto**

A medida que el nacimiento del bebé se acerca, a la madre cada vez le inquieta más pensar cómo será el parto. Aunque cada alumbramiento es diferente, desde un punto de vista médico, todos pasan por tres fases: dilatación, expulsivo y alumbramiento.

#### **1. Primera fase del parto: Dilatación**

La primera fase del parto va desde su inicio hasta la dilatación completa del cuello uterino. Los médicos o comadronas utilizan una definición para hacer un “diagnóstico de inicio de parto”. Los criterios que se utilizan no son exactamente iguales entre países o sociedades científicas. Pero de forma muy general casi siempre consideran tres factores:

1. Tiene que haber contracciones seguidas, al menos dos cada 10 minutos,
2. El cuello del útero, o cérvix en términos técnicos, tiene que estar dilatado, normalmente 3 cm o más.

3. El cuello del útero tiene que estar acortado, o como se suele denominar técnicamente “borrado”, al menos en un 50% respecto a su longitud.

## **2. Segunda fase del parto: expulsivo**

La fase de expulsivo empieza cuando se alcanza la dilatación completa y acaba en el momento en que el feto sale completamente al exterior. Se llama dilatación completa porque en ese momento el cuello del útero se ha dilatado tanto que forma un solo conducto con la vagina. Más o menos corresponde aproximadamente a 10 cm, pero el tamaño exacto cambia en cada caso.

Durante esta fase, es normal que la mujer empiece a notar una necesidad de apretar, muy parecida a la de hacer de vientre. Los pujos de la madre son una ayuda importantísima para ayudar al feto a salir. En un parto normal, el bebé sale mirando hacia la espalda de su madre. Esto es debido a la forma ovalada de la última parte estrecha que tiene que atravesar en la pelvis, entre el pubis y el coxis. Casi todos los partos ocurren así, porque es la forma más eficiente para salir. De forma natural el feto adapta su cabeza, como si fuese un obús, para poder salir ocupando el menor espacio posible.

## **3. Tercera fase del parto: alumbramiento**

Aunque es habitual utilizar este término como sinónimo de parto, en medicina esta tercera fase hace alusión, en realidad, a la salida de la placenta. El parto no ha acabado técnicamente hasta que sale la placenta y las membranas ovulares. Una vez vaciado el útero, se ponen en marcha unas señales que hacen que la placenta se desprenda y se expulse. Es un proceso muy delicado porque la placenta recibe muchísima sangre. Por ello, inmediatamente después de desprenderse la placenta, la madre tiene una gran contracción uterina continua. El útero se cierra fortísimo, como un puño, y esto evita el sangrado que aparecería después del desprendimiento de la placenta.

En ocasiones a la placenta le cuesta salir y se considera que es mejor actuar, porque es una de las causas de hemorragia postparto. Es una de las complicaciones más frecuentes en entornos en los que no hay profesionales. En la historia ha sido una de las causas más frecuentes de muerte materna en el parto, y por desgracia todavía lo es en algunas partes del mundo. En medios con recursos, es una complicación muy importante y que requiere atención muy urgente y especializada. Pero hoy en día se dispone de muchísimas armas terapéuticas y la hemorragia postparto se consigue controlar en prácticamente todos los casos, de forma que la mortalidad materna por esta causa se ha reducido (Inatal, 2018).

Es indispensable el reconocer las fases de parto ya que como personal de Salud nos da una pauta para registrar el estado de la paciente y el recién nacido sin duda el personal de Enfermería es de gran apoyo al momento de valorar dichas etapas las cuales van a marcar un atención oportuna y acertada a cada momento, es así que el personal de Salud está en la obligación de brindar apoyo y empatía con la madre gestante durante estas fases que son de suma importancia para obtener un producto sano.

### **Procedimiento en el parto**

El trabajo de parto consiste en una serie de contracciones rítmicas, involuntarias y progresivas del útero que producen el borramiento (afinamiento y acortamiento) y la dilatación del cuello uterino. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el parto normal de la siguiente manera:

- El parto se inicia en forma espontánea, se considera de bajo riesgo al inicio del trabajo de parto y sigue siéndolo durante el trabajo de parto y el parto.
- El bebé nace espontáneamente en presentación de vértice entre las 37 y las 42 semanas de embarazo.

- Después del nacimiento, la madre y el bebé están en buenas condiciones.

El estímulo para el inicio del trabajo de parto es desconocido, pero la manipulación digital o el estiramiento mecánico del cuello durante el examen aumenta la actividad contráctil uterina, muy probablemente por estimular la liberación de Oxitocina en la glándula hipofisis posterior.

El trabajo de parto normal comienza dentro de las dos semanas anteriores (antes o después) de la fecha estimada de parto. En el primer embarazo, el trabajo de parto en general dura 12 a 18 horas en promedio; los trabajos de parto posteriores se acortan, y promedian las 6 a 8 horas.

### **Comienzo del trabajo de parto**

La rotura de las membranas cori amnióticas o la pérdida del tapón mucoso confirma el diagnóstico de inicio del trabajo de parto. Las pérdidas preparto (pequeñas cantidades de sangre con moco a través del cuello uterino) pueden preceder al trabajo de parto hasta 72 horas. Las pérdidas de sangre preparto pueden diferenciarse de los diferentes tipos de sangrado vaginal durante el tercer trimestre porque la cantidad de sangre es pequeña, las pérdidas en general vienen mezcladas con moco y falta el dolor característico del desprendimiento prematuro de placenta (Artal-Mittelmark, 2021).

Tomando en cuenta el proceso de parto este puede iniciarse tres semanas antes de que se produzcan con la aparición de las llamadas contracciones de Braxton Hicks, también conocidas falsas contracciones de parto que se determinan por ser irregulares e indoloras y calmarse con el reposo o incluso espontáneamente, de esta manera y como ente de salud es fundamental brindar una educación oportuna a la madre que va a dar inicio a un proceso fisiológico como es el trabajo de parto, así mismo el personal de salud debe enfocar sus cuidados de manera holística, tomando en cuenta que es un proceso de transición y nuevo para

la gestante, ya que se prepara para recibir a un nuevo ser, el cual necesita cuidados adecuados y acertados para un buen desarrollo el mismo, de igual manera la madre se adapta a un nuevo proceso de vida y cambios hormonales los cuales muchas de las ocasiones desconocen, de esta manera es ahí donde el personal de salud está en la obligación de educar y brindar cuidados directo a los usuarios, para un buen desempeño post parto y cuidados adecuados al recién nacido.

### **Protocolo de atención del parto culturalmente adecuado Ministerio de Salud**

#### **Publica**

En la historia de la medicina, los partos eran asistidos por mujeres y en posición vertical como un fenómeno natural practicado regularmente por los diferentes pueblos ancestrales, hecho que se práctica hasta la actualidad. La Constitución ecuatoriana del 2008, apoyó la interculturalidad en la salud de los pueblos indígenas y se evidenciaron necesidades económicas y sociales. Para cubrirlas se creó la Dirección Nacional de Salud Indígena, la cual asegura las necesidades con respecto a sus prácticas y saberes ancestrales (García Rodríguez et al., 2016).

Es inmemorable el parto domiciliario siendo esta una práctica que en su mayor parte se da realiza en zonas rurales, numerosas de las ocasiones es difícil el acceso a una casa de salud, por la distancia o acceso vehicular, de esta manera el personal de salud está en la obligación de conocer esta temática, y brindar una atención oportuna con calidad y calidez, de esta manera respetar el derecho a la salud.

Fase 1: Preparación (conocer, negociar y preparar).

Conformación y/o fortalecimiento de un equipo de adecuación cultural del parto.

- 1) Diagnóstico de conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud institucional y comunitaria.
- 2) Encuentro intercultural.
- 3) Adecuación de la unidad de salud.

Fase 2: Organización.

Fase 3. Sensibilización y atención intercultural

- 1) sensibilización intercultural.
- 2) Capacitación al personal de salud.
- 3) Fortalecimiento de conocimientos de parteras.
- 4) atención prenatal culturalmente adecuada, brindada en la unidad de salud por personal médico u obstetra.
- 5) Atención del parto culturalmente adecuado, brindada en unidades de salud por personal médico, obstetra y enfermeras.

Fase 4: Gestión, monitoreo y seguimiento.

- 1) Gestión.
- 2) Monitoreo.
- 3) Seguimiento (Encalada Bueno y Morocho Guamán, 2017)

### **1.6 Parto domiciliario**

El parto domiciliario brinda una perspectiva mucho más amplia en cuanto a la atención de la salud, enfocada en el respeto de la cosmovisión de los pueblos, siendo el ser humano un ente biopsicosocial, el cual está inmerso a numerosos cambios y modos de supervivencia, de esta manera brinda una visión humanista la cual brinda respeto a la evolución del ser y el

cosmos como fuente de energía y generador de sapiencia enfocada en la idiosincrasia de la sociedad.

### **Cosmovisión del parto domiciliario**

La partería tradicional obedece a los saberes indígenas empíricos transmitidos de generación en generación, pero que también han adquirido mujeres mestizas a través de la práctica y el aprendizaje con las parteras indígenas. Las parteras incorporan conocimientos de la biomedicina, sin dejar de lado sus saberes ancestrales, sobre todo los relativos a la herbolaria, la sobada, el uso del rebozo y el cierre posparto. Su participación en los cuidados de la salud materno infantil data de la época prehispánica (Sánchez-Redondo et al., 2020).

Señalan Botteri y Bochar (2019) que:

En el caso del cuerpo de las mujeres, la incapacidad de curación se acentúa a través de la cultura patriarcal, que siempre ha desvalorizado y minimizado el saber de las mujeres. En particular durante el embarazo, la biomedicina coloca la autoridad en las manos de los médicos y no ha reflexionado a suficiencia sobre la importancia que puede tener un parto natural para la subjetividad de una mujer madre cuando se le otorga la posibilidad de manejar sus propios recursos biológicos (Botteri, 2019, p. 130).

El parto en casa está combinado al proceso de continuidad en el nacimiento, ya que se pare en un lugar de confianza y que, además, será el hogar donde el bebé se va a desarrollar, de esta manera el parto domiciliario es una práctica milenaria. Se encuentra ligado a la cosmovisión de los pueblos que la practican, que lo ven como un momento de familia e intimidad con sus seres queridos. Por tanto, en la mayoría de los casos, el parto domiciliario brinda bienestar tanto emocional, como psicológico a la madre y al recién nacido en compañía de sus familiares.



## **Ventajas del parto domiciliario**

Las ventajas que proporciona el parto domiciliario tienen una gran repercusión en la parturienta y en su familia, aumento de la satisfacción, ya que la mujer vuelve a ser dueña de ese momento vital en sus vidas, puede decidir en cada momento qué quiere hacer y cómo quiere estar, en definitiva, puede vivir este momento con plenitud y sin ninguna restricción (De la Torre del Jesus, 2015).

Así mismo un momento tan emotivo que lo vive y disfruta en compañía de sus seres queridos, lo cual repercute en el estado de salud tanto como para la parturienta y su hijo, de igual manera el apego precoz y un sin número de técnicas y costumbres que experimentan en este instante de transición que beneficia su salud tanto materna, como neonatal.

### **Beneficios del parto domiciliario** (Sánchez-Redondo et al., 2020):

- **Maternos:** Menor tasa de morbilidad materna en cuanto a hemorragia posparto, infecciones y laceraciones perineales.
- Menor tasa de intervenciones y de parto instrumentalizado.
- Mayor tasa de satisfacción relacionada con la consideración del hogar como un entorno con más comodidad y que las madres sienten mayor control de la experiencia.
- **Neonatal:** Mayor tasa de lactancia materna exclusiva en los nacimientos en casa

### **Complicaciones del parto domiciliario**

Una de las razones por las que el parto en casa no ha sido fomentado es la falta de seguridad y confianza que puede brindar una matrona en el momento se asistir partos en domicilio y que se presente una complicación. Según un estudio realizado en Ecuador por López, Galeas, Del Rio y Salas (2020) la mayoría de las parteras, alrededor de un 96% afirman

que en los casos de embarazos que presentan complicaciones como: hemorragia, varices, barriga muy grande, y delgadez del cuerpo; se les recomienda acudir al centro de salud más cercano para evitar casos de mortalidad. Por otro lado, este mismo estudio asegura que en los sitios rurales, alrededor del 47% de las embarazadas no optan por los servicios de salud, pues comentan que su intimidad no es respetada por rasurar sus partes íntimas, no permitir que sus esposos las acompañen durante el parto y para evitar alguna rasgadura alrededor (Núñez López, G. I., Soliz Galeas, C. A., Vidal Del Río, M. M., y González Salas, 2020).

López y colaboradores sugieren que, a decir de las parteras, las embarazadas son controladas y revisadas, de manera periódica, antes y durante la labor de parto en sus casas. Además, la preparación para el momento del parto se realiza empleando infusiones o brebajes naturales, con plantas existentes en su ambiente como la canela y el púmin, de esta manera se evita suministrar fármacos y se garantiza el éxito del alumbramiento.

El Ministerio de Salud Pública (2015) a través de las Normas y Protocolos de Atención Materno Neonatal incluida la Guía de Atención del Parto Culturalmente Adecuado y el Manual de Estándares e Indicadores buscan mejorar la calidad de atención materno neonatal. Algunas de las dificultades con las que las matronas se encuentran es la falta de información, apoyo y confianza por parte de las propias mujeres y colegas, tanto ginecólogos como matronas que trabajan en el ámbito hospitalario (Ortega Barreda, Cairós Ventura, Clemente Concepción, Rojas Linares, y Pérez González, 2017).

De esta manera el parto domiciliario tiene riesgos para la salud tanto de la madre, como el recién nacido, cuando no existe la formación o conocimiento mínimo de parte de la partera o familia que asiste dicho parto, así mismo en lo que se refiere a la madre tenemos el incremento del riesgo materno en mujeres con enfermedad previa o que surge durante la gestación; en cuanto al neonato tenemos un incremento en la mortalidad neonatal, sobre todo en relación con

distrés respiratorio y fallos en la reanimación , mayor riesgo de encefalopatía hipóxica isquémica y de aspiración meconial.

### **Personal que atiende el parto domiciliario**

La seguridad del parto en casa es motivo de controversia entre padres y profesionales de la salud, los colegios de matronas a nivel internacional y basándose en la literatura publicada, informan de que el parto en casa puede considerarse una opción tan segura para las mujeres sanas con bajo riesgo de complicaciones como el parto hospitalario o el asistido en unidades de matronas (Ortega Barreda et al., 2017).

En zonas rurales es palpable esta realidad donde la práctica del parto domiciliario se lo realiza con normalidad y respeto de su libre posición, la atención prestada se da por parte de la familia y varias ocasiones la partera; es así que el personal sanitario debe conocer y respetar la cosmovisión de los pueblos, para ser parte de esta práctica ancestral y compartir la sapiencia de estos seres que lo vienen ejerciendo por miles de años, tomando en cuenta que esta experiencia está reconocida por el estado como un derecho constitucional.

Las parteras tradicionales viven en la misma comunidad que las mujeres y se conocen desde que eran jóvenes, son parte y mantienen una buena relación con éstas; y por esto son fácilmente accesibles. Asimismo, muchas ejercen un importante papel como líderes en sus comunidades. Por otra parte, para las mujeres primaba el deseo y la preferencia del nacimiento de su hijo en un ambiente privado, conocido, cómodo y confidencial con la ayuda de alguien de su confianza.

La confianza en la partera tradicional se relacionó con la afirmación de que tenían suficientes conocimientos y habilidades para atender a mujeres embarazadas, en la eficacia de sus servicios y en que estos podían mejorar con algún tipo de formación. Por tanto, su capacidad

era suficiente y no se necesitaba de la atención médica ni institucional, que en muchos contextos no era habitual. En este sentido, se optaba por la partera tradicional como la primera línea de atención, a menos que se creyera que el trabajo de parto no sería normal.

La violencia obstétrica, que indica Federici tiene lugar desde el feudalismo en donde las mujeres no eran dueñas de sus cuerpos, hecho que se enmarca en el contexto de la cacería de brujas, quienes en realidad fueron mujeres sabias, con saberes ancestrales, a las que hoy se las conoce como curanderas y comadronas (Federici, 2010, p. 17).

Según Vázquez (2013) en Ecuador la violencia obstétrica ha estado presente desde la colonización, pues al estar apegados a la ideología religiosa se relacionan los dolores del parto con un castigo por haber gozado de un placer sexual. Para Vázquez (2013) *“El tabú se centra en la falta de educación sexual existente en todos los niveles de educación, por ende, una civilización libre de estigmas permite a la mujer ejercer una vida libre de violencia”* (Vásquez Quezada, 2011, p. 34).

Los miembros de la familia, como la suegra y la madre como principales asesores, generaban presión en la mujer para su decisión en la atención del parto, basadas en sus experiencias de la atención hospitalaria *versus* la de la partera tradicional; aconsejaban por lo general quedarse en el hogar. Sobre la mujer también ejercían presiones los líderes de las comunidades, en el afán de que estas buscaran las prácticas tradicionales durante la atención del parto (Laza Vázquez, 2015).

Es de suma importancia para la mujer que atraviesa por este periodo, el acompañamiento de sus seres queridos los cuales brindan cuidados y apoyo emocional a cada instante, así esta práctica se realiza de manera íntima y en un ambiente lleno de confianza y

amor, al ser esperado, el cual se adapta a su vida extrauterina y necesita de cuidados oportunos para un buen desarrollo a futuro.

### **Cuidados durante el parto domiciliario**

- Activar desde el primer momento los recursos necesarios para proceder al traslado de la madre y recién nacido, realizando aviso prehospitalario si surgieran complicaciones durante el transporte.
- Prestar en todo momento apoyo emocional a la madre, que pasa por un momento de gran vulnerabilidad, y al familiar que le acompañe.
- La Oxitocina se administra por la partera, siempre que se disponga de ella, sino puede ser sustituida por plantas uterotónicas. Todo ello se realiza después del nacimiento, tras la salida del recién nacido como se ha indicado con anterioridad
- Debe evitarse la pérdida de calor del recién nacido, la madre es la mejor “incubadora” en caso de que sea necesario trasladarla al hospital, se debe procurar que ambos estén estables, evitando corrientes de aire.
- Siempre que contemos con los medios necesarios, registraremos las siguientes actividades: toma de tensión arterial, pulso y temperatura. Valorar el sangrado puerperal y estado del útero, que debe estar contraído con la consistencia de una “bola de petanca”; todo esto se hará cada 15 minutos hasta la llegada al hospital.
- Reevaluación periódica tanto de la madre como del recién nacido (Vázquez-Lara et al., 2018).

### **Cuidados postparto domiciliario**

El puerperio, conocido popularmente como la "dieta", es una etapa de readaptación donde la madre experimenta cambios anatómicos fisiológicos, psicológicos y ajustes a su nuevo

rol. Es uno de los periodos más importantes en la vida de la mujer, que se ha visto influenciado por varias formas de cuidado genérico orientadas por conocimientos, creencias y prácticas culturales que han sido transmitidas de generación en generación. El posparto es un periodo de creencias, significados y prácticas que son el resultado de patrones y vivencias culturales, que estructuran el cuidado de la mujer en esta etapa, entre las principales prácticas se destacan: la alimentación, la utilización de plantas medicinales y el cuidado especial del último día de la dieta.

El personal de salud debe conocer la cultura que rodea a la puérpera para brindar un cuidado articulado entre el conocimiento popular y científico, con el fin de prevenir riesgos y evitar complicaciones en este periodo de especial vulnerabilidad y lograr un mayor empoderamiento de los cuidados por parte de las madres (Porrás, Sabogal, y Carvajal, 2017).

Sin duda la madre atraviesa por un periodo de cambios anatómicos, y fisiológicos, los cuales, marcaran el desarrollo de ésta y cuidado del recién nacido, es así que el personal de salud tiene dentro de sus competencias brindar información y apoyo a la paciente y lactante, respetando su idiosincrasia práctica y creencias milenarias, que están enfocadas en el proceso salud enfermedad, orientadas en las determinantes de la salud.

### **1. Tradiciones sobre el parto domiciliario en la comunidad de Lita**

El parto en la cultura Awá se caracteriza por ser un acto comunitario y familiar donde intervienen distintos integrantes de la familia, cada uno aportando de una forma diferente. Por ejemplo, la parturienta con ayuda de su madre, abuela, tía, suegra o hermana y obviamente del partero que en muchos de los casos suele ser el esposo de la embarazada se encargan de que el parto sea efectivo. En cuanto al resto de los familiares, estos se dedican a preparar los alimentos y en conseguir los insumos necesarios para ayudar y apoyar de la forma que sea necesaria.

Los jóvenes de esta comunidad muchas veces comienzan su actividad sexual prematuramente. La mayoría de las mujeres suelen tener su primer hijo alrededor de los 15-16 años; por lo que las responsabilidades propias de la maternidad no tardan en llegar, ya que deben dedicar su tiempo a la crianza del niño o niña y en trabajar para mantener la familia que acaban de formar. Aunque también es muy común que los hermanos mayores se dediquen a realizar las labores del hogar casa, especialmente de cuidar a sus hermanos menores y darle de comer a los animales.

Cuando dos jóvenes desean juntarse, lo más común es que se lo informen a sus familiares, quienes suelen aceptar y también aconsejarles. Por lo general las familias Awá viven en una vivienda conformada de 10 a 12 personas. Un hogar Awá suele estar constituido por la pareja, sus hijos los cuales pueden llegar a ser 6 por lo general, tal vez un tío o tía, y sus abuelos.

La sexualidad y las relaciones sexuales siguen siendo un tabú en las conversaciones familiares. Los jóvenes descubren lo que conllevan las relaciones entre pareja a medida que van creciendo.

### **Embarazo:**

El embarazo suele ser una etapa muy especial en la comunidad porque es la integración de un nuevo miembro a los Awá. Este niño o niña es el encargado de que esta cultura no muera, ya que de igual forma que sus padres a ellos, estos se encargarán de transmitir sus conocimientos a sus hijos en el futuro.

La etapa de embarazo en las mujeres Awá, no suele estar intervenida por la medicina occidental, o clínica por temor a ser examinadas y que el médico les plantee preguntas que no entienden. Por lo que suelen rechazar prácticas que no van acorde a sus culturas ya que tienen la tradición de que es el marido el único que puede ver y tocar el cuerpo de su mujer.

### **Parto:**

Para los Awá los centros de salud suelen ser importantes y necesarios gracias a las vitaminas y medicinas que aportan a las mujeres embarazadas. Pero, sobre todo, el personal de confianza son los parteros porque son los encargados de masajear el vientre de la embarazada y de acomodar el bebé en posición cefálica.

La cultura Awá presenta un gran valor sentimental en cuanto a que es la mujer la que debe de sentirse cómoda, sentir que tiene totalmente el control del embarazo, sin necesidad de que un profesional de la salud realice regularmente controles a la embarazada. Para ellos el parto en casa y la salud tradicional son experiencias propias de su cultura.

Las embarazadas suelen ser respetadas y tienen la posibilidad de sentir y tener autonomía. Pues durante su estadía en el hogar suelen vestirse cómodamente mientras caminan y descansan mientras algún familiar les ayuda preparando la comida, limpiando o calentando agua. El dinero para comprar alimentos no es preocupación para aquellos que acompañan a la parturienta, puesto que la comida ya se encuentra preparada en la casa. La cultura de los Awá tiene como ley de que cuando en la comunidad existe una mujer con un bebé en su vientre todos deben de estar pendiente de ella. Luego de dar a luz se sienten seguras gracias a la confianza que existe dentro de toda la comunidad permitiéndole a la madre poder compartir con su bebé.

### **Postparto:**

Según el Gobierno autónomo descentralizado rural de Lita (2015) la mortalidad materna, fetal y neonatal no existe actualmente. La principal causa de enfermedades en la población Awá son los parásitos y las infecciones respiratorias principalmente en la población joven debido las condiciones sanitarias y ambientales.



Luego del parto las mujeres deben descansar 40 días sin abandonar su casa. Esta costumbre se debe a que según los Awá este es el tiempo estimado para que el organismo y cuerpo de las mujeres se recupere junto a su hijo para que de esta forma al cabo de esos días puedan regresar a la vida comunitaria.

### **Cordón umbilical y placenta:**

Una vez nacido el bebé el cordón umbilical no es cortado inmediatamente porque dicen que se podría enfriar y para que esto no suceda el cordón debe permanecer conectado al bebé para que el calor se mantenga en la sangre todo esto hasta que nazca la placenta. El cordón umbilical debe de ser cortado especialmente por el esposo o por algún familiar. Una vez que nace la placenta es envuelta en hojas y enterrada.

La cultura Awá tiene como rito ancestral el enterramiento de la placenta porque lo relacionan a un acto de continuidad conjunto a la mujer y al recién nacido. El objetivo de dicho ritual es brindarle protección a la madre en cuanto a posibles complicaciones en el parto y de esta forma proporcionar un entorno de tranquilidad a sus familiares. La placenta representa la conexión del recién nacido con la comunidad Awá por ese motivo es que se entierra para que espiritualmente se quede conectado a esas tierras. Según la Asociación Red Internacional de Organizaciones de Salud este es un rito protector que consolidan la relación del bebé con la tierra (Asociación Red Internacional de Organizaciones de Salud (RIOS), 2017).

## **1.7 Marco Legal y Ético.**

### **Marco Legal**

#### **1.8 Ley orgánica de salud.**

El Art. 3 de la ley orgánica de la Salud, refiere en los numerales 1 y 3, constituye que son deberes fundamentales del Estado (Congreso Nacional, 2006):

**Art. 1.-** La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

**Art. 3.-** La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransmisible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

De igual manera, el **Art. 6.-** Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la

obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera.

Es indispensable y de suma importancia referirnos a lo enunciado.

Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud.

**Art. 7.-** Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos. ( Ministerio de Salud Pública, 2015)

### **1.9 El Código Orgánico de la Salud**

Refiere en su Artículo 1. Objeto y ámbito:

Tiene por objeto establecer el régimen legal que permita el ejercicio y exigibilidad del derecho a la salud de todas las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y, de las personas extranjeras que se encuentren en el territorio ecuatoriano; y regula a todas las personas naturales y jurídicas, entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias, en lo que respecta a la salud, como eje fundamental del Régimen del Buen Vivir en todo el territorio nacional.

Además, el **Artículo 2.** Principios, criterios y enfoques: El presente Código contempla los principios de: universalidad, equidad, gratuidad, precaución, gradualidad, igualdad, no discriminación, sostenibilidad, suficiencia, bioética, transparencia y solidaridad; y así como los criterios de calidad, calidez, eficiencia, eficacia, responsabilidad, y participación; con enfoque

de derechos humanos, interculturalidad, género y generacional. Sin perjuicio de los demás previstos en la Constitución de la República.

### **De los Derechos de los grupos de atención prioritaria:**

**Artículo 15.** Mujeres embarazadas, las mujeres embarazadas tienen derecho a:

1) Recibir atención de salud preferente, integral y oportuna durante el periodo gestacional, el parto y el post- parto; incluyendo el manejo prioritario y adecuado de las emergencias obstétricas, la referencia y transporte oportuno a los establecimientos de salud que correspondan; así como, el acceso oportuno a medicamentos, dispositivos médicos, sangre, hemoderivados y otros, de acuerdo a la normativa vigente.

3) Decidir el tipo de parto normal que deseen, con el asesoramiento oportuno de profesionales de la salud, y a que se respete su elección; siempre y cuando esta opción no comprometa la salud y vida de la madre y/o el recién nacido.

### **Salud sexual y reproductiva:**

En su **artículo 153** Servicios Interculturales y alternativos.

El estado promoverá políticas, acciones y programas destinados a implementar la atención integral durante el embarazo, parto, postparto y puerperio, con enfoque intercultural, intergeneracional y de género, que garantice el acceso y la disponibilidad de servicios interculturales y alternativos adecuados a las creencias y prácticas culturales de pueblos, nacionalidades e individuos; y, de medicinas ancestrales, alternativas o complementarias (Asamblea Nacional de Ecuador, 2016).

## **1.10 La Constitución de la república del Ecuador**

En su Artículo 32, establece:

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

Además, en su Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia (Asamblea Nacional de Ecuador, 2015).

El Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda una vida, en su Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas, refiere la salud se constituye como un componente primordial de una vida digna, pues esta repercute tanto en el plano individual como en el colectivo. La ausencia de la misma puede traer efectos intergeneracionales. Esta visión integral de la salud y sus determinantes exhorta a brindar las condiciones para el goce de la salud de manera integral, que abarca no solamente la salud física, sino también la mental. La salud mental de las personas requiere significativa atención para enfrentar problemáticas crecientes, como los desórdenes relacionados con la depresión y la

ansiedad, que limitan y condicionan las potencialidades de una sociedad para su desarrollo (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2017).

De igual forma, la aproximación a la salud se debe hacer con pertinencia cultural, desde la prevención, protección y promoción, hasta la atención universal, de calidad, oportuna y gratuita, concentrando los esfuerzos para combatir la malnutrición en sus tres expresiones, eliminar la prevalencia de enfermedades transmisibles y controlar las no transmisibles. Esta visión exige el desarrollo de redes de servicios de salud enfocados en las necesidades de sus usuarios, acorde con la edad y la diversidad cultural y sexual.

En la provisión de servicio de salud, es de vital importancia adoptar un enfoque de equidad territorial y pertinencia cultural a través de un ordenamiento del territorio que asegure a todas las mismas condiciones de acceso, sin discriminación ni distinción de ninguna clase (Rivas, 2018).

El derecho a la salud debe orientarse de manera especial hacia grupos de atención prioritaria y vulnerable, con énfasis en la primera infancia y con enfoque en la familia como grupo fundamental de la sociedad, en su diversidad y sin ningún tipo de discriminación. Aquí se incluye el derecho a la salud sexual y reproductiva, que permite el ejercicio de la libertad individual, basada en la toma de decisiones responsables, libres de violencia o discriminación, y el respeto al cuerpo, a la salud sexual y reproductiva individual. Cabe resaltar que una educación sexual, reproductiva y de planificación familiar libre de prejuicios, permitiría la consecución del derecho a la libertad individual y garantizará la salud sexual y reproductiva (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2017).

### **2.3.2 Marco ético**

#### **1.11 Código de Helsinki:**

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki

como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

### **Principios generales.**

El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

### **Requisitos científicos y protocolos de investigación.**

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación.

### **Comités de ética de investigación**

El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.



El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

### **Privacidad y confidencialidad**

Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

### **Consentimiento informado**

La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente (Asociación Médica Mundial, 2017).

## **1.12 Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería**

Consejo Internacional de Enfermeras CIE (2012), desde el año 1953 adoptó el Código Internacional de Ética, el mismo que desde entonces se constituyó en una guía de actuación para los profesionales en Enfermería sobre una base de valores éticos y necesidades sociales.

El Código Deontológico del CIE, tiene cuatro elementos principales a saber, en las que sobresalen las normas de conducta ética:

El personal de enfermería y las personas, que se relaciona con la parte de la responsabilidad de mantener acciones sociales encaminadas a satisfacer las necesidades de

salud, especialmente con la población más vulnerable, observando en todo momento normas de conducta que dignifiquen su profesión;

b) La enfermera y la práctica, que se refiere a la precaución en el uso de la tecnología y los avances científicos combinados con la seguridad y los derechos de los pacientes;

c) La enfermera y la profesión, relacionado a la participación activa e investigación que debe aportar la enfermera a la ciencia y la creación de nuevos conocimientos, la enfermera será responsable de las prácticas seguras, equitativas y económicas en cuestión de la utilización de recursos;

d) La enfermera y sus compañeros de trabajo, involucra las medidas adecuadas para preservar la vida en situaciones de riesgo de las personas, familia o comunidad, su actuación será de cooperación absoluta y un comportamiento ético. Tomando en cuenta que las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

La compilación de normas de comportamiento para las enfermeras, “precisa el respeto a los derechos humanos, protección de la integridad de las personas orientado hacia la conservación de la salud y prevención del daño; seguido del secreto profesional y entorno laboral seguro, procurando mantener un compromiso responsable, evitando la competencia desleal. Para el logro de los fines profesionales competentes lo más conveniente es trabajar en equipo.

Un trabajo clínico requiere vocación, manejar ciertos niveles de compasión y empatía, asertividad en las decisiones, respeto a la condición humana y autonomía del paciente y, sobre todo tener una actuación competitiva y moral. Tomando en cuenta que todo individuo se rige por una conciencia individual y profesional en particular.

La ética, es una cualidad imprescindible en esta profesión, como juicio crítico de valores, necesita reunir ciertas condiciones en nombre de la libertad; pues valores son razones por las cuales vivimos, causas que defendemos, o por las cuales luchamos. Uno de estos valores para la Enfermería son los cuidados, la esencia misma de la profesión (Agila Álvarez, 2020).

### **1.13 Código de Ética del Ministerio de Salud Pública**

El estado garantiza la construcción de una ética que sustente la construcción del quehacer público, esta misión encomendada por el pueblo ecuatoriano en la Constitución de la República ha significado un firme compromiso por rescatar y fortalecer la dimensión humana de la salud pública. El presente código de ética es reflejo de la lucha constante de todos de todos los que construimos diariamente con nuestras acciones de institucionalidad orientada al buen vivir.

**El artículo 3.** Hace referencia a los valores orientados sobre lo que se sustentarán las interrelaciones, decisiones y prácticas de los servidores del Ministerio de Salud Pública los cuales son:

Respeto. - Todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que se respetará su dignidad y atenderá sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos. Inclusión. - Se reconocerá que los grupos sociales son distintos, por lo tanto, se valorará sus diferencias, trabajando con respeto y respondiendo a esas diferencias con equidad.

Vocación de servicio. - La labor diaria se cumplirá con entrega incondicional y satisfacción. Compromiso. - Invertir al máximo las capacidades técnicas y personales en todo lo encomendado.

Integridad. - Demostrar una actitud proba e intachable en cada acción encargada.

Justicia. - Velar porque toda la población tenga las mismas oportunidades de acceso a una atención gratuita e integral con calidad y calidez.

Lealtad. - Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos.

**Los objetivos del presente código de ética; son los siguientes:**

- a) Promover y regular el comportamiento de los/as servidores/as de la institución para que se genere una cultura organizacional de transparencia, basada en principios y valores éticos, que garantice un servicio de calidad a los/as usuarios/as.
- b) Implementar principios, valores, responsabilidades y compromisos éticos en relación a la conducta y proceder de los/as servidores/as públicos de la salud, para alcanzar las metas institucionales.
- c) Propiciar la creación de espacios para la reflexión personal y colectiva sobre la importancia y necesidad de aplicar principios y valores éticos en la práctica del servicio público, que posibiliten, en forma progresiva, el mejoramiento continuo de la gestión institucional .

## Capítulo III Marco Metodológico

### 1.14 Enfoque y tipo de investigación

El presente estudio se realizó en el periodo 2019 - 2020, en la Parroquia de Lita, perteneciente al Cantón Ibarra.

Para la presente investigación se utilizará el método cuantitativo ya que se realizará un análisis para encontrar resultados que reflejan los factores socioculturales principales para la atención de parto domiciliario.

En este método el investigador hace una minuciosa medición de sus variables, sobre la base de objetivos bien definidos y delimitados. Además, este puede manipular en algunos casos sus variables dependiendo de la naturaleza del estudio. Luego de la obtención de los datos y/o resultados de la investigación, a los mismos se les aplican distintos tratamientos estadísticos para la determinación de diferencias estadísticamente significativas entre las variables medidas, incluyendo la utilización de ciertos paquetes estadísticos lo cual es muy característico de las ciencias experimentales y se pueden adoptar diversos diseños, ya sea: de corte transversal o longitudinal (Corona Lisboa, 2016).

Además, los métodos cuantitativos son más fuertes en validez externa ya que con una muestra representativa de la población hacen inferencia de dicha población a partir de una muestra con una seguridad y precisión definidas, por otro lado, la investigación cuantitativa con las pruebas de hipótesis no solo permite eliminar el papel del azar descartar o rechazar una hipótesis, sino que permite cuantificar la relevancia de un fenómeno midiendo la reducción relativa del riesgo (Cadena-Iñiguez, P., Rendón-Medel, R., Aguilar-Ávila, J., Salinas-Cruz, E., de la Cruz-Morales, F. del R., y Sangerman-Jarquín, 2017; López-Roldán y Fachelli, 2015).

## 1.15 Descripción del área de estudio

La investigación se realizó entre las madres en periodo de post parto pertenecientes a la Parroquia de Lita, una de las parroquias rurales que conforman el cantón Ibarra, perteneciente a la Provincia de Imbabura. Lita se encuentra ubicada al noroccidente de dicha provincia, con Longitud: -78.46. Latitud: 0° 49' 60N. Longitud (DMS): 78° 28' 0 W.

Alrededor de los años 1500, en lo que hoy es la parroquia de Lita existió una tribu denominada los “Lliptas”, que en quechua significa “agua de maíz”, procedentes del norte del valle del Cauca, Colombia. [...] Desde 1861, Lita formaba parte de la parroquia La Carolina, con su cabecera parroquial en el asentamiento denominado Guallupe. Esta tenía como límites naturales los territorios comprendidos entre los ríos Lita y Amarillo, el río Mira como límite provincial con la Provincia del Carchi y al sur las montañas de Malbuche, Jibia y Cerro Chispo (Gobierno Autónomo Descentralizado Rural De Lita, 2015).

Para el presente estudio se planteó analizar las características socioculturales de la población que tengan relación directa con la incidencia de partos domiciliarios. Además, se buscó analizar la situación del acceso al sistema de salud pública, que incide en la decisión de algunas mujeres de dar a luz en sus hogares con el apoyo de familiares, conocidos o personas que hagan el rol de parteros dentro de las comunidades a las que pertenecen.

## 1.16 Variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
<b>Características Socioculturales de las gestantes</b>	Independiente	Cualitativa	El concepto de cultura es polisémico y antiguo. Expresa el conjunto de elementos, intelectuales y materiales que caracterizan a una sociedad. Incluye las artes, las ciencias, los estilos de vida, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias. A través de ella los grupos elaboran sus complejos sistemas de relaciones sociales, diversas concepciones del mundo, identidades, <u>sentidos, símbolos,</u>	Etnia  Escolaridad  Ocupación  Cultura	Se define como sociocultural a cualquier proceso relacionado con los aspectos sociales o culturales de una comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indígena</li> <li>• Afrodescendiente</li> <li>• Mestiza</li> <li>• Blanca</li>   <li>• Analfabeta</li> <li>• Primaria completa</li> <li>• Primaria incompleta</li> <li>• Secundaria incompleta</li> <li>• Secundaria completa</li> <li>• Superior.</li>   <li>• ma de casa</li> </ul>

			expectativas y estereotipos disímiles (Salazar Cisneros, 2019).			<ul style="list-style-type: none"> <li>• comerciante</li> <li>• ornalera</li> <li>• tra</li> </ul>
						<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costumbres</li> <li>• Creencias</li> <li>• Idioma</li> </ul>
<b>Condiciones del parto domiciliario</b>	Dependiente	Cuantitativa	El parto es un proceso fisiológico, único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el <u>apoyo integral y</u>	Atención del parto	Se considera como una atención imprevista con personal no calificado para realizarlo, en la cual puede tener una serie de inconvenientes graves.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de partos institucionalizados</li> <li>• Número de partos en el domicilio</li> </ul>
				Recepción del Recién nacido		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de recién nacidos que son recibidos por familiares</li> </ul>



---

<p>respetuoso del mismo (Borges Damas, Sánchez Machado, Domínguez Hernández, y Sixto Pérez, 2018).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de recién nacidos que son recibidos por partera</li> </ul>
<p>Cumplimiento de controles prenatales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 5 controles prenatales</li> <li>• &gt; 5 controles prenatales</li> </ul>
<p>Información sobre periodo de gestación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 3 signos y síntomas de alarma.</li> <li>• &gt; 3 signos o síntomas de alarma</li> </ul>
<p>Tipo de servicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio público</li> <li>• Servicio privado</li> </ul>

---

## 1.17 Población de estudio

### Universo

El universo estuvo conformado por todas las madres en periodo de post parto de los años 2019 y 2020, pertenecientes a la parroquia de Lita, del cantón Ibarra.

Según datos de los registros de la Unidad de Salud de Lita, son en total 144 mujeres registradas.

**Tabla 5**

*Universo de estudio*

<b>2019</b>	<b>69</b>
<b>2020</b>	<b>75</b>
<hr/> <b>Total</b>	<b>144</b>

## 1.18 Muestra:

Para delimitar la muestra a la que se aplicó el instrumento de investigación se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q} \quad n = 127$$

n = Tamaño de la muestra

Z = Nivel de confianza 95% (1,96)

p = Proporción de la población con las características deseadas (éxito) (50%)

q = Proporción de población sin la característica deseada (fracaso) (50%)

e = Nivel de error dispuesto a cometer (3%)

N= Tamaño de la población (144)

### **Criterios de Inclusión**

- Pacientes que dieron a luz en 2019 y 2020, independientemente de sus características socioculturales.
- Pacientes que aceptaron su participación en el estudio previo consentimiento informado.
- Pacientes pertenecientes a la parroquia Lita.

### **Criterios de Exclusión**

- Mujeres en edad fértil no gestantes.
- Mujeres que no pertenecen a la parroquia de Lita.
- Pacientes que presentaron pérdida del neonato previo o durante el proceso de parto.

## **1.19 Fuentes técnicas e instrumentos**

La información para el presente estudio se recopiló de fuentes primarias aplicadas directamente sobre la muestra obtenida en referencia al universo.

## **1.20 Técnicas**

**Encuesta:** Se aplicó un cuestionario de 22 preguntas con respuestas de selección múltiple a una muestra conformada por 127 mujeres de la parroquia Lita, que se encontraron en periodo de post parto durante 2019 y 2020. Ésta también indaga en datos personales de las encuestadas que ayudan a determinar los factores socio-culturales de las gestantes y su incidencia en el parto domiciliario en la parroquia de Lita. Entre estos, se recoge información como la etnia,

nivel académico, estado civil, ocupación, nivel de ingresos económicos, cantidad de partos (Avila, González, y Licea, 2020; Martín Alvira, 2004).

### **1.21 Instrumentos**

**Cuestionario:** Se aplicó un cuestionario conformado por 22 preguntas de opción múltiple enfocadas a obtener información sobre la experiencia del parto en las mujeres que conformaron la muestra, además de datos informativos que permitan delimitar la realidad de estas en el momento del alumbramiento.

**Matriz de observación:** Con la información obtenida de la base de datos de la Unidad de Salud de Lita, se levantó una matriz que permitió condensar la información de todas las mujeres que se encontraron en periodo post parto entre 2019 y 2020 en la parroquia Lita.

### **1.22 Procesamiento de la Información**

- Se realizó una revisión crítica de la información recolectada, es decir se verificó que toda la información se ajuste a las necesidades planteadas en los objetivos de la presente investigación.
- Se procedió a repetir el proceso de recolección de información cuando el instrumento aplicado presentaba fallas o inconsistencias en las respuestas.
- La información obtenida fue tabulada y procesada haciendo uso del programa SPSS (Producto de Estadística y Solución de Servicio). Este procesamiento arrojó resultados cualitativos que permitieron elaborar un análisis basado en la situación real obtenida de primera mano de las fuentes de información.

## Capítulo IV Resultados y discusión

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación de campo a partir del análisis y discusión de la información recopilada con la encuesta (Casas Anguita, Repullo Labrador, y Donado Campos, 2003). Es de interés dar respuesta a los dos primeros objetivos específicos de la investigación que apuntan hacia la identificación de los factores socio-culturales de las gestantes y al establecimiento de los riesgos / beneficios generados a causa del parto domiciliario.

### 1.23 Características sociodemográficas de la muestra

A continuación, se presentan las características sociodemográficas de las gestantes que participaron en este estudio.

**Tabla 6** Gestantes según etnia/ escolaridad

Etnia P= 0,0002	Primaria incompleta		Primaria Completa		Secundaria incompleta		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Afrodescendiente</b>	7	43,75	8	50,00	1	6,25	16	12,60
<b>Mestizo</b>	4	36,36	4	36,36	3	27,27	11	8,66
<b>Indígena</b>	27	27,00	72	72,00	1	1,00	100	78,74
<b>Total</b>	38	29,92	84	66,14	5	3,94	127	100

La muestra está compuesta por 127 mujeres de las cuales el 72% de la etnia indígena cuenta con instrucción primaria y el 27% con primaria incompleta, mientras que el 50% de instrucción primaria completa corresponde a las mujeres afrodescendientes y el 44% mantiene instrucción primaria incompleta. Por otra parte, se puede indicar que la etnia mestiza alcanza un 36,36% de primaria incompleta, y primaria completa respectivamente. Las mujeres mestizas con secundaria incompleta están representadas por el 27,27%. También se encontró que la instrucción primaria completa fue de 36,36%. Es claro que la escolaridad es un factor condicionante que influye en la toma de decisiones referentes a la salud de la madre y el recién

nacido, limitada en gran medida por las creencias y convicciones ancestrales propias de cada pueblo o nacionalidad.

**Tabla 7 Gestantes según etnia/costumbres influyen al parir**

<b>Etnia</b> <b>P= 0,3391</b>	<b>Rara vez</b>		<b>Siempre</b>		<b>Nunca</b>		<b>Total</b>	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Afrodescendiente</b>	11	68,75	5	31,25	0	0,0	16	12,60
<b>Mestizo</b>	9	81,82	2	8,70	0	0,0	11	8,66
<b>Indígena</b>	84	84,00	16	16,00	0	0,0	100	78,74
<b>Total</b>	104	81,89	23	18,11	0	0,0	127	100
<b>Chi-Squared Df Probability</b>								
2,163 2 0,3391								

De acuerdo con los resultados de la encuesta se conoce que las costumbres siempre influyen al parir para el 31,25% de las gestantes afrodescendientes y en menor medida esto ocurre entre las gestantes mestizas como manifiesta el 8,70% de las participantes. A pesar de estos resultados se conoce que las costumbres rara vez intervienen en el parto. Por ejemplo, así lo reconoce el 84% de la etnia indígena, el 81,82% de la etnia mestiza y el 68,75% de la etnia afrodescendientes. A partir de estos resultados se identifica que la influencia de las costumbres al parir varía según la etnia y aunque existen diferencias en la frecuencia de su consideración, por lo general, se tienen presentes.

**Tabla 8 Gestantes según etnia- Estado civil**

<b>Etnia</b> <b>P= 0,0003</b>	<b>Casada</b>		<b>Unión libre</b>		<b>Soltera</b>		<b>Total</b>	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Afrodescendiente</b>	4	25,00	10	62,50	2	12,50	16	12,60
<b>Mestizo</b>	2	18,18	6	54,55	3	27,27	11	8,66
<b>Indígena</b>	1	1,00	85	85,00	14	14,00	100	78,74
<b>Total</b>	7	5,51	101	79,53	19	14,96	127	100
<b>Chi-Squared df Probability</b>								
20,9858 4 0,0003								

El 79,53% de las gestantes tienen como estado civil la unión libre, el 14,96% son solteras y el 5,51% están casadas. Sin embargo, se identifican variaciones por etnia con un

análisis más específico de los resultados. Mientras el 85% de las gestantes indígenas tienen unión libre, el estado civil casada es más frecuente entre las afrodescendientes, alcanzando el 25%. El porcentaje más alto de gestantes solteras, es decir, el 27,7% son mestizas. El estado civil entre los miembros de la muestra evidencia que estar casado no es muy frecuente y que las generaciones actuales forman uniones libres para formar una familia.

**Tabla 9** *Gestantes etnia-ocupación*

<b>Etnia</b> <b>P= 0,1318</b>	<b>Ama de casa</b>		<b>Jornalera</b>		<b>Comerciante</b>		<b>Total</b>	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Afrodescendiente	6	37,50	10	62,50	0	0,0	16	12,60
Mestizo	5	45,45	5	45,45	1	9,09	11	8,66
Indígena	22	22,00	76	76,00	2	2,00	100	78,74
Total	33	25,98	91	71,65	3	2,36	127	100

<b>Chi-Squared</b>	<b>df</b>	<b>Probability</b>
7,0786	4	0,1318

El 71,65% de las gestantes que participaron en el estudio son jornaleras, el 25,98% son amas de casa y en menor medida comerciantes, ya que solo el 2,36% tiene esta ocupación. Al considerar la etnia se conoce que el 45,5% de las gestantes mestizas tiene esta profesión y la de jornalera. El 62,50% de etnia afrodescendiente se desempeña como jornalera y el 37,50% como ama de casa. La ocupación de comerciantes solo se presenta en el 9,09% de las gestantes mestizas y en el 2% de la etnia indígena. Con estos resultados se evidencia que la ocupación se encuentra relacionada con las actividades socioeconómicas de la parroquia y que el desempeño de estas actividades no solo impacta en el nivel económico de las familias, sino también en la toma de decisiones referentes a la salud de la madre y del neonato.

**Tabla 10 Gestantes etnia- religión**

Etnia	Sí		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>P= 0,0335</b>						
Afrodescendiente	16	100	0	0,0	16	12,60
Mestizo	11	100	0	0,0	11	8,66
Indígena	79	79,00	21	21,00	100	78,74
Total	106	83,46	21	16,54	78,74	127
<b>Chi-Squared Df Probability</b>						
6,7933 2 0,0335						

Al analizar los resultados de la encuesta se determina que el 83,46% de la muestra sí practica una religión. De acuerdo con la etnia, el 100% de las gestantes afrodescendientes y el 100% de las gestantes mestizas sí son creyentes. Entre la etnia indígena se identifica que mientras el 79% sí practica una religión, el 21% no lo hace. Las creencias religiosas pueden estar determinando la toma de decisiones en relación al parto e interferir en las acciones relacionadas con la salud de la madre y el recién nacido.

**Tabla 11 Limitaciones de la comunicación por el idioma**

Etnia	Rara vez		Siempre		Nunca		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>P= 0,195</b>								
Afrodescendiente	4	25,00	11	68,75	1	6,25	16	100
Mestizo	6	54,55	4	36,36	1	9,09	11	8,66
Indígena	29	29,00	69	69	2	2,00	100	78,74
Total	39	30,71	84	66,14	4	3,15	127	100
<b>Chi-Squared df Probability</b>								
6,0556 4 0,195								

El idioma limita la comunicación según el 66,14% de las gestantes. Para el 30,71% esto ocurre rara vez y para el 3,15% nunca. El 69% de las participantes de etnia indígena y el 68,75% de etnia afrodescendiente asegura que siempre se generan limitaciones. Los problemas de comunicación rara vez existen para el 54,55% de la etnia mestiza, el 29% de la etnia indígena y el 25% de la etnia afrodescendiente. A pesar de las variaciones en los resultados es posible determinar que el idioma limita la comunicación entre las gestantes y otros ciudadanos,



incluidos los profesionales de la salud, lo cual puede incidir en la preferencia por el parto domiciliario e intervenir en las condiciones de salud de la madre y el recién nacido.

## 1.24 Atención del parto

Seguidamente se presenta la información recopilada sobre la atención al parto para conocer algunas de las posibles causas y consecuencias del parto domiciliario.

**Tabla 12** *Etnia de las gestantes/edad del primer parto*

Etnia	Edad primer parto												Total	
	13-14		15-16		17-18		19-20		21-22		23-25		N°	%
<b>P= 0,0001</b>	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Afrodescendiente</b>	0	0,0	4	25,00	6	37,50	5	31,25	0	0,0	1	6,25	16	12,60
<b>Mestizo</b>	0	0,0	2	18,18	5	45,45	2	18,18	1	9,09	1	9,09	11	8,66
<b>Indígena</b>	22	22,00	38	38,00	30	30,00	9	9,0	1	1,00	0	0,0	10 0	78,74
<b>Total</b>	22	17,32	44	34,64	41	30,00	16	12,60	2	0,79	2	0,79	12 7	100
<b>Chi-Squared</b>	<b>Df</b>		<b>Probability</b>											
57,3784	22		0,0001											

El 34,64% de las gestantes que participaron en el estudio tuvieron su primer parto entre 15-16 años, mientras que un 30% tenía 17-18 años y el 17,32% entre 13-14 años. De acuerdo con los resultados, solo el 1,58% tiene su primer parto después de los 20 y antes de los 25 años. El 37,50% de las gestantes afrodescendientes tiene su primer parto entre 17-18 años, mientras que el 45,45% de las mestizas también lo tienen en ese rango de edad. Solo el 22% de etnia indígena reporta partos primerizos entre los 13-14 años. El resto de sus gestantes se ubica entre 15-16 años con el 38% y entre 17-18 con el 30%. La composición de la muestra por edad refleja que el primer parto ocurre en la adolescencia, lo que implica riesgos para la salud de la madre y el recién nacido.

**Tabla 13** *Números de partos según etnia*

Etnia	Número de partos							Total
	1-2		3-4		5-6			
<b>P= 0,195</b>	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Afrodescendiente	10	62,50	6	37,50	0	0,0	16	12,60
Mestizo	7	63,64	4	36,36	0	0,0	11	8,66
Indígena	62	62,00	31	31,00	6	6,00	100	78,74
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>62,20</b>	<b>41</b>	<b>32,28</b>	<b>6</b>	<b>4,72</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

<b>Chi-Squared</b>	<b>df</b>	<b>Probability</b>
8,045	12	0,7816

El 62,20% de las participantes en esta investigación han tenido 1-2 partos, mientras que el 32,28% manifiesta 3-4 partos. Al analizar el comportamiento de esta variable según la etnia se conoce que solo el 6% de la etnia indígena ha tenido 5-6 partos, mientras que el 62% tiene 1-2. La etnia afrodescendiente registra el mayor porcentaje en la categoría 3-4 partos con el 37,50%. Sin embargo, como se observa en la tabla, aunque los resultados varían según la etnia, por lo general más de la mitad de las gestantes solo han tenido dos partos. Esto significa que no se trata de gestantes primigestas, sin embargo, es importante que accedan a la atención e información necesaria para garantizar su salud y la de sus hijos.

**Tabla 14** *Etnia de las gestantes/Tipo de servicio de salud*

Etnia	Servicios de salud					
	Público		Privado		Total	
<b>P= 0,7601</b>	N°	%	N°	%	N°	%
Afrodescendiente	16	100	0	0,0	16	12,60
Mestizo	11	100	0	0,0	11	8,66
Indígena	98	98,00	2	2,00	100	78,74
Blanco	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>98,43</b>	<b>2</b>	<b>1,57</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

<b>Chi-Squared</b>	<b>df</b>	<b>Probability</b>
0,5486	2	0,7601

Al servicio de salud público accede el 98,43% de las gestantes que participaron en este estudio. Solo el 1,57% asiste a instituciones sanitarias privadas. En relación al acceso a los servicios de salud según la etnia se conoce que el 100% de las mestizas y afrodescendientes acuden al servicio público, mientras que solo el 2% de las gestantes indígenas frecuentan la

atención privada. Ante estos resultados se hace necesario que se establezcan acciones acordes con este acceso al servicio público de salud y que se consideren algunas reorganizaciones, ya que en muchas ocasiones no se puede acceder a una atención sanitaria oportuna, debido a la ubicación geográfica de la parroquia.

**Tabla 15** *Percepción de la atención*

<b>Etnia</b> <b>P= 0,3064</b>	<b>Muy buena</b>		<b>Buena</b>		<b>Regular</b>		<b>Total</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Afrodescendiente</b>	0	0,0	13	81,25	3	18,75	16	12,60
<b>Mestizo</b>	1	9,09	9	81,82	1	9,09	11	8,66
<b>Indígena</b>	1	1,00	83	83,00	16	16,00	100	78,74
<b>Total</b>	2	1,57	105	82,68	20	15,75	127	100

<b>Chi-Squared</b>	<b>df</b>	<b>Probability</b>
4,8191	4	0,3064

El 82,68% de las gestantes que participaron en el estudio tienen una buena percepción de la atención, mientras que para el 15,75% es regular y para el 1,57% es muy buena. El comportamiento de esta variable por etnia muestra que ninguna gestante afrodescendiente calificó de muy buena la atención, ya que el 81,25% asegura que es buena y el 18,75% manifiesta que es regular. Para el 81,82% de las mestizas la atención es buena y para igual número de gestantes, es decir, el 9,09% es buena y regular. Casi la totalidad de las mujeres indígenas, el 83%, coincide en que la atención es buena, sin embargo, para el 16% es regular. Aunque existe una tendencia de respuestas positivas sobre la atención, las gestantes presentan algunas inconformidades lo cual puede estar influyendo en su disposición para cumplir con las orientaciones dadas en las citas médicas.

**Tabla 16** *Distancia de los servicios de salud*

<b>Etnia</b> <b>P= 0,1404</b>	<b>&lt; 30 minutos</b>		<b>&gt;30 minutos</b>		<b>Más de 1 hora</b>		<b>Total</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
	<b>Afrodescendiente</b>	0	0,0	4	25,00	12	75,00	16

<b>Mestizo</b>	2	18,18	4	36,36	5	45,45	11	8,66
<b>Indígena</b>	4	4,00	23	23,00	73	73,00	100	78,74
<b>Total</b>	6	4,72	31	24,41	90	70,87	127	100

<b>Chi-Squared</b>	<b>df</b>	<b>Probability</b>
6,9165	4	0,1404

El lugar de residencia del 70,87% de las gestantes se ubica a más de una hora de los servicios de salud. Para el 24,41% la distancia es mayor de 30 minutos y para el 4,72% es menor de este tiempo. Las gestantes afrodescendientes e indígenas son las que más lejos residen de los centros de salud, según el 75% y el 73% de sus miembros, respectivamente. El 18,18% de las mestizas reside más cerca de los centros de salud, mientras que el 36,36% se ubica a 30 minutos de distancias. Las afrodescendientes no viven a una corta distancia de estos centros, ya que el 25% debe trasladarse por más de 30 minutos. Con esta información se evidencia que la ubicación geográfica de los centros de salud respecto a las comunidades puede ser uno de los factores que inciden en la asistencia periódica a las consultas y en la preferencia por el parto domiciliario.

**Tabla 17** *Edad gestacional del inicio del control prenatal*

<b>Etnia</b> <b>P= 0,0004</b>	<b>Antes de 20 semanas</b>		<b>Después de 20 semanas</b>		<b>Alrededor de 28 semanas</b>		<b>Luego de 34 semanas</b>		<b>Nunca</b>		<b>Total</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Afrodescendiente</b>	7	43,75	3	18,75	4	25	1	6,25	1	6,25	16	12,6
<b>Mestizo</b>	5	45,45	3	27,27	2	18,18	1	9,09	0	0	11	8,66
<b>Indígena</b>	11	11	6	6	52	89,66	28	28	3	3	100	78,74
<b>Total</b>	23	18,11	12	9,45	58	45,67	30	23,62	4	3,15	127	100

<b>Chi-Squared</b>	<b>df</b>	<b>Probability</b>
28,4381	8	0,0004

El 45,67% de la muestra inició sus controles prenatales alrededor de las 28 semanas, mientras que el 23,62% luego de las 34 semanas y solo el 18,11% antes de las 20 semanas. Llama la atención que un 3,15% de las gestantes nunca participó en estos controles. Al analizar

la información por composición étnica se conoce que son las afrodescendientes las que no asisten a estos controles o lo hacen por primera vez antes de las 20 semanas, según el 43,75%. Casi la totalidad de las gestantes indígenas, específicamente el 89,66% comienzan alrededor de las 28. El 27,7% de las mestizas acuden después de las 20 semanas y un 18,18% alrededor de las 28 semanas. Sin embargo, es el 6,25% de las gestantes de etnia el mayor número que comienza después de las 34 semanas. Esta variedad en las respuestas evidencia que no se inicia el control prenatal de acuerdo con lo dispuesto en el país y ello puede poner en riesgo el bienestar de la madre y del bebé.

**Tabla 18** *Cumplimiento de controles prenatales*

Etnia <b>P= 0,2984</b>	< 5 controles		5 controles		< 9 <u>controles</u>		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Afrodescendiente</b>	2	12,50	13	81,25	1	6,25	16	12,60
<b>Mestizo</b>	3	27,27	8	72,73	0	0,0	11	8,66
<b>Indígena</b>	8	8,00	89	89,00	3	3,00	100	78,74
<b>Total</b>	13	10,24	110	86,61	4	3,15	127	100
<b><u>Chi-Squared</u>   <u>df</u>   <u>Probability</u></b>								
4,8933   4   0,2984								

La mayoría de las gestantes que participaron en este estudio, específicamente el 86,61%, solo cumplió con 5 controles prenatales, mientras que solo el 3,15% tuvo menos de 9. De acuerdo con los resultados del diagnóstico, el 27,27% de las gestantes mestizas solo cumplieron con menos de 5 controles y se ubican como la etnia que menos asiste a este seguimiento. Por lo tanto, son las afrodescendientes y las mestizas las que más cumplen con 5 controles, según el 89% y el 81,25%, respectivamente. El cumplimiento de los controles prenatales evidencia la necesidad de que se concientice a las gestantes de la parroquia sobre la importancia de asistir a estas citas médicas.

**Tabla 19** *Complicaciones en el parto domiciliario*

Etnia P= 0,386	Atonía uterina		Lesión cervical		Retención placentaria		Ninguna		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Afrodescendiente</b>	5	31,25	0	0	11	68,75	0	0	16	12,6
<b>Mestizo</b>	3	27,27	1	9,09	6	54,55	1	9,09	11	8,66
<b>Indígena</b>	25	25	1	1	70	70	4	4	100	78,74
<b>Total</b>	33	25,98	2	1,57	87	68,5	5	3,94	127	100
<b>Chi-Squared</b>	<b>df</b>	<b>Probability</b>								
6,3415	6	0,386								

Al analizar la información recopilada durante el diagnóstico se conoce que la complicación más frecuente es la retención placentaria, según el 68,5% de las gestantes. El 25,98% identifica la atonía uterina y el 3,94% asegura que ninguna. La retención placentaria es la complicación que tiene mayor predominio en todas las etnias, lo cual significa que más allá de las prácticas ancestrales, es necesario que se capacite a las parteras para evitar no solo los riesgos, sino también su ocurrencia.

**Tabla 20** *Beneficios del parto en el domicilio por personas de la comunidad*

Atención parto P=	Confianza		Intimidad		Tranquilidad		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Partera</b>	35	68,63	8	15,69	8	15,69	51	40,16
<b>Familiar</b>	74	97,37	2	2,63	0	0	76	59,84
<b>Total</b>	109	85,83	10	7,87	8	6,03	127	100
<b>Chi-Squared</b>	<b>df</b>	<b>Probability</b>						
21,4646	2	0						

Como se señala en la literatura, el parto domiciliario impacta de manera positiva en las percepciones de las gestantes en cuanto a acompañamiento. Con la investigación de campo realizada se identifica que el 85,83% de las gestantes percibe confianza siempre que participe alguien de la comunidad, mientras que el 7,87% destaca la intimidad y el 6,03% señala la

tranquilidad. Si se analiza la información por tipo de persona de la comunidad se conoce que la confianza es más frecuente con los familiares, según el 97,37%. Para el 15,69% las parteras brindan tranquilidad e intimidad. De acuerdo con estos resultados, es necesario involucrar a la familia en el proceso de parto domiciliario con la finalidad de generar una experiencia más positiva para la gestante.

**Tabla 21**

*Dificultades al nacer según parto domiciliario*

Etnia P= 0,0006	Problema ocular		Problema de la piel		Asfixia neonatal		Sepsis neonatal		Onfalitis		Ninguna		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Afrodescendiente	2	12,5	1	6,25	1	6,25	0	0	9	56,25	3	18,75	16	12,6
Mestizo	1	9,09	4	36,36	1	9,09	0	0	4	36,36	1	9,09	11	8,66
Indígena	1	1	19	19	23	23	2	2	55	55	0	0	100	78,74
<b>Total</b>	4	3,25	24	18,9	25	19,69	2	1,57	68	53,54	4	3,15	127	100
<b>Chi-Squared</b>														
<b>df</b>														
<b>Probability</b>														
30,8781														
10														
0,0006														

La onfalitis es la complicación más frecuente del neonato en los partos domiciliarios, de acuerdo con el 53,54%. Según el 19,69% es recurrente la asfixia neonatal y en el 18,9% de los casos se presentan problemas en la piel. Según la etnia, se identifica que la onfalitis es recurrente para el 56,25% y el 18,75% no reconoce ninguna complicación. Igual número de gestantes mestizas, el 36,36%, reconoce que los problemas más frecuentes son la onfalitis y los problemas de la piel. En los partos domiciliarios indígenas las dificultades más recurrentes, según el 55% de las embarazadas, son la onfalitis y la asfixia neonatal, según el 23%. Debido a la presencia de estas complicaciones, se hace necesario introducir mejoras en la labor de parto para reducir los riesgos y garantizar el bienestar del neonato.

**Tabla 22** *Complicaciones durante la gestación según cumplimiento de controles**prenatales*

Complicaciones P= 0,6724	Falta de tiempo		Falta de recursos		Falta de información		Embarazo no planificado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Amenaza de aborto	6	18,18	25	75,76	2	6,06	0	0	33	25,98
Infección de vías urinarias	1	50	1	50	0	0	0	0	2	1,57
Bajo peso	13	14,94	65	74,71	4	4,6	5	5,75	87	68,5
Diabetes gestacional	1	20	3	60	0	0	1	20	5	3,94
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>16,54</b>	<b>94</b>	<b>74,02</b>	<b>6</b>	<b>4,72</b>	<b>6</b>	<b>4,72</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
<b>Chi-Squared</b>	<b>df</b>	<b>Probability</b>								
6,6603	9	0,6724								

Las complicaciones durante la gestación se relacionan con la falta de recursos para asistir al control prenatal, según el 74,02% de las mujeres que participaron en la investigación. Otra de las causas reconocidas por el 16,54% es la falta de tiempo. Específicamente, se conoce que el 75,76% de las mujeres que presentaron amenaza de aborto, el 74,71 bajo peso y el 60% con diabetes gestacional no acudieron a los controles por no tener los recursos. La infección vaginal fue frecuente en el 50% de los casos que no cumplieron con el control por falta de recursos y de tiempo.

**Tabla 23** *Información brindada*

Información P= 0,2335	Rara vez		Siempre		Nunca		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Madre o abuela	3	18,75	13	81,25	0	0,0	16	12,60
Médico	2	18,18	9	81,82	0	0,0	11	8,66
Enfermera(o)	5	5,00	94	94,00	1	1,00	100	78,74
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>85,83</b>	<b>10</b>	<b>7,87</b>	<b>8</b>	<b>6,03</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
<b>Chi-Squared</b>	<b>df</b>	<b>Probability</b>						
5,5719	4	0,2335						



De acuerdo con la información recopilada se conoce que el 85,83% de las gestantes rara vez ha recibido información sobre cómo llevar un periodo de gestación sin complicaciones. Mientras que el 7,87% asegura que siempre ha recibido detalles al respecto, el 6,03% señala que nunca. Por lo general, las gestantes siempre reciben información del enfermero, según las respuestas del 94%. Para el 81,82% siempre el médico les orienta en este sentido y para el 81,25% son las madres o abuelas las que proporcionan esta información. Con estos resultados se evidencia que la atención de los profesionales de salud favorece el conocimiento sobre las complicaciones que se pueden prestar durante el embarazo, sin embargo, como ya se señaló el cumplimiento del control prenatal no es muy frecuente.

**Tabla 24**

*Lugar de atención del parto*

<b>Lugar de atención del parto</b>	<b>Domicilio</b>		<b>Centro de salud</b>		<b>Total</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>P= 0,0169</b>						
<b>Afrodescendiente</b>	9	56,25	7	43,75	16	12,60
<b>Mestiza</b>	8	72,73	3	27,27	11	8,66
<b>Indígena</b>	66	66,00	34	34,00	100	78,74
<b>Total</b>	83	65,00	44	35,00	127	100

<b>Chi-Squared</b>	<b>df</b>	<b>Probability</b>
8,1576	2	0,0169

El 65% de las gestantes que participaron en el estudio aseguran que el lugar de atención al parto es el domicilio, mientras que el 35% restante señala que acude al centro de salud. El parto domiciliario es más común entre la muestra mestiza, ya que registra un 72,73%, es decir, el más alto porcentaje. Luego es más frecuente entre las gestantes indígenas con el 66%, mientras que 56,25% de las afrodescendientes también señalan este lugar. Los resultados de esta pregunta evidencian la práctica del parto domiciliario en la parroquia por lo que se requiere de la socialización de estrategias educativas para prevenir complicaciones y garantizar el

bienestar de las gestantes. En la preferencia y reincidencia de este lugar de atención al parto puede incidir la distancia de los centros de salud y las creencias ancestrales.

**Tabla 25** *Tiempo de parir en el parto domiciliario*

<b>Tiempo de parir</b> <b>P= 0,4065</b>	<b>Adecuado</b>		<b>Inadecuado</b>		<b>Total</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Afrodescendiente</b>	16	100	0	0,0	16	12,60
<b>Mestiza</b>	10	90,91	1	9,09	11	8,66
<b>Indígena</b>	97	97,00	3	3,00	100	78,74
<b>Total</b>	123	96,85	4	3,15	127	100

<b>Chi-Squared</b>	<b>Df</b>	<b>Probability</b>
1,8006	2	0,4065

El 96,86% de las gestantes señala que el tiempo de parir en el domicilio es adecuado, mientras que solo el 3,15% manifiesta lo contrario. Son las afrodescendientes las que más satisfechas se encuentran con el proceso, ya que el 100% reconoce que el tiempo es adecuado, y esta misma percepción tiene el 97% de las indígenas y el 90,91% de las mestizas. De acuerdo con estos resultados son las mestizas las que menos satisfechas están con el tiempo, lo cual puede estar relacionado con la destreza y capacitación de las parteras de sus comunidades. Además, con las respuestas se evidencian las ventajas del parto domiciliario y sus beneficios para la generación de una experiencia positiva en las madres.

**Tabla 26** *Libre y adecuada posición al momento de parir del parto domiciliario*

<b>Libre posición del parto</b> <b>P= 0,7601</b>	<b>De acuerdo</b>		<b>En desacuerdo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Afrodescendiente</b>	16	100	0	0,0	16	12,60
<b>Mestiza</b>	11	100	0	0,0	11	8,66
<b>Indígena</b>	98	98,00	2	2,00	100	78,74
<b>Total</b>	125	98,43	2	1,57	127	100

<b>Chi-Squared</b>	<b>df</b>	<b>Probability</b>
0,5486	2	0,7601

De acuerdo con las respuestas de las gestantes se conoce que para el 98,43% el parto domiciliario permite una libre y adecuada posición al momento de parir, mientras que solo el 1,57% está en desacuerdo con ello. El 2% de las respuestas negativas provienen de las gestantes indígenas. La totalidad de las afrodescendientes y las mestizas considera que el parto domiciliario brinda la libertad de elegir. Por lo tanto, esta es una de las cuestiones que pueden incidir en la preferencia de esta práctica en la parroquia, ya que la llegada de su hijo responde a sus necesidades y se relaciona con sus decisiones en torno a la labor de parto.

### **1.25      Discusión**

Similar a los resultados de Montero, en la preferencia por el parto domiciliario en Lita inciden varios factores, pero pueden mencionarse aquellos que dificultan el acceso al sistema de salud convencional. Por ejemplo, en Lita se identificó, similar a lo que sucede en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo Alto, ya que muchas ocasiones no se puede acceder a una atención sanitaria oportuna, debido a la ubicación geográfica de la parroquia y a las barreras por el idioma (Montero Gutiérrez, 2015).

A pesar de lo anterior, se determinó que las embarazadas tienen una percepción positiva sobre la atención en los centros médicos públicos y esto se relaciona con los resultados del Equipo Técnico de RIOS (2017). En coherencia con su estudio, también se obtuvo que el personal sanitario es consciente de las dificultades que se interponen entre el sistema de salud convencional y las creencias ancestrales y por ello es común que se comprometan con una comunicación más efectiva con la comunidad. Por ejemplo, los intercambios con los promotores de salud favorecen el seguimiento de las gestantes.

En Lita hay cuatro parteras registradas en el MSP, sin embargo, otras personas también cumplen con esta función en la comunidad, debido a la distancia entre centros poblados y la

dificultad de acceso, este personal no ha sido capacitado como en el caso de las parteras registradas.

El número de controles que se realizan en el centro de salud, suelen menos de los recomendados por el MSP, como mínimo 5 según la OMS. De acuerdo con los resultados de este estudio, este es un hecho frecuente en las comunidades, ya que la mayoría de las embarazadas inician el control prenatal principalmente a una edad gestacional avanzada (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015b).

Se identificaron problemas con la capacitación sobre cómo llevar un periodo de gestación sin complicaciones, lo que permite apreciar una deficiencia en cuanto al servicio de atención primaria en salud y su cobertura en un territorio con limitado acceso.

También se determinó que, si bien existen percepciones positivas sobre el parto domiciliario, no siempre se comparten estos beneficios por todas las embarazadas y se presentan complicaciones. Estos resultados son coherentes con lo señalado en otras investigaciones. Por ejemplo, Sánchez en 2020, plantea que el parto domiciliario solo puede culminar en una experiencia positiva cuando se cumplen cada uno de los momentos antes, durante y después del parto, cuando las parteras están capacitadas y se cumple el seguimiento gestacional (Sánchez-Redondo et al., 2020). Sobre su empleo en Ecuador se coincide con Sosa al señalar que el parto domiciliario es una práctica creciente con potenciales riesgos (Sosa, 2021).

Ante la preferencia por el parto domiciliario en Lita es necesario desarrollar una propuesta para prevenir las complicaciones y los riesgos de su práctica. Sin embargo, como ha señalado RIOS (2017), toda estrategia de capacitación debe considerar que la comunidad Awá funciona como un todo, es decir, cada uno de los miembros de la familia se involucra en la atención sanitaria de sus allegados. No obstante, en la cultura Awá los esposos tienen un alto poder de decisión, pero en Lita otros miembros de la familia asumen un rol importante en el

parto domiciliario y ello se debe considerar para hacer que el mensaje sea discutido dentro del núcleo familiar. Además, las propuestas no pueden obviar el diálogo constante con las parteras si se desea generar cambios, pero respetando el conocimiento y las prácticas ancestrales.

## Capítulo V Propuesta



**Programa  
educativo sobre el  
parto domiciliario**



## **1.26 Caracterización de la propuesta**

El proceso del parto en la parroquia Lita no puede menospreciar las prácticas culturales de la comunidad, según se ha establecido en el marco legal de Ecuador, en la elaboración de la propuesta se consideran las prácticas de medicina ancestral que se encuentran vigentes en la parroquia y que se relacionan con su composición étnica. Como los procesos de parto domiciliario no se encuentran ajenos a estas costumbres y creencias, se vincula el saber ancestral y el saber científico con la finalidad de ofrecer una capacitación integral a la comunidad y a los actores involucrados en el parto domiciliario.

Además, la propuesta se basa en el enfoque del parto humanizado que se dispuso en el país desde la primera década del siglo XXI por el Ministerio de Salud Pública. De ahí que cada una de las acciones y estrategias que se diseñen tienen por finalidad reducir los riesgos de complicaciones tanto en la madre como en el recién nacido. Con los módulos de la capacitación se pretende generar un ambiente idóneo para que el parto sea una experiencia psicológicamente beneficiosa para los padres y el bebé. Con la propuesta se busca que las parteras brinden una atención humanizada y personalizada que favorezca la labor de parto, así como el bienestar de la madre y la participación de los padres.

El programa educativo otorga importancia a la socialización de información sobre los riesgos y las ventajas de esta elección. Como los partos domiciliarios se pueden distinguir entre planificados y no planificados, se busca que su práctica sea cada vez más planificada en cuanto a las condiciones para el alumbramiento, ya que así disminuyen los riesgos de muerte neonatal, en particular en la aparición de complicaciones que requieren un traslado al hospital y una intervención quirúrgica.

A través de las estrategias educativas es posible que se socialice información clara, lo cual favorece la adopción de las recomendaciones y la generación de cambios. Con una capacitación adecuada sobre el parto domiciliario se incide sobre los procesos de toma de

decisión y se mejora el manejo de la situación a través de la implementación de estrategias para cada una de las etapas del parto. Con la provisión de un sistema de información efectivo es posible que se acepte no solo la importancia del diagnóstico y del seguimiento de la gestante, sino también se concientice sobre el aporte de la articulación de los actores familiares y sociales para prevenir complicaciones.

Los programas educativos forman parte de la promoción de salud y aunque son diversos, buscan que los usuarios mantengan y mejoren su salud a través de la puesta en práctica de un conjunto de estrategias, acciones y actividades encaminadas a que las personas incrementen un control sobre sí mismas. Con la provisión de un sistema de información efectivo es posible que se tome conciencia sobre las condiciones del parto domiciliario para la seguridad de las gestantes y del neonato.

### **1.27 Justificación**

Luego de identificar los factores socio-culturales de las gestantes en relación al parto domiciliario y establecer los riesgos / beneficios generados a causa de su práctica en la parroquia Lita se diseña un programa educativo para mejorar la capacitación de las parteras, las gestantes, las familias y de la comunidad. Aunque las embarazadas de la parroquia acceden al servicio público de salud, cuestiones culturales y educativas, así como las barreras geográficas y las limitaciones que el idioma genera para la comunicación influyen en la preferencia por el parto domiciliario.

Por lo tanto, es necesario trabajar en la formación de aquellas cuestiones que reducen los riesgos durante el parto en el domicilio. Sin afectar o contradecir las prácticas culturales de la comunidad, se motiva la aplicación de procedimientos y la creación de condiciones para evitar complicaciones que atenten contra la salud de las gestantes y del recién nacido. Tras este fin, el programa destaca por la delimitación de un procedimiento metodológico donde no solo



se involucra a las gestantes y a las parteras, sino también a otros actores sociales para que conozcan y apliquen estrategias a favor de la prevención de los riesgos del parto domiciliario y colaboren a favor de la salud de las gestantes y del neonato. Además, se vinculan componentes teóricos del parto con su práctica en el domicilio. A partir de este enfoque global se diseñan los módulos que parten de la identificación de los conocimientos que se poseen en la parroquia Lita.

### **1.28      Objetivos de la propuesta**

#### **General:**

- Mejorar la capacitación de las parteras y familias de las gestantes sobre la atención del parto domiciliario en la parroquia Lita a partir del diseño de un programa educativo.

#### **Específicos**

- Socializar los procedimientos de actuación para la asistencia a la madre y al recién nacido durante el parto y postparto.
- Disminuir los riesgos de complicaciones en las gestantes y los neonatos durante el parto domiciliario.
- Promover el involucramiento de la familia con el fin de cumplir con los controles prenatales y las orientaciones para el cuidado de las gestantes.
- Fomentar la educación comunitaria sobre las complicaciones del embarazo en la adolescencia y su prevención.

### **1.29      Beneficiarios de la propuesta**

Los beneficiarios directos de la propuesta son las gestantes, sus familias y las parteras de la parroquia ya que los módulos están dirigidos a la mejora de las prácticas para garantizar

su bienestar y la labor durante el parto. Sin embargo, con la implementación del programa educativo se beneficia toda la parroquia debido a que se capacita a sus pobladores para que conozcan sobre el parto domiciliario y el embarazo, disminuyendo los riesgos para la salud de la madre y del neonato. Además, con la propuesta se contribuye al sistema de salud público ecuatoriano, ya que con el interés de disminuir las posibles complicaciones del parto domiciliario y la mortalidad de las madres y los recién nacidos se favorece la mejora de los indicadores sanitarios y se evita el empleo de recursos por complicaciones cuyos riesgos se pueden prevenir.

### **1.30 Estructura de la propuesta**

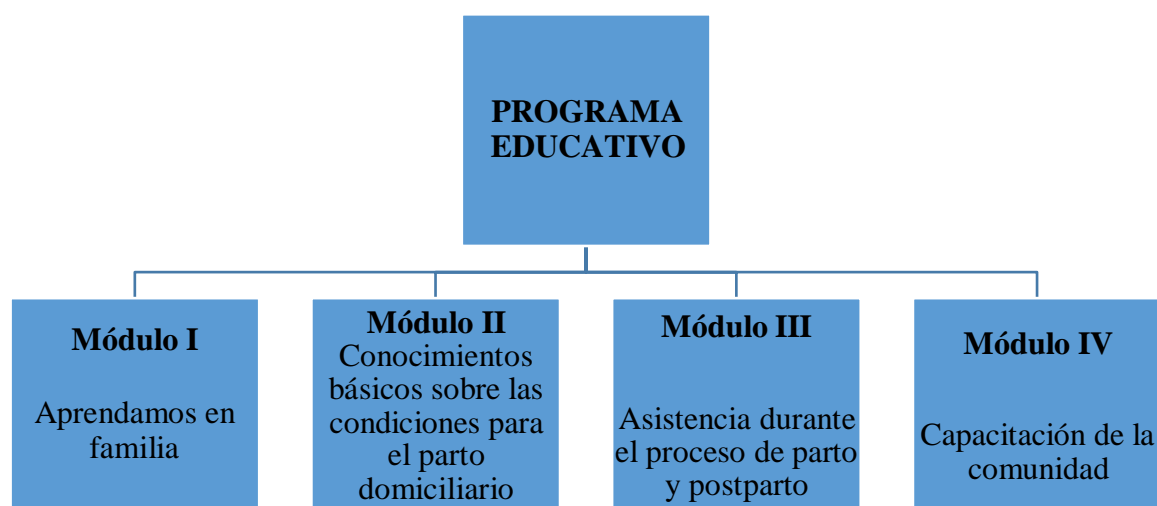
De acuerdo con los objetivos de la propuesta y considerando las necesidades de la parroquia en relación a la atención a las gestantes y a la frecuencia del parto domiciliario, se requiere del diseño de diferentes actividades dirigidas no solo a las parteras y a las gestantes, sino también a la familia y a toda la comunidad, pero es importante que en cada uno de los encuentros las parteras tengan un rol protagónico en el diálogo. Es por ello que la propuesta se divide en diferentes módulos de capacitación con el fin de llegar a cada uno de estos actores y los temas a tratar son coherentes con el nivel de capacitación que se debe presentar de acuerdo con su nivel de involucramiento con la gestante y la labor de parto. De ahí que se diseñen un total de 4 módulos.

Los primeros dos módulos están dirigidos a las parteras y las gestantes para capacitarlas sobre el parto domiciliario, sus condiciones, los procedimientos de la exploración inicial, sobre la labor de parto, la asistencia en el período expulsivo, el alumbramiento y la asistencia postparto y al neonato. Este módulo es muy dialogante con el conocimiento tradicional de las parteras, de tal forma que las mujeres se sientan en confianza y que a su vez las parteras puedan identificar signos de alarma de forma efectiva.

El siguiente módulo del programa se elabora para las familias y las gestantes y se encuentran relacionados con la importancia de los controles prenatales y de un ambiente familiar armónico durante el período de gestación. Aquí también las parteras tienen un rol protagónico.

El último módulo está dirigido a toda la comunidad con la finalidad de capacitarlos sobre los riesgos del embarazo en la adolescencia y las condiciones para el parto domiciliario.

De acuerdo con lo expuesto, se presenta la estructura de la propuesta en la siguiente figura:



Seguidamente se desarrollan el programa educativo sobre el parto domiciliario.

### **1.31 Desarrollo del programa**

Como se ha señalado con anterioridad el programa está dirigido a varios actores sociales de la parroquia Lita donde las parteras tendrán un papel protagónico en cada uno de los encuentros. Esta propuesta se fundamenta en el enfoque del parto humanizado que se dispuso en el país desde la primera década del siglo XXI por el Ministerio de Salud Pública. Por lo

tanto, con cada uno de los módulos se persigue el interés de reducir los riesgos de complicaciones durante el parto domiciliario y favorecer la gestión de un ambiente idóneo para que el parto sea una experiencia psicológicamente beneficiosa para los padres y el neonato.

Para la selección de los contenidos del programa se consideraron los fundamentos teóricos sobre el tema, así como aquellos temas que se identificaron como necesidades o problemáticos durante el diagnóstico en la parroquia. Específicamente, los módulos propuestos se enfocan hacia:

- ✓ Riesgos / beneficios del parto domiciliario
- ✓ Asistencia al parto domiciliario
- ✓ Seguimiento prenatal
- ✓ Rol de la familia
- ✓ Riesgos del embarazo en la adolescencia

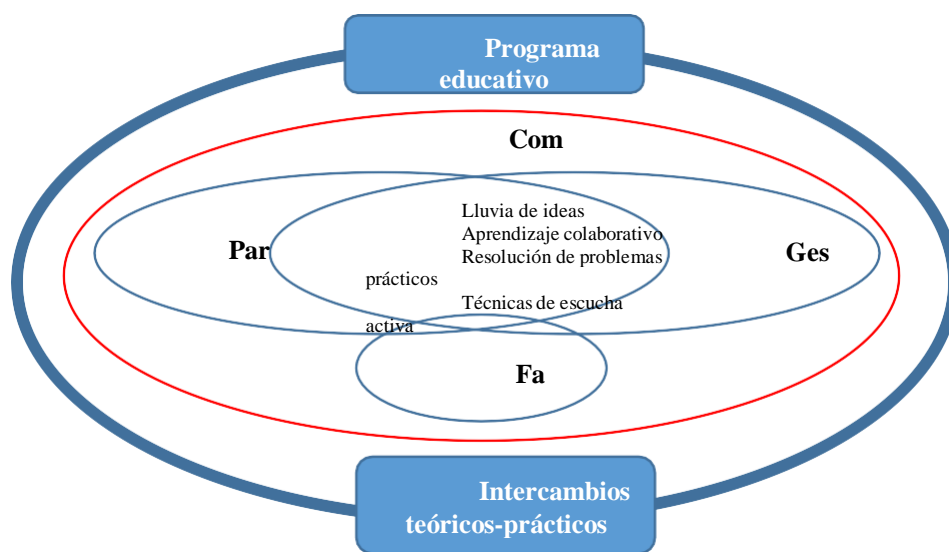
Aunque más adelante se amplían los contenidos de cada uno de los módulos, en la siguiente tabla se presenta un resumen del programa educativo. Es importante señalar que en este momento se exponen las actividades que dentro de cada módulo se sugieren implementar con la finalidad de generar el intercambio entre todos los beneficiarios del programa educativo. Estas actividades deben desarrollarse con la finalidad de socializar los contenidos propuestos.

<b>Ejes</b>	<b>Módulo</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Actores</b>
Seguimiento prenatal	Módulo I	Control prenatal Gestación saludable	1. Aprendamos sobre el control prenatal	Familia y gestantes
Riesgos / beneficios del parto domiciliario	Módulo II	Complicaciones del parto domiciliario Seguimiento de las gestantes Prevención de riesgos	1. ¿Qué conoce sobre el parto domiciliario? 2. Aprendamos y practiquemos algunos procedimientos	Gestantes y parteras
Asistencia al parto domiciliario	Módulo III	Asistencia parto y postparto Asisten al neonato Gestión de complicaciones	1. Aprendamos y practiquemos algunos procedimientos. 2. Asistimos con efectividad y eficiencia	Gestantes y parteras

Rol de la familia y riesgo del embarazo en la adolescencia	Módulo IV	Condiciones del parto domiciliario Acompañamiento familia	1. ¿Cómo ayudar a las gestantes de mi familia?	Familia de las gestantes
		Embarazo en la adolescencia Parto domiciliario	1. ¿Qué debemos saber sobre el embarazo en la adolescencia? 2. Actuemos como <u>comunidad</u>	Comunidad

## Metodología

Para el desarrollo del programa educativo se sigue la siguiente estrategia:



Como se muestra en la figura anterior y como se ha señalado hasta este momento, el programa educativo consta de cuatro módulos e involucra a las parteras, las gestantes, su familia y a la comunidad de la parroquia Lita. La dinámica para el desarrollo del programa se basa en intercambios teóricos prácticos. Durante las actividades que se proponen se debe fomentar la interacción, la participación y la motivación a través de la lluvia de ideas, el aprendizaje colaborativo, la resolución de problemas y las técnicas de escucha activa.

Como el programa consta de cuatro módulos, los contenidos y las actividades de cada uno deben desarrollarse en un mes. Esto significa que la implementación de la propuesta debe ocurrir en un período de cuatro meses. De manera mensual se deben aplicar dos actividades

con una frecuencia quincenal. Las fechas específicas deben coordinarse con los actores participantes con el fin de que participe el mayor número de miembros posible. Se recomienda que la implementación del programa se apoye en la gestión de los líderes comunitarios con el fin de lograr una mejor coordinación y participación.

En el desarrollo de cada uno de los módulos es importante que se otorgue protagonismo a las partes, a las gestantes, a la familia y a la comunidad, según corresponda. Así se favorece el proceso de construcción de conocimientos, el aprendizaje significativo y aumentan las probabilidades de una mayor concientización. En los intercambios no se puede limitar la participación, ni el debate. Es importante que se fomente la exposición de experiencias y que se compartan, expliquen y evalúen los problemas y las posibles soluciones.

### **Módulos del programa educativo**

#### **Módulo I. Aprendamos en familia**

Como parte de esta primera actividad, la capacitación se enfoca en aquellos actores que participan de manera indirecta, pero con gran incidencia en el parto domiciliario, pero sin olvidar ni limitar la participación de las parteras. Este módulo dirigido a la familia busca concientizar sobre la importancia de la generación de un ambiente familiar armónico durante la gestión, del cumplimiento de los controles prenatales y de la participación de algún miembro, principalmente los padres, durante el parto domiciliario. Es por ello que se inicia la actividad con experiencias de las parteras sobre el rol de la familia.

Para continuar con este módulo se recomiendan encuentros con las gestantes y sus familias donde las parteras deben dialogar sobre lo siguiente:

- Aportes de las consultas prenatales: una función clave de la atención prenatal es ofrecer información y servicios de salud que pueden mejorar significativamente la salud de las mujeres y sus bebés
- Cronograma de asistencia a las consultas prenatales.

- Cumplimiento de las indicaciones del control prenatal.
- Rol de la familia en el periodo de gestación y en el parto domiciliario.
- Condiciones para una gestación saludable y para el parto domiciliario.

## **Módulo II. Conocimientos básicos sobre las condiciones para el parto domiciliario**

Durante estos encuentros con las parteras y las gestantes se indaga en un primer momento sobre el conocimiento de las segundas sobre las condiciones, los aportes y las limitaciones del parto en su comunidad. Una vez identificadas sus percepciones es necesario que se concientice sobre la garantía de la seguridad antes y durante este proceso. Por lo tanto, en este módulo se fomenta el empleo de los medios necesarios, así como el seguimiento a las gestantes. Además, se socializa información sobre las ventajas y desventajas del parto domiciliario y sobre las estrategias que se deben implementar para prevenir riesgos.

Se capacita sobre la valoración del sangrado puerperal y del estado del útero, que debe estar contraído con la consistencia de una “bola de petanca”. Además, se informa sobre que las mujeres con riesgos y contraindicaciones para el parto en casa deben ser identificadas oportunamente y se debe iniciar la planificación del parto en los centros de salud.

Es importante que durante el desarrollo de este módulo se comprenda por parte de las parteras que, en condiciones de acceso adecuadas, se activen todos los recursos y estrategias para que se proceda al traslado de la madre y del neonato a un centro de salud en caso de que surgieran complicaciones.

También con el desarrollo de este módulo se busca que las gestantes sean capacitadas sobre los signos de peligro en el embarazo, por ejemplo, la hemorragia vaginal y la rotura prematura de membranas. También deben recibir información sobre la preparación para el parto y los posibles riesgos del embarazo en el domicilio, pero siempre con un interés educativo.

El segundo aspecto del modelo consiste en visitas programadas a domicilio por parte de las parteras para realizar una evaluación más exhaustiva y, en su caso, derivar a un hospital cercano a aquellas mujeres que presenten complicaciones que no puedan tratarse de forma segura en el domicilio. Se recomienda que las parteras dispongan de un equipo básico para poder realizar una evaluación sistemática de las gestantes, pero que no puede sustituir a los controles prenatales.

### **Módulo III. Asistencia durante el proceso de parto y postparto**

En este módulo es de interés socializar con las parteras y las gestantes la información de interés sobre el proceso de parto y postparto, considerando cada una de las etapas y las recomendaciones a considerar. A continuación, se presentan los contenidos a desarrollar, pero es necesario que al momento de implementar las actividades de capacitación se fomente el intercambio con el fin de conocer sus prácticas y la información que presentan al respecto.

#### **Asistencia al parto y postparto:**

La comunicación, el apoyo y la compasión son cuestiones que destacan y figuran entre las ventajas del parto domiciliario. Por lo tanto, es importante que en las actividades se insista en las estrategias para su generación y así lograr que las parteras pueden ayudar a que las gestantes durante el trabajo de parto y el parto experimenten los procesos de manera positiva.

Como la etapa de dilatación se considera la más larga y consta de dos fases: la fase latente (trabajo de parto temprano) y la fase activa. La fase latente se ha descrito como un período de tiempo en el que hay contracciones dolorosas y algún cambio cervical, incluida una dilatación cervical de hasta 4 cm. El progreso del trabajo de parto en la fase latente suele ser lento y puede incluir contracciones uterinas dolorosas. Por ello, las gestantes pueden sentirse angustiadas y perder la confianza durante esta fase, lo cual ralentiza el progreso del trabajo de parto. Tanto las parteras como las gestantes deben conocer que la angustia materna puede estar



asociada con la prolongación de las fases latente y activa y la segunda etapa del trabajo de parto.

Por lo tanto, se recomienda que durante esta fase se emplee la estrategia de las intervenciones de apoyo. Se trata de intervenciones no farmacológicas que apoyan a las mujeres embarazadas durante el trabajo de parto temprano. Específicamente incluyen:

- Relajación
- Apoyo
- Estímulo
- Capacitación para el manejo del estrés

Durante el trabajo de parto temprano, se debe animar a las gestantes a mantenerse activas. Con las técnicas anteriores se pueden mejorar la capacidad de las mujeres para afrontar el trabajo de parto. La provisión de apoyo emocional, medidas de confort, información y asesoramiento, defensa y apoyo de la pareja de la mujer por parte de los proveedores de atención médica podría alentar a las mujeres a sobrellevar su trabajo de parto.

Es importante que durante las actividades de este módulo se capacite a las parteras y gestantes sobre:

- El parto prolongado, sus consecuencias para las gestantes y la atención que debe recibir.
- La hemorragia postparto precoz y las importantes medidas como el masaje uterino.
- Atención al neonato: debe evitarse la pérdida de calor del recién nacido, la madre es la mejor “incubadora”.
- La reevaluación periódica tanto de la madre como del recién nacido.
- Traslado oportuno ante complicaciones.

#### **Módulo IV Capacitación para la comunidad**

La educación de la comunidad no solo debe enfocarse en su rol ante el parto domiciliario y ante el surgimiento de posibles complicaciones, sino también en la capacitación

sobre el embarazo. En las actividades correspondientes a este momento de la propuesta se inicia con la educación sobre los riesgos del embarazo en la adolescencia ya que en la parroquia Lita las gestantes primerizas presentan estas edades. Por lo tanto, los primeros tópicos a tratar son los siguientes:

- ¿Qué es el embarazo en la adolescencia?
- ¿Cuáles son los riesgos del embarazo en la adolescencia?
- ¿Cómo lograr un embarazo adolescente saludable?
- ¿Cómo prevenir el embarazo en la adolescencia?

Como el programa educativo se centra en el parto domiciliario es importante que se capacite sobre este tema y sobre su rol durante su práctica en la comunidad. De ahí que la otra actividad del módulo debe tratar los contenidos que se especifican a continuación:

- Seguridad del parto domiciliario sin obviar las creencias ancestrales.
- Ventajas y desventajas del parto domiciliario
- Parto humanizado
- Actuación ante complicaciones
- Viabilidad del parto domiciliario según tipo de gestante
- Importancia de la atención en los centros de salud

### Cronograma para la implementación de la propuesta

Módulos/actividades	Tiempo de implementación en meses				
	Mes I	Mes II	Mes III	Mes IV	Mes V
Módulo I Aprendamos en familia					
Módulo II Asistencia durante el proceso de parto y postparto					
Módulo III Conocimientos básicos sobre las condiciones para el parto domiciliario					
Módulo IV Capacitación para la comunidad					
Evaluación del programa					

## Conclusiones y recomendaciones

De acuerdo con los objetivos delimitados para esta investigación se concluye que:

- A partir de los argumentos teóricos se concluye que el parto domiciliario brinda una perspectiva mucho más amplia en cuanto a la atención de la salud, enfocada en el respeto de la cosmovisión de los pueblos. Sin embargo, el parto domiciliario tiene riesgos para la salud tanto de la madre, como del recién nacido. Estas complicaciones son más frecuentes cuando no existe la formación o conocimiento mínimo de parte de la partera o familia que asiste dicho parto o cuando no se ha cumplido con el seguimiento de las embarazadas durante el período gestacional.
- Durante la investigación de campo se identificó que las gestantes de la parroquia Lita tienen su primer parto en la adolescencia. Aunque las mujeres que participaron en este estudio no eran gestantes primerizas, deben acceder a mayor información para promover la práctica de una gestación responsable y saludable. Por otro lado, se conoció que la influencia de las costumbres al parir varía según la etnia y aunque existen diferencias en la frecuencia de su consideración, por lo general, se tienen presentes.
- Los factores que fomentan la preferencia por el parto domiciliario son diversos y en la comunidad Lita existen cuatro parteras registradas en el Ministerio de Salud Pública. Esta y otras cuestiones como el idioma, según el 66% de las gestantes, y las prácticas culturales mantienen la preferencia por el parto domiciliario. Aunque principalmente acceden al servicio de salud público y tienen una buena percepción sobre la atención, el 95% reside lejos de estos centros y declaran no tener el tiempo, ni los recursos suficientes para acceder a los controles prenatales.
- De acuerdo con los resultados estadísticos, los riesgos / beneficios generados a causa del parto domiciliario no solo se relacionan con su procedimiento, sino también con el seguimiento de las embarazadas durante el período gestacional. Como se conoció el

69% de las gestantes de la parroquia inician el control prenatal principalmente a una edad gestacional avanzada. Este comportamiento dificulta evitar los riesgos durante el parto. Por ejemplo, se determinó que las complicaciones más frecuentes del parto domiciliario son la retención placentaria y la atonía uterina. La onfalitis, la asfixia neonatal y los problemas en la piel son las complicaciones con mayor incidencia en el neonato. No obstante, de manera coherente a lo señalado en la literatura se conoció que para el 98% de las gestantes el parto domiciliario impacta de manera positiva y genera percepciones positivas sobre el acompañamiento, la confianza, la intimidad y la tranquilidad. También se reconoce como adecuado el tiempo al parir y se genera satisfacción con la posición y la libertad de decisión que provee el parto domiciliario.

- Ante los resultados del diagnóstico y en coherencia con la fundamentación teórica del parto domiciliario y el parto humanizado se diseñó un programa educativo para capacitar a las parteras, a las gestantes y a su familia, ya que con anterioridad no se habían realizado capacitaciones con las parteras. El programa se compone de módulos que buscan socializar los procedimientos de actuación para la asistencia a la madre y al recién nacido durante el parto y postparto y disminuir los riesgos de complicaciones en las gestantes y los neonatos durante el parto domiciliario. Además, se proponen otros contenidos para el desarrollo de actividades que involucren a la familia con el fin de concientizar sobre la importancia de cumplir con los controles prenatales y de garantizar un ambiente familiar armónico durante el periodo de gestación. El programa educativo también se dirige hacia la comunidad con el fin de que conozcan sobre las complicaciones del embarazo en la adolescencia y los modos de actuación ante complicaciones en el parto domiciliario.
- Las madres gestantes de la parroquia de Lita, se consideran principalmente indígenas en su mayoría pertenecientes al pueblo Awá. Tienen su primer parto en la adolescencia,

son multíparas (tres a cuatro partos en promedio). Su principal fuente de ingreso es el trabajo al jornal, por lo que sus ingresos económicos son limitados. Habitan sectores dispersos, por lo que el acceso a varios servicios públicos como el de salud es limitado.

- En lista el 66% de las gestantes indígenas escogen el parto en casa, de hecho el 85, 83% de las madres indican que tienen una mayor confianza por esta alternativa, pese a que existen riesgos frecuentes de onfalitis, asfixia neonatal y problemas en la piel.
- Se capacitó a un total de 18 gestantes y sus familiares, al igual que a cuatro parteras de varias comunidades, durante el proceso de investigación, en el cual se desarrolló temas como: planificación familiar, control prenatal, condiciones mínimas para el parto en casa; y la asistencia del parto y posparto bajo estas condiciones.

Ante estos resultados se realizan las siguientes recomendaciones:

- Implementar el programa educativo en la parroquia Lita para evitar las complicaciones en el parto domiciliario a través de mejoras en la capacitación de las parteras, las gestantes y su familia.
- Evaluar la implementación de la propuesta en la parroquia Lita para en función de los resultados realizar las modificaciones pertinentes y contribuir a la prevención de los factores de riesgo.
- Socializar los resultados de este estudio en la comunidad para que los pobladores concienticen sobre la importancia de algunas modificaciones en la práctica del parto domiciliario y sobre la importancia de cumplir con los controles prenatales.

- Iniciar un trabajo intersectorial en la parroquia Lita con la finalidad de prevenir los factores de riesgo del parto domiciliario, sin descuidar o atentar contra las tradiciones de la comunidad.
- Generar otras estrategias para la promoción en salud en la comunidad y para la capacitación de las parteras, por ejemplo, programas de formación con profesionales del MSP.
- Iniciar capacitaciones periódicas para la comunidad Lita sobre la salud intercultural y la calidad de la atención antes y durante el embarazo.
- Continuar con la investigación científica sobre el parto domiciliario en la parroquia Lita o en otras comunidades del país.

## Referencias

- Agila Álvarez, C. L. (2020, febrero 10). *Código deontológico de Enfermería, una mirada desde el interno rotativo de Enfermería. Nursing deontological code, a perspective from the nursing rotating internist*. Recuperado de <https://revistamedica.com/codigo-deontologico-enfermeria-interno-rotativo/>
- Artal-Mittelmark, R. (2021, febrero 10). *Manejo del trabajo de parto normal*. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecología-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto-normales/manejo-del-parto-normal>
- Asamblea Nacional de Ecuador. (2008, febrero 10). *Constitución de la República del Ecuador*. Recuperado de [https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_ecu\\_const.pdf](https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf)
- Asamblea Nacional de Ecuador. (2015, febrero 10). *Elementos Constitutivos del Estado*. Recuperado de [https://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic5\\_ecu\\_ane\\_cons.pdf](https://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic5_ecu_ane_cons.pdf)
- Asamblea Nacional de Ecuador. (2016, febrero 10). *Proyecto de Ley- Código Orgánico de Salud*. Recuperado de [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/11/RD\\_248332rivas\\_248332\\_355600.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/11/RD_248332rivas_248332_355600.pdf)
- Asociación Médica Mundial. (2017, febrero 10). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Recuperado de <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Asociación Red Internacional de Organizaciones de Salud (RIOS). (2017). *Estudio antropológico sobre las representaciones sociales de la población AWA*. Recuperado de [https://www.rios.org.ec/\\_files/ugd/58dc33\\_ceaa00bb89cc488f8bed1aa53a380ce0.pdf](https://www.rios.org.ec/_files/ugd/58dc33_ceaa00bb89cc488f8bed1aa53a380ce0.pdf)
- Avila, H. F., González, M. M., y Licea, S. M. (2020). La entrevista y la encuesta: ¿Métodos o técnicas de indagación empírica? *Didasc@lia: didáct. educ.*, 11(3), 62–79. Recuperado



de <http://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalía/article/view/992>

Ayala Aguilar, M. I., y García Posada, L. D. (2001). Factores socioeconómicos y culturales relacionados con el embarazo en adolescentes de una comunidad rural. *Salud en Tabasco*, 7(2), 395–397. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48707204>

Borges Damas, L., Sánchez Machado, R., Domínguez Hernández, R., y Sixto Pérez, A. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Rev. cuba. obstet. ginecol.*, 44(3), 1–12. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2018000300002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000300002)

Botteri, E. (2019). Saberes que conectan con el poder durante el parto: la partería tradicional en Morelos (México). *Alteridades*, 29(57), 125–135. <https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alteridades/2019v29n57/botteri>

Cadena-Iñiguez, P., Rendón-Medel, R., Aguilar-Ávila, J., Salinas-Cruz, E., de la Cruz-Morales, F. del R., y Sangerman-Jarquín, D. M. (2017, febrero 10). *Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales* (Vol. 8). Vol. 8. Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2631/263153520009.pdf>

Carvajal, J. A. (2017). Parto programado en el domicilio: mirada desde la SOCHOG. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 82(2), 5–6. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262017000200001>

Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J. R., y Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Aten. Primaria*, 31(8), 527–538. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(03\)70728-8](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(03)70728-8)

Castrillo, M. B. (2015). Parir en casa, parir en el hospital. Algunas dimensiones para el

- análisis de los lugares del parto. *Geograficando*, 11(2), 1. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5380726>
- Congreso Nacional. (2006). *Ley Orgánica de Salud*. Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORGÁNICA-DE-SALUD4.pdf>
- Corona Lisboa, J. (2016, febrero 10). *Apuntes sobre métodos de investigación* (Vol. 14). Vol. 14. Medisur. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2016000100016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000100016)
- Custodio-Marroquín, J. A. (2016). Características sociodemográficas del parto domiciliario en pobladoras del Centro Poblado Kerguer durante el período 2010 • 2016. *Rev. Cuerpo Méd. Hosp. Nac. Almanzor Aguinaga Asenjo*, 164–168. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1053294>
- De Jesús-García, A., Paredes-Solís, S., Valtierra-Gil, G., Serrano de Los Santos, F. R., Sánchez-Gervacio, B. M., Ledogar, R. J., ... Cockcroft, A. (2018). Associations with perineal trauma during childbirth at home and in health facilities in indigenous municipalities in southern Mexico: A cross-sectional cluster survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1836-8>
- De la Torre del Jesus, V. (2015). *¿Parto en casa o en el hospital? Beneficios del parto en casa. Nuevas tendencias* (Universidad de Jaén ). Universidad de Jaén , España. Recuperado de [http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1544/1/TFG.\\_Victoria\\_de\\_la\\_Torre\\_del\\_Jesus.pdf](http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1544/1/TFG._Victoria_de_la_Torre_del_Jesus.pdf)
- Encalada Bueno, G. S., y Morocho Guamán, A. P. (2017). *Aplicación de la interculturalidad en la atención del parto en el Hospital Luis Fernando Martínez, Cañar, 2016*.

Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27575>

Federici, S. (2010, febrero 10). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Recuperado de <http://www.bibliotecafragmentada.org/caliban-y-la-bruja-mujeres-cuerpo-y-acumulacion-originaria/>

García Rodríguez, Y., Anaya González, J. L., Acosta Limaico, M. B., Álvarez Moreno, M., López Aguilar, E., y Vasquez Figueroa, T. I. (2016). Satisfacción de las mujeres atendidas con el parto culturalmente adecuado en Loreto, Orellana (2016). *Rev. cuba. obstet. ginecol*, 485–492. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-845026>

Gobierno Autónomo Descentralizado Rural De Lita. (2015). *Actualización del plan de desarrollo y ordenamiento territorial*. Recuperado de <https://www.imbabura.gob.ec/phocadownloadpap/K-Planes-programas/PDOT/Parroquial/PDOT LITA.pdf>

Inatal. (2018, febrero 10). *Las fases del parto normal: dilatación, expulsivo y alumbramiento*. Recuperado de <https://inatal.org/el-parto/37-parto-normal-paso-a-paso/128-las-fases-del-parto.html>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2018). Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones 2017. *Instituto Nacional de Estadística y Censos*, (6), 1–65. Recuperado de [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/2017/Presentacion\\_Nac\\_y\\_De\\_f\\_2017.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2017/Presentacion_Nac_y_De_f_2017.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2021, febrero 10). *Nacidos Vivos y Defunciones Fetales*. Recuperado de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacidos-vivos-y-defunciones-fetales/>

- Lara, S. B. I. (2018). *Pobreza, discriminación y exclusión social en las mujeres de la parroquia de Lita - Imbabura* (Universidad Técnica del Norte). Universidad Técnica del Norte, Ibarra-Ecuador. Recuperado de [http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9668/2/02 IEF 216 TRABAJO DE GRADO.pdf](http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9668/2/02%20IEF%20216%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf)
- Laza Vásquez, C. (2008). Cultura y planificación familiar: un debate aún en construcción. *Teoría y praxis investigativa*, 3(2), 66–72. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3701010>
- Laza Vásquez, C. (2015). Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional. *Rev. Cub. Salud Publica*, 41(3), 487–496. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000300008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000300008)
- López-Roldán, P., y Fachelli, S. (2015). Metodología De La Investigación Social Cuantitativa. *Metodología De La Investigación Social Cuantitativa*, 4–41. Recuperado de <http://ddd.uab.cat/record/129382>
- López, D. (2015, febrero 10). *Tipos de parto*. Recuperado de <https://www.materna.es/el-parto/tipos-de-partos/>
- Macías-Intriago, M. G., Haro-Alvarado, J. I., Piloso-Gómez, F. E., Galarza-Soledispa, G. L., Quishpe-Molina, M. del C., y Triviño-Vera, B. N. (2018). Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio las Cienc.*, 4(3), 392. <https://doi.org/10.23857/dc.v4i3.815>
- Martín Alvira, F. R. (2004). *La encuesta: una perspectiva general metodológica*. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=249303>
- Mendoza-Chuctaya, G., Montesinos-Segura, R., Agramonte-Vilca, M., y Aguirre-Tenorio, L. (2018). Características y Prevalencia de Partos Domiciliarios en un distrito Rural de la

Sierra del Perú, 2015-2016. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 83(4), 377–385.

<https://doi.org/10.4067/s0717-75262018000400377>

Ministerio de Salud Pública. (2008, febrero 10). *Guía Técnica para la Atención del Parto culturalmente adecuado, Ecuador*. Recuperado de

<https://www.elpartoesnuestro.es/node/11285>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015a). *Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica*. Recuperado de

[https://www.salud.gob.ec/wp-](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediat)

[content/uploads/2014/05/GPC\\_Atencion\\_del\\_trabajo\\_parto\\_posparto\\_y\\_parto\\_inmediat](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediat)  
o.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015b). *Control Prenatal. Guía de Práctica*

*Clínica (GPC)*. Recuperado de [https://www.salud.gob.ec/wp-](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf)

[content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf)

Montero Gutiérrez, J. del P. (2015). *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 2014*. Recuperado de

<https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/9481>

Núñez López, G. I., Soliz Galeas, C. A., Vidal Del Río, M. M., y González Salas, R. (2020,

febrero 10). *Costumbres y tradiciones del trabajo de parto domiciliario en las*

*comunidades andinas del cantón Guaranda-Ecuador* (Vol. 39). Vol. 39. Revista

Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.

<https://doi.org/10.46377/dilemas.v33i1.2132>

Organización de las Naciones Unidas. (2021, febrero 10). *La Agenda para el Desarrollo*

*Sostenible*. Recuperado de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development->

agenda/

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *OMS / Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>

Ortega Barreda, E., Cairós Ventura, L. M., Clemente Concepción, J. A., Rojas Linares, C., y Pérez González, A. M. (2017). Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa. *Ene*, *11*(1), 0. Recuperado de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstractypid=S1988-348X2017000100005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstractypid=S1988-348X2017000100005)

Ortiz, R., Torres, M., Peña Cordero, S., Quinde, G., Durazno, G. C., Palacios, N., ... Bermúdez, V. (2017). Sociodemographic characteristics of the adult population of the parish Cumbe, Cuenca-Ecuador. *Arch. venez. farmacol. ter.*, *36*(2), 57–64. Recuperado de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_abstractypid=S0798-02642017000200005ylnq=enynrm=iso](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstractypid=S0798-02642017000200005ylnq=enynrm=iso)

Porras, C. V., Sabogal, I. U., y Carvajal, B. V. (2017). Prácticas de cuidado genérico de las puérperas, una herramienta para el cuidado de enfermería. *Rev. Cubana Enferm.*, *33*(1). Recuperado de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/688>

Pozo, M., Serrano, J. C., Castillo, R., y Moreno, L. (2016). *Indicadores ODS de agua, saneamiento e higiene en Ecuador*. Recuperado de [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Libros/Diagnostico\\_ASH\\_pobreza\\_INEC\\_BM.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Libros/Diagnostico_ASH_pobreza_INEC_BM.pdf)

Rivas, R. D. (2018). Cultura: factor determinante del desarrollo humano. *Entorno*, (58), 16–24. <https://doi.org/10.5377/entorno.v0i58.6236>

- Rodríguez-Garrido, P., Pino-Morán, J. A., y Goberna-Tricas, J. (2020). Exploring social and health care representations about home birth: An Integrative Literature Review. *Public Health Nurs.*, 37(3), 422–438. <https://doi.org/10.1111/phn.12724>
- Salazar Cisneros, Y. (2019). El desarrollo cultural, complicidad necesaria. *Estudios del Desarrollo Social*, 7(1), 88–99. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-01322019000100088](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-01322019000100088)
- Sánchez-Redondo, M. D., Cernada, M., Boix, H., Espinosa Fernández, M. G., González-Pacheco, N., Martín, A., ... en representación del Comité de Estándares, S. E. de N. (2020). Parto domiciliario: un fenómeno creciente con potenciales riesgos. *An. Pediatr. (Engl. Ed.)*, 93(4), 266.e1-266.e6. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.04.005>
- Sánchez Rivera, M. (2016, febrero 10). *Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad* (Vol. 32). Vol. 32. Opción. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/310/31048483044.pdf>
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, S. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida*. Recuperado de [https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL\\_0K.compressed1.pdf](https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf)
- Sosa, A. C. (2021, febrero 10). *Condicionantes de riesgo en los partos domiciliarios atendidos por comadronas en la comunidad de Ricaurte del cantón San Lorenzo de la provincia de Esmeraldas*. Recuperado de <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/655>
- Tobasía-Hege, C., Pinart, M., Madeira, S., Guedes, A., Reveiz, L., Valdez-Santiago, R., ... Souza, J. P. (2019). Disrespect and abuse during childbirth and abortion in Latin America: systematic review and meta-analysis. *Rev. Panam. Salud Publica*, 43, e36. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36>

Vásquez Quezada, M. E. (2011). *Pluralismo médico y parto biomédico en la Maternidad*

*Isidro Ayora de Quito* (FLACSO ). FLACSO , ede Ecuador, Quito. Recuperado de

<https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/6288>

Vázquez-Lara, J. M., Gómez-Salgado, J., Fernández-Carrasco, F. J., Briebe del Río, P.,

Vázquez-Lara, M. D., y Rodríguez-Díaz, L. (2018). Asistencia al parto inminente

extrahospitalario. Actuaciones durante este proceso y cuidados a la madre y al recién

nacido. *Rev. Esp. Salud Publica*, 92. Recuperado de

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S1135-57272018000100306](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1135-57272018000100306)



## Anexo A

### Presupuesto

Ítem	Cantidad	Tiempo	Total
<b>A. Personal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Honorarios del Investigador</li> <li>• Asistente de Investigación</li> </ul>	 1 1	 6 meses 6 meses	 \$ 960,00 \$ 600,00
<b>B. Equipos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador</li> <li>• Internet</li> <li>• Impresora</li> </ul>	 1 1 1	 6 meses 6 meses 6 meses	 \$ 70,00 \$ 60,00 \$ 50,00
<b>C. Viajes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viáticos Transporte</li> </ul>	 \$ 50,00	 6 días	 \$ 300,00
<b>D. Materiales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impresiones</li> <li>• Fotocopias</li> <li>• Anillados</li> </ul>	 300 hojas 70 hojas 6 unidades	 1 día 1 día 1 día	 \$ 50,00 \$ 3,50 \$ 90,00
<b>Total, del proyecto</b>			 \$ 2.183,50

**Anexo B**

**Instrumento de la encuesta**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
INSTITUTO DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA – MENCIÓN ENFERMERÍA  
ENCUESTA DIRIGIDA A LA MADRE DE FAMILIA**

**Objetivo:**

Determinar los factores socio-culturales de las gestantes y su incidencia en el parto domiciliario en la parroquia de Lita.

**Instrucciones:** Se solicita llenar muy cordialmente la presente encuesta marcando con una **X** en la respuesta que usted considere apropiada.

**FECHA DE LA APLICACIÓN.....**

**Datos Generales:**

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Edad del primer parto:** \_\_\_\_\_

**Etnia:** \_\_\_\_\_

**Nivel Académico:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** \_\_\_\_\_

**Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Nivel de ingresos económicos:** \_\_\_\_\_

**¿Cuántos partos ha tenido?:** \_\_\_\_\_

<b>Pregunta</b>	<b>Ítem</b>	<b>Respuesta</b>
-----------------	-------------	------------------

1) ¿El servicio de salud de su parroquia es?	1) Público 2) Privado	1)..... 2).....
2) ¿Cómo considera la atención en el servicio de salud?	1) Muy buena 2) Buena 3) Regular 4) Mala	1)..... 2)..... 3)..... 4).....
3) ¿A qué distancia se encuentra su hogar del servicio de salud?	1) Menos de 30 minutos 2) Más de 30 minutos 3) Más de 1 hora	1)..... 2)..... 3).....
4) ¿Acudió a los controles prenatales durante su periodo de gestación?	1) Siempre 2) Rara vez 3) Nunca	1)..... 2)..... 3).....
5) ¿Sus anteriores partos dónde han sido atendidos?	1) En casa 2) Centro de Salud 3) Con una partera	1)..... 2)..... 3).....
6) ¿Ha escuchado de otras gestantes o presentado usted complicaciones en el parto domiciliario?	1) Atonía Uterina 2) Lesión Cervical 3) Retención placentaria 4) Otras complicaciones _____ 5) Ninguna	1)..... 2)..... 3)..... 4)..... 5).....

<p>7) ¿Algunos de sus hijos o conocidos han tenido dificultades al nacer en casa?</p>	<p>1)Problemas oculares  2)Problemas en la piel  3)Asfixia neonatal  4)Sepsis neonatal  5)Infecciones en el cordón umbilical  6) Otro tipo de complicaciones. _____  7)Ninguna</p>	<p>1).....  2).....  3).....  4).....  5).....  6).....  7).....</p>
<p>8) ¿A qué edad gestacional comenzó a realizar controles prenatales?</p>	<p>1) Antes de las 20 semanas  2) Después de las 20 semanas  3) Alrededor de las 28 semanas  4) Luego de las 34 semanas  5) Nunca</p>	<p>1).....  2).....  3).....  4).....  5).....</p>
<p>9)¿Cuántas veces acudió al control prenatal</p>	<p>1) Menos de cinco veces  2) Cinco veces  3) Menos de nueve veces  4) Nueve veces</p>	<p>1).....  2).....  3).....  4).....</p>

<p>10) En caso de no haber acudido de forma regular a controles prenatales, ¿Cuáles son las causas?</p>	<p>1)Falta de tiempo 2)Falta de recursos 3)Falta de información 4)Por ser un embarazo no planificado</p>	<p>1)..... 2)..... 3)..... 4).....</p>
<p>11) ¿Presentó alguna complicación durante el período de gestación?</p>	<p>1)Amenaza de aborto 2)Complicaciones en el tracto Urinario 3)Bajo peso 4)Diabetes Gestacional 5)Hipertensión Arterial 6) Otros _____ 7)Ninguno</p>	<p>1)..... 2)..... 3)..... 4)..... 5)..... 6)..... 7).....</p>
<p>12) ¿Ha recibido información sobre cómo llevar un periodo de gestación sin complicaciones?</p>	<p>1) Siempre 2) Rara vez 3) Nunca</p>	<p>1)..... 2)..... 3).....</p>
<p>13) ¿Por parte de quién recibió la información?</p>	<p>1) Madre o abuela 2) Médico 3) TAPS 4) Enfermera(o)</p>	<p>1)..... 2)..... 3)..... 4).....</p>

	5) Otros. ¿Quién? _____	5).....
14) ¿Considera que sus costumbres influyen al momento de parir?	1) Siempre 2) Rara vez 3) Nunca	1)..... 2)..... 3).....
15) ¿Practica alguna religión?	1) Sí. ¿Cuál?: _____ 2)No	1)..... 2).....
16) ¿Usted elige el tipo de parto de acuerdo con sus costumbres y creencias?	1) Siempre 2) Rara vez 3) Nunca	1)..... 2)..... 3).....
17) ¿Considera que el idioma es un limitante en la comunicación para acudir y ser atendido durante el parto en una casa de salud?	1) Siempre 2) Rara vez 3) Nunca	1)..... 2)..... 3).....
18) ¿Considera que el parir en el domicilio brinda?	1) Confianza 2) Intimidad 3) Tranquilidad 4) Miedo	1) ..... 2)..... 3)..... 4).....

	5) Preocupación 6) Peligro	5)..... 6).....
19) ¿En su comunidad quién atiende los partos domiciliarios?	1) Partera 2) Familiar	1)..... 2).....
20) ¿Considera que el tiempo de parir es el adecuado en un parto domiciliario?	1) Adecuado 2) Inadecuado	1)..... 2).....
21) ¿Cree usted que el parto domiciliario permite una libre y adecuada posición al momento de parir?	1) De acuerdo 2) En desacuerdo 3) No de acuerdo, ni en desacuerdo	1)..... 2)..... 3).....
22) Si volviese a parir, ¿Dónde desea ser atendida?	1)En casa 2)En un centro de salud 3)En el hospital	1)..... 2)..... 3).....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

## **INTERPRETACIÓN:**

### **Grupo étnico:**

1. Blanco
2. Afrodescendiente
3. Indígena
4. Mestizo

### **Nivel académico:**

- |                       |                         |
|-----------------------|-------------------------|
| 1 Analfabeto          | 4 Secundaria completa   |
| 2 Primaria completa   | 5 Secundaria incompleta |
| 3 Primaria incompleta | 6 Superior              |

### **Estado civil:**

- |              |                  |
|--------------|------------------|
| 1 Soltera    | 4 Unión de hecho |
| 2 Viuda      | 5 Casada         |
| 3 Divorciada |                  |

### **Ocupación:**

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1 Ama de casa | 3 Comerciante |
| 2 Jornalera   | 4 Otra        |

### **Clase social:**

- |        |         |
|--------|---------|
| 1 Alta | 2 Media |
| 3 Baja |         |

### **Tiene acceso a los servicios de salud:**

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1 Publico | 2 Privado |
|-----------|-----------|



3 Otros

**Satisfacción sobre los servicios de salud:**

1 Muy Bueno

3 Bueno

2 Regular

4 Malo

**Controles prenatales durante su periodo de gestación:**

1 Siempre

2 Rara vez

3 Nunca

**Educación o información sobre el periodo de gestación**

1 Siempre

2 Rara vez

3 Nunca

**Sus costumbres influyen al momento de parir:**

1 Siempre

2 Rara vez

3 Nunca

**Elige el tipo de parto de acuerdo con sus costumbres y creencias:**

1 Siempre

2 Rara vez

3 Nunca

**El idioma es un limitante en la comunicación:**

1 Siempre

2 Rara vez

3 Nunca

**Preferencia al momento de parir:**

1 Institución de Salud

2 Domicilio

**Beneficios o riesgos del parir en el domicilio:**

1 Confianza

2 Intimidación

3 Tranquilidad

4 Miedo

5 Preocupación

6 Peligro

**Quién atiende los partos domiciliarios:**

1 Partera

2 Familiar

**El tiempo de parir es el adecuado en un parto domiciliario:**

1 Adecuado

2 Inadecuado

**El parto domiciliario permite una libre y adecuada posición al momento de parir:**

1 De acuerdo

2 En desacuerdo

3 No de acuerdo, ni en desacuerdo