

Identificación cultural y percepciones sobre el parto, un enfoque de género

Jessica Fernanda Muñoz Martínez

Nahomy Yazury Riascos Riascos



**Universidad
del Valle**

**Universidad del Valle
Facultad de Humanidades
Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano
Programa Académico de Trabajo Social
Santander de Quilichao - Cauca
2020**

Identificación cultural y percepciones sobre el parto, un enfoque de género

Jessica Fernanda Muñoz Martínez

Nahomy Yazury Riascos Riascos

Directora:

María del Pilar Blanco Echeverry

Magister en Sociología

Universidad del Valle

Facultad de Humanidades

Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano

Programa Académico de Trabajo Social

Santander de Quilichao - Cauca

2020

Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Universidad del Valle para otorgar al título de Trabajador Social.

Jurado

Jurado

Santander de Quilichao, 20 de mayo de 2020

Dedicatoria

Dedico a Dios por darme la vida y ponerme en este extraordinario camino. A mi familia, especialmente a mis padres, Wisner y Nora, mi hermana Deissy por todo su amor, comprensión y apoyo, pero sobre todo gracias infinitas por la paciencia que me han tenido. No tengo palabras para agradecerles las incontables veces que me brindaron su apoyo en todas las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida, unas buenas, otras malas, otras locas. Gracias por darme la libertad de desenvolverme como ser humano.

A mis amigos por todos los momentos que pasamos juntos por su compañía y apoyo incondicional; por confiar y creer en mí y haber hecho de mi carrera una experiencia excepcional y, sobre todo, que nunca olvidaré. A Jessica por acompañarme en este viaje, por la paciencia y por motivarme en los momentos de desesperación.

Nahomy

A Dios, por este nuevo logro en mi vida, a mis padres Liliana y Harol, a mi hermana Melissa por ser el motor que guía mis pasos, gracias por tanto amor y comprensión, por brindarme ese apoyo incondicional, por motivarme a iniciar y culminar esta etapa tan maravillosa de mi vida, también gracias a mí razón de vida, la dueña de mis sonrisas, a ese pedacito de cielo que llegó a iluminar mis días, a ese ser que con su existencia lo cambió todo, gracias a mi pequeña gigante “Dulce María”.

A la Universidad del Valle sede Norte del Cauca, a mis maestros por la formación en una carrera tan bonita como Trabajo Social, gracias a esta tierra de oro: Santander de Quilichao, tierra que me ha abierto las puertas y las oportunidades para salir adelante.

A mi compañera de lucha Nahomy Riascos, gracias por ser mi apoyo y por ser más que una compañera, una amiga, por ser ese polo a tierra para continuar.

Jessica

Agradecimientos

A nuestra directora de Trabajo de Grado María del Pilar Blanco por guiarnos en este arduo proceso, por aportar a nuestro trabajo sus conocimientos, su experiencia, su dedicación y tiempo para terminarlo con éxito.

A las mujeres que a través de sus relatos e historias de vida hicieron posible el desarrollo de este trabajo de grado.

Contenido

	Pág.
Resumen	12
Introducción	13
1. Problema de investigación	14
1.1 Planteamiento del problema	14
2.2 Formulación	19
2. Estado del arte	20
2.1 Estudios internacionales	20
2.2 Estudios nacionales	22
3. Objetivos	25
3.1 Objetivo general	25
3.2 Objetivos específicos	25
4. Marco referencial	26
4.1 Marco Teórico-conceptual	26
4.2 Marco contextual	37
5. Metodología	42
5.1 Tipo de estudio	42
5.2 Método	42
5.3 Técnicas de recolección de datos	43
5.4 Participantes	44
5.5. Procedimiento	45
5.6. Asuntos éticos	46
6. Resultados	48

6.1 Caracterización sociodemográfica de la población de puérperas de una Institución Prestadora de Servicios de Salud Norte del Cauca	48
6.2 Explorar las generalidades del embarazo, parto y puerperio de las mujeres según su identificación cultural.....	53
6.3 Percepción acerca del parto que tienen las puérperas de acuerdo a su identificación étnica como mujer indígena o afrodescendiente.	67
6.4 Comparación de las percepciones de las puérperas indígenas o afrodescendientes sobre su experiencia de parto.	78
7. Conclusiones	86
8. Recomendaciones.....	89
Referencias	90
Anexos.....	99

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Mujeres entrevistadas.....	45
Tabla 2. Tipo de preparación para el parto – etnia.....	66

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Edad	49
Figura 2. Estado civil	49
Figura 3. Nivel educativo	50
Figura 4. Ocupación	50
Figura 5. Municipio de residencia	51
Figura 6. Etnia	52
Figura 7. Cantidad de hijos	52
Figura 8. Tipo de parto	53
Figura 9. Razón de cesárea.....	54
Figura 10. Apoyo emocional	55
Figura 11. Preparación para el parto	56
Figura 12. Saludo y presentación del personal asistencial	57
Figura 13. El personal la llamó por su nombre	58
Figura 14. Información de procedimientos	58
Figura 15. Acompañante durante el parto	59
Figura 16. Comodidad en el parto	60
Figura 17. Preferencia sobre otra posición durante el parto.....	61
Figura 18. Caminar libremente durante el trabajo de parto.....	61
Figura 19. Alternativas manejo del dolor.....	62
Figura 20. El personal fue cuidadoso al realizar procedimientos	63
Figura 21. Contacto piel a piel	64

Figura 22. Costumbres comunitarias o familiares.....	64
Figura 23. Recomendaciones para el cuidado en casa	65
Figura 24. Cuidado del personal al realizar los procedimientos	74

Lista de anexos

Pág.

Anexo A. Cuestionario de la encuesta99

Anexo B. Preguntas de la entrevista.....102

Resumen

El presente estudio tuvo como principal objetivo “comprender la posible incidencia de la identificación cultural de un grupo de mujeres puérperas pertenecientes a las etnias indígena y afrodescendiente, sobre su percepción acerca del parto”, este se realizó con mujeres autoidentificadas con la etnia indígena y afrodescendiente que tuvieron su parto en una institución de salud del Norte del Cauca.

La metodología que se utilizó fue mixta (cuantitativa y cualitativa), se realizaron 56 encuestas a mujeres puérperas inmediatas, estas se aplicaron dentro de la institución de salud que les atendió su parto, dichas encuestas permitieron caracterizar a la población y explorar generalidades de su embarazo y parto; también se realizaron seis entrevistas con el fin de conocer a fondo las percepciones de las mujeres que cumplieron con los criterios de selección (autoidentificación cultural indígena o afrodescendiente y haber participado de las encuestas realizadas en la primera fase de la investigación), se seleccionaron tres mujeres indígenas y tres afrodescendientes.

Entre los resultados que tuvo el estudio, se puede resaltar que, las mujeres que participaron tienen filiaciones culturales, pero estas no influyen de manera decisiva en sus percepciones acerca del embarazo, parto y puerperio, incluso entre las mujeres pertenecientes al mismo grupo étnico se encontraron creencias diferentes, es de destacar que también hubo similitudes entre ambas etnias.

Palabras clave: percepción, identidad cultural, puerperio, parto humanizado, Institución prestadora de Servicios de salud.

Introducción

El parto es un proceso universal y de vital importancia para las mujeres, dada la diversidad, cada mujer o cada cultura tiene una percepción diferente acerca de dicho proceso; entendiendo dicha diversidad, se busca comprender la posible incidencia de la identificación cultural de un grupo de mujeres puérperas pertenecientes a las etnias indígena y afrodescendiente, sobre su percepción acerca del parto. Todas las mujeres que participaron en el estudio tuvieron la atención de su parto en una institución prestadora de servicios de salud en el Norte del Cauca.

De esta manera, resultó atrayente investigar acerca del tema, dado que, aunque se ha vuelto de interés general ha sido poco estudiado, sobre todo en un contexto determinado como el del departamento del Cauca. En el desarrollo de este documento se encuentran los diversos referentes teóricos y conceptuales que aportaron a la comprensión de las percepciones de las mujeres, en este sentido, se encuentran los planteamientos teóricos de autores como Butler, Moscovici, Vygotsky, Blúmer, Banchs, Wagner, entre otros.

En general, el documento consta de ocho capítulos: el primero contiene el planteamiento del problema de investigación; el segundo comprende el estado del arte a nivel internacional y nacional; el tercero, los objetivos de investigación; el cuarto, el marco referencial que comprende el marco teórico-conceptual en el cual se abordan los temas de teorías de género, percepción, identificación cultural, influencia de la cultura en la percepción de las personas, parto humanizado y satisfacción, y el marco contextual; el quinto que comprende las consideraciones metodológicas, a saber: el tipo de estudio, método, técnica de recolección de datos, unidad de análisis, procedimiento y asuntos éticos de investigación; el marco teórico, y el marco legal; el sexto, los resultados que abarcan la caracterización sociodemográfica de las mujeres investigadas, los aspectos generales de su embarazo y parto, la percepción acerca del parto que tienen las mujeres puérperas de acuerdo a su identificación étnica como mujer indígena o afrodescendiente, enfocados en los significados, las ideas y la violencia obstétrica y la comparación de las percepciones entre las mujeres de las dos etnias estudiadas; los dos últimos capítulos incluyen las conclusiones y las recomendaciones del estudio.

1. Problema de investigación

1.1 Planteamiento del problema

“El parto se establece como un acontecimiento vital muy importante en la vida de la mujer ya que constituye una experiencia única y profunda con un gran contenido emocional”
(Fernández, 2013, p.6).

En la antigüedad el parto era considerado como un proceso natural, atendido por la medicina tradicional por las parteras o comadronas quienes eran las encargadas de atender a las mujeres al final de su gestación. Sin embargo, hacia el fin de la edad media y principios del renacimiento (siglo XVII), los colegios de médicos, que eran integrados en su mayoría por hombres, se apropiaron de la atención del parto y desde su enfoque médico, lo abordaron y atendieron como una enfermedad. Acostaron a la mujer para comodidad de ellos mismos durante la atención e inventaron diferentes herramientas, como el fórceps¹, facilitando su práctica médica (González, Ramírez, & Vite, 2012). De la misma forma, se desarrolló la cesárea², un procedimiento para resolver complicaciones, el cual se ha venido perfeccionando, pero descuidando, sobre tecnificando y sobre medicalizando la atención de los partos normales (Martínez, y otros, 2015).

En el siglo XX, en 1930, el obstetra inglés Grantly Dick-Read acuñó el concepto de parto natural, para referirse a una atención sin anestesia e intervenciones menores. En la misma década, en la ex Unión Soviética, un grupo de médicos comenzó a aplicar a las mujeres en trabajo de parto las técnicas del fisiólogo Iván Pávlov, considerando que las mujeres estaban condicionadas por su cultura a tener dolor durante el parto y vivirlo como una experiencia traumática; por eso había que “limpiar la mente” con ese reacondicionamiento conocido después como psicoprofilaxis³ (González, Ramírez, & Vite, 2012).

¹ Fórceps: instrumento en forma de pinza que se utiliza para ayudar a salir al bebé del canal del parto (Serenio, 2007).

² Cesárea: extracción del feto a través de la pared abdominal (laparotomía) y del útero (histerotomía) (Schnapp, Sepúlveda, & Robert, 2014).

³ Psicoprofilaxis: Herramienta de prevención en la atención obstétrica, que tiene un impacto positivo en la salud materna y perinatal; debe ser con criterio clínico, enfoque de riesgo, ética y humanización (Morales, Mesinas, & Yábar, 2014).

En 1976 se publicó el libro “Por un nacimiento sin violencia” de Frederick Leboyer, que revolucionó la obstetricia y enriqueció el modelo de atención psicoprofiláctica, al describir por primera vez el proceso del parto desde el punto de vista de la persona próxima a nacer, como principal protagonista. La mujer da a luz, el bebé nace (González, Ramírez, & Vite, 2012).

Leboyer (2013), reflexionó sobre la violencia intrínseca del nacimiento en el modelo occidental y para mitigarla, ofreció una serie de claves para un nacimiento sin violencia, entre estas, consideró fundamental crear un ambiente idóneo para favorecer un parto sin tensiones y sin miedos, tanto para la madre como para el recién nacido. En este sentido, se debe recrear un entorno tranquilo, sin ruidos, con luz suave y música tranquila de fondo, otorgando a la mujer y al bebé un protagonismo especial. El parto debe producirse de manera natural, sin ejercer presión en la cabeza del bebé, y colocándolo inmediatamente después del nacimiento sobre el pecho de la madre, esto para fortalecer el vínculo del binomio madre-hijo.

En 1985 se emitió con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud - OPS y la Organización Mundial de la Salud – OMS, la Declaración de Fortaleza en Brasil (Sardá, 1995), denominada “El embarazo y parto no es una enfermedad”, donde se definieron unas recomendaciones para la atención del parto; entre estas: que toda la comunidad debe ser informada sobre los procedimientos que se incluyen en la atención del parto y la mujer pueda elegir, debe fomentarse la capacitación de obstétricas o matronas profesionales. Debe darse a conocer entre el público servido por los hospitales el porcentaje de cesáreas, se deben favorecer los partos vaginales después de cesáreas, donde quiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia, cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto, el neonato⁴ sano debe permanecer con la madre cuando así lo permite el estado de ambos. Se debe fomentar el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de parto.

Como se ha podido ilustrar, la transición que ha tenido la lectura del parto ha estado enmarcada en coyunturas que influenciaron la forma en que se entendía y las prácticas médicas requeridas, coyunturas que a su vez reflejan estructuras sociales donde la violencia de género se hace presente. Un parto donde no se priorice el bienestar de la mujer y el recién nacido, donde se

⁴ Neonato: Niño recién nacido (Real Academia de la Lengua Española, 2019)

manipule su cuerpo, sus sensaciones, etc., para beneficio del procedimiento médico (generalmente ejecutado por hombres) o de un sistema económico – como se ampliará posteriormente – deja entrever que este momento tan importante en la vida de una mujer también está enmarcado en dinámicas de violencia de género.

En este sentido, el parto se ha visto expuesto a diferentes tipos de violencia siendo vulnerados los derechos de la mujer y madre, debido a las conductas de quienes las atienden, tanto por la revisión repetitiva de sus órganos genitales sin su consentimiento, como por la exhibición a la que se ven obligadas en las salas de partos. Es frecuente la falta de sensibilidad ante el dolor, o el hecho de silenciar, insultar o hacer burlas de la materna. Así como la realización de exámenes e intervenciones que tienen efecto limitado o nulo sobre los desenlaces fetales y maternos (Cáceres & Nieves, 2017).

Cualquier mujer sin importar su condición puede sufrir violencia de género⁵ en su trabajo de parto y en su parto bajo la premisa patriarcal, según Robles (2015), la violencia obstétrica está “enmarcada dentro de las diversas manifestaciones de la violencia ejercida contra las mujeres en un sistema patriarcal y capitalista” (p.4). Siendo la “diversidad de manifestaciones de violencia contra la mujer basada en género” una de las causas que facilitan la reproducción del sistema patriarcal” (Robles, 2015, p.5).

Por otro lado, Facio y Frías (2015) afirman que “las ideologías patriarcales no sólo construyen las diferencias entre hombres y mujeres, sino que las constituyen de manera que la inferioridad de éstas es entendida como biológicamente inherente o natural” (p.260). Además de esto también plantean que las mujeres son oprimidas “de acuerdo con su clase, raza, edad, etc. limitando sus posibilidades de actuar en el mundo, donde otorgan más poder económico, político y sexual a los hombres” (p.261), obligando a las mujeres a convivir con la “violencia y el temor”.

Desde 1985, la OMS, realizó una reunión en la ciudad brasileña de Fortaleza y de ese encuentro surgió la declaración “El nacimiento no es una enfermedad”, que inició el proceso de transformación del modelo de atención del parto, a esto se sumó un marco legal internacional y

⁵ Violencia de género: cualquier acción o conducta basada en su género que cause o no muerte, daño y/o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial a las mujeres, tanto en el ámbito público como privado, que tiene su origen en las relaciones asimétricas de poder con base en los roles de género” (Presidencia de la República de Ecuador, 2018)

local que procura rescatar el papel activo que debe tomar la mujer embarazada y su familia en el cuidado del embarazo y del recién nacido.

Aragón citado en Robles (2015) considera “fundamental la alternativa que ha surgido ante el parto hegemónico, vincular directamente el parto humanizado” (p.12), es decir, esta autora propone la práctica de partos humanizados en lugar de partos hegemónicos. De esta manera, Colombia, se ha unido a esta tendencia, a partir de un marco legal que privilegie la “humanización” dentro de la atención del embarazo, el parto y el puerperio⁶, dado que, constantemente salen a la luz, testimonios de mujeres en los que se evidencia cierto grado de violencia obstétrica, además, considerando esto como una atención deshumanizada, manifestada en el exceso de medicalización y patologización de los procesos naturales. Roldán (2017) afirma que este tipo de violencia es llamada “agresión obstétrica”, es una forma de maltrato que reciben las mujeres durante su parto, el cual no suele denunciarse debido a que quienes lo reciben lo naturalizan.

Penagos, Pintado y Casas (2015), agregan que “este tipo de violencia se genera en el ámbito de la atención del embarazo, el parto y el puerperio en los servicios de salud públicos y privados” (p.174); y puede manifestarse de diferentes formas durante el trabajo de parto y el parto, como la realización de prácticas nocivas e innecesarias como cesáreas, episiotomías, exámenes o exploraciones vaginales que clínicamente no son relevantes, la falta o negación de información a las pacientes y sus familiares, discriminación por género, raza o religión, y malos tratos verbales, incluso físicos.

En la actualidad, en Colombia, se registra una “epidemia de cesáreas” según el exministro de salud Alejandro Gaviria (BLU Radio, 2017), dado que, como se mencionó en párrafos anteriores cesárea se considera un procedimiento que alude a la violencia obstétrica, por tanto, da cuenta de partos no humanizados; además, “en Latinoamérica casi cuatro de cada diez partos se realizan por cesárea (38,9%), muy por encima de lo recomendado desde hace 40 años por la OMS; según el Ministerio de Salud y Protección Social, en Colombia, el porcentaje de cesáreas ha ido en aumento, al pasar de un 24,85% en 1998 al 45,51% en 2013, de esta misma forma, se encuentra que el porcentaje más alto de partos por cesárea dentro del país se ubica en el

⁶ Puerperio: período que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación (Real Academia de la Lengua Española, 2019a).

departamento del Atlántico, el cual equivale al 74,4% del total de nacidos vivos, por otro lado, solo en el departamento del Cauca se registra que para ese mismo año, un 38,7% del 100% de nacidos vivos, correspondieron a partos por cesárea (BLU Radio, 2017), además, entre los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) Colombia ocupa el primer lugar, con 600 cesáreas por cada 1000 nacidos vivos.

Retomando lo que expresa el exministro colombiano Alejandro Gaviria, la decisión de una mujer de realizarse una cesárea o no, se encuentra asociada con su nivel educación, dado que, una madre con educación superior tiene una probabilidad mayor que una madre sin educación de elegir una cesárea, la diferencia, se ubica aproximadamente en 15 puntos porcentuales. Esta diferencia no se explica por diferencias subyacentes en las condiciones de salud o en el acceso a servicios. Parece reflejar, más bien, diferencias en las preferencias y expectativas de las mujeres. Para el ministro, más allá de la epidemia de cesáreas en Colombia el tema se da por un “fenómeno de contagio social” es decir, un cambio en la expectativas y preferencias de la población que, por supuesto, coinciden en un cambio en los protocolos médicos (Gaviria, 2017).

Ahora, la IPS, atiende en su mayoría a una población de estratos socioeconómicos bajos, pertenecientes al régimen subsidiado y dada la diversidad étnica y cultural, presente en la zona nortecaucana, se atienden mujeres de etnias diferentes, por ende, cada una de ellas posee su propia cosmovisión, tradiciones y costumbres acerca de este proceso, que en muchas ocasiones no son tenidas en cuenta por las instituciones que atienden el parto, lo cual se constituye en un tipo de violencia, que, en últimas, genera una deshumanización del parto; cabe mencionar, que en el Norte del Cauca, exactamente en el Municipio de Toribio, se encuentra ubicada la E.S.E Cxayuc'e Juxt, que cuenta con una sala de partos adecuada para atender nacimientos, de acuerdo a la cosmovisión indígena, pero, según un estudio realizado en la E.S.E, el 80% de las gestantes Nasa acuden al hospital público del municipio, por recomendación de los promotores de la ACIN y de los Thewala (cuidadores culturales) (Muñoz, Castro, Castro, Chávez, & Ortega, 2012).

De esta forma, con esta investigación, se pretendió abordar las percepciones de las mujeres afrodescendientes e indígenas del Norte del Cauca, acerca de su vivencia del parto intervenido por la medicina occidental en una institución pública de salud de un municipio del Norte del Cauca, teniendo en cuenta el carácter natural del proceso del parto en la mujer, el cual con el paso de los años se ha ido tecnificando, al ser atendido mayoritariamente en instituciones

prestadoras de servicios de salud, tanto del sector público como del sector privado, dejando casi en el olvido los partos tradicionales que eran y son atendidos por “parteras”, quienes forman parte especialmente de las comunidades indígenas y afrodescendientes.

De acuerdo a lo expuesto en los anteriores párrafos, se hace relevante y pertinente para la disciplina de Trabajo Social investigar sobre la temática del parto desde la percepción de mujeres indígenas y afrodescendientes, teniendo en cuenta el contexto nortecaucano donde existe una diversidad de etnias (afrodescendiente, indígena y mestiza), a su vez la investigación se centra en un enfoque de género puesto que, durante la revisión bibliográfica se hallaron aspectos fundamentales como la violencia obstétrica que se da durante el parto en el ámbito hospitalario donde se ven afectados los derechos de las mujeres y por ende no se evidencia un respeto a la cosmovisión ni a sus creencias, usos y costumbres, por otro lado, a pesar de la existencia de algunos estudios sobre el tema, el parto con enfoque intercultural, es un campo poco explorado desde las ciencias sociales, más específicamente desde el Trabajo Social.

1.2 Formulación

¿Cuál es la posible incidencia de la identificación cultural de un grupo de mujeres puérperas⁷ pertenecientes a las etnias indígena y afrodescendiente, sobre su percepción acerca del parto en una institución prestadora de servicios de salud del Norte del Cauca entre los años 2018 y 2019?

⁷ Puérpera: Mujer que se encuentra en posparto inmediato (Real Academia de la Lengua Española - RAE, 2019b))

2. Estado del arte

Para la construcción de este estado del arte se llevó a cabo una revisión de literatura tanto en el plano internacional como nacional, acerca de la identidad cultural y la influencia que esta puede o no tener en la percepción de una mujer puérpera; en este sentido, la información encontrada permitió ampliar la mirada acerca del problema de investigación y delimitarlo; a continuación, se presentan algunos de los estudios revisados:

2.1 Estudios internacionales

Para empezar, en el ámbito internacional se encuentra el denominado “Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. El caso de las mujeres inmigradas” (Luque & Oliver, 2005), en el cual se plantea que España se ha convertido en un país receptor de inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo. Las mujeres inmigradas conforman una población joven, encontrándose la mayoría en edad reproductora, por lo que la atención al parto constituye una demanda prioritaria en este colectivo. La atención sanitaria puede verse comprometida tanto por barreras lingüísticas como culturales, dado que la reproducción y la maternidad constituyen fenómenos bio-culturales donde se reflejan valores, sentimientos y creencias.

Este estudio, tuvo por objetivo “observar pautas de comportamiento en mujeres inmigradas durante el parto que puedan tener un origen cultural, y que puedan ser objeto de dificultad en la atención sanitaria” por otro lado, se basó en una metodología cualitativa centrada en la observación participante y veinte entrevistas semiestructuradas a mujeres inmigradas; finalmente, este estudio tuvo como resultados principales aspectos como: especificidades culturales en cuanto al sentido del pudor y la preferencia en la feminización de la asistencia obstétrica, en la percepción y actitud ante el dolor durante las contracciones, en las preferencias en el acompañamiento durante el parto, en su vivencia y percepción (postura durante el expulsivo, aceptación del parto medicalizado, etc.), así como en las pautas de interacción inmediata con el recién nacido. En este sentido, se considera pertinente tomar esta investigación, puesto que se basa en una metodología cualitativa y utiliza técnicas, como la observación

participante y la entrevista semiestructurada, finalmente, algunas de las variables tratadas tienen relación con este estudio (vivencia del parto hospitalario, preferencias en la atención y en el alivio del dolor, además de las dificultades que perciben en la asistencia) (Luque & Oliver, 2005).

De esta misma forma, se considera pertinente retomar la tesis peruana: “Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período marzo-abril de 2015” (Vela, 2015). Este estudio fue de tipo observacional, con un diseño descriptivo, prospectivo de corte transversal, usando el método cuantitativo y cualitativo; para el análisis descriptivo de variables cuantitativas se tomaron medidas de tendencia central y dispersión y para las variables cualitativas, frecuencias absolutas y relativas.

Como objetivo general establecieron determinar la percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período marzo-abril de 2015. La técnica que utilizaron para la recolección de datos fue la encuesta y la muestra estuvo conformada por 100 puérperas inmediatas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período marzo-abril de 2015. Más exactamente las puérperas inmediatas de parto vaginal o natural atendidas durante la segunda semana de marzo y la segunda semana de abril del año 2015, quienes fueron abordadas en el Servicio de Hospitalización de lunes a viernes hasta completar un aproximado de 100 pacientes.

La percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado fue determinada mediante cuatro dimensiones; primero, el trato profesional, seguido de la elección de la posición de parto, luego el acompañamiento durante el trabajo de parto y el momento del parto y por último el manejo del dolor en la atención del parto.

Para efectos de este estudio es preciso resaltar los resultados de la segunda y tercera dimensión, “en la dimensión de libre elección de la posición de parto, el 75% de las pacientes manifestaron que nunca se les explicó que podían escoger la posición de su parto, al 79% nunca le enseñaron posiciones de parto y a 75% nunca le explicaron que podía deambular durante el trabajo de parto” (Vela, 2015 p. 30). Continuando con los resultados de la tercera dimensión se concluye que, con respecto al acompañamiento, al 73% le explicaron la decisión de tener un acompañante en su parto y el 58% siempre percibió que el acompañante debía de ayudarla a

relajarse. Es preciso mencionarlo ya que el acompañamiento aún no se incluye en muchos hospitales públicos de Colombia como lo es en el hospital, lugar donde se centra la investigación expuesta a lo largo del presente documento, además, se tomaron variables esenciales para esta investigación.

2.2 Estudios nacionales

Desde el ámbito nacional, se retomó el estudio denominado, “Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009” (Muñoz, Castro, Castro, Chávez, & Ortega, 2012), en este estudio, las autoras proponen el departamento del Cauca como una zona con gran diversidad étnica y cultural, donde la población indígena lleva además el estigma de la marginación y la pobreza, resultado de una histórica y persistente enajenación social. Las diferencias entre los sistemas médicos tradicional y facultativo crean brechas culturales determinando que las mujeres nativas no busquen atención institucional, en ocasiones dejando el cuidado de su salud a los familiares, médicos tradicionales y promotoras; necesitando estructurar y vigilar la aplicación de un sistema de atención intercultural que impulse espacios de encuentro, diálogo y asociación entre seres y saberes, sentidos y prácticas distintas; que permita confrontar las desigualdades y favorezca el intercambio cultural.

Ahora, este estudio se enfocó en analizar los factores relacionados con la atención intercultural en salud de las gestantes del municipio de Toribio 2008-2009. Se basó en una metodología de tipo cualitativo, con enfoque etnográfico, teniendo como técnicas principales, la encuesta etnográfica, la entrevista semiestructurada, grupo focal y la observación participante. Los principales resultados del estudio fueron: las barreras en el acompañamiento a la gestante (cuidadores culturales) conocimientos y percepciones para la atención intercultural a gestantes (agentes de salud) percepciones de las gestantes Nasa en torno al cuidado recibido desde la medicina tradicional y facultativa y prácticas de autocuidado durante los períodos de gestación, parto y puerperio (gestante). Se considera pertinente tomar este estudio, puesto que se realizó en un contexto cercano y en términos metodológicos es útil, debido a la utilización técnicas que permitieron reflejar aspectos referidos a la atención en la E.S.E. Además, las variables tratadas en el estudio son de gran utilidad para el planteamiento de la investigación.

Por otro lado, se encontró el estudio realizado por Castillo, Vallejo, Cotes, & Castañeda (2017), “Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos” cuyo foco central fue la comprensión de los elementos que configuran la relación entre madres Nasa y Misak del Cauca y los servicios de salud materna tradicional y occidental; en este sentido, se realizó un estudio cualitativo descriptivo en seis municipios del Cauca seleccionados por su representatividad debido a la alta proporción de población indígena y en algunos casos por su elevada razón de mortalidad materna (Popayán, Páez, Inzá, Toribio, Silvia y El Tambo) (Vázquez citado en Castillo, Vallejo, Cotes, & Castañeda, 2017).

Los autores inician conceptualizando el tema desde ambos sistemas (tradicional y occidental), de esta forma, desde la medicina occidental...

...la cultura configura formas particulares de concebir los riesgos en salud; dichas configuraciones pueden llevar a que los signos de alarma pasen inadvertidos, pues para las madres indígenas y sus familias el embarazo no representa una enfermedad; la medicina occidental, desde la perspectiva de representantes de la medicina tradicional, parecería en algunos casos afianzar su hegemonía sobre otros sistemas en una suerte de negación del “otro”, allí el saber y el hacer legítimo es el de la medicina occidental por lo que replantear el quehacer de la medicina tradicional para ponerlo en función de los preceptos de la medicina occidental o circunscribir el actuar de ese “otro” a un pequeño número de prácticas; sean considerados tareas perentorias etapa de riesgo, se percibe y se vive como un proceso natural” (Castillo, Vallejo y otros, 2017, p.68).

Entre los principales resultados que arrojó el estudio se dejó entrever que el parto es uno de los momentos de mayor desencuentro, esto se expresa desde la tensión que se registra entre parto domiciliario e institucional y la preferencia de mujeres indígenas por el parto en casa, donde se puede contar con la cercanía de la comunidad y la familia, de hecho, algunas de ellas deciden no asistir a los servicios de salud occidental porque no reciben una atención culturalmente adecuada. Por otro lado, cada sistema sustenta su pensar y accionar según sus propias categorías culturales, para este estudio, como se mencionó anteriormente, se evidenció que el sistema occidental, como sistema hegemónico, desconoce al otro, lo que en ocasiones se manifiesta en la pretensión de subordinar el sistema tradicional.

Se propone propiciar espacios de diálogo de saberes, con la mediación de las autoridades de salud indígenas y occidentales, que permita el reconocimiento y entendimiento de las lógicas de acción de cada sistema; incluir dentro de los programas académicos de ciencias de la salud y en capacitaciones dirigidas al personal asistencial y administrativo del sistema occidental, elementos prácticos y conceptuales en temas como interculturalidad, normatividad y enfoque diferencial.

Para finalizar, como resultado de este estado del arte, se encuentra que en los estudios tomados en cuenta se evidencia la existencia de diversos tipos de barreras durante la atención del parto, por otro lado, ambos estudios tienen en cuenta la voz de los actores al utilizar técnicas como la entrevista semiestructurada, permitiendo de esta forma develar la realidad de los mismos y en la construcción de variables de investigación; además en términos de marco teórico y planteamiento del problema, fueron de mucha utilidad, dado que sirvieron para aclarar asuntos con respecto al tema investigado; aunque se encontró un estudio relacionado con el tema en mujeres indígenas de un municipio del Norte del Cauca y que fue de utilidad para esta investigación.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Comprender la posible incidencia de la identificación cultural de un grupo de mujeres puérperas pertenecientes a las etnias indígena y afrodescendiente, sobre su percepción acerca del parto.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemográficamente a la población de puérperas de una Institución Prestadora de Servicios de Salud Norte del Cauca.
- Explorar las generalidades del embarazo, parto y puerperio de las mujeres según su identificación cultural.
- Reconocer la percepción acerca del parto que tienen las puérperas de acuerdo a su identificación étnica como mujer indígena o afrodescendiente.
- Comparar las percepciones de las puérperas indígenas o afrodescendientes sobre su experiencia de parto.

4. Marco referencial

4.1 Marco Teórico-conceptual

Con el fin de desarrollar esta investigación, que estuvo orientada a comprender la posible incidencia de la identificación cultural de un grupo de mujeres puérperas pertenecientes a las etnias indígena y afrodescendiente, sobre su percepción acerca del parto, fue necesario construir un marco teórico - conceptual que permitiera la comprensión del fenómeno estudiado y además facilitara la realización del análisis de los hallazgos, primero se abordó el parto como fenómeno social, el parto humanizado y la calidez como atributo del mismo, la identificación cultural, la percepción y dentro de esta se abarcaron conceptos como significados, ideas y expectativas, por último la violencia obstétrica.

Para empezar, es necesario comprender el parto no solo como un proceso fisiológico, sino también como un proceso social y cultural, influenciado y regulado, es decir, un fenómeno social que involucra un “proceso de reproducción social - la forma en que se reproduce la sociedad y la cultura (McCourt, 2014).

En la misma línea, es importante resaltar que las mujeres que dan a luz así como sus percepciones se estiman en esta investigación como un tema de relevante interés y preocupación social, ya que según las circunstancias en las que el parto es controlado con marcos legales, gubernamentales, políticas, profesionales y por instituciones está condicionado por relaciones de poder donde la jerarquía presente la lidera el personal médico en su mayoría masculino, convirtiéndose en un escenario donde las mujeres gestantes son susceptibles a recibir algún tipo de violencia; así como también choques culturales, al encontrar las diferencias del sistema occidental con las tradiciones y costumbres de su cultura (indígenas o afrodescendiente).

Esta investigación toma en cuenta la fase del embarazo, el parto y puerperio siendo fases que cada mujer vive de maneras diferentes según las condiciones socioeconómicas de cada una, “la salud de algunas mujeres y sus bebés ya están en desventaja a través de las desigualdades sociales basadas en la clase socioeconómica, el origen étnico y el lugar de residencia. Las desigualdades se evidencian también en el género, como también son percibidas en el poder de

influir en la estructura social y política, en el acceso a la asistencia sanitaria y en las relaciones en la atención social” (McCourt, 2014, p.1), estas situaciones que viven las mujeres gestantes, despertaron el interés en un enfoque cultural, ya que es un aspecto diferencial que puede influir tanto en la atención como en la percepción de dicho fenómeno social por las púerperas.

Así como fue importante plantear el significado de parto, también es necesario comprender a lo que se le determina como parto humanizado, según Wagner citado en Biurrun y Goberna (2013), el parto humanizado es aquel que sitúa a la mujer en el centro y control del proceso para que sea ella, y no el personal sanitario, sea quien tome las decisiones acerca de lo que sucede. Por otra parte, el autor considera que la atención medicalizada, al incrementar la utilización de tecnologías en el control obstétrico, suele deshumanizar, y que para que un parto sea humanizado los servicios de maternidad deben basar su actuación en la evidencia científica, independientemente de la necesidad, o no, de emplear tecnología; por ello, concluye que el uso de una práctica basada en la evidencia en los servicios de maternidad lleva a una humanización de la atención al parto.

Se debe hacer claridad en que la no tecnificación del parto, por sí sola, no garantiza que la atención al mismo sea humanizada, para ello, es indispensable que tanto las gestantes como sus parejas tengan la información y el conocimiento necesarios de las posibles opciones disponibles de atención al parto y conozcan los riesgos y beneficios de cada una de ellas (Iribarren, 2016).

El mismo Wagner citado en Biurrun y Goberna (2013), propone la existencia de cuatro factores que influyen para que un parto pueda ser declarado como humanizado; en primer lugar, el entorno debe facilitar que la mujer pueda tomar decisiones; en segundo lugar, los servicios sanitarios tienen que estar basados en la atención primaria, en lugar de la hospitalaria; en tercer lugar, los profesionales que atienden el trabajo de parto deben colaborar en armonía trabajando como iguales, y finalmente, los servicios de maternidad deben basarse en la evidencia científica.

El parto y el nacimiento humanizado se fundamenta en la valoración del mundo afectivo-emocional de las personas, la consideración de los deseos y necesidades de sus protagonistas: madre, padre, hija o hijo y la libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en uno de los momentos más conmovedores de su historia. Lo opuesto es el proceso de medicalización habitual en el

que el destino de la mujer y su hijo está sujeto a procedimientos de intervención rutinarios que no consideran las diferencias y especificidades individuales, transformando en violentas las actitudes asistenciales (Harris, 1996 citada en Aragón, 2013, p.18).

Ahora bien, un aspecto implícito dentro de la atención humanizada, es la calidez. Según Lagos, De Matos, & Urrutia (2016) la calidez es un fenómeno subjetivo fundamental en las relaciones personales. La calidez se contagia en el proceso de atención y, así, puede ser un factor favorecedor en el cuidado. La calidez es un fenómeno subjetivo, una emoción primitiva y fundamental, la cual no se puede medir.

Siendo un sentimiento que fluye entre una persona y otra, ante una persona enferma o vulnerable, en este caso entre personal médico/enfermeras y mujeres gestantes, este flujo puede ser un factor que favorezca el ánimo y la recuperación del paciente. A su vez, la entrega de cuidados provoca en el receptor sensaciones y emociones que se asocian con el grado de satisfacción. Aunque la calidez se considera un aspecto implícito en la atención sanitaria, esta es necesaria mas no obligatoria y muchos de los actores involucrados no despiertan esta sensación provocando inconformidades en la percepción del servicio recibido por parte de las mujeres púérperas (Lagos y otros, 2016).

Como principal concepto se encuentra la identificación cultural, en primera instancia para hablar acerca de este tema, se considera necesario definir cultura. De acuerdo con la UNESCO (1982) la cultura, es el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales, materiales y afectivos que caracterizan una sociedad o grupo social. Ella engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos fundamentales del ser humano, los sistemas de valores, creencias y tradiciones⁸.

Por otro lado, Guerrero citado en Carvajal (2007), expresa que la cultura se caracteriza por ser una construcción social, que solo puede ser creada en conjunto con los otros, ésta permite un encuentro dialogal entre seres humanos, a partir de este encuentro se estructura un sentido colectivo.

⁸ Tradición: es una construcción social que cambia temporalmente, de una generación a otra; y espacialmente, de un lugar a otro. También, son todos esos bienes culturales que se transmiten de generación en generación (Arévalo, 2019).

De esta forma, se puede afirmar que la identidad cultural de un pueblo se define a través de los aspectos en los que se plasma su cultura: la lengua, las relaciones sociales, las ceremonias propias y ritos, los comportamientos colectivos, como también los sistemas de valores⁹ y creencias¹⁰. “Un rasgo propio de estos elementos de identidad cultural es su carácter inmaterial y anónimo, pues son producto de la colectividad” (González, 2000, citado en Molano, 2007, p.73).

La identidad cultural es una categoría pensamiento que se refiere a las conductas involucradas en el proceso de interacción humana. Un análisis de la identidad cultural es únicamente un análisis de las categorías que las personas utilizan para pensar acerca de las personas” (Carvajal, 2007, p. 43).

Por otro lado, Comas, citado en Carvajal (2007) expone que existe una relación entre cultura e identidad, pero esta relación no es exclusiva ni unívoca, puesto que, un individuo puede participar de diversas culturas y de esta forma sustentar distintas formas de identidad; en el proceso de construcción de identidad, se habla de identidades internas (percepción que tiene el propio grupo sobre sí mismo) y externas (la percepción que tienen otros grupos sobre un determinado grupo). Por otro lado, Mato citado en Carvajal (2007), sostiene que las tradiciones culturales e identidades son representaciones simbólicas socialmente construidas, por tanto, son producto de acciones sociales y no de legados recibidos de manera pasiva, no obstante, lo anterior no niega que puedan ser transmitidas de generación en generación.

Ahora se trata la percepción, como concepto clave para el análisis de esta investigación, en primera instancia, se considera importante retomar los planteamientos de Moscovici citado en Banchs (1986), quien expresa que los seres humanos no son receptores pasivos de información, por el contrario, su pensamiento es autónomo, por tanto, constantemente producen y comunican representaciones que tienen una gran influencia en sus dinámicas; de esta manera, el hombre construye la realidad a partir de la comunicación con un contexto global; entonces, las representaciones sociales son definidas como una modalidad de construcción de conocimiento, que tiene como función, la elaboración de los conocimientos y la comunicación entre los

⁹ Valores culturales, que expone el amplio sentido de pertenencia que los individuos sienten hacia sus costumbres, cualidades y modo de vida (Morales, 2019).

¹⁰ Creencias: estado mental que involucra tanto al intelecto como a los sentimientos. (Brain, citado en Otamendi, 2010); convicción de certeza que algo presenta para alguien, esté corroborado o no, científicamente (Bain, 1968).

individuos; por último, la representaciones sociales son determinadas por la sociedad (Banchs, 1986).

De la misma forma, Moscovici citado en Banchs (1986), denomina la percepción como una instancia mediadora entre el exterior y el concepto que el individuo se crea acerca de él; es decir, en primer lugar, se encuentra el objeto o estímulo, que está en el ambiente, posteriormente, es percibido y por último es conceptualizado o representado.

Por otro lado, de acuerdo con Robbins y Judge (2009), la percepción obedece a “el proceso por el que los individuos organizan e interpretan las impresiones de sus sentidos con objeto de asignar un significado¹¹ a su entorno. Sin embargo, lo que uno percibe llega a ser muy diferente de la realidad objetiva” (p.139); de esta forma, la percepción contiene un determinado componente subjetivo que permite que los sujetos puedan, percibir, elaborar e interpretar las diferentes situaciones del entorno social en el que se encuentran inmersos.

La percepción de una persona o de algún fenómeno depende del reconocimiento de emociones¹², a partir de las reacciones de las personas; también se forman las impresiones, a partir de la unión de diversos elementos informativos que se recolectan en los primeros instantes de interacción. Y también, en tercer lugar, por atribuciones causales, o búsqueda de alguna causa que explique la conducta y los hechos. En cualquier caso, lo que parece evidente es que los sentimientos¹³, pensamientos y conductas respecto a las personas estarán mediatizados por el tipo de causa a la que se atribuya su conducta” (Moya citado en Arias, 2006, p. 11).

De esta manera, la percepción depende de la ordenación, clasificación y elaboración de sistemas de categorías con los que se comparan los estímulos que el sujeto recibe, pues

¹¹ Significado: idea o concepto que representan los sucesos o palabras.

¹² Emociones: conjunto de reacciones orgánicas que experimenta un individuo cuando responde a ciertos estímulos externos que le permiten adaptarse a una situación con respecto a una persona, objeto, lugar, entre otro, son reacciones que pueden ser tanto innatas como estar influenciadas por las experiencias o conocimientos previos (Yankovic, 2011).

¹³ Sentimientos: expresión mental de las emociones; es decir, se habla de sentimientos cuando la emoción es codificada en el cerebro y la persona es capaz de identificar la emoción específica que experimenta: alegría, pena, rabia, soledad, tristeza, vergüenza, etc., sin embargo para complementar su definición Charlo Lalo (1925) citado en Fernández (2019), aporta que en realidad, nuestra vida sentimental se nos aparece legítimamente como constituyendo de algún modo nuestra personalidad misma, es así como Fernández llega a la conclusión de que es diferente en cada uno todos sentimos de maneras diferentes, lo que a algunos podría causar un sentimiento bello, a otros podría disgustarles. Sentir es parte importante del ciclo de nuestras vidas.

conforman los referentes perceptuales a través de los cuales se identifican las nuevas experiencias sensoriales transformándolas en eventos reconocibles y comprensibles dentro de la concepción colectiva de la realidad. Es decir que, mediante referentes aprendidos, se conforman evidencias a partir de las cuales las sensaciones adquieren significado al ser interpretadas e identificadas como las características de las cosas, de acuerdo con las sensaciones de objetos o eventos conocidos con anterioridad. Este proceso de formación de estructuras perceptuales se realiza a través del aprendizaje mediante la socialización del individuo en el grupo del que forma parte, de manera implícita y simbólica en donde median las pautas ideológicas y culturales de la sociedad (Arias, 2006).

Finalmente, es relevante mencionar que los sujetos al encontrarse en un contexto determinado, se relacionan con su entorno, observan lo mismo, pero sienten y perciben de diferente manera, y así mismo, estos construyen significados diferentes acerca de lo percibido, además, la percepción social cuenta con una serie de características generales como:

- A) Las personas son percibidas como agentes causales, capaces de controlar la información que presentan de sí mismas de acuerdo a sus objetivos e intereses.
- B) La percepción de personas implica una interacción muy dinámica, donde la presencia, expectativas y conducta del perceptor pueden afectar la conducta de la persona percibida, en un proceso circular.
- C) La percepción de personas es usualmente más compleja que la percepción de objetos, ya que existen muchos atributos no observables directamente, las personas cambian más que los objetos, y la exactitud de la percepción es más difícil de comprobar (Calderón, citado en Cambindo & Chará, 2016).

Frente a la percepción se consideran los significados, así como el origen de estos, que se halla en las nuevas conexiones que el hombre establece a partir de los signos, según Vygotsky (1960), citado en Wertsch (1988). Los signos cumplen un papel fundamental para la comprensión de los significados. Estos surgen en la cultura, para que el hombre se apropie de ellos y le permiten, inicialmente, entrar en contacto con el mundo subjetivo de los otros, influir en ellos y luego en sí mismo.

Desde Blúmer (1937) citado en Díez (2010), se puede comprender que la conducta de las personas se encuentra vinculada al significado que tengan las cosas, lo que significan las cosas para el sujeto va a depender de su interacción social con otros actores de su entorno y, en definitiva, de los significados aprendidos en su experiencia social interactiva.

Ahora bien, después de definir la identificación cultural y la percepción, se pasa a discernir sobre la influencia de la cultura en la percepción de las personas, de acuerdo con Leininger citado en Margarita, Torrez y Povéda (2018), la cultura corresponde a ese conjunto de valores, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos de un grupo particular para guiar su pensamiento, decisiones y acciones de formas ya estipuladas.

En este sentido, la percepción es biocultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones. Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia. La selección y la organización de las sensaciones están orientadas a satisfacer las necesidades tanto individuales como colectivas de los seres humanos, mediante la búsqueda de estímulos útiles y de la exclusión de estímulos indeseables en función de la supervivencia y la convivencia social, a través de la capacidad para la producción del pensamiento simbólico, que se conforma a partir de estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas que orientan la manera como los grupos sociales se apropian del entorno (Melgarejo, 1994).

La percepción posee un nivel de existencia consciente, pero también otro inconsciente; es consciente cuando el individuo se da cuenta de que percibe ciertos acontecimientos, cuando repara en el reconocimiento de tales eventos. Por otro lado, en el plano inconsciente se llevan a cabo los procesos de selección (inclusión y exclusión) y organización de las sensaciones. Sobre la base biológica de la capacidad sensorial, la selección y elaboración de la información del ambiente se inicia en la discriminación de los estímulos que se reciben, en tal discriminación subyace la mediación de mecanismos inconscientes. Esta mediación impulsa a evaluar lo que en determinado momento interesa de entre todas las posibles manifestaciones sensibles del ambiente; de lo potencialmente percibido se lleva a cabo una selección de lo que es importante dentro de las circunstancias biológicas, históricas y culturales” (Melgarejo, 1994, p.48).

Así, también, la autora plantea que los grupos humanos a través de pautas culturales e ideológicas dan significado y valores a las sensaciones, estructurando de esta forma la visión de la realidad, al tiempo que conforman las evidencias sobre el mundo, de modo que la información del ambiente se recoge y elabora mediante filtros aprendidos desde la infancia y permite interactuar adecuadamente según las condiciones del medio físico y social (Melgarejo, 1994)

Dejando claro lo que se comprende por percepción y citando varios autores, ahora se pasó a un aspecto que va ligado a la percepción como lo es los significados, estos “inciden” en las acciones sociales y “moderan” la percepción previa acerca de lo pensable o lo impensable, lo posible o lo imposible en relación con los fenómenos sociales, los significados que construyen las mujeres puérperas antes, durante y después de la atención de su parto es crucial para definir sus percepciones (Andrade, 2002).

Algunas de las decisiones que los individuos toman en diversos ámbitos sociales reconocen su surgimiento en niveles profundos de la estructura social, como la familia, donde se construyen significados acerca de otros niveles de la realidad, conformando visiones en relación con objetos sociales. Según Andrade (2002), las mujeres puérperas autoidentificadas como indígenas o afrodescendientes construyen estos significados previos a la experiencia desde su cultura y desde como su comunidad le da valor al embarazo, como su tradición indique como debe ser el parto y como deben ser los cuidados posteriores.

Otro concepto válido dentro para incluir en el análisis es el concepto de ideas, estas expresadas como representaciones mentales según el Diccionario de filosofía contemporánea (1976) las representaciones que las personas tienen acerca de los diversos fenómenos que ocurren; es menester también exponer la definición que propuso Descartes, el mencionó que:

...la idea puede, ser intelectual o sensible, en cualquier caso, sea intelectual o sensible, es representación. Pues bien, la idea así definida entraña un doble aspecto, como lo entraña también la representación en TOMÁS DE AQUINO. En efecto, para el de AQUINO la representación puede ser vista desde dos perspectivas: consiste la primera en enfocarla por relación al sujeto en el que se da y del que procede, y la segunda, en referirla a lo que se conoce. Desde el primer punto de vista, la representación es una cierta realidad, una cierta cosa perteneciente al orden accidental, concretamente a la cualidad. Desde el segundo

punto de vista, la representación es, por decirlo así, representación de lo que se conoce; es la representación como representación”. (Fernández, 2007, p.123).

Otros aspectos que influyen en la percepción frente a la atención de parto recibida, son las expectativas, estas vistas desde la satisfacción del consumidor, ya que esta satisfacción ha sido definida en función de las expectativas asociadas al consumo o servicio y su confirmación o no confirmación, en función de la evaluación de la discrepancia entre expectativa y rendimiento percibido, como juicio o evaluación global determinado por respuestas afectivas y/o cognitivas relacionadas al uso o consumo de productos o servicios en este caso a la atención del parto, en función de la comparación de costes-beneficios de la compra, o uso de un bien o servicio en relación a consecuencias anticipadas como un proceso multidimensional, dinámico y complejo que incluye actividades cognitivas, afectivas y fisiológicas o conductuales (Peralta, 2006).

De acuerdo a Horovitz (2000) citado en Peralta (2006), la calidad del servicio es la percepción que tiene un usuario acerca de la correspondencia entre el desempeño y las expectativas de la experiencia de servicio. La calidad de servicio constituye la diferencia o discrepancia que existe entre los deseos de los usuarios y la percepción de conjunto de elementos cuantitativos y cualitativos de un producto o servicio principal. Entonces se puede afirmar que estos aspectos van ligados, la valoración que se da acerca del servicio de atención sanitaria en este caso depende de la percepción de más mujeres puérperas y estas a su vez de las expectativas con las que ellas llegan a la institución prestadora de servicios de salud.

En este juego de variables pueden existir varias discrepancias, que pueden darse entre las expectativas de servicio y el servicio percibido, es posible encontrar discrepancias en el operar de la organización que explican la ocurrencia de esta brecha. La primera discrepancia es la diferencia entre lo que esperan los clientes y lo que los directivos creen que esperan los clientes; se trata de una deficiencia fundamental con importantes efectos negativos, ya que si se desconocen cuáles son las expectativas de los clientes, con independencia de los sistemas que ponga en marcha la empresa, no van a lograr los resultados deseados y se estará lejos de dar un servicio de alta calidad. La segunda discrepancia está ligada a las normas de calidad; es la diferencia entre lo que entiende la dirección sobre las expectativas del cliente y las especificaciones o pautas de calidad (Peralta, 2006).

Ahora bien como aspectos secundarios pero no menos importantes se menciona el género ya que es considerado un factor poco visible y poco explorado en el campo de la ginecoobstetricia, pero es responsable de la violencia en contra de las mujeres durante el trabajo de parto, para empezar este punto primero se definió el significado de género, de acuerdo con Butler (2007) género es “el aparato a través del cual tiene lugar la producción y la normalización de lo masculino lo femenino junto con las formas intersticiales hormonales, cromosómicas, psíquicas y performativas que el género asume” y propone una serie de planteamientos frente al género en donde inicia afirmando que el género va más allá de lo binario (femenino y masculino) aspecto importante pero no es relevante para la investigación, el presente documento se refiere a los planteamientos en donde se afirma que en el género hay una indudable desigualdad entre lo femenino y lo masculino.

Es así como la autora emplea uno de los apartados de su texto titulado como “Posiciones simbólicas y normas sociales” del género, para explicar cómo el género es un facilitador de desigualdad entre lo femenino y masculino e inicia mencionando la corriente Lacaniana¹⁴, para Lacan (1958, 1979) aquello que es universal en la cultura reside en sus reglas simbólicas o culturales, y se entiende que éstas sostienen las relaciones de parentesco.

De acuerdo con los términos estructuralistas, lo simbólico establece las condiciones universales bajo las cuales se posibilita la sociabilidad, es decir, la comunicabilidad de toda utilización del lenguaje.

Uno de los problemas que surgió cuando el estudio del parentesco se combinó con el estudio de la lingüística estructural es que las posiciones de parentesco fueron elevadas al estatus de estructuras lingüísticas fundamentales.

Teniendo en cuenta la violencia obstétrica ya mencionada como un tipo de violencia en contra de la mujer es pertinente considerar la “Teoría feminista o de género” retomando principalmente a Judith Butler, filósofa estadounidense, quien afirma que “la opresión de las mujeres posee alguna forma específica reconocible dentro de la estructura universal o

¹⁴ Corriente de Psicoanálisis Lacaniano llamado así por Jacques Lacan (1901-1981) “psiquiatra y psicoanalista francés conocido por los aportes teóricos que hizo al psicoanálisis basándose en la experiencia analítica y en la lectura de Freud”

hegemónica del patriarcado o de la dominación masculina” (Butler, 2007, p.49). Esto quiere decir que universalmente se reconoce una sociedad patriarcal donde se oprime a las mujeres en todos los ámbitos de su vida (económica, política y social). Afirmando que existe una “estructura de dominación, que origina la subyugación habitual de las mujeres” (Butler, 2007, p. 50).

También, Villaverde, citado en Al Adib, Ibáñez, Casado y Santos (2017), plantea que el surgimiento de la violencia obstétrica constituye una auténtica violación a los Derechos Humanos, además, como manifestación de la violencia de género contra las mujeres como desde el enfoque del derecho a la protección de la salud como un derecho humano). Asimismo, Osorio (1994) citado en Martínez (2011), define la negligencia como una forma de violencia obstétrica y una práctica médica de descuido y desatención, que se da de manera voluntaria y que pone en riesgo la vida de la paciente.

Por otro lado, al analizar las desigualdades de género se han adoptado diferentes enfoques, tal y como señala Hancock (2007) entre otros autores, quien precisa al respecto que se ha preferido la adopción de un enfoque unitario centrado en un solo eje de desigualdad como el más relevante, como es el caso del enfoque de género, frente a un enfoque múltiple, que trate diferentes desigualdades de relevancia comparable, tales como el sexismo y el racismo, tratándose como fenómenos paralelos pero que no interfieren el uno con el otro.

El último enfoque elaborado por la teoría feminista es el interseccional abordado por autores como: Bustelo y Lombardo (2007) Lombardo y Verloo (2009), Lombardo y Bustelo (2010) y Muñoz (2011) citados en Expósito (2012), quienes consideran las intersecciones entre diferentes desigualdades y tratan las relaciones entre los ejes de desigualdad como preguntas empíricas abiertas a determinar en cada contexto específico. En este sentido, el enfoque interseccional se trata de una herramienta analítica para estudiar, entender y responder a las maneras en las que el género se cruza con otras identidades y expone los diferentes tipos de discriminación y desventaja que se dan como consecuencia de la combinación de éstas.

Es decir, este enfoque revela que las desigualdades son producto de las interacciones entre los sistemas de subordinación de género, orientación sexual, etnia, religión, origen nacional, discapacidad y situación socioeconómica, que se construyen uno a otro dinámicamente en el tiempo y en el espacio (La Barbera, 2016, citado en Expósito 2012, p. 105). Es decir, este aspecto

revela que las desigualdades son producto de las interacciones entre los sistemas de subordinación de género, orientación sexual, etnia, religión, origen nacional, discapacidad y situación socioeconómica, que se construyen uno a otro dinámicamente en el tiempo y en el espacio.

4.2 Marco contextual

La investigación se enmarcó dentro del Cauca, departamento que tuvo 18.420 nacimientos registrados para el año 2017, con una tasa bruta de natalidad para el mismo año de 13,1% (Gobernación del Departamento del Cauca, 2019), en la región norte caucana, zona conformada por trece municipios: Caldon, Jambaló, Suárez, Buenos Aires, Caloto, Toribio, Villa Rica, Guachené, Padilla, Corinto, Puerto Tejada, Miranda y Santander de Quilichao.

Para el año 2018, el municipio de Santander de Quilichao, contó con una población total de 97.965 habitantes, de los cuales el 49,1% (48.104) son hombres y el 50,9% (49.861) son mujeres.

Se caracteriza por ser un municipio pluriétnico y multicultural, en su población se encuentra la etnia indígena (21%) y afrodescendiente (35,5%), siendo el mayor porcentaje 44% de la población perteneciente a otras etnias (Secretaría de Salud Local, 2018).

El municipio se encuentra constituido por 33 barrios ubicados en la cabecera municipal, 140 veredas de la zona rural, Mondomo un centro poblado, un cabildo urbano y cuatro resguardos indígenas, entre ellos:

Resguardo de Canoas, Resguardo de Munchique Los Tigres, Resguardo de La Concepción, Resguardo de Guadualito.

Por otro lado, en el municipio se encuentran conformados cuatro consejos comunitarios de comunidades negras: Cuenca del río Páez de Quinamayó – Curpaq: El Carmen, Cabecera de Domingullo, La Capilla, Mandivá, Quinamayó, El Arca, Alegrías, El Tajo, El Toro, Loma del Medio, Santa Rita, Llano de Alegrías; Zanjón Garrapatero: San Francisco, La Loma, El Palmar,

Arboledas, Los Ángeles; Aires de Garrapatero: San Antonio, Taminango, Brasilia; La Quebrada: San Rafael, La Arrobleda, Quebrada I y II (Secretaría de Salud Local, 2018).

En este sentido, la investigación se realizó en una institución prestadora de servicios de salud del Norte del Cauca, la misma cuenta con un área de ginecoobstetricia, donde laboran seis médicos generales, seis ginecólogos, seis médicos rurales que asiste cada uno, un día de la semana; también, seis jefes de enfermería de base, 15 auxiliares de enfermería, 12 camas de hospitalización, dos salas de atención del parto, cuatro camillas y dos consultorios médicos. Finalmente, por medio de la revisión de documentos institucionales como el registro de nacido vivo y perfiles epidemiológicos, se encontró que para el año 2016, el hospital atendió 2254 partos, para el año 2017 atendió 2362 partos, para el 2018, atendió 2304 partos y durante enero del 2019 atendió 197 partos.

En materia de legislación acerca de la atención en salud materno perinatal, se hizo relevante mencionar que:

En el Artículo 49 de la constitución política colombiana de 1991, la salud está consagrada como derecho fundamental; “La atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad” (Asamblea Nacional Constituyente, 1991).

En la resolución 3280 (2018) del Ministerio de Salud y Protección Social se determina la ruta integral de atención materno perinatal (RIAMP) dentro las instituciones sanitarias del país; esta tiene entre sus preceptos, reconocer a las mujeres en edad fértil como sujetos de la atención en salud, prestar servicios de salud a la mujer en cualquier etapa del ciclo reproductivo sin incurrir en acciones o conductas que se configuren como violencia contra la mujer, entre ellas, el trato indigno, violencia psicológica, negligencia o discriminación por razones de género, clase social, etnia o discapacidad; prestar una atención centrada en las gestantes y en sus familias; además, aparece la figura de las intervenciones colectivas, con el objetivo de informar y educar en salud, además de fortalecer redes familiares, comunitarias y sociales, tratando temas como: reconocimiento de la maternidad, parto y posparto como situaciones de protección, situaciones de

alerta, promoción de lactancia materna exclusiva, roles del hombre como pareja y como padre, además de prevención de violencia y discriminación contra la mujer, etc.

Sumado a lo anterior, se encuentra la “Guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana a mujeres gestantes, niños y niñas en la Ruta Integral de Atenciones – RIA” por el ministerio de salud y protección social, cuyo objetivo es orientar de manera técnica y metodológica a los actores del SGSSS¹⁵ en el uso de herramientas que permitan la valoración, análisis y abordaje de la situación de calidad y humanización de la atención integral en salud a las mujeres gestantes, niños y niñas en los servicios de detección temprana y protección específica, para desarrollar y gestionar procesos de cambio y mejora continua de los servicios de salud, con atenciones humanizadas y en cumplimiento de los atributos de calidad; a través de una matriz diseñada a partir de atributos de calidad como: accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad, continuidad y humanización (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Por otro lado, en la cámara de representantes, se está llevando a cabo el proyecto de ley 063 (2017) “por medio de la cual se establecen los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones” o “ley de parto humanizado”. Dicha ley regirá para todo el Sistema General de Seguridad Social en salud-SGSSS, a las Empresas Promotoras de Salud (EPS), a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), a las Empresas Sociales del Estado del nivel central o descentralizado, a los hospitales públicos o privados y a las entidades responsables de la prestación del servicio de seguridad social en salud de los regímenes especiales, tanto a los afiliados del régimen contributivo como subsidiado. Además, se determinan los derechos de una mujer durante su trabajo de parto, parto postparto, asimismo se determinan los derechos del neonato.

Se hizo pertinente retomar también, el plan especial de la salvaguardia de los saberes asociados a la partería afro del pacífico cuyo objetivo se encamina hacia Salvaguardar los Saberes asociados a la partería afro del Pacífico (tomando en cuenta los departamentos: Cauca, Valle, Chocó y Nariño) a fin de garantizar su continuidad, fortalecimiento y reconocimiento como un sistema propio de medicina tradicional. Para lograr este objetivo se plantearon 6 líneas

¹⁵ Sistema General de Seguridad Social en Salud.

de acción: 1. Línea de fortalecimiento organizativo, Parteras unión pacífico 2. Línea de articulación institucional e intersectorial, A manos cambiadas 3. Línea de construcción de conocimiento, Ombligando saberes 4. Línea de atención, Parteras en comunidad 5. Línea de emprendimiento, Produciendo semillas de vida 6. Línea de estrategia de comunicación, Manos de partera (Quiñones, López, Valencia, Cuero, & Gómez, 2016).

Para finalizar, la OMS (Organización Mundial de la Salud) plantea los siguientes lineamientos o requisitos para determinar que la atención de un parto fue humanizada:

- Toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos que constituyen la atención del parto, a fin que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera.
- Debe fomentarse la capacitación de obstétricas o matronas profesionales. Esta profesión deberá encargarse de la atención durante los embarazos y partos normales, así como del puerperio.
- Debe darse a conocer entre el público servido por los hospitales información sobre las prácticas de los mismos en materia de partos (porcentaje de cesáreas, etc.)
- No existe justificación en ninguna región geográfica para que más de un 10 al 15% de los partos sean por cesárea.
- No existen pruebas que se requiera cesárea después de una cesárea anterior transversal del segmento inferior. Por lo general, deben favorecerse los partos vaginales después de cesáreas, dondequiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia.
- No existen pruebas que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto normal tenga efectos positivos en el resultado del embarazo.
- No está indicado el afeitado de la región púbica ni los enemas preparto.
- Las embarazadas no deben ser colocadas en posición de litotomía (acostadas boca arriba) durante el trabajo de parto ni el parto. Se les debe animar a caminar durante el trabajo de parto y cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.

- No se justifica el uso rutinario de la episiotomía (incisión para ampliar la abertura vaginal).

- No deben inducirse (iniciarse por medios artificiales) los partos por conveniencia. La inducción del trabajo de parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región geográfica debe tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor que el 10%.

- Debe evitarse durante el parto, la administración por rutina de fármacos analgésicos o anestésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto.

- No se justifica científicamente la ruptura temprana artificial de las membranas por rutina.

- El neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permite el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido sano justifica la separación de la madre.

- Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de parto.

- Deben identificarse las unidades de atención obstétrica que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento.

- Deben fomentarse las unidades de este tipo y los procedimientos que las han llevado a adoptar su actitud deben estudiarse, a fin de que sirvan de modelos para impulsar actitudes similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país.

Los gobiernos deben considerar la elaboración de normas que permitan el uso de nuevas tecnologías de parto sólo después de una evaluación adecuada. (OMS, 1985 citado en Sardá, 1995).

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio

El estudio se caracterizó por ser de tipo exploratorio; de acuerdo con Hernández, Fernández, & Baptista (2014). Los estudios de tipo exploratorio se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. De esta forma, se consideró relevante definir este estudio como exploratorio, dado que, permitió abordar la temática de la influencia que puede tener la identidad étnica y cultural acerca del parto humanizado, dicha temática, ha sido poco estudiada en el contexto norte caucano, además, a partir de la revisión de literatura acerca del tema, se considera como la primera investigación que aborda la problemática dentro de una institución pública de salud en la zona. Además, este estudio también se configuró de tipo descriptivo, en la medida, a partir de este, se logró expresar de manera detallada en qué forma puede incidir o no la identificación cultural de una mujer indígena o afro sobre su percepción acerca de un fenómeno como lo es el parto.

5.2 Método

De acuerdo a los objetivos de investigación planteados, se definió que el enfoque metodológico acorde para abordar la temática, fue el método mixto, puesto que, según Chen (2006) citado en Hernández, Fernández, & Baptista (2014):

...la investigación mixta es la integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo en un solo estudio con el fin de obtener una “fotografía” más completa del fenómeno, y señala que éstos pueden ser conjuntados de tal manera que las aproximaciones cuantitativa y cualitativa conserven sus estructuras y procedimientos originales (p. 534).

De esta manera, el enfoque mixto, dentro de esta investigación, permitió articular tanto herramientas cuantitativas como cualitativas, así pues, la investigación se clasificó como mixta,

en tanto que, a partir de un diseño de sondeo, se obtuvo información acerca de características sociodemográficas definidas, niveles de satisfacción y finalmente, desde herramientas de investigación cualitativas se pretende obtener, las percepciones desde la subjetividad de un grupo puérperas pertenecientes a grupos étnicos acerca del parto en una institución pública de salud del Norte del Cauca.

El método que primó en esta investigación fue el método cualitativo, ya que por medio de este se recolectó la mayor información acerca de las percepciones del parto de las mujeres puérperas auto identificadas como indígenas y afrodescendientes y así ahondar en el tema de principal interés, mediante la técnica de entrevista semiestructurada, además, el hecho de que las mujeres ya no se encontraran dentro del ambiente hospitalario y habiendo superado el estrés generado por el proceso de parto, permitió que sus respuestas fueran amplias y no condicionadas; mientras el método cuantitativo se limitó a caracterizar a las mujeres puérperas autoidentificadas como indígenas y afrodescendientes quienes tuvieron su parto en dicha institución prestadora de servicios de salud en el Norte del Cauca así como también a considerar los aspectos generales del embarazo, parto y puerperio de las mismas según su auto identificación étnica.

De acuerdo a lo anterior, se puede afirmar que, la diferencia en la importancia entre los métodos radica en la amplitud de los resultados, por ende la calidad de los hallazgos que se encontraron, ya que el método cualitativo permitió un encuentro fuera de la institución prestadora de servicios de salud en un lugar más cómodo y tranquilo para las entrevistadas como lo fue en sus propios hogares, donde se expresaron con libertad sobre su experiencia de parto, sin temor a que el personal médico o administrativo de la institución escucharan sus posibles inconformidades u opiniones negativas frente al servicio.

5.3 Técnicas de recolección de datos

Ahora, teniendo en cuenta que en la metodología mixta toma tanto elementos cuantitativos como cualitativos, para la recolección de información, se emplearon como técnicas: la encuesta social, que según Carvajal (2012) obedece a la recolección de datos de una población o a una muestra de la misma; no debe ser tomada como el punto de partida de una investigación sino como el punto de llegada de la misma; por tanto, para el diseño de la encuesta se deben

seguir ciertos pasos, entre ellos, la definición del objeto de estudio (problema, objetivos), definición de variables; entre otros. por lo que se aplicó una encuesta a las mujeres puérperas que recibieron la atención de su parto en un hospital, para conocer sus características sociodemográficas y su satisfacción con la atención recibida.

Por otro lado, se tomó la entrevista semiestructurada, entendida como una técnica de corte cualitativo que se basa en una guía de asuntos o preguntas donde el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información. Hernández, Fernández, & Baptista (2014). Entonces, se aplicaron seis entrevistas distribuidas de la siguiente manera; tres a mujeres pertenecientes a la etnia indígena y dos a mujeres pertenecientes a la etnia afro.

5.4 Participantes

Población: Mujeres puérperas que recibieron la atención de su parto en la institución prestadora de servicios de salud.

Muestra: se utilizó la fórmula para población finita:

$$n = Npq / [(N - 1)e^2 / 4 + pq]$$

Donde:

N= población total= 2.304 mujeres atendidas en el año 2018.

p= probabilidad de éxito= 0,9. Es alta por la confiabilidad de la población.

Q=probabilidad de fracaso = 0,1

e= error= 10%

n= 35

Se logró superar el mínimo de la muestra requerida, es decir, se logró acceder a 56 mujeres, que estaban en trabajo de parto cuando se recolectó la información.

Criterios de selección: En cumplimiento de la metodología planteada, para participar en la encuesta las mujeres debieron: haber recibido la atención de su parto en la institución prestadora de servicios de Salud, ser puérperas inmediatas, Pacientes que puedan expresarse sin restricción alguna, Pacientes puérperas que acepten participar voluntariamente en el estudio, Finalmente, para participar en la aplicación de la entrevista semiestructurada las pacientes debieron haber participado en la encuesta previa, aceptar participar voluntariamente y auto identificarse como mujer indígena o mujer afro.

Para la aplicación de las entrevistas se seleccionaron de forma aleatoria seis mujeres de las 56 que participaron en la encuesta; tres pertenecientes a la etnia indígena y otras tres pertenecientes a la etnia afrodescendiente, sus nombres fueron cambiados para preservar su identidad.

Tabla 1. Mujeres entrevistadas

Entrevista	Nombre	Edad	Autoidentificación étnica	Lugar de residencia
Entrevista 1	Ana Banguero	24	Afrodescendiente	El Palmar
Entrevista 2	Rosario Pechené	37	Indígena	El Águila
Entrevista 3	Esnerda Guetio	32	Indígena	El Águila
Entrevista 4	Doris Ulcue	30	Indígena	El Águila
Entrevista 5	Aura Balanta	35	Afrodescendiente	Dominguillo
Entrevista 6	Elena Viáfara	24	Afrodescendiente	San Antonio

5.5. Procedimiento

Para empezar, el interés por el tema surgió a partir de la realización de un proyecto intervención acerca de humanización del parto realizado en el marco del proceso de práctica académica en una institución de servicios de salud en el Norte del Cauca, motivado además por el curso de seminario de monografía.

Este interés fue creciendo en la medida en que se desarrollaba el proceso de práctica y se planteaba el proyecto de investigación, cabe resaltar que en un comienzo la pregunta de investigación no era la idónea, pero se fue configurando con el paso del tiempo y la búsqueda bibliográfica acerca del tema. A partir de la pregunta, se privilegió el enfoque mixto, puesto que,

de un lado se pretendió conocer datos sociodemográficos y además generalidades sobre el embarazo y parto de las mujeres, para esto, se recurrió al método cuantitativo donde se diseñó una encuesta de 24 preguntas y se realizó una prueba piloto a 20 mujeres, se realizaron las correcciones correspondientes en el instrumento y se aplicó a 56 mujeres que se encontraban en recuperación después del parto, posteriormente se sistematizaron las respuestas de las participantes por medio de Microsoft Excel y se construyó el informe de investigación; es de resaltar que en el transcurso de la aplicación de la encuesta, se solicitaron datos de contacto a las mujeres que de manera voluntaria aceptaron participar también en el segundo momento del ejercicio investigativo, es decir, la parte cualitativa.

En este sentido, se definieron las categorías y variables de investigación, y a partir de estas se construyó una guía de preguntas, se realizó una prueba piloto a dos mujeres donde se hallaron las debilidades de la guía y las modificaciones a realizar, luego de las correcciones correspondientes se volvió a establecer comunicación con las mujeres previamente seleccionadas en la aplicación de la encuesta y se procedió a aplicar las 6 entrevistas entre los meses de noviembre y diciembre del 2019.

Para la realización de las entrevistas fue necesario realizar desplazamientos hasta las viviendas de las participantes, es de resaltar que la tensión que se presentaba en medio de la aplicación de las encuestas se había reducido; luego de realizar las entrevistas se procedió a su transcripción y realización de una matriz de consolidación de entrevistas, que permitió ubicar las respuestas obtenidas dentro de las categorías analíticas y en sus respectivas variables.

Terminado el proceso mencionado anteriormente, se procedió a realizar el análisis correspondiente y redacción de resultados de investigación.

5.6. Asuntos éticos

En esta investigación fue de suma importancia el establecimiento de criterios éticos que garantizaron la calidad del estudio y la protección de la identidad de los informantes. De esta forma se hace pertinente resaltar en primera instancia que, para la elaboración del proyecto de investigación se acudió a fuentes rigurosas de investigación. Pasando a la aplicación de técnicas

de investigación, como se ha venido mencionando a lo largo del apartado se realizaron encuestas a 56 mujeres puérperas que se encontraban hospitalizadas, en este caso, se solicitó la aprobación del comité científico de la institución quienes dieron vía libre a la aplicación de encuestas, en cuanto a las participantes se realizó un consentimiento informado de manera verbal donde se les expresaba que su participación en el estudio era de meramente voluntaria y la información recibida sería utilizada únicamente para fines académicos y era totalmente anónima; se hace pertinente mencionar también que por motivos éticos se decidió omitir el nombre de la institución de salud .

Ahora, retomando la entrevista, es menester mencionar que fue aplicada en lugares concretados con las participantes que en este caso fueron sus lugares de residencia; primeramente se les recordó el objetivo de la investigación, se les expresaron los temas a tratar dentro de la entrevista, además se les explicó que era necesario grabar la entrevista en audio, se les indicó por qué y se les solicitó autorización para; cabe resaltar que fue fundamental el establecimiento de un ambiente de confianza entre las investigadoras y las participantes.

6. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del trabajo de campo, para dar cumplimiento a los objetivos específicos del presente estudio.

6.1 Caracterización sociodemográfica de la población de puérperas de una Institución Prestadora de Servicios de Salud Norte del Cauca

Dado el carácter cuantitativo de la investigación se diseñó una encuesta de 24 preguntas que fue aplicada dentro de las instalaciones del hospital a una muestra de 56 mujeres puérperas¹⁶ que se encontraban hospitalizadas en el servicio de ginecología de la institución, y, que cumplieron con los criterios de selección propuestos previamente; entre ellos, haber recibido la atención de su parto en la institución prestadora de servicios de salud, ser puérperas inmediatas (primeras 24 horas posteriores al parto), que pudieran expresarse sin restricción alguna y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

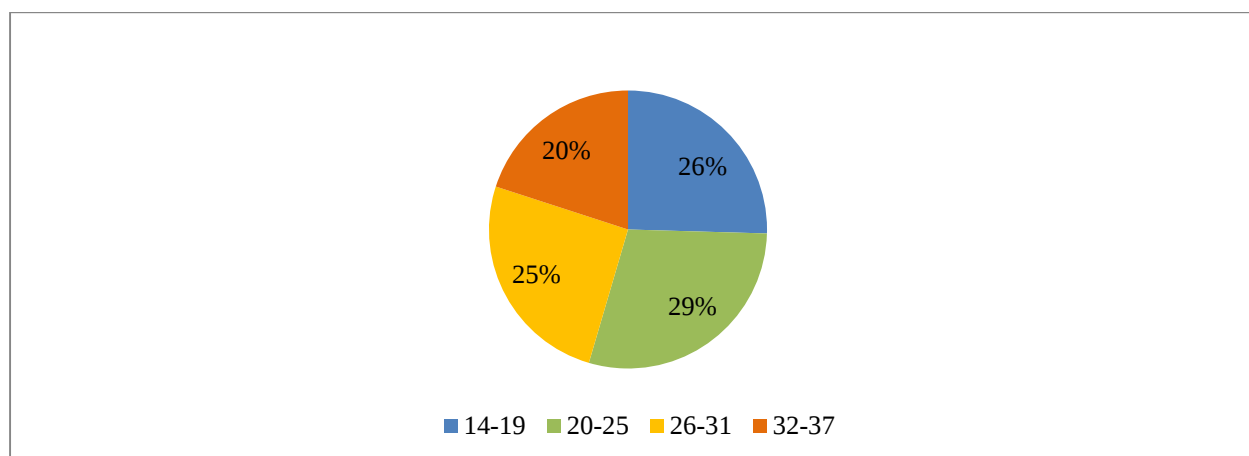
La encuesta se aplicó en el año 2018, se empleó un formulario de encuesta (instrumento físico) donde se obtuvieron datos sociodemográficos, como la edad, el estado civil, el nivel educativo, la ocupación, el lugar de residencia, la cantidad de hijos que tenían y la etnia con la que se sentían identificadas las mujeres encuestadas; aspectos generales sobre el embarazo y el parto como las preparaciones que realizaron durante su embarazo, el tipo de parto que tuvieron, las preferencias sobre el parto; finalmente, la calidad de la atención recibida por parte del personal asistencial según los lineamientos propuestos por el Ministerio de Salud para un parto humanizado, donde se indagaron aspectos como, el trato por parte del personal, la comodidad durante el parto, las alternativas que se les ofrecieron para el manejo del dolor; Luego de obtener todos los datos, estos se sistematizaron por medio de Microsoft Excel.

En este sentido, los hallazgos fueron:

¹⁶ Mujer recién parida.

Las mujeres encuestadas se concentran en población adolescente y joven, en la medida en que el 55% tienen entre 14 y 25 años de edad. El 45% restante se encuentra entre los 26 y 37 años de edad. Ver figura 1.

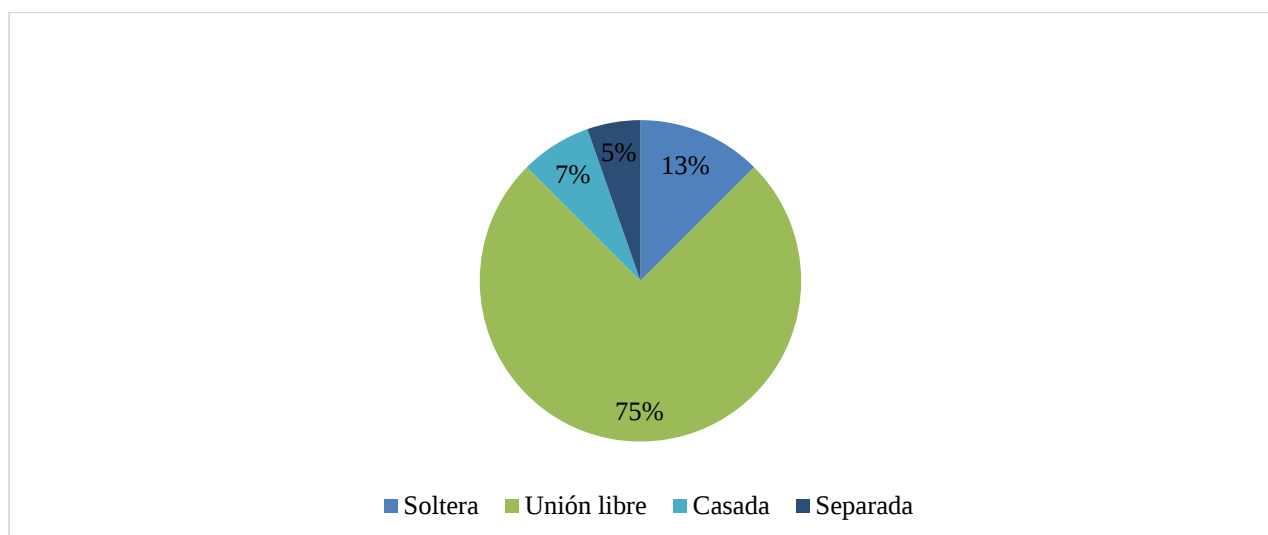
Figura 1. Edad



Fuente: elaboración propia, 2019.

Por otro lado, en cuanto a estado civil más de la mitad de puérperas encuestadas convive en unión libre siendo el 79%, mientras que las mujeres casadas y separadas acumulan un 13% y las solteras ocupan el otro 13% de la población encuestada. Ver figura 2.

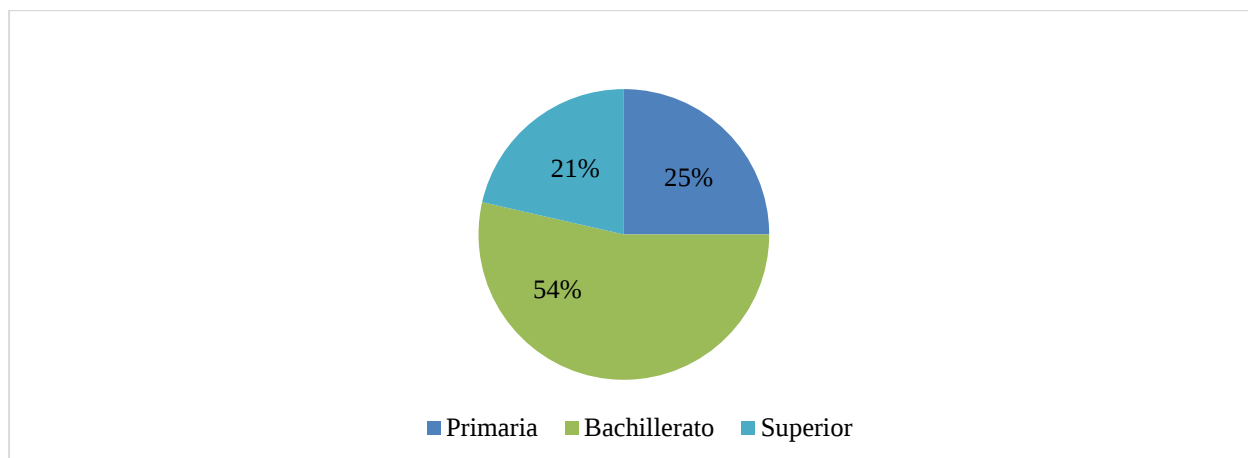
Figura 2. Estado civil



Fuente: elaboración propia, 2019.

En el nivel educativo el 54% de mujeres encuestadas, afirmó haber culminado el bachillerato, mientras que el 25% de ellas terminó la primaria; finalmente, solo el 21% de las mujeres admitieron encontrarse estudiando en instituciones de educación superior. Ver figura 3.

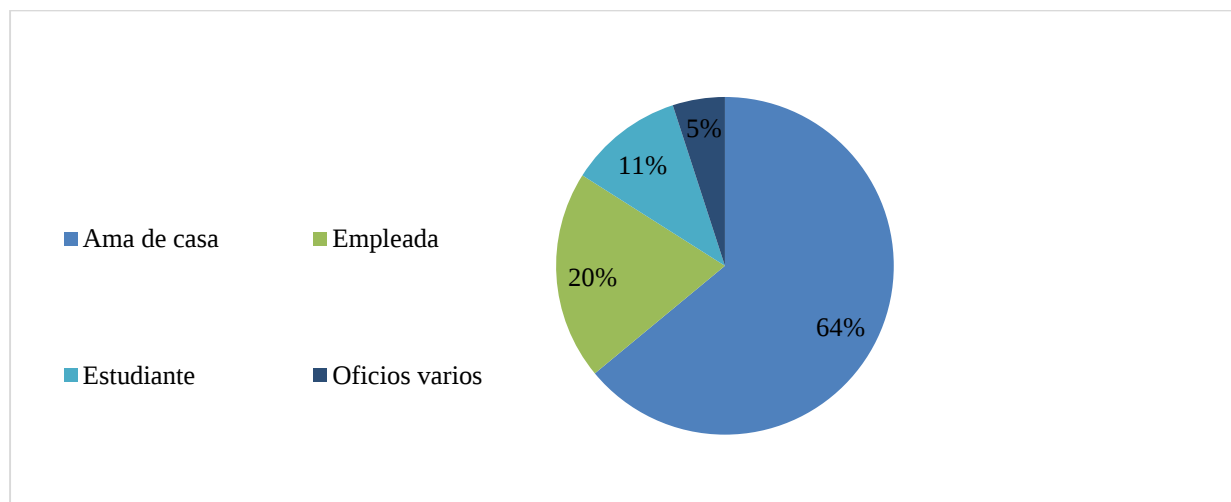
Figura 3. Nivel educativo



Fuente: elaboración propia, 2019.

La ocupación más frecuente de las mujeres encuestadas, fue ama de casa que cuenta con un 64%, mientras que un 20% son empleadas, un 11% se dedica a estudiar y finalmente, un 5% se dedica a realizar oficios varios. Ver figura 4.

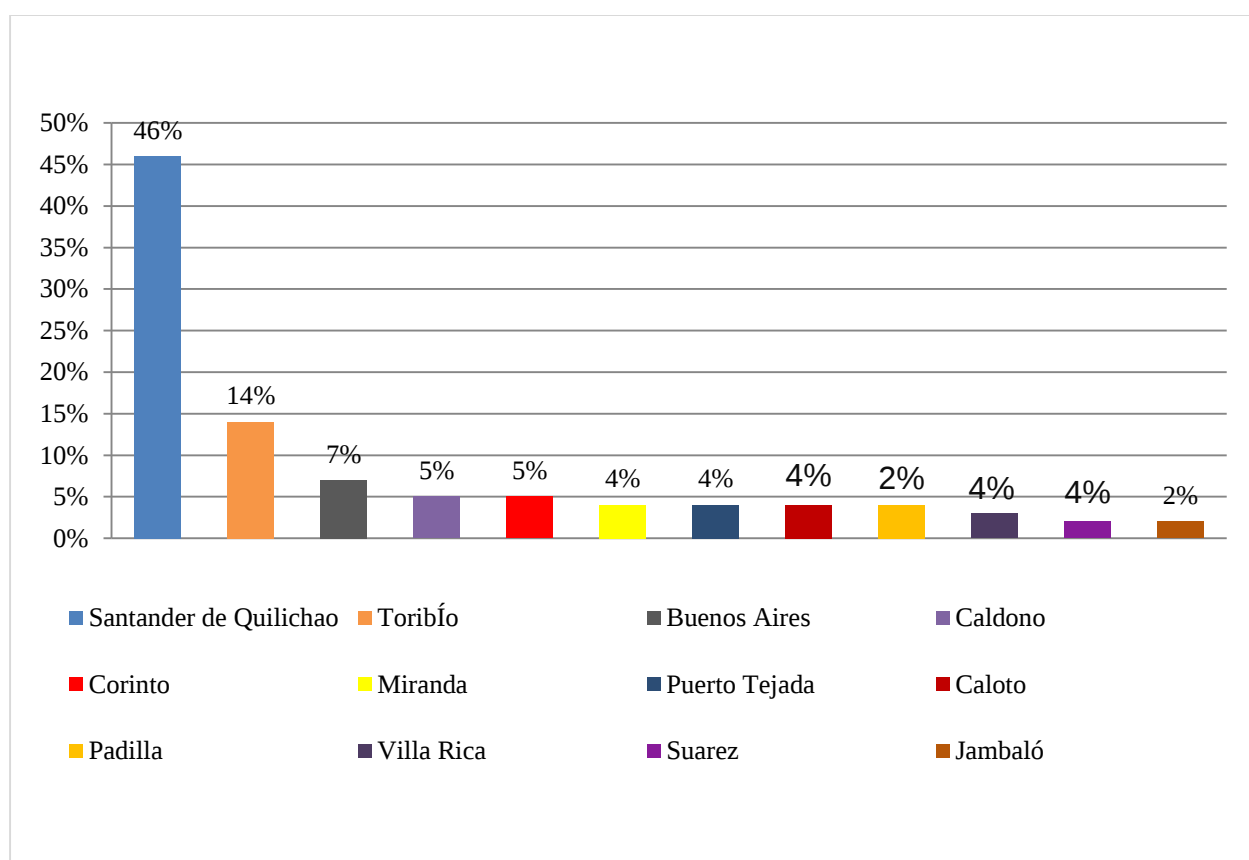
Figura 4. Ocupación



Fuente: elaboración propia, 2019.

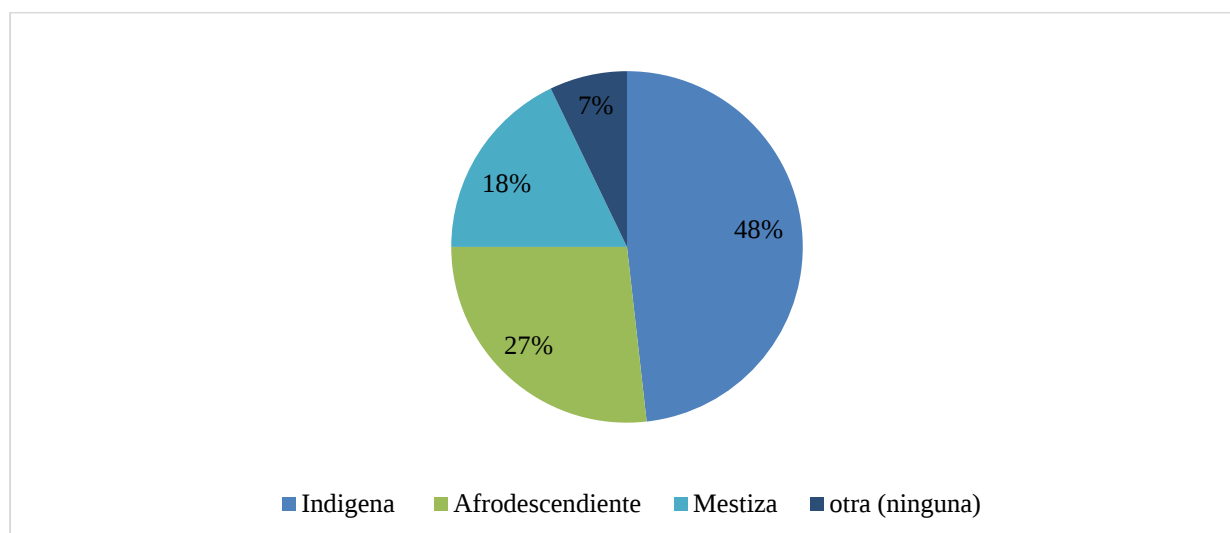
Por otro lado, el lugar de residencia de la población encuestada se distribuye en 12 de los 13 municipios de la zona norte caucana; entre ellos, el municipio de Santander de Quilichao, donde reside el 46% de las mujeres, Toribío donde reside el 14%, el 7% de las mujeres tiene su lugar de residencia en Buenos Aires, en Caldono reside un 5% al igual que en Corinto; un 4% tiene su lugar de residencia en el municipio de Caloto, otro 4% reside en Padilla, Puerto Tejada (4%), Miranda (4%), Villa Rica (3%) Jambaló (2%) y finalmente, Suárez con un (2%). (ver figura 5)

Figura 5. Municipio de residencia



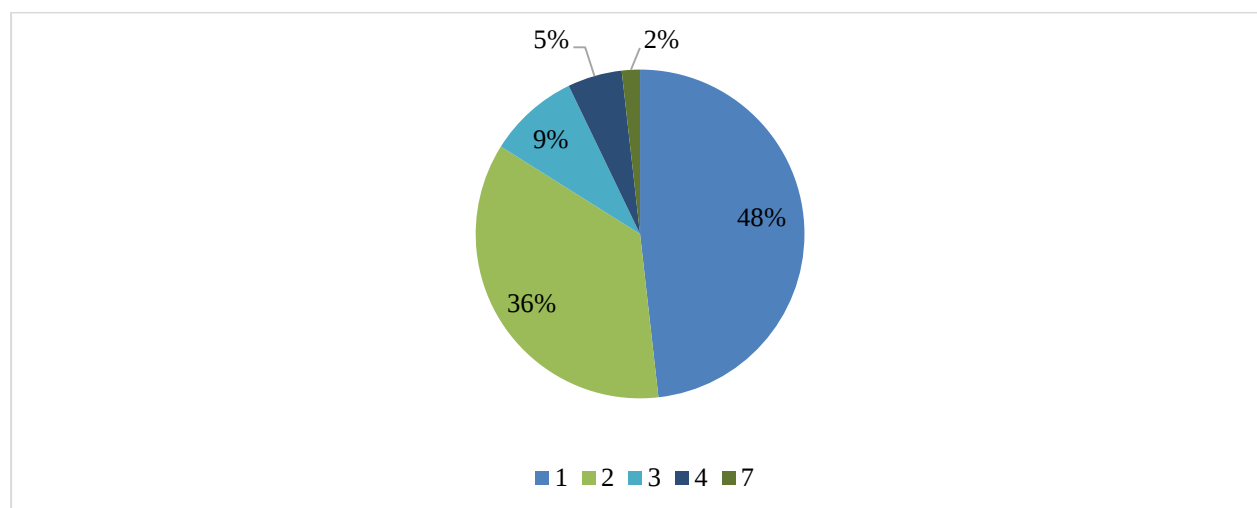
Fuente: elaboración propia, 2019.

En cuanto a la autoidentificación étnica, el mayor porcentaje se percibió como indígena (48%), seguida por afrodescendiente (27%), mestiza (18%) y un 7% restante que no se identificó con ninguna etnia (ver figura 6).

Figura 6. Etnia

Fuente: elaboración propia, 2019.

El 48% de las mujeres encuestadas tiene 1 hijo, el 45% tiene hasta 3 hijos, el 7% tiene hasta 4 hijos, y finalmente, el 2% restante, tiene hasta 7 hijos.

Figura 7. Cantidad de hijos

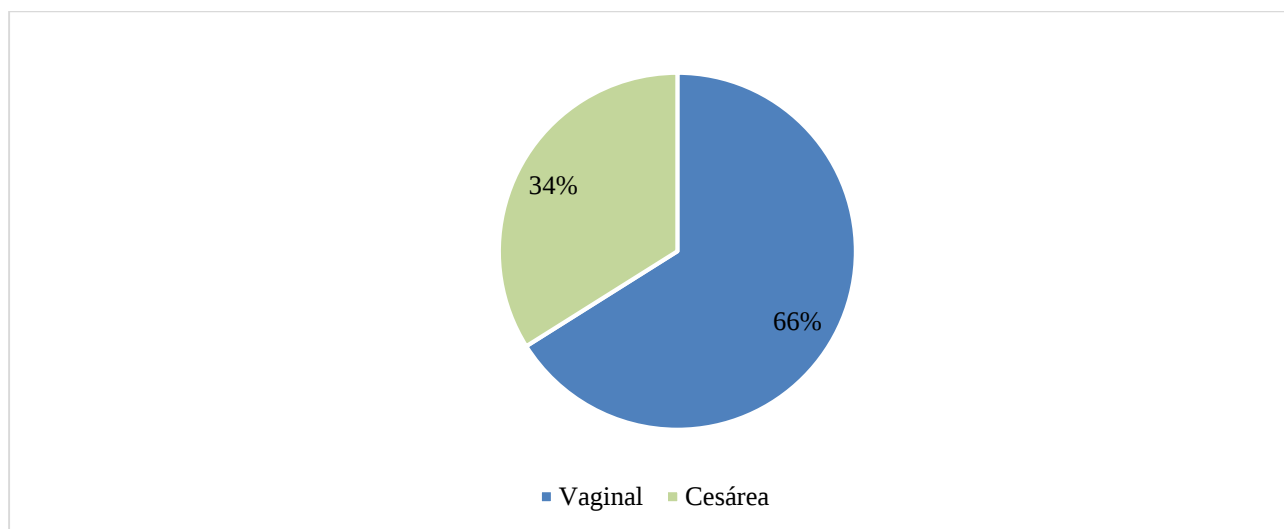
Fuente: elaboración propia, 2019.

Por otro lado, del total de las mujeres puérperas encuestadas, un 66% afirmó haber tenido un parto vía vaginal, mientras que, al 34% de ellas se les realizó una cesárea.

6.2 Explorar las generalidades del embarazo, parto y puerperio de las mujeres según su identificación cultural

El 66% de las mujeres encuestadas tuvo parto por cesárea y el 34% vaginal. Se aprecia la prevalencia de la cesárea. Dentro de este porcentaje evidentemente las cesáreas son predominantes entre los partos, y según la OMS (2018) “No existe justificación en ninguna región geográfica para que más de un 10 al 15% de los partos sean por cesárea” incluso dentro de estas mujeres hay algunas que ya habían tenido a sus anteriores hijos por cesárea, cuando claramente según la misma Organización “no existen pruebas de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior transversal del segmento inferior. Por lo general, deben favorecerse los partos vaginales después de cesáreas, dondequiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia”. Frente a este tema durante la revisión documental se encontró que Colombia es el segundo país en Suramérica con el porcentaje más alto de cesáreas, así esto ya se convirtió en una de las características de los partos en el país, aunque es una práctica que deshumaniza el proceso de parto.

Figura 8. Tipo de parto



Fuente: Elaboración propia, 2019.

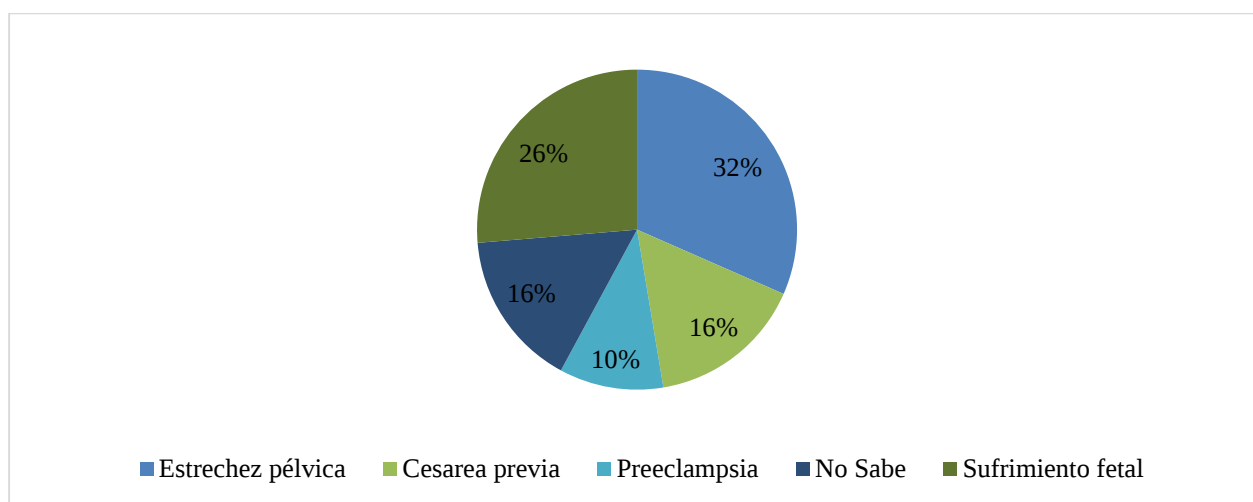
En este sentido, de los 19 partos que se dieron por cesárea, se encuentra que el 43% de

estos se debió a que la mujer presentaba estrechez pélvica¹⁷, un 22% por cesárea previa, el 26% por sufrimiento fetal¹⁸, además, un 10% afirmó haber sufrido preeclampsia¹⁹ y finalmente, un 21% de mujeres encuestadas afirmó que desconocía la razón por la que su parto terminó en cesárea. Frente a este 21%, se puede decir que el hecho que estas mujeres desconocieran su motivo de parto por cesárea constituye una violación de su derecho a la información completa, tanto a ella como a su familia se les debe explicar cada procedimiento a realizar y darle una información completa y veras, esto según los derechos de los pacientes de la institución.

Tal como lo menciona Iribarren (2016) para que la atención sea humanizada, es indispensable que tanto las gestantes como sus parejas tengan la información y el conocimiento necesarios de las posibles opciones disponibles de atención al parto y conozcan los riesgos y beneficios de cada una de ellas, y sean ellos en especial la mujer quien tome las decisiones.

En la misma línea para Wagner citado en Biurrun y Goberna (2013), el parto humanizado es aquel que sitúa a la mujer en el centro y control del proceso para que sea ella, y no el personal sanitario, quien tome las decisiones acerca de lo que sucede. Ver figura 9.

Figura 9. Razón de cesárea



Fuente: Elaboración propia, 2019.

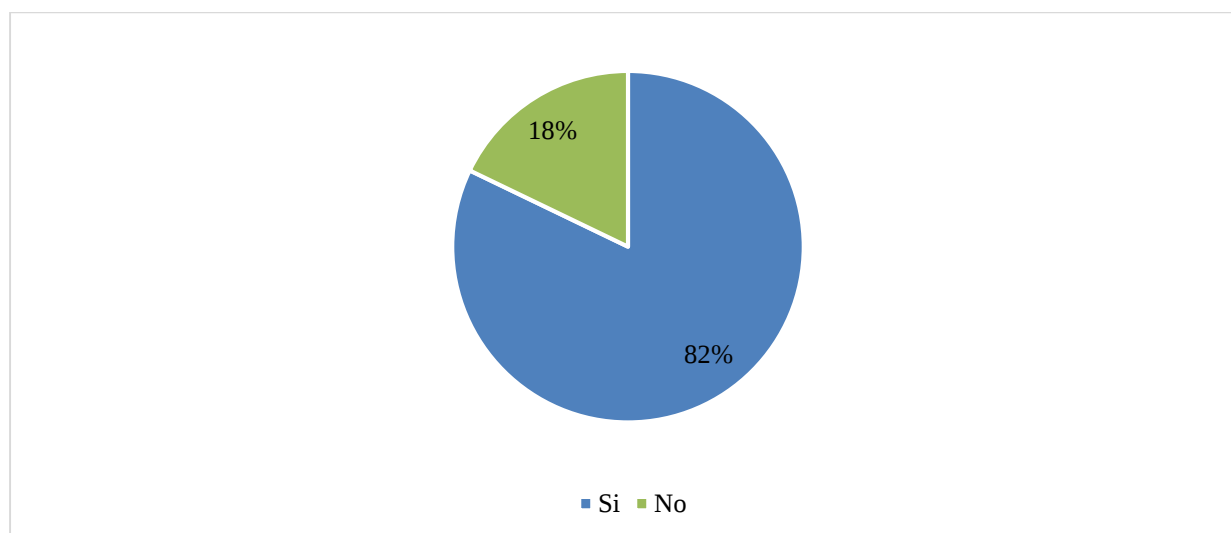
¹⁷ Estrechez pélvica: “Imposibilidad del parto por vía vaginal, cuando el conducto pélvico es insuficiente para permitir el paso del feto” (Vallecillo, Niz y Alvarado, 1975, p.271).

¹⁸ Sufrimiento fetal: Complicación poco frecuente del parto. Se produce, por lo general, cuando el feto no ha recibido suficiente oxígeno, puede ocurrir cuando el embarazo termina demasiado tarde o cuando aparecen complicaciones en el embarazo o el parto (Escobar, 1987).

¹⁹ Preeclampsia: Aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 del embarazo (Cararach y Botet, 2008, p.16).

En cuanto al apoyo emocional por parte del personal asistencial de la institución durante el parto las mujeres encuestadas manifestaron en un 82%, haber recibido apoyo emocional de parte del personal asistencial, mientras que el 18% restante de esta población negó haber recibido este apoyo. Ver figura 10.

Figura 10. Apoyo emocional

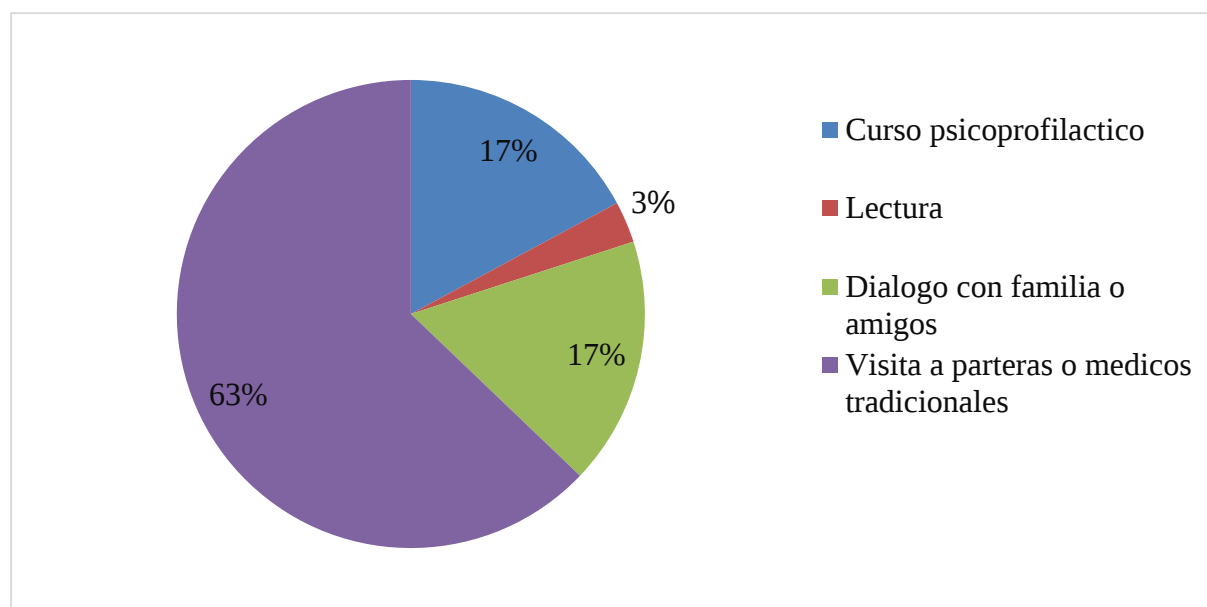


Fuente: elaboración propia, 2019.

Fundamentalmente para que un parto se considere humanizado debe contar con apoyo emocional reconociendo la parte psico – afectiva y emocional de la mujer que está en trabajo de parto. Deben identificarse las unidades de atención obstétrica que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento.

En cuanto la preparación del parto del 100% mujeres encuestadas el 62%, afirmo haber realizado algún tipo de preparación mientras el 38% no realizó ningún tipo de preparación, es así como dentro de las mujeres que si se prepararon, el mayor porcentaje de preparación según lo expresado por esta población fueron las visitas a parteras o médicos tradicionales (63%), continua la realización de un curso psicoprofiláctico²⁰ (17%), otras con diálogos con familiares o amigos, y finalmente un pequeño porcentaje realizaron lecturas preparatorias (3%). Ver figura 11.

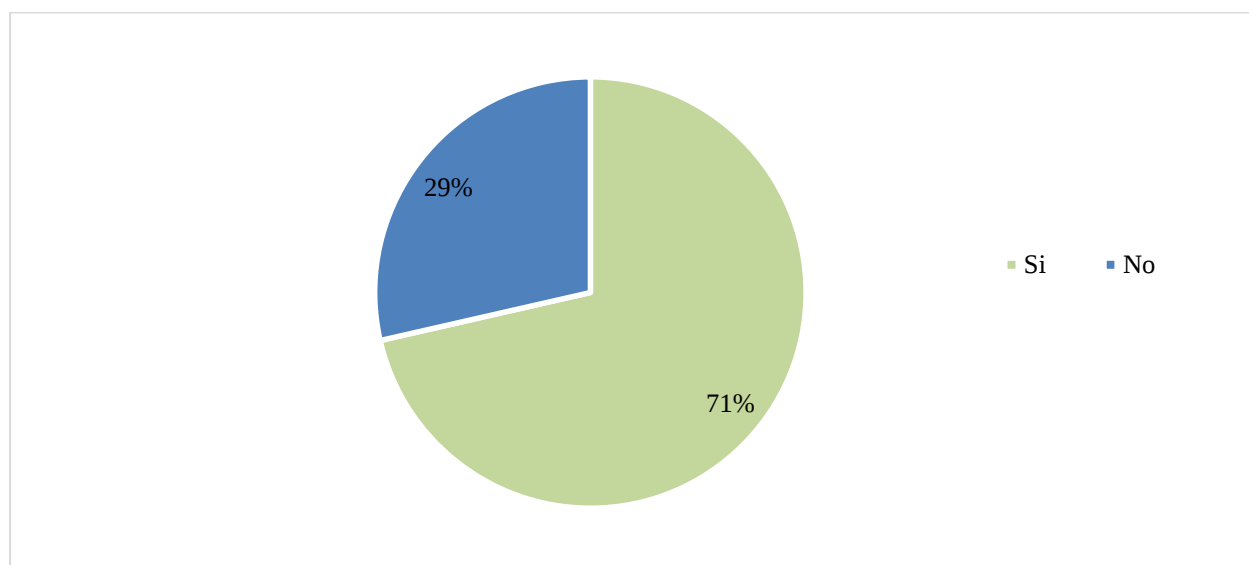
²⁰ Curso psicoprofiláctico: es un tipo de preparación para el parto “el propósito no es evitar el dolor sino ayudar a controlarlo y disminuirlo con técnicas de relajación que se contraponen al estrés y el temor del parto. Partiendo de que el parto no es una condición médica sino un proceso natural, la mujer es capaz de tener control sobre la situación” (Johnson & Johnson de Colombia S.A. , 2019).

Figura 11. Preparación para el parto

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Frente a la preparación del parto la resolución 3280 (2018) ordena a las EPS dar información escrita con el fin que el papeleo para recibir su atención al parto esté preparada, más sin embargo frente a su preparación física no lo exige, aunque existen programas para gestantes en las EPS donde les dan cursos psicoprofilácticos estos no son para todas pues no todas logran acceder debido a las barreras de acceso lo que dificulta su preparación y llegan al parto con miedos y angustias, aun cuando es el segundo parto.

El saludo y presentación por parte del personal asistencial que atiende el parto se dio en un 71% según afirmó la población encuestada mientras que el 29% respondieron negativamente, es decir, el personal asistencial que las atendió no las saludó al momento de darles la atención o no se presentó con su nombre. Ver figura 12.

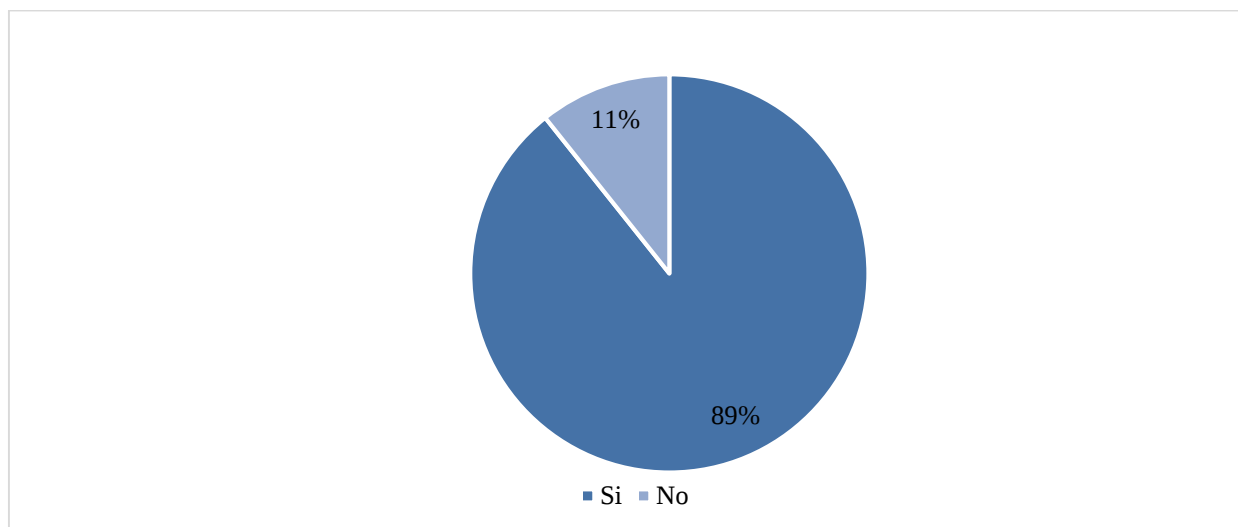
Figura 12. Saludo y presentación del personal asistencial

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Según las contemplaciones de la resolución 3280 para humanizar el parto el saludo y la presentación por parte de los profesionales con las gestantes es fundamental, reconociendo a las mujeres como actores principales, además los profesionales que atienden el trabajo de parto deben colaborar en armonía trabajando como iguales según los planteamientos de Wagner citado en Biurrun & Goberna (2013).

De las mujeres encuestadas el 89% afirmó que el personal asistencial que las atendió durante su trabajo de parto y parto las llamaron por su nombre, mientras el 11% restante respondió que el personal asistencial en ningún momento las llamó por su nombre. Este punto va de la mano del anterior en donde el personal médico debe presentarse, así mismo deben llamar a su paciente por su nombre haciendo más cercana la relación y reconociéndola y reconociendo que tiene voz en el proceso.

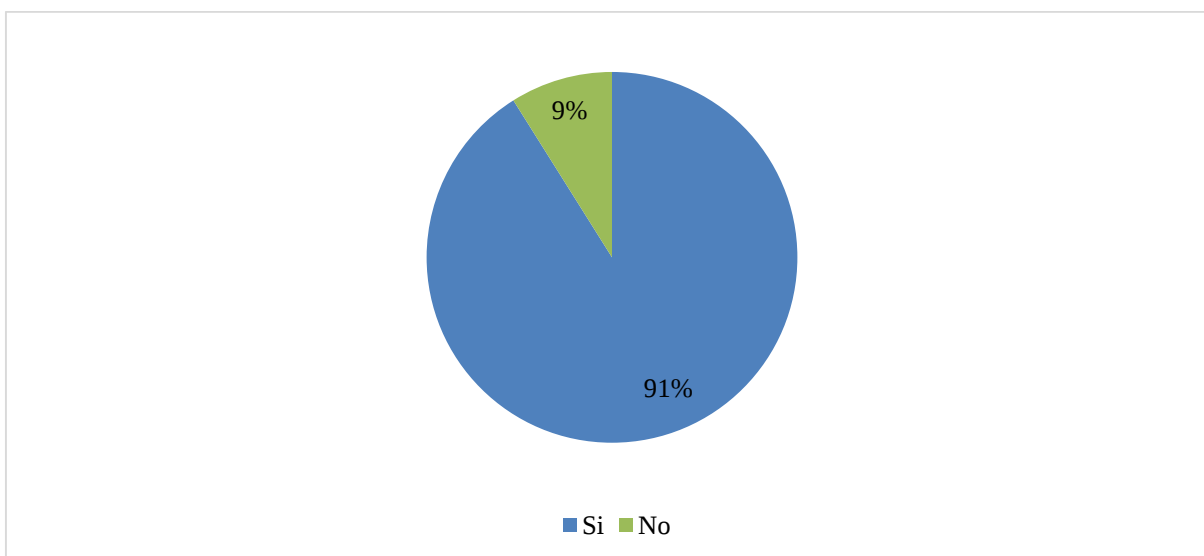
Figura 13. El personal la llamó por su nombre



Fuente: elaboración propia, 2019.

En cuanto al aspecto sobre la información de procedimientos que el personal realizó en cada una de las mujeres encuestadas, el 91% afirmaron que el personal asistencial si les informó sobre los procedimientos que iban a realizarles mientras el 9% respondieron que no se les informó en ningún momento sobre dichos procedimientos. Ver figura 14.

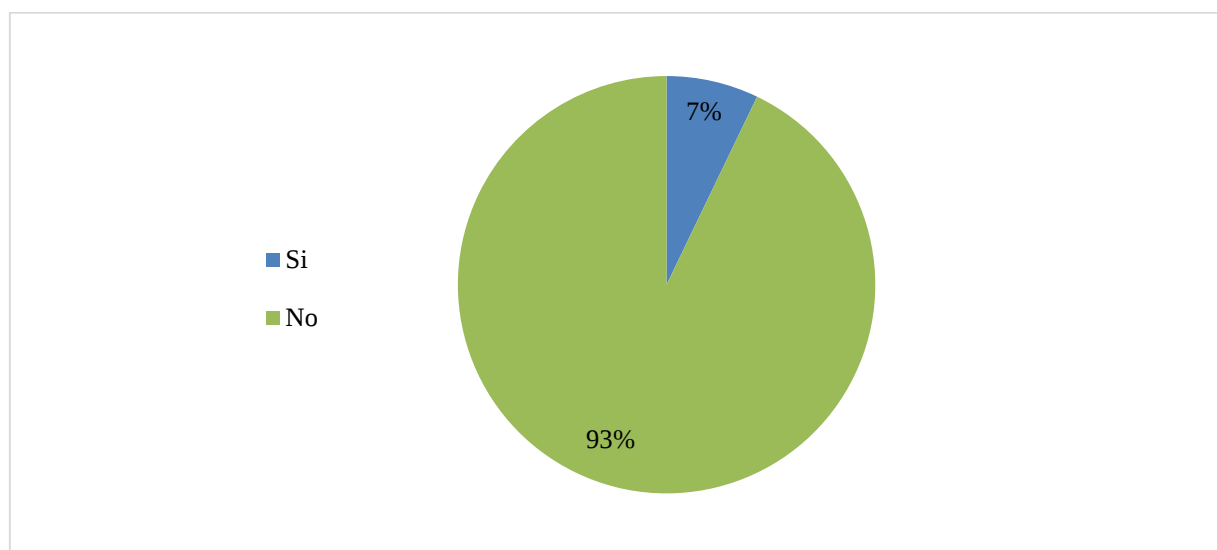
Figura 14. Información de procedimientos



Fuente: elaboración propia, 2019.

En cuanto al acompañamiento por parte de familiares o de su pareja a las mujeres en trabajo de parto, el hospital en el que fueron atendidas no se permite este por norma institucional aunque en casos excepcionales a algunas mujeres se les permite dependiendo las condiciones de la paciente y de la sala de trabajo de parto, es así como el 93% de mujeres negaron haber tenido acompañamiento por parte de familiares o de su pareja y tan solo el 7% se les facilitó tener un acompañante. Ver figura 15.

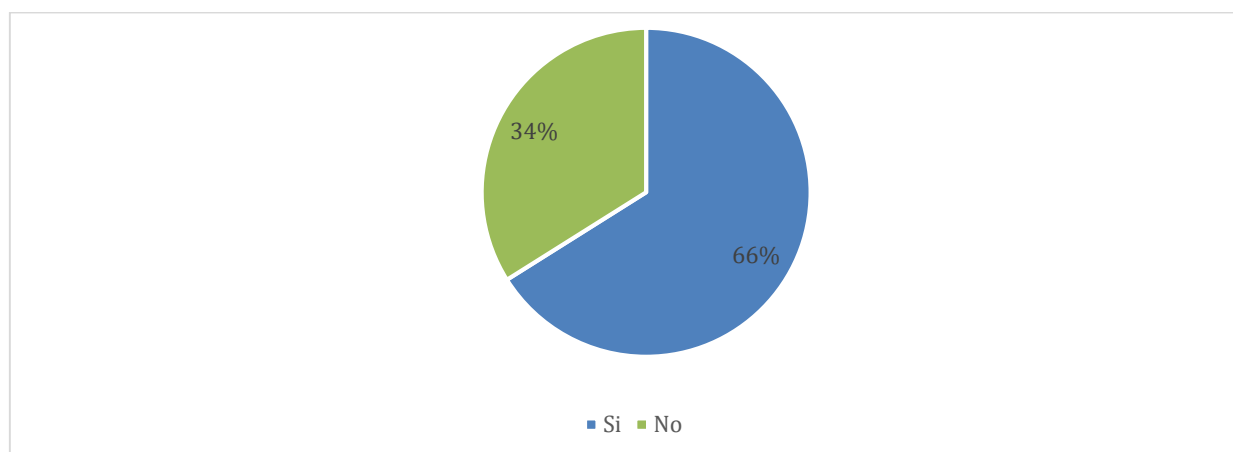
Figura 15. Acompañante durante el parto



Fuente: elaboración propia, 2019.

En cuanto a la comodidad durante el parto, el 66% de mujeres encuestadas afirmaron que sí se sintieron cómodas durante todo el parto mientras el 34% afirmaron no sentirse cómodas.

Así mismo para un parto sea considerado humanizado debe darse la oportunidad de un acompañamiento de preferencia y elección de la gestante, con el fin que le dé el ya mencionado apoyo emocional y le proporcione en gran parte el componente motivacional para llevar a cabo el proceso.

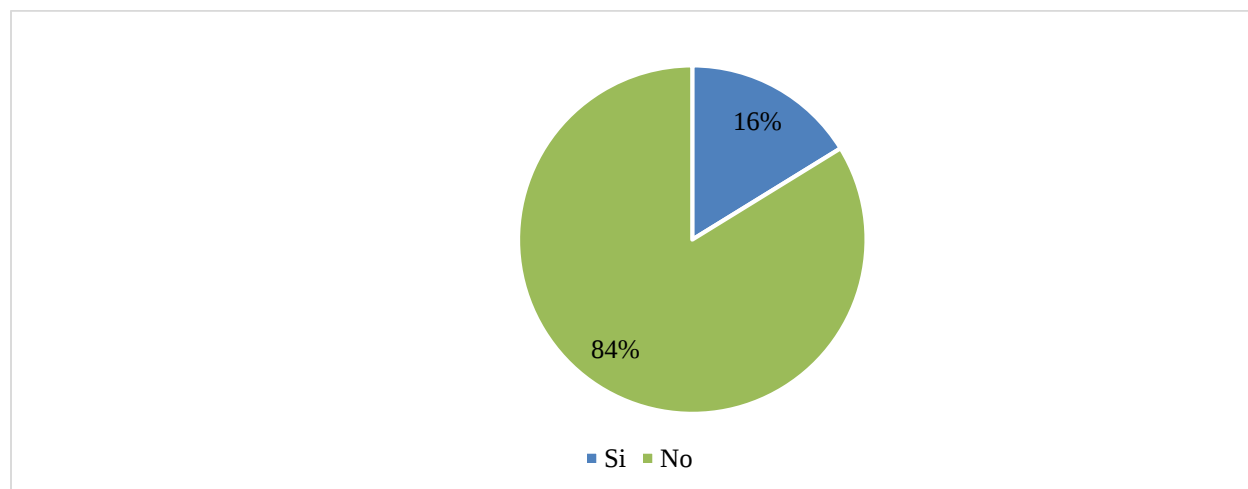
Figura 16. Comodidad en el parto

Fuente: elaboración propia, 2019.

Según la encuesta al 84% de mujeres encuestadas no le hubiera gustado tener otra posición a parte de la horizontal para su parto mientras el 16% de mujeres encuestadas si les hubiese gustado tener otra posición, cabe resaltar que este 16% de mujeres corresponde a un porcentaje de mujeres identificadas con la etnia indígena. A pesar que a la mayoría de las mujeres no les hubiera gustado optar por otra posición, esto en la cultura indígena es de gran valor ya que consideran que para comodidad de la mujer el parto debe darse de pie o de cuclillas.

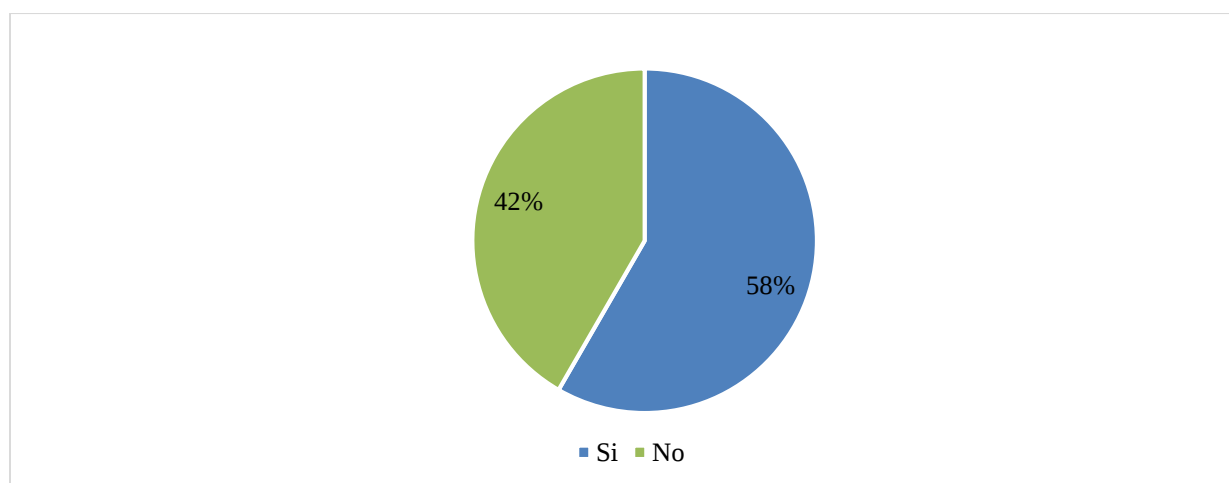
En este sentido, al 84% de mujeres encuestadas no le hubiera gustado tener otra posición a parte de la horizontal para su parto mientras el 16% de mujeres encuestadas si les hubiese gustado tener otra posición, cabe resaltar que este 16% de mujeres corresponde a un porcentaje de las mujeres identificadas con la etnia indígena. La OMS propone que para que haya un parto respetado las parturientas²¹ no deben ser colocadas en posición de litotomía (acostadas boca arriba) durante el trabajo de parto ni el parto; por el contrario, se les debe animar a caminar durante el trabajo de parto y, además, cada mujer está en la libertad de asumir la posición que desee durante el parto; lo cual resulta contradictorio con lo que expresaron las mujeres acerca de la atención de su parto.

²¹ Mujer en trabajo de parto.

Figura 17. Preferencia sobre otra posición durante el parto

Fuente: elaboración propia, 2019.

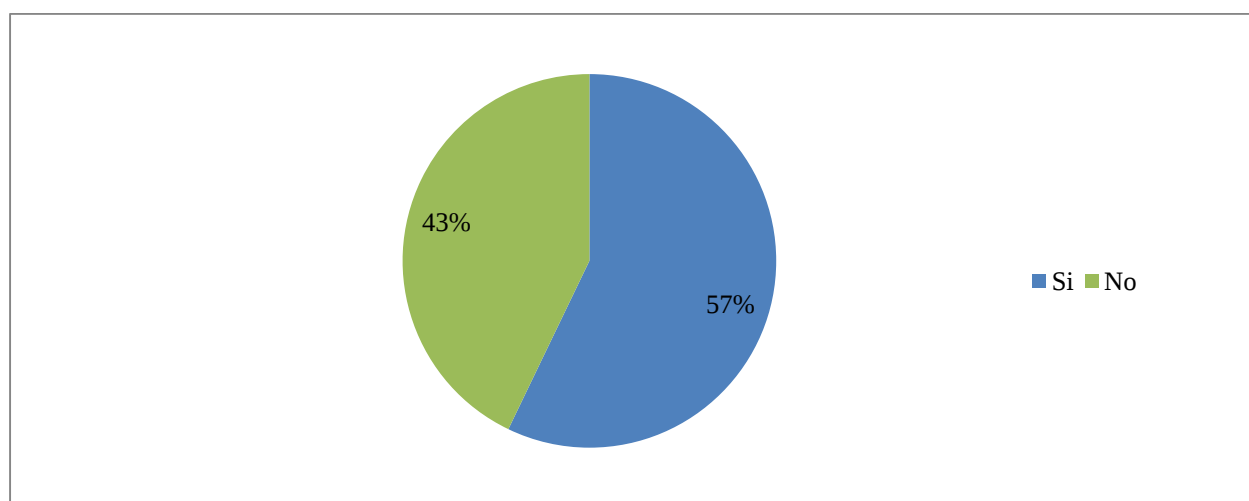
De acuerdo con los datos obtenidos, al 58% de mujeres se les permitió caminar libremente durante su trabajo de parto mientras al 42% de estas no se les permitió por diferentes motivos, entre estos el principal fue que a las mujeres programadas para cesárea no se les permitió ni se les solicitó caminar ya que no era necesario, en contraste con los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y las recomendaciones de la OMS, se puede afirmar que, en efecto, se dio cumplimiento a la recomendación de invitar a la parturienta a caminar libremente durante su trabajo de parto.

Figura 18. Caminar libremente durante el trabajo de parto

Fuente: elaboración propia, 2019.

En cuanto a la oferta de alternativas para el manejo del dolor, la presente encuesta mostró que al 57% de las mujeres encuestadas el personal asistencial les ofreció alternativas para el manejo de su dolor, mientras que el 43% dijeron que no tuvieron esas alternativas. De cierto modo, fue evidente la deshumanización en cuanto al manejo del dolor, puesto que, tanto para el Ministerio de Salud como para la OMS es fundamental que a las mujeres en trabajo de parto se le ofrezcan diferentes alternativas para mitigar el dolor en el parto, deben incluirse tanto alternativas naturales o medicalizadas como la epidural²², en este sentido, es conveniente citar a Iribarren (2016) quien manifiesta que es necesario hacer claridad en que la no tecnificación del parto, por sí sola, no garantiza que la atención al mismo sea humanizada, para ello, es indispensable que tanto las gestantes como sus parejas tengan la información y el conocimiento necesarios de las posibles opciones disponibles de atención al parto y conozcan los riesgos y beneficios de cada una de ellas. Ver figura 19.

Figura 19. Alternativas manejo del dolor



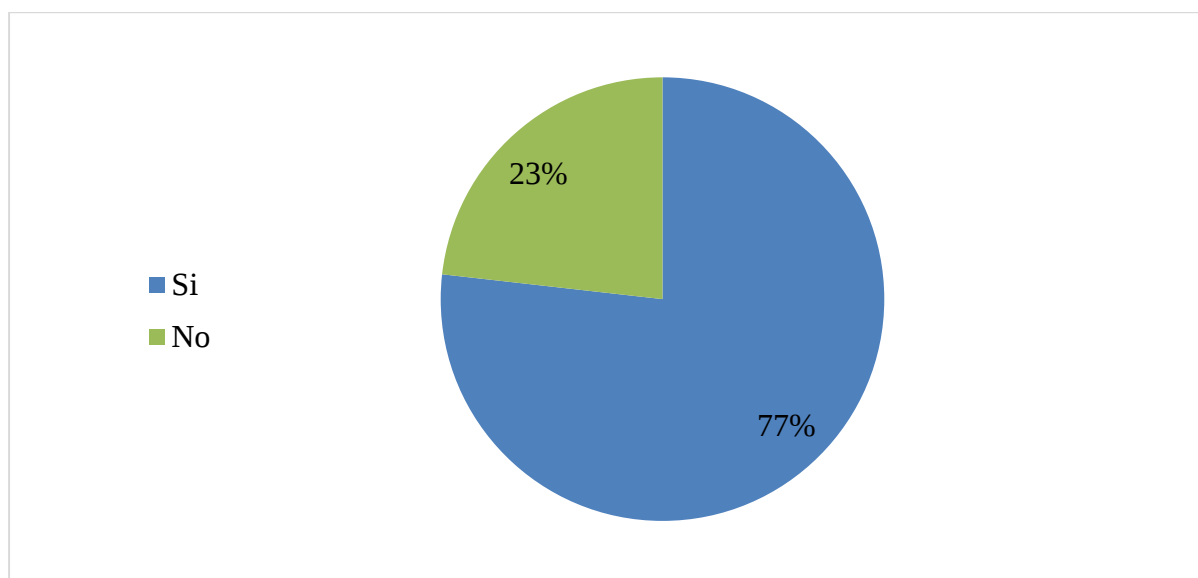
Fuente: elaboración propia, 2019.

En la encuesta el 77% de las mujeres afirmaron que el personal asistencial efectivamente fue cuidadoso al realizarles los procedimientos durante su trabajo de parto por otro lado, solo el 23% de estas afirmaron que no consideraban que estos hayan sido cuidadosos por diferentes motivos manifestados a la hora de realizarles la encuesta, de esta forma, se puede afirmar la

²² La OMS (2018) hace las siguientes recomendaciones según las características y condiciones de cada mujer para el manejo del dolor, “Anestesia peridural para el alivio del dolor, opioides para el alivio del dolor, técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (mindfulness) y otras técnicas o técnicas manuales para el tratamiento del dolor” (p.5)

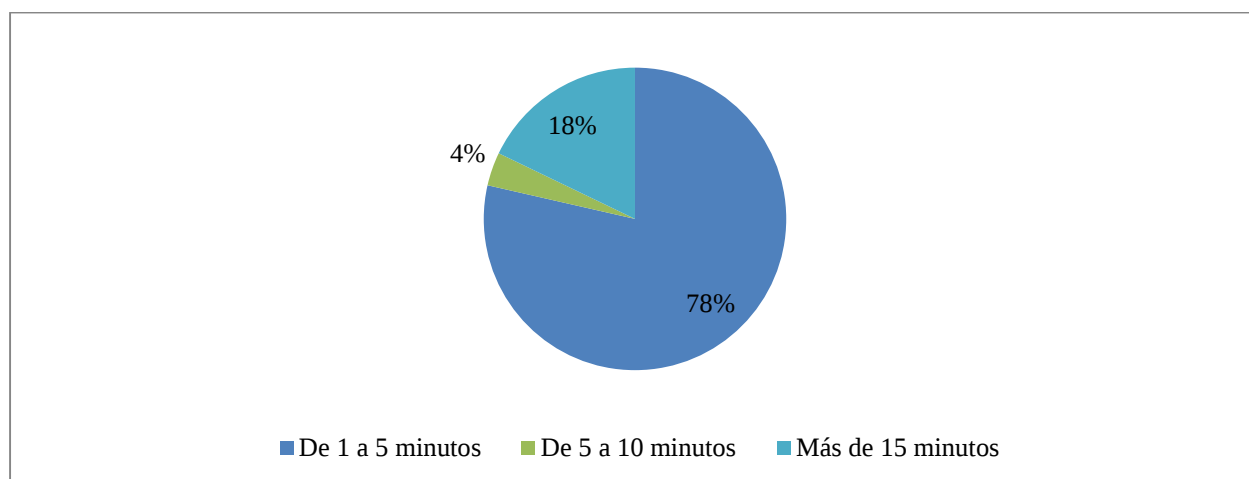
existencia de violencia obstétrica en los casos en que el personal sanitario no fue cuidadoso, entendiendo esta como una violación a los derechos de las mujeres en un contexto obstétrico, expresada en un trato deshumanizado. Ver figura 20.

Figura 20. El personal fue cuidadoso al realizar procedimientos



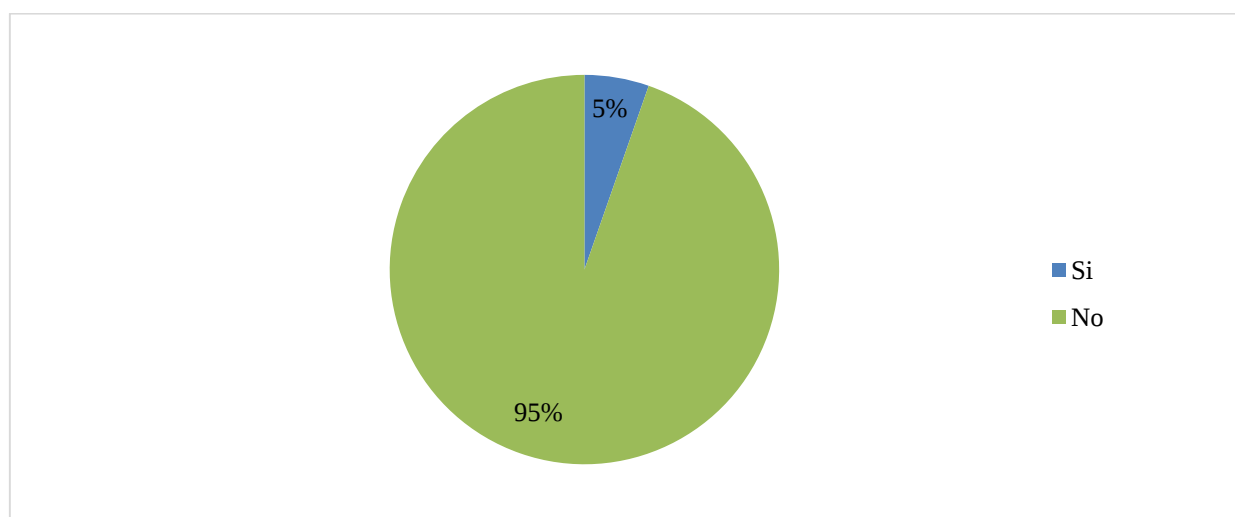
Fuente: elaboración propia, 2019.

En costumbres comunitarias o familiares que tuvieran las mujeres encuestadas y se les haya tenido en cuenta al momento del parto por parte del hospital el 95% afirmó que el hospital no respetó ni indagó acerca de éstas y el 5% afirmó que si le fueron respetadas y tomadas en cuenta sus costumbres al momento del parto. Lo cual, refleja debilidades de la institución en cuando a parto culturalmente respetado, de esta forma, se hizo pertinente citar a Harris (1996) citada en Aragón (2013) quien declara que el parto y el nacimiento humanizado se fundamentan en la valoración del mundo afectivo-emocional de las personas, la consideración de los deseos y necesidades de sus protagonistas: madre, padre, hija o hijo y la libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en uno de los momentos más conmovedores de su historia. Ver figura 21.

Figura 21. Contacto piel a piel

Fuente: elaboración propia, 2019.

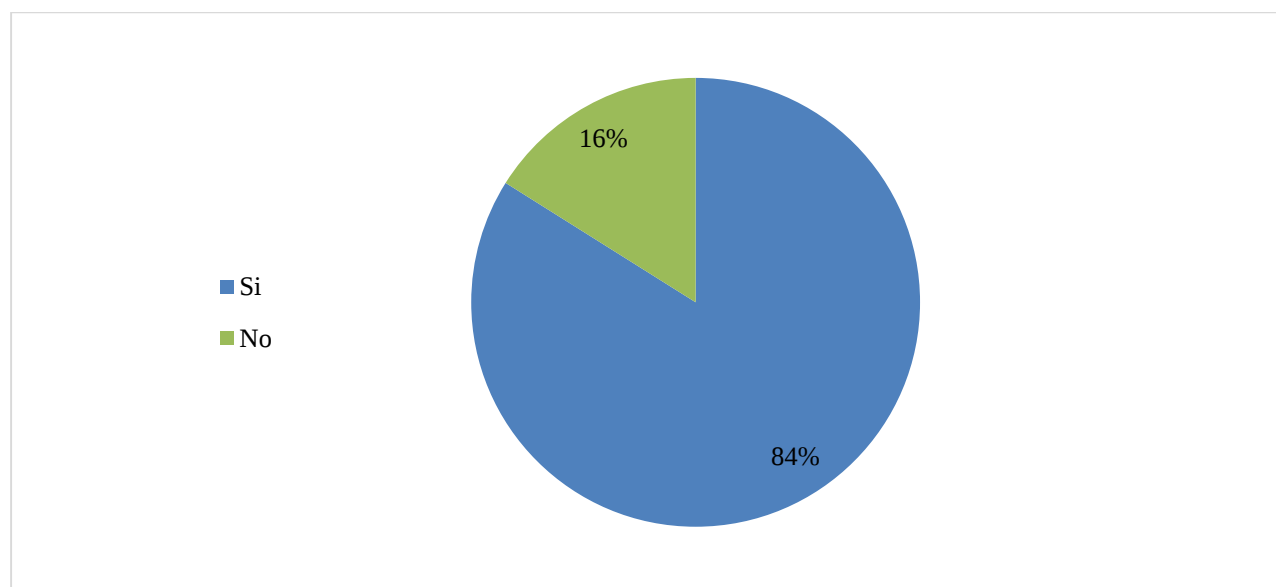
En cuanto al tiempo que transcurrió desde el momento del parto y el momento en que les fue entregado el recién nacido, se puede afirmar que el 78% de las mujeres establecieron contacto piel a piel antes de los primeros 5 minutos después del expulsivo, el 22% restante estableció contacto con el neonato entre 5 minutos o más; en este sentido, la OMS (2018) plantea que el neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permite el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido sano justifica la separación de la madre, lo que indica que, en este ítem se cumplió el no separar al binomio madre-hijo. Ver figura 22.

Figura 22. Costumbres comunitarias o familiares

Fuente: elaboración propia, 2019.

Para finalizar el 84% de las mujeres encuestadas afirmaron que el personal asistencial les dio recomendaciones para su cuidado y el de su bebé en casa mientras que el 16% afirmaron que no se les indicó ningún tipo de recomendación o paso a seguir durante el tiempo que estuvieron en la institución. Ver figura 23.

Figura 23. Recomendaciones para el cuidado en casa



Fuente: elaboración propia, 2019.

Además, se encontró que el 77% de las mujeres que afirmaron sentirse identificadas con la etnia indígena, durante su embarazo visitaron una o más veces a parteras o médicos tradicionales para revisar el progreso de su embarazo, el 23% restante realizó otro tipo de preparación para su parto, además, una de las mujeres que se identificó como afrodescendiente también visitó a parteras durante su embarazo; es decir, las mujeres que realizaron visitas a parteras o médicos tradicionales, se identifican con los grupos étnicos afrodescendiente e indígena; en cambio, de las mujeres que se identificaron como mestizas el 50% declaró haber realizado algún tipo de preparación para su parto, dicha preparación, se distribuye de la siguiente manera, un 40% realizó diálogo con familiares y amigos, un 20% lectura, y el 40% restante asistió a cursos psicoprofilácticos durante su embarazo; finalmente, el 50% de las mujeres que afirmó no pertenecer a ninguna etnia, realizó como parte de su preparación para el parto, diálogo con familiares o amigos.

Tabla 2. Tipo de preparación para el parto – etnia

Tipo de preparación para el parto – Etnia.	Indígena	Afrodescendientes	Mestiza	Ninguna autoidentificación étnica
Diálogo con familiares o amigos	23%	16%	40%	50%
Visita a parteras o médico tradicional	77%	16%	0%	0%
Curso psicoprofiláctico	0%	68%	40%	50%
Lectura	0%	0%	20%	0%

Fuente: Elaboración propia, 2019.

En síntesis, las mujeres que participaron en esta investigación son mujeres jóvenes las cuales se encuentran en un rango de edad entre los 14 y los 37 años, es de gran importancia resaltar que las mismas no cuentan con un empleo remunerado, ya que se dedican a realizar labores domésticas, en su mayoría las informantes que permitieron hacer posible este proceso viven en unión libre y tienen entre 1 y 7 hijos, los cuales en mayor medida se autoidentifican con la etnia indígena y un pequeño porcentaje que no se identifica con ninguna etnia, finalmente, estas se distribuyen entre 12 de los 13 municipios del Norte del Cauca. Refiriéndose a las generalidades del embarazo y parto de las mujeres que participaron se puede decir que, hubo un alto porcentaje de cesáreas al igual que en las cifras a nivel nacional, la razón de la cesárea fue información que no todas las parturientas tuvieron claras y esto si se evalúa según los derechos de los pacientes es una falla, el acompañamiento en trabajo de parto y en el parto por parte de familiares o personas de confianza es nulo, aun el acompañamiento que brinda la institución es insuficiente según las mujeres entrevistadas, en cuanto a las normas básicas de atención como el saludo, presentación del personal y llamar por su nombre a las pacientes si se cumplió, aunque es de anotar que hubo unos cuantos aspectos de humanización presentes en las atenciones, la mayoría de estos no se vieron reflejados en las respuestas de las puérperas.

6.3 Percepción acerca del parto que tienen las puérperas de acuerdo a su identificación étnica como mujer indígena o afrodescendiente.

Con el fin de lograr el objetivo de comprender la incidencia que puede tener o no la identidad cultural de una mujer afrodescendiente o indígena sobre su percepción acerca del embarazo, parto y puerperio, requirió profundizar en el reconocimiento de las percepciones que tienen estas mujeres acerca de los mismos (embarazo, parto, puerperio), dado lo anterior, se planteó la categoría percepciones, ante la cual, las mujeres entrevistadas manifestaron los significados, las ideas y sentimientos conceptos inmersos en la percepción que se hicieron presentes en los procesos de embarazo, parto y puerperio, también se abordó la posibilidad de haber percibido violencia obstétrica durante las atenciones recibidas en el hospital donde tuvieron su parto:

6.3.1 Significados

La percepción es el proceso en el que las personas organizan e interpretan las impresiones de sus sentidos con objeto de asignar un significado a su entorno. Sin embargo, lo que un individuo percibe, puede ser distinto y/o alejado de la realidad objetiva (Robbins & Judge, 2009). La percepción contiene un componente subjetivo determinado que permite que los sujetos puedan elaborar e interpretar las diferentes situaciones del entorno social en el que se encuentran inmersos, es así, como las mujeres indígenas y afrodescendientes que participaron en la investigación, le otorgan significados al embarazo y todo lo relacionado con este, lo que puede observarse en los hallazgos que se presentarán a lo largo de este capítulo.

En este sentido, el embarazo fue visto como un tema de suma importancia para ambas etnias, puesto que lo consideraron algo especial dentro del ciclo vital de una mujer ya que es el inicio de una nueva vida. Cabe resaltar que para las mujeres autoidentificadas como indígenas la percepción sobre el embarazo se articula a la cosmovisión que sobre este existe en su comunidad; para ellas, el embarazo tiene un gran significado porque represente a la “madre tierra”, una de las entrevistadas afirmó: *“Pues creo que el embarazo siempre está representado en todo lo que nosotros hacemos y creemos está representado en la tierra, es algo muy especial, muy hermoso, es algo muy bonito tener los hijos de uno”* (Entrevistada No. 3, comunicación personal, 2019).

A partir de lo anterior, es preciso entender que, en la cosmovisión indígena, cada uno de los ciclos vitales del ser humano, tiene un significado espiritual y místico, conectado a las fuerzas de la naturaleza, encauzado a lograr un equilibrio corporal-psíquico-espiritual, para el buen desarrollo y desenlace de estos periodos (Muñoz, Castro, Castro, Chávez, & Ortega, 2012), de allí viene la relación del embarazo que establecieron estas mujeres entre dar paso a la creación de una nueva vida con la madre tierra.

En cuanto a la comunidad afrodescendiente, según lo expresaron las mujeres entrevistadas, se asignó un significado al aborto, dado desde la moralidad, para ellas *“después de que esté fecundado pues ya es una vida y hay que cuidarlo y quererlo, no acudir al aborto porque eso es pecado”* (Entrevistada No. 5, comunicación personal, 2019). Estas palabras fueron expresadas por una mujer quien se identificó como afrodescendiente, se puede evidenciar tanto el significado que le otorgan las mujeres indígenas al embarazo desde su cosmovisión y cultura, como el significado que le otorgan las mujeres afrodescendientes a la interrupción de este proceso visto desde un marco religioso.

Es importante considerar el origen de los significados, es posible evidenciar que se halla en las nuevas conexiones que el hombre establece a partir de los signos según Vygotsky (1960), citado en Arcila, Mendoza, Jaramillo & Cañón (2010). Como se puede observar, los signos cumplen un papel fundamental para la comprensión de los significados. Estos surgen en la cultura, para que el hombre se apropie de ellos y le permitan, inicialmente, entrar en contacto con el mundo subjetivo de los otros, influir en ellos y luego en sí mismo, visto de esa manera se puede deducir que los significados de las mujeres indígenas y afrodescendientes entrevistadas fueron aprendidos durante su vida en sus comunidades.

Así, esos significados que las mujeres que participaron en la investigación le otorgaron al embarazo, parto, puerperio y al aborto, son desarrollados a partir de una serie de pautas culturales o ideológicas aprendidas desde la infancia, además, son dados por el medio que les rodea, es decir, la familia y la comunidad.

Desde Blúmer (1937) citado en Díez (2010), se puede comprender el anterior hallazgo, porque él afirma que la conducta de las personas se encuentra vinculada al significado que tengan las cosas, lo que significan las cosas para el sujeto va a depender de su interacción social con

otros actores de su entorno y, en definitiva, de los significados aprendidos en su experiencia social interactiva.

Es así como los grupos humanos a través de pautas culturales e ideológicas dan significado y valores a las sensaciones, estructurando de esta forma la visión de la realidad, al tiempo que conforman las evidencias sobre el mundo, de modo que la información del ambiente se recoge y elabora mediante filtros aprendidos desde la infancia y permite interactuar adecuadamente según las condiciones del medio físico y social (Melgarejo, 1994).

6.3.2 Ideas

Dado que en la percepción influyen las ideas, estas expresadas como representaciones mentales según el Diccionario de filosofía contemporánea (1976), las representaciones que las personas tienen acerca de los diversos fenómenos que ocurren en este caso los fenómenos como el embarazo, parto y puerperio; fenómenos naturales en la vida de una mujer, de esta forma, se encontró en los relatos de las mujeres autoidentificadas como afrodescendientes que *“la edad porque para ellos no es igual, para algunas personas de mi comunidad es diferente su percepción si la persona que está en embarazo tiene una edad de 19 años a diferencia de las que son madres a los 13 o una persona que tiene 26 a la que tiene 15 o 16 ya porque se considera que es una temprana edad así que su percepción gira mucho de acuerdo a la edad”*, además que *“el factor económico influye, porque es diferente como cuando la persona está en una condición económica y es el primer bebe como cuando ya está lleno de hijos tiene 3 o 4 hijos y ya el otro es el 5 o 4 uyy no pues ya la percepción acerca de ese embarazo es diferente a como si fuese el primer niño o la primera niña”* (Entrevistada No. 1, comunicación personal, 2019).

En síntesis, para ser madre se debe contar con una determinada edad, su estado civil debe ser casada o vivir en unión libre con el padre del bebé en gestación, no debe tener más de 1 o 2 hijos antes de su embarazo y por último su situación económica debe ser buena, esto quiere decir que la pareja que espera el bebé debe tener ingresos suficientes que le permitan cubrir los gastos concernientes al embarazo y parto, estas ideas representan los factores más importantes en el momento de asumir la percepción acerca de un embarazo.

Las mujeres partícipes expresaron que, para poder tener hijos, es necesario poseer una estabilidad económica, así como una edad adecuada para tener hijos que es a partir de los 18 o 19 años de edad, además, de esto, tener un hogar previamente establecido es decir que sea una pareja estable; finalmente, la cantidad de hijos que ya se tienen también influye en la percepción, puesto que para ellas, mientras mayor sea la cantidad de hijos tenga una mujer, menos posibilidades de darles una buena calidad de vida tienen.

El hecho que existan ideas en este caso los factores que modifiquen la percepción que tuvieron las mujeres entrevistadas acerca del embarazo, se relaciona de manera directa con la forma en que ordenan clasifican y elaboran los estímulos que reciben del exterior, tal como lo propone (Arias, 2006). A partir de referentes aprendidos, se conforman evidencias mediante las cuales las sensaciones adquieren significado al ser interpretadas e identificadas como las características de las cosas, de acuerdo con las sensaciones de objetos o eventos conocidos con anterioridad. Este proceso de formación de estructuras perceptuales se hace a través del aprendizaje mediante la socialización del individuo en el grupo del que forma parte, de manera implícita y simbólica, en donde median las pautas ideológicas y culturales de la sociedad.

Frente a la edad propicia para tener hijos, también es pertinente resaltar lo que manifestó una de las mujeres indígenas entrevistadas, quien imaginaba que no iba a tener apoyo para su embarazo en su comunidad y familia debido a su avanzada edad, porque era una mujer madura, separada de su primer esposo y con un hijo, es así como por su edad ella no consideraba la idea de un embarazo, esta mujer indígena sintió vergüenza y preocupación por el “qué dirán”. Así como la edad influye en la percepción de un embarazo según las mujeres autoidentificadas como indígenas, es un aspecto que también influye en la percepción de un embarazo según una de estas mujeres indígenas, ya que consideraba que su edad ya era avanzada, en el final en su relato todos sus imaginarios o ideas acerca de la edad se derrumbaron al contar con el apoyo de su familia y personas cercanas quienes se lo dieron sin recalcar su edad.

Por otro lado, para las mujeres indígenas entrevistadas el parto en casa tiene un significado especial, incluso, algunas de ellas esperaban tener su parto en la comodidad de su hogar, con el acompañamiento de parteras o médicos tradicionales, pero dada la situación de salud en que se encontraban debieron recurrir a la institución prestadora de servicios de salud, incluso contando con el acompañamiento de la partera, pero definitivamente hubiera sido mucho

mejor en casa, así lo afirmó una de las mujeres indígenas entrevistadas, quien durante su embarazo contó con el acompañamiento de una partera de su comunidad, quien además la preparó para el parto y en vista de los riesgos y complicaciones que tuvo en su anterior parto, le recomendó tener su parto en un hospital.

Afirma una mujer indígena que *“el parto debe ser en casa con una partera, así es más propio y se le pueden hacer los baños al bebé porque allá cuando nace un bebé se le hacen unos baños con ciertas plantas para que el niño sea fuerte para que el niño no se enferme ya gira mucho entorno a eso”, claro que eso ya se está perdiendo porque ahora todo es en el hospital* (Entrevistada No. 4, comunicación personal, 2019).

Intentando mostrar que ellos como parte de la comunidad indígena Nasa tienen su manera de traer los niños al mundo, aunque sea poco practicada actualmente, ya que por diversos motivos han sido reemplazadas por los modelos occidentales de salud. Es así como aunque en las mujeres indígenas se hizo evidente su preferencia por el parto en casa, terminaron dando a luz dentro de una institución prestadora de servicios de salud, esto demuestra que aunque estas mujeres tengan interiorizadas estas creencias y tradiciones, existe cierto temor en ellas por las complicaciones que se puedan presentar si tienen su parto en la casa; por consiguiente, terminan asistiendo a instituciones de salud, esto para ellas, significa la seguridad de que allí podrían atenderle más fácilmente una complicación que para una partera tradicional le sería difícil pues no cuenta con las herramientas y la tecnología para hacerlo.

En este orden de ideas, se puede afirmar que existe un creciente rompimiento de las comunidades afrodescendientes e indígenas con la medicina tradicional en especial con el ejercicio de la partería; en cambio se evidenció un notable acogimiento a la medicina occidental por la confianza que esta les ofrece en sus procedimientos en la atención del parto, atención que cuenta con avances en tecnología y medicalización que permiten ofrecer seguridad en cuanto a la vida del binomio madre e hijo/a; no obstante, a partir de la narrativa de las entrevistadas se logró vislumbrar un apego o deseo por mantener ciertas costumbres o tradiciones para el cuidado y atención del parto; cabe resaltar que dicho rompimiento fue más notorio en las mujeres pertenecientes a la etnia afrodescendiente que en las mujeres indígenas.

Las mujeres indígenas coincidieron, en que un parto en casa con la atención de una partera y la compañía de sus seres queridos, sería sin duda su mejor opción, estas lo consideran como algo que se encuentra, más conforme a su cosmovisión, dado que, en casa pueden realizarse masajes para aliviar el dolor, tener una posición más cómoda, por ejemplo, prendidas de un lazo, para ellas, es esencial llevar a cabo sus tradiciones como realizarle los baños con hierbas al recién nacido y en el hospital todo esto no se les permite; dado lo anterior, se puede establecer que sin lugar a dudas, para ellas el escenario ideal para su parto sería donde sus saberes ancestrales se incorporen con los saberes occidentales.

Tal y como lo propone Harris (1996) citada en Aragón (2013), el parto y el nacimiento humanizado indudablemente se fundamenta en la valoración que se le da al mundo afectivo-emocional de las personas, la consideración a sus deseos y/o necesidades de sus protagonistas: madre, padre, hija o hijo y la libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en uno de los momentos más conmovedores de su historia. En este sentido, a través del relato de la entrevistada y la postura del autor, se pudo determinar lo que significa para una mujer indígena un parto desde una lógica de atención humanizada.

Así es como se llega a la conclusión según lo escuchado por las mujeres entrevistadas que para llevar a cabo la idea de que el parto se dé dentro de una institución prestadora de servicios de salud (hospital), para las mujeres de ambas etnias, sería primordial el acompañamiento permanente tanto del personal asistencial de la institución como también la de un familiar o una persona cercana, en el caso de las mujeres pertenecientes a la etnia indígena, lo ideal es que la acompañante sea una partera o una persona que les sirva de apoyo emocional durante el parto así fue como una de estas mujeres lo propuso durante su entrevista.

Entre las mujeres afrodescendientes e indígenas se establecieron expectativas diversas respecto a cómo sería su parto, dado que, en el caso de las mujeres afro, desde el inicio de su embarazo, se planteaban su parto natural pero dentro de una institución hospitalaria, con la supervisión de un personal de salud, una de ellas expreso *“desde el principio me lo imaginé en el hospital y me dijeron que iba a ser natural, realmente no pensé en ninguna otra parte, porque sentía seguridad en el hospital y de pronto fuera a correr peligro, además eso es algo que ya ha cambiado mucho pues ahora es muy diferente que hace 50 años cuando las parteras se utilizaban y también el apoyo de las mayores”* (Entrevista No. 1, comunicación personal, 2019).

Es así como con el relato de esta mujer afrodescendiente evidencia rompimiento con la atención tradicional del parto, un parto en casa atendido por una comadrona o partera y una considerable adaptación a los nuevos modelos de atención al parto que ofrece el sistema de salud occidental.

Entre las mujeres partícipes pertenecientes a la etnia indígena se hallaron expectativas diversas, por un lado, una de ellas mencionó que prefería que su parto fuera en el hospital, porque aunque ella confiaba en los conocimientos de la partera, sentía miedo de que hubiera una complicación como en su anterior parto; las demás, por el contrario preferían un parto en casa, pero dadas sus condiciones de salud decidieron ir a la institución prestadora de servicios de salud, sin embargo, entre sus expectativas estaban, contar con un familiar que les ayudara y acompañara ya que les generaba tranquilidad, también, porque el personal asistencial de la institución les puede observar de manera constante; es decir, para las mujeres indígenas, el parto en casa representa un aspecto importante entre sus tradiciones, aunque por diversas razones, deben recibir atención en una institución de salud, es primordial el acompañamiento de una persona de confianza.

En este sentido, Wagner citado en Biurrun y Goberna (2013), propone como parto humanizado a aquel donde se sitúa a la parturienta en el centro y control del proceso para que sea ella, y no el personal sanitario, quien tome las decisiones acerca de lo que sucede, cabe resaltar que la toma de decisiones no se refiere a la no intervención del personal asistencial, sino más bien a que se informe a la mujer todas las opciones que tiene para llevar a cabo su parto, entre ellas la posición en la cual parir o si desea tener un acompañante; también, se debe propiciar el respeto, comunicación entre el personal de salud, la gestante y su familia.

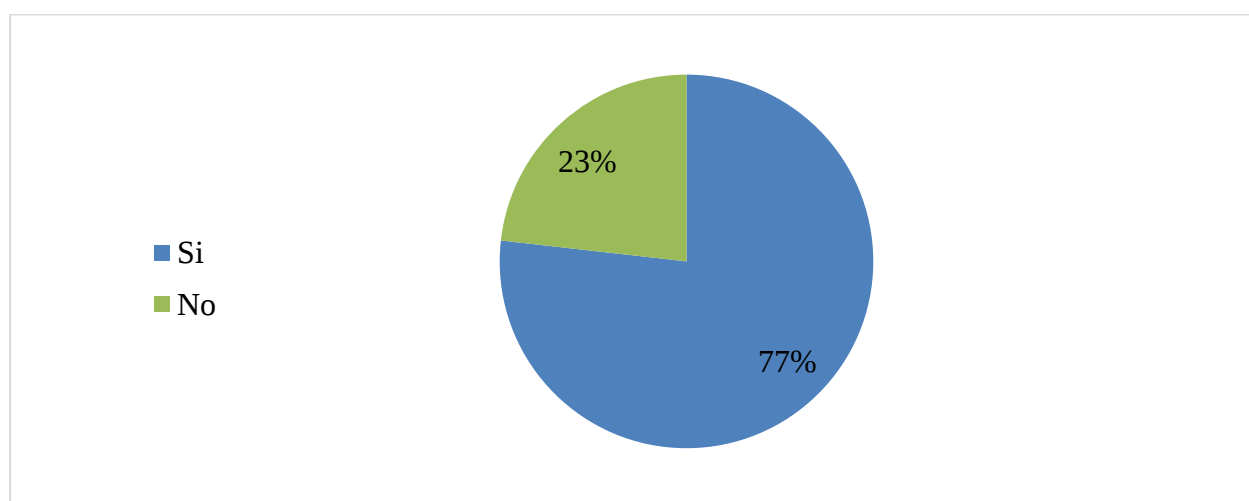
6.3.3 Violencia obstétrica

Por otra parte, las mujeres percibieron violencia en la atención intrahospitalaria, esta es vista desde diferentes puntos, uno de ellos es la falta de tacto al realizar procedimientos a las pacientes, algunas mujeres indican que los ginecólogos al momento de realizar tactos vaginales son demasiado bruscos, a tal punto de producirse dolores o sangrados, además la frecuencia con la que estos se realizan, para ellas es exagerada, lo cual, se relaciona de manera directa con la violencia obstétrica, dado que esta tiene que ver con las diversas prácticas que degradan,

intimidan y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y postparto” (Arguedas, 2014, p. 147)

En este sentido, para Butler (2007), la violencia obstétrica, se encuentra inmersa dentro de una lógica de opresión hacia las mujeres, dicha lógica es reconocible dentro de la estructura universal o hegemónica del patriarcado o de la dominación masculina. Es decir, universalmente se reconoce una sociedad patriarcal donde se oprime a las mujeres en todos los ámbitos de su vida (económica, política y social). Lo expresado anteriormente reafirma uno de los hallazgos obtenidos con la encuesta, donde el 23% de mujeres encuestadas manifestó que el personal asistencial no era cuidadoso en el momento de realizar ciertos procedimientos, como un tacto vaginal o la atención del parto. Ver figura 24.

Figura 24. Cuidado del personal al realizar los procedimientos



Fuente: elaboración propia, 2019.

Asimismo, dentro de los relatos de algunas entrevistadas, se logró evidenciar, que no se sintieron atendidas de manera humanizada porque se les dejó solas llevando el trabajo de parto, lo que puede desencadenar complicaciones; Wagner citado en Biurrun y Goberna (2013), proponen que en un parto llevado a cabo desde el sentido de la humanización se debe situar a la mujer en el centro y control del proceso para que sea ella, y no el personal sanitario, quien tome las decisiones acerca de lo que sucede.

Rosario Pechené, una de las entrevistadas, afirmó que el trabajo de parto en el hospital fue duro para ella desde el momento en que le indujeron el parto y la ingresaron a la sala de trabajo de parto, donde los médicos y las enfermeras entraban de vez en cuando, la revisaban y volvían a salir, manifestando que todavía le faltaba, incluso la dejaron sola durante un lapso de tiempo considerable y en una sola posición, en medio del cansancio, decidió cambiar su posición y *es ahí cuando siente que su bebé estaba naciendo una de ellas relato lo que le sucedió “... ahí fue cuando yo sentí algo impresionante porque yo no tuve dolores fuertes y en uno solo yo sentí que la niña se me fue y hay ya cuando pegue el grito naturalmente ya no estaba la postura que debía estar porque ya estaba cansada ella ya había sacado la cabecita yo estaba sola cuando yo grité la enfermera y vio que tenía la cabeza afuera mal en una postura mal me movía y la podía apretar y asfixiar y en ese momento, yo tenía una pierna sobre la otra yo no podía sostener la pierna y ella ya tenía la cabeza afuera, entonces ya cuando vino la doctora y ella me decía voltéese y yo le decía pero no puedo y ella me decía ayúdese pero yo ya no podía estaba agotada de tanto esperar, cuando la sacaron a ella gracias a Dios estaba viva apenas la pusieron en mi estómago ella hizo deposición o sea un poquito más”* (Entrevistada #2, conversación personal, 2019).

El relato anterior puede interpretarse como un escenario donde existió violencia obstétrica, está representada en la negligencia por parte del personal asistencial hacia la paciente, esta es una característica propia de la violencia obstétrica, al dejar sola a la mujer mencionada durante un lapso de tiempo cuando ella se encontraba en trabajo de parto, a tal grado que en el inicio del expulsivo no tuvo ningún tipo de acompañamiento; en este sentido Osorio (1994) citado en Martínez (2011), la define como una práctica médica de descuido y desatención, que se da de manera voluntaria y que pone en riesgo la vida de la paciente y en este caso, representó también un riesgo para el feto.

Es conveniente señalar que indudablemente el surgimiento de la violencia obstétrica constituye una auténtica violación a los Derechos Humanos, además, como manifestación de la violencia de género contra las mujeres como desde el enfoque del derecho a la protección de la salud como un derecho humano (Villaverde, citado en Al Adib y otros, 2017). Asimismo, la violencia obstétrica deja entrever la inherente deshumanización en la atención del parto.

Ahora, para finalizar es preciso reflejar que, aunque las etnias indígena y afrodescendiente, son diferentes en su cosmovisión y dinámicas sociales se evidenciaron puntos de encuentro en sus tradiciones y en la forma en que ellas creen que se debe llevar el embarazo y cómo debe ser el parto.

Dentro de las tradiciones se ubicaron los cuidados ancestrales que para ambas comunidades debe tener la mujer durante el embarazo y el puerperio, también, tanto la comunidad indígena como la afrodescendiente, coincidieron en la práctica de la partería o la medicina tradicional para el cuidado del embarazo, en ocasiones el feto se encaja y son las parteras las encargadas de acomodarlo en la matriz nuevamente para que el parto se lleve en las mejores condiciones posibles, además, estas pueden preparar a una mujer para que su parto sea natural y no por cesárea.

En el caso de las indígenas (Nasa), las creencias con respecto al embarazo están relacionadas con la luna y el sol: deben cuidarse de los eclipses porque el bebé se puede morir, las mujeres no pueden tomar el sol cuando este se encuentra en su punto más alto porque se afectan los ojos del bebé, tampoco pueden mirar la luna, porque en algunas fases puede ocasionar la preeclampsia que ellas denominan hinchazón. Los baños con hierbas en esta etapa son parte de los rituales del embarazo para contrarrestar los fríos y los calores.

Durante el parto si la persona que lo atiende tiene la menstruación o tiene frío, esto repercute en la salud del bebé y de inmediato se debe hacer algún ritual para protegerlo. Una vez nace el bebé se somete a baños con plantas para que sea fuerte y no se enferme.

Después del parto se hace el ritual, la placenta se siembra porque ellos creen que cada vez que se pierde una parte sagrada amerita una celebración especial para que el cuerpo no quede en riesgo de enfermedad o muerte. Otro ritual es la siembra del ombligo para el retorno a casa cuando se han marchado, esto se logra pidiéndolo en el punto donde se hizo el ritual del entierro. La siembra del ombligo es un tema más espiritual se hace con un mayor en un árbol o planta que se debe conservar por dos razones: primero por cultura la segunda para el ritual del retorno.

El encierro de la madre durante el postparto es una constante en las dos etnias, como el consumo de las gallinas durante ese tiempo. Consideran que el caldo de gallina y la gallina en sí tiene muchas vitaminas.

En cuanto a las mujeres afrodescendientes entrevistadas, todas coincidieron en que en su comunidad hay costumbres que realizan las mujeres durante y al final del embarazo, en Quibdó Chocó se les dan baños y agua de guagua con el fin de sacarle los fríos ya que se cree que esos fríos hacen que el dolor sea más fuerte durante el parto. Además, acuden a la partera, mujeres de mucha experiencia en traer los niños al mundo.

Tienen creencias como: mientras está en embarazo no sentarse en la entrada ni en las gradas de una casa, tampoco cocinar con leña, ni comer pegado de arroz porque se puede afectar el parto; creen que cuando el niño se voltea es porque le han hecho brujería, y para combatirla se usan baños y bebedizos de hierbas. Hay otras creencias con respecto a la alimentación: comer frutas y verduras, tomar agua, no utilizar hierbas, grasas, ni frutas como el banano.

Durante el posparto no se puede recibir aire, tiene la mujer que cubrirse totalmente y encerrarse en la casa durante 40 días, no pueden mirar por los huecos o ranuras porque se puede quedar ciega, su alimentación es la gallina, en caldos o sancochos. También afirmaron que sembrar el ombligo del recién nacido en una palma de chontaduro le traerá riqueza; si se le lava el ombligo con oro será fuerte y si se les pone a las hormigas arrieras serán juiciosos cuando crezcan.

De manera general, en cuanto a las percepciones acerca del embarazo parto y puerperio se logró evidenciar, que estas varían entre las mujeres pertenecientes a las etnias indígena y afrodescendiente que participaron en el estudio, incluso, se demostraron diferencias entre mujeres pertenecientes a la misma etnia.

Por un lado, las mujeres de la etnia afrodescendiente, se encuentran más adaptadas a el modelo occidental de salud para la atención del parto, mientras que, las mujeres indígenas se encuentran más apegadas a las tradiciones de su comunidad; ambas presentaron similitud en el cuidado del embarazo y puerperio compartiendo creencias y tradiciones en estos procesos de preparación y recuperación del parto. Independientemente de sus creencias o preferencias todas

las mujeres entrevistadas sin excepción tuvieron su parto en el hospital lo cual va en contra de lo tradicional según la comunidad indígena Nasa, quienes defienden la idea de un parto en casa. De esta manera, aunque existen diferencias, son más notorias las similitudes entre ambas etnias y sus percepciones.

6.4 Comparación de las percepciones de las puérperas indígenas o afrodescendientes sobre su experiencia de parto.

Como se vio reflejado en el capítulo anterior, entre las mujeres que se autoidentificaron como integrantes de las etnias indígena y afrodescendiente existen similitudes, pero, también existen diferencias en cuanto a lo que percibe cada una de ellas en su experiencia de parto dentro de la institución de salud:

Para empezar, a modo general se puede afirmar que las percepciones frente a los significados, ideas, sentimientos, expectativas y calidad, en la mayoría de casos fueron diferentes entre las mujeres partícipes de la investigación. Las mujeres de ambas etnias coincidieron en la importancia de la edad de la gestante como factor determinante que influye en la percepción del embarazo de una mujer.

“La edad porque para ellos no es igual, para algunas personas de mi comunidad es diferente su percepción si la persona que está en embarazo tiene una edad de 19 años a diferencia de las que son madres a los 13 o una persona que tiene 26 a la que tiene 15 o 16 ya porque se considera que es una temprana edad así que su percepción gira mucho de acuerdo a la edad. Ehh yo creo que la sociedad en que estamos está muy ligada a la moral y también la iglesia católica y su fuerte influencia acerca de cómo debe estar conformada una familia, se cree que una mujer debe tener hijos después de los 18-19 años. El factor económico influye, porque es diferente como cuando la persona está en una condición económica y es el primer bebe como cuando ya está lleno de hijos tiene 3 o 4 hijos y ya el otro es el 5 o 4 uyy no pues ya la percepción acerca de ese embarazo es diferente a como si fuese el primer niño o la primera niña” (Entrevistada No.1, comunicación personal, 2019).

Cómo se pudo evidenciar, las mujeres afrodescendientes añadieron otros factores como el estado civil, el empleo y el nivel educativo. Otro hallazgo, se refirió a que algunas de estas mujeres percibieron violencia obstétrica durante su atención de parto, en el caso de las mujeres indígena la percepción de violencia obstétrica se expresó en negligencia y ausencia de acompañamiento permanente por parte del personal sanitario. Una de estas mujeres indicó que, durante su trabajo de parto experimentó un sentimiento de abandono en la sala de trabajo de parto.

“Ellos entran, miran, te preguntan cómo va y dicen vamos bien, todavía te falta son palabras que no entendía, yo voy bien, pero en qué sentido, en cuanto tiempo, como me van a ayudar, ella decía estamos pendientes y se iban y no sabía en qué sentido estaban pendientes...no te hacen absolutamente nada, van y te chequean, te miran los papeles y ya” (Entrevistada No.2, comunicación personal, 2019).

Por su parte, las mujeres afrodescendientes percibieron haber sufrido violencia obstétrica de manera física, pues en uno de los casos, la mujer reportó dolor y sangrado, posterior a los tactos vaginales que le hizo uno de los ginecólogos de la institución.

En cuanto a los significados, se pudo observar que las mujeres indígenas se basaron en paradigmas de su cultura, para otorgar significado al estado de embarazo, mientras que las mujeres afrodescendientes le dieron un significado a este proceso que conlleva una nueva vida desde una lógica religiosa tachando lo que va en contra de esta como pecado en este caso el aborto o IVE (interrupción voluntaria del embarazo).

Ahora, teniendo en cuenta los sentimientos, se encontró que para las mujeres indígenas la aceptación del embarazo por parte de su familia y su comunidad, suele producirles tranquilidad y alegría; ya que para estas es importante llevar un embarazo tranquilo y lleno de amor. Frente a las expectativas, todas las mujeres que se autoidentificaron con alguna de las etnias tuvieron diferentes expectativas y en ninguno de los casos fueron cumplidas.

Para el caso de las mujeres indígenas, si bien esperaban tener un parto en casa, acompañadas de las parteras de la comunidad, ninguna pudo llevarlo a cabo, debieron dirigirse a la entidad prestadora de salud para ello.

“... es complicado yo no lo tuve a él en casa porque con mi primer hijo yo hice todo el proceso de parto pero el niño venía con un cordón umbilical muy corto, entonces a mí me hicieron cesárea, la partera me dijo que no podía tener parto en casa porque hace 2 años que tenía la cesárea entonces se te puede romper un músculo y pues obviamente no voy a tener las posibilidades de atenderte entonces fue por eso que lo tuve en el hospital... pero en casa hubiera sido más chévere” (Entrevistada No.1, comunicación personal, 2019)

Por su parte, entre las mujeres afrodescendientes, una tuvo parto por cesárea, aunque ya estaba programado un parto natural y esta no se encontraba preparada para asumir una cesárea sin embargo por el largo lapso de tiempo dentro de la institución lo aceptó: *“desde el principio me lo imaginé en el hospital, me dijeron que iba a ser natural, pero todo cambió, dio un giro”* (Entrevistada No.1, comunicación personal, 2019)

Siendo evidentes las diferencias entre las percepciones de las mujeres indígenas y afrodescendientes, se constató la existencia de discrepancias aún en mujeres que se identifican con la misma etnia, ya que cada una de estas mujeres vivenció su embarazo, parto y puerperio de una manera diferente, con puntos de encuentro como anteriormente se mencionaron, pero siempre de maneras diferentes.

En este sentido, Calderón, citado en Cambindo y Chará (2016), propone que aun cuando los sujetos se encuentran ubicados en un mismo contexto, se relacionan con un mismo entorno, y observan lo mismo, sienten de diferentes maneras, y así mismo, estos construyen significados diferentes acerca de lo que perciben; además, es válido precisar que las creencias y tradiciones de un pueblo no son heredadas de manera pasiva, es decir, son tomadas y transformadas a través de acciones sociales. A partir de esto se puede comprender la razón por la que se encontraron diferencias en cuanto a la percepción del parto en las mujeres entrevistadas quienes vivieron y sintieron su proceso de embarazo parto y puerperio de maneras diferentes.

Asimismo, para Moscovici citado en Banchs (1986), los seres humanos no son receptores pasivos de información, por el contrario, su pensamiento es autónomo, por tanto, constantemente producen y comunican representaciones que tienen una gran influencia en sus dinámicas; de esta manera, el hombre, construye la realidad a partir de la comunicación con un contexto global; entonces, las representaciones sociales son definidas como una modalidad de construcción de

conocimiento, que tiene como función, la elaboración de los conocimientos y la comunicación entre los individuos . Es así como se explica la adaptación de las mujeres de ambas etnias al modelo occidental en la atención de su parto, ya que, así como evolucionan los procesos en la atención en salud así mismo cambian aspectos o modelos de atención al parto de la forma tradicional a la occidental, la cual constituye la mejor opción al reducir la morbilidad materna y neonatal considerablemente en los últimos años.

Por otra parte, se encuentran las experiencias de parto en donde se evidenciaron partos “deshumanizados” según lo relataron las mujeres entrevistadas, siguiendo los lineamientos que plantea la OMS (Organización Mundial de la Salud) y los planteamientos de otros autores respecto a las características que debe tener un parto para ser considerado humanizado o no, se puede afirmar que ninguna de las experiencias de parto de las mujeres entrevistadas cumple con todos los requerimientos de un parto humanizado, solo se presentó un caso donde en medio de la narrativa de la mujer se reflejó el cumplimiento de uno de los lineamientos.

En este sentido, Moya citado en Arias (2006), propone que la percepción de una persona sobre algún fenómeno depende del reconocimiento de emociones, a partir de las reacciones de las personas; también se forman las impresiones, a partir de la unión de diversos elementos informativos que se recolectan en los primeros instantes de interacción. De esta manera, es pertinente mencionar los sentimientos de una mujer indígena al recibir la aceptación y el apoyo de su familia al enterarse de su embarazo porque sentía temor a su posible reacción, no obstante, al recibir su completo apoyo sintió tranquilidad y tomó la continuación de su embarazo de forma relajada, calmada, tranquila y sin preocupaciones de ninguna índole.

Así mismo, su sentimiento de ansiedad al llegar al hospital, el aplazamiento y la demora en su atención le generó desespero. Afirma que sintió soledad mientras estuvo en la sala de trabajo de parto y miedo; soledad ya que la mayoría del tiempo estuvo sola esperando, en “vigilancia” pero sin realizar intervenciones de importancia, según sus relatos sólo iban las enfermeras a verla sin revisar su estado físicamente

“yo en esa sala estuve sola prácticamente sola sí me daba algo yo estaba sola, como a la 1:30 entraban unas enfermeras me miraban, me revisaban y salían y se iban y ya no más, ya casi a las 3:00 entraron unas enfermeras y se fueron porque estaban viendo un partido y yo empecé

con los dolores y vinieron unos practicantes con el médico y me revisaron” (Entrevistada No.2, comunicación personal, 2019).

Fue así como ella percibió un sentimiento de abandono y se puede afirmar según sus palabras “de abandono durante la espera”. Soledad también al no contar con un acompañante de su parentesco en la sala de trabajo de parto según para ella fue muy traumático el no contar con la compañía de nadie, ni de algún familiar como de alguna persona encargada de la asistencia médica, no sintió apoyo en su trabajo de parto.

Según la OMS (2018): “No existe justificación en ninguna región geográfica para que más de un 10 al 15% de los partos sean por cesárea” y en Colombia esta cifra es superada con un (45,9%) para el 2018, mientras que en una de las instituciones del Norte del Cauca corresponde a 25,86% , este dato demuestra que uno de los principales factores o recomendaciones para que se dé un parto humanizado según los lineamientos de la OMS no aplica en la región y tampoco en el país ya que estas cifras superan los máximos porcentajes permitidos.

Además, para la OMS, (1985) citado en Sardá (1995), existen pruebas fehacientes de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior transversal del segmento inferior. Por lo general, deben favorecerse los partos vaginales después de cesáreas, dondequiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia; con relación a este lineamiento, es oportuno, retomar el relato de una entrevistada de la etnia indígena que a pesar de su creencia en el parto en casa debió someterse a recibir la atención de su parto dentro del hospital, puesto que, según el personal asistencial debía recibir atención intrahospitalaria por una cesárea previa (aproximadamente 2 años antes), teniendo en cuenta lo anterior, se considera pertinente retomar las cifras obtenidas en la parte cuantitativa del estudio donde se refleja que de todas las mujeres que participaron en el estudio y tuvieron su parto por cesárea, el 22% de estas se justificó con que habían tenido una cesárea antes y un parto natural podía atraer complicaciones (figura 9).

Por otro lado, a raíz de los discursos de las mujeres de ambas etnias, se logró conocer el nivel de satisfacción con las atenciones recibidas dentro de la institución de salud; en este orden de ideas, es menester retomar los planteamientos de Lavielle, Cerón, Tovar, & Bustamante (2008), quienes consideran la satisfacción como la interpretación que realizan los usuarios acerca de la calidad de su interacción con los proveedores de la atención a la salud, además, se relaciona

con características de la interacción del médico con el usuario como de las instituciones de salud. En este sentido, Morillo y Morillo (Morillo & Morillo, 2016), afirman que la calidad del servicio es el grado de conformidad de los atributos y características de un servicio respecto a las expectativas del cliente, o lo que el cliente espera que va a suceder o desea que suceda en una situación de esta forma. Se puede decir que las mujeres indígenas y afrodescendientes, indican cierta inconformidad con el actuar del personal médico por diversos motivos, los cuales no les permiten cumplir con las expectativas que tenían o esperaban estas mujeres; Dentro de estos motivos está presente el de la señora afrodescendiente quien tildó de “negligente” el actuar del ginecólogo del hospital al “despacharla ” cada vez que iba a dar a luz a su hija, ella afirmó *“mi niña se me hizo popó adentro yo creo que en parte también fue negligencia de los médicos porque siempre me despachaban”* (Entrevistada No.6, comunicación personal, 2019).

Desde la perspectiva de parto humanizado que proponen Biurrun y Goberna (2013), la mujer debe ser atendida desde su ingreso a la institución de salud de forma continua por el personal de enfermería, lo cual evidentemente no se vio reflejado en su atención. En este caso, también es relevante mencionar que pretendían realizar una cesárea calificada como innecesaria por otro profesional en ginecología.

Por otro lado, Lagos y otros (2016) hablan sobre la calidez, la cual representa un fenómeno subjetivo, una emoción primitiva y fundamental, sujeta de contagio que fluye entre una persona y otra. Ante una persona enferma o vulnerable, este flujo puede ser un factor que favorezca el ánimo y la recuperación del paciente. A su vez, la entrega de cuidados provoca en el receptor sensaciones y emociones que se asocian con el grado de satisfacción, en este sentido, existe una discordancia entre las percepciones de las mujeres afro e indígenas, ya que, para la mujer indígena la falta de acompañamiento por parte del personal asistencial del hospital fue evidente, dado que, solo le realizaban revisiones y la dejaban sola en la sala de parto: *“y además porque uno no se tiene la vigilancia que uno necesita si uno tuviera una enfermera y todo el tiempo y decirle mira pasó esto, pero no solamente vienen y te revisan te dicen te falta y salen y se van entonces tú quedas sola y dices que pasa si se me viene el bebé y no me escuchan, por eso ese pedacito es demasiado duro”* (Entrevistada No.2, comunicación personal, 2019).

De esta forma Hodnett citado en Biurrun y Goberna (2013), señala que la práctica del parto humanizado tiene implicaciones en los aspectos emocionales de la atención a la maternidad,

como el apoyo continuo durante el parto y el alumbramiento, y asegura que prestar atención a los aspectos psicológicos puede ser una estrategia más eficaz durante el parto que las intervenciones tecnológicas; por otro lado, De León (2015), citado en Borges y otros (2018), propone los cuidados de los profesionales y acompañantes como requisito para que un parto se considere como humanizado lo cual se opone de manera directa a lo manifestado por la entrevistada en su relato, desde esta perspectiva, se considera pertinente afirmar que para esta mujer no hubo un parto humanizado, en primera instancia, no contó con apoyo emocional por parte del personal asistencial ni mucho menos tuvo apoyo por parte de su familia puesto que, no le fue permitido por normas institucionales.

También, es conveniente mencionar del parto desencadena en la mujer sensaciones y sentimientos que involucran al estrés, el miedo y la incertidumbre. El estrés en los seres humanos es, por su determinación, un fenómeno social y por su naturaleza, un fenómeno psicofisiológico. Su evolución está influida, no sólo por factores biológicos propios de cada mujer y bebé, sino también por factores psicológicos, socioculturales y ambientales. Es por ello que los profesionales de la salud, deben establecer una relación empática y humanizada donde interactúen los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para brindar una asistencia con calidad de la forma más actualizada e integral.

De esta forma, para la mujer afro, el acompañamiento durante su trabajo de parto fue fundamental para que este se llevara a cabo de manera satisfactoria. Las enfermeras con frecuencia la monitoreaban, el ginecólogo estuvo pendiente; fue así como la calidez y el acompañamiento se transformaron en elementos fundamentales en el momento de evaluar los resultados de una atención; retomando a Hodnett, se puede evidenciar que desde la perspectiva de esta mujer si hubo humanización dentro de su proceso de parto, dado que, si hubo acompañamiento de personal asistencial y su trato fue respetuoso.

Las expectativas representan lo que se espera o se desea frente a algo, en este caso frente al fenómeno del parto, las expectativas que presenta el usuario, tienen que ver con lo que esperan recibir como servicio (Peralta, 2006). De esta forma, se encontró que de manera general entre las mujeres afrodescendientes entrevistadas sus expectativas frente al parto se inclinaban hacia un parto natural pero dentro de una institución de salud y con vigilancia médica, por su parte entre las mujeres indígenas rondaba la expectativa de un parto con acondicionamiento natural, esto

quiere decir, que deseaban tener un parto en casa, con el apoyo de una partera, realizándose baños con hierbas y demás tradiciones, pero sus expectativas se vieron destruidas por complicaciones de salud que las orillaron a asistir a un hospital para recibir atención, dada esa situación se hizo evidente en una mujer indígena que para tener un parto intrahospitalario era indispensable una acompañante.

En este sentido, De León (2015), citado en Borges, Sánchez & otros (2018) proponen que se debe alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse si así lo desean; además, la utilización de métodos no farmacológicos para la mitigación o alivio del dolor, entre ellos: la inmersión en agua caliente como un método eficaz de alivio de dolor durante la fase tardía de la primera etapa del parto. Masaje y contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor durante la primera y la segunda etapa del parto, además permitirles tener un acompañante de su elección.

En este orden de ideas, en medio del discurso de las mujeres afrodescendientes se hizo notoria su filiación con los modelos occidentales de cuidado y de atención del parto, aunque también identifican ciertas tradiciones culturales de sus comunidades, en su mayoría no las conocen a profundidad y tampoco las llevan a cabo. De esta misma forma, en las mujeres indígenas, se evidenció un sentido cultural, de cierto modo, más amplio que en las mujeres afrodescendientes, estas reconocieron en su mayoría las tradiciones y creencias de la comunidad indígena a la que pertenece, a pesar de reconocerlas y creer en ellas, no parecen llevarlas a la acción, a la práctica. Por último, fue posible identificar si dentro de sus experiencias de parto se encontró implícita la perspectiva de parto humanizado o respetado.

7. Conclusiones

En el proceso investigativo se pudo entender y analizar los elementos que se fundaron alrededor del fenómeno de estudio que implicó comprender la posible incidencia de la identidad cultural de una mujer puérpera autoidentificada con la etnias indígena y afrodescendiente sobre su percepción acerca del parto en una institución prestadora de servicios de salud del Norte del Cauca; en ese sentido, se logró concluir que:

Al caracterizar sociodemográficamente y explorar las generalidades en cuanto al embarazo, parto y puerperio de las mujeres que participaron en el estudio se puede concluir que, son mujeres jóvenes las cuales se encuentran en un rango de edad entre los 14 y los 37 años, viven en unión libre, tienen entre 1 y 7 hijos y que en su mayoría no cuentan con un empleo remunerado, ya que se dedican a realizar labores domésticas, en mayor medida se autoidentifican con la etnia indígena y un pequeño porcentaje que no se identifica con ninguna etnia, finalmente, estas se distribuyen entre 12 de los 13 municipios del Norte del Cauca; por otro lado, en cuanto a las generalidades del embarazo, parto y puerperio, se encontró que al igual que en las cifras nacionales, la cesárea es el tipo de nacimiento que predomina y en muchas ocasiones las parturientas no se enteran de su razón, el acompañamiento en trabajo de parto y en el parto por parte de familiares o personas de confianza es nulo, aún el acompañamiento que brinda la institución es insuficiente según las mujeres entrevistadas; además, en la mayoría de ocasiones no son tenidas en cuenta las creencias culturales de las mujeres que reciben la atención de su parto en determinada institución, lo cual permitió conocer además, aspectos de humanización que se aplican o no dentro de la IPS.

Al reconocer las percepciones que tienen las puérperas acerca del parto de acuerdo a su identificación étnica como mujer indígena o afrodescendientes, se encontró que fueron variadas, cada una de ellas tenía distintas percepciones aun cuando pertenecían o se autoidentificaron con las misma etnia; desde otro lado, aunque variaron tuvieron varios puntos de encuentro ya que según sus culturas compartían algunas creencias y costumbres, se puede decir que compartían hasta algunos aspectos sobre el tema, más sin embargo, las apreciaciones frente a la atención recibida fueron diversas, en el sentido que aunque fueron atendidas en la misma institución cada una percibió de manera diferente. En otro orden de ideas, es pertinente mencionar que dentro de

las percepciones de algunas mujeres se encontró violencia de género expresada en negligencia por abandono y falta de tacto para llevar a cabo procedimientos en las pacientes, lo cual permitió entrever la deshumanización inherente a los servicios de salud, especialmente en las áreas de ginecoobstetricia.

Al comparar las percepciones que tuvieron las mujeres indígenas y afrodescendientes acerca del embarazo, parto y puerperio se encontró, que en medio del discurso de las mujeres afrodescendientes se hizo notoria su filiación con los modelos occidentales de cuidado y de atención del parto, aunque también se logró identificar que algunas de ellas tienen nociones de ciertas tradiciones culturales de sus comunidades de origen, no obstante, en su mayoría no las conocen a profundidad y tampoco las llevan a la práctica. Por su parte, en las mujeres indígenas, se evidenció un sentido cultural amplio, puesto que, a diferencia de las mujeres afrodescendientes, estas reconocieron en su mayoría las tradiciones y creencias de la comunidad indígena a la que pertenecen y hablaban con propiedad acerca de éstas, sin embargo, a pesar de reconocerlas y creer en ellas, al igual que en el caso de las mujeres afrodescendientes, no las aplican, no las llevan a la práctica. Por último, fue posible identificar si dentro de sus experiencias de parto se encontró implícita la perspectiva de parto humanizado o respetado; en este sentido, para algunas de las mujeres indígenas no hubo parto respetado en la medida en que se les desconocieron sus prácticas ancestrales; de otro lado, las mujeres afrodescendientes a excepción de una, indicaron que sí tuvieron un parto respetado.

Las consideraciones anteriores permiten vislumbrar una respuesta al interrogante sobre si, la identidad cultural de una mujer indígena o afrodescendiente del norte del Cauca puede incidir o no en su percepción acerca del parto; en este sentido, tras culminar el proceso analítico, se puede afirmar que: la autoidentificación cultural no presentó mayor incidencia en la percepción de una mujer, dado que, en este caso, las mujeres partícipes en el estudio reconocen todo lo relacionado con la cultura a la que pertenecen pero en el momento de defenderla y aplicarlas quedan cortas; es decir, las mujeres reconocen las creencias, tradiciones de sus comunidades de origen pero por diversos motivos no las practican; por ende, se puede aseverar que en efecto, existe un rompimiento entre estas mujeres y las representaciones culturales, dicho rompimiento se ve más marcado en las mujeres afrodescendientes que en las indígenas; en el caso de las mujeres indígenas, estas tienen preferencias claras acerca de cómo debería darse un parto pero terminaron

dando a luz en un hospital y no como lo ha hecho su comunidad tradicionalmente, cabe resaltar que los factores que las obligaron a asistir a una institución de salud se relacionaban con complicaciones de salud que ponían en riesgo el binomio madre-hijo; por su parte las mujeres afrodescendientes desde un primer momento depositaron su confianza en el sistema occidental.

8. Recomendaciones

El Norte del Cauca por su condición y riqueza étnica y cultural requiere que sus instituciones en general y en especial aquellas prestadoras de servicios de salud lo comprendan y le den valor a estas características para que sean reconocidas y fortalecidas; por tanto se recomienda capacitar al personal de salud que labora en la región buscando dar una atención diferencial a la población enfocándose en la atención humanizada del parto a mujeres autoidentificadas como indígenas y afrodescendientes convirtiendo a estas mujeres en sujetos de derechos capaces de tomar decisiones frente al proceso de parto permitiendo que su voz sea escuchada y respetada dándoles la oportunidad de elegir su posición a la hora del parto así como un acompañante de su elección para su comodidad también el acompañamiento permanente de personal asistencial.

En cuanto a las comunidades estudiadas se recomienda un empoderamiento y reconocimiento de sus creencias, tradiciones y cultura para que así mismo las reproduzcan y no queden en el olvido, además es importante que se informen y conozcan sus derechos frente a la atención en salud en especial.

Esta investigación permitió reconocer cada particularidad, creencias y sobre todo las diferentes percepciones que las mujeres identificadas como indígenas y afrodescendientes tienen según sus culturas frente a todo lo referente del embarazo, parto y puerperio.

Esta investigación respondió a varios de los interrogantes por los cuales se planteó, pero también generó nuevas preguntas por resolver:

¿Por qué las mujeres indígenas a pesar de que conocen las tradiciones de sus comunidades no las llevan a cabo/ a la práctica?

¿Por qué si se respeta y se cree en los conocimientos de las parteras no acuden a ellas a la hora del parto para recibir su atención como parto en casa?

¿Por qué hay más reconocimiento de su cultura en las mujeres indígenas más que en las que dicen reconocerse como afrodescendientes?

Referencias

- Al Adib, M., Ibáñez, M., Casado, M., & Santos, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Med. leg.*, 34(1), 104-111. Recuperado de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104#B11
- Andrade, L. (Enero - abril de 2002). Construcción social e individual de significados: aportes para su comprensión. *Estudios Sociológicos*, 20(1), 199-230. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/es/revista/estudios-sociologicos/articulo/construccion-social-e-individual-de-significados-aportes-para-su-compension>
- Aragón, M. (2013). *Violencia obstétrica vs. Parto respetado. Jornadas de Sociología*. Apuntes para un debate urgente a través del texto de la Ley Nacional 25.929, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Buenos Aires. Recuperado de <http://cdsa.aacademica.org/000-038/741.pdf>
- Arcila, P. A., Mendoza, Y., Jaramillo, J., & Cañón, Ó. (2010). Comprensión del significado desde Vygotsky, Bruner y Gergen. *Revista Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 6(1). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v6n1/v6n1a04.pdf>
- Arévalo, J. M. (2019). *La tradición, el patrimonio y la identidad* . Recuperado de <http://sgpwe.izt.uam.mx/files/users/uami/mcheca/GEOPATRIMONIO/LECTURA2E.pdf>
- Arguedas, G. (Enero-junio de 2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense 145 cuadernos. *Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe.*, 11(1). Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238/13530>
- Arias, C. (2006). Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas. *Horiz. Pedago.*, 8. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4907017.pdf>
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Constitución Política. Bogotá, Colombia.

- Bain, A. (1968). *La creencia*. Recuperado de <http://www.unav.es/gep/AlexanderBainLaCreencia.pdf>
- Banchs, M. (1986). Concepto de “Representaciones sociales” un análisis comparativo. *Revista Costarricense de Psicología*, 27-40. Recuperado de <http://rcps-cr.org/wp-content/uploads/2016/05/1986.pdf>
- Biurrun, A., & Goberna, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Revista, matronas Prof.*, 64 - 65.
- BLU Radio. (2017). *¿Por qué hay ‘epidemia’ de cesáreas en Colombia?* Recuperado de <https://www.bluradio.com/salud/por-que-hay-epidemia-de-cesareas-en-colombia-147338>
- Borges, L., Sánchez, R., Domínguez, R., & Pérez, A. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(3). Recuperado de <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/226/293>
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Cáceres, F. d., & Nieves, G. (Abril-junio de 2017). Atención humanizada del parto. diferencial según condición clínica y social de la materna. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(2), 128-134.
- Cararach, R., & Botet, F. (2008). *Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP V*. Recuperado de Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf
- Carvajal, A. (2007). *Desarrollo y cultura, elementos para la reflexión y la acción* (Segunda ed.). Santiago de cali: Unidad de Artes Gráficas de la Facultad de Humanidades Universidad del Valle.
- Carvajal, A. (2012). *Elementos de investigación social aplicada* (Tercera ed.). Cali: Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad del Valle.

- Castillo, P. T., Vallejo, E., Cotes, K., & Castañeda, C. (2017). Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos. *Saúde Soc. São Paul*, 26(1), 61-74. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00061.pdf>
- Congreso de la República. (2017). Proyecto de ley 063 de 2017. *Por medio de la cual se establecen los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones” o “ley de parto humanizado “*. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.camara.gov.co/ley-de-parto-humanizado>
- Diccionario de filosofía contemporánea. (1976). *Ideas*. Recuperado de <http://www.filosofia.org/enc/dfc/dfc.htm>
- Díez, J. P. (2010). La aportación a la psicología social del interaccionismo simbólico: una revisión histórica. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 9(1), 23-42. Recuperado de <http://repositorio.ucjc.edu/bitstream/handle/20.500.12020/18/C00042384.pdf?sequece=1>
- El País. (2015). *OMS preocupada por "epidemia de cesáreas" innecesarias en América Latina*. Recuperado de <https://www.elpais.com.co/mundo/oms-preocupada-por-epidemia-de-cesareas-innecesarias-en-america-latina.html>
- Escobar, I. (1987). Sufrimiento fetal. *Revista Investigación y Educación en Enfermería* (1987). Recuperado de https://www.google.com/search?q=sufrimiento+fetal+isabel+escobar+saldarriaga&rlz=1C1CHBD_esCO846CO846&oq=SUFRIEMIento+fetal+ISABEL+ESCOBAR+SALDARRI&aqs=chrome.1.69i57j33.12059j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8#
- Expósito, C. (2012). ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. *Investigaciones Feministas*, 3, 203-222.
- Facio, A., & Fries, L. (2015). Feminismo, género y patriarcado. *Revista de enseñanza del Derecho en Buenos Aires*, 6(3), 260-261. Recuperado de

http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/rev_academia/revistas/06/feminismo-genero-y-patriarcado.pdf

Fernández, F. A. (2019). *Los sentimientos*. Recuperado de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lda/fernandez_f_a/capitulo1.pdf

Fernández, L. (2007). *La idea en Descartes*. España: Universidad de Navarra. Recuperado de <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/1903/1/03.%20J.%20Lu%C3%ADs%20FERN%C3%81NDEZ%20RODR%C3%8DGUEZ%2C%20Universidad%20de%20Navarra%2C%20La%20idea%20en%20Descartes.pdf>

Fernández, R. (2013). *Satisfacción materna con el parto y puerperio relacionada con la atención hospitalaria*. Trabajo de grado, Universidad de Oviedo, Enfermería, Oviedo. Recuperado de <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/28566/6/TFG%20RosaFernandezRaigada.pdf>

Gobernación del Departamento del Cauca. (2019). *Tasa de natalidad*. Cauca.

González, J., Ramírez, H., & Vite, V. (2012). Nacimiento Humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Revista género y salud en cifras*, 10, 48-49. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>

Hancock, A. (2007). When multiplication doesn't equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm. *Perspectives on Politics*(5), 63-79. Recuperado de <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/86936/86936.pdf>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). México: McGraw Hill.

Hospital del Norte del Cauca. (2019). *Generalidades de la entidad*. Recuperado de <https://hfps.gov.co/>

- Hurtado, J. (2017). *Partería tradicional indígena: un saber salva vidas*. Silvia, Cauca: Colombia check.
- Iribarren, R. (2016). *La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario*. Universidad de Lleida, Facultad de enfermería y fisioterapia.
- Johnson & Johnson de Colombia S.A. . (2019). *Curso porfiláctico*.
- Lacan, J. (1958, 1979). *Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lagos, Z. E., De Matos, C., & Urrutia, M. (Enero-junio de 2016). La calidez en enfermería: formulación de constructo y variables relacionadas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 18(1), 95-113. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/10990>
- Lavielle, M. D., Cerón, M., Tovar, P., & Bustamante, J. (2008). Satisfacción con la atención a la salud. La perspectiva del usuario. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(2), 129-134.
- Leboyer, F. (2013). *Nacimiento Sin Violencia (Naissance sans violence)*. Recuperado de YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=x3UqFmPO3lo>
- Luque, M. Á., & Oliver, M. (2005). Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: El caso de las mujeres inmigradas. *Índex de Enfermería*, 14(48-49), 9-13. Recuperado el 16 de Marzo de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1132-12962005000100002
- Margarita, M. A., Torrez, Y., & Povéda, J. (2018). El proceso de parto cultural, una necesidad. *Rev. Cultura del cuidado*, 15(1), 23-37. Recuperado de <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/5068/4332>
- Martínez, G., Grimaldo, P., Vásquez, G., Reyes, C., Torres, G., & Escudero, G. (2015). Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*, 608. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155r.pdf>

- Martínez, L. A. (2011). *La negligencia médica y sus efectos en materia penal*. Universidad Centroamericana, Facultad de Ciencias Jurídicas, Managua, Nicaragua. Recuperado de <http://repositorio.uca.edu.ni/335/1/UCANI3080.PDF>
- McCourt, C. (Jan./Mar. de 2014). ¿Cuál es el valor de la aplicación de la teoría social al cuidado en la maternidad? *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(1). Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000100009&script=sci_arttext&tlng=esa
- Melgarejo, L. M. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*(8), 47-53. Recuperado el 2 de Febrero de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana a mujeres gestantes, niños y niñas en la Ruta Integral de Atenciones – RIA*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/guia-operativa-valoracion-calidad-humanizacion.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 3280 de 2018. *Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnico materno perinatal y se establecen directrices para su operación*. Bogotá, Colombia. Recuperado el 4 de Febrero de 2019, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
- Molano, O. L. (Noviembre de 2007). Identidad cultural un concepto que evoluciona. *Revista Opera*, 7(7), 69-84. Recuperado de <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/opera/article/download/1187/1126/>
- Morales, A. (2019). *Significado de Valores culturales*. Recuperado de <https://www.significados.com/valores-culturales/>
- Morales, S., Mesinas, A., & Yábar, M. (2014). *Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos*. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v14n4/a10v14n4.pdf>

- Morillo, M. C., & Morillo, M. (Abril-junio de 2016). Satisfacción del usuario y calidad del servicio en alojamientos turísticos del estado Mérida, Venezuela. *Revista de Ciencias Sociales*, 22(2), 111-131. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/280/28049145009.pdf>
- Muñoz, S. F., Castro, E., Castro, Z., Chávez, N., & Ortega, D. (2012). Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud*, 44(1). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072012000100005&script=sci_arttext&tlng=en
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
- Penagos, J., Pintado, S., & Casas, M. (2015). Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. *Ginecología y Obstetricia de México*. Recuperado de http://nietoeditores.com.mx/nieto/Ginecologia/2015/numero%203/art.original_sindrome.pdf
- Peralta, J. (2006). Rol de las expectativas en el juicio de satisfacción y calidad percibida del servicio. *Límite*, 1(14), 195-214. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/836/83601409.pdf>
- Presidencia de la República de Ecuador. (2018). *Ley orgánica integral para la prevención y erradicación de la violencia de género contra las mujeres*. Recuperado de https://oig.cepal.org/sites/default/files/2018_ecu_leyintegralprevencionerradicacionviolenciagenero.pdf
- Quiñones, L., López, G., Valencia, T., Cuero, S., & Gómez, B. (2016). *Plan especial de salvaguardia de los saberes asociados a la partería Afro del pacífico*. Recuperado de Ministerio de Cultura, Colombia. Dirección de Patrimonio. Grupo de Patrimonio. Cultural Inmaterial: <http://patrimonio.mincultura.gov.co/SiteAssets/Paginas/PLAN-ESPECIAL->

DE-SALVAGUARDIA-DE-LOS-SABERES-ASOCIADOS-A-LA-
PARTER%C3%8DA-AFRO-DEL-PAC%C3%8DFICO/20-
Parter%C3%ADa%20afro%20del%20Pac%C3%ADfico%20-%20PES.pdf

Real Academia de la Lengua Española - RAE. (2019b). *Puérpera*. Recuperado de www.rae.com

Real Academia de la Lengua Española. (2019). *Neonato*. Recuperado de <https://www.rae.es/>

Real Academia de la Lengua Española. (2019a). *Puerperio*. Recuperado de <https://www.rae.es/>

Robbins, S., & Judge, T. (2009). *Comportamiento Organizacional* (Décimo tercera edición ed.). México. Recuperado el 3 de Marzo de 2019, de https://psiqueunah.files.wordpress.com/2014/09/comportamiento-organizacional-13a-ed-_nodrm.pdf

Robles, K. (2015). *Análisis de la violencia obstétrica dentro del contexto de Costa Rica*. Recuperado de https://www.uaeh.edu.mx/xiv_congreso_empoderamiento_fem/mesas_trabajo/robles_murillo.pdf

Roldán, N. (2017). La violencia invisible que hay detrás del parto. *El Espectador*. Recuperado de <https://www.elespectador.com/cromos/estilo-de-vida/la-violencia-invisible-que-hay-detras-del-parto-24960>

Sardá, R. (1995). ¡El Nacimiento No Es Enfermedad! 16 Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. *Rev. Hosp. Mat. Inf.*, 15(1). Recuperado de <http://www.sarda.org.ar/content/download/382/1654/file/4-5.pdf>

Schnapp, C., Sepúlveda, E., & Robert, J. (2014). Operación Cesárea. *Revista Médica Clínica - CONDES*, 25(6), 987-992. Recuperado de https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/20-schnapp.pdf

Secretaría de Salud Local. (2018). *Análisis de Situación de Salud con el modelo de los determinantes sociales -ASIS*. Santander de Quilichao.

- Sereno, J. (2007). Uso del fórceps en la obstetricia moderna. *Gaceta Médica Mexicana* , 133(5). Recuperado de https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1997-133-5-413-430.pdf
- Significados.com. (7 de Noviembre de 2019). *Emoción*. Recuperado de <https://www.significados.com/emocion/>
- Significados.com. . (7 de Noviembre de 2019a). *Sentimiento*. Recuperado de <https://www.significados.com/sentimiento/>
- UNESCO. (1982). *Conferencia mundial sobre las políticas culturales: resumen final* . Recuperado de México: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000052505_spa
- Vallecillo, G., Niz, J., & Alvarado, A. (1975). Parto Distócico por desproporción feto-pélvica. *REV. MED. HONDUR*, 43. Recuperado de <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1975/pdf/Vol43-4-1975-5.pdf>
- Vela, G. (2015). *Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período marzo-abril de 2015*. Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Facultad de Medicina, Lima. Perú. Recuperado de <https://colombiacheck.com/investigaciones/parteria-tradicional-indigena-un-saber-salva-vidas>
- Yankovic, B. (2011). *Emociones, sentimientos, afecto. El desarrollo emocional*. Recuperado de https://moodle2.unid.edu.mx/dts_cursos_md/pos/E/CO/AM/06/Emociones.pdf

Anexos

Anexo A. Cuestionario de la encuesta

ENCUESTA SOBRE ATENCIÓN PARTO EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE DEL CAUCA

Saludo a la persona seleccionada. Buenos días, mi nombre es (nombre y apellido), soy estudiante de pregrado de Trabajo Social de la Universidad del Valle, actualmente estoy realizando mi trabajo de grado para optar al título de trabajadora social, el tema de investigación que elegí es la incidencia que puede tener o no la identidad cultural de una mujer en su percepción acerca del embarazo, parto y puerperio. Su participación es voluntaria y, su identidad, así como las respuestas suministradas serán de carácter confidencial y los datos se utilizarán únicamente para fines académicos. El beneficio de su participación es hacer valer en el estudio la opinión de personas que piensan como usted, Le agradecería que me dedicara 5 minutos para responderme unas preguntas ¿Podría colaborar, para comenzar?	
Encuesta No: encuesta: Hora de inicio:	Fecha de aplicación de la
IDENTIFICACIÓN SOCIODEMOGRAFICA	
1. ¿En cuál de los siguientes rangos se encuentra su edad? 14-19 ____ 20-25 ____ 26-31 ____ 32-37 ____ 2. ¿Cuál es su estado civil? Soltera ____ Unión libre ____ Casada ____ Divorciada/separada ____ Otro __ ¿cuál? _____ 3. ¿Cuál es su nivel educativo? Primaria ____ Básica secundaria ____ Bachillerato completo ____ Superior ____ Otro __ ¿cuál? _____ 4. ¿A qué se dedica normalmente? Estudiante ____ Ama de casa ____ Oficios varios ____ Empleada ____ Otra __ ¿cuál? _____ 5. Municipio de residencia: _____ 6. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, se reconoce ¿cómo? Indígena ____ Mestiza ____ Afrodescendiente ____	

Otra____
7. ¿Pertenece a alguna religión? Si____ No____ ¿cuál? _____

ASPECTOS GENERALES DEL EMBARAZO Y PARTO

8. ¿Ha tenido otros partos?

Si____ No____

9. ¿Cuántos hijos tiene?

1____ 2____ 3____ 4____ Otro____

10. ¿Cuántos controles prenatales realizó durante su embarazo? _____

11. ¿Qué tipo de parto tuvo usted? Natural____ Cesárea____

(Si su parto fue por cesárea continúe a la pregunta 11, en caso contrario, continúe a la pregunta 13)

12. ¿Cuál fue la causa de la cesárea?

Cesárea previa____

Estrechez pélvica____

Preclamsia____

Desaceleración del ritmo cardiaco del bebe____

Parto estacionario____

No aplica____

No sabe____

(si la causa de su cesárea fue parto estacionario, continúe a la pregunta 12, de lo contrario continúe a la pregunta 13)

13. ¿Cuál fue la causa de que su parto se estacionara?

14. ¿Realizó algún tipo de preparación para el parto?

Curso psicoprofiláctico ____

Lectura ____

Dialogo con familiares o amigas ____

Ejercicios de relajación ____

Visita a parteras o medico tradicional ____

Otro____ ¿cuál? _____

ASPECTOS GENERALES DE LA ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA

15. ¿recibió apoyo emocional durante el trabajo de parto?

Sí____ No____

16. ¿El personal que le atendió, la saludó y se presentó con su nombre?

Si____ no____

17. ¿El personal asistencial la llamó por su nombre?

Si____ no____

18. ¿Se le informó con anticipación sobre cada procedimiento que se le iba a realizar?

Siempre____ a veces____ nunca____

19. ¿se le explicó en qué consistía cada procedimiento?

Siempre___ a veces___ nunca___

20. ¿le fueron explicados sus derechos durante la atención?

Si___ No___

21. ¿Se le permitió tener un acompañante durante su trabajo de parto?

Si___ No___

22. ¿Se sintió cómoda durante el parto?

Si___ No___

23. ¿Le hubiese gustado tener a su bebe en una posición diferente a la horizontal?

Si___ No___ ¿cuál? _____

24. ¿Se le permitió caminar libremente durante su trabajo de parto?

Si___ no___

25. ¿Se le ofrecieron alternativas para el manejo del dolor durante el parto?

Si___ No___

26. ¿El personal fue cuidadoso al realizarle cada procedimiento?

Siempre___ a veces___ nunca___

27. ¿Se permitió un contacto piel a piel temprano con su bebé?

Si___ No___

28. ¿En cuánto tiempo?

Primeros 5 minutos___ Primeros 15 minutos___ Media hora___ Después de una hora___

29. ¿Hay alguna costumbre de su comunidad o familia que se le haya tenido en cuenta en el hospital?

Sí___ No___ ¿cuál?

30. ¿se le dieron recomendaciones para el cuidado en la casa?

Si___ No___

Observaciones: _____

Gracias por su colaboración.

Anexo B. Preguntas de la entrevista

Formato guía de entrevista.

Buenos días/tardes, nosotras somos Jessica Muñoz y Nahomy Riascos, somos estudiantes de pregrado de Trabajo Social de la Universidad del Valle, actualmente estamos realizando nuestro trabajo de grado acerca de las percepciones de embarazo, parto y parto humanizado que tienen las mujeres afro e indígenas del Norte del Cauca, así también, la influencia que puede tener su autoidentificación étnica sobre su percepción acerca del parto, previamente se realizó una encuesta que permitió conocer los aspectos sociodemográficos de las mujeres que recibían la atención de su parto en un hospital del Norte del Cauca; cabe resaltar que su participación es voluntaria, la entrevista será grabada en audio y, su identidad, así como las respuestas suministradas serán de carácter confidencial y los datos se utilizarán únicamente para fines académicos. El beneficio de su participación en el estudio es hacer valer la opinión de personas que piensan como usted. Le agradeceríamos que nos dedicara unos minutos para responder unas preguntas ¿Podría colaborarnos, para comenzar?

¿Cuántos años tienes?

¿Dónde vives?

¿Con quién vives?

¿Con qué etnia te auto identificas?

¿Cómo fue tu embarazo?

¿Sabes qué piensan las personas de tu comunidad sobre el embarazo?

¿En la comunidad hay costumbres que realicen las mujeres durante el embarazo?

¿Qué hace tu familia cuando una mujer está en embarazo para cuidarla?

¿Recuerdas algunas de las cosas que realizaste mientras estabas embarazada

para cuidarte?

¿Cómo fue tu trabajo de parto y cómo te lo imaginabas?

¿Cómo te sentiste mientras estabas en el trabajo de parto?

¿Según tu comunidad cómo debería ser el parto de una mujer?

¿cómo fue tu parto?

En caso de cesárea: ¿conoces el motivo por el cual te realizaron la cesárea? ¿cómo te sentiste con el hecho de que tu parto fuera por cesárea y no vaginal?

¿Cómo te cuidaste después del parto?