

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA**



**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL USO DE LAS ETNOPRÁCTICAS
EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y SUS COMPLICACIONES
EN LAS USUARIAS DE 15-45 AÑOS, EN EL HOSPITAL NACIONAL SAN
FRANCISCO GOTERA Y UNIDADES DE SALUD LOLOTIQUILLO,
MORAZÁN Y EL CARMEN, LA UNIÓN. PERÍODO DE JUNIO A
SEPTIEMBRE DE 2007.**

PRESENTADO POR:

**MATÍAS MARTIR FLORES VÁSQUEZ
GLORIA ISABEL ALFARO CONTRERAS
EIDY YAKELIN DELGADO AGUILERA**

PARA OPTAR AL GRADO DE:

DOCTORADO EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

LICENCIADA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO

NOVIEMBRE DE 2007

SAN MIGUEL,

EL SALVADOR,

CENTRO AMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

MAESTRO RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ

RECTOR

MAESTRO MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS

VICERRECTOR ACADÉMICO

MAESTRO OSCAR NOÉ NAVARRETE

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LICENCIADO DOUGLAS BLADIMIR ALFARO CHÁVEZ

SECRETARIO GENERAL

DOCTOR RENÉ MADECADEL PERLA JIMÉNEZ

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

INGENIERO DAVID ARNOLDO CHÁVEZ SARAVIA

DECANO

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

VICEDECANA

INGENIERO JORGE ALBERTO RUGAMAS RAMÍREZ

SECRETARIO GENERAL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTORA LIGIA JEANNET LÓPEZ LEIVA

JEFA DEL DEPARTAMENTO

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

COORDINADORA GENERAL DE PROCESO DE GRADUACION

LICENCIADA SONIA MARGARITA DEL CARMEN

MARTÍNEZ PACHECO.

MIEMBRA DE LA COMISIÓN COORDINADORA

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

MIEMBRA DE LA COMISIÓN COORDINADORA

ASESORES

LICENCIADA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO

DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

ASESORA DE METODOLOGÍA

INGENIERA SANDRA NATZUMÍN FUENTES SÁNCHEZ

ASESORA DE ESTADÍSTICA

JURADO CALIFICADOR

LICENCIADA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO

DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

JURADO CALIFICADOR

DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO

JURADO CALIFICADOR

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO:

Por brindarlos la sabiduría, fortaleza, la voluntad necesaria para seguir adelante y obtener nuestro triunfo profesional.

A LOS DOCENTES:

Por enseñarlo, con su mayor esfuerzo y dedicación sus mejores conocimientos.

A la población de mujeres en estudio que nos dieron su colaboración

A las parteras que nos colaboraron dándonos sus conocimientos y experiencias.

GRUPO INVESTIGADOR

DEDICATORIA

A DIOS:

Que desde el momento en que me creó, no quitó sus ojos de mi a través del difícil transitar por el camino hacia el éxito, se mantiene siempre sosteniéndome en los momentos más difíciles y más en aquellos en los que estuve a punto de rendirme pero que gracias a sus fuerzas logre levantarme con mas valentía y emprender nuevamente la búsqueda de este fruto tan anhelado, nuestra graduación de doctorado en medina (de Díos, de mi familia y mía)

Gracias Dios porque sólo tú me has levantado.

A MI MADRE DEL CIELO:

María Reyna de la Paz, porque conociendo el dolor como madre, también me mostró que se puede vencer y tomar nuevas fuerzas para luchar y lograr sin límites la alegría de ser una mejor persona sirviendo a los demás con mi profesión sin ver buenos o malos, porque se debe vivir para servir. Gracias madre por ayudarme a comprender.

A MI PADRE

Que te nos adelantaste hacia el más allá, te dedico este triunfo, porque todo el sacrificio que también dedicaste en mí para ver a tu hija con el éxito que tanto anhelabas y enorgullecías de compartir con amigos, hoy es realidad lo hemos logrado papá y como

tú decías: “nadie me lo quitará” y empezamos a crecer. Gracias papá, tú me vez y me acompañas.

A MI MADRE:

Que con muchos sacrificios estuviste siempre conmigo en buenas y malas ayudándome a sobrevivir de tantos obstáculos que parecían vencerme; pero que sólo con tu apoyo logré superar, con aquellos turnos y desvelos conmigo, siempre pendiente de mí, como sólo una madre lo puede estar, como sólo una madre se puede sacrificar.

Mamá: lo hemos logrado y gracias, por estar a mi lado.

A MIS HERMANOS:

Que desde el inicio de mi carrera estuvieron apoyándome, también con sacrificios de trabajo de desvelo y de apoyo en todo lo que necesité.

También lo logramos y aquí no nos detenemos.

A MI FAMILIA:

Porque siempre me apoyaron y me ofrecieron su mano sin pedirlo, esto también fue un incentivo para luchar hasta este fruto. Gracias, tías, tíos y primos.

A MIS AMIGAS Y COMPAÑERAS DE TESIS:

Que aunque nos unió Dios en el camino, logramos formar un gran equipo no solo como compañeras de trabajo, sino como verdaderas amigas, viéndonos llorar y también

reír; pero principalmente dándonos apoyo para llegar juntas al fruto que hoy tenemos juntas. A mis amigas con quienes aunque no estamos cerca en la distancia, lo hemos estado siempre en el corazón y agradezco infinitamente su apoyo moral en las buenas y en las malas. Gracias Amigas.

A MIS MAESTROS, ASESORAS DE TESIS Y A TODAS LAS PERSONAS ESPECIALES:

Que de alguna forma han sido y siguen siendo el pilar de nuestros conocimientos y ahora somos el reflejo de sus enseñanzas. Gracias por compartir su sabiduría.

A LOS PACIENTES

Que conocí en las diferentes áreas a lo largo de mi carrera, gracias por ser mi libro y también mis maestros, por que sin ustedes no sería posible el fruto que hoy obtengo. A los que vi partir hacia Dios hoy les comparto mi triunfo y mi alegría.
Que Dios los bendiga y muchas Gracias.

MATIAS MARTIR FLORES VÁSQUEZ

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de graduación con fe, esperanza y amor principalmente a Dios Todopoderoso porque siempre estuvo a mi lado y a mí familia que con su apoyo y amor me fortalecieron y me ayudaron a terminar mi carrera la cual me ha enseñado a tener mucha humanidad con aquellos que la necesitan principalmente comprensión y dedicación; como decía nuestro señor Jesucristo “El que tenga compasión del más pequeño de mis hijos me tendrá a mí”.

Dedico este trabajo con amor y dedicación:

A DIOS TODOPODEROSO:

Por permanecer siempre a mi lado, iluminándome, guiando mis pasos hacia el camino de la sabiduría y el éxito aumentando mi fe, mi esperanza, no dejándome caer a lo largo de mi estudio y logrando a si una de mis metas propuesta en mi vida.

A MIS PADRES:

María Elena Contreras por su abnegado amor de madre, su sacrificio y apoyo que supo darme a lo largo de mi estudio al permanecer siempre a mi lado. Gracias mamá por estar siempre conmigo.

Santiago Alfaro Euceda por su amor, cariño de padre que siempre lo he tenido y su apoyo gracias papá por estar siempre conmigo.

A MIS HERMANOS Y HERMANAS:

Por haberme brindado su apoyo, cariño, amor y comprensión, principalmente a mí hermana Vilma Yolanda Contreras.

A MIS SOBRINOS:

Por su amor, cariño y comprensión que me han brindado en los momentos más difícil de mi vida, dándome alegría principalmente a mi niño precioso.

A MIS AMIGAS:

Ivette Fidelina L. Alfaro, Eucaris Larreynaga, Yamila Maria Rojas, Matías Flores, Eidy Delgado, Rhina Ferrufino Rodríguez, por ese amor y cariño incondicional que siempre me han demostrado en las buenas y en las malas, apoyándome, ayudándome. Gracias amigas.

A COMPAÑERAS DE TESIS:

Por estar siempre unidas, haciendo el esfuerzo poniendo todo de nuestra parte para que este trabajo de graduación sea especial apoyándolos unas con otras.

GLORIA ISABEL ALFARO CONTRERAS.

DEDICATORIA

Acto que dedico:

A DIOS TODOPODEROSO

Por haber iluminado mi mente y guiarme durante todo el proceso de formación profesional hasta alcanzar la meta que me propuse.

A MIS PADRES:

Carlos Luís Delgado y Esther María Aguilera de Delgado, por sus sabios consejos y darme verdaderos ejemplos en la formación de mi personalidad.

A MI ESPOSO:

Licenciado Nelson Evelio Hernández Hernández, por su comprensión, confianza y apoyo incondicional.

A MIS HERMANOS:

Carlos, Etelvina, Orbelina, Oscar, Francisco, Antonio, Aída, Omar y Sandra, por apoyarme incondicionalmente y por regalarme el cariño que nos une.

A MI FAMILIA:

Por el optimismo y confianza que me brindaron a lograr este éxito.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS:

Por los gratos momentos compartidos durante las sesiones de trabajo

A MIS ASESORES DE TESIS:

Por compartir sus conocimientos.

A MIS AMIGOS/AS:

Por los momentos de alegrías y motivarme a salir adelante.

EIDY YAKELIN DELGADO AGUILERA

INDICE

CONTENÍDO	PÁGINA
GENERALIDADES	i
SINOPSIS	xix
INTRODUCCIÓN	xxi
 CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Antecedentes del fenómeno objeto de estudio.....	28
1.2 Enunciado del problema.....	41
1.3 Objetivos de la Investigación.....	42
1.3.1 Objetivo General.....	42
1.3.2 Objetivos Específicos.....	42
 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Base Teórica.....	44
2.2 Definición etnoprácticas.....	46
2.3 Tipos de etnoprácticas.....	47
2.3.1 Etnoprácticas durante el embarazo.....	48
2.3.2 Etnoprácticas durante el parto.....	51
2.3.3 Etnoprácticas durante el puerperio.....	52

2.4 Factores que influyen en el uso de las etnoprácticas en embarazo, parto y puerperio.....	54
2.4.1 Factores socioeconómicos	54
2.4.2 Factores sociales	54
2.4.3 Factores económicos	56
2.4.4 Factor cultural	58
2.4.5 Accesibilidad a la atención brindada por los servicios de salud.....	61
2.5 Complicaciones en el embarazo por el uso de las etnoprácticas.....	63
2.6 Definición de términos básicos.....	70

CAPÍTULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis generales.....	76
3.2 Operacionalización de las hipótesis en variables e indicadores.....	77

CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de investigación.....	82
4.2 Población objeto de estudio.....	84
4.3 Muestra.....	84
4.4 Tipo de muestreo.....	85
4.5 Técnica de obtención de información.....	87
4.6 Instrumentos.....	88
4.7 Procedimiento.....	89

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 Tabulación, análisis e interpretación de los datos.....	96
5.2 Prueba de hipótesis.....	176

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones.....	185
6.2 Recomendaciones.....	188

BIBLIOGRAFÍA.....	190
--------------------------	------------

ANEXOS

1. Cronograma de actividades generales.....	197
2. Cronograma de actividades a desarrollar durante la ejecución.....	198
3. Índice de cobertura de partos atendidos por parteras capacitadas....	201
4. Cédula de Entrevista.....	206
5. Guía de Entrevista.....	213
6. Ubicación geográfica del departamento de Morazán.....	217
7. Ubicación geográfica del departamento de La Unión.....	218

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL USO DE LAS ETNOPRÁCTICAS EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y SUS COMPLICACIONES EN LAS USUARIAS DE 15-45 AÑOS, EN EL HOSPITAL NACIONAL SAN FRANCISCO GOTERA Y UNIDADES DE SALUD LOLOTIQUILLO, MORAZÁN Y EL CARMEN, LA UNIÓN. PERIODO DE JUNIO A SEPTIEMBRE DE 2007.

SINOPSIS

El presente trabajo de investigación surgió de la necesidad de conocer por qué la población de mujeres embarazadas, parturientas y puérperas, utilizan etnoprácticas en el área geográfica del Hospital Nacional Dr. Héctor Antonio Hernández Flores de San Francisco Gotera y unidad de salud de Lolotiquillo en Morazán, y unidad de salud El Carmen en La Unión. Debido a esta situación se investigaron los factores que influyen en el uso de etnoprácticas en el embarazo, parto y puerperio y sus complicaciones en las usuarias de 15 a 45 años que consultan en los lugares en estudio.

Tomando como base una muestra o población de 108 mujeres embarazadas que asisten a sus controles en los lugares de estudio durante el período de junio a septiembre de 2007, donde se tomó como objetivo específico: conocer las etnoprácticas utilizadas en el embarazo, parto y puerperio, determinar los factores culturales y socioeconómicos que influyen en la utilización de las etnoprácticas, identificar las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio debido al uso de etnoprácticas en la población en investigación.

La hipótesis de investigación para el presente estudio sostiene que los factores culturales, socioeconómicos, geográficos y la atención que brindan los establecimientos de salud, son determinantes en el uso de las etnoprácticas en el embarazo, parto y puerperio en la población en estudio.

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, prospectivo, transversal, analítico y de campo. A las embarazadas se les aplicó una cédula de entrevista la cual proporcionó los datos para la elaboración de cuadros y gráficos que se tabularon y analizaron, obteniendo los siguientes resultados: Se puede comprobar que entre los factores que influyeron en el uso de las etnoprácticas, el factor cultural representa el 54%, el factor socioeconómico un 72% y el geográfico un 73%, en cuanto a la atención recibida un 50%.

Por todo lo anterior se aceptó la hipótesis de investigación para lo cual se utilizó la prueba de hipótesis del cuadrado medio, obteniéndose un “ F_c ” de 5.82 que fue superior al “ F_{tabla} ” en sus rangos de 3.55 al 0.05% de probabilidad, valor que tiene significación estadística por lo que se rechazó la hipótesis nula.

Se concluye que las mujeres hacen uso de las etnoprácticas, debido a la influencia de los factores culturales, socioeconómicos, geográficos y la atención recibida por los establecimientos de salud. En cuanto a las complicaciones que más frecuentemente se presentaron en estas mujeres durante el embarazo, parto y puerperio fueron: Sangramiento transvaginal en 50% e infecciones puerperales un 72.5%.

INTRODUCCIÓN

América Latina ha sido escenario propicio para el desarrollo de diferentes culturas dando origen a diversos grupos humanos con sus propias características culturales y sociales, existiendo una pluriculturalidad de sistemas médicos y medicina tradicional, adquiridos a través de experiencias y transmitidas de generación en generación, originando todo un sistema de concepciones en torno al embarazo, parto y puerperio.

La mortalidad materna –infantil, es un problema muy serio en América Latina, el cual ha aumentado considerablemente en las comunidades afectadas por escasos recursos económicos, muy poco acceso a los servicios de salud, lo que obliga a la usuaria a buscar atención de parteras y curanderos ignorando las complicaciones que puedan surgir.

Para las gestantes, la cultura médica, no es ni la verdadera ni la única que genera salud, lo que la lleva a escuchar, creer, confiar y a utilizar las etnoprácticas. Asimismo se afirma que aquellos grupos poblacionales de mayor riesgo son el binomio madre-hijo en situaciones de pobreza.

La presente investigación resultó de gran importancia llevarla a cabo debido a que en nuestro medio no existen muchos estudios que contengan información acerca de el uso de las etnoprácticas en el embarazo, parto y puerperio, y las cuales son frecuentemente utilizadas en la actualidad por algunas de las usuarias en los establecimientos de salud del país, además la inseguridad, que tienen de acudir a sus controles prenatales oportunos, el

lugar de atención del parto, por miedo a que se realicen cesárea y episiotomía o que las hagan, estas intervenciones conducen a una elevada insatisfacción de las usuarias que parían a sus hijos en los hospitales públicos, pues para muchas de ellas son culturalmente inaceptables ya que debido a la falta de información, educación, escasos recursos económicos y difícil acceso geográfico, aunado a sus creencias y costumbres, fomentando la confianza en buscar atención de parteras. Además de la influencia que tienen las personas mayores sobre sus hijas adolescentes quienes siguen de forma arraigada las creencias de sus ancestros.

Ignorando que a raíz de la utilización de prácticas no recomendadas por el personal de salud, pueden llevarlas a complicaciones fatales tanto para la madre como para su hijo.

Experimentando así la necesidad inmediata que se tiene en la población usuaria de estas prácticas, la implementación de planes educativos e informativos oportunos y llevarlos a sus lugares de residencias en los casos de difícil acceso geográfico, evitando de esta forma futuras complicaciones que algunas veces culminan en daños irreversibles para la salud del binomio madre e hijo y en algunos casos hasta la muerte, lo que viene a repercutir en un descenso en el desarrollo socioeconómico del país.

Además con los resultados obtenidos con el estudio se beneficia el personal de salud quienes por medio del análisis de los resultados pueden formular nuevas estrategias y metodologías para disminuir la morbilidad y mortalidad en las mujeres de 15- 45 años de

edad, permitiéndoles a ella elegir sus propias alternativas y proporcionándoles información adecuada, siguiendo los procedimientos médicos y sanitarios. Es más probable que asuman la responsabilidad de su propia salud y la de su hijo adecuadamente teniendo conciencia de los riesgos que trae estar usando estas etnoprácticas, el personal de salud puede brindar una atención sanitaria pronta, de calidad y calidez beneficiando así el estado socioeconómico y emocional de la familia y la comunidad.

Si se logra vencer los obstáculos que se tienen debido al uso de las etnoprácticas se obtendrán grandes beneficios tanto para la población usuaria y así mejorar el desarrollo socioeconómico para el país.

La mortalidad materna puede reducirse mediante intervenciones combinadas en el marco político y de promoción de la salud, debe basarse en un enfoque multisectorial y ser un componente específico de la colaboración con todas las partes interesadas, en este caso iniciando con la población usuaria que utilizan etnoprácticas en las unidades de salud en estudio.

Según datos de la unidad de información en salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador en el año 1999, a nivel nacional el total de partos atendidos (institucionales y por partera) fueron 105,874, de estos 28,504 fueron atendidos por parteras. En el año 2004, el total de partos atendidos (institucionales y por parteras) fueron 87,909 de estos el 16.3% fueron atendidos por parteras.

Para el Ministerio de Salud de El Salvador en los últimos años se ha vuelto protagonista el papel de la madre y recién nacido, tanto así que los indicadores de mortalidad materna y mortalidad infantil son parámetros internacionales que reflejan la situación y el desarrollo en salud de un determinado país. (FESAL) 2002 – 2004.

Dentro de las posibles causas de mortalidad materna en el país se tienen: hemorragias posparto, infecciones vaginales, desgarros vaginales, todos relacionados mayormente con el momento del parto, y de estas en la mayoría de casos han sido mujeres que han recibido atención del parto de forma domiciliar por partera o haciendo uso de etnoprácticas.

En el presente documento se dan a conocer los resultados tanto teórico como del trabajo de campo de la investigación sobre: los factores que influyen en el uso de las etnoprácticas en el embarazo, parto y puerperio y sus complicaciones en las usuarias de 15 – 45 años en el Hospital Nacional de San Francisco Gotera y las Unidades de Salud de Lolotiquillo, Morazán y El Carmen La Unión, durante el periodo de junio a septiembre de 2007.

El informe final se ha estructurado en seis capítulos, los cuales se detallan a continuación:

El primer capítulo: trata sobre el planteamiento del problema, en el que se mencionan los antecedentes del problema objeto de estudio, tanto a nivel nacional, como

mundial y local; luego se enuncia el problema a través de dos preguntas generales, a las cuales se les dio respuestas, seguidamente se tienen los objetivos que fueron parámetros que sirvieron de guía para la investigación.

El segundo capítulo: comprende el marco teórico en donde se encuentra la teoría que fundamenta la investigación. Para ello se hace un abordaje desde la definición y tipos de etnoprácticas, factores que influyen en el uso de las etnoprácticas en el embarazo parto y puerperio y tipos; así como las complicaciones de la misma durante el embarazo parto y puerperio, y por ultimo se presentan la definición de términos básicos con el propósito de comprender las categorías empleadas en la investigación.

El tercer capítulo: está conformado por el sistema de hipótesis que comprende las hipótesis generales que permiten dar repuestas tentativas al fenómeno objeto de estudio. Además esta la operacionalización de las hipótesis en variables e indicadores que sirvieron para la elaboración de las preguntas que contenía el instrumento que se administró a la población en estudio.

El cuarto capítulo, describe la metodología de investigación, esta comprende el tipo de estudio realizado, la población objeto de estudio, la muestra, los criterios para determinar la muestra, el tipo de muestreo, las técnicas de obtención de información, los instrumentos utilizados y se realiza una breve descripción del procedimiento de cómo se llevó a cabo el proceso de investigación.

En el quinto capítulo: se encuentran los resultados obtenidos de la investigación de campo. Presentándose los datos en cuadros, con sus respectivos gráficos realizándole a cada cuadro el análisis y la interpretación. Además está la prueba de hipótesis que se hace a través del diseño estadístico de la “t” de students o de dos colas.

El sexto capítulo, está constituido por las conclusiones, surgidas a raíz de los datos obtenidos durante la investigación y las recomendaciones que se elaboraron de acuerdo a las conclusiones obtenidas.

Posteriormente se tiene las fuentes bibliográficas consultadas como: libros, revistas, tesis, direcciones electrónicas y fuentes orales, utilizadas para el desarrollo de la investigación.

Finalmente, se presentan los anexos que contienen los cronogramas de actividades generales y cronogramas de actividades específicas a desarrollar durante la ejecución de la investigación, así como también los indicadores de datos estadísticos de partos institucionales y de los partos atendidos por parteras capacitadas para los años 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002 y 2004 y la ubicación geográfica de los lugares en estudio.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO.

Desde la época prehispánica se consideró la muerte como el nacimiento a otra vida y la continuidad de la experiencia. Lo que motivó desde siempre que el embarazo, parto y puerperio sean vistos con profundo respeto.

Un acontecimiento tan significativo como éste, posee un orden normativo con reglas de comportamiento definidas y sistemas rituales que sirven de base para la organización de la vida social de un determinado grupo. Así el parto trasciende el ámbito biológico y se convierte en un fenómeno social y cultural.

Según datos de países como Perú⁽¹⁾ hay grupos culturales que mantienen sus costumbres y creencias las cuales se han dado de una generación a otra, sin dejar de lado, la trascendencia de la medicina tradicional y el aprendizaje empírico de una partera o matrona a otra.

Una de las prácticas realizadas en esta época era que la parturienta contaba con el apoyo del familiar, la paciente en posición de cuclillas, según los relatos de una partera Wanbisa, quien explica el origen de las técnicas, el uso y conocimiento ancestral en el

⁽¹⁾ El embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Imay.sap@yahoo.com.

proceso del embarazo, parto y puerperio; además relata que antes se procreaban entre hermanos.

También que cuando llegaba el momento del parto “el hombre partía a la mujer por la mitad para tener al bebé, y el hombre era quien daba de lactar, él era quien tenía la teta y él era quien se encargaba de la crianza del recién nacido, porque la madre moría”⁽²⁾ Los Awajun y Wampis, consideraban que la placenta era un hijo más, la cual tenía que ser atendida bajo un contexto de rituales, no se podía botar al río ni al monte porque el recién nacido puede enfermar o morir.

Si había retención de placenta usaban vegetales, por ejemplo: La rama de yuca se calentaba, se envolvía con el cordón y se comenzaba a halar despacio haciendo masajes en el vientre. El corazón de la yuca lo cocinaban y tomaban el agua tibia, así como el corazón está adentro de la yuca, la placenta saldrá.

El plátano verde, con toda su cáscara se pone a la candela hasta que se haga negro y caliente, se envuelve en el cordón y despacio se va halando y dando masajes en el vientre hasta que salga la placenta.

La placenta debía ser enterrada bajo la cama de la madre a 60 CMS. De profundidad, lo que brindaba tranquilidad emocional a la madre al cumplirse con el ritual

⁽²⁾ Ídem.

que evitaría enfermedades, peligros de brujería y actitudes futuras de desarraigo y desamor de sus hijos, creando un vínculo con la comunidad y cuando el niño sea grande se casará con una mujer o varón de su comunidad y no se alejará manteniendo la unidad familiar, así las concepciones y percepciones que giran en torno al embarazo, parto y puerperio que son patrones culturales establecidos en las comunidades, son las que norman la conducta y comportamiento de las personas.

Quebrantar éstas creencias ancestrales de los nativos podrían llevarlos a la enfermedad y la muerte. Por esto es de gran importancia para el personal de salud, el conocer cómo piensan y sienten las personas de culturas diferentes.

En México la existencia de un “sistema real de salud”, está integrado por tres modelos:

- Medicina académica o institucional
- Medicina tradicional.
- Medicina doméstica.

Estas dos últimas, no están institucionalizadas, pero están estructuradas, tienen contradicciones con la medicina académica pero interactúan con ella.

En la medicina tradicional, los médicos tradicionales se ocupan del Síndrome de Filiación Cultural (susto, espanto, empacho, tirantez o quebradura de espíritu) que no se encuentran en los libros de medicina ortodoxa.

En éstas otras enfermedades tradicionales, conciben, previenen, diagnostican, realizan el tratamiento y hacen el pronóstico de acuerdo a claves profundas de la cultura del grupo.

La persistencia de la medicina tradicional se ha explicado por la existencia de una estructura común de pensamiento, por lo que se considera al paciente como un todo interrelacionado con el cuerpo social y el universo.

El único terapeuta tradicional tolerado en la práctica por el Estado y la medicina académica es la partera, a quien se considera indispensable capacitar.

En México hay muchas mujeres que prefieren a las parteras empíricas, aún cuando cuentan con seguridad social y hayan sido atendidas en alguna ocasión por profesionales de la salud.

El modelo de atención de la medicina doméstica, tiene como escenario importante, el núcleo familiar con la auto-atención de forma concreta. Está estructurada como un sistema de conceptos, creencias relativas a los estados de desequilibrios en general y al proceso salud enfermedad en particular.

En México la participación de parteras tradicionales en la atención de mujeres antes, durante y después del parto es muy importante. Alrededor de un 30% de los partos son atendidos por parteras y hasta un 100 % en comunidades indígenas.⁽³⁾

En El Salvador según indicadores del Ministerio de Salud Pública, se estima en los años del 97 al 99 que hay un porcentaje de un 33.42%. Para el 2001 al 2002 un 20.48%. En el 2003 hay un 16.70%, 2004 los partos atendidos por parteras a nivel nacional son del 14.33%

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS); define a las parteras tradicionales como: una persona (generalmente una mujer) que asiste a la madre en el curso del parto y que inicialmente adquirió sus habilidades atendiendo ella misma sus partos o trabajando con otras parteras tradicionales.

Sin embargo se debe incluir las prestaciones de cuidados básicos a la madre durante el ciclo normal de la maternidad, la atención del recién nacido, la distribución de métodos modernos de planificación familiar y la intervención en otras actividades de atención primaria de salud, inclusive la identificación y envío de pacientes de alto riesgo. En América Latina y El Caribe a diario mueren 1600 mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. De éstas 585,000 mujeres como mínimo mueren anualmente y más de 50 millones sufren de complicaciones asociadas con el embarazo⁽⁴⁾

⁽³⁾ Ídem.

⁽⁴⁾ www.sfmer.ch/colombia-PILA/Historia

La mortalidad materna debido a complicaciones del embarazo y parto es alta y aún constituye una tragedia en varios países de América Latina y El Caribe.

La razón general de mortalidad materna en estos países es de 190 por 100,000 nacidos vivos, lo que representó en 1995 unas 22,000 defunciones maternas.⁽⁵⁾

El embarazo y el parto no son enfermedades; pero las mujeres de dichos países aún mueren de la misma causa que las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX.⁽⁶⁾

La mortalidad materna puede analizarse, recurriendo a definiciones médicas diferenciando entre “causas obstétricas directas” y “causas obstétricas indirectas”. En todos los países predominan las causas obstétricas directas que superan 70%.

Entre éstas causas médicas primarias figuran la hemorragia 25%, la septicemia 15%, complicaciones del aborto 13%, eclampsia 12%, y el parto obstruido 8%.

Al analizar las causas obstétricas directas (excluyendo el aborto), la hemorragia y la toxemia son las 2 causas más comunes, seguidas por las complicaciones del puerperio.⁽⁷⁾

⁽⁵⁾ Ídem.

⁽⁶⁾ www.salvador.educ.art.tranx/0102/caf.html-44x

⁽⁷⁾ www.salvador.educ.art.tranx/0102/caf.html-44x

En los países en los que la razón de mortalidad materna son bajas, el modelo es el mismo. Las causas reportadas más comunes de defunción materna son causas obstétricas directas, como los trastornos hipertensivos del embarazo, embolia pulmonar, la hemorragia, y el embarazo ectópico, éstas complicaciones están relacionadas con la falta de acceso o uso de los servicios de salud, o prestación inadecuada de los servicios de salud que no pueden responder ante situaciones de urgencia y tratamientos incorrectos⁽⁸⁾

El embarazo de las adolescentes es un tema fundamental de la maternidad sin riesgo, pues entre las madres adolescentes se da un número desproporcionadamente elevado de defunciones y discapacidades maternas.

En los países de América Latina y El Caribe, cerca de una tercera parte de las mujeres de edades entre 20 y 24 años ya han tenido su primer embarazo a los 20 años. Muchos de estos embarazos son no deseados o inoportunos; por lo que tienen mayor probabilidad de ocasionar problemas de salud a la madre, bien porque conducen al aborto o porque las mujeres jóvenes tienden menos a buscar la atención apropiada.

La falta de desarrollo físico y fisiológico de las mujeres menores de 16 años de edad las hace particularmente vulnerables a complicaciones que surgen durante el embarazo, parto y puerperio.

⁽⁸⁾ Ídem.

Aunque la mortalidad y la morbilidad materna afectan a las mujeres de todos los estratos sociales y económicos, muere un número desproporcionadamente elevado de mujeres pobres y analfabetas que en su mayoría residen en zonas rurales.

(9)

Entre las adolescentes, la mortalidad materna es de 2 a 4 veces mayor que en otro grupo de edad. La legislación, las creencias culturales o las prácticas que subvaloran a las mujeres, contribuyen a generar esta disparidad, al limitar su acceso a los recursos económicos.

Las Américas presentan algunas de las mayores inequidades en mortalidad materna del mundo. En Canadá hay sólo 4 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos, frente a 523 en Haití. Chile presenta una tasa de mortalidad de 23 por 100,000 nacidos vivos, 390 en Bolivia.

En Brasil, El Salvador y República Dominicana, los cálculos oficiales indican que las tasas son inferiores a 100 por 100.000 nacidos vivos.

Además, la mortalidad materna varía enormemente dentro de los países, pues las inequidades se reflejan en las condiciones socioeconómicas y el acceso a los servicios de salud de calidad.

(9) www.sfmer.ch/colombia-PILA/Historia

En Bolivia, la razón de mortalidad materna varía significativamente según la región geográfica (altiplano, valles o mesetas) y según el lugar de residencia (rural, urbano).

Los trastornos de la salud reproductiva representan más del 30% de la carga global de morbilidad y discapacidad en las mujeres.

Existe una fuerte asociación entre la mortalidad materna y la atención institucional del parto. En algunos países de la región como Guatemala y Honduras, más del 50% de los partos son atendidos en casas, por personal no calificado, un tercio de las gestantes mueren en casa sin recibir atención alguna en una institución de salud.⁽¹⁰⁾

En El Salvador los principales problemas políticos y sociales que influyen en la situación de salud y en la prestación de servicios de salud se destacan: El estancamiento del crecimiento económico, un elevado crecimiento poblacional, la prevalencia del binomio desempleo- subempleo 7% de desempleo general y 29% de la población económicamente activa urbana subempleada y la pobreza.

El sector de la salud está constituido por dos subsectores: el público, integrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Salvadoreño de rehabilitación integral (ISRI), Bienestar Magisterial, Sanidad militar y el Instituto

⁽¹⁰⁾ www.sfmer.ch/colombia-PILA/Historia

Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) y el privado que incluye entidades lucrativas y no lucrativas.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN EL SALVADOR:

- 30 Hospitales
- 365 Unidades de salud.
- 168 casas de la salud.
- 47 centros rurales de salud de nutrición
- 2 clínicas para empleadas del MSPAS.

Los indicadores de cobertura de atención por el sistema de salud muestran que el 42% de los partos continúan siendo extrahospitalario, sólo el 45% de embarazos tienen algún control prenatal en el primer trimestre y un 31% que busca un control tardíamente.⁽¹¹⁾ Según datos obtenidos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador se han podido registrar en los últimos 5 años, las parteras capacitadas y los partos institucionales. (Ver anexo 3)

El Salvador es un país en donde por cada 10,000 habitantes hay 9.1 médico y 5.4 parteras para el año 2001. Tradicionalmente se ha contado con parteras empíricas quienes adquieren sus conocimientos de generaciones anteriores, confirmando así que sus prácticas vienen de épocas ancestrales, las cuales están presentes primordialmente en

⁽¹¹⁾ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Boletín Informativo de indicadores de partos institucionales.

áreas rurales de nuestro país, en donde las usuarias buscan la atención de parteras, desconociendo los riesgos que corren al no asistir a un centro hospitalario. Y exponiéndose a sufrir complicaciones como: hemorragias, ruptura prematura de membranas, infecciones, hipertensión en el embarazo.

Todas las parteras capacitadas que actualmente ejercen, primero fueron empíricas que iniciaron su trabajo por tradición de familia, asistiendo sus propios partos.⁽¹²⁾

Comentario de partera de Izalco:

“Yo me dí a conocer con la gente porque era mera curiosa con los niños, me ha gustado hacerles medicinas para calentura, sudores, con los años yo ya estaba casada; pero no habría tenido mi primer hijo, cuando una señora familiar de mi esposo, me mandó a llamar en carrera, yo no sabía para qué, sólo sabía que estaba embarazada... ¿qué que quería Teresa? Ay que me cuides porque yo ya voy a tener y Salomón no está. –pero yo no puedo Teresa- yo nunca he visto eso- le dije- yo le voy a ir diciendo, y así fue.⁽¹³⁾

Ahora bien, ubicándose geográficamente en los lugares en donde se realizó la investigación, se tiene el departamento de Morazán, el cual está limitado al Norte por la república de Honduras, al Este por el departamento de La Unión y la república de Honduras, al Suroeste por el departamento de San Miguel.

⁽¹²⁾ <http://www.bvs.edu.sv/ambiente/te/saludindigena>.

⁽¹³⁾ Ídem.

Para su administración se divide en 26 municipios, 132 cantones, con una población aproximada de 172,149.00 habitantes, y tiene una extensión territorial de 1,447.43 Km².

El departamento de Morazán cuenta actualmente con 138 parteras empíricas, 51 curanderos y 65 sobadores.

San Francisco Gotera es uno de los municipios que componen el departamento de Morazán. Tiene una extensión superficial de 59.76 Km². y ocupa el 4.13% del total del territorio del departamento. Colinda con los siguientes municipios, al Norte con Chilanga y Lolotiquillo; al Este con Sociedad y Jocoro; al Sur con el Divisadero y San Carlos; al Oeste con Yamabal y Semsembrá.⁽¹⁴⁾

Cuentan con una población de 19,887 habitantes con un 64% de población urbana y 36% rural.

Actualmente cuenta con 3 curanderos y 4 parteras.⁽¹⁵⁾

El municipio de Lolotiquillo, cuenta con una población de 4609 habitantes, con un 72% de la población rural y un 28% urbano.

⁽¹⁴⁾ Información obtenida de SIBASI Morazán

⁽¹⁵⁾ Ídem.

Limita al Norte con Yoloaiquín y Cacaopera, y al Oeste con Cacaopera y Sociedad; y al Sur con San Francisco Gotera y Chilanga. Cuenta con una unidad de Salud, siete escuelas, una iglesia católica y cuatro evangélicas.

Actualmente cuenta con 4 parteras 1 alfabeta y 3 analfabetas.⁽¹⁶⁾

El municipio de El Carmen, en el departamento de La Unión, está limitado al Norte por Yayantique y San Alejo al Este por La Unión y Conchagua; al Sur por Conchagua e Intipucá y al Oeste por Chirilagua. Cuenta con una población estimada para el 2006 de 18,877 habitantes.⁽¹⁷⁾

Actualmente cuenta con 6 parteras capacitadas.⁽¹⁸⁾

⁽¹⁶⁾ <http://www.gobernacion.gob.sv/morazan>

⁽¹⁷⁾ Idem.

⁽¹⁸⁾ <http://www.es-wikipedia.org/wiki/launion>.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Con base a lo anteriormente expuesto se enuncia el problema de la siguiente manera:

¿Cuáles son los factores que influyen en el uso de las etnoprácticas en el embarazo, parto y puerperio en las usuarias de 15 – 45 años de edad, que consultan en el Hospital Nacional San Francisco Gotera y Unidades de Salud, de Lolotiquillo, Morazán y El Carmen, La Unión, período de junio a septiembre de 2007?

¿Cuáles son las complicaciones que se generan por el uso de las etnoprácticas en el embarazo parto y puerperio en las usuarias de 15 – 45 años de edad, que consultan en el Hospital Nacional San Francisco Gotera y Unidades de Salud, de Lolotiquillo, Morazán y El Carmen, La Unión, período de junio a septiembre de 2007?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL.

- Investigar los factores que influyen en el uso de etnoprácticas en el embarazo, parto, puerperio y sus complicaciones en las usuarias de 15 a 45 años, en el Hospital Nacional San Francisco Gotera y unidades de salud, de Lolotiquillo, Morazán y El Carmen La Unión.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Conocer las etnoprácticas utilizadas en el embarazo, parto y puerperio por las usuarias de 15 a 45 años de edad.
- Determinar los factores culturales y socioeconómicos que influyen en la utilización de las etnoprácticas.
- Identificar las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio debido al uso de las etnoprácticas en la población en investigación.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

2.1 BASE TEÓRICA

La salud es abordada desde varias perspectivas, dentro de la cual se encuentra la medicina tradicional, también llamada medicina popular ó del pueblo, el cual es un modelo basado en una firme amalgama de prácticas y experiencias ancestrales, que han tenido lugar a lo largo de muchas generaciones y que incluso reflejan lo que la sociedad piensa respecto a la salud ó la enfermedad, esto hace referencia a la existencia de las diferentes etnoprácticas que nacen del seno de la tradición, la oralidad y la experiencia estrictamente empíricamente y que han conformado un cuerpo de prácticas identificables que constituyen un conjunto de conocimientos que en un conglomerado social ha adquirido validez y aceptación en el campo de la salud de quienes enferman.

Las etnoprácticas tienen al igual que la práctica médica dominante, un modelo conceptual que le es propio, y sobre el cual se define, lo que deberá en cada caso ser reconocido como proceso salud-enfermedad.

Dentro del contexto de las etnoprácticas suelen reconocerse por salud al bienestar físico y mental del que goza el individuo como premio por su estricta observancia ante las reglas religiosas, morales y sociales de la comunidad; en cambio la enfermedad tiene formas concretas de percibirse; es decir, estar enfermo es mas bien sentirse desvalido, sin

ánimos de efectuar las actividades cotidianas; es pues, encontrarse en un estado de alteración que puede ser remediado. La enfermedad es reconocida como castigo y la salud como premio.

Además, dentro del mismo contexto, existen para cada enfermedad una etiología, una sintomatología, un diagnóstico, pronóstico e incluso, un tratamiento, así como unas medidas preventivas que parecen carentes de precisión a la luz de la práctica médica occidental, pero que tiene un significado perfectamente coherente con un esquema propio del contexto cultural al cual el grupo social pertenece.

El ejercicio de las etnoprácticas ha existido y persiste en nuestro país a través de la existencia de los curanderos como personas “profesionales” en el arte de curar a pesar de los avances técnicos y de la eficiencia curativa de la medicina clínica.

Son varios los factores por los que la población sigue poniendo su confianza en los curanderos, esto debido a que el curandero tiene una comunión ideológica-cultural, además, participa y ejerce sobre la base del mismo contexto socio-natural en que se basa el entendimiento y la comprensión del fenómeno salud-enfermedad por parte de la población a la que atiende; ambos viven en un mismo complejo cultural de conocimientos, creencias, normas, valores y costumbres que dan sustento a la credibilidad que posee el curandero como “poder mágico” ante la actitud crédula de

quien busca sus servicios. Es acá donde radica la eficiencia de las etnoprácticas, aunque no siempre significa que realmente cura.

En antropología se entiende por “mágico”, todo aquello que no es racional, pero que tiene eficacia, ya que es claro que el curandero “sabe mas” (efecto mágico de autoridad) pues es el depositario de un saber empírico transmitido de generación en generación.

El enfoque de las etnoprácticas hace énfasis en la complejidad cultural de un grupo de la sociedad ya que el conocimiento de la forma en que se percibe el mundo mágico de creencias y como actúa frente a los cuidados de salud, responde a una estructura lógica de razonamiento, que se manifiesta por medios de las diferentes prácticas y costumbres en la vida cotidiana.

2.2 DEFINICION DE ETNOPRÁCTICAS

ETNOPRÁCTICAS: se puede definir como un conjunto de actividades y/o acciones que un grupo étnico realiza en base a un conocimiento empírico de medicina, costumbres o creencias religiosas para tratar una enfermedad.

2.3 TIPOS DE ETNOPRÁCTICAS

Se pueden clasificar en dos tipos:

- Suministrada por la misma persona.
- Suministrada y elaborada por el curandero

a) Aplicada por la misma persona:

Se práctica cuando la misma persona se suministra “tomas” y aplica los hábitos ya aprendidos de sus antecesores.

b) Suministrada por el curandero

Está se da cuando es una persona ajena a la paciente quien sabe de prácticas, hábitos y costumbres quien indica a las usuarias de sus servicios y a quien se le llama curandero.

En la actualidad, los pueblos de El Salvador se encuentran en un proceso de búsqueda de su propia identidad y de la revitalización de su cultura, entre esto se puede hacer mención, del modelo ancestral o tradicional de atención en salud que ha estado vigente por miles de años y que en la actualidad sigue siendo una alternativa para mejorar sus condiciones de salud debido al poco acceso por diversas razones. Entre ellas están los factores socioculturales que afectan la demanda de servicios de salud por parte de la población, no solo se reconoce la falta de educación de esta, sino mas bien, la existencia de una cultura y modo de vida ancestral que se resiste a someterse a la

dinámica y a la lógica del sistema de salud oficial que no va acorde al pensar y sentir de las comunidades. Otra de ellas es la negligencia, regaños, mala atención y sin calidez por parte del personal de salud, lugares de atención muy distantes y dificultades económicas para asistir a consultar a la unidad de salud.

2.3.1 ETNOPRÁCTICAS DURANTE EL EMBARAZO.

A pesar de ser uno de los hechos más naturales y corrientes en la vida de cualquier mujer, el embarazo y los nueve meses de gestación han dado lugar a la proliferación de cientos de etnoprácticas que muchas veces están desligadas de la realidad.

Entre las etnoprácticas que se crean en torno al embarazo están:

- Cuando va ser hombre le dan deseos de fumar, cuando va ser mujer no.
- Abdomen en punta es hombre y redondo mujer.
- Si una mujer al subir la escalera coloca el pie izquierdo en el primer peldaño, es señal de que su hijo nacerá varón, y si coloca el pie derecho será mujer.
- El feto masculino se cría en el lado derecho del claustro materno y el femenino en el izquierdo.
- Si la embarazada siente los movimientos del feto al cuarto mes, será varón; y el solo lo percibe al séptimo mes será mujer.
- En el ciclo de luna nueva nacen mujeres.
- No comer demasiadas cosas heladas porque al niño le dará refrió.

- Solicitar mostrar la mano de la embaraza, si la presenta con la palma hacia arriba será varón, hacia abajo mujer.
- Si una criatura nace en menguante y es varón, el próximo hijo también será varón.
- Algunas primerizas acostumbran hacer mandas ó promesas de dinero, novenas y misas a algún santo de su particular devoción, a trueque de que las saque con felicidad de tan duro trance.
- No se debe dejar restos de alimentos en los platos, con los cuales se pueden hacer males ó hechicerías.
- Las embarazadas deben cuidar de que no se les enrede el hilo de la costura pues si esto sucede, hay peligro que el cordón umbilical se enrede en el cuello del feto y lo sofoque.
- Las relaciones sexuales están prohibidas durante el embarazo.
- Todos los embarazos son iguales, si ya me controle en el primero y me fue bien, ya no necesito controlarme en los sucesivos, “ya tengo experiencia”.
- En el hospital a las primerizas no le hacen caso las dejan solas en una habitación.
- Los niños con labio leporino “janiches” son comidos de la luna.
- No comer mucha grasa por que los niños salen gordos.
- Durante el embarazo hay que comer por dos.
- Si tienes un antojo por algún alimento, hay que comerlo porque el bebé puede nacer con la mancha del antojo.
- La acidez se produce porque el bebé tiene mucho pelo.
- La malta estimula la secreción de leche.

- Los cítricos cortan la secreción de leche.
- Realizar muchos ultrasonidos en el embarazo produce reflujo en el bebé.
- Por estar embarazada se debe llevar una vida tranquila, alejada de la normalidad.
- Si estando embarazada se presenta un eclipse, eso traerá malformaciones en el bebé.
- No se debe tomar mucho líquido estando embarazada porque se aumenta la cantidad de líquido amniótico.
- El comer carne hace que los niños nazcan cabezones.
- Las manchas en la cara (cloasma) se producen por daño renal o hepático.
- La tristeza o depresión de la madre causan alteraciones en el bebé.
- No se debe hacer ejercicio durante el embarazo.
- No se debe de utilizar el teléfono celular estando embarazada.
- No se debe maquillar ni depilar durante el embarazo.
- Cuando la mujer embarazada se pone fea, nacerá una niña, y si se pone bonita, entonces será niño.
- Si la embarazada se horroriza, entonces su niño nacerá feo.
- El parto se produce durante la luna llena.
- Si la embarazada duerme siesta en el día, su niño nacerá con los párpados abultados.
- Si mi mamá tuvo un parto difícil, entonces yo también lo tendré.
- Se puede detectar el sexo del bebé con la prueba del hilo y la argolla sobre la palma de la mano, si hace una forma vertical será hombre y si es circular será mujer.
- No te acuestes mucho o se te pegará el bebe.
- Si tomas mucho atole producirás mucha leche.

- Si te cortas ó pintas el pelo te saldrá ciego.
- Si comes chile le causa malformación al bebe.
- Hay que sobarse para que nazca bien el niño.
- No hay que visitar cementerios.
- Cuando hay eclipses amarrarse un trapo rojo en la cabeza.
- Colocarse la ropa al revés para que no le hagan daño ó mal.
- No decir meses de embarazo porque se los amarran y se ahorca el niño.

2.3.2 ETNOPRÁCTICAS DURANTE EL PARTO.

- Durante la labor del parto el cuello uterino debe dilatarse aproximadamente un centímetro por hora, por eso las mujeres requieren estimulación con el suero pitocin.
- Una vez que se ha reventado la fuente, el ó la bebé tiene que nacer dentro de 24 horas.
- La posición acostada durante la labor y la litotomía para la expulsión son las más seguras y cómodas.
- La cesárea duele.
- Una vez que ha tenido una cesárea, todos los hijos posteriores deberán nacer por cesárea.
- El bebé sietemesino es más saludable que el ochomesino.
- El parto en casa es seguro, el parto en hospital es inseguro.
- Dar a beber una toma de raíz de limón con 7 clavos para apurar el parto.

- Hacer baños de agua tibia de la “panza” hacia abajo para apresurar el parto.
- Meter el pelo de la parturienta a la boca para lograr vómito y expulsar más rápido al parto.
- Hacer humo y pasar en cruz sobre la mujer para tener más rápido al niño.
- Poner a la mujer a soplar una botella para sacar la placenta.

2.3.3 ETNOPRÁCTICAS DURANTE EL PUERPERIO

- Produce efectos físicos y mentales.
- Cubrirse la cabeza con una pañoleta ó trapo para evitar que entre frío al cuerpo.
- Taparse los oídos con algodón para evitar las entradas de corrientes de aire.
- Evitar trabajos que impliquen esfuerzo visual, porque producen ceguera.
- Los entuertos se evitan y calman poniéndose alcohol caliente en el estomago.
- Sobar de los pies a la cintura con alcohol y amarrarlas de la cintura para evitar que la columna quede abierta.
- Tomar solo chocolate y comer queso duro y tortilla tostada.
- Esta prohibido coser con aguja de mano porque se puede puyar y le da pasmo.
- El banano causa pasmo.
- El pollo hace que se llene de gases.
- El pescado es la causa del mal olor en los genitales.
- Los alimentos enfriados en la nevera pasman la leche de la madre.

- Los alimentos ácidos se transmiten al bebé por la leche materna y no deja que sane el ombligo.
- Las leguminosas, carne de cerdo y el aguacate son pesados causando al bebe cólicos y diarrea.
- La leche le causa a la madre flujo vaginal.
- Para calmar los dolores producidos por los entuertos se emplean bebida de canela, suelda con suelda, hierba buena y apio.
- El baño con hierbas en agua tibia purifica el cuerpo, saca el frío y los malos humores.
- Las bebidas de cáscaras de plátano aumentan la leche.
- No es bueno lavarse el pelo tras el parto.
- El calostro no es tan importante pues aun no es leche.
- Los y las bebes grandes no se llenan solo con la leche materna.
- La mujer que está en el período de puerperio y lactancia no debe bañarse.
- No exponerse a las corrientes de aire, frío, sereno y sol, porque el contacto con la naturaleza por la fuerza que se hace, la matriz se puede salir.
- Los alimentos ácidos cortan la sangre y la buena circulación.
- Está contraindicado planchar, cocinar y coger cuchillo porque el contacto calor – frío seca la leche.
- El último día de la dieta la puérpera hace un sahumerio que se esparce en la casa y sirve para sacar el frío que se ha introducido durante la dieta, además cierra los poros y saca los pasmos.

2.4 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL USO DE LAS ETNOPRÁCTICAS EN EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

2.4.1 FACTORES SOCIOECONÓMICOS

El estatus social y las desventajas de muchas mujeres respecto a menor acceso a la educación formal, oportunidades laborales poder de decisión dentro y fuera del hogar y en particular su menor autonomía en las decisiones de la vida sexual y la reproducción están condicionadas por diferentes factores.

2.4.2 FACTORES SOCIALES

Educación:

En El Salvador la escolaridad promedio de adultos es de 5.2 años escolares aprobados. El 18.1% de la población salvadoreña mayor de 15 años es analfabeta (20.4 de las mujeres y 15.5% de los hombres). En el área rural esta cifra tiende a ascender a un 30%.⁽¹⁹⁾ Constituyendo esto una desventaja para las mujeres, dificultando la adecuada comprensión de la información que se brinda durante la atención prenatal, respecto a las complicaciones que pueden surgir durante el trabajo de parto.

⁽¹⁹⁾ www.lachsr.org/documentos/perfildelsistemadesalud

El menor acceso a la educación en las mujeres condiciona a una cadena de evento de carácter cultural que enfrasca a la mujer en roles discriminativos y machistas que la margina en un papel estrictamente reproductiva y de servicios domésticos; al resto de su familia. La baja escolaridad empeora esta situación limitando a las mujeres a desarrollarse profesionalmente, bloqueando las posibilidades de alcanzar un mejor nivel de vida.

Según de datos del Ministerio de Economía, hasta el año 2002, solamente un 20.7% de la población total alcanza un nivel de escolaridad de al menos un año de educación media aprobado, situación que se ve afectada por el difícil acceso a la educación media sobre todo en el área rural, en la cual las mujeres en la mayoría de los casos se les privan del derecho a la educación.

Pobreza

Según Kliksberg (1999), la pobreza repercute en las dimensiones fundamentales de la existencia, debido a que crea dificultades importantes en lo que se denominan las capacidades básicas de funcionamiento de las personas, deteriorado la calidad de vida y acortando la esperanza de vida.⁽²⁰⁾

⁽²⁰⁾ www.oas.org

La pobreza extrema es aquella población con ingresos inferiores al costo de su canasta básica de alimentos.

Pobreza relativa: Como la situación de aquella con ingresos suficiente para adquirir la canasta de alimentos pero insuficientes para financiar la satisfacción de otras necesidades básicas.

Hasta el año 2001, la población en El Salvador afectaba aun 51.9% de los hogares (De estos 25.3% de los hogares salvadoreños vive en extrema pobreza (10.3% de los hogares urbanos y 27.4 de los rurales) una de cada 5 personas en el sector rural se encuentra en pobreza extrema absoluta.⁽²¹⁾

La pobreza afecta todo el ámbito familiar el papel de la mujer no es ajeno a esta aseveración pues afecta en su desarrollo personal y social.

El poder adquisitivo que una familia tenga afecta directamente sobre el nivel de vida, incluyendo la accesibilidad a los servicios de salud, todo esto incide en las decisiones que se tomen en relación a la atención prenatal y el parto.

⁽²¹⁾ www.ashcr.org/documentos/perfildelsistemadesaluddeelsalvador

2.4.3 FACTOR ECONÓMICO

La remuneración media de las mujeres sigue siendo más baja que la de los hombres; en el área urbana la diferencia es de \$ 849.48 por año y el área rural del \$ 330.98 por año.⁽²²⁾

La inserción de las mujeres en los espacios productivos continua siendo uno de los mayores obstáculos para su desarrollo, el sector informal continúa siendo el principal sector económico donde la mujer encuentra espacios para recibir alguna remuneración, la relación del ingreso promedio de las mujeres en comparación de con los hombres a nivel nacional para el año 2000.

En el año 1997, de cada 100 mujeres en edad de trabajo, 35 trabajan o buscan activamente trabajo para el 2001 la cifra subió a 40. Sin embargo esta cifra aun es baja comparada con la de los hombres la cual asciende a 69 de cada 100.⁽²³⁾

Según datos del Ministerio de Economía para el año 2000 el costo de la canasta básica lo cual consta con los ingresos de la población sobre todo en el área rural, ocupando está la mayor parte de los ingresos, quedado desabastecida otras necesidades básicas como salud, educación y vivienda.

⁽²²⁾ www.lasdignas.org.sv/información/texto.thp/tipo/situación

⁽²³⁾ www.msal.gov.ar/htm.cite/pdf

Los costos hospitalarios relacionados a la atención del parto vienen a recargar los gastos familiares, haciendo que las mujeres prescindan de este servicio con el fin de mantener el equilibrio de lo económico en el hogar, tomando en cuenta además otros gastos en los que incurren los familiares de las parturientas como son transporte hacia el hospital, alimentación de los familiares durante la estadía y medicamentos.

2.4.4 FACTOR CULTURAL

“La cultura de un pueblo es el conjunto de recursos materiales e intelectuales de que se vale para conocer y dominar la naturaleza, para servirse de ella y procurarse una vida más humana, más firme por ser menos dependientes de las fuerzas de la naturaleza y también de otros pueblos y clases.

Sin embargo en una sociedad de clases antagónicas no toda la cultura es patrimonio de todo el pueblo pues los sectores dominantes se reservan los elementos culturales que permiten mantener la dominación”⁽²⁴⁾.

Sumando a los factores socio-económico anteriormente descritos, las creencias, costumbres de la población permiten que la atención del parto sobre todo en el área rural; no busque lo servicios hospitalarios, sino quedándose en el hogar para ser atendida por la partera personaje aceptado por la población por la confianza que proporciona.

⁽²⁴⁾ José Humberto Velásquez, Ob, Cit. Pág. 18

Esto se ve reforzado por la inaccesibilidad geográfica a las instituciones de salud y los altos costos de la asistencia hospitalaria tanto pública como privada, viéndose obligados a utilizar los servicios de las parteras comunitarias para la atención del parto.

Asimismo, se pueden mencionar dentro de los factores culturales las sociedades con características patriarcales, la cual se internaliza dentro de la familia y la sociedad a través del conjunto de esquemas de normas, valores, pautas de crianzas y mitos y se explica en forma radical a través del machismo, el cual se refiere a dos hechos interrelacionados: por una parte, a una situación social de dominio y privilegios del hombre sobre la mujer en los aspectos económicos, culturales y sociales, y por otra parte, los mitos de superioridad del hombre en muchos a todos los aspectos: biológicos, sexual, intelectual y emocional.

En una cultura patriarcal el poder es generado por el género masculino sobre el femenino, esta cultura refuerza y produce valores esenciales: por una parte la supremacía del sexo masculino y por otra parte la inferioridad del sexo femenino en torno a esto se han creado una serie de creencias sobre la mujer y el hombre en cuanto a su personalidad.

A la mujer se le identifica como: suave, dulce, sentimental, frágil, dependiente, maternal, coqueta, sacrificada; y al hombre como: dominante, autoritario, valiente, agresivo, audaz, sobrio, conquistador, seguro, activo, intelectual, racional y fuerte, en

cuando a la existencia social se digna a las mujeres al espacio domestico, la casa y a los hombres los espacios públicos del mundo.⁽²⁵⁾

Dentro de estas creencias se aceptan en el ámbito de atención del parto la idea que “El parto es cosa solo de mujeres”, la mujer no debe ser vista por otro hombre más que su marido”, estas ideas erróneas afectaran la decisión de la mujer embarazada al momento de escoger el sitio donde será atendido su parto.

Esto se ve reflejado en el hecho de que no se preveé el sitio de atención del parto aun cuando en los controles prenatales se informa sobre la fecha probable del parto, viéndose en la necesidad de buscar atención hospitalaria en ocasiones a altas horas de la noche a pesar de vivir en lugares de difícil acceso, situaciones que se pueden evitar al trasladarse a lugares cercanos a centro hospitalarios ya sea con familiares o amigos en las últimas semanas del embarazo.

⁽²⁵⁾ Katrin Kasische Marina Morales Carboney. “Adolescencia, Salud sexual y reproductiva”. Pág. 17

2.4.5 ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN BRINDADA POR LOS SERVICIOS DE SALUD.

Que los servicios deberían ser parte del desarrollo económico y social y que deberían tomar en cuenta los aspectos relacionados con la estructura, prioridades y metas nacionales.

Se sustenta en que los servicios y la atención en salud deben ser accesibles, producto de la participación de la comunidad y la sociedad congruente con las necesidades económicamente viables, culturalmente aceptables y como parte de un sistema nacional de salud.

SIBASI se fundamenta en la atención primaria en salud, porque pone al alcance de los individuos, familias y comunidades el modelo de atención integral en salud, el cual comprende las intervenciones de los diferentes proveedores de servicio y la consecuente solución de los problemas previamente identificados en el contexto local, mediante la ejecución de acciones de promoción de la salud, prevención y curación de las enfermedades y rehabilitación, enfocada al individuo, la familia, y al ambiente; permitiendo obtener un nivel de salud que contribuye al desarrollo social.

Sistema básico de salud integral cuenta con un área geográfica y una población delimitada sistemáticamente, de manera que garantiza la distribución equitativa de los

recursos y el uso eficiente de los mismos para la atención permanente y eficaz de las necesidades de salud de la población.

1. PRINCIPIOS Y VALORES DE LA ATENCIÓN BRINDADA POR LOS SERVICIOS DE SALUD.

Eficacia: Es la capacidad o potencial de resolver un problema y / o producir un resultado específico, de acuerdo a las condiciones locales.

Eficiencia: Es la capacidad de hacer un uso racional de los recursos disponibles en el proceso de abordaje de la problemática a resolver.

Continuidad: Es la capacidad del SIBASI de asegurar la atención integral de la persona, familia, y/o comunidad, desde el primer contacto con los servicios del sector salud hasta la resolución del problema o condición.

Calidad: Implica el mejoramiento constante de los procesos de atención brindados a satisfacción de las expectativas de la población.

Calidez humana: Se refiere al trato digno respetuoso y con sensibilidad humana que el personal de salud debe brindar a la población.

Culturalmente aceptado: Hace referencia a los servicios de salud que son proveídos respetando los principios valores y creencias de la población.

Oportuno: Se refiere a que las acciones para resolver los problemas en salud se efectúen en el momento adecuado, según las necesidades de la población.

Atención integral de salud: Es el conjunto de intervenciones e instrumentos utilizados por el SIBASI, que mediante acciones de fomento, promoción y educación para la salud, prevención, curación de la enfermedad y las rehabilitaciones de la salud, busca resolver los problemas relacionados con los aspectos psíquicos, económicos, sociales y culturales que afectan al individuo, la familia, la comunidad y al ambiente por medio de una red estable.

2.5 COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO POR EL USO DE LAS ETNOPRÁCTICAS

Las complicaciones del embarazo pueden afectar a la mujer, al feto o ambos y presentarse varias veces durante el embarazo.

Dentro de los cuales se pueden mencionar las siguientes:

- **Abruptio de placenta:**

Puede causar hemorragia vaginal durante los últimos 3 meses de embarazo, las mujeres que sangran en ese momento tienen el riesgo de perder al bebé o de sangrar excesivamente o de morir durante el parto.

- **Ruptura prematura de las membranas:**

En aproximadamente el 10% de los embarazos normales las membranas que contienen el feto y el líquido amniótico, se rompen antes de comenzar el trabajo de parto.

Las contracciones suelen comenzar entre 12 y 48 horas antes del trabajo de parto.⁽²⁶⁾

La ruptura de las membranas se denominan habitualmente ruptura de las bolsas. En este caso el líquido que se encuentra dentro de la membrana sale por la vagina. La cantidad de líquido expulsa varía, desde una gota hasta un chorro.

Tan pronto como las membranas se rompen la mujer debe ponerse en contacto con el médico o comadrona.

Si el parto no comienza entre las 24 y las 48 horas tras la ruptura de la bolsa, el riesgo de infecciones del útero y el feto aumenta.

⁽²⁶⁾ CONNINGHAN, Macdonald, Gant, Norman, Williams Obstetricia. 20ª Edición, Buenos Aires, Argentina, Editorial panamericana 1998, 1352 Págs.

Por esta razón suele inducirse el parto de forma artificial, dependiendo de si el feto está lo suficientemente maduro para ello. El médico también puede analizar el líquido amniótico para determinar si los pulmones del feto tienen ya el desarrollo necesario.

Si lo están, se induce el trabajo de parto para que nazca él bebe. Si no lo está no se induce.

Se controla la temperatura y el pulso de la mujer al menos dos veces al día ya que un aumento en la temperatura o en la frecuencia cardiaca pueden ser un signo de infección.

Si aparece una infección se induce el parto.

Por lo general el parto y el alumbramiento se producen sin ningún problema. Los problemas graves son relativamente raros, sin embargo, en ocasiones los problemas aparecen súbita e inesperadamente.

El parto puede adelantarse o puede retrasarse como resultado de ambas situaciones, la salud o vida del feto puede peligrar.

El parto puede adelantarse o retrasarse cuando el feto se presenta en una posición anormal.

- **Óbito fetal:**

Es la muerte intrauterina del producto de la concepción en cualquier momento, una vez que se ha cumplido 20 semanas de edad gestacional antes del inicio del trabajo de parto.

- **Desgarros vaginal y perineal:**

Es la ruptura espontánea de los tejidos vaginal y perineal pudiendo afectar el esfínter anal y la mucosa rectal y vaginal.

- **Retención de placenta:**

Es cuando algunas porciones de la placenta se quedan adheridas a la pared del útero, se produce hemorragia porque el útero no se contrae para prevenir las.

- **Prolongación de la segunda fase del periodo del parto:**

Si progresa demasiado lento, puede deberse a que el feto sea demasiado grande para avanzar por el canal de parto.

En este caso es necesario realizar un parto por vía cesarí. Si el canal de parto es suficientemente grande para el feto pero el trabajo no avanza con la rapidez esperada, se le administra a la madre oxitocina intravenosa para que las contracciones del útero sean más energética.

Si la oxitocina no funciona se le realiza una cesárea.

- **Posición y presentación del feto anormales:**

Posición hace referencia a si el feto está mirando hacia atrás (hacia la espalda de la madre o si esta boca abajo) o con el cuello flexionado (con la cara hacia arriba).

La presentación se refiere a la parte del cuerpo del feto que sale primero por el canal de parto. La combinación más frecuente y más segura es la del feto que mira hacia atrás. Si el feto se encuentra en una posición o presentación diferente, el parto puede ser más difícil y quizás no sea posible el parto vaginal.

- **Distocia de hombros**

Se reduce cuando un hombro del feto se encaja contra el hueso púbico de la madre, por consiguiente el bebé queda atrapado en el canal del parto, la cabeza asoma al exterior, pero es atraída y apretada contra la apertura vaginal. El bebé no puede respirar porque el tórax está comprimido por el canal del parto. Como resultado los niveles de oxígeno disminuyen en la sangre del bebé.

Esta complicación es más frecuente cuando se tratan de fetos grandes, en particular cuando el trabajo de parto ha sido difícil, o cuando se ha utilizado fórceps.

Cuando ocurre esta complicación, en circunstancias extremas, si las técnicas son infructuosas al bebé puede ser empujado hacia atrás dentro de la vagina para que nazca por cesárea.

Inmediatamente después del parto, la temperatura de la madre con frecuencia aumenta una temperatura de 38.3°C o más alta, durante las primeras doce horas después del parto puede ser indicio de una infección pero por lo general no lo es. Sin embargo es estos casos la mujer debe ser evaluado por el médico u partera.

Generalmente se diagnóstica una infección posparto cuando han transcurrido al menos 24 horas desde el parto y la mujer ha tenido una temperatura de 38°C o más en ocasiones, la menos con 6 horas de diferencia.

Las infecciones después del parto son poco frecuente, las infecciones después del parto pueden estar directamente reaccionadas con este acontecimiento (Las que se desarrollan en útero o en la zona alrededor del útero) o indirectamente.

- **Hemorragia Uterina (post-parto):**

Después del nacimiento del bebe la hemorragia (hemorragia posparto) copiosa desde el útero es una de las principales complicaciones digna de preocupación. Por lo general, la mujer pierde alrededor de medio litro de sangre después del parto. Se pierde sangre porque algunos vasos sanguíneos se desgarran cuando la placenta se desprende del útero.

Las contracciones del útero ayudan a cerrar estos vasos hasta que puedan sanar una pérdida de más de medio litro de sangre durante o después de la tercera etapa del trabajo de parto (en el momento en que se expulsa la placenta) se considera excesiva.

La hemorragia copiosa puede aparecer cuando las contracciones del útero se ven alteradas después del parto. Por ello, los vasos sanguíneos que se desgarraron con el desprendimiento de la placenta continúan sangrando. Las contracciones pueden verse modificadas si el útero se ha detenido demasiado, por ejemplo debido a una cantidad excesiva de líquido amniótico en su interior, por varios fetos o por uno muy grande las contracciones también afectarse si una parte de la placenta sigue dentro del útero después del parto, si el trabajo de parto ha sido anormal o prolongado, si la mujer ha estado embarazada varias veces o si se utilizó un analgésico relajante muscular durante las contracciones y el parto.

Las hemorragias excesivas pueden ser el resultado del desgarramiento de la vagina o del cuello uterino durante el parto o del bajo nivel de fibrinógeno en la sangre (proteínas que ayudan a su coagulación). La hemorragia excesiva después del parto puede aumentar el riesgo de repetición de episodios similares en los partos siguientes:

- **Infecciones del útero**

Las infecciones posparto suelen comenzar en el útero. Si una infección en las membranas que contiene el feto (saco amniótico) fue la causa de la fiebre durante el trabajo de parto, puede acabar en una infección de revestimiento uterino (endometritis) del músculo uterino (miometritis) o en la zona circundante (parametritis)

2.6 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

Wambisa: Mujer que atiende sus propios partos y era partera de la comunidad indígena. Síndrome de Filiación cultural: consiste en susto, espanto, empacho, tirantez o quebradura de espíritu.

Creencias: Firme asentimiento o crédito que se presta a un hecho o noticia, fe, convicción, persuasión y opinión.

Costumbre: Término utilizado para denominar las pautas, hábitos o modos peculiares de proceder y conducirse en todos sus actos o una parte de ellos. Las costumbres comprenden modos de conducta de las relaciones de las personas entre si, con la sociedad y con la naturaleza.

Cultura: Conjunto de saberes y conocimientos eruditos acerca de ciertas “Cosas superiores” como la filosofía. Comprende el conjunto de rasgos que caracterizan el modo de vida y se manifiesta a través de una serie de objetos y modos de actuar y de pensar que son creados y transmitidos por los hombres.

Hábito: Costumbre, práctica o forma de conducta en particular.

Tradiciones: Comunicación o transmisión de creencias, doctrinas, ritos, costumbres, hechos o noticias a través de las generaciones. Continuidad de ideas, instituciones, costumbres o modos de ser que un pueblo conserva a lo largo de los tiempos.

Mortalidad Materna: Numero anual de Mujeres Fallecidas por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, por cada 100,000 nacidos vivos.

Mortalidad Neonatal: Se refiere a las defunciones que ocurren antes de cumplir veintinueve días de edad por mil nacidos vivos.

Mortalidad perinatal: Se refiere a las defunciones que ocurren después de las veintiocho semanas de embarazo y durante los primeros siete días de nacidos por mil partos de embargo viables.

Embarazo: Según la O.M.S. el embarazo comienza cuando el óvulo fecundado se implanta en la pared del útero, al final de la primera semana después de la concepción y finaliza con el parto.

Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los períodos embrionarios y fetal, dura 280 días (40 semanas) tomando como partida el primer día del comienzo de la última menstruación.

Embarazo de Bajo Riesgo: Es el que ocurre en una mujer que no tiene factores de riesgo reproductivo y que transcurre únicamente con los cambios habituales de ese estado y por lo tanto no compromete la salud de la madre la de su hija o hijo.

Embarazo de Alto Riesgo: Es el que ocurre en una mujer que tiene factores de riesgo reproductivo durante el cual alguna patología que lo complica y que por lo tanto puede comprometer la salud de la madre y la de su recién nacido.

Parto: Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto y la placenta por vía vaginal, en condiciones optimas.

En condiciones normales el parto ocurre cuando el feto ha cumplido el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha alcanzado el término de su gestación (37 – 40 semanas). Se denomina parto de alto riesgo aquel en el cual ocurren hechos ó circunstancias que amenazan la salud de la madre y su recién nacido.

Puerperio: Período posterior al alumbramiento, durante el cual ocurren transformaciones progresivas anatómicas, metabólicas y hormonales en el que involucionan todos los cambios del proceso de la gestión a excepción de las glándulas mamarias, su duración promedio es de 6 semanas ó 42 días.

Emergencia Obstétrica: Es toda complicación que afecta la salud reproductiva de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio con riesgo inminente de secuela y/o muerte para la madre, feto o recién nacido o ambos.

Pluriculturalidad: Hace referencias a la diversidad cultural existente a una sociedad determinada y a la consideración y respeto a todas las culturas consideradas iguales en dignidad.

Etnoprácticas: como un conjunto de actividades y/o acciones que un grupo étnico realiza en base a un conocimiento empírico de medicina para tratar una enfermedad.

Mito: Alegoría, fabula, relato o conjunto de elementos narrativos que expresan y simbolizan de manera implícita, los aspectos más profundos de la existencia humana, el mito se apoya en la tradición y en la persistencia de creencia popular.

Machismo: Es una construcción cultural, basada en la historia de la evolución de la socialización de los roles de genero, en esencia es un modo particular de concebir el rol masculino basado en el mito de la superioridad de los hombres por sobre las mujeres y en la autoridad que por derecho propio tiene sobre ella.

Valores: Un objetivo que hace referencia a la cualidad que hace digno de estima a un ser o a un objeto, para satisfacer necesidades o proporcionar bienestar en sentido

subjetivo lo que un hombre particular estima o desea; las elecciones que hace cada hombre y que depende de una escala de valores.

Empírico: Que se funda sólo en una experiencia, entendida ésta de un modo estrecho y rutinario.

Congelo: Coagular, espesarse ciertos líquidos (loquios).

Parteras Tituladas: Persona autorizada y experimentada en el cuidado de mujer embarazada y en los partos, que ha recibido capacitación por parte MSPAS; para poder brindar atención antes, durante y después del parto.

CAPÍTULO III
SISTEMAS DE HIPÓTESIS

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS GENERALES:

H_i: Los factores culturales, socioeconómicos, geográfico y atención recibida en los servicios de salud son determinantes en el uso de las etnoprácticas en el embarazo, parto y puerperio en la población en estudio.

H₀: Los factores culturales, socioeconómicos, geográficos y atención recibida en los servicios de salud no son determinantes en el uso de las etnoprácticas en el embarazo, parto y puerperio en la población en estudio.

H₂: La hemorragia, ruptura prematura de membranas, presentación anormal, la hipertensión arterial, el óbito fetal, la retención de placenta, la infección de vías urinarias y la infección puerperal son complicaciones por el uso de etnoprácticas durante el embarazo, parto y puerperio.

H₀₂: La hemorragia, ruptura prematura de membranas, presentación anormal, la hipertensión arterial, el óbito fetal, la retención de placenta, la infección de vías urinarias y la infección puerperal no son complicaciones por el uso de etnoprácticas durante el embarazo, parto y puerperio.

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES

Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Indicadores
<p>H_i: Los factores culturales, socioeconómico, geográficos y la atención que brindan los establecimientos de salud son determinantes en el uso de las etnoprácticas en el embarazo, parto y puerperio en la población en estudio.</p>	<p>Variable 1 factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Culturales ◆ Socioeconómicos ◆ Geográficos ◆ Atención brindada por los servicios de salud. 	<p>Factor Cultural: Comprende un conjunto de rasgos que caracterizan los modos de vida y se manifiestan a través de los modos de actuar y de pensar que son creados y remitidos por los individuos.</p> <p>Factores socioeconómicos: Conjunto de las relaciones de producción que a su vez, corresponde como un grado determinado de desarrollo de las fuerzas productiva y componen la base (estructura) del sistema social.</p> <p>Accesibilidad geográfica: Es la condición de poder utilizar los servicios de salud con respecto a la distancia</p> <p>Atención brindada por los servicios de salud: Es el conjunto de medios directos y específicos destinados en tener al alcance al mayor número de recursos para el diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Creencias - Costumbres - Hábitos - Religión - Edad - Escolaridad - Ocupación - Ingresos familiares - Servicios básicos con que cuenta. - Tenencia de la vivienda - Domicilio - Tipos de transporte - Distancia - Tipos de terreno a transitar. - Calidez humana - Calidad - Oportuno - Continuidad - Eficaz

Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Indicadores
	<p>Variable 2</p> <p>Uso de las etnoprácticas en el embarazo, parto y puerperio.</p>	<p>Etnoprácticas: Un conjunto de actividades y/o acciones que un grupo étnico realiza en base a un conocimiento de medicinas, costumbres o creencias religiosas para tratar una enfermedad.</p> <p>Embarazo: Es la estación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno después de la unión de un ovulo y un esperma.</p> <p>Parto: Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto y la placenta por vía vaginal en condiciones óptimas.</p> <p>Puerperio: Periodo posterior al alumbramiento, durante el cual ocurren transformaciones progresivas, anatómicas, metabólicas y hormonales en el que intervienen todos los cambios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sobadas - Dietas recomendadas por la partera. - Reposo - Automedicación - Medidas de higiene al momento del parto. - Recomendaciones por parteras al momento del parto. - Toma de hierba o te en el trabajo de parto. - Dietas recomendadas por partera en el puerperio. - Medidas higiénicas recomendadas en el puerperio. - Medidas preventivas recomendadas.

Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Indicadores
<p>H₂: La hemorragia, post parto ruptura prematura de membranas, presentación anormal, el óbito fetal, la retención de placenta, desgarros perineales y vaginal y la infección puerperal, son complicaciones que se presentan en las mujeres por el uso de etnoprácticas en el embarazo, parto y puerperio.</p>	<p>Variable 1. Complicaciones que se presentan en las mujeres.</p>	<p>Complicación: Síntoma distinto de los habituales de una enfermedad; empeoramiento de una enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia - Muerte fetal - Amenazas de parto prematuro. - Aborto. - Infección puerperal - Retención de placenta - Desgarros vaginales y perineales - Sufrimiento fetal. - Ruptura prematura de membranas. - Presentación anormal. - Óbito fetal

Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Indicadores
	<p>Variable 2</p> <p>Uso de etnoprácticas en el embarazo, parto y puerperio.</p>	<p>Etnoprácticas: Un conjunto de actividades y/o acciones que un grupo étnico realiza en base a un conocimiento de medicinas, costumbres o creencias religiosas para tratar una enfermedad.</p> <p>Embarazo: Es la estación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno después de la unión de un ovulo y un esperma.</p> <p>Parto: Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto y la placenta por vía vaginal en condiciones óptimas.</p> <p>Puerperio: Periodo posterior al alumbramiento, durante el cual ocurren transformaciones progresivas, anatómicas, metabólicas y hormonales en el que intervienen todos los cambios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sobadas - Dietas recomendadas por la partera. - Reposo - Automedicación - Medidas de higiene al momento del parto. - Recomendaciones por parteras al momento del parto. - Toma de hierba o te en el trabajo de parto. - Dietas recomendadas por partera en el puerperio. - Medidas higiénicas recomendadas en el puerperio. - Medidas preventivas recomendadas.

CAPÍTULO IV
DISEÑO METODOLÓGICO

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación se caracteriza por ser tipo cualitativa y cuantitativa.

Cualitativa porque se valoraron aspectos de las condiciones de vida de las mujeres en estudio así como la percepción que tienen sobre las etnoprácticas y cuantitativa debido a que se determinó la frecuencia de las complicaciones por el uso de las etnoprácticas durante el embarazo, parto y puerperio.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos la investigación es:

- Prospectiva:

Porque se investigó los factores que influyen en el uso de las etnoprácticas en el embarazo parto y puerperio y sus complicaciones en las usuarias de 15 – 45 años, inscritas en el control prenatal en los lugares en estudio en el periodo de junio a septiembre de 2007, es decir que se registró la información en el momento que se administró la cédula de entrevista a las mujeres embarazadas.

Según el periodo y secuencia del estudio este es:

- Transversal:

Porque se estudiaron los factores que influyen en el uso de las etnoprácticas en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo, en el periodo ya especificado sin darle un seguimiento posterior.

Según el análisis y alcance de los resultados la investigación es:

- Analítica:

Porque se determinó cuales son los factores que influyen en el fenómeno objeto de estudio, es decir los factores que condicionan el uso de las etnoprácticas durante el embarazo, parto y puerperio a la vez el estudio puede servir de base a futuras investigaciones.

Según la fuente de datos el estudio es:

- De campo:

Porque la fuente de datos fue la información de primera mano, es decir obtenida directamente de las mujeres objeto de estudio, esto permitió llegar a conclusiones y a generalizar con mayor precisión a través de las técnicas de trabajo de campo como: la entrevista utilizando como instrumento: la cédula de entrevista a profundidad dirigida a las embarazadas inscritas en el control prenatal al cual se obtuvo datos cuantitativos y cualitativos.

4.2 POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

La población que se tomó en cuenta para la realización del estudio corresponde a todas las mujeres embarazadas inscritas en los libros de control prenatal de 15 – 45 años desde enero 2007, y que asisten a sus controles prenatales en los lugares en estudio. Hasta la tercera semana de julio de 2007.

4.3 MUESTRA

Para determinar la muestra fue necesario establecer los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Mujeres embarazadas
- De 15 – 45 años
- Inscritas en el programa de control prenatal de las Unidades de Salud y Hospital en estudio.
- En el periodo de julio – septiembre 2007.

Criterios de exclusión:

- Mujeres embarazadas de 15 – 45 años no inscritas en el programa de control prenatal en las Unidades de Salud y Hospital en estudio en el período de junio a septiembre de 2007.

4.4 TIPO DE MUESTREO

Es no probabilístico por conveniencia, para ello se tomó como base los criterios de inclusión.

INVESTIGADOR	UNIDADES DE SALUD	Nº DE EMBARAZADAS
Matías Flores	Lolotiquillo	120
Gloria Alfaro	El Carmen	204
Eidy Delgado	Hosp. San Francisco Gotera.	329
Total		653

Fuentes libros de control prenatal en las diferentes unidades de salud en estudio.

De la población total de mujeres embarazadas inscritas en el programa de control prenatal en los lugares en estudio, se obtuvo 653 mujeres de la cual se extrajo una muestra de 108 mujeres embarazadas de 15 a 45 años, inscritas. Utilizando la siguiente fórmula

Fórmula

$$n = \frac{N \times 2 (a)}{A}$$

- N = Total de población por cada Unidad de Salud.
- a = Es el número de meses que se realizará el estudio.
- A = Es el total de meses en años.
- n = La muestra por cada integrante de grupo.
- 2 = Los dos meses en que se realizó la investigación.

$$\frac{120 \times 1 (2)}{12} = \frac{240}{12} = 20$$

$$\frac{204 \times 1 (2)}{12} = \frac{408}{12} = 34$$

$$\frac{329 \times 1 (2)}{12} = \frac{658}{12} = \frac{54}{108}$$

La distribución de los instrumentos para la recolección de datos se hizo de la siguiente manera:

INVESTIGADOR	LUGAR DE ENTREVISTA	NUMERO DE CEDULA DE ENTREVISTA.
Matías Mártir Flores Vásquez	Unidad De Salud Lolotiquillo	20
Gloria Isabel Alfaro Contreras	Unidad De Salud El Carmen	34
Eidy Yakelin Delgado Aguilera	Hospital Nacional San Francisco Gotera	54
TOTAL		108

Dentro de la ejecución se ha determinado que sea equitativo la distribución de los instrumentos, por lo que dos integrantes se trasladaron a apoyar la aplicación de la cédula de entrevista al Hospital Nacional San Francisco Gotera.

4.5 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Las técnicas de las cuales se auxilió el grupo investigador para obtener la información fueron:

A. Técnicas Documentales

- a) **Documental Bibliográfica:** Está permitió la obtención de información de libros, diccionarios especializados, programa de control prenatal y atención del parto y Documentos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

b) Documental Escrita: A través de estas se consultaron los libros de control prenatal de mujeres embarazadas en los lugares en estudio.

c) Documental Hemerográfica: Ésta facilitó obtener información de tesis, páginas electrónicas y revistas.

B. Técnica de Trabajo de Campo

Dentro de estas técnicas se encuentran: la entrevista y la encuesta

a) La entrevista: Por medio de esta técnica se obtuvieron datos de informantes claves, ya que se entrevistó a cinco parteras.

b) La encuesta: Por medio de la cual se recopiló información sobre la población objeto de estudio los datos obtenidos a través de esta técnica ayudaron a determinar los factores que influyen en el uso de las etnoprácticas y sus complicaciones en las usuarias de 15 – 45 años en los lugares en estudio.

4.6 INSTRUMENTOS:

Para la investigación documental se utilizaron las fichas bibliográficas, hemerográfica y archivológica.

Para la investigación de campo, se utilizó la guía de entrevista y la cédula de entrevista elaborada con 3 preguntas abiertas y 25 cerradas (Ver Anexo N° 4) la cual estuvo dirigida a las embarazadas inscritas en el programa de control prenatal en los lugares en estudio también se encuentra la guía de entrevista dirigida a las parteras; este instrumento se conformó con 22 preguntas abiertas (Ver Anexo N° 5)

4.7 PROCEDIMIENTO

a. Planificación:

En un primer momento se discutieron múltiples temas analizando la importancia, la factibilidad y trascendencia social de cada uno de ellos junto con el docente asesor además se delimitó el área de trabajo en la cual se realizaría la investigación, la población objeto de estudio y la ejecución. Se realizó una revisión bibliográfica, hemerográfica y archivología que sustentará la investigación. Se elaboró y presentó el perfil de investigación y posterior a su aprobación, se elaboró un protocolo (Ver Anexo N° 1) de la investigación.

b. EJECUCIÓN

1. Prueba Piloto:

Cada encuestador pasó tres cédulas de entrevista a la población objeto de estudio, haciendo un total de 9 cédulas de entrevista. Las cuales se realizaron en la última

semana de julio, lo que permitió verificar si se repetían preguntas, si estaban bien elaboradas, si no había ambigüedad, si eran muchas preguntas o se preguntaban cosas innecesarias y se dejaban otros aspectos importantes y necesarios es decir, que ayudó a mejorar el instrumento que se aplicó a la población objeto de estudio, validándose de esta manera dicho instrumento (Ver Anexo N° 2)

2. Recolección de la información

En un primer momento se administraron cinco cédulas de entrevista durante las primeras 6 semanas de ejecución y la última semana se aplicaron seis cédulas de entrevista por cada integrante del grupo; dicha aplicación del instrumento se realizó durante los controles prenatales de las pacientes en estudio, primeramente se entabló empatía con las pacientes en el control prenatal haciendo uso de las normas para la realización de examen físico obstétrico por parte del examinador se le explicó el objetivo de la investigación y se les consultó si ellas querían ser parte de la población objeto de estudio y posterior a ello se aplicó la cédula de entrevista y se dio la consejería, el procedimiento se desarrolló de igual manera en las otras unidades de salud donde se realizó la investigación.

El grupo investigador se encargó de localizar y entrevistar a las parteras en forma separadas el objetivo de entrevistarlas es para indagar los conocimientos que tienen las parteras en el uso de las etnoprácticas durante el embarazo, parto y puerperio y sus complicaciones.

3. Tabulación, análisis e interpretación de los resultados

Una vez obtenida la información se procedió a realizar la tabulación de los datos recogidos, para lo cual se utilizó la técnica de palotes en el conteo de las respuestas. Dichas respuestas se habían categorizado para facilitar la agrupación de datos similares.

Tabuladas las respuestas se diseñaron cuadros para la presentación de la información en los cuales se detalló: frecuencias de las respuestas con base a las categorías, así como porcentajes en relación al total de respuestas. Así mismo se utilizaron las técnicas de representación gráfica de los resultados a través del formato de barra. Que sirvieron para el análisis de las respuestas obtenidas el método estadístico utilizado para la interpretación de los resultados fue, la comparación de los porcentajes. Luego se elaboraron las conclusiones y recomendaciones; todo lo anterior se plasmó en el informe final el cual se presenta en forma escrita y oral.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se dan a conocer los resultados sobre la investigación realizada en los lugares en estudio, Hospital Nacional San Francisco Gotera, Unidades de Salud Lolotoquillo, Morazán y El Carmen La Unión, sobre los factores que influyen en el uso de las etnoprácticas en el embarazo, parto y puerperio en las usuarias de 15 – 45 años y sus complicaciones en el periodo de junio a septiembre 2007.

Los datos que se presentan a continuación se obtuvieron a través de una cédula de entrevista elaborada con preguntas abiertas y cerradas, dirigida a las mujeres embarazadas inscritas en el control prenatal en los lugares de estudio que cumplían con el criterio de inclusión.

Luego de la obtención de los datos se procedió a la tabulación y análisis e interpretación de los resultados para esta parte se utilizaron cuadros de dos o tres entradas realizando el cruce de preguntas; para la tabulación de los datos se utilizó el método estadístico porcentual cuya fórmula es la siguiente:

$$\text{Porcentaje} = \frac{\text{Fr. X } 100}{\text{N}}$$

Donde:

% = Tanto por ciento que se encuentra en el total de estudio.

Fr = Número de veces que se repite el dato.

100 = Constante de la muestra

N = Total de casos

Se realizó la prueba de hipótesis utilizando el diseño estadístico “t” de Students o de dos colas, obteniéndose una “t” corregido de 5.82, que fue superior a “t” tabla en sus rangos de 3.55 al 0.05 % de probabilidad, valor que tiene significación estadística por lo que se rechazó la hipótesis nula.

Fórmulas:

$$S_{ctr} = CM_{tr} * g_{l_{tr}} \quad \sigma^2 = 519.05$$

$$SCT = \sigma^2 * g_{l_{total}} \quad r = 7$$

$$\sigma^2 \sum x_i \quad g_{l_{tra}} = t - 1 = 3 - 1 = 2$$

$$CM_{tr} = \frac{\sigma^2 \sum x_i}{r} \quad g_{l_{EE}} = (n - 1) - (t - 1) = 20 - 2 = 18$$

$$S_{CEE} = SCT - S_{ctr}$$

$$M_{CEE} = S_{CEE} \div g_{l_{EE}}$$

Donde:

Sctr = Suma de cuadrado de los tratamiento

SCT = Suma de cuadrado TOTAL

CM = Cuadrado medio

ScEE = Suma de cuadrado del error experimental

gl = Grado de libertad

σ^2 = Varianza de todas las observaciones

$\sigma^2 \sum xi$ = Varianza de la sumatoria de los tratamientos

Tratamiento = Hospital, casa, ambos.

a = 3 a: N° de tratamiento

n = 7 n: Sumatoria de observaciones

N = 21 n: Total de observaciones.

5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

CUADRO N° 1

Distribución de la población por edades.

EDAD	FR	%
15 – 19	21	19.4
20 – 29	57	52.8
30 – 39	26	24.1
40 o más	4	3.7
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis:

El 52.8% de las mujeres embarazadas inscritas en el control prenatal, se encuentran entre las edades de 20 – 29 años seguido de un 24.1% de edades de 30 a 39 años y en tercera instancia las mujeres de 15 a 19 años que representan el 19.4% y en menor porcentaje las mujeres de 40 años o más en un 3.7%.

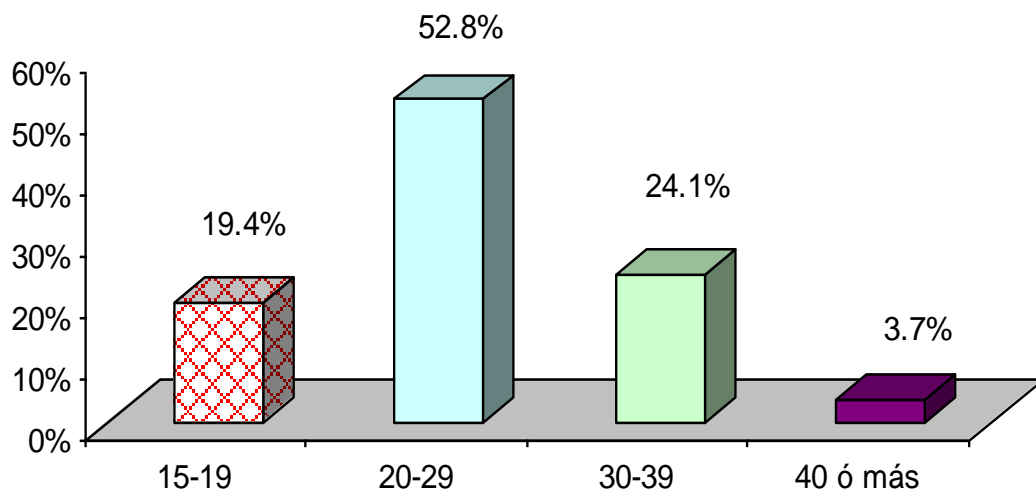
Interpretación:

Según los resultados de las encuestas realizadas a las mujeres embarazadas inscritas en el programa de control prenatal de las unidades de salud y hospital en estudio se

encuentran en su mayoría en edades de 15 a 39 años, lo cual constituye la etapa fértil de la mujer.

GRÁFICA N° 1

EDAD



Fuente: Cuadro N° 1

CUADRO N° 2:

Población según procedencia

PROCEDENCIA	FR	%
Urbana	29	26.9
Rural	79	73.1
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista

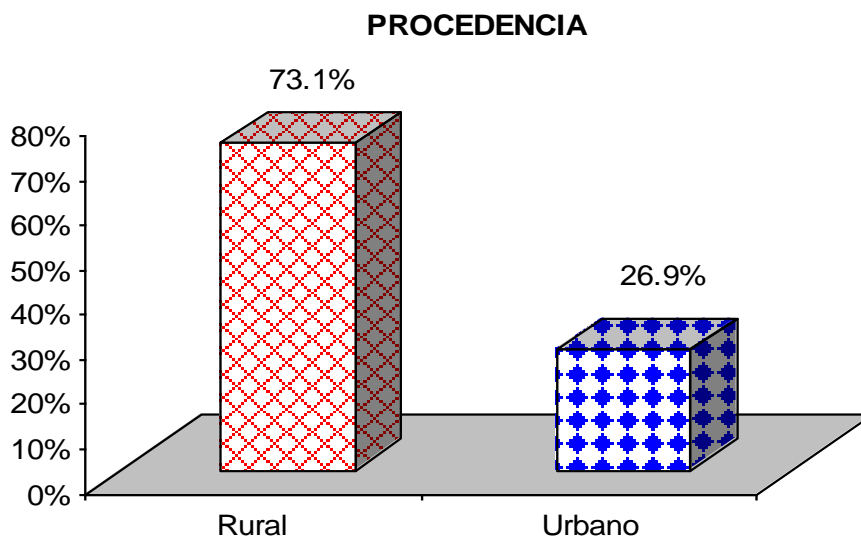
Análisis:

Del total de mujeres entrevistadas un 26.9% proceden del área urbana, y un 73.1% proceden del área rural.

Interpretación:

Con relación a la procedencia de las mujeres entrevistadas, se puede observar que la mayoría es del área rural con una diferencia de 50 personas con respecto al área urbana, lo cual influye en la decisión de las usuarias de optar por el uso de las etnoprácticas, debido a que la dificultad para transitar caminos rurales y llegar hasta un centro de salud es mayor con respecto a las del área urbana

GRÁFICA N° 2



Fuente: Cuadro N°2

CUADRO N° 3:

Grupo Religioso

ALTERNATIVA	FR	%
Católico	59	54.2
Evangélico	39	36.1
Ninguna	10	9.3
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis:

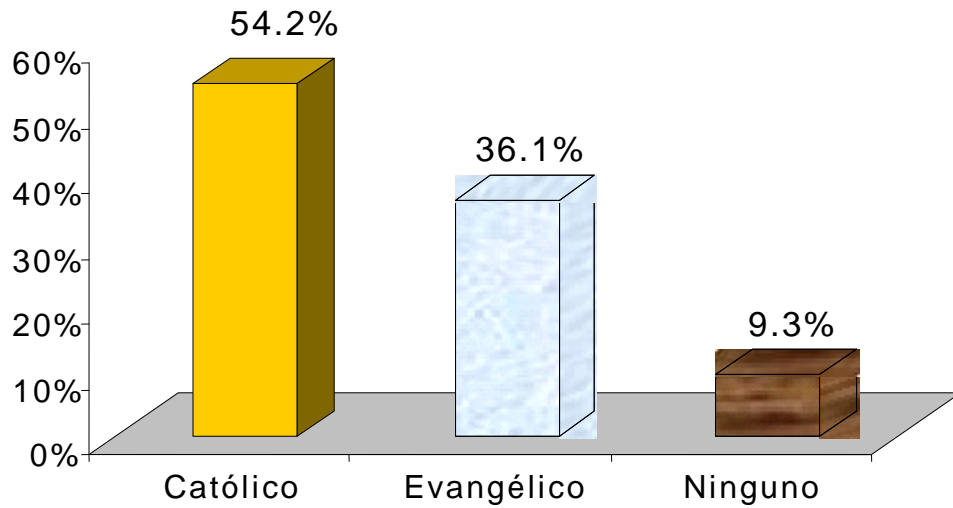
El 54.2% de los mujeres entrevistados expresaron ser de la religión católica, un 36.1% son evangélicos y un 9.3% no pertenecen a ningún grupo religioso.

Interpretación:

La mayoría de mujeres encuestadas manifestaron ser a las religiones católicas aunque un porcentaje significativo expresan ser evangélicas y en una minoría no pertenecen a ningún grupo religioso. Puede observarse que independientemente del grupo religioso al que pertenecen las mujeres en estudio hacen uso de las etnoprácticas, ya que en la práctica de sus principios religiosos, no se les prohíbe el uso de las mismas.

GRÁFICA N° 3

GRUPO RELIGIOSO



CUADRO N° 4

Nivel de escolaridad que tiene la población.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	FR	%
1° - 6°	50	46.3
7° - 9°	16	14.8
Bachillerato	13	12
Universitarios	1	0.92
Ninguno	28	25.9
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis:

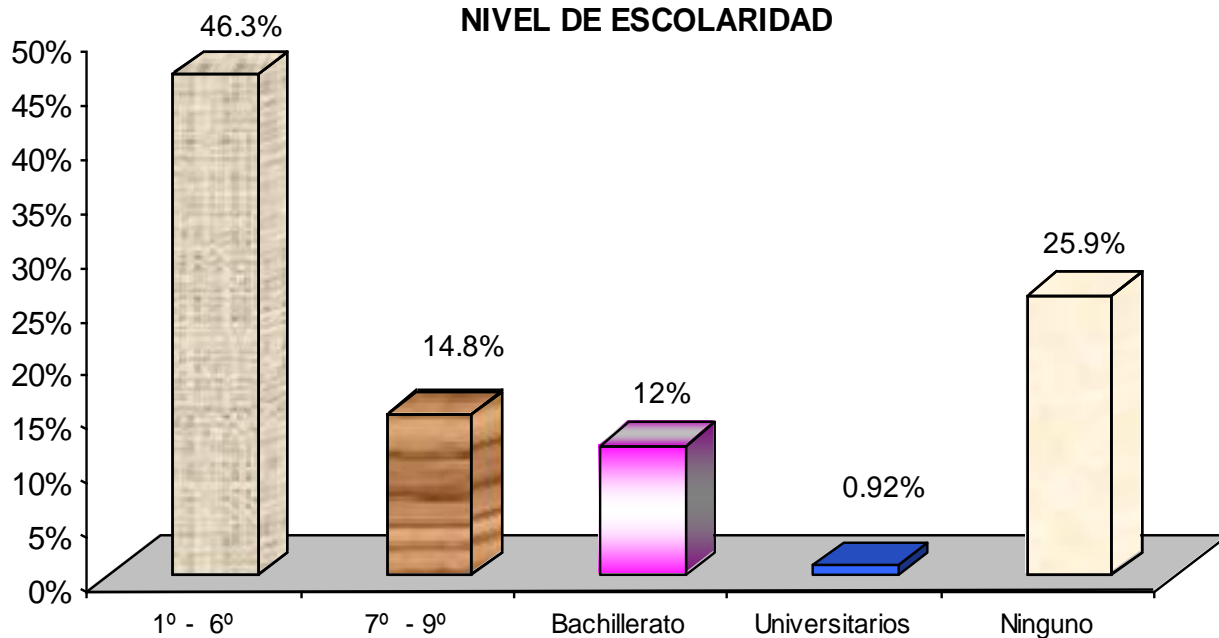
De las mujeres encuestadas el 46.3% han cursado 1° a 6°, un 14.8% de 7° a 9°, 12% Bachillerato, 1% Universidad y un 25.9% ningún grado de escolaridad.

Interpretación:

A partir de los datos obtenidos, se puede evidenciar que la mayoría de mujeres en estudio son de un nivel de escolaridad bajo. Esto afecta sus posibilidades de desarrollo económico, laboral, produciendo un ambiente de pobreza y subdesarrollo, debido a que tienen menor acceso a información y desconocimiento, esto condiciona a la mujer a roles discriminativos que la marginan a un papel estrictamente reproductivo, servicios domésticos, limitándola a desarrollarse profesionalmente, bloqueando las posibilidades de alcanzar un mejor nivel de vida.

GRÁFICA N° 4

NIVEL DE ESCOLARIDAD



Fuente: Cuadro N° 4

CUADRO N° 5

Distribución de la población según ocupación

OCUPACIÓN	FR	%
Oficios Domésticos	97	89.8
Empleada	5	4.6
Profesional	4	3.7
Comerciante	2	1.9
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis:

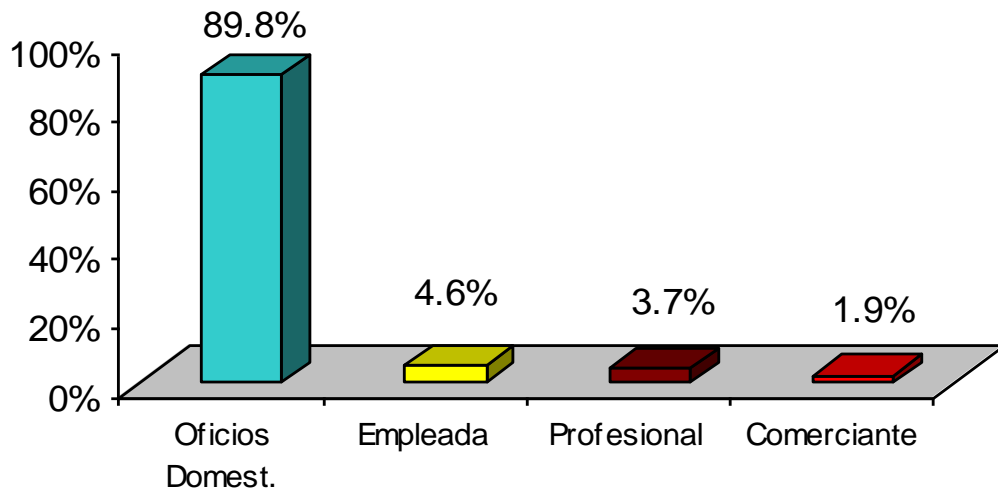
El 89.8% se dedica a oficios domésticos un 4.6 % son empleados, 3.7 % son profesionales y 1.9 % se dedican al comercio.

Interpretación:

Se observa, según los datos obtenidos que las mujeres encuestadas no cuentan con un trabajo formal, pues en su mayoría no cuentan con un salario, se dedican a oficios domésticos, convirtiéndose en amas de casa a tiempo completo, esto implica que los costos relacionado con embarazo, parto y puerperio, vienen a recargar los gastos familiares haciendo que las mujeres hagan uso de la etnoprácticas con el fin de mantener el equilibrio económico del hogar.

GRÁFICA N° 5

OCUPACIÓN



Fuente: Cuadro N°5

CUADRO N° 6:

Ingresos familiares con que cuenta la población en estudio

Ingresos Familiares	FR	%
\$ 50 – 100	78	72.2
\$ 101 – 150	13	12
\$ 151 – 200	12	11.11
\$ 201 – 300	0	0
Más de 300	5	4.6
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis:

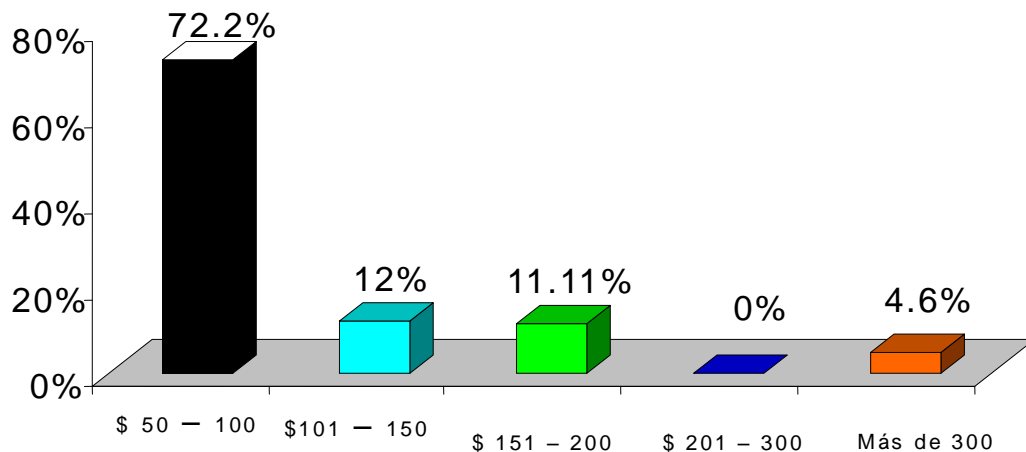
72.2 % de las mujeres encuestadas tienen un ingreso familiar de \$ 50 – 100, un 12 % de % 101 – 150, 11.1 % de \$ 151 – 200, de \$201 – 300 no se encontraron datos y en una minoría 4.6 % más de \$ 300.

Interpretación:

Con los datos obtenidos se puede observar que los ingresos económicos familiares son bajos en relación con el salario mínimo, limitando así el acceso a los servicios de salud, a pesar que reciben los beneficios de un sistema básico de salud y que la asistencia médica es gratuita, siempre persiste el uso de etnoprácticas, debido a que los costos de la canasta básica , es mayor en relación a los ingresos de la población sobre todo en el área rural, ocupando está la mayor parte de los ingresos, quedando desabastecidos otras necesidades básicas como salud, educación y vivienda, etc.

GRÁFICA N°. 6

INGRESO FAMILIAR



CUADRO N° 7:

Tenencia de la vivienda

Tenencia de la vivienda	FR	%
Propia	76	70.4
Alquilada	19	17.6
Prestada	13	12
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis:

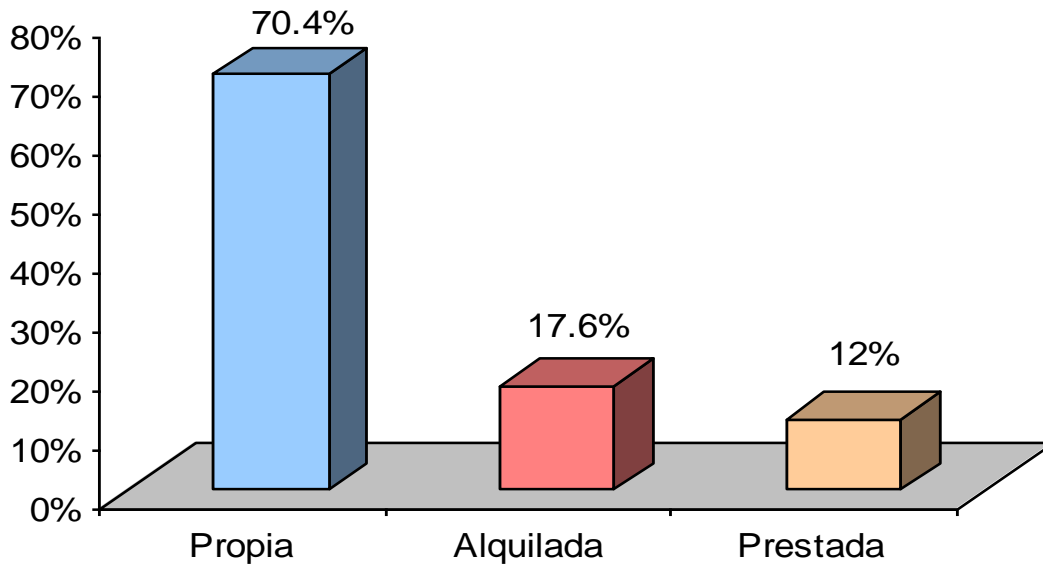
De la población en estudio, el 70.4 % posee viviendas propias, el 17.6 % es alquilada y un 12% es prestada.

Interpretación:

La mayoría de mujeres encuestadas poseen vivienda propia, pero treinta y dos mujeres no poseen vivienda propia; el poder adquisitivo que una familia tenga afecta directamente su nivel de vida, lo que viene a repercutir otros gastos, que suman a su bajo ingreso económico, esto tienden a influir a el uso de etnoprácticas.

GRÁFICA N° 7

TENENCIA DE VIVIENDA



Fuente: Cuadro N° 7

CUADRO N° 8

Servicios básicos con que cuenta la población en estudio

SERVICIOS BÁSICOS	LUZ ELÉCTRICA		AGUA POTABLE		TELÉFONO		TREN DE ASEO	
	Fr	%	Fr	%	%	Fr	%	Fr
Si	102	94.4	63	58.3	43	39.8	27	25
No	6	5.6	45	41.7	65	60.2	81	75
Total	108	100	108	100	108	100	108	10

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis:

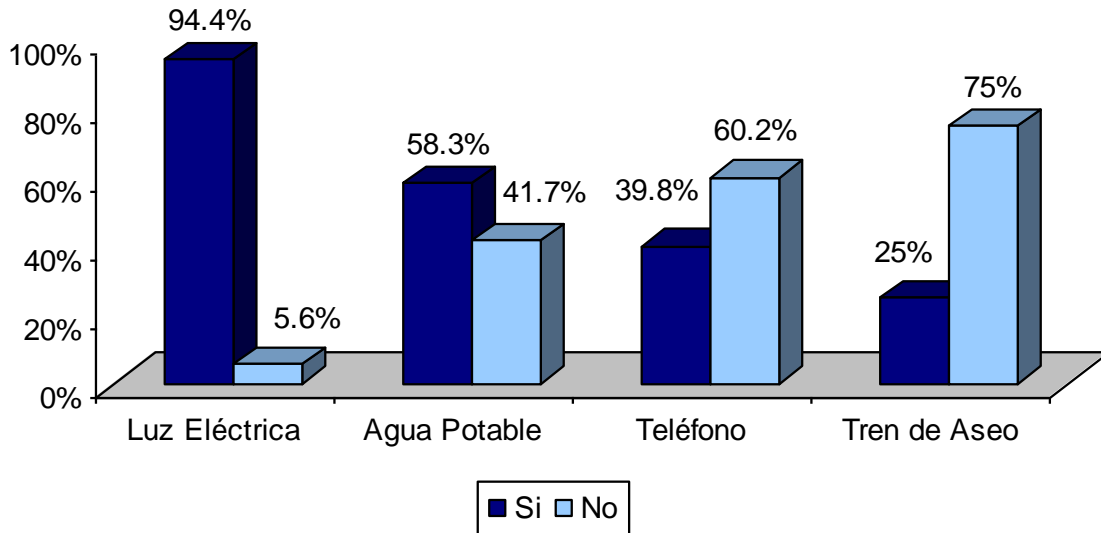
Con los datos obtenidos se puede observar que el 94.4 % tiene energía eléctrica y un 5.7 % no, el 58.3 % cuenta con agua potable y el 41.7 % no, con servicios de teléfono 39.8 % el 60.2 % no, tren de aseo un 25 % y el 75 % no.

Interpretación:

La mayoría de las mujeres en estudio sus viviendas poseen los servicios básicos necesarios es decir, agua intradomiciliar y electricidad, pero puede observarse, que no es así con los otros servicios básicos , como la comunicación que se ve limitada, pues en su mayoría no cuentan con los servicio de teléfono, ni tren de aseo, esto es debido a que la mayoría de mujeres proceden del área rural, la accesibilidad geográfica y sus recursos económicos son bajos por lo que se encuentran limitados a utilizar estos servicios.

GRÁFICA N° 8

SERVICIOS BÁSICOS



Fuente: Cuadro N° 8

CUADRO N° 9

Tipos de transporte de la población en estudio.

TRANSPORTE	FR	%
Bus	45	41.7
Vehículo	20	18.5
Caminando	25	23.1
Ambos	18	16.7
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista

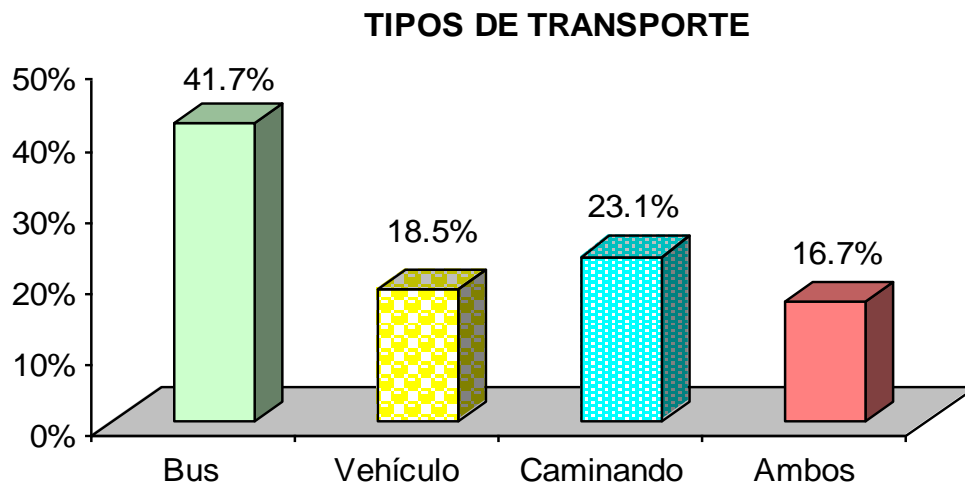
Análisis:

De la población en estudio el 41.7 % se transporta en bus, el 18.5 % lo hace en vehículo, 23.1 % caminando y un 16.7 % utiliza todos los tipos de transporte.

Interpretación:

Con los resultados obtenidos se puede observar que en la mayoría los pacientes utilizaban como medio de transporte el autobús y vehículos, debido que la mayoría de estas mujeres proceden del área rural, además de la accesibilidad geográfica esto implica un costo económico alto en relación con sus ingresos económicos lo cual influye en la decisión de utilizar los etnoprácticas en su comunidad.

GRÁFICA N° 9



Fuente: Cuadro N° 9

CUADRO N° 10

Vía de acceso que transita.

VÍA DE ACCESO	FR	%
Calle pavimentada	60	55.6
Adoquinada	10	9.3
Caminos rurales	29	26.9
Ambos	9	8.3
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis:

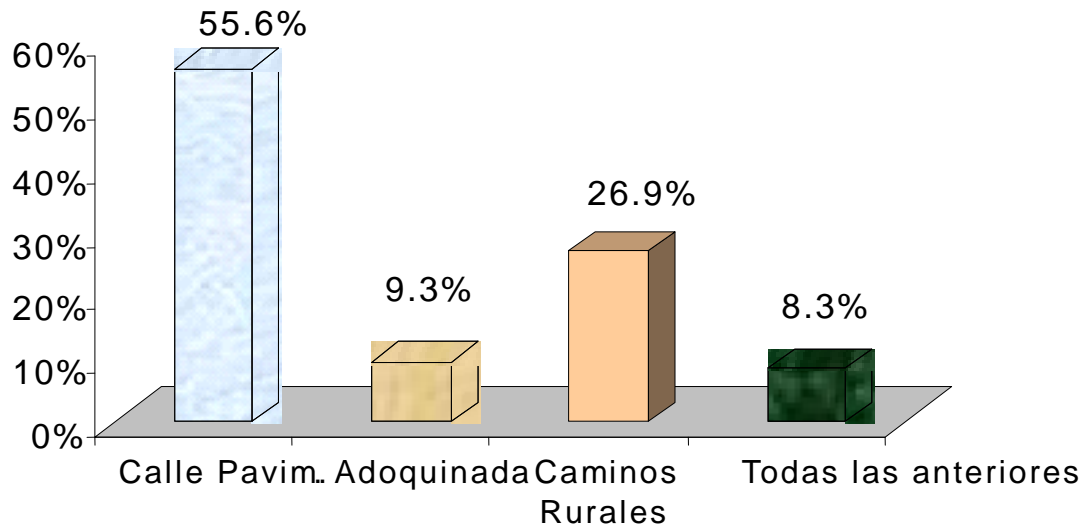
De las mujeres encuestadas un 55.6 % lo hace por calle pavimentada, un 26.9 % lo hace por caminos rurales, un 9.3 % a través de calles adoquinadas y un 8.3 % por todas las vías de acceso.

Interpretación:

Según los datos obtenidos la mayoría de mujeres transitan por calles pavimentadas y adoquinadas, pero un porcentaje considerable lo hace por caminos rurales, lo cual podría influir en la decisión de algunas usuarias, en quedarse en su comunidad y hacer uso de etnoprácticas, debido a que se les dificulta el acceso a los servicios de salud.

GRÁFICA N° 10

VÍAS DE ACCESO



Fuente: Cuadro N° 10

CUADRO N° 11

Distancia que recorre la población en estudio

DISTANCIA RECORRIDA	FR	%
Menos 1km	54	50
1 – 3 km	44	40.7
Más de 3km	10	9.3
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista

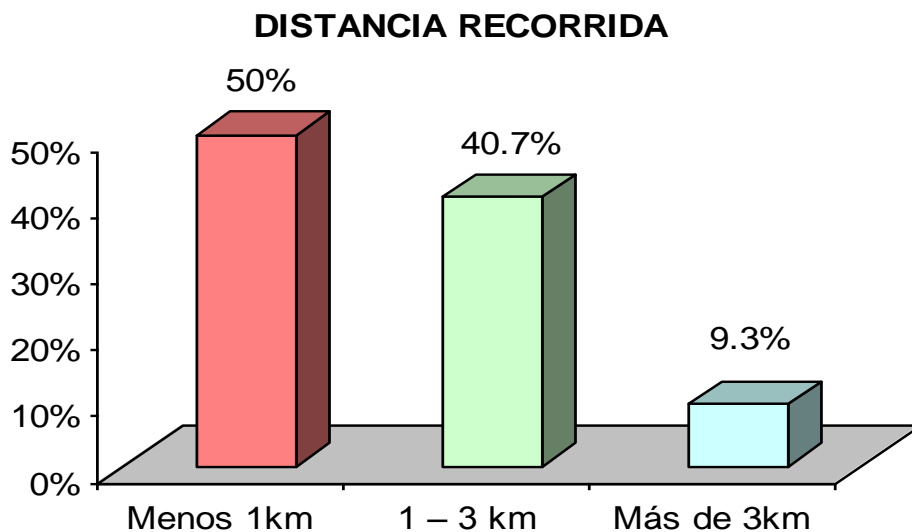
Análisis:

La mayoría de las mujeres encuestadas recorren en un 50 % menos de 1km para llegar a la unidad de salud, un 40.7 % recorren de 1–3km y en una minoría 9.3 % más de 3km.

Interpretación:

Con los resultados obtenidos de las mujeres encuestadas, un cincuenta por ciento recorren una distancia menor de un kilómetro, pero un porcentaje igual recorren de uno a tres kilómetros y un menor porcentaje recorren más de tres kilómetros, si tomamos en cuenta estos dos porcentajes podemos observar que la distancia recorrida podría ser una limitante que determine que las usuarias opten por buscar los servicios de parteras haciendo uso de etnoprácticas y poniendo en peligro su vida y la de su hijo.

GRÁFICA N° 11



Fuente: Cuadro N° 11

CUADRO N° 12

¿Cuánto tiempo tarda en llegar a la unidad de salud?

TIEMPO	FR	%
Menos de 1 hora	65	60.2
1 – 3 horas	43	39.8
Más de 3 horas		
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis:

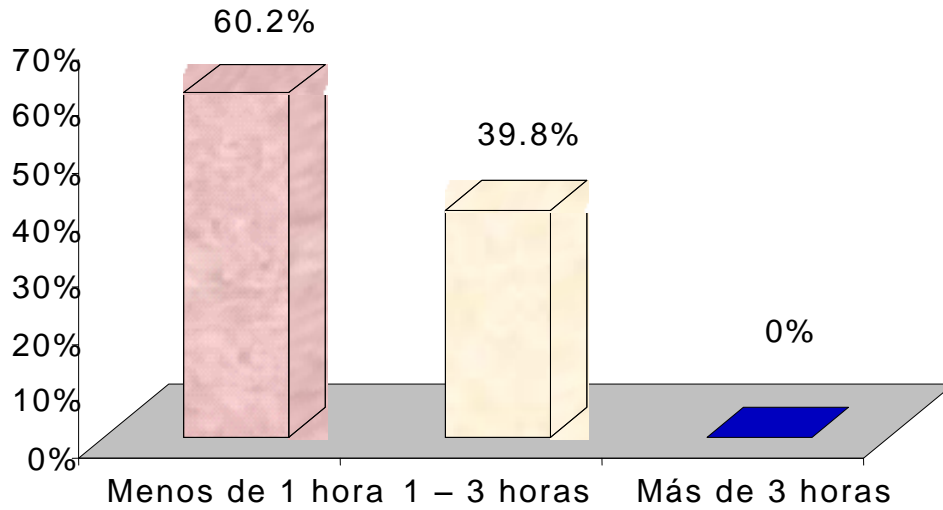
El 60.2 % tarda menos de 1 hora en llegar a la unidad de salud un 39.8 % de las 3 horas, no se encontraron datos de mujeres que tarden más de 3 horas.

Interpretación:

La mayoría de las mujeres encuestadas residen a menos de una hora de los establecimientos de salud, a pesar de que el tiempo es corto, la accesibilidad es difícil ya que un buen porcentaje de esas mujeres transitan por caminos rurales, por lo que esto contribuye a que las mujeres utilicen etnoprácticas y busquen los servicios de parteras. Tanto en el embarazo, parto y puerperio.

GRÁFICA N° 12

TIEMPO RECORRIDO



Fuente: Cuadro N° 12

CUADRO N° 13

¿Con qué frecuencia visita la Unidad de Salud?

VISITAS FRECUENTES	FR	%
1 ves mes	88	81.5
1 - 3 veces	20	18.5
Más de 3 veces	0	0
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista

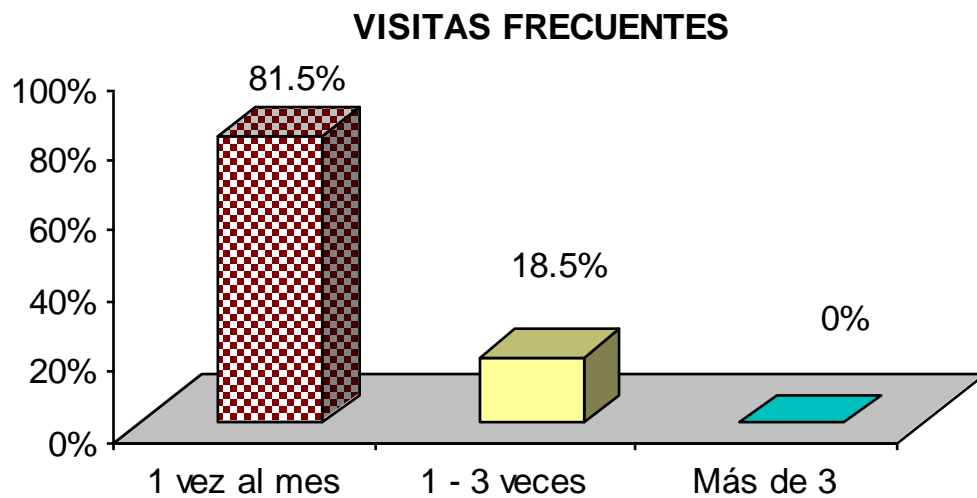
Análisis:

De las mujeres encuestadas, la frecuencia con que visita la unidad de salud un 81.1 % asiste una vez al mes, un 18.5 % lo hace 1 a 3 veces al mes y más de 3 veces no hay datos.

Interpretación:

Con los datos anteriores puede observarse que la mayoría de mujeres encuestadas visitan la unidad de salud 1 vez al mes, limitadas por el factor económico y geográfico, lo cual contribuye a que ellas utilicen las etnoprácticas al presentar alguna enfermedad, o al momento de el parto ya que al momento de acudir a un centro de salud deben incurrir en gastos económicos.

GRÁFICA N° 13



Fuente: Cuadro N° 13

CUADRO N°. 14

Número de embarazos que ha tenido

CUÁNTOS EMBARAZOS	FR	%
1 – 3	83	76.9
3 – 6	14	13
Más de 6	11	10.2
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista

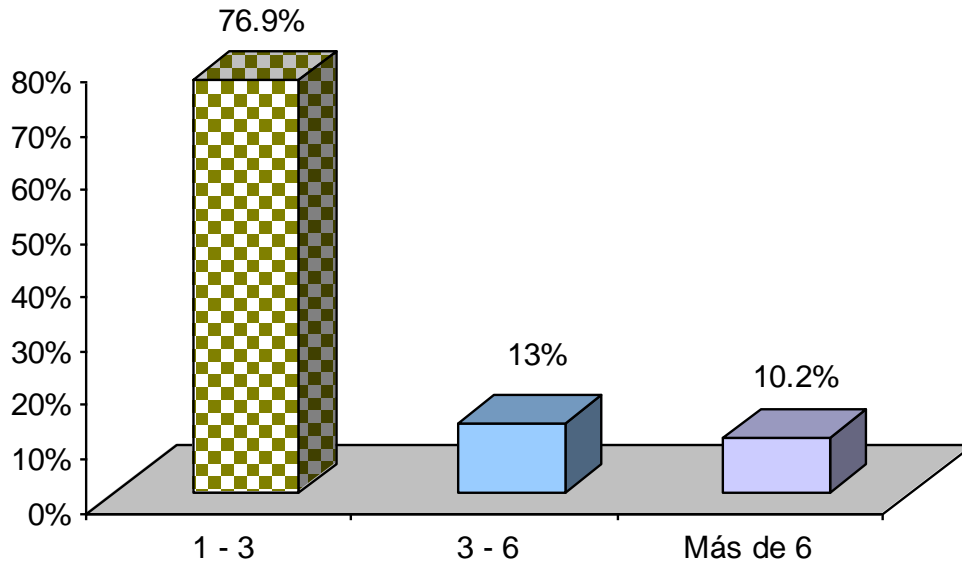
Análisis:

De las mujeres encuestadas un 76.9 % ha tenido de 1 – 3 embarazos, un 13 % de 3 a 6, mientras que un 10.2 % tienen más de 6 embarazos.

Interpretación:

Con los resultados obtenidos la mayoría de mujeres encuestadas han tenido de uno a tres embarazos. Estas mujeres manifestaron que frecuentemente hacen uso de las etnoprácticas, debido al bajo ingreso económico y los problemas de accesibilidad geográfica que también influyen en su uso.

GRÁFICA N° 14
N° DE EMBARAZOS



Fuente: Cuadro N° 14

CUADRO N° 15.

¿Ha llevado control prenatal?

CONTROL PRENATAL	FR	%
Si	77	71.3
No	31	28.7
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis:

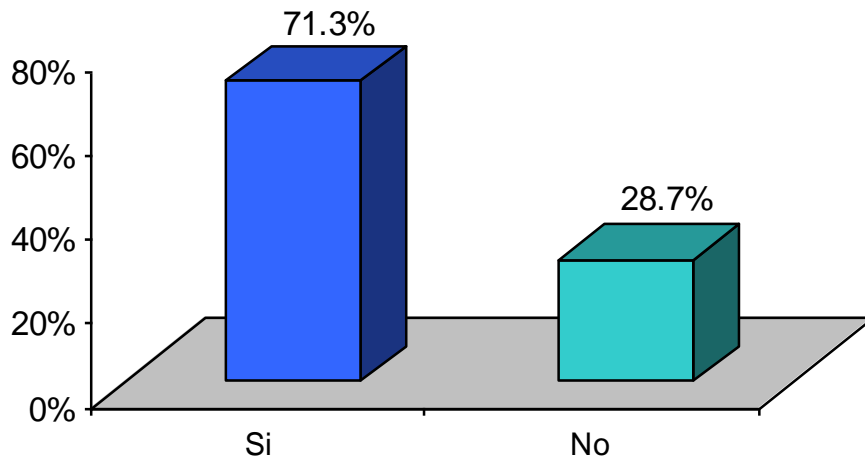
El 71.3 % de las mujeres entrevistadas lleva control prenatal en sus embarazos y un 28.7 % no asiste a sus centrales prenatales.

Interpretación:

La mayoría de mujeres encuestadas contestaron que habían llevado control prenatal en sus embarazos anteriores, pero a la hora de su parto se quedan en casa para ser atendidas por parteras, mientras que una tercera parte de estas mujeres no llevan control prenatal limitadas por su cultura, o por la pobreza en que viven y no alcanzan a cubrir los gastos que esto incurre pues la mayoría tiene que utilizar medios de transporte para trasladarse a la Unidad de Salud o Hospital, y según información recabada son amas de casas y en su mayoría con un ingreso familiar inferior al salario mínimo.

GRÁFICA N° 15

CONTROL PRENATAL



Fuente: Cuadro N°

CUADRO N° 16

¿En quien confía más para que atiendan sus partos?

ATENCIÓN DEL PARTO	FR	%
Médico	68	63
Partera	40	37
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis:

La mayoría de mujeres encuestadas un 63 % confían más en el médico para atender sus partos y un 37 % más en parteras.

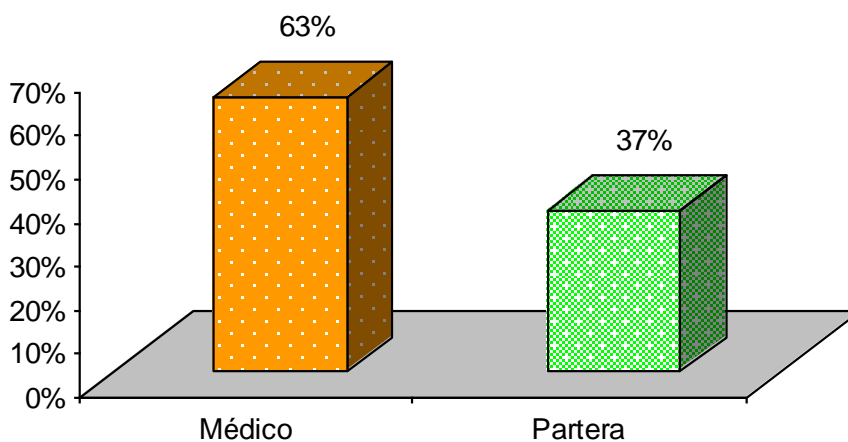
Interpretación:

Con los resultados obtenidos, un sesenta y tres por ciento manifestaron tener confianza en que un médico atendieron sus partos se pudo observar en la respuesta de estas mujeres las limitantes que era un médico el encuestador, un treinta y siete por ciento de éstas contestaron que confiaban en las parteras, por la confianza que le tenían por el buen trato y la prefieren por temor a la episiotomía, a que le realizaran cesárea en un hospital, al maltrato que reciben del personal de salud, la tradición, la costumbre, que en estas mujeres persisten y a esto se le suma el factor económico, también por la mayor comodidad de ser atendidas por parteras entendiéndose esto como un no alejamiento del

resto de la familia poder ser atendida en casa sin necesidad de desplazarse al lugar y la posibilidad de estar pendiente a responsabilidades de su hogar.

GRÁFICA N° 16

ATENCIÓN DEL PARTO



Fuente: Cuadro N° 16

CUADRO N° 17

Lugar de atención del parto

LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO	FR	%
Hospital	61	56.5
Casa	32	29.6
Ambos	15	13.9
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista

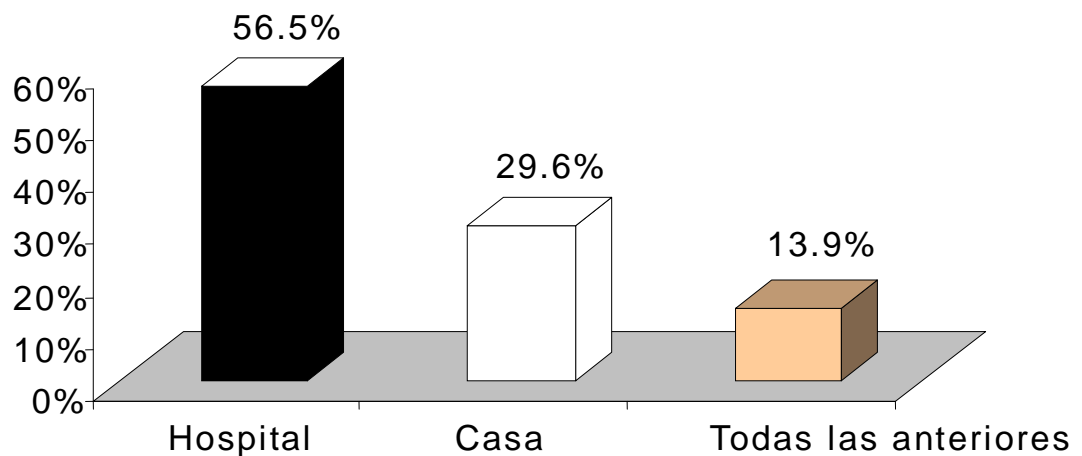
Análisis:

De las mujeres encuestadas un 56.5 % recibieron atención del parto en el hospital, un 29.6 % recibirán atención del parto en su casa, mientras que un 13.9 han recibido atención de sus partos algunas veces en casa y otras en el hospital.

Interpretación:

La mayoría de mujeres entrevistadas refieren haber recibido atención del parto en el hospital aunque un porcentaje considerable la recibieron en casa y un bajo porcentaje en ambos lugares, ya sea en uno u otro parto, lo cual nos demuestra que la población de mujeres que aun solicitan los servicios de parteras lo hacen por diferentes factores como la confianza que ya tienen con la partera, debido a que durante el embarazo en su mayoría utilizó las etnoprácticas, influye también los costos económicos y geográficos así como el temor de las paciente a que le realicen la episiotomía en el hospital.

GRÁFICO N° 17
LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO



Fuente: Cuadro N° 1

CUADRO N° 18

En caso de ser atendidos en Hospital o Unidad de Salud, cómo ha sido la atención brindada con respecto a los siguientes principios y valores.

Atención brindada por los servicios de salud	Continuidad		Calidad		Calidez		Culturalmente Aceptado		Oportuno		Eficaz	
	fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr.	%
Si	89	82.4	90	83.3	58	53.7	71	65.7	54	50	96	88.9
No	19	17.6	18	16.7	50	46.3	37	34.3	54	50	12	11.1
Total	108	100	108	100	108	100	108	108	108	100	108	100

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis:

La mayoría de mujeres entrevistadas que acudieron a los centros de salud, manifestaron que daban continuidad a sus controles en un 82.4 % y un 17.6 % dijeron que no les daban continuidad, 83.3% de estas mujeres manifestaron que había calidad en su atención y un 16.7 % dijeron que no.

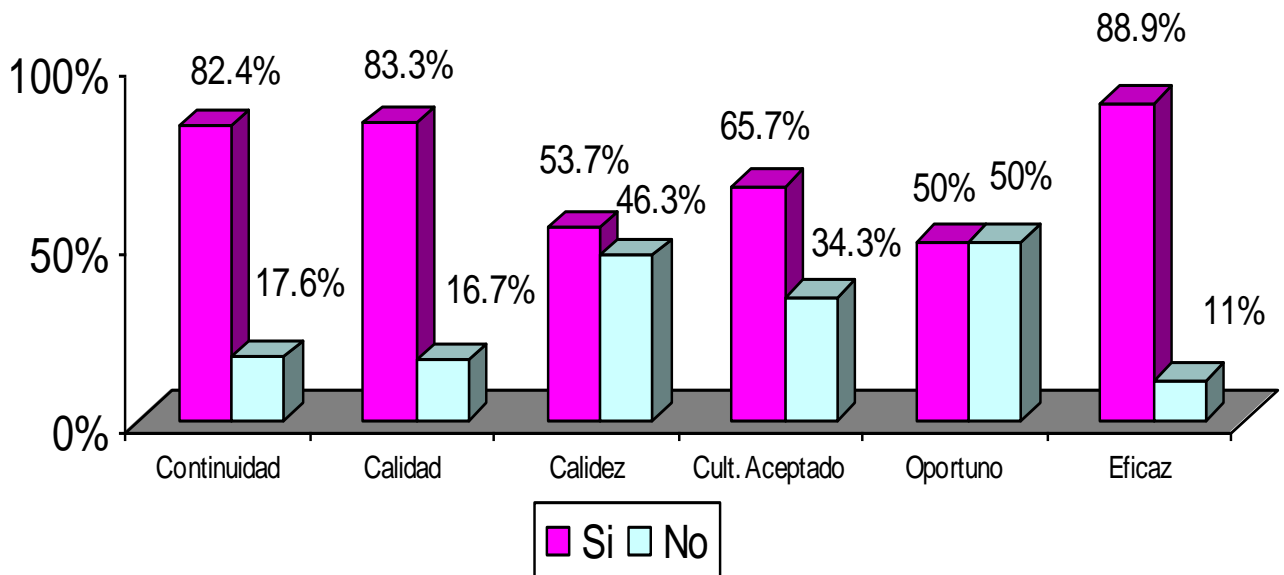
En cuanto a la calidez un 53.7 % opinaron que les habían dado un buen trato. Un 46.3 % dijeron que no habían recibido un buen trato por parte del personal de salud. Un 65.7 % manifestaron que respetaban sus creencias y costumbres un 34.3 % no. El 54 % de mujeres manifestaron que los servicios de salud eran oportunos y en igual porcentaje

manifestaron que no era oportuno el servicio de salud, en cuanto a la eficacia un 88.9 % afirmó que es eficaz y un pequeño porcentaje 11.1 % dijo que no era eficaz.

Interpretación:

Con los datos anteriores se puede observar que los principios ya citados acerca de los servicios de salud son determinantes en la decisión de las mujeres de hacer uso de las etnoprácticas. En cuanto a los principios calidez y oportuno en buen porcentaje manifestaron que no hay calidez (maltrato) por el personal de salud, además el servicio no es oportuno, ya que esperan mucho tiempo para recibir la atención, quienes manifestaron que algunas veces no se les resolvía el problema de salud, por lo que influye al uso de las etnoprácticas.

GRAFICA N° 18
ATENCIÓN BRINDADA



Fuente: Cuadro N°18

CUADRO N°19

¿Hay partera en su comunidad?

PARTERAS	FR	%
Si	94	87
No	14	13
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis:

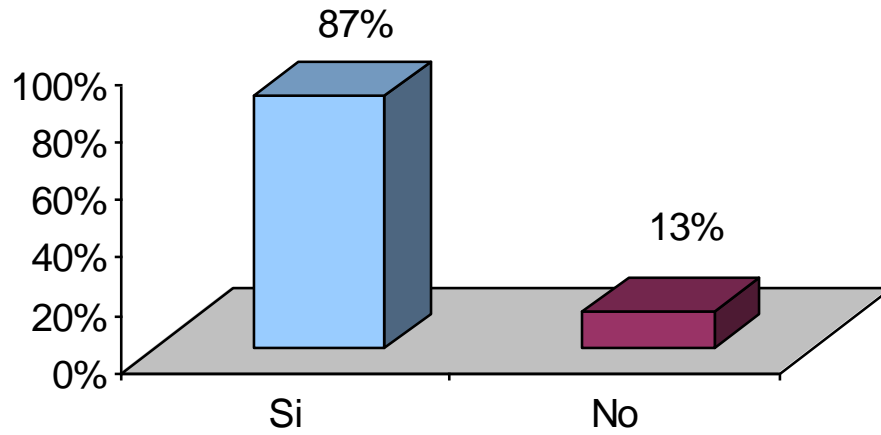
Las mujeres entrevistadas un 87 % respondió que si hay partera en su comunidad y un 13 % no.

Interpretación:

Con los datos obtenidos, se puede observar que la mayoría de mujeres manifestaron que en su comunidad existen parteras por lo que la convierten en una opción factible para que soliciten sus servicios así mismo la mayor frecuencia en cuanto al número de parteras corresponde a una o tres parteras en la comunidad, a diferencia de centros de atención médico paciente, los cuales son más pocos centros hospitalarios y se encuentran a mayor distancias con respecto a la población en estudio, sin embargo, algunas usuarias manifestaron que no había partera en su comunidad.

GRÁFICA N° 19

PARTERAS



Fuente: Cuadro N° 19

CUADRO N° 20

¿Cuántas veces ha visitado parteras en este embarazo?

VISITAS A PARTERAS	FR	%
1 vez	38	35.2
1 – 3 veces	35	32.4
Más de 3 veces	17	15.8
Ninguna	18	16.7
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis:

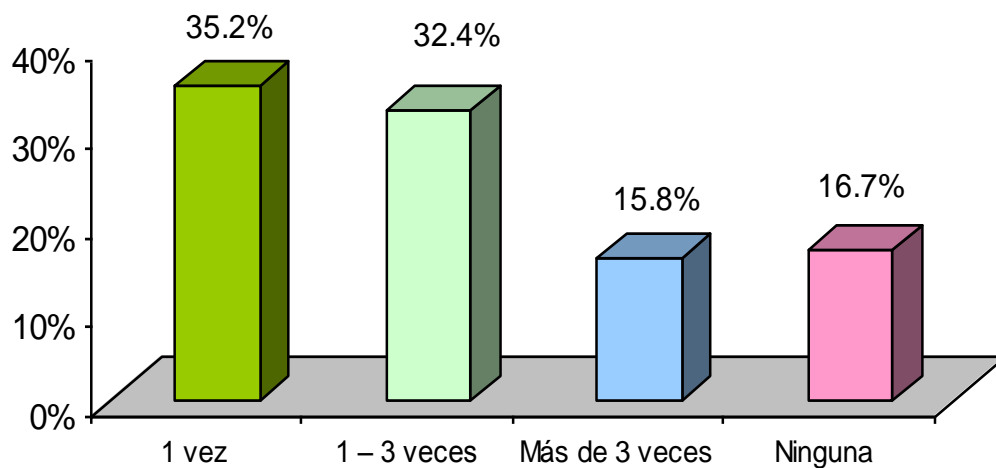
La mayoría de mujeres entrevistada refirieron haber visitado partera, una vez en un 35.2 %, de 1 – 3 veces en 32.4 %, más de 3 veces 15.8 % y un 16.7 % ninguna vez.

Interpretación:

Con los resultados obtenidos la mayoría de mujeres en un ochenta y tres por ciento han visitado parteras en uno o más de 3 veces, durante este embarazo ellas manifestaron que lo hacían por tradición, por costumbre familiar, también para que le coloquen bien al niño (presentación anormal) por confianza, la accesibilidad geográfica ya que esta viven en la misma comunidad y es más económico hacer uso de este servicio y utilizar las etnoprácticas.

GRÁFICA N° 20

VISISTAS A PARTERAS



Fuente: Cuadro N° 20

CUADRO N°. 21

Número de partos que le han atendido la partera

PARTOS ATENDIDOS POR PARTERAS	FR	%
1	29	26.9
1 – 3	12	11.1
Más de 3	20	18.5
Ninguno	47	43.5
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis:

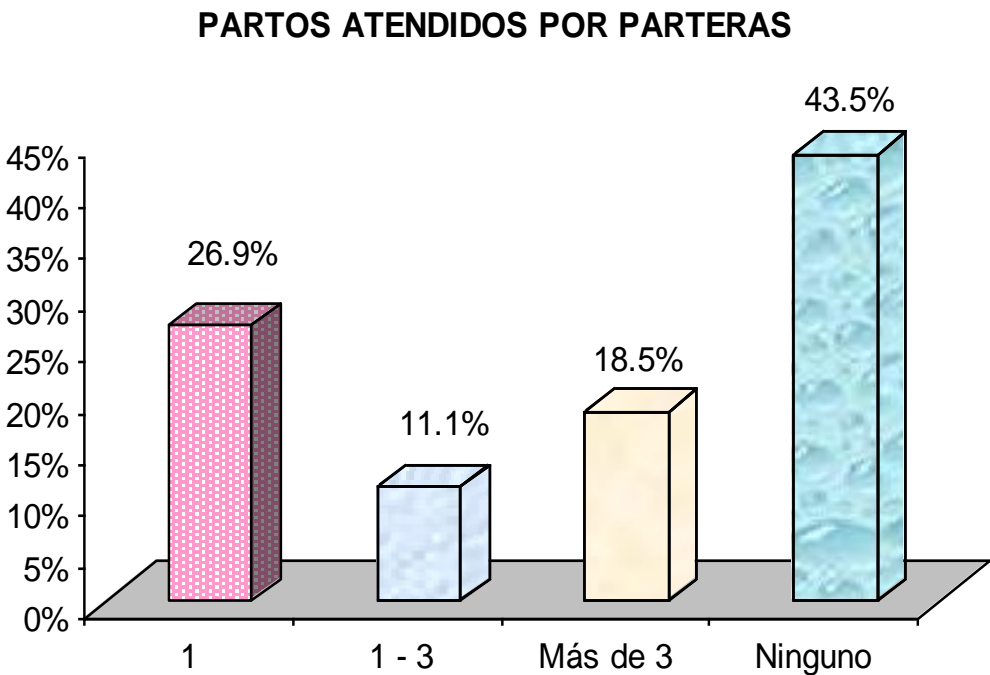
De la población de mujeres encuestadas, un 26.9 % recibieron atención del parto por la partera, al menos en uno de sus embarazos, un 11.1 % recibieron atención del parto al menos de 1 a 3 partos por la partera, y un 18.5 % recibieron atención del parto en más de 3 embarazos por la partera, mientras que un 43.5 % no recibieron atención en ninguno de sus partos por parteras.

Interpretación:

Un cuarenta y tres punto cinco manifestó no haber recibido atención en ninguno de sus partos, por parteras, mientras que un cincuenta y siete por ciento, si ha recibido atención al menos en uno de sus partos, lo que demuestra que las mujeres que se deciden

por solicitar el uso de etnoprácticas, son las que generalmente también ya sea por uno u otro factor de las ya citados, que les afecte el acceder al hospital, por lo que se quedan en la comunidad para ser atendidas por parteras.

GRÁFICA N° 21



Fuente: Cuadro N° 21

CUADRO N° 22

Proceso que sigue la partera durante el embarazo.

PROCESO QUE SIGUE LA PARTERA EMBARAZO	Sobar		Dietas		Reposo		Toma de hierbas		Ninguna	
	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%
Si	92	85.2	43	39.8	70	69.8	65	60.2	16	14.8
No	16	14.8	65	60.2	38	35.2	43	39.8	92	85.2
Total	108	100	108	100	108	100	108	100	108	100

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis:

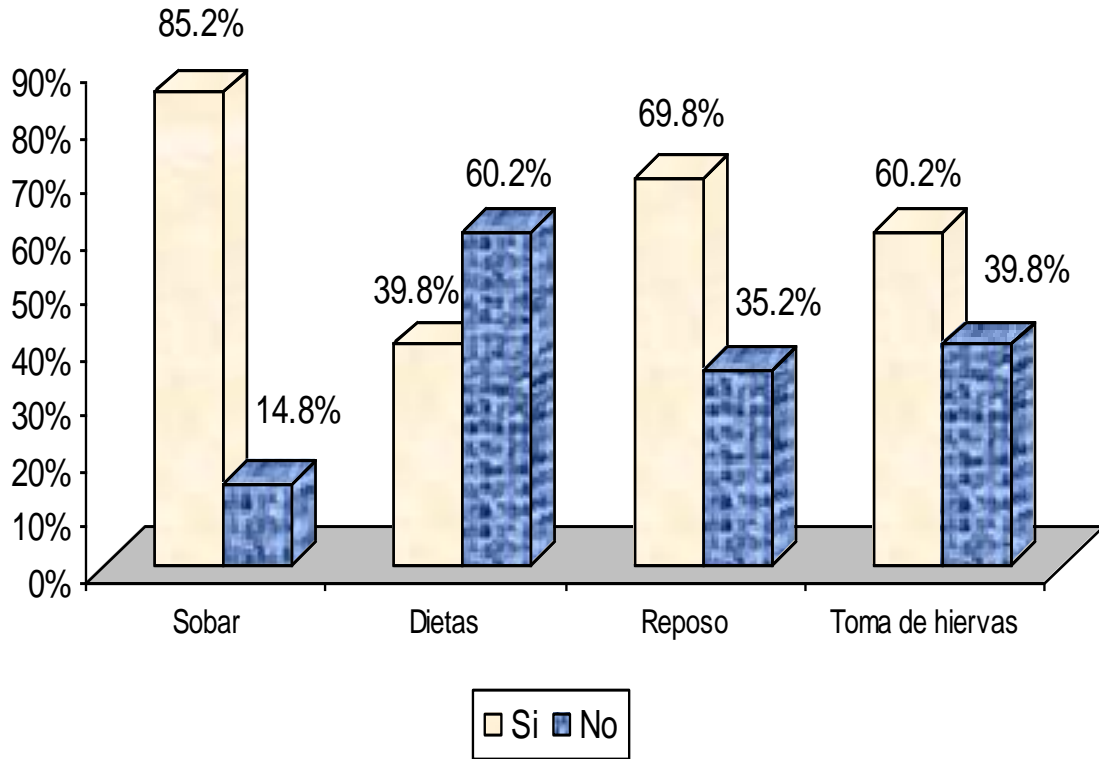
De las mujeres entrevistadas, un 85.2 % expresaron que fueron sobadas por parteras mientras que un 14.8 % no, en un 39.8 % les indican dietas mientras que un 60.2 % no, en un 69.8 % les indican reposo y un 35.2 % no, en un 60.2 % les indican toma de hierbas y un 39.8 % no.

Interpretación:

De la población de mujeres encuestadas, la mayoría conocen y practican mas de uno de los procesos conocidos como etnoprácticas tales: como sobadas, dietas, reposo y tomas de hierbas.

GRÁFICA N° 22

PROCESO QUE SIGUE LA PARTERAS DURANTE EL EMBARAZO



Fuente: Cuadro N° 22

CUADRO N° 23

¿Ha presentado alguna complicación durante el embarazo, parto y puerperio, al ser atendida por parteras?

Complicaciones	Embarazo		Parto		Puerperio	
	FR	%	FR	%	FR	%
Sangramiento vaginal	3	7.5	20	50	7	17.5
Hinchazón de manos y cara	12	30	0	0	0	0
Dolor de cabeza y visión borrosa	12	30	0	0	0	0
Salida de liquido vaginal	3	7.5	0	0	0	0
Salida de cordón umbilical	0	0	1	2.5	0	0
Desgarros genitales	0	0	3	7.5	0	0
Prolongación del 2° periodo del parto	0	0	12	30	0	0
Infección vaginal	0	0	2	5	29	72.5
Amenaza de parto prematuro	4	10	0	0	0	0
Óbito fetal	2	5	0	0	0	0
Presentación anormal	4	10	0	0	0	0
Retención de placenta	0	0	2	5	0	0
Ninguno	0	0	8	0	4	10
Total.	40	100	40	100	40	100

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis:

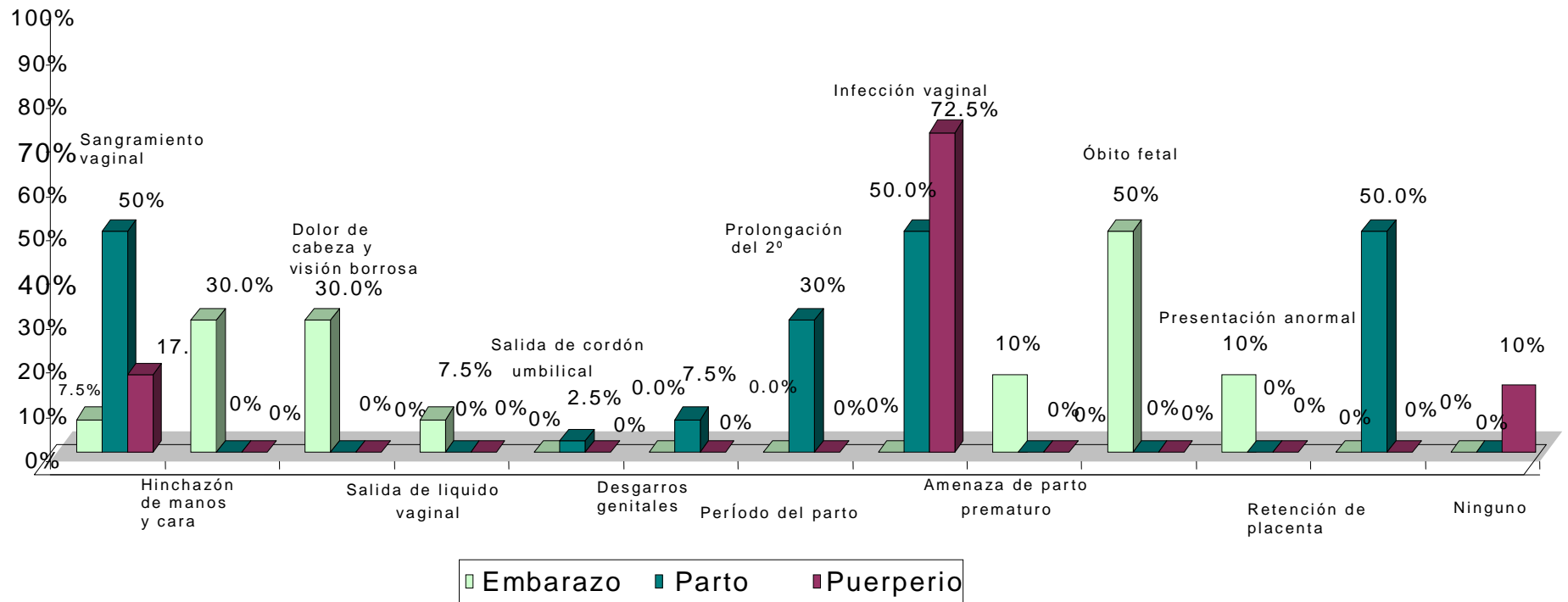
Con los datos obtenidos de las mujeres entrevistadas que habían presentado complicaciones al ser atendidas por parteras en los tres periodos de la gestación. Un 75% presentaron sangramiento en un 30% presentaron edema de manos, cara, dolor de cabeza y visión borrosa, cada uno; un 7.5% presentó de líquido transvaginal en el embarazo un 2.5% presentó salida de cordón umbilical, un 7.5% desgarros vaginales al momento del parto, 30% presentó prolongación del segundo periodo del parto; un 77.5% presentó infecciones vaginales, 10% presentó amenaza de parto prematuro, 5% presentó óbito fetal, el 10% presentaciones anormales, 5% retención de placentas en el parto y un 10% no presento complicaciones.

Interpretación:

Con los datos anteriores se puede observar que las complicaciones que más frecuentemente presentaron las mujeres entrevistadas por el uso de etnoprácticas fueron las hemorragias vaginales tanto en el embarazo, parto, al igual que las infecciones vaginales durante el puerperio. Debido a que con las etnoprácticas se realizan maniobras traumáticas y la utilización de utensilios no estéril, específicamente durante el parto, esto puede dar origen a las infecciones.

GRÁFICA N° 23

COMPLICACIONES



Fuente: Cuadro N° 23

CUADRO N° 24

¿Durante el parto la partera utiliza medidas higiénicas adecuadas y materiales estériles?

OPINIÖN	FR	%
Si	45	41.7
No	13	12
No saben	50	46.3
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis:

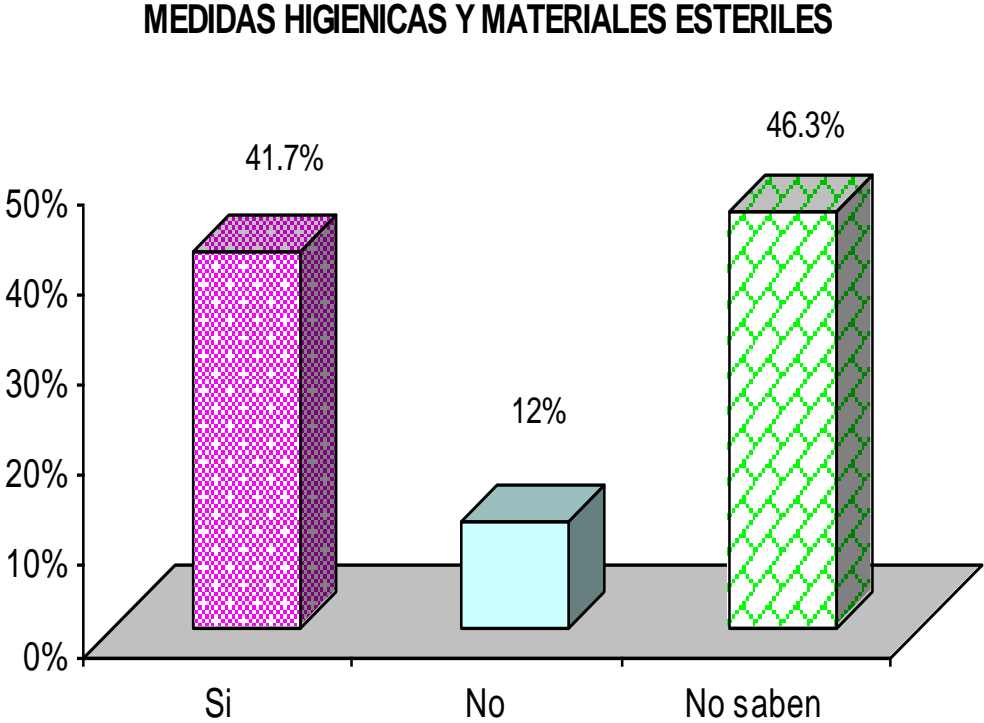
El 41.7 % de las mujeres encuestada, manifestaron que si las parteras utilizan medidas higiénicas adecuadas, 12%, que no utilizaban medidas higiénicas adecuadas, un 43.6% respondieron que no saben si utilizan medidas higiénicas adecuadas.

Interpretación:

.Con los resultados obtenidos de las mujeres encuestadas, 45 mujeres manifestaron que la partera utilizan medidas higiénicas adecuadas, y materiales estéril, durante está atendiendo un parto, y 63 mujeres afirmaron que no sabían si utilizaban medidas higiénicas adecuadas, con estos datos puede observarse que estas mujeres no tienen conocimiento a que están expuestas a ser atendidas por parteras, ya sea por necesidad porque el parto se adelante y no puedan llegar aun centro de salud, además contribuye la

época invernal, ya que los ríos están crecidos, aunado a esto, el bajo ingreso económico, y la poca accesibilidad a los servicios de salud.

GRÁFICA N°. 24



Fuente: Cuadro N° 24

CUADRO N°. 25

¿Durante el embarazo y puerperio le indica alguna dieta?

DIETA INDICADA POR PARTERAS	EMBARAZO		PUERPERIO		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
Comer tortilla con queso	-	-	43	39.8	43	107.5
Sopa de gallina	1	1	1	1	2	5
Beber chocolate	-	-	32	29.6	32	80
Abundantes líquidos	1	1	1	1	2	5
No comer huevos, aguacate, grasas, repollo.	9	8.3	13	12	22	55
Ingerir te de hiervas	9	8.3	3	2.8	12	30
Aceite de oliva	1	1	6	5.6	7	17.5
No posee creencias alimenticias específicas	43	39.8	36	33.3	79	73.1
No consultó	18	16.7	-	-	18	45
Otras dietas	-	-	1	1	1	2.5
Total	108					

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis:

Durante el embarazo le indican comer sopa de gallina el 1%; 8.3% no come huevo grasa y repollo, en igual porcentaje ingerir te de hiervas.

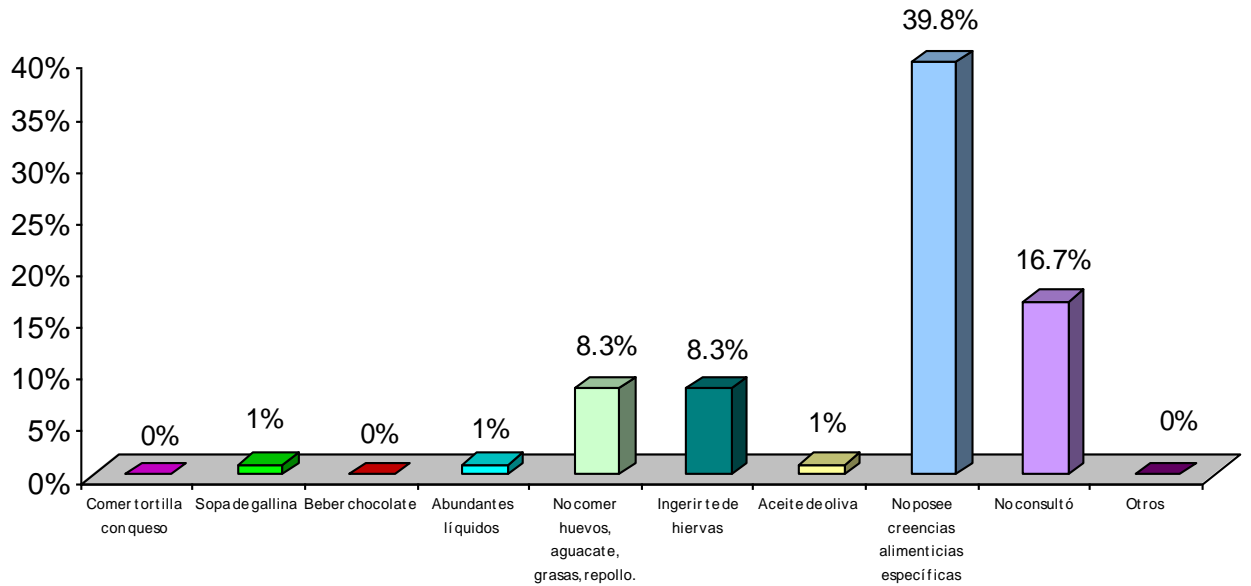
El 1% manifiesta haber utilizado aceite de oliva en el embarazo y un 16.7% no consultó parteras. Durante el puerperio, el 39.8% manifestó que le indicaron comer tortilla con queso, tomar chocolate y abundantes líquidos en un 29.6%; no comer huevos, aguacate y repollo un 12%; ingerir te de hiervas 2.8%, un 33.3% no posee creencias alimentarias, un 5.6% aceite de oliva. Con los datos obtenidos podemos observar que las mujeres en estudio acatan las recomendaciones de parteras.

Interpretación:

Las creencias alimentarias que predominan en las mujeres entrevistadas durante el embarazo, no consume mucho huevo, aguacate, grasa, ni repollo, porque provoca cólicos al niño, te de hiervas para que le limpien el vientre algunas manifestaron que no tienen ninguna dieta en especial durante el puerperio, comen tortilla con queso y chocolate son los alimentos que con mayor frecuencia consumen, porque no le hace daño a la madre, ni al niño, no consumen huevo, pescado, frijoles ni repollo, porque la sangre huele mal, les produce dolor, e infección; como se puede observar que aun persisten, las creencias y costumbres por lo cual se puede ver que el factor costumbres y tradiciones afecta a estas mujeres en no practicar una dieta adecuada para una buena nutrición.

GRÁFICA N° 25

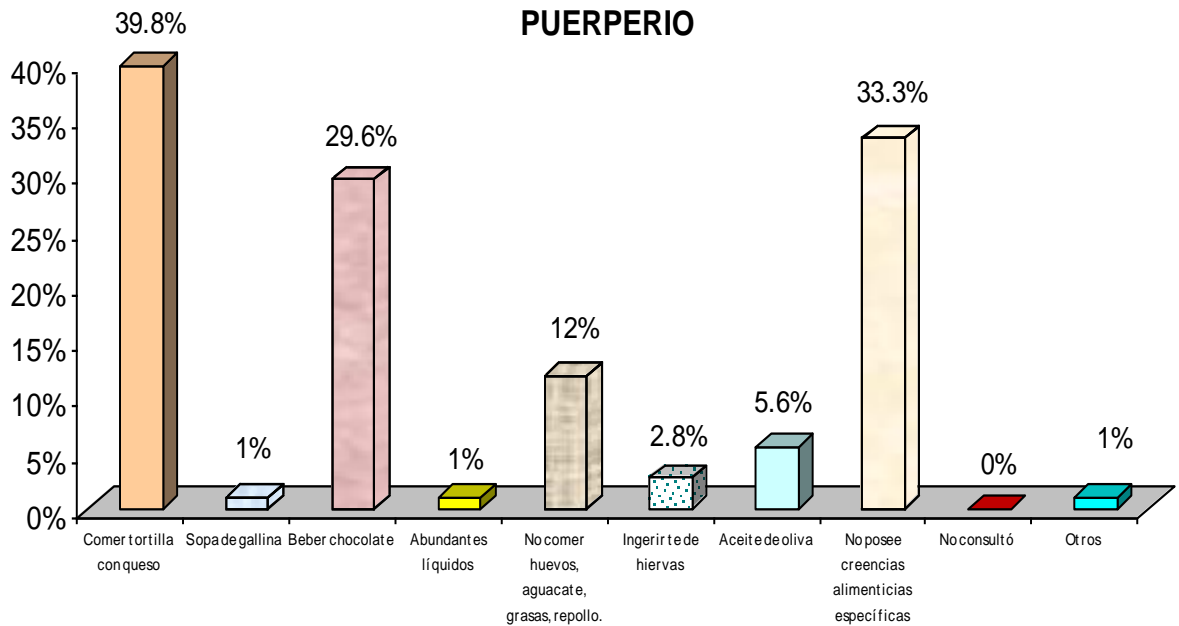
EMBARAZO



Fuente: Cuadro N° 25

GRÁFICA N° 26

PUERPERIO



Fuente: Cuadro N° 25

CUADRO N° 26

¿Medidas preventivas que le recomienda la partera durante en el embarazo, parto y puerperio?

Medidas preventivas por parteras	Embarazo		Parto		Puerperio		Total
Sobarse	19	47.5	1	2.5	-	-	20
Usar amuletos o ropa de color rojo	4	10	-	-	-	-	4
Reposo y no hacer ejercicio	27	67.5	14	35	9	22.5	50
Caminar para apurar los dolores	-	-	4	10	-	-	4
Tomar te de hiervas	9	22.5	12	30	3	7.5	54
Bañarse a los 8 días	-	-	-	-	4	10	4
Baño diario	-	-	-	-	6	15	6
Pujar, no gritar y respirar profundo	-	-	10	25	-	-	10
No relaciones sexuales	1	2.5	-	-	8	20	9
Consultar para control	3	7.5	-	-	-	-	3
Ninguno	7	17.5	8	20	8	20	23
Cubriese cabeza, oído y pies	-	-	-	-	16	40	16
Abundantes líquidos	1	2.5	-	-	-	-	1
Total							

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis:

De las mujeres encuestada, se encuentran que durante el embarazo un 47.5 % le realizan sobos, en un 67.5 % reposo y no hacer ejercicios, tomar te de hiervas en un 22.5 % no relaciones sexuales en un 2.5 %, inscribirse en control prenatal un 7.5 % en un 17.5 % no les dan recomendaciones, usar amuletos y ropa roja en un 10 %.

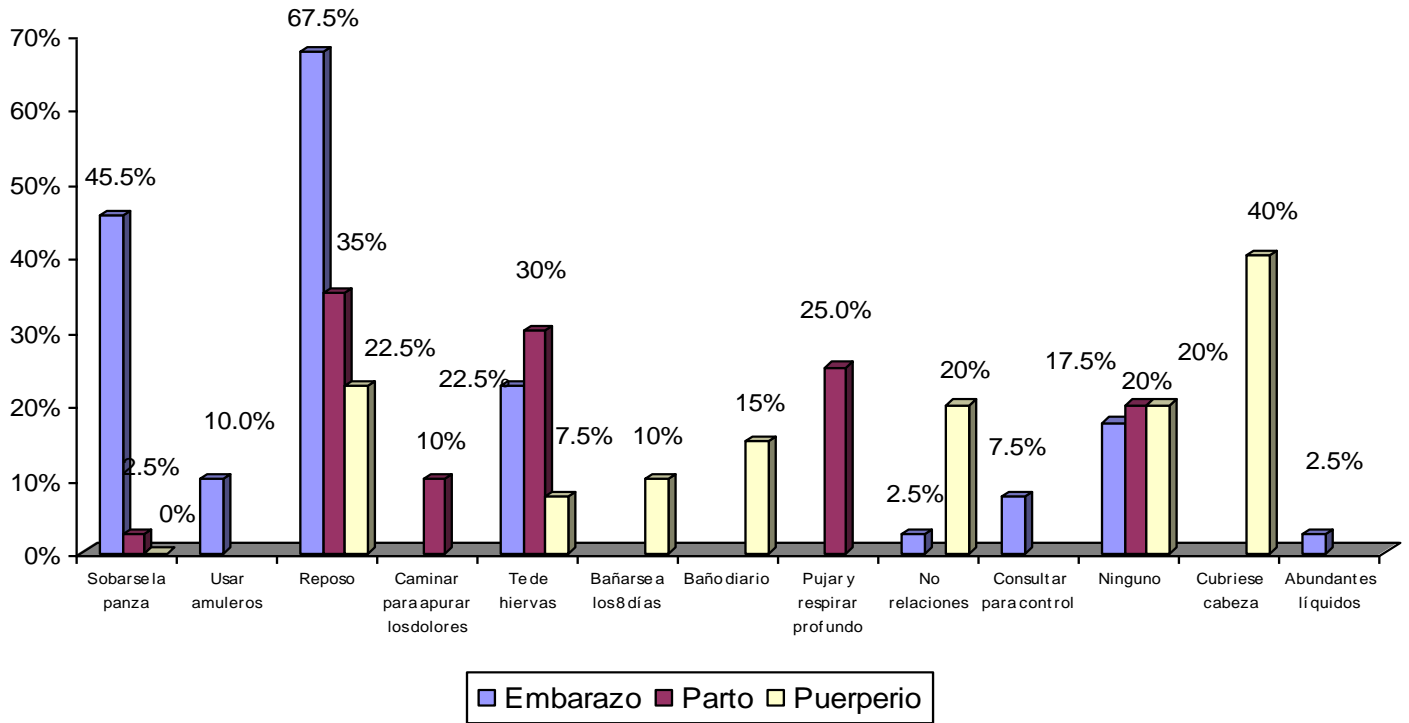
Durante el parto les indican un 2.5% sobarse, un 35% reposo y no hacer ejercicios, caminar para apurar los dolores un 10%, tomar té de hiervas un 30 % pujar, no gritar y respirar profundo en un 25 % y ninguna medida en un 20 %. Durante el puerperio les indicaron: reposo y no hacer ejercicios en un 22.5 % tomar té de hierbas en un 7.5 % bañarse a los 8 días en un 10 %, baño diario, en un 15 % no relaciones sexuales en un 20%, cubrirse cabeza, oídas y pies en un 40 % y en un 20 % no les indican medidas.

Interpretación:

Con los datos obtenidos puede observarse que las mujeres en estudios, utilizan practicas que son correctas e incorrectas, dentro de las correctas tenemos, reposo, caminar para apurar los dolores, baño diario, abundantes líquidos y dentro de las que no deben de usar están toma de te de hierba, bañarse a los ocho días, y aquellas practicas que no benefician y no causan daños (inocuas) utilizar amuletos y ropa rojas, cubrirse la cabeza, oídos, pies.

GRÁFICA N° 27

MEDIDAS PREVENTIVAS RECOMENDADAS POR PARTERAS



Fuente: Cuadro N° 26

CUADRO N° 27

Alguna vez se ha automedicado durante el embarazo.

AUTOMEDICACIÓN EN EL EMBARAZO	FR	%
Si	18	16.7
No	90	83.3
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis:

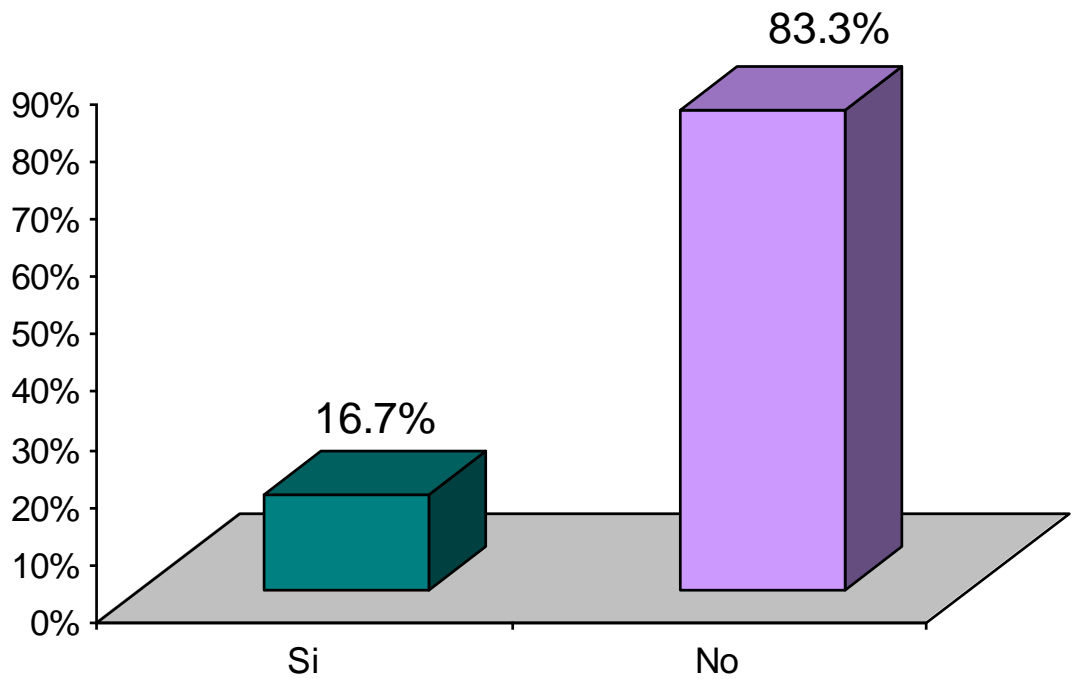
La mayoría de mujeres entrevistadas manifestaron que 16.7% se había automedicado durante el embarazo y 83.3% dijo que no.

Interpretación:

Con los resultados obtenidos de las mujeres encuestadas la mayoría de ella, refirió no automedicarse ya sea por precaución a que le haga daño al niño, o a presentar complicaciones, en una minoría, estas mujeres manifestaron haberse automedicado ya sea por el poco conocimiento que tengan, el bajo nivel de escolaridad, desconociendo las consecuencia de consumir medicamento durante el embarazo.

GRÁFICA N.º 28

AUTOMEDICACIÓN EN EL EMBARAZO



Fuente: Cuadro N.º 27

**5.2. TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS
OBTENIDOS DE LA ENTREVISTA DIRIGIDA A LAS PARTERAS.**

CUADRO N° 1:

Procedencia

Procedencias	FR	%
Urbana	0	0
Rural	5	100
Total	5	100

Fuente: Guía de entrevista

Análisis:

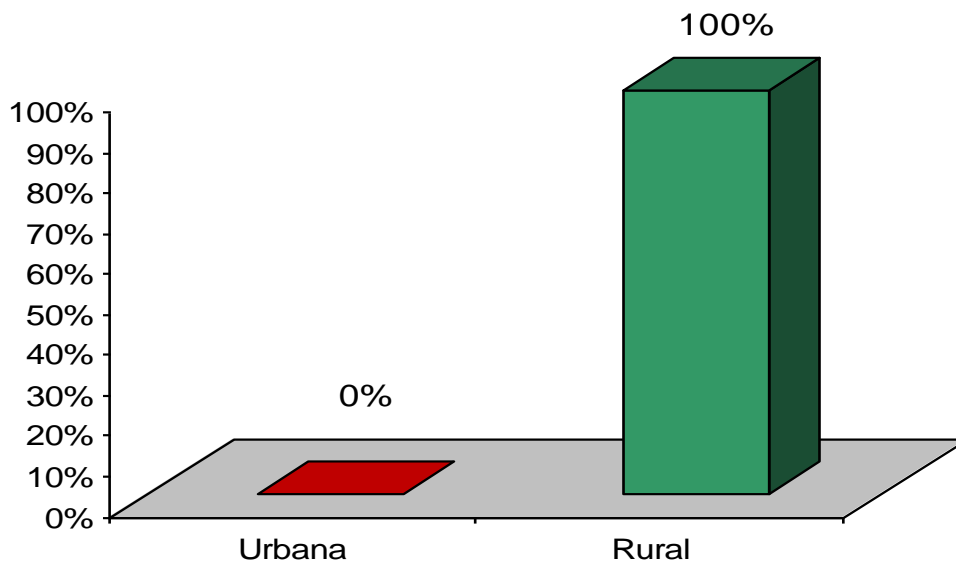
Un 100% de las parteras que fueron entrevistadas proceden del área rural

Interpretación:

Como se puede observar con los resultados obtenidos las parteras entrevistadas en total de 5 proceden del área rural, quienes son mujeres que han venido conservando su cultura y creencias llevando acabo su profesión en aquellas mujeres que solicitan sus servicios.

GRÁFICO N° 1

PROCEDENCIA



Fuente: Cuadro N° 1

CUADRO N° 2:

¿A que religión pertenecen?

Religión	FR	%
Católica	5	100
Evangélica	0	0
Total	5	100

Fuente: Guía de entrevista

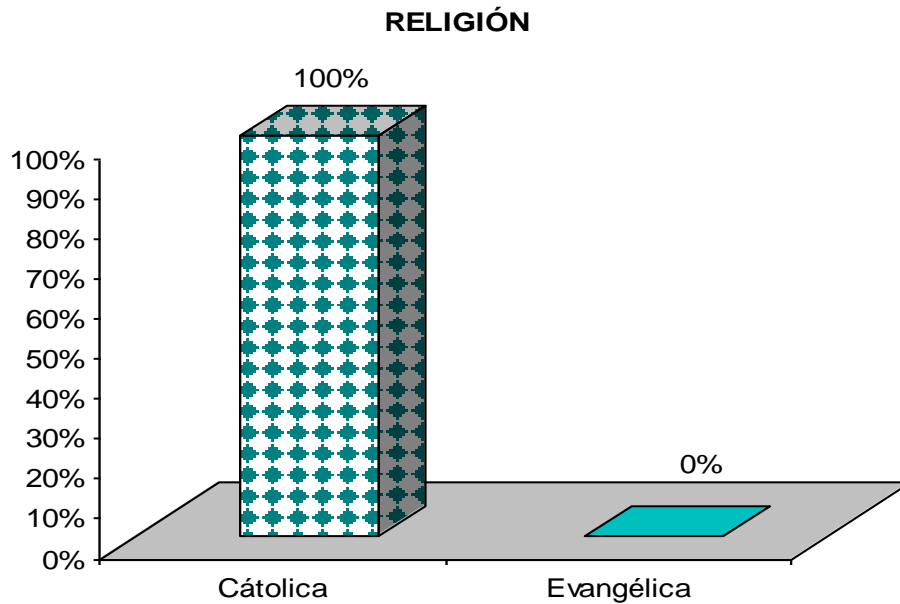
Análisis:

En este cuadro se puede observar que las cinco parteras entrevistadas, es decir el 100% son católicas.

Interpretación:

Con los datos obtenidos se puede determinar que un 100% de las parteras son católicas por lo que se identificó que las mujeres que pertenecen a esta religión son las que tienen mayor tendencia a utilizar y a brindar etnoprácticas a quienes lo solicitan, sin que la religión se los prohíba, observando así que el factor cultural influye en la utilización de las etnoprácticas.

GRÁFICA N° 2



Fuente: Cuadro N° 2

CUADRO N° 3

Nivel de escolaridad.

Escolaridad	FR	%
1° - 6°	1	20
7° - 9°	0	0
Ninguno	4	80
Total	5	100

Fuente: Guía de entrevista

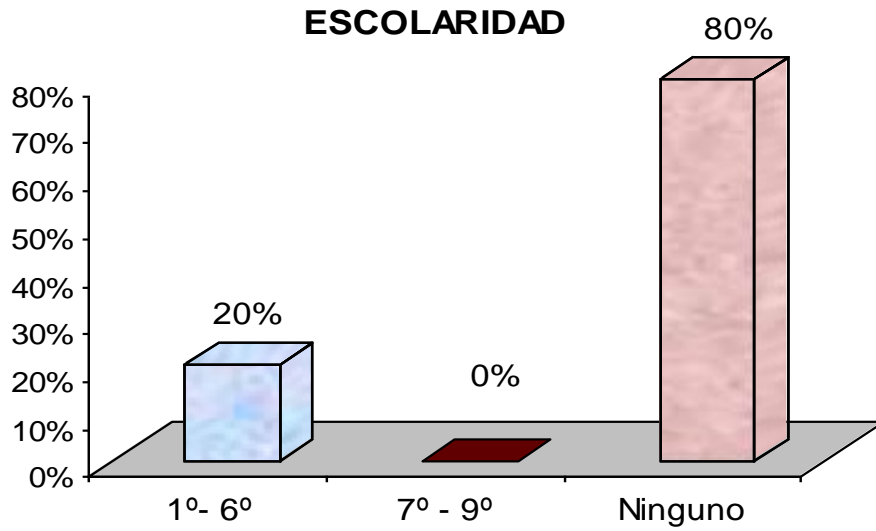
Análisis:

Este cuadro presenta la frecuencia y el porcentaje del nivel de escolaridad de las parteras entrevistadas, es así como un 80% que equivale a cuatro mujeres no saben leer ni escribir y un 20% que es igual a una partera, su nivel de escolaridad es de segundo ciclo.

Interpretación:

Como se puede ver con los resultados obtenidos las parteras entrevistadas en su mayoría no poseen ningún grado de estudio y en menor porcentaje han cursado sexto grado y en su época no todas tenían acceso a educación. Por lo que se puede observar que en estas mujeres predomina el factor cultural, socioeconómico y esto hace que persistan las etnoprácticas y que las mujeres embarazadas hagan uso de ellas.

GRÁFICA N° 3



Fuente: Cuadro N° 3

CUADRO N° 4:

¿Cuánto tiempo lleva de ejercer su profesión?

Tiempo de Ejercer	FR	%
10 - 20 años	2	40
Más de 20 años	3	60
Total	5	100

Fuente: Guía de entrevista

Análisis:

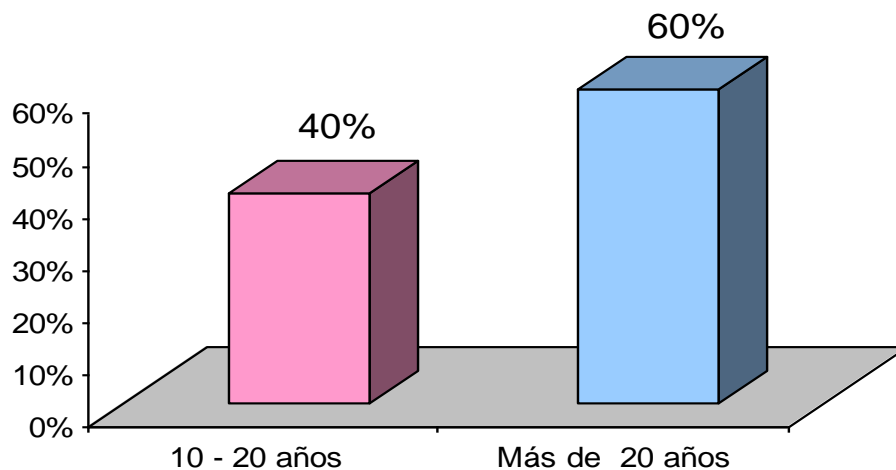
En cuanto al tiempo de ejercer dos de las cinco parteras entrevistadas tienen de 10 - 20 años en un 40% y las otras 3 tienen más de 20 años en un 60%.

Interpretación:

Con los datos obtenidos de las cinco parteras entrevistadas en cuanto al tiempo de ejercer y atender embarazadas la mayoría tienen más de 20 años de estar brindando sus servicios sin capacitación solo con sus experiencias. Esto nos comprueba que aunque hayan recibido capacitación siguen ejerciendo empíricamente ya que no se les actualiza con capacitaciones constantemente. Lo cual refleja que aunque el tiempo de ejercer estas prácticas es de muchos años, la forma en que las hacen sigue siendo inadecuada, lo cual contribuye a que surjan complicaciones en el embarazo, parto y puerperio.

GRÁFICO N° 4

TIEMPO DE EJERCER



Fuente: Cuadro N° 4

CUADRO N° 5:

Ha recibido capacitación, y hace cuánto tiempo

Capacitación	Fr	%	Hace cuanto tiempo	Fr	%
Si	4	80	< 10 años	0	0
No	1	20	> 10 años	4	80
			Ninguna	1	20
Total	5	100	Total	5	100

Fuente: Guía de entrevista

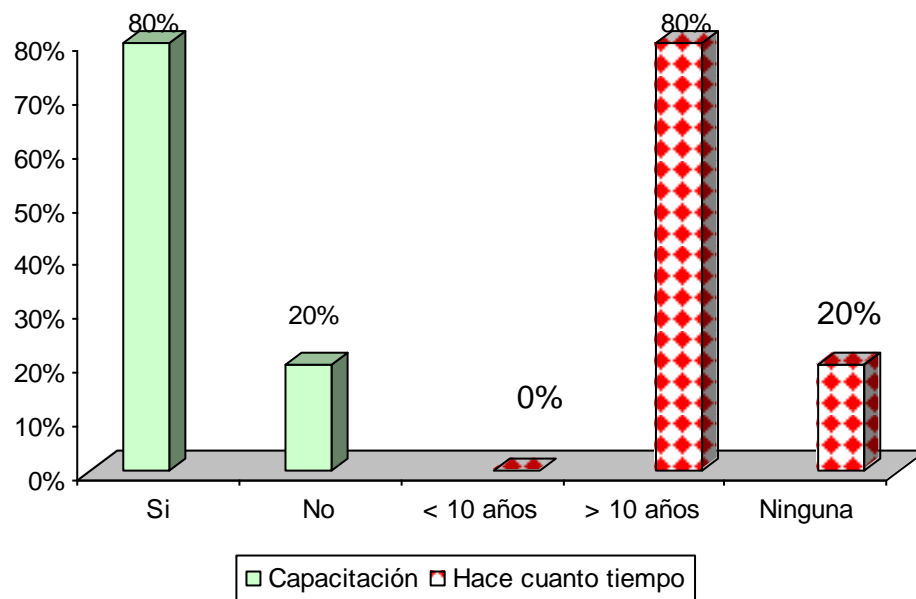
Análisis:

Las parteras entrevistadas un 80% de ellas han sido capacitadas y tiene más de 10 años de haber recibido capacitación y 20% no han recibido capacitación.

Interpretación:

Con los datos obtenidos de las parteras entrevistadas se encuentran que la mayoría han recibido capacitación y un menor porcentaje no, se puede comprobar que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social impartió capacitación hace más de 10 años pero aunque hayan recibido capacitación persisten en seguir utilizando sus conocimientos ya que no se les actualiza frecuentemente.

GRAFICO N° 5



Fuente: Cuadro N° 5

CUADRO N° 6

¿Cómo aprendió a atender un parto?

Como aprendió a atender un parto	FR	%
No había alguien mas	0	0
Por ver a mi mama	2	40
En la guerra aprendí	3	60
Total	5	100

Fuente: Guía de entrevista

Análisis:

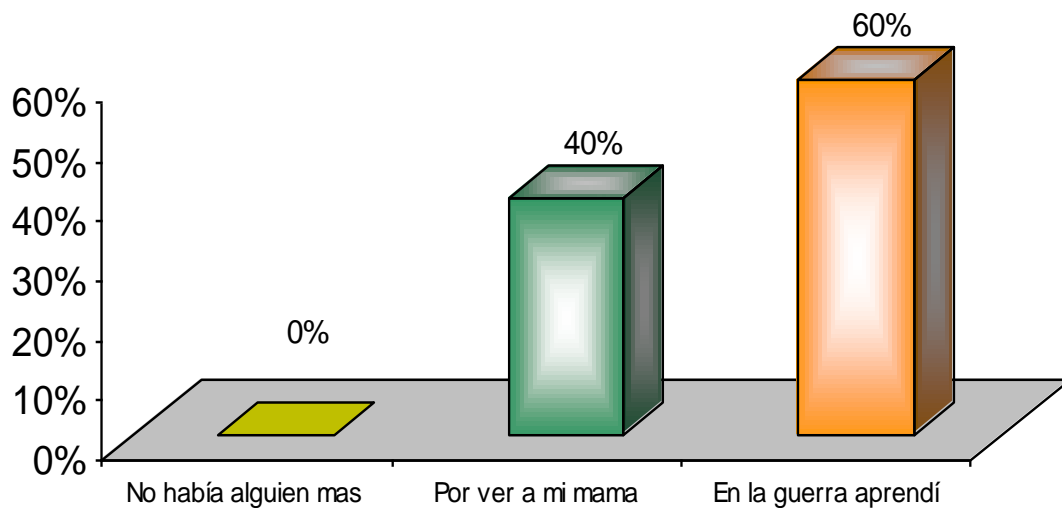
La mayoría de las parteras entrevistadas 60% manifestaron que aprendieron en la guerra y 40% de ellas aprendieron viendo a su mamá a atender partos cuando buscaban sus servicios.

Interpretación:

Con los datos obtenidos de las parteras entrevistadas se fundamenta que dos de ellas aprendieron a partear observando a su madre, lo que refleja que es un conocimiento que se transmite de generación en generación como lo relata la literatura consultada, el resto de ellas obtuvieron sus conocimientos en situaciones de emergencia en las que no existía una persona capacitada para atender el parto en ese momento, lo cual se daba frecuentemente durante los tiempos de conflicto durante la guerra.

GRÁFICO N° 6

COMO APRENDIO A ATENDER UN PARTO



Fuente: Cuadro N° 6

CUADRO N° 7

¿Cuánto cobra por sus servicios?

Cuanto cobra por sus servicios	Embarazo		Parto		Puerperio	
	FR	%	FR	%	FR	%
\$ 1 - \$ 10	5	100	3	60	2	40
\$10- \$ 20	-	-	2	40	-	-
\$ > 20	-	-	-	-	-	-
Según su voluntad	-	-	-	-	3	60
Total	5	100	5	100	5	100

Fuente: Guía de entrevista

Análisis:

El costo por el servicio que ellas dan durante el embarazo, las cinco parteras, es decir el 100% es de 1 a 10 dólares, durante el parto dos de ellas, el 40% de 10 a 20 dólares, el 60% es de 1 a 10 dólares y en el puerperio 40% de 10 a 20 dólares, el 60% según su voluntad.

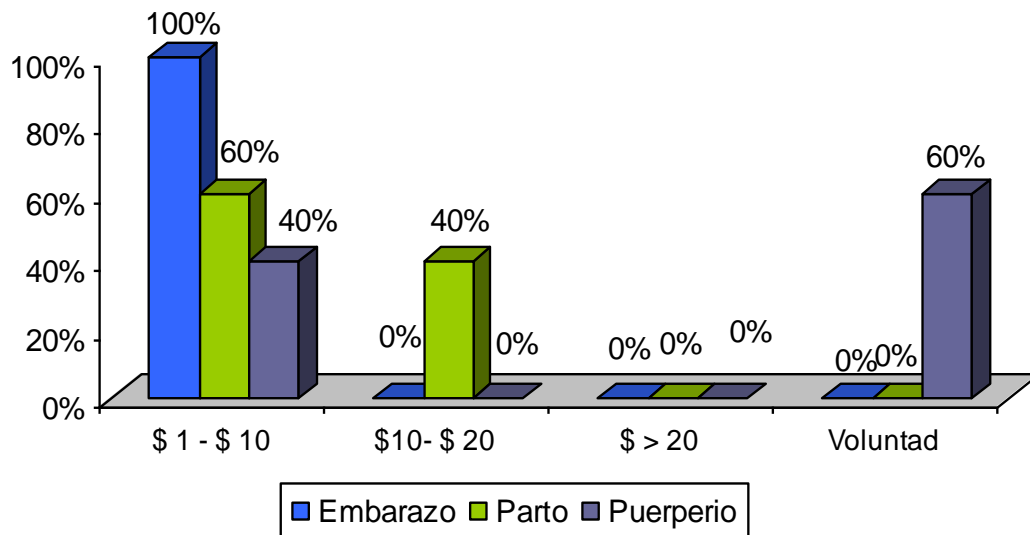
Interpretación:

Con la información obtenida se puede demostrar que el costo de los servicios que prestan las parteras es un precio accesible que toda mujer puede pagar y a veces lo hacen de gratis, en el embarazo y el parto son los dos periodos en donde se paga más. Por la accesibilidad económica, geográfica que ellas proporcionan, por eso solicitan sus

servicios y las embarazadas siguen utilizando las etnoprácticas. Los costos hospitalarios relacionados a la atención del parto vienen a recargar los gastos familiares, haciendo que las mujeres prescindan de este servicio con el fin de mantener el equilibrio económico del hogar, tomando en cuenta además otros gastos en que incurren los familiares de las parturientas, como el transporte hacia el hospital, alimentación de los familiares durante la estadía y los medicamentos en algunos casos.

GRÁFICA N° 7

CUANTO COBRA POR SUS SERVICIOS



Fuente: Cuadro N° 7

CUADRO N° 8:

¿Qué edades más frecuente atiende?

Que edad atiende	FR	%
10- 15 años	0	0
16 -20 años	0	0
21- 30 años	5	100
Mas 30 años	0	0
Total	5	100

Fuente: Guía de entrevista

Análisis:

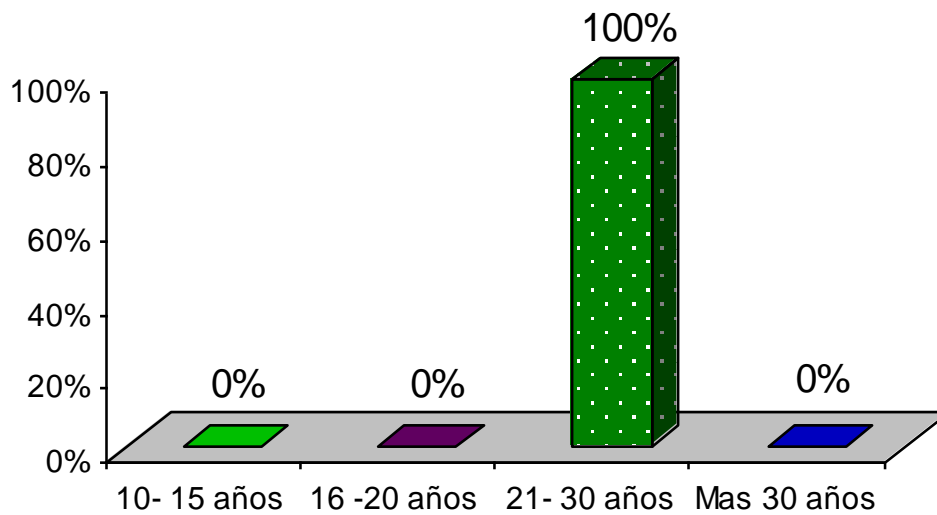
Las edades que más solicitan los servicios de una partera el 100% manifestaron que está entre 21 a 30 años.

Interpretación:

Como se puede demostrar con los datos obtenidos de las cinco parteras entrevistada las edades que mas las consultan y que ellas atienden en su mayoría son las de 21 a 30 años, además son mujeres que tienen mas de dos hijos, las que ya conocen el trabajo de las parteras.

GRÁFICO N° 8

QUE EDADES ATIENDE



Fuente: Cuadro N° 8

CUADRO N° 9

¿A quienes atiende más frecuentemente?

A quienes atiende mas frecuentes	FR	%
Primíparas	0	0
Multíparas	5	100
Total	5	100

Fuente: Guía de entrevista

Análisis:

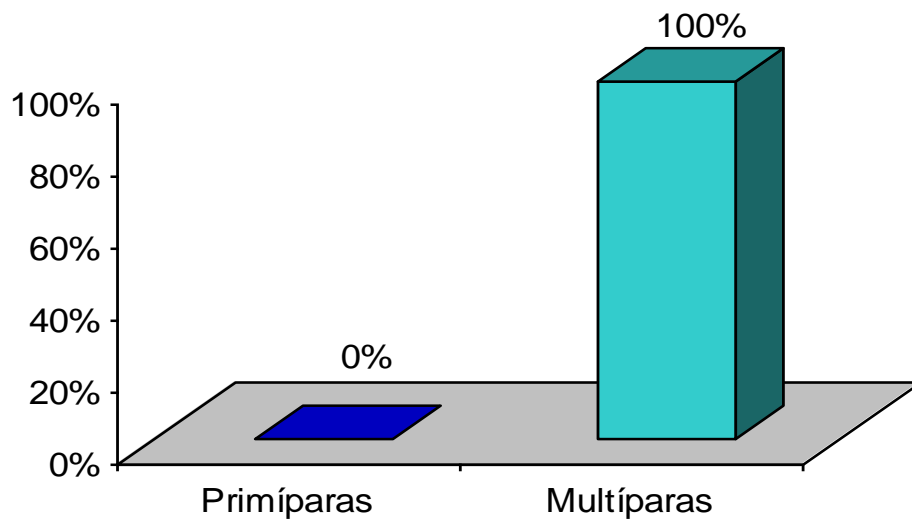
El 100% de las parteras entrevistadas nos expresaron que las mujeres que más solicitaban sus servicios son las multíparas.

Interpretación:

Con los datos anteriores se puede decir que la mayoría de las mujeres que solicitan los servicios de la partera son aquellas que han tenido más de dos hijos o sea multíparas. Estas mujeres se sienten más en confianza que las atiendan las parteras. Ya que por tradición familiar han venido siendo atendidas por parteras y son las que usan más las etnoprácticas.

GRÁFICO N° 9

ATENCIÓN MÁS FRECUENTE



Fuente: Cuadro N° 9

CUADRO N° 10

¿Cómo detecta usted las complicaciones?

Como detecta usted las complicaciones	Embarazo		Parto		Puerperio	
	FR	%	FR	%	FR	%
Congelo					1	14.3
Sobar	3	37.5				
Inflamación	2	25				
Desgarro			2	28.6		
Sangramiento						
Dolor					1	14.3
Calentura					3	42.9
Cuando consultan						
Sangran	2	25	2	28.6	2	28.3
Botan agua	1	12.5				
Si la placenta viene primero			2	28.6		
Prolongación segunda fase			1	14.3		
*Total	8	100	7	100	7	100

Fuente: Guía de entrevista

* El total sobrepasa los datos debido a que contestaron más de una alternativa.

Análisis:

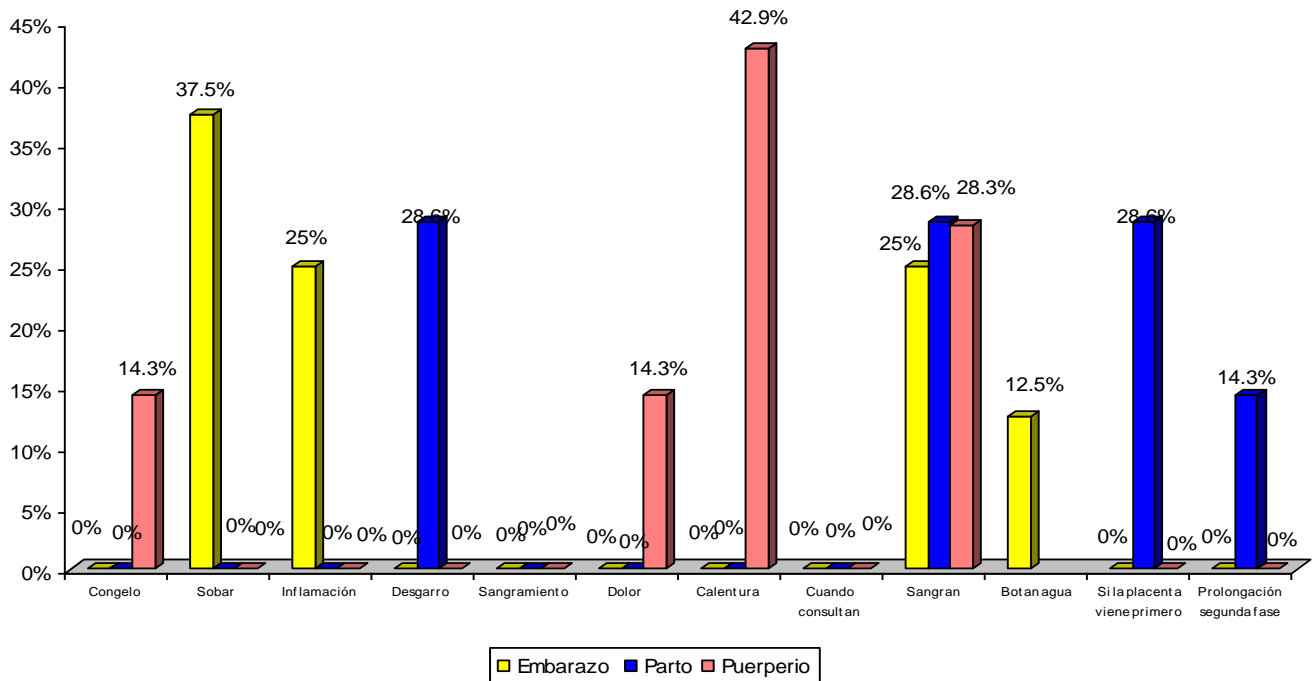
Las parteras entrevistadas manifestaron que detectaban complicaciones sobando a las embarazadas 37.5% , evidenciaban inflamación 25%, en el parto desgarros y sangraban

25%, calentura 42.9%, botan agua 12.5% ,si la placenta venía primero 28.6%,
prolongación 2º periodo 14.3%.

Interpretación:

Con los datos obtenidos se demuestra la capacidad que tienen las parteras con su experiencia de poder detectar complicaciones en el embarazo, parto y puerperio a través de signos y síntomas tales como: inflamaciones, sangramiento, fiebre, dolor de cabeza. Estas parteras cuando no habían recibido capacitación, las paciente que eran atendida se morían o perdían a su hijo más frecuentemente.

GRÁFICO N° 10
CÓMO DETECTA COMPLICACIONES



Fuente: Cuadro N° 10

CUADRO N° 11

¿En que fase se dan con más frecuencias las complicaciones?

Fase donde se complican	FR	%
Embarazo	3	60
Parto	2	40
Puerperio	0	0
Total	5	100

Fuente: Guía de entrevista

Análisis:

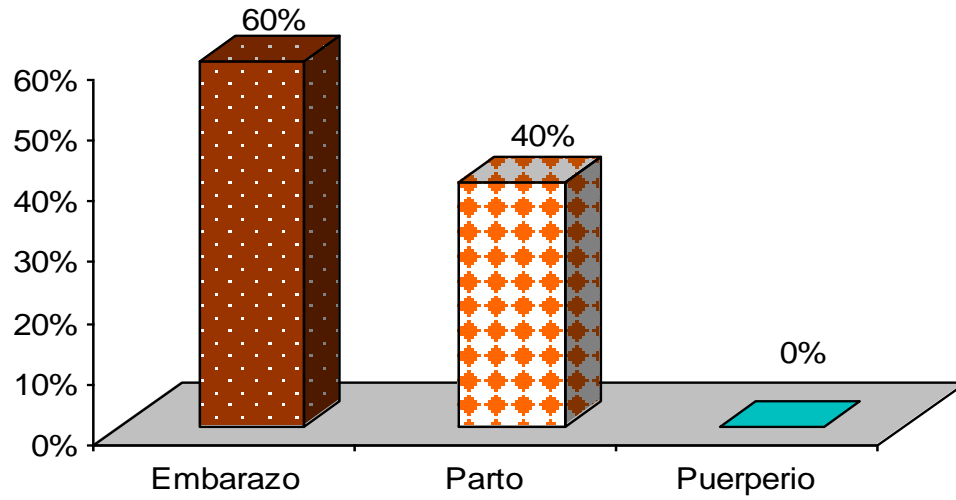
Las parteras entrevistadas manifestaron el 60% de las complicaciones se dan más en el embarazo y 40% durante el parto.

Interpretación:

Con los datos obtenidos al entrevistar a las parteras manifestaron que en la fase que con mayor frecuencia se dan las complicaciones son en el embarazo y parto. Según la literatura consultada las complicaciones en el embarazo y parto son altas, las causas reportadas más común es la hemorragia, estas complicaciones están relacionadas con la falta de acceso o uso de los servicio de salud y prestación inadecuada de los servicio de salud que no pueden responder ante situaciones de urgencia.

GRÁFICO N° 11

FASES DONDE SE COMPLICAN



Fuente: Cuadro N° 11

CUADRO N° 12

En el caso que se de una complicación ¿Qué hace?

Alternativa	FR	%
Trata	0	0
Refiere	5	100
Total	5	100

Fuente: Guía de entrevista

Análisis:

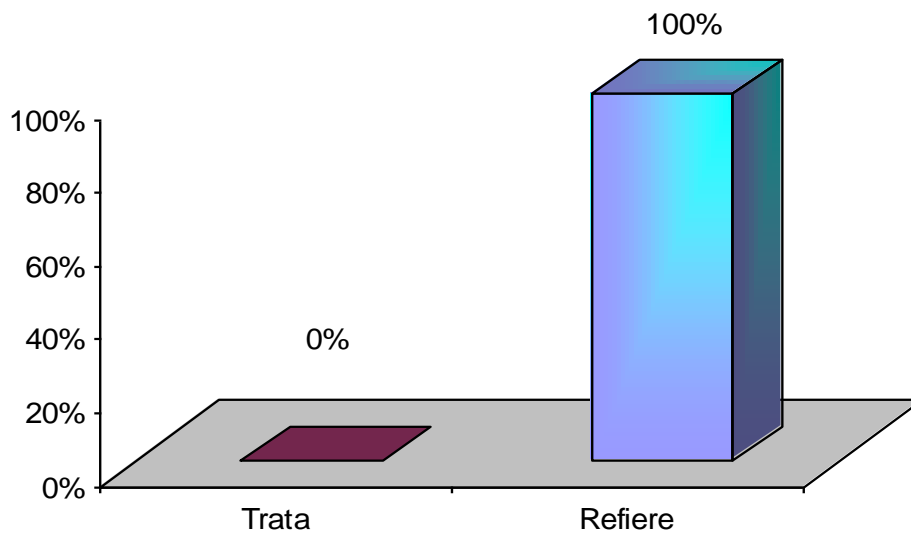
Las parteras manifestaron que en caso de detectar complicaciones en el momento de estar atendiendo una paciente la refieren 100%.

Interpretación:

Con los datos obtenidos se puede observar que las parteras entrevistadas toman una decisión adecuada cuando se les presenta una complicación, refiriendo a la paciente aun centro hospitalario, para que se le brinde un manejo adecuado.

GRÁFICO N° 12

COMPLICACIÓN



Fuente: Cuadro N° 12

CUADRO N° 13

Cuando atiende un parto utiliza medicamentos?

Utiliza medicamento	FR	%
Si	1	20
No	4	80
Total	5	100

Fuente: Guía de entrevista

Análisis:

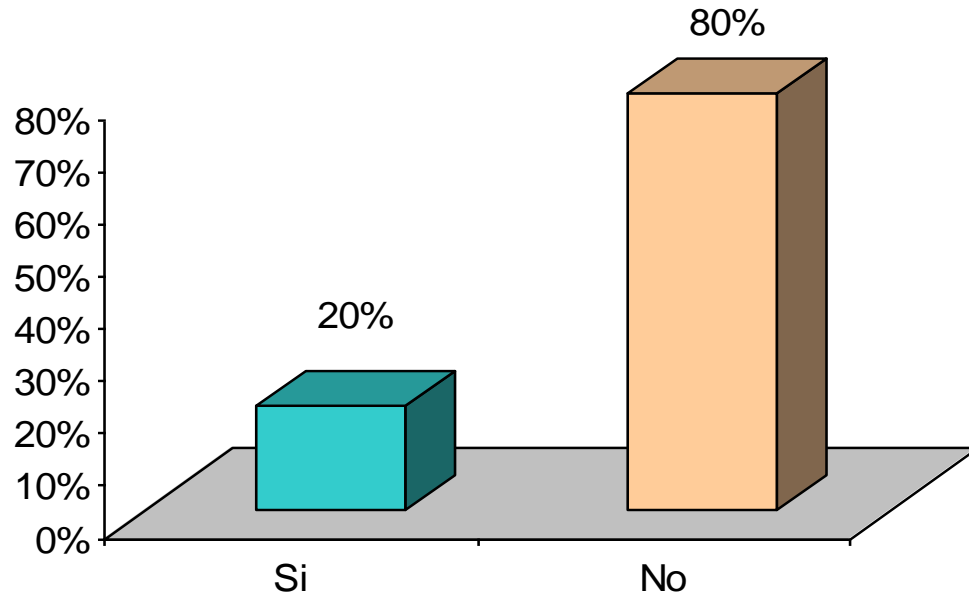
Las parteras entrevistadas 20% dijeron utilizar medicamento y 80% no. Lo cual demuestra que ellas desconocen el uso de medicamentos.

Interpretación:

Con los resultados obtenidos de las parteras entrevistadas, cuatro de ellas refirieron no utilizar medicamentos, en primer lugar no cuentan con medicamentos y en segundo lugar desconocen los medicamentos y dosis, una partera manifestó utilizar el medicamento llamado “pitoxín” en ampollas que es lo que en medicina conocemos como oxitocina para conducir el trabajo de parto.

GRÁFICO N° 13

UTILIZA MEDICAMENTOS



Fuente: Cuadro N° 13

CUADRO N° 14

En la atención del parto cual es el proceso de medidas higiénica que sigue.

Medidas Higiénica	FR	%
Lavar las manos con alcohol	5	45.4
Mantas Limpias	5	45.5
Agua Tibia	1	9
*Total	11	100

Fuente: Guía de entrevist* El total sobrepasa los datos debido a que hay más de una alternativa.

Análisis:

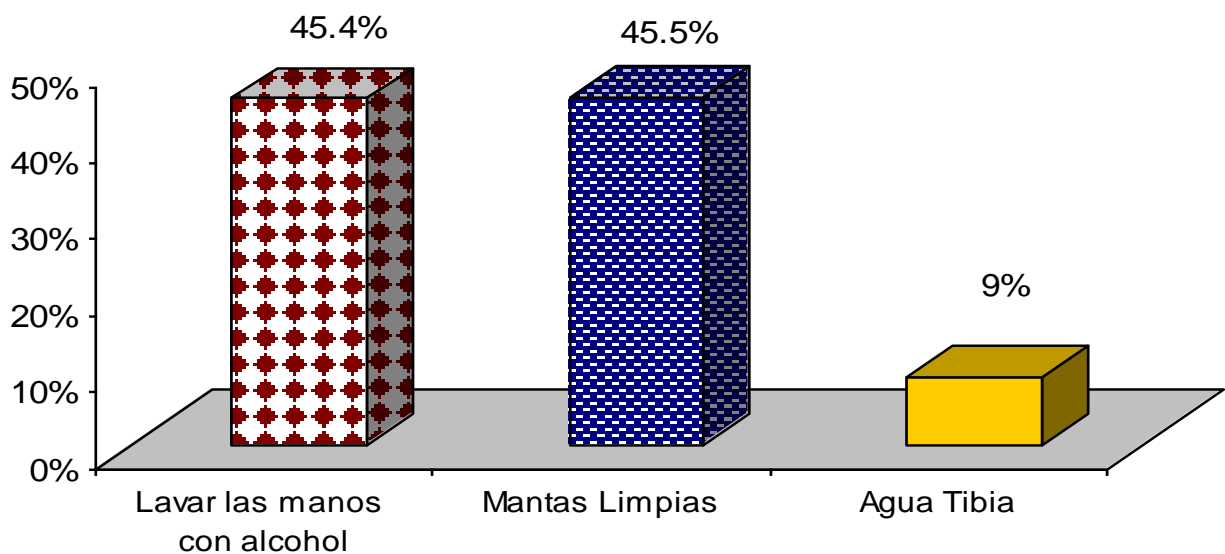
La mayoría de parteras entrevistadas 45.5% lavarse las manos con alcohol y 45.5% utilizar mantos limpios y 9% agua tibia. Lo cual demuestra que la mayoría de parteras sigue utilizando medidas higiénicas empíricas.

Interpretación:

La mayoría de parteras entrevistadas manifestaron utilizar medidas higiénicas como lavarse las manos con alcohol y utilizar mantas limpias; pero no son principios de asepsia adecuados, como tampoco lo son las mantas limpias que no están estériles lo cual condiciona a que surjan complicaciones tanto en la madre como al bebé.

GRÁFICO N° 14

MEDIDAS HIGIÉNICAS



Fuente: Cuadro N° 14

CUADRO N° 15

¿Qué instrumento utiliza usted a la hora del parto?

Instrumento a la hora del parto	FR	%
Tijeras	3	27.3
Gillette	3	27.3
Cáñamo	1	9.0
Cinta umbilical	3	27.3
Algodón	1	9.0
*Total	11	100

Fuente: Guía de entrevista

*El sobrepasa los datos debido a que contestaron más de una alternativa

Análisis:

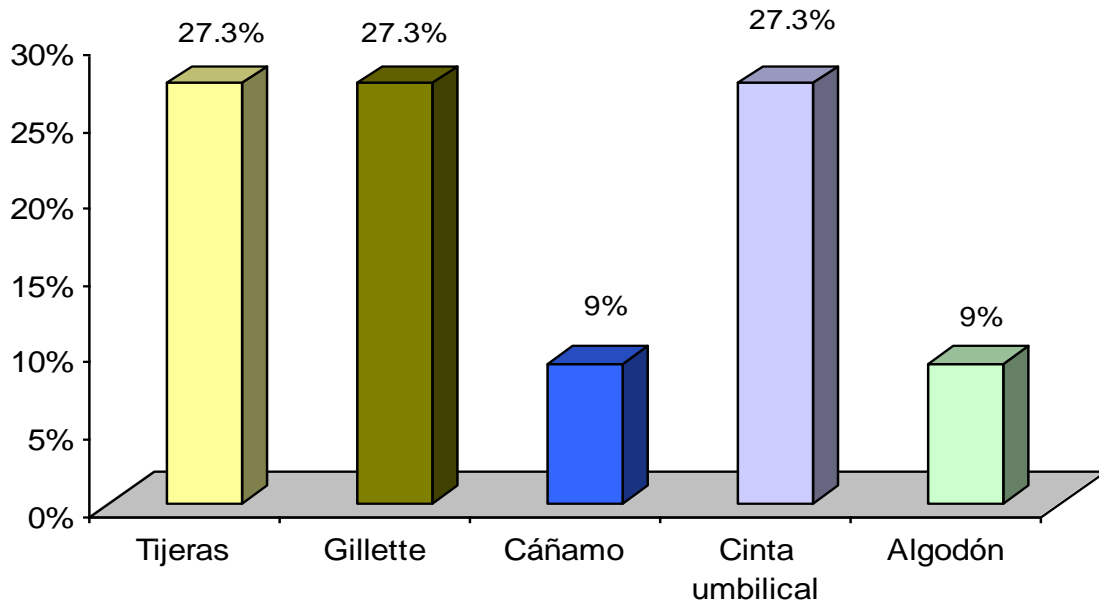
La mayoría de parteras utilizan tijeras 27.3%, cinta umbilical 27.3%, gillette 27.3% cáñamo 9.0% y algodón 9.0%

Interpretación:

Con los datos obtenidos de los instrumentos que utilizan las parteras en la atención del parto, persiste los instrumentos inadecuados no estéril que utilizaban antes, sin tomar en cuenta las complicaciones que esto pueda traer para la mujer y su hijo.

GRÁFICO N° 15

INSTRUMENTOS UTILIZADOS A LA HORA DEL PARTO



Fuente: Cuadro N° 15

CUADRO N° 16

¿Cómo lo esteriliza?

Como lo esteriliza	FR	%
Hervir	4	57.1
Lejía	2	28.6
Ninguna	1	14.3
*Total	7	100

Fuente: Guía de entrevista

*El total sobrepasa los datos debido a que contestaron más de una alternativa

Análisis:

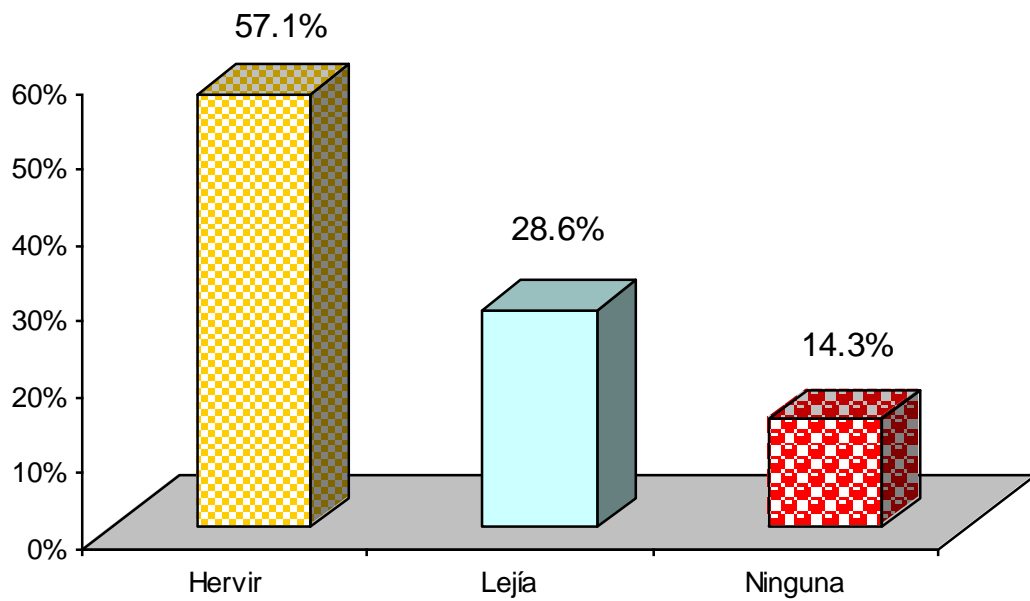
Manifestaron que esterilizan sus materiales al hervir 57.1% y lejía 28.6%, 14.3% ninguno.

Interpretación:

Con los resultados obtenidos se puede observar que las parteras no practican los métodos adecuados para esterilizar los instrumentos que utiliza durante el parto. Por lo tanto pueden darse infecciones en la madre y el niño durante el puerperio.

GRÁFICO N° 16

CÓMO LO ESTERILIZA



Fuente: Cuadro N° 16

CUADRO N° 17

¿Qué alimento recomienda?

Que alimento recomienda	Embarazo		Parto		Puerperio	
	FR	%	FR	%	FR	%
Comer de todo	5	83.3				
Que no coman huevos y aguacate	1	16.7				
Toma de hiervas			4	80	4	57.1
Abundante liquido			1	20		
Tortilla con queso					1	14.3
Sopa de pollo					2	28.3
*Total	6	100	5	100	7	100

Fuente: Guía entrevista

Análisis:

Ellas recomiendan durante el embarazo 83.3% comer de todo, durante el parto, consuma te de hierbas 80%, abundantes líquidos 20%, durante el puerperio que no coma huevo, repollo, aguacate 16.7%, tortilla con queso y chocolate 14.3% y sopa de gallina 28.3%.

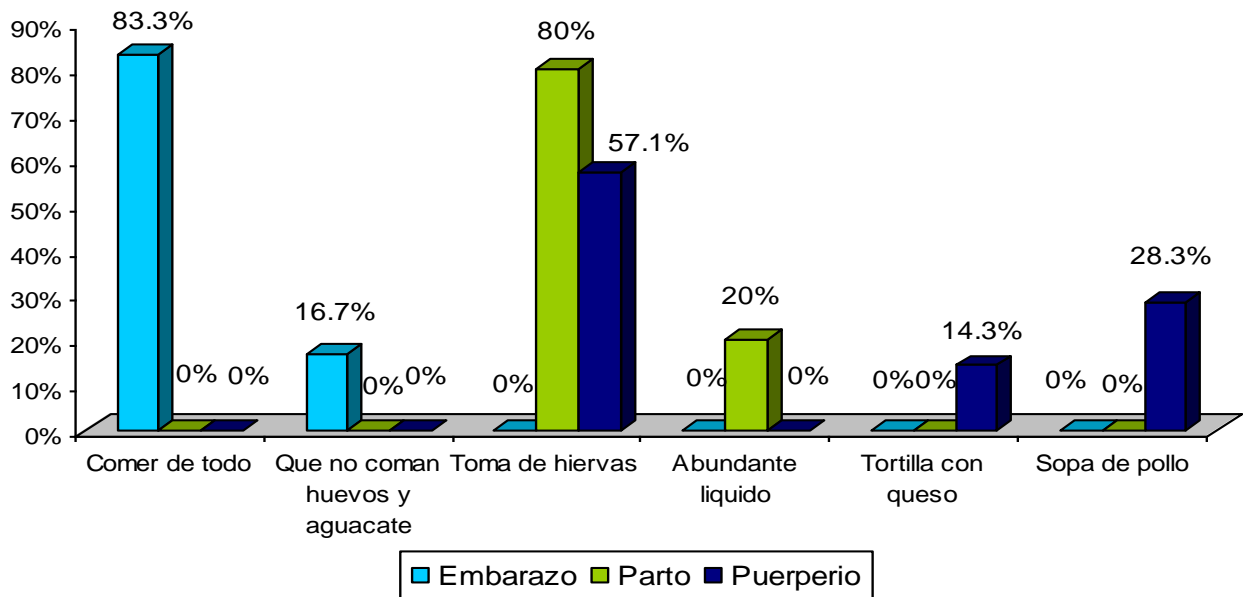
Interpretación:

Con los resultados obtenidos de las parteras entrevistadas, se puede observar que La mayoría de ellas están concientes que las mujeres durante el embarazo pueden comer

de todo, así como durante el parto y el puerperio, algunas veces les recomiendan medidas incorrectas como ingerir te de hiervas, tortilla con queso y chocolate.

GRÁFICO N° 17

QUE ALIMENTOS RECOMIENDA



Fuente: Cuadro N° 17

CUADRO N° 18

¿Cuántos partos atiende?

Cuántos parto atiende	FR	%
Al mes	5	100
Total	5	100

Fuente: Guía de entrevista

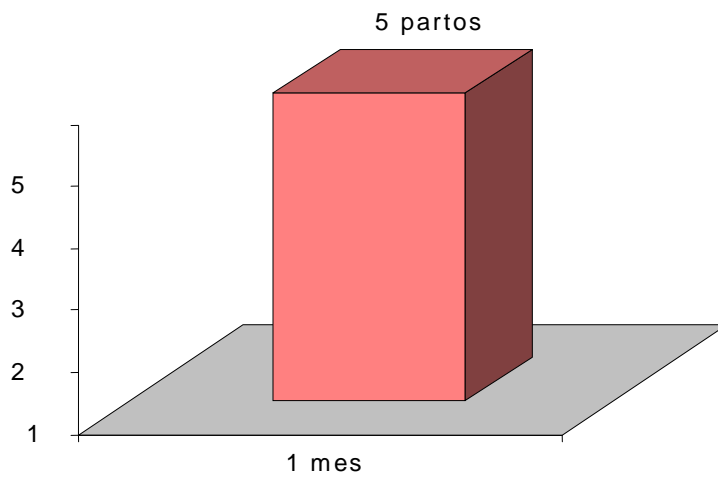
Análisis:

Con los datos obtenidos, se encuentra que el 100% de las parteras expresan que atienden 5 partos en 1 mes.

Interpretación:

En la mayoría de parteras entrevistadas se puede observar que ellas atienden cinco partos al mes, lo cual indica que el número de partos extrahospitalarios es elevado.

GRÁFICO N° 18
PARTOS ATENDIDOS



Fuente: Cuadro N° 18

CUADRO N° 19

¿Qué recomendaciones le da a la paciente durante el embarazo, el parto y puerperio?

Recomendaciones	Embarazo		Parto		Puerperio	
	FR	%	FR	%	FR	%
Reposo	5	100				
Caminar			1	14.3		
Pujar y no gritar			5	71.4		
Baño de agua tibia			1	14.3		
No repollo no aguacate					1	33.3
Cubrir cabeza, oído, pies					1	33.3
Usar faja y no hamaca					1	33.3
Totales	5	100	7	100	3	100

Fuente: Guía de Entrevista

Análisis:

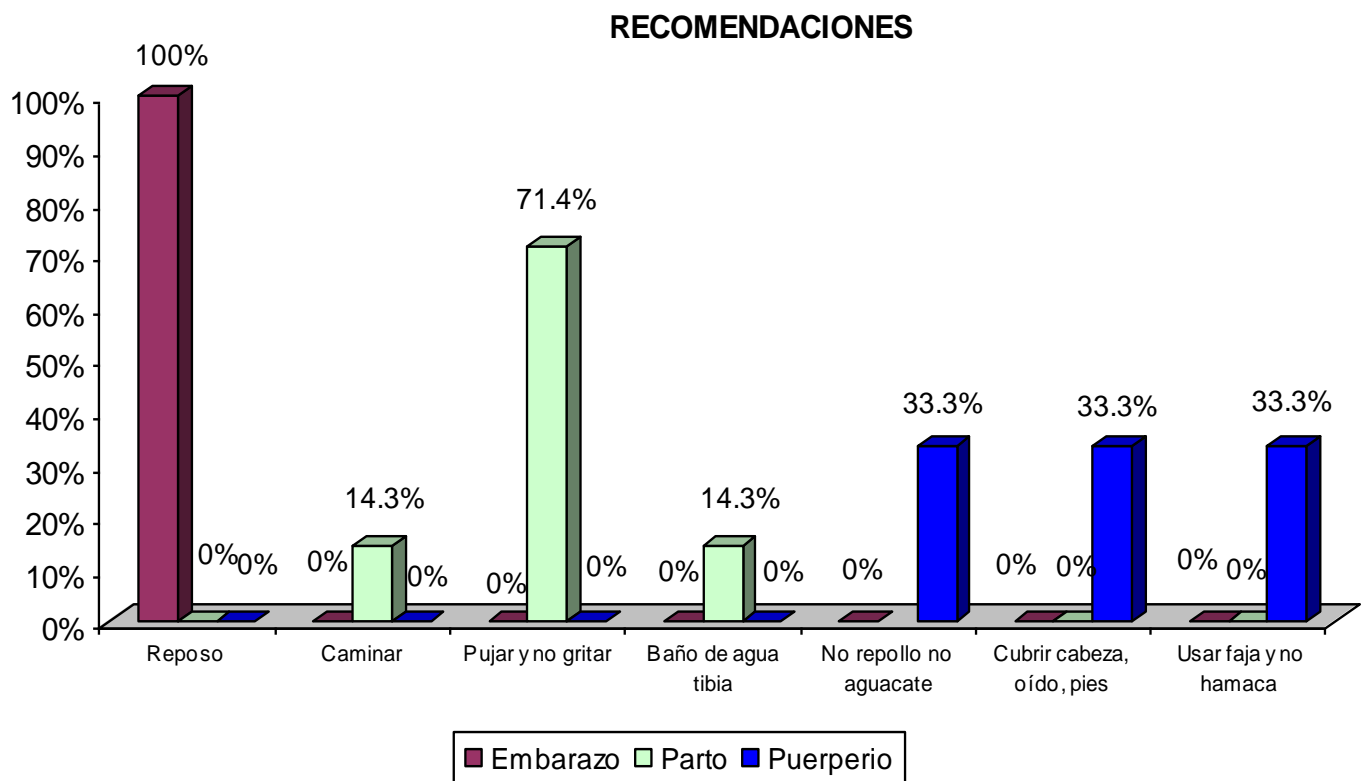
En el cuadro se puede observar las recomendaciones que las parteras entrevistadas indican: reposo 100%, caminar 14.3% durante el parto, puje y no grite 71.4%, baños de agua tibia 2 de ellas lo recomendaban 14.3%, cubrir la cabeza y los pies y oídos 1 de ellas 33.3% y otros 33.3% .

Interpretación:

Con los resultados obtenidos de parteras entrevistadas acerca de qué recomendaciones reciben las pacientes durante el embarazo, parto y puerperio, teniendo

así medidas correctas como reposo, caminar para apurar los dolores, pujar y no gritar y otras que no causan daño ni beneficio a la mujer tales como: cubrirse la cabeza, oídos y pies, usar faja y no sentarse en la hamaca

GRÁFICA N° 19



Fuente: Cuadro N° 19

CUADRO N° 20

¿Por qué cree usted que las pacientes prefieran sus servicios y no los de un hospital?

Opinión	FR	%
Mejor trato	3	20
Episiotomía	4	26.7
Cesaría	2	13.3
Más barato	1	6.7
Más confianza	5	33.3
Totales	*15	100

Fuente: Guía de Entrevista

* El total sobrepasa los datos debido a que contestaron más de una alternativa.

Análisis:

Las parteras entrevistadas manifestaron mejor trato (calidez), que las mujeres que las consultan refieren que ellas les dan más confianza 100%, mejor trato 60%, por episiotomía 80%, cesárea 40%, más barato 10%.

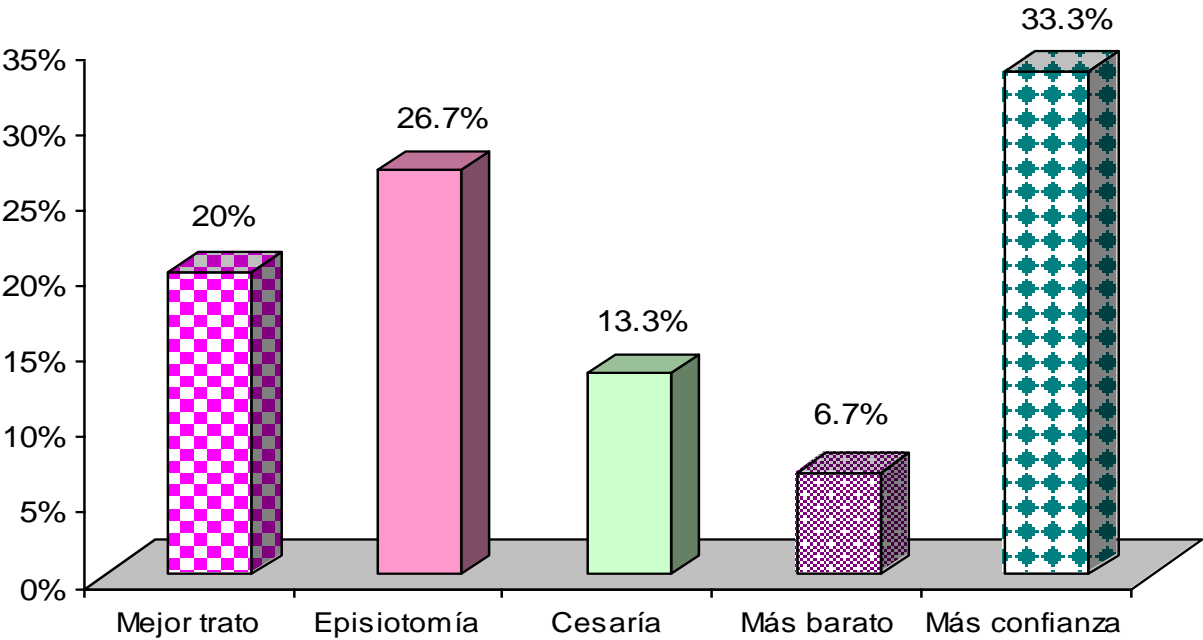
Interpretación:

Con los datos obtenidos de las parteras entrevistadas porqué las embarazadas prefieren sus servicios?, estas manifestaron: mejor trato, por confianza, por temor a la episiotomía, por la cesaría, por más barato y más accesible. Lo cual influye en

la decisión de las usuarias en no buscar los servicios de un centro hospitalario y optar por utilizar las etnoprácticas.

GRÁFICO N° 20

PORQUE PREFIEREN SUS SERVICIOS



Fuente: Cuadro N° 20

5.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Hi: Factores culturales, socioeconómicos, geográficos y atención recibida en los servicios de salud son determinantes en el uso de las etnoprácticas en el embarazo, parto y puerperio en la población en estudio.

FACTORES	HOSPITAL	CASA	AMBOS	TOTAL
Rural	35	30	14	79
Católica	32	19	8	59
Evangélica	22	13	4	39
Ninguna	6	4	0	10
1° - 6°	26	15	9	50
Ninguno	9	15	4	28
% 50 - \$100	41	25	12	78
n	7	7	7	N = 21
ΣX	171	121	51	Y.. = 343
X	24.42	17.28	7.28	

Fórmulas:

$$S_{ctr} = CM_{tr} * gl_{tr} \quad \sigma^2 = 519.05$$

$$SCT = \sigma^2 * gl_{total} \quad r = 7$$

$$CMtr = \frac{\sigma^2 \sum xi}{r}$$

$$gltra = t - 1 = 3 - 1 = 2$$

$$glEE = (n - 1) - (t - 1) = 20 - 2 = 18$$

$$SCEE = SCT - Sctr$$

$$MCEE = SCEE \div g'EE$$

Donde:

Sctr = Suma de cuadrado de los tratamiento

SCT = Suma de cuadrado TOTAL

CM = Cuadrado medio

SCEE = Suma de cuadrado del error experimental

gl = Grado de libertad

σ^2 = Varianza de todas las observaciones

$\sigma^2 \sum xi$ = Varianza de la sumatoria de los tratamientos

Tratamiento = Hospital, casa, ambos.

a = 3 a: N° de tratamiento

n = 7 n: Sumatoria de observaciones

N = 21 n: Total de observaciones.

$$1. \quad Sctr = SCMtr \times gltr$$

$$= 519.05 * 2 = 1038.1$$

$$\begin{aligned} \text{SCT} &= \sigma^2 * \text{gl total} \\ &= 132.13 * 20 = 2642.67 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{CMtr} &= \frac{\sigma^2 \sum xi}{r} \\ &= \frac{3633.33}{7} = 519.05 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{SCEE} &= \text{SCT} - \text{Sctr} \\ &= 2642.67 - 1038.1 \\ &= 1604.37 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{CMEE} &= \text{ScEE} \div \text{glEE} \\ &= 1604.57 \Sigma \div 18 = 89.14 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Fc} &= \frac{\text{CMtr}}{\text{CMEE}} = 5.82 \\ &= \frac{519.05}{89.14} = 5.82 \end{aligned}$$

F_{tabla} 0.05, 2, 18 = 3.55

Entonces se tiene:

$$F_c > F_{\text{tabla}}$$

Análisis de la varianza, para conocer si non determinante en el uso de etnoprácticas.

Fv	gl	SC	CM	FC	Fta 0.05
Tratamiento	t = 1 3 - 1 = 2	1038.1	519.05	5.82	3.55
Error E	20 - 2 = 18	1604.57	89.14		
Total	n = 1 21 - 1 = 20	2642.67			

Análisis

En el análisis de varianza se puede observar que existen diferencias estadísticas entre las mujeres que prefieren tener a sus hijos en hospital, como aquellas que los tiene en la casa, haciendo uso de etnoprácticas así como las que prefieren ambos lugares, para determinar si los factores son determinantes o no, se realizó la prueba de Duncan la cual se detalla a continuación:

Duncan:

$$ETD = t \frac{\sqrt{2CMEE}}{R} \quad Z = 0.05, 2, 18 = 2.101$$

$$\frac{178.28}{7} = 25.047$$

$$5.047 \times 2.101 = 10.60$$

R	=	2	3
0.05	=	1.00	1.05

$$DMS = R * ETD$$

- 2. 1 x 10.60 = 10.60
- 3. 1.05 x 10.60 = 11.13

	H 24.42	C 17.28	A 7.28
24.42	-	7.14	17.14
17.28	-	-	10.0
7.28	-	-	-

Ho. Que todas las medias son iguales no hay ninguna variabilidad.

Hi. Que algunos datos son diferentes

Interpretación:

Por todo lo anterior se aceptó la hipótesis de investigación, para lo cual se utilizó la prueba de hipótesis “ Cuadrado Medio” obteniéndose una “ F_c ” de 5.82 que fue superior al “ F_{tabla} ” en sus rango de 3.55 al 0.05%. Con un 95% de probabilidad, que tiene significación estadística, por lo tanto se puede concluir que los factores culturales, socioeconómicos, geográficos sí influyen en la determinación del uso de etnoprácticas, de igual manera el factor sobre la atención brindada de los servicios de salud, también influye tal como se puede observar en el cuadro # 18 sobre la atención brindada por el servicios de salud, en donde se señala el aspecto sobre la calidez y si es oportuno o no, con porcentaje de 46.6 y 49% respectivamente. Por que se rechaza la hipótesis nula.

5.3 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Hipótesis General

Hi: Los factores culturales, socioeconómicos, geográficos y atención recibida en los servicios de salud son determinantes en el uso de las etnoprácticas en el embarazo, parto y puerperio en la población en estudio.

La hipótesis planteada se comprueba debido a que los factores culturales, como la religión, la aceptación de las parteras, la tradición son partes de las respuestas encontradas en las pacientes, además la mayoría de estas son de bajos recursos económicos, hay un porcentaje significativo (En un 50%), que no tiene acceso a los servicios básicos, un nivel de escolaridad bajo, la mayoría de mujeres se dedican a los oficios domésticos y son desempleadas y tiene más de 3 hijos, por lo que esto influye a que estas mujeres hagan uso de las etnoprácticas. Por lo que se acepta la hipótesis general y se rechaza la hipótesis nula.

En cuanto al factor atención brindada de los establecimientos de salud a los pacientes se puede determinar con base a los resultados obtenidos que no es muy influyente ya que todas las respuestas ya sean en controles prenatales, en la unidad de salud o parto previos atendidos en hospitales, fueron bien evaluados; el grupo investigador no rechaza, ni acepta este factor, pues los pacientes encuestados pudieron haber limitado sus respuestas

debido a que fueron aplicadas por un médico inhibiendo así las opiniones de las embarazadas.

H2: La hemorragia, ruptura prematura de membrana, presentaciones anormales, óbito fetal, retención de placenta e infección puerperal, son complicaciones por el uso de etnoprácticas, durante el embarazo, parto y puerperio.

En relación a los resultados obtenidos en la investigación se puede decir que es aceptada y se rechaza la hipótesis nula, debido a que la mayoría de pacientes encuestadas manifestaron que las complicaciones que presentaban con más frecuencia eran hemorragia uterina en el embarazo un 7.5%, hemorragia postparto en un 50%, retención de restos placentarios en un 17.5% e infecciones puerperales en un 72.5%, amenaza de parto prematuro un 22%, óbito fetal un 50%.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación sobre factores que influyen en el uso de las etnoprácticas en el embarazo, parto y puerperio y sus complicaciones en las usuarias de 15-45 años, en el Hospital Nacional San Francisco Gotera y Unidades de Salud Lolotiquillo, Morazán y El Carmen La Unión período de junio a septiembre de 2007, el grupo investigador presenta las siguientes conclusiones.

1. Se puede comprobar que los factores culturales, como las costumbres y tradiciones entre las cuales se encontraron: comer tortilla tostada con queso en un 31.6%, beber chocolate en un 23.5%, sobos en un 47.5%, cubrirse la cabeza, oídos y pies en un 40%. Las cuales se transmiten de generación en generación e influyen en el uso de las etnoprácticas que
2. En cuanto a la relación de los factores económicos con la decisión de usar etnoprácticas, se observa que este es limitante en la búsqueda de los servicios de salud debido al bajo ingreso económico de \$50 a \$ 100 dólares con que cuentan la mayoría de la población en estudio, lo que dificulta la accesibilidad a dichos servicios médicos.

3. El bajo nivel de escolaridad la población en estudio se encuentra en un 46.3% de primero a sexto grado, lo que inflece en que las usuarias utilicen etnoprácticas, debido a la poca información y al desconocimiento de las complicaciones que estas pueden causar al binomio madre-hijo
4. Se comprobó que la mayoría de mujeres encuestadas pertenecen al área rural en un 73.1%, por lo tanto se considera que la accesibilidad geográfica a los centros hospitalarios es un factor determinante en la decisión de utilizar las etnoprácticas ya que la distancia, el transporte y los caminos rurales hacen difícil el acercamiento a los centros de salud.
5. La población encuestada manifestó que la atención que han recibido por los servicios de salud en sus partos anteriores con respecto al trato humano se encuentran que un 50% de la población refiere que no hay calidez en la atención en igual porcentaje expresa que la atención no es oportuna, por que algunas veces no se les resuelve el problema por el que consultaron.
6. Las complicaciones que más frecuentemente presentaron las mujeres en estudio fueron: En el embarazo predomina el sangramiento vaginal un 7.5%, en el parto fue la hemorragia de un 50% y prolongación del segundo período del parto en un 30%, infecciones puerperales en un 72.5% .

7. Las parteras no están siendo capacitadas constantemente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por lo cual no realizan una adecuada atención a las usuarias que solicitan sus servicios.

6.2 RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL:

- Que implemente la continuidad y actualización de capacitaciones a parteras, relacionadas con la prevención de complicaciones de embarazadas, parturientas y puérperas, con el fin de minimizar riesgos por el uso de etnoprácticas.

- Desarrollar actividades educativas donde participen la comunidad, la familia y embarazada para que al momento del parto, pueda atender a la mujer adecuadamente evitando así el uso de etnoprácticas que puedan causar complicaciones al binomio madre – hijo.

- Que desarrollen programas de acercamiento a las comunidades para que las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas, puedan tener acceso a los servicios de salud en el momento que lo necesiten.

AL PERSONAL DE SALUD DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS:

- Elaborar actividades educativas brindadas a las embarazadas acerca de la importancia del control prenatal y la atención del parto contribuyendo de esa forma a disminuir el uso de las etnoprácticas.

- Informar a la mujer embarazada, su familia y a la comunidad sobre los servicios de atención, materno perinatal que prestan las instituciones de salud más cercanas y

donde acudir en caso de presentarse una urgencia obstétrica.

- Que se dé a conocer a las parteras las complicaciones a que se expone el binomio madre – hijo por el uso de las etnoprácticas.

- Mejorar la atención de los servicios de salud en cuanto al trato humano que se les brinda a las embarazadas, parturienta y puérperas a si como también tratar de resolver el problema de salud por el que consultan en el momento oportuno.

- A la Universidad de El Salvador, que la Facultad de Medicina implemente programas de desarrollo educativo sobre las normas de enseñanza del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a las personas relacionadas con el sector salud.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

- ANDER – EGG, Ezequiel Diccionario de Trabajo Social. 10ª Edición. México DF. Editorial “El Ateneo. 1984. 350 Págs.
- MC GRAW HILL Interamericana. Diccionario Médico Dorland. 25ª Edición. México DF. Servicios Editoriales S. A de C. V. 1998. 771 Págs.
- GALLY, Esther. Manual Práctico para parteras embarazo, parto cuidado del recién nacido y planificación familiar. México, Editorial Pax México. 1987. 600 Págs.
- HERNANDEZ Sampieri; FERNANDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar. 3ª Edición. México Distrito Federal. Mc Graw Hill Interamericana 2003. 705 Págs.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías Clínicas de Atención de las Principales Morbilidades Obstétrica en el Tercer Nivel de Atención. San Salvador, El Salvador, C. A. 2003. 253 Págs.

- ROJAS, Raúl. Guía para realizar Investigaciones Sociales. 7ª Edición. México DF. Plaza y Valdés Editores 1991. 286 págs.
- CONNINGHAN, McDonald, Gant, Norman, Williams Obstetricia. 20ª Edición, Buenos Aires, Argentina, Editorial panamericana 1998, 1352 Págs.
- BEREK, Jonathan. Ginecología de Novak. 12ª Edición, México, Editorial Mc Graw Hill Interamericana Editores S. A de C. 1999. 1357 Págs. Traducido al Español por Dr. Santiago Sapiña Renord.
- CARDELLACH, Francesa y otros, El Manual Merk. 9ª Edición, Barcelona, España. Océano grupo Editorial, 1994. 3122 Págs.
- Mosby. Diccionario de Medicina. Océano 6ª Edición. Barcelona, España, 1996. 1437 Págs.

DOCUMENTOS

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías clínicas de acción de las principales morbilidades obstétricas en el segundo nivel de atención.

- Hospital Nacional de Maternidad “Normas de atención obstetricia y ginecológica.” Documento 2002. 435 Págs.

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social República de El Salvador. Lineamientos para el Registro de Parteras y llenado de plantares del recién nacido.

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social República de El Salvador. Manual de educación continua dirigida a facilitadoras (es) de parteras.

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías para la Vigilancia de la Mortalidad Materna.

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Directiva Técnica Nacional para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección de Planificación en Salud Unidad de Información en Salud. Boletín sobre Indicadores de Salud. Volumen No. 4. Año 2002.

FUENTES ORALES

- GUEVARA, Bernardina. Entrevista. Partera Capacitada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Salud anexa al Hospital Nacional San Francisco Gotera. Miércoles 3 de mayo del 2007.

- PAZ, Arcadia. Entrevista. Partera Empírica. Unidad de Salud anexa al Hospital de Gotera. Sábado 6 de mayo del 2007.

- FUENTES, Marcos. Entrevista. Partera Capacitada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Salud Lolotiquillo en Morazán. Jueves 10 de mayo 2007.

- REYES, Felicita. Entrevista. Partera Capacitada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Salud El Carmen, La Unión. Martes 15 de mayo 2007.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS

- La mortalidad materna debido a complicaciones en el embarazo parto y puerperio en países de América Latina y el Caribe. Documento.
www.sfmer.ch/colombia-PILA/Historia

- Mortalidad Materna y causas en América Latina y El Caribe. Documento.
www.salvador.educ.art.tranx/0102/caf.html-44x

- Modelo de atención en salud en los pueblos Nahuat Pipil de Izalco. Documento
http://www.bvs.edu.sv/ambiente/te/saludindigena.

- Libros de control prenatal del SIBASIS Morazán. Documento
http://www.gobernacion,gob.sv/morazan

- La enciclopedia libre. Documento
http://www.es-wikipedia.org/wiki/launion

- Informe sobre desarrollo humano de los pueblos indígenas de México 2006.
Documento
www.cdi.qob.mx/idh/informe_desarrollo_humanopueblos_indgenas_méxico2006.

- Congreso Nacional ser y nacer la génesis del humano. Documento.
www.educ.sl/serynacer.apc=8-22.

- Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos indígenas. México. Documento
www.cdi.qob.mx/idh/informe_desarrollo_humanopueblos_indgenas_méxico2006.

- Revista Peruana de Medicina experimental y salud pública. Documento
www.jmay.sap.@yahoo.com
Fecha consultada. 24/03/2007

- Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas. Documento.
www.sisbis.unmsm.edu.pe/bvrevista/medicinaexperimental/volumen23
Fecha consultada. 24/03/2007.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDICIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL PROCESO DE GRADUACIÓN DE DOCTORADO EN MEDICINA AÑO 2007.

MESES SEMANAS	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOST.				SEPT.				OCT.				NOVIEM.				DIC		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
1. INSCRIPCIÓN DEL PROCESO				X	X																																						
2. ELABORACIÓN DEL PERFIL DE INVESTIGACIÓN				X	X	X	X	X																																			
3. ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																							
4. ENTREGA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN																	X	X																									
5. EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN																	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X											
6. TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRET. DE DATOS																													X	X													
7. ELABORACIÓN DE INFORME FINAL																																	X	X									
8. PRESENTACIÓN DEL INFORME FINAL																																	X	X									
9. EXPOSICIÓN ORAL DE LOS RESULTADOS																																					X	X	X	X			

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR GUANTE LA EJECUCIÓN
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS A REALIZAR DURANTE LA EJECUCION
ESTUDIANTE. GLORIA ISABEL ALFARO CONTRERAS

Mes de Agosto	Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ACTIVIDAD																																
Aplicación de la cédula de entrevista a embarazada																																
Tabulación de datos																																
ANÁLISIS DE DATOS																																

Mes de Septiembre	Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ACTIVIDAD																																
Aplicación de entrevista a pacientes embarazadas																																
Tabulación de datos																																
ANÁLISIS DE DATOS																																

Mes de Octubre	Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ACTIVIDAD																																
Tabulación de datos																																
ANÁLISIS DE DATOS																																

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR GUANTE LA EJECUCIÓN
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS A REALIZAR DURANTE LA EJECUCION
ESTUDIANTE. MATÍAS MARTIR FLORES VÁSQUEZ

Mes de Agosto	Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ACTIVIDAD																																	
Aplicación de la cédula de entrevista a embarazada																																	
Tabulación de datos																																	
ANÁLISIS DE DATOS																																	

Mes de Septiembre	Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ACTIVIDAD																																	
Aplicación de entrevista a pacientes embarazadas																																	
Tabulación de datos																																	
ANÁLISIS DE DATOS																																	

Mes de Octubre	Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ACTIVIDAD																																	
Tabulación de datos																																	
ANÁLISIS DE DATOS																																	

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR GUANTE LA EJECUCIÓN
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS A REALIZAR DURANTE LA EJECUCION
ESTUDIANTE. EIDI YAKELIN DELGADO AGUILERA

Mes de Agosto	Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ACTIVIDAD																																	
Aplicación de la cédula de entrevista a embarazada																																	
Tabulación de datos																																	
ANÁLISIS DE DATOS																																	

Mes de Septiembre	Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ACTIVIDAD																																	
Aplicación de entrevista a pacientes embarazadas																																	
Tabulación de datos																																	
ANÁLISIS DE DATOS																																	

Mes de Octubre	Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ACTIVIDAD																																	
Tabulación de datos																																	
ANÁLISIS DE DATOS																																	

ANEXO N° 3

ÍNDICE DE COBERTURA DE PARTOS ATENDIDOS POR PARTERAS

CAPACITADAS

Partos Institucionales ▲	1997 Valor / %	1998 Valor / %	1999 Valor / %
Partos Atendidos	74,579	77,303	77,370
Porcentaje de Partos Institucionales	67	70	73
Total de Partos Atendidos por Médico	70,559	73,916	72,083
Porcentaje de Partos Atendidos por Médico	95	96	93
Partos por Salas de Expulsión	1,434	1,487	1,488
Cesáreas Realizadas	16,700	17,954	18,732
Porcentaje de Cesáreas Realizadas	22	23	24
Partos en Adolescentes (10 - 19 años)	N/D	N/D	26,240
Porcentaje de Partos en Adolescentes (10 - 19 años)	N/D	N/D	34
Total de Nacidos	75,145	77,842	77,666
Nacidos Vivos	69,518	72,085	76,603
Nacidos Vivos y Muertos con bajo peso al nacer	5,112	5,238	5,441

Partera Capacitada ▲	1997 Valor / %	1998 Valor / %	1999 Valor / %
Partos Atendidos	35,995	33,422	28,504
Nacidos Vivos y Muertos	N/D	N/D	29,627
Nacidos Vivos de Partos Atendidos por PC	N/D	N/D	29,355
Porcentaje de Nacidos Vivos	N/D	N/D	99

Partos Institucionales 2000 ▲	Número	%
Partos Atendidos	81,635	
Porcentaje Partos Institucionales		74
Proporción de cobertura partos hospitalarios esperados	47	
Total Partos Atendidos por Médico	78,567	96
Partos por Salas de Expulsión	1,570	
Cesáreas Realizadas	19,838	24
Partos en Adolescentes (10 - 19 años)	23,317	28.6
Nacidos Vivos	81,012	98.6
Nacidos Vivos con bajo peso al nacer	5,992	7.3

Partera Capacitada 2000 ▲	Número	%
Partos Atendidos	28,019	
Nacidos Vivos y Muertos	28,880	
Nacidos Vivos de Partos Atendidos por PC	28,649	
Porcentaje de Nacidos Vivos		99
Porcentaje de Partos por Partera		34.3
Proporción de cobertura partos por partera esperados	16	

Partos Institucionales 2001 ▲	Número	%
Partos Atendidos	75,188	
Porcentaje partos atendidos por el MSPAS		76
Total de Partos Atendidos por Médico	73,422	98
Partos por Salas de Expulsión	632	
Cesáreas Realizadas	18,506	24.6
Partos en Adolescentes (10 - 19 años)	22,090	29.4
Total de Nacidos	75,677	
Nacidos Vivos	74,710	99.4
Nacidos Vivos con bajo peso al nacer	5,601	7.4

Partera Capacitada 2001 ▲	Número	%
Partos Atendidos	24,006	
Nacidos Vivos y Muertos	25,170	
Nacidos Vivos de Partos Atendidos por PC	24,939	
Porcentaje de Nacidos Vivos		99.08
Cobertura de Partos por Partera	13.7	

Partos Institucionales 2002 ▲	Número	%
Partos Atendidos	74,837	
Porcentaje de partos institucionales		79.0
Total de Partos Atendidos por Médico	72,974	98
Partos por Salas de Expulsión	589	
Cesáreas Realizadas	18,061	24
Partos en Adolescentes (10 - 19 años)	21,703	29
Total de Nacidos	75,399	
Nacidos Vivos	74,553	98.9
Nacidos Vivos y Muertos con bajo peso al nacer	5,888	7.9

Partera Capacitada 2002 ▲	Número	%
Partos Atendidos	20,486	
Nacidos Vivos y Muertos	20,983	
Nacidos Vivos de Partos Atendidos por PC	20,817	
Porcentaje de Nacidos Vivos		99
Cobertura partos por partera	11.7	

Partos Institucionales 2003 ▲	Número	%
Partos Atendidos	73,797	
Porcentaje de partos institucionales		81.0
Total de Partos Atendidos por Médico	72,462	98.2
Partos por Salas de Expulsión	559	
Cesáreas Realizadas	19,585	26.5
Partos en Adolescentes (10 - 19 años)	21,520	29.2
Total de Nacidos	74,295	
Nacidos Vivos	73,372	98.8
Nacidos Vivos y Muertos con bajo peso al nacer	6,065	8.2

Partera Capacitada 2003 ▲	Número	%
Partos Atendidos	16,760	
Nacidos Vivos y Muertos	17,019	
Nacidos Vivos de Partos Atendidos por PC	16,940	
Porcentaje de Nacidos Vivos		99.54
Cobertura partos por partera	10.1	

Partos Institucionales 2004 ▲	Número	%
Partos Atendidos (no incluye atendidos por partera)	73,573	
Cobertura Partos (establecimientos + partera)		53.4
Porcentaje de partos institucionales		83.7
Total de Partos Atendidos por Médico	72,536	98.6
Partos por Salas de Expulsión	557	
Cesáreas Realizadas	19,329	26.3
Partos en Adolescentes (10 - 19 años)	22,278	30.3
Total de Nacidos	73,937	
Nacidos Vivos	73,258	99.1
Nacidos Vivos y Muertos con bajo peso al nacer	6,015	8.2

Partera Capacitada 2004 ▲	Número	%
Partos Atendidos	14,336	
Nacidos Vivos y Muertos	14,303	
Nacidos Vivos de Partos Atendidos	14,241	
Porcentaje de Nacidos Vivos		99.57
Porcentaje partos por partera		16.3

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DOCTORADO EN MEDICINA**



CEDULA DE ENTREVISTA

Dirigida a embarazadas inscritas en el programa de control prenatal y puérperas en el Hospital Nacional San Francisco Gotera, y Unidades de Salud de Lolotiquillo en Morazán y El Carmen La Unión, en el período comprendido de Junio a Septiembre del 2007.

Objetivo General.

Obtener información de los factores que influyen en el uso de las etnoprácticas en el embarazo, parto y puerperio y sus complicaciones en las usuarias de 15 – 45 años, en el Hospital Nacional San Francisco Gotera y Unidad de Salud de Lolotiquillo Morazán y El Carmen, La Unión.

Fecha: _____

Encuestador: _____

Unidad de Salud: _____

Nº de encuesta: _____

Nombre: _____

1. Edad: _____

2. Procedencia: Urbana: Rural:

3. Grupo Religioso: Católica Evangélica
Ninguno

4. Qué nivel de escolaridad tiene: 1° – 6° 7° – 9°
Bachillerato Superior no Universitario
Universidad Ninguno

5. Estado Civil: Casada Soltera Acompañada
Divorciada Viuda

6. Ocupación: Oficios Domésticos Empleada
Profesional Comerciante
Otros especifique: _____

7. ¿Ingreso familiar con el que cuenta?
\$ 50 - 100 \$ 101 - 150
\$ 151 - 200 \$ 201 – 300 Más de \$ 300

8. ¿Tenencia de la vivienda?
Propia Alquilada Prestada Rentada

9. ¿Cuáles son los servicios básicos con que cuenta?

Luz Eléctrica

Tren de aseo

Agua potable

Teléfono

Otros Especifique _____

10. ¿Qué tipo de transporte hay en su comunidad?

Bus

Bestia

Vehículo

Caminando

Carreta

Otros especifique: _____

11. Vía de acceso

Calle pavimentada

Caminos rurales

Adoquinada

Otros especifique _____

12. ¿Que distancia recorre para llegar a la unidad de salud?

Menos 1km

1-3km

Más de 3km

13. ¿Cuánto tiempo tarda en llegar a la unidad de Salud?

Menos de 1 hora

1 a 3 horas

Más de 3 horas

14. ¿Con qué frecuencia visita la unidad de salud?

1 vez al mes

1-3 veces al mes

Más de 3 veces

15. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

1 – 3

3 – 6

Más de 6

16. ¿Ha llevado control prenatal en todos sus embarazos anteriores?

Si No

¿Por que? _____

17. ¿En quien confía más para que le atiendan sus partos?

Médico Partera

Otros especifique: _____

18. ¿Dónde han sido atendidos sus partos anteriores?

Hospital Casa

19. ¿En caso de ser atendido en Hospital o Unidad de Salud, como ha sido la atención brindada con respecto a los siguientes principios y valores?

- Continuidad: En el hospital o en la unidad de salud se le indican los controles de seguimiento para su problema de salud.

Si No

Le dan la solución a su problema de salud.

Si No

- Calidad: Cuando consulta el hospital o la unidad de salud le informan sobre el problema de salud que usted adolece.

Si No

Cree usted que le resolvieron su problema de salud con el tratamiento adecuado.

Si No

- Calidez: Cuando usted solicita los servicios de salud del hospital o de la unidad de salud, se le trata con amabilidad y respeto.

Si No

- Culturalmente aceptable: Cuando usted solicita los servicios de salud, se le respetan sus creencias y costumbres.

Si No

- Oportuno: Cuando usted solicita los servicios de salud, se le resuelven su problema de salud en el momento que consulta.

Si No

- Eficacia: Cuando usted recibe un tratamiento médico en el hospital o la unidad de salud, cree usted que es la cantidad necesaria para resolver su problema.

Si No

20. ¿Hay partera en su comunidad?

Si No

21. ¿Cuántas veces ha visitado parteras en este embarazo?

1 vez 1 -3 veces Más de 3 veces

22. ¿Cuántos partos le ha atendido la partera?

1 1 – 3 Más de 3

23. ¿Cuál es el proceso que sigue la partera durante el embarazo?

La soba Le da tomas de hierbas

Le indica dieta Reposo

Otros especifique _____

24. ¿Ha presentado alguna complicación durante el embarazo, parto y puerperio cuando la partera la esta atendiendo?

Embarazo _____

Parto _____

Puerperio _____

25. ¿Durante el parto la partera utiliza medidas higiénicas adecuadas y materiales estériles?

Si No

26. ¿Durante el embarazo y puerperio le indica alguna dieta especial?

Si No

Cuál especifique: _____

27. Qué medidas preventivas le recomienda la partera durante el:

Embarazo _____

Parto _____

Puerperio _____

28. ¿Alguna vez se ha automedicado durante el embarazo?

Si

No

Observaciones

ANEXO N° 5

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA.
CARRERA DOCTORADO EN MEDICINA.**



ENTREVISTA.

Dirigida a parteras en lugares de estudio.

Objetivo General.

Obtener información sobre los conocimientos que tienen las parteras en el uso de las etnoprácticas en el embarazo, parto y puerperio y sus complicaciones en mujeres de 15-45 años.

Fecha: _____

Lugar: _____

1. Nombre _____
2. Domicilio _____
3. Religión _____
4. Nivel de escolaridad _____
5. Tiempo de ejercer _____
6. Ha recibido capacitación Si _____ No _____
7. Hace cuanto tiempo _____ Donde _____
8. Cómo aprendió a atender un parto.

9. Cuánto es el costo por sus servicios:
 1. Atención en el embarazo _____
 2. Atención en el parto _____
 3. Atención durante el puerperio _____
10. Qué edades más frecuentemente atiende.
10 – 15 _____ 16 – 20 _____ 21 – 30 _____ Más de 30 _____
11. A quienes atiende más frecuentemente
Primíparas _____ Multíparas _____
12. Como detecta usted las complicaciones durante:
 1. Embarazo: _____
 2. Parto: _____
 3. Puerperio: _____

13. En qué fase se dan con más frecuencia las complicaciones:
1. Embarazo:
 2. Parto:
 3. Puerperio:
14. En caso de detectar una complicación, ¿Qué hace?
1. La trata usted
 2. La refiere a un Centro de Salud
15. En caso de tratar usted a la paciente utiliza medicamento:
- Si _____ No _____
- Cuáles: _____
16. En la atención del parto cuál es el proceso de medidas higiénicas que sigue:
17. Que instrumentos utiliza usted a la hora del parto
18. ¿Cómo los esteriliza?
19. ¿Qué alimentos recomienda?
1. Embarazo _____
 2. Parto _____
 3. Puerperio _____

20. ¿Cuántos partos atiende en:

1 Mes _____

1 Año _____

21. ¿Qué recomendaciones les da a los pacientes durante:

1. Embarazo _____

2. Parto _____

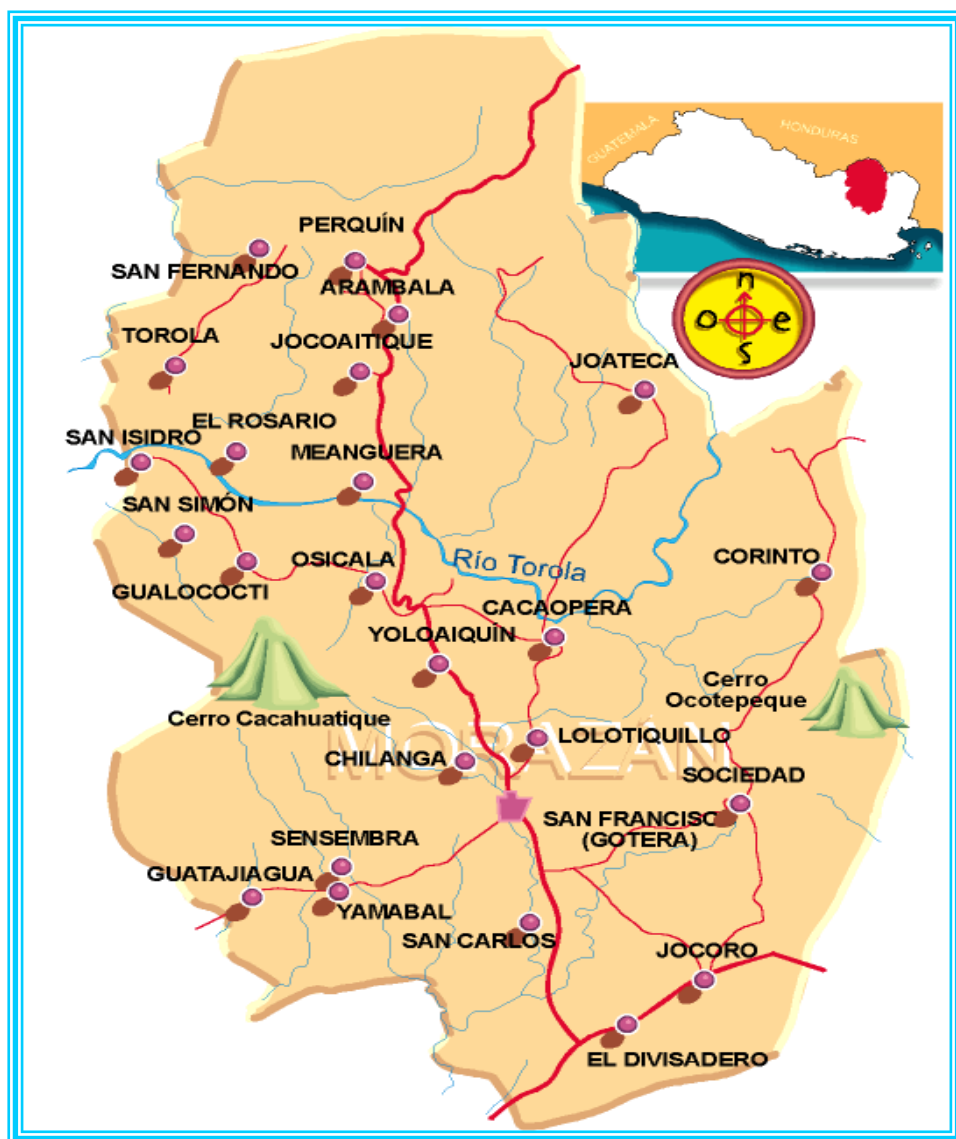
3. Puerperio _____

22. ¿Por qué cree usted que las pacientes prefieren sus servicios y no la de un Hospital?

Observaciones:

ANEXO N° 6

UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL DEPARTAMENTO DE MORAZÁN



ANEXO N° 7

UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL DEPARTAMENTO DE LA UNIÓN

