

ESCALA DE ADECUACIÓN CULTURAL PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO, PATACAMAYA, LA PAZ- BOLIVIA

*SCALE OF FITNESS
CULTURAL FOR THE CARE OF THE BIRTH, PATACAMAYA, LA PAZ - BOLIVIA*

Dr. Alejo Pocoma Jimmy*, Dra. Canelas Avendaño Gladis**

* Msc. en Salud Pública Mención Epidemiología, Docente Investigador Titular Instituto de Investigaciones en Salud y Desarrollo -IINSAD

**Médico Cirujano UTO

Lugar donde se realizó la investigación: Patacamaya, La Paz, Bolivia.

Autor para correspondencia: Jimmy Alejo Pocoma jimmyalejo77@gmail.com

RECIBIDO: 03/03/2017
ACEPTADO: 19/05/2017

RESUMEN

OBJETIVO

Desarrollar y validar una escala de adecuación cultural para la atención del parto en establecimientos de salud, población de Patacamaya, Departamento de La Paz, 2015

METODO

Es un estudio cualitativo y cuantitativo, de validación de un instrumento documental. La primera etapa cualitativa corresponde a la validez de contenido, que abarcó la Fase I y parte de la Fase II del proyecto, donde se estableció la composición del instrumento determinando el número de ítems. La segunda etapa (Fase III y IV) fue enteramente cuantitativa consistente en determinar la validez de constructo, fiabilidad, estabilidad, criterio y rendimiento del instrumento.

RESULTADOS

Se desarrolló y validó un instrumento que mide la adecuación cultural del parto para establecimientos de salud. Consta de 20 ítems y 4 dominios o dimensiones, tiene 5 ítems asignados para cada dominio considerando todo el proceso del parto de acuerdo a las costumbres locales de Patacamaya, su valor final es la existencia o no de adecuación cultural en la atención del parto. La fiabilidad del instrumento ítem - total fue de 93% (alfa de Cronbach = 0,933), la fiabilidad dominio total fue 91% (alfa de Cronbach = 0,913), la fiabilidad dominio total rotada fue también aceptable (alfa de Cronbach = 0,904), estabilidad aceptable (índice de Kappa de Cohen 0,50 p valor = 0,008), concordancia entre operadores; con una sensibilidad de 71,4% y una especificidad de 78,6%.

CONCLUSIONES

El instrumento tiene una fiabilidad alta con una cifra cercana a la unidad con una estabilidad aceptable.

PALABRAS CLAVES

Adecuación cultural, Parto, Escala

ABSTRACT

OBJECTIVE

Develop and validate a scale of cultural adequacy for delivery care in health facilities, population of Patacamaya, Department of La Paz, 2015

METHOD

It is a qualitative and quantitative study, validation of a documentary instrument. The first qualitative stage corresponds to the validity of content, which included Phase I and part of Phase II of the project, where the composition of the instrument was established determining the number of items. The second stage (Phase III and IV) was entirely quantitative consisting of determining the construct validity, reliability, stability, criterion and performance of the instrument.

RESULTS

It was developed and validated an instrument that measures the cultural adequacy of childbirth for health facilities. It consists of 20 items and 4 domains or dimensions, has 5 items assigned to each domain considering the entire process of childbirth according to the local customs of Patacamaya, its final value is the existence or not of cultural adequacy in childbirth care. The reliability of the instrument - Total item was 93% (Cronbach's alpha = 0.933), the total domain reliability was 91% (Cronbach's alpha = 0.913), the total domain reliability rotated was also acceptable (Cronbach's alpha = 0.904), Acceptable stability (Cohen Kappa index 0.50 p value = 0.008), agreement between operators; With a sensitivity of 71.4% and a specificity of 78.6%.

CONCLUSIONS

The instrument has a high reliability with a figure close to the unit with an acceptable stability.

KEYWORDS

Cultural Adaptation, Childbirth, Scale

COMO CITAR EL ARTÍCULO

Alejo Pocoma J. Abendaño G. Escala de adecuación cultural para la atención del parto, Patacamaya La Paz- Bolivia, 2015. RevCuad.2015:56(2) 29-38

INTRODUCCIÓN

La salud de la mujer en Bolivia es preocupación permanente de las autoridades nacionales, departamentales y locales, situación que ha permitido generar políticas en la búsqueda de mejorar los niveles de salud y por ende de vida de las mujeres, niñas/os y sus familias. La muerte materna todavía representa un problema de salud pública silenciosa en Bolivia, las acciones y estrategias destinadas a reducirla mortalidad materna en el mencionado contexto son tareas a ser fortalecidas en la agenda de la salud pública en el país.

Al igual que en la gran mayoría de los países latinoamericanos, la realidad social de Bolivia es

multiétnica y pluricultural, hecho que se demuestra por la existencia de 35 grupos indígenas y originarios -la gran mayoría quechuas, aymaras y guaraní-, y por las varias culturas que coexisten en su territorio. En 2006, con la subida al poder del primer presidente indígena de la historia de Latinoamérica, Bolivia emprendió un proceso de profunda transformación de las instituciones del Estado y de descolonización de su historia, cultura y sociedad.¹ La nueva Constitución Política del Estado, reconoce los derechos de los pueblos indígenas de autodeterminación cultural, lingüística, política, territorial y religiosa, constituyéndose en uno de los documentos más avanzados en América Latina y probablemente en el mundo en cuanto al reconocimiento de un Estado y de una sociedad plural.²⁻³

Este reconocimiento político que otorga la Constitución a los pueblos originarios debería traducirse en leyes y políticas públicas sectoriales que aborden el reto de la multiculturalidad y de

la construcción de una ciudadanía plural.⁴⁻⁶ Es evidente que las poblaciones rurales e indígenas de Bolivia enfrentan aún obstáculos para obtener el pleno desarrollo de sus derechos y libertades. En el marco de un proceso de superación de la pobreza; la discriminación, la exclusión y la desigualdad son expresiones de la creciente complejidad de la coexistencia social en países como el nuestro donde la diversidad cultural es tratada como un obstáculo para la cohesión social y no como una riqueza.⁷

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) busca la forma de encontrar complementariedad de la medicina convencional con la tradicional sin haber tomado en cuenta la necesaria articulación con la medicina tradicional, en este sentido algunas normas de atención no consideran los aspectos culturales.⁸⁻⁹ Para este fin es necesario conocer los conceptos de los que parten los servidores públicos en el sector salud para sus actuaciones locales en el nivel de establecimiento de salud.¹⁰

Este proceso no será posible si no mostramos evidencia científica de la percepción de los usuarios de los servicios de salud y de igual manera del personal de salud respecto a sus competencias sobre interculturalidad.¹¹ Está claro que existen avances importantes en el tema de interculturalidad pero aun no conocemos el impacto de estos esfuerzos, o no se evidencian, o no es posible medirlos por lo que se plantea la construcción y validación de una escala de adecuación intercultural para la atención del parto en el establecimiento de salud. En este caso particular en Patacamaya en el Departamento de La Paz, región geográfica donde se tiene algunos avances en la complementariedad o articulación entre el sistema médico convencional y la medicina tradicional.

METODOLOGÍA

Es un estudio cualitativo y cuantitativo, de validación de instrumento documental, se orienta al desarrollo, validación y la evaluación de un instrumento, siendo el objetivo desarrollar un instrumento confiable, eficaz y funcional que se puedan utilizar en otras investigaciones y otros contextos. Recolectando los datos de parteras y mujeres atendidas por ellas.

La fase cualitativa de este estudio no requirió un

cálculo de muestra pero si se tomó un número de población para la prueba piloto (n=15) en cada una de las fases de la validación del instrumento, vale decir validez interna y externa. Respecto al muestreo en la fase de validación de contenido, se utilizó una técnica de muestreo no probabilística, en bola de nieve, para la búsqueda de expertos. Se consideró para el tamaño de la muestra el criterio de la saturación teórica.

La primera etapa cualitativa correspondiente a la validez de contenido, que abarcó la Fase I y parte de la Fase II del proyecto. La segunda etapa (Fase III y IV) fue enteramente cuantitativa consistente en determinar la validez de constructo, fiabilidad, estabilidad, criterio y rendimiento del instrumento.

FASE I: EXPLORACIÓN Y CREACIÓN DEL CONTENIDO. Consistente en:

- Revisión del concepto en la literatura.
- Entrevista a expertos para definir concepto en estudio, para este acápite se realizaron viajes a la localidad de Patacamaya así como a poblaciones aledañas, para recoger datos desde la subjetividad de la población y los expertos. Se utilizaron entrevistas a profundidad no estructuradas, luego entrevistas enfocadas para captar los aspectos conceptuales de la adecuación cultural en la atención del parto en un servicio de salud y llegar así a la saturación de la información.
- Creación de una lista de palabras clave respecto a la atención con adecuación intercultural en la localidad de estudio.
- Verificación del concepto en la población, con entrevistas enfocadas, y estructuradas, tanto a expertos como a la población, en coordinación con la Dirección de Medicina Tradicional del Ministerio de Salud.

FASE II: COMPOSICIÓN Y ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO. En esta etapa se realizó:

- La Formulación de los ítems o reactivos del instrumento, a partir de las palabras claves identificadas en la primera fase, determinando los ítems favorables y desfavorables.
- La Evaluación del contenido por jueces, cuyo resultado permitió identificar y corroborar todos los aspectos del concepto en estudio,

la pertinencia y claridad de los ítems respecto al lenguaje apropiado y específico, finalmente la vigencia del instrumento.

- La prueba piloto, donde se evaluó el porcentaje de no respuesta, porcentaje de no respuesta por ítem, porcentaje de abandono, claridad de los ítems, y estructura.
- La construcción de la matriz de correlación, y análisis de la variabilidad de los ítems.

FASE III: VALIDEZ INTERNA DEL INSTRUMENTO

En esta fase se evaluó la estructura interna del instrumento mediante el análisis de la fiabilidad, análisis factorial exploratorio y confirmatorio con el programa estadístico SPSS v22 y Excel 2010.

FASE IV: EVALUACIÓN EXTERNA DEL INSTRUMENTO

En esta etapa se evaluó la estabilidad y reproducibilidad del instrumento mediante la prueba de concordancia, y finalmente las sensibilidad y especificidad del instrumento, además de las curva COR para determinar el punto de corte óptimo, con ayuda del software SPSS v22.

RESULTADOS

Los ítems del instrumento que mide la adecuación cultural del parto en establecimiento de salud, consta de 20 ítems, cuyo valor final es la existencia o no de adecuación cultural en la atención del parto. (Cuadro N°1)

CUADRO N° 1
Instrumento de medición de la adecuación cultural de parto.

N°	Cuando Ud. tuvo su parto le permitieron:	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
1	Elegir el ambiente donde quería tener a su wawa?			
2	Tomar una bebida caliente antes de dar a luz a su wawa? (chocolate, mate, agua u otros)			
3	Comer antes de dar a luz a su wawa? (caldo, comida, chuño)			
4	Humear con guía (mecha de para el encendido de dinamita) incendio u otro fuera o dentro del ambiente donde tuvo su parto			
5	Que alguien le frote en la espalda o cadera? (masajes)			
6	Preparar el lugar donde tuvo su parto con cuero de oveja?			
7	Preparar calentando y cerrando las ventanas y puertas (evitando el flujo de aire) el ambiente donde tuvo a su wawa de acuerdo a sus costumbres?			
8	Que su esposo le agarre la cabeza en el momento del trabajo de parto?			
9	Colocarse una pañueleta, cinta, en la cabeza?			
10	Colocarse una faja o mantel en el estómago (vientre superior)?			
11	Colocar un chicote en su cabecera?			
12	Que sus familiares y/o esposo estén en el momento de trabajo de parto y en el que dio a luz?			
13	Escoger la posición de acuerdo a sus costumbres para tener a su wawa?			
14	Que alguien de sus parientes, esposo o partes le indique en su idioma materno (aymara) que debe hacer durante el trabajo de parto?			
15	Esperar que la placenta salga por sí sola, o amarran a su dedo gordo del pie sin que el médico o partera tenga que hacer algo (alguna maniobra)?			
16	Cortar el cordón umbilical con Jik'illita (arcilla) o de acuerdo a su costumbre?			

17	Comer o tomar sopa de cordero luego de que nació su wawa?			
18	Beber bebidas calientes (chocolate, mates, etc) luego de que nació su wawa?			
19	Llevarse la placenta luego del parto?			
20	Abrigarse de acuerdo a sus costumbres luego del parto?			

VALIDEZ INTERNA

VALIDEZ DE CONTENIDO

RESULTADOS CUALITATIVOS-EXPLORACION Y CREACION DEL CONTENIDO

En la fase preliminar del estudio se realizó revisión de literatura respecto a la adecuación cultural en la atención del parto, lográndose identificar un listado de aspectos claves. Se entrevistó a un grupo de parteras, médicos tradicionales y personal de salud reduciendo las palabras claves, de una listado de 31 a 20 que conforman la estructura del instrumento. Los resultados de la primera prueba piloto (n=48) fueron: el porcentaje de no respuesta 13,9%, 5 personas

no quisieron participar por los siguientes motivos: por apuro, referían no tener tiempo; por vergüenza, por duda y finalmente una persona no dio ninguna explicación. El porcentaje de no respuesta por ítem y abandono fue de cero. El tiempo promedio de llenado fue de 6 min, con oscilaciones de 5 a 7 minutos.

VALIDEZ DE CONSTRUCTO

El análisis de variabilidad, (varianza de los ítems), pudo identificar que los ítems 2, 9 y 16 contribuyen con mayor variabilidad al instrumento con varianzas iguales o superiores a la unidad, y otras cercanas a la unidad como es el caso de los ítems 4, 6, 7, 8, 10, 12 y 15. (Cuadro N° 2)

CUADRO N° 2

Variabilidad de los ítems y correlación ítem total, comunalidades entre ítems, instrumento de adecuación cultural de la atención del parto, Patacamaya 2014-2015

ITEM	ENUNCIADO	MEDIA	VARIANZA	CORRELACIÓN DE PEARSON	EXTRACCIÓN ¹
Item9	Pañueleta cabeza	1,92	1,014	0,848	0,819
Item2	Bebida antes	2,02	1,000	0,827	0,815
Item16	Corte cordón	2,02	1,000	0,801	0,73
Item6	Cuero	1,94	0,996	0,738	0,715
Item10	Mantel vientre	1,79	0,977	0,759	0,739
Item8	Agarre cabeza	1,81	0,964	0,722	0,639
Item7	Lugar caliente	2,29	0,934	0,715	0,755
Item4	Humear	1,73	0,925	0,589	0,491
Item12	Familiares	2,27	0,925	0,860	0,879
Item15	Placenta salga	2,31	0,900	0,827	0,912
Item13	Posición	2,29	0,892	0,817	0,942
Item17	Comer después	1,96	0,892	0,793	0,731
Item20	Abrigarse	2,25	0,872	0,324	0,818
Item14	Idioma	2,23	0,861	0,395	0,63
Item18	Beber después	2,35	0,829	0,656	0,545
Item5	Frotar	2,33	0,823	0,404	0,586
Item3	Comer antes	1,58	0,759	0,664	0,527
Item11	Chicote	1,44	0,677	0,597	0,619
Item1	Ambiente	2,58	0,589	0,396	0,559
Item19	Llevar placenta	2,88	0,197	0,403	0,369

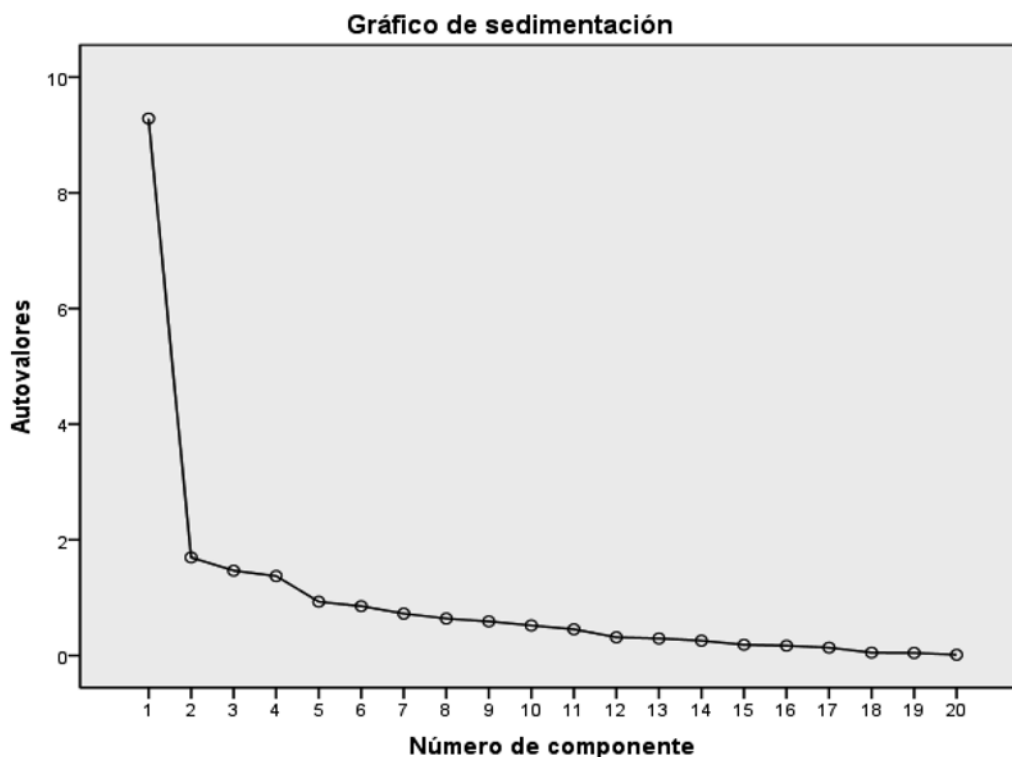
Todos los ítems tienen una correlación positiva (correlación ítem total) tanto bivariada y multivariada obteniéndose las comunalidades, que confirman la correlación positiva de los ítems. (Cuadro 2). Los índices de correlación son altos (Determinante = $4,90 \times 10^{-9}$ ¹), medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = $0,816$ ², prueba de esfericidad de Bartlett p valor = $0,00$ ³, por lo que se procede al análisis factorial exploratorio. A partir del método de extracción

(componentes principales) se determinó que los ítems 1 al 4 explican el 69% de la varianza del instrumento, estableciéndose la conformación de 4 componentes principales.

El gráfico de sedimentación muestra de manera más objetiva el aporte de cada componente al instrumento, corroborando el aporte de los primeros ítems a la variabilidad y heterogeneidad del instrumento. (Figura N°1)

FIGURA N° 1

Gráfico de sedimentación, instrumento de adecuación cultural de la atención del parto, Patacamaya 2014-2015



El análisis factorial confirmatorio aplicando la rotación de Varimax permitió la distribución de los ítems para cada uno de los componentes establecidos probabilísticamente de manera heterogénea (Cuadro 3).

1 El determinante ayuda a identificar si los indicadores de correlación son altos y por tanto posible reducir los ítems a un número menor de componentes, su lectura es similar a una prueba estadística que implique comprobar una hipótesis, valores menores a 0,05 indican que es significativo y que es posible la reducción de dimensiones.

2 La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) debe ser mayor a 0,05 para poder realizar análisis factorial.

3 La prueba de esfericidad de Bartlett debe tener un p valor menor a 0,05 para poder realizar análisis factorial, es un supuesto en pruebas paramétricas

CUADRO N° 3

Distribución de ítems por dimensión según rotación, instrumento de adecuación cultural de la atención del parto, Patacamaya 2014-2015

NO ROTADA			
COMPONENTE 1	COMPONENTE 2	COMPONENTE 3	COMPONENTE 4
Familiares	Ambiente	Idioma	Frotar
Placenta salga	Abrigarse	Lugar caliente	Mantel vientre
Pañueleta cabeza	Chicote	Cuero	Comer antes
Posición	Humear	Llevar placenta	Corte cordón
Bebida antes	Comer después	Beber después	Agarre cabeza
CON ROTACION			
COMPONENTE 1	COMPONENTE 2	COMPONENTE 3	COMPONENTE 4
Bebida antes	Mantel vientre	Idioma	Abrigarse
Posición	Pañueleta cabeza	Cuero	Ambiente
Lugar caliente	Agarre cabeza	Corte cordón	Comer después
Placenta salga	Comer antes	Frotar	Beber después
Familiares	Chicote	Llevar placenta	Humear

La fiabilidad del instrumento (cuadro N°4) Ítem – total fue de 93% (alfa de Cronbach = 0,933) que es aceptable para los fines del instrumento. En la fiabilidad por ítem sin rotación el dominio 1 y 4 son los que aportan mayor fiabilidad. La fiabilidad dominio total fue también

aceptable (alfa de Cronbach = 0,913). Cuando se rotan el dominio 1 y 2 son los que aportan. La fiabilidad dominio total rotada fue también aceptable (alfa de Cronbach = 0,904). Comparando los dos valores ítem total son similares respecto a su confiabilidad.

CUADRO N° 4

Fiabilidad ítem-dominio sin rotación, instrumento de adecuación cultural de la atención del parto, Patacamaya 2014-2015

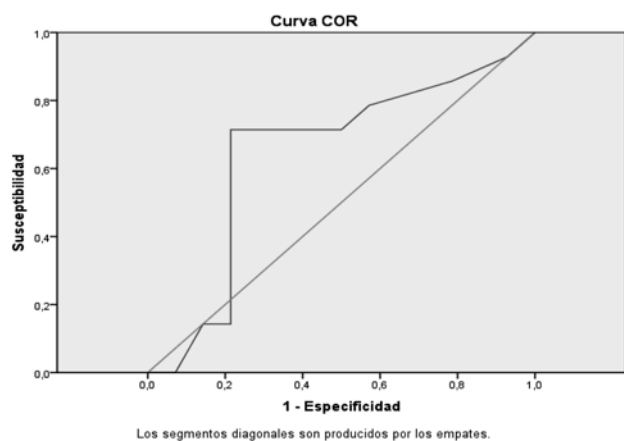
SIN ROTACION		CON ROTACIÓN	
DIMENSIÓN	ITEMS	DIMENSIÓN	ITEMS
DOMINIO 1 (alfa de Cronbach =0,930)	Familiares	DOMINIO 1 (alfa de Cronbach =0,916)	Bebida antes
	Placenta salga		Posición
	Pañueleta cabeza		Lugar caliente
	Posición		Placenta salga
	Bebida antes		Familiares
DOMINIO 2 (alfa de Cronbach = 0,642)	Ambiente	DOMINIO 2 (alfa de Cronbach = 0,868)	Mantel vientre
	Abrigarse		Pañueleta cabeza
	Chicote		Agarre cabeza
	Humear		Comer antes
	Comer después		Chicote
DOMINIO 3 (alfa de Cronbach = 0,681)	Idioma	DOMINIO 3 (alfa de Cronbach = 0,598)	Idioma
	Lugar caliente		Cuero
	Cuero		Corte cordón
	Llevar placenta		Frotar
	Beber después		Llevar placenta
DOMINIO 4 (alfa de Cronbach =0,790)	Frotar	DOMINIO 4 (alfa de Cronbach =0,688)	Abrigarse
	Mantel vientre		Ambiente
	Comer antes		Comer después
	Corte cordón		Beber después
	Agarre cabeza		Humear

VALIDEZ EXTERNA

El instrumento tiene estabilidad (índice de Kappa de Cohen 0,50 p valor = 0,008), concordancia entre operadores, al no contar con otro instrumento que represente al patrón de oro, corroborado con Phi y V de Cramer con una valor de 0,501 p valor de 0,008; similar al índice de Kappa obtenido. No fue posible realizar la validez de criterio para el instrumento, no se evaluó la validez concurrente ni predictiva, por tratarse de un primer instrumento para medir la adecuación cultural en la atención del parto. El punto de corte estimado fue de 40, puntajes menores o iguales a esta implica que no se realiza la atención con adecuación cultural o que no cumple los requisitos para calificarla como tal. En contraposición que valores superiores a 40 indican que existe adecuación cultural en la atención del parto, con una sensibilidad de 71,4% y una especificidad de 78,6%, el área bajo la curva fue de 64,5%. (Figura N°2)

FIGURA N° 2

Curva COR, instrumento de adecuación cultural de la atención del parto, Patacamaya 2014-2015



DISCUSIÓN

Este trabajo es pionero en el ámbito de la validación de un instrumento documental en un contexto de interculturalidad, que permite la medición de una variable subjetiva, por tanto existe dificultad en la comparación de los resultados con otros contextos dentro y fuera del país. Citar una experiencia en Chile, donde se construyó una encuesta de satisfacción al usuario a propósito de un proyecto de salud intercultural y maternidad¹² el cual consta de 9 ítems, pero el documento no menciona resultado alguno de

la validación del instrumento; los únicos ítems similares son la elección de la posición para el parto y respeto a la decisión de la mujer en el proceso de parto.

Con el preámbulo anterior se discuten los resultados cualitativos. Respecto a los momentos del trabajo de parto descritos en el presente estudio es similar al sistema andino con dos períodos: la primera desde los primeros dolores o contracciones, pasando por la dilatación del cuello del útero hasta el nacimiento, y el segundo relacionado con el alumbramiento de la placenta.¹³

Respecto el ambiente físico donde la parturienta dará a luz, considerando la temperatura adecuada, utilizándose en su mayoría la cocina familiar en la población de estudio es similar a la descripción realizada por De La Galvez¹², porque Bolivia comparte parte del territorio andino con Chile y Perú en muchas similitudes.

No es de extrañar que las prácticas en el momento del parto, no sean distintas en toda el área andina, en el trabajo de parto se ve una similitud en procedimiento de “acomodo de la wawa”, que consiste en una serie de masajes realizados sobre el útero materno¹², en Patacamaya sucede de igual manera, luego de este procedimiento se suministra a la parturienta un mate de hierbas, con el objeto de producir el calor en el cuerpo, hasta finalizar el parto.

La gran similitud en el mundo andino, en el momento que la madre realiza el mayor esfuerzo durante el trabajo de parto, se cree que el espíritu del cuerpo puede salir del templo de la cabeza, debido a la alta presión de la sangre en las venas, razón por la cual el esposo sujeta la cabeza de la parturienta durante las contracciones y en el momento del parto, de igual manera la costumbre de amarrarse un pañuelo en la cabeza con el fin de evitar efectos negativos del pujo, pues creen que con el esfuerzo la cabeza se abrirá como la vagina y la mujer sufriría dolores por el enfriamiento¹²⁻¹³ son similares a los encontrados en el estudio.

Otra similitud importante es que luego del nacimiento existen dos formas de amarrar el cordón umbilical antes de cortar, una inmediata, amarrando el cordón umbilical al dedo gordo del

pie derecho de la propia parturienta¹ hasta que salga la misma placenta, y la segunda después de la salida de la placenta. Por lo general, en algunos lugares no se acostumbra utilizar tijeras o latas, tal como lo menciona Javier Vilca, “el cordón nunca debe cortarse con metal, hay que cortar con vidrio o con kallana² (tapita de un cántaro de greda) o piedra, o sea, hay piedras muy duras y con filo, que se utilizan para cortar el cordón umbilical.

La salida de la placenta es uno de los momentos significativos del parto, y su importancia es tal, que incluso es tratado como otro nacimiento. La importancia simbólica y ritual de la placenta en las culturas andinas se basa en que la placenta es símbolo de la vida, del mundo materno ancestral. Es tan importante que la familia tenga la placenta porque la consideran el origen de la vida, y es posible que algunas mujeres no acudan al hospital por miedo a no poder cumplir la costumbre que cada comunidad natural ha impuesto en torno a la placenta, que tiene que ser devuelta a la Pachamama¹³ tradición que también es practicada en Patacamaya.

Respecto a la posición, resalto la preferencia de una serie de variedades, siendo la más frecuente en Patacamaya la de cuclillas y rodillas, De la Gálvez¹² asevera que la mujer prefiere la posición de cuclillas, aunque una variedad de esta es cuando la mujer se apoya con las manos estando en una posición semisentada.

En la población de estudio muchas mujeres no conciben otra opción que el parto en domicilio, situación similar a la descrita por Zuazo¹⁴ con la particularidad de que en varias regiones, principalmente el altiplano (incluyendo la ciudad de El Alto), dando como preferencia, la atención del esposo. El estudio de Roostas¹⁵ observó que los esposos se encargan de diferentes tareas con la ayuda de algún familiar, desempeñando un rol central en el alivio del dolor y especialmente en el mismo nacimiento, según narraciones de las mujeres.

CONCLUSIONES

El instrumento creado tiene validez interna, de contenido, constructo y fiabilidad; además de validez externa. El instrumento tiene fiabilidad alta con una cifra cercana a la unidad además de estabilidad.

En la fase cualitativa se identificó muchos puntos de encuentro con costumbres del área andina, que permiten comprender que una atención basada en respetar las necesidades psicológicas, emocionales y culturales de las mujeres, aparte de constituir un derecho, es vital para el proceso de articulación de la medicina tradicional y biomédica. La tolerancia al dolor es mejor con el apoyo familiar, ya que el parto en estas condiciones se convierte en uno de los momentos más gratos de la vida. Para la gestante y su familia, la partera no sólo cumple un rol de apoyo emocional, también de acompañamiento y de valor cultural. Las diferentes posiciones que la paciente adopta para tener su parto, sobresale la posición vertical (cuclillas, rodillas, silla de parto, etc.), la misma que favorece al periné y previene los desgarros de la pared anterior de la vagina y en la línea media del periné; éstos son fáciles de suturar y muchas veces dejan de sangrar espontáneamente. Tomar infusiones de hierbas (manzanilla, albahaca, paico, orégano) estimula la sudoración, favorece la dilatación cervical y la dinámica uterina.

Para los pueblos originarios el parto es fundamentalmente un evento familiar, que se vive al interior de sus hogares, el modelo intercultural puede lograr respeto por sus conocimientos y tradiciones, generando confianza y gran disposición a cooperar para lograr un parto exitoso.

Las mujeres tienen derecho a ser protagonistas de sus partos, es deber del personal de salud brindar una atención integral, respetuosa y amable independiente de su etnia y origen. Para esto, es primordial que los servicios de salud garanticen a todas las mujeres este derecho. El Hospital de Patacamaya es uno de los pioneros en este tipo de modelo de salud intercultural y seguirá siendo un punto de encuentro entre la medicina

1. Esta práctica se está dejando de lado por las parteras del Hospital, aun en su actividad privada.

2. En Patacamaya este artefacto se denomina Jik'illita

Occidental y la medicina tradicional.

AGRADECIMIENTOS

Al Ministerio de Salud, Dirección de Medicina Tradicional, SEDES La Paz, Dirección de Redes

de Salud, personal de salud y Director del Hospital Municipal Boliviano Español de Patacamaya “Dra. Nila Heredia Miranda” que permitieron la realización del estudio.

REFERENCIAS

1. *Ministerio-de-Salud-y-Deportes. Hacia la articulación y complementariedad entre la medicina tradicional y la académica en el marco del principio de interculturalidad de la SAFCI. MSD ed. La Paz-Bolivia: MSD; 2013.*
2. *Citarella L, Zangari A. Yachay Tinkuy, Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina. Gente Común ed. Bolivia: Ministerio de Salud, PROHISABA; 2009.*
3. *Constitución Política del Estado Plurinacional del 25 de enero de 2009, (2009).*
4. *Campos-Navarro R. La medicina intercultural en hospitales rurales de América latina. Mexico: Nueva época/ salud problema; 1999.*
5. *Estado-Plurinacional-de-Bolivia. Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020. La Paz-Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes; 2009.*
6. *Estado-Plurinacional-de-Bolivia. Manifiesto de la Isla del Sol. La Paz-Bolivia: Representacion Presidencial de la Agenda Patriótica; 2013.*
7. *Gómez-Gallego J. La medicina Tradicional y el problema de la salud: Inicio de un recorrido en el estudio de la salud mental. Revista Científica Guillermo de Ockham. 2007;5(1):179-92.*
8. *Modelo De Salud Familiar Comunitario Intercultural, Decreto Supremo N° 29601 (2008).*
9. *Ministerio-de-Salud-y-Deportes. Plan Estratégico para mejorar la salud materna perinatal y neonatal en Bolivia 2009-2015. La Paz-Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes; 2009.*
10. *Ministerio-de-Salud-y-Deportes. Guía para la atención intercultural de la salud materna. Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes; 2005.*
11. *Ministerio-de-Salud-y-Deportes. Protocolos de Atención Materna y neonatal culturalmente adecuados. La Paz-Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes; 2006.*
12. *Equipo-Maternidad-Iquique, Gobierno-de-Chile. Sistematización Parto Humanizado en Población Aymara. Iquique-Chile: Ministerio de Planificación; 2006.*
13. *De-la-Galvez A. Medicina Tradicional y Popular de Bolivia: Magia, Simbolismo y Animismo en el arte curativo andino. La Paz-Bolivia*
14. *Zuazo S. Sistematización del proceso de implementación de la estrategia de salas de parto con adecuación cultural en el Hospital Municipal Boliviano Español de Patacamaya “Dra. Nila Heredia Miranda”. La Paz-Bolivia 2012.*
15. *Roosta M. Salud materna en contextos de interculturalidad:Estudio de los pueblos Aymara, Ayoreo, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui. Plural ed. La Paz-Bolivia: CIDES-UMSA, OMS, OPS/OMS & UNFPA; 2013.*