

UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“PARTO CON PERTINENCIA CULTURAL: REVISIÓN  
BIBLIOGRÁFICA”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: MARITZA JOHANNA ENRIQUEZ ENRIQUEZ**

**DIRECTOR: DR. FREDDY ROSENDO CÁRDENAS HEREDIA**

**CUENCA - ECUADOR**

**2021**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“PARTO CON PERTINENCIA CULTURAL: REVISIÓN  
BIBLIOGRÁFICA”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MEDICO**

**AUTOR: MARITZA JOHANNA ENRIQUEZ ENRIQUEZ**

**DIRECTOR: DR. FREDDY ROSENDO CÁRDENAS HEREDIA**

**CUENCA ECUADOR**

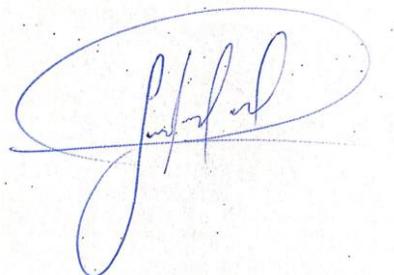
**2021**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

## Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

**Maritza Johanna Enríquez Enríquez** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0106731482**. Declaro ser el autor de la obra: “**PARTO CON PERTINENCIA CULTURAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **22 de noviembre del 2021**



**Maritza Johanna Enríquez Enríquez**

**C.I. 0106731482**

## **DEDICATORIA**

A Dios, fuente inagotable de sabiduría quien forjó mi camino y me ha dirigido por el sendero correcto permitiéndome alcanzar este gran logro en mi vida profesional. A mi familia, por su confianza, apoyo incondicional y motivación constante para alcanzar mis anhelos, y a la persona más especial: mamá, gracias por estar a mi lado en esta etapa, por tu gran apoyo y entusiasmo que me brindaste para seguir adelante en mis propósitos.

Maritza Johanna Enríquez Enríquez

## **AGRADECIMIENTO**

Al concluir una etapa de mi vida, expreso mi sincero agradecimiento a la Universidad Católica de Cuenca que como casa de estudios me formó, con profesionales de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en el cual me encuentro.

Al Dr. Freddy Cárdenas, quien acertadamente ha dirigido el presente trabajo de titulación.

A la Dra. Katherine Salazar, por transmitirme sus conocimientos, su constante apoyo indicaciones y orientaciones y con ello por su ciertamente muy valiosa guía como asesora durante el desarrollo de la presente investigación.

A la Dra. Jeanneth Tapia, por su guía y gran apoyo en el transcurso del desarrollo del presente trabajo.

A la Dra. Angelica Murillo y Dra. Verónica Muñoz quienes acertadamente me apoyaron como pares revisores del presente trabajo de titulación.

A todos quienes de manera desinteresada me apoyaron para cumplir este logro en mi vida profesional.

## RESUMEN

**Antecedentes:** el parto constituye un proceso fisiológico, y la sociedad en su diversidad tiene prácticas y creencias culturales, que complementa la práctica médica obstétrica con lo que otorga a la mujer una ventana de oportunidades cruciales para disminuir la mortalidad materno-fetal por complicaciones derivadas de su parto.

**Objetivos:** Realizar una revisión y recopilación bibliográfica sobre el parto con pertinencia cultural.

**Métodos:** Se realizó una revisión sistemática de estudios publicados entre 2016 y 2021 español e inglés, de artículos ubicados en cuartiles Q1 a Q4, según el ranking de la revista e índice de impacto según el “SCImago Journal Rank”, estructurada en buscadores calificados de acceso gratuito Scopus, Scielo, Pubmed, BVS (Biblioteca Virtual en Salud), Google académico, Elsevier, utilizando términos de búsqueda relevantes que faciliten la obtención de información

**Resultados:** se analizaron 25 artículos donde se observó la edad (15-49 años), instrucción (media-alta), estado civil (predomina casada), paridad (predomina múltipara), la frecuencia de prácticas culturales en el parto oscila entre 19,4% y 90%, del parto en casa entre 19,4 y 100%, atención respetuosa y autonomía con un 24%-100%, La complicación más frecuente es la hemorragia postparto (19,1%-20%).

**Limitaciones:** escasos artículos científicos encontrados en relación al tema.

**Conclusiones e implicaciones:** Los saberes ancestrales de las culturas ofrecen datos para fortalecer los servicios de salud maternos. El complemento de la atención del parto con pertinencia cultural genera una ventana hacia una mejor práctica médica contribuyendo a la prevención de complicaciones obstétricas y muerte materno-fetal.

**Palabras clave:** mujeres, parto humanizado, parto domiciliario, partera

## ABSTRACT

Background: childbirth is a physiological process, and society in its diversity has cultural practices and beliefs, which complement obstetric medical practice and provide women with a crucial window of opportunity to reduce maternal-fetal mortality due to complications derived from childbirth. Objectives: To conduct a literature review and compilation on culturally relevant childbirth. Methods: A systematic review of studies published between 2016 and 2021 Spanish and English, of articles located in quartiles Q1 to Q4, according to the ranking of the journal and impact index according to the "SCImago Journal Rank", structured in qualified free access search engines Scopus, Scielo, Pubmed, BVS (Virtual Health Library), Google academic, Elsevier, using relevant search terms that facilitate obtaining information was performed. Results: 25 articles have been analyzed and the parameters were age (15-49 years), education (medium-high), marital status (predominantly married), parity (predominantly multiparous), the frequency of cultural practices in childbirth ranged between 19.4% and 90%, home birth between 19.4% and 100%, respectful care, and autonomy with 24%-100%, the most frequent complication is postpartum hemorrhage (19.1%-20%). Limitations: few scientific articles were found on the subject. Conclusions and implications: The ancestral knowledge of cultures offers data to strengthen maternal health services. The complement of childbirth care with cultural relevance generates a window towards a better medical practice contributing to the prevention of obstetric complications and maternal-fetal death.

*Keywords:* women, humanized childbirth, home birth, midwife

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	9
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	10
3. JUSTIFICACIÓN.....	11
4. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	12
4.1. Parto con pertinencia cultural .....	12
4.2. Características .....	12
4.3. Complicaciones.....	16
5. OBJETIVOS.....	17
5.1. General.....	17
5.2. Específicos .....	17
6. MÉTODO.....	18
6.1. Diseño del estudio:.....	18
6.2. Criterios de elegibilidad:.....	18
6.3. Fuentes de información:.....	18
6.4. Estrategia de búsqueda: .....	18
6.5. Selección de estudio: .....	19
6.6. Proceso de extracción y recopilación de datos: .....	19
6.7. Flujograma de información:.....	19
6.8. Lista de los datos: .....	20
6.9. Riesgo de sesgo en los estudios individuales: .....	20
6.10. Aspectos éticos.....	20
7. RESULTADOS.....	21
8. DISCUSIÓN.....	27
9. LIMITACIONES .....	37
10. IMPLICACIONES .....	37
11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	38
11.1. Conclusiones .....	38
11.2. Recomendaciones.....	38
12. BIBLIOGRAFIA.....	39

13.	GLOSARIO.....	43
14.	ANEXOS.....	45

## 1. INTRODUCCIÓN

El parto constituye un proceso fisiológico en la vida reproductiva de la mujer, y desde hace mucho tiempo atrás han existido distintas prácticas y creencias en torno a éste, todas ellas con un enfoque: el conservar y mantener la vida y salud materno-fetal (1). El parto con pertinencia cultural considerado como aquel parto respetuoso en libre posición que se lleva a cabo respetando las creencias, costumbres, cosmovisión de la materna, en fin, su cultura (2). Existe una gran variedad de culturas, dependiendo del lugar de procedencia de la mujer (3). El proceso de parto con pertinencia cultural se encuentra descrito a manera de inclusión y abarcar la mayor parte de la población por parte de los sistemas de salud (4).

La práctica de la medicina tradicional y ancestral, se encuentra difundida alrededor de toda América Latina, enmarcada principalmente en relaciones de tipo socioculturales principalmente de los pueblos indígenas, iniciando de esta manera una nueva etapa, y con ello incrementando la utilización de alternativas terapéuticas y de cuidado en el embarazo, parto, y postparto (5). Estas estrategias ayudan por su inclusión a reducir la mortalidad materna (6). En Ecuador, un país multiétnico, plurinacional, e intercultural el 65% de mujeres de autoidentificación indígena tiene su parto en el domicilio bajo la atención de las parteras de su comunidad, aplicando distintas medidas y acciones de acuerdo a su cultura; el 30% restante lo hace en casas de salud (4).

En un país como Ecuador, en donde se acepta e impulsa la práctica de la medicina tradicional, la atención del parto con pertinencia cultural como parte del “Plan nacional de reducción de muerte materna y neonatal” del MSP, constituye una estrategia de mejoramiento continuo de calidad de atención médica para otorgar atención del transcurso del embarazo, parto, postparto y las complicaciones obstétricas y neonatales, cumpliendo los estándares de calidad de atención y satisfacción a la usuaria con el reconocimiento, y revalorización de saberes y prácticas que forman parte de la medicina ancestral reconocidos en el país (4).

La revalorización de la práctica de la medicina tradicional en el ámbito obstétrico con la implementación del parto con pertinencia cultural contribuye a superar algunas de las barreras que desmotivan a las maternas el acceder a los servicios de salud y fortalecer la identidad y tradiciones espirituales, lingüísticas, políticas y socioeconómicas de la población, reduciendo morbilidad y mortalidad materno-fetal (6).

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La partería es un elemento de importancia en las comunidades que forman la sociedad, formando parte de la cultura que se centra en la atención en salud. Muchas veces la partera es el único servicio que la materna dispone para la atención de su parto, estas mujeres dotadas de conocimientos ancestrales y tradicionales de sus pueblos, que atienden partos de bajo riesgo, ayudando y apoyando a las maternas que no disponen de acceso a los servicios de salud, o que por voluntad propia prefieren ser atendidas por alguien de su comunidad (5).

En Sudamérica existen países con una gran diversidad cultural, entre ellos Perú, Bolivia, en donde se incluye también nuestro país Ecuador, en donde se puede encontrar a las poblaciones indígenas o dicho de otra manera originarias que muchas de las veces estos grupos se encuentran en aquellas zonas del país en donde rige más la pobreza. Cada uno de los pueblos originarios tiene su cosmovisión, lengua ancestral, y tradiciones entre las cuales se incluyen las relacionadas con la salud (7).

En el Perú, desde hace ya varios años las políticas en relación a la salud se encuentran respaldando este tipo de parto con el objetivo principal de reducir lo más posible la mortalidad materna al mismo tiempo que se extendía el derecho a la salud hacia toda la población, en especial a aquellas mujeres indígenas marginadas (6).

En la República del Ecuador se dice que tan solo alrededor del 30% de partos de mujeres de auto identificación indígena ocurren ya sea en hospitales o en centros de salud. El 65 % restante de pacientes femeninas de etnia indígena expresan haber tenido su parto en el domicilio, relatando que se prefiere de esta manera por la mayor confianza que perciben las maternas al ser atendidas por personas de sus mismas creencias culturales (8).

Lo descrito fundamenta la necesidad de plantear una forma de parto humanizado un parto con pertinencia cultural en donde se respete la cultura y creencias de la paciente y su familia, se permita el acompañamiento e intervención como apoyo por parte de la partera durante todo el proceso del parto, cubriendo sus necesidades y lo más importante, respetando sus costumbres y tradiciones (9).

**¿Qué es el parto con pertinencia cultural, cuáles son sus características y complicaciones?**

### 3. JUSTIFICACIÓN

Acorde a la visión planteada por el MSP del Ecuador la presente revisión bibliográfica pretende evidenciar las características del parto con pertinencia cultural con el cual sea atendido con un alto nivel de calidad en la atención, con calidez y participación activa de la comunidad resaltando los valores de respeto, inclusión de los distintos grupos sociales, compromiso con la comunidad, integridad, justicia ante la población y lealtad hacia cada uno de los pacientes.

Además, según la misión y visión del MSP del Ecuador, se requiere una buena atención a la paciente, en donde se garantice a aquellas de cualquier auto identificación étnica el acceso a los servicios de salud, con una atención digna y de calidad por parte del personal, con la provisión oportuna de los servicios de atención individual, prevención de enfermedades y promoción de la salud, para que este pueda ser llevado a cabo otorgando mayor comodidad, libre decisión de la paciente al momento de elegir la posición para el parto, la posibilidad de una compañía representada por un familiar así como por la partera.

De acuerdo con “servicios de salud” como línea de investigación de la UCACUE y lo mencionado la presente investigación plantea la necesidad de determinar una buena atención dirigida hacia las mujeres que optaron por un parto con pertinencia cultural; ya que con su implementación cada día se ha ido disminuyendo las tasas de complicaciones y mortalidad de la madre y del bebé, por los partos en casa, ante la desconfianza de las pacientes en su mayoría indígenas a acudir a los centros médicos para la atención del parto, eligiendo únicamente confiar en la experiencia de la partera.

Con base a lo mencionado es importante la recopilación bibliográfica de fuentes actualizadas en las que se encuentran plasmadas los diversos aspectos que engloba el parto con pertinencia cultural, como un derecho de las mujeres, haciendo también un llamado a la inclusión de todos los grupos sociales.

## **4. FUNDAMENTO TEÓRICO**

### **4.1. Parto con pertinencia cultural**

El parto constituye un proceso fisiológico que forma parte de la vida reproductiva de la mujer. Una buena atención al mismo asegura una buena experiencia de este proceso para la madre en conjunto con el nuevo ser (10). La atención del parto con pertinencia cultural se encuentra descrito dentro de la normativa del MSP del Ecuador con el fin de brindar una atención adecuada llevada a cabo con calidad y calidez a la madre y al niño (11); se define como aquel el acto de parir en un centro sanitario, en libre posición respetando el protagonismo de la mujer, bajo las creencias, tradiciones, y cosmovisión de su pueblo, atendida por el personal de salud y la partera (4).

Las prácticas interculturales tienen su base en las acciones que nuestros ancestros realizaban, en su mayoría en las comunidades de difícil acceso (11). La atención obstétrica con un enfoque de interculturalidad se encuentra fundamentada en una gran variedad de cosmovisiones en donde lo principal es fortalecer, desarrollar, establecer y afianzar aquellas relaciones que se sustentan en el respeto a la diversidad (12), tomando en cuenta que la cultura se encuentra abarcada en todas las esferas de la vida misma, y se encuentra relacionada en un amplio contexto de tipo social, así como histórico dentro de nuestra sociedad (13).

Con base a lo descrito ¿cuál es el ambiente en el cual se puede desarrollar el proceso de atención de un parto con pertinencia cultural?; este deberá constituir un espacio físico en el cual se brinden los mejores servicios con calidad y calidez a la paciente con los más altos estándares de higiene y calidad, siendo un espacio que asegure la privacidad de la paciente durante todo el proceso, adecuada con mobiliario el cual sea más adecuado hacia las costumbres de la región: bancos que ayuden a la ejecución del parto en posición vertical, lazos, barras, pelotas, colchonetas, baño adecuado que disponga de agua tanto fría como caliente, y fármacos necesarios (14).

### **4.2. Características**

La atención del parto intercultural comprende:

1. Una atención oportuna que recabe en todas las necesidades médicas de la paciente, que incluya el poder ingresar al servicio de salud con un acompañante, atención inmediata (15), acceso fácil cuando se encuentran en trabajo de parto al servicio de urgencias englobando en todo esto a lo que se considera un “acceso al servicio de salud sin barreras” (16).
2. Un buen trato por parte del personal de salud el cual deberá conocer bien el dialecto a utilizar ante la embarazada para que ella pueda comprender con facilidad lo que se le informa sin el empleo de palabras demasiadamente técnicas difíciles de comprender por la materna, asegurar la confidencialidad en todo momento, dirigirse a la paciente por su nombre, escuchar con respeto la experiencia de la materna, dirigirse en lenguaje comprensible a la materna para explicarle todo sobre cualquier procedimiento que se le vaya a realizar así como solicitarle su permiso para cada uno. En un ambiente más completo la unidad de salud podrá contar con personal hablante de la lengua local ante el caso de que la paciente no pueda comprender el idioma del personal de salud o viceversa (17).
3. El respeto hacia la autonomía de la mujer es la que el sistema nacional de salud promueve con el objetivo de evitar cualquier forma de violencia. De acuerdo a su cultura la mujer, que como ejemplo nos referimos a la mujer indígena para elegir para el proceso de atención de su parto: su acompañante, la vestimenta que desea utilizar, el portar cualquier elemento de carácter religioso o incluso simbólico que ella considere de acuerdo a sus creencias, alimentos y bebidas que de ingerir, la posición en la cual ella desea su parto, el destino tanto de la placenta como del cordón umbilical, el tipo de baño en lo posterior al parto, lo relacionado al apego precoz y alojamiento conjunto, además de la autorización a cualquier procedimiento que se le vaya a realizar como el tacto vaginal y la monitorización fetal (17).
4. La participación de la comunidad mediante vínculos del personal médico con las parteras o comadronas en distintas actividades que ayudan a fortalecer relaciones y compartir conocimientos (17).

### **Ventajas para la madre:**

1. **Reducción del tiempo de la segunda etapa:** según varios estudios se reporta que la duración del parto en posiciones verticales duran menos que en posición horizontal,

apoyando la teoría de que las posiciones de tipo verticales ayudan a reducir el tiempo del parto, por motivo de que se ve favorecido por el efecto que ejerce la gravedad, permitiendo que el bebé se alinee de mejor manera en el canal del parto (18).

2. **Menor grado de desgarros:** si bien si se presentan, los más frecuentes que se presentan son los de primer y segundo grado, encontrándose casos en menor proporción de los de tercer y cuarto grado. Cabe resaltar que la posición de cuclillas en las pacientes primíparas es en la que más frecuencia se encontró que se presentan los desgarros, pero en las multíparas este riesgo desaparece. Por ello, es importante tomar en cuenta ciertos datos que influyen en el trauma perineal como la paridad de la mujer, ya que una mujer primípara con más de 40 semanas de gestación, que se evidencie una segunda etapa prolongada, una presentación fetal que al tacto no se encuentre en una situación distinta a la occipito anterior, un perímetro cefálico mayor a 35 centímetros o un peso del bebé superior a 3500 gramos, son factores que aumentan en gran medida el riesgo de trauma perineal (18).
1. **Menor edema vulvar:** la posición vertical ayuda a que el edema vulvar que se presenta sea mucho menor que la posición horizontal o litotómica tradicional. El edema si se presenta ya que en cualquiera de las posiciones ya sea vertical u horizontal, va a haber presión en la zona y con ello una obstrucción en cuanto al retorno venoso, lo que es la causa del tal edema (18).
2. **Menos necesidad de utilización de instrumentación:** ya que con la posición y los ejercicios se ayuda al descenso del bebé de una menor manera, pero el estudio también reporta que la posición vertical en el parto, disminuye en si la necesidad de instrumentación, pero no mucho el índice de cesáreas. Esto recae en mucha importancia ya que la utilización de instrumental como el fórceps trae consigo el gran riesgo de que el neonato sufra fracturas a nivel craneal, hematoma epidural, o incluso puede presentarse hundimiento frontal (18).
3. **Menos necesidad de episiotomía:** estudios demuestran la reducción de necesidad de realización de episiotomía, y en los casos que si se requiere, es una de menor extensión que si se tratare de un parto horizontal. Con ello obteniendo resultados de

menor trauma a nivel perineal y sutura, y las complicaciones que pueden llegarse a presentar en lo posterior en el proceso de cicatrización (18).

4. **Menor probabilidad de retención placentaria:** el estudio de Vargas V., y colaboradores., (18) reporta que no se encontró placetas retenidas en aquellas posiciones verticales, mientras duro el estudio.
5. **Menor dolor:** aquí existe un contraste en donde según Vargas V., y colaboradores., (18) algunos estudios revelaron que la mare percibe menos dolor y necesidad de analgesia durante las posiciones verticales, mientras que otras maternas revelan que sintieron as dolor en la posición vertical en comparación con la horizontal.

La premisa que avala esta teoría es que las posiciones verticales permiten un movimiento mayor a nivel del hueso sacro inferior y a nivel de la pelvis, facilitando para la madre el pujo de manera espontánea y el descenso de su bebé, acciones que combinadas contribuyen a reducir de manera significativa y dolor. Por ello en las posiciones de tipo vertical el uso de analgesia es menor (19).

6. **Satisfacción como percepción materna:** una buena percepción por parte de la madre, se da especialmente por la menor duración que perciben durante el proceso de la segunda etapa, una sensación de mayor comodidad y participación activa durante su parto, mayor eficacia del pujo y contracciones, así como una relación estrecha con el profesional que la atiende, ya que él está presente por cualquier emergencia que se presente (18). El parto vertical mejora el vínculo madre-hijo lo cual es una experiencia mucho más placentera si la materna tiene a su lado a un familiar (19).

#### **Ventajas para el neonato:**

1. **Buen resultado fetal y neonatal:** esto reportando en el estudio, que los bebés que nacieron por parto en las variedades de posición vertical obtuvieron una buena puntuación de Apgar, una buena frecuencia cardiaca, aunque estos resultados no contrastaron mucho con aquellos bebés que nacieron de posiciones horizontales adoptadas por su madre. Entonces en este aspecto podríamos decir que no existe una diferencia significativa de los resultados de bienestar del neonato de acuerdo a la posición de la madre (18).

### **4.3.Complicaciones**

La aplicación de la pertinencia cultural en relación al parto se lo puede realizar en aquel embarazo que curse de manera normal, teniendo en cuenta siempre alternativas ante la presencia de alguna complicación, como principalmente: hemorragia, necesidad de realización de episiotomía, desgarro cervical o vaginal, alumbramiento incompleto, parto prolongado, parto precipitado, atonía uterina. Ante la presencia de estas situaciones se debe aplicar las medidas médicas correspondientes para salvaguardar la vida de la madre y el bebé (20).

La mortalidad tanto materna como infantil son dos de los indicadores que de manera universal nos permiten medir cual es el nivel de desarrollo que posee determinado país, entonces el cumplimiento de lo plasmado en los derechos humanos sobre una maternidad saludable, un parto y nacimiento digno y seguro son ideales que aumentan los estándares de bienestar de todo un país (21).

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1.General**

1. Realizar una revisión y recopilación bibliográfica sobre el parto con pertinencia cultural

### **5.2.Específicos**

1. Identificar las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes con parto con pertinencia cultural.
2. Determinar las características del parto con pertinencia cultural referidas en la literatura.
3. Detallar las complicaciones que se presentan durante parto con pertinencia cultural en base a lo descrito en la bibliografía.

## **6. MÉTODO**

### **6.1.Diseño del estudio:**

Se realizó una revisión bibliográfica en donde se describe sobre el parto con pertinencia cultural, sus principales y relevantes aspectos, comparando por distintos países en los cuales según la literatura consultada se da este tipo de parto.

### **6.2.Criterios de elegibilidad:**

Para la realización de la presente investigación se obtuvo información de artículos publicados en los últimos 5 años en idiomas inglés y español que se ubiquen en los cuartiles Q1 a Q4, según el ranking de la revista, así como su índice de impacto según el “SCImago Journal Rank” (SJR) de la información contenida en la base de datos Scopus (Elsevier). Los estudios incluidos fueron revisiones sistemáticas, estudios cualitativos, transversales, descriptivos. La búsqueda de información bibliográfica fue efectuada a través de PUBMED, mediante la estrategia PICO con el corrector ortográfico: paciente, intervención, comparación, resultado

### **6.3.Fuentes de información:**

Para proceder a la recopilación de la información necesaria para la presente investigación se utilizará la información procedente de revistas indexadas en las bases de datos científicas de acceso gratuito: Scopus, Scielo, Pubmed, BVS (Biblioteca Virtual en Salud), Google académico, Elsevier.

### **6.4.Estrategia de búsqueda:**

Se elaboró una estrategia de búsqueda de información amplia, añadiendo en donde sea posible sinónimos para que la búsqueda sea mucho más sensible. La estrategia de búsqueda consistió básicamente en utilizar los descriptores de ciencias de la salud – DeSC creado por el Centro Latinoamericano y del Caribe de información en ciencias de la salud - Bireme, de la OMS y OPS. Estos descriptores fueron “mujeres”, “parto humanizado”, “parto domiciliario”, “partera”. Los criterios de elegibilidad fueron utilizados de manera consecutiva, para seleccionar aquellos artículos según año de publicación, resumen o texto completo, diseño metodológico de estudio, idioma inglés y español.

### 6.5. Selección de estudio:

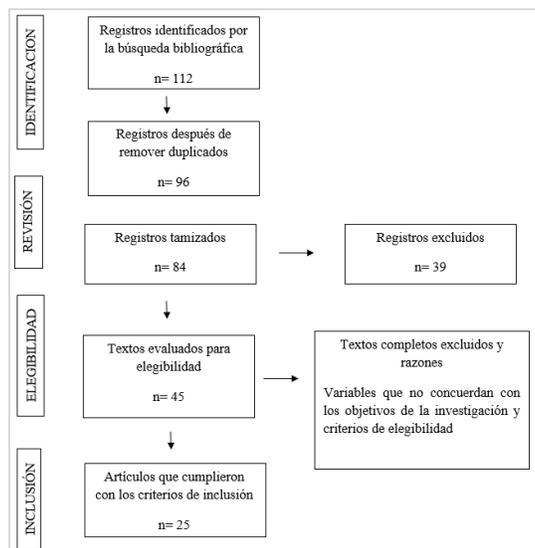
En base a los criterios de elegibilidad se realizó la selección de artículos, para lo cual se procedió a realizar la comparación de año de publicación, calidad del estudio (Q1 a Q4, según el (“SCImago Journal Rank”) y el idioma, esto con el fin de que se encuentre congruente a los objetivos planteados en la investigación. De igual manera fueron excluidos: cartas al editor, artículos originales con datos incompletos, tesis, blogs, casos clínicos, informes de congresos, estudios duplicados.

### 6.6. Proceso de extracción y recopilación de datos:

Posterior a la selección de los artículos y durante el procesos de búsqueda de artículo de las bases científicas de acceso gratuito en base a los criterios de elegibilidad, los artículos fueron analizados y seleccionados según su diseño metodológico de investigación, con la siguiente información: autor, año de publicación, lugar, revista científica, base electrónica, cuartil de la revista según el SJR “SCImago Journal Rank”, número de participantes en el estudio, control, resultados y diseño de investigación. Se procedió a la lectura de sus respectivos abstracts, para de esta manera evidenciar que se cumplen los criterios de inclusión y de la estrategia PICO (pacientes, intervención, comparación y resultados); posterior a ello se procedió a la descarga el artículo completo para el análisis de la información necesaria para la presente investigación.

### 6.7. Flujograma de información:

**Gráfico 1:** Diagrama de flujo de los estudios identificados en la revisión bibliográfica.



### **6.8.Lista de los datos:**

Las variables fueron recopiladas del contenido de cada uno de los artículos para el correcto cumplimiento de los objetivos de investigación, y que se insertaron en PICO y PUBMED fueron: mujeres”, “parto humanizado”, “parto domiciliario”, “partera”, donde posteriormente se evidenciaron las diferencias de los estudios, y fueron seleccionados aquellos artículos de libre acceso y que cumplían los criterios de elegibilidad.

### **6.9.Riesgo de sesgo en los estudios individuales:**

Para evitarse este tipo de sesgos en la investigación se analizó de manera individual cada uno de los estudios, tomando en cuenta aquellos en los cuales el objetivo general, la metodología empleada, el tipo de estudio, la población objetivo, las variables estudiadas y los resultados se relacionan con los objetivos de la presente investigación.

### **6.10. Aspectos éticos**

No procede puesto que la presente investigación no involucra estudio en seres humanos. Se envió un oficio de solicitud al comité de bioética para aprobación del protocolo y carta de no conflicto de intereses en relación al tema de investigación.

## 7. RESULTADOS

25 artículos formaron parte de la revisión bibliográfica en donde se desglosa la información en características sociodemográficas de las participantes, las características obstétricas (paridad), características del parto (que incluya aspectos de prácticas culturales) y complicaciones del parto; lo dicho se detalla a continuación:

**Tabla 1:** Características sociodemográficas de las participantes

AUTOR	LUGAR, AÑO	DISEÑO	PARTICIPANTES	VARIABLE	PREVALENCIA	Frecuencia Parto cultural
Muñoz C, Contreras Y, Manríquez C.	Chile, 2018	Estudio cualitativo	n=12	Edad	24-34	-
				Estado civil	-	
				Instrucción	.	
Araújo B, Trezza M, Santos R, Oliveira L, Pinto L.	Brasil, 2019	Estudio cualitativo y descriptivo	n=14	Edad	-	50%
				Estado civil	-	
				Instrucción	-	
Pijl M, Kasperink M, Hollander M, Verhoeven C, Kingma E, Jonge A.	Países Bajos, 2021	-	n=767	Edad	25-40	90%
				Estado civil	-	
				Instrucción	Baja 33 Media 190 Alta 493	
Bulto G, Demissie D, Tulu A.	Etiopia, 2020	Estudio transversal	n=567	Edad	26	35,8%
				Estado civil	Casado 303	
				Instrucción	-	
Sudhinaraset M, Giessler K, Golub G, Afulani P.	Kenia, 2019	Estudio transversal	n=531	Edad	15-49	52%
				Estado civil	Soltero 61 Casado 383 Unión libre 75	
				Instrucción	Primaria 204 Secundaria 242 Superior 85	
Kisiangani I, Elmi M, Bakibinga P, Mohamed SF, Kisia L, Kibe P, et al.	Kenia, 2020	Investigación exploratoria cualitativa	n=53	Edad	20-49	-
				Estado civil	Casado 53	
				Instrucción	Sin educación 20 Primaria 13 Secundaria 16 Superior 4	
Karanja S, Gichuki R, Igunza P, Muhula S, Ofware P, Lesiamon J, et al.	Kenia, 2018	Estudio transversal	n=200	Edad	18-49	61%
				Estado civil	Casado 177 Soltero 23	
				Instrucción	Ninguno 137 Primaria 50 Secundaria 13	
Byrne A, Caulfield T, Onyo P, Nyagero J, Morgan A, Nduba J, et al.	Kenia, 2016	Estudio cualitativo	n=116	Edad	-	68,1%
				Estado civil	-	
				Instrucción	-	
Mosley P, Saruni K, Lenga B.	Tanzania, 2020	Estudio cualitativo	n=23	Edad	18-47	60,8%
				Estado civil	Casadas 21 Solteras 2	
				Instrucción	-	
Kawaguchi Y, Sayed A, Shafi A, Kounnavong S, Pongvongsa T, Lasaphonh A, et al.	Laos, 2021	Estudio cualitativo	n=16	Edad	-	43%
				Estado civil	Casada 15 Divorciada 1	
				Instrucción	-	
Roney E, Morgan C, Gatungu D, Mwaura P, Mwambeo H, Natecho A, et al.	Kenia, 2021	Estudio transversal	n=348	Edad	< 25 172 > 25 176	20,8%
				Estado civil	Casadas 384	
				Instrucción	Primaria 157 Secundaria 191	
Oluoch J, Adam M, Wafula F, Kokwaro G.	Kenia, 2020	Experimento de elección discreta	n=466	Edad	18-49	80%
				Estado civil	Soltero 57 Casado 409	
				Instrucción	Primaria 175 Secundaria 221 Superior 66	
Oluoch J, Adam M, Wafula F, Kokwaro G.	Kenia, 2020	Experimento de elección discreta	n=411	Edad	18-49	26%
				Estado civil	Soltera 63 Casada 348	

AUTOR	LUGAR, AÑO	DISEÑO	PARTICIPANTES	VARIABLE	PREVALENCIA	Frecuencia Parto cultural
Naanyu V, Mujumdar V, Ahearn C, McConnell M, Cohen J.	Kenia, 2020	Estudio cualitativo	n=60	Instrucción	Primaria 14 Secundaria 220 Superior 48	-
				Edad	22-49	
				Estado civil	Soltero 7 Casado 52 Divorciado 1	
				Instrucción	Primaria 18 Secundaria 36 Superior 6	
Gardiner E, Lai J, Khanna D, Meza G, Wildt G de, Taylor B.	Perú, 2019	Estudio cualitativo	n=25	Edad	18-35	24%
				Estado civil	-	
				Instrucción	Analfabeto 2 Primaria 9 Secundaria 10 Superior 4	
				Edad	18-35	
Marsland H, Meza G, de Wildt G, Jones L.	Perú, 2019	Estudio cualitativo	n=20	Estado civil	Soltera 2 Casada 18	65,5%
				Instrucción	Primaria 5 Secundaria 10 Superior 5	
				Edad	-	
				Estado civil	-	
Adatar P, Strumpher J, Ricks E.	Ghana, 2020	Estudio cualitativo	n=10	Instrucción	-	40%
				Edad	18-49	
				Estado civil	Soltera 18 Casada 12	
				Instrucción	Ninguna 5 Primaria 13 Secundaria 12	
Atukunda E, Mugenyi G, Obua C, Musiimenta A, Najjuma J, Agaba E, et al.	Uganda, 2020	Estudio cualitativo	n=30	Edad	18-41	50%
				Estado civil	Soltera 12 Casada 233	
				Instrucción	Ninguno 14 Primaria 110 Secundaria y superior 121	
				Edad	-	
Andrianantoandro V, Pourette D, Rakotomalala O, Ramaroson H, Ratoivoson R, Rakotoarimanana F.	Madagascar, 2021	Estudio mixto (cualitativo-cuantitativo)	n=245	Edad	-	61%
				Estado civil	-	
				Instrucción	25-35	
				Edad	-	
Matute S, Martinez E, Donadi E.	Ecuador, 2020	Estudio retrospectivo	n=4213	Edad	25-35	19,4%
				Estado civil	Casado 342	
				Instrucción	Secundaria 35 Superior 307	
				Edad	18-75	
Preis H, Pardo J, Peled Y, Benyamini Y.	Israel 2018	Estudio cualitativo	n=342	Edad	18-75	-
				Estado civil	Soltero 35 Casado 307	
				Instrucción	Ninguno 339 Primaria 106 Secundaria 73 Superior 100 Otro 227	
				Edad	15-49	
Melesse M, Bitewa Y, Dessie K, Wondim D, Bereka T.	Etiopía, 2020	Estudio transversal	n=845	Edad	15-49	40,6%
				Estado civil	Casado 385 Divorciado 17 Unión libre 11	
				Instrucción	Ninguna 250 Primaria 89 Secundaria y superior 74	
				Edad	15-49	
Abebe H, Beyene G, Mulat B.	Etiopía, 2021	Estudio transversal	n=413	Edad	15-49	71,4%
				Estado civil	Casado 385 Divorciado 17 Unión libre 11	
				Instrucción	Ninguna 250 Primaria 89 Secundaria y superior 74	
				Edad	15-49	
Gurung R, Ruysen H, Sunny A, Day L, Penn L, Málqvist M, et al.	Nepal, 2021	Estudio observacional	n=4296	Edad	15-49	87%
				Estado civil	-	
				Instrucción	-	
				Edad	26-47	
Bawadi H, Al-Hamdan Z.	Jordania, 2017	Estudio cualitativo	n=9	Edad	26-47	-
				Estado civil	-	
				Instrucción	Secundaria 4 Superior 5	
				Edad	26-47	

Se analizaron 25 artículos de los cuales la edad de las participantes oscila entre un mínimo de 15 un máximo de 49 años de edad, esto ubicándose dentro del rango de edad reproductiva

de la mujer en relación a la instrucción se evidencia que la mayor frecuencia de participantes tiene un nivel de instrucción de medio a alto lo cual abarca la educación secundaria y superior; siendo la denominación de “analfabeta” o “sin educación” la cual tiene menos frecuencia. En la variable estado civil predomina la denominación “casada”, seguida de la denominación “soltera”, y ubicando en las siguientes posiciones a las denominaciones “unión libre” y “divorciada”.

**Tabla 2:** Características obstétricas de las participantes

AUTOR	LUGAR, AÑO	DISEÑO	PARTICIPANTES	VARIABLE	FRECUENCIA
Muñoz C, Contreras Y, Manríquez C.	Chile, 2018	Estudio cualitativo	n=12	Primíparas Multiparas	7 5
Araújo B, Trezza M, Santos R, Oliveira L, Pinto L.	Brasil, 2019	Estudio cualitativo y descriptivo	n=14	Primíparas Multiparas	- -
Pijl M, Kasperink M, Hollander M, Verhoeven C, Kingma E, Jonge A.	Países Bajos, 2021	-	n=767	Primíparas Multiparas	432 280
Bulto G, Demissie D, Tulu A.	Etiopia, 2020	Estudio transversal	n=567	Primíparas Multiparas	- -
Sudhinaraset M, Giessler K, Golub G, Afulani P.	Kenia, 2019	Estudio transversal	n=531	Primíparas Multiparas	- 417
Kisiangani I, Elmi M, Bakibinga P, Mohamed SF, Kisia L, Kibe P, et al.	Kenia, 2020	Investigación exploratoria cualitativa	n=53	Primíparas Multiparas	14 39
Karanja S, Gichuki R, Igunza P, Muhula S, Ofware P, Lesiamon J, et al.	Kenia, 2018	Estudio transversal	n=200	Primíparas Multiparas	- -
Byrne A, Caulfield T, Onyo P, Nyagero J, Morgan A, Nduba J, et al.	Kenia, 2016	Estudio cualitativo	n=116	Primíparas Multiparas	- -
Mosley P, Saruni K, Lengua B.	Tanzania, 2020	Estudio cualitativo	n=23	Primíparas Multiparas	20 3
Kawaguchi Y, Sayed A, Shafi A, Kounnavong S, Pongvongsa T, Lasaphonh A, et al.	Laos, 2021	Estudio cualitativo	n=16	Primíparas Multiparas	- -
Roney E, Morgan C, Gatungu D, Mwaura P, Mwambeo H, Natecho A, et al.	Kenia, 2021	Estudio transversal	n=348	Primíparas Multiparas	129 209
Oluoch J, Adam M, Wafula F, Kokwaro G.	Kenia, 2020	Experimento de elección discreta	n=466	Primíparas Multiparas	151 215
Oluoch J, Adam M, Wafula F, Kokwaro G.	Kenia, 2020	Experimento de elección discreta	n=411	Primíparas Multiparas	240 171
Naanyu V, Mujumdar V, Ahearn C, McConnell M, Cohen J.	Kenia, 2020	Estudio cualitativo	n=60	Primíparas Multiparas	18 42
Gardiner E, Lai J, Khanna D, Meza G, Wildt G de, Taylor B.	Perú, 2019	Estudio cualitativo	n=25	Primíparas Multiparas	4 21
Marsland H, Meza G, de Wildt G, Jones L.	Perú, 2019	Estudio cualitativo	n=20	Primíparas Multiparas	10 10
Adataro P, Strumpher J, Ricks E.	Ghana, 2020	Estudio cualitativo	n=10	Primíparas Multiparas	- -
Atukunda E, Mugenyi G, Obua C, Musiimenta A, Najjuma J, Agaba E, et al.	Uganda, 2020	Estudio cualitativo	n=30	Primíparas Multiparas	0 30
Andrianantoandro V, Pourette D, Rakotomalala O, Ramarason H, Ratovoson R, Rakotoarimanana F	Madagascar, 2021	Estudio mixto (cualitativo-cuantitativo)	n=245	Primíparas Multiparas	7 238
Matute S, Martínez E, Donadi E.	Ecuador, 2020	Estudio retrospectivo	n=4213	Primíparas Multiparas	- -
Preis H, Pardo J, Peled Y, Benyamini Y.	Israel, 2018	Estudio cualitativo	n=342	Primíparas Multiparas	342 -
Melesse M, Bitewa Y, Dessie K, Wondim D, Bereka T.	Etiopia, 2020	Estudio transversal	n=845	Primíparas Multiparas	- 845

AUTOR	LUGAR, AÑO	DISEÑO	PARTICIPANTES	VARIABLE	FRECUENCIA
Abebe H, Beyene G, Mulat B.	Etiopía, 2021	Estudio transversal	n=413	Primíparas Múltiparas	186 227
Gurung R, Ruysen H, Sunny A, Day L, Penn L, Málqvist M, et al.	Nepal, 2021	Estudio observacional	n=4296	Primíparas Múltiparas	619 3677
Bawadi H, Al-Hamdan Z.	Jordania, 2017	Estudio cualitativo	n=9	Primíparas Múltiparas	0 9

En las características obstétricas de las participantes en los estudios se analizó la paridad de las mismas. Obteniendo el dato de que la mayor parte de las participantes se ubica en la denominación “múltipara”, lo cual encamina a la premisa de que experiencias previas en sus embarazos y partos anteriores influye en la decisión de ampliar su familia, y elegir las prácticas culturales como parte de los cuidados durante sus partos consiguientes.

**Tabla 3:** Características del parto con pertinencia cultural

AUTOR	LUGAR, AÑO	DISEÑO	PARTICIPANTES	VARIABLE	FRECUENCIA
Muñoz C, Contreras Y, Manríquez C.	Chile, 2018	Estudio cualitativo	n=12	Atención respetuosa Autonomía Prácticas culturales Parto en casa	- 100% - -
Araújo B, Trezza M, Santos R, Oliveira L, Pinto L.	Brasil, 2019	Estudio cualitativo y descriptivo	n=14	Atención respetuosa Autonomía Prácticas culturales Parto en casa	- 50% 50% 50%
Pijl M, Kasperink M, Hollander M, Verhoeven C, Kingma E, Jonge A.	Países Bajos 2021	-	n=767	Atención respetuosa Autonomía Prácticas culturales Parto en casa	- - 90% 22,4%
Bulto G, Demissie D, Tulu A.	Etiopía, 2020	Estudio transversal	n=567	Atención respetuosa Autonomía Prácticas culturales Parto en casa	89,2% 39,3% 35,8% -
Sudhinaraset M, Giessler K, Golub G, Afulani P.	Kenia, 2019	Estudio transversal	n=531	Atención respetuosa Autonomía Prácticas culturales Parto en casa	86% - 52% -
Kisiangani I, Elmi M, Bakibinga P, Mohamed SF, Kisia L, Kibe P, et al.	Kenia, 2020	Investigación exploratoria cualitativa	n=53	Atención respetuosa Autonomía Prácticas culturales Parto en casa	- - - -
Karanja S, Gichuki R, Igunza P, Muhula S, Ofware P, Lesiamon J, et al.	Kenia, 2018	Estudio transversal	n=200	Atención respetuosa Autonomía Prácticas culturales Parto en casa	- - 61% 61%
Byrne A, Caulfield T, Onyo P, Nyagero J, Morgan A, Nduba J, et al.	Kenia, 2016	Estudio cualitativo	n=116	Atención respetuosa Autonomía Prácticas culturales Parto en casa	100% - 68,1% 68,1%
Mosley P, Saruni K, Lengua B.	Tanzania, 2020	Estudio cualitativo	n=23	Atención respetuosa Autonomía Prácticas culturales Parto en casa	100% 100% 60,8% 60,8%
Kawaguchi Y, Sayed A, Shafi A, Kounnavong S, Pongvongsa T, Lasaphonh A, et al.	Laos, 2021	Estudio cualitativo	n=16	Atención respetuosa Autonomía Prácticas culturales Parto en casa	100% - 43% 43%
Roney E, Morgan C, Gatungu D, Mwaaura P, Mwambeo H, Natecho A, et al.	Kenia, 2021	Estudio transversal	n=348	Atención respetuosa Autonomía Prácticas culturales Parto en casa	- 62,2% 20,8% 20,8%
Oluoch J, Adam M, Wafula F, Kokwaro G.	Kenia, 2020	Experimento de elección discreta	n=466	Atención respetuosa Autonomía	80% -

AUTOR	LUGAR, AÑO	DISEÑO	PARTICIPANTES	VARIABLE	FRECUENCIA
				Prácticas culturales	80%
				Parto en casa	0%
Oluoch J, Adam M, Wafula F, Kokwaro G.	Kenia, 2020	Experimento de elección discreta	n=411	Atención respetuosa	100%
				Autonomía	-
				Prácticas culturales	26%
				Parto en casa	26%
Naanyu V, Mujumdar V, Ahearn C, McConnell M, Cohen J.	Kenia, 2020	Estudio cualitativo	n=60	Atención respetuosa	-
				Autonomía	-
				Prácticas culturales	-
				Parto en casa	-
Gardiner E, Lai J, Khanna D, Meza G, Wildt G de, Taylor B.	Perú, 2019	Estudio cualitativo	n=25	Atención respetuosa	24%
				Autonomía	24%
				Prácticas culturales	24%
				Parto en casa	24%
Marsland H, Meza G, de Wildt G, Jones L.	Perú 2019	Estudio cualitativo	n=20	Atención respetuosa	-
				Autonomía	-
				Prácticas culturales	65,5%
				Parto en casa	35%
Adatará P, Strumpher J, Ricks E.	Ghana, 2020	Estudio cualitativo	n=10	Atención respetuosa	-
				Autonomía	-
				Prácticas culturales	40%
				Parto en casa	40%
Atukunda E, Mugenyi G, Obua C, Musiimenta A, Najjuma J, Agaba E, et al.	Uganda, 2020	Estudio cualitativo	n=30	Atención respetuosa	93%
				Autonomía	-
				Prácticas culturales	50%
				Parto en casa	50%
Andrianantoandro V, Pourette D, Rakotomalala O, Ramaroson H, Ratovoson R, Rakotoarimanana F.	Madagascar, 2021	Estudio mixto (cualitativo-cuantitativo)	n=245	Atención respetuosa	92%
				Autonomía	9%
				Prácticas culturales	61%
				Parto en casa	39%
Matute S, Martínez E, Donadi E.	Ecuador, 2020	Estudio retrospectivo	n=4213	Atención respetuosa	100%
				Autonomía	-
				Prácticas culturales	19,4
				Parto en casa	19,4
Preis H, Pardo J, Peled Y, Benyamini Y.	Israel 2018	Estudio cualitativo	n=342	Atención respetuosa	-
				Autonomía	-
				Prácticas culturales	-
				Parto en casa	0%
Melesse M, Bitewa Y, Dessie K, Wondim D, Bereka T.	Etiopía, 2020	Estudio transversal	n=845	Atención respetuosa	-
				Autonomía	11,3%
				Prácticas culturales	40,6%
				Parto en casa	32,3%
Abebe H, Beyene G, Mulat B.	Etiopía, 2021	Estudio transversal	n=413	Atención respetuosa	-
				Autonomía	47,7%
				Prácticas culturales	71,4%
				Parto en casa	47,7%
Gurung R, Ruysen H, Sunny A, Day L, Penn L, Málqvist M, et al.	Nepal, 2021	Estudio observacional	n=4296	Atención respetuosa	100%
				Autonomía	71,3%
				Prácticas culturales	87%
				Parto en casa	0%
Bawadi H, Al-Hamdan Z.	Jordania, 2017	Estudio cualitativo	n=9	Atención respetuosa	-
				Autonomía	-
				Prácticas culturales	100%
				Parto en casa	0%

Durante el embarazo y previo al parto, el masaje abdominal, la restricción de alimentos los últimos meses de embarazo, el no realizar tareas pesadas, durante el parto: la libre posición, el acompañamiento; en el postparto inmediato: el apego piel a piel, el masaje abdominal para ayudar al alumbramiento, el primer alimento del recién nacido, son las principales características que se relatan en las publicaciones, y que se practican en relación al parto con pertinencia cultural. Además, la atención respetuosa juega un importante papel, así como la autonomía de la mujer a la hora de la toma de decisiones en su parto, haciendo que esta sea una experiencia positiva para ella y su bebé.

Según lo plasmado en la presente tabla se evidencia que las prácticas culturales se llevan a cabo en mayor medida en países del continente africano, seguido de América Latina en donde se incluye Ecuador, y nuestro vecino país Perú, ya que nuestra sociedad se encuentra constituida por una variedad de culturas, gracias a la diversidad de pueblos, cada uno con conocimientos, tradiciones y cosmovisión propia.

**Tabla 4:** Complicaciones del parto con pertinencia cultural

AUTOR	LUGAR/ AÑO	DISEÑO	PARTICIPANTES	VARIABLE	FRECUENCIA
Byrne A, Caulfield T, Onyo P, Nyagero J, Morgan A, Nduba J, et al.	Kenia, 2016	Estudio cualitativo	n=116	Hemorragia postparto	20%
Atukunda E, Mugenyi G, Obua C, Musiimenta A, Najjuma J, Agaba E, et al.	Uganda, 2020	Estudio cualitativo	n=30	Hemorragia postparto	15%
Melesse M, Bitewa Y, Dessie K, Wondim D, Bereka T.	Etiopía, 2020	Estudio transversal	n=845	Hemorragia postparto	9,1%

Realmente poca es la evidencia plasmada en la literatura de complicaciones del parto con pertinencia cultural, la más frecuente es la hemorragia postparto seguida de la retención placentarias, y la presentación de nalgas que también lo mencionan como complicación en la literatura ya que es uno de los casos en los cuales la partera tradicional debe referir al a madre a un centro de mayor complejidad en donde se cuente con alternativas para el nacimiento (parto por cesárea).

Las complicaciones se relacionan con las prácticas culturales como el masaje abdominal, según lo detalla Melesse MF., y colaboradores., (22) en su estudio, donde asoció el 9,1% de pacientes que tuvieron complicaciones y que en algún momento de su embarazo recibieron masaje abdominal.

## 8. DISCUSIÓN

La atención del parto con pertinencia cultural constituye un aspecto muy importante que contribuye a la disminución de la mortalidad materno-fetal (11). El reconocer a la mujer como actor principal en el proceso de su parto es indispensable a la hora de brindarle la mejor atención, haciendo de ello una experiencia positiva que influya favorablemente en el futuro en el nacimiento de sus próximos hijos (12).

A lo largo de los años los conocimientos de los pueblos originarios se han ido transmitiendo a través de las distintas generaciones en varios aspectos, incluido el obstétrico, con los cuidados de la embarazada, durante todo el proceso de su gestación, parto y post parto; esto en base a que muchas veces las maternas pertenecían a comunidades de difícil acceso y con el apoyo de las parteras conseguían traer a su bebé al mundo, apoyadas en el máximo cuidado que ellas les puedan brindar (12).

Según Sudhinaraset M., y colaboradores., (23) las prácticas culturales se expresan por la libre posición que tuvieron las maternas al momento de su parto.

Karanja S., y colaboradores., (24) en su publicación relatan que la paridad alta se relaciona con la disminución de utilización de servicios de salud por parte de las maternas, aludiendo que no se les permite libre expresión al momento de su parto (incluyendo libre posición, respeto, y actitudes del personal de salud hacia la materna), de esta manera relatando en el artículo que de las mujeres incluidas en el estudio solo el 39% de las multíparas decidieron acudir a un centro médico para recibir atención, en tanto que el 61% restante decidió recibir a su bebé en casa, en donde se lleve a cabo con total libertad las prácticas de acuerdo a su cultura, y también teniendo ya experiencia previa de parto las mujeres expresan muchas veces su inconformidad con la prestación de servicios médicos, un punto más que se suma para la decisión final de la materna de recibir a su bebé en un ambiente más familiar.

Byrne A., y colaboradores., (25) relatan en su estudio que la mortalidad materna y neonatal obedece a dos razones, la falta de parteras capacitadas en las comunidades de difícil acceso y el aumento de partos con parteras tradicionales, aludiendo que a pesar de las campañas realizadas solo el 10% de las maternas de las comunidades pastoras son entregada a las parteras capacitadas, mientras que el resto continúa acudiendo a las parteras tradicionales.

Lo mencionado por muchas veces maltrato que perciben las maternas por las parteras capacitadas, es que prefieren ser atendidas por las parteras tradicionales, aunque también mencionan que este último grupo no puede sobrellevar las complicaciones obstétricas de manera adecuadas (25).

Las prácticas de las parteras tradicionales, se basan en conocimientos adquiridos desde generaciones anteriores, la utilización de hierbas medicinales y la mediación entre la materna, el trabajo de parto y el ambiente familiar, las prácticas se llevan a cabo durante todo el embarazo, con el objetivo de que el nacimiento sea exitoso, sin complicaciones, el estudio relata que las partera tradicional realizan acciones para evitar que el bebé “crezca mucho” ya que será dificultoso el nacimiento haciendo necesario referir a la madre a un centro médico, además del masaje abdominal para “acomodar al bebé” para el parto (25).

Byrne A., y colaboradores., (25) en su estudio expresan que el 68,1% del total de participantes tuvo su parto con parteras tradicionales en donde se ejercían las prácticas culturales propias de la comunidad. Las mujeres eligen esta atención por la confianza que tienen con las líderes comunitarias y la experiencia con las mismas en anteriores partos. Las principales prácticas culturales son: durante el embarazo: “evitar que él bebé crezca demasiado porque no va a poder nacer”, “acomodar al bebé” durante el parto: “recibir al bebé”, “consolar a la madre mientras da a luz”, “dar de beber agua”, “permitir la libre posición de parto” en el postparto: “protección del frío”, “asegurar la salida de la placenta”, “control del régimen alimentario de la madre”.

Según el estudio de Mosley P., y colaboradores., (26) expresa un 60,8% de pacientes que tuvieron su parto en casa ligado a prácticas culturales, aunque el porcentaje restante lo tuvo en casas de salud, el total de participantes del estudio refirió, que se les brindó una atención respetuosa en donde ejercieron totalmente su autonomía, en relaciona las acciones realizadas durante su parto. Las prácticas culturales incluyen: en el embarazo: “masajear a la madre”, a los 7 meses “agua de hierbas que le hagan vomitar”, “dejar de hacer tareas pesadas”, durante el parto: “recibir al bebé”, “sacar la placenta”, “preparación de la mantequilla para el bebé”, que ayude a digerir mejor el calostro, “almacenamiento de leña”, y “preparación de la carne”, para la preparación de los alimentos cuando la madre de a luz (en el postparto).

Para Kawaguchi Y., y colaboradores., (27) la decisión del 43% de las participantes que refieren haber tenido un parto en casa es su premisa de que “el parto es fácil”, siendo la población predominante las multíparas, mientras que el porcentaje restante lo prefiere en casas de salud por miedo las complicaciones que se pudiesen llegar a presentar y la falta de seguridad que perciben al dar a luz en casa.

Roney E., y colaboradores., (28) relata mientras más alto sea el nivel de escolaridad y económico de la materna más posibilidades hay de que su parto se lleve a cabo en instalaciones médicas, esto porque las maternas se centran más en vigilar las señales de peligro del neonato, durante las primeras horas del nacimiento, con el enfoque de que todo marche bien con su bebé.

Oluoch-Aridi J., y colaboradores., (29) revelan que el 20% de las mujeres incluidas en su estudio percibieron falta de respeto por sus proveedores de atención al momento de su parto.

Oluoch-Aridi J., y colaboradores., (30) expresa en su estudio que, el 74% de las participantes tuvo un embarazo planificado, con al menos 4 controles prenatales y habían planificado tener su parto en un centro de salud; en contraste, el 26% restante no tenía planificada su plan de parto, mismas que eligieron el lugar de parto al momento del mismo recayendo en mayor medida en su domicilio. Del primer grupo las mujeres más jóvenes eligieron este tipo de parto por la higiene de las instalaciones médicas, las mujeres con experiencia de parto lo decidieron así debido a la percepción de una disponibilidad buena de implementos médicos. Así mismo influyo mucho la actitud formal y respetuosa de los trabajadores de la salud.

Según Gardiner., y colaboradores., (31) Perú es uno de los países con mayor mortalidad materna, que oscila alrededor de un 30%, lo que contrasta con un porcentaje casi similar de partos domiciliarios (31,8%) que se dan en la mayor parte en zonas rurales y amazónicas del país. En el estudio se presentó un 24% de partos domiciliarios en la zona rural amazónica de Loreto. Se destaca que al igual que en el estudio realizado en Laos el parto en casa es elegido muchas veces por miedo al trato por parte del personal de salud, y la elección de parto en casas de salud está dado por el miedo a las complicaciones y por las creencias locales. En este caso las creencias más predominantes es que las mujeres que asisten a centros de salud son “cortadas”. Además, también se refieren como en estudios ya mencionados que existe un

mal trato por parte del personal hacia las maternas quienes mantienen un modelo de atención medicalizado olvidándose de la mujer como persona.

El estudio de Marsland H., y colaboradores., (32) muestra resultados similares al anterior mencionado, en el mismo sitio de la Amazonía Peruana, Loreto, en donde según los datos extraídos se dice que el 5,4% de las mujeres no acceden a atención prenatal durante su gestación, y de aquellas que si recibieron la misma solamente el 83,5% fue atendida por personal calificado. Además, se menciona que en Loreto los partos atendidos por parteras calificadas alcanzan solamente el 65,5% dejando un 35% de partos que son atendidos por parteras tradicionales, lo cual concuerda con el estudio de Gardiner E., y colaboradores., (31) quien revela una cifra similar; esta cifra es menor a comparación de otros estudios realizados en Zimbabwe y Uganda en donde se revela que alrededor del 70% de las maternas son atendidas por parteras capacitadas.

Lo dicho podríamos basarlo en la premisa de que Loreto se encuentra en la profundidad de la Amazonía Peruana lo que lo convierte en un lugar de difícil acceso y con prácticas culturales únicas. Además, el estudio revela también que la decisión de las mujeres de acudir a unidades médicas es por el temor de ser atendidas por profesionales de género masculino que concuerda con estudios realizados en Arabia Saudita, igualmente en regiones remotas en donde las mujeres prefieren el parto en casa, bajo el cuidado de la partera tradicional (32).

En Ghana el estudio realizado por Adatara P., y colaboradores., (33) indica que, el 56,2% de los partos según estadísticas es atendido por parteras calificadas, mientras que el 40% restante es atendido mediante parteras tradicionales, que al igual que en Perú como se mencionó en anteriores párrafos, el porcentaje de mujeres atendidas mediante partería tradicional se relaciona con el porcentaje de muerte materna.

Atukunda E., y colaboradores., (34) realizó un estudio con 2 grupo de mujeres quienes la mitad tuvo parto domiciliario y la otra mitad tuvo su parto en instalaciones médicas. Del grupo perteneciente al parto domiciliario, el 30% de las participantes reveló que les gustaría tener a su bebé casa, el 6,7% refirió que su parto en casa fue accidental, no planificado, el 13% mencionó que no lo volvería a hacer, revelando en las entrevistas que mayoritariamente

es por el miedo a que se presente alguna complicación que ponga en riesgo su vida, al igual que lo menciona Gardiner E., y colaboradores., (31) en su estudio en Perú.

Para Andrianantoandro V., y colaboradores., (35) las prácticas culturales al igual que describen Byrne A., y colaboradores., (25) y Mosley P., y colaboradores., (26) la práctica cultural más común constituye el masaje abdominal para “acomodar el bebé”, aunque aquí también se menciona que son para disminuir la fatiga de las maternas, y el dolor de espalda durante el embarazo, lo que ayuda a las mujeres a realizar actividades diarias.

Además, a través del masaje la partera tradicional puede determinar el tamaño del bebé para, si este es muy grande recomendarle a la madre que asiste a un centro médico al momento de su parto, ya que esta es la principal barrera que encuentran las parteras tradicionales al momento de recibir un bebé, que este no pueda salir por el canal del parto de una manera “fácil”, es por ello que como los autores mencionados anteriormente también encontraron en sus estudios que “el feto debe ser pequeño” para que pueda salir sin complicaciones. Además, en la región de Madagascar la población aún considera el acudir a la brujería, para realizar limpias y protegerse de las maldiciones, actos que más que prácticas culturales son producto de las creencias locales, a las cuales acuden mujeres que han tenido abortos previos (35).

En Ecuador como lo mencionó Matute S., y colaboradores., (36) el 19,4% de maternas de etnia indígena y mestiza pertenecientes a la región de Otavalo optan por parto intercultural. El nacimiento culturalmente adecuado y el occidental tiene cifras similares en mujeres de etnia kichwua con un 42,2% y 57,8% respectivamente, mientras que el parto occidental predomina en la población mestiza.

La implementación de la estrategia de un parto respetuoso y culturalmente aceptado en 2008 por la constitución de la República del Ecuador ayudó a disminuir de una manera drástica la muerte materna y neonatal en la región de Otavalo. En este estudio lo que destaca es la posición adoptada por las pacientes al momento de su parto en donde, de las pacientes que optaron por el parto culturalmente adecuado el 49,7% eligió la posición de cuclillas, seguida de rodillas con un 46,7%, y ocupando el último lugar la posición sentada con un 3,5% (36).

La implementación de la estrategia de un parto culturalmente adecuado ha sido aceptada de una manera satisfactoria lo que se revela en las cifras, así en Otavalo en los años 2014, 2015

y 2016 el número de partos que se recibieron mediante estrategia fue de 261 a 198 y 200 en la población indígena y 39, 21 y 99 en la población de autoidentificación mestiza (36).

Lo mencionado obedece que gracias la estrategia planteada por el gobierno la cobertura de salud hacia la población indígena es mucho mayor en Ecuador que en otros países de América Latina como México y Perú, ya que como mencionamos anteriormente en los estudios de dicho país, en Perú la muerte materna y la presencia de complicaciones aun es elevada por el afán de las maternas de no acudir a unidades médicas y confiar únicamente en la partera tradicional (36).

Preis H., y colaboradores., (37) en su estudio realizado en Israel, evidencia al parto como un proceso natural y seguro, y que cuando este se vuelve medicalizado es mucho más riesgoso para la mujer ya que se implementan acciones invasivas, como el uso de analgesia, y el “corte” del parto por cesárea. Las creencias y costumbres relacionadas con la maternidad están estrechamente vinculadas con las percepciones en relación al miedo al parto y la experiencia que abarca todo este proceso. De esta manera las mujeres que se encuentran en la fase de su primer parto, lo ven más como un proceso natural que medicalizado, a comparación en aquellas que ya han tenido anteriores partos se va sembrando la premisa de que el parto es un proceso medicalizado, ya que al tener varios partos experimentan varias vivencias que las llevan a recabar en la complejidad de la experiencia del parto, prestando atención a las realidades tanto subjetiva como objetiva, y diferenciando así entre las dos creencias planteadas.

En el estudio de Melesse MF., y colaboradores., (22) el porcentaje de parto domiciliario (32,3%) es similar a los resultados que evidencian estudios en la localidad de Meshenti, Etiopía (31,1%) y Sierra Leona (29,7%); lo dicho contrasta con las cifras del suroeste de Etiopía con un 38,3%. esta diferencia puede deberse, aunque en el mismo país cuenta con una gran diferencia de cultura, civilización y economía, entre los pobladores al norte y sur del país. La práctica cultural que predomina es: el tabú nutricional con un 19,2%, el masaje abdominal en un 9,1%; así el masaje abdominal”, y el “beber líquidos” según el presente artículo, el primer aspecto conlleva complicaciones en el embarazo y parto.

Abebe H., y colaboradores., (38) relatan que en Etiopía las prácticas se dan en alrededor del 37% al 85% de los casos, por la razón de como ya menciono en párrafos anteriores, este es un país de bajos recursos económicos en donde la población rural difícilmente accede a los servicios de salud. Las prácticas en esta publicación se describen como “dañinas” y las más comunes incluyen los tabúes alimentarios (restricción de alimentos), masaje abdominal, evitar que el recién nacido tome el calostro de la madre, y en su lugar darle mantequilla, además del corte del cordón umbilical con objetos caseros afilados sin esterilidad.

Estas prácticas culturales dañinas se asocian a un bajo nivel económico y educativo de las maternas, así como la edad, ya que mientras más jóvenes son las madres, tienen miedo de acceder a un servicio médico (38).

En el presente estudio el 71,4% de las participantes revela haber tenido prácticas culturales durante su gestación, aunque en este caso el artículo las detalla como nocivas; las prácticas culturales concuerdan con las ya mencionadas en anteriores párrafos, en donde se incluye los tabúes alimentarios (44,3%,) el masaje abdominal (24,7%) con mantequilla para facilitar el parto. Al momento del parto el corte del cordón se dio con un “cuchillo sucio” (44,6%), y el atado del cordón se dio con un hilo sucio (42,1%). En el postparto el 35,4% de las participantes recibieron alimentos como miel, mantequilla, agua y azúcar antes de dar de lactar por primera vez a su bebé. El calostro fue descartado en un 31,7%; el 29,1% de recién nacidos no recibieron lactancia materna hasta después de la primera hora de nacido. Además, en relación al baño del bebé, el 39% mencionó que lo hizo luego del primer día de nacido (38).

Gurung R., y colaboradores., (39) describen en su publicación lo que comprende una “atención materna y neonatal respetuosa”, siendo que esto conforma la base para una experiencia de parto positiva, lo cual según la literatura se da en más del 90% de los partos atendidos en casas de salud. Aunque al valorar la variable de contacto piel a piel, solamente 17% dio una respuesta positiva, sin embargo, el 99,9% expresó que el examen físico de su recién nacido se realizó ante la presencia de la madre, lo cual se suma a los puntos que aportan hacia una experiencia positiva de parto. En cuanto a la atención irrespetuosa que se vio en el artículo las maternas concuerdan en que el contacto piel a piel forma parte importante de una buena atención.

Bawadi H., y colaboradores., (38) expresan las prácticas de la población jordana en el ámbito obstétrico, recalando de esta manera que en todas las culturas existen prácticas de cuidado y aquello que para uno puede parecer importante para otra cultura no tiene significancia alguna. De ahí la importancia de conocer el ámbito cultural y la cosmovisión de la población en la cual uno se encuentra incluido para llevar a cabo las prácticas culturalmente aceptadas, que no dañen a las pacientes y mejoren en lo más posible su experiencia de parto.

Las complicaciones obstétricas constituyen un causa de alta mortalidad en países sub desarrollados, con cifras realmente importantes , muchas veces dada por las malas prácticas de cuidado y atención la materna (38).

En el ámbito obstétrico, según redacta Abebe H., y colaboradores., (38) a pesar de que el porcentaje de mortalidad materno fetal ha ido disminuyendo en un 38% durante las dos últimas décadas, aun los dos tercios de muerte materna ocurren en el África Subsahariana con datos de que día a día una cifra de alrededor de 810 mujeres fallece por complicaciones del embarazo y parto en todo el mundo, y de esta cifra el 86% ocurre en el África Subsahariana y Asia. Existen muchos factores que contribuyen a este problema de salud mundial entre lo cual se incluye las malas prácticas culturales durante la gestación, parto y puerperio. Por lo anterior la literatura menciona que, al menos el 15% del total de muerte materna se da por la mala práctica cultural en aquellos países de bajos ingresos.

Así, en Etiopía se evidencia un porcentaje de malas prácticas culturales que conllevan a complicaciones en el embarazo y parto lo cual pone en riesgo la salud y vida materna (38).

Lo descrito por Andrianantoandro V., y colaboradores., (35) relata que la mortalidad materna más alta se remota a la África Subsahariana que abarca alrededor del 80% de las muertes maternas según la OMS en un censo realizado en 2017.

En Ecuador la muerte materna se ubica en 43 por cada 100000 nacidos vivos una cifra baja, si la comparamos con las publicaciones respecto a la África Subsahariana, esto ha mejorado con el pasar de los años gracias a la estrategia planteada por el gobierno de la República Ecuatoriana ayudando a que la población indígena que forma una gran parte de la sociedad ecuatoriana acceda sin barreras a los servicios de salud (36).

Byrne A., y colaboradores., (25) expresa según su estudio que el conocimiento de las parteras relata que la lactancia inmediata ayuda reducir la frecuencia de hemorragia post parto por lo cual, dentro de las prácticas se realiza apego inmediato del bebé a su madre para que lo amamante, además de prescribir hierbas medicinales y alimentos que incluyan grasa animal. Otra de las complicaciones es la retención placentaria para lo cual las parteras ofrecen grandes cantidades de agua a la materna para que beba y se induzca el vómito, con la premisa de que con ese esfuerzo se va a ayudar a la expulsión completa de la placenta, la presentación de nalgas también está considerada como una complicación para la atención del parto cultural con partera en el domicilio por la razón de que la partera no puede lidiar con esta situación y se hace necesario refiere a la madre a un centro de mayor complejidad que le de atención en el parto.

Según Adatara P., y colaboradores., (33) en Ghana alrededor del 15% de las maternas desarrollan complicaciones obstétricas durante el transcurso de su embarazo y parto, lo que muchas veces deriva en muerte materna.

Atukunda EC., y colaboradores., (34) relata que a pesar de que el 15 al 20 % de partos requieren atención de emergencia, aun hoy en día el 30% de mujeres en Uganda, es atendida por las parteras tradicionales, bajo el riesgo de que no se puedan solucionar de manera oportuna las complicaciones que requieren atención de mayor complejidad.

A comparación con lo ya mencionado, Andrianantoandro V., y colaboradores., (35) redacta que en Madagascar, las principales causas de muerte materna son la ausencia de atención medica durante la gestación y la presencia de complicaciones obstétricas, así en 2018 se vio mediante un censo que más de la mitad de mujeres de Madagascar recibieron a su hijo bajo la atención y cuidados únicamente de la partera tradicional quien fue el ser que le brindó asesoría durante su gestación, parto y post parto.

Melesse MF., y colaboradores., (22) en su estudio, el 9,1% de pacientes presentó complicaciones durante su embarazo el cual se relacionó mayormente con el masaje abdominal (n=42) en comparación con a que las que no se lo realizaron (n=35).

Adicionalmente en nuestro medio, aunque no se dispone de una fuente oficial de información que brinde las estadísticas actuales, lo más cercano nuestro medio en el Ecuador, específicamente en el Cantón Nabón, perteneciente a la provincia del Azuay, el centro de salud tipo C “Nabón”, ha implementado la atención de un parto culturalmente adecuado , con lo que ha logrado ampliar la cobertura hacia las comunidades indígenas, las cuales forman gran parte de la población del cantón, expresándose lo descrito en el anexo 4, información obtenida de datos estadísticos brindados por cortesía del establecimiento de salud (ver anexo 4).

## **9. LIMITACIONES**

Las limitaciones que se encontraron en la realización de la presente revisión bibliográfica fueron los escasos artículos científicos que se encontraron en relación al tema en estudio

## **10. IMPLICACIONES**

El conocer sobre el parto con pertinencia cultural, sus características y la gran diversidad de elementos que aborda este tema, ayudará a prevenir las complicaciones y muerte materno-fetal relacionadas con las malas prácticas al momento del parto, cuando la mujer, por falta de información es parte de las consecuencias que puede llegarse a presentar al no recibir atención calificada. En relación al tema, en el área de la salud es necesario el realizarse más investigaciones sobre el tema, que represente la realidad en las mujeres ecuatorianas

## **11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **11.1. Conclusiones**

El parto con pertinencia cultural implica una amplia variedad de conceptos que contrastan en gran medida con los conocimientos ancestrales pertenecientes a las culturas aborígenes de las distintas comunidades de nuestro país, de donde se puede obtener una variedad muy amplia de saberes que ayudan a fortalecer el conocimiento sobre los beneficios de los servicios de salud maternos. Al reconocer y de igual manera apreciar las creencias y cosmovisión de la localidad el proveedor de la salud se encuentra posicionado para brindar una atención culturalmente adecuada a la materna. En lugar de reducir la experiencia de parto a un aspecto meramente medicalizado y mecánico los proveedores de salud deben respetar, comprender y de igual manera integrar las interpretaciones culturales sobre el parto y nacimiento, así como las necesidades de la mujer y su entorno familiar.

### **11.2. Recomendaciones**

El estudio del parto con pertinencia cultural requiere de una búsqueda más profunda de conocimientos y saberes ancestrales que ayuden a la práctica de la medicina moderna, en un ambiente en el cual los conocimientos ancestrales sean el complemento de la atención médica centrada en la mujer, para que con ello sea abarque la mayor cantidad de población materna, evitando en la mayor medida posible la mortalidad materno fetal.

Es importante un estudio en nuestro medio, en el cual tenemos una gran diversidad de etnias, en donde en cada una se encuentran plasmados los distintos conocimientos que se transmiten de generación en generación a través del tiempo, en relación al parto, de esta manera abarcando un mayor conocimiento sobre las necesidades de nuestras maternas para con ello poder brindarles la mejor atención, con los mejores beneficios, para su persona y sus bebés.

Esta problemática, además conviene ser analizada en un contexto integral, para de esta manera plantear una propuesta educativa, para el primer nivel de atención, y así beneficiarnos a nosotros como profesionales y a nuestras maternas.

## 12. BIBLIOGRAFIA

1. Muñoz C, Contreras Y, Manríquez C. Vivencias de mujeres con asistencia de parto personalizado. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2018;83(6):586-95.
2. Blázquez D. El parto domiciliario a debate. *An Pediatría.* 2015;83(2):144-5.
3. Ortega E, Cairós L, Clemente J, Rojas C, Pérez A. Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa. 2017;11(1):0-0.
4. Pozo S, Fuentes G, Calderón L. Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado. *Guía Téc Para Aten Parto Cult Adecuado.* 2018;1-63.
5. García A, Cortina C, Pabón Y, Brito K, Freyle Y, García A, et al. La partería tradicional. *Rev Cuba Enferm.* 2018;34(2).
6. Guerra L. Numbers that Matter: Right to Health and Peruvian Maternal Strategies. *Med Anthropol.* 2019;38(6):478-92.
7. Díaz T. Reflexiones filosóficas y epistemológicas sobre el cuidado transcultural. *Educ Comun Rev Investig Fac Humanidades.* 2018;6(2):56-62.
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Por un parto culturalmente adecuado: un derecho de las mujeres y de los recién nacidos. Ecuador; 2011. 1-12.
9. González E. Parto humanizado: Percepción del acompañante en un Instituto Especializado de Lima. *Rev Int Salud Materno Fetal.* 2018;3(4):17-22.
10. Paricio del Castillo R, Polo C. Maternidad e identidad materna: deconstrucción terapéutica de narrativas. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 2020;40(138):33-54.
11. Margarita A, Jiménez Y, Ávila J. El proceso de parto cultural, una necesidad. *Cult Cuid.* 2018;15(1):23-37.
12. Dietz G. Interculturalidad: una aproximación antropológica. *Perfiles Educ.* 2017;39(156):192-207.
13. Jiménez G, Peña Y. Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado. Medellín, Colombia. *Rev Univ Ind Santander Salud.* 2018;50(4):320-7.
14. Montero L. El parto y el nacimiento en la modernidad. Una visión con perspectiva de género desde la enfermería obstétrica. *Comunidad Salud.* junio de 2017;15(1):42-52.
15. Tavera M. La atención primaria de salud y la salud materno infantil. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2018;64(3):383-92.

16. Hoyos L, Muñoz De Rodríguez L. Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2019;21(1):17-21.
17. Borges L, Sánchez R, Domínguez R, Sixto A. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. 2018;44(3):1-12.
18. Londoño V, Castiblanco J, Acosta M, Astudillo N. Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura. *Investig En Enferm Imagen Desarro*. 2018;20(1).
19. García Y, Anaya J, Acosta M, Álvarez M, López A, Vasquez T. Satisfacción de las mujeres atendidas con el parto culturalmente adecuado en Loreto, Orellana (2016). *Rev Cuba Obstet Ginecol*. 2016;42(4):485-92.
20. Vázquez M, Gómez J, Fernández F, Brieba P, Vázquez M, Rodríguez L. Asistencia al parto inminente extrahospitalario. Actuaciones durante este proceso y cuidados a la madre y al recién nacido. *Rev Esp Salud Pública*. 2020;92:20.
21. Marrón M. Mortalidad materna: un enfoque histórico. *Rev Mex Anesthesiol*. 2018;41(1):59-63.
22. Melesse M, Bitewa Y, Dessie K, Wondim D, Bereka T. Cultural malpractices during labor/delivery and associated factors among women who had at least one history of delivery in selected Zones of Amhara region, North West Ethiopia: community based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):504.
23. Sudhinaraset M, Giessler K, Golub G, Afulani P. Providers and women's perspectives on person-centered maternity care: a mixed methods study in Kenya. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):83.
24. Karanja S, Gichuki R, Igunza P, Muhula S, Ofware P, Lesiamon J, et al. Factors influencing deliveries at health facilities in a rural Maasai Community in Magadi sub-County, Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):5.
25. Byrne A, Caulfield T, Onyo P, Nyagero J, Morgan A, Nduba J, et al. Community and provider perceptions of traditional and skilled birth attendants providing maternal health care for pastoralist communities in Kenya: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):43.
26. Mosley P, Saruni K, Lenga B. Factors influencing adoption of facility-assisted delivery - a qualitative study of women and other stakeholders in a Maasai community in Ngorongoro District, Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):100.
27. Kawaguchi Y, Sayed A, Shafi A, Kounnavong S, Pongvongsa T, Lasaphonh A, et al. Factors affecting the choice of delivery place in a rural area in Laos: A qualitative analysis. *PloS One*. 2021;16(8):25.

28. Roney E, Morgan C, Gatungu D, Mwaura P, Mwambeo H, Natecho A, et al. Men's and women's knowledge of danger signs relevant to postnatal and neonatal care-seeking: A cross sectional study from Bungoma County, Kenya. *PLOS ONE*. 2021;16(5):25.
29. Oluoch J, Adam M, Wafula F, Kokwaro G. Understanding what women want: eliciting preference for delivery health facility in a rural subcounty in Kenya, a discrete choice experiment. *BMJ Open*.2020;10(12):38.
30. Oluoch J, Adam M, Wafula F, Kokwaro G. Eliciting women's preferences for place of child birth at a peri-urban setting in Nairobi, Kenya: A discrete choice experiment. *PloS One*. 2020;15(12):24.
31. Gardiner E, Lai J, Khanna D, Meza G, Wildt G de, Taylor B. Exploring women's decisions of where to give birth in the Peruvian Amazon; why do women continue to give birth at home? A qualitative study. *PLOS ONE*. 2021;16(9):25.
32. Marsland H, Meza G, de Wildt G, Jones L. A qualitative exploration of women's experiences of antenatal and intrapartum care: The need for a woman-centred approach in the Peruvian Amazon. *PloS One*. 2019;14(1):20.
33. Adataro P, Strumpher J, Ricks E. Exploring the reasons why women prefer to give birth at home in rural northern Ghana: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):500.
34. Atukunda E, Mugenyi G, Obua C, Musiimenta A, Najjuma J, Agaba E, et al. When Women Deliver at Home Without a Skilled Birth Attendant: A Qualitative Study on the Role of Health Care Systems in the Increasing Home Births Among Rural Women in Southwestern Uganda. *Int J Womens Health*. 2020;12:423-34.
35. Andrianantoandro V, Pourette D, Rakotomalala O, Ramaroson H, Ratovoson R, Rakotoarimanana F. Factors influencing maternal healthcare seeking in a highland region of Madagascar: a mixed methods analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):428.
36. Matute S, Martinez E, Donadi E. Intercultural Childbirth: Impact on the Maternal Health of the Ecuadorian Kichwa and Mestizo People of the Otavalo Region. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet*. 2021;43(1):14-9.
37. Preis H, Pardo J, Peled Y, Benyamini Y. Changes in the basic birth beliefs following the first birth experience: Self-fulfilling prophecies? *PLOS ONE*. 2018;13(11):20.
38. Abebe H, Beyene G, Mulat B. Harmful cultural practices during perinatal period and associated factors among women of childbearing age in Southern Ethiopia: Community based cross-sectional study. *PLOS ONE*. 2021;16(7):25.
39. Gurung R, Ruysen H, Sunny A, Day L, Penn L, Målqvist M, et al. Respectful maternal and newborn care: measurement in one EN-BIRTH study hospital in Nepal. *BMC Pregnancy Childbirth*.2021;21(Suppl 1):228.

40. Araújo B, Trezza M, Santos R, Oliveira L, Pinto L. Entre ritos y contextos: Resoluciones y significados atribuidos al parto natural humanizado. *Cult Los Cuid.*2019;23(54):206-16.
41. Pijl M, Kasperink M, Hollander M, Verhoeven C, Kingma E, Jonge A. Client-care provider interaction during labour and birth as experienced by women: Respect, communication, confidentiality and autonomy. *PLOS ONE.* 2021;16(2):24.
42. Bulto G, Demissie D, Tulu A. Respectful maternity care during labor and childbirth and associated factors among women who gave birth at health institutions in the West Shewa zone, Oromia region, Central Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):443.
43. Kisiangani I, Elmi M, Bakibinga P, Mohamed SF, Kisia L, Kibe P, et al. Persistent barriers to the use of maternal, newborn and child health services in Garissa sub-county, Kenya: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.*2020;20(1):277.
44. Naanyu V, Mujumdar V, Ahearn C, McConnell M, Cohen J. Why do women deliver where they had not planned to go? A qualitative study from peri-urban Nairobi Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):30.
45. Bawadi H, Al-Hamdan Z. The cultural beliefs of Jordanian women during childbearing: implications for nursing care. *Int Nurs Rev.* 2017;64(2):187-94.

### 13. GLOSARIO

1. **Calostro:** Líquido de color amarillento claro que segregan las glándulas mamarias de la mujer unos meses antes y unos días después del parto, hasta que se produce la subida de la leche; se caracteriza por ser rico en proteínas y sales minerales, con una escasa proporción de lactosa.
2. **Cosmovisión:** Manera de ver e interpretar el mundo.
3. **Comunidad:** Conjunto de personas que viven juntas bajo ciertas reglas o que tienen los mismos intereses.
4. **Creencia:** Conjunto de creencias, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.
5. **Cultura:** conjunto de conocimientos e ideas no especializados adquiridos gracias al desarrollo de las facultades intelectuales, mediante la lectura, el estudio y el trabajo.
6. **Indígena:** población originaria del territorio que habita.
7. **Interculturalidad:** relaciones de intercambio y comunicación igualitarias entre grupos culturales que difieren en atención a criterios como etnia, religión, lengua o nacionalidad, entre otros.
8. **Múltipara:** mujer que ha tenido más de un parto.
9. **Neonato:** también se denomina recién nacido. El período neonatal comprende las primeras 4 semanas de la vida de un bebé
10. **Parto:** Proceso por el que la mujer expulsa el feto y la placenta al final de la gestación; consta de tres fases: la fase de dilatación, la de expulsión y la placentaria o de alumbramiento
11. **Parto humanizado:** o parto respetado es una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños en el momento del nacimiento
12. **Partera:** Persona que tiene por oficio asistir a la mujer en el parto; antiguamente, este oficio era ejercido solo por mujeres basándose en la experiencia tradicional y actualmente requiere titulación específica.
13. **Primípara:** Mujer que se encuentra en su primer parto.

- 14. Tabú alimentario:** aquellos alimentos (carnes, pescados, vegetales o bebidas) que, por razones culturales o religiosas, no se consideran aceptables para el consumo y son por lo tanto, de un modo o de otro, tabú para algunas personas.
- 15. Tradición:** Costumbres, doctrinas, que se comunica, se transmite o se mantiene de generación en generación.

## 14. ANEXOS

### Anexo 1: Recursos materiales

DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Memoria flash 4GB	Unidad	1	15,00	15,00
Computadora	Unidad	1	400,00	400,00
Impresiones	Unidad	100	0,05	5,00
<b>TOTAL</b>				<b>420,00</b>

### Anexo 2: Cronograma

ACTIVIDADES	MESES: Septiembre 2020 - Noviembre 2021														
	SP	OC	NV	DC	EN	FB	MR	AB	MY	JN	JL	AG	SP	OC	NV
Revisión final del protocolo y aprobación	■	■	■	■											
Búsqueda, gestión y procesamiento de datos					■	■	■	■	■						
Recopilación de datos										■	■	■	■		
Análisis e interpretación de los datos													■		
Elaboración y presentación de la información														■	
Conclusiones y recomendaciones														■	
Elaboración del informe final															■
Presentación															■

### Anexo 3: Selección de artículos

Titulo	Autor, país, año	Diseño	Fuente de datos /Q1-Q4	Población de pacientes	Tamaño de la muestra	Resultados
"Vivencias de mujeres con asistencia de parto personalizado" (1).	Muñoz C, Contreras Y, Manríquez C., Chile, 2018	Estudio cualitativo	Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia Q4	Mujeres que recibieron atención personalizada de su parto en casa o maternidades de la provincia de Concepción	n=12	En promedio la edad fue de 30 años (24-34) 7 primíparas y 5 múltiparas En el análisis se reconoce que la asistencia de un parto personalizado es aquel que responde de manera particular a las necesidades de cada mujer, considerando al parto como un proceso fisiológico que debe ser intervenido solamente frente a complicaciones
"Entre ritos y contextos: Resoluciones y significados atribuidos al parto natural humanizado" (40).	Araújo B, Trezza M, Santos R, Oliveira L, Pinto L. Brasil, 2019	Estudio cualitativo y descriptivo	CULTURA DE LOS CUIDADOS Q1	Grupos de mujeres que desee o no el parto natural humanizado	n=14	La elección del parto humanizado en la mujer obedece a su percepción ante el Sistema de salud y el nivel de entendimiento sobre el proceso del embarazo y parto
"Client-care provider interaction during labour and birth as experienced by women: respect, communication, confidentiality and autonomy" (41).	Pijl M, Kasperink M, Hollander M, Verhoeven C, Kingma E, Jonge A Países Bajos 2021	-	PLOS ONE Q1	Mujeres que tuvieron su parto en una maternidad holandesa	n=767	La edad fue de 25- 40 años con mayor prevalencia de 30-35, 432 primíparas y 280 múltiparas La atención respetuosa de la autonomía de la mujer es importante para otorgar a la paciente una experiencia positiva en relación a la maternidad
"Respectful maternity care during labor and childbirth and associated factors among women who gave birth at health institutions in the West Shewa zone, Oromia region, Central Ethiopia" (42)	Bulto G, Demissie D, Tulu A. Etiopia, 2020	Estudio transversal	BMC Pregnancy Childbirth Q1	Mujeres que tuvieron su parto en casas de salud de West Shewa	n=567	La edad media de las participantes se ubica en 26,9 años El cuidado materno respetuoso es clave en su contribución a la disminución de la mortalidad y morbilidad materno fetal
"Providers and women's perspectives on person-centered maternity care: a mixed methods study in Kenya" (23)	Sudhinaraset M, Giessler K, Golub G, Afulani P.. Kenia, 2019	Estudio transversal	BMC Pregnancy Childbirth Q1	Mujeres que tuvieron su parto en casas de salud gubernamentales de Kenia	n=531	Se incluyeron mujeres de 15-49 años que dieron a luz en los últimos 7 días y tenían acceso a teléfono celular La atención centrada en la persona es un punto importante en el marco de una atención medica respetuosa.
"Persistent barriers to the use of maternal, newborn and child health services in Garissa sub-county, Kenya: a qualitative study" (43).	Kisiangani I, Elmi M, Bakibinga P, Mohamed SF, Kisia L, Kibe P, et al. Kenia, 2020	Investigacion exploratoria cualitativa	BMC Pregnancy Childbirth Q1	Mujeres en edad reproductiva con experiencia de parto en establecimientos de salud del subcondado de Garissa	n=53	Mujeres con experiencia de parto en el periodo de intervención. Las actitudes de los servicios de salud materno y neonatal aseguran una buena calidad de atención.
"Factors influencing deliveries at health facilities in a rural Maasai Community in Magadi sub-County, Kenya" (24).	Karanja S, Gichuki R, Igunza P, Muhula S, Ofware P, Lesiamon J, et al. Kenia, 2018	Estudio transversal	BMC Pregnancy Childbirth Q1	Mujeres que tuvieron su parto en los últimos 24 meses previo el estudio	n=200	Un nivel socioeconómico alto, vivir cerca de un servicio de salud, son datos que resaltan como positivos al momento de la experiencia de parto.
"Community and provider perceptions of traditional and skilled birth attendants providing maternal health care for pastoralist communities in Kenya: a qualitative study" (25).	Byrne A, Caulfield T, Onyo P, Nyagero J, Morgan A, Nduba J, et al. Kenia, 2016	Estudio cualitativo	BMC Pregnancy Childbirth Q1	-	n=116	La colaboración de la partera capacitada en los cuidados del embarazo y la atención del parto evidencia buenos resultados obstétricos
"Factors influencing adoption of facility-assisted delivery - a qualitative study of women and other stakeholders in a Maasai community in Ngorongoro District, Tanzania" (26).	Mosley P, Saruni K, Lenga B.Tanzania, 2020	Estudio cualitativo	BMC Pregnancy Childbirth Q1	Mujeres embarazadas y/o paridas del barrio de Nainokanoka, con experiencia de parto en los últimos 5 años.	n=23	La educación de la madre constituye una buena estrategia para la elección de su lugar y plan de parto.
"Factors affecting the choice of delivery place in a rural area in Laos: A qualitative analysis" (27).	Kawaguchi Y, Sayed A, Shafi A, Kounnavong S, Pongvongsa T, Lasaphonh A, et al. Laos,2021	Estudio cualitativo	PLOS ONE Q1	Mujeres con experiencia de parto en los últimos 12 meses previo al estudio	n=16	Un plan de parto, la confianza en las parteras y el respeto por las referencias culturales de la materna afectan positiva, ante en la experiencia de parto.
"Men's and women's knowledge of danger signs relevant to postnatal and neonatal care-seeking: A cross sectional study from Bungoma County, Kenya" (28)	Roney E, Morgan C, Gatungu D, Mwaura P, Mwanbeo H, Natecho A, et al Kenia, 2021	Estudio transversal	PLOS ONE Q1	Mujeres que dieron a luz en el último año previo al estudio.	n=348	Los factores determinantes de la práctica y conocimientos culturales en las mujeres, se relacionan con la edad, numero de embarazo y nivel socioeconómico.
"Understanding what women want: eliciting	Oluoch J, Adam M, Wafula F, Kokwaro G.	Experimento de elección discreta	BMJ OPEN Q1	Mujeres con experiencia de parto	n=466	La edad media de las participantes fue de 26 años, 38% primíparas.

Titulo	Autor, país, año	Diseño	Fuente de datos /Q1-Q4	Población de pacientes	Tamaño de la muestra	Resultados
preference for delivery health facility in a rural subcounty in Kenya, a discrete choice experiment" (29)	Kenia, 2020			durante 6 semanas del desarrollo de la investigación.		La experiencia de parto positiva se relaciona con la calidad de atención recibida y el estato de las instalaciones de atención.
"Eliciting women's preferences for place of child birth at a peri-urban setting in Nairobi, Kenya: A discrete choice experiment" (30)	Oluoch J, Adam M, Wafula F, Kokwaro G. Kenya, 2020	Experimento de elección discreta	PLOS ONE Q1	Mujeres en edad reproductiva (18-49 años) que habían dado a luz en los últimos 5 años.	n=411	La calidad de atención es uno de los factores que influyen para un parto exitoso y contribuye a la reducción de la mortalidad materno fetal.
"Why do women deliver where they had not planned to go? A qualitative study from peri-urban Nairobi Kenya (44)	Naanyu V, Mujumdar V, Ahearn C, McConnell M, Cohen J. Kenya, 2020	Estudio cualitativo	BMC Pregnancy Childbirth Q1	Mujeres en periodo postparto de 2 a seis meses.	n=60	El asesoramiento y plan de parto fomenta el acudir oportunamente al centro de atención de parto de acuerdo a las preferencias de la paciente.
"Exploring women's decisions of where to give birth in the Peruvian Amazon; why do women continue to give birth at home? A qualitative study" (31).	Gardiner E, Lai J, Khanna D, Meza G, Wildt G de, Taylor B. Perú 2019	Estudio cualitativo	PLOS ONE Q1	Mujeres postnatales (18 meses) residentes en la provincia de Loreto, Perú	n=25	A pesar de la atención obstétrica gratuita aún existen barreras que impiden a las maternas el acceder a los servicios de salud, el minimizar estas barreras es fundamental para que los resultados maternos y neonatales sean mejores
"A qualitative exploration of women's experiences of antenatal and intrapartum care: The need for a woman-centred approach in the Peruvian Amazon" (32).	Marsland H, Meza G, de Wildt G, Jones L. Perú, 2019	Estudio cualitativo	PLOS ONE Q1	Mujeres que habían dado a luz en los últimos 6 meses residentes en Iquitos, Perú	n=20	La atención centrada en la mujer implica una buena actitud, respeto hacia las decisiones de la paciente como principal interprete de su parto.
"Exploring the reasons why women prefer to give birth at home in rural northern Ghana: a qualitative study"(33)	Adataro P, Strumpher J, Ricks E. Ghana, 2020	Estudio cualitativo	BMC Pregnancy Childbirth Q1	Mujeres que dieron a luz en los últimos 6 meses atendidas por parteras tradicionales en zonas rurales del distrito de Bongo, Ghana	n=10	La gestión de los establecimientos de salud para mejorar el acceso de las mujeres rurales, y presencia de parteras capacitadas constituye un progreso en la calidad de servicios médicos.
"When Women Deliver at Home Without a Skilled Birth Attendant: A Qualitative Study on the Role of Health Care Systems in the Increasing Home Births Among Rural Women in Southwestern Uganda" (34)	Atukunda E, Mugenyi G, Obua C, Musiimenta A, Najjuma J, Agaba E, et al. Uganda, 2020	Estudio cualitativo	International Journal of Women's Health Q1	Mujeres que habían tenido su parto en los últimos 3 meses pertenecientes al distrito de Marara, Uganda	n=30	Un trato respetuoso hacia la autonomía y decisiones de la madre asegura una experiencia de parto exitosa.
"Factors influencing maternal healthcare seeking in a highland region of Madagascar: a mixed methods analysis" (35)	Andrianantoandro V, Pourete D, Rakotomalala O, Ramarason H, Ratovoson R, Rakotoarimanana F. Madagascar, 2021	Estudio mixto (cualitativo-cuantitativo)	BMC Pregnancy Childbirth Q1	Mujeres embarazadas que dieron a luz en el transcurso de la investigación.	n=245	Las prácticas de cuidado de la partera durante el embarazo y parto constituyen una fortaleza para las mujeres que residen en zonas de difícil acceso a servicios sanitarios.
"Intercultural Childbirth: Impact on the Maternal Health of the Ecuadorian Kichwa and Mestizo People of the Otavalo Region".(36)	Matute S, Martinez E, Donadi E. Ecuador, 2020	Estudio retrospectivo	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia Q3	Mujeres que dieron a luz en el hospital San Luis de Otavalo, Ecuador en 2014-2016	n=4213	La atención del parto con pertinencia cultural contribuye a disminuir la mortalidad materna y fetal.
"Changes in the basic birth beliefs following the first birth experience: Self-fulfilling prophecies?"(37)	Preis H, Pardo J, Peled Y, Benyamini Y. Israel, 2018	Estudio cualitativo	PLOS ONE Q1	Primíparas que no tuvieron complicaciones durante su parto	n=342	El parto constituye un proceso natural y las creencias en relación a ello afectan de distintas maneras la percepción de la materna.
"Cultural malpractices during labor/delivery and associated factors among women who had at least one history of delivery in selected Zones of Amhara region, North West Ethiopia:community based cross-sectional study"(22)	Melesse M, Bitewa Y, Dessie K, Wondim D, Bereka T. Etiopía, 2020	Estudio transversal	BMC Pregnancy Childbirth Q1	Mujeres con al menos un antecedente de parto en zonas rurales de Etiopía	n=845	El nivel educativo de la mujer y su ambiente familiar se relaciona con las malas prácticas durante el embarazo y el no acudir a recibir atención en unidades medicas
"Harmful cultural practices during perinatal period and associated factors among women of childbearing age in Southern Ethiopia: Community based cross-sectional study"(38)	Abebe H, Beyene G, Mulat B. Etiopía, 2021	Estudio transversal	PLOS ONE Q1	Mujeres en edad reproductiva con al menos un antecedente de parto	n=413	La falta de conocimiento conlleva a prácticas culturales nocivas que afectan durante el periodo perinatal.
"Respectful maternal and newborn care: measurement in one EN-BIRTH study hospital in Nepal."(39)	Gurung R, Ruysen H, Sunny A, Day L, Penn L, Málqvist M, et al. Nepal 2021	Estudio observacional	BMC Pregnancy Childbirth Q1	Mujeres en trabajo de parto que dieron su consentimiento para participar en el estudio	n=4296	La atención respetuosa de la madre y el recién nacido asegura una experiencia positiva de parto.
"The cultural beliefs of Jordanian women during childbearing: implications for nursing care" (45)	Bawadi H, Al-Hamdan Z. Jordania, 2017	Estudio cualitativo	International Nursing Review Q1	Mujeres musulmanas jordanas que dieron a luz en Jordania y aceptaron formar parte del estudio	n=9	La atención materna con calidad bajo el respeto de la cultura de la madre otorga una experiencia positiva sobre su parto

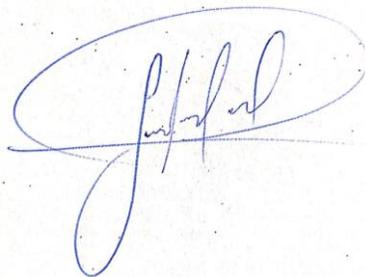
**Anexo 4:** Características de los partos atendidos en el Cantón Nabón, periodo 2015-2019, cortesía del establecimiento de salud Centro de Salud tipo C “Nabón”

AÑO	MES	AUTOIDENTIFICACIÓN		POSICIÓN						ACOMPANAMIENTO		TOTAL PARTOS	% INDIGENA	% LIBRE POSICIÓN	% ACOMPAÑAMIENTO	
		INDIGENA	MESTIZO	ARRODILLADA	SENTADA	CUCILLAS	PARADA	ACOSTADA	LITOTÓMIC	SI	NO					
2015	ENERO	2	8	2	1	2				5	10	10	20,00%	50,00%	100,00%	
	FEBRERO		4							4	4	4	0,00%	0,00%	100,00%	
	MARZO	4	3			1				6	7	7	57,14%	14,29%	100,00%	
	ABRIL	2	5			1				6	7	7	28,57%	14,29%	100,00%	
	MAYO	2	2							4	3	1	4	50,00%	0,00%	75,00%
	JUNIO		1							1	1	1	0,00%	0,00%	100,00%	
	JULIO	3	2							5	5	5	60,00%	0,00%	100,00%	
	AGOSTO	2	6							8	8	8	25,00%	0,00%	100,00%	
	SEPTIEMBRE	5	7				1			11	11	1	41,67%	8,33%	91,67%	
	OCTUBRE	1	4							5	5	5	20,00%	0,00%	100,00%	
	NOVIEMBRE	3	3							6	6	6	50,00%	0,00%	100,00%	
	DICIEMBRE	2	6							8	8	8	25,00%	0,00%	100,00%	
<b>TOTAL</b>	<b>2015</b>	<b>26</b>	<b>51</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>69</b>	<b>75</b>	<b>2</b>	<b>77</b>	<b>33,77%</b>	<b>10,39%</b>	<b>97,40%</b>		
2016	ENERO	3	5	0	0	1	0		7	8	8	37,50%	12,50%	100,00%		
	FEBRERO	1	5			0	2		4	5	1	6	16,67%	33,33%	83,33%	
	MARZO	1	4			2			3	5	5	20,00%	40,00%	100,00%		
	ABRIL	2	5		2	2			3	7	7	28,57%	57,14%	100,00%		
	MAYO	2	6	1	1	0			6	6	2	8	25,00%	25,00%	75,00%	
	JUNIO	5	4	1	3	1			4	7	2	9	55,56%	55,56%	77,78%	
	JULIO	5	5		1	2	1		6	7	3	10	50,00%	40,00%	70,00%	
	AGOSTO	3	5			2			6	4	4	8	37,50%	25,00%	50,00%	
	SEPTIEMBRE	6	3		4	3			2	9		9	66,67%	77,78%	100,00%	
	OCTUBRE	2	0			0			2	2		2	100,00%	0,00%	100,00%	
	NOVIEMBRE	2	9	1	5	3			2	11		11	18,18%	81,82%	100,00%	
	DICIEMBRE	1	7	1	5	0			2	8		8	12,50%	75,00%	100,00%	
<b>TOTAL</b>	<b>2016</b>	<b>33</b>	<b>58</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>47</b>	<b>79</b>	<b>12</b>	<b>91</b>	<b>36,26%</b>	<b>48,35%</b>	<b>86,81%</b>		
2017	ENERO	3	7		6	1	1		2	10	10	30,00%	80,00%	100,00%		
	FEBRERO	4	6		5	0	3		2	10	10	40,00%	80,00%	100,00%		
	MARZO	2	1		3				3	3	3	66,67%	100,00%	100,00%		
	ABRIL	3	2		3				2	5	5	60,00%	60,00%	100,00%		
	MAYO	4	8		9	1			2	10	2	12	33,33%	83,33%	83,33%	
	JUNIO	3	2		4				1	5	5	60,00%	80,00%	100,00%		
	JULIO	2	7		5	1			3	8	1	9	22,22%	66,67%	88,89%	
	AGOSTO	6	4		10				10	10		10	60,00%	100,00%	100,00%	
	SEPTIEMBRE	5	4		6	1	2			8	1	9	55,56%	100,00%	88,89%	
	OCTUBRE	5	4		8	1				8	1	9	55,56%	100,00%	88,89%	
	NOVIEMBRE	2	7		8					1	9	9	22,22%	88,89%	100,00%	
	DICIEMBRE	2	6	1	4					3	8	8	25,00%	62,50%	100,00%	
<b>TOTAL</b>	<b>2017</b>	<b>41</b>	<b>58</b>	<b>1</b>	<b>71</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>94</b>	<b>5</b>	<b>99</b>	<b>41,41%</b>	<b>83,84%</b>	<b>94,95%</b>		
2018	ENERO	1	7		7	1				8	8	12,50%	100,00%	100,00%		
	FEBRERO	4	7	1	6		2		2	11	11	36,36%	81,82%	100,00%		
	MARZO	0	2	0	2	0	0	0	0	2	0	2	0,00%	100,00%	100,00%	
	ABRIL	2	3	0	5	0	0	0	0	5	0	5	40,00%	100,00%	100,00%	
	MAYO	1	6	0	4	0	3	0	0	7	0	7	14,29%	100,00%	100,00%	
	JUNIO	1	6	1	4	0	2	0	0	7	0	7	14,29%	100,00%	100,00%	
	JULIO	1	4	0	4	0	0	0	0	1	4	1	5	20,00%	80,00%	80,00%
	AGOSTO	5	5	1	5	1	2	0	1	10	0	10	50,00%	90,00%	100,00%	
	SEPTIEMBRE	1	3	1	1	0	0	1	1	4	0	4	25,00%	75,00%	100,00%	
	OCTUBRE	2	3	0	1	0	1	2	1	5	0	5	40,00%	80,00%	100,00%	
	NOVIEMBRE	5	6	0	5	0	0	6	0	10	1	11	45,45%	100,00%	90,91%	
	DICIEMBRE	6	9	0	2	2	0	11	0	14	1	15	40,00%	100,00%	93,33%	
<b>TOTAL</b>	<b>2018</b>	<b>29</b>	<b>61</b>	<b>4</b>	<b>46</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>87</b>	<b>3</b>	<b>32,22%</b>	<b>71,11%</b>	<b>96,67%</b>		
2019	ENERO	2	9	2	6	0	0	3	0	11	0	11	18,18%	100,00%	100,00%	
	FEBRERO	9	7	1	6	2	3	1	3	15	1	16	56,25%	81,25%	93,75%	
	MARZO	3	4	0	0	0	1	6	0	7	0	7	42,86%	100,00%	100,00%	
	ABRIL	0	10	1	3	0	1	4	1	9	1	10	0,00%	90,00%	90,00%	
	MAYO	1	5	1	2	1	1	1	0	6	0	6	16,67%	100,00%	100,00%	
	JUNIO	7	3	0	8	0	0	1	1	10	0	10	70,00%	90,00%	100,00%	
	JULIO	1	7	0	8	0	0	0	0	7	1	8	12,50%	100,00%	87,50%	
	AGOSTO	3	2	0	2	0	1	2	0	5	0	5	60,00%	100,00%	100,00%	
	SEPTIEMBRE	0	6	0	4	0	2	0	0	6	0	6	0,00%	100,00%	100,00%	
	OCTUBRE	2	2	0	2	0	1	1	0	4	0	4	50,00%	100,00%	100,00%	
	NOVIEMBRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	
	DICIEMBRE	0	5	0	2	2	0	1	0	5	0	5	0,00%	100,00%	100,00%	
<b>TOTAL</b>	<b>2019</b>	<b>28</b>	<b>60</b>	<b>5</b>	<b>43</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>85</b>	<b>3</b>	<b>31,82%</b>	<b>71,59%</b>	<b>96,59%</b>		

## AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, **MARITZA JOHANNA ENRIQUEZ ENRIQUEZ**, portador(a) de la cédula de ciudadanía **No. 0106731482**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“PARTO CON PERTINENCIA CULTURAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Así mismo, autorizo a la Universidad para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de noviembre del 2021



**Maritza Johanna Enríquez Enríquez**  
**C.I.0106731482**