Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Enfermería Tesis de Enfermería

2018

Parto culturalmente respetado

Campos, Fabiana

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/324

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social
Departamento Pedagógico de Enfermería

Carrera: Licenciatura en Enfermería.
Cátedra: Taller de Trabajo Final.
Docente de Cátedra: Laura Celaya.
J.T.P. de Cátedra: Mónica Barg.

"Parto Culturalmente Respetado"

Estudiantes:
Campos, Fabiana.
Galván, Alejandra.

03 de Diciembre de 2018.
Mar del Plata, Argentina.

INDICE

TEMA	PÁGINA
CAPITULO I: AREA "PROBLEMA"	3
Introducción al problema.	4
Formulación al problema.	8
Objetivos. Propósitos. Justificación	9
CAPITULO II. MARCO CONCEPTUAL	11
Marco Teórico: Introducción	12
Los rituales del parto. El manteo.	16
Importancia del calor durante y después del parto.	18
Las maternidades centradas en la familia.	21
Maternidades centradas en la familia con enfoque intercultural.	27
Inmigrantes bolivianas vivencias y expectativas en el parto.	30
CAPITULO III. DISEÑO METODOLOGICO	34
Marco referencial de la Metodología: Aspectos preliminares	36
Modalidad de trabajo. Tipo de estudio.	37
Ingreso al campo de estudio	38
Criterios operativos para la selección de las variables. Definición de los Términos.	39
Caracterización de la población. Vivencias y Expectativas.	40
Guía temática sobre vivencias.	45
CAPITULO IV. TRABAJO DE CAMPO	46
Aspectos previos.	47
Análisis de resultados.	48
Análisis de entrevistas.	55
CAPITULO V .ANEXOS	60
Anexo 1. Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención. Ejes y principios	61
Anexo 2. Fenómenos del trabajo de parto.	64
Anexos 3. Entrevistas	67
BIBLIOGRAFÍA	92

CAPÍTULO I

AREA PROBLEMA

A. Introducción al Problema.

Hasta hace pocos años, el trabajo de parto y el parto, fueron acontecimientos familiares vividos y compartidos en la comunidad. Tenían lugar en los hogares con la protección y ayuda de otras mujeres que conocían las características de los partos naturales. El trabajo de parto transcurría en un ambiente familiar conocido y protector. La mujer, libre para moverse y para expresarse, era entonces tranquilizada, estimulada, durante ese momento único e irrepetible. El hijo recién nacido era inmediatamente abrazado por su madre y acogido por el resto de los miembros de la familia. Permanecían así, madre e hijo juntos, y unidos ambos a toda la familia e insertos en su comunidad. Del material consultado se desprende que las experiencias eran agradables, sin separaciones ni desconocidos a su alrededor. [1]

En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres. Por esta razón alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. Además, dada la importancia y el riesgo que representa el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud específico para este acontecimiento

En la República Argentina, los profesionales de la salud nos encontramos a diario con un contexto socio cultural diferente. Debemos comprender que los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes, determinan el proceso de salud-enfermedad, así como la interpretación que dan los miembros de otras diferentes comunidades. Trabajar a diario con integrantes de culturas disímiles es un gran desafío. Existe en la actualidad un gran número de inmigrantes de nacionalidad boliviana que transitan por nuestro territorio en busca de mejores

[1] http://www.sarda.org.ar/Institucional/Modelo_Sarda

posibilidades de trabajo trayendo con ellos costumbres arraigadas a sus creencias, como la práctica de la medicina tradicional.

La educación en valores y entre ellos el de respetar las diferencias culturales es fundamental para una buena convivencia. Respetar las diferencias, ya sean de raza, cultura, religión o incluso discapacidades, no solamente es importante en un mundo cada vez más globalizado, sino que prepara a todas las personas desde que nacen a ser solidarios, a valorar y aprender de otros, a ser tolerantes y respetuosos, y a evitar que tomen decisiones basadas en prejuicios.[2]

El respeto por las diferentes culturas, especialmente aquella que fuera nuestra antecesora como la Inca, nos permitirá entender cómo actúan al momento del nacimiento. En un mundo marcado por la emigración e inmigración, educar en el respeto hacia las diferencias culturales se hace imprescindible. Es necesario fomentar la tolerancia hacia las personas que provengan de distintos lugares y culturas.[3]

En la actualidad en la República Argentina existen hospitales y maternidades, que se rigen por el concepto de atención de enfermos y sus enfermedades. Las mujeres embarazadas no están enfermas; muy por el contrario, están en la plenitud de su rol de mujer y madre. Las embarazadas, al ingresar en una institución para el nacimiento de su hijo, pasan varias horas en salas de espera; y cuando entran al trabajo de parto, lo hacen a ambientes no familiares y en su mayoría intimidantes. Hasta hace poco tiempo la experiencia del parto en las instituciones de salud la realizaban solas y sin el apoyo familiar.

Pero en nuestro país y en el mundo, desde hace varios años, han comenzado a desarrollarse diversos movimientos para volver a transformar el nacimiento en un hecho natural con la participación de la familia. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1985, realizó una reunión en Fortaleza (Brasil), donde surgió una declaración denominada "El nacimiento no es una enfermedad", que dio origen al trabajo futuro y

---

[2] https://www.google.com.ar/ las diferentes culturas.

[3] http://noticias.universia.com.ec/cultura/noticia/2016/02/24/1136660/6-recursos-fomentar-respeto-diferencias-culturales-clase.html

continuo a favor de la transformación del modelo de atención. A esta le siguieron múltiples iniciativas para humanizar la atención del parto, rescatar el protagonismo de la mujer y su familia[4]

La mujer que está en una situación de parto pasa por una vivencia muy especial. La vivencia es vivir una experiencia, suceso o hecho que contribuye a configurar su personalidad. El concepto de vivencia se emplea para nombrar a la experiencia que se adquiere a partir de una situación. Las vivencias son esas realidades que una persona vive y que, de alguna forma, la modifican. Con cada vivencia, el ser humano registra una cierta información que le servirá, en el futuro, para enfrentar situaciones semejantes. De este modo, las vivencias se caracterizan por el aprendizaje que dejan a un nivel profundo. [5]

La vivencia es una experiencia de vida que deja huellas de modo perdurable. En cada persona las vivencias pueden ser de lo más variadas y de los campos más diversos. En el ámbito de la psicología, se entiende que las vivencias son aquellas experiencias que marcan la personalidad del individuo. Cada sujeto reacciona de diferente manera ante un suceso externo: de acuerdo a su capacidad de reacción, estos sucesos se constituyen, o no, como vivencias. [6]

Hay hechos que, para una persona, pueden resultar de escasa importancia y por lo tanto no se forman internamente como vivencias. Sin embargo, esos mismos hechos, para otros, pueden ser muy relevantes y dejar una huella.

Algunos estudiosos de la personalidad hablan de la "capacidad vivencial", concepto que hace referencia a la apertura para formar nuevas vivencias a partir de los sucesos que tienen lugar en la vida. Cuanto mayor sea esta capacidad, más hechos dejarán una huella imborrable. Visto desde esta perspectiva, existen dos variables para que tenga lugar el nacimiento de

---

[4] http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/
[5]https://www.google.com.ar/search?source=hp&ei=oKywW8HvOMurwgSwgqLIBw&q=El+concepto+de+vivencia+se+emplea+para+nombrar
[6]https://www.google.com.ar/search?source=hp&ei=oKywW8HvOMurwgSwgqLIBw&q=La+vivencia+es+una+experiencia+de+vida+que+deja+huellas+de+modo+perdurable.

una vivencia: la capacidad vivencial del sujeto y la profundidad de la situación que atraviesa.

Autores como Soru Fernanda, Carreras Xilenia y Boris Lucía en su trabajo *"Las vivencias corporales como construcciones socioculturales: su importancia para acceder a una comprensión holística del ser humano y sus experiencias de sufrimiento"* expresan que los modos de transitar por el mundo y conectarse con los otros, de experimentar el sufrimiento humano y hasta de cómo responder a él están anclados en la vivencia corporal. Es importante rescatar que estas vivencias son moldeadas por la cultura según las nociones que se tienen del cuerpo y los modos de tratarlo.[7]

Marcel Mauss desde la Antropología, insistió en que los cuerpos son una producción de la cultura.[8]

Según Villamil Pineda desde una mirada fenomenológica se estudia el cuerpo y la subjetividad como una unidad integral, asumiendo que la subjetividad encuentra expresión en el cuerpo humano, pero a la vez el cuerpo transforma la subjetividad. Rescatar el valor de las vivencias corporales, implicaría diseñar por ende abordajes que se ajusten a las particularidades de la cultura.[9]

En el habla cotidiana el concepto de capacidad vivencial puede confundirse con sensibilidad. Si bien no se trata de sinónimos, es normal que se califique de "hipersensible" a quien parece verse afectado por cualquier situación, mientras que a los que se encuentran en el extremo contrario se los acusa de "insensibles".

A estas dos variables - la capacidad vivencial y la profundidad de la situación que se vivencia- se le debería agregar una tercer variable - la predisposición que el individuo tiene respecto a cada tipo de estímulo-

---

[7] http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/17345/Resumen.pdf?sequence. Año 2009. Pg.1.

[8] Mauss, Marcel ,: Sociología y Antropología: Tecnos. Madrid. P. 45-152(2006)

[9] www/Scielo.org.cor villamil pineda fenomenología de la mirada Año 2009.Pg.1-2

Algunos diccionarios definen Vivencia como "el hecho de la experiencia que con participación consciente o inconsciente del sujeto, se incorpora a su personalidad".[10]

Para otros es un neologismo propuesto por Ortega y Gasset (1913) y empleado en psicología y filosofía, como traducción de la voz alemana *Erlebnis.* [11]

Significa el hecho de vivir algo, de experimentar sintiendo y teniendo en plenitud, a diferencia de los hechos representados o de la aprehensión.[12]

Algunos estudiosos del tema mencionan como sinónimos de vivencia, los siguientes términos: conocimiento, costumbre, ejemplo, enseñanza, escarmiento, experiencia, lección, moraleja.[13]

La mujer boliviana transita el momento del parto desde sus propias vivencias. La experiencia se incorpora a su personalidad con participación consciente o inconsciente. El análisis del tema deberá focalizarse en las tres variables que intervienen en el proceso: la capacidad vivencial de la parturienta, la profundidad de la situación que se vivencia y la predisposición que la parturienta tiene respecto a cada tipo de estímulo.

B. **Formulación del problema.**

Como trabajadoras de salud y en contacto diario con personas de diferentes comunidades, surge nuestro interrogante, con respecto al cambio de paradigma y los cuidados que reciben las mujeres en las nuevas Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF), ya que la concepción y práctica sobre el embarazo, parto, post – parto, planificación familiar varían según la cultura. Por lo tanto, surge el siguiente interrogante:

"¿Cuáles son las vivencias de las mujeres de cultura boliviana (de la ciudad de Batan) sobre los cuidados recibidos durante el trabajo de parto, en

---

[10] Gran Diccionario Enciclopédico ilustrado de Nuestro Tiempo Antártida. Tomo 4. Pg. 1316.Ediciones Cisplatina. S.A. Bs.As. Argentina.
[11] https://www.cilengua.es/Neoligismos orteguianos.
[12] Diccionario de Trabajo Social. Autor: Ezequiel Ander- Egg. Pg. 333. Editorial Humanitas. 10ma. Edición corregida y aumentada. Bs.As. Argentina.
[13] https://definicion.de/vivencia/

el marco de una Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), respecto a sus expectativas devenidas de su cultura?"

C. Objetivos.

Objetivo general.

Este proyecto tiene como objetivo general comprender las vivencias sobre los cuidados recibidos y las expectativas que tienen un grupo de mujeres de nacionalidad boliviana residentes en Batán

(Mujeres que realizan sus controles prenatales en el CAPS Batan y la atención del parto en el HIEMI Mar del Plata ciudades de la Pcia. de Bs.As. Argentina.)

Objetivos específicos.

- Analizar los relatos de las vivencias sobre los cuidados recibidos al momento de parir.
- Describir las expectativas de estas mujeres según sus costumbres culturales.
- Discutir lo vivido respecto de lo esperado dentro del marco de un Servicio de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)

D. Propósito.

Como miembros del equipo de salud se deben organizar los servicios de salud de forma tal que se tomen en cuenta todos los aspectos de las personas que se atienden en los mismos desde un aspecto integral y dinámico para poder cumplir los objetivos previstos.

Este estudio analiza la situación de la mujer boliviana en el momento del trabajo de parto y post parto, teniendo en cuenta las características

socio- culturales de su país de origen y lo que genera este acontecimiento en la mujer y la familia.

E. Justificación.

Aproximadamente el 35% de la población que se atiende en el CAPS Batan son de origen boliviano principalmente de las zonas rurales del departamento de Tarija. En muchos casos concurren acompañadas por otra persona que ayuda a la comunicación ya que no hablan el idioma castellano solamente manejan el quichua, en otros se dificulta brindar la atención ya que no se logra comprender el propósito de la consulta y también se observa un gran número de población que maneja el idioma castellano, con quienes se logra una adecuada interacción pudiendo dar respuesta a la consulta.

El sistema de salud, sobre todo el sistema de salud público, es uno de los espacios donde los migrantes deben acudir en algún momento de sus vidas y en el caso de las mujeres de modo recurrente, tanto por sus hijos e hijas o por ellas mismas.

Un importante número de mujeres concurre a los servicios de salud para realizar sus controles prenatales, algunas los realizan desde su primera ausencia del ciclo menstrual y otras concurren con un embarazo avanzado (20/24 semanas de gestación). Transcurridas las 35 semanas se realiza la derivación al HIEMI para continuar los controles prenatales del último trimestre, donde luego tendrá lugar el nacimiento. Este hospital forma parte de las maternidades seguras y centradas en la familia de la provincia de Bs As, desde este enfoque nos planteamos si este cambio de paradigma del concepto de parto respetado y los cuidados que se brindan tienen en consideración los aspectos culturales y por lo tanto las expectativas de las mujeres de nacionalidad boliviana que concurren a dicho hospital.

El cuidado es la esencia de la Enfermería y la característica distintiva dominante y unificadora. Es un fenómeno universal que varía entre las culturas, en sus expresiones, procesos y patrones, esta diversidad en los valores del cuidado y conductas hacen las diferencias en las expectativas de aquellos que buscan el cuidado.

CAPITULO II.

MARCO CONCEPTUAL

Marco Teórico.

Introducción

En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres. Por esta razón alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. Además, dada la importancia y el riesgo que representa el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud específico para estos acontecimientos. La concepción y práctica sobre el embarazo, parto, post – parto, planificación familiar varían según la cultura y tienen incidencia en la decisión de uso o no uso de los servicios de salud pública. [14]

Desde otro punto de vista la cultura puede verse, oírse y comprenderse de muy diferentes maneras: observando cómo se viste la gente, mediante qué lenguaje se comunican, cuáles son los hábitos alimentarios más comunes, la organización de la familia durante su formación, como son sus hábitos de higiene y descanso. Cada cultura encierra distintas creencias apoyadas acerca de las razones para hacerlas de ésa manera particular; por ejemplo, la forma de saludar difiere según su cultura. Estos patrones de comportamientos, creencias y valores permiten que los sujetos comprendan su realidad y puedan actuar en consecuencia. Las culturas evolucionan, a veces lentamente y en ocasiones con rapidez, como consecuencia de acontecimientos de carácter natural y o social, o bien

[14] Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva * Lilia Rodríguez1 Año 2008. Pg. 1-21

por el contacto con personas de otras culturas. Es habitual que todos los grupos humanos traten de reforzar en sus miembros la conciencia de la importancia y el valor de pertenecer a una cultura, así como cuidar o preservar el legado o patrimonio cultural que la constituye.[15]

En cuanto al termino Cultura podemos decir que se describe como valores, creencias, costumbres, normas y prácticas de vida de un grupo en particular que son aprendidas, compartidas y transmitidas dentro del grupo.

Es indudable que la sociedad y la cultura proponen determinados modelos de familia y de la "maternidad". Estas pautas actúan sobre los individuos que se esfuerzan por adaptarse a los modelos propuestos, aun cuando estos se opongan o no correspondan a sus propias posibilidades naturales o las de su núcleo familiar[16].

Sobre la diversidad de modelos, la universalidad de la familia se basa en que es una estructura fundante, es decir que no existe cultura que no tenga alguna forma de familia reconocida y legitimada socialmente. Esto significa que si bien no obedece a una ley natural, es inherente al orden cultural que el hombre y la mujer instauran sobre la naturaleza. [17]

Para el profesional de la salud es fundamental la identificación de las características del contexto socio cultural. Tiene que comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a la vida de la población que determinan la salud-enfermedad, así como la interpretación que dan los miembros de la comunidad. En muchos países existe una amplia base poblacional nativa, integrada sólo parcialmente al desarrollo general de la sociedad. Hay, en consecuencia, importantes elementos culturales (formas de vida, concepción del mundo, costumbres, creencias) que establecen una percepción especial de los procesos de salud enfermedad. Lo que se conoce como "medicina indígena"," medicina folklórica", "medicina tradicional", o "medicina popular" es, precisamente, este saber de la población, mantenido a través del tiempo por medio de la

---

[15]https://www.google.com.ar/ Cada+ cultura+ encierra+distintas+creencias

[16] https:// www.serpadres.es/embarazo/parto-posparto/articulo/como-es-el-parto-en-distintas-culturas.Año 2009.Pg. 2-3

[17] https:// www.elcolombiano.com/familia-un-concepto-que-va-en-evolucion .Pg. . 1-2 Año 2014

tradición y modificado mediante el contacto y mezcla con diferentes grupos étnicos y sociales, que permiten una integración al sistema social más cercano.[18]

Los procesos migratorios con afluencia de población de países limítrofes a la Argentina, alertan a los profesionales de la salud sobre la necesidad de desarrollar conocimientos centrados en el cuidado, que contemplen pautas culturales, sus valores, prejuicios, etc." La mayoría de los países y comunidades del mundo son hoy multiculturales, por lo que se espera del personal sanitario que sepa comprender y dar respuesta a pacientes de culturas semejantes y diversas" [19]

Madeleine Leininger[20], fundadora de la enfermería transcultural, desarrolló su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, basada en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás. La cultura determina los patrones y estilos de vida que tiene influencia en las decisiones de las personas, esta teoría ayuda a la enfermera a descubrir y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista étnicos, sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una ética apropiada (conocimiento profesional) como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales. Los cuidados culturales conforman la teoría integral de enfermería más amplia que existe, ya que tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores culturales sociales, la visión del mundo, la historia y los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y

---

[18] https:// Unesco/c.unesco.org/images/0010/001035/103546Sb.pdfculturay salud Año 1996.Pg. 18-19

[19] Leininger, Madeleine. "Modelos y Teorías en Enfermería". www.enfermagen.com
[20]Madeleine Leininger nació en Sutton, Nebraska. Inicio su carrera como enfermera en 1948, tras recibir su diploma en enfermería en la St. Anthony's School of Nursing, en Denver. En 1965, obtuvo un doctorado en antropología por la Universidad de Washington. en Seattle.

profesionales. La teoría de los cuidados culturales debe verse en términos holísticos o dentro de dominios específicos de interés. El objetivo de la teoría de los cuidados consiste en suministrar una asistencia coherente con el entorno cultural, la enfermera debe esforzarse para explicar el uso y el sentido de la asistencia, de forma que los cuidados, valores, creencias y modos de vida culturales suministren una base precisa y fiable para la planificación y puesta en marcha eficaz de una asistencia específica de cada cultura y para la identificación de los rasgos comunes o universales de ésta actividad.

La gran mayoría de la población boliviana practica la medicina popular debido a sus tradiciones y a que la medicina institucionalizada se fundamenta en teorías científicas donde hay una excesiva importancia asignada a los modelos terapéuticos. [21]

"...los grandes hospitales son muy temidos y evitados, como lugares siniestros donde las mujeres son "descuartizadas".(Tristan Platt, "El Feto Agresivo").[22]

En el articulio *"Un tercio de las madres de Bolivia tuvo a sus hijos en casas, en partos caseros"* El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) coincide en que la partería tradicional en Bolivia está estrechamente relacionada con la cosmovisión de los pueblos indígenas, en la que resaltan prácticas y rituales relacionados con la concepción, el embarazo, el parto y el posparto, es decir, el ciclo mismo de la vida. Eso no es todo. La entidad confirma que en las comunidades hay desconfianza hacia los servicios de salud porque hay pacientes que no siempre reciben un buen trato del personal o porque se enteran de casos de muertes maternas y/o de recién nacidos.[23]

En el mismo artículo, el antropólogo y sociólogo Esteban Ticona remarca que la mujer indígena confía en la gente que es conocedora de su cultura y que comprende y practica su idioma. Opina que en la biomedicina

[21]https://www.google.com.ar/=teorías+científicas+donde+hay+una+excesiva+importancia+asignada+a+los+modelos+terapéuticos Pg.3.Año 2011.
[22] Tristan Platt. El feto agresivo. Formación de la persona y mito-historia en Los Andes. Pág 640.
[23] http://eju.tv/2014/09/un-tercio-de-las-madres-de-bolivia-tuvo-a-sus-hijos-en-casa-en-partos-caseros/

impera una especie de frialdad y deshumanización porque no considera terapias naturales como la dotación de hierbas.

En el caso del parto y del alumbramiento, las mujeres dan mayor importancia y prioridad a las necesidades espirituales y morales del recién nacido. Según Tristan Platt en su trabajo *"el feto agresivo" parto formación de la persona y mito-historia en los andes*, describe un parto domestico el cual se desarrolla donde la madre era atendida, principalmente, por su marido e hijos: los mas jóvenes apartados para que no se asustasen por los gritos de la madre, y los mayores haciendo hervir agua, preparando infusiones y buscando utensilios. Un parto "normal" es, pues, un asunto doméstico, íntimo, que concierne sobre todo a la unidad familiar en la cual está naciendo el bebé. Una pareja poco experimentada puede pedir ayuda, sobre todo para su primer hijo, a la madre del marido, o a otra mujer local con experiencia, que resida cerca de la estancia de la parturienta. En el caso de complicaciones, se buscará la ayuda de una partera especializada, que puede venir desde más lejos. Además, la compañía de hombres, que mascan coca mientras vigilan, también tranquiliza a la madre y la protege de los duendes predatorios (q'ara wawas: "bebés desnudos"), considerados una grave amenaza para la vida de las parturientas.[24]

El momento del parto, para éstas familias es de total privacidad, debido a que realizan "ritos" relacionados con el "misticismo" y con costumbres culturales; por ejemplo, enterrar la placenta como ofrenda a la Pacha mama, "manteo"," soplar en el pico de la botella".

Los rituales del parto.

Aunque la vida y la muerte son impensables sin lo espiritual, el sistema biomédico ha anulado prácticamente todas sus manifestaciones y, especialmente, en relación al parto y el nacimiento. Los rituales tienen una eficacia simbólica, es decir, los resultados terapéuticos que se obtienen por

[24] Tristan Platt. Op cit, pág 640.

medios distintos de los farmacológicos, como son las oraciones, las ceremonias y otros.[25]

La medicina científica engloba esta eficacia bajo el efecto placebo. En el medio andino se conoce la práctica del sahumerio, como ritual que se realiza al inicio del trabajo de parto o, si el parto es difícil, cuando se constata tal dificultad. Se usa incienso cuando se quiere ahuyentar a los malos espíritus. Cuando se quiere invocar a la Pachamama para que todo vaya bien, se utiliza un copal (copa) con rosas blancas; parte del ritual es el contacto directo de la parturienta con el humo

El manteo.

El manteo se ha estudiado poco en el sistema biomédico y no se suelen conocer las diversas técnicas. Existe la falsa creencia de que se realiza jalando de las cuatro puntas de una frazada o poncho tirando al aire a la embarazada. Por tanto, de modo generalizado se considera perjudicial para la salud de la madre.

Sin embargo, muchas embarazadas valoran altamente el manteo (como ellas lo conocen), considerando que tiene una gran efectividad para acomodar la wawa (niño), realizándose de la de la siguiente manera: "se hace echar a la embarazada en una frazada o poncho largo. Luego, entre dos personas, toman de las puntas del textil y se dan sacudidas suaves de un lado a otro alternativamente, haciendo correr muy suavemente a la parturienta. [26]

Se suele hacer esta acción tres veces a cada lado: para el Padre, el Hijo y el Espíritu Santo. Se realiza esta acción con el fin de enderezar así la posición de la wawa y facilitar el nacimiento.

Otra practica descripta por la Lic Marta Idiart en su articulo *"Salud intercultural y costumbres de los pueblos originales en obstetricia"*, hace referencia que en Macha, Bolivia, así como también en otras comunidades, al encontrarse el bebé en mala posición, la partera/o empírica, puede a

---

[25] www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/... El poder de los símbolos. Magia, enfermedad y acto médico César Ceriani Cernadas Vol. 26 Nº 3, octubre 2006 Pg. 87-88

[26] Marta Idiart, Salud intercultural y costumbres de pueblos originales en obstetricia, Pág.12

veces enderezarlo, untando sus manos con hojas de coca y nuez moscada o una raíz aromática, masajeando suave pero firmemente con el movimiento de hilar, y frotando con ambas manos en sentido inverso en torno al ombligo. En el caso de que la cabeza deba dirigirse hacia el cuello del útero se usa un movimiento convergente, desde las costillas hacia el cuello debajo del ombligo, tomado como el centro del cuerpo.[27]

La importancia del calor durante y después del parto.

De acuerdo a lo citado por Marta Idiart, uno de los elementos fundamentales del modelo terapéutico andino es el sistema cálido– frío. Según este sistema, la salud de las personas depende del equilibrio entre los elementos fríos y cálidos que predominan en un momento dado. Uno de los principios que se deriva de este concepto es el de la utilización de elementos contrarios. Cuando la persona sufre algún mal o se encuentra en un período que se considera el estado del cuerpo con determinada propiedad (la salud no es ausencia de enfermedad en la medicina andina), se deben ingerir alimentos o remedios cuyas propiedades son opuestas a las

[27] Marta Idiart, Salud intercultural y costumbres de pueblos originales en obstetricia, Pág. 11,

del cuerpo; propiedades que no necesariamente se refieren a la temperatura en sí.

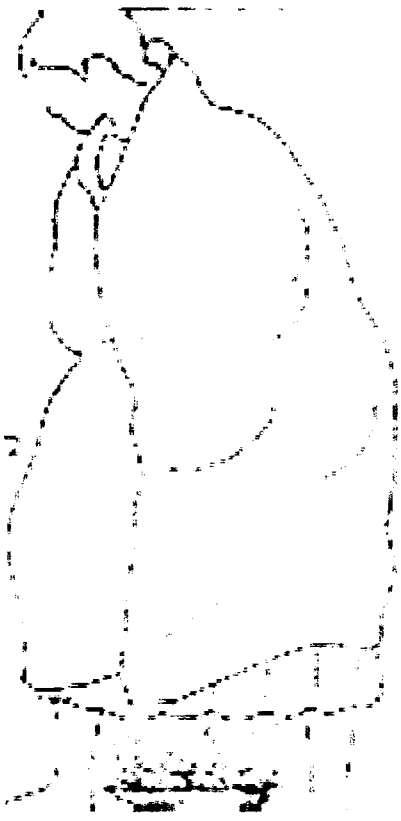
En cuanto al cuidado de la salud durante el embarazo, parto y puerperio el concepto de frio y calor se asocia con el fluido de la sangre, los elementos cálidos y calientes hacen perder sangre, mientras que los frescos y fríos evitan la pérdida de la misma.

De este modo la mujer embarazada debe evitar los alimentos o líquidos calientes porque pueden provocarle hemorragias y/o un aborto y por esto tiene preferencia por los alimentos considerados frescos, como: las frutas, las verduras y el pescado. Tampoco tomando mates (té) considerados cálidos. Y en cuanto a diversas prácticas, evitan estar cerca del fuego, exponerse al sol o abrigarse mucho, contrariamente a lo que ocurre durante el trabajo de parto y parto.

Durante la etapa del parto la mujer puede ingerir infusiones cálidas de hierbas como muña, cedrón, ruda, orégano y/o apio que brindaran energía y se consideran necesarias para evitar complicaciones.

También suelen utilizar el "sahumado" que es otro ritual, que consiste en la quema de hierbas que desprenden humo. Las mujeres en posición de pie se acercan a este humo y pasan por arriba de él, repetidas veces, acompañado con rezos y ofrendas a la Pacha mama, como hojas de coca y a veces vino dulce, que se esparce en las cuatro esquinas de la habitación. Este ritual se realiza para tener un buen parto.[28]

[28] Marta I. Idiart. Op cit. Pág 13



Llegado el momento del parto las mujeres andinas prefieren adoptar la posición de pie, o alguna de sus variantes como puede se la posición de cuclillas, sentada o de rodillas, posiciones que habitualmente los centros de atención medica no acostumbran a permitir ya que la posición que mas es utilizada es con la mujer acostada, situación que genera una barrera intercultural, posición en la cual la mujer pasa a ser un actor pasivo en el momento de parir.

El parto es un momento natural para las culturas indígenas. Siendo la mayoría de ellos atendidos en el hogar por los hijos y/o el marido, al ser considerado un asunto doméstico e íntimo. Mientras tanto los familiares realizan diferentes tareas como: hervir agua, preparar infusiones y buscar objetos necesarios para ese momento. Y solo en caso de complicaciones buscan la ayuda de una partera especializada de la comunidad.

Si se toma como ejemplo una mujer boliviana embarazada que llega al trabajo de parto es correcto afirmar que se trata de un hecho profundo y de gran magnitud para ella. Aunque si bien puede ser una vivencia profunda para la mujer que va a parir, puede no serlo para las personas con las que convive, o para quienes la atienden, ya que estas pueden tener una capacidad vivencial demasiado baja o puede ocurrir que este suceso no las marque.

Las maternidades centradas en la familia

En la Argentina, la calidad de la atención de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, y de los recién nacidos continúa siendo un desafío para las políticas sanitarias, especialmente por la necesidad de reducir la inequidad en las posibilidades de recibir atención médica oportuna y de calidad.

Ante el desafío propuesto por el Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de los Adolescentes, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (*United Nations International Children's Emergency Fund*; UNICEF) Argentina, el

Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de diez provincias del país, desde 2010, acordaron promover la iniciativa Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)

Hasta el momento el modelo MSCF, desarrollado en la Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia, ha recibido el aval del Ministerio de Salud de la Nación, de la Dirección de Maternidad e Infancia, de la Academia Nacional de Medicina, de la Sociedad Argentina de Pediatría y de la Sociedad Argentina de Perinatología. A nivel internacional ha conseguido el aval de la Organización Panamericana de la Salud y de UNICEF.

El objetivo principal es transformar las grandes maternidades públicas en espacios en los que se implementen prácticas seguras y se garanticen los derechos de las mujeres, los recién nacidos y sus familias como norte de las políticas institucionales

El Plan MSCF reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades. Estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido. Implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como, por ejemplo, la iniciativa HAMN, que promueve fuertemente la lactancia materna.

Los ejes conceptuales y principios establecidos por el plan del modelo MSCF delimitan el alcance y definen los aspectos esenciales de la atención de la mujer y su familia durante el embarazo, el parto y el puerperio Se sustenta en cinco ejes conceptuales y quince principios. A partir de su implementación se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, y que contribuya a mejorar la calidad de atención, reduciendo la morbi- mortalidad materna y neonatal en nuestro país.[29]

---

[29] www.sarda.org.ar/content/.../MSCF conceptualización e implementación del modelo.

Los ejes conceptuales giran en torno a la Cultura organizacional de las instituciones de la salud, centrada en la familia y el paciente.

Las actuales prioridades reconocidas universalmente en relación con el futuro de la medicina se refieren, fundamentalmente, a dos aspectos: la medicina centrada en el paciente y la seguridad del paciente. En este sentido, el modelo MSCF es coherente con ambas prioridades. El paciente es la mujer embarazada, su hijo antes y después de nacer, y su familia, entendiendo como tal toda configuración vincular en la cual exista al menos un adulto responsable a cargo de los menores del grupo.

Las familias representan la unidad mínima funcional del tejido social. En la actualidad presentan formas dinámicas y variadas a partir de las cuales son capaces de cumplir con su función.

Los avances científicos, y el consecuente mayor conocimiento diagnóstico y terapéutico en la asistencia obstétrica, favorecen la atención adecuada de las patologías previas y concomitantes del embarazo y de las complicaciones del mismo. Esto se traduce en que la gran mayoría de los casos de morbi-mortalidad materna y fetal puedan evitarse.

Las tecnologías cada vez más precisas (como el diagnóstico por imágenes) permiten realizar el diagnóstico temprano de situaciones y decidir la mejor alternativa para garantizar la salud materna en condiciones que antes comprometían gravemente su vida y la de su hijo en gestación (como, por ejemplo, el acretismo placentario y, el desprendimiento de placenta).Permiten ,además, un diagnóstico precoz de anomalías en el desarrollo fetal, con un mejor abordaje para el futuro del bebé y para la contención familiar. Estos progresos tecnológicos y del conocimiento científico se han visto reflejados muy especialmente en los resultados de sobrevida neonatal. Por su parte, el uso de tecnologías más precisas en la asistencia obstétrica garantiza la salud materna en condiciones que antes comprometían gravemente su vida y la de su hijo en gestación.

Este progreso tecnológico es indiscutible, pero debe ser acompañado de acciones que incluyan la participación de la familia y devuelvan el

protagonismo a la mujer embarazada, luego puérpera, en el contexto de su grupo familiar.

La protección de los derechos humanos es un aspecto esencial del modelo. Se ve con claridad que el modelo MSCF protege y garantiza los derechos de los padres y de su hijo o hija.

El reconocimiento de madres, hijos y familia como verdaderos dueños de casa en las maternidades no debe ser considerado motivo de discusión o controversia, ya que se alinea con el concepto de los "derechos humanos".

Es de tener en cuenta que los agentes de salud no deben sentirse desplazados por la familia, ya que su rol asistencial será por demás valorado puesto que es inherente a la posibilidad de las personas de ejercer el derecho a la vida, condición que resulta exclusivamente de una adecuada y comprometida asistencia integral en salud.

El reconocimiento de estas acciones de los agentes de salud, por parte de los grupos familiares, debe ser altamente gratificante para todos los agentes involucrados en la asistencia perinatal.

Es importante señalar que en nuestro país nacen más de 700.000 personas por año y el 60% de ellas lo hace en el sistema público, que ha sido el más postergado históricamente.

El modelo promueve fuertemente el respeto por las tradiciones culturales, las preferencias y los valores de las pacientes, su situación familiar y estilo de vida. Además, se esfuerza por garantizar el derecho de los niños y las niñas a nacer en un ambiente de confianza y seguridad. Procura lograr que las relaciones entre las autoridades de la institución, el equipo de salud, los padres y las familias sean respetuosas, cálidas, efectivas y coordinadas.

El modelo habla de derechos, refiriéndose a que las madres y sus hijos tienen el derecho a recibir atención adecuada, independientemente de su raza, su condición socioeconómica o su edad.

Considera que la atención debe sustentarse en prácticas basadas en la evidencia científica, y el respeto a la privacidad, la autonomía y la capacidad de los padres de tomar decisiones informadas.

El modelo representa un cambio en la cultura organizacional centrado en la mujer, en la familia y en el recién nacido, enfocado en la seguridad y prevención del error, orientado a las buenas prácticas e intervenciones basadas en la evidencia científica, apoyado en el desarrollo de habilidades técnicas y en la capacitación continua y afirmada en la responsabilidad, compromiso, comunicación y valores del equipo de salud.

Reconoce la importancia de las comunicaciones para el progreso del conocimiento y para la información de la comunidad. Si bien el progreso ha sido constante y dinámico, la comunicación a la comunidad en aspectos referidos a la salud suele presentar dificultades para su comprensión y difusión. En algunos casos se hace necesaria la reserva en lo relativo al secreto médico por problemas éticos que pueden ocurrir. En este sentido, los objetivos y las acciones del modelo MSCF no tienen ninguna de estas limitaciones. Por el contrario, la sociedad y sus integrantes deben conocer este programa para reclamarlo como un derecho inherente a todas las personas. La capacidad de "apropiarse" de la intervención acelerará los tiempos para ser replicados.

El modelo MSCF promueve el empoderamiento de la mujer y de su pareja para el cuidado de su hijo o hija antes y después del nacimiento. Estimula la permanencia continua y la participación activa de los padres durante la internación de sus hijos, el contacto del recién nacido con otros miembros de la familia, así como el involucramiento y la participación de los miembros de la comunidad en la atención y el cuidado de la mujer y de su hijo o hija.

Promueve en todo momento la ayuda y colaboración a la mujer embarazada, estimulando la participación de la pareja y de la familia para satisfacer las necesidades de la mujer en cada etapa del embarazo y luego del nacimiento del bebé,

Refuerza el concepto de que el equipo de salud debe brindar información a la mujer y a su pareja de manera clara y comprensible, incluyendo aspectos como la evolución del embarazo, lo esperable dentro de

la normalidad, los signos y síntomas que ameritan una consulta inmediata al médico, la aparición de situaciones que requieren tratamientos o intervenciones y la importancia de informar a los padres para hacerlos partícipes de la toma de decisiones ante cada situación.

En lo referido a la morbi-mortalidad neonatal el modelo permite el ingreso irrestricto de los padres a los servicios de neonatología. Esta acción promueve su permanencia continua y, lo hace sobre la base de una capacitación progresiva, fomentando su activa participación en el cuidado de sus hijos. La permanencia de las madres se ve facilitada por la posibilidad de acceder a una residencia/hogar con oferta de cama y comida, al cuidado de un servicio solidario de voluntarias y voluntarios de la comunidad.

La salud pública enfrenta desde siempre una situación de crisis, de la cual los agentes de salud no están exentos. Se lucha con temas relacionados con: el déficit presupuestario, los programas que pierden continuidad, el deterioro de la planta física de las instituciones, la obsolescencia del equipamiento, las interrupciones en la provisión de insumos, el recurso humano insuficiente, las fuertes postergaciones en la retribución económica y otros tantos factores.

El modelo MSCF, por sí solo, no puede corregir esta realidad, pero sí ofrece la posibilidad de que los agentes de salud comprometidos con ella, se sientan gratificados por el reconocimiento de las familias beneficiadas.

Al estar informada la comunidad sobre el modelo MSCF, tiene la posibilidad de participar activamente con propuestas inherentes a su idiosincrasia y cultura. El modelo se enriquece por el aporte de las características históricas, poblacionales y experiencias de vida.

La comunidad científica pretende, con razón, que las intervenciones sean objeto de evaluación con metodología de investigación acorde, para ser consideradas beneficiosas. Como resultado de revisiones sistemáticas la medicina incursiona en el concepto de "medicina basada en la evidencia" El modelo MSCF cumple ampliamente con esta exigencia a pesar de que existen limitaciones en esta concepción, su validez es reconocida.

Los planes sociales, y especialmente los que se aplican en salud, tienen como prerrequisito que sean de impacto social, innovadores, eficientes (realizados con bajo costo), eficaces (replicables con idénticos resultados), en resumen: costo–efectivos.

El modelo MSCF tiene como objetivo alcanzar la calidad continua para una población vulnerable como es la materno-infantil. Pretende lograrlo mediante la promoción de intervenciones de relativo bajo costo y de probada efectividad clínica, La reducción de la mortalidad de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la reducción de la mortalidad infantil se encuentran entre las metas establecidas por dos de los diez objetivos del milenio. El modelo MSCF es una estrategia que contribuye al logro de ambos objetivos.

El modelo MSCF tiene la posibilidad de ser monitoreado con una guía que cuantifica el cumplimiento de los pasos e identifica fortalezas y barreras. Este procedimiento hace que toda iniciativa sea evaluada periódicamente para confirmar el impacto social deseado y se modifiquen los aspectos no alcanzados.

Promueve fuertemente la lactancia materna y el involucramiento y la participación de las maternidades en la iniciativa HAMN. Para posibilitar el verdadero protagonismo de las maternidades, considera necesario que ellas cumplan con todas las actividades asistenciales, incluyendo las preventivas, vinculadas con la salud de las pacientes, accionar que no está restringido solamente a los derechos de las familias en relación con la gestación y el nacimiento de sus hijos.[30]

Maternidades Seguras y Centradas en la Familia con Enfoque Intercultural

UNICEF promueve la incorporación de la perspectiva intercultural en las prácticas cotidianas del personal de los servicios de salud, para contribuir así

[30]Maternidad segura y centrada en la familia. Conceptualización e implementación del modelo. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. UNICEF

a la aplicación efectiva del enfoque de derechos en el campo de la salud, principalmente en los contextos interétnicos que son característicos de muchas provincias argentinas. Una perspectiva intercultural en las maternidades implica reconocer la existencia de embarazadas, madres y familias que son portadoras de culturas diferentes a la cultura argentina o criolla, sea porque pertenecen a pueblos indígenas preexistentes al Estado argentino o son familias provenientes de países vecinos como Bolivia, con origen en los pueblos Quechua, Aymara o Guaraní y migrantes en general.
En Argentina existen, distribuidos en las distintas provincias, al menos 30 pueblos indígenas, la mayoría con conocimientos y prácticas en salud y abordaje de la enfermedad que le son propios. Según la legislación nacional y los convenios internacionales que protegen los derechos de estas comunidades, los equipos de salud, incluidos los de las maternidades, deben promover el involucramiento de las comunidades indígenas en su situación de salud a través de las y los líderes elegidos según sus propios mecanismos. El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) indica expresamente los lineamientos para que los pueblos indígenas sean partícipes y partes cooperantes de las decisiones en materia de servicios de salud, administración y prestación de servicios ateniendo y respetando sus tradiciones y culturas.

Un servicio de salud amigable significa, entre otras cosas, que el equipo de salud de la maternidad comprenda y respete la cultura y cosmovisión de las madres y familias indígenas, sus creencias respecto de la maternidad, el parto y puerperio, la salud y enfermedad, la vida y la muerte. Como sabemos, la enfermedad, el nacimiento, la vida y la muerte son experiencias universales de la especie humana, pero las distintas culturas —entre ellas la de los pueblos indígenas— moldean y establecen distintas formas de comprender estos fenómenos según su propia cosmovisión o forma de comprender el mundo. Llamamos cultura a aquel conocimiento constitutivo de un pueblo o sociedad, que se manifiesta en la forma en que sus miembros viven, producen y comprenden las relaciones entre sí y con el entorno, el ambiente y la naturaleza. Incluye los bienes

materiales, simbólicos, normativos, espirituales y artísticos. La cultura se reproduce y transmite a lo largo del tiempo, se transforma y comparte entre los miembros de una sociedad o grupo en tanto se construye familiar y colectivamente. La cosmovisión, por su parte, es la manera que tienen las culturas o pueblos de interpretar el mundo y sus relaciones, incluyendo los vínculos que establecen las personas para cuidar o reestablecer su salud. Para los pueblos indígenas la salud es el resultado de un equilibrio de fuerzas naturales espirituales, individuales y comunitarias. Así, han creado categorías, modelos y prácticas muy particulares que dependen de la cosmovisión, la historia social y económica, el ámbito geográfico y la naturaleza en la que se asienta cada pueblo. Por eso mismo, no necesariamente hay respuestas idénticas ni válidas para todas las culturas

Por ejemplo, para las madres y familias del pueblo Qom es indispensable que luego del parto la placenta sea entregada a la familia, quienes habitualmente la entierran en las cercanías del hogar que en adelante será el lugar de pertenencia del recién nacido o nacida. Para los pueblos andinos y de tierras bajas, a los que pertenecen muchas embarazadas y madres migrantes de la Argentina y países vecinos como Bolivia y Perú, la posición vertical durante el parto es la forma ancestral de parir. Existen también ejemplos y casos de embarazadas del pueblo Wichí, que temen someterse a ecografías por miedo a que su hijo o hija nazca con algún problema de salud, situación que se resolvería con una adecuada explicación y traducción en su lengua materna. La concepción de salud de los pueblos indígenas está ligada a una perspectiva integral del mundo. Así, definen la salud en términos de un bienestar integral que incorpora la dimensión espiritual. Así, el concepto salud integral abarca el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y de su comunidad en condiciones de equidad, llamado también "buen vivir". En Argentina muchas familias pertenecientes a pueblos indígenas no acceden oportunamente a los servicios de salud, en particular, en lo que respecta a controles prenatales, esquemas de vacunación y controles de salud del niño o niña. Además, conviven con enfermedades infectocontagiosas y parasitarias,

producto de una situación de pobreza y marginación sociocultural cuyos orígenes y determinantes encontramos en la conquista y posterior proceso de colonización de estas tierras, y continúan hasta nuestros días. Las principales barreras para el acceso a la atención son: 1) las barreras culturales en las maternidades y servicios de salud determinadas por las dificultades o falta de comprensión de la lengua e idiosincrasia de las madres indígenas por parte del equipo de salud que las asiste , así como también las formas de discriminación por cuestiones de género; y 2) las barreras geográficas y económicas, producto de las largas distancias que deben recorrer para llegar al centro de salud, la deficiente infraestructura caminera y de transporte, y/o la falta de recursos para su uso. La adopción del enfoque intercultural en el marco de la iniciativa MSCF promueve la superación de las barreras culturales y el fortalecimiento de la pertinencia cultural en las maternidades, a través de la implementación de acciones afirmativas en salud para poblaciones, como los indígenas y migrantes, que poseen culturas diferentes. La comprensión y respeto de la realidad social y cultural de las madres y familias de estas comunidades es un derecho consagrado en la legislación nacional y el derecho internacional

Inmigrantes bolivianas Vivencias y Expectativas en el parto.

El fenómeno inmigración es un tema recurrente en la literatura científica en el campo de la salud. Cada cultura tiene una percepción propia sobre qué es enfermedad y con ello sus propias costumbres y cultos a la hora de tratarla, así como de manejar el dolor.[31]

Existen aspectos que deben ser considerados en el campo de la Enfermería. Se hace necesario analizar la adaptación e individualización consciente ante las diferencias culturales de las mujeres bolivianas que pasan por la situación de parto, la que no debe ser entendida como enfermedad.

---

[31] Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados 1er. Cuatrimestre 2018 • Año XXII - N.° 50 27

El conocer las vivencias y expectativas permitirá lograr un equilibrio entre los diferentes cuidados y costumbres mediante los cuales la persona inmigrante logre sentir mayor comodidad y familiaridad.

Se parte de las vivencias de cada una de las entrevistadas. Desde una definición conceptual la **Vivencia.** (Variable cualitativa) se define como "*La experiencia que se adquiere a partir de una situación. Es la realidad que una persona vive y que de alguna manera la modifica". Significa el hecho de vivir algo, de experimentar, sintiendo y teniendo plenitud, a diferencia de los hechos representados o de la aprehensión".* [32]

Se analizan las expectativas. Desde una definición conceptual la **Expectativa** (Variable cualitativa). se define como *"lo que se ve más allá de lo que puede ocurrir. Puede o no ser realista. En Psicología la expectativa suele estar asociada a la posibilidad razonable de que algo suceda. Es la esperanza o posibilidad de conseguir una cosa".*[33]

"Cualquier *esperanza de conseguir en adelante una cosa, si se depara la oportunidad que se desea"*[34]

La salud de las mujeres inmigrantes es una cuestión esencial. Según Luque y Oliver el conocer y tomar conciencia sobre la adaptación de los cuidados hacia este colectivo no solo beneficia a la propia mujer, sino al ser cuidadora principal, también beneficia a los cuidados de su familia, comunidad, país de asentamiento y país de procedencia. [35]

Acercarse a este colectivo de mujeres bolivianas parturientas permitiría comprender más sus costumbres y disminuir así los riesgos para la salud que supone el choque cultural a su llegada a Argentina. Por lo tanto, se hace necesario analizar sus vivencias y expectativas.

---

[32] https://www.definicionabc.com/social/vivencia.php
[33] https://www.google.com.ar/definición de expectativa
[34] Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Nuestro Tiempo Antártida. Ediciones Cisplatina S.A. Bs.As. Argentina Tomo II. Pg. 549
[35] Luque Fernández, M.A., & Oliver Reche, M.I. (2005). Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. El caso de las mujeres inmigradas. 9-13-48- 49.. Año: 2005.

La percepción del proceso del parto es muy importante a la hora de hablar de cuidados transculturales y salud. La diversidad cultural incluye múltiples formas de interpretar esa vivencia del dolor.

Desde la enfermería es fundamental acercarse a los distintos colectivos culturales para comprender mejor sus formas de entender el mundo con la finalidad de adaptar los cuidados propios del rol.

Frente a la variabilidad cultural surge la necesidad de adaptar nuestros cuidados

El proceso de parto es una experiencia individual y personal en cada mujer. Abarcar los cuidados y entender a cada mujer en su situación, sin juzgarla por su vivencia, colaborará a la hora de criar después a su hijo y cuidar a su familia. Este cambio favorecerá los recursos sanitarios posteriormente e influir en la población.

Con este estudio se intenta conocer la diversidad de las vivencias/expectativas del parto, lo que ocurre en nuestro país con las inmigrantes parturientas bolivianas.

Al realizar las entrevistas se profundiza en las respuestas para analizar la vivencia /expectativa del proceso del parto Se indaga en la diversidad cultural de cada una de ellas en la percepción del proceso.

Conocer la implicación que en la práctica enfermera tiene la diversidad cultural en el proceso del parto es uno de los propósitos de este trabajo. El factor primordial para una buena atención en la salud materno-infantil de las mujeres inmigrantes es la inclusión social.

Con relación a la variabilidad referido a las manifestaciones, expresiones y costumbres con respecto a la salud y enfermedad que cambian de una cultura a otra, incluso dentro del mismo sistema cultural, Luque y Oliver en su estudio de 2005 describen las diferencias en la percepción y vivencia del parto entre mujeres inmigrantes, diferencias en relación al sentido del pudor, a ser atendidas por un profesional varón o a prescindir del acompañamiento de su pareja, a la percepción del dolor. [36]

---

[36] Luque Fernández, M.A., & Oliver Reche, M.I. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. El caso de las mujeres inmigradas. Índex Enferm, Pg. 9, 13 y 48 (2005).

No es posible realizar generalizaciones porque la variabilidad individual es una característica fundamental. Aunque para unificar criterios esta variabilidad en la asistencia al parto, desde el punto de vista temporal, geográfico y en práctica clínica debería reducirse a través de una guía de práctica clínica.

La experiencia del dolor vivenciada en el proceso del parto está moldeada por factores diversos tanto de la vida de cada persona como por factores externos, algunos autores proponen que hay que incidir en la mejora en la atención del parto y en las formas de relacionarse e interactuar con la parturienta con la intención de disminuir el sufrimiento del mismo. Según Aguilera ,F.J. la atención del parto requiere preparación obstétrica y ginecológica enfermera, pero también antropológica y multicultural [37]

El conocimiento de las vivencias y expectativas está íntimamente relacionado con la diversidad. Reconocer esto es fundamental para poder ofrecer cuidados de calidad en una sociedad cada vez más diversa como sucede con la inmigración en Argentina.

A través del cuidado durante el proceso del parto, podremos acercarnos a las distintas maneras de cuidar y de vivir este proceso en mujeres de distintas culturas y la comprensión hacia "lo diferente".

La variabilidad no es sólo cuestión de inmigración sino de diferentes colectivos, tanto dentro de las mismas culturas como de distintas culturas, creemos que también es necesaria esa variabilidad en los cuidados que ofrecemos a los distintos colectivos y el respeto de las distintas maneras de actuar ante el proceso de parto. Pese a ser la asistencia obstétrica y ginecológica la más demandada por la población inmigrante y repetirse en varios estudios la necesidad de cambio y adaptación cultural en los cuidados.

Destacar el hecho de no haber encontrado apenas bibliografía científica que se centre exclusivamente en la mujer inmigrante y el proceso de parto, por tanto, en la percepción y expresión de las características de

---

[37] Aguilera, F.J. (2008). La vivencia del parto en una extranjera. Recuperado de http://0-www. indexf.com.almirez.ual.es/memoria/5/a10807.php

cómo es el dolor, no pudiendo dar respuesta a las características principales de nuestros objetivos.

La totalidad de los estudios revisados inciden en la necesidad de formación específica y continuada para los profesionales de enfermería, además de campañas de sensibilización para la sociedad. Los estudios concluyen que la nueva realidad de nuestro entorno exige un aumento en la formación cultural de nuestros profesionales de la salud.

Como profesionales de la salud debemos adaptarnos a cada paciente e individualizar nuestros cuidados, más aún cuando cuidamos a mujeres en el proceso del parto. En el caso de mujeres extranjeras, este proceso está cargado de su herencia cultural que se reflejará también en su expresión del dolor, no podemos pretender que nuestras pacientes se ajusten a lo que esperamos de ellas, al contrario, tendremos que asumir que trabajamos con personas diferentes a nosotros en situaciones de sufrimiento y dolor, en este caso ante el proceso de parto, que confían en nosotros y a las que acompañamos. Tendremos que estar preparados para adaptarnos y respetar la multitud de vivencias y expectativas diferentes que podemos encontrarnos en la multitud de pacientes de distintos orígenes culturales y geográficos que atenderemos.

Sensibilizarnos ante la diversidad cultural de nuestras pacientes es esencial para llevar a cabo unos cuidados culturalmente competentes, personalizados y profesionales teniendo como base la comprensión, más aún cuando la persona a la que cuidamos puede no entender nuestro idioma ni nuestra cultura y desconocer el entorno en el que vivirá un momento tan estresante como importante en su vida como lo es el parto.

Concluimos constatando que sería de gran interés estudios acerca de cómo formar a los profesionales sanitarios de forma dinámica, prestando especial atención a los cuidados en el proceso del parto a mujeres inmigrantes.

CAPITULO III.

DISEÑO METODOLOGICO

MARCO REFERENCIAL DE LA METODOLOGÍA

1- ASPECTOS PRELIMINARES

En el estudio realizado se establecen tres etapas:

1. La planificación y elaboración del marco teórico.
2. El encuadre metodológico y el trabajo de campo.
3. El procesamiento y análisis de los resultados.

En el marco teórico desarrollado se llega a tener un conocimiento conceptual y teórico de las variables, lo que es enriquecido con la observación de la realidad mediante la toma de contacto con las mujeres bolivianas

El presente proyecto de investigación tiene características cualitativas de tipo fenomenológico. El estudio fenomenológico se sustenta en la ciencia de los fenómenos, ya que permite ver lo que se muestra, tal como se muestra a sí mismo. Se analiza un fenómeno objetivo, por lo tanto, verdadero y a su vez científico. Se analizan los fenómenos tal como se presentan y la manera en que lo viven las propias personas. Se investiga objetivamente la realidad social sobre el tema elegido, partiendo de un análisis descriptivo en base a las experiencias compartidas del grupo investigado. [38]

El estudio descriptivo-fenomenológico está centrado entonces, en las experiencias de un grupo de parturientas con respecto a ciertos fenómenos que ocurren en el momento de "dar a luz" y que se relaciona con la manera en que interpretan dicha experiencia.

Está basado en la teoría que trata de comprender las percepciones de la gente, perspectivas e interpretaciones de una situación particular (o fenómeno). El objetivo es la investigación directa y la descripción de los fenómenos que experimenta conscientemente, sin teorías sobre sus explicaciones causales o su realidad objetiva.[39]

---

[38] Denise F.Polit, Ph.D Bernadette P.Hungler, R.N.,Ph.D. Investigación Científica en Ciencias de la Salud.5° Edición . interamericana. Pág. 204

[39] La Fenomenología proviene de la filosofía y la psicología, y se basa en los trabajos del filósofo Edmund Husserl, que fue más tarde desarrollado por Heidegger.

En este trabajo el estudio de investigación fenomenológica intenta responder a la pregunta ¿Cómo es la experiencia de las mujeres bolivianas parturientas, en nuestra región? Por lo tanto, trata de comprender cómo las personas construyen el significado de la realidad que se investiga en un contexto de transposición cultural.

Este estudio fenomenológico está orientado a analizar las vivencias y expectativas de este grupo de mujeres con referencia al parto culturalmente respetado en parturientas de nacionalidad boliviana, residentes en nuestro país. Son mujeres que residen en Batan y que fueron atendidas durante el embarazo en el Centro de Atención Primaria (CAPs) de Batán y en el momento del parto en el Hospital Interzonal Especializado Materno-Infantil de Mar del Plata (HIEMI) (ambas ciudades de la Provincia de Bs.As. en la República Argentina)

Esta investigación ofrece una gama de posibilidades para explorar la conducta humana de las mujeres que se estudian en una situación determinada.

A partir de este momento se espera obtener una diversidad de símbolos, los que permitirán interpretar los hechos estudiados, captando el sentido de los fenómenos.

El colectivo de mujeres investigadas pertenece a un mundo físico que incluye sus relaciones con las demás personas. Es un mundo en el que ellas se encuentran inmersas, lo construyen, lo vivencian y tienen expectativas.

2- MODALIDAD DE TRABAJO

Tipo de Estudio:

El estudio es cualitativo y consta de tres etapas: descriptiva, estructural y de discusión. Estas etapas se acompañan de una observación directa o participativa.

En la **etapa descriptiva** se intenta lograr una descripción del fenómeno de estudio que refleje la realidad vivida por la mujer boliviana en el momento del parto y post parto.

Se realizarán entrevistas con cada una de ellas en la que se procurará lograr una activa participación y asegurar una información completa de lo vivido, en las situaciones que se investigan. Se utilizará una guía temática que orientará los temas para recabar datos, extrayendo las vivencias/expectativas más significativas de las parturientas, las que servirán de referencia a las preguntas planteadas.

En la aplicación de estos procedimientos se tendrá en cuenta que se investigan estructuras significativas y que habrá una correlación entre la teoría y los datos obtenidos.

Las preguntas serán abiertas y flexibles, adaptadas a la singularidad de cada una de las mujeres entrevistadas.

Se tomarán como base las experiencias de parto ocurridas durante el primer semestre del año 2018, en el Servicio de Obstetricia del HIEMI.

En lo relativo a la cantidad de mujeres a investigar se harán entrevistas hasta saturar la información, momento en que se finalizará la experiencia. La muestra analizada estará determinada por la cantidad de mujeres seleccionadas.

Ingreso al campo de estudio:

El contacto para coordinar la entrevista se realizará en el CAPS de Batán al momento de que las mujeres seleccionadas concurren para realizar el control de puerperio inmediato y control precoz del recién nacido, momento en que se les explicará el motivo y las características del estudio que se pretende llevar a cabo, y se determinará el o los lugares del encuentro, a convenir por ambas partes.

El tiempo de ejecución de cada entrevista estará determinado de acuerdo a lo que lleve recabar la información necesaria.

Se intentará, desde un comienzo, entablar una relación de confianza y respeto. Se utilizará, con previo consentimiento de las participantes, una grabadora de voz y un diario de campo

En la **etapa estructural** el trabajo central consistirá en volcar en protocolos los relevamientos realizados, delimitando el tema central de las

unidades temáticas. Luego se integrarán los temas centrales en una estructura general y se efectuará la lectura y análisis de cada protocolo.

En la **etapa de discusión** se relacionarán los resultados obtenidos de la investigación con los desarrollados en el marco teórico, con el objeto de compararlos, contraponerlos o complementarlos, y entender mejor las posibles diferencias o similitudes. [40]

Esta metodología permitirá obtener información básica para llegar a efectuar un análisis de situación sobre las características del parto de las mujeres bolivianas residentes en Batán y el tipo de asistencia durante el parto y post-parto en la institución de salud pública seleccionada.

El estudio podrá dar cuenta de la adecuación de las prácticas clínicas a las recomendaciones del "Parto culturalmente respetado", aportará información sobre aspectos relacionados con la satisfacción de las mujeres bolivianas con relación a los servicios que reciben en este ámbito asistencial y sobre el grado de participación de las usuarias en las distintas alternativas de asistencia existentes para el parto.

Finalmente, la información obtenida servirá para hacer propuestas en relación a la adopción de nuevos objetivos de mejora en la atención del parto y post-parto.

3- CRITERIOS OPERATIVOS PARA LA SELECCIÓN DE LAS VARIABLES.

3.1 Definición de los Términos

La operacionalización de las variables es un trabajo de transformación de las variables abstractas y generales en variables concretas y específicas

Se operativizan las variables para hacerlas mensurables. Se asigna el significado y definición de cada término según lo que está incluido dentro del contexto de la investigación. Se identifican variables o grupos de variables que ayudan a explicar el problema.

---

[40] tesisdeinvestig.blogspot.com/2013/06/fenomenologia.html

Se realiza la definición operacional y conceptual de cada variable. Las definiciones se basan en la observación realizada, referida a indicadores de la realidad que se estudia.

El lineamiento de la entrevista, transita por la mujer boliviana. Se inicia con los datos Identificatorios para luego considerar las vivencias y expectativas.

3.2 POBLACION: Caracterización

1. Datos Identificatorios de la entrevistada:

- Nombre y Apellido (iniciales).
- Fecha de nacimiento. Edad.
- Sexo.
- Estado Civil.
- Estructura familiar: Número de hijos
- Ocupación.
- Nivel educativo/Escolaridad
- Nacionalidad o Lugar de procedencia.
- Tiempo de residencia en el país.
- Domicilio actual.

El **Cuadro referido a los datos demográficos de la MUJER BOLIVIANA** contiene los siguientes ítems: denominación verbal, tipo, naturaleza, indicador, unidad de medida y definición operacional y definición conceptual. Se hacen con referencia a: edad, sexo, estado civil, hijos, ocupación, escolaridad y nacionalidad.

3.3 Vivencias y Expectativas

Las **vivencias y expectativas** son algunas de las variables psicológicas a investigar, lo que requiere un tratamiento especial para hacerlas observables, medibles, cuantificables y, desde luego, accesibles al análisis y a la interpretación.

El sujeto representa su subjetividad mediante distintas formas de expresión de la variable y éstas se constituyen en **indicadores.** Estos son conductas, expresiones verbales, obras/creaciones, reacciones fisiológicas y ambientes de vida.[41]

El interrogatorio para determinar los medidores relacionados a las **vivencias y expectativas** sobre el parto reciente se ocupa de analizar la presencia de cada variable, la frecuencia en la que se manifiesta, el tipo/ forma y grado/nivel de manifestación.

La observación de la realidad del parto y el proceso de cuidados se enmarca no solamente en el episodio biomédico. El proceso ocurre en una mujer procedente de un lugar concreto y dentro de un sistema sanitario y social determinado. Se enfoca en una persona- el paciente- con vivencias, expectativas, nivel cultural, creencias...Todas esas circunstancias intervienen en lo que al final se podrá conocer del proceso.

En este sentido **la mirada de la investigación cualitativa** supone observar y preguntar a las personas implicadas directamente en el proceso. Da a conocer otra cara de la realidad (además de la que se pueda llegar a conocer con la perspectiva cuantitativa),

Con la **mirada cualitativa** se trata de dar respuesta al **cómo y a los porqués** buscando una explicación de los fenómenos en su contexto real, lleno de significados y matices.

Mientras que desde la **visión cuantitativa** se responde al **qué y el porque** (desde una perspectiva de causa).

Una herramienta nuclear de la recogida de información dentro de la aproximación cualitativa es el grupo de discusión o las entrevistas.

La perspectiva cualitativa a utilizar en esta experiencia se ocupará de abrir la pregunta y el espacio de respuesta para conocer en profundidad el discurso de las personas. En las entrevistas no se usarán preguntas muy

[41] https://docplayer.es/16991044-Dra-adela-del-carpio-rivera-doctor-en-medicina.html

dirigidas, sólo servirán como guía, procurando no interrumpir antes de tiempo lo que tienen que contar.

La aproximación más holística a los procesos de lo que supone la salud y la enfermedad - y a los factores sociales y económicos, conductuales o de entorno determinantes -aproxima la visión de estas disciplinas al enfoque de la investigación cualitativa.

La metodología cualitativa permitirá acercarse al conocimiento de la realidad social donde viven inmersos esas personas y esas comunidades *Según Pérez Andrés C* "Para practicar la investigación cualitativa son necesarios conocimientos sobre la subjetividad y el inconsciente (psicoanálisis), los significantes y los significados de las palabras y los signos (lingüística, semiología), el sentido de los mismos (semántica), la interpretación de los símbolos (hermenéutica), la cultura (antropología), la percepción de la realidad (fenomenología) y sobre la sociedad (sociología). La metodología cualitativa es, pues, una forma multidisciplinar de acercarse al conocimiento de la realidad social" [42]

Las Vivencias.

Al realizar las entrevistas se trata de obtener datos referidos a las vivencias personales sobre el Parto, de este grupo de mujeres bolivianas El estudio permite indagar si las vivencias que tuvo en el parto fueron plenas: lo que experimentó, como lo vivió, qué sintió, qué aprendió y si la modificó en algo.

Se explora la experiencia vivida por cada una de las mujeres consultadas Se pretende obtener una narración con los sucesos que cada parturienta vivió Cada una será guiada por un interrogatorio que completará el relato.

---

[42] Pérez Andrés C. Sobre la metodología cualitativa. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. Año 2002 pg. 76

El instrumento se basa en una Guía Temática. En la que se apunta a medir la existencia, plenitud y tipos de vivencias respecto al parto/post parto, el nivel de lo vivenciado y la relación con experiencias anteriores.
Además, se mide la existencia de expectativas, sobre el parto /post parto, dimensiones cuali-cuantitativas, tipos y nivel de expectativas.

3.4 GUIA TEMATICA SOBRE VIVENCIAS.

Cada una de ellas experimentó las siguientes vivencias:

- Se sintió protagonista de manera natural de su propio parto. La atención estuvo centrada en ella y el recién nacido.
- Se utilizaron prácticas asistenciales efectivas y seguras.
- El trato del personal sanitario y los médicos fue adecuado.
- Los profesionales sanitarios estuvieron presentes en todo momento para garantizar su seguridad clínica en el momento del parto.
- Las comunicaciones emitidas por el servicio le permitieron conocer paso a paso lo que sucedería
- El equipo de salud estimuló el acompañamiento de su familia, durante todo el proceso, con el objeto de satisfacer sus necesidades.
- En todo momento se respetaron sus derechos (independientemente de su nacionalidad, su condición económica u otras razones).
- El proceso fisiológico de parir, se ha sustituido por un procedimiento médico, quirúrgico y/o farmacológico complicado y ha desaparecido lo humanístico.
- Los diversos grados de analgesia o el adoptar una posición elegida o impuesta, condicionan en gran medida la naturalidad que tiene este acto fisiológico.
- Le generó temores la posibilidad de ser invadida, violentada o medicalizada injustamente.
- Fue asesorada convenientemente para transitar la etapa del puerperio.

- Al tomar contacto de manera inmediata con su hijo recibió apoyo y asesoramiento sobre la importancia de la lactancia materna.
- Se notan diferencias con la atención recibida en otros partos (en el caso de haber tenido otros partos anteriores)
- Este parto la hizo crecer, la cambió, modificó/reforzó su forma de pensar.
- El nacimiento de un bebé es un acto exclusivo y singular para la vida y merece vivirse como un hecho feliz y único.

Determinación de medidores con relación a la VIVENCIA SOBRE EL PARTO	
Preguntas	**Medidores**
Presencia/Existencia de vivencia de la situación de parto de las mujeres bolivianas entrevistadas.	1. No 2. Si
¿Cuántas de ellas tiene una vivencia plena de la situación del parto?	3,6,8
Tipos o formas de vivencia	1. Vivencia Inadecuada 2. Vivencia Adecuada
Grado o nivel	1. Vivencia Baja 2. Vivencia Media 3. Vivencia Alta
¿Cómo fue su vivencia respecto a la calidad de atención, durante el parto?	1. Favorable 2. Desfavorable
¿Tuvo partos anteriores?	1. Si 2. No
¿Qué aprendizajes le dejaron la/s experiencia/s anterior/es?	1. Favorable 2. Desfavorable

Cuadro elaborado por las autoras según modelo [43]

[43] Las Variables en la Investigación https://docplayer.es/16991044-Dra-adela-del-carpio-rivera-doctor-en-medicina.html

3.4 Las Expectativas:

Al realizar las entrevistas se trata de obtener datos referidos a las **expectativas** personales sobre el Parto/post-parto. El estudio permitirá indagar si las expectativas que tuvo fueron plenas. Si considera que las expectativas que tenía para encararlo coincidieron con lo que sucedió, si fueron favorables o desfavorables respecto a lo que esperaba con relación a ella misma, a su flia., a la atención recibida en la institución hospitalaria donde fue atendida. Se investiga, además, el nivel y tipo de las expectativas.

Determinación de medidores con relación a las EXPECTATIVAS SOBRE EL PARTO	
¿Tenía expectativas respecto al parto/post parto?	1. Favorable 2. Desfavorable
¿Cuántas de ellas tienen expectativas?	3, 6, 8
¿Cuál es el nivel de expectativas?	1. Expectativa Baja 2. Expectativa Media 3. Expectativa Alta
¿Qué tipo de expectativas tienen?	1. Expectativa flexible 2. Expectativa poco flexible 3. Expectativa inflexible

Cuadro elaborado por las autoras, según modelo[44]

[44] Las Variables en la Investigación. https://docplayer.es/16991044-Dra-adela-del-carpio-rivera-doctor-en-medicina.html

CAPITULO IV.

TRABAJO DE CAMPO

Aspectos previos

La metodología de trabajo realizada permite obtener información básica para llegar a efectuar un análisis de situación sobre las características del parto de las mujeres bolivianas residentes en Batán y el tipo de asistencia durante el parto en las instituciones de salud pública seleccionadas. Está orientado a analizar las vivencias y expectativas con referencia al parto.

El grupo estudiado está conformado en su totalidad, por mujeres parturientas de nacionalidad boliviana residentes en Batan, las que fueron atendidas durante el embarazo en el Centro de Atención Primaria (CAPS) de Batán. Se toman como base las experiencias de parto ocurridas a once mujeres bolivianas, durante el primer semestre del año 2018, en el que diez de ellas se atendieron en el Servicio de Obstetricia del Hospital Interzonal Especializado Materno-Infantil (HIEMI). y una en la Clínica privada EMSA. (Ambos centros de salud están situados en Mar del Plata, Provincia de Bs.As., República Argentina)

El contacto para coordinar la entrevista se realizó en el CAPS de Batán al momento de que las mujeres seleccionadas concurrían para realizar controles. Es en esta instancia en la que se les explica el motivo y las características del estudio que se llevará a cabo, y se determinan lugares de los encuentros.

Se identifican a las parturientas considerando los aspectos relacionados con su nacionalidad, edad, cantidad de hijos y lugar de nacimiento de ellos. Se conversa sobre la situación que rodeó al parto, el estado de la parturienta y el acompañamiento por parte del padre del recién nacido, de otros familiares y de los profesionales en el momento de parir.

Finalmente se focaliza la entrevista en el relato de cada una de ellas sobre la vivencia-experiencia. Se utiliza la guía temática propuesta en el marco teórico la que orienta sobre los temas para recabar datos, extrayendo las vivencias/expectativas más significativas de las parturientas, las que sirven de referencia a los interrogantes planteados.

La perspectiva cualitativa se ocupa de abrir la pregunta y el espacio de respuesta para conocer en profundidad el discurso de las entrevistadas. Las preguntas son abiertas y flexibles, adaptadas a la singularidad de cada una de las mujeres entrevistadas.

No se usan preguntas dirigidas, sólo sirven como guía, procurando no interrumpir antes de tiempo lo que cada una tiene para contar.

Se intenta entablar una relación de confianza y respeto desde un comienzo. Se utiliza una grabadora de voz y un diario de campo (con previo consentimiento de las participantes).

En el momento de la entrevista se dialoga con ellas completando conceptos especialmente con referencia a las prácticas propias de Bolivia y Argentina en el momento del parto. Se informa sobre algunos temas en los que la entrevistada manifiesta desconocimiento.

La muestra se establece en relación a la cantidad de mujeres consultadas. Luego de 11 (once) entrevistas, el interrogatorio finaliza, porque se produce saturación de la información.

El tiempo de ejecución de cada entrevista se determina por lo que se necesita para recabar datos, variando según cada entrevistada.

Los relevamientos se vuelcan en protocolos delimitando los temas centrales. Luego se efectúa la lectura y el análisis de cada protocolo. En este momento se relacionan los resultados obtenidos de la investigación con los desarrollados en el marco teórico, con el objeto de compararlos, contraponerlos o complementarlos, y entender mejor las posibles diferencias o similitudes, entre lo que se pensaba y lo que sucedió.

Análisis de Resultados:

El Trabajo de Campo aporta información sobre aspectos relacionados con los datos identificatorios de las mujeres bolivianas entrevistadas y sobre la adecuación de las prácticas recibidas con relación a las recomendaciones del "Parto culturalmente respetado".

La mirada de este estudio es cuali-cuantitativa. Con la mirada cualitativa se observa directamente a las personas implicadas en el proceso,

buscando una explicación de los fenómenos en su contexto real, intentando dar respuesta al cómo y a los porqués Mientras que desde la visión cuantitativa se responde al qué y el porqué (desde una perspectiva de causa).

Los resultados obtenidos en esta investigación, así como la discusión de los mismos han permitido contrastar nuestra hipótesis de partida, así como responder a los objetivos que inicialmente se plantearon.

"¿Cuales son las vivencias y expectativas de las mujeres de cultura boliviana (residentes en la ciudad de Batan) sobre los cuidados recibidos durante el trabajo de parto, en el marco de una Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), respecto a las expectativas devenidas de su cultura?"

A continuación, y a modo de conclusiones generales, en respuesta a los objetivos planteados, se puede manifestar lo siguiente:

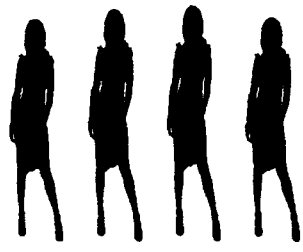
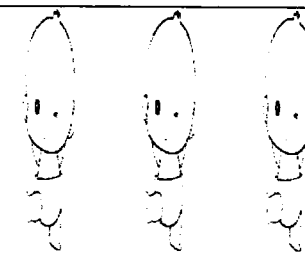
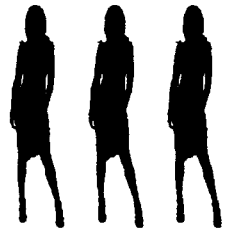
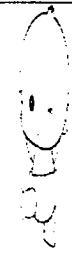
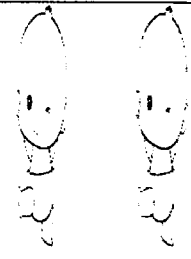
1. El perfil socio demográfico de las mujeres participantes en esta investigación, permite observar que:

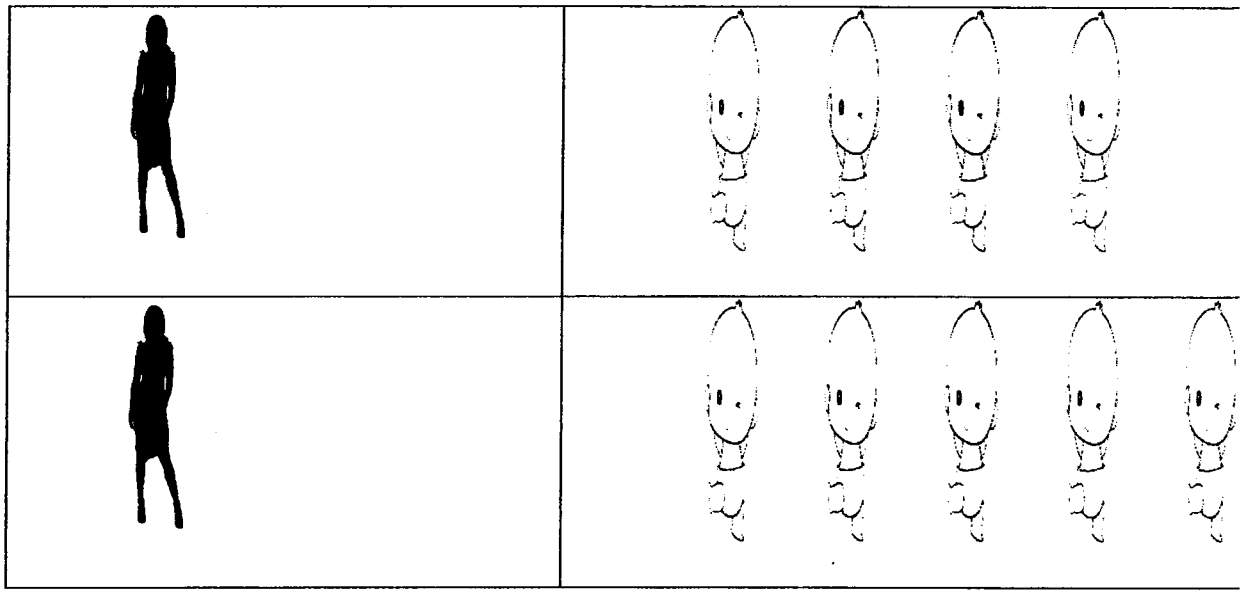
- El 100% de las entrevistadas son mujeres de nacionalidad boliviana. Provienen en su mayoría de la ciudad de Tarija y en menor cantidad de Potosí, Chuquisaca y Cochabamba. La totalidad residen actualmente en la ciudad de Batán. (Provincia de Bs. As. República Argentina)
- Con relación a la edad de las entrevistadas, las mujeres de la muestra tienen entre 16 y 44 años. De 16 a 20=Una/ De 20 a 30= Seis/De 30 a 40= Tres y Mayores de 40= una. Una sola es primeriza. Lo que muestra que la mayoría son madres muy jóvenes. La mayor de 40 años, tiene 44 años y es multípara.

Cantidad de mujeres	Edad

Una	16 a 20 años
Seis	20 a 30 años
Tres	30 a 40 años
Una	Mayor de 40

En relación a la cantidad de hijos oscilan entre uno a cinco hijos. Cuatro mujeres: Tres hijos/ Tres mujeres: un hijo/ Una mujer: 2 hijos/ Una mujer: cuatro hijos/ Una mujer: Cinco hijos.

Cantidad de mujeres	**Cantidad de hijos**
	
	
	



Esto muestra que la mayoría superan los tres hijos, con escasa diferencia entre cada nacimiento. Del total cuatro (4) son primíparas, las siete (7) restantes tienen hijos mayores. No hay uniformidad de criterios respecto a la idea de seguir teniendo más hijos o detener los proyectos de embarazos.

- En relación al perfil clínico y asistencial: los partos se dieron por vía baja en ocho (8) mujeres y por cesárea en tres (3) situaciones. Una de las mujeres tenía catalogado su embarazo como de riesgo alto- con desprendimiento previo de placenta-En otro caso el niño nació prematuro - un Kg. de peso al nacer-
- En ocho (8) mujeres el parto fue normal, por vía baja y en tres (3) nacieron por cesárea. Las dificultades psico- físicas se presentan en tres mujeres, en el resto no hubo dificultades. Los trastornos estuvieron relacionados con temores inseguridad, depresión Una de ellas relata que, por miedo, se escapó del Hospital fue rescatada e internada en el HIGA donde recibió tratamientos específicos.
- En lo vinculado a las maniobras utilizadas No se utilizaron prácticas relacionadas con la cultura boliviana en nueve (9)
- . En las dos (2) restantes aceleran el parto con maniobras de "manteo", en una (1) "aprietan el vientre con rodilla".

El manteo es realizado por familiares o profesionales bolivianos residentes en Argentina. Esto no ocurre en los centros hospitalarios donde fueron atendidas.

- En lo vinculado al acompañamiento en el momento del parto cinco (5) mujeres fueron solas y seis (6) acompañadas. En este último caso cuatro (4) fueron acompañadas por sus parejas/cónyuges padres de los niños, una (1) por la madre y otra (1) de las parturientas por la cuñada.

Casi un cincuenta por ciento fue sola, no estuvo acompañada por el padre del niño ni ningún familiar. Esta importante cantidad de mujeres que enfrentan la situación de parto sin acompañamiento demuestra que el hombre "no está" para enfrentar la responsabilidad de acompañar a su mujer en el momento del parto.

- Respecto al lugar del alumbramiento ninguna de las entrevistadas tuvo a su hijo en su hogar. Se realizaron en Hospital Publico diez (10) y uno (1) en Clínica Privada. Las razones de la parturienta que tuvo su hijo en el ámbito privado estuvieron vinculadas a vivencias relacionadas con experiencias anteriores de conocidos y a los comentarios sobre experiencias negativas referidas a la deficiente atención en el hospital público.

2. Con relación a vivencias y expectativas.

Al efectuar el análisis de los relatos al momento de parir se analiza lo propuesto en la Guía temática sobre Vivencias, Expectativas y sus medidores.

El análisis del tema se focaliza en las tres variables que intervienen en el proceso: la capacidad vivencial de la parturienta, la profundidad de la situación que se vivencia y la predisposición que la parturienta tiene respecto a cada tipo de estímulo.

En la mayoría no se obtiene una participación activa, especialmente en lo referido a hablar de la vivencia/experiencia sobre el parto, por lo que algunas cuestiones no fueron respondidas.

El análisis cualitativo de los resultados mostró que las mujeres valoraron positivamente la atención recibida y la profesionalidad percibida de los miembros del equipo, especialmente ante la aparición de dificultades.

En la mayoría de las mujeres bolivianas entrevistadas, existe vivencia de la situación de parto. Se sintieron protagonistas de manera natural porque la atención estuvo centrada en ella y en el recién nacido.

Reconocen que se utilizaron prácticas asistenciales efectivas y seguras. Al hablar del lugar del alumbramiento, comparan con Bolivia rescatando la seguridad que representan los centros de salud con relación a las "postas" y casas de familia, lugares comunes donde tienen a sus hijos.

Algunas se refieren al trato del personal sanitario y al de los médicos reconociendo que estuvieron presentes cuando los necesitaron, lo que hizo que se sintieran seguras en el momento del parto. Las comunicaciones dadas por el servicio de enfermería y el personal administrativo les permitieron conocer lo que tenían que hacer.

Otras hacen referencia al equipo de salud quienes permitieron el acompañamiento de la familia en el momento del parto, con el objeto de satisfacer sus necesidades.

Por ser mujeres bolivianas no sintieron diferencias en el trato, porque vivenciaron respeto por sus derechos (independientemente de su nacionalidad, su condición económica u otras razones).

Algunas manifiestan que le generó temores la posibilidad de ser invadida, violentada, otras expresan los temores relacionándolos con los medicamentos, la anestesia.

Las que tuvieron partos anteriores denotan las diferencias favorables en la atención recibida en Argentina, principalmente comparan con la de Bolivia, otras no reconocen variaciones, admitiendo que todo fue igual.

Al efectuar el análisis de las **Expectativas** y sus medidores, surge que:

Algunas consideran que sus expectativas coinciden con lo sucedido. En la mayoría no hay expresiones de disconformidad, respecto a lo que esperaban con relación a ellas misma, a sus familia y a la atención recibida

en la institución hospitalaria donde fueron atendidas. Se puede interpretar que existe un cambio o transición cultural desde un modelo relacionado con una cosmovisión del parto y rituales del mismo a una adopción del sistema biomédico.

Otras expresan opiniones favorables referidas a la posibilidad que les dio este parto de reforzar su forma de pensar al conocer otras realidades.

El incumplimiento de expectativas previas al parto no implicó una peor valoración del hospital, y al relacionar las variables satisfacción y cumplimiento de expectativas, se observó que dicho incumplimiento no condicionó la satisfacción global con el proceso.

La información obtenida es el punto de partida para continuar trabajando en relación a la adopción de nuevos objetivos orientados a mejorar la atención del parto., logrando la satisfacción de las mujeres bolivianas en los servicios que reciben en este ámbito asistencial y mejorando su grado de participación en las distintas alternativas de asistencia.

ANALISIS DE LAS ENTREVISTAS

ENTREVISTA 1

Mujer de 28 años su primer hijo nació en Argentina, el segundo en Bolivia. Los dos partos fueron normales.

En Argentina permitieron el ingreso de su madre al momento del parto, en Bolivia permitieron el ingreso de su pareja. Los profesionales estuvieron todo el tiempo con ella (enfermeras y médicos). No fue medicalizada durante el parto. El trato del personal sanitario y los médicos fue adecuado. Se sintió segura compara con Bolivia y fue similar. Conoce el manteo.

Sus expectativas estuvieron relacionadas a su interés por tener un niño sano. Vivió este hecho positivamente, considerando que los cuidados recibidos fueron buenos, que todo se dio con normalidad. Manifestó que se dio una diferencia favorable en la atención recibida en Argentina, especialmente porque le permitieron estar acompañada por su mamá.

ENTREVISTA 2

Mujer de 44 años. Tiene tres hijos. Los tres nacieron en Argentina.

Conoce el manteo porque se lo hicieron su madre, a ella no se lo practicaron. Permaneció internada en el hospital materno infantil durante un mes en reposo por amenaza de parto prematuro y maduración pulmonar. Presento perdida de líquido amniótico y los profesionales decidieron la inducción del parto, ella refiere sin informarle. Su hijo nació de 7 meses de gestación con un peso de 1 kg, con internación en neonatología. Se sintió insegura y luego del nacimiento tuvo depresión, lo cual la impulsó a abandonar el hospital; es ubicada por personal del hospital y deciden internarla en el HIGA para tratamiento.

Su expectativa se centró en estar segura en este parto. Ella necesitaba estar tranquila. Trató de superar la depresión previa al parto e intentó estar tranquila, pero no lo logró.

ENTREVISTA 3

Conoce el manteo, se lo hicieron a ella, en Bolivia. Presencio nacimientos en cuclillas de su madre al parir a sus hermanos, menciona el uso del cuerito para posicionarse, en nacimiento domiciliario. Ella y sus hermanos nacieron en Bolivia en su casa.

Le indujeron parto con maniobras agresivas (presión en vientre con rodilla), se desgarro, tuvo fractura del hueso pelviano con secuelas en el caminar actual y dolor en la cadera. No permitieron el ingreso de su marido ni familiar al parto, lo cual tomó como normal por desconocer sus derechos.

Devoluciones: Tenés derecho a que tu pareja entre cuando estás pariendo. No podés quedar sola (por ley)

ENTREVISTA 4

Perdió su primer hijo, los otros dos nacieron por cesárea. Conoce el manteo, en Argentina, se lo practicó la madre, pero sin resultados. En el materno infantil estuvo sola, no dejaban entrar a su familia, permaneció con miedo por cesárea anterior. Le generó temores la posibilidad de que nuevamente le suceda la experiencia que tuvo en su embarazo anterior (perdida del bebé). Vivenció el trabajo de parto con mucho temor.

Devoluciones: Manteo creencia cultural. Se ha hecho en otras generaciones de gente mayor explica...

ENTREVISTA 5

Mujer de 16 años su hijo nació por cesárea de urgencia, hubo peligro de vida, asfixia. Conoce el manteo, se lo hicieron porque ella estaba vomitando, una Sra. boliviana acá, en Argentina.

En la cesárea no entró nadie solo su marido una vez que nació. Durante la hospitalización estuvo su madre para ayudarla en el cuidado del puerperio inmediato, manifiesta que el personal no permitía que la ayudara diciéndole que debía hacerlo

sola, - "...pero yo no podía"-. Se puede interpretar como vivencia de temor ante lo desconocido sobre su autocuidado.

ENTREVISTA 6.

Conoce manteo, por haberlo visto realizar a su madre en Bolivia al tener a sus hermanos en su casa, en cuanto al uso de inciensos, sahumerios, crema de coca desconoce. Manteo no se lo hicieron porque los tres nacieron acá. Al preguntarle como fue su experiencia en el materno, contesta que ha sido buena y entró mi pareja. *Su vivencia es que la atención recibida en el hospital le dio confianza, y sus miedos se debilitaron porque le permitieron estar acompañada por su pareja.*

ENTREVISTA 7

Fue a Cesárea por desprendimiento de placenta. Conoce el manteo por su madre, pero no se lo practicaron a ella, también conoce las practicas de sahumerio con chala de pescado la cual realizaba su padre cuando, al asistir los partos de su madre, los mismos se complicaban. Acá no lo hacen. Si volviera a Bolivia realizaría esas prácticas culturales. Transito sus partos acompañada por personal de salud, no entro algún familiar.

Sus vivencias han sido con temor ya que dos de sus partos fueron de riesgo, uno con desprendimiento de placenta y otro por prematurez, manifiesta igualmente que su experiencia ha sido positiva

ENTREVISTA 8.

Tuvo parto normal, concurrió al hospital materno infantil por ruptura de bolsa en su domicilio, ella no refería dolor. Fue evaluada al ingreso en reiteradas oportunidades y le informan que el nacimiento no se realizaría durante ese día sino días posteriores debido a que no tenía signos de parto, pero permanece internada. No recibió más evaluaciones, ella solicito en reiteradas oportunidades ser evaluada por algún médico, ya que percibía que sus contracciones iban en aumento de intensidad y frecuencia. Luego de su insistencia la evalúan y nace su bebe, el mismo día en que concurrió al hospital. Permaneció sola durante el trabajo de parto, momento en el que permiten el ingreso de un familiar.

ENTREVISTA 9.

Mujer multípara, 5 hijos. Concurre sola al hospital por lo cual no ingresa ningún familiar al parto, refiere no utilizaron medicación para inducir el parto ya que ingreso y al instante nació el bebe –"...estaba yo aguantándolo"-. Vivencia durante el parto y la internación fue buena ya que se sintió bien atendida.
No conoce el manteo ni ninguna práctica cultural referida al parto de su nacionalidad.
Al mencionarle la práctica de masajes con crema de coca en el vientre de la embarazada se puede inferir que la mujer lo interpreta como algo no saludable, al expresar que ella desconoce la práctica que tampoco fuma y acentúa que ella es "normal" ("-... No, no, yo no sé nada de eso, no no tampoco me gusta ni fumar no nada de eso. Yo soy normal. Así que por eso no tengo ni enfermedad...-")

ENTREVISTA 10.

Mujer de 29 años, tiene 3 hijos, 2 nacidos en Bolivia en su casa donde fue asistida por familiares su madre y su suegra realizo el cordón umbilical, dice que lo realiza la persona de más experiencia *"-... Si, si siempre la mas de antes las señoras que estaban más de antes-", luego* fue llevada a la posta sanitaria; el restante nacido en Argentina en el hospital materno infantil donde fue asistida por personal sanitario y permitieron el ingreso de familiares (cuñada y esposo). Conoce la práctica de manteo la que le realizaron con sus hijos nacidos en Bolivia también conoce el uso de sahumerios, pero no uso en ninguno de sus partos.
En cuanto a los cuidados recibidos en el hospital materno infantil los mismos los reconoce como buenos y su recuperación fue rápida. Del análisis del relato se puede concluir que su vivencia en el hospital fue positiva en cuanto a poder estar acompaña de familiares en el momento del parto.

ENTREVISTA 11

Mujer primeriza, conoce el manteo por su madre, quien tuvo 8 hijos en Bolivia en su domicilio; a ella no se lo practicaron. Realizo sus controles de embarazo en el CAPS de Batan y al mismo tiempo en un sanatorio privado, llegado el momento del nacimiento opto por la institución privada ya que tenía comentarios de allegadas que no habían tenido una buena experiencia en el hospital materno infantil; y sentía temor de vivir algo similar –"*... Como que me dio miedo llegar y que me pase lo mismo, entonces dije no; me voy a arriesgar por la clínica*"-.

Considera que su experiencia en la clínica privada fue buena ya que le permitieron estar acompañada de su esposo, fue atendida por el obstetra que le realizaba los controle durante el embarazo y también se encontraba presente la obstétrica que la controlaba en el CAPS. Su vivencia del parto también fue positiva ya que manifiesta no haber sufrido como se lo imaginaba "*-... Estuve desde las 8 de la mañana que me interné hasta las 14.15 que nació él, y estuve todo el día ahí, eso fue lo peor nada más pero después ya que nació, dos pujos y salió, la verdad que no lo sufrí tanto como me lo imaginé yo. -*"

Sus expectativas estaban relacionadas con el lugar del alumbramiento. Su vivencia, rescato la seguridad que representaba este hospital privado (EMHSA) con relación al hospital público en Argentina y vinculado a las "postas" y a las casas de familia, lugares comunes donde tienen a sus hijos, en Bolivia.

CAPITULO V.

ANEXOS.

ANEXO 1. CULTURA ORGANIZACIONAL CENTRADA EN LA FAMILIA Y EN LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN. EJES Y PRINCIPIOS

EJE CONCEPTUAL 1

PRINCIPIO 1

El modelo MSCF es coherente con el pensamiento universal vigente: medicina centrada en el paciente (y su familia) y seguridad del paciente.

PRINCIPIO 2

El modelo MSCF es un cambio de paradigma. Suma lo humanístico al progreso tecnológico.

PRINCIPIO 3

Tiene avales nacionales y de organismos internacionales.

EJE CONCEPTUAL 2

PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LA MADRE, DEL PADRE Y DE SU HIJO O HIJA

PRINCIPIO 4

No es objeto de controversia y se alinea con el concepto de "derechos humanos".

PRINCIPIO 5

Enfrenta la inequidad y la discriminación.

PRINCIPIO 6

Admite publicidad en el marco de la ética.

EJE CONCEPTUAL 3

PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN Y LA COLABORACIÓN DE LOS PADRES, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD EN LA PROTECCIÓN Y EL CUIDADO LA MUJER Y SU HIJO O HIJA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO

PRINCIPIO 7

Empodera a la familia y tiene beneficios agregados.

PRINCIPIO 8

Es gratificante para todos los agentes de salud.

PRINCIPIO 9

Posibilita el compromiso y la participación comunitaria.

EJE CONCEPTUAL 4

USO DE PRÁCTICAS EFECTIVAS Y SEGURAS

PRINCIPIO 10

Sus intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia.

PRINCIPIO 11

Es un ejemplo de la búsqueda de la calidad continua.

PRINCIPIO 12

Busca promover intervenciones costo-efectivas y replicables.

PRINCIPIO 13

Participa en el cumplimiento de los objetivos del milenio.

PRINCIPIO 14

Sus resultados pueden ser cuantificados.

EJE CONCEPTUAL 5

FORTALECIMIENTO DE OTRAS INICIATIVAS, EN PARTICULAR, LA INICIATIVA HAMN

PRINCIPIO 15

El modelo MSCF es abarcativo e incluyente de todas las propuestas complementarias.

ANEXO 2.

FENOMENOS DEL TRABAJO DE PARTO.

El Trabajo de Parto: se refiere a los procesos mediante los cuales los productos de la concepción son expelidos por la madre. Implica el esfuerzo físico para lograr una meta específica. El nacimiento real del bebe se llama parto. Suele iniciarse en el momento preciso cuando el feto esta lo bastante maduro para adaptarse a las condiciones extrauterinas, pero no aun lo bastante grande para causar dificultades mecánicas durante el trabajo de parto.

Causas del inicio del trabajo de parto.

Durante el embarazo el útero está integrado por un gran número de células de musculatura lisa, con enorme hipertrofia cada célula es activada por una serie de reacciones químicas al comenzar a contraerse en forma rítmica perfectamente coordinada y con tal fuerza que el cuello se dilata y el producto es expulsado.

Existen variaciones en la duración del trabajo de parto de una mujer a otra.

En base a estudios realizados por Friedman se puede dividir las fases del trabajo de parto en dos etapas; la primera de latencia y la segunda etapa activa. La etapa de latencia va desde el comienzo de las contracciones uterinas y en ella se evidencia poca dilatación cervical, pero al comenzar la etapa activa se acelera la dilatación y llega a una fase de desaceleración muy poco antes de comenzar la segunda fase del parto.

Signos premonitorios del trabajo de parto

En las últimas semanas del embarazo diversos cambios indican el momento del parto inminente, unos 10 a 14 días antes de la expulsión ocurre el encajamiento, que es la preparación de la cabeza fetal en la pelvis, que puede acaecer en cualquier momento de las últimas 4 semanas de gestación, pero a veces no lo hace hasta que realmente comienza el parto.

Las contracciones falsas pueden comenzar tres o cuatro semanas antes de la terminación del embarazo. Se limitan más bien a la porción inferior del abdomen y la ingle, y no aumentan en intensidad, frecuencia o duración. La exploración no indica cambio alguno en el cuello uterino.

Otro signo del trabajo de parto inminente es la expulsión del tapón mucoso de color rosáceo.

A veces la rotura de membranas constituye el primer signo del parto inminente. Si bien no se considera un signo de gravedad es importante avisar inmediatamente al médico, pues en estas circunstancias puede ser conveniente hospitalizar sin tardanza a la mujer ya que existe la posibilidad de prolapso de cordón.

Tres etapas del trabajo de parto

Primera etapa: en el comienzo de esta fase las contracciones son breves de poca intensidad y ocurren en intervalos de 10 a 15 minutos. La mujer puede caminar y por lo regular no siente molestias entre una y otra contracción. A medida que evoluciona el trabajo de parto las contracciones reaparecen a intervalos cada vez menores cada 3 a 5 minutos, se intensifican y duran más tiempo. En esta fase la parturienta se desentiende del medio que la rodea y se concentra en sí misma, la dilatación aumenta entre 8 y 9 cm y las contracciones alcanzan su intensidad máxima, presentan mucho dolor, aumenta la secreción de la vagina por la rotura de los vasos capilares del cuello y el segmento uterino inferior.

Como resultado de las contracciones uterinas surgen dos cambios en el cuello uterino que son el borramiento y la dilatación.

El borramiento es el acortamiento del conducto cervical, el cual se mide durante el tacto vaginal.

La dilatación denota el agrandamiento del orificio cervical que de tener unos cuantos milímetros termina por ser una abertura de unos 10 cm de diámetro.

La medición de la dilatación cervical se hace durante la exploración vaginal por estimación digital del diámetro del orificio cervical y se expresa en cm.

Segunda etapa: en esta etapa las contracciones son potentes y duran entre 50 y 70 segundos y ocurren a intervalos de 2 a 3 minutos, se rompen las membranas y sale una gran cantidad de líquido amniótico por la vagina. Aquí intervienen los músculos del abdomen, la mujer puja con toda su fuerza, percibe una presión extraordinaria en el perineo y el recto y no puede controlar la urgencia de pujar.

En la primera fase del parto las fuerzas se limitan a la acción uterina y aquí en la segunda son esenciales dos fuerzas que son las contracciones del útero y la presión abdominal, y esta es generada por el esfuerzo que hace la mujer al pujar.

Al finalizar la segunda fase, cuando la cabeza ya está en la vagina su presión hace que el ano muestre eversión y turgencia.

Con cada contracción el perineo sobresale más y más y hay mayor dilatación y distención de la vulva por la cabeza fetal, el orificio se transforma en ovoide y por último en un círculo.

Las contracciones en este momento se suceden con enorme rapidez y prácticamente no hay intervalos entre ellas. Al ser cada vez más visible la cabeza, se estira en toda su magnitud la vulva, y por ultima rodea el diámetro mayor de la cabeza, este fenómeno es conocido como coronamiento. En este momento suele hacerse episiotomía y se procura el nacimiento de la cabeza. Bastan una o dos contracciones más para que nazca totalmente el producto.[45]

---

[45] Reeder Martin. Enfermería materno infantil. Decimo sexta Edición. Cap. 24. Pag. 567-578

Anexo 3. Entrevistas.

Entrevista 1.

P- ¿Cuántos años tenés?

R- 28

P- ¿Nacionalidad, boliviana? ¿Tu primer nene nació en Bolivia?

R- No él nació acá, la nena nació en Bolivia (2° hija)

P - ¿Los 2 fueron partos normales?

R- Si

P - ¿Cuándo tuviste el parto acá pudiste entrar con tu pareja al nacer el bebe?

R- Si acá si pudo entrar. Allá en Bolivia no lo dejaron

P - ¿En Bolivia lo tuviste solita?

R- Si

P - ¿Lo tuviste en el hospital o en tu casa?

R- En el hospital

P- Cuando el nene nació acá. ¿Dejaron entrar a tu pareja?

R- No, entro mi mama.

P- ¿Cuántos años tiene el nene?

R- 4

P- Otra cosa que te quería preguntar..., a vos ¿Te dieron alguna medicación que vos no querías tomar?

R- eee... mmm...eee

P- Como por ejemplo: si te dijeron, por ejemplo: vamos a apurar el parto porque el bebe no nace y te pusieron algo en el suero.

R- aa... no no

P- No, o sea ¿Ellos se subieron arriba de tu panza?

R- no, no no

P- Nació bien, el bebé. ¿Y vos siempre estuviste con tu mamá?

R -Si si por suerte nació bien, eso me importaba a mí.

¿P- Y... las enfermeras y los médicos estuvieron todo el tiempo con vos?

R- si

P- O sea vos te sentiste bien porque todo el tiempo estuviste con él y tu mama.

¿Y en Bolivia el otro parto como fue?

R- igual

P-Y en el parto que tuviste en Bolivia que no pudo entrar tu familia vos te sentiste segura con el personal del hospital.

R- Si si, segura

P- ¿Eso fue en un hospital público?

R- Si si

P-O sea que ningún problema

Entrevista 2.

P- ¿Cuantos partos tuviste?

R - 3

P- ¿Los 3 nacieron acá en el materno infantil?

R - Si.

P- ¿Vos tuviste alguna complicación en el trabajo de parto?

R- Mismo el varón nació de 7 meses.

P- ¿En los partos entro tu pareja o entro tu mamá, tuviste alguien que te acompaño?

R- Nada nadie.

P-Te sentiste sola también en el momento del trabajo de parto

R- Si, si me agarro la depresión.

P- ¿En el embarazo?

R- No, no... cuando nació él (señalando su hijo presente)... porque ha nacido de 7 meses peso 1 kilo

P- ¿Y vos estuviste con él en el hospital? ¿Te dejaban estar o tenías que ir y volver?

R- No, cuando yo estaba en el hospital yo estaba muy mal y me escape del hospital... después me agarraron y me llevaron al hospital Regional y me tuvieron que internar ahí...

P- ¿Te tuvieron que internar en el Regional?

R- Si, ahí.

P- Y de esos 3 partos normales que tuviste... ¿Me dijiste que nunca entró nadie de tu familia cuando tuviste el bebé?

R- Aaaaaah, no en ese momento no. Ellos me pusieron un medicamento para que me apure a tener el bebé y después me sacaron para arriba y ahí estaba mi mamá.

P- Eso te iba a preguntar... ¿Vos querías que te coloquen esa medicación?

R- No

P- No te lo preguntaron, lo hicieron ellos.

R- No porque yo estuve casi un mes ahí, para que se endurezcan los pulmones y después ya lo hicieron.

P- ¿Pero como te preguntaron?

R -No me acuerdo ya, lo hicieron ellos porque estaba perdiendo liquido

P- Y vos acá en la Argentina ¿Conocías las prácticas de manteo que en Bolivia se hacen? Cuando a la mamá la ponen en una manta en el último mes para que se acomode el bebe...

R- A mi mama si le hicieron eso, a mí ya no

P– ¿Vos cuántos años tenés?

R - 44

Entrevista 3.

P- ¿Cuántos años tenés?

R- 33

P- Sos de nacionalidad boliviana.

R- Si

P - Tu nene de 7 años nació acá ¿Por parto normal o cesárea?

R- ee... normal

R- ¿Acá en el materno infantil?

R – Si, en el materno infantil.

P- ¿Dejaron entrar a tu pareja, al papá del bebe?

R- eee... no en ese momento no. Tuve complicaciones en el parto, me desgarraron ...fue como algo... se me quebró el hueso... eee, o sea, el bebé no podía nacer rápido y los doctores me apretaban aquí (señalándose la panza).

P- Aaah ¿Te apretaban la panza?

R- Si, si se subieron arriba de mi y me apretaban con la rodilla, otro me agarraba así de las piernas y me abrían, según me dijeron que estoy desgarrada, me duele siempre cuando hace frio... me duele la cadera y tengo que andar así como "sucha".

P- ¿Qué seria "sucha"?

R- Como desbandado el pie, o sea las caderas cuando hace mucho frio o viento me duele y ahora con este embarazo me duele aquí, aquí abajo me duele.

P- En este embarazo, ¿Vos sabés? ¿Que podés (tenés derecho) como mamá embarazada a que tu pareja puede entrar, él tiene que avisar que quiere entrar al parto, y no te lo pueden negar? Hay una ley que está escrita, donde dice que vos no podés quedar solita en el momento del parto, es un momento único y muy especial para la madre y no podés estar sola, vos me decís que en el nacimiento de tu nene de 7 años él no entro, y los profesionales te apretaban la panza.

R – Si, si, muy mucho y me apretaban así y salió muy muy negro ya estaba pasándose de hora parece porque estaba aquí arriba. Y... mi marido ha ido pero le despacharon porque deje al otrito, al David se llama al boliviano, le deje en la casa solito porque ya me agarró y entonces me he ido, y... le avisé yo a la doctora que ha quedado solito en la casa y entonces me dijo que se vaya a verlo y aparte no puede entrar la pareja

p- Y vos en ese momento ¿Que sentías cuando quedaste solita?

R- eee... nada como veíamos que no se podía quedar la pareja. Yo tengo con el René, tengo 3 hijos, los dos el David lo tuve en casa en Bolivia

P- Y ahí te ayudo alguien a asistir el parto

R- Me ayudo mi mamá y mi papá y mis hermanos.

P - Allá en Bolivia, por los libros que he leído se habla del manteo, que a la mujer embarazada se la pone en una manta y la mueven para que se acomode el bebé ¿Eso a vos te lo hicieron?

R- Me hicieron... medico casero

P- El médico casero, eso fue en Bolivia ¿Acá no?

R- No, no, acá no.

P - Y allá en Bolivia ¿Qué otras cosas te hicieron para que nazca el bebé?

R - Allá me hicieron eso, el manteo y nada más, y me atendieron mi mama y mi papá, y ellos cortaron el ombligo al bebé

P- ¿Y con qué lo cortaron?

R- Lo cortaron con tijera y lo ataron con hilo de costura, con eso. Mi mamá igual, y todos mis hermanos ninguno tuvieron en hospital ni en postas, todos en la casa.

R- ¿Todos nacieron vivos?

R – Si, si, todos vivos. Primeramente los atendía mi papá yo soy la mayor de todas, y así somos 9 hermanos en total. Pero mi mamá no fue nunca a la posta no nada.

P- ¿Y la tienen muy lejos a la posta?

R- Si muy muy lejana, por eso lo tiene en la casa.

P- Y la postura que usan ¿Es así en cuclillas para que nazcan o las acuestan?

R- ee... mi mama sabia afirmarse en la cama y tenía.., allá le llaman el cuero, tenía su cuerito y tenían.

P- Pero .. ¿Se acostaban? O en cuclillas?

R – Así, así se ponía (indicando la posición que adoptaba)

P- Haa ¡Eso es cuclillas! Porque es la posición anatómica mejor para sacarlo al bebe cuando nace.

R- Si, si, mi mama no tenia complicaciones, tenia los dolores y ahí nacía. Yo si me complique con mi primer hijo.

P- Yo quiero que sepas que para este embarazo que estás gestando, tu pareja puede entrar y ver nacer al bebé, tu pareja o quien vos quieras que entre. Hay una ley que te permite eso.

R- No, no sabía eso.

Entrevista 4.

P- ¿Vos querías tener parto normal?

R- Si parto normal. El primero lo perdí y después ya no se podía y fui a cesárea.

P- El primero lo perdiste y después los otros dos fuiste a cesárea. A vos, estando en Argentina ¿Te hicieron la práctica del manteo como lo hacen en Bolivia?

R- Nooo, mmm... ¿Cómo...?

P- ¿No conoces el manteo que en Bolivia se hace, cuando ponen a la embarazada en los últimos meses del embarazo y la movilizan para que el bebé se acomode?

R- aaa! No sabía porque yo cuando mi primer embarazo y como me dolía se me hacia dura, dura la panza y mi mama me lo hizo acá para que se acomode.

P- Aaa, te lo hizo acá, si, si, se llama manteo eso.

R- Aaaaa.... Si, si, eso me lo hizo pero no se acomodo nada porque seguía dura la panza

P- Eso es una creencia cultural de allá que se trae, yo por lo que he leído

R- Aaa, no sabía cómo se llamaba

P- Por lo general la gente más grande la gente mayor lo hace. Se da más para el lado del altiplano, prenden inciensos o sea sahumerios o masajean con crema de coca la panza

R- Aaaa.... Puede ser puede ser yo no sabía nada de eso

P- ¿Y vos en la cesárea estuviste solita, vos lo tuviste en el Materno infantil?

R- Si solita porque no dejaron entrar, porque no se podía entrar

P- Pero en ese momento los profesionales, los médicos, las enfermeras ¿Estuvieron con vos?

R- Hoy que ha nacido hace tres meses que tengo Chagas, el corazón lo tengo muy mal, y cuando yo fui yo tenía miedo como ya me paso tenia cesárea yo no quería tener cesárea y me daba miedo y yo tenía miedo y ahí

me dejaron tirada porque nadie me estaba a un lado yo estaba sola entonces tenía miedo que me pase lo mismo.

Entrevista 5.

P- ¿Vos sos de nacionalidad boliviana?

R- Si.

P- ¿Tuviste un hijo nacido acá, en Argentina, en Mar del Plata, en el Materno Infantil?

R- Si, en el materno.

P- ¿Fue parto normal?

R- No por cesárea.

P- ¿Por qué fuiste a cesárea?

R- Porque me dijeron que el bebe estaba asfixiándose, todo eso.

P- Fue de urgencia la cesárea.

R- Si fue de urgencia.

P- ¿Allá en Bolivia se sigue practicando el manteo? ¿Vos sabes que es el manteo?

R- No.

P- Que a la mujer embarazada la colocan en una manta y la mueven para acomodar el bebe. ¿Esa práctica en Bolivia se sigue usando?

R- Haaa... eso no porque...

P- ¿Cuántos años tenés?

R- 16

P- Tal vez hayas escuchado de tu abuela hablar sobre el manteo.

R- Si escuché que hacían.

P- ¿Y nunca lo viste?

R- Eee... me hicieron porque yo estaba vomitando

P- ¿Te lo hizo acá tu abuela?

R- No otra señora

P- ¿Otra señora de nacionalidad boliviana?

R- Si, si.

P- Que continúa con esa práctica. Y cuando fuiste a cesárea ¿Dejaron entrar a tu familia?

R- No porque no había nadie, fui solo con mi marido.

P- ¿A tu marido no lo dejaron entrar una vez que sacaron el bebe de la panza?

R- Ahí sí.

P- ¿Te pusieron medicación o analgesia para acelerar el parto antes de llegar a la cesárea?

R- No, porque me hicieron ecografía y me hicieron tomar algo dulce y el bebé no se movía, entonces me hicieron la cesárea.

P- Vos después en el tiempo de hospitalización. ¿Cómo te sentiste?

R- Mi mamá estaba ahí para ayudarme y las medicas decían que ella no podía que yo tenía que hacerlo por mi propia voluntad, moverme y todo eso, pero sola no podía.

P- ¿Vos ahora te estás cuidando?

R - Si me pusieron el chip ese...

P- Ese dura 3 años.

R- Si, después lo tengo que renovar.

Entrevista 6.

P- ¿Cuántos chicos tenés?

R- 3.

P- ¿Vos sos de acá?

R- No.

P- ¿Donde naciste?

R- En Bolivia.

P- ¿Y los nenes?

R- Son de acá.

P- ¿Nacieron los 3 por parto normal?

R- Si.

P- ¿Y qué tal tu experiencia durante el parto?

R- Si, si ha sido bien.

P- Vos naciste allá en Bolivia. ¿Por parto normal?

R- Eee... si por parto normal.

P- Allá en Bolivia las mujeres, generalmente, paren en cuclillas, no acostadas.

R- No, no sé porque yo tuve acá, por eso.

P- Tu mamá que te tuvo allá, por parto normal. ¿Te conto algo de cómo naciste?

R- eee... si. No como los de aquí, distinto.

P- ¿Pero es así de esa forma que te comento?

R- Eee... no sé porque ella lo tuvo en la casa, no la atendió ningún médico, no nada.

P- ¿Te tuvo a vos en la casa? ¿Ahí, por lo general llaman a la partera?

R- Allá no hay de eso.

P- Aaa sí. ¿Y sigue existiendo el uso del manteo? Donde en la última semana de gestación ponen a la embarazada en una manta y la mueven para que se acomode el bebe.

R - Si, si he visto yo.

P- Lo viste, pero allá... no acá.

R -Si, si, acá no.

P- Y también prenden inciensos

R- Eso no lo he visto yo, solo lo que me dice eso sí.

P- ¿Lo del manteo?

R- Si, si.

P- Preparan también una crema de coca que se la pasan por la panza.

R- No lo vi porque a mí no me dejaban mirar mucho cuando mi mama estaba teniendo los chicos por eso yo era muy chiquita, por eso no lo vi.

P- ¿Vos y tus otros hermanos nacieron en la casa?

R- Si, todos porque somos 10, una "banda"

P- ¿Y acá cuando tuviste a tus hijos, te atendieron bien?

R- Si acá en el materno.

P- ¿Tu pareja entro?

R - Si entro, allá no sé cómo es ahora.

Entrevista 7.

P- Vos sos de nacionalidad boliviana.

R- Si.

P- ¿De qué parte de Bolivia sos?

R- Tarija.

P- Tarija.

P- ¿Cuantos años tenés?

P- ¿Cuantos chicos tenés?

R- Cuatro.

P- ¿Los cuatro nacieron acá en Argentina?

R- Eee... dos nacieron en La Plata y dos aquí.

P- ¿Acá en el materno infantil nacieron?

R- Si.

P- ¿Los de La Plata nacieron en hospital público también?

R- Ee... si en el hospital Romero.

P- ¿Nacieron por parto normal también, estos dos últimos que nacieron acá en Mar del Plata?

R- Ee.... no por cesárea.

P- ¿Y los otros dos en La Plata?

R- Parto normal.

P- Los mas chiquititos ¿Cuantos años tienen?

R- Eee... uno tiene 5 y el otro tiene 3.

P- ¿Y por qué fueron a cesárea?

R- Porque yo estaba con desprendimiento de placenta.

P- Aaahhh! Mira... y los de parto normal allá en La Plata ¿cómo fue tu experiencia? ¿Qué edad tienen? Vamos a arrancar por ahí, los que nacieron en la plata.

R-El más mayor tiene 9 años va cumplir 10 ya.

P- ¿El otro u otra?

R- El otro tiene 8.

P- Ocho. En las dos experiencias, cuando fuiste a tener familia. ¿Dejaron entrar a tu pareja? Entro tu mamá o lo tuviste con el personal de la salud nada más.

R- Eee... no con el personal nada más.

P- ¿Y cómo te trataron?

R- Eee... bien.

P- ¿Vos pediste analgésico? ¿Algún calmante en el momento para tener familia?

R- No.

P- ¿Y te pusieron suero?

R- Si.

P- ¿Y salió todo bien? ¿Nació bien?

R- Eee... mi primer hijo nació sietemesino.

P- ¿Por parto normal? ¿Ósea que estuvo internado después?

R- Si porque cuando yo estaba embarazada yo estaba sinchando un carito de verdura me caí y me golpeé la panza y nació.

P- Yo te iba a preguntar viste que en Bolivia hacen el manteo, que es que a la mujer embarazada la ponen en una manta la mueven para que el bebe se acomode.

R- Si.

P- ¿Eso se sigue usando? ¿Vos lo practicaste acá? Con cualquiera de los 4 hijos tuyos.

R- No, no.

P- ¿Pero conoces la practica? Se llama manteo de manta por el uso de la frazada.

R- Si cuando esta por tener una mujer la ponen en la manta.

P- Si y la mueven. ¿Eso a vos te lo hicieron?

R – No.

P- ¿Con ninguno de los 4 chicos?

R -No con ninguno.

P-¿Pero conoces la practica? ¿A través de quien? ¿O lo has visto?

R -Lo vi cuando mi mama tuvo. Estaba teniendo familia.

P- Allá en Bolivia.

R - Si, eee... que mi papá nomás atendía el parto.

P- Sabes que muchas chicas me dijeron que cuando tienen en la casa los maridos ayudan a asistir el parto. Muchas veces llaman a una persona con más experiencia que en el campo lo manejan y hacen los partos digamos.

R- Eee... si en Bolivia llamamos a la salita posta, ahí a veces van a tener ahí también.

P- Claro... y algunas chicas me contaban también que viven muy lejos de la posta como hora y pico, entonces siempre tienen una persona alguna mujer que las ayude a tener los chicos en la casa. ¿Y los otros partos que tuviste allá en La Plata los tuviste normal? Así acostada o utilizaste alguna practica viste que en los libros figura también que la mujer boliviana los tiene en cuclillas o sea así (mostrando la posición) en esta posición.

R - Nooo... yo lo tuve acostado, ande tuvi me hicieron acostar y lo tuve ahí. Al segundo cuando yo fui de la quinta al hospital lo tuve ahí ya casi salió la cabecita.

P- Haa ya casi nacía prácticamente.

R- Si sí.

P- Bien... después otra practica tuya que vos te hallas traído de allá arraigada de Bolivia para acá o que hayas visto como lo hacía tu mama, porque yo escuche que usaban una crema de coca que le sobaban en la panza o muchas veces prenden sahumerios.

R- Si cuando no pueden tener a los bebes mi papá sabía hacer esa "chala de pescado".

P- ¿Chala de pescado?

R- Si y lo hacía como sahumerio y lo hacía eso.

P- Eso en el momento en que va a nacer el bebe, eso se lo hacía a tu mama digamos.

R -Si si.

P-Al venir para acá ustedes ya no lo practican a eso digamos.

R- No porque aquí es distinto.

P- Pero si vos te tuvieses que ir a Bolivia, y justo quedas embarazada, quizás lo haces allá.

R -Si.

Entrevista 8.

P- Entonces vos tenés esa bebé sola nacida acá en la Argentina. Vos sos de nacionalidad boliviana.

R- Si.

P- ¿Cuantos años tenés?

R- 24.

P- ¿Fue parto normal?

R- Si

P- ¿Lo tuviste en el materno infantil?

R- Si

P- ¿Quien entró cuando la tuviste a la bebé?

R- Mi cuñada.

P- ¿Y dejaron entrar a alguien más aparte de tu cuñada?

R- No solo ella.

P- ¿Te dieron algún analgésico o algún medicamento para acelerar el parto?

R- No, no me dieron nada porque yo entré a las 5 de la mañana eee..., a las 11 rompí bolsa y entre porque rompí bolsa, pero no tenía ningún signo de parto todavía. Después me revisaban a cada rato las doctoras y me decían que iba a tener la bebe el viernes, bueno ya tipo 2 de la tarde empezaba mucho las contracciones y empecé a exigir a las doctoras que me revisaran, pero no me revisaban, mi mami recién había venido.

P- ¿Y estabas sola vos hasta ese momento?

R- Si estaba sola, y después tipo 5 de la tarde ya eran muy fuertes las contracciones y empecé a exigir a la enfermera que le avisara a la doctora que viniera a verme. Vino a verme y la doctora dijo que ya iba a nacer la bebe.

P- Ahí te hicieron tacto, digamos.

R- Si, ahí recién me hicieron tacto y dijeron que iba a nacer y tuve que llamar a mi familia. Y ella nació a las 6,54 por ahí

Entrevista 9.

P- ¿Sos de nacionalidad boliviana?

R- Si.

P- ¿Tus hijos, los 5 nacieron acá?

R- No, no. Han nacido en Bolivia 2 y 3 aquí, y mis gemelas ahora acá serian 5.

P- ¿Partos normales?

R- No, no esta vez 2 me han hecho cesárea.

P- ¿Y el anterior?

R- Normal era.

P- Parto normal acá, porque los otros 2 me dijiste en Bolivia.

R- "Ajá"

P- ¿Cuando lo tuviste acá en el materno infantil, entro tu pareja para acompañarte en el trabajo de parto?

R- No.

P- ¿No dejaron entrar a nadie?

R- No, no estaba ahí también, digamos.

P- Oséa vos fuiste solita.

R-. Si.

P- Como te trataron, como te sentiste estando ahí internada, después que nació tu tercer hijo, porque él nació acá ¿Verdad?

R- Si sí, bien me han tratado.

P- Te pusieron aluna medicación alguna analgesia que vos no hayas querido pero que te la pusieron... en contra tuyo, el parto fue normal o a vos te lo apuraron como cuando dicen vamos a apurar el parto y te empiezan las contracciones más rápido.

R - Nooo... normal era, además estaba yo aguantándolo, cuando "ido ido" ese ratito nomas ha nacido allá.

P- ¡Fue rapidísimo!

R - Ahora acá lo que ha tenido me han internado.

P- Bien. ¿A vos te hicieron el manteo? Viste que allá en Bolivia la práctica que usan en el último mes del embarazo es poner a la mujer embarazada sobre una manta, los hombres en general, y la mueven para que el bebe se acomode. ¿Eso te lo han hecho?

R- No.

P- ¿Vos de que parte de Bolivia sos?

R- Eemm... Tarija

P- ¿Tarija está al sur?

R- Si.

P– ¿No conocés la práctica esa del manteo entonces?

R- No.

P- ¿Alguna otra práctica que vos hayas traído arraigada de allá de Bolivia, para acá, en el embarazo? Yo he leído que prenden sahumerios, les hacen masajes con crema de coca en la panza.

R- No, no, yo no sé nada de eso, no no, tampoco me gusta ni fumar no nada de eso. Yo soy normal. Así que por eso no tengo ni enfermedad, ahora me ha agarrado parece que "chanca hueso" por eso estoy apenas.

P- ¿Eso qué sería?

R- Seria todo hueso me duele todo. Por eso estoy apenas, todo hueso me duele. Esta mañana he querido venir y no podía moverme por eso no conseguí turno.

Entrevista 10

P- ¿Sos de nacionalidad boliviana?

R- Si.

P- ¿Cuantos años tenés?

R- 29

P- ¿Dos hijos me dijiste que nacieron en Bolivia?

R- Si.

P- ¿Por parto normal?

R- Si.

P- ¿Y este último?

R- Aquí.

P- ¿En el materno infantil de Mar del Plata?

R- Si.

P- ¿Cuántos años tiene?

R - Tiene 3 va a cumplir 4 ahora en diciembre.

P- Tiene 3. ¿Tu pareja entro en el momento del parto?

R- Si.

P- Lo dejaron entrar. Bien perfecto. ¿Vos tenés alguna posición para tener el bebe, o que vos traigas arraigada alguna costumbre de allá de Bolivia? ¿Como los tuviste a tus chicos allá en Bolivia, parto normal también?

R- Si.

P- ¿De qué parte sos de Bolivia?

R - De Tarija.

P- Porque yo he leído que muchas mujeres allá en Bolivia los tienen en cuclillas así agachadas (demostrando la posición) así. ¿Vos esos así los tuviste allá en Bolivia?

R- Si, si así los tuve.

P- ¿Los tuviste así en la casa o en la posta?

R- En la casa.

P- Y quien te ayudo a tenerlos

R- Mi mamá, y después fui para la salita.

P- Y el manteo lo hicieron, viste que estando embarazada en el último mes de embarazo te ponen en una frazada y te mueven para que el bebe se acomode, eso se llama manteo, que allá se practica. ¿Eso te lo hicieron allá?

R- No.

P- A muchas chicas les he preguntado y me dicen que si se lo han hecho.

R- ¿En la salita?

P- Noo, en la casa.

R- En la casa sí.

P- Aaa, en la casa si porque en la sala no lo practican, acá tampoco. Pero lo que yo quiero saber, como ustedes tienen una costumbre que la traen arraigada de allá, si lo hacen acá. Pero claro a vos te lo hicieron con los otros dos allá en la casa.

R- Si, en la casa.

P- ¿Y utilizan sahumerios o masajes con crema de coca?

R- Si, si también utilizan, pero yo no. Hice el manteo que le dicen para que se acomode el bebe.

P- ¿Y da resultado eso? ¿Vos que decís?

R- Si da, dá.

P- Y tus dos bebes que nacieron en Bolivia, que nacieron en tu casa. ¿Nacieron bien?

R- Si bien, bien.

P- ¿Y quién les cortó el cordoncito?

R- Eee... debe ser mi suegra.

P- Siempre hay alguien que esta mas canchera, digamos.

R- Si, si siempre la mas de antes las señoras que estaban más de antes.

P- Las más antiguas claro. Con este bebe e que tiene 3 añitos, vos tuviste el parto normal acá, en el materno infantil. ¿Entro tu pareja?

R- Si entro mi pareja y entro mi cuñada.

P-Bien, ¡Perfecto! Si porque te dejan entrar, ahora te dejan entrar.

R- Si.

P- Oséa que estabas bien asistida. ¿Te atendieron bien? Todo lo que es parte médica y parte de enfermería.

R- Si, yo al ratito no mas he tenido al bebe, llegue al hospital y en un ratito ya lo he tenido.

P- ¡Bien! O sea que te sentiste barbará. Y después al otro día saliste, ¿Te dieron el alta?

R- Eee, dos días.

P- Dos días, ¿te repusiste bien?

R- Si bien nomas.

P- Buenísimo, buenísimo.

Entrevista 11.

P- ¿Tu nacionalidad?

R- Boliviana.

P- ¿De qué zona sos?

R- Potosí.

P- ¿Potosí es al norte?

R- Si, al norte.

P- He escuchado de las prácticas de manteo, en la que, a la mujer boliviana la ponen en una frazada, por lo general son los hombres que tienen más fuerza; la mueven, porque dice que con el movimiento el bebe se acomoda. ¿Eso dicen que se practica más al norte que al sur?

R- Si, si, eso puede ser.

P- ¿Vos del manteo tenés conocimiento?

R- Por lo que me conto mi mamá, si. Porque ella si tuvo 8 hijos allá, sí en el suelo.

P- Si, si me han dicho, en cuclillas, oséa agachadas no acostadas como se hace acá.

R- Si, si.

P- ¿Tu hijo cuántos años tiene?

R- Cuatro añitos.

P- ¿Fue parto normal?

R- Si fue normal.

P- Vos entraste con alguien o entraste solita al trabajo de parto.

R- Con mi marido.

P- Lo dejaron entrar.

R- Si porque yo lo tuve en una clínica.

P- Haa...no lo tuviste en el materno.

R- no me arriesgué.

P- Vos podías, digamos.

R- Si tenía la elección, porque me hacia los controles acá, entonces después tuve la posibilidad de poder hacerlo en los dos lugares, así que yo al último

momento me decidí por la clínica. Quería probar, ver qué onda, tuve un poco de experiencia de conocidas que no fueron muy buenas en el materno, entonces me dio un poco de miedo, pero no sé cómo es, realmente no sé como es. Eso yo lo veo por fuera. Como que me dio miedo llegar y que me pase lo mismo, entonces dije no, me voy a arriesgar por la clínica.

P- ¿Y tu experiencia en la clínica como fue?

R- Y... hermosa fue la verdad, gracias a Dios. Porque también hay dos versiones asique me arriesgue a los dos lados. Ahora la clínica ya no existe, porque ya cerro era el EMPSA la que está en J.B. Justo cuando lo tuve a él a los dos meses ya cerró.

P- Tu experiencia fue linda.

R Fue linda claro, porque estuve acompañada.

P- ¿Hubo obstétrica o fue la médica que te atendió nada más?

R- Estaba la ginecóloga de acá ahí, ella ya me hacia los controles allá en la clínica.

P- ¿Y en el parto se te hizo alguna analgesia, algo...?

R- No, no. Yo llegue con contracciones ya con 3 de dilatación, ese día tenía fecha de parto, me vio mi obstetra y dijo que me interne y me quedé ahí. Estuve desde las 8 de la mañana que me interné hasta las 14.15 que nació él, y estuve todo el día ahí, eso fue lo peor nada más pero después ya que nació, dos pujos y salió, la verdad que no lo sufrí tanto como me lo imaginé yo. Es mi primer hijo por eso

BIBLIOGRAFÍA

- Ander-Egg E. (1992) Técnicas de Investigación Social (2da.edición) Bs.as. Editorial Humanitas.
- Ander-Egg E. Diccionario de Trabajo Social. Editorial Humanitas. 10ma. Edición corregida y aumentada. Bs.As. Argentina.
- Cayuñir, A. & Hernández, E. (2007). Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. Osorno: Editorial Universidad Austral de Chile.
- Chitarroni, Horacio y otros. La investigación en Ciencias Sociales: lógicas, métodos y técnicas para abordar la realidad social.
- Gran Diccionario Enciclopédico ilustrado de Nuestro Tiempo Antártida. Tomo 4. Ediciones Cisplatinas. S.A. Bs.As. Argentina.
- Hungler Denise F. Bernadette P., Investigación Científica en Ciencias de la Salud.5° Edición. Interamericana.
- Leboyer, Frederik (1974). Por un nacimiento sin violencia. Río de Janeiro, Brasil: Editorial RJ.
- Mauss, Marcel: Sociología y Antropología: Tecnos. Madrid. P. 45-152(2006)
- Maternidad, Mito y Realidad. Temores, Expectativas y Sueños de la Mujer Embarazada. Buenos Aires, Argentina: Editorial Peña Lillo.
- Ministerio de la Sanidad, Secretaría de Políticas de Sanidad, Área Técnica de Sanidad de la Mujer (2003). Parto, aborto y puerperio: atención humanizada a la mujer. Brasilia: Ministerio de la Sanidad.
- Organización Mundial de la Salud (1985). Declaración de Fortaleza, recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento: Tecnología apropiada para el parto. Brasil: Lancet. Última actualización 02/11/2010.
- Parto Humanizado - Ley Nacional Nº 25.929. Recuperado de: Http://Www.Unicef.Org/Argentina/Spanish/Ley_De_Parto_Humanizado.Pdf [consulta 23 de junio 2015]
- Pérez Andrés C. Sobre la metodología cualitativa. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2002 Pg. 76.

- Reeder Martin. Enfermería materna infantil. Decimo sexta Edición.
- Romano Yalour, Margot–Tobar, Federico (1998) ¿Cómo hacer tesis y monografías sobre políticas, servicios y sistemas de salud? Cuaderno de salud Nº 2. Publicación registrada en el LILACS (Literatura Latinoamericana de Ciencias de la salud) Fundación ISALUD
- Sabino, C. (1999) Como hacer una tesis y elaborar todo tipo de escritos. Bs.As. Lumen. Humanitas.
- Unicef-Ela (2004). Los Derechos Humanos en las Relaciones Familiares. Buenos Aires, Argentina: Editorial Cooperación.] Videla, Mirta (1983).

Tristan Platt. El feto agresivo. Formación de la persona y mito-historia en Los Andes. Recuperado de: estudiosamericanos.revistas.csic.es/index.php/estudiosamericanos/article/.../218/222

- Marta Idiart, Salud intercultural y costumbres de pueblos originales en obstetricia. Recuperado de : https://es.scribd.com/doc/91844730/Salud-Intercultural-y-Costrumbres-de-Pueblos-Originales-en-Obstetricia

WEB GRAFIA

- http://noticias.universia.com.ec/cultura/noticia/2016/02/24/1136660/6-recursos-fomentar-respeto-diferencias-culturales-clase.html
- http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/
- www.sarda.org.ar/content/.../MSCF conceptualización e implementación del modelo.
- https://www.cilengua.es/Neoligismos orteguianos.
- https://definicion.de/vivencia
- www.enfermagen.com Leininger, Madeleine. "Modelos y Teorías en Enfermería".
- fenomenologia.html tesisdeinvestig.blogspot.com/2013/06/

- https://docplayer.es/16991044-Dra-adela-del-carpio-rivera-doctor-en-medicina.html Las Variables en la Investigación
- https://www.google.com.ar/definición de expectativa
- https://docplayer.es/16991044-Dra-adela-del-carpio-rivera-doctor-en-medicina.html
- http://www.sarda.org.ar/Institucional/Modelo_Sarda
- https://www.google.com.ar/ las diferentes culturas.
- https://www.google.com.ar/search?source=hp&ei=oKywW8HvOMurwgSwgqLIBw&q=El+concepto+de+vivencia+se+emplea+para+nombrar
- https://www.google.com.ar/=La+vivencia+es+una+experiencia+de+vida+que+deja+huellas+de+modo+perdurable.
- https://www.google.com.ar/=Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva * Lilia Rodríguez1 Año 2008. Pg. 1-21
- [1]https://www.google.com.ar/ Cada+ cultura+ encierra+distintas+creencias
- https://www.google.com.ar/=teorías+científicas+donde+hay+una+excesiva+importancia+asignada+a+los+modelos+terapéuticos Pg.3.Año 2011.
- www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/... El poder de los símbolos. Magia, enfermedad y acto médico César Ceriani Cernadas Vol. 26 Nº 3, octubre 2006 Pg. 87-88.
- https://elpais.com/elpais/2014/04/08/fotorrelato/art. 6 Año 2014