



UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**Estudio de la Divergencia Cultural sobre la
Percepción del Dolor de Parto en
Mujeres Nicaragüenses y Ecuatorianas.**

D^a. María Moya Nicolás

2016

UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS DOCTORAL

Estudio de la divergencia cultural sobre la percepción del dolor de parto en mujeres nicaragüenses y ecuatorianas.

DIRECTORAS

Paloma Moral de Calatrava

Florentina Pina Roche

DOCTORANDA

María Moya Nicolás

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido un duro y largo trabajo a lo largo de la cultura, vivencias y tradiciones de las participantes ecuatorianas y nicaragüenses. Sin ellas jamás habría podido alcanzar este sueño iniciado hace ya unos cuatro años. A todas ellas gracias, por abrirme las puertas de sus residencias y, sobre todo, de su vida.

Mostrar, al igual, todo el agradecimiento posible a mis directoras de tesis, las cuales me han orientado y ayudado para la elaboración de la misma con todo su conocimiento.

A los profesores Pilar Almansa, Ismael Jiménez y Francisca Navarro por los cuales mi trabajo sin ellos, junto con su apoyo en los momentos de dificultad, no habría sido posible. Todos ellos saben lo mucho que los aprecio y siento cercanos a mí, como grandes profesionales y magníficas personas.

A mi familia, ese fantástico grupo con el cual he compartido gran parte de mi vida. Todo lo que está escrito en estas líneas simplemente puede ejemplificar de manera difusa el gran honor y respeto que puedo sentir al formar parte de vosotros. Gracias María y Cristóbal por ser unos padres admirables y darme a las dos personas que más quiero del mundo: Alicia y Gloria. Sin olvidarme de Pablo, al cual quiero con locura.

A Franky, por creer siempre en mí, por ser ese apoyo incondicional, la persona a la cual admiro y respeto desde lo más profundo. Sólo tú sabes transmitirme esa tranquilidad de saber que, estando juntos podemos afrontar todo aquello que venga.

Como no, a ese grupo de amigos, mi “otra familia”, esa que no te toca pero vas eligiendo a lo largo del transcurso de la vida. Elvira y María, ambas sois mi mitad, os quiero. Sasha, Mónica, Javi, Adrián y Pedro David hemos vivido mucho y seguiremos haciéndolo.

A mis abuelos, y en especial a Cristóbal Moya, quien sin duda introdujo en mí la Enfermería y el cual estaría orgulloso de este momento.

A todos vosotros que sois los partícipes de esta tesis sin saberlo, dándome las fuerzas para finalizar esta etapa estudiantil y de mi vida. Sin vuestro apoyo y aportaciones no sería la persona que soy, vosotros sois la verdadera piedra angular de mi mundo, esté dónde esté. Mil gracias.

ESTRUCTURA DE LA TESIS

La tesis comienza con un **primer bloque** de “Aspectos introductorios” en el que se ha plasmado la introducción al estudio y los principales objetivos de la investigación para lograr una justificación rigurosa de la percepción del dolor de parto en las gestantes nicaragüenses y ecuatorianas y la importancia del papel de la Enfermería. Además a través de la definición de la terminología se ha procurado un acercamiento al marco teórico.

En el **segundo bloque** se recogen los fundamentos teóricos –conceptuales que contextualizan el estudio y que orientan la investigación. Se inicia con la presentación de la figura de la partera en la historia seguido de la concepción del dolor de parto dentro de la cultura, así como los factores que influyen en la percepción del dolor en el alumbramiento. Finalizado por los sistemas culturales de atención al parto en Ecuador y Nicaragua.

El **tercer bloque** se centra en los aspectos metodológicos y sobre la elección de los mismos. Se recogen los pasos que permiten el cumplimiento de los objetivos planteados. Se describe el mapa utilizado para llegar a los datos como exige la metodología cualitativa y los procesos éticos.

Finalmente se culmina la investigación y la tesis con los principales resultados que emanan de los años de trabajo. Se trata de la exposición de los distintos niveles de análisis, definidas por categorías y su reconstrucción teórica de los factores que influyen en la percepción del dolor de parto en las gestantes de distinta nacionalidad a través de la interpretación del Modelo del Sol Naciente de Madeleine Leininger.

Por último, se concluye con la exposición de las distintas ramas de estudio surgidas a partir de este estudio, así como las posibilidades e inquietudes para el personal enfermero y su aplicación teórica y práctica.

RESUMEN

Introducción

El aumento del número de madres que busca el control de dolor en el momento del alumbramiento es notable. Los servicios sanitarios son los encargados de proporcionar un alivio pleno del dolor según las condiciones idóneas para la gestante. La satisfacción del parto y el control de dolor forman parte del proceso de parir que marca las experiencias de las mujeres.

Según los datos del MINSA y MSP, las tasas de embarazo no controlado en Ecuador y Nicaragua son de las más altas en toda Latinoamérica. Un inexistente control del embarazo da lugar a partos en medios rurales y unas altas tasas de muerte materna.

Objetivo

Analizar, valorar y comparar la experiencia de las gestantes nicaragüenses y ecuatorianas frente al dolor en el proceso de trabajo de parto.

Método

Se lleva a cabo con metodología cualitativa centrada en el enfoque etnográfico y fenomenológico a través de la Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger.

Los instrumentos utilizados son: análisis documental, conversaciones informales y entrevistas semiestructuradas individuales.

La muestra final es un total de 22 mujeres, 11 de nacionalidad ecuatoriana y el resto nicaragüense, que cumplimentan los criterios de inclusión. La muestra se obtuvo mediante muestreo intencionado y, posteriormente, en bola de nieve.

La información fue grabada, transcrita y analizada con Atlas Ti 7. El proceso de categorización se aplicó mediante las categorías y subcategorías surgidas del análisis de las conversaciones.

Se respetó el anonimato de las participantes y las medidas éticas correspondientes a la tipología de la investigación.

Resultados

Las participantes describen diferencias en relación a la percepción del dolor de parto entre nacionalidades. Existen diferencias entre nacionalidades en relación a los cuidados aportados durante y tras el parto de la gestante. Dichas argumentaciones son los factores que conforman el sistema de cuidados tradicionales en relación al alumbramiento diferenciado por la nacionalidad.

Los factores que destacan en la percepción del dolor de parto son: la cultura, las prácticas tradicionales, el significado del dolor de parto, los sentimientos relacionados durante el alumbramiento, las experiencias de vida previa de la madre, el entorno y contexto familiar y el lugar en el que dan a luz.

Finalmente, se hace mención de un modelo conceptual para el estudio de los factores que influyen en la percepción del dolor entre las gestantes ecuatorianas y nicaragüenses adaptado del Modelo del Sol Naciente de M. Leininger. La concepción de una cultura diferente busca facilitar la comprensión y posterior aplicación en el medio hospitalario mediante el entendimiento de las prácticas de parto como cuidado cultural.

Conclusiones

Proporciona una perspectiva de la percepción del parto en mujeres de nacionalidad diferente esencial para la comprensión del parto desde una cultura heterogénea y distinta a la occidental.

La percepción del dolor de parto está influenciado por el significado del dolor de las contracciones durante el periodo expulsivo y los sentimientos de las gestantes tienen una mayor importancia en las prácticas y comprensión del parto.

La adaptación del Modelo del Sol Naciente a las costumbres del parto y su percepción del dolor facilita la comprensión de la estructura y dinámica del alumbramiento de las mujeres ecuatorianas y nicaragüenses. Esta estructura se interrelaciona con la inmigración en España y la atención al parto desde una perspectiva multicultural adaptada según la nacionalidad y las costumbres. La actuación de Enfermería, mediante la sensibilización y la relación directa con el paciente en el cuidado, refleja la necesidad de comprender la cultura de la percepción del dolor de parto.

“Buscar "lo aún no significativo" es indagar sobre lo no definido, no interpretado, aquello que todavía no es discurso, razón o cultura.”
(Rodríguez Magda).

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AEICD	Cooperación Internacional para el Desarrollo
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAM	Casas Maternas
CPN	Controles Prenatales
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
ENDESA	Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
FCI	Family Care International
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INIDE	Instituto Nacional de Información para el Desarrollo
INSS	Instituto Nacional de Seguridad Social
LMGAI	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
MINSA	Ministerio de Salud (Nicaragua)
MMP	Mortalidad Materna y Perinatal
MOSAFIC	Modelo de Salud Familiar Comunitario
MSP	Ministerio de Salud Pública (Ecuador)
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ODM	Objetivo Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de Salud
ORAS	Organización Andina de Salud
PF	Planificación Familiar
PNS	Política Nacional de Salud
RAAN	Región Autónoma Atlántico Norte
RAAS	Región Autónoma Atlántico Sur
RN	Recién Nacido
SILAIS	Sistemas Locales de Atención Integral en Salud
SM2015	Salud Mesoamérica 2015
SR	Salud Reproductiva
TMM	Tasa de Mortalidad Materna

UNFPA

Fondo de Población de las Naciones Unidas

UNICEF

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

ÍNDICE

BLOQUE I. ASPECTOS INTRODUCTORIOS

INTRODUCCIÓN A LA TESIS	29
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS.....	31
JUSTIFICACIÓN	32
TERMINOLOGÍA PRELIMINAR	35

BLOQUE II. CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO

CAPÍTULO I. PARTO, SALUD Y CULTURA..... 41

1. LA FIGURA DE LA PARTERA..... 41

2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA DESDE LA MULTICULTURALIDAD.....43

2.1. Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales:
Modelo de Madeleine Leininger

3. DERECHO A LA SALUD Y A LA MATERNIDAD 51

CAPÍTULO II. DOLOR DE PARTO Y CULTURA 57

1. CARACTERÍSTICAS DEL PARTO EN NICARGUA Y ECUADOR..... 57

1.1. Atención al parto en Nicaragua

1.1.1 Características del embarazo y parto..... 57

1.1.2 Red social durante el parto y toma de decisiones	61
1.2. Atención al parto en Ecuador.....	63
1.2.1. Características del embarazo y parto.....	63
1.2.2. Parto Humanizado, Tradicional, Ancestral o Vertical.....	68
2. REMEDIOS TRADICIONALES ASOCIADOS AL PARTO Y EL DOLOR DE PARTO	71
2.1. Remedios populares y hierbas medicinales utilizadas en Nicaragua..	71
2.2. Remedios populares y hierbas medicinales utilizadas en Ecuador.....	74
CAPÍTULO III. DOLOR, CULTURA E INMIGRACIÓN.....	79
1. CONDICIONANTES SOCIOCULTURAES DEL DOLOR.....	79
2. CONSECUENCIAS DEL DOLOR DE PARTO.....	81
CAPÍTULO IV. SISTEMAS CULTURALES DE ATENCIÓN SANITARIA.....	85
1. SISTEMAS INSTITUCIONALIZADOS.....	85
1.1.Sistemas institucionalizados en Nicaragua.....	85
1.1.1. Casas Maternas	87
1.2. Sistemas institucionalizados en Ecuador	90
2. ATENCIÓN NO INSTITUCIONALIZADA, CULTURAL, DOMÉSTICA O FAMILIAR.....	91

2.1.Sistemas no institucionalizados en Nicaragua..... 91

2.2.Sistemas no institucionalizados en Ecuador 93

BLOQUE III. ASPECTOS METODOLÓGICOS

CAPÍTULO V. MÉTODO 99

1. METODOLOGÍA CUALITATIVA. ENFOQUE METODOLÓGICO.....99

1.1.Etnografía y Fenomenología 101

CAPÍTULO VI. ESTRUCTURA Y PROCESO DE INVESTIGACIÓN..103

1. PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN 103

2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 104

2.1.Contexto e informantes..... 104

2.1.1. Ámbito de estudio..... 104

2.1.2. Población base 104

2.1.3. Población indiana 104

2.1.4. Tipo de Muestreo 105

3. ACCESO AL CAMPO DE ESTUDIO. TRABAJO DE CAMPO.....106

4. TÉCNICAS EMPLEADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....107

4.1.Búsqueda bibliográfica y Análisis documental.....107

4.1.1. Búsqueda bibliográfica 107

4.1.2. Análisis documental.....	109
4.2. Conversaciones informales.....	110
4.3. Cuestionario de información socio-demográfica.....	110
4.4. Entrevista semiestructurada.....	111
5. ASPECTOS ÉTICOS.....	112
6. DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO	113
6.1. Dificultades.....	113
6.2. Limitaciones	114
7. ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS DE DATOS	115
7.1. Tratamiento de los datos.....	115
7.2. Análisis de los datos	116
8. CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD APLICADOS.....	118
8.1. Criterios de Evaluación específicos.....	118
8.1.1. Credibilidad	118
8.1.2. Auditabilidad/Confirmabilidad.....	118
8.1.3. Transferencia	119
8.1.4. Significados del contexto.....	119
8.1.5. Saturación de los datos	119
8.2. Triangulación.....	120
8.2.1. Triangulación de datos.....	121

8.2.2 Triangulación de investigador	121
8.2.3. Triangulación teórica	122
8.2.4. Triangulación metodológica	122
9. EXPOSICIÓN DE RESULTADOS	122

BLOQUE IV. MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO VII. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS..... 125

1. CATEGORIAS Y SUBCATEGORÍAS.....	125
2. PERFIL DE LAS PARTICIPANTES	130
3. MANIFESTACIONES DEL DOLOR DE PARTO.....	134
3.1. Percepción del dolor	134
3.2. Grado de Intensidad del dolor de parto	135
3.3. Expresiones de las gestantes en el alumbramiento.....	136
4. SENTIMIENTOS ASOCIADOS AL PARTO	143
4.1.Miedo/Angustia	143
4.2. “Sentimientos Encontrados”	145
4.3.Rechazo hacia la pareja	146
4.3. Consecuencias negativas para las mujeres	146

5. DOLOR DE PARTO DESDE EL PUNTO DE VISTA CULTURAL.....	149
5.1. Factores socio-culturales	149
5.2. Factores religioso-espirituales	151
5.3. Empatía maternal	153
5.4. Unión materno-filial	153
6. CONTROL DEL DOLOR DE PARTO.....	156
6.1. Métodos naturales en el trabajo de parto	156
6.2. Métodos mecánicos o manuales	159
7. ADAPTACIÓN E INTERPRETACIÓN DEL MODELO DEL SOL NACIENTE	165
8. IMPLICACIONES DEL ESTUDIO	166
9. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	166
CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES.....	171
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	175
ANEXOS.....	201

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Sustentos Teóricos de los Cuidados Culturales	46
Figura 2. Elementos del Derecho a la Salud	54
Figura 3. Tasa de embarazos en mujeres entre los 15 a los 19 años en América Latina.	59
Figura 4. Actores de la red social. Participantes durante el parto.....	62
Figura 5. Porcentaje de partos asistidos a nivel nacional	64
Figura 6. Porcentaje de nacidos vivos en el área urbana	64
Figura 7. Porcentaje de nacidos vivos en el área rural.....	64
Figura 8. Principios que sustentan las Casas Maternas	89
Figura 9. Principales razones del parto en domicilio en Nicaragua.....	92
Figura 10. Relación causa-efecto del parto domiciliario en Ecuador.....	95

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Conceptos Teóricos del Modelo del Sol Naciente de Madeleine Leininger	47
Tabla 2. Conferencias internacionales en el ámbito de la SR	56
Tabla 3. Distribución de mujeres nicaragüenses en edad fértil según edad	58
Tabla 4. Barreras en el acceso a los servicios de salud en Nicaragua.....	60
Tabla 5. Tipologías y características de parto en Ecuador	67
Tabla 6. Atención a la maternidad desde un enfoque intercultural	70
Tabla 7. Paquete Básico de los Servicios de Salud de la República de Nicaragua	86
Tabla 8. Proporción de mujeres atendidas en el parto.....	91
Tabla 9. Criterios de inclusión del estudio	106
Tabla 10. Descriptores libres del estudio	108
Tabla 11. Descriptores MeSH y DeCS	109

Tabla 12. Características de la entrevista semiestructurada.....	112
Tabla 13. Codificación guiada por los datos	117
Tabla 14. Libro de categorías y códigos inductivos. I.....	126
Tabla 15. Libro de categorías y códigos inductivos. II	127
Tabla 16. Libro de categorías y códigos inductivos. III.....	128
Tabla 17. Libro de categorías y códigos inductivos. IV.....	129
Tabla 18. Perfil de Entrevistas individuales Nicaragüenses.....	132
Tabla 19. Perfil de Entrevistas individuales Ecuatorianas	133
Tabla 20. Percepción del dolor de parto.....	134
Tabla 21. Expresiones de las mujeres ecuatorianas y nicaragüenses durante el parto...	138
Tabla 22. Variación dolor de parto.	141
Tabla 23. Diferencia en las expresiones entre ecuatorianas y nicaragüenses.....	144
Tabla 24. Explicación religiosa del dolor de parto entre las mujeres ecuatorianas y nicaragüenses	152
Tabla 25. Métodos naturales en el parto: caminada.....	157



BLOQUE I. ASPECTOS INTRODUCTORIOS

BLOQUE I. ASPECTOS INTRODUCTORIOS

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas ha habido un aumento del número de madres que buscan el control del dolor en el momento del parto. La importancia de medir y aliviar el dolor durante el periodo de alumbramiento supone para ellas una satisfacción para poder vivir grata e intensamente ese momento. Sin embargo, este hecho depende en gran medida de la gestión que se desarrolle en los hospitales en dónde son atendidas (Aduloju, 2014).

El servicio de salud es el responsable de administrar los cuidados hacia la parturienta, para que pueda llevar a cabo el alumbramiento en las condiciones idóneas que desea (Hodnett, 2002; Kuo, Lin, Hsu, et al., 2010). El soporte sanitario, tanto de matronas como enfermeras, es fundamental para una percepción positiva del parto. Por tanto, los elementos que figuran van a determinar sustancialmente la percepción del dolor, así como, su vivencia. La experiencia que tengan las mujeres de ese momento es relevante, tanto para las propias madres como para los profesionales de la salud, quienes buscan ofrecer la mejor atención posible (Bertucci, Boffo, Mannarini, Serena, Saccard, Cosmi, Andrisani & Ambrosini, et al. 2012).

La maternidad es uno de los eventos más significativos en la vida de una mujer. Durante la etapa de gestación, el parto representa un impacto físico y emocional considerable para la vida de las mujeres y su entorno. A pesar que el parto constituye una rutina en los hospitales y en los servicios de maternidad, cada mujer busca recibir una atención diferenciada (Saturnino, Paiva, Cavalcante, & Ferreira, 2010). El punto de vista de la concepción y la percepción del parto además, del valor que tenga el embarazo y el parto para cada mujer, serán fundamentales para el tipo de alumbramiento y las vivencias que entorno a éste se desarrollen.

La satisfacción del parto y el control del dolor son conceptos complejos que se encuentran determinados por factores tales como: actitudes, respuestas afectivas y emocionales, experiencias y evaluaciones cognitivas de las gestantes. Todos estos componentes forman parte del proceso intrínseco y extrínseco que marca las experiencias de las madres (Hodnett, 2002). En este sentido, la sensación de seguridad y el sentimiento de control son

elementos que influyen y determinan en la percepción del dolor de las madres, así como, el soporte del personal sanitario, el cuidado de las matronas, el uso de analgesia intraparto, entre otros.

El dolor que la mujer siente durante el trabajo de parto y su percepción es único (Mandarino, Chein, Monteiro, Brito, Lamy, Nina, et al., 2009; Aduloju, 2014). Generalmente, el dolor de parto se ha descrito como un conjunto de elementos complejo, subjetivo y multidimensional que está asociado a componentes afectivos y sensoriales (Capogna, Camorcia, Spirparo, Valentini, Garassino & Farcomeni, 2010). Dentro de este campo, la percepción del dolor de las mujeres es un elemento fundamental en el que se ha extendido la descripción individual para cada mujer de las dimensiones del dolor o vivencia.

El contexto en el que se desarrolla el parto y el alumbramiento influye en la forma en las que las mujeres deciden abordar su experiencia y el dolor que está presente en ese momento. Se ha definido el dolor de parto como un término que presenta distintos componentes no únicamente los fisiológicos. Además, este momento incluye los aspectos psicológicos, sociales y culturales de cada mujer.

Algunos autores que han indagado sobre los aspectos sociales de la experiencia de las gestantes ante el dolor de parto dando a conocer que para ellas los elementos más importantes dentro del proceso de parto, han sido los relacionados con la familia y atención sanitaria. En relación a los aspectos culturales ciertos autores consideran que la percepción de las mujeres en cuanto al dolor durante el proceso de parto es una experiencia subjetiva en la que se identifican comportamientos diferentes en relación a la cultura y la época vivida edad, entre otros- (Pérez-Cajaraville, Abejón, Ortiz & Pérez, 2005; Larkin, Begley & Devane, 2009). En los aspectos psicológicos encontramos la ansiedad, el miedo o las experiencias previas como predominantes en el proceso de percepción individual de la mujer (Henderson, Gao & Redshaw, 2013).

El dolor durante el parto es interiorizado por las madres como parte del proceso de alumbramiento, produciendo sentimientos contradictorios y ambiguos en ellas. La experiencia que presenten las gestantes en el momento del parto y su relación con la

percepción del dolor determina a la mujer en futuros embarazos, generando impresiones y sensaciones con relación a este momento de la mujer.

Esta Tesis busca ampliar el conocimiento que se tiene a cerca de la experiencia de las madres en la percepción del dolor en el momento del parto, y su contexto, frente a la atención sanitaria recibida. Además de analizar cómo influye el fenómeno de ser inmigrante en la percepción del dolor por lo que al tiempo que se analiza cómo influye la experiencia migratoria en la percepción del dolor, se analiza cómo influye la “cultura materna” u originaria en esa percepción. Por tanto, pretende indagar aspectos a cerca de la experiencia de las gestantes, considerando la percepción de las mujeres ante el dolor en el momento del parto. Además, se tendrá en consideración aquellos factores que influyen en la percepción del dolor en el momento del alumbramiento.

Se trata de detallar la percepción y conducta de las mujeres nicaragüenses y ecuatorianas en dicha práctica mediante la revisión y análisis bibliográfico y a través de la interpretación del discurso de las participantes y su análisis comparativo, para ofrecer una base de conocimiento en enfermería, con el fin de comprender las perspectivas y conductas ante el dolor del parto sobre la práctica.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

Las particularidades inherentes a esta investigación y las reflexiones epistemológicas indican la complejidad y multiplicidad de factores relacionados en la percepción del dolor de parto, constatándose, tras realizar una profunda revisión bibliográfica, que existe un vacío de trabajos que valoren la percepción del dolor de parto, específicamente, en poblaciones de diferente nacionalidad. De ahí surge la necesidad de realizar una investigación que profundice en la percepción de las gestantes de otros países con el fin de mejorar la comprensión del dolor de parto en otras culturas. Las nacionalidades elegidas han sido la nicaragüense y ecuatoriana, por dos razones, el elevado número de mujeres inmigrantes de dichas nacionalidades en la Región de Murcia, y la relativa facilidad de acceso para poderlas entrevistar.

La pregunta de partida a la que se le quiere dar respuesta es si ¿Existen grandes diferencias y similitudes en la percepción del dolor de parto entre mujeres de diferente nacionalidad, nicaragüense y ecuatoriana?.

Objetivo general

A raíz de la pregunta de investigación planteada y de la necesidad de fundamentar intervenciones de enfermería destinadas a la comprensión de la cultura de parto y de aquellos aspectos relacionados con el embarazo de las mujeres nicaragüenses y ecuatorianas, el objetivo general es *Analizar, valorar y comparar la experiencia de las gestantes nicaragüenses y ecuatorianas frente al dolor en el proceso de trabajo de parto.*

Objetivos Específicos

Como objetivos específicos que conectan el proceso de investigación y su consecución para lograr alcanzar el objetivo principal, cabe citar los siguientes:

1. Examinar los factores que las mujeres consideran que influyen en su percepción del dolor durante el parto.
2. Analizar la variabilidad de sentimientos en relación al momento del alumbramiento entre las mujeres nicaragüenses y ecuatorianas.
3. Conocer y comprender el significado del dolor de parto desde una visión cultural entre nicaragüenses y ecuatorianas.
4. Entender y comparar los métodos para agilizar el parto y controlar el dolor entre las parturientas ecuatorianas y nicaragüenses.

JUSTIFICACIÓN

La evolución del crecimiento demográfico, a nivel Europeo, se ha caracterizado por la disminución de la natalidad durante las últimas décadas. En los últimos veinte años se ha producido una reducción de las tasas de fertilidad (2.8 hijos por mujer a 1.33) siendo el modelo familiar más común el compuesto por uno o dos hijos (Instituto Nacional de Estadística, 2011). Esta disminución ha sido más acusada en los países en los que la

natalidad es más elevada como son los países de Europa del sur (Organización Mundial de la Salud, 2011). España, Italia, Alemania, Austria, Suiza y República Checa se sitúan dentro de los países cuya natalidad es más baja frente a países como Irlanda que posee la más alta de toda Europa (WHO, 2010).

En España la situación ha ido evolucionando a lo largo de los últimos años en los que la fecundidad ha ido descendiendo progresivamente desde la década de los 70, colocándose en cifras inferiores a países como Francia, Dinamarca, Inglaterra o Irlanda, entre otros (Arnau, 2012). Aunque en la actualidad se ha evidenciado una ligera recuperación, los valores siguen siendo inferiores a los del resto de países. La edad media de la maternidad se sitúa en 30,83 años, cifras que son semejantes a las del resto de países desarrollados (INE, 2012).

Los motivos del descenso de la natalidad en España, y su lenta recuperación en la actualidad, se centran en la mayor participación de las mujeres en el ámbito laboral, los nuevos valores de la planificación familiar por parte de la pareja, donde destacan: mejorar la calidad de vida del núcleo familiar y una mayor atención del cuidado de los hijos (Arnau, 2012; Greene, Joshi & Robles, 2012).

Unida a los cambios gestados en la natalidad también se han dado cambios en lo que respecta a la atención sanitaria de las mujeres tanto en el control del embarazo y el manejo del dolor. Por tanto, se producen variaciones en las demandas asistenciales y de los focos de investigación de esta población. Algunos autores consideran muy relevante indagar en la experiencia de las gestantes y su percepción del dolor de parto.

El manejo del dolor ha ido evolucionando en el tiempo y su interpretación varía según la época. Si se revisa su trayectoria histórica se ha encontrado que durante los años 30 y 60 gran parte de los profesionales que asistían a las parturientas consideraban que el dolor durante este proceso tenía funciones biológicas importantes y, por tanto, no tenía porqué ser aliviado. Posteriormente, en la década de los 80, algunas investigaciones concluyeron que pese a la función biológica del dolor, era necesario su alivio debido a que la persistencia de dolor intenso se relacionaba con situaciones de estrés y con efectos negativos para madre, feto y recién nacido (Luque & Oliver, 2005).

Los intentos por aliviar el dolor continuaron en los años siguientes en los que numerosos fármacos fueron utilizados durante el proceso de parto. La década de los 90 se vio profundamente influenciada por la complejidad en los cambios a nivel del embarazo y particularidad de cada mujer en el momento del alumbramiento. Igualmente, la asistencia ofrecida era tan importante como el alivio en sí mismo del dolor de parto. A pesar de la amplitud de métodos y técnicas paliativas del dolor, en los últimos años tanto mujeres como profesionales de la salud discrepan sobre la ventaja de decidir por sistema de control del dolor (técnicas de respiración, anestesia epidural, etc.) (Jiménez, 2007; Biedma, García-De Diego & Serrano, 2010).

La atención hospitalaria por parte de los servicios de salud es un elemento clave en el proceso de parto. En el procedimiento médico contemporánea se ha extendido la práctica de un parto medicalizado, con el fin de controlar el dolor del parto agudo y su gran variabilidad y seguimiento tanto a madre y feto (Goberna, Palacio, Banús, Linares & Salas, 2008; Saturnino, Paiva, Cavalcante, & Ferreira, 2010). Desde las sociedades occidentales se ha apostado hacia la prevención del dolor, tratando de eliminar o controlar completamente la intensidad del dolor de parto. Sin embargo, únicamente el 15% de las mujeres deciden llevar a cabo un parto sin el uso de la anestesia epidural (Martín-Moya, Martín-González, Vilches, Fernández-Soriano, 2013).

La descripción del dolor vivenciado por las gestantes es algo complejo debido a que se presenta como un elemento ambiguo; las mujeres lo describen como un dolor agónico y abrumador, pero a la vez “productivo” ya que es el resultado del proceso de embarazo. Otras, identifican esta sensación como un componente más del proceso de parto, por lo que lo relatan como un dolor con sentido (Lowe, 2002).

De esta forma, el conjunto de factores psicológicos y fisiológicos influyen en la comprensión y en la variación de la percepción del dolor de parto. Se puede comprobar cómo el conjunto de factores emocionales, la ansiedad, el miedo, los sentimientos de autoeficacia, las habilidades de afrontamiento y las expectativas sociales son algunos de los condicionantes para las gestantes (Pirdel & Pirdel, 2009; Madden, Turnbull, Cyna, Adelson & Wilkinson, 2013).

En el momento del parto, existen mujeres que no tienen buena experiencia en el parto. Estas vivencias se pueden calificar como negativas. Las experiencias negativas del parto que puedan obtener las gestantes, sobre todo las primíparas, incrementan el riesgo de depresión postparto y, como consecuencia, actitudes recelosas hacia sus propios hijos (Denker, Taft, Bergqvist, Lilja, & Berg, 2010). Cuando el dolor se asocia a experiencias negativas es normalmente en los partos largos, con poca información por parte del equipo médico, intervenciones médicas por causa de la práctica de cesáreas que aumenta el riesgo de las madres a nivel de estrés emocional y ambiente de alumbramiento del parto (Waldenstrom, 2008).

TERMINOLOGÍA PRELIMINAR

Sentido del pudor.

En nuestro país la mayoría, sino todos los embarazos, se llevan a cabo indistintamente entre los miembros del personal sanitario, ya sea hombre o mujer. Sin embargo, en algunas culturas, como en las africanas, el hecho de ser atendido por otra persona que no sea del mismo sexo produce reticencias a la hora de ser examinadas. Del mismo modo, este sentimiento surge en otras culturas como la musulmana en la que el marido es quien no acompaña a la mujer durante las revisiones pues, según su pauta cultural, al verlas en ese estado se rompe el honor familiar y con las tradiciones musulmanas (Oleffe, 1995).

Si bien es cierto que la cuestión del pudor, así como la preferencia de la mujer a la hora de ser explorada ginecológicamente, es más común en el colectivo musulmán, en la mayoría de las ocasiones las mujeres no son reticentes a ser exploradas y tratadas por varones siempre y cuando se les brinde la información necesaria.

Percepción y actitud ante el dolor.

Es cierto afirmar que la percepción del dolor y su expresión se encuentra construida socio-culturalmente (Otegui, 2000). En ciertas culturas la manifestación del dolor durante el parto es recriminada, mientras que en otras a las mujeres se les permite expresar y manifestar su dolor. Las mujeres que son procedentes de países como de Europa del Este o del África Subsahariana suelen mostrar en su rostro el dolor. Además realizan movimientos corporales y, cuando llegan al máximo dolor, hacen sonidos guturales para expresarlo. La mayoría de las inmigrantes de estos lugares denotan en sus rostros el miedo

y la incertidumbre propia de los problemas de comunicación (Lipson, 2000). Sin embargo, aunque no es generalizable a todo el contenido de mujeres africanas, éstas suelen tener menos inhibiciones a la hora de manifestar el dolor. Así, con relativa frecuencia repiten ciertas frases en su idioma o por el contrario llaman a sus madres. Pese a todo, una de las manifestaciones más curiosa es la de algunas mujeres que aun habiéndole suministrado la epidural continúan manifestando el dolor. En general, la elección de la epidural suele darse en aquellas mujeres que conocen esta técnica en sus países de origen. Es el caso de las mujeres procedentes de Sudamérica o de Europa del Este.

Igualmente, las cuestiones de índole cultural afectan del mismo modo o más a la situación de la mujer. Por este motivo, las informaciones previas al embarazo y al parto, así como las condiciones de la mujer, pueden hacer que aumente o disminuya el miedo, la soledad o el dolor (Pérez, 2012).

Acompañamiento durante el parto.

El acompañamiento en el momento del alumbramiento como en las visitas previas a éste pueden presentar matices de índole cultural. En general, los musulmanes suelen ser más reacios en el acompañamiento durante el parto. Incluso, alguno no quieren ni siquiera presenciar el parto de sus mujeres. Sin embargo, no todas las culturas son iguales y en otras el marido se implica más en el parto. Algunos, acompañan a sus esposas en la dilatación pero no permanecen con ellas en el momento de parir; otros entran y salen del paritorio y se van tras saber que su hijo ha nacido sano. Estas actitudes suelen denominarse entre el personal sanitario como “indiferencia” ante la situación de su mujer y el recién nacido. No obstante, existen otro tipo de acompañantes que acompañan, apoyan y dan ánimo a sus mujeres tanto en el periodo de la dilatación como en la posterior, pero prefieren no ver el periodo expulsivo.

Se puede pensar que es una actitud plenamente masculina, sin embargo, algunas mujeres con procedencia africana refieren no querer ser acompañadas por su pareja. Los motivos que plantean suelen ser la incompetencia del habla, las ocupaciones laborales o por que el parto “es algo de mujeres”. Del mismo modo, nos encontramos con mujeres que están acompañadas por sus maridos y reciben de ellos toda clase de cariño y apoyo, incluso tras el parto.

En la actualidad la mayoría de las mujeres inmigrantes cuentan con un apoyo familiar y social que no tenían las primeras inmigradas. Por eso, prefieren estar acompañadas por alguien menos cercano como una amiga o un miembro femenino de su familia, antes que por el padre del hijo. De esta forma, cuando no tiene familiares cercanos pueden venir acompañadas por amigas que llevan en nuestro país más tiempo y conocen mejor el idioma. En estos casos se produce un fenómeno denominado “solidaridad de género”, este fenómeno aparece en mayor medida en mujeres del norte de África y de Europa del Este y ocurre muy poco entre las subsaharianas, que normalmente paren solas.

Como se puede ver existen distintas situaciones a la hora de acompañar a la mujer embarazada. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en diversas culturas el parto, se lleva a cabo en el domicilio y entre mujeres (Cabrera, 2001). Es decir, estas culturas se basan en prácticas tradicionales en las que las mujeres parían en sus casas acompañadas por las parteras. Pero la disminución de la natalidad y la nueva forma de concebir la maternidad han hecho que los partos sean más medicalizados, y que la figura masculina sea un importante apoyo emocional para la mujer.

Percepción del parto.

Actualmente, en nuestra sociedad la atención al parto se encuentra altamente medicalizada. Nuestra cultura occidental acepta que las mujeres sean atendidas en hospitales, valorando y aceptando todos los cuidados que se les brindan. A pesar de ello, a algunas mujeres extranjeras de culturas diferentes, este hecho les sorprende llegando a no aceptar las directrices que se les marcan en el hospital. Esta situación queda reflejada de la manera siguiente:

Acude a urgencias una mujer ecuatoriana, embarazada de su cuarto hijo, que hace dos meses llegó a España. No la acompaña nadie. La exploración evidencia que el parto está bastante avanzado. Procedemos a efectuar el protocolo habitual: rasurar el periné, encamar, monitorizar el latido cardiaco fetal y canalizar una vía venosa. Conforme realizamos estas actividades, denota incomodidad y extrañeza. Reiteradas veces nos dice que le quitemos las "correas" y que quiere andar. Le decimos que no puede levantarse de la cama. En el momento de la amniorraxis artificial, pregunta: "¿Por qué haces esto?". Rápidamente alcanza la dilatación completa. Sin embargo, a pesar de tener unas contracciones de expulsivo con suficiente intensidad, no empuja. Decidimos pasarla a paritorio. Cuando comenzamos a decirle en tono imperativo que debe empujar, contesta: "Déjenme ponerme

de cuclillas". La mujer se pone en cuclillas y la salida del bebé es inmediata. (Luque & Oliver, 2005, p.8).

Como se aprecia en esta cita, la situación cultural aprendida por cada una de estas mujeres inmigrantes marca, en gran medida, las condiciones, la forma de partir y de llevar su embarazo. De este modo, en algunas culturas que se conocen, el parto se hace de forma libre sin nada que sujete a las mujeres. Por lo tanto, ante la actitud del personal sanitario y sin la previa información, la mujer se siente sujeta, sin libertad de movimiento. En muchas de las culturas ajenas a la nuestra la manera de parir es en vertical o en cuclillas, es decir, la posición más cómoda para la parturienta. De modo que se debe informar pertinentemente a nuestras pacientes ayudándolas a comprender que en España los actos médicos y enfermeros se desarrollan de manera distinta a la de su país de origen (Santos & Esteban, 1989).



BLOQUE II. BASES TEÓRICAS

BLOQUE II. BASES TEÓRICAS

CAPÍTULO I. PARTO, SALUD Y CULTURA.

1. LA FIGURA DE LA PARTERA

La atención al parto no es posible entenderla sin la presencia de las parteras/comadronas o matronas. En relación a la atención a la parturienta y el parto la figura de la partera se encuentra íntimamente ligada desde los pueblos más antiguos: egipcios, hebreos, griegos y romanos. Según antecedentes históricos, de la antigua Roma, resalta la partera *obstetrix*, cuyo significado del latín, según Harper (1996), viene a decir “estar al lado de”. De ella deriva lo que se entiende actualmente por obstetricia; los obstetras actuales son herederos del término etimológico y del saber inicialmente empírico de aquellas mujeres que llevadas por sentimientos de piedad ayudaban a otras al nacimiento de sus hijos.

Otro de los términos utilizados para nombrar a estas mujeres es el de comatrona. Su origen es escandinavo, *matris*, cuyo significado es “pequeñas hadas del bosque”, por alusión a la actividad mágica que tenían en la antigua Mesopotamia, donde eran consideradas sacerdotisas inspiradas por la diosa del nacimiento Inanna. Por tanto, existía una distinción entre la figura de la “partera” o “comadrona”, avalada por su experiencia práctica, y la de “médico” o “ginecóloga”, instruida en conocimientos médicos (De la Sierra Moral Lozano, 2011).

Dentro del antiguo Egipto, las parteras se organizaban en corporaciones. Las mujeres egipcias tenían por costumbre parir en cobertizos hechos con ramas, situados en jardines o bien en el tejado de las viviendas, a dónde se desplazaban las parteras. En la antigua Grecia, el rango de las comadronas era mayor que en otras zonas del mundo y procedían a la invocación de diosas como Artemisa.

A partir de la época talmúdica, la partera adquiere importancia en la sociedad llegando a realizar cirugías como la embriotomía. La función de la partera comenzaba con el mismo embarazo, llevaba el control prenatal, aconsejaba a las mujeres en cuestiones relacionadas a la nutrición o la relación conyugal (Espinosa, 2009). Finalmente, desde cinco días antes

de la fecha programada por la propia partera, ésta permanecía con la embarazada, día y noche. Cuando comenzaba con el trabajo de parto la mujer recibía un baño (Uribe, 2007).

Las parteras de entonces eran mujeres autodidactas, las cuales carecían de formación específica y ninguna preparación. Ejercían el arte de la obstetricia siguiendo conocimientos aprendidos por parteras más antiguas a través de la tradición oral y de su propia experiencia, a lo largo de la práctica de los años. La partera atendía a la mujer durante el embarazo y el parto; generalmente, quien daba a luz lo hacía en un taburete de forma circular y era asistida por la partera, quien se situaba delante de ella, sentada en un taburete más bajo (Parentini, 2002).

La partera fue durante siglos un pilar importante en diversas sociedades, sin embargo, con la llegada de la Edad Media su función fue en demérito. El poder de la religión y la discriminación de la mujer cambio la visión de mujeres autodidactas a ignorantes. El calvario de las parteras no finalizó con la Edad Media, durante el Renacimiento, médicos e Iglesia unificaron fuerzas para desprestigiar a aquellas mujeres cuya labor había sido considerada sagrada (Galante, Sesia & Alexandre, 1998).

En el siglo XII, la medicina es definida como ciencia, reservada únicamente a varones. Por tanto, la práctica de las parteras entra en terreno de la ilegalidad. Únicamente a ciertas parteras prominentes se les permitió ejercer, al resto se las amenazó y sometió a juicios, con penas desde el encarcelamiento hasta la muerte.

A mediados del siglo XVI la introducción de libro y escritos redactados por médicos varones, puso al alcance las enseñanzas de la atención al parto. A lo largo del siguiente siglo, fue la figura masculina introduciéndose en la especialidad obstétrica, quienes aun considerados con mayor preparación, crearon una polémica por el hecho de ser hombres. Trascendió así la necesidad de mejorar las enseñanzas de las mujeres y la creación de leyes que capacitara, mediante examen, la ejecución de su profesión (Claramunt & Claramunt, 2012).

La utilización del término matrona no llegó hasta el siglo XVIII, el cual denominaba a las mujeres instruidas y legalmente reconocidas que atendían partos (Sánchez-Pedrosa, 1993). El objetivo de esta acepción era diferenciar matrona de parteras y de mujeres sin

cualificación que llevaban a cabo esta profesión. Sin embargo, a raíz de este cambio la incorporación del hombre fue inminente pues generaba beneficios económicos desplazando a las matronas a la atención de las mujeres pobres.

Uno de los países más avanzados en la obstetricia fue Francia, en el que las matronas eran conocidas como mujeres sabias o *sage-femmes*. A nivel europeo destacan mujeres como: Louise Bourgeois, Justine Dittrichin, Angélique Marguerite, Elizabeth Nihell, Marie Louise LaChapelle o Marie Anne Victorine Boivin, entre otras.

A pesar de su persecución y de su escaso acceso al conocimiento científico existen relatos evidentes del gran papel que desempeñaron a lo largo de la historia. La existencia de la partera nace ante la necesidad de la atención al parto en zonas rurales, inclusive antes que la aparición del médico. La Historia nos revela la función de la partera y el lugar que merece en las crónicas debido a la función que por siglos han desempeñado estas mujeres histórica y estoicamente.

2. CUIDADOS EN ENFERMERÍA DESDE LA MULTICULTURALIDAD

El uso de los cuidados y su conocimiento es inherente a la condición humana. Cuidar forma parte de nuestra cotidianeidad, se encuentra arraigado de forma general tanto en el dominio público como en el privado, en lo doméstico y en lo productivo; en lo manual y en lo intelectual, dando lugar a una práctica que es aceptada y valorada a nivel universal (Salas, 2004). Cuidar, cuidarse y cuidar al otro es visto, históricamente, como eventos ligados a cada suceso de la historia de una región o de un pueblo y no como hechos aislados. Es por tanto, un fenómeno social y cultural, no distingue ni cultura, ni edad, ni raza; es propio de todo ser humano. Luego no significa imponer un camino ni un itinerario, sino brindar compañía, manteniendo respeto y libertad para que el paciente pueda escoger y tome sus propias decisiones (Calvo- Gil, Ayala, Holmqvist & Molina, 2011).

Los conceptos de cultura y cuidados se encuentran íntimamente relacionados, puesto que la práctica del cuidado es un fenómeno universal, sin embargo, las expresiones que caracterizan estos cuidados, los procesos y los modelos de cuidados varían de una cultura a otra (Rodríguez, Arribas & Gantes, 2004). La cultura presenta una importancia intrínseca en el proceso de salud-enfermedad y por ello en los cuidados culturales. En palabras de

Spector: *“Los cuidados culturales son necesarios para satisfacer las necesidades de los grupos poblacionales, superando las barreras culturales y sociales, considerando el contexto en el que el paciente vive y se desarrolla”* (2000, p. 284). De esta forma, cada cultura constituye respuestas distintas ante el binomio salud-enfermedad, insertando interpretaciones y actuaciones singulares que determinan la vivencia de la enfermedad y el cuidado (Jiménez, Bravo, Almansa & Ballesteros, 2014).

La unión entre los cuidados demandados por la sociedad multiculturalizada y los cuidados de Enfermería, genera la necesidad de una visión global y holística, en la que tanto el entendimiento como el conocimiento de las percepciones culturales fundamentan el cuidado basado en el derecho a la salud.

Enmarcar el abordaje de la percepción del dolor en las gestantes nicaragüenses y ecuatorianas desde la Enfermería Transcultural da sentido en tanto en cuanto la sociedad actual se encuentra centrada en un modelo de cuidados que altera el significado del término cuidar. Así, desde el respeto cultural y la libertad de cada mujer a tener un parto en el que ella misma tiene la capacidad de decisión en sus propios requerimientos, el diálogo nos acerca a la comprensión de una realidad. Crearemos un entendimiento entre culturas interrelacionadas con un punto en común: el parto. La comunicación entre culturas nos lleva a reflexionar sobre las actitudes y costumbres en el transcurso del alumbramiento y el cuidado, profundizando en el valor cultural que fija la percepción del dolor de parto.

2.1 TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y DE LA UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES: MODELO DE MADELEINE LEININGER

Dentro de la amplia miscelánea de los modelos de Enfermería que han desarrollado las relaciones interculturales paciente-enfermera, en el presente estudio se alude a la Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger, en la búsqueda del componente de la ciencia Enfermera que esclarece las experiencias de las mujeres ante el dolor de parto.

Los cuidados culturales conforman la teoría en la que se integran, la vida humana desde una perspectiva holística y su existencia, a lo largo del tiempo, los factores socio-culturales, los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los

modelos de cuidados genéricos o populares y los profesionales (Zapata, Soriano, González, Márquez & López, 2015). De esta forma, las culturas de las distintas poblaciones junto con el concepto de salud y enfermedad varían según la procedencia de origen.

La teoría de Leininger demuestra que la enfermería transcultural y la antropología son campos diferentes pero complementarios (Allgood & Marriner, 2011) en los que el contexto cultural modifica los cuidados de salud de una cultura específica, con sus peculiaridades, formas, ritos, comportamientos y expresiones frente al proceso de salud-enfermedad. Por tanto, el cuidado de la salud presenta semejanzas y distinciones de acuerdo al contexto cultural en el que se encuentra la persona (Carrera, 2010). De esta forma, es necesario comprender las distintas formas de vida que cada individuo, grupo o subgrupo presenta, a según sus prácticas, creencias, valores y tradiciones en vivencias, tales como el nacimiento, la niñez, la vejez, maternidad, enfermedad y muerte, con el fin de proporcionar cuidados coherentes a cada cultura, ya que es imposible homogeneizar el cuidado (Muñoz de Rodríguez & Vázquez, 2007).

La Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales centra su estudio en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas para ayudar a mantener o recuperar su salud (Figura 1) (Leininger, 1991) por tanto, ha introducido tanto en el marco comunitario como hospitalario la aparición de nuevos términos de salud que vincula la Enfermería con la diversidad cultural, marcos teóricos y modelos de cuidado (Galao, Lillo, Casabona & Mora, 2005). En relación a esta investigación, dicha teoría es la más apropiada para referenciar y enmarcar el proyecto.

Madeleine Leininger, funda a principios de la década de los 60, dentro de un nuevo marco teórico, la teoría de los “Cuidados Culturales: Teoría de la Diversidad y la Universalidad”. En su libro *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice* (1978), define una nueva teoría con diferentes planteamientos tradicionales de la enfermería, conceptos, nociones teóricas y procedimientos prácticos de la Enfermería Transcultural.

Su teoría procede de la Antropología y la Enfermería; la primera se encarga del estudio de la cultura y los comportamientos relacionados con el proceso de satisfacción de las necesidades de los individuos y, la segunda, se centra en la Enfermería Transcultural,

enfazando el estudio intercultural como parte de las diferencias culturales que dan lugar a las distintas prácticas y cuidados (Siles, 2010).

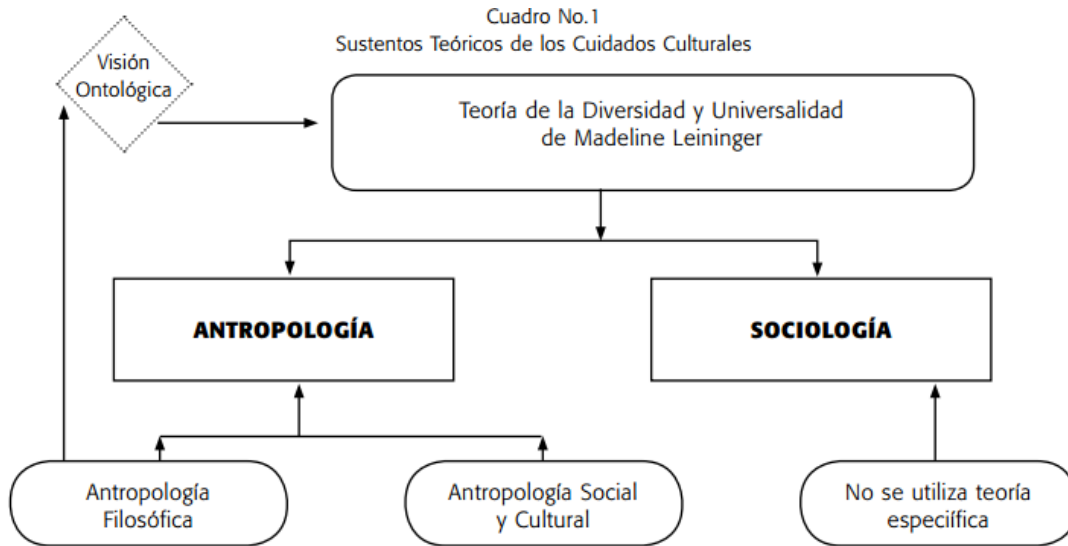


Figura 1. Sustentos Teóricos de los Cuidados Culturales.

Fuente: Imagen extraída de Aguilar, Carrasco, García, Saldivar & Ostiguin, 2007.

El propósito de la teoría es descubrir las particularidades y universalidades de los cuidados humanos para, posteriormente, suministrar cuidados responsables y culturalmente congruentes que se ajusten a las necesidades, los valores, las creencias y los modos de vida de los pacientes (Bernalte & Miret, 2005). Por tanto, el cuidado culturalmente congruente se convierte en el centro de los cuidados culturales. El cuidado se funde con la perspectiva *emic*, la cual busca reproducir los contenidos culturales tal y como se le aparecen a los individuos que pertenecen a la cultura o al pueblo que se estudia. De esta forma, la cultura es la forma de aportar un cuidado universalizado e individualizado (Jiménez, 2015).

Leininger, muestra una teoría con características diferentes al resto de teorías de la época ya que se centra en el descubrimiento holístico y global del cuidado cultural, así como, los referentes culturales, la estructura social, su visión del mundo y el contexto ambiental. La Enfermería es la encargada de descubrir aquellas diversidades y universalidades culturales de cada individuo y que rodean al cuidado.

Para el desarrollo de este modelo teórico, Madeleine Leininger desarrolló una serie de conceptos propios (Tabla 1), entre los que destaca:

CONCEPTOS DE LA TEORÍA DE LOS CUIDADOS CULTURALES	
Cuidar	Como sustantivo
	Como verbo
Cultura	
Cuidados Culturales	Diversidad de los cuidados culturales
	<i>Universalidad de los cuidados culturales</i>
Sistema de cuidados	<i>Sistema de cuidados genéricos</i>
	<i>Sistema de cuidados tradicionales o populares</i>
Cuidados enfermeros culturalmente congruentes	Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales
	Adaptación o negociación de los cuidados culturales
	Reorientación o reestructuración de los cuidados culturales
Concepto de mundo	
Lenguaje	
Etnohistoria	
Salud desde una perspectiva holística	
Entorno como contexto cultural	

Tabla 1. Conceptos Teóricos del Modelo de Sol Naciente de Madeleine Leininger.

Fuente: Elaboración propia a partir de Fawcett, 2000.

Cuidar (sustantivo): manifestación de los fenómenos abstractos y concretos relacionados con las actividades de la asistencia.

Cuidar (verbo): aquellas acciones y actividades dirigidas a la asistencia, el apoyo y la capacitación de otras personas o grupos.

Cultura: conjunto de valores, creencias, normas, estilos de vida, símbolos y prácticas de individuos o grupos aprendidos, compartidos y transmitidos generación en generación. El concepto de cultura abarca siete *dimensiones culturales y de la estructura social* que son aquellos esquemas y características dinámicas, holísticas e interrelacionadas de los factores estructurales y organizativos de una determinada cultura, en la que se incluye: religión, parentesco, características políticas, economía, valores culturales, historia, lenguaje, educación y tecnología.

Cuidados Culturales: actos de prestación de cuidados de ayuda culturalmente constituidos hacia sí mismo o hacia los demás centrados en valores, creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos. Está compuesta por dos dimensiones:

Diversidad de los cuidados culturales: variación y/o diferencia de los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados en o entre los colectivos o entre grupos humanos distintos con el fin de apoyar o facilitar la asistencia de cuidados dirigidos a las personas.

Universalidad de los cuidados culturales: similitud o uniformidad dominante en los significados, modelos, valores, modos de vida, y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan los modos de apoyo, asistencia y capacitación como humanidad.

Sistema de cuidados: sistema de salud que designa los valores, las normas y las características estructurales de una organización diseñada para servir, y sus modos de vida en o entre culturas. Se distingue entre: *sistema de cuidados genéricos, tradicionales o populares*, puntos de vista y valores interiores de un fenómeno; y el *sistema de cuidados profesionales*, puntos de vista y valores externos sobre un fenómeno.

Cuidados enfermeros culturalmente congruentes o competentes con la cultura: cuidados sanitarios basados en la cultura, centrados en las formas de vida y necesidades generales de los individuos o grupos para el bienestar o afrontamiento de la enfermedad, las discapacidades o la muerte. Abarca tres dimensiones:

- *Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales:* acciones y decisiones tomadas por los profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación hacia personas de una determinada cultura con el fin de conservar su bienestar, recuperarse de una enfermedad o afrontar impedimentos físicos o mentales de la muerte.
- *Adaptación o negociación de los cuidados culturales:* acciones y decisiones de los profesionales hacia la asistencia, el apoyo, la capacitación y facilitación de las personas de una determinada cultura a adaptarse o llegar a un acuerdo con otras con el fin de obtener resultados beneficiosos y satisfactorios.
- *Reorientación o reestructuración de los cuidados culturales:* acciones y decisiones de los profesionales hacia la asistencia, el apoyo, la capacitación y facilitación de las personas de una determinada cultura, a reorganizar, cambiar y modificar sus modos de vida para obtener resultados beneficiosos o diferentes.

Concepto de mundo: modo en que las personas o los grupos tienden a mirar hacia su mundo o universo formando una imagen o punto de vista sobre sus vidas o sobre el mundo que les rodea.

Lenguaje: contexto lingüístico, usos del lenguaje, símbolos, y significados sobre el cuidado.

Etnohistoria: eventos, hechos, instantes y experiencias individuales presenciados o documentados sobre una población diseñada de una cultura.

Salud: estado de bienestar en el que está culturalmente definida y valorada, así como las prácticas; refleja la capacidad de los individuos para realizar sus actividades diarias expresadas culturalmente y sus formas beneficiosas.

Entorno como contexto cultural: totalidad del entorno, situación con experiencias relacionadas que otorgan significados que guían las expresiones y decisiones humanas.

Leininger desarrolló un método de investigación: la *Etnoenfermería*, el cual se centra en el estudio y la clasificación de creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia enfermera, según los conocimientos cognitivos que existe en una cultura determinada y a través de las manifestaciones *emic* transmitidas por el lenguaje, las experiencias, las

convicciones y el sistema de valores (Fornons, 2010). En el estudio de la etnoenfermería, se otorga gran importancia a los métodos cualitativos y dentro de ellos, a los etnográficos. De esta forma, se busca lograr un conocimiento fundamental, básico y sustancial basado en la información obtenida sobre los cuidados culturales.

El objetivo principal de la teoría de Leininger se basa en documentar, conocer, predecir y explicar lo diverso y lo universal acerca de la asistencia genérica y profesional de las culturas, dentro del marco formado por los componentes del designado “*modelo del sol naciente*”. En palabras de Leininger, “*el modelo simboliza la salida del sol (cuidado)*” (1995, pp. 210), la mitad superior del círculo representa la visión del mundo y las estructuras sociales y culturales que influyen en los cuidados y en la salud a través del lenguaje, la etnohistoria y el contexto del entorno. Estos factores influyen a su vez en los sistemas tradicionales y profesionales de cuidado enfermero, que se halla en la parte central del modelo. La parte inferior muestra el sistema de cuidados y las dimensiones o modos de cuidado enfermero culturalmente congruente. Ambos, representan un sol completo o universo en el que las enfermeras sitúan los cuidados humanos y la salud. De esta forma la enfermera es el puente de unión entre el sistema profesional de cuidados y el tradicional; se crean tres líneas de actuación y decisión de Enfermería: Preservación o mantenimiento de los cuidados culturales, la negociación o acomodación de los cuidados culturales y la restauración o reestructuración de los cuidados culturales (explicadas anteriormente).

La finalidad de Leininger al crear el Modelo del Sol Naciente es la comprensión del mundo y la relación de las acciones de cuidado basadas en la cultura. Mediante esta investigación se busca, a partir de la teoría analizada, la integración de los datos obtenidos en el modelo conceptual de Leininger, con el fin de crear un particular Modelo de Sol Naciente que ejemplifique las interrelaciones de los elementos de cuidado, relacionados con la percepción del dolor de parto. Al igual que Leininger, se pretende componer un modelo propio conceptual, basándonos en dos culturas distintas a la nuestra con un doble significado, dotar a la presente tesis doctoral de significado e integrar nuevo conocimiento a la disciplina Enfermera.

Se intentará conseguir que los conocimientos aportados por las participantes sirvan a la comunidad enfermera, tanto profesionales como al equipo multidisciplinar, en la

elaboración de competencias que sean necesarias para tender el parto de una forma cultural, conociendo la realidad de la práctica y los significados de la cultura en el proceso de alumbramiento. La aplicación del modelo, tanto para trabajar como a nivel investigativo, proporciona a los enfermeros la visión de una sociedad intercultural, favoreciendo las relaciones y la comunicación entre culturas. Se trata de conocer una realidad subjetiva y múltiple de mujeres de culturas diferentes.

3. DERECHO A LA SALUD Y A LA MATERNIDAD

La construcción de la idea de salud como derecho fundamental se desarrolla desde inicios del siglo XX en el que el Estado comienza a tomar obligaciones sobre la salud de los ciudadanos. En 1946, la OMS establece que: “*el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica social*” (45ª edición de Documentos básicos de la OMS). Dos años después, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, se reconoció:

El derecho de todas las personas a un nivel de vida adecuado que asegure la salud y el bienestar, así como la alimentación, el vestido, la vivienda y los servicios de asistencia médica y social, así como el derecho a la seguridad social. (Pérez-Argüelles, 2010, p. 4).

La OMS, en Noviembre de 2013, establece el Derecho a la salud como el goce el Derecho a la salud asegurando un máximo de salud que se pueda lograr, incluyendo el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria para todas las comunidades (Nota Descriptiva 323, OMS, 2013).

El significado que adquiere esta definición, recalca la importancia de los gobiernos en la creación de condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen una disponibilidad hacia los servicios de salud, unas condiciones de trabajo, saludables y seguras, vivienda adecuada y un aporte alimentario adecuado. Sin embargo, el derecho a la salud no debe interpretarse como el derecho a estar sano, ya que la salud se comprende como un estado completo de bienestar. A nivel práctico, el diseño e implementación de políticas y programas de salud deben incorporar elementos centrados en el abordaje de los derechos humanos. De esta forma, se propician

intervenciones dirigidas a preservar, promover y mejorar la salud de los individuos, incrementando la importancia en la prevención de enfermedades y los factores generadores de éstas.

La aparición de múltiples tratados internacionales y constituciones nacionales de cada país en todo el mundo, dio lugar a la incorporación de la salud y principios relacionados como derechos humanos fundamentales en políticas públicas de salud. Los principales referentes que se encuentran y destacan en este campo son:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), 1948.

En su artículo 25.a, recoge: *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, [...] asistencia médica [...] la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales [...]”*

- Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 1966.

Recoge en su Artículo 12 el *“derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*. Este pacto establece medidas que se deben adoptar con el fin de asegurar una plena efectividad del derecho a la salud, entre las cuales figuran: la reducción de la mortalidad infantil y garantizar el sano desarrollo de los niños la mejora de la higiene, del trabajo y del medio ambiente; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas, y la creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de la salud.

- IV Conferencia sobre la Mujer, Pekín 4-15 septiembre, 1995.

Culmina con la Declaración de Beijing de la cual surge *“el reconocimiento explícito y la reafirmación del derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular su propia fecundidad, es básico para la potenciación de su papel”*.

- Declaración del Milenio, 2000.

A partir de ella se reconocen las desigualdades existentes en el mundo, las cuales imposibilitan la perpetuación del desarrollo. Se introduce a la población en la defensa de los principios de igualdad, dignidad humana y equidad en el mundo, y se proponen los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), de los cuales destacan:

- *“Haber reducido, para ese mismo año, la mortalidad materna en tres cuartas partes y la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes respecto de sus tasas actuales.”*
- *“Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer como medios eficaces de combatir la pobreza, el hambre y las enfermedades y de estimular un desarrollo verdaderamente sostenible”*

- Declaración de París, 2005.

En ella se reafirman las conclusiones de la Cumbre del Milenio y se establecen medidas para aumentar la ayuda en la cooperación al desarrollo mediante mecanismo de evaluación y supervisión continua de la ayuda suministrada.

Por consiguiente, el simple hecho de salud como concepto global hace de ella un derecho universal para todas las personas. Esto crea una responsabilidad imponiendo a las instituciones la garantía de este derecho, haciéndola extensible de cumplimiento a las personas. Para hacer posible el cumplimiento de las distintas medidas enumeradas, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adopta en el año 2000 una Observación General.

En la Observación General 14, la salud es definida como “un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”. Según la Observación General, el derecho a la salud abarca cuatro elementos (Figura 2) e impone a los Estados Partes las obligaciones de respetar, proteger y cumplir. Se afirma que el derecho a la salud abarca desde la salud oportuna, hasta los factores determinantes de la

salud, como el acceso al agua limpia o el acceso a la educación e información sobre las cuestiones relacionadas con la salud, incluyendo la salud reproductiva y sexual.

Los derechos sexuales y reproductivos ofrecen a las mujeres y hombres la libertad en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo y vida. Su finalidad es que todas las personas puedan ser libres de discriminación, riesgos, amenazas, coacciones y violencia en el ámbito de la maternidad, además de un acceso a los servicios de salud en materia de atención maternal (Tenorio, 2013). Este derecho supone unas relaciones igualitarias que garanticen el respeto y la integridad mutua, asumiendo responsabilidades y consecuencias de su comportamiento sexual.



Figura 2. Elementos del derecho a la salud.

Fuente: Imagen extraída de la Observación General N° 14.

El cambio de paradigma se expresa mediante una interpretación de la salud reproductiva (SR) desde el concepto biopsicosocial. Esto implica que la salud reproductiva no sólo involucra a las mujeres, sino también a hombres, familias y sociedades cuyos condicionantes están determinados por los aspectos sociales, biológicos, culturales, económicos y políticos. El cumplimiento del derecho a la SR ha sido reconocido

mundialmente como aspecto fundamental para el desarrollo humano siendo señalado en numerosas convenciones internacionales (Tabla 2).

De este modo, dicho derecho implica una proyección del derecho a la libertad y el desarrollo de la personalidad trascendiendo el ejercicio de la libertad reproductiva ya que maternidad supone aspectos más complejos que la mera reproducción biológica (Marrades, 2002). Por consiguiente, la reproducción humana tiene como fin último no sólo el proceso de concepción y gestación, sino también las tareas sociales, culturales, simbólicas y éticas de la maternidad.

El derecho a la maternidad comprende la planificación familiar, educación sexual, fertilidad, concepción, proceso de embarazo, parto y puerperio, maternidad sin riesgo, prevención y control de ETS, atención al aborto, menopausia, andropausia, sexualidad saludable y segura y la equidad de género. El alcance de la SR ha requerido del cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos para garantizar a las personas una sexualidad saludable mediante perspectivas de género.

CONFERENCIAS INTERNACIONALES	COMPROMISOS ACEPTADOS
Declaración de los Derechos Humanos, 1948	Primera alusión a la salud materna e infantil (Art. 25.2) Su función es promover la salud y la asistencia materna e infantil (Art. 2.1)
Organización Internacional del Trabajo (OIT), 1952	Se aprueba el Convenio relativo a la protección de la maternidad
Primera Conferencia Internacional de los Derechos Humanos, Teherán, 1968	Se reconoce el derecho de los padres a la planificación familiar. Los padres y madres tienen el derecho básico de determinar libremente el número y espaciamiento de sus hijos. Se propone el acceso a medios y métodos para la planificación familiar
Conferencia Mundial del Año de la Mujer, México, 1975	Sin la planificación familiar es imposible alcanzar la igualdad de género
Organización Internacional del Trabajo (OIT), 1978	Se crea el Plan Integral de Salud para Todos (programado para el 2000). Se recoge entre sus mínimos la asistencia materna e infantil, además de la planificación familiar
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), 1979	Impulsa el acceso de la mujer a material informativo que contribuya a asegurar su salud y el bienestar familiar (Art. 10)
Conferencia Internacional sobre población y desarrollo, El Cairo, 1994	Nace el primer concepto sobre salud sexual y reproductiva. También de la importancia de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer
IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de la Naciones Unidas, Pekín, 1995	Se reconoce la capacidad de las mujeres para controlar por sí mismas su propia fecundidad, constituyendo una base fundamental para el disfrute de otros derechos
Cumbre del Milenio. Nueva York, 2000	Busca la promoción de la igualdad entre sexos y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna, entre otras.

Tabla 2. Conferencias internacionales en el ámbito de la SR.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2011.

CAPÍTULO II. DOLOR DE PARTO Y CULTURA.

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PARTO EN NICARAGUA Y ECUADOR

1.1 Atención al parto en Nicaragua

1.1.1 Características del embarazo y parto

A lo largo de la última década Nicaragua ha destacado por una rápida recuperación de los desequilibrios políticos y climáticos con una estabilidad económica notable. En palabras del Banco Mundial, “Después de una rápida recuperación en el 2010, la economía creció un 5’1% en 2011. Los indicadores macroeconómicos se mantienen estables, con un crecimiento económico estimado del 4’2% en 2013, y las inversiones extranjeras directas y el comercio muestran perspectivas favorables” (2014).

La salud materna ha sufrido avances importantes dentro de Nicaragua. La tasa de fecundidad disminuyó de 6 en 1985 a 3’1 en 2004, y la tasa de mortalidad materna (TMM) bajó de 125 por 100.000 nacidos vivos en 1996 a 71 por 100.000 nacidos vivos en 2010.145. Las tasas de fertilidad disminuyeron de 6 nacimientos en el año 1985 a 3’1 en 2004, y la mortalidad materna bajó de 125 por cien mil nacidos vivos en 1996 a 71 en 2010 (Dirección Nacional de Servicios de Salud del MINSA). En el año 2013, del total de 20.280 partos atendidos, tan sólo el 8.935 fueron naturales, mientras que las cesáreas ocuparon una tasa del 56%, datos que sobrepasan las recomendaciones de la OMS (el porcentaje recomendado es el 15%) (INSS, 2013).

En palabras de Manuel Ortiz, experto en Seguridad Social en Nicaragua, las estadísticas muestran el reflejo de la realidad en la Atención Pública y privada. A pesar de estos avances, Nicaragua sigue siendo uno de los países menos desarrollados de Latinoamérica, con más del 80% de la población pobre habitando en áreas rurales de difícil acceso. Asimismo, aunque la mortalidad materna ha disminuido a nivel nacional, en las comunidades indígenas y rurales ésta sigue siendo alta. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 55% de las mujeres que viven en áreas rurales tienen sus partos en casa, y las mujeres adolescentes representan aproximadamente un tercio de las muertes maternas.

Con una proyección demográfica de 1.354.477 millones de habitantes, el grupo predominante son los hombres frente a las mujeres con una tasa de 49'7%. Entre ellas, las mujeres en edad fértil cuentan 334.939 con edades comprendidas entre los 15-49 años (Tabla 3). En el año 2014, la tasa nacional de fecundidad fue de 2'4%.

Grupo de Edad	Total de Mujeres
15-19	79.564
20-24	66.882
25-29	56.913
30-34	45.412
35-39	35.638
40-45	27.887
45-49	22.643

Tabla 3. Distribución de mujeres nicaragüenses en edad fértil según edad.

Fuente: Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, 2015

Cabe destacar que Nicaragua presenta las tasas más altas en América Latina de mujeres jóvenes (15 a 19 años) con hijos (Figura 3). El embarazo adolescente refleja la realidad social y la pobreza, además del nivel educacional de las niñas. La planificación familiar (PF) es un dato con cifras de menor alcance en las zonas rurales, con tan sólo el 11'1% de los casos (Banco Interamericano de Desarrollo, 2011). La barrera principal que justifica el déficit de PF se basa en la información incompleta y errónea de los métodos anticonceptivos. Además, a ello se une la mezcla de rumores y miedos en relación a los efectos secundarios, así como los patrones religiosos que prohíben su uso.

Una de las grandes preocupaciones de Nicaragua es la alta tasa de muertes maternas, situándola en una de las regiones con mayor tasa de mortalidad a causa de hemorragias, trastornos hipertensivos e infecciones. La mayoría de las muertes se producen durante el trabajo de parto, el parto en sí o las 24 horas siguientes. Frente a estos hechos, desde el año 2007, el Ministerio de Salud implementa el Modelo de Salud Familiar Comunitario

(MOSAFC), organizado mediante el sistema local de atención integrada en salud (SILAIS) el cual introduce medidas que aseguren la efectividad y la entrega de los cuidados obstétricos.

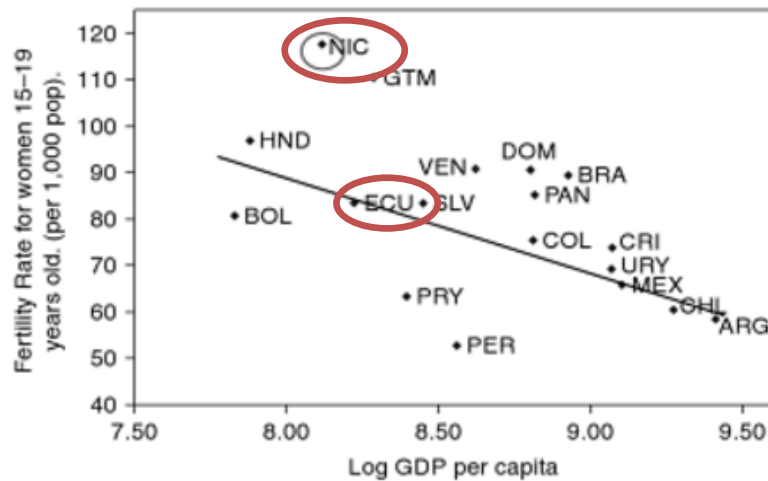


Figura 3. Tasa de embarazos en mujeres entre los 15 a los 19 años en América Latina.

Fuente: OPS, Sistema de Información de Salud Central, 2013.

Los obstáculos a los que se enfrentan las mujeres en el momento del embarazo y parto junto con la dificultad de uso y disponibilidad de los servicios de salud se recogen en la Teoría de las Tres Demoras:

- **Primera Demora:** Tomar la decisión de buscar ayuda. Identificación de riesgos y búsqueda de atención a causa del desconocimiento y estatus dependiente de las mujeres. La influencia de distintos factores afectan directamente en la decisión de búsqueda de ayuda. Los factores culturales forman parte de la toma de decisiones e influyen directamente en la demanda de ayuda. La capacidad de la mujer, la familia o la partera de reconocer las complicaciones de amenaza en la vida de la embarazada; el conocimiento del lugar en el que buscar ayuda o la falta de información por parte del personal médico en la obtención de tratamiento suelen ser los principales obstáculos en la obtención de ayuda. En ocasiones las familias tienen constancia de dónde buscar ayuda, sin embargo, escogen no asistir a los centros hospitalarios ya que conocen la falta de habilidades obstétricas de los médicos.

- **Segunda Demora:** Complicaciones en el acceso a los centro de salud u hospitales, debido al alto coste del transporte.
- **Tercera Demora:** Déficit en la atención de calidad y la capacidad resolutive de los Servicios de Salud.

Vijil (2011), a su vez señala otras barreras para el acceso a los servicios de salud en comunidades, principalmente rurales o indígena (Tabla 4):

BARRERAS	CARACTERÍSTICAS
Barreras Económicas	Centradas en los gastos directos de transporte y movilización.
Barreras Geográficas	Por la ausencia de transporte, medios comunicativos y riesgos de trayecto.
Barreras Culturales	Preferencia de partos en casa realizados por parteras y dificultad idiomática.
Barreras en la Atención	Falta de personal médico, condiciones higiénicas y escasa atención de calidad.

Tabla 4. Barreras en el acceso a los servicios de salud en Nicaragua.

Fuente: Elaboración a partir de Vijil, 2011.

A consecuencia de las dificultades en la atención al parto se desarrolló como estrategia la implantación del Plan de Parto (1987), que incluye la prevención de la Mortalidad Materna en materia de Política de Salud. A partir del año 2007, el MINSA implementó el Sistema de Vigilancia contra la Mortalidad Materna en el que se mejoraba el censo de las embarazadas y la disminución de las muertes perinatales. Además, se incorpora la

evaluación de las embarazadas en los SILAIS, lo que reveló una disminución potencial de la mortalidad materna. Tras la aplicación de las nuevas estrategias, los indicadores del año 2010 mostraron tan sólo 4 muertes neonatales precoces y ninguna muerte materna (MINSA, 2014).

Los avances en la política de salud materna nicaragüense comenzaron en el año 2004. La Política Nacional de Salud actualizada en el 2015, presta especial atención a la promoción de la salud de madres e hijos sanos. Sin embargo, las intervenciones creadas necesitan de una coordinación multidisciplinar para hacerla efectiva y con ello incrementar los programas sociales a las familias y las comunidades, el acceso total a la educación y a los servicios básicos de salud y la asistencia especializada durante el parto (Ministerio del Poder Ciudadano para la Salud, 2013).

1.1.2 Red social durante el parto y toma de decisiones

Las redes sociales son las relaciones existentes entre diversas unidades sociales. Así, las relaciones o conexiones en el interior de una red rigen tanto el funcionamiento de la misma como el de los individuos dentro que la componen, afectando profundamente en la vida de las personas que la conforman (Kadushin, 2012).

Mitchell & Tomas (2007) concluyen que el capital social, y las redes sociales están relacionados con la salud. Existe un vínculo entre un mayor bienestar mental y físico con aspectos cognitivos (definidos como confianza social) y la membresía o pertenencia a grupos cívicos u otras organizaciones comunitarias, los cuales representan los pilares en la toma de decisiones durante el proceso del parto.

La mayoría de redes sociales durante el parto están conformadas por los miembros de la familia, en la que las mujeres adultas son el enclave principal (Figura 4). En general, la red social de la mujer embarazada se estructura alrededor de la familia, con la participación directa de las mujeres. La edad de la gestante, tanto si es primípara o multípara, modifica su posición en la toma de decisiones, aunque ninguna de las dos lo hace de forma autónoma. La figura de la madre y la suegra representan los conocimientos y la experiencia (Zou, Blackburn & Kortellis, 2014). Así, los consejos y la asesoría sobre el parto, el lugar donde desarrollar el parto, los actores durante el alumbramiento y los

cuidados hacia la madre y el recién nacido previos, durante y posteriores al mismo, son decisiones altamente respetadas por la madre de la embarazada.

Los hombres asumen una participación mayor durante las emergencias obstétricas, los gastos económicos y los recursos de transporte durante el parto. Por tanto, la madre de la parturienta y el cónyuge de la mujer embarazada son los principales tomadores de decisión. Esta estructuración familiar determina quienes conforman la red estableciendo a su vez la familia nuclear como principales tomadores de decisiones e influyentes con respecto al parto (Berry, 2010; Rodríguez, Morales, Fernández, Castro & Fishpaw, 2014).

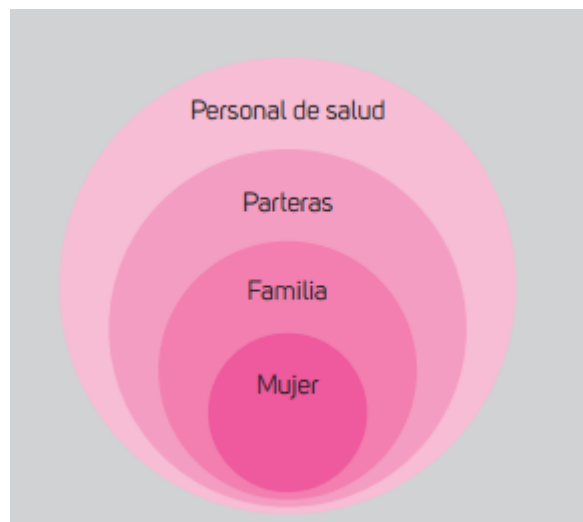


Figura 4. Actores de la red social participantes durante el parto.

Fuente: extraída de Sargent, 2014.

Las parteras son las actrices principales tomadoras de decisiones en los partos domiciliarios e institucionalizados ya que atienden partos y ofrecen cuidados durante el proceso de embarazo. Sin embargo, la figura de la partera ejerce su influencia sobre las decisiones que toma la familia debido a su conocimiento y experiencia en dicho proceso (Edmunds, Hruschka, Bernard & Sibley, 2012).

A pesar del alto conocimiento biomédico, el personal de salud ejerce poco poder dentro de las redes sociales de la mujer embarazada (Banco Interamericano de Desarrollo, 2015).

Existe una participación e influencia progresiva con las nuevas generaciones de parturientas debido al vínculo que les une durante las emergencias obstétricas y los controles prenatales.

1.2 Atención al parto en Ecuador

1.2.1 Características del embarazo y parto

Ecuador es definido por la Constitución que rige sus leyes como un país multiétnico y pluricultural dividido en distintas regiones que alcanza desde la zona de Sierra, Costa, Amazónica hasta llegar a la región Insular. Debido al amplio territorio en el que se encuentra dividido, las prácticas que competen la preparación al parto, son amplias y complejas, donde la aceptación de la medicina tradicional se unifica con la alternativa, a fin de lograr una atención de salud con cobertura global. Mecanismos de articulación y coordinación unifican a las mujeres embarazadas, con el sistema comunitario, las tradiciones y el personal sanitario. Desde el Instituto Nacional de Estadística y Censos de Ecuador (2014) la tasa de natalidad recogida durante el año 2013 fue de 20'81% mientras que el índice de Fecundidad fue de 2'56%.

El Anuario de Estadísticas Vitales (2014) muestra las tasas de nacidos vivos en la que del total de 220.896. La asistencia sanitaria en el momento del parto es común en casi el 100% de los alumbramientos. Sin embargo, la mayoría de ellos (209.207 partos) recibieron asistencia médica por parte de los profesionales de la salud. Dentro del total de partos sin asistencia profesional, destacan tan sólo 536 asistidos con partera cualificada. Asimismo, el parto en establecimientos públicos prima con un total de 60'18% en el año 2014. Pozo, Fuentes & Calderon (2012), muestran como el alto porcentaje de partos institucionalizados se encuentra enmascarado por las diferencias regionales y étnicas. Los datos desagregados muestran que alrededor del 30% de las mujeres de la región Amazónica dieron a luz en casa. Adicionalmente, las mujeres que se definen como indígenas (65%) manifiestan su preferencia de un parto domiciliario. Las diferencias se revelan más significativas entre los porcentajes de gestantes indígenas y no indígenas, de áreas urbanas y rurales que acceden a los servicios de salud, evidenciando una falta de comunicación en cuanto a la atención sexual y reproductiva (Figura 5, 6 y 7).

Figura 5. Porcentaje de partos asistidos a nivel nacional

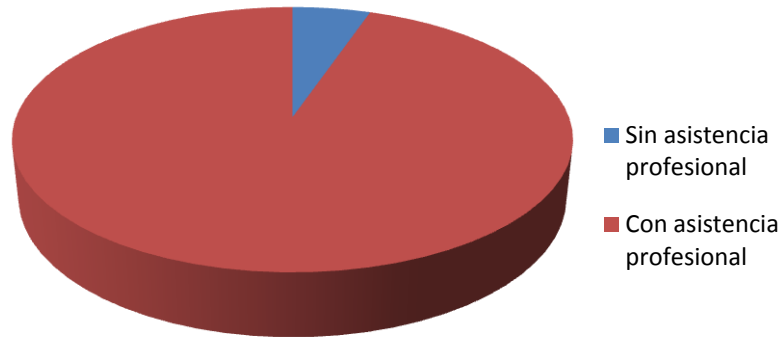


Figura 6. Porcentaje de nacidos vivos en el área urbana

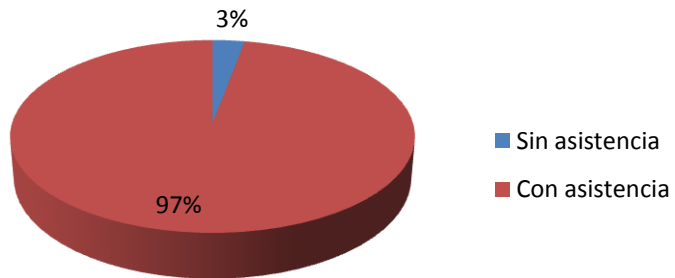
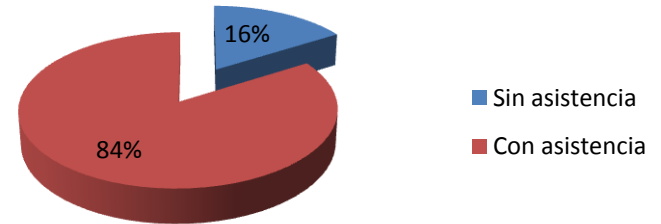


Figura 7: Porcentaje de nacidos vivos en el área rural



Fuente: Elaboración a partir de Pozo, Fuentes & Calderón, 2012

Los datos estadísticos muestran la importancia que tiene el parto y los momentos de vulnerabilidad que se pueden encontrar tanto madre como hijo/a, debido a las múltiples complicaciones derivadas del momento del alumbramiento. El INEC reportó en el año 2011 que entre las quince principales causas de muerte, cinco de ellas, estaban asociadas con el periodo del parto y postparto inmediato. Las hemorragias postparto, las infecciones puerperales de las madres, la asfixia, el bajo peso al nacer y la prematuridad del RN, son algunas de las causas principales de muerte (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

La muerte materna es uno de los graves problemas que afecta a Ecuador, presentando un gran impacto individual, familiar, social y económico. Según la OMS, la mayoría de las muertes maternas podrían ser evitadas si la mujer, la pareja y la propia familia de la embarazada reconocieran las señales de peligro. Como parte del Plan Nacional de Reducción de la muerte materna, el MSP ha implementado desde el año 2002 diversas estrategias de mejora continua de la calidad, entre las que destacan: la capacitación del personal de salud para la mejora de la atención completa del embarazo, parto y puerperio; el cumplimiento de los estándares de calidad; la vigilancia epidemiológica de la muerte materna y las acciones que mejoren la calidad percibida por las madres, así como, los indicadores que permitan la medición periódica de resultados (Hermida, Robalino, Vaca, Ayabaca et al., 2011).

Ecuador se encuentra comprometido con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y dispuesto a alcanzar el objetivo 5 de reducir en tres cuartos para el año 2015 las tasas de mortalidad materna del año 1990. Para ello, con el fin de cumplir este objetivo y con los compromisos asumidos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, el país ha desplegado durante el periodo comprendido entre los años 2005-2013 un marco jurídico legal que crea un entorno habilitante para la reducción de la mortalidad materna. En este sentido, además de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, (LMGAI) aprobada en 1994, se incorporan nuevas herramientas (González, 2014):

- Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (aprobada el 6 de abril de 2005 por Decreto Ejecutivo N° 2717)
- Plan Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (en proceso de articulación).

- Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna a partir del cual cada provincia elaborará su plan local para implementar este plan nacional (aprobado en agosto de 2005).

Por su parte el MSP, dentro del marco político actual y junto con los mecanismos desarrollados por la LMGAI y la Unidad Ejecutora de la Ley políticas de salud, ratifica los alumbramientos dentro de instituciones públicas de salud, logrando superar las barreras económicas, lo que contribuye en la articulación de los derechos de salud reproductiva de las embarazadas. Este hecho, incluye el desarrollo de los principales tipos de partos (Tabla 5), y busca ampliar la cobertura de partos asistidos por personal cualificado en un entorno de respeto, adecuando la atención en relación a los aspectos culturales (UNICEF, 2009). Steven & Hermida (2010) muestran el proceso de Normalización del Sistema Nacional de Salud y el Subproceso de Normalización de Medicina Intercultural en el que se introduce la integración, revaloración y recuperación de saberes culturales, impulsando la incorporación de los conocimientos ancestrales a la medicina moderna con el fin de crear estrategias y propuestas válidas para todas las embarazadas. Del mismo modo, la incorporación de una Red de Modelos interculturales introduce las bases de las políticas públicas interculturales de salud.

Hacer el embarazo y el parto seguros para todas las mujeres es un objetivo incluido en las guías desarrolladas por la OMS y el MSP. Además, la implementación de la medicina tradicional con la experiencia clínica del personal cualificado de los centros hospitalarios públicos, previene y facilita la aplicación de acciones que eviten complicaciones hacia las mujeres embarazadas, en el momento del parto.

TIPOS DE PARTO	CARACTERÍSTICAS
Distócico	<p>La madre realiza el trabajo de parto de forma íntegra.</p> <p>Método habitual en las “casas asistenciales” públicas o privadas.</p> <p>Recomendado a partir de la 37 semana de gestación.</p> <p>No suele presentar complicaciones posteriores.</p>
Cesárea	<p>Recomendado cuando durante el embarazo surgen complicaciones médicas.</p> <p>Indicado cuando existe: enfermedad Hipertensiva en la madre, mal posicionamiento del feto, imposibilidad de avance por el canal del parto y signos de sufrimiento fetal.</p>
Ancestral/Tradicional/Humanizado	<p>La posición vertical.</p> <p>Asistencia del esposo.</p> <p>Acompañamiento de otro familiar mujer.</p> <p>Ambiente cálido.</p> <p>Uso de hierbas (albahaca, piripri, hierba luisa) para regular las contracciones, para relajación.</p> <p>Baño caliente y caldo de gallina criolla después del parto para relajamiento y fortalecimiento.</p> <p>Entierro de la placenta.</p> <p>El corte del cordón.</p>

Tabla 5. Tipologías y características de parto en Ecuador.
Fuente: Elaboración propia. Datos extraídos de Burneo, 2013.

1.2.2 Parto Humanizado, Tradicional, Ancestral o Vertical

En Ecuador, las Constituciones Políticas reconocen el derecho de las personas según su identidad étnica y cultural, siendo el Estado el encargado de proteger la pluralidad étnica y cultural de su población. Así, Ecuador establece un mecanismo operativo de salud más preciso garantizando *“las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos”* (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013, pp. 274).

En la composición normativa se destaca que:

“Los integrantes del Sistema Nacional de Salud promoverán y respetarán el conocimiento y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas y afroecuatorianos, de las medicinas alternativas, con relación al embarazo, parto, puerperio, siempre y cuando no comprometan la vida e integridad física y mental de la persona”. (MPE, 2014, pp.41).

La evolución de los sistemas de salud han variado su concepción desde normas rígidas patogénicas hacia una noción cada vez más compenetrada con el bienestar de los individuos, las familias y comunidades (Paz, González & Gambirazio, 2009). Se han incorporado conceptos como la atención continua de salud o la interculturalidad, entre otros. La Ley Orgánica de Salud del país refleja la complejidad de los objetivos de salud, en la que se dice incluso, que: *“La autoridad sanitaria nacional implementará procesos de regulación y control, para evitar que las prácticas de las medicinas tradicionales atenten a la salud de las personas”* (Marrades, 2002, p. 21).

Desde la Dirección Nacional de Salud de los Pueblo Indígenas, se han creado acciones relacionadas con la medicina tradicional y las prácticas de adecuación intercultural de los servicios de salud y, en concreto, de la atención a la salud materna. La atención humanizada se respalda en la Norma Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical (emitida en el año 2008), en la que se plantean:

- **Recepción**: cálida bienvenida abierta a particularidades culturales, con su ropa.

- **Acompañamiento:** de familiares o no.
- **Alimentación:** permitir ingestión alimentos y bebidas, no plantas medicinales.
- **Dilatación:** libre posición y movilidad y masajes no perturbadores y consentidos.
- **Expulsión:** en libre posición.
- **Asistencia al recién nacido:** Apego inmediato a la madre.
- **Alumbramiento:** respeto al uso de plantas medicinales con precaución y entrega de placenta a solicitud.

El mecanismo de dar a luz se entiende como una necesidad de devolverle al nacimiento su propio sentido, siendo los protagonistas la mujer que pare, el hijo que nace y el hombre que puede acompañarla. Cuenta con ventajas como: un alumbramiento más sensible, la unión materno-filial, mejora de las contracciones uterinas, reducción de los tiempos del proceso, mejora en la tolerancia del dolor en la embarazada y menos número de sangrados (López-Martínez, 2015). Por ello, desde el Ministerio de Salud Pública (MSP), se está reforzando el parto culturalmente adecuado (Tabla 6).

La humanización al parto provee de herramientas básicas para que una sociedad pueda mejorar en relación a los resultados de nacimientos, no sólo en lo relevante a tasas de mortalidad y morbilidad materno-infantil (Freyermuth & Sesia, 2009). Además, proporciona la satisfacción de la experiencia del parto como un evento seguro de integridad familiar ya que se centra en dar, tanto a la madre como al bebé, una vivencia del embarazo, el parto y el puerperio como proceso satisfactorio, pleno e íntimo, en el que la madre posee las herramientas proporcionadas por la información y las habilidades de una enseñanza intrínseca.

Normas de atención a la maternidad con enfoque intercultural	Claves para la planificación	Incorporación en los servicios	Resultados en los servicios de salud	Perspectiva futura
Reducir la mortalidad materna	Participación adecuada entre las mujeres embarazadas, parteras y médicos tradicionales	Capacitación y acompañamiento	Integración de parteras	Mejora de la enseñanza
Disminuir la dificultad en los accesos a los servicios de salud	Estrategias de comunicación y sensibilización por parte del personal de salud	Vigilancia y supervisión	Atención continuada	Compatibilización normativa entre servicios
Mejorar la calidad de los servicios de salud	Adecuación física de instalaciones	Entrenamiento de los trabajadores internos	Mayor confianza de la población	Integración de nuevos programas
Autodeterminación de los pueblos en materia de atención al parto	Innovación tecnológica y diversidad de recursos	Planes, programas y proyectos de investigación	Mayor cobertura de atención	Fortalecimiento de redes de servicios y redes sociales
	Elaboración de un plan de epidemiología cultural	Control social y auditorías	Menor mortalidad materna y perinatal	Mayor formación del personal de los distritos indígenas de salud y las escuelas de medicina tradicional
			Mejora de los niveles de autoestima cultural	

Tabla 6. Atención a la maternidad desde un enfoque intercultural. Fuente: Elaboración a partir de MSP de Ecuador, 2013.

2. REMEDIOS TRADICIONALES ASOCIADOS AL PARTO Y AL DOLOR DEL PARTO

La OMS (2009) reconoce que cerca del 80% de los habitantes de los países en vías de desarrollo utilizan la medicina tradicional herbolaria para resolver sus problemas de salud. La medicina tradicional tiene un uso de mejora en la calidad de vida de las personas y es definida como: prácticas, enfoques conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorpora medicinas basadas en plantas, animales y minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.

Según OMS,

“Para millones de personas que viven en las áreas rurales de los países en desarrollo, los medicamentos herbarios, los tratamientos tradicionales y los proveedores de medicina tradicional son el principal, a veces el único recurso de la atención en salud”(Pekin, 2009).

2.1 Remedios populares y hierbas medicinales utilizadas en Nicaragua

Mendoza & Quemé (2010), en su estudio realizado en la costa atlántica de Nicaragua, encontraron que la etnicidad, riqueza, educación y ubicación geográfica son predictores significativos de comportamientos relacionados con la salud, y que los lugares más pobres y más remotos y con menos acceso a la atención biomédica, tienen más probabilidad de conservar sus prácticas de salud tradicionales. Otro de los estudios de los mismos autores, realizado en varias aldeas que representan los diferentes grupos étnicos de la región Atlántica, demostraron que el uso de los sistemas biomédicos eran generales, y las prácticas tradicionales con uso de plantas medicinales, fueron más frecuente en los grupos indígenas Miskitos y Sumus que entre Mestizos y Creoles.

Nicaragua es uno de los países con mayor diversidad de flora mundial. Se estima que cerca de 8.000 especies de plantas son las que pueblan el territorio de Nicaragua distribuidas entre la zona oriental, el nororiente (RAAN) y el suroriente (RAAS). El ecosistema predominante de Nicaragua es de bosques perennes y de hojas anchas y en las zonas de sabanas los pinos.

Algunas de las especies dominantes en estos bosques son el cedro español (*Cedrela odorata* L.), caoba (*Swietenia microphylla*), sambogum (*Symphonia globulifera*), samwood (*Cordia alliodora*) y Santamaría (*Calophyllum brasiliense*). Dentro de las sabanas, las especies de pinos dominantes son saw cabbage palm (*Sabal palmetto*) y el pino caribeño (*Pinus caribaea*) (Centro de Investigación y Documentación de la Costa Atlántica, 2011).

En la ayuda durante el parto se utilizan distintos medicamentos administrados por vía oral, Grijalba (2013) entre las que destacan las siguientes:

Aristolochia spp., tienen fama de ser utilizado en infusiones de raíces y tallos contra los dolores de parto, también es utilizada en casos de fiebres y como antiséptico y antidiarreico.

Cucurbita moschata “Ayote”, probablemente de origen centro y sudamericano. Cultivada como verdura se usa para la confección de dulces. La horchata fresca, de cuatro onzas de semillas, se usa para aligerar el parto.

Phoradendron vernicosum “Liga”, se distribuye de México (Yucatán) hasta Nicaragua. Se emplea para ayudar al parto y en el tratamiento de las enfermedades nerviosas, tales como epilepsia, demencia y parálisis.

Rhus terebinthifolia se distribuye desde México hasta Costa Rica. Se usa principalmente en la cultura Zapoteca, en la que esta planta se emplea como remedio para el reumatismo y sífilis, así como, para la preparación en el parto.

Datura stramonium “Floripón”, aunque se dice que es nativa de la India, es probablemente nativa de México pero actualmente está ampliamente distribuida. Las semillas contienen alcaloides que pueden causar la muerte si son comidas. En México usan las hojas recolectadas en tiempo de floración, como narcótico y antiespasmódico, pero a ciertas dosis es un veneno violento y frecuentemente mortal. Las mujeres yaquis y de otras tribus del norte de Nicaragua usan el cocimiento de las hojas para atenuar los sufrimientos del parto, mientras que en decocción se usan para aliviar los dolores del parto, las sudoraciones nocturnas de la tuberculosis, malaria y enfermedad de Parkinson.

Nicandra physalodes, nativa de Perú aunque hoy en día está ampliamente distribuida. En algunas regiones toman el cocimiento de las hojas para atenuar los sufrimientos del parto.

Lantana camara “*Guasquito/Cuasquito/Cinco negritos*”, nativa de Las Antillas Mayores e introducida en las áreas tropicales y subtropicales. Su raíz en decocción se usa para apresurar el parto y también contra la diabetes.

Lippia micromera se distribuye de Honduras, Nicaragua, Venezuela, las Guayanas y en las Antillas. Se usa para dolores estomacales y de parto, infecciones respiratorias y asma.

Ocimum basilicum “*Albahaca*” de la familia de las Labiadas. Probablemente procede de la India. Tiene un efecto ligeramente sedante y resulta útil contra la irritabilidad nerviosa, depresión, ansiedad y dificultad para dormir. Se ha tomado tradicionalmente para el aumento de la producción de leche materna, debido a su acción bacteriana. Aplicadas externamente las hojas actúan como repelente de insectos.

Foeniculum vulgare “*Hinojo*” de la familia de las Umbelíferas. Es originario de la región mediterránea aunque actualmente se cultiva en las zonas templadas de todo el mundo. Su uso alivia la hinchazón pero también calma el dolor de estómago, estimula el apetito, es diurético, antiinflamatorio, aumenta la cantidad de leche materna, disminuye las náuseas del embarazo y todavía se usa como colirio para inflamaciones oculares y conjuntivitis.

Matricaria recutita “*Manzanilla*” de la familia de Asteraceae, se cultiva en la mayor parte de Europa y otras zonas templadas. Por sus efectos principales es: antiinflamatorio, antiespasmódico, relajante, antialérgico.

Pluchea carolinensis “*Salvia/Ciguapate*”, se distribuye de Estados Unidos (Florida) a Ecuador, Venezuela y en las Antillas, también en el oeste de África. Su nombre deriva del Nahuatl “*Ciguatl*” mujer y “*patli*” medicina. En medicina popular es utilizada para apurar el parto. En Yucatán se aplican las hojas calientes como hemostáticas ya que piensan que la planta es emenagoga y febrífuga.

Además de estas hierbas medicinales existen otras con fines terapéuticos que son administradas como infusiones en el momento del parto, con el fin de facilitarlos o bien en caso de sangrado posterior. Ciertas plantas presentan una eficacia natural simbólica como es el agua de linaza o el agua de olluco, que ingeridas por las parturientas ayudan a descender el feto y la placenta (Pulido, Vásquez & Villamizar, 2012).

El conocimiento tradicional generado por las culturas andinas a cerca de las plantas medicinales incluye elementos como: sistemas empíricos de clasificación de hierbas medicinales, reconocimiento de hábitats de cada una de las especies y técnicas de recolecta,

cosecha, almacenamiento, preparación y suministro de las mismas a la población (Solís & Tapia, 2015).

Los sistemas de cuidados y usos de remedios tradicionales dan sentido a las distintas formas de conocimiento entendidos por la cultura nicaragüense. El conocimiento socialmente elaborado y compartido por las mujeres de las distintas comunidades constituye un medio simbólico en el que la medicina tradicional convive con la contemporánea.

2.2 Remedios populares y hierbas medicinales utilizadas en Ecuador

La cultura de la gestante incluye la realización de prácticas para el cuidado de su salud, donde prima el uso de infusiones, sahumeros, cataplasmas, baños, baños de asiento, gotas, cápsulas y cremas (solas o mezcladas) (Pulido, Vásquez & Villamizar, 2012). Sin embargo, los remedios tradicionales relacionados con el parto y el dolor de parto en Ecuador se centran principalmente en el uso de plantas medicinales.

El consumo de infusiones es el método esencial para curar dolencias y mejorar el estado de la gestante antes y después del alumbramiento. Su preparación es a base de flores, hojas, frutos, cortezas y raíces, siendo administrada en forma de agua aromática. La autoadministración de éstas se basa en los saberes Ancestrales por recomendación de la madre, la sugerencia de familiares cercanos, de médicos, amigos o de personas ajenas como chamanes, curanderas, parteras o hierbateros. En estos casos, las gestantes no informan al personal sanitario de su uso (Born & Barron, 2005).

Quinatoa (2015), resalta que el uso de la medicina tradicional se lleva a cabo en países en vías de desarrollo y su administración en lugares alejados de los hospitales, en donde la inducción al parto se realiza con remedios caseros y medicamentos populares.

El uso de remedios populares presenta una prevalencia del 33´6%, en el que el primer y tercer trimestre son los momentos en los que las gestantes hacen mayor uso de ellas. Pulido, Vásquez & Villamizar (2012) refieren que: “La hierba más utilizada fue la manzanilla (36´7%) surtiendo el efecto esperado en un 60% de los casos, usada para acelerar el trabajo de parto, el frío y los cólicos” (pp. 200). Sin embargo, el uso de plantas medicinales es extenso, destacando (Aguilar, Hidalgo & Ulloa, 2009):

Oreopanax cf. ecuadorensis “*Mishimaki, Pumamaki y Jurapango*”. Árbol o arbusto con grandes hojas verdes y frutos redondeados de color negro. Se utiliza en baño para recuperarse del parto.

Bidens andicola Kunth “*Nachak Sisa, ñachi, ñakachay, flor de ñachak*”. Hierba con flores ubicadas en las cimas terminales con pétalos amarillos. Su fruto es alargado y se usa para sacar el ombligo de los recién nacidos, para lo cual se mezcla con la leche materna y se coloca en la zona para bajar la inflamación. También se usa en infecciones de los ojos. Las infusiones de la flor con “verbena” se usan para tratar el flujo vaginal excesivo, y por sus propiedades relajantes sirve para curar el colerín. La infusión de la planta se toma para facilitar el parto.

Escallonia myrtilloides L.f. “*Atallpa Kiwa, chanchakuma, putsu*”. Arbusto con hojas alternas y flores solitarias colgantes con forma de campanita. Su fruto es comestible y la flor se usa en bebidas que inducen el parto y para tratar irregularidades en la menstruación.

Morella pubescens “*Laurel*”. Las hojas de este árbol son comestibles. La infusión de las hojas se toma para combatir el cansancio, regular la menstruación, combatir la debilidad nerviosa, tratar la fase inicial de la sordera así como para afecciones del parto y posparto. Se usa para el baño de las mujeres al mes de dar a luz.

Anthemis nobilis “*Manzanilla*”. Es utilizada para acelerar el trabajo de parto, como tranquilizante, para disminuir los cólicos y los dolores relacionados con la lactancia. Entre las combinaciones utilizadas están la infusión con la pepa de aguacate (Chávez, Arcaya, García, Surca & Infante, 2007) para dilatar el cuello del útero y como bebedizo de aguardiente con anís, canela para limpiar la matriz. También para evitar el pasmus y frío del útero la usan en baños con romero, albahaca, hojas de naranjo agrio, perejil, eucalipto y ruda en el posparto.

Menta piperita “*Hierbabuena*”. Se utiliza habitualmente para el frío, los cólicos y las náuseas, así como, para bajar y aumentar la leche de la madre. Además, se utiliza durante el embarazo para preparar los pechos para la lactancia.

Ficus carica “*Brebo*”. Normalmente es utilizado en baños de asiento para acelerar el trabajo de parto aunque algunos autores coinciden en que su uso puede ser peligroso durante el embarazo (Del Cairo, Bedoya, Tabares, Delgado & Calvache, 2006; Iragorri, 2013).

Caléndula officinalis “*Caléndula*”. Su utilización en cataplasma se centra en la atención postparto para la cicatrización de la episiotomía, la herida de la cesárea y los pezones.

Apium graveolens “Apio” y el *Pneumusboldus* “Boldo”, para la indigestión y náuseas.

Ocinum basilicum “Albahaca”. Su uso en infusión es útil para evitar el vómito, bajar la leche y para el frío. Se usa macerada para la fisura en los pezones (Macías-Peacok, Pérez-Jackson, Suárez-Crespo, Fong-Domínguez & Pupo-Perera, 2009). Está contraindicada durante el embarazo.

Satureia brownii-Micromeria brownii “Poleo”. Se menciona para la preparación al parto e inducir la menstruación, por lo que se contraindica durante el embarazo.

Foeniculum vulgare “Hinojo”. Se utiliza en infusión antes del parto para favorecer la lactancia, aumentar y bajar la leche. Generalmente se usa en combinación con: eneldo, anís, cilantro, cebada perlada y hojas de naranjo en infusión.

Ruta graveolens L. “Ruta”. Es utilizada en infusión y baño de asiento para acelerar el trabajo de parto, involución uterina, hinchazón, y como abortivo.

Lippia citriodora “Cidrón”. Se usa para el ardor en la boca del estómago, náuseas, insomnio y cólico.

Zingiber officinale Roscoe “Jenjibre”. Sirve para tratar la náusea, el vómito y la hiperémesis de las gestantes.

En lo referente al consumo de aguas aromáticas se indica que el 44% de las mujeres toman Agua de Paraguay durante el trabajo de parto, el 35% Agua de Panela, y en porcentajes más pequeños Agua de Anís (9%), Agua de Ruda (6´7%) y Agua de Higo (5´5%) (Lora & Narváez, 2010).

Destacan otras hierbas como la consuelda para el trabajo de parto, siendo las más consumidas la menta, el tilo o carpintero y la verbena. Las gestantes suelen emplear además sábila, orégano, albahaca, caña santa, entre otras, aunque la mayoría de estas plantas están contraindicadas durante el embarazo por sus propiedades abortivas, fundamentalmente, durante el primer trimestre (García & Martínez, 2012). Se evidencia la falta de información que existe tanto en la población como en el personal médico en este sentido, y la necesidad de educar a las gestantes en cuanto a la no automedicación con estas plantas.

Un amplio conjunto de prácticas de atención a la salud de la embarazada no se encuentran integradas en el sistema sanitario, lo que constituye que el control de estas mujeres y del feto sea inexistente en gran parte de los casos. Las investigaciones sobre el uso de remedios tradicionales y las consecuencias o riesgos, según trimestre de embarazo, parto y lactancia, no son abundantes (Pulido, Vásquez & Villamizar, 2012) por lo que se requiere prudencia en cuanto al uso, efecto, dosis, eficacia y toxicidad junto con una atención coherente con las prácticas culturales.

CAPÍTULO III. DOLOR, CULTURA E INMIGRACIÓN

1. CONDICIONANTES SOCIOCULTURALES DEL DOLOR

Para la mayoría de las mujeres de toda sociedad y cultura, el parto representa uno de los hechos más dolorosos de sus vidas. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, lo define como: “*Una experiencia sensorial desagradable que se asocia a una lesión tisular real o posible, o descrita en términos relacionados con esa lesión*” (Brondringe, 2005, p.59).

Durante mucho tiempo se ha considerado que el dolor del parto es un fenómeno natural, condición inseparable del nacimiento, con bases y fundamentos religiosos, referencias bíblicas, culturales y sociales. Aduloju (2014) en su investigación sobre la percepción del dolor de parto entre las parturientas, sus conocimientos y experiencia frente al dolor, refleja que más del 70% de las parturientas experimentan dolor durante el parto y tan sólo el 35 % recibe analgesia. Además, las madres con un número creciente de hijos, clase social, nivel educativo alto y que habían recibido educación prenatal presentan mayor capacidad de percepción del dolor. Las experiencias varían según la confianza y las capacidades personales que tengan para enfrentarse al trabajo del parto.

Los sentimientos y las percepciones en las mujeres que van a dar a luz son ambiguos pues interpretan el dolor del parto como un fenómeno inherente al propio hecho de parir. Ellas lo perciben como un aspecto intrínseco, una sensación física dolorosa que se transforma en amor materno (Velho, Atherino, Bruggemann & Vizeu, 2012). Sin embargo, Lally, Murgath, Macphail & Thomson (2008) indican que aunque gran parte de las madres consideran el dolor de parto como negativo, las que no experimentaron así lo banalizaron con sentimientos positivos al poder controlarlo mediante el uso de la epidural.

En Latinoamérica surgen evidencias en cuanto a la baja disponibilidad de métodos que alivian el dolor de las gestantes en el momento del alumbramiento. El uso de la epidural es escaso, pues tan sólo la mitad de las mujeres tiene acceso al mismo en el momento de dar a luz. Este hecho se debe a la desconfianza y el miedo de las pacientes, las cuales temen que el alivio del dolor modifique el curso del trabajo del parto y aparezcan efectos indeseables en el feto y en ellas mismas. Sin embargo, Toscano & Zurita (2011) mantienen que el alivio del

dolor de parto se fundamenta en un conocimiento adecuado de la fisiopatología del dolor obstétrico. Por lo que una correcta comunicación entre la paciente y su médico es imprescindible para que, la parturienta se encuentre satisfecha.

La descripción de la experiencia del parto y la percepción de las gestantes se centra en el miedo al parto, las consecuencias del parto y la atención por parte del equipo de salud. Los sentimientos en torno al parto están influenciados por los aspectos emocionales y las creencias previas de las gestantes. La edad de las madres, el estatus socioeconómico, la amniocentesis, las preferencias durante el embarazo y los desacuerdos entre el parto deseado por la gestante y el que realmente se produce (Bertucci, Student, Boffo, Mannarini, Serena, et al., 2012). Por ello, el cuidado es un elemento fundamental para las mujeres, así como, la preparación previa al alumbramiento, el soporte sanitario y el postparto inmediato (Salomonsson, Wijma & Alehagen, 2010). De este modo, la realización de pruebas diagnósticas y la prestación de los servicios médicos durante el proceso del parto influyen en la experiencia y la percepción del dolor de la madre (Pirdel & Pirdel, 2009).

En relación a los factores ambientales y la percepción del dolor de las parturientas, existe una correlación positiva, pero las necesidades varían entre primípara o multipara. Para las primeras, la restricción de los acompañantes supone a un aumento del estrés ambiental, mientras que las múltiparas identifican el ruido de la sala de partos y la restricción de la ingesta de líquidos como el detonante para un aumento de la sensación de presión (Pirdel & Pirdel, 2009). La mayoría de las mujeres mantiene que el acompañamiento durante el parto las ayudó a sobrellevar este proceso. Las mujeres prefieren la presencia de un familiar durante el proceso de alumbramiento debido a que les disminuye los sentimientos de ansiedad y miedo (Madden, Turnbull, Cyna, Adelson & Wilkinson, 2011).

La comprensión del dolor de parto presenta en un marco multidimensional, lo que proporciona un enfoque centrado en la gestión del dolor según cada mujer. Si la descripción de las gestantes sobre el dolor de parto fue principalmente: dolor agotador, sensación de calambre, escozor y dolor insostenible, la percepción del mismo es descrita por las mujeres gestantes como un sentimiento duro que se banaliza por las expectativas positivas que conlleva el parto (Capogna, Camorcia, Stirparo, Valentini, et al., 2010).

Ortigosa & De la Torre (2010), indican que el manejo del dolor está relacionado con equivalentes morales, médicos e incluso religiosos que han dado como resultado la implantación de métodos de alivio del dolor, como es la epidural. También prueban lo que hoy día se reconoce como el abordaje del dolor desde un punto de vista dual, es decir, valorando la opinión de las madres y los conocimientos del equipo de salud. Este hecho, permite un mejor manejo de la analgesia obstétrica. El alivio de dolor también puede ser mitigado mediante la educación maternal y las clases de preparación al parto, en la que los sentimientos asociados al parto se alivian a través de la confianza, el conocimiento otorgado por la información recibida, la respiración y los ejercicios musculares de distensión del cuello uterino (De Cabo Laso, Duarte, Gamarra, Mediavilla & Sánchez-Gómez, 2009; Martínez-Galiano, 2012).

El dolor de parto es un dolor agudo de inicio y final bien definido, siendo las variables que lo modifican las típicas de un dolor agudo. Presenta una gran variabilidad según la persona aunque, en general, en el momento del parto la intensidad que presenta es alta. Sin embargo, la variabilidad del dolor de parto se modifica según la evolución del mismo, es decir, en el periodo de dilatación difiere del dolor asociado al periodo expulsivo.

2. CONSECUENCIAS DEL DOLOR DE PARTO

El parto es uno de los acontecimientos que modifica la vida de las mujeres siendo uno de los momentos más trascendentes en sus vidas. Alrededor del nacimiento de un hijo surgen expectativas previas, ilusiones y deseos, por lo que habitualmente se considera que el nacimiento de un nuevo hijo se vive como una experiencia positiva. Sin embargo, en porcentajes de un 5% a 7%, las mujeres manifiestan no encontrarse satisfechas con el mismo (Waldenstrom, 2008). La percepción negativa del parto es una experiencia que experimentan con frecuencia las madres, hasta un año después del alumbramiento, influyendo en la vida reproductiva futura de la mujer (Marín, Toro & Carmona, 2013).

Durante el embarazo se producen cambios en la vida de la mujer y su familia, pero es en el parto, cuando madre e hijo se encuentran (Marín, et al, 2008; Marin, Donelli, Lopes & Piccinini, 2009). Gomes, Fonseca & Roballo (2011) indican que para la madre el nacimiento de un bebé, especialmente el primero, modifica profundamente el ámbito físico, mental,

emocional y social de ésta. Se produce un cambio irreversible en la vida de la mujer ya que surge la responsabilidad de cuidar y promover el desarrollo de otro ser (Medeiros, 2012).

Las expectativas sobre el alumbramiento presentan una gran carga cultural, por la que se idealiza el amor hacia el hijo nacido y la idea del dolor de parto como horrible. Además, las imágenes de películas y anuncios se encuentran estereotipadas y no describen una verdadera fisiología de un nacimiento normal (Silvente, 2012). Por ello, para muchas madres la realidad del parto normal no responde a las expectativas que tienen depositadas.

Las modificaciones metabólicas, hormonales e inmunológicas son perceptibles en la mujer desde el inicio de la gestación. Psicológicamente, la manera de responder y afrontar el embarazo, está influenciado por la personalidad de la madre, siendo determinante en la forma de afrontar esta nueva situación. Existen otros factores que influyen en la percepción de la experiencia de parto, como la visión de autoeficacia, el control de los elementos que la rodean y, finalmente el dolor de parto (Marín, Toro & Carmona, 2013). El embarazo previo, la edad de las gestantes, el acompañamiento prenatal, los cursos de preparación al parto, los procedimientos obstétricos realizados en el momento del alumbramiento y la calidad de la relación con los profesionales de la salud, destacan como factores influyentes en la experiencia del parto (Silvente, 2012; Centerano, Marín, Da Silva & Golembiewski, 2015).

La ayuda proporcionada por el compañero o acompañante (Oliveira et al., 2011), el tipo de parto, el grado de consciencia, relajación y control (Dodou et al., 2014), y el contacto precoz con el bebé también, son señalados como determinantes en la percepción de las mujeres sobre esa experiencia. Además, pueden influir en la manera que se viva ese acontecimiento, las expectativas generadas durante el embarazo en relación con el parto y al bebé (Fleck & Piccinini, 2013).

En relación a los factores sociodemográficos, la situación laboral de la madre, así como el nivel educativo presenta una mayor satisfacción global (Goodman, Mackey, Tavakoli, 2004). La edad de la gestante es significativa en el proceso de la percepción del parto ya que las madres adolescentes viven dilemas propios impuestos por la edad y los que conlleva la maternidad (Levandowski, 2011; Levandowski & Flores, 2012). La depresión postparto es especialmente frecuente siendo uno de los principales riesgos en estas edades. Además las madres adolescentes presentan riesgos añadidos tras un embarazo como la deserción escolar,

negligencia hacia el hijo y mayor probabilidad de un segundo embarazo (Wolff, Valenzuela, Esteffan & Zapata, 2009).

Respecto a las condiciones obstétricas, las mujeres que prefirieron llevar a cabo un parto vaginal o eutócico fueron las que experimentaron una mayor satisfacción en el alumbramiento (Medeiros, 2012). Las cesáreas causan en las madres un mayor grado de insatisfacción debido a que dicha práctica suele ir acompañada de intervenciones urgentes, con poco margen de entendimiento y asimilación por parte de la pareja, dando lugar a una falta de control en la toma de decisiones (Marín, Toro & Carmona, 2013). Las experiencias traumáticas surgen con mayor frecuencia entre las mujeres con partos normales, por lo que existe una relación entre el trabajo de parto y su funcionamiento psicológico.

La incertidumbre acerca del progreso y resultado final convierte el parto en una situación que algunas mujeres perciben como amenazadora para sí mismas y sus bebés. Silvente (2012) mantiene que gran número de mujeres temen por sus vidas o la de sus hijos en el momento del parto, desarrollando sentimientos de miedo intenso, indefensión, pérdida del control y amenaza de aniquilación, dando lugar al desarrollo de un evento traumático. La prevalencia de signos de trauma se estima entre el 11-19% de los partos, siendo la alteración de la percepción del tiempo, despersonalización (sentirse separada del cuerpo, vivir como en un sueño), desrealización (lo que hay alrededor no parece real), amnesia, estar “en trance”, o comportarse como otra persona con expresiones emocionales que no se corresponden con lo que dice, las principales evidencias. Todo ello puede dar lugar a desarrollar originar un Trastorno de Estrés Postraumático (Sánchez-Montoya & Palacios-Alzaga, 2007), depresión, dificultades en la vinculación con el bebé, consecuencias físicas, alteraciones del estado de ánimo o sentimientos de culpabilidad, entre otros (Silvente, 2012).

La experiencia de las madres en el momento del parto está relacionada con sentimientos de ansiedad y de dolor, dado que la mayor parte de las mujeres los experimentan en esa ocasión. Así, Mota, Oliveira, Victor y Pinheiro han señalado que *“recuerdos de dolor y sufrimiento fueron los más citados por las mujeres y adolescentes cuando pensaban en el momento del parto”* (2011). Una experiencia negativa en el momento del parto podría llevar a la mujer a generar sentimientos contrarios ante un nuevo embarazo, generando un retraso en una nueva gestación junto con mayor inquietud y miedo. La intervención hacia las madres ayuda a

desmontar las ideas irracionales para un posterior embarazo, además de ser esencial para disminuir la tasa de cesáreas y hacer que tengan una vivencia lo más satisfactoria posible.

La participación de figuras de apoyo, proporcionan confort y seguridad a las madres rebajando los sentimientos de ansiedad. La presencia de un acompañante en el momento del alumbramiento disminuye la necesidad de analgesia y de parto quirúrgico (Centerano, Marín, Da Silva & Golembiewski, 2015). Una buena preparación a la maternidad, mediante programas de atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer, contribuye a la creación de estrategias hacia el protagonismo de la mujer en la atención al parto. Así la madre se siente segura, confiada y atendida siendo parte activa del proceso.

La percepción del parto es un hecho multidimensional donde coexisten sentimientos positivos y negativos. La forma de percibir esta experiencia está influenciada por factores físicos y psicológicos individuales.

CAPÍTULO IV. SISTEMAS CULTURALES DE ATENCIÓN SANITARIA

1. SISTEMAS INSTITUCIONALIZADOS

1.1 Sistemas institucionalizados en Nicaragua

Desde Nicaragua, el Ministerio de Salud (MINSAL) es el principal portador de servicios médicos. Tiene en su posesión 15 departamentos encargados de la red de servicios, donde los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) han asumido el proceso de descentralización. Los hospitales públicos de la red del MINSAL han creado las Empresas Médicas Provisionales (EMP) con el fin de asignarse los servicios públicos de atención general.

El MINSAL se encuentra dividido en dos niveles principales de atención a la salud. El primer nivel está organizado a través de los centros de salud y los puestos de salud. En ellos, se ofertan gran parte de los servicios de promoción y prevención de enfermedades, y sistemas de atención asistencial integral. El segundo nivel de atención está compuesto por las clínicas y hospitales que ofrecen atención médica general y especializada, además de ambulatoria (Rodríguez, 2006).

La Ley General de Salud, N° 423, es el fundamento legal que establece un Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS) como un conjunto de beneficios para la población en la que se incluyen: acciones de prevención, protección, curación y rehabilitación para el total de la población (Mathauer, et al., 2009) (Tabla 7).

Desde el 2007, el Ministerio de Salud implementa el Modelo de Salud Familiar Comunitario (MOSAFIC), que se organiza a través del sistema local de atención integral en salud (SILAIS) en cada departamento y región de Nicaragua. El MOSAFIC garantiza la gratuidad y el acceso universal de los servicios y enfatiza la prevención de enfermedades. Igualmente, el Modelo de Atención Intercultural de la RAAN (MASIRAAN), dentro del marco de la Ley General de Salud, incluye componentes de integralidad, reciprocidad, interculturalidad, atención diferenciada, equidad, calidad y acceso equitativo a los recursos y la humanización del parto institucional (o adecuación cultural al parto) (Aragon & Cruz, 2010).

PAQUETE BÁSICO DE SERVICIOS DE SALUD (PBSS)	
<i>Servicios Públicos de Salud</i>	Acciones de salud pública, vigilancia, fomento y educación dirigidas en la promoción de hábitos, prácticas y conductas favorables a la salud del individuo, familia y comunidad. Educación higiénica, inmunizaciones, entre otros.
<i>Servicios de Protección y Prevención en salud</i>	Acciones encaminadas en la prevención del daño y mantenimiento del bienestar de la población. Atención prenatal, parto, puerperio, cuidados de nutrición y planificación familiar.
<i>Servicios de Atención Oportuna del daño</i>	Se centra en la recuperación y rehabilitación de la salud. Emergencias médicas, morbilidad ambulatoria y problemas del RN.

Tabla 7. Paquete Básico de los Servicios de Salud de la República de Nicaragua.

Fuente: Elaboración a partir de Mathauer, et al., 2009.

Los servicios públicos nicaragüenses han asumido la casi totalidad de la atención a los embarazos y partos del país, con una cobertura del 72% en el año 2013. Sin embargo, la atención del sector privado, en particular las ONG's, ha aumentado. Los servicios del sector público buscan asegurar un nivel mínimo de atención para los casos de bajo riesgo y cuando existen factores de alto riesgo, lo transfieren al nivel de complejidad que su grado de riesgo lo requiera. Los servicios privados, están regidos por las mismas normas de atención y siguen procedimientos similares (Rodríguez, et al., 2014).

La atención institucionalizada pública recoge la mayoría de partos naturales realizados, mientras que en la atención privada son las cesáreas las protagonistas. Según Reyes (2013), en la atención privada las cesáreas responden a peticiones de las mujeres por comodidad hacia este tipo de alumbramiento y a la negación del sentimiento de dolor, pidiendo la programación de cesáreas. Se estima que más del 50% de las mujeres llegan a los hospitales públicos en situación de emergencia, después de haber sido atendidos por parteras o por médicos particulares (BID, 2014).

En general, son los hombres los que expresan una preferencia por el parto institucionalizado. Muchos de ellos migran y trabajan fuera de sus comunidades lo que los expone a distintas vías de información. Sin embargo, Rodríguez et al. (2014) mantienen que otro de los motivos por los que los hombres eligen el parto institucionalizado es para no asistir al mismo. Arnau (2012) resalta como determinante principal de la institucionalización, en la atención perinatal, el discurso de los profesionales orientado desde un enfoque de riesgo hacia la madre y el propio feto. Por ello, los profesionales identifican el dolor de parto y su manejo, como uno de los principales motivos para que la mujer acuda a los hospitales.

1.1.1 Casas Maternas

Una de las iniciativas emprendidas por el MINSA son las casas maternas (CAM), creadas con el fin de abordar las altas tasas de mortalidad materna y los índices de dificultad en el acceso a los partos. Las CAM operan bajo la gestión de la organización comunitaria, cuyo objetivo es fortalecer la participación social y con ello, disminuir la mortalidad materna y perinatal. Son centros alternativos que proveen a las madres de comunidades rurales, pobres y alejadas de los servicios sanitarios, de alimentación y actividades educativas, tanto antes del parto como después del mismo. Por lo que está dirigido a las mujeres embarazadas con dificultades de acceso a los servicios de salud.

El ámbito de acción se extiende al territorio municipal, aunque cuando se ubican en el municipio principal, las beneficiarias pueden ser originarias de cualquier otro municipio cercano. Así, la población que vive en los SILAIS se caracterizan por su pobreza, ruralidad, analfabetismo o bajo nivel educativo y aislamiento, en relación con el resto de municipios. Las usuarias de las CAM se caracterizan por su nivel de pobreza y por tener que recorrer mayores distancias entre el hogar y el lugar del parto. Los principales servicios que ofrecen las CAM se basan en los principios de gratuidad, solidaridad, colaboración interinstitucional y universalidad (Figura 8).

La cobertura de los CAM sobre el total de los partos, en las zonas de sector rural, oscila entre el 22-23,7% durante el periodo de 2011-2013 (MINSA, 2007). Sin embargo, las CAM funcionan con una capacidad limitadas debido a la falta de dichos establecimientos en algunos de los municipios del país. Además, las relaciones patriarcales predominantes en las zonas rurales no siempre permiten valorar el parto institucional como salvaguarda de la vida

de la mujer, se cuestionan los procedimientos de atención e impiden que las mujeres se alejen del hogar por mucho tiempo. De esta forma las principales razones para no acudir a las CAM suelen ser que (Rodríguez, et al., 2014):

- Ni a los maridos, ni a las mujeres mismas, les gusta que la atención al parto esté a cargo de médicos varones.
- Subsiste una valoración de la fortaleza de la mujer como “buena paridora”. Por eso no necesita recurrir a “ayuda” más allá de la tradicional (partera o familiar) y así evita “descuidar” sus tareas de atención de los niños menores, su relación de pareja y las labores domésticas.
- Cuando las mujeres se van al pueblo a tener un parto institucional tienen la percepción de abandono y desprotección de sus hijos, aunque se encuentren acompañados del padre.
- Los maridos no suelen entender como suya la responsabilidad de una atención adecuada a los niños menores, pues esto recae en la mujer, además de las labores domésticas.

Aunque formalmente las casas maternas no forman parte de la red de servicios del MINSA, sí se consideran como un elemento integral del apoyo a la salud a nivel comunitario y, funcionalmente, se las reconoce como el nexo entre la red comunitaria y la red de servicios de salud.

PRINCIPIOS DEL CAM



Figura 8. Principios que sustentan las Casas Maternas. Fuente: Elaboración a partir de Cortez, García-Prado, Kok & Largaespada, 2008.

1.2 Sistemas institucionalizados en Ecuador

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad materna y perinatal. Ecuador presenta tasas similares en relación a la atención al parto dentro de un contexto doméstico e institucional. En palabras de Paredes, se denomina parto institucional a “*aquel parto atendido dentro del servicio de salud por un personal especializado; donde hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido*” (2012). De esta forma, se estima que dos de los factores relacionados con la muerte o la supervivencia materna, son el lugar de atención del parto y las decisiones de la parturienta y de su familia sobre dónde acudir en caso de una complicación durante el embarazo, el parto o el puerperio.

La cobertura de servicios de salud materna en la atención del parto institucional varía entre mujeres indígenas y no indígenas siendo del 30´1% y 80´2%, respectivamente. En relación a la Zona Urbana es de 88´6% y en la Zona Rural 55´1%. Obteniendo un Total Nacional de 74´7% en cobertura de la atención del parto institucional (ENDEMAIN, 2004). Existen diferencias en relación a la educación recibida, ya que para madres sin una educación previa hacen uso del parto institucional solamente en el 36´7% de los casos (Figuroa, 2015).

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2007) y la ENDES Continua del 2010, estima que la proporción de partos institucionales se ha incrementado en cinco puntos porcentuales de 76% a 81%. En el área urbana el incremento no es significativo (de 93´6 a 93´7%) y en el área rural el incremento fue mucho mayor, al pasar de 49´4% a 58´4%.

Para el nivel de educación, la proporción de partos institucionales es mayor en las mujeres con educación superior (97´5%) y con educación secundaria (89´4 %), y menor en las mujeres sin nivel/primaria (61´0%); estas últimas registran el mayor incremento (8´1%) entre las dos encuestas señaladas. Las mujeres indígenas tienen menor acceso a la atención en salud por diferentes factores como: la calidad de atención, ubicación geográfica de sus viviendas, costumbres, situación socioeconómica. La discriminación de género, etnia y cultura, desde tiempos muy antiguos, son causas que pueden explicar por qué algunas mujeres y sus familias, no buscan atención obstétrica en un establecimiento de salud con profesionales capacitados para ello (Andrango & Gualán, 2014).

Disponibilidad y aceptabilidad de servicios de salud son dimensiones importantes que facilitan el uso de atención calificada durante el embarazo, parto y puerperio. Las razones por las que las mujeres buscan la ayuda de un profesional en una institución se centra en los beneficios que obtienen por los servicios de salud y la capacidad para manejar las complicaciones por el personal de salud.

2. ATENCIÓN NO INSTITUCIONALIZADA, CULTURAL, DOMÉSTICA O FAMILIAR

2.1 Atención no institucionalizada en Nicaragua

La ENMV 2005 (INIDE, 2005) establece que la atención del parto se realiza predominantemente en establecimientos públicos de salud, con un 67'8% de mujeres atendidas (Tabla 8). En las áreas rurales y en la Región Atlántica se registran los porcentajes más altos de atención del parto, fuera de los establecimientos de salud, con 39'2% y 50'5% respectivamente.

Porcentaje de mujeres de 15-49 años según lugar de atención del parto, por área de residencia y región				
<i>Zona Geográfica</i>	<i>Atención Pública</i>	<i>Atención Privada</i>	<i>INSS</i>	<i>Otro lugar</i>
<i>La República</i>	67,8	4,7	7,6	20,0
<i>Núcleo Urbano</i>	76,8	6,8	12,1	4,3
<i>Núcleo Rural</i>	56,6	10,0	19,2	39,2
<i>Managua</i>	68,2	10,0	19,2	2,6
<i>Zona del Pacífico</i>	77,1	3,6	8,0	11,3
<i>Zona Central</i>	70,5	2,3	1,6	25,6
<i>Zona Atlántico</i>	45,2	3,4	0,9	50,5

Tabla 8. Proporción de mujeres atendidas en el parto.

Fuente: Elaboración a partir de Cortez, García-Prado, Kok & Largaespada, 2008.

El BID (2015) refleja que los motivos por los que la madre prefiere que su parto se lleve a cabo en el domicilio se centra en la participación de la familia, directa o indirecta, ya que se priorizan las relaciones (Figura 9). Las percepciones y experiencias de otras personas relacionadas con el parto influyen en la demanda de servicios de salud.

Los factores que afectan las decisiones sobre el lugar del parto incluyen prácticas tradicionales, percepciones del trato que las pacientes reciben en los establecimientos de salud, el nivel de confianza hacia las parteras y los costos comparativos entre un parto en casa y un parto en el establecimiento de salud (Nazar, 2011). Por tanto, muchas mujeres tienen partos en casa sin complicaciones, lo cual fortalece la percepción del parto como un proceso biológico normal, minimizando la sensación de susceptibilidad y riesgo de las posibles emergencias obstétricas.



Figura 9. Principales razones del parto en domicilio en Nicaragua.

Fuente: Elaboración a partir del Banco Interamericano del Desarrollo, 2015.

Generalmente, la atención de la comadrona o partera se realiza en “otro lugar”, que puede ser en la casa de la misma o de la paciente. Una de las estrategias del Modelo de Salud Familiar Comunitario (MOS AFC) presenta, de forma pionera, la atención al parto humanizado

atendido en los centros de salud por parteras, así los médicos sólo intervienen si se presentan complicaciones.

Los partos en casa son predominantes entre las mujeres con menos estudios. Asimismo, las personas con menos acceso a la educación reportaron mayor número de visitas a los centros de salud. Las mujeres multíparas prefieren un parto en casa al contrario que las primíparas, las cuales acuden a los centros hospitalarios por miedo a los riesgos del embarazo.

Tener el parto en la casa está asociado a un mayor apoyo emocional y afectivo, a la percepción de mejores cuidados. La posibilidad de una atención continuada por parte de los servicios de salud, y el traslado a un centro de salud u hospital en caso de emergencia obstétrica o neonatal, asegura una asistencia de partos en domicilio, aunque siempre con menor predominio que los institucionales (Barrett, 1993; Kay, 2009).

2.2 Atención no institucionalizada en Ecuador

La mujer andina se enfrenta a barreras basadas en las costumbres y las creencias que las separan de los servicios sanitarios, lo que provoca un desconocimiento en ellas. En relación al parto, las mujeres indígenas tienen menor acceso a la atención en salud por diferentes factores como: la calidad de atención, ubicación geográfica de sus viviendas, costumbres, situación socioeconómica (Figura 10). De esta forma le da mayor importancia a las tradiciones y creencias inculcadas en relación al parto domiciliario (Montero, 2015).

La encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAID) indica que *“más del 40% de las mujeres residentes en Ecuador tuvieron su parto en domicilio, y el 65% de las mujeres que se autoidentificaron como indígenas manifiestan haber tenido partos domiciliarios”* (2004). El perfil de la gestante que tiene partos domiciliarios es el de una mujer proveniente de la sierra, con escolaridad incompleta y procedente principalmente de la provincia de Huaycán, las cuales a pesar de acceder a la atención prenatal, no acuden en el momento del parto debido a factores relacionados con la calidad de la atención (Chalán & Guamán, 2015).

Las razones para preferir el parto en el domicilio están relacionadas con factores culturales, económicos y geográficos. Entre los factores culturales, las costumbres prevalecen en las

comunidades y familias, y son poco conocidas por el personal de salud. 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 de los servicios de salud pública (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Figuroa (2015) añade que los motivos por los que las mujeres prefieren una atención domiciliaria están asociados a las habilidades de la matrona, el costo que les supone un parto institucional y el respeto por las costumbres locales de cada población. Destaca el retorno de la placenta, la permisión de la vestimenta en el momento del alumbramiento o la elección de la posición en el parto. Asimismo, las mujeres indígenas utilizan más el parto domiciliario ya que no están dispuestas a abandonar a sus familiares o a sus tierras, que son su medio de subsistencia, y porque confían más en las parteras que en los procedimientos médicos.

El trato inadecuado a la paciente por parte del personal de salud, en forma verbal, y la insuficiente información de los procedimientos a realizarse a las usuarias, además de la falta de accesibilidad a un servicio de salud y falta de transporte (las viviendas están en algunas comunidades muy alejadas del Hospital y no cuentan con transporte las 24 horas), son motivos por los que las pacientes no asisten a los controles prenatales, lo que finaliza en la atención del parto en casa (Andrago & Gualán, 2014).

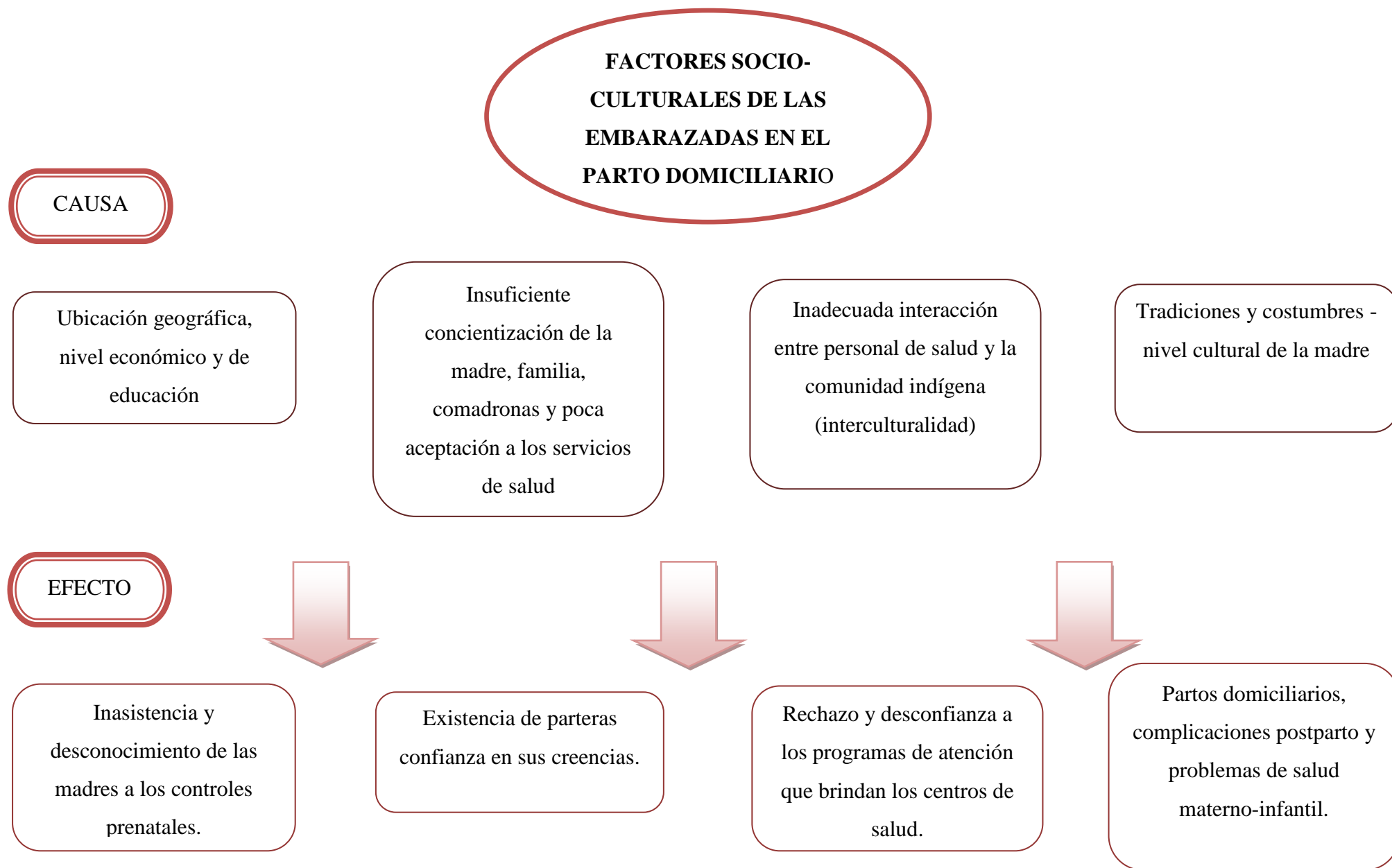


Figura 10. Relación causa-efecto del parto domiciliario en Ecuador. Fuente: Elaboración a partir de Montero, 2015.

Por parte de los equipos de salud, la intervención más importante, en la atención del parto domiciliario, es un sistema de apoyo fiable en casos de emergencia con suficientes medios de transporte disponibles, y apoyo calificado, equipado y disponible, de profesionales de la partería y demás personal con habilidades para acudir en momentos de urgencias (Corral & González, 2010). El Ministerio de Salud Pública trabaja, desde el año 2007, en la sensibilización, capacitación e implementación de la normativa existente alrededor de la práctica ancestral del parto culturalmente adecuado, en el marco de la política pública de salud intercultural, para superar las barreras existentes en la población (Montero, 2015).



BLOQUE III. ASPECTOS METODOLÓGICOS

BLOQUE III. ASPECTOS METODOLÓGICOS

CAPÍTULO V. MÉTODO

1. METODOLOGÍA CUALITATIVA. ENFOQUE METODOLÓGICO

La ciencia constituye el conjunto de conocimientos obtenidos de forma metódica, racional y objetiva. La investigación científica, es un proceso reflexivo, sistemático, controlado y crítico que, a través del uso del método científico, procura obtener información relevante, interpretar hechos y fenómenos para entender y aplicar el conocimiento (Ander-EGG, 1992; Tamayo & Tamayo, 2004). El método científico se consideraba la suma de los principios teóricos, las reglas de conducta y las operaciones mentales y manuales (Pérez-Tamayo, 1990).

En consecuencia, en el desarrollo de esta investigación y para dar respuesta a los objetivos planteados, se ha utilizado una metodología cualitativa cuyos métodos de investigación ayudan a comprender e interpretar procesos para inducir expectativas, intenciones y relaciones del grupo. Su finalidad es explorar, mediante la aplicación de su método científico las relaciones sociales y describir la realidad, tal y como las viven sus protagonistas. Por tanto este método busca medir y cuantificar hechos a través de la subjetividad (Bericat, 1998). Con ello se explican y se comprenden las interacciones individuales de las mujeres nicaragüenses y ecuatorianas en su percepción del dolor, así como, los significados subjetivos que estos hechos tienen para ellos, ya sean individuales o grupales.

Este método se caracteriza por que la investigación es subjetiva, no existen hipótesis ya que los resultados no se pueden predecir, *a priori*. Para evitar la subjetividad, se suele utilizar la triangulación, técnica mediante la cual se contrasta la información, aprovechando diferentes instrumentos y fuentes de información. No se sigue un plan establecido sino que parte de un diseño abierto. La muestra es flexible y no es representativa. No se pretende generalizar sino conocer inductivamente, descubriendo a través del intercambio de ideas de sus protagonistas. Finalmente, el análisis de datos es cualitativo. Se utiliza el registro de la información que es analizada en función de los objetivos establecidos. Así, la investigación cualitativa es:

Un acercamiento que se fundamenta en diversas corrientes teóricas de la sociología, la psicología, la antropología, la lingüística, etcétera, que muestran la realidad subjetiva y la realidad social, íntimamente relacionadas, dónde se inscriben las conductas y acciones humanas. A su vez, estos acercamientos teóricos parten de producciones teóricas distintas, como la etnolingüística, la

etnografía, la fenomenología, la búsqueda de interpretaciones y significados [...], la combinación de estas herramientas derivan de la estadística. (Szasz & Lerner, 1996, pp. 11-12).

La investigación cualitativa destaca por ser multimetódica en el enfoque, implica un enfoque interpretativo de la realidad social asumiendo su carácter dinámico e histórico (Denzin & Lincoln, 1994; Bardallo, 2010). Se produce una separación entre el enfoque positivista, alejando los procesos que buscan una descripción y análisis puro de la realidad humana desde una perspectiva única basada en la interpretación y cuantificación de datos.

En contraposición del paradigma biomédico, la investigación cualitativa tiene como objetivo comprender las interrelaciones que se dan en la realidad mediante la indagación de los hechos. Los autores Blasco & Pérez (2007) resumen los diversos enfoques para el análisis teórico, la recolección de información en la búsqueda de la interpretación de fenómenos y su perspectiva metodológica.

La investigación desarrollada se enmarca dentro del paradigma interpretativo. La elección del paradigma se sustenta en la ruptura de los límites que el positivismo establece con el fin de interpretar y explicar un fenómeno relacionado directamente con el cuidado, la salud y el bienestar. Del mismo modo, el objeto científico del paradigma elegido nos permite adentrarnos dentro del mundo subjetivo y con ello se puede interpretar el sentido y el significado de situaciones específicas de la realidad. El referente epistemológico es el interaccionismo simbólico.

Uwe Flick (2012) describe varios enfoques dentro de la investigación cualitativa que difieren en los supuestos teóricos, en la comprensión del objetivo a investigar y la perspectiva metodológica. Dentro de este amplio grupo de enfoques, la etnografía como descripción de una comunidad y su cultura y la fenomenología para ilustrar la experiencia son los más adecuados para nuestra investigación.

1.1 Etnografía y Fenomenología

La etnografía se ocupa del estudio de las personas en grupo, como sentido colectivo. Introduce el modo de vida distintivo, la cultura, que implica un examen del comportamiento, las costumbres y las creencias que aprenden y se comparten por los miembros del grupo (Flick, 2012). Brown y Malinowski, a finales de los siglos XIX y principios de los XX, fueron los encargados de resaltar la importancia del modo de vida para entender la influencia que ejercía en la realidad de las personas. Llegaron a la conclusión de que era en el campo de estudio dónde se encontraba la verdadera dinámica de la experiencia humana vivida (McGee & Warms, 2003).

A medida que el método etnográfico se ha extendido por otras disciplinas, se han asociado distintas variedades teóricas como los estudios culturales. Como afirma Storey (1998), los estudios culturales son otra forma de teoría crítica con investigación sustancial propia en el que se examina como la vida de las personas está modelada por estructuras transmitidas históricamente.

El enfoque fenomenológico, nace con el filósofo Husserl quien cita: “El contenido fenomenológico son la totalidad de las vivencias parciales de cada individuo. El análisis de las partes o como se da la percepción de las vivencias sin tener en cuenta las conexiones genéticas. Si hay algo evidente, es que las vivencias tienen partes y aspectos que pueden distinguirse” (pp. 152). El significado de las cosas y la forma en la que se construyen a través de los pensamientos o las creencias, es un aspecto que refleja los principios de la fenomenología (Reeder, 2011; Jiménez, 2015).

En palabras de Santos, Neves & Carnevalis (2016), este propósito manifiesta una clara dependencia de la etnografía de la fenomenología, en cuanto que esta última busca comprender los significados de la experiencia. De esta forma, se plantea un enfoque etnográfico y fenomenológico para estudiar la experiencia de las gestantes nicaragüenses y ecuatorianas.

La fenomenología converge con la etnografía en el estudio de los fenómenos de las sociedades complejas. Sin embargo, también existen diferencias; la fenomenología describe las esencias de las vivencias humanas, se centra en la experiencia personal, en la comprensión

del significado que la experiencia vivida tiene para la persona, intenta dar significado a los pensamientos y creencias a nivel interior. Por el contrario, la etnografía busca la descripción e interpretación de un sistema social o cultural para lo cual se apoya en la antropología, en cuanto valora las informaciones sobre el comportamiento habitual, en comunidades concretas.

En definitiva, la etnografía estudia hechos sociales, describe e interpreta los actos habituales de un grupo, dentro de una determinada cultura, y explica los significados que se atribuyen a ciertos comportamientos concretos. La fenomenología detalla esencias puras, estudia la subjetividad, el sentir y el pensar de las personas tomando en cuenta las vivencias en busca de la comprensión del significado vivido. Así, la etnografía requiere de un carácter fenomenológico debido a que interpreta los fenómenos sociales viendo “desde dentro” el contexto social de los participantes lo que permite tener un conocimiento interno de la vida social (Hermida, 2013). Por consiguiente, los conocimientos y pensamientos de valores y creencias pueden llegar a interferir en los cuidados culturales y en la percepción e interpretación de la salud de las personas, enfoque dado por Madeleine Leininger dentro de la Enfermería Transcultural.

CAPÍTULO VI. ESTRUCTURA Y PROCESO DE INVESTIGACIÓN

1. PROCESO DE INVESTIGACIÓN

El proceso que abarca el planteamiento, creación y redacción de la tesis doctoral ha comprendido un periodo total de 35 meses, en los cuales se incluye el proceso de investigación. Dicho proceso se inicia con el comienzo de noviembre de 2012, con el análisis documental de los datos y finaliza en octubre de 2015, con la redacción y validación de los resultados obtenidos. El proceso se concretó en cuatro etapas definidas:

1ª. Planteamiento. En esta parte nos concentramos en la redacción del proyecto de investigación junto con la preparación de toda aquella documentación previa a la realización del mismo. Para ello, nos adentramos en la percepción de dolor en las gestantes ecuatorianas y nicaragüenses mediante el análisis bibliográfico.

2ª. Preparación técnica. Durante esta fase nos centramos en el dominio de los métodos de investigación cualitativa, el análisis documental una vez categorizado y la preparación previa para la introducción al campo de estudio a través de las informantes claves dentro de cada población.

3ª. Acceso al campo y recolección de datos. Esta etapa comprende el acceso al campo de estudio y la recolección de los datos mediante las técnicas descritas.

4ª. Redacción y validación. Última fase de proceso de investigación en el que realizamos la redacción, validación y presentación de los resultados finales del estudio.

Las distintas fases expuestas no están propuestas de forma separada, sino que se entrelazan entre sí para una completa integración de la investigación. La razón fundamental de ello es concebir la investigación como un todo en dónde cada una de las fases se integran entre sí. Así buscamos un proceso circular en el que la metodología, los criterios de inclusión y las técnicas de investigación de nuestro estudio se entremezclan en un proceso de feedback, en el que los diferentes pasos empíricos otorgan un rigor metodológico a la triangulación de datos.

2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Contexto e informantes

A lo largo del proceso de investigación el uso del contexto geográfico con dos poblaciones, mujeres nicaragüenses y ecuatorianas, se utilizó con la finalidad de ampliar los puntos de vista en relación a la percepción del dolor de parto dentro de cada contexto, siendo éste nuestro criterio de triangulación.

2.2.1 Ámbito de estudio

El contexto geográfico donde se enmarca el trabajo de campo es la Región de Murcia. El motivo de dicha elección se fundamenta en los motivos de conveniencia y facilidad obtener la muestra. La posibilidad de disponer de informadores clave ha sido prioritaria para la elección de la zona. Del mismo modo, la creciente feminización inmigrante originaria de países latinoamericanos, durante edad fértil, con un incremento de nacimientos de madres extranjeras durante el periodo comprendido entre el 2006 y 2014, supuso modificaciones sociodemográficas en las demandas sanitarias, así como, en las reproductivas.

2.2.2 Población base

La población base está formada por las mujeres extranjeras de nacionalidad latinoamericana, en concreto nicaragüenses y ecuatorianas que hayan dado a luz en sus países de origen.

Según la información recogida del Padrón Continuo de Población, actualizado a fecha 1 enero de 2015, la población delimitada por las características anteriores dentro de la Región de Murcia es de 8.824 ecuatorianas y 424 nicaragüenses.

2.2.3 Población indiana

La población sobre la que he trabajado ha sido de un total de 20 mujeres, 10 de ellas nicaragüenses y las restantes ecuatorianas. Esta población incluye a las mujeres que

participaron en la entrevista semiestructurada y que cumplían los criterios de inclusión, que serán descritos posteriormente.

Al comienzo de la investigación la muestra era de un total de 26 participantes (13 mujeres nicaragüenses y 10 ecuatorianas) de las cuales cuatro de ellas, dos de cada nacionalidad, no vieron oportuna su participación tras la exposición de la investigación por dificultad en la compatibilidad de horarios con sus respectivos trabajos. Las otras dos mujeres restantes no quisieron continuar con el estudio ya que sus parejas no consideraron oportuno las preguntas de la entrevista y la información que de ella se extraía.

2.2.4 Tipo de muestreo

La selección de la población muestral no se fijó según criterios de probabilidad. Debido a los objetivos marcados en la investigación y las dificultades de acceso a la misma la población de estudio no se encontraba definida al inicio, sino que centramos nuestra atención en aquellas mujeres que pudieran aportar una mayor experiencia sobre la percepción del dolor.

La decisión de muestreo se encuentra dirigida hacia las mujeres de nacionalidad nicaragüense y ecuatoriana que mayor idea y conocimiento sobre el tema a exponer. Debido a la dificultad de acceso al campo de estudio, la selección de los sujetos no se realizó de forma aleatoria sino mediante la utilización del muestreo selectivo basado en los rigurosos criterios teóricos de inclusión (Tabla 9).

A continuación se incorporaron una serie de participantes por muestreo en “bola de nieve”, ya que nos permitía localizar de forma más práctica y sencilla a las participantes mediante la red social de cada una de las primeras informadoras.

El cese de incorporación de nuevos casos se realizó hasta llegar a la saturación de la información teórica. En palabras de Strauss & Corbin, la saturación teórica es entendida como “*el punto en la construcción de la categoría en la cual ya no emergen propiedades, dimensiones, o relaciones nuevas durante el análisis*” (2002, pp. 157). En otras palabras las narrativas de las informantes no revelan más valores relacionados con el conocimiento sociológico del objeto social a estudio (Bertaux, 2005).

TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS	CRITERIOS DE INCLUSIÓN
<i>Conversaciones Informales</i>	No existen criterios de inclusión
<i>Entrevista Semiestructurada</i>	Mujeres adultas con edades comprendidas entre los 18-44 años
	Nacionalidad: nicaragüense o ecuatoriana
	Lugar de residencia: Murcia (España)
	Concepción y parto previos en sus países de origen
	Alumbramiento vaginal

Tabla 9. Criterios de inclusión del estudio.

3. ACCESO AL CAMPO DE ESTUDIO. TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo se encuentra precedido por la delimitación de los roles asignados a cada uno de los participantes en este trabajo estudio, además de la obtención de la aprobación de la Comisión de Ética de la Universidad de Murcia. Tras los pasos previos, se llevo a cabo en contextos y momentos temporales distintos.

- **Primer acceso a la muestra.** Se inicia con los primeros contactos con la informante clave nicaragüense en el año 2012-2013. Ella nos facilitó los números de teléfono de las distintas mujeres que podían estar interesadas en la realización de la entrevista. Tras el contacto telefónico con una par de ellas, se pautaron citas con diversas mujeres, del entorno de las primeras, que cumplían los criterios de inclusión.
- **Segundo acceso a la muestra.** Se corresponde con la realización de las entrevistas individuales realizadas a las mujeres ecuatorianas. El proceso se inicia con el contacto de una de las informantes claves residentes en España. Ella nos facilitó el teléfono de una joven que había dado a luz en su país recientemente, y había vuelto a España. A través de ella nos

pusimos en contacto con varias mujeres interesadas en contar su experiencia en relación al dolor de parto, en Ecuador.

Durante el trabajo de campo se intentó mantener y cuidar las relaciones establecidas entre el investigador principal y cada una de las informantes, resaltando la gratitud y el respeto hacia su colaboración. Además, hubo un compromiso por parte del investigador en entregar los resultados al finalizar el estudio.

4. TÉCNICAS EMPLEADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La obtención del material recogido se realizó de forma indirecta mediante el análisis documental y directamente de las mujeres participantes que cumplían los criterios de inclusión y que voluntariamente se encontraban interesadas en formar parte del estudio. Las conversaciones informales se utilizaron para determinar la idoneidad de las mujeres para la entrevista semi-estructurada.

4.1 Búsqueda bibliográfica y Análisis Documental

4.1.1 Búsqueda bibliográfica

Con el fin de alcanzar una comprensión global entorno a la percepción del dolor de parto en las gestantes de nacionalidad nicaragüense y ecuatoriana, se realizó un amplio análisis de documentos al comienzo de la investigación y durante la misma. Fue fundamental la creación de conceptos básicos de las prácticas relacionadas en el proceso de parto de ambas culturas.

La búsqueda documental se realizó utilizando distintas estrategias mediante descriptores derivados del lenguaje libre. Además, la utilización de los términos extraídos del vocabulario MeSH y su previa traducción mediante la herramienta DeCS.

El uso de descriptores libres se utilizó al inicio de la revisión bibliográfica mediante la combinación de los operadores booleanos “AND, NOT y OR” (Tabla 10).

Posteriormente se realizó una revisión de la información en motores de búsqueda como Google y Google Académico, los cuales permitieron acceder a numerables documentos de

interés para el estudio, existentes en directorios como United Nations (UN), Amnistía Internacional (AI), Organización Mundial de la Salud (OMS), United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) y Mujer Inmigrante y Asistencia Sanitaria (MIAS).

Finalizado este proceso, se procedió a una búsqueda más exhaustiva en distintas bases de datos: MEDLINE, CINAHL, Web of Sciences, Scopus, LILACS y SciELO. Para documentar la investigación se han consultado fuentes con tipología diferente de la que destacan: artículos científicos, revisiones sistemáticas, revisiones bibliográficas, libros, artículo editorial y tesis doctorales. También fue necesario recurrir a documentos oficiales del MINSA, BID, INSS e INIDE en Nicaragua; y al MSP, INEC y LMGAI de Ecuador.

Español	Inglés
Embarazo	Pregnancy
Parto	Delivery/Childbirth/Birth/Parturition
Estar de parto	Labor/Labour
Parto Natural	Natural childbirth
Dolor de parto	Labour pain
Sentimientos parto	Delivery Feelings
Percepción del dolor de parto	Childbirth pain perception
Emociones	Emotions
Partera	Midwife
Significados del parto	Birth Meaning
Métodos Naturales	Natural methods
Enfermería Transcultural	Transcultural Nursing
Enfermería	Nursing
Metodología Cualitativa	Qualitative Research
Madeleine Leiniger	-

Tabla 10. Descriptores libres del estudio.

La búsqueda de bibliográfica se ha realizado mediante la combinación de distintos descriptores científicos guiados por los descriptores MeSH y DeCS combinados con los operadores “AND, OR y NOT” (Tabla 11).

MeSH	DeCS
Pregnancy	Embarazo
Parturition	Parto
Delivery	Parto (obstetricia)
Labor	Trabajo de parto
Labor/ Delivery Pain	Dolor de parto
Pain Perception	Percepción del dolor
Emotions	Emociones
Transcultural Nursing	Enfermería Transcultural
Qualitative Research	Investigación Cualitativa
Nursing	Enfermería

Tabla 11. Descriptores MeSH y DeCS.

La información obtenida está relacionada con las publicaciones comprendidas en el periodo de 2007 a 2014, en inglés, español y portugués. Se seleccionaron aquellos artículos originales que tenían disponibilidad de resumen. Además, se tuvo en cuenta realizar un seguimiento de las referencias bibliográficas más relevantes. Para la fundamentación del trabajo se tuvieron presente artículos de años anteriores.

La gestión bibliográfica se llevó a cabo mediante la herramienta del tratamiento bibliográfico existente en el paquete informático Microsoft Word 2010, expuesta en APA Sixth Edition.

4.1.2 Análisis documental

El análisis documental trata de forma indirecta el estudio de textos ya elaborados por otros autores, como son: los artículos de revista, libros o tesis doctorales, entre otros. La actividad de esta técnica presenta relevancia a lo largo de nuestro proceso de investigación.

Por un lado, el análisis de los documentos engloba la descripción y el examen del contenido de los mismos para un conocimiento en profundidad. Este propósito facilita en nuestra investigación la comprensión de las variables que serán analizadas. Del mismo modo, permite la indagación bibliográfica con la cual se desarrolló un extenso marco teórico que concentra las posibles situaciones humanas de percepción del dolor de parto desde la confluencia cultural ecuatoriana y nicaragüense. Así pues, se genera una base de conocimiento sobre la cual se realizó el estudio, mediante los instrumentos adecuados a la interpretación de los resultados.

La revisión de la literatura permitió indagar en las aportaciones de investigaciones científicas previas, conocer cuál es la problemática estudiada, los vacíos existentes y la contribución de la propia investigación al conocimiento en esta área.

Finalmente, el fondo documental de ideas representativas permite integrar las ideas, complementar resultados y triangular la información final.

4.2 Conversaciones informales

Las conversaciones informales han tenido un proceso previo incluso durante la recogida de información, con llamadas telefónicas, charlas coloquiales o citas con las participantes clave. Estos contactos tuvieron lugar previamente a la entrevista semiestructurada, por lo que no fueron grabadas en audio.

Las charlas tuvieron un doble objetivo, por un lado tratar directamente temas relevantes a la investigación como: la temática del estudio, la opinión que generaba en ellas o apuntar nuevos contactos para continuar con la aportación de nuevas narraciones. Por otro, ratificar e interpretar toda la información recibida.

4.3 Cuestionario de información socio-demográfica

El cuestionario tiene como objetivo facilitar información útil relacionada con el perfil de las participantes. Con ello se verifica el cumplimiento de los criterios de inclusión y asegura la obtención de información valiosa para las entrevistas.

El perfil socio-demográfico consta de información referente a: código de identificación asignado a cada participante, país de origen, edad, años de residencia en España, estado civil, nivel de estudios, profesión, situación laboral, tipo de vivienda, tipo de parto, número de hijos y lugar de residencia (Anexo I).

4.4 Entrevista semiestructurada

La guía de la entrevista marca los temas que deberán desarrollarse y sirve al investigador como orientación sobre los temas a tratar y las pautas a seguir (Hernández, Fernández & Baptista, 1998). Al ser un tipo de entrevista semiestructurada podrán pasar a formar parte otros temas relacionados con el original, siempre y cuando las preguntas sean relevantes tanto en la dimensión temática (la pregunta tiene relevancia en relación con el tema de la investigación) como en la dimensión dinámica (hace referencia a la relación interpersonal durante la entrevista). El propósito de la entrevista semiestructurada, como bien indica Kvale, es: “obtener descripciones del mundo de vida del entrevistado respecto a la interpretación de los significados de los fenómenos descritos” (1996, p.6).

Las preguntas que componen la entrevista fueron constatadas con una prueba piloto en condiciones semejantes a la fase de recogida de información o de trabajo de campo. Consta de una entrevista a informantes claves, 3 mujeres nicaragüenses, 3 ecuatorianas y 2 matronas; con grabación sonora de la conversación en un ambiente de privacidad. Por último, tras la valoración de la prueba piloto se comprobó si era necesario modificar o no el guión inicial.

Las entrevistas se realizaron de forma individual y el lugar fue a elección de las participantes del estudio. La mayoría de ellas eligieron su lugar de trabajo (Tabla 12). De esta forma se intentó promover un ambiente idóneo para favorecer la relación entrevistado-entrevistador. Se cuidaron detalles como la empatía, los permisos o información referente al investigador para mejorar la confianza depositada.

A lo largo de las distintas entrevistas las preguntas no se realizaron en el mismo orden ni se redactaron exactamente igual, sino que la conversación fue dirigida según el rumbo que la entrevista iba marcando. La guía de preguntas pautadas se modificó durante el proceso de recogida (Anexo II).

DESCRIPCIÓN DE LAS ENTREVISTAS		
	NICARAGÜENSES	ECUATORIANAS
Fecha	Noviembre, Diciembre 2013 Enero 2014	Marzo, Abril, Mayo 2014
Entrevistadora	María Moya Nicolás	María Moya Nicolás
Duración media	95,7 minutos	54,3 minutos
Lugar de la entrevista	6 en el lugar de trabajo 5 en domicilio	8 en domicilio 3 en el lugar de trabajo
Grabación	Sí	Sí

Tabla 12. Características de la entrevista semiestructurada.

En la etapa analítica, las entrevistas, fueron grabadas, en su totalidad, en audio para su posterior transcripción literal en formato digital, con copia exacta de las palabras de las entrevistadas y creación de categorías. La diferencia entre las entrevistas ecuatorianas y nicaragüenses se debe a la especificidad de los datos dados por parte de las participantes.

5 ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto de tesis se presentó ante la Comisión de Bioética en Investigación de la Universidad de Murcia. El informe favorable por la misma fue emitido con fecha de 14 de junio de 2013 (Anexo III).

La investigación se ha desarrollado respetando los principios de beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia. Hay que tener en cuenta que el cuestionario no es confidencial. Sin embargo, la información recogida administrada por las informantes es de distribución restringida, pudiendo acceder a las entrevistas el investigador principal y sus colaboradores. Dado que el proceso de obtención de datos ha sido amplio y complejo, el investigador

principal será el responsable de la información recogida y el encargado de la custodia de los datos.

Por tanto, toda la documentación obtenida permanecerá debidamente custodiada, conforme a los criterios del investigador principal. Dicha información original se almacenará como mínimo diez años a partir de la primera publicación. Del mismo modo, se ha establecido la norma para que cada pregunta de investigación, adicional a la batería de preguntas en relación directa con las entrevistadas, quedará de igual modo bajo la confidencialidad del autor.

Para la ejecución de las entrevistas se tuvo en cuenta los siguientes aspectos: presentación del investigador, explicación verbal y por escrito a las madres del propósito del estudio, recogida del consentimiento informado previa autorización de las participantes, con el fin de poder grabar las conversaciones que se llevaron a cabo, así como, el análisis posterior de los datos recogidos.

Al inicio de las entrevistas se realizó la presentación de la investigación, por parte del investigador, de forma oral y escrita. Además se les hizo entrega de una hoja informativa con los aspectos fundamentales del estudio. Se les dio la posibilidad a las participantes de finalizar la entrevista en el momento que quisieran. A todas ellas se les facilitó dos copias, una de la “Hoja Informativa” (Anexo IV) y otra del “Declaración de Consentimiento Informado” (Anexo V) para que conocieran el escrito.

Finalmente, otra de las consideraciones que se valoró para proteger la confidencialidad de las participantes fue la asignación de códigos para cada una de las entrevistas. Se diferenció la nacionalidad de las participantes distinguiendo entre PCN1 para las entrevistadas de nicaragüenses y PCE1 para las ecuatorianas.

6 DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

6.1 Dificultades

Las dificultades encontradas a lo largo de la investigación han sido varias. La dificultad teórica ha sido una de las más complejas. Según la bibliografía consultada, la percepción del

dolor de parto se había abordado en estudios de corte cuantitativo, más como una búsqueda para aliviar el dolor que para valorar la percepción de él o cómo le afecta a las propias mujeres. De esta forma, este estudio ofrece la posibilidad de ampliar el conocimiento enfermero y la práctica de la atención al parto desde la Enfermería Transcultural.

Del mismo modo, durante el proceso previo de revisión bibliográfica, se han encontrado escasos documentos relacionados con la temática del estudio, lo que nos ha llevado a la utilización de textos que trataban sobre la percepción general del dolor, con el fin de complementar la información del marco teórico.

Es necesario destacar las complicaciones encontradas durante el proceso de investigación. En primer lugar, las relacionadas con el acceso al campo de estudio. Si bien el acceso a la informante clave fue sencillo y se mantuvo a lo largo del estudio, el número reducido de las mujeres nicaragüenses retrasó la recogida de información. Del mismo modo, el miedo relacionado con su situación irregular, el emplazamiento de muchas de ellas y la negativa de las parejas a la participación fueron algunos de los obstáculos que impidieron el acceso al campo de estudio.

Finalmente, la barrera cultural en el momento de las conversaciones y al realizar las entrevistas, supuso que las participantes sintieran el adentramiento del investigador en un tema personal e íntimo, pudiendo influir en las respuestas.

6.2 Limitaciones

Entre las principales limitaciones de la investigación destacan las dificultades que puede encontrar el investigador a la hora de obtener información. Un estudio de corte cualitativo se basa en las interpretaciones del investigador principal. Por tanto, cabe el riesgo de que no se realice de forma metódica o se caiga en el error de intentar imponer o facilitar puntos de vista de la cultura propia a los sujetos a estudiar. Por el contrario, también, existe la posibilidad de intentar explicar o justificar costumbres, actuando bajo el respeto cultural.

Otra de las limitaciones puede venir dada en el momento de organizar a las participantes o bien por las circunstancias personales de cada madre, o que no quiera acceder a la grabación de las entrevistas, por la presencia de familiares, por tener que cuidar el hogar o la

imposibilidad para desplazarse. Además, existe la posibilidad de que alguna de las participantes no fuera totalmente sincera al expresar sus experiencias, en relación al dolor de parto.

Finalmente, aunque sabemos que los datos recogidos por la investigación cualitativa no son generalizables es posible que los resultados puedan ser utilizados para el resto de población latinoamericana.

7 ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos es un proceso que pretende focalizar progresivamente conceptos, categorías o temas. Por tanto, es una transformación y reflexión a partir de los datos recogidos con el fin de extraer el significado relevante de la investigación (Hernández-Pina, García-Sanz & Maquillón, 2013).

7.1 Tratamiento de los datos

La información obtenida de las conversaciones de las participantes fue registrada mediante la grabación en audio bajo consentimiento de las informantes. A continuación, esta información fue transcrita de forma íntegra y literal. A lo largo de este proceso se buscó una reproducción literal de la grabación. La transcripción de las entrevistas las realizaron dos participantes externos, en los días siguientes a la grabación. Con el fin de ser fiel a la reproducción de las observaciones de la investigadora principal, y ampliar el contenido, anexando notas tomadas durante las entrevistas, el plazo de entrega de las transcripciones no superó los dos días.

La identificación y clasificación de los elementos, la transcripción de las entrevistas, y la síntesis y agrupamiento del contenido fue la base del primer nivel de análisis para la creación de categorías.

Posteriormente, toda la información se volcó en técnicas de papel para clarificar la información y aportar mayor flexibilidad en la creación de categorías.

7.2 Análisis de los datos

En palabras de Ardila & Rueda (2013) los datos recopilados necesitan ser codificados y analizados para generar y desarrollar categorías con propiedades relevantes. Así, el análisis de los datos es: “*la interacción entre los investigadores y los datos*” (Corbin & Strauss, 2002, p. 14).

El análisis de los datos comenzó con la creación de una categoría medular o central. Se entiende por categoría central aquella que da sentido a todos los datos recogidos. Representa el tema principal de la investigación siendo sus relaciones las que dan sentido, contribuyen a la integración, saturación y focalización de la información (Strauss, 1987).

Con el fin de encontrar patrones, se realizó una creación de categorías preliminar que permitió agrupar y organizar de modo orientativo la información que iba a ser obtenida. Éstas se precisaron por códigos descriptivos y definiciones del análisis preliminar. Posteriormente, tras la recogida de datos, gran parte de ellas se modificaron, jerarquizaron, redujeron y anularon, hasta componer las categorías y subcategorías conceptuales de los resultados. El campo de estudio aportó la recogida de notas que fueron añadidas de forma complementaria a las entrevistas transcritas.

La diferencia entre nacionalidades dio lugar a la identificación de categorías y subcategorías disímiles que aportan claridad y especificidad en base a la procedencia.

Finalmente, las propiedades y dimensiones de la investigación precisó un enfoque constructivo, centrado en los conceptos que modulan la recogida y tratamiento de los datos. Así se obtuvieron aquellos rasgos comunes del discurso de las participantes que nacen de sus experiencias y perspectivas. De esta forma se realizó una nueva codificación guiada por los datos recogidos que crea categorías empíricas (Tabla 13). Estas representan el fenómeno y facilitan los procesos de interpretación, análisis y construcción de sentido (Rodríguez, 2005).

SUBCATEGORÍA	IDENTIFICADOR	CÓDIGOS DE LA SUBCATEGORÍA	IDENTIFICADOR
Manifestaciones del dolor	MD	Percepción del dolor de parto	PDP
		Expresiones	EXP
		Grado de intensidad	GI
Estados emocionales	EE	Miedo/ Angustia	M/A
		Sentimientos Encontrados	SE
		Rechazo hacia la pareja	RP
		Sentimientos negativos	SN
Conceptos/significados	C/S	Factores socio-culturales	FSC
		Factores religioso-espiritual	FRE
		Empatía maternal	EM
		Unión materno-filial	UMF
Control del dolor	CD	Naturales	N
		Manuales/Mecánicos	MM

Tabla 13. Codificación guiada por los datos.

8 CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE CALIDAD

El uso de la investigación cualitativa, en el presente estudio, hace necesaria la evaluación de los procesos y de los resultados obtenidos durante la recolección de datos para lo que existen distintas propuestas de evaluación, siendo los criterios cualitativos de evaluación, desarrollados por Lincoln y Guba (1995) y Leininger (1990) los que se han utilizado. Dentro de la triangulación múltiple, la triangulación de datos fue la encargada de aportar una imagen de la experiencia subjetiva de la percepción del dolor de parto.

8.1 Criterios de Evaluación específicos

8.1.1 Credibilidad

La credibilidad es la verosimilitud de los hallazgos lograda a través de las conversaciones y observaciones con los participantes del estudio. El criterio de credibilidad se ha alcanzado en la investigación mediante las charlas informales, las dos informantes claves y las transcripciones literales y notas de campo, tomadas durante la realización de las entrevistas que respaldan los significados e interpretaciones por parte del investigador.

Según Catillo y Vásquez (2003), corregir los errores de interpretación con la corroboración de los hallazgos, facilita las interpretaciones del investigador. De esta forma, la discusión de los comportamientos y la experiencias de las gestantes se confirmó con el aporte de preguntas que buscaban la comprensión de la información aportada.

8.1.2 Auditabilidad/Confirmabilidad

Leininger (1994), destaca como auditabilidad la forma en la cual el investigador puede reproducir los resultados siguiendo la ruta de lo que hizo otro. Esta estrategia permite examinar los datos recogidos y llegar a conclusiones iguales, con perspectivas análogas.

Para satisfacer este criterio se realizó una descripción de las participantes mediante la recogida de las características socio-demográficas de cada una de ellas; se utilizaron mecanismos de grabación y el análisis de las transcripciones literales de las entrevistas.

Del mismo modo, se hizo uso de criterios de confirmación con el uso del parafraseo de las ideas durante la recogida de resultados. También, se pautó una sesión con cada una de las informantes claves para corroborar la información obtenida. La existencia de patrones recurrentes, a lo largo de las narraciones, muestra modos de vida semejantes para cada población. Las diferentes sesiones muestran como en contextos similares las experiencias se repiten y tienden a formar un patrón, este hecho se puso de manifiesto mediante los *verbatim* mostrados en los resultados.

8.1.3 Transferencia

Hace referencia a la medida en que un hallazgo puede ser transferido a otro contexto similar, preservando los significados particularizados y las interpretaciones del estudio.

La investigación cualitativa no busca producir generalizaciones, sino entendimientos en profundidad de fenómenos particulares. De esta forma, la organización de los datos, la exposición del método de recolección de información y su posterior análisis junto con la saturación de datos indica la capacidad de reproductibilidad del estudio en unas condiciones similares a las descritas.

8.1.4 Significado del contexto

Los datos son comprensibles dentro de contextos holísticos, centrados en la contextualización de ideas y experiencias dentro de una situación concreta (Morse, 2003; Jiménez, 2015).

El contexto presenta una importancia y muestran un significado en la transmisión de conocimientos y costumbres en relación a la percepción del dolor de parto. En el estudio desarrollado, se busca la transferibilidad, sin obviar el contexto, mediante la descripción del lugar y las características de la población y las personas donde prevalece el fenómeno. De forma añadida, se examinó la representatividad de los datos como un todo.

8.1.5 Saturación de los datos

La saturación indica que el investigador se ha introducido en el fenómeno de estudio y ha realizado una exploración exhaustiva del mismo. El proceso de saturación de datos se

produce cuando la información obtenida de los participantes se repite. La repetición de la información indica al investigador la redundancia de las narraciones, por lo que se llega a la saturación de datos.

En el presente estudio, durante el desarrollo de las charlas coloquiales y, posteriormente, en las entrevistas semiestructuradas se puso de manifiesto la homogeneidad de los datos recogidos acerca de la percepción del dolor de parto en las gestantes.

Una vez producido este hecho, se decide finalizar la recogida de información ya que han surgido las categorías relevantes del estudio. Se puede afirmar que al llegar a la saturación de información, la muestra es representativa para esta población a estudio.

8.2 Triangulación

La triangulación metodológica es un término aplicado por primera vez por los investigadores Campbell y Fiske en 1959. Denzin (1989), comienza a utilizar de forma explícita este término, describiéndola como: *“la utilización de diferentes tipos de datos, la cual hay que diferenciar de la utilización de métodos distintos para producirlos”* (pp. 237-241).

El análisis de triangulación surge a lo largo del tiempo para desarrollar criterios adecuados que reemplacen la validez y la fiabilidad de los métodos positivistas. Cowman (1993), introduce la combinación de múltiples métodos dentro de un estudio para facilitar el abordaje del fenómeno a investigar. Autores como Dilthey, Rickert, Jaspers y Weber, sociólogos actúan por la vía de la comprensión y la explicación de las ciencias naturales, siendo ambas no excluyentes. Morse (2003) refiere que la triangulación metodológica requiere de, al menos, dos métodos, generalmente uno cualitativo y otro cuantitativo, para direccionar un problema de investigación. Se asume que el uso del término triangulación es el uso de múltiples métodos en el estudio de un mismo objeto (Arias, 2000). Esta definición es genérica, sin embargo es conveniente concebir la triangulación con variedades de datos, investigadores, teorías y metodologías.

En palabras de Flick, la triangulación se define como: *“denominar la combinación de métodos, grupos de estudio, entornos locales y temporales y perspectivas teóricas diferentes al ocuparse del un fenómeno”* (2012, pp. 243).

Por consiguiente, los métodos de triangulación, obviando su procedencia, corroboran y afianzan el paradigma cualitativo y el estudio que se ha desarrollado. El uso de criterios de calidad junto con los métodos de triangulación, son la base de una investigación que aporta nuevo conocimiento científico.

Dentro de la investigación cualitativa, la triangulación comprende cuatro variedades básicas compuestas por: la triangulación de datos, la triangulación de investigador, la triangulación teórica y la triangulación metodológica. De la combinación de todas ellas surge la estrategia de triangulación múltiple (Okuda & Gómez-Restrepo, 2005).

8.2.1 Triangulación de datos

Consiste en la verificación y comparación de la información obtenida utilizando distintas fuentes de datos (Denzin, 1989). La triangulación de datos implica el estudio sistemático de las personas y los grupos, además, del entorno social y temporal. De esta forma, los datos obtenidos de este estudio proceden de mujeres nicaragüenses y ecuatorianas dentro de un contexto concreto: España.

Por consiguiente, se incluyeron diversas fuentes de datos que afianza la credibilidad debido a su heterogeneidad. El análisis de los datos sirvió para comprender la experiencia y el papel de la fuente dentro de una sociedad, bajo el fenómeno observado y las características que lo acompañaban.

8.2.2 Triangulación de investigador

La triangulación de investigador se basa en el uso de múltiples observadores de campo explorando el mismo fenómeno (Arias, 2000). De esta forma, se delega responsabilidad, ubicando a los distintos observadores en posiciones cruciales, aportando credibilidad ya que se elimina el sesgo de un único investigador.

En la presente investigación no fue posible la aportación de otros investigadores clave debido a las características de la misma y a la búsqueda de intimidad durante la realización de entrevistas semiestructuradas.

8.2.3 Triangulación teórica

La triangulación teórica nos acerca a los datos con una perspectiva abierta, en la que concluyen diferentes hipótesis. Generalmente, un pequeño grupo de hipótesis componen un estudio de investigación y guían los datos obtenidos para una aproximación empírica. Así, cada estrategia permite el aporte de críticas desde perspectivas teóricas.

Para establecer esta triangulación se ha utilizado el modelo teórico de Madeleine Leininger. Sin embargo, este tipo de triangulación no permite establecer una evaluación comparativa con otros modelos sin rechazar explicaciones alternativas como la teoría de Orem.

8.2.4 Triangulación metodológica

La triangulación de métodos puede llevarse a cabo en el diseño o en la recolección de datos. Existen dos tipos, la triangulación dentro de métodos y entre métodos. En la presente investigación no se ha hecho uso este tipo de triangulación.

9 EXPOSICIÓN DE RESULTADOS

La presentación de los resultados se basa en la interpretación del Modelo de Sol Naciente de M. Leininger, de la influencia de la cultura y las prácticas de nicaragüenses y ecuatorianas en la percepción del dolor de las gestantes.

A continuación, se realiza la exposición del análisis e interpretación de las distintas categorías que los datos obtenidos emanan mediante el uso de las herramientas descritas. Las citas textuales o *verbatim* serán las unidades fundamentales que guiarán la realidad observada.



BLOQUE IV. MARCO EMPÍRICO

BLOQUE IV. MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO VII. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS

1. CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS

Se parte de una categoría general dividida en subcategorías, las cuales dan lugar a unidades de significado o de interpretación llamados códigos. El objetivo de esta aplicación de tratamiento es dotar a los datos de fidelidad y coherencia asociada a las unidades de análisis.

La integración y el análisis de los datos han estado regidos por un doble tratamiento. En primer lugar se crearon y definieron unas subcategorías y códigos de pre-análisis en el que los datos del análisis documental dieron como resultado la obtención de conceptos previos. En pos, la codificación se guió por los datos obtenidos, en donde el proceso inductivo y la inclusión de los comentarios procedentes del proceso de análisis dieron como resultado la creación de constructos a modo de códigos (Tablas 14, 15, 16 y 17).

SUBCATEGORÍA	DEFINICIÓN	CÓDIGOS DE LA SUBCATEGORÍA	DEFINICIÓN
Manifestaciones del dolor	Descripciones verbales del dolor de parto durante dicho proceso	Percepción del dolor de parto	Proceso por el cual se organiza e interpreta la información sensorial que permite dar sentido a los acontecimientos
		Expresiones	Discursos y locuciones durante el proceso del alumbramiento que figuran en relación los sentimientos y percepciones del dolor de parto
		Grado de intensidad	Argumentos que muestran el grado de fuerza del dolor desde las primeras contracciones hasta el periodo expulsivo.

Tabla 14. Libro de categorías y códigos inductivos I.

SUBCATEGORÍA	DEFINICIÓN	CÓDIGOS DE LA SUBCATEGORÍA	DEFINICIÓN
Estados emocionales	Sentimientos o estados de ánimo autopercebidos por las mujeres, expresados en forma de emociones	Miedo/ Angustia	Temor de la madre o familiares por un posible riesgo o daño hacia sí misma o el bebé durante el alumbramiento y que ponderan la percepción del dolor y sufrimiento
		Sentimientos Encontrados	Todos aquellos discursos de conflicto emocional en la que existe una ambivalencia de una misma situación. Expresiones en la que existen dos emociones contradictorias
		Rechazo hacia la pareja	Argumentos que muestran una oposición o desprecio hacia la pareja sentimental de las madres
		Sentimientos negativos	Consecuencias emocionales de las mujeres relacionadas con una parto doloroso o traumático

Tabla 15. Libro de categorías y códigos inductivos II.

SUBCATEGORÍAS	DEFINICIÓN	CÓDIGOS DE LA SUBCATEGORÍA	DEFINICIÓN
Conceptos/significados	Sentido que le aporta la madre al dolor de parto	Factores socio-culturales	Expresiones de las madres en la que encuentran un dolor de parto por el que hay que pasar, un dolor con sentido
		Factores religioso-espiritual	Argumentos de tipo mitológico-religioso que buscan un sentido al dolor de parto
		Empatía maternal	Sentimientos tras el alumbramiento que capacita a las mujeres a identificarse con sus madres y compartir sus sentimientos
		Unión materno-filial	Vínculo creado tras el parto entre madre e hijo/a

Tabla 16. Libro de categorías y códigos inductivos III.

SUBCATEGORÍA	DEFINICIÓN	CÓDIGOS DE LA SUBCATEGORÍA	DEFINICIÓN
Control del dolor	Todos aquellos métodos de afrontamiento y agilización del parto	Naturales	Acciones, remedios y ayudas que se realizan para agilizar el trabajo de parto
		Manuales/Mecánicos	Procesos y formas culturales de obrar que facilitan la expulsión del feto

Tabla.17. Libro de categorías y códigos inductivos IV.

2. PERFIL DE LAS PARTICIPANTES

Los datos cuantitativos en estudios cualitativos comprometen el enfoque de la investigación y los resultados de la misma (Leininger, 2005) dado a que los criterios de medición y calidad se alejan de los cualitativos. De esta forma, con el fin de satisfacer la credibilidad y transferibilidad del estudio, los datos cuantitativos utilizados se centran únicamente en el perfil sociodemográfico de las participantes diferenciados por la nacionalidad.

La investigación se basa en las entrevistas efectuadas a 20 mujeres de nacionalidad ecuatoriana y nicaragüense de distintas regiones. Entre las ecuatorianas las principales ciudades de origen se extienden desde Quito hasta Guayaquil pasando por Loja y Santo Domingo. Las nicaragüenses proceden principalmente de Managua aunque Matagalpa, Estelí, Jinotega o la zona de la Región del Atlántico Sur (RAAS) también forman parte de la muestra. La procedencia de las mujeres representa en la muestra las distintas percepciones del dolor de parto en relación a la cultura y a las prácticas que se llevan a cabo en sus zonas de origen.

La edad media de las participantes de Ecuador es de 36´7 años con un tiempo medio de residencia en España de 12´3 años. En relación con las madres nicaragüenses la media de edad es menor, de 34´3 años y el tiempo de residencia es de un total de 6´4 años, cabe destacar que una de las participantes no alcanzaba el año de residencia, por lo que fue excluida de la media.

Según los datos obtenidos, se observa como la cultura se encuentra presente en la vida de las participantes del estudio, por lo que constituyen una fuente primaria de información, necesaria para la fiabilidad de sus hechos, en relación a la percepción del dolor de parto. En esta investigación suponen el enclave para profundizar en el conocimiento de las percepciones del dolor durante el proceso de parto. Del mismo modo se puede valorar la aculturación llevada a cabo por las participantes, mucho más amplia en las mujeres ecuatorianas, por su elevada estancia en España. Este hecho facilita la comprensión de sus actos tradicionales, valores culturales y distintas formas de vida de las propias mujeres entre poblaciones distintas.

La planificación del embarazo es un elemento ausente en la mayoría de las participantes. Ecuatorianas y nicaragüenses relacionan, dentro de su contexto cultural, la edad temprana y embarazo como hecho habitual entre las jóvenes. El uso de métodos anticonceptivos es inusual a causa de la dificultad de acceso, siendo la primera relación sexual en la que se produce el embarazo. Por el contrario, las participantes nicaragüenses planifican en mayor medida sus gestaciones.

En cuanto a los hábitos de salud generales durante el proceso de embarazo, no existen diferencias destacables entre ecuatorianas y nicaragüenses. Ninguna de las mujeres es fumadora y el consumo de alcohol está interiorizado como un aspecto altamente perjudicial para el bebé, por lo que no se lleva a cabo en nuestra población. Los cuidados seguidos durante el embarazo se centran en una dieta saludable, con abundante consumo de frutas y verduras, además de tortas de maíz y quesos. Durante este proceso en ambas culturas resalta, como aspecto fundamental del cuidado de la embarazada y preparación al parto, las caminatas durante un tiempo medio de 30-45 min.

El control de embarazo no se considera un aspecto a resaltar para un alumbramiento seguro, tan sólo 4 mujeres (tres nicaragüenses y una ecuatoriana) siguieron un control mensual en las consultas de un ginecólogo/a. Para las mujeres ecuatorianas la distancia y los dilatados tiempos de espera en los servicios públicos son incompatibles con su horario de trabajo para asistir. Las mujeres nicaragüenses tienen una mayor confianza en los servicios médicos y relacionan positivamente un control obstétrico de repetición con un alumbramiento satisfactorio para madre e hijo. Sin embargo, la mayoría de las mujeres únicamente tiene acceso a los servicios públicos de atención obstétrica a causa del elevado coste económico de los servicios privados. Este hecho disminuye la asistencia de las futuras madres a las consultas de atención para el control del embarazo.

Con el fin de facilitar la comprensión y argumentación de las mujeres que colaboraron con el estudio, en las tablas 18 y 19 se puede visualizar la situación personal de cada participante asociado al código de cada una de las madres.

CÓDIGO	SEXO	CIUDAD	EDAD	AÑOS EN ESPAÑA	ESTADO CIVIL	EDAD PRIMER EMBARAZO	NÚMERO DE HIJOS/HIJAS	PLANIFICACIÓN DE LOS EMBARAZO
PCN.1	M	Matagalpa	40	6	Separada	21	2	Si
PCN.2	M	Estelí	35	6	En pareja	19	2	Si
PCN.3	M	Managua	31	2	Casada	26	2	Si
PCN.4	M	Managua	37	5	En pareja	17	2	No
PCN.5	M	Managua	32	6	Separada	24	2	Si
PCN.6	M	Managua	24	1 mes	Casada	18	3	No
PCN.7	M	RAAS	40	5	Soltera	22	2	No
PCN.8	M	Managua	34	4	Soltera	19	4	No
PCN.9	M	Jinotega	31	4	Soltera	21	3	No
PCN.10	M	Managua	39	8	Separada	29	1	Si
PCN.11	M	RAAN	26	4	Casada	19	2	No

Tabla 18. Perfil Entrevistas Individuales Nicaragüenses

CÓDIGO	SEXO	PAIS DE ORIGEN	EDAD	AÑOS EN ESPAÑA	ESTADO CIVIL	EDAD PRIMER EMBARAZO	NÚMERO DE HIJOS/HIJAS	PLANIFICACIÓN DE LOS EMBARAZO
PCE.1	M	Quito	40	12	Viuda	18	4	No
PCE.2	M	Quito	37	13	Soltera	20	3	No
PCE.3	M	Loja	39	12	Casada	19	5	No
PCE.4	M	Guayaquil	42	12	Soltera	21	5	Si
PCE.5	M	Quito	42	15	Separada	20	2	No
PCE.6	M	Guayaquil	34	15	Casada	22	4	No
PCE.7	M	Quito	37	10	Viuda	19	10	Si
PCE.8	M	Loja	34	12	Casada	20	3	No
PCE.9	M	Santo Domingo	32	12	Soltera	19	3	No
PCE.10	M	Santo Domingo	30	10	Casada	24	2	Si
PCE.11	M	Quito	35	10	Separada	21	4	No

Tabla 19. Perfil Entrevistas Individuales Ecuatorianas

3. MANIFESTACIONES DEL DOLOR DE PARTO

3.1 Percepción del dolor

En este aspecto no existen diferencias entre las mujeres ecuatorianas y nicaragüenses. Todas ellas reconocen el dolor de parto en cuanto se inician las contracciones y lo expresan como un dolor fácilmente identificable que finaliza con el nacimiento del bebé. Al respecto, la tabla 20 los *verbatim* que reflejan las principales percepciones del dolor de parto.

ECUATORIANAS	NICARAGÜENSES
<p>PCE.1 <i>“Dolores horriblos, no me quiero ni acordar...estuve malísima”.</i></p> <p>PCE.3 <i>“No sé cómo explicar los dolores... Eran horribles, es para tener sólo uno, aquí por lo menos dicen que les ayudan”.</i></p> <p>PCE.4 <i>“Horriblos... Venían lentos y fuertes, y ya cuando veía tenía que dar un empujón bien fuerte hasta que ya salió el muchacho. Era un dolor de la espalda hacia delante”.</i></p> <p>PCE.6 <i>“Era un dolor que no se podía aguantar. El dolor es muy fuerte”.</i></p> <p>PCE.8 <i>“Era un dolor muy intenso, un dolor mortal, hay momentos de más intensidad cuando vas a parir, cada contracción es como si te dejara sin fuerzas”.</i></p>	<p>PCN.3 <i>“¡Uy! no tengo ni cómo, ni palabras de cómo describirlo porque el dolor pues... bastante, bastante mal y muy fuerte y... ¡horrible! No sé ni cómo decir cómo explicarlo, es un dolor fuerte demasiado... que no sé cómo resistimos tanto nosotras la mujeres”.</i></p> <p>PCN.4 <i>“Es un dolor que no se puede explicar...se siente y... conforme va avanzando el dolor sí, es un dolor que quisieras que te tragara la tierra [...] un dolor insoportable pero que una vez que salió el bebe ahí se termino todo”.</i></p> <p>PCN.6 <i>“Es horrible, lo más horrible de la mujer es ese dolor, no es tanto la tenida sino el dolor”.</i></p> <p>PCN.8 <i>“Ese dolor no se compara con otra cosa”.</i></p>

Tabla 20. Percepción del dolor de parto.

Aunque en la mayor parte de las ocasiones existe un consenso en la percepción del dolor, entre las mujeres nicaragüenses hay diferencias entre tipologías de dolor, según el sexo del bebé:

“El dolor de un varón es como raro, le duele toda la columna...más acá es más incomodo, y el de las mujeres como mas alocaditas por dentro, y se mueven más y el varón se mueve más pero yo no sé mi hija se movía mucho, pero yo no sé, el varón es como más desesperado y uno siente que le duele mucho lo que es la columna. Y las mujeres desesperadas al mismo tiempo pero con el mismo dolor fuerte, como que le da más tiempo de respirar, pero el hijo varón no le da mucho tiempo de respirar, entonces como que se sofoca mucho”. PCN.1

“En las dos niñas fueron los dolores delante, no como otras mujeres que les dolía atrás”. PCN.2

Para las madres ecuatorianas existe una preocupación ante el primer parto. El dolor de parto es un aspecto desconocido y respetado por la incertidumbre que provoca en las mujeres primerizas, en el momento del alumbramiento, mientras que en partos posteriores supone un proceso conocido y, aunque de igual intensidad, no conlleva las mismas sensaciones.

“Como era la primera vez no sabía y como nuestras madres nunca nos hablaban de nada y no teníamos experiencia, iba como a ciegas. Es porque era otra cultura, no es como ahora que les hablan de sexo y muchas cosas más. Yo no sabía que iba a dar a luz tampoco”. PCE.7

3.2 Grado de intensidad del dolor de parto

La graduación positiva del dolor que aparece en el desarrollo del parto se ve identificada, claramente, en las mujeres nicaragüenses. Dentro de la población de Nicaragua se aprecia como las mujeres reconocen el dolor de parto como un acontecimiento de inicio lento y desarrollo más severo, hasta alcanzar el momento expulsivo en el que tienen que empujar al tiempo de las contracciones:

“Todo el día con las contracciones, desde las 5 de la mañana que me levante, y pasé todo el día. A las 8 me llevaron al hospital y me dijeron que me faltaban 4 cm... y aquellos dolores eran inevitables...horribles. Es que va como escala, empieza como una cosa muy suave...”. PCN.4

“Al principio los sentía suaves, pero ya después me vino más fuertes. Mediante las contracciones van siendo más largas es que va bajando el nene. Entonces ya me dijo (enfermera): tienes que empujar lo más rápido que puedas...cuando te venga el dolor: ¡hazlo! Y no te quedes con el aire ahí, empuja pa´ bajo”. PCN.8

“Es un dolor que te agarra todo esto de aquí (vientre) y que te va haciendo pedazos toda la parte de la espalda. Va aumentando y aumentando...”. PCN.9

3.3 Expresiones de las gestantes en el alumbramiento

Las actitudes y expresiones del dolor presentan variabilidad según la personalidad de la mujer. En relación a nuestras mujeres, existe una repetición de actos y expresiones en el momento del parto, debido, probablemente a que ambos grupos de mujeres pertenecen a la misma cultura.

“Depende las personas, a mi no me gustaba ir a maternidad, porque no soporto los gritos, insultando, diciendo palabrotas... yo no aguantaba, prefiero ir a casa y no estar escuchando tanto grito. Lo aguantaba bien, cuando me venía la contracción sabía que iba a pasarse, así que lo aguantaba bien”. PCE. 2

“Si que dan ganas de gritar, pero yo no he gritado porque en mi familia dicen que no hay una mujer que haya gritado por tener un hijo y entonces mi madre decía siempre lo mismo que no fuese a gritar”. PCN.5

Las expresiones significantes que aparecen en nuestras participantes se clasifican según sean expresiones verbales o no verbales. Así, la mayoría de las mujeres, en algún momento durante alguno de sus partos reseña gestos y sonidos relacionados con el dolor que sufren durante el mismo.

Las mujeres ecuatorianas representan un mayor número de participantes, expresan su situación mediante el uso de locuciones verbales frente a no verbales. Gritar, insultar o pedir una aceleración del parto son las principales oraciones que se valoran en este grupo, mientras que las nicaragüenses son más discretas en este aspecto. Únicamente, una de las mujeres nicaragüenses reconoce haber expresado el dolor sentido durante el proceso del parto:

“Lloraba, (risas) porque me dolía mucho, y después ya no sentía nada”. PCE.1

“En el primero estaba bien, porque en el campo se trabajaba y me dio un dolor fuerte, y desde ahí fueron dolores fuertes. Yo gritaba pero no mucho”. PCE.7

“Yo era muy nerviosa y lloraba y gritaba del dolor”. PCE.9

“Con la primera no gritaba...pero con la segunda si... a pesar que lo sabía”. PCN.2

También se han recogido expresiones no verbales, en las que las mujeres prefieren no estar visibles en el momento del dolor y reprimen las expresiones (Tabla 21):

EXPRESIONES DE DOLOR ECUATORIANAS	EXPRESIONES DE DOLOR NICARAGÜENSES
<p><i>“En el primero me metía debajo de la cama, supongo que sería porque era el primero. Me decían que tenía que salir de ahí o si no el niño se moría hasta que el niño asomó la cabeza y ya me llevaron en camilla. Gritaba pero a la vez me aguantaba”</i>. PCE.4</p>	<p><i>“Me puse algo en la boca...mordía fuerte creo que un cartón en la boca, yo sentía que con eso pasaba”</i>. PCN.4</p>
<p><i>“Me mordía los dientes”</i> PCE.8</p>	<p>-</p>
<p><i>“Yo era muy vergonzosa, me iba al baño a retorcerme de dolor, a agarrarme a algo por qué no me gustaba que nadie me mirara y viera lo que me dolía, ni mi familia ni mi marido ni nadie, yo no quería que nadie me viera, era pudor lo que tenía”</i>. PCE.10</p>	<p>-</p>

Tabla 21. Expresiones de las mujeres ecuatorianas y nicaragüenses durante el parto.

Uno de los resultados observados, en una de las mujeres ecuatorianas, relaciona las muestras orales de las mujeres, durante el momento del parto, con signos de falta de valentía. Este hecho puede significar que valentía y fortaleza se encuentran estrechamente unidas, ya que una mujer que no expresa el dolor sentido cuando se inician las contracciones representa una mujer fuerte:

“La que es valiente, la que no, no aguanta. Yo aguantaba porque no quedaba otra”.

PCE.3

Los resultados obtenidos por parte de las participantes nicaragüenses resaltan una realidad diferente entre los centros públicos y privados de atención al parto. La mayoría de ellas reconoce que el personal de salud no facilita la expresión personal del dolor de cada mujer durante el parto:

“Cuando tu pegas un grito pues entonces el doctor llega le sube a la radio para no escucharte, las enfermeras te miran mal y aparte de que no estás tú sola hay muchas ahí, por lo menos una cuatro o cinco personas en la misma sala”. PCN.5

“Entonces, si no hay dolores se acomodan, si no hablas igual... entonces como hay que hacer para que lo atiendan a una aquí le digo.... A mí me han contado que en los públicos es más horrible, yo no he tenido a ninguno de mis niños en públicos y mi cuñada dice de que tratan bien feo, lo mandan a caminar”. PCN.6

“Ellos no te dicen cállate, o bueno te pueden decir: baja la voz, no grites tanto [...] las enfermeras les decían: No niña, no grite. Y allí hay enfermeras que son bien atrevidas y te decían: Si pero cuando estás (se refiere al acto sexual) ahí no gritas ni nada...”.

PCN.9

El dolor en el parto es universal: parir duele. Partiendo de esta base, entender el dolor de parto como un hecho natural, inherente al proceso de parto, es la razón principal por la que el dolor se asume como parte intrínseca del proceso de parto. Aún siendo un momento desagradable para la mujer, no se considera un problema insuperable ya que existe el conocimiento de que finaliza tras la expulsión fetal (Robertson, 2004). A pesar de esto, autores como Saturnino, Paiva, Cavalcante & Ferreira (2010) muestran como la sensación del dolor en el parto representa un criterio que clasifica el proceso del parto como negativo, aunque sea necesario para el nacimiento. Según Bonica (1975), el dolor del trabajo de parto es irresistible en un 20% de los casos, siendo severo en un 30%, moderado en un 35% y mínimo o inexistente en un 15%.

La percepción del dolor de parto implica actitudes socioculturales asociadas a dicha percepción, donde factores como el dolor representa un valor potencial en una vivencia del parto satisfactoria (Moscovici, 2009). Así, Da Rocha, Franco & Baldin (2011), refuerzan esta postura indicando que los factores socioculturales interfieren en el modo en el que la parturienta siente e interpreta el dolor durante el proceso de parto. Asimismo, indica que el dolor, es definido como una experiencia sensorial y emocional desagradable, que en el parto se convierte en uno de los principales motivos de miedo y preocupación. Sin embargo, la diferencia entre el primer parto y el resto influye en la vivencia y percepción del dolor, además de la decisión sobre la vía de parto en embarazos futuros.

Otros estudios han demostrado que el dolor se incrementa cuanto mayor es la dilatación y tiene una correlación positiva con la duración, intensidad y frecuencia de las contracciones. También el patrón del parto parece ser diferente entre mujeres multíparas y nulíparas (Orte, 2012). Mateu, Paricio, Ferré (2011) indican que durante la primera etapa del trabajo de parto (antes de los 5 cm), las mujeres que nunca han tenido un hijo experimentan mayor dolor sensorial que las mujeres que ya han tenido algún hijo.

En esta misma línea, Duarte, Navarro-Vargas & Eslava-Schmalbach (2013) indican que la experiencia dolorosa en la mayoría de las gestantes está relacionada con factores que influyen en la sensación de dolor. La edad, la paridad o el nivel socioeconómico de la gestante representan los elementos de mayor influencia en la percepción del dolor. García-Delgado (2009) por el contrario indica que el dolor es algo subjetivo por lo que no es experimentado de igual forma por distintas personas. Si bien resalta, que el dolor de parto es de inicio agudo y final bien definido, donde la variabilidad individual influye en la percepción del dolor.

La percepción del dolor de parto varía según las características personales de cada mujer. Numerosas Organizaciones y Asociaciones como la OMS (1996,1999); el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2007,2010) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia enfatizan que los efectos beneficiosos que favorecen una percepción positiva del parto se basan en la atención de los mecanismos de progresión del parto, la atenuación del dolor y el soporte emocional de los padres durante todo el proceso de parto (Arнау, 2012).

En la presente investigación la intensidad del dolor está estrechamente ligada a la subcategoría percepción del dolor, en tanto en cuanto, las mujeres perciben los dolores de las contracciones con mayor intensidad conforme el parto avanza. Aunque esta aportación se expresa directamente entre las mujeres nicaragüenses, las ecuatorianas implícitamente tratan el dolor de parto de forma gradual. Estudios como el desarrollado por Hardy & Javert (1949) y posteriormente Pan & Eisenach (2009) reafirman como la intensidad del dolor durante el trabajo de parto crece de manera proporcional al borramiento y dilatación del cuello uterino.

Según García-Delgado (2009) el dolor de parto presenta, como característica intrínseca, la posibilidad de variación, de acuerdo a la evolución del mismo. En el periodo de dilatación o estadio 1, el dolor de parto difiere del dolor que se asocia en el estadio 2 o periodo expulsivo (Tabla 22). Durante el estadio 1 las mujeres clasifican el dolor de severo a insoportable, mientras que en el estadio 2 la puntuación en escalas de dolor es menor. Esta afirmación coincide con los resultados obtenidos, aunque varía en la forma en la que existe una explicación cultural asociada a la unión entre percepción del dolor e intensidad del mismo. Molina (1999) introduce una variable más en relación a la intensidad del dolor: la posición de la mujer durante el alumbramiento. La libertad de movimientos y posturas de las madres disminuye la intensidad de dolor percibida. Como se verá este hecho se reafirma con los resultados obtenidos de las narraciones de las participantes.

<i>Dolor en el estadio 1</i>	<i>Dolor en el estadio 2</i>
Localización difusa	Localización concreta
Dolor referido frecuente	No dolor referido
Relación con distensión cervical	Relación con distensión perineal
Intensidad creciente-decreciente	Intensidad decreciente-creciente
Respuesta vegetativa generalizada	Cambios circulatorios secundarios a maniobras de Valsalva intermitentes

Tabla 22. Variación dolor de parto.

Fuente: Extraída de García-Delgado, 2009.

Villela, De Almeida, De Souza & Villela (2007) indican que el dolor se inicia en la parte inferior del abdomen, irradiándose a la zona lumbar de la espalda y los muslos,

incrementándose con el aumento de las contracciones uterinas. Este hecho se refleja en los testimonios dados por participantes, tanto nicaragüenses como ecuatorianas, aunque pocas lo identifican de forma concreta.

Las características personales de cada mujer influyen positivamente en la intensidad percibida del dolor. Gredilla, et al. (2008) concluyeron que el dolor de parto descrito por las multíparas, a pesar de tener experiencias previas, suele tener puntuaciones más altas en intensidad, sobre todo, en los primeros estadios del parto. Otra característica estudiada en la investigación son los estudios universitarios. Las mujeres que los poseen definen el dolor como “leve”. Por tanto, un nivel educativo alto posibilita un mayor conocimiento del parto y de los aspectos que lo rodea. Los estudios de Herrera & Medina (2014) indican algunas aproximaciones a otras investigaciones, en donde destacan que durante la fase latente, la mujer puede seguir con dolor, de intensidad moderada a severa, dependiendo de factores como paridad, edad materna, uso de oxitócicos y significado de la maternidad para cada paciente.

La expresión del dolor está construida socioculturalmente, al igual que la percepción del dolor. Según The International Association for the Study of Pain (2010), para el cuerpo el dolor es un mecanismo de expresión fisiológica de desagravio o defensa, frente a una agresión real o potencial, por lo que la expresión y la reacción del individuo dan lugar a la interpretación emocional y social estructurada por la cultura.

Da Rocha, Franco & Baldin (2011) inciden en la importancia de la cultura en las expresiones del dolor de parto. Así, la cultura dictamina la forma y respuesta comportamental al dolor, en el que cada grupo social inclusive la familia, tiene su propia representación social del dolor conformando un lenguaje complejo y único. En algunas culturas se insta a que la mujer de parto permanezca en silencio, mientras que en otras se les permiten chillar y manifestar el dolor (Luque & Oliver, 2005). Este hecho coincide con los resultados obtenidos en esta Tesis, donde las expresiones de dolor no presentan una reacción natural en las poblaciones de mujeres.

Diversos estudios han hallado una asociación positiva entre la realización de estudios de la madre y el menor nivel de dolor expresado por la misma durante el parto (Ramírez, López & Esteve, 2004; Ministerio de Salud y Política Social, 2010). García-Delgado (2009) añade que

Es un dolor de gran intensidad, con una gran variabilidad interpersonal por la implicación de factores psicológicos como el miedo o la ansiedad, entre otros, así como factores físicos de índole diversa. Otras investigaciones (Caparrós, Núñez & Soriano, 2014) no establecieron ninguna asociación entre ambos parámetros. Molina (1999) describe la importancia de la preparación psicológica de la parturienta ante el parto. La relajación y las técnicas respiratorias son útiles para que la futura madre colabore sin temor en el parto. Sin embargo, estas técnicas únicamente son factibles cuando el dolor no es demasiado intenso.

4 SENTIMIENTOS ASOCIADOS AL PARTO

Del análisis de las entrevistas realizadas derivan todos aquellos sentimientos relacionados por las participantes durante el momento del parto. Una serie de experiencias, fundamentadas por las creencias culturales y las vivencias del alumbramiento.

4.1 Miedo/Angustia

El miedo y la angustia aparecen en los testimonios de todas las participantes, ambos grupos identifican principalmente el dolor durante el proceso del parto como uno de los causantes de mayor miedo para las embarazadas. Las entrevistas recogen como para ellas estos sentimientos suponen un estrés añadido al proceso del parto (Tabla 23).

Expresiones de las mujeres Ecuatorianas	Expresiones de las mujeres Nicaragüenses
<p>PCE.6 <i>“Pues me quedaba ese miedo y pensaba madre mía si me vuelvo a quedar embarazada otra vez no lo voy a aguantar porque yo ya lo había sufrido y me daba miedo por eso no quería tener más, por el dolor que pasaba”.</i></p>	<p>PCN.3 <i>“Mucho miedo y mucho dolor, porque me empezó así de repente y ya después me fui al médico y pasé muchas horas ahí”.</i></p>
<p>PCE.9 <i>“Angustia y rabia también porque no se me quitaba el dolor, una desesperación, un sofoco...”.</i></p>	<p>PCN.4 <i>“No sabía que tenía que pasar el dolor, por eso me daba miedo porque no sabía, porque no había experimentado”.</i></p>
<p>PCE.10 <i>“Sentía bastante miedo, al mismo tiempo que saliera ya y también pensando que iba a pasar ahora. Porque había escuchado que cuando sale el bebé era un dolor más intenso, pero yo lo noté igual”.</i></p>	<p>PCN.5 <i>“El primero, fue el peor porque van con miedo, no sabes a lo que vas, y cuando empiezas a notar unos dolores tú te crees que a lo mejor son esos los dolores y cuando llega la hora de los dolores que si son... la pasas muy mal”.</i></p>

Tabla 23. Diferencia en las expresiones entre ecuatorianas y nicaragüenses.

El temor hacia la vida del bebé durante el periodo expulsivo es uno de los argumentos que se recoge en únicamente una de los relatos aportados por las mujeres ecuatorianas:

“Temía que me pasara algo o al niño, porque dicen que uno no sabe lo que va a pasar cuando va a parir”. PCE.4

Asimismo, otra de las entrevistadas de este mismo grupo aportó un sentimiento de miedo hacia la muerte de la propia mujer durante el transcurso del parto:

“Miedo, siempre tenía miedo a morirme en el paritorio por no tener fuerza para empujar, porque el médico te va explicando de que tienes que ayudar y todo eso. El dolor fue muy intenso”. PCN.5

Todos los temores que aparecen relacionados con el parto se enlazan directamente con la percepción del dolor. Por tanto, la sensación de un parto con dolor hace recordar a la mujer un momento traumático de su vida, que un gran número de mujeres prefiere no repetir con tal de no padecer dolores semejantes.

4.2 “Sentimientos Encontrados”

La percepción de sentimientos ambiguos para las mujeres aparece entre un pequeño grupo de mujeres ecuatorianas, en las que la imposibilidad de definir con claridad las sensaciones que experimentan, producen un estado lineal en la opinión hacia el parto.

“Es como uno que está luchando con un hilo que se está rompiendo, es como si fuera entre la vida y la muerte, y al mismo tiempo la ilusión de ver a tu hijo nacer es como que te da fuerza para colaborar, por que el doctor te dice que empujes porque si no la criatura se va a morir, entonces tú ves eso y haces lo que sea porque ya no te importa el dolor y ya lo que venga me da igual”. PCE.6

El testimonio de esta madre refleja como el dolor del parto se encuentra en un apartado secundario en donde prima la vida de la mujer y la del hijo que va a dar a luz.

“No sé describirlo con palabras, es un dolor feo y a la vez bonito. Feo por que duele y bonito porque viene de tus entrañas, ese es mi criterio. Claro es feo por que una mujer no se merece ese dolor pero bonito porque es algo tuyo que vas a parir tú”. PCE.9

4.3 Rechazo hacia la pareja

El rechazo hacia la pareja durante el embarazo es un aspecto que genera en la mujer sentimientos de angustia y puede condicionar a la mujer ante el parto. La familia y la pareja son pilares fundamentales en la toma de decisiones y en la búsqueda de apoyo durante el alumbramiento, por lo que el desprecio hacia quien debe de apoyar a la futura madre en momentos delicados, como el parto, influye en el mismo.

“Sinceramente me lo pintaron de otra manera peor, pero cada mujer es un mundo, yo lo pasé fatal en mi embarazo, yo decía mil veces prefiero parir que sufrir los achaques del embarazo, esos 3 meses de angustias, no podía comer otra cosa que no fuera fruta. Los olores fuertes no los soportaba, incluso le cogí asco a mi marido y la doctora me dijo que era normal, cada persona tiene su olor corporal y mi marido tenía el suyo, no aguantaba cuando me cogía y me abrazaba. Ella me dijo que no sentía repulsión por mi marido, era normal por el embarazo, rechazas muchas cosas y olores, coges como rabia. Mi marido siempre me abrazaba durmiendo y todo eso y ya no me gustaba, prefería dormir sola”. PCE.8

4.4 Consecuencias negativas para las mujeres

Los sentimientos negativos de las madres hacia el nacimiento de sus hijos no aparecen reflejados en los resultados de la investigación. Ninguna de las mujeres trata el nacimiento de un hijo de una forma negativa. Sin embargo, el parto no es un aspecto indiferente para ninguna de ellas pues los recuerdos del dolor, durante el alumbramiento, están presentes.

Únicamente, dos de las participantes, de nacionalidad ecuatoriana, admiten, de forma intrínseca, los malos recuerdos evocados por el parto, así como los sentimientos en contra del mismo. Los sentimientos negativos relacionados con el parto, las contracciones y el periodo expulsivo crea en las mujeres una negativa de un nuevo embarazo.

“Los demás partos fueron más fuertes, yo dije que no iba a tener más hijos y después tuve 2 niños”. PCE.1

“Bueno allí la epidural no existe, seguro que alivia mucho porque son muchas horas de parto. No descansas, estás tensa y con dolores, no me gustó parir...”. PCE. 8

Los sentimientos durante el parto reflejan los significados del medio en el que viven las mujeres. Son ecos de los conceptos culturales sobre el parto, alimentados por la falta de información, los medios, los relatos de otras mujeres y el modelo de asistencia obstétrica.

Investigaciones como la desarrollada por Smith, Levett, Collins & Jones (2012) declaran como el dolor de parto puede ser peor percibido por las mujeres cuando éste va acompañado de tensión, ansiedad y miedo. Esta información corrobora las aportaciones de los resultados obtenidos, pues las mujeres magnifican la percepción del dolor de parto a causa del miedo y la angustia que este hecho les produce. El sociólogo Zborowski (1952) concluye que la percepción del dolor y los sentimientos que desencadenan, están condicionados por el propio sujeto y, sobre todo, por su educación.

Wyly & Allen (1990) junto con investigaciones de Schwatz, et al. (2015) señalaron que las madres atraviesan distintos estados emocionales durante el parto. Inicialmente, se encuentran en estado de shock, incapaces de concentrarse y de recibir información por parte del personal médico. Posteriormente, aparece el miedo, especialmente a la muerte del bebé. La proximidad de la fecha probable de parto revela sentimientos de miedo, asociados a posibles complicaciones fetales (Giaxa & Ferreira, 2011).

Las mujeres expresan un sentimiento de duda hacia el pronóstico y desarrollo del parto cuando se acerca la fecha del mismo, lo que les provoca sentimientos de miedo ya que para ellas llega el momento tras la larga espera. Bravo, Uribe & Contreras (2008) señalan que el sentimiento de miedo es de difícil exteriorización para las madres por lo que aportando una información adecuada, aumenta el nivel de control en el proceso del parto. Este hecho ratifica el testimonio dado por la participante del estudio en el que el miedo hacia la muerte del bebé aparece patente dado a que todavía no están en contacto con los hijos, llegándose a sentir frágiles e incompetentes en los trabajos de parto.

La expectación que presentan las madres hacia el momento del parto, entendido como una experiencia nueva junto con el dolor de las contracciones, da lugar a sentimientos de miedo y angustia que expresan de forma verbal, y a una mayor sensibilidad del momento que están

viviendo. El consejo de los familiares y la información, por parte de los profesionales, puede mejorar la situación de las futuras madres. Ellas declaran que el mejor apoyo es poder expresar sus sentimientos aumentando el apoyo y la comprensión hacia la realidad que están viviendo. De esta parte, trabajar con la matrona establece un clima de confianza y empatía en que la mujer expresa sus miedos, en los que el miedo al dolor presenta una mayor relevancia, seguido del miedo al parto y el miedo de acabar en cesárea (Partida, Mejías & De la Peña, 2015).

Díaz-Sáez, Catalán-Matamoras, Fernández-Martínez & Granados-Gámez (2011) mantienen que en general, las madres manifiestan sentimientos positivos en relación a los recuerdos del parto. Tan sólo dos cuestiones les provocan sentimientos ambiguos y contrapuestos: la lactancia materna y el momento de la dilatación y el parto. Sin embargo, según los resultados obtenidos en nuestra investigación se puede argumentar que la mayoría de los sentimientos asociados al parto son negativos, centrados en un predominio del miedo y el temor al dolor.

El trabajo de parto es un proceso esperado por la propia mujer y sus familiares, y se encuentra compuesto por significados (re)constituidos por la cultura. Los sentimientos que se pueden desencadenar durante el proceso del parto pueden ser diferentes. Miedo, recelo, alegría o sorpresa, son los más usuales en nuestras participantes. Por tanto, las mujeres se encuentran expuestas a una vulnerabilidad emocional que deben afrontar (Giaxa & Ferreira, 2011). Sin embargo, el miedo al parto se ha convertido en un miedo social generalizado para las mujeres, hayan sido madres o no. La percepción del acto de parir como un evento cargado de riesgos para la mujer y el feto ha generado un miedo “normalizado” extendido y aceptado socialmente.

Según las investigaciones de Zborowski (1958), Marques, Medeiros & Roverly (2012) y Cardús (2015), y dentro de un contexto favorable a aceptar el dolor en el parto como parte del proceso normal de parir, las mujeres no temerían al parto, mientras que en contextos en los que el dolor debe ser evitado, se aceptan las expresiones de dolor, sin ser sancionadas culturalmente, y se proporcionan los medios para evitarlo. Los relatos de los propios partos de las mujeres, responden, con voluntad de compartir, la experiencia vivida sobre el nacimiento de sus hijos e hijas, siendo independiente cuan terrible o perfecto haya sido su parto. Callister (2004) numera que los beneficios de compartir las narraciones del parto ayudan a integrarlo como parte de la vida, dando la oportunidad de discutir los miedos, preocupaciones o sentimientos de decepción hacia la experiencia del parto, favoreciendo finalmente, la comprensión de las propias fuerzas de la madre y sus capacidades.

5 DOLOR DE PARTO DESDE UN PUNTO DE VISTA CULTURAL

5.1 Factores socio-culturales

El significado del dolor del parto presenta connotaciones culturales desde cada grupo de mujeres. Aunque se ha investigado con una población de mujeres ecuatorianas y nicaragüenses, ambas se han forjado dentro de culturas afines en algunos aspectos, al igual que diferentes.

Existen factores que influyen dentro de la percepción del dolor como es el significado que aporta la forma de entender el parto. Tanto las mujeres nicaragüenses como ecuatorianas reflejan una realidad del dolor del parto desde una experiencia que *“hay que pasar”* como mujer.

Las mujeres ecuatorianas expresan este significado del dolor de parto como una experiencia propia de la mujer embarazada, aunque en sus relatos prima, por encima de todo, los dolores de parto.

“Yo creo que no hay que aguantar el dolor, creo que es lo que tienes que pasar para tener a un niño. Por ejemplo, mi sobrina tuvo un niño y no sintió nada porque le hicieron cesaríá”. PCE.1

“Aunque yo no estoy de acuerdo con esos dolores, yo decía que por qué no le daban esos dolores a los hombres... pero era algo que tenía que pasar...”. PCE.9

El comportamiento cultural dentro del grupo de participantes nicaragüenses varía, pues el significado del dolor de parto, aún siendo una experiencia que *“hay que pasar”*, está más arraigada. La mayoría de las futuras madres coinciden que el parir a sus hijos con dolor es propio del parto y de la mujer que quiera traer al mundo a su propio hijo.

“Bueno, es algo que todas las mujeres, es una experiencia que vamos a vivir, la que decida pues tener hijos en esta vida, pero si no quiere no lo vivirá esta experiencia”. PCN.1

“Tenemos que aguantar ese dolor, porque ahora como puedes ir a una clínica privada, hacerte cesárea... pero lo normal pues tenerlo con dolor, supuestamente”. PCN.2

“Porque el parto esta, se compone de eso del dolor, y para poder parir...hay partos sin dolor pero yo creo que el chiste es sentir el dolor, saber que se siente parir a un hijo, porque ahora con eso que ponen... si me la hubieran puesto ahora no te estuviera explicando que es un parto con dolor”. PCN.4

Otra de las razones por el que las mujeres nicaragüenses explican el significado del dolor de parto es la capacidad que presentan las mujeres, por el hecho de ser mujeres, de encontrar las técnicas para aguantar el dolor. Según los testimonios de las participantes, la mujer posee las capacidades para hacer frente al dolor de parto, como mujer que es.

“No considero que deben de guardar porque es un dolor horrible, no se lo deseo a nadie pero creo que... pues ya digamos que ya estamos destinadas para aguantarlo y que al final todas tenemos que pasar por lo mismo”. PCN.3

Dar a luz es un hecho que sólo pueden llevar a cabo las mujeres, por tanto, la compañía durante el momento del alumbramiento es principalmente femenina y con antecedentes de parto, pues sólo una mujer puede tener conocimiento del parto y todo aquello que implica como es el dolor o el sentir a tu hijo mientras lo pares, entre otros. Para la cultura nicaragüense toda mujer que quiera ser madre debe pasar por el parto y sentir los dolores que éste implica intrínsecamente, así sabrá cual es el proceso de tener un hijo y sentirlo.

“Hubiese querido tener a mi madre más que a mi marido. Hubiese querido tener a mi madre porque ella hubiese sabido lo que había porque ella ya ha pasado por eso, me podría ir indicando los pasos que tenía que seguir”. PCN.5

“Allá es una costumbre que la mujer tiene que parir con dolor, es nuestra creencia”. PCN.10

Desde otra visión, el significado del parto y de los dolores durante el trabajo de parto es definido como un *“dolor con sentido”*. Entre las participantes el término ser madre mantiene un significado entrelazado al parto natural. Las mujeres presentan sentimientos ambiguos, por

un lado existe la necesidad de sentir a tu hijo en el alumbramiento, aunque este hecho lleve implícito la necesidad de sufrir los dolores durante el trabajo de parto. Por tanto, la percepción del dolor de parto es un aspecto primario para las participantes ya que conlleva sentimientos negativos para la mujer. Sin embargo, al mismo tiempo es un aspecto que queda relegado a un nivel secundario en el momento en el que la futura madre lo reconoce como necesario para el alumbramiento de su hijo/a.

“Yo creo que sí debemos parir con dolor porque ahí se siente lo que es ser madre, se siente como viene el niño. Mis hijos están muy pegados a mí, a cada momento me llaman y no sé cómo he podido sobrevivir aquí sin ellos. Sin embargo mi hija, con ella fue distinto, lloraba porque no quería tenerla, pero a la vez sí, entonces se hizo muy duro para mí tenerla, y no es lo mismo, tuve que ponerme la epidural...”. PCE.4

“Pues el dolor....era un dolor pero también era una alegría el saber que ya ibas a tener a tu hijo. Yo creo que lo más bonito es sentir el dolor... ¿porqué tienen que cortar eso? Entonces uno no va a poder decir: soy madre. Porque ellas no saben lo que es parir un hijo normal... cerrarle, abrirle y despertarse con el hijo... ¡no! No sé no es lo mismo (epidural)”. PCN.4

“Tienes que sentir el dolor de parto, para sentir el amor... Es lo primero que uno dice y si no siento dolor no sé cómo sería ahí (España) no sé cómo miraría un padre. Puede ser que sientan menos a sus hijos por lo mismo que le digo que no sintieron el dolor de haber tenido a un hijo, solo que salió como que adoptan un niño que usted sabe que si lo agarran y no saben cómo fue digo yo...”. PCN.6

“Cuando tú no sientes los dolores de parto, como que no sientes el dolor de hijo, que no sabes lo que es parirlo. Mejor sentirlo porque así sabes lo que es parirlo”. PCN.11

5.2 Factores religioso-espirituales

Para las mujeres que practican la religión católica, el dolor de parto se explica en la Biblia. Las mujeres ecuatorianas presentan una aculturación mayor con la medicina moderna, al contrario de las nicaragüenses, cuyas tradiciones se entremezclan con la religión para dar una explicación de porqué la mujer debe soportar los dolores (Tabla 24).

Explicación religiosa del dolor de parto entre las mujeres ECUATORIANAS
<i>“Explicación religiosa del dolor de parto entre las mujeres”. PCE.10</i>
Explicación religiosa del dolor de parto entre las mujeres NICARAGÜENSES
<i>“Eso ya queda escrito por Dios, son palabras del señor que las dejo escritas, que las tenemos que sentir (contracciones)... parirás con dolor dice. Entonces bueno, tienes que parir con dolor, pero en un caso que no puede...ni modo. Si usted, va a tener bien su parto, está bien controlada, y viene bien (hijo/a), yo pienso que es mejor que duela”.</i> PCN.1
<i>“Yo digo que si por que el señor en la Biblia lo dejo escrito. Iban a parir con todo el dolor de su fuerza, entonces es algo que tenemos que pasar siempre ese dolor y fue algo bien duro, ese dolor es algo bien terrible”. PCN.6</i>
<i>“Una cosa que no puedes quitar es ese dolor porque ya Dios lo dejo así, ¿me entiendes? Igual parirlo, dice: parirás a tus hijos con dolor, con el dolor de tu alma. Pero si lo dijo Dios, ¿qué podemos decir...? ¿Qué Dios nos haya dejado sin dolor? Pues haya sido mejor. Pero él lo quiso dejar así, que nos costara, como dice”. PCN.8</i>

Tabla 24. Explicación religiosa del dolor de parto entre las mujeres ecuatorianas y nicaragüenses.

5.3 Empatía maternal

La empatía hacia las propias madres de las participantes aparece como una subcategoría secundaria del significado global de ser madre. De forma explícita, todas las mujeres hacen referencia a como el proceso de la maternidad se fija una vez das a luz a tu propio hijo. Sin embargo, tan sólo una de las mujeres relaciona su vivencia hacia un mayor respeto hacia las mujeres creando un vínculo entre todas ellas, donde el nexo de unión es el nacimiento de un nuevo ser.

“Para que así aprendamos a estimar a nuestras madres saber el sufrimiento que tuvo nuestras madres, el dolor que tuvo por nosotros, yo digo que sí. Entonces yo pienso, debemos sentir el dolor que sintió nuestras madres así vamos a darle valor a nuestro antepasado y saber como hicieron ellos también. Yo eso digo que tiene que parir natural porque si no, no es mujer, porque una mujer tiene que sentir esos dolores que sintió nuestras madres”. PCN. 7

5.4 Unión materno-filial

Al igual que la empatía maternal, la unión entre madre e hijo se ve ratificada por los comentarios de las mujeres de nacionalidad ecuatoriana, principalmente, hacia un parto por vía natural.

“Mi hermana tuvo a su hija por cesaría y ella decía que no tenía el cariño de coger a la niña por qué no lo ha sentido, pero en cambio mi hermana menor Adela, ella sí ha querido mucho a su niña, eso depende...”. PCE.2

Existe una percepción negativa de la cesárea, en la que no se adopta dentro de la cultura, como método usual para parir, únicamente es aceptada cuando el parto se desarrolla con complicaciones y la mujer no tiene alternativas de dar a luz de otra forma. De nuevo, surge una unión entre la percepción del dolor de parto, el alumbramiento por vía natural y la unión entre madre e hijo.

“No, no debemos aguantar el dolor, pero bueno, nos aferramos a nuestros hijos. Yo creo que sí porque al costarte tanto parirlo lo sientes más, bueno yo hablo por mí, es lo

mejor que yo tengo en mi vida [...] Los sentí más de forma natural, porque sentí un dolor que es de ser madre, en cambio con la cesaría te abren y no sientes nada. Con los dolores lo sientes más tuyo”. PCE.11

El significado del dolor está hecho desde los discursos hegemónicos de la biomedicina, en la que el dolor de parto se entiende como un sufrimiento que debe de ser evitado mediante el uso de analgesia (Arriscado, 2006). La perspectiva biomédica no reconoce el parto como un evento de significado cultural, por lo que tanto embarazo como parto son tratados más como enfermedades que como procesos naturales, a lo que gran parte de las investigaciones se refieren con el término “medicalización” (Jordan, 1993; Blázquez, 2005 & Murray, 2012).

Sin embargo, como se ha podido constatar en las narraciones de las participantes, la cultura define el contexto en el que la mujer percibe su experiencia del parto y la maternidad. Según las investigaciones de Núñez (2013), las mujeres que han experimentado un parto advierten la necesidad de considerar distintos significados y la separación entre dolor y sufrimiento. De esta forma, en las indagaciones realizadas en dicho estudio se diferencian distintas experiencias como: el sufrimiento a causa del dolor, dolor con placer, dolor imposible de soportar, dolor como sacrificio o dolor como síntoma de que todo va bien, entre otros. Dichas averiguaciones siguen la línea de los resultados obtenidos, en los que las mujeres sienten dolor durante el alumbramiento pero, al mismo tiempo, un gozo al dar significado a la palabra madre, conociendo las implicaciones de parir. Estas formas de vivencia del parto, demuestran las distintas concepciones sobre los significados culturales compartidos junto con las vivencias personales.

El parto y los significados que lleva consigo varían a lo largo de la historia según se halle influenciado por las actitudes culturales de la madre, además de la vida familiar de la misma. Por tanto, se puede valorar, a través de los testimonios de las mujeres, como las percepciones del parto cambia pero el proceso del parto no. Esta afirmación coincide con Alva (2005), al manifestar que los diversos grupos culturales otorgan su propio significado del parto, viéndolo como un evento central de la vida de las mujeres, rodeado de ritos y reglas cuya finalidad es proporcionar seguridad al feto y a la propia madre.

Etowa (2012) revela que el parto es uno de los momentos más significativos en la vida de una mujer. Además, añade que existen más rituales y prácticas culturales acerca de la maternidad

que cualquier otro evento de la vida. De esta forma, la variabilidad de experiencias y ritos, en relación a la maternidad, es entendida como un aspecto propio de ella, en la que se pueden encontrar distintas formas de afrontarla y vivenciarla.

La explicación del dolor de parto, desde la religión, la recogen Moya & Calatrava (2014), quienes reafirman que el dolor de parto presenta connotaciones religiosas en poblaciones como la Latinoamericana. El presente estudio pone de manifiesto como las participantes que practican la doctrina católica entienden el dolor de parto como un proceso propio de la naturaleza de la mujer, determinada por Dios en la creación. González-García (2014) señala que hay ciertas religiones en las que el hecho de sentir el dolor durante el alumbramiento da lugar a sentimientos más profundos de amor hacia el recién nacido.

En este sentido, Mallén-Pérez, Juvé-Udina, Roé-Justiniano & Domènech-Farrarons (2015) muestran en sus investigaciones como la religión católica introdujo la idea de parto como un castigo, consecuencia del pecado original. De este modo, el proceso del parto implica dolor y las medidas de alivio del mismo eran tentativa de pecado. Los testimonios de las participantes católicas remarcan la importancia de la religión dentro del proceso del parto, dando un significado a los dolores de las contracciones desde otra perspectiva, siendo asumido el proceso con resignación.

Dentro del amplio grupo de subcategorías resultantes, la unión materno-filial y la empatía maternal son las más novedosas. Las investigaciones halladas hasta la fecha analizan principalmente el modo de alivio del dolor. Los aspectos relacionados con las subcategorías de unión con el hijo o la empatía hacia el resto de mujeres que han sido madres, no se considera en los estudios realizados por otros autores. Cabe destacar que nos encontramos con una nueva forma de entender la maternidad, en la que las madres sienten la necesidad de dar a luz a sus hijos de forma natural, sin aliviar el dolor de parto con el fin de sentirlos y poder estar unidos a ellos, conociendo el significado subjetivo de la maternidad para ellas.

Callister, Khalaf, Semenic, Katchner & Vehvilainen-Julkunen (2003) señalan que el parto representa una de las experiencias de mayor dolor para la mujer. Sin embargo, en otro de los estudios de los mismos autores, ellos manifiestan que el parto puede ser visto desde dos ópticas diferentes: como una crisis en la vida de la mujer o como una tarea de desarrollo, una prueba de feminidad. Una experiencia cumbre en la vida de la mujer en la que la competencia

personal es puesta a prueba. De esta forma, el dolor del parto pasa a ser un elemento secundario en la experiencia de algunas mujeres, como se puede valorar en los testimonios de las participantes. De acuerdo con Nichols (1996), los aspectos fisiológicos del parto son iguales para toda mujer. Por el contrario, el significado del parto se encuentra definido por las creencias culturales y tradiciones de las futuras madres (Drake, 2014). Así se aprecia como, en cada una de las participantes, el significado de la experiencia del parto es único y absolutamente personal.

6 CONTROL DEL DOLOR DE PARTO

6.1 Métodos naturales en el trabajo de parto

En relación al último de los objetivos específicos, mediante el testimonio de las participantes, existen consonancias en relación a los remedios naturales adoptados para agilizar el parto. Caminar supone, tanto en la cultura nicaragüense como en la ecuatoriana, un método que favorece el inicio del trabajo de parto (Tabla 25).

ECUATORIANAS	NICARAGÜENSES
<p><i>“El primero casi lo tengo en casa, ya cuando tenía la cabeza fuera tuvieron que llevarme en la camilla. Es que yo caminaba y sigo caminando. Me favoreció mucho. Con la última ya yo no caminaba, pero con el primero me iba de un pueblo a otro pueblo andando... 2 o 3 horas, me iba a que me sacaran sangre de un centro de salud que trabajaban en una iglesia que sacaban gratis para los que no tenían dinero”.</i></p> <p>PCE. 4</p>	<p><i>“Caminar es bueno para que te baje la barriga... me puso a caminar para un lado para el otro lado y ya fuimos al médico por que los dolores no eran fuertes, y me dijo que me faltaba todavía unos 6 cm o así”.</i></p> <p>PCN.2</p>
<p><i>“Me hacían caminar, lloraba, no quería que nadie me tocara ni me molestara”.</i></p> <p>PCE.11</p>	<p><i>“Yo lo que si hacía era caminar, caminar, caminar”.</i></p> <p>PCN.7</p>
	<p><i>“El hospital estaba retiradito: estamos hablando como de unos... dos o tres kilómetros, entonces me fui caminado y pues al rato, como estaba temprano para parir me hizo bien caminar. Entonces me dijeron: Camina porque eso te va a hacer bien, entonces me fui caminando”.</i></p> <p>PCN. 11</p>

Tabla 25. Métodos naturales en el parto: caminada.

El uso de infusiones o tés es común entre las dos culturas. Sin embargo, los productos que utilizan para las infusiones difieren entre las mujeres ecuatorianas y nicaragüenses. Las primeras hacen uso de la madera y la albica para acelerar el trabajo de parto y calmar los dolores de las contracciones.

“A mí me daban de beber una especie de madera que la ponían a hervir para que me calmara los dolores, y otras que me daban para que me viniera rápido el parto”.
PCE.4

“Allí medicinas no daban, lo que si daban en la casa mi suegra era como un té de albica, que a la hora llegada te apuraba los dolores, era como un empuje más rápido, si almejar era un dolor lento, pues te apuraba el dolor, era de unas plantas medicinales”. PCE.6

Otro de las bebidas que aumentan la repetición de contracciones es beber agua de monte. Esta bebida no es usual entre las mujeres de la ciudad sino que es una costumbre antigua y que corresponde a las mujeres de zonas rurales:

“Mi madre como vivíamos en el campo, dicen que hay montes que si bebes de allí agua, acelera el parto”. PCE.2

Por el contrario, el uso de tés es igual de frecuente en la cultura nicaragüense aunque mucho más amplio que la ecuatoriana. La raíz de limón cocida, la hoja de la naranja borde o las infusiones de tila y manzanilla natural, son las principales plantas medicinales utilizadas. La raíz de limón se utiliza principalmente para aumentar la rapidez del parto, favoreciendo la expulsión del bebé, mientras que la tila, manzanilla y la cocedura de hoja de naranja borde alivia el estado nervioso de las madres, relajándolas en el momento del parto:

“Cocimientos son manzanilla montón de hierbas que cuecen que yo ni sé, yo lo bebía poco. También hacen la hoja de la naranja borde cocida lo más que todo es que te ayuda y te tranquiliza un poco para que no estés muy nerviosa”. PCN.6

“Cuando te vas a dar a luz, lo que nos daba era un té de raíces de limón, no se con que otra cosa y eso nos apuraba el parto [...] La limonada, las raíces de limón, eso te sirve

para expulsar más rápido, que te den más rápido los dolores y expulsar más rápido”.
PCN.8

“Yo le dije que estaba con dolores, entonces me hizo la raíz de limón. Me hizo un cocimiento, y me le puso miel, y entonces esa ramita yo me la tomé. Y era supuestamente para que me ayudara a parir”. PCN.9

“Hay gente que toma alguna tila con limón miel o manzanilla un licor dice que eso relaja”. PCN.11

El uso de alimentos está presente dentro de las mujeres nicaragüenses para aligerar el parto, no en las ecuatorianas donde sólo se utilizan infusiones para acelerar o calmar el parto.

“También te dicen que si te haces un caldo antes de irte a parir, un caldo de pato pero de pichón el pequeñito que se supone que las mujeres embarazadas cuando tienen menos tiempo no deben de tomarlo porque eso aligera un poco el parto lo que es aligera no es quitar dolor es aligerarlo”. PCN.5

6.2 Métodos mecánicos o manuales

Los remedios para el alivio del dolor durante el trabajo de parto se presentan distintos entre las mujeres de origen nicaragüense y las ecuatorianas. Dentro de la cultura ecuatoriana las mujeres muestran como la postura para parir y el sobo de la barriga, por parte de la partera, son los principales métodos que agilizan el parto. El parto tradicional y con libre postura para la futura madre, se recoge dentro de los testimonios de las mujeres ecuatorianas.

“La partera me sobaba la barriga...Pues me tocan la barriga para ver si está bien la postura, no es como aquí que con la ecografía te dicen como está”. PCE.3

“También me hacían para sobarme la barriga para que el niño se pusiera en su sitio. Venía una mujer que supuestamente sabía de eso, me ayudaba a la hora del parto”. PCE.11

El número de posturas que destacan, en el grupo de las participantes ecuatorianas, es más amplio que el de las mujeres nicaragüenses, quienes sólo tratan la postura en cuclillas para el parto. Para las ecuatorianas parir de rodillas, sentadas o tumbadas disminuye el dolor de las contracciones de parto.

“Yo paría arrodillada porque decían que dolía menos”. PCE.7

“Normalmente es la mujer tumbada en la cama y en ocasiones sentadas como si estuvieras haciendo caca. En ocasiones me empujaban en la barriga para que saliera más rápido”. PCE.8

“Yo sólo me acuerdo de que me cogí de la barandilla y me senté [...] yo estoy acostada y la doctora me empezó a hacer así, a sobarme la panza”. PCN.4

Dentro de la postura del parto destaca un testimonio de una de las participantes nicaragüenses, la cual hace referencia directa al estilo del parto tradicional:

“La puso de rodillas [...] y la estaba haciendo parir. La amarro con un trapo, y la estaba haciendo parir”. PCN.1

Este hecho refleja la variedad de métodos entre la población nicaragüense y la ecuatoriana, lo que confirma el cuarto de los objetivos específicos, la variedad cultural entre las poblaciones de mujeres que han participado en la investigación.

La cultura de la gestante influye en el uso de plantas medicinales y prácticas empíricas en el momento del parto. Las diferencias entre mujeres de nacionalidad ecuatoriana y nicaragüense se sustentan en los testimonios de las mismas. Las infusiones, tés y uso de distintas hierbas

medicinales, forman parte de la cultura latinoamericana. Sin embargo, varía el tipo de planta medicinal utilizada entre las poblaciones para el mismo fin: agilizar el proceso del parto.

Bohórquez & Zambrano (2009) matizan el uso terapéutico de las hierbas medicinales, siendo de uso amplio en las poblaciones latinoamericanas. El aporte de la medicina tradicional indígena se entremezcla con los conocimientos traídos por los españoles y la contribución de la cultura africana, dando lugar a la medicina tradicional actual. Los estudios en relación a la medicina con hierbas son escasos, siendo de menos cantidad aún los que señalan la importancia de las propiedades, dosis, eficacia y seguridad de éstas (Westfall, 2004).

Los países latinoamericanos, donde se prioriza el uso de plantas medicinales, son Colombia y Perú (Molina-Mendoza, Galván-Villanueva, Patiño & Fernández, 2012). La presente investigación muestra que el uso de plantas medicinales se establece igualmente en Ecuador y Nicaragua, en donde la flora es ampliamente rica y el acceso a los hospitales es dificultoso, lo que da lugar al uso de remedios caseros y medicinas populares.

El déficit de información, acerca del uso de hierbas medicinales en el embarazo y sus creencias sobre los efectos en el parto, remarca la escasez de los estudios hasta la fecha. Este hecho da lugar a un uso incontrolado de infusiones en los que se desconocen los efectos sobre la madre y el feto.

Dentro de la variedad de plantas utilizadas, Pulido, Vázquez & Villamizar (2012) muestran como la manzanilla y el brebo son las principales hierbas utilizadas en infusión para acelerar el parto en las gestantes. Sin embargo, en esta investigación existe una variabilidad mayor en las infusiones para agilizar las contracciones uterinas y facilitar la expulsión del feto. La mayoría de las pacientes prefiere usar la infusión como método más práctico y eficaz del uso de plantas medicinales (Amaya & Contreras, 2008).

La diferencia entre poblaciones se remarca en las variedades de hierbas utilizadas y la aplicación de las mismas. En Ecuador el fundamento del uso de medicina tradicional y toma de infusiones se basa en pensar que las medicinas naturales no son malas ni hacen mal a ninguna persona (Portocarrero, Palma-Pinero, Pesantes, Seminario & Lema, 2015).

Rodríguez & Vargas en su investigación sobre conocimientos y prácticas para el manejo del dolor durante el proceso de parto, en un grupo de mujeres puérperas, determinaron que los conocimientos relacionados con la dieta para manejar el dolor, durante el trabajo de parto y parto, no se pudo identificar de forma específica. Algunas madres conocen el uso de aguas aromáticas en el momento del inicio del trabajo de parto como el agua de manzanilla, hierbabuena e hinojo, pero otras no. Este hecho coincide con las aportaciones de las participantes, de las que tan sólo 5 de las 22 conocen y han hecho uso de las plantas medicinales.

Rodríguez (2013), remarca que son las comunidades campesinas las cultivadoras de plantas medicinales. Las parteras, son las transformadoras de los productos primarios en infusiones, cataplasmas, cremas o baños de asiento, entre otros. Algunos estudios han encontrado como el conocimiento del uso de las hierbas durante el parto es transmitido entre las mujeres de la zona. Esta investigación remarca como la aplicación de hierbas es utilizada por mujeres tradicionales y antiguas, aunque no se pronuncia el término partera. Lora & Naváez (2010) indican que el predominio de las creencias ancestrales se mantiene de forma directa o indirecta sin que el paso del tiempo les afecte, existiendo la misma concepción sobre la medicina tradicional entre mujeres adultas y jóvenes.

Sin embargo, los resultados del trabajo indican como las participantes del estudio se muestran pasivas ante el uso de la medicina tradicional, aún no teniendo una creencia firme en los efectos. La investigación de Quinatoa (2015) sobre el uso de hierbas medicinales en el embarazo y su relación con las creencias acerca de los efectos en el parto, encontró que la totalidad de las mujeres encuestadas usa o ha usado, en alguna etapa del embarazo, plantas medicinales como recurso terapéutico para aliviar ciertas dolencias propias del mismo. Además determinó que todas estas prácticas están mediadas por las creencias familiares, con intervención de las madres, abuelas, hermanos y demás miembros de la familia.

Desde los organismos internacionales se reconocen los conocimientos y el uso de la medicina tradicional como un sustento fundamental en la cultura de la población indígena. Sin embargo, las investigaciones sobre toxicidad, efectos adversos y complicaciones, tras el consumo de hierbas en la madre y el feto, quedan pendientes de estudio, dejando un terreno por explorar.

Dentro de las prácticas culturales, asociadas al momento del parto y como alivio del dolor durante el trabajo de parto, se encuentra entre las gestantes ecuatorianas de nuestro estudio la práctica de los sobos por parte de las parteras, como forma de unión con las creencias y tradiciones indígenas. Estudios llevados a cabo por Muñoz, et al. (2012) revelan como dentro de las prácticas del cuidado de la gestante, los sobos forman parte de una preparación previa al parto, siendo las parteras las responsables de la atención física de la gestante. La determinación de la posición del bebé y su acomodación a lo largo del embarazo son fundamentales dentro de la cultura Latinoamericana. Sin embargo, a la vista de los resultados obtenidos dicha práctica se asocia a mujeres rurales y con tradiciones más arraigadas. De las mujeres participantes, la mayoría no realizan dicha práctica, si bien se desconocen los motivos por los que prescinden de ella. Vázquez (2006) indica que la práctica de colocación fetal tradicional en la cultura indígena está unificada al consumo de ciertos alimentos y el uso de plantas medicinales.

Investigaciones como la de Lara & Ruiz (2009) reflejan como la sobada forma parte del proceso de cuidado y protección de la vida de la mujer. La ejecución de acciones de forma secuencial por parte de la partera ayuda en la expulsión del feto durante el trabajo de parto. Madrid & Castillo (2003) y, posteriormente, Fernández-Juárez (2008) indica por el contrario que el proceso de sobo se lleva a cabo en el postparto, realizándose como cierre del proceso de reproducción y sexualidad de las mujeres tras el alumbramiento. Dichas afirmaciones coinciden parcialmente con los testimonios de las participantes de nacionalidad ecuatoriana, en el uso de la partera y los sobos para facilitar el parto. En este estudio se puede afirmar que la práctica de sobar es un arte propio de la partera tradicional. Sin embargo, es una tradición cada vez menos experimentada por las futuras madres de nacionalidad ecuatoriana y sin prácticas aparentes por las mujeres nicaragüenses.

La posición de la madre para dar a luz es significativa entre las mujeres ecuatorianas y nicaragüenses, mucho más explícita dentro del grupo de las primeras. Ha sido difícil analizar la posición de parto de las participantes ya que la mayoría de ellas se dirigieron a los centros hospitalarios para el alumbramiento. Lugones & Ramírez (2012) en su investigación sobre las posturas de parto adoptadas por las mujeres a través de la historia y la cultura, consideran que los factores que influyen en la posición adoptada por la mujer, son numerosos y complejos, pues las sociedades contemporáneas establecen el medio hospitalario como lugar donde ir a

dar a luz. Además, añade que en dichos sitios las normas están modeladas para facilitar las exigencias y la comodidad del personal médico.

La conducta de las mujeres ecuatorianas del estudio se puede considerar “instintiva”, aunque se encuentra influida por las normas establecidas de cada lugar, país e influencia cultural. Resulta complicado conocer en profundidad la diferencia en la posición de las mujeres al parir entre nacionalidades distintas, debido a las escasas referencias antropológicas que se han podido recoger. Se conoce, por diferentes fuentes, que la libertad de movimiento y cambio de postura durante el parto es muy importante para que éste se desarrolle de forma fisiológica. Quizá la fuente más profunda sería el conocimiento intuitivo que han tenido las mujeres a lo largo de la historia (Pérez, 2015). En general, las investigaciones colocan a la mujer en posición vertical en el parto, aprovechando la fuerza de la gravedad (Lawrence, Lewis, Hofmeyr, & Styles, 2013). Calderón & Ruiz (2010) señalan en su trabajo las numerosas ventajas de parir de forma vertical en el parto como son: respiratorias, mecánicas o psicoafectivas para la madre, además de la reducción del dolor.

Ponce (2014), en su investigación sobre la labor de parto, muestra como las mujeres que deciden la posición que prefieren adoptar durante el parto, tienen mayor sensación de libertad, control y participación durante el mismo. Igualmente, se da un protagonismo mayor a la mujer aportándole satisfacción y un recuerdo positivo de la experiencia vivida. En relación con la investigación, las mujeres optan por una posición vertical para el parto pero dicha decisión no ha sido respetada por el personal de salud hospitalario. La posición de rodillas y en cuclillas logran que las mujeres tengan menos dolor durante el alumbramiento, y contribuyen a que los partos sean más cortos.

Sin embargo, las investigaciones reflejan que todas las posturas comendadas para dar a luz son válidas porque presentan beneficios para la mujer. Lo significativo es no encasillar a la mujer en una postura, sino aceptarlas a todas como posibles, valorando el deseo de la mujer a adoptar una u otra.

7 ADAPTACIÓN E INTERPRETACIÓN DEL MODELO DEL SOL NACIENTE

Leininger (1978) insta a buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado. Los diagnósticos sin base de conocimiento cultural se convierten en serios problemas para la cultura, puesto que condicionan los resultados desfavorables para las personas. A partir de la adaptación del Modelo del Sol Naciente de Leininger, se conforma una estructura teórica de los cuidados multiculturales interrelacionados entre mujeres de nacionalidades distintas. La finalidad del este proceso es ejercer como herramienta para comprender los modelos de cuidado hacia las mujeres ecuatorianas y nicaragüenses, según su percepción del dolor de parto. Además, como labor última, el conocimiento de las costumbres y tradiciones contribuye a la planificación de cuidados culturalmente congruentes.

Leininger concibió el Modelo del Sol Naciente en dos partes, una mitad superior correspondiente al nivel de abstracción en el que se representan la perpetuación de las prácticas relacionadas con el alumbramiento, fundamentadas por la etnohistoria, el contexto y el lenguaje. Otra mitad inferior dividida en tres niveles que muestran la relación entre las personas y los modelos de actuación, entre el cuidado enfermero y la cultura. Así, la Enfermería actúa como nexo de unión entre cuidados populares y profesionales adaptándolos a la salud integral de las mujeres.

El primer nivel se basa en el estudio del origen del parto como cuidado. En este ámbito se representa las tradiciones y costumbres de las distintas culturas con relación al trabajo de parto. Mediante este nivel se puede indagar y comprender, a través de los testimonios de las mujeres ecuatorianas y nicaragüenses, la naturaleza de las prácticas de cada individuo desde una perspectiva cultural específica en cada grupo.

El segundo nivel proporciona información de las personas como seres individuales o bien como participantes de una comunidad o institución, en la que las percepciones del dolor de parto se entienden como propias de dicha cultura.

Dentro del tercer nivel se unen en un conjunto los sistemas, tradiciones y prácticas que identifican la diversidad de cuidado, permitiendo un trabajo interdisciplinar a nivel profesional y comunitario.

Por último, en el cuarto nivel los cuidados de enfermería se adoptan para conseguir una adaptación cultural e interculturalidad de cuidados y personas en contextos distintos, comprendiendo e interiorizando en los factores que influyen en la percepción del dolor de parto para conseguir un mayor protagonismo de la mujer en el mismo y proporcionando cuidados coherentes con la cultura y las tradiciones.

Conceptos como: persona, salud, entorno y enfermería se adaptan a la percepción del dolor de parto para concebirlo como un cuidado cultural. El entorno, es una visión global del mundo, la estructura social y el contexto ambiental de cada mujer. Del mismo modo, la salud es el completo estado de bienestar pero, a pesar de ser universal en todas las culturas, se define de forma distinta en cada una de ellas, siendo los cuidados diferentes y en consonancia con las tradiciones y creencias en cada nacionalidad. La persona se presenta en un segundo nivel, introduciéndose en un sistema comunitario y social que expresa sus cuidados desde la concepción interior de cada uno y la cultura. Finalmente, el concepto Enfermería forma parte del sistema de cuidados a través de las decisiones enfermeras para mejorar la salud de las mujeres.

Por tanto, la Disciplina Enfermera, dentro del sistema hospitalario y de maternidad, representa un eje indispensable en la participación de procesos de cambio social y aceptación de nuevas prácticas, estableciendo un respeto cultural y favoreciendo la multiculturalidad de acciones.

8 IMPLICACIONES DEL ESTUDIO

Las implicaciones de la investigación se centran dentro del contexto sanitario de los hospitales públicos y privados de Ecuador, Nicaragua y España, donde los hallazgos que derivan del estudio pueden contribuir a favorecer las necesidades de las parturientas, en el momento del alumbramiento.

Los diálogos interculturales entre la investigadora y las mujeres de nacionalidad ecuatoriana y nicaragüense favorece la interculturalidad entre países, rompiendo las fronteras de la maternidad guiando hacia una sociedad multicultural en la que las prácticas y costumbres

culturales, relacionadas con el parto, se entremezclen a favor de la integridad de la madre y el feto.

Estudios de este tipo favorecen la postura humanista de la disciplina enfermera, confeccionando herramientas, modelos de conducta y de desarrollo integral de los cuidados centrados en la vivencia del parto y, sobre todo, en las necesidades de la gestante. La integración de perspectivas culturalmente distintas a la española amplían el conocimiento de las costumbres, prácticas y cuidados de sociedades que se pueden integrar dentro del contexto español.

Así, a lo largo de la presente tesis se valora como Antropología y Enfermería se complementan, reafirmando la necesidad de la una en la otra para revalidar la vocación transcultural de nuestra disciplina, siendo la medidora de los cuidados ante prácticas entre mujeres de nacionalidad distinta, unidas por el cuidado ligado a la cultura y la tradición.

Desde el punto de vista de la libertad y de los derechos iguales hacia toda persona, la elección del parto y la importancia de factores como el dolor, el miedo o la angustia, durante el alumbramiento, reafirman la importancia de la práctica enfermera y su posible traslado hacia sociedades diferentes a la propia, orientando los cuidados desde la transculturalidad.

Mediante enfoques creativos y prácticos del personal de los hospitales, además de intervenciones e investigaciones específicas de la percepción de la mujer, se reorientan los cuidados y se avanza hacia una sociedad multicultural.

A nivel general, para prestar una mejor atención sanitaria, adoptaríamos un modelo de salud, constituido por (Basado en el Plan de Parto y Nacimiento):

- Respetar la cultura y religión de las mujeres, aplicando necesidades especiales en la atención, como se ha constado en nuestros resultados.
- Incorporar estrategias de apoyo para el dolor: posturas, movilidad, ambiente tranquilo, técnicas para favorecer la relajación.
- Favorecer el uso de materiales de apoyo: cojines, pelotas, etc.
- Permitir el acompañamiento del familiar que desee.
- Promover el contacto precoz con el recién nacido, piel con piel, lactancia materna y así favorecer el vínculo afectivo madre/padre/hijo-a.

- Mantener al máximo al bebé con su madre, tanto en el traslado a la habitación, como el tiempo de hospitalización.

9 LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación recoge la percepción del dolor de parto de mujeres nicaragüenses y ecuatorianas dentro de una sociedad y un contexto cultural. Se refleja la realidad de una sociedad en continuo cambio, en el que la necesidad de inmigrar a otros países, los nuevos métodos anticonceptivos y los avances en la tecnología de alivio del dolor, transforman la realidad de dichas mujeres en relación a la atención del parto. Esto genera la necesidad de profundizar y reenfocar las investigaciones que se llevan a cabo para generar un conocimiento completo y holístico de la realidad del parto en Nicaragua y Ecuador, según las características del medio en el que viven. Del mismo modo, es necesario ampliar los estudios hacia vías que muestren una eficacia en la promoción de cuidados hacia la madre y el recién nacido.

Así, una vez mostrado el modelo de significados, expresiones e interpretaciones dadas hacia la percepción del dolor de parto, elaboradas por las propias participantes del estudio, es necesaria su aplicación en el medio hospitalario, tanto nacional como latinoamericano.

A pesar de las limitaciones de la investigación, el conocimiento de las prácticas y percepciones de las mujeres nicaragüenses y ecuatorianas, relacionadas con el dolor en el parto, forma la base de un modelo de cuidados, tanto para sus países de origen, como para aquellos hacia donde migran.

La creación de una base de conocimiento para el personal sanitario puede facilitar intervenciones específicas con este grupo poblacional. Intervenciones que deberán ser adaptadas y ratificadas por las mujeres que alumbren en centros hospitalarios de Nicaragua, y Ecuador con el fin de establecer acciones eficaces para el cuidado de la mujer embarazada en otros países, como España.

El significado del dolor de parto, los métodos de alivio del dolor y la perspectiva del mismo entre las mujeres nicaragüenses y ecuatorianas, completa una perspectiva diferente del dolor

de parto, en la que la concienciación de la población residente en dichos países dará lugar al incremento de investigaciones con metodología cualitativa con el fin de comprobar y comparar la perspectiva con otras culturas. La creación de un modelo mixto de cuidados en el que la medicina moderna y la tradicional se unan favorece la implementación de técnicas de ayuda y control ante el dolor de parto.

En resumen, existen limitaciones que guían hacia nuevos campos de estudio, además de perspectivas nuevas de trabajo en un ámbito en el que parto, cultura y cuidados se unen hacia un terreno de estudio con labores ya iniciadas.

CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES

Tras el análisis y discusión de los resultados obtenidos en la presente investigación, nos encontramos en la posición de dar respuesta a nuestra pregunta de investigación resultante del objetivo principal y los específicos del estudio. De tal modo podemos concluir que:

1. En relación con el primer objetivo, esta investigación proporciona una perspectiva del dolor de parto desde dos nacionalidades latinoamericanas: Nicaragua y Ecuador, en donde el parto es percibido por cada mujer de forma única, aunque la manera en la que la mujer responde ante la experiencia del parto es determinada por:
 - la experiencia de vida previa: vida familiar, el aprendizaje personal, la confianza en ella misma.
 - el apoyo emocional durante el proceso del parto en el que se prefiere a una mujer del círculo familiar de la futura madre por su experiencia previa.
2. La percepción del dolor de parto se encuentra definida por la cultura de las mujeres, e influenciada por las vivencias y comentarios de mujeres de su sociedad, viéndose como un proceso de endoculturación.
3. La percepción del dolor, relacionado con el segundo objetivo de la investigación, se percibe de igual manera entre las mujeres nicaragüenses y ecuatorianas sin existir diferencia entre la nacionalidad de las parturientas, aunque existen diferencias entre la descripción del dolor en función de la cultura. Si bien es importante resaltar que La vivencia del dolor de parto es individual y propia de cada gestante.
4. En relación al segundo de los objetivos específicos, los factores que influyen en la percepción del dolor pueden ser propios de la mujer como la cultura, religión, los antecedentes obstétricos, el modo personal de vivir la propia sexualidad y de entender el parto y la voluntad de la gestante de implicarse activamente en el proceso y sus expectativas.
5. El dolor de parto también está influido por factores externos que modifican la vivencia del dolor, como el ambiente que rodea a la mujer durante la gestación y el

parto, el acompañamiento y apoyo de la pareja o de la familia, los patrones culturales aprendidos, la relación terapéutica con los profesionales y el aprendizaje sobre el uso de métodos de alivio del dolor.

6. Los sentimientos de miedo y ansiedad ante el parto y los peligros a los que se expone madre e hijo se reflejan en el estudio en el tercero de los objetivos específicos, pueden magnificar la experiencia del dolor. La etnia se ha asociado con distintos factores biológicos que justifican una distinta percepción del dolor.
7. El grado de temor o el nivel de ansiedad en el primer parto se asocia al desconocimiento de las mujeres sobre la experiencia que van a vivenciar. De esta forma, sentimientos negativos sobre el parto aumentan el nivel de estrés y la preocupación de la madre y por consiguiente el dolor de parto.
8. Los significados que presenta el dolor de parto son descritos que se caracterizan en la simultaneidad de emociones positivas y negativas. Los adjetivos que lo califican de forma positiva: “un dolor soportable”, “un dolor bonito” o “un dolor con sentido” ya que se producen dos situaciones para la mujer. Por un lado el momento del parto, el cual produce dolor y al mismo tiempo dar a luz a tu propio hijo/a. Así también es descrito como: “un dolor que compensa” o “que vale la pena”. En este sentido, el dolor de parto es excepcional: ninguna otra situación o experiencia dolorosa para el ser humano es referida en estos términos positivos.
9. Finalmente, el cuarto de los objetivos específicos relaciona que aunque el proceso del parto es doloroso para las mujeres, dentro de las participantes ecuatorianas el partir con dolor al hijo es entendido por las mismas como un vínculo entre madre-hijo, reconociendo el dolor de parto como un proceso propio del parto y de la mujer relegado a un segundo plano.
10. Existe una diferencia entre las nacionalidades de las mujeres en relación al alumbramiento. En sus países de origen, las mujeres ecuatorianas llevan a cabo la mayoría de los partos en centros hospitalarios, mientras que las nicaragüenses a causa de la dificultad de acceso lo hacen en el domicilio, siendo asistidas por parteras con escasa formación, dando lugar a mayores complicaciones durante y tras el parto.

11. Para el dolor del trabajo de parto se dispone de alternativas viables de tratamiento. Sin embargo, una inmensa mayoría de las mujeres, en particular de los estratos sociales más humildes, lo sufren innecesariamente sin posibilidad de acceso a medios de alivio del dolor, únicamente los tradicionales. Las mujeres de nuestro estudio nicaragüenses no tienen acceso a métodos de alivio del dolor farmacológicos sino que son tradicionales, basados en el uso de plantas y hierbas medicinales. Desde el grupo de mujeres ecuatorianas, los alumbramientos se desarrollan en medio hospitalario por lo que disponen de alternativas.

12. La agilización del parto residen en la necesidad de la mujer de disminuir los dolores de las contracciones producidas en el alumbramiento. Los métodos de medicina tradicional están presentes en la cultura latinoamericana siendo administrados por parteras tradicionales para facilitar el parto.

13. El estudio del parto desde la antropología ayuda a generar modelos de atención a la salud desde cuidados culturalmente competentes para la mujer y el recién nacido. La importancia de un diálogo intercultural y la autonomía de las mujeres sobre su alumbramiento positiviza la experiencia del parto.

En definitiva, nuestra investigación permite evidenciar la necesidad de las mujeres latinoamericanas de conocer e incorporar a los servicios hospitalarios tanto latinoamericanos como españoles las tradiciones culturales y prácticas del parto. Implementar intervenciones que garanticen la participación activa del personal enfermero contribuye a una mejor impresión del parto por parte de la mujer. Con una adecuada comunicación entre mujeres y profesionales, contribuye de forma decisiva a que el parto constituya para estas mujeres y sus familias, una experiencia positiva. La satisfacción de la mujer en el parto, el dolor, su alivio y las intervenciones durante el parto son factores menos importantes que la actitud y el comportamiento de los profesionales de quienes la cuidan, por lo que sugerimos una alta cualificación tanto en la enfermería especialista como generalista, para la atención del parto normal.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aduloju, O. P. (2014). Pain perception among parturients at a University Teaching Hospital, South-Western Nigeria. *Nigerian Medical Journal*, 54 (4), 211-216.
- Aguilar, O., Carrasco, M.I., García, M.A., Saldivar, A. & Ostiguin, R.M. (2007). Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. *Revista Universitaria ENEO-UNAM*, 4 (2), 26-30.
- Aguilar, Z., Hidalgo, P. & Ulloa, C. (2009). *Plantas Útiles de los Páramos de Zuleta, Ecuador. Proyecto de Manejo y Aprovechamiento Sustentable de Alpacas en los Páramos de Zuleta*. Quito: Ecuador.
- Alligood, M. R. & Marriner-Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en Enfermería*. Barcelona: Elsevier España.
- Alva, I. E. (2005). *El significado psicológico de la experiencia del parto con el apoyo continuo de Doula: Un estudio comparativo con redes semánticas naturales* (Tesis doctoral). Universidad de Colima, México.
- Amaya, M. & Contreras, E. (2008). Manual de plantas medicinales para mujeres durante el embarazo, el parto y posparto. *San Cristóbal*. Recuperado de: <https://haurdun.files.wordpress.com/2008/11/manual-de-plantas-medicinales-para-mujeres-durante-el-embarazo.pdf>
- Ander-Egg, E. (1992). *La práctica de la animación sociocultural*. La Laguna: Centro de la Cultura Popular Canaria.
- Andrango, J.L. & Gualán, P.J. (2014). *Índice de cobertura en atención del parto institucional en el Hospital Básico del Cantón Guamote en el periodo enero 2013 a septiembre 2013* (tesis doctoral). Universidad Central del Ecuador, Ecuador.
- Angrosino, M. (2012). *Etnografía y observación participante en Investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Aragón, L. & Cruz, R. (2010). *Calidad de atención de puerperio fisiológico inmediato en pacientes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital regional Santiago de Jinotepe en el período Febrero 2010*. [Monografía]
- Ardila, E.E. & Rueda, J.F. (2013). La saturación teórica en la teoría fundamentada: delimitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. *Revista Colombiana de Sociología*, 36 (2), 93-114.

- Arias, M.M. (2000). La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación y Educación en Enfermería*, 18 (1), 13-26.
- Arnau, J. (2012). *Estudio exploratorio de la Humanización en la Atención Perinatal de la mujer del Área I de Salud de la Región de Murcia* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, España.
- Banco Interamericano de Desarrollo (2011). *Los sistemas regionales de innovación en América Latina*. Recuperado de: www.iadb.org/document.cfm?id=36413687
- Banco Interamericano de Desarrollo (2014). *Informe anual 2014*. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/handle/11319/6856?locale-attribute=es>
- Banco Interamericano de Desarrollo (2015a). *Asuntos de familia. Estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y el parto en Mesoamérica*. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6954/Asuntos-de-familia-Estudio-cualitativo-sobre-las-redes-sociales-durante-el-embarazo-y-parto-en-mesoamerica-Chiapas-Mexico-Guatemala-Panama-Honduras-y-Nicaragua.pdf?sequence=1>
- Banco Interamericano de Desarrollo (2015b). *Nicaragua iniciativa de salud Mesoamérica. Informe del Análisis Ex-Ante de la Reducción de las Tasas de Mortalidad Materna, Neonatal e Infantil con el Modelo Lives Saved Tool (LiST)*. Recuperado de: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=38904194>
- Banco Mundial (2014). *Impacto de las inversiones extranjeras directas en el disfrute del derecho a agua y saneamiento de comunidades locales de Guatemala, Nicaragua y El Salvador*. Recuperado de: <http://www.alianzaporlasolidaridad.org/wp-content/uploads/TOR-Sector-privado-CentroAm%20C3%A9rica.pdf>
- Bardallo, M.D. (2010). *Entre la enseñanza y el aprendizaje. Un espacio de saberes para compartir* (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, España.
- Barrett, B (1993). Health Care Behavior on Nicaragua's Atlantic Coast. *Social Science Medical*, 37 (3), pp. 355-368.
- Basurto, S. & Vergara, I. (2011). Estrategias y herramientas de promoción de la salud. En Jodar, G. & Marín, A. (Eds.), *Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes* (pp. 62-84). Barcelona: Elsevier.
- Bericat, E., (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida*. Barcelona: Ariel.

- Bernalte, A. & Miret, M.T. (2005). *Manual de Enfermería Comunitaria*. Madrid: Libros en Red.
- Bertaux, D. (2005). *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Bertucci, V., Boffo, M., Mannarini, S., Serena, A., Saccardi, C., Cosmi, E., Andrisani, A. & Ambrosini, G. (2012). Assessing the perception of the childbirth experience in Italian women: A contribution to the adaptation of the childbirth perception questionnaire. *Midwifery*, 28, 265-274.
- Berry, N. (2010). *Unsafe Motherhood: Mayan Maternal Mortality and Subjectivity in post-war Guatemala*. Guatemala: Berghahn Books.
- Biedma, L., García-De Diego, J. M. & Serrano, R. (2010). Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: la buena sufridora. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17 (1), 3-15.
- Bohórquez, A.Z. y Zambrano, G.E. (2009). Prácticas de cuidado de las gestantes desplazadas. *Avances de Enfermería*, 12 (3), 8-13.
- Bonica, J.J. (1975). The nature of the pain of parturition. En Bonica, J.J. & McDonald, J. (Eds.) *Principles and practice of Obstetric Analgesia and Anesthesia* (pp. 243-273). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Born, D. & Barron, M.L. (2005). Herb use in pregnancy: what nurses should know. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 30 (3), 201-206.
- Boudou, M., Teissedre, F., Walburg, V. & Chabrol, H. (2007). Association between the intensity of childbirth pain and the intensity of postpartum blues. *L'Encephale: Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Therapeutique* 33, 805-810.
- Blasco Mira, I.E. & Pérez Turpin, J.A. (2007). *Metodologías de Investigación en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte: Ampliando Horizontes*. ECU: Alicante.
- Blázquez, M. I. (2005). Aproximación a la Antropología de la Reproducción. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 42, 1-25.
- Bravo, P., Uribe, C. & Contreras, A. (2008). El cuidado percibido durante el proceso del parto: Una mirada desde las madres. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73 (3), 179-184.
- Brownridge, P. (2005). The nature and consequences of childbirth pain. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 59, 9-15.

- Burneo, E. (2013). *Pros y contras de los distintos tipos de partos*. Quito: Guayaquil.
- Cabrera, L. (2001) Los efectos de la Impunidad en el sentido de Justicia. *Revista Psicología Política*, 23, 37-57.
- Calderón, N.M. & Ruiz, C. H. (2010). La gestación: periodo fundamental para el nacimiento y el desarrollo del vínculo paterno. *Avances de Enfermería*, 28 (2), 88-97.
- Calderón, J., Bravo, J., Albinagorta, R., Rafael, P., Laura, A. & Flores, C. (2008). Parto vertical, retornando a una costumbre ancestral. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 54, 49-57.
- Callister, L.C. (2004). Making Meaning: Women's Birth Narratives. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33, (4), 508-518.
- Callister, C.L., Khalaf, I., Semenic, S., Kartchner, R. & Vehvilainen-Julkunen, K. (2003). The Pain of Childbirth: Perceptions of Culturally Diverse Women. *Pain Management Nursing*: 4 (4), 145-154.
- Calvo-Gil, M., Ayala-Valenzuela, R., Holmqvist-Curimil, M., & Molina-Díaz, C. (2011). Aspectos axiológico-culturales de la ética y el cuidado. *Acta Bioethica*, 17 (1), 133-141.
- Campbell, D.T. & Fiske, D.W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.
- Caparrós, J.M., Núñez, S. & Soriano, M.A (2014). Influencia de los rasgos de la personalidad en la percepción del dolor y elección de analgesia durante el parto. *Enfermería Global*, 35, 384-397.
- Capogna, G., Camorcía, M., Spirparo, S., Valentini, G., Garassino, A. & Farcomeni, A. (2010). Multidimensional evaluation of pain during early and late labor: a comparison of nuliparous and multiparous women. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 19, 167-170.
- Cardús, L. (2015). Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología. *DILEMATA*, 7 (18), 129-145.
- Carrera, J.M. (2010). La salud en la mujer inmigrante. El concepto de salud en su contexto cultural. En Fabre, E. (Ed.), *Mujer inmigrante y asistencia sanitaria* (pp. 20-32). Zaragoza: Saatchi & Saatchi Healthcare.

- Castillo, E. & Vázquez, M.L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34 (3), 164-167.
- Centerano, D., Marín, A.H., Da Silva, C. & Golembiewski, M. (2015). ¡Llegó la hora! Expectativas y experiencias de parto de adolescentes embarazadas. *Revista de Psicología*, 33 (2), 333-361.
- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) (2004). *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil 2004 (ENDEMAIN)*. Ecuador: CEPAR.
- Centro de Investigación y Documentación de la Costa Atlántica (CIDCA) (2011). *Ethnic Groups and the Nation State. The Case of the Atlantic Coast in Nicaragua*. Estocolmo: Universidad de Estocolmo.
- Chagua, N.C. (2011). Características sociales de las mujeres con parto domiciliario en la comunidad de Huaycán. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad*, 3 (1), 25-32.
- Chalán, L.V. & Guamán, M.Y. (2015). *Concepciones y prácticas en la atención del embarazo, parto y postparto de las parteras tradicionales en las comunidades indígenas de Saraguro, Loja, 2014*. (Tesis doctoral). Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Chávez, R.E., Arcaya, M.J., García, G., Surca, T.C. & Infante, M.V. (2007). Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. *Texto Contexto Enfermería*. 16(4), 680-687.
- Chevallier, A. (2010). *Enciclopedia de plantas medicinales*. Madrid: Warren.
- Claramunt, R. & Claramunt, T. (2012). *Mujeres en Ciencia y Tecnología*. Madrid: UNED.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2002). *Bases de la investigación cualitativa, técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Cortez, R., García-Prado, A., Kok, H. & Largaespada, C. (2008). *Las casas maternas en Nicaragua*. Nicaragua: Printex.
- Covarrubias-Gómez, A., Silva-Jiménez, A., Nuche-Cabrera, E. & Téllez-Isaías, M. (2006). El manejo del dolor postoperatorio en obstetricia: ¿es seguro?. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 29 (4), 231-239.
- Cowman, S. (1993). Triangulation: a means of reconciliation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 788-792.

- Da Rocha, R., Franco, S.C. & Baldin, N. (2011). El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto. *Revista Brasileña de Anestesiología*, 61 (3); 204-210.
- De Cabo Laso, A., Duarte, G., Gamarra, M., Mediavilla, M. & Sánchez-Gómez, M.B. (2009). Cambiar hábitos: ¿Educación para la Salud grupal o individual?. *Evidencia* 6 (27), 64-70. Recuperado de: <http://www.index-f.com/evidentia/n27/ev2759.php>
- Del Cairo, C., Bedoya, L.M., Tabares, R.E., Delgado, M.F. & Calvache, J.A. (2006). Prácticas hogareñas en el cuidado de la madre y el recién nacido en la costa pacífica caucana. *Antípoda: Revista de Antropología y Arqueología*, 3, 227-254.
- Denker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H. & Berg, M. (2010). Childbirth Experience Questionnaire (CEQ). Development and Evaluation of a Multidimensional Instrument. *BMC Pregnancy Childbirth*, 8, 1-13.
- Denzin, N.K. (1989). *La ley de investigación: una introducción teórica a métodos sociológicos*. Ciudad: Prentice Hall (Englewood Cliffs, N.J.).
- Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (1994). Strategies of inquiry. En Denzin, N.K & Lincoln, Y.S. (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 199-208). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Díaz-Agea, J.L. (2008). El sufrimiento medicalizado. *Cultura de los cuidados*, 12 (23), 50-56.
- Díaz-Artiga, M. (2007). *La enfermedad adaptada a la cultura*. Recuperado de: http://www.naya.org.ar/congreso2004/ponencias/mayari_diaz.htm
- Díaz-Sáez, J., Catalán-Matamoros, D., Fernández-Martínez, M.M. & Granados-Gámez, G. (2011). La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gaceta Sanitaria*, 25 (6), 483-489.
- Dodou, H.D., Rodrigues, D.P., Guerreiro, E.M., Guedes, M.V.C., Lago, P.N. & Mesquita, N.S. (2014). A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: Percepções de puérperas. *Revista de Enfermagem*, 18(2), 269-279.
- Drake, E. (2014). El significado cultural del parto: perspectivas de mujeres mapuche. Recuperado de: http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1844
- Duarte, G., Navarro-Vargas, J.R. & Eslava-Schmalbach, J. (2013). Inequidad en el sistema de salud: el panorama de la analgesia obstétrica. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 41 (3), 215-217.

- Edmunds, J.K., Hruschka, D., Bernard, H.R. & Sibley, L. (2012). Women's social networks and birth attendant decisions: Application of the Network Episode Model. *Social Science & Medicine*, 74(3), 452-459.
- Escribano, X. (2010). Por mi dolor comprendo...El reconocimiento del dolor en la ciudad multicultural. *Investigaciones Fenomenológicas*, 7, 249-261.
- Espinosa, G. (2009). *Cuatro vertientes del feminismo en México*. México: UAM Xochimilco.
- Etowa, J.B. (2012). Becoming A Mother: The Meaning of Childbirth for African-Canadian Women. *Contemporary Nurse* 41, 28-40.
- Fawcett, J. (2000). *Analysis and evaluation of Contemporary Nursing Knowledge. Nursing Models and Theories*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Fernández-Juárez, G. (2008). *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Recuperado de: http://quotha.net/readings/Fernandez_Diversidad_frente_al_espejo_2008.pdf#page=101
- Figuerola, C. (2015). *Demografía y epidemiología históricas en Ecuador* (Tesis doctoral). Murcia: Universidad de Murcia.
- Fleck, A. & Piccinini, C.A. (2013). O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: Do nascimento ao 3º mês após a alta. *Aletheia*, 40, 14-30.
- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2012). *Estado Mundial de la Infancia*. Nueva York: UNICEF.
- Fornons, D. (2010). Madeleine Leininger: Claroscuro transcultural. *Index de Enfermería*, 19(2-3), 106-111. Recuperado de: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n2-3/7319.php>
- Freyermuth, G. & Sesia, P. (2009). *La Muerte Materna: acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Evidencias y experiencias en Salud Sexual y Reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Giaxa, T.E.P. & Ferreira, M.L.S.M. (2011). Miedo e inseguridad de la gestante durante el trabajo de parto como motivos para la demanda de interacción precoz. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29 (3), 363-370.

- Galante, C., Sesia, P. & Alejandre, V. (1998). Mujeres y parteras: protagonistas activas en la relación entre medicina moderna y medicina tradicional. En Aranda, J. (Ed.), *Las mujeres en el campo* (pp. 345-369). Oaxaca: Universidad Autónoma Benito Juárez.
- Galao, R., Lillo, M., Casabona, I. & Mora, M.D. (2005). ¿Qué es la enfermería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista al término. *Evidentia*, 2 (4), 50-62. Recuperado de: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/99articulo.php>
- García-Delgado, R. (2009). *Efecto inmediato de la analgesia epidural sobre el estado fetal y el trabajo de parto* (Tesis doctoral). Universidad de las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.
- García, S.E. & Martínez, M. (2012). *Uso de infusiones y suplementos naturales durante el embarazo y procedente de diversas plantas*. PROPOSITUS: Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas.
- Gazo, J. (2013). Antropología y producción hidropónica: Plantas medicinales en el valle de Chagüitillo, Sébaco-Matagalpa. *Revista Universidad y Ciencia*, 7 (11), 1-5.
- Gredilla, E., Pérez-Ferrer, A., Martínez, B., Alonso, E., Díez, J. & Gilsanz, F. (2008). Satisfacción materna con la calidad de la analgesia epidural para el control del dolor del trabajo de parto. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 55, 160-164.
- Greene, M., Joshi, S. & Robles, O. (2012). *Estado de la población mundial 2012: Sí a la Opción, no al azar. Planificación de la familia, Derechos Humanos y desarrollo*. UNFPA. Nueva York: Panos.
- Grijalba, A. (2013). *Flora útil Etnobotánica de Nicaragua*. Managua: Nicaragua.
- Goberna, J., Palacio, A., Banús, M. R. Linares, S. & Salas, D. (2008). Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Profesional*, 9 (1), 5-10.
- Gomes, V.L.O., Fonseca, A.D. & Roballo, E.C. (2011). Representações sociais de adolescentes mães acerca do momento do parto. *Revista de Enfermagem*, 15(2), 300-305.
- González, D. (2014). *Manual para la Humanización y adecuación cultural de la Atención del parto (HACAP)*. Family Care International y el Proyecto de Garantía de Calidad, QAP. Quito: Dirección Provincial de Salud de Tungurahua.
- González-García, M. E. (2014). *Proceso de culturización del dolor*. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Almería, Almería.

- González, D. & Corral, J. (2010). *Definición del rol de las parteras en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador*. Ecuador: Center for Human Services (CHS).
- Goodman, P., Mackey, M.C. & Tavakoli, A.S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal Advanced Nursing*, 46(2), 212-219.
- Gredilla, E., Pérez-Ferrer, A., Martínez, B., Alonso, E., Díez, J. & Gilsanz, F. (2008). Satisfacción materna con la calidad de la analgesia epidural para el control del dolor del trabajo de parto. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 55, 160-164.
- Guía de Práctica Clínica (2014). *Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto*. México: Secretaría de Salud.
- Hardy, J.D. & Javert, C.T. (1949). Studies on pain: Measurements of pain intensity in childbirth. *Journal Clinical Investigation*, 28, 153-162.
- Harper, B. (1996). *Opciones para un parto suave*. México: Lasser Press.
- Henderson, J., Gao, H. & Redshaw, M. (2013). Experiencing maternity care: the care received and perceptions of women from different ethnic groups. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 196-210.
- Hermida, F.A. (2013). *Etnografía y Fenomenología*. Recuperado de: http://www.academia.edu/3645548/Fenomenolog%C3%ADa_y_Etnograf%C3%ADa
- Hermida, J., Robalino M.E., Vaca L., Ayabaca P., Romero P. & Vieira L. (2011). Expansión e Institucionalización de la Mejora Continua de la Calidad en la Ley de Maternidad Gratuita en el Ecuador. Informe LACRSS. New York: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).
- Hernández-Pina, F., García-Sanz, M.P. & Maquillón, J.J. (2013). *Análisis de los datos cualitativos*. Recuperado de: <http://ocw.um.es/cc.-sociales/metodologias-de-la-investigacion-en-educacion/material-de-clase-1/t1.5.analisis-datos-cualitativos.pdf>
- Herrera, P.J. & Medina, P.A. (2014). Los problemas en la analgesia obstétrica. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 42 (1), 37-39.
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 186, 160-172.
- Husserl, E. (1985). *Investigaciones Lógicas*. Madrid: Alianza Editorial.
- INEI (2009). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2007-2008*. Lima: ORC Macro. Recuperado de: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR234/FR234.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística y Censos de Ecuador (2014). *Anuario de Estadísticas Vitales-Nacimientos y Defunciones 2014*. Ecuador: INEC. Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf
- Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) (2005). *Análisis de la Encuesta Nacional de Hogares sobre medición del nivel de vida 2005 con perspectiva de género*. Nicaragua: FIDEG e INIDE. Recuperado de: http://www.fideg.org/files/investigacion/1217288415_InformeGenero05.pdf
- Instituto Nacional de Estadística (2011). *Movimiento Natural de la Población. Partos 2008*. Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do> Consultado el 15 de abril de 2014.
- Instituto Nacional de Estadística (2012). *Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos. Datos definitivos de 2010 y avanzados del primer semestre de 2011*. Recuperado de: www.ine.es/prensa/np697.pdf.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) (2013). *Informe estadístico 2013*. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Recuperado de: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/192681.pdf>
- Internacional Association for the Study of Pain (IASP) (2010). *Año global contra el dolor agudo. ¿Cuál es el problema?*. Washington: IASP.
- Iragorri, V.A. (2013). *La mujer y las plantas medicinales*. Bogotá: Instituto de Etnobiología.
- Jiménez, A. (2007) *Parto humano: ¿Por qué paren con dolor las mujeres?* Recuperado de: <http://www.portalmundos.com/mundobiologia/antropologia/partohumano.htm>
- Jiménez, I. (2015). *Enfermería y Cultura: las fronteras del androcentrismo en la Ablación/Mutilación Genital Femenina* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, España.
- Jiménez, I., Pastor, M., Almansa, P. & Ballesteros, C. (2014). Men facing the Ablation/Female Genital Mutilation (A/FGM): *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 631-638.
- Jordan, B. (1993) *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Illinois: Waveland Press, Inc.
- Kadushin, C. (2012). *Understanding Social Networks: Theories, Concepts and Findings*. New York: Oxford University Press.

- Kvale, S. (1996). *InterViews. An introduction to qualitative research interviewing*. CA: Sage.
- Kay, C. (2009). *La persistencia de la pobreza rural en Honduras, Nicaragua y Bolivia: un fracaso del neoliberalismo*. Managua: Nueva Sociedad.
- Kuo, S.C., Lin, K.C. & Hsu, C.H. (2010). Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfillment: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 47, 806–814.
- Lally, J.E., Murtagh, M.J., Macphail, S. & Thomson, R. (2008). More in hope than expectation: A systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*, 14 (6). doi: 10.1186/1741-7015-6-7
- Lara, C. & Ruiz, C.H. (2009). Traditional midwifery Knowledge in the Cimitarra River Valley. Taking care of life. *Avances de Enfermería*, 27 (2), 113-126.
- Larkin, P., Begley, C. & Devane, D. (2009). Women's experiences of labor and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25, 49-59.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, GJ. & Styles, C. (2013). Posición y movilidad de la madre durante el periodo dilatante del trabajo de parto. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD003934
- Leininger, M. (1978). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices*. New York: John Wiley and Sons.
- Leininger, M. (1990). *Ethical and moral dimensions of care*. Detroit: Wayne State University Press.
- Leininger M. (1991). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press.
- Leininger, M. (1994). Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. En Morse, J.M. (Ed.), *Critical Issues in Qualitative Research Methods* (pp. 210-280). Newbury Park: Sage.
- Leininger M. (1995). Culture care assessment to guide nursing practices. En Morse, J.M. (Ed.), *Transcultural nursing concepts, theories, research & practices* (pp. 20-34). New York: McGraw Hill.
- Leininger, M. (2005). Criterios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa. En Morse, J. (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp. 137-160). Colombia: Editorial Universidad de Antioquía.

- Levandowski, D.C. (2011). Mamãe, eu acho que estou... ligeiramente grávida: Uma reflexão sobre a gravidez na adolescência. En Wagner, A. (Ed.), *Desafios Psicossociais da Família Contemporânea: Pesquisas e Reflexões* (pp. 123-138). Porto Alegre: Artmed.
- Levandowski, D.C. & Flores, D.H.V.H. (2012). O exercício da maternidade na adolescência. En Piccinini, C.A. & Alvarenga, P. (Eds.), *Maternidade e Paternidade: A Parentalidade em Diferentes Contextos* (pp. 375-398). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lincoln, Y. & Guba, E. (1995). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.
- Lipson, J.G. (2000). Cultura y cuidados de Enfermería. *Index de Enfermería*, 28 (9), 19-25.
- López-Martínez, M.G. (2015). *Factores asociados con la elección del parto tradicionalmente humanizado en madres embarazadas de la parroquia Quisapincha* (Tesis doctoral). Ambato, Ecuador.
- Lora, M.G. & Narváez, A.M. (2010). *Creencias y costumbres que poseen las mujeres de la comunidad del chamizo sobre el embarazo, parto y puerperio desde Enero a Junio del 2010* (Tesis doctoral). Universidad Técnica del norte, Ibarra, Ecuador.
- Lowe, N.K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 186 (1), 16-24.
- Lugones, M. & Ramírez, M. (2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38 (1), 134-145.
- Lundgren, I. & Dahlberg, K. (2010). Women's experience of pain during Childbirth. *Midwifery*, 14, 105-110.
- Luque, M. A. & Oliver, M. I. (2005). Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: El caso de las mujeres inmigradas. *Index Enferm*, 14 (48-49), 9-13.
- Macías-Peacock, B., Pérez-Jackson, L., Suárez-Crespo, M.F., Fong-Domínguez, C.O. & Pupo-Perera, E. (2009). Consumo de plantas medicinales por mujeres embarazadas. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 47(3), 331-334.
- Madden, K., Turnbull, D., Cyna, A. M., Adelson, P. & Wilkinson, C. (2013). Pain relief for childbirth: The preferences of pregnant women, midwives and obstetricians. *Women and Birth*, 26, 33-40.
- Madrid, Z. & Castillo, D. (2003). Investigación parteras y/o comadronas: Prácticas culturales y sociales de las mujeres rurales-chortí en torno a la fertilidad y reproducción. Estudio de caso en Copán Ruinas. *Revista Población y Desarrollo*, 10, 79-88.

- Mallén-Pérez, L., Juvé-Udina, M.E., Roé-Justiniano, M.T. & Domènech-Farrarons, À. (2015). Dolor de parto: análisis del concepto. *Matronas Profesión*, 16(2), 61-67.
- Mandarino, N. R., Chein, M. B. C., Monteiro, F. C., Brito, L. M. O., Lamy, Z. C. & Nina, V.J.S. (2009). Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7), 1587-1596.
- Marín, D., Toro, S. & Carmona, F.J. (2013). Diferencias en la satisfacción de la madre con el nacimiento de su hijo en función de variables sociodemográficas y clínicas. *NURE Investigación*, 10(63), 6-13. Recuperado de: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE63_origina_l_satisparto.pdf
- Marín, D., Bullones, M.A., Carmona, F.J., Carretero, M.I., Moreno, M.A. & Peñacoba, C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nure Investigación*, 37, 1-20.
- Marín, A.H., Donelli, T.M.S., Lopes, R.C.S. & Piccinini, C.A. (2009). Expectativas e sentimentos de mães solteiras sobre a experiência do parto. *Aletheia*, 29, 57-72.
- Marín-Moya, M.M., Marín-González, M.M., Vilches, M.A. & Fernández-Soriano, M.A. (2013). Epidemiología y complicaciones obstétricas en el embarazo conseguido por la técnica de fecundación in vitro-intracytoplasmic sperm (IVF-ICSI). *Actualidad Médica*, 98 (790), 136-141.
- Marques, N.A., Medeiros, M. & Rovey, M. (2012). Perspectivas de dor parto normal de primigestas no periodo pré-natal. *Enfermería, Texto y Contexto*, 21 (4), 819-827.
- Martínez, M. (1999). *La Nueva Ciencia su desafío, lógica y método*. México: Trillas.
- Martínez, J. M. & Delgado, M. (2013). Nivel de dolor y elección de analgesia en el parto determinada por la realización de la educación maternal. *Revista Chilena Obstétrica y ginecológica*, 78 (4), 293-297.
- Martínez-Galiano, J. M. (2012). *Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la madre y el recién nacido* (Tesis doctoral). Granada, España.
- Marrades, A.I. (2002). *Luces y sombras del derecho a la maternidad. Análisis jurídico de su reconocimiento*. Valencia: PUV.
- Mateu, N., Paricio, B.P., Farré, C. & Mas, M.B. (2011). Analgesia epidural como control del dolor y cultura. *Revista Paraninfo Digital*; 11. Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n11-12/058d.php>.

- Mathauer, I., Cavagnero, E., Vivas, G., Carrin, G. & Gómez, A. (2009). *Evaluación Institucional del Sistema de Financiamiento de Salud Nicaragüense y Propuestas para Mejorar y Fortalecerlo. Una trayectoria hacia la cobertura universal*. Nicaragua: WHO.
- McGee, J. & Warms, R. (2003). *Anthropological Theory: An Introductory History*. New York: McGrawHill.
- Medeiros, I.A. (2012). *Expectativas e Grau de Satisfação da Grávida e Puérpera com o Tipo de Parto* (Tesis doctoral). Portugal: Universidade de da Beira Interior.
- Melzack, R. & Belanger, E. (2011) Labor pain: correlation with menstrual pain and acute low back pain before and during pregnancy. *Pain*, 36, 225-229.
- Mendoza, M. & Quemé A. (2010). *Prácticas Utilizadas Por Comadronas Durante La Atención Del Trabajo De Parto. Estudio realizado en el municipio de, Quetzaltenango y San Martín Jilotepeque, Chimaltenango*. Guatemala: USAC.
- Ministerio de Salud de la República de Nicaragua (MINSAL) (2005). *Marco Conceptual del Modelo de Atención integral en Salud (MAIS) y Sistema Local de atención integral en Salud (SILAIS)*. Managua: MAIS.
- Ministerio de Salud de la Republica de Nicaragua (MINSAL) (2007). *Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas*. Managua: Dirección General de Servicios de Salud, Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud de la Republica de Nicaragua (MINSAL) (2010). *Gestión local para la implementación y el funcionamiento de la Casa Materna*. Ministerio de Salud: PRINLEY, S.R.L.
- Ministerio de Salud de la Republica de Nicaragua (MINSAL) (2015). *Estrategia Nacional Sexual Reproductiva*. Managua: MINSAL.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013). *Normas, Protocolos y Consejería para programas de atención nutricional durante el embarazo y parto*. Ecuador: MSP.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2014). *Boletín de Evaluación de tecnologías sanitarias N° 2*. Recuperado de: www.salud.gob.ec/biblioteca
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *La asistencia al parto de las mujeres sanas. Estudio de la variabilidad y revisión sistemática*. Galicia: Ministerio de Ciencia e Innovación.

- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia (Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco).
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Ministerio del Poder Ciudadano para la Salud (2013). *Experiencias de Salud Comunitaria en Nicaragua*. Managua: Huracán.
- Mitchell, G.A. & Thomas, S. (2007). *Psychology's Territories: Historical and Contemporary Perspectives from Different Disciplines*. Berlin: Erlbaum Associates.
- Molina, F.J. (1999). Tratamiento del dolor en el parto. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6, 292-301.
- Molina-Mendoza, J., Galván-Villanueva, R., Patiño, A. & Fernández, R. (2012). Plantas medicinales y listado florístico preliminar del municipio de huasca de Ocampo, hidalgo, México. *Polibotánica*, 34, 239-271.
- Molina-Reyes, C.Y., Martínez-García, E., Huete-Morales, M.D., Muñoz-Martínez, A.L., Maldonado-Molina, E. & Molina-Cubero, L. (2013). Comodidad materna y reducción del dolor en mujeres con posición fetal occipito-posterior durante el parto con el uso de las posturas de decúbito lateral y manos-rodillas: ensayo clínico aleatorizado. *Matronas Profesión*, 1, 3-9.
- Montero, J.P. (2015). *Incidencia en el parto domiciliario en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo Alto durante el periodo enero-junio 2014* (Tesis doctoral), Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.
- Moral, M.S.(2011). Mujer y medicina en la Antigüedad clásica: la figura de la partera y los inicios de la ginecología occidental. *Fronteiras-Dourados-MS*, 13 (24), 48.
- Morse, J.M. (2003). Approaches to Qualitative- Quantitative Metodological Triangulation. *Methodology Corner. Nursing Research*, 40 (1), 57-67.
- Moscovici, S. (2009). O Fenômeno das Representações Sociais. En Moscovici, S. (Ed.), *Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social* (pp.510-531). Petrópolis:Vozes.
- Mota, E.M., Oliveira, M.F., Victor, J.F. & Pinheiro, A.K.B. (2011). Sentimientos y expectativas vivenciados por las primigestas adolescentes en relación con el parto. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 12(4), 692-698.

- Mouly, G.J. (1963). *Educational Research: The Art and Science of Investigation*. Boston: Allyn and Bacon.
- Moya, M. & Calatrava, P. (2014). Parto y cultura: una herramienta cualitativa para el estudio de las mujeres inmigrantes en España. En Pina, F. & Almanza, P. (Eds.), *Mujer y Cuidados: Retos en Salud* (pp. 135-152). Murcia: Edit.um.
- Muñoz de Rodríguez, L. & Vázquez, M.L. (2007). Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica*, 38 (4), 24-30.
- Muñoz, S.F., Castro, E., Castro-Escobar, Z.A., Chávez, N. & Ortega, D.M. (2012). Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 44 (1), 39-44.
- Murrain, B. (1992). Técnicas y métodos en Investigación cualitativa. *Metodología educativa*, 1, 101-116.
- Murray, M. (2012) Childbirth in Santiago de Chile. *Medical Anthropology Quarterly* 24, (3) 319-337.
- Myers, D.G. (2006). *Psicología*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Nazar, A. Salvatierra, B., Morales, M., Hartman, A. & Rodríguez, M. (2011). *Estudio cualitativo de barreras de demanda y oferta con enfoque a nivel local y comunitario y cambio de comportamiento en municipios prioritarios de Chiapas*. México: BID. Recuperado de: <http://www.iadb.org/WMSfiles/products/SM2015/Documents/website/SM2015%20M%C3%A9xico%20-%20Estudio%20de%20barreras.pdf>.
- Nichols, F. (1996). El significado de la experiencia del parto: una revisión de la literatura. *The Journal of Perinatal Education*, 5 (4), 71-77.
- Núñez, P. (2013). Narrativa sobre los dolores del parto: discursos biomédicos y experiencias. En A., Martínez-Hernández; L., Masana & S.M. DiGiacomo (Eds.), *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica* (pp. 341-356). Barcelona: Publicacions URV.
- Oficina Nacional de Estadística (2014). *Anuario de Estadísticas Vitales*. República Dominicana: ONE.
- Okuda, M. & Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (1), 118-124.
- Olayemi, O., Adeniji, R.A., Udoh, E.S., Akinyemi, O.A., Aimakhu, O.A., Aimakhu, C.O. & Shoretire, K.A. (2005). Determinants of pain perception in labour among parturients

at the University College Hospital, Ibadan. *Journal of obstetrics and gynecology: the journal of the Institute of Obstetrics and Gynecology*; 25(2):128-130.

Oliveira, A.S.S., Rodrigues, D.P., Guedes, M.V.C., Felipe, G.F., Galiza, F.T. & Monteiro, L.C. (2011). O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: Percepção de puérperas. *Cogitare Enfermagem*, 16(2), 247-253.

Organización Mundial de la Salud (1946). *Conferencia Sanitaria Internacional (19-22 julio)*, Nueva York. Recuperado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996). *Cuidados del Parto Normal: Una guía práctica*. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999). *Recomendaciones generales de la OMS sobre los derechos de la mujer embarazada y el bebé*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente*. Recuperado de: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Derecho a la salud. Nota descriptiva n.º 323*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.

Organización Mundial de la Salud (2011). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Recuperado de: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Hong Kong: China.

Organización Panamericana de Salud (OPS) (2013). *Informe Regional sobre el Desarrollo Sostenible y la Salud en las Américas*. Washington: OPS. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21428&Itemid=

Otegui, R. (2000). Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento. En Perdiguero, E. & Comelles, J.M. (Eds), *Medicina y cultura* (pp. 64-78). Barcelona: Bellaterra.

Ortigosa, R. & De la Torre, M.T. (2010). *Guía de Práctica clínica de asistencia al parto normal. Área sanitaria norte de Málaga: Hospital de Antequera*. Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0321.pdf>

Pan, P.H. & Eisenach, J.C. (2009). The Pain of Childbirth and Its Effect on the Mother and the Fetus. En Chestnut, D.H., Palley, L.S., Tsen, L.C. & Wong, C.A. (Eds.), *Chesnut's*

- Obstetric Anesthesia Principles and Practice* (pp. 387-400). Philadelphia: MOSBY Elsevier.
- Paredes, K. (8 de marzo 2012). *Parto institucional*. Scribs, pag.1.
- Parentini, M.R. (2002). *Historia de la enfermería. Aspectos relevantes desde sus orígenes hasta el siglo XX*. Uruguay: Ediciones Trilce.
- Partida, A.L., Mejías, M.C. & De la Peña, G. (2015). Analysis of results obstretic/perinatal and maternal satisfaction regarding working with midwife during childbirth. *Hygia de Enfermería*, 88, 15-20.
- Paz, M., González, D. & Gambirazio, Z. (2009). *Normas y regulaciones sobre pertinencia cultural de los servicios y la atención en salud materna: estado de arte y retos pendientes en tres países andinos. Seminario Taller Interculturalidad y Ejercicio de los Derechos en la Subregión andina con énfasis en la Salud Sexual y Salud Reproductiva para el fortalecimiento del Sumak Kawsay*. Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Pérez, F. (2012). *Las mujeres inmigrantes y su respuesta psicológica en el puerperio inmediato. Diferencias obstétricas y sociodemográficas* (Tesis doctoral), Universidad de Granada, España.
- Pérez, M. (2010). *Cinco miradas al derecho a la salud. Estudios de caso en México, El Salvador y Nicaragua*. México: Dissa.
- Pérez, M.E. (2015). *Las diferentes posiciones maternas en el parto* (Tesis doctoral). Universidad de Jaén, España.
- Pérez-Cajaraville, J., Abejón, D., Ortiz, J. R. & Pérez, J. R. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 373-384.
- Pérez-Tamayo, R. (1990). *La universidad del futuro*. Madrid: Nexos.
- Petersen, A., Penz, S. & Gross, M. (2013). Women's perception of the onset of labour and epidural analgesia: a prospective study. *Midwifery*, 29, 284-293.
- Pirdel, M. & Pirdel, L. (2009). Perceived Environmental Stressors and Pain Perception During Labor Among Primiparous and Multiparous Women. *Journal of Reproduction and Infertility*, 10(3), 217-223.
- Ponce, N.V. (2014). *Evaluación de la efectividad de la aplicación de calor y posiciones biomecánicas para aliviar el dolor y facilitar la labor de parto en la maternidad*

- clínica. La primavera durante el periodo diciembre del 2013 a enero del 2014* (Tesis doctoral). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.
- Portocarreto, J., Palma-Pinedo, H., Pesantes, M.A, Seminario, G. & Lema, C. (2015). Terapeutas tradicionales andinos en un contexto de cambio: el caso de Churcampa en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32 (3), 492-498.
- Pozo, S., Fuentes, G. & Calderón, L. (2012). *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado*. Managua: Ministerio de Salud Pública.
- Pulido, G.P., Vásquez, P.M. & Villamizar, L. (2012). Uso de hierbas medicinales en mujeres gestantes y en lactancia en un hospital universitario de Bogotá (Colombia). *Index de Enfermería*, 21 (4), 199-203. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300005
- Quinatoa, G.G. (2015). *El uso de hierbas medicinales en el embarazo y su relación con las creencias acerca de los efectos en el parto, en mujeres gestantes que acuden al centro de salud materno infantil N°2 de Ambato periodo Julio 2014-Enero 2015* (Tesis doctoral). Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador.
- Ramírez, C., López, A. & Esteve, R. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *Journal of Behavioral Medicine*, 27 (2), 147-165.
- Reeder, H.P. (2011). *La praxis fenomenológica de Husserl*. Bogotá: San Pablo.
- Rengel-Díaz, C. (2008). Recomendaciones al parto normal de la OMS. ¿Qué opinan las matronas de un servicio? *Revista Enfermería Docente*, 88, 3-11.
- Robertson, A. (2004). El dolor en el parto. *Obstare*, 12, 32-39.
- Rodríguez, A. (2005). *Categorías de análisis. Documento de trabajo. Curso Diseño Etnográfico*. Cali: Universidad del Valle.
- Rodríguez, A. (2006). *La reforma de salud en Nicaragua*. CEPAL: Santiago de Chile.
- Rodríguez, M.P. (2013). *Oportunidades económicas a partir del manejo de plantas medicinales usadas para enfermedades maternoperinatales en la provincia Chachapoyas. Memorias del II Congreso Binacional de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Universidades*. Perú: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.
- Rodríguez, R.M., Arribas, J.M. & Gantes, J.C. (2004). Cuatro siglos de cuidados transculturales. *Cultura de los cuidados*, 16(2), 20-26.

- Rodríguez, G., Morales, N., Fernández, D., Castro, L. & Fishpaw, H. (2014). *Asuntos de familia. Estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en Nicaragua*. Matagalpa: IDB.
- Rodríguez L. & Vargas, M.I. (2008). *Conocimientos y prácticas para el manejo del dolor durante el proceso de parto en un grupo de mujeres puérperas, en una institución de tercer nivel de atención* (Tesis Fin de Grado). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Salomonsson, B., Alehagen, S., & Wijma, K. (2011). Swedish midwives' views on severe fear of childbirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(4), 153- 159. doi: 10.1016/j.srhc.2011.07.002
- Sánchez-Pedrosa, A. (1993). Proyección histórica de la matrona. *Enfermería Universitaria de Albacete*, 3, 19-38.
- Sánchez-Montoya, J. & Palacios-Alzaga, G. (2007). Trastornos de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. *Matronas Profesión*, 8 (1), 12-19.
- Santos M.A. & Esteban E. (1989). Posturas del parto ¿Bipedestación o decúbito?. *Revista Rol*, 127, 35-39.
- Santos, R. P., Neves, E.T. & Carnevale, F. (2016). Qualitative methodologies in health research: interpretive referential of Patricia Benner. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69 (1), 192-196.
- Sargent, C. (2014). Birth. En Ember, C. & Ember, M. (Eds.), *Encyclopedia of medical anthropology: health and illness in the world's cultures* (pp. 224-229). New York: Kluwer.
- Saturnino, A. S., Paiva, D., Cavalcante, M. V. & Ferreira, G. (2010). Percepção de mulheres sobre a vivencia do trabalho de parto e parto. *Enfermagem*, 11, 32-41.
- Schwartz, L., Toohill, J., Creedy, D.K., Baird, K., Gamble, J. & Fenwick, J. (2015). Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian Childbearing women. *BMN Pregnancy and Childbirth*, 15 (29), 1-9.
- Sigh, S. & Darroch, E. (2012). *Adding it up: Costs and Benefits of Contraceptive Services- Estimates for 2012*. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund.
- Siles, J. (2010) Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. *Avances en Enfermería*, 28, 120-128.

- Silvente, C. (16 de Enero de 2012). Cuando el parto no era lo que esperabas. *El Confidencial*, pág. 1.
- Smith, C.A., Levett, K.M., Collins, C.T. & Jones, L. (2012). Masaje, reflexología y otros métodos manuales para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD009290
- Solis, P.L. & Tapia, L.K. (2015). *Prácticas relacionadas con el uso de plantas medicinales en el trabajo de parto y puerperio puesto de salud Miramar-Región La Libertad* (Tesis doctoral). Trujillo: Perú.
- Spector, R. (2000). Teoría enfermera la enfermería transcultural: pasado, presente y futuro. *Cultura de los cuidados*, 4(1-2), 116-127.
- Storey, J. (1998). *Cultural Studies and the Study of Popular Culture: Theories and Methods*. Georgia: University of Georgia Press.
- Steven, H. & Hermida, J. (2010). *Propuesta de Investigación Operativa: Efecto de la adaptación cultural de la atención obstétrica sobre la satisfacción de las usuarias en cuanto a la labor de parto y el parto y sobre la demanda de partos institucionales en el Ecuador*. Quito: QAP-USAID.
- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. New York: Cambridge University Press.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Antioquia: Universidad de Antioquia.
- Szasz, I. & Lerner, S. (1996). *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México.
- Tamayo, M. (2004). *Proceso de la Investigación Científica*. México: Limusa, Noriega y Editores.
- Tenorio, L. (2013). *Derechos sexuales y reproductivos. Un enfoque para adolescentes y jóvenes*. Managua: Programa Voz Joven.
- Toscano, M. & Zurita, M. (2011). Fisiopatología del dolor Gineco-obstétrico. *Revista Ecuatoriana de Anestesia*, 1 (1), 54-56.

- UNICEF (2009). *Estado Mundial de la Infancia 2009: Salud materna y neonatal*. Recuperado de: http://www.unicef.org/spanish/protection/files/SOWC_2009_Main_Report_LoRes_PDF_SP_USLetter_03112009.pdf
- Uribe, P.I. (2007). Familias Mono parentales con jefatura femenina, una de las expresiones de la familia contemporánea. *Revista Tendencia & Retos*, 12. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tendencias/rev-co-tendencias-12-05.pdf>
- Vázquez, M.L. (2006). Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. *Investigación Educación y Enfermería*, 24(2), 136-142.
- Velho, M. B., Atherino, E., Bruggemann, O.M. & Vizeu, B. (2012). Vivencia do parto normal ou cesáreo: resisao integrativa sobre a percepção de mulheres. *Enfermagem*, 21 (2), 458-466.
- Vijil, M. (2011). *Estudio sobre demanda y oferta de servicios de salud*. Perú: BID.
- Villela, F., De Almeida, A. M., De Souza, L. & Villela, M. (2007). El dolor durante la fase activa del trabajo de parto: El efecto de deambulación. *Enfermagem*, 15 (6), 1-6.
- Waldenstrom, U. (2008). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (5), 471-482.
- Westfall, R.E. (2004). Use of anti-emetic herbs in pregnancy: women's choices, and the question of safety and efficacy. *Complement Ther Nursing Midwifery*, 10(1), 30-36.
- Wyly, M.V. & Allen, J. (1990). *Stress and coping in the neonatal intensive care unit*. Tucson, AZ: Communication Skill Buliders.
- Wolff, C., Valenzuela, P., Esteffan, K. & Zapata, D. (2009). Depresión postparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 74 (3), 151-158.
- World Health Organization (WHO) (2010). WHO Global Atlas of the Health Workforce. Recuperado de: http://www.who.int/globalatlas/autologin/hrh_login.asp.
- Zapata, R.M., Soriano, E., González, A.J., Mázquez, V.V. & López, M.M. (2015). *Educación y salud en una sociedad globalizada*. Almería: Universidad de Almería.
- Zuo, X., Blackburn, J., Kortellis, N., Skvoretz, J. & Iamnitchi, A. (2014). The Power of Indirect Ties. *Computer Communications*, 28 (20), 1-12.

Zborowski, M. (1958). Cultural responses to pain. *Sociology 101*. Recuperado de:
<http://www.sociology101.net/readings/Cultural-Responses-to-Pain.pdf>



ANEXOS

ANEXO I

DATOS GENERALES	
Edad	Años que lleva viviendo en España
País de Origen	Nacionalidad
Situación administrativa	Regular
	Irregular
Estado civil	Casada/pareja estable
	Soltera
	Viuda
	Divorciada/Separada
Lengua materna	Tiempo en aprender español
Nivel de estudios	Sin estudios
	Primarios
	Medios
	Superiores
Profesión	Trabajo actual
	Trabajos anteriores
Situación laboral	Con contrato
	Sin contrato
Redes sociales	Personas de apoyo antes del embarazo
	Personas de apoyo durante el embarazo
	Personas de apoyo después del embarazo
	¿Quién te acompañó en el parto?
Vivienda	Compartida
	Propia

ANEXO II

PERCEPCIÓN DEL DOLOR DE PARTO

¿Qué significado tiene el dolor de parto en tu cultura?

Durante el parto, ¿las mujeres deben aguantar el dolor o pueden expresarlo?

El parto con dolor

¿Qué significó para ti el dolor del parto?

¿Era un sentimiento que tenías que pasar?

¿Cómo describirías ese dolor?

Dolor y choque de culturas

¿Crees que es correcto que en España ofrezcamos la anestesia epidural durante el parto?

¿Utilizaste o quisiste utilizar la anestesia epidural?

¿Cuál es tu opinión de las mujeres que la usan?

¿Crees que hay otra forma para reducir el dolor que se use en tu país y nosotros no conozcamos?

ANEXO III

UNIVERSIDAD DE
MURCIA

Vicerrectorado de Investigación
e Internacionalización



COMISIÓN DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

INFORME DE LA COMISIÓN DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

Jaime Peris Riera, Catedrático de Universidad y Secretario de la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia

CERTIFICA:

Que D^{ña}. María Moya Nicolás ha presentado la tesis doctoral titulada *"Inmigración, Parto y Cultura: Estudio de la divergencia cultural en la prestación de cuidados a mujeres latinoamericanas"*, dirigida por Dr^a. D^{ña}. Paloma Moral de Calatrava y Dr^a. D^{ña}. Florentina Pina Roche, a la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia.

Que dicha Comisión analizó toda la documentación presentada, y de conformidad con lo acordado el día 11 de junio de 2013¹, por unanimidad se emite informe FAVORABLE desde el punto de vista ético de la investigación.

Y para que conste y tenga los efectos que correspondan, firmo esta certificación, con el visto bueno del Presidente de la Comisión, en Murcia 14 de junio de 2013.

Vº Bº
EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN
DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA



Fdo.: Gaspar Ros Berruezo



¹ A los efectos de lo establecido en el art. 27.6 de la Ley 30/1992 de 28 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del P.A.C. (B.O.J.E. 27-11), se advierte que el acta de la sesión citada está pendiente de aprobación

ANEXO IV

Buenos días,

El trabajo que vamos a realizar corresponde con el proyecto de investigación de la Tesis Doctoral realizada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia. Por ello solicito su conformidad para participar en el estudio: Inmigración, Parto y Cultura: Estudio de la divergencia cultural en la prestación de cuidados a mujeres latinoamericanas.

El objetivo principal de nuestro estudio es conocer y valorar la experiencia y los sentimientos producidos de las madres embarazadas durante el proceso del parto. Del mismo modo queremos saber el proceso de cuidado y de lactancia dado al recién nacido desde un punto de vista cultural. Por último nos gustaría recoger la diferencia de trato entre los servicios de salud de su país de origen y España durante el proceso de parto.

Se trata de un estudio que se desarrolla a través de entrevistas personales en dónde se recogerá información general de la embarazada (datos sociodemográficos, estado de salud y control de embarazo) y datos relacionados que recojan la información de los objetivos. Su participación es voluntaria y anónima. Igualmente, en cualquier momento es usted completamente libre para revocar su consentimiento, sin necesidad de dar explicaciones.

Toda la información recogida ya sea de carácter personal así como los datos obtenidos durante la entrevista será conservada y procesada por la autora de la Tesis en condiciones de seguridad. Los datos serán tratados de forma confidencial como se establece en la Ley 15/99 de 13 de Diciembre (Ley Orgánica de Protección de Datos).

Los resultados del estudio podrán ser utilizados y comunicados a las autoridades científicas y a la comunidad científica mediante comunicaciones y congresos. Los datos recogidos servirán para ampliar el conocimiento del papel de los profesionales durante la atención del parto además de las distintas prácticas culturales que forman parte de las expectativas y las necesidades de la embarazada.

Agradecemos su colaboración.

ANEXO V

Título del Estudio: Inmigración, Parto y Cultura: Estudio de la divergencia cultural en la prestación de cuidados a mujeres latinoamericanas.

Yo.....

He leído la hoja de Información proporcionada por la autora.

He podido resolver mis dudas haciendo preguntas sobre el estudio.

He recibido la información sobre el estudio de forma clara y concisa.

He tenido contacto con el responsable del estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

De este modo presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

FIRMA DEL PARTICIPANTE:

FECHA:

FIRMA DEL INVESTIGADOR: