



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA**

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

TEMA:

**PRINCIPALES CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y
PRÁCTICAS CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL
USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN
KICHWA OTAVALO DE LA PARROQUIA DE SAN
ROQUE, DEL CANTÓN ANTONIO ANTE DE LA
PROVINCIA DE IMBABURA AÑO 2016.**

**Autoras: DRA. ROSA MAYTA ZAPATA
DRA. PATRICIA VALVERDE**

**Dra. ELVA ARIAS TERÁN
Directora**

**Antropólogo Social, MSc, Dr. (c). Alexis Rivas
Director metodológico**

TÍTULO

**PRINCIPALES CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y
PRÁCTICAS CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL USO DE
ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN KICHWA
OTAVALO DE LA PARROQUIA DE SAN ROQUE, DEL
CANTÓN ANTONIO ANTE DE LA PROVINCIA DE
IMBABURA AÑO 2016**

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO I.....	14
Problema de Investigación.....	14
CAPÍTULO II.....	18
Marco Teórico	18
2.1 Caracterización socio-geográfica de la parroquia de San Roque.....	18
2.2 Cuál es el fundamento histórico - filosófico de la cultura de los pueblos andinos kichwas?.....	24
2.3 Historia del desarrollo humano y la reproducción.....	33
2.4 Ciclo reproductivo y sexualidad en las comunidades indígenas.....	36
2.5 Matrimonio, familia e hijos/as	37
2.6 La familia indígena.....	39
2.7 Salud sexual y reproductiva desde la visión de la medicina occidental.....	45
2.8 Barreras para la anticoncepción	66
2.9 Competencias culturales.....	69

CAPÍTULO III.....	71
Metodología de la Investigación.....	71
Pregunta de investigación	71
Objetivos.....	71
Objetivo General.....	71
Objetivos Específicos.....	71
Métodos y Técnicas.....	72
CAPÍTULO IV.....	77
Resultados	77
4.1 Conocimientos actitudes y prácticas ancestrales sobre los métodos anticonceptivos.....	77
4.2 Conocimientos actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos de la medicina occidental.....	100
4.3 A través de los ojos de los prestadores de salud.....	119
CAPÍTULO V	143
Discusión.....	143
CAPÍTULO VI.....	155
Conclusiones.....	155
Recomendaciones.....	158
BIBLIOGRAFÍA.....	161
ANEXOS.....	167

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 Número de consultas para anticoncepción en el CS de San Roque año 2014.....	15
Tabla No. 2 Número de consultas para anticoncepción en el Centro de Salud de San Roque año 2015.....	15
Tabla: 3 Factores climáticos de la Parroquia de San Roque.....	18
Tabla No. 4: Población de la parroquia de San Roque según sexo.....	18
Tabla No.5: Proyección poblacional de la Parroquia de San Roque.....	19
Tabla No. 6: Tasas de crecimiento poblacional de la Parroquia de San Roque.....	19
Tabla No. 7: Población de la parroquia de San Roque según su autoidentificación étnica.....	20
Tabla No. 8: Distribución de Barrios y Comunidades de la parroquia de San Roque.....	20
Tabla No. 9: Equipamiento del Centro de Salud de San Roque.....	21
Tabla No. 10: Diferencias entre la Cosmovisión Andina y la Cosmovisión Occidental	25
Tabla No. 11: Cuadro comparativo entre los Paradigmas Médico Occidental y Andino.....	29
Tabla No. 12: Pautas de natalidad, según los modos de producción.....	33
Tabla No. 13: Roles de género en la familia y la comunidad	39
Tabla No. 14: Eficacia de los métodos anticonceptivos según el índice de Pearl.....	46

Tabla No. 15: Tasa de embarazo (%) durante el primer año de uso de anticonceptivos.....	48
Tabla No. 16: Clasificación de los criterios médicos de elegibilidad.....	51
Tabla No. 17: Criterios de elección de los anticonceptivos hormonales combinados.....	56
Tabla No. 18: Eficacia de los anticonceptivos hormonales con gestágenos.....	59
Tabla No. 19 Efectos Secundarios De Los Métodos Anticonceptivos.....	60
Tabla No. 20: Grupos Focales y entrevistas realizadas.....	73
Tabla n° 21: Conocimientos, actitudes y prácticas culturales en anticoncepción en población kichwa Otavalo de San Roque	153

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía No. 1: Planta <i>Brugmansia Arborea</i>	84
Foto No. 2: Planta de Yerba madre.....	93
Foto No. 3: Grupo Focal con Parteras y parteras.....	94
Foto No. 4: Grupo focal con personal de salud de Atuntaqui.....	141
Foto No. 5: Socialización del trabajo de titulación con la comunidad Cerotal.....	162
Foto. No. 6: Socialización de trabajo de titulación con comunidad de Jatun Rummy.....	162
Foto No. 7: Grupo focal con Hombres de la comunidad de Jatun Rummy.....	163
Foto No. 8 Grupo focal con mujeres comunidad Jatun Rummy.....	163
Foto No. 9: Grupo focal con Adultos Mayores, Comunidad de Pucará.....	164
Foto No. 10: Entrevista con Partera de la Comunidad de Pucará	164
Foto No. 11: Entrevista con mujeres de la comunidad de Pucará.....	165
Foto No. 12: Entrevista con mujeres de la comunidad de Pucará Alto.....	165
Foto No. 13: Entrevista con miembros de una familia en la comunidad de La Esperanza.....	166

RESUMEN

En el Ecuador porcentaje de conocimiento de al menos un método anticonceptivo en las mujeres indígenas es del 87.3 % en comparación con las mujeres mestizas, blancas o de otra etnia con un 98.9%. En cuanto al uso de al menos un anticonceptivo son menores en las mujeres indígenas 65.8%. (Freire, Ramirez, Belmont, & Mendieta, 2015)

El presente trabajo de investigación denominado “Principales conocimientos, actitudes y prácticas culturales que influyen en el uso de anticonceptivos en la población Kichwa Otavalo de la parroquia de San Roque, del cantón Antonio Ante de la provincia de Imbabura año 2016”, además de investigar el nivel de desarrollo de las competencias interculturales en anticoncepción, de los médicos y obstetrices de: Centro de Salud de San Roque y la consulta externa de Ginecología Hospital Básico Antonio Ante de la provincia de Imbabura.

El diseño del estudio es de tipo cualitativo, con la población de autoidentificación étnica Kichwa Otavalo de las comunidades de Pucará, Jatun Rummy y La Esperanza; género, masculino y femenino, con edades comprendidas entre 20 a 85 años; se recopiló la información primaria, con el uso de entrevistas semiestructuradas, de manera individual así como también el trabajo con grupos focales con la población indicada además de parteras /ros comunitarios, personal médico de: Centro de Salud de San Roque y del Hospital Básico Antonio Ante, hasta obtener la saturación de la misma, procesando la información de forma manual.

Permitiendo reconocer que el Pueblo Kichwa Otavalo de la Parroquia de San Roque, posee conocimientos y prácticas ancestrales de anticoncepción, tales como el encaderamiento y la ingesta de infusión de semillas como el aguacate. Además de constatar la aceptación hacia los métodos anticonceptivos, el limitado conocimiento de los mismos, acompañado de una marcada presencia de mitos y temores, así como factores socioculturales que inciden en la aceptación o rechazo de los métodos.

En cuanto a las competencias interculturales de los prestadores de servicios de salud se reflejó que ninguno de los profesionales tiene conocimientos del idioma Kichwa, además de revelar el limitado uso de los criterios de elegibilidad.

ABSTRACT

In Ecuador, the percentage of Indigenous female knowledge of contraceptives methods was approximately 87.3%. However, the knowledge of contraceptives methods was approximately 98.9% in mixed blood, whites, and other ethnic groups. Approximately 65.8% of Indigenous women used less contraceptive methods than other ethnic groups (Freire, Ramirez, Belmont, & Mendieta, 2015).

This investigative research is called “Important knowledge, cultural practices that influenced the use of contraceptive in the population Kichwa Otavalo, in the small town Parroquia of San Roque, town of Antonio Ante, province of Imbabura in 2016.” Furthermore, the research was about cultural competencies in contraception management of the medical providers and obstetrics from the Centro de Salud de San Roque and the Hospital Basico Antoni Ante of outpatient Gynecology, province of Imbabura.

The qualitative research was developed with the ethnic group Kichwa Otavalo in the communities of Pucara, Jatun Rummy and La Esperanza. The populations represented were men and women between 20 to 85 years old. The researcher interviewed the population using standards interview formats. The interview was conducted with a individual participant and with a group of participants, such as community midwives and medical providers from the Centro de Salud de San Roque and the Hospital Basico Antoni Ante. The data analysis was done manually.

The Kichwa Otavalo people of the small town of San Roque have knowledge and ancestral practices regarding contraception, such as the wrapping of the woman's belly and pelvis and the drinking of medicinal plants such as the avocado seed.

The Indigenous population has a good acceptance of the contraceptive methods, but they have a very limited knowledge of the contraceptive methods. This is also accompanied by a strong belief in myths and legends regarding the negative effects of the contraceptive methods. The sociocultural factors also influence the decision of using or not using a contraceptive method.

The health care providers that work in the communities of San Roque are culturally incompetent because they can not communicate in Kichwa. The health care provider also had a limited use of the eligibility criteria for the prescription of contraceptives.

INTRODUCCIÓN

Los porcentajes de mujeres indígenas que conocen o usan métodos anticonceptivos son menores con relación a las no indígenas. Esto no es una respuesta directa de la condición de pertenecer o no a algún grupo indígena, sino que confluyen varios factores entre los que destacan el lugar de residencia, la escolaridad, la participación económica, la edad y el haber tenido hijos/as, factores de riesgo en todas las mujeres pero con mayor impacto en las indígenas. (Instituto Nacional de las Mujeres, 2016)

Según el ENSANUT 2012 (Freire, Ramirez, Belmont, & Mendieta, 2015), el porcentaje de conocimiento de al menos un método anticonceptivo por grupo étnico, en las mujeres indígenas corresponde al 87.3%, en comparación con las mujeres mestizas, blancas o de otra etnia en un 98.99%. En cuanto al uso de al menos un anticonceptivo son menores en las mujeres indígenas 65.8 % a diferencia de las mestizas 81,2%.

Para el estudio se consideró a la parroquia de San Roque como fuente de información, esta parroquia corresponde al área rural del cantón Antonio Ante de la provincia de Imbabura, la misma que se caracteriza por estar conformada por población de autoidentificación Kichwa Otavalo correspondiente al 51.01%, el 41.17% mestiza, 0,07% negra, 0.97% blanca. (Gobierno Municipal Antonio Ante, 2011)

El presente informe de investigación titulado “Principales conocimientos, actitudes y prácticas culturales que influyen en el uso de anticonceptivos en la población Kichwa Otavalo de la parroquia de San Roque, del cantón Antonio Ante de la provincia de

Imbabura año 2016”, nos ha permitido obtener resultados que aporten en mejorar la atención de la mujer y la familia en relación con la anticoncepción.

Los objetivos de la presente investigación comprenden la caracterización de los conocimientos actitudes y prácticas ancestrales que las mujeres y hombres Kichwas Otavalo tienen sobre anticoncepción.

Así como también el de identificar los conocimientos y actitudes que la población Indígena tiene de los métodos anticonceptivos de la medicina Occidental,

Además de incluir como parte del abordaje integral del tema de anticoncepción la investigación del nivel de desarrollo de competencias interculturales en métodos anticonceptivos, de los prestadores de servicios de Salud del Centro de Salud de San Roque y el Hospital de Atuntaqui de la provincia de Imbabura, reconocer los factores que intervienen en la prescripción de métodos anticonceptivos.

La recolección de la información permitió además se visibilice de métodos ancestrales que son practicados por las parteras comunitarias y su uso por parte de la población.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El uso de métodos anticonceptivos, entendida como una herramienta que otorga a las mujeres y parejas la capacidad para decidir en qué momento y el número que deseen tener descendencia, fomenta el espaciamiento de embarazos y pospone o evita el embarazo en las mujeres con mayor riesgo de morir, sobre todo en las más jóvenes y aquellas que ya han tenido varios hijos y/o hijas (OMS, 2013).

El Ecuador reconoce en el artículo 66, numerales 2 y 9 de su Constitución el derecho de las personas a una vida digna, que asegure la salud; la integridad física, psíquica, moral y sexual; y, el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, su orientación sexual y su vida (ENIAP, 2014).

El Plan Nacional de Desarrollo, actualmente vigente incorpora en el Objetivo No. 3, política 3. 5 Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas, los siguientes lineamientos estratégicos: e) Impulsar acciones de prevención del embarazo adolescente e implementar estrategia de apoyo integral a madres y padres adolescente, así como a su familia; g) “Garantizar la confidencialidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, como un derecho de los individuos dentro su plan de vida”; h) Promover el uso de métodos de protección sexual y anticonceptivos para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y la planificación adecuada y orientada al plan de vida de las personas; e i) Promover la corresponsabilidad de la

pareja en la salud sexual y reproductiva, transformando patrones socioculturales relacionados a la sexualidad y planificación familiar. (ENIAP, 2014)

En el Ecuador, la tasa global de fecundidad es aproximada de 6.7 hijos alrededor de 1950 y cayó a 2.4 hijos el 2010 (ENIAP, 2014).

Uno de los determinantes que marcan diferencias en la tasa de fecundidad de las mujeres es el acceso y uso de métodos anticonceptivos y la violencia de género. Aquellas mujeres que utilizaron métodos anticonceptivos tuvieron 0,5 veces menos de probabilidades de tener 2 o 3 hijos, y 0,65 menos probabilidad de tener 4 o más hijos. Sin embargo, aquellas que fueron maltratadas antes de los 15 años, tuvieron 1.1 veces más de probabilidades de tener 2 o 3 hijos; y 1,2 veces más de tener 4 o más hijos (ENIAP, 2014)

De acuerdo a los datos encontrados en el 2004, el 63% de los nacimientos fueron deseados por las mujeres que tuvieron al menos un hijo. A casi una década, esta cifra ha experimentado incremento: actualmente el 66% de los embarazos fueron deseados, no obstante todavía el 34% de los nacimientos ocurridos fueron no planificados. Esta estimación indica que más de la tercera parte de los nacimientos ocurridos en el país, en los últimos cinco años, fueron derivados de un desequilibrio entre lo que las mujeres planificaron/desearon y lo que efectivamente se observó/realizó. (ENIAP, 2014)

Según el ENSANUT 2012 (Freire, Ramirez, Belmont, & Mendieta, 2015), encontró que el porcentaje de conocimiento de al menos un método anticonceptivo fue en las

mujeres indígenas 87.3 % versus el 98.99% en las mujeres mestizas, blancas o de otra etnia.

En el Centro de Salud de San Roque las consultas por Anticoncepción, presentan variaciones durante los años 2014 y 2015.

Tabla No. 1 Número de consultas para anticoncepción en el Centro de Salud de San Roque año 2014

Número de consultas	Total	Porcentaje
Total de consultas para anticoncepción en el CS San Roque año 2014	1418	100%
Total de población que se autoidentifica como Indígena	505	35.6 %
Total de población que se autoidentifica como Mestiza, Afroecuatoriana, Blancos y Otros.	913	64,4 %
Total de primeras atenciones para anticoncepción en el CS San Roque	176	100%
Población que se autoidentifica como Indígena que acudió por primera vez para consulta de Anticoncepción en el año 2015	46	26.1 %

FUENTE: RDACAA Año 2014 CS San Roque

Tabla No. 2 Número de consultas para anticoncepción en el Centro de Salud de San Roque año 2015

Número de consultas	Total	Porcentaje
Total de consultas para anticoncepción en el CS San Roque año 2015	967	100%
Total de población que se autoidentifica como Indígena	161	16.6 %
Total de población que se autoidentifica como	806	83,4

Mestiza, Afroecuatoriana, Blancos y Otros.		
Total de primeras atenciones para anticoncepción en el CS San Roque	198	100%
Población que se autoidentifica como Indígena que acudió por primera vez para consulta de Anticoncepción en el año 2015	43	21,7%

FUENTE: RDACAA Año 2015 CS San Roque

En el Ecuador existe un porcentaje de mujeres en edad fértil, sexualmente activas, cuyo deseo es espaciar o no tener más hijos, y que no tienen acceso a información y métodos modernos de planificación familiar, la demanda insatisfecha de planificación familiar a nivel país es del orden del 5%, sin embargo en mujeres indígenas se eleva al 11%. La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos alcanzó el 72.7%, sin embargo el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres indígenas corresponde al 47.2%. (UNFPA Ecuador, 2011)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 CARACTERIZACIÓN SOCIO-GEOGRÁFICA DE LA PARROQUIA DE SAN ROQUE

DATOS GENERALES

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

Es una de las 4 parroquias rurales del cantón Antonio Ante, provincia de Imbabura, ubicada a 4 km de la capital cantonal (Atuntaqui) y a 18 km de la capital Provincial (Ibarra).

CREACIÓN PARROQUIA

A inicios del siglo XIX era un caserío de Otavalo, su nombre original fue Santa Martha. En 1868 pasó a pertenecer a Atuntaqui, con el nombre de San Roque y el 7 de agosto de 1898 fue elevada a la categoría de parroquia civil.

LÍMITES

AL NORTE: Limita con la Parroquia Urbana de Atuntaqui, cuyo accidente geográfico de límite con rumbo sureste es la quebrada Yanayacu.

AL ESTE: Limita con la Parroquia Urbana de Andrade Marín, cuyo accidente geográfico de límite con rumbo sureste es la quebrada de Arcos.

AL SUR: Limita en el Cráter del Cerro Imbabura y con los Cantones de Otavalo y San Miguel de Ibarra, cuyo accidente geográfico de límite es el cráter del Imbabura.

AL OESTE: Limita con el Cantón Cotacachi, cuyo accidente geográfico de límite es el Río Ambi.

FACTORES NATURALES

La parroquia tiene el clima templado y húmedo especialmente en la parte alta, el rango de temperatura va de 8 a 16° C; la cabecera parroquial está a 2450 m.s.n.m pero la parroquia llega hasta los 4621 m.s.n.m.

Tabla No. 3: Factores climáticos de la Parroquia de San Roque

FACTORES CLIMÁTICOS	
DETALLE	DATOS
Clima	Ecuatorial mesotérmico y templado (cabecera)
Temperatura	7,5 a 22° C
Altitud	2400 a 4000 m.s.n.m. Cabecera parroquial 2450
Pluviosidad	1000 a 1250 m.m

Fuente: Gobierno Municipal Antonio Ante. (2011). *Actualización Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la Parroquia San Roque 2012 - 2030*. Atuntaqui

POBLACIÓN: Su población de acuerdo al censo del 2010 corresponde 10.142 habitantes, siendo mayoría hombres. El grupo de adultos/tas representa el mayor porcentaje (31,04%).

Tabla No. 4: Población de la parroquia de San Roque según sexo

POBLACION CANTONAL POR PARROQUIAS SEGÚN SEXO Y CENSOS						
PARROQUIAS / CANTON/PROVINCIA / PAIS	2001			2010		
	HABIT	H%	M%	HABIT	H%	M%
SAN ROQUE	8599	49.12	50.88	10142	49.17	50.83
CANTON RURAL	18278	48.75	51.25	22232	48.81	51.183
CANTON	36053	48.46	51.54	43518	48.41	51.59
PROVINCIA	344044	48.78	51.22	398244	48.63	51.37
PAIS	12156608.00	49.51	50.49	14483499	49.56	50.44

Fuente: Gobierno Municipal Antonio Ante. (2011). *Actualización Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la Parroquia San Roque 2012 - 2030*. Atuntaqui

PROYECCIONES DE POBLACIÓN

Tabla No.5: Proyección poblacional de la Parroquia de San Roque

PROYECCIONES PROVINCIALES SEGÚN PARROQUIAS Y CANTÓN				
CANTON/ PARROQUIA		SAN ROQUE	CANTÓN	PROVINCIA
PROYECCIÓN	CENSO 2010			
	2010	10142	43518	398244
	2011	10330	44442	404938
	2012	10521	45387	411778
	2013	10716	46354	418762
	2014	10914	47341	425897
	2015	11116	48350	433184
	2016	11322	49383	440627
	2017	11531	50438	448231
	2018	11745	51517	455994
	2019	11962	52620	463923
2020	12183	53747	472019	

Fuente: Gobierno Municipal Antonio Ante. (2011). *Actualización Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la Parroquia San Roque 2012 - 2030*. Atuntaqui

CRECIMIENTO POBLACIONAL: La tasa de crecimiento ha tenido desde 1.14% (1962.1974) al 1.83% (2001 - 2010), la mayor tasa de crecimiento se presenta en el período de 1990 – 2001 con el 3.11%.

Tabla No. 6: Tasas de crecimiento poblacional de la Parroquia de San Roque

TASAS DE CRECIMIENTO ANUAL INTERCENSAL			
PARROQUIAS	1950 – 1962	1990 - 2001	2001 – 2010
SAN ROQUE		3.11%	1.8%
CANTÓN	1.36%	2.50%	2.09%
PROVINCIA	1.41%	2.4%	1.63%
PAIS	2.79%	2.10%	1.95%

Fuente: Gobierno Municipal Antonio Ante. (2011). *Actualización Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la Parroquia San Roque 2012 - 2030*. Atuntaqui

AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA: Su población de acuerdo al censo del 2010 corresponde 10.142 habitantes. Su población lo constituyen un 51.01% de auto identificación indígena.

Tabla No. 7: Población de la parroquia de San Roque según su autoidentificación étnica.

PARROQUIA /CANTON	INDÍGENA			AFROECUATORIA NO/ AFRODESCENDIENTE			BLANCO			MESTIZO		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
SAN ROQUE	51.01	50.95	51.06	0.42	0.48	0.37	0.97	0.96	0.97	47.17	45.98	47.35
CANTON RURAL	30.50	30.30	30.69	0.73	0.76	0.80	1.97	2.08	1.85	65.70	65.48	65.90
CANTON	17.82	17.75	17.88	0.93	1.01	0.86	2.54	2.61	2.48	77.59	77.31	77.85
IMBABURA	25.77	25.55	25.98	3.05	3.00	3.10	2.71	2.76	2.66	65.71	65.83	65.59
PAIS	7.03	6.97	7.09	4.25	4.28	4.22	6.09	6.04	6.14	71.93	71.27	72.57

Fuente: Gobierno Municipal Antonio Ante. (2011). *Actualización Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la Parroquia San Roque 2012 - 2030*. Atuntaqui

DISTRIBUCIÓN DE COMUNIDADES Y BARRIOS

La Parroquia está distribuida en 9 barrios y 5 comunidades. En relación al total de extensión de las parroquias rurales del cantón Antonio Ante, la parroquia de San Roque representa el 33,61%.

Tabla No. 8: Distribución de Barrios y Comunidades de la parroquia de San Roque.

DISTRIBUCIÓN DE BARRIOS EN LAS PARROQUIAS RURALES			
PARROQUIA	BARRIO/ COMUNIDAD	ÁREA (hectáreas)	AREA (Hectáreas) PARROQUIA
SAN ROQUE	Comunidad Pucará	573.29	1914.46
	Barrio La Merced	119.47	
	Comunidad La Esperanza	137.74	
	Comunidad Cerotal	285.98	
	Comunidad Jatun Rumi	194.96	
	Comunidad Agualongo de Paredes	282.88	
	Barrio la Delicia	10.36	
	Barrio el Centro	5.05	
	Barrio San	69.03	

	Agustín		
	Barrio Santa Rosa	36.67	
	Barrio San Miguel	58.67	
	Barrio San Alfonso	38.47	
	Barrio Corazón de Jesús	27.99	
	Barrio Santa Bertha	73.90	
TOTAL PARROQUIAS RURALES			5696.09

Fuente: Gobierno Municipal Antonio Ante. (2011). *Actualización Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la Parroquia San Roque 2012 - 2030*. Atuntaqui

INFRAESTRUCTURA DEL CENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA DE SAN ROQUE

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL SUBCENTRO DE SALUD

Tabla No. 9: Equipamiento del Centro de Salud de San Roque

EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD DE SAN ROQUE				
	AREA DEL PREDIO (m2)	ÁREA DE CONSTRUCCIÓN (m2)	No. DE PISOS	ESTADO DEL INMUEBLE
SUBCENTRO DE SAN ROQUE	6000	380	UNO	A

Fuente: Gobierno Municipal Antonio Ante. (2011). *Actualización Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la Parroquia San Roque 2012 - 2030*. Atuntaqui

PERSONAL CON QUE CUENTA EL CENTRO DE SALUD

Para consulta externa cuenta con 4 médicos rurales encargados de medicina general, 1 Odontólogo General y 1 Odontólogo Rural, 1 obstetra, 3 Enfermeras y 1 auxiliar de enfermería, 7 Técnicos de Atención Primaria asignados a la unidad.

SERVICIOS QUE BRINDA EL CENTRO DE SALUD DE SAN ROQUE

- Atención de consulta externa en medicina general

- Atención de consulta externa en Obstetricia
- Atención de emergencias de baja complejidad
- Visitas domiciliarias
- Atención comunitaria puerta a puerta en población dispersa.
- Inmunizaciones
- Atención de Odontología.

Además de realizar actividades como:

- Atención de morbilidad
- Actividades de promoción, fomento y protección de la salud.
- Planificación familiar

Atención a grupos prioritarios.

POBLACIÓN KICHWA OTAVALO

Las poblaciones participantes en el estudio corresponden a las que definen su autoidentificación kichwa Otavalo, que pertenecen a las comunidades de Jatun Rummy, La Esperanza y Pucará. Habitadas casi en su 100% por población indígena Kichwa Otavalo. Los Otavalos se distinguen por su espíritu empresarial y comercial y por sus habilidades artesanales, particularmente en el área de los textiles, que viene de una tradición andina milenaria.

ASPECTOS CULTURALES.

“Los Otavalos pertenecen al grupo Andino Kichwa hablante y sus raíces en la región se extienden a épocas pre-incaicas. Comparten muchas características de las culturas montañosas andinas, como la reciprocidad, la “dualidad en la unidad” que permea su

visión del mundo, la descendencia paralela, la verticalidad que une a los conceptos de tiempo y espacio, el ciclo agrícola anual que da una visión circular a la vida y establece las festividades anuales y la proximidad con la naturaleza que reconoce las fuerzas espirituales en el entorno físico-natural, de las montañas, lagos valles, quebradas y vertientes, etc.” (Cebotarev, 2003).

Estos rasgos culturales, aunque oscurecidos por centurias de dominación colonial, están plasmados en innumerables leyendas rituales, creencias y festividades locales. Esto tiene implicaciones directas en la vida de los habitantes de la región y contribuyen a la continuidad cultural indígena.

2.2 CUÁL ES EL FUNDAMENTO HISTÓRICO - FILOSÓFICO DE LA CULTURA DE LOS PUEBLOS ANDINOS KICHWAS?

Desde hace miles de años, los Pueblos de América han tenido épocas de claridad y obscuridad llamadas PACHAKUTIKS, en las que han predominado las tendencias superiores e inferiores de los hombres. Así hubo momentos históricos en que la mística y la cultura andinas alcanzaron grandes niveles de elevación, pero también, mantuvieron conflictos que por décadas lanzaron a los pueblos a una destrucción mutua. El último período de decadencia de la Región Andina tuvo como corolario la venida de Francisco Pizarro a América en el año de 1502 (Rodríguez Germán, 1998).

La sabiduría milenaria del pueblo andino es realmente extraordinaria y posee una raíz de ancestralidad de una cultura de más de 20000 años de historia y desarrollo” (Guerrero, 1993). Javier Lajo en su obra Qhapak Ñan La ruta Inka de sabiduría, nos

dice que el pensamiento del hombre andino siempre busca su par, y que su orden cósmico es un **pari-verso**, los principios que rigen este orden son la proporcionalidad, la reciprocidad y la complementariedad (Lajo, 2006).

Para el hombre andino (prehispánico) todo tiene una representación paritaria, siendo el PAR fundamental lo masculino – femenino, es la manera de hacerse en el ser humano la *Paridad cósmica* que es el paradigma de su pensamiento y la clave de la *vincularidad* que es su relación obligatoria con el cosmos (paridad = reflejo del cosmos). Una de las proporcionalidades que le ayuda a entender el cosmos es el ser de las cosas análogamente masculinas o femeninas: los cerros, las chacras, los papeles o responsabilidades comunitarias, todo el cosmos está separado en paridades. Por la necesidad de complementariedad un varón entonces se vincula desde el vientre materno con lo femenino y la mujer con lo masculino, pero también con lo cíclicamente mayor – menor, arriba–abajo.

Yáñez del Pozo, (2008), en su artículo “*La lógica de la relacionalidad en el mundo andino*”, hace un análisis a la relacionalidad: dualidad arriba – abajo (Hanan Pacha–Uku Pacha), hombre–mujer (con una visión geocéntrica e integral), como puentes de conexión entre todo lo existente: mundo de aquí, de arriba y de abajo, la reciprocidad es significado de equilibrio por tanto de salud. Concluye que si todo está relacionado con todo y si el mundo se mueve por los principios de correspondencia, complementariedad y reciprocidad bien podemos entender que existen pueblos que se mueven por este tipo de lógica, filosofía o pensamiento, diferente a la visión occidental.

Conviene en este punto hacer un análisis comparativo, de las dos formas de ver el mundo, tanto de la visión occidental, y desde la visión andina, lo cual sintetizamos en la siguiente tabla:

Tabla No. 10: Diferencias entre la Cosmovisión Andina y la Cosmovisión Occidental

COSMOVISIÓN OCCIDENTAL	COSMOVISIÓN DEL MUNDO INDÍGENA
Parte de una concepción intelectual, abstracta. Lo que ha llevado a una comprensión del Universo: física, matemática, mecánica y abstracta.	Proviene de una concepción sensitiva, afectiva y estética que involucra lo intelectual. Llevando a una sabia comprensión de los seres, sus cualidades profundas y su devenir existencial.
Es notable la importancia de lo matemático en su paradigma del saber, pues lo geométrico es geometría del espacio, deslindada de lo sacrático.	La geometría en el mundo andino, al igual que en otros pueblos de Abya Yala, era la búsqueda del orden y la Medida; en suma, de lo sacrático configurado en el espacio.
Para la ciencia occidental es más importante lo que se puede registrar el sentido de la vista y el del equilibrio; de ahí su tendencia a cuantificar. Estas funciones están relacionadas con el hemisferio izquierdo del cerebro, centro de la conciencia racional, analítica y de la capacidad de la memoria.	Para la ciencia andina es muy importante la percepción del corazón la cual nos habla de las cualidades de la vida. Está relacionada con el hemisferio derecho del cerebro, sede de la imaginación, capacidad creadora, sensibilidad y la lógica de lo global, sin excluir otros campos de percepción y modos de comprensión de la naturaleza.
Tiene un carácter parcelario y dispersivo	Tiene carácter global e integrador.
Atiende los aspectos externos de los	Aprehende los aspectos vitales, internos

fenómenos, lo tangible, lo medible, en fin de todo lo cognoscible materialmente.	de los fenómenos.
Ha fragmentado tiempo y espacio como dos dimensiones distintas. El sentido del tiempo es lineal. Ha convertido en su ideal la conquista del espacio.	La sabiduría andina no separa tiempo y espacio, los expresa en la partícula PACHA. El sentido del tiempo es curvo y espiral. Nuestros sabios tuvieron conocimiento y dominio del tiempo.
Lo primordial de la vida social es el individuo.	Las sociedades andinas giran en torno a la familia, al ayllu o comunidad.
Existe un distanciamiento (extrañamiento) entre el hombre y la naturaleza.	El hombre andino vive en armonía con su Pachamama (madre Tierra).
Considera a los seres en función de su utilidad para el hombre; así la tierra sirve para la explotación.	Considera al hombre en su mutua relación con los otros seres; la tierra es parte de su vida, es su madre.
Existen dualidades como: <ul style="list-style-type: none"> • Lo mágico y lo científico. • Lo cotidiano y lo trascendente. • Lo profano y lo sagrado 	En el mundo andino existen: <ul style="list-style-type: none"> • La sabiduría que abarca lo sensible y suprasensible. • La unidad del trabajo, diversión, y vida espiritual. • El respeto a todas las manifestaciones de la vida de la Madre Tierra.
La transmisión de conocimientos se ha realizado a través de sistemas burocráticos.	La transmisión de la sabiduría ha sido directa de persona a persona, de generación en generación.

Fuente: Adaptado de; Rodríguez Germán (2001) "La Sabiduría del Cóndor", Pag; 29 y Alderethe Ethel (2000) "Salud y Pueblos Indígenas", Pag: 34.

La visión cósmica del mundo andino, es un proceso de vida, que implica un despertar de los conocimientos, sentimientos y saberes ancestrales, basado en el respeto, la complementariedad y la reciprocidad con toda la naturaleza y el cosmos, tomando conciencia de que todo lo que sucede en nuestro entorno material y físico, es un reflejo de la esencia invisible de nuestro ser y sentir (Hugo, 2009).

El hombre andino se conciben como parte íntegra de un universo compuesto básicamente de tres componentes interrelacionados por medio de la reciprocidad y complementariedad: entorno natural (vida material), hombre-sociedad (vida social) y seres no-visibles (vida espiritual), que conforman una unidad cultural andina. Los tres componentes son inseparables y se encuentran en una compenetración mutua y dinámica; ninguno de los componentes es superior al otro. (Instituto para el estudio de la cultura y teconología Andina, 2000) Esencialmente todas las normas y pautas que regulan las conductas y prácticas tanto del hombre como de la familia andina y de la colectividad están orientadas a mantener la armonía y el equilibrio entre el hombre y la naturaleza, o entre los mismos hombres en el proceso de la subsistencia diaria.

En base a la cosmovisión andina, es evidente que los fenómenos sociales o naturales también reciben una explicación distinta a la que ofrece el análisis científico, como se puede apreciar en los siguientes ejemplos: (Kessel, MANOS SABIAS PARA CRIAR LA VIDA: Tecnología Andina, 2000)

En la concepción andina prácticamente todas las enfermedades del hombre no son solamente atribuidas a los agentes patógenos o a las influencias negativas del entorno

material-biológico, sino que a la vez expresan un desequilibrio resultante de un encuentro entre la vida espiritual del hombre y la del resto del mundo: muchas personas se enferman cuando pasan por lugares de vientos malos, algunos lugares con vertientes de agua o desérticos o lugares donde cae el rayo. Otras causas de las enfermedades se hallan en la vida social, donde en base a un determinado tipo de rituales: la envidia, la venganza o las peleas de una persona pueden ser traducidas en la enfermedad de la persona a la cual se dirigen estos sentimientos negativos. (Kessel, MANOS SABIAS PARA CRIAR LA VIDA: Tecnología Andina, 2000)

De este modo es comprensible que la sola eliminación de las causas biológicas de las enfermedades p.ej. mediante el uso de plantas medicinales o medicamentos modernos, no es suficiente para restablecer el desequilibrio alcanzado, sino que el tratamiento debe integrar un ritual que permite la comunicación con la vida espiritual de cada ser.

Los pueblos indígenas son la base sobre la cual se han construido la mayor parte de los países de las Américas. Su extraordinaria vitalidad, a pesar de las enormes adversidades; su fuerte capacidad organizativa en un contexto de lucha y resistencia permanente, y su presencia innegable a pesar de los procesos de eliminación e invisibilización desde el año de 1942 hasta el presente, solamente reafirman la necesidad de evidenciar su rol como actor imprescindible en las acciones que tengan que ver con el mejoramiento de la salud en nuestro país y Continente.

A continuación presentamos una síntesis de lo que tanto el Paradigma Biomédico occidental y el Paradigma Biomédico Andino representan: (Fernandez, 2006)

Tabla No. 11: Cuadro comparativo entre los Paradigmas Médico Occidental y Andino

<i>Conceptos prácticos</i>	<i>Paradigma biomédico occidental</i>	<i>Paradigma médico andino</i>
Cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> - Organismo vivo (o muerto) concebido como sustancia material visible: o puesto al alma. - Su funcionamiento interno y las manifestaciones de sus disfunciones ha dado lugar a un estudio científico, cada vez más especializado y tecnificado. - Visión segmentada del cuerpo en órganos, partes, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Soporte material de la vida espiritual, que depende de las relaciones de la persona con su entorno social y cosmológico. - No se puede disociar la sustancia corporal, de lo espiritual y de lo social: su funcionamiento no puede ser analizado en su sola materialidad. - Visión holística del cuerpo.
Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de enfermedad = de trastornos corporales (sentido restringido). - Estado de bienestar físico, mental, y social (sentido amplio). 	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones armónicas en la familia, en la comunidad y con el cosmos (Pacha) = respetar las reglas de reciprocidad entre humanos y con la naturaleza.
Enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de una función o de un órgano. - La enfermedad es individual (o concierne a un conjunto de individuos, en el caso de las epidemias). 	<ul style="list-style-type: none"> - Síntoma de un desorden social (enemistad, no respeto de ritos, no respeto de reglas sociales (aborto, adulterio, etc.).
Etiología	<ul style="list-style-type: none"> - Un agente externo material (bacteria, parásito, etc.). - Una deficiencia genética. - Una agresión del entorno físico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un comportamiento inadecuado en la comunidad puede tener repercusiones sobre el cuerpo individual, el cuerpo social, y el cuerpo cosmológico: estos cuerpos están relacionados. - Un agente externo invisible que representa una relación social perturbada (por ejemplo una maldición).
Método de	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico a partir de la 	<ul style="list-style-type: none"> - Adivinación en la coca (u

detección	<p>auscultación del cuerpo del enfermo y/o análisis de sustancias corporales (sangre, orina, heces) o exámenes que permiten observar el cuerpo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centrado en el cuerpo. 	<p>otras técnicas) que permiten dar un sentido (explicación en relación a lo invisible) a la enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centrado en las relaciones del sujeto con su entorno.
Procedimiento terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> - Recuperación de la función alterada, mediante el consumo de medicamentos que actúan sobre la materia o de una intervención quirúrgica (con posible extracción de la parte dañada). - Acción sobre la materia biológica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desplazamiento de la atención del individuo a lo social, de lo visible a lo invisible. - Realización de ritos que permiten al individuo restablecer en su imaginario una coherencia perdida. - Recordar las reglas sociales de reciprocidad con el entorno. - Acción sobre la energía psíquica.
Rol del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - En general, pasivo porque está sometido a los conocimientos e intervenciones del especialista. - Responsabilidad individual en cuanto al cumplimiento del tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participativo y activo: el paciente debe realizar el ritual (recrear un mundo coherente con los ingredientes rituales) con el sanador y vivir emocionalmente con él la curación. - Responsabilidad comunitaria.
Relación con el paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Remuneración monetaria establecida por tarifas fijas (aunque variables). 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento dependiendo de la voluntad del paciente en dinero, o en productos (a veces con un plato de comida). - Depende del reconocimiento y del prestigio que el paciente quiere expresar al sanador.

Fuente: Fernandez, G. (2006). *SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMÉRICA LATINA* (2a ed.). (A. Yala, Ed.) Quito: ABYA YALA.

A pesar de su vigencia el paradigma médico Andino, ha estado bajo el dominio y hegemonía del paradigma Biomédico Occidental, dado a que la vinculación ha sido

asimétrica en relación al poder que ejerce la medicina Occidental sobre todas las otras formas de medicina, ya sean éstas ancestrales o propias de los pueblos y nacionalidades, o alternativas tales como la Homeopatía, la Acupuntura, entre otras, contribuyendo así a su exclusión y por lo tanto a limitar su desarrollo, más con riesgo a su desaparición en muchos casos.

La colonización y la conquista crearon un impacto diverso en los pueblos indígenas, incidiendo de varias maneras en los territorios, cambio de sistema económico de subsistencia de la población e introducción de concepciones occidentales de la distribución del trabajo y obligaciones por sexo, considerando al trabajo manual inferior al intelectual. Durante este período se acuña la denominación de analfabetismo como una forma de discriminación y cuestionamiento de la lengua de los pobladores, además de menospreciar su mundo, su religión y la introducción de nuevas doctrinas y con estas el pecado, el cual crearía temor y represión. (Centro de Estudios Miguel Enriquez, 2006)

Con la colonización se institucionaliza la familia monógama patriarcal, como parte de la cual la mujer pasa a tener un papel servil, calificándola de ser secundario, débil o inferior por naturaleza, con una función simplemente procreadora, generando de esta manera la concepción dada a la mujer de un ser delicado, necesitada de protección, madre ejemplar, esposa sumisa y sobreprotectora de los ancianos; lo cual reforzaría el régimen de patriarcado. (Centro de Estudios Miguel Enriquez, 2006)

Las características de la mujer indígena permiten entender el papel de la misma en la sociedad pre colonial, debido a sus costumbres, su moral, su forma particular de

subordinación al hombre, y sobre todo, su participación en el trabajo de la comunidad y la descendencia, la misma que fue matrilineal hasta el siglo XIX. (Centro de Estudios Miguel Enriquez, 2006)

Durante la época colonial, se consolidó el patriarcado en las sociedades blanca, mestiza e indígena, consiguiendo durante 3 siglos imponer la idea de las funciones que debería ejercer la mujer, es decir el de ama de casa, constituyéndose de alguna manera en un medio de opresión.

El proceso de la maternidad durante la colonia se mantuvo como la única condición biológica de la mujer además de considerar a la paternidad como un medio de la certificación de filiación de los hijos; implantándose una vez más el matrimonio monógamo que demuestre la paternidad. (Centro de Estudios Miguel Enriquez, 2006)

2.3 HISTORIA DEL DESARROLLO HUMANO Y LA REPRODUCCIÓN

Antropólogos culturales como Bárbara Miller, sustentan un modelo con tres modos de reproducción o pauta de natalidad dominante en una cultura. Los cuales se corresponden, aproximadamente, con tres de los principales modos de producción vividos en la historia de la humanidad, como podemos ver en la siguiente tabla, la natalidad en la época de la Caza – recolección era moderada, luego en la época de la Agricultura existen altas tasas de natalidad, y finalmente es en la era del Industrialismo, es cuando surgen los criterios de control de la natalidad y con ellos los métodos modernos de Anticoncepción (Miller, Antropología Cultural, 2011).

Tabla No. 12: Pautas de natalidad, según los modos de producción

Caza-recolección	Agricultura	Industrialismo / informática
Crecimiento demográfico	Crecimiento demográfico	Crecimiento demográfico
Tasas de natalidad moderadas	Tasas de natalidad elevadas	Naciones industrializadas: crecimiento negativo de la población
Tasas de mortalidad moderadas	Tasas de mortalidad en disminución	Naciones en desarrollo: elevado
Valor de los niños	Valor de los niños	Valor de los niños
Moderado	Alto	Variable
Control de natalidad	Control de natalidad	Control de natalidad
Medios indirectos Dieta femenina baja en calorías Trabajo y ejercicio femeninos Prolongación de la lactancia Abortos espontáneos	Dependencia en aumento de los medios directos	Métodos directos basados en la ciencia y la medicina
Medios directos Aborto inducido Infanticidio	Técnicas pronatalistas Hierbas	Formas químicas de contracepción
	Medios directos Aborto inducido Infanticidio	Fertilización in vitro
		Aborto
Aspectos sociales	Aspectos sociales	Aspectos sociales
Natalidad homogénea	Aparición diferencias de clase	Natalidad estratificada Global, nacional y localmente
Pocos especialistas	Especialización creciente Partería Herbolario	Especialización altamente desarrollada

Fuente: Miller B; (2011) “Antropología Cultural”, 5ta edición. Madrid – España. Pp. 166.

La agricultura y el sedentarismo se asocian con las tasas de natalidad más altas de todos los modos de producción. “El **pronatalismo**, una ideología que promueve

tener muchos hijos, emerge como valor clave en las familias agricultoras. Está provocado por la necesidad de una abundante fuerza de trabajo para las labores agrícolas, cuidar a los animales, el procesamiento de alimentos y el comercio. En este contexto, tener muchos hijos es una estrategia reproductiva racional, relacionada con el modo de producción. Así pues, las personas que viven en sistemas de agricultura familiar tienen, de manera transcultural, su propia “planificación familiar”: criar muchos hijos” (Miller, Antropología Cultural, 2011).

Miller (2011), nos presente el siguiente ejemplo; en el norte rural de la India, los hijos son especialmente importantes en las familias campesinas. Mientras son pequeños, aprenden el trabajo en el campo con su padre. Una vez adultos, son responsables de arar y de la protección de la tierra familiar frente a la invasión de animales o campesinos de las cercanías. Cuando algunos expertos

Occidentales en planificación familiar llegaron al norte de la India a finales de los años cincuenta para promocionar la idea de familias pequeñas, los campesinos mostraron su consternación (Mamdani, 1972). Para ellos, una familia numerosa, sobre todo muchos hijos varones, es señal de riqueza y prosperidad, no de pobreza y fracaso. En un sistema campesino, las familias numerosas tienen sentido. Vemos que es una vivencia muy similar a la que se ve, en las comunidades andinas de nuestro país, tal es el caso de la familia Indígena Kichwa Otavalo de la zona del presente estudio.

2.4 CICLO REPRODUCTIVO Y SEXUALIDAD EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS

El paso de niña a mujer es la conclusión de la llegada de la menstruación, además de considera a la menstruación como el hito que marca entre las mujeres el inicio de las relaciones sexuales.

Los padres instruyen a las hijas acerca de cuidado y la abstención de tener relaciones sexuales, además de indicar la importancia de tener una sola pareja. Así como también instruyen a los jóvenes que no deben mantener relaciones sexuales con mujeres en período de menstruación por el riesgo de enfermarse al tener contacto con la “sangre muerta”

En las comunidades estos cambios físicos y hormonales vividos por las mujeres muchas veces están marcados por mensajes de miedo y culpa, así como la creación de percepciones negativas de las relaciones sexuales, para de alguna manera evitar las relaciones sexuales tempranas en los jóvenes.

Es durante esta fase que la familia ejerce control sobre los hijos e hijas, con mayor incidencia en las mujeres, para lo cual la familia cuida que la hija no trabaje en espacios lejanos o camine sola, prefieren tenerla en el hogar cerca de la mirada de los padres. (Caballero A. , y otros, 2008) A diferencia de esto, los hombres no tienen de la familia tantos cuidados ni recomendaciones, los jóvenes asocian el acto sexual con la búsqueda de placer y experiencia para tener un mejor desenvolvimiento en sus futuras relaciones y matrimonio.

La comunidad también infiere de alguna manera por medio de la observación de los jóvenes y la crítica de sus quehaceres.

El proceso de socialización de la educación sexual incluye normas y reglas relativas a la sexualidad pero solo en algunos temas como la menstruación y los cambios corporales, no implican aspectos como las relaciones sexuales, el embarazo, la anticoncepción, el placer, etc.

Las comunidades Kichwas identifican ocho tiempos en el ciclo reproductivo de las mujeres: (Caballero, y otros, 2008)

- El embarazo
- El parto
- El alumbramiento de la placenta,
- El puerperio,
- La atención del recién nacido/a.
- La lactancia materna,
- La planificación familiar
- El aborto.

El control sexual se enfoca a la mujer joven, se piensa que ella debe tener una sola pareja sexual, lo contrario es juzgado negativamente, en cambio el varón puede tener varias parejas sexuales, en estas comunidades la vigilancia del comportamiento sexual de las mujeres comienza en la juventud y continúa cuando son esposas. Una vez que la mujer tiene familia se exige a ella que debe fidelidad y respeto a su esposo.

2.5 MATRIMONIO, FAMILIA E HIJOS/AS

El matrimonio y la conformación de una familia en las comunidades indígenas se presentan como una forma de acceder a la vida social, política y económica de la

comunidad, el mismo que puede darse entre personas de la misma comunidad (endogamia) o fuera de ella (exogamia) (Caballero, y otros, 2008), durante este proceso los miembros de la familia tienen un poder coercitivo sobre la elección de la pareja.

En algunas culturas indígenas como los Aymaras, se considera que quien vive demasiado tiempo soltero o soltera es considerado un ser incompleto, por lo que son cuestionados y estigmatizados.

El matrimonio en muchas comunidades indígenas es obligatorio, en general se dice que no hay indígenas que se queden solteros, además de ser visto como una institución fundamental para tener hijos o hijas, para la distribución de deberes y obligaciones, otorga estatus de adulto o adulta, aportando a la organización de las tareas y actividades económicas.

Los indígenas se casan muy jóvenes: la mujer desde los 12 – 13 años de edad, el hombre desde los 16 – 17 años hasta los 20. Pasada esta edad se considera, especialmente a la mujer, vieja y se rehúye el matrimonio con ella. Tampoco son socialmente aceptados para el matrimonio los impedidos físicos o mentales. (Villavicencio, 1973)

Una vez conformado el matrimonio, la joven pareja recibe recomendaciones para la buena convivencia de la pareja, la misma que está influenciada por presiones sociales, siendo por esto importante que la pareja tenga hijos y no se espere mucho para el primer embarazo así como también el número de hijos, lo cual va a ser juzgado por la comunidad.

2.6 LA FAMILIA INDÍGENA

La familia indígena constituye una unidad económica, pero únicamente de producción y consumo, en tal grado que sus ingresos ni siquiera les permiten satisfacer sus necesidades básicas, y por lo tanto, viven sumidos en una situación infra o sub – consumo; trabajan los padres y los hijos desde temprana edad constituyen un aporte económico con su participación en las actividades agrícolas, ganaderas y artesanales. (Villavicencio, 1973)

Pero también es una unidad social, en donde se forma al individuo a través de normas y principios que responden al contexto cultural indígena. (Villavicencio, 1973)

Las familias se caracterizan por ser ampliadas o extensas, en las cuales se encuentran integradas por familiares y parientes por varias generaciones, lo cual permitía a la familia disponer de suficiente mano de obra para responder a las necesidades tanto de sus parcelas y la comunidad. Los principales factores que estructuran el parentesco en las familias indígenas son el tipo de matrimonio, la descendencia y la residencia. Tradicionalmente las familias indígenas y campesinas (cuyo denominador común es que el hecho de ser agrarios) han sido entendidas como: (Martinez, 1996)

- Familias grandes, es decir, compuestas por al menos 3 generaciones. Se las conoce también como familias “mayores”.
- Mantienen estrechos vínculos con la explotación agrícola.
- La familia desempeña el papel de “un equipo de producción”.
- Tiene un mayor grado de autonomía económica que otras familias.
- La familia tiene funciones más amplias y permanentes.

- Fuerte nivel de integración y apoyo en la comunidad para el cumplimiento de estas funciones.

Los más pobres son las que tienen los niveles más altos de paridad. La población con mayor acceso a la tierra, con mejores salariales, podrían incidir en elevar el nivel de vida y en un cambio en el patrón reproductivo tradicional. (Martinez, 1996)

La influencia de modelo capitalista, la migración, la poca disponibilidad de tierras, los vínculos con la ciudad, han generado modificaciones en las costumbres para la conformación de las nuevas parejas o el matrimonio.

2.6.1 ROLES DE GÉNERO EN LA FAMILIA Y EN LA COMUNIDAD

Tabla No. 13: Roles de género en la familia y la comunidad

MUJERES	HOMBRES
Cuidan a los hijos	Aran, siembran, hacen huachos, rascadillan.
Arreglan la casa	En las mingas: trabajan en acequias, zanjias, chambas
Cuidan los animales	Ayudan en la cocina (cambio)
En las mingas: botan chambas	Ordeñan
Ordeñan	El hombre nunca carga a los hijos/as
Deja a los wawas en la escuela	

FUENTE: José Yanez Del Pozo; MI NOMBRE HA DE VIVIR; 2005.

En la mayoría de los casos, en la comunidad el trabajo es igualitario para hombres, mujeres, ancianos y niños. (Yáñez Del Pozo, 2005)

En lo referente a la familia indígena rural Otavalo, está constituida por unidades nucleares monogámicas, aunque estas no excluyen la presencia de otros miembros de familia, especialmente hijos recién casados y familiares ancianos. (Villavicencio, 1973)

La autoridad económica y social de la familia indígena, es el hombre, quien lo representa dentro y fuera de su medio. Aparentemente la mujer indígena permanece

en absoluto sometimiento al hombre, con deberes y sin derechos. (Villavicencio, 1973)

Es la mujer el elemento conservador y tradicionalista que opone resistencia al cambio y en ella radica gran parte de los obstáculos para el desarrollo y la innovación, por su papel influyente en el hogar.

La familia indígena, caracterizada siempre por sus altos valores, como la fidelidad, y respeto conyugal, la cohesión y unión familiar, está en paulatina desorganización. (Villavicencio, 1973)

2.6.2 LA FECUNDIDAD

Los cambios observados en las familias indígenas están correlacionados con situaciones económicas, sociales y culturales; en un estudio realizado en las comunidades de Cumbas y Colimbuela del Cantón Cotacachi, se encontró que la relación de las tasas de fecundidad con variables socio económicas como la educación de la madre, mostró que el bajo nivel de educación de la madre coadyuvaba a mantener altas tasas de paridad; encontrándose además en el mismo estudio que el uso de métodos anticonceptivos era escaso, es decir el 92.2% de las mujeres de Colimbuela y el 95% en Cumbas no usaban ningún método anticonceptivo. (Martinez, 1996) Según el autor de este estudio considera que “el control de la natalidad mediante métodos modernos no ha sido internalizado suficientemente en las familias a pesar de los esfuerzos realizados para promover la planificación familiar en las comunidades”. (Martinez, 1996)

2.6.3 ANTICONCEPCIÓN EN PUEBLOS INDÍGENAS

La regulación de la fertilidad era un procedimiento ya considerado en tiempos prehispánicos, a través del uso de preparados como emplastos abdominales en el lugar de los ovarios, grasas de aves para mejorar la absorción, uso de sangre de gallo negro u otro animal muy fértil; con algunos preparados se esterilizaban a las mujeres y usaban otros para aumentar la fertilidad en mujeres y hacer “reaccionar a los ovarios” (Caballero, y otros, 2008). Las mujeres Aymaras, utilizan para la regulación de la fertilidad el método del ritmo el mismo que se indica falla mucho por aparente falta de cooperación del marido.

Se refiere también el uso por parte de mujeres jóvenes de infusiones de hoja de algodón blanco.

La cultura kichwa en la esfera médica maneja distintos conocimiento y prácticas: que le han permitido clasificar en enfermedades generales, terapias para el control del embarazo, parto y postparto, planificación familiar , sobre todo manejo de plantas, cuyo uso medicinal se fue construyendo a lo largo de milenios de aprendizaje e interrelación con la naturaleza. En cuanto a la fitoterapia cuentan con una amplia gama de conocimientos tanto para su recolección, preparación, dosificación y administración así como cuidados especiales y contraindicaciones que pueden implicar dietas y comportamientos que deben ser observados por los enfermos.

Los Pueblos Kichwas de la Amazonía que dentro de sus conocimientos de plantas anticonceptivas tienen muchas especies, como: (Tupuy & Andy, 2013):

Planta de guineo

Semilla de limón sutil

Ajengibre

Semilla o pepa de Aguacate

En la zona andina las *Wachachik Warmikuna* (parteras) de acuerdo a la cultura kichwa Otavalo de Cotacachi, refiere que la planificación familiar debe aplicarse desde el primer parto, sirve también para recibir energía de la Pachamama y hacer esfuerzos y trabajos intensos sin problema, como lo necesitan las mujeres campesinas. Se entiende que utilizan entre sus prácticas específicas destinadas a la anticoncepción, el encaderamiento con técnicas para lograr la reubicación del útero que no permita la concepción, “sirve para que no se menstrúe rápido, se puede demorar hasta dos años hasta que retorne la menstruación” (UNORCARC, 2016).

“Se necesita recipientes de barro (no de aluminio) tela blanca, un trozo de lana y una cocina. Adicionalmente requiere conseguir previamente aliños dulces molidos, huevo del campo, grasas de animales: chivo, res, llamingo y gallina; así como muchas flores del campo y plantas.” (UNORCAG, 2015)

Para la preparación de la mezcla para el masaje del vientre refiere se debe realizar una mezcla de las flores y plantas finamente picadas, mezclarlas con los aliños dulces molidos y mezclar con las grasas derretidas, con esto realizar un paquete utilizando hojas de aguacate, y envolver con tela blanca delgada y amarrar con lana.

“Este paquete preparado lo aplicamos sobre el vientre luego de haber hecho el masaje necesario. Se sujeta bien con la faja y la paciente debe permanecer acostada unos veinte minutos al menos”. (UNORCAG, 2015)

Una aspecto de atención para los proveedores de salud occidental es el reconocer que la población indígena ya tiene sus concepciones y/o temores hacia los efectos secundarios de los anticonceptivos modernos y sus razones para el rechazo de los métodos tradicionales, tal como el considerar a la T de cobre como “causa de cáncer y enfermedad de la mujer” “desplaza el útero y lo daña, produciendo sangrado”, puede lastimar al hombre durante la penetración”; las píldoras anticonceptivas se relacionan con los quistes en la matriz, “manchas faciales”, “matan los glóbulos rojos de la sangre”, “causan leucemia”. (Caballero, y otros, 2008)

Las influencias religiosas, la situación social y económica, así como los roles de género asignados a hombres y mujeres hacen que el tema de la anticoncepción sea visto dentro de un complejo sistema de relaciones sociales de poder. (Caballero, y otros, 2008)

En algunas comunidades indígenas se aprecia reticencia al empleo de fármacos, asegurándose que acostumbran al cuerpo y no resultan adecuados para todas las personas, además de hacerlos inhábiles para los tratamientos medicinales autóctono (Fernandez, 2006), siendo en muchas ocasiones no recomendable desde el punto de vista indígena el uso de la combinación de ambas tradiciones médicas.

Además es importante indicar que la difusión en el uso de los métodos anticonceptivos no tiene éxito entre las familias indígenas lo cual puede deberse a

baja educación, escaso acceso a la atención médica en el parto y alta tasa de mortalidad infantil. Y lo más importante a esto contribuyen factores culturales que no se conocen y entienden bien, que hace falta se investigue y socialice.

2.7 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE LA VISIÓN DE LA MEDICINA OCCIDENTAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos a la reproducción en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo, cuántos y con qué frecuencia (INEC, 2008).

2.7.1 CONTROL DE LA NATALIDAD:

Se refiere al conjunto de programas y de políticas públicas que se establecen a nivel gubernamental desde un enfoque epidemiológico con el fin de regular el número de nacimientos en la población. El acento de dichos programas, está puesto en el control asociado a las metas y al crecimiento demográfico a nivel de población y no tanto en un enfoque en la salud sexual y reproductiva integral de las personas. (Didies Claudia, 2010)

2.7.2 REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD:

Se centra en las personas y sus derechos, entendiéndolas como sujetos activos en la mejora de su calidad de vida y en el de sus parejas y sus familias. Incluye los

derechos en materia de salud sexual y reproductiva como parte de los derechos humanos y de las libertades fundamentales inherentes a todas las personas. Estos derechos se ejercen especialmente a través de la toma de decisiones sobre la propia sexualidad y reproducción sin coacción y con la debida información, bajo un marco de dignidad y de justicia social. (Didies Claudia, 2010)

Enmarcado en estos fines y preceptos la medicina occidental promueve la Planificación Familiar, la misma que se compone de tres momentos (MSP, 2010):

El primer momento identifica a las y los usuarias/os que buscan un embarazo y que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como Control Preconcepcional.

El segundo momento comprende a las y los usuarias/os que ejercen su derecho a la sexualidad y no quieren un embarazo por lo que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como Asesoramiento y uso de métodos de Anticoncepción.

El tercer momento está dirigido hacia las y los usuarios/as que buscan un embarazo, mas no lo consiguen con facilidad por lo que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como Asesoramiento y Manejo en Infertilidad.

2.7.3 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ACTUALES

Los métodos anticonceptivos son métodos que están orientados a permitir que la población planifique cuando y cuantos hijos tener.

En la actualidad se cuenta con una gran gama de métodos anticonceptivos que deben ser ofertados a los y las usuarias de las unidades de salud, considerando antecedentes patológicos personales, factores de riesgo y combinación con otros fármacos que determinarán la elección del método necesario para cada usuario.

En el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública por medio de los Centros de salud Tipo A, B y C y sus hospitales, dispone la dispensarización de los métodos anticonceptivos, por medio de la aplicación de las Normas y Protocolos en Planificación Familiar, por parte de los médicos y obstetras de las unidades de salud.

Para la elección del método anticonceptivo a usar, es necesario tener en cuenta:

PERFIL DEL MÉTODO

EFICACIA: Es la capacidad del método anticonceptivo de impedir la gestación a nivel teórico, es decir, utilizado en condiciones óptimas. (Navarro, Trillo, Luque, & García, 2014)

La eficacia de un método anticonceptivo suele expresarse mediante el índice de Pearl, el cual se define como el número de embarazos que presentarían teóricamente 100 mujeres que utilizaran el mismo método anticonceptivo durante un año, considerando la eficacia teórica que comprende la tasa de embarazos por 100 mujeres en un año de utilización en condiciones óptimas, y la eficacia real, que es la condicionada por posibles fallos humanos en su utilización. Para esto se considera:

- 0 – 1 Muy efectivo
- 2 – 9 Efectivo
- 10 – 30 Algo efectivo

Tabla No. 14: Eficacia de los métodos anticonceptivos según el índice de Pearl

MÉTODO	ÍNDICE DE PEARL	
	USO PERFECTO	USO HABITUAL
Ninguno	85	85
Coito interruptus	4	27
Métodos naturales	1 – 9	25-27
Diafragma (con espermicida)	6	16
Preservativo femenino	10	21
Preservativo masculino	2	15
Anticoncepción oral combinada	0.3	2.18
Parche transdérmico	0.3	1.24
Anillo vaginal	0.3	1.23
Minipildora de desogestrel	0.3	0.41
Progestágenos inyectables	0.3	3
DIU de cobre	0.6	0.8
DIU de levonorgestrel	0.1	0.1
Implantes de progestágenos	0.05	0.08
Irreversibles	0.1-0.5	0.15-0.5

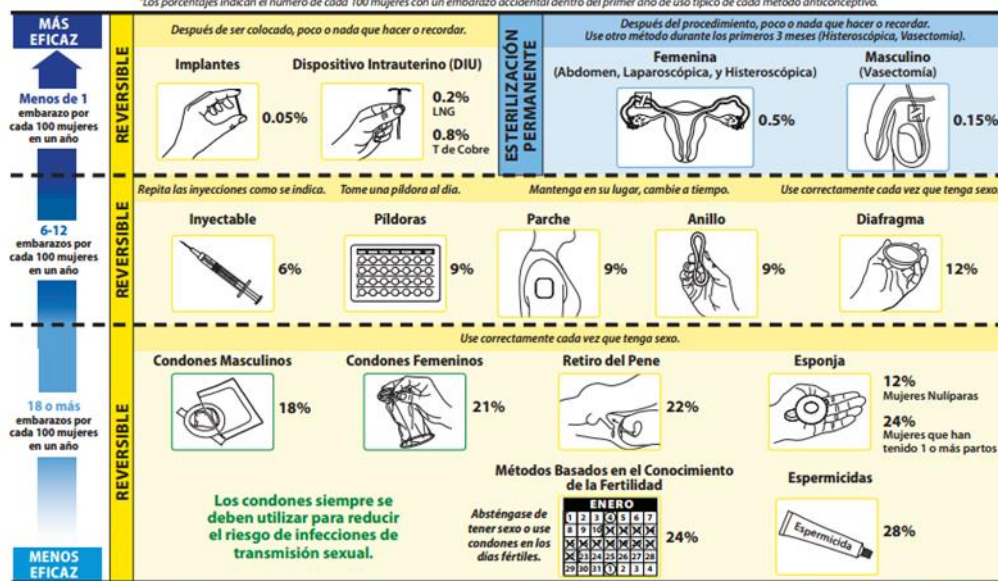
Fuente: Navarro, José; Trillo, Cristóbal; **Anticoncepción y Salud Sexual en Atención Primaria**, España, 2014.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y otros, recomienda los siguientes métodos y su eficacia: (CDC, 2016)

Gráfico No. 1: Eficacia de los métodos de planificación familiar

EFICACIA DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR*

*Los porcentajes indican el número de cada 100 mujeres con un embarazo accidental dentro del primer año de uso típico de cada método anticonceptivo.



Otros Métodos Anticonceptivos: (1) Método de Amenorrea de Lactancia (MELA): es un método de anticoncepción que es altamente eficaz y temporal. (2) Anticonceptivos de Emergencia: Después de relaciones sexuales sin protección, píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) o el dispositivo intrauterino (DIU) de cobre reduce sustancialmente el riesgo de embarazo. Adaptado de World Health Organization (WHO) Department of Reproductive Health and Research, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for health project. Family planning: a global handbook for providers (2011 update). Baltimore, MD: Geneva, Switzerland: CCP and WHO, 2011; and Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception 2011;83:397-404.

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention CDC. (2010). Retrieved Junio 11, 2016, from CDC: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5904a1.htm?s_cid=rr5904a1_e

Tabla No. 15: Tasa de embarazo (%) durante el primer año de uso de anticonceptivos

	EL USO TÍPICO	EL USO CORRECTO
MAS EFECTIVO		
Dispositivo intrauterino	<1	<1
T de cobre o Mirena	<1	<1
Implante de etonorgestrel	<1	<1
La esterilización femenina	<1	<1
La vasectomía	<1	<1
EFICAZ		

Depo – Provera inyección (DMPA)	6	<1
Parche anticonceptivo	9	<1
Píldoras anticonceptivas		
Sólo de progestina o una combinación de estrógeno y progestina.	9	<1
Anillo vaginal anticonceptivo	9	<1
Diafragma	12	6
MENOS EFECTIVO		
Condón		
Masculino	18	2
Femenino	21	5
Esponja		
Nacimientos anteriores	24	20
No hay nacimientos anteriores	12	9
Cervical cap (Fem Cap)		
Nacimientos anteriores	14	N/A
Nacimientos anteriores	29	N/A
Metodos basados en el conocimiento de la fertilidad		
Moco cervical o la	24	3

ovulación		
Sintotermal	24	0,4
Dos días	24	4
Días de normalización	24	5
Retirada	22	4
Los espermicidas	28	18
Ningún método	85	85

FUENTE: Kaunitz A; (2016) Uptodate, La consejería anticonceptiva y selección.

SEGURIDAD: Corresponde a la capacidad del método para alterar positiva o negativamente el estado de salud del usuario o amenazar su vida, aquí se incluyen los efectos indeseables como la capacidad de prevenir enfermedades de transmisión sexual, y el alivio de la dismenorrea.

REVERSIBILIDAD: Refiriéndose a si es posible el retorno a la fertilidad después de la interrupción de un método determinado.

COMPLEJIDAD: Considerar la necesidad de conocimientos mínimos y habilidades especiales para su uso.

ACEPTABILIDAD: Considerándose como la capacidad de un método para “convencer a una pareja sobre su empleo, lo cual aseguraría su continuidad y la eficacia en la prevención de un embarazo no deseado.

RELACIÓN CON EL COITO: Relacionado si se trata de manera:

Inmediata: preservativo

Mediata: Esponja vaginal, espermicidas y diafragma.

Lejana: Esterilización, dispositivo intrauterino y anticonceptivos hormonales.

PRECIO: este puede influenciar en la elección del método y en el cumplimiento del uso del mismo.

ASPECTOS SOBRE EL USUARIO/USURARIA

- Frecuencia coital
- Objetivo de la contracepción: Es decir si el/la usuario desea espaciar los embarazos o la contracepción definitiva.
- Riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual: considerar el uso de preservativo.
- Colaboración de la pareja, creencias religiosas. (Navarro, Trillo, Luque, & García, 2014)

CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD CME

En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la primera edición de los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* (MEC), que dio una orientación basada en la evidencia sobre la seguridad del uso de métodos anticonceptivos para mujeres y hombres de todo el mundo, que presenta características y condiciones médicas específicas. Desde ese momento, la OMS ha actualizado periódicamente su orientación sobre la base de nuevas pruebas, y el MEC que ahora está en su quinta edición. (Centers for Disease Control and Prevention CDC, 2010)

Para la elección de un método anticonceptivo, tanto la CDC como la OMS, recomiendan el uso de los siguientes criterios: (OMS, 2015)

Tabla No. 16: Clasificación de los criterios médicos de elegibilidad

CATEGORIA	DESCRIPCION	INTERPRETACIÓN CON DECISIÓN CLÍNICA	INTERPRETACIÓN CON DECISIÓN CLÍNICA LIMITADA
1	No hay restricción para usar el método anticonceptivo.	Usar el método en cualquier circunstancia	Usar el método
2	Las ventajas de usar el método generalmente exceden los riesgos comprobados o teóricos	Generalmente se puede usar el método	
3	Los riesgos comprobados o teóricos generalmente exceden las ventajas de usar el método. Usarlo en forma segura requiere decisión clínica cuidadosa y acceso a servicios clínicos.	Generalmente no se recomienda usar el método, a menos que no se disponga de otros métodos apropiados o que los métodos disponibles no sean aceptables	No usar el método
4	La condición representa un riesgo inaceptable para la salud si se usa el método anticonceptivo.	No se debe usar el método	

FUENTE: OMS (2015), Criterios médicos de Elegibilidad para el uso de Anticonceptivos. 5ta Edición.

La American Academy of Family Physicians, dentro de sus planteamientos para la Provisión de Anticoncepción, adopta las recomendaciones del Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos CDC. (Klein David, 2016)

Estas recomendaciones basadas en la evidencia no indican el mejor método a ser usado en un contexto médico en particular; más bien permite la revisión de recomendaciones considerando múltiples métodos, que se podrían utilizar de forma segura por personas con condiciones de salud determinadas (por ejemplo hipertensión arterial) y características particulares (por ejemplo edad), (OMS, 2015) detalles en anexo: 5.

PATRON CRONOLÓGICO

Considerar al momento de elegir un método anticonceptivo: (Navarro, Trillo, Luque, & García, 2014)

- En adolescentes, recomendar el uso de preservativo, solo o asociado a otro método.
- Actividad sexual estable: recomendar anticonceptivos hormonales o el DIU.
- La pareja ha completado su deseo de descendencia, ofertar los métodos definitivos.

Uno de los objetivos a considerar en el momento de la elección de los métodos anticonceptivos es que los y las usuarias puedan gozar de una buena salud sexual, la cual generará beneficios como: (Navarro, Trillo, Luque, & García, 2014)

- Posibilidad de vincularse al futuro a través de la procreación.
- Medio de placer y de liberación física
- Sensación de conexión con los demás
- Medio de comunicación amable, sutil o intensa
- Potencia sentimientos de autoestima y autovaloración

- Contribuye a la identidad propia
- Calidad de vida
- Longevidad.

CONTINUIDAD DEL USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Consiste en la correcta utilización del método, de forma regular y continuada y conlleva a la eficacia real del mismo. Está condicionado por las características del método anticonceptivo, las del individuo o pareja, factores del medio exterior (sociales y demográficos) y de los proveedores (personal sanitario, existencia de centros públicos asistenciales y la industria farmacéutica). (Valero Pilar, 2013)

PRINCIPALES MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Preservativo masculino

El material utilizado es el látex, del cual se ha encontrado una prevalencia de sensibilidad del 6 a 7%, para lo cual existen preservativos de poliuretano.

La eficacia de este método comprende la contracepción y la protección contra las infecciones de transmisión sexual. La eficacia contraceptiva comprende un 2% con “usuario perfecto” y un 15% con “usuario típico”, la tasa de rotura va del 3 al 6%, el deslizamiento va entre el 3 y el 4%, para lo cual se recomendará el retiro del pene de la vagina luego de la eyaculación, mientras está erecto. (Navarro, Trillo, Luque, & García, 2014)

Preservativo femenino

Está constituido por una vaina de poliuretano lubricado con dimeticona, el mismo que cubre toda la vagina y un área de la vulva.

Tiene una eficacia del 10% en el usuario perfecto y de un 21% en el usuario típico. Una desventaja es su índice de abandono del 50%. (Navarro, Trillo, Luque, & García, 2014)

Espermicidas

Consiste en sustancias químicas con acción lesiva sobre los espermatozoides, debe colocarse en la vagina 10 a 15 minutos antes de la penetración sin excederse de una hora.

La tasa de fallo en el primer año es del 29%. Se recomienda su uso en asociación con otros métodos como diafragma o preservativo. (Navarro, Trillo, Luque, & García, 2014)

Diafragma

Puede insertarse hasta 2 a 3 horas antes de la relación sexual, está formado por un casquete esférico de látex o de silicona que va de 55 a 95 mm de diámetro. Debe usarse con un espermicida.

La tasa de fallo durante el primer año es del 6%. (Navarro, Trillo, Luque, & García, 2014)

Anticonceptivos orales combinados

Están constituidos por esteroides de origen sintético, los cuales actuarán sobre el eje hipotálamo - hipófisis – ovario inhibiendo la producción de FSH (efecto estrogénico) y de LH (efecto gestagénico), lo cual va a impedir la ovulación.

Además de provocar modificaciones en el moco cervical, e impide el desarrollo folicular.

Para la prescripción de anticonceptivos combinados, se debe realizar una historia clínica detallada, en la cual se incluirá: antecedentes de migraña, uso de drogas,

antecedentes familiares, consumo de tabaco. Además de la toma de la presión arterial previa a la administración de anticonceptivos, así como también el índice de masa corporal. (Sociedad Española de Contracepción, 2011)

Se recomienda la realización de exploración genital y la toma de citología uterina para la prevención de patología cervical uterina.

La interrupción de la toma de estos se recupera a los siete días, hecho que se debe informar para garantizar el efecto de los anticonceptivos.

Se debe considerar las presentaciones de los anticonceptivos hormonales combinados y su eficacia para la elección del método, así: (Navarro, Trillo, Luque, & García, 2014)

Los anticonceptivos orales combinados presentan una eficacia teórica del 99.7% si es usado de manera correcta, la eficacia real baja al 97.9% debido a olvido de la toma de los mismos.

El anillo vaginal tiene una efectividad del 98.7%.

El parche cutáneo presenta una efectividad del 98,76%.

En el caso del parche transdérmico la eficacia disminuye en mujeres con peso superior a 90 kilogramos, debido a la absorción imprevisible.

Tabla No. 17: Criterios de elección de los anticonceptivos hormonales combinados

Condición	Categoría
Lactancia materna < 6 semanas	4
Lactancia materna de 6 semanas a 6 meses	3

Posparto sin lactancia <21 días	3
Tabaquismo >15 cigarrillos /día y >35 años	4
Tabaquismo <15 cigarrillos /día y >35 años	3
Tabaquismo < 1 año sin fumar y >35 años	3
Tabaquismo > 1 año sin fumar y >35 años	2
Obesidad con IMC 35 – 39	3
Obesidad con IMC > 40	4
Múltiples Factores de riesgo: tabaco, diabetes, HTA, edad, perímetro cintura >88 cm	3 / 4
HTA controlada HTA no controlada 140 – 159/ 90- 99	3
HTA >= 160/100 HTA con enfermedad vascular	4
TEV / TEP historia personal/aguda/ con anticoagulación	4
Cirugía mayor con inmovilización prolongada	4
Inmovilización no relacionada con la cirugía	3
Trombofilia conocida	4
Sospecha de trombofilia	3
Cardiopatía isquémica	4
Ictus hemorrágico / ictus isquémico	3 / 4
Hiperlipemia sin otros factores de riesgo	2 / 3
Valvulopatía complicada	4

Lupus eritematoso sistémico con Anticuerpo antifosfolípido	4
Migraña con aura	4
Migraña sin aura <35 años inicio/ continuación	2 / 3
Migraña sin aura > 35 años inicio/ continuación	3 / 4
Cáncer de mama actual	4
Cáncer de mama previo hace > de 5 años	3
Diabetes con afectación vascular o > 20 años evolución	4
Litiasis biliar sintomática actual y /o en tratamiento	3
Historia de colelitiasis relacionada con anticonceptivos	3
Hepatitis viral activa	4
Cirrosis grave	4
Adenoma hepático	4
Hepatocarcinoma	4
Fármacos inductores enzimáticos	3

Fuente: Navarro J, Trillo C, Luque MA, García J. Anticoncepción y Salud Sexual en Atención Primaria. 1ra ed. Comunitaria SAdMFy, editor. España: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria; 2014

Anticoncepción hormonal con gestágenos solos

Estos anticonceptivos contienen solo gestágenos, tienen presentaciones orales, inyectables, sistemas de liberación intrauterino o implante subcutáneo.

El índice de Pearl de estos métodos va entre el 0,08 del implante y el 0,41% de la vía oral.

El mecanismo de acción de los anticonceptivos con gestágenos solos es a través de: Incrementando el espesor del moco cervical.

Producir el adelgazamiento y la atrofia del endometrio lo cual no permite la implantación.

Suprime el eje hipotálamo – hipófisis – ovario lo cual inhibirá la ovulación.

En las trompas produce la disminución de la motilidad tubárica (Navarro, Trillo, Luque, & García, 2014).

Tabla No. 18: Eficacia de los anticonceptivos hormonales con gestágenos

Metodo	Indice de pearl en condiciones reales de uso
Píldora de desogestrel	0,41
Acetato de medroxiprogesterona	3
DIU de levonorgestrel	0,1
Implante de etonorgestrel	0,08

Fuente: Navarro J, Trillo C, Luque MA, García J. Anticoncepción y Salud Sexual en Atención Primaria. 1st ed. Comunitaria SAdMFy, editor. España: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria; 2014

Dispositivo intrauterino

Los dispositivos intrauterinos presentan un índice de Pearl inferior a 1%, además de una tasa de continuidad del 80%.

En lo referente al porcentaje de embarazos en el primer año con el uso de DIU de cobre de alta carga es de 0.6%. (Navarro, Trillo, Luque, & García, 2014)

El DIU – LNG presenta una eficacia y efectividad con un índice de Pearl de 0.1%, así como la duración del efecto de los DIU es de 5 años.

En las mujeres mayores la eficacia aumenta debido a que la fertilidad espontánea disminuye, así como también en las mujeres mayores de 40 años se conservará el DIU hasta la menopausia.

Métodos definitivos

Entre los métodos definitivos se encuentran:

Bloqueo tubárico: presenta un índice de Pearl de 0,13%. (Navarro, Trillo, Luque, & García, 2014)

Vasectomía: tiene una una tasa de éxito de infertilidad del 98%. (Theodore, 2015)

La prescripción y efectividad de los métodos anticonceptivos dependen de muchos factores como la edad, el estado de salud y momentos de la vida reproductiva de la mujer, el estilo de vida, los valores morales, culturales, las creencias religiosas, el nivel de involucramiento de la pareja, el nivel de instrucción, el nivel de ingresos, entre otros. Por estas razones, en el momento de hacer anticoncepción se debe considerar múltiples factores: el grado de motivación de la pareja y de la mujer en general, la maduración psicológica, la edad, el nivel socio-cultural y económico, la ausencia de contraindicaciones, entre otros.

Tabla No. 19 Efectos Secundarios De Los Métodos Anticonceptivos

EFECTO	INDICACION
NAÚSEA	<ul style="list-style-type: none"> • Asesore a la mujer que es un efecto temporal. • Aconseje la toma de la tableta con las comidas o al acostarse en la noche.
DOLOR DE CABEZA LEVE	<p>Si la cefalea se presenta en el lapso libre de anticoncepción, aconseje continuar el uso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indique a la mujer que puede tomar acetaminofén 500 mg, o ibuprofeno 200 a 400 mg o aspirina 500 mg cada 6 horas.
AMENORREA	<ul style="list-style-type: none"> • Indique a la mujer que la ausencia o un mínimo goteo menstrual no es problema si ha usado de forma correcta su anticonceptivo. • Probables causas: • Falla en la toma o administración, olvidos o demoras. • Administración ininterrumpida de tabletas o parches (sin semana de descanso).
GOTEO O SANGRADO IRREGULAR	<p>Probables causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falla en la toma o administración, olvidos o demoras. • Vómito o diarrea severos. • Interacción medicamentosa: rifampicina, anticonvulsivantes.

FUENTE: MSP, NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR; Quito, 2010
 Elaborado por: Las autoras.

Los sistemas de salud actuales tienen en sus servicios una oferta permanente hacia las mujeres, haciéndolas a ellas como las únicas responsables de la anticoncepción, lo cual crea barreras y sobrecarga de responsabilidad a las mujeres, además de que los sistemas locales que trabajan asuntos de salud sexual y control de natalidad, el sesgo institucional para ignorar o incluso excluir a los hombres de estos ámbitos ha tenido consecuencias (Gutman, 2015)

2. 7.4 ROL DEL MÉDICO DE FAMILIA EN LA ANTICONCEPCIÓN

El médico de familia se encuentra en una situación privilegiada para dar consejo contraceptivo, por conocer tanto los antecedentes patológicos como la situación familiar y los factores socioculturales que rodean a sus pacientes.

(Soriano, Rodenas, & Moreno, 2010)

Para ayudar a elegir es preciso escuchar, informar y transmitir adecuadamente esa información sobre las distintas opciones existentes, siempre teniendo en cuenta las prioridades de la paciente y de su pareja. (Soriano, Rodenas, & Moreno, 2010)

El médico de familia tiene ante sí un reto importante que consiste en saber ofrecer consejo anticonceptivo. Desde atención primaria estamos en una inmejorable disposición para conocer los antecedentes y el contexto actual de cada uno de nuestros pacientes, de manera que podamos destinarles el tiempo necesario para informar de las posibilidades y orientar para que consigamos decidir el método más adecuado en cada situación. (Soriano, Rodenas, & Moreno, 2010)

Los médicos de familia se adaptan de forma única para ofrecer servicios de planificación familiar no fragmentados integrales para pacientes de todas las edades. Con el acceso cada vez más sólida a una base de pruebas sobre las formas de prevenir o lograr el embarazo y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), los médicos se enfrentan al reto de ofrecer y gestionar las opciones más seguras y más eficaces disponibles para los pacientes con varias condiciones médicas, las circunstancias sociales, patrones de adherencia, y las barreras financieras a la atención (Klein David, 2016).

2.7.5 LAS PARTERAS Y SU LABOR EN LA COMUNIDAD

En la mayoría de culturas, la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres. Por esta razón, alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y demás prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. (Gonzalez, 2014)

Además, dada la importancia y el cuidado que el embarazo y el parto implican, cada cultura ha desarrollado una forma específica de atención, provista principalmente por mujeres parteras, también llamadas comadronas o matronas. (Gonzalez, 2014)

El conocimiento de la partería de los pueblos formaba, y aún forma parte, de los sistemas de salud tradicionales constituidos por principios, recursos y protagonistas propios, que incluyen cosmovisiones, conceptos de salud-enfermedad, manifestaciones clínicas, causas, formas de diagnóstico, clasificación de las enfermedades, recursos terapéuticos y, finalmente, distintos agentes comunitarios de salud. (Gonzalez, 2014)

Los sistemas tradicionales de salud, han sido desconocidos e invisibilizados históricamente y han subsistido en condiciones precarias, permanentemente amenazados con la desaparición. Los derechos colectivos y la plurinacionalidad consagrados en la Constitución política proporcionan los medios para garantizar que esta diversidad cultural se mantenga y se desarrolle dentro de sus propios sistemas de reproducción social. La construcción de un Estado Intercultural en el campo de

salud, sólo es posible si el diálogo entre sistemas culturales diferentes se hace en un marco de equidad, de ahí que se vuelve prerequisite imprescindible fortalecer y desarrollar los sistemas tradicionales de salud (Gonzales & Corral, 2010)

Consecuentemente, la definición del rol de las parteras en el Sistema Nacional de Salud, debería inscribirse en el marco de una alianza estratégica de carácter plurinacional e intercultural entre el Estado y los sistemas tradicionales de salud del Ecuador para garantizar los derechos en salud sexual y reproductiva. (Gonzales & Corral, 2010)

Las líneas estratégicas para la definición del rol de las parteras tradicionales en el Sistema Nacional de Salud incluyen: (Gonzales & Corral, 2010)

- a) El reconocimiento y fomento de los sistemas ancestrales de salud;
- b) El fomento de espacios y acciones de carácter intercultural entre los sistemas médicos ancestrales y el convencional; y
- c) La promoción y apoyo a otros modelos de atención de salud (Jambi Huasi).

El rol de las parteras en el ámbito comunitario incluiría no sólo las prácticas de salud tradicionales que históricamente han venido realizando, sino también su participación en una estrategia de atención intercultural, que involucre el trabajo con los Equipos de Atención Primaria del MSP. Esto implicaría acciones conjuntas entre estos equipos y las parteras en varios aspectos: (Gonzales & Corral, 2010)

- Identificación de mujeres embarazadas en la comunidad;
- Atención conjunta a mujeres embarazadas;

- Registro de las atenciones que hacen las parteras tradicionales para alimentar un sistema comunitario de vigilancia epidemiológica;
- Co-coordinación de los planes de emergencia comunitaria para trasladar oportunamente a mujeres con problemas obstétricos;
- Promoción y prevención en Salud Sexual y reproductiva, en salud materna y neonatal, nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc., en base al intercambio de conocimientos e incorporando conocimientos ancestrales.

2.8 BARRERAS PARA LA ANTICONCEPCIÓN

Según la literatura regional, en América Latina hay múltiples barreras para el uso de anticonceptivos entre la población indígena. Algunos de estos obstáculos provienen de las características de la propia población y otros son programáticos y reflejan el fracaso del sistema de servicios de salud (Terborg, Rosen, Santiso, & Terceros, 1996).

El Instituto Guttmacher (Centro para el Desarrollo Programa de Planificación Familiar con sede en Estados Unidos de América), en una publicación denominada *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, detalla algunas barreras que limitan el acceso de la población Indígena a los servicios de Anticoncepción, los cuales en su mayoría aplican en la actualidad a la población motivo del presente estudio, y están anotados a continuación:

Barreras socioeconómicas y culturales

Pobreza y analfabetismo: se evidencia alto índices de pobreza y analfabetismo en población Indígena a diferencia de la población mestiza, y este hecho es más marcado en las mujeres en relación a los hombres. Los cuales están estrechamente vinculados con las tasas más bajas de uso de anticonceptivos, lo cual refleja el desconocimiento de los métodos anticonceptivos por parte de las mujeres indígenas en comparación con las no indígenas. (Terborg, Rosen, Santiso, & Terceros, 1996)

Residencia en zonas rurales: la residencia en zona rural, sumada a las percepciones del número de hijos a tener inciden en el número total de hijos de las familias indígenas. (Terborg, Rosen, Santiso, & Terceros, 1996)

Desconfianza a los forasteros y cuestiones políticas: por los antecedentes de opresión social y política a los pueblos indígenas siempre se evidencia cierto rechazo a todo lo que viene de afuera, en especial se ha llegado a interpretar como una estrategia para disminuir la población indígena. (Terborg, Rosen, Santiso, & Terceros, 1996)

Creencias: La insatisfacción de las comunidades indígenas con los servicios de salud, frecuentemente resulta debido a los conflictos que existen entre los sistemas de salud moderno y el tradicional. Al no tomar en cuenta las creencias tradicionales, los prestadores de servicios pueden desalentar a los potenciales interesados. Además, las creencias de los indígenas indirectamente pueden limitar la aceptación de la planificación familiar. (Terborg, Rosen, Santiso, & Terceros, 1996)

Religión: oposición de la iglesia católica al uso de los anticonceptivos con su posición pronatalista, y ésta ejerce una gran influencia en las poblaciones indígenas y campesinas, generando actitudes fatalistas de la población indígena al asumir a la

planificación familiar como el hecho de “asesinar a los que aún no hayan nacido”. (Terborg, Rosen, Santiso, & Terceros, 1996)

Rechazo social: un estudio en una población boliviana, indica que hay una gran preocupación en las mujeres de las zonas rurales, en ser criticadas y aisladas de las demás, cuando sus vecinos se percaten que utilizan métodos anticonceptivos, al no ver su procreación con la frecuencia acostumbrada. En Ecuador el CEMOPLAF se percató que las mujeres para protegerse de las críticas, prefieren que les provean de anticonceptivos personal no indígena a que lo hagan los voluntarios de su comunidad. (Terborg, Rosen, Santiso, & Terceros, 1996)

Condición de ser mujer y la actitud de los hombres: los esposos de las mujeres indígenas ejercen un control considerable y desempeñan un papel fundamental en la planificación familiar. Generalmente se oponen a que reciban anticoncepción sus esposas por temor al adulterio. Además tienen temor a los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, por lo que prefieren no poner en riesgo la salud de su compañera. (Terborg, Rosen, Santiso, & Terceros, 1996)

Barreras institucionales.

Idioma: El personal de las instituciones de salud, en su mayoría son monolingües (hispanohablantes) y los usuarios indígenas en muchos casos suelen ser monolingües (sólo dominan su lengua materna en el caso de la zona de estudio - Kichwa), a esto se suma la actitud del personal sanitario que asume que los usuarios si entienden, pero se niegan a hablar. Además no existe suficiente y adecuado material educativo e informativo en idiomas nativos. (Terborg, Rosen, Santiso, & Terceros, 1996)

Discriminación: los usuarios indígenas sufren discriminación por no hablar el idioma, y en sí por las clásicas y silentes formas de discriminación hacia todas las culturas no occidentales. (Terborg, Rosen, Santiso, & Terceros, 1996)

Carencia de personal indígena en los cargos de toma de decisiones: la falta de personal con competencias culturales para elaborar planes dirigidos a población culturalmente diversa. (Terborg, Rosen, Santiso, & Terceros, 1996)

2.9 COMPETENCIAS CULTURALES

Estas competencias hacen referencia al conocimiento que tienen los profesionales de la medicina occidental a cerca de los aspectos culturales relativos al proceso salud – enfermedad de la población culturalmente diversa, y a esto se suma las competencias lingüísticas, lo cual garantiza una adecuada comunicación con los usuarios de otras culturas y que constituyen un primer paso para la vivencia de la interculturalidad en salud, que aspira el “diálogo entre iguales, entre seres humanos, que están en disposición de aportar valores, emociones, sentimientos y conocimientos en igual de condiciones” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010).

El ministerio de Salud Pública, dentro de sus lineamientos de la “Adecuación cultural de los servicios de Salud” describe que las competencias interculturales están orientadas a promover cambios de comportamiento del personal de salud, cambios en los propios servicios y en las prestaciones, fomentando la construcción de una cultura de salud basada en la solidaridad, respeto, reciprocidad y complementariedad.

(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Banco Interamericano de Desarrollo, 2006)

De esta forma, aspira que un profesional de la salud con competencias interculturales presente las siguientes características (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Banco Interamericano de Desarrollo, 2006);

- El personal de los establecimientos de salud adquiera conocimientos y prácticas de los sistemas médicos tradicionales y de las medicinas alternativas.
- Los establecimientos de salud constituyan escenarios que favorezcan el diálogo y la cooperación horizontal entre quienes ofertan y demandan servicios, a la vez que promuevan un ejercicio cultural saludable mediante el respeto, la equidad y una armónica convivencia social.
- Los miembros de los establecimientos de salud desarrollen habilidades para la negociación e interacción con los usuarios, y faciliten el manejo de la estrategia intercultural para lograr una adaptación exitosa de sus acciones frente a los desafíos propios de cada grupo poblacional y sus particulares requerimientos.
- Desplieguen un trabajo productivo con la comunidad y organizaciones sociales, logrando respaldo y legitimidad de la población beneficiaria.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los principales conocimientos, actitudes y prácticas culturales que influyen en el uso de anticonceptivos en la población kichwa Otavalo de la parroquia de San Roque, del cantón Antonio Ante de la provincia de Imbabura año 2016?

3.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar los principales conocimientos, actitudes y prácticas socio-culturales que influyen en el uso de anticonceptivos en la población kichwa Otavalo de la parroquia de San Roque, del cantón Antonio Ante de la provincia de Imbabura año 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar los conocimientos y prácticas ancestrales que las mujeres y hombres Kichwas Otavalo tienen para el control de la natalidad.
- Identificar los conocimientos y actitudes que la población Indígena tiene de los métodos anticonceptivos de la medicina Occidental.

- Investigar el nivel de desarrollo de las competencias interculturales para la asesoría en anticoncepción, de los prestadores de servicios de Salud del Centro de Salud de San Roque y el Hospital de Atuntaqui de la provincia de Imbabura.

3.3 MÉTODOS Y TÉCNICAS

El presente estudio de investigación cualitativa se realizó mediante la aplicación de técnicas metodológicas como la observación, entrevistas semiestructuradas, revisión documental y bibliográfica, para luego realizar un análisis descriptivo e interpretativo de la información.

La selección de informantes no es estadística ni representativa, sino una selección de miembros de diferentes grupos de la población que viene determinada por los objetivos del estudio. La recolección de información fue mediante grupos focales y entrevistas estructuradas individuales a través de visitas domiciliarias a población Kichwa Otavalo de las comunidades de Pucará, Jatun Rummy y la Esperanza, de la Parroquia de San Roque, parteras locales y personal del Centro de Salud de San Roque y del Hospital de Atuntaqui.

Para el estudio, durante las entrevistas se adaptó al lenguaje natal la terminología médica, de manera que permita dar a entender los objetivos de estudio y obtener la información necesaria, sin cambiar de forma técnica o estructural la investigación.

3.3.1 TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio se desarrolló desde el punto de vista cualitativo, descriptivo e interpretativo. “Los estudios cualitativos empiezan con interrogantes formulados de manera general” (L & Otros, 2006). Se realizó una descripción naturalista de los Métodos Anticonceptivos en la Población Kichwa Otavalo, estableciendo los conocimientos actitudes y prácticas respecto a ellos mismos, dentro del contexto de su cosmovisión, el cambio y la continuidad cultural. Además se buscará explicar las principales causas que determinan el estado actual de la Anticoncepción, incluyendo a la población en estudio y la institución pública de salud. Todo enmarcado en un razonamiento inductivo, propio de la investigación cualitativa.

3.3.2 UNIVERSO:

Usuarios internos y externos de los servicios del Centro de Salud de San Roque y del Hospital Antonio Ante.

3.3.3 SELECCIÓN DE INFORMANTES

SELECCIÓN DE INFORMANTES:

Los informantes en el presente trabajo de investigación estuvo conformado por diversos actores comunitarios, sociales e institucionales:

- 2 grupos focales con mujeres parteras
- 1 grupo focal con hombres parteros
- 1 grupo focal con personal de salud de Centro de Salud San Roque

- 1 grupo focal con personal de salud de Hospital Básico Antonio Ante y Centro de Salud de Atuntaqui
- 1 grupo focal con hombres de la población de la comunidad de Jatun Rummy
- 1 grupo focal con mujeres de la población de la comunidad de Jatun Rummy
- 1 grupo focal con hombres de la población de la comunidad de Pucará
- 1 grupo focal con mujeres de la población de la comunidad de Pucará
- 1 grupo focal con adultos mayores de la comunidad de Pucará

Tabla No. 20: Grupos Focales y entrevistas realizadas

GRUPOS FOCALES	ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURALES
2 Grupos focales con hombres de autoidentificación Kichwa Otavalo	Mujeres de autoidentificación kichwas Otavalo
2 Grupos focales con mujeres de autoidentificación kichwa Otavalo	Hombres de autoidentificación kichwas Otavalo
2 grupos focal con Parteras del distrito 2 Otavalo	Parteras del Distrito 2 Otavalo
1 grupo focal con Parteros del distrito 2 Otavalo	
1 grupo focal con Adultos	Ginecólogos, Obstetrices, Médicos

mayores: hombres y mujeres de autoidentificación kichwas Otavalo.	Familiares y Generales de CS San Roque, CS. Atuntaqui, y del Hospital Básico Antonio Ante.
1 grupo focal con Personal de salud CS San Roque	
1 grupo focal con Personal de salud H. Básico Antonio Ante	

La selección y aplicación de entrevistas y grupos focales se ejecutó hasta alcanzar la saturación de la información.

Se definieron los siguientes criterios de categorización:

- Autoidentificación: étnica Kichwa Otavalo,
- Género: masculino, femenino;
- Edad: 20 a 85 años;
- Métodos anticonceptivos de la medicina ancestral para el control de la natalidad,
- Métodos anticonceptivos: hormonales, de barrera, basados en el conocimiento de la fertilidad, espermicidas, interrupción de coito.
- Conocimientos y prácticas Ancestrales para el control de la natalidad y métodos ancestrales.
- Competencias interculturales del personal de salud de los Centros de Salud de San Roque, Centro de Salud de Atuntaqui, Hospital Básico Antonio Ante;

- Conocimientos de la población indígenas acerca de los métodos anticonceptivos: hormonales, de barrera, basados en el conocimiento de la fertilidad, espermicidas, interrupción de coito.

Cabe anotar que al plantear el presente estudio se pretendía trabajar en la comunidad de Cerotal, pero dado a dificultades para coordinar el trabajo con las autoridades del cabildo local quienes son la autoridad máxima a quienes se tiene que recurrir para contar con la aprobación del desarrollo del trabajo, nos vimos en la necesidad de cambiar a la comunidad de Jatun Rummy, la cual posee las mismas características geográficas, poblacionales y socioculturales que la comunidad de Cerotal.

El procesamiento de la información se realizó de forma manual, teniendo en cuenta, los pasos descritos para el proceso de “Constitución de los datos, codificación artesanal” (Deslauriers, 2004).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS ANCESTRALES QUE LAS MUJERES Y HOMBRES KICHWAS OTAVALO TIENEN PARA EL CONTROL DE LA NATALIDAD

“El mundo andino no es un mundo muerto; ha vivido y sigue viviendo en sus sabios, en sus costumbres, festividades y ritos, en sus vestimentas, en su lengua y saber médico, así como en todas sus expresiones culturales. ¡Y debe seguir viviendo! Tenemos derecho a descongelar su cultura, recrear su forma de vida y reconocerla como parte medular de nuestro patrimonio cultural y nuestra herencia de pueblos”.
Germán Rodríguez & Alberto Tatzo, “La Faz Oculta de la Medicina Andina”. 2001.

La cultura kichwa en la esfera médica maneja distintos conocimiento y prácticas ancestrales: que le han permitido clasificar en enfermedades generales, terapias para el control del embarazo, parto y postparto, planificación familiar, sobre todo manejo de plantas, cuyo uso medicinal se fue construyendo a lo largo de milenios de aprendizaje e interrelación con la naturaleza.

Según la UNORCARC en su publicación MÓDULO DE FORMACIÓN PARA WACHACHIK WARMIKUNA – PARTERAS (2016), en la zona andina las *Wachachik Warmikuna* (parteras) de acuerdo a la cultura kichwa Otavalo de Cotacachi, hace mención de que la planificación familiar debe aplicarse desde el

primer parto. Se entiende que utilizan entre sus prácticas específicas destinadas a la anticoncepción, el encaderamiento con técnicas para lograr la reubicación del útero que no permita la concepción, “sirve para que no se menstrúe rápido, se puede demorar hasta dos años hasta que retorne la menstruación” (UNORCARC, 2016).

Las personas participantes en el presente estudio, tanto de las comunidades de Jatun Rummy, La Esperanza y Pucará, expresan que existen ciertas prácticas ancestrales de Anticoncepción, en la cotidianidad, conocimientos que a pesar de la influencias colonizadora de la cultura occidental en la comunidad, aún sobreviven.

La mayoría de las personas entrevistadas entre población en general, parteras y parteros, señalan que la principal práctica de Anticoncepción es el encaderamiento o amarrado, como a continuación se anota:

“Una partera “solo decía que el amarrado debía ser bien ajustado eso no más decía eso sabía decir, así lejito lejito viene guagua decía”. (Mujer, de 54 años de edad de la Comunidad Jatun Rummy).

“Si se ha oído, que les fajaban y hasta dos meses les tenían, hasta que enduren hasta que baje la menstruación, si no bajaba la menstruación no quedaban embarazadas, si ya bajada quedaba embarazada”. (Mujer, de 29 años de edad, de la Comunidad Jatun Rummy).

“Si me amarro la partera que decía para hacer fuerte, amarra dos lados por la mama que a veces estaba ardiendo, me jalaba como guagua me ponía de cabeza y me jalaba de los pies para que tenga largos años decía, cabeza al suelo y amarraba con sábana no con faja, el dolor fuerte era lo que hacía así, ella todo un mes venía pasando dos días, y duro amarraba y cobraba, pero ya se iba y yo me zafaba, y dolía, me amortiguaba, por ajustar dolía, si decían que dura dos años no tener guaguas, pero yo decía no ha de ser”. (Mujer de 42 años de edad, de la Comunidad de Pucará).

“Mi mama tenía los hijos cada tres a cuatro años, eso era porque 6 viajes le amarraban bien cuando estaba menstruando, y el agua de higo, pero amarrado bien entonces cada tres años otra vez encuentra, y el amarrado pasando un día seis viajes, si no estaba bien amarrado hallaba no más, sino hay si demoraba los tres años”. (Mujer de 47 años, de la Comunidad de Pucará).

“Las parteras dicen que toca amarrar con faja poniendo de cabeza a la persona, cuando esta menstruando pone de cabeza y asegura bien la guagua mama, amarra bien, no se sabe bien cuantas veces toca hacer”. (Mujer, de 33 años, de la Comunidad La Esperanza)

“Amarrar con la partera que a la madre le ponen al revés, que se fajan y ya no vuelven a tener, así se cuidaba mi mamá”. (Mujer, de 43 años, de la Comunidad La Esperanza).

“Mi tía hacía de curandera, ella dice que ya desde el primer parto ya se debe cuidar desde un mes ya está en eso, ella hace de amarrarlas y conoce de una comida especial variada, manda a las madres que den de lactar a sus hijos durante seis meses para que no se enfermen, yo no he usado de cuidados sino todo ha sido natural”. (Mujer de 35 años, indígena, soltera, con dos hijos, instrucción bachiller, de la comunidad de Jatun Rummy)

En un trabajo de Grupo focal en la comunidad de Jatun Rummy, una de las participantes nos comenta: *“El amarrado para no tener seguido, bien amarrado funciona, enseguida del parto, un mes, dura cada día. Con el amarrado no se puede caminar, los abuelos tenían menos hijos pero ellos no contaban nada, ya no se amarran mucho, mi mama era partera y ella me fajaba y dos años duraba para tener hijos, otras tres años dura, si amarramos cogemos fuerza si nos levantamos nos volvemos débiles. Pero debe ser el mes, aunque incómodas. No se puede mover, comer y hasta el baño..... Si se faja hay fuerzas de hacer cosas si se ajusta bien la wawa mama, si no se faja el vientre queda en mal posición, por eso ellas las parteras ponen en el puesto recto, si no está en el puesto más rápido queda embarazada. Otra forma es que le da la vuelta y le sacuden y eso me duro cuatro años de ahí tuve otro hijo, eso hace que se dé la vuelta y cuando vuelve se tiene hijos. Otras ya no encuentran y ya no tienen más”.*

En el trabajo de Grupo focal con Adultos Mayores en la Comunidad de Pucará, una de las participantes nos comparte: *“Según la mama partera, solo en la casa se veía.*

Si cuidaban una parterita mayorcita había, amarraba bien durísimo, hasta cortarle, en los hijos en los hijos se va ajustando”.

En el trabajo de entrevista grupal a hombres en la Comunidad de Jatun Rummy, nos comparten la siguiente idea: *“En mi primer hijo mi mamá y mi suegra, las parteras hacían de amarrar, si la partera si amarra bien, bien para que no baje el corazón a la placenta para no dar a luz, con dos fajas después del parto en dos partes que no encuentren, y no juntarse Placenta y corazón”.*

Los testimonios que nos comparten los entrevistados, nos muestran que esta práctica del encaderado o amarrado, tiene una serie de variantes, tanto en técnica como en sus momentos, así vemos que unos lo practican con fajas, otros con sábanas, unos en el postparto, otros durante la menstruación, unos a diario lo ajustan, otros cada tres a seis días, ya sea durante todo el período que dura el puerperio o durante todo los días de duración de la menstruación, y obviamente los fines son algunos; como el ubicar al útero en su posición habitual, ayudar a que la mujer conserve sus fuerzas, y entre ellos el del efecto anticonceptivo, el cual aseguran que dura, desde uno a cinco años, inclusive algunos indican que según la técnica utilizada en este procedimiento, podría ser un método anticonceptivo definitivo. Cómo podría actuar este procedimiento haciendo de método anticonceptivo no está claro, lo que indican es que se retrasa la instauración de la menstruación, y así como también “al levantar el útero” se cree que es menos probable el proceso de fecundación, la unión de óvulo con el espermatozoide. Además con la técnica del encaderado poniendo de cabeza a la mujer, se pretende colocar al útero en retroversoflexión, lo cual reduciría el

número de embarazos o inclusive, se dice que hay mujeres que ya no vuelven a tener hijos.

Un grupo de entrevistados y entrevistados, también hacen referencia al uso de plantas medicinales y otros productos con propiedades anticonceptivas, tipo aguacate:

“Mi mama ocho hijos tuvo, mi abuela cinco, ellas decían que con agüitas se cuidaba, una que es como algodón, pero yo nunca he tomado, si he visto, pero no creía que eso hiciera para no tener hijos”. (Mujer, de 54 años, de la Comunidad Jatun Rummy).

*“El tronco de la Lengua de vaca (*Rumex crispus*) oí a una señora que también es para eso, que eso se debe tomar el agua, cociné bien tome como seis días, pero no sé cuánto se toma”.* (Mujer, de 42 años, de la Comunidad de Pucará).

“Una señora cuanto yo tuve ya los 10 hijos me dijo hay que ir a buscar yerba al cerro hacer agua y te tomes pero no me aviso como era, aquí había una mayorcita que sabia y ya murió pero no le averiguamos, no sabía cómo era ni como se hace, solo me dijo, pero no nos fuimos”. (Mujer, de 47 años, de la Comunidad de Pucará).

“Decían que con el agua de la pepa del aguacate para no tener seguidos, mi mama y mi abuela decían que para uno no más poner una pepa en un litro de agua y tomar por cinco días y que si quiere más concentrado con tres pepas, eso antes del

desayuno hay que tomar esa agua". (Mujer, de 17 años, de la Comunidad Jatun Rummy).

"He escuchado que se toma agua natural de yerbas de cerro, pero no he averiguado". (Mujer de 33 años, casada, católica, con tres hijos de la Comunidad de la Esperanza)

"Una partera me atendió era de Otavalo cuando le tuve a mi primer hijo me daba un agua parecida a manzanilla que eran más bien hierbas del cerro que se iba a traer, en ayunas después de dar a luz, dos días me dio, eso ayudo para que no me doliera la barriga y que no se hinche. Yo creo que es más mejor con lo antiguo con lo natural una señora sabe el secreto pero no he conversado. Que con la pepa de aguacate no se tiene que es como la ligadura que dando de tomar deja que haga no más y tome tres o cuatro días o sino ocho días quince días que eso es bueno parece que es como la ligadura ha de ser que es bueno la pepa de aguacate decía una vez me conto viajando en el bus". (Mujer, de 43 años, de la Comunidad La Esperanza).

"Bueno he oído que es pepas de aguacate negro tomar haciendo agua decían, hervida, pero no sé cómo mismo, me da miedo vaya hacer algo malo". (Mujer, de 31 años, de la Comunidad La Esperanza).

"Yo no he usado las parteras, dicen que dan agüita para no tener, hemos preguntado pero no sabemos nos dicen, que saben amarrar que la placenta dan la

vuelta, pero no sé cómo será". (Mujer de 35 años, casada, sin estudios, con 7 hijos, tuvo su primer hijo a los 15 años, de la Comunidad de Pucará)

"Una señora me dijo que es bueno tomar las pepas de aguacate, moliendo y eso que es amargo, más que el trago, pero no sé cómo.de los hombres que no terminan dentro". Mujer de 25 años, con tres hijos, católica, de la Comunidad de Pucará).

En una entrevista Grupal a Hombres de la Comunidad de Jatun Rummy, nos comparten: *"El agua de pepa de aguacate decían que toca hacer como agua de café y tomar hombres y mujeres, eso para el dolor y baje resbale no más, si debía haber plantas medicinales para hacer tratamiento y no dañar los cuerpos. Vera yo mismo hice esto para dar a luz cobijaba bien y ponía a quemar leñitas u otra cosa, tenga calor y facilite para dar a luz para que dé a luz bien, después toca cuidar a la mujercita porque la partera viene a amarrar, amarrar seguido para no hallar.....Con las hojas de Guanto (*Brugmansia Arborea*), dicen que sirve para no molestar a las mujeres que con un cinta poner en el pene y eso tranquiliza. Ese es buenazo me dijo un mayor así amarrado cuando tienes ganas de hacer con la mujer eso pasa no más, y es bueno también para la mujer, los abuelos sabían, pero el guanto blanco es mejor, la mujer si esta demás caliente también se pone y no quiere con nadie, no crece no más blanco, rosado, amarillo*".

Fotografía No. 1: Planta *Brugmansia Arborea* (Flor de Guanto)



FUENTE; Las autoras.

“He oído si dos meses no se enferma hay que licuar pepas de papaya, y las mujeres parteras que dan aguas para que aborte, pero no sé qué hierbas son porque no he hecho eso”. (Mujer, de 39 años, de la Comunidad La Esperanza).

En cuanto al uso de las plantas medicinales con fines anticonceptivos en las comunidades estudiadas, podemos ver que existe un conocimiento generalizado, sobre ciertos productos como la pepa de aguacate, y las denominadas “Yerba de Cerro” que lamentablemente no especifican nombres de uso común, menos el

nombre científico. Los conocimientos son parciales, limitados a ciertas personas, aparentemente en la actualidad no hay la costumbre de compartirlos desde los que los poseen, o también podría ser que se observa un marcado grado de desinterés o incredulidad por parte de la población en general. Pues si bien algunos entrevistados indican la dosis y el tiempo a consumir cada producto, muchos solo lo mencionan como haberlo oído, así como que presentan una vaga idea, pero no lo presentan como que sea una práctica cotidiana.

Importante destacar el conocimiento compartido por parte de los hombres que participaron en el estudio, quienes nos han revelado que en la comunidad se utiliza el Guanto, como método anticonceptivo, ya que facilita la abstinencia sexual. Cabe anotar que ninguna mujer que se entrevistó mencionó tan solo del tema.

“El conocimiento de las propiedades medicinales de las plantas está basado en la observación, la experiencia y el conocimiento profundo del entorno. Transmitido de generación en generación y enriquecido por la integración cultural de la población nativa y migrante..... Estos conocimientos, debidamente sistematizados, deben contribuir a resolver, en parte, los problemas de salud de la población menos favorecida y más alejada de la modernidad, cuyas posibilidades de curarse son, actualmente, limitadas por el alto costo de los fármacos modernos” (Rengifo, 2000).

Entre la población investigada, se concibe como práctica natural y ancestral al método del ritmo, al respecto tenemos:

“Saber de la menstruación cuando viene para no usar lo que dicen los doctores, contar los días, para saber el día para estar con el marido no he hecho eso, mi mama nunca se cuidó por eso somos once hermanos, ella decía que antes nadie sabía de eso, nadie contaba de eso, nosotros tontamente tuvimos los guaguas”. (Mujer, de 33 años, de la Comunidad La Esperanza).

“Lo que he escuchado es que hay el método natural es contar la fecha nosotras mismos de cuando a cuando, mi hermana me dijo terminado de menstruar, debemos contar diez días y entonces podemos tener relaciones, pero yo no pienso así, no ha de funcionar creo, mi hermana no se había cuidado y ahora va a ser mamá tiene 17 años, y cuando estaba en el colegio me dijo eso”. (Mujer de 32 años, de la comunidad de Pucará).

“Lo que nos decía mama dormir viraditos traserito con traserito y no pasa nada, sólo se puede después de tres días de la menstruación y nada más y así hasta el otro mes, entonces creo fue una buena estrategia para no tener hijos, Nosotros somos cuatro dos varones dos mujeres”. (Hombre de 52 años mestizo, católico, de la Comunidad de Jatun Rummy).

“Se oye eso de contar los días pero no usamos eso”. (Hombre, de 39 años, de la Comunidad Jatun Rummy).

Podemos ver que el tema del método del ritmo, no es conocido como se indica desde la medicina occidental, más bien se evidencia que ellos consideran días no fértiles a

aquellos que dentro del ciclo menstrual son los más propicios para la concepción, por lo que podría atribuirse esto a ideas mal interpretadas desde los mismos procesos de educación en Salud Sexual y reproductiva, por parte de los encargados de las unidades de salud pública.

Hay entrevistados que también cuentan entre los métodos naturales al coito interruptus y lo mencionan al ser consultados sobre los métodos ancestrales.

“Una partera cuando fui al hospital me decía tienes que cuidar al natural, que el hombre no debe dejar nada ahí adentro, de eso hice, así tres años no tuve hijos cuidando así, las esposas de mi hermano si han sabido, pero es vergonzoso avisar no quería decir no más, no es de avisar eso es vergonzoso no dirás decía, mi mama no hablaba de eso, no era de confianza de conversar”. (Mujer, de 42 años, de la Comunidad de Pucará).

Algunos entrevistados, entre los que destacan lo más jóvenes, las mujeres solteras, y quienes practican alguna religión, niegan toda forma de existencia de prácticas anticonceptivas ancestrales:

“No conozco no comentan en la casa ni de parteras”. (Hombre, de 27 años, de la Comunidad la Esperanza).

“No sé de eso yo me hice encaderar hasta el tercer hijo, ellas cobran por eso después ya no”. (Mujer de 47 años, indígena, evangélica, con seis hijos, de la Comunidad de la Esperanza).

“No conocía mi mama de eso no hablaba”. (Hombre de 63 años casado, católico, de la Comunidad de Jatun Rummy).

“No he sabido, mi mama no se cuidaba yo era pequeña y no se cuidaba, nosotros somos nueve hermanos”. (Mujer de 23 años, indígena, casada, dos hijos, de la comunidad de Pucará).

“Ya no hay, mas antes a veces nuestras mamas les cuidaban a las mujeres de los hijos pero no decían como no tener más hijos”. (Hombre de 83 años, católico, casado con 8 hijos de la Comunidad de Pucará).

En el grupo de trabajo con Adultos mayores de la Comunidad de Pucará, nos plantean lo siguiente: “Si así fuera de existir las hierbas, ya hace cuanta nos hubiéramos tomado, no existe esa clase de hierba”. Entre este grupo además no dicen que no existe la costumbre de hacer anticoncepción; *“No sabemos, porque no es nuestra costumbre, ni nada pues”*, cabe anotar que este criterio se emite al ser consultados sobre la anticoncepción en general.

Una persona entrevistada, nos comparte un criterio que más bien podría ser asociada a criterios moralistas, así:

“Antes si enseñaban que no debe no más conversar con los hombres, que no salga de noche, que no salgan al baile, pero ahora si todo chévere y los hijos salen de padres distintos de un hombre de otro de una madre otra madre”. (Mujer de 38 años, indígena, soltera, sin hijos, evangélica, de la Comunidad de Pucará).

A pesar de que la mayor parte de los entrevistados demuestran que existen prácticas ancestrales para la anticoncepción, hay quienes las desconocen e inclusive los niegan, todo dentro de un contexto de un permanente cambio cultural por temas como de estudio, migración, y credo religioso, pero a pesar de aquello se evidencia un grado de continuidad cultural, en las diferentes comunidades estudiadas.

4.1.1. QUE NOS DICEN LAS PARTERAS SOBRE LOS MÉTODOS ANCESTRALES PARA LA ANTICONCEPCIÓN?

Las parteras constituyen guardianas de conocimientos de la medicina ancestral Andina, y más cuando se trata de temas de Salud de la Mujer, y en este caso de la Anticoncepción, por lo que ellas constituyeron un pilar fundamental en el desarrollo del presente trabajo, a continuación se anotan los conocimientos recabados tanto en las entrevistas individuales como grupales:

Partera de 58 años, de la Comunidad Jatun Rummy, nos comenta: *“Más antes, nuestras madres decían al salir con los animales que no debe estar conversando con cualquiera, que naturalmente se debe de cuidar y con eso no necesitábamos de charlas de capacitaciones ni de centros de salud. Así era que nos criaron, de cuidarnos de los hombres y no andar por partes silenciosas ni por el monte, eso se enseñaba aquí en las comunidades, nuestras mamas. Antes ya casados conocía marido y se usaba en vez de preservativo lo natural y encaderar. Y así encaderada y sin hacer mucha fuerza y reposo al año ocho meses ya menstruaba y se podía tener relaciones y los antiguos tenían que ser sagrado porque tenía que ver la primera luna y de ahí volver a tener relaciones. Así hacían planificación bien cuidadas bien encaderadas con el reposo era respetado. y eso era que con la luna esperaban para tener nuevamente relaciones y embarazarse, por eso los antiguos tenían dos o tres después cuando vino la comida chatarra se fue dañando, ya tuvieron más hijos y ahora se ve niñas de 13 y 14 años ya son mamás”.*

Partera, de 52 años, de la Comunidad La Esperanza nos comparte: *“Les digo que cuiden que pongan con plantas, yo he usado la pepa del aguacate de ese que es negro, toca cuidar cocinando y tomando una vez cada mes, pasada la menstruación de mañana y tarde un día cada mes, de mañana tarde con eso ya pierde y no se tiene más hijos. Eso seca la matriz, cuidar con natural al hombre, hasta quince días desde la menstruación. Ocho días, así cuidan algunas, toca cuidar mes entero, a veces duele las partes, da con la cuenta y cuidar la cuenta, ese es natural, toca cuidar los dos. Mujeres no más cuida eso”. “Acostadita madre en la barriga topa duro, duro, sabe estar y ese toca llevar para arriba, y queda alto y amarro, pongo almohada y fajo queda espacio y amarro, ese no halla breve y aguanta dos años o año y medio y hay aguanta menstruación., yo quince días entero le amarro. Pasando un día, a las mestizas cada quince días ellas no aguantan amarradas a las indígenas pasando un día al mes. Las mestizas ya estoy bien dicen. Desde el cuarto día empiezo, mas amarre mejor. Después de quince días pasando un día es, porque ya se enseña por arriba madre y entonces comienzo a amarrar pasando un día, para bañarse espera bañadita zafando, y hay amarro yo le digo aseara para mañana con agua de manzanilla por parte de vagina y sana rapidito toca asear con esa agua”. “A veces cuando está mal amarrada como la madre está abajo ya coge cada rato al baño, y duele, y como bebe mismo sabe coger dolor. Hay si toca amarrar llevando para arriba, amarradas ya no quejan, la mujer que está amarrada queda acostada no puede hacer nada tres a cuatro días toca cuidar”.*

Partera, de 68 años, Comunidad de Pucará nos comenta: *“Verá si amarra bien dura un año y medio, a dos años, no baja la menstruación y no enferma, por eso voy a amarrar a veces.....Mi mama decía, ustedes ya están con marido, un mes no contando 30 días, de hay siete días para estar con marido, así cuidando no se tiene hijos. De ahí funcionaba yo tuve dos años hijo y dos año y medio de ahí cuidando, ya con cuatro años, tuve es que ya enfermas semana o cuatro días de ahí cuentas el mes siete días de enferma, y así cuidando tuve lejos, lejos sin usar medicamento, solo natural”*.

Partera, de 60 años, Comunidad Cerotal nos comparte: *“Una vez fui encaderar 12 días, cada encaderado pasando dos días iba, voy y no ha habido nadie y cogí no más caldera para preparar agua y le coge dolor a ella fuerte, y se ha bajado y comenzó a sancochar en placenta,, entonces ella me dice de sacudiendo, y le cogí y la sacudí y de ahí la placenta se ha ido para arriba, y ya quedo sin guagua le dije, y cuantos tiene dositos me dice, así paso con otra sacudo y quedo tres, al sacudir se remoja la placenta, porque al sacudir se da la vuelta la placenta y así mismo hay también ya no puede tener, eso es natural..... Hay una plantita que hay en quebrada ese toca coger y cocinar como café para tomar si toma no baja menstruación si no toma es que quiere guagua, cada que baja menstruación tomar.....*

Esa planta culantrillo con canela debe cocinar y de ahí le da cuando, duele la “placenta”, antes de comer nada tiene que dar, yo ya he probado. Con otra planta para no tener guaguas, pero para después de nacido se da, en vez de pastilla en cada menstruación y si quiere tener guaguas deja de tomar, hasta cuatro años puede tomar, para no poner parche. Y eso se combina con la planta de la quebrada.

“La hierba de madre es otra, parecida a eso, con eso ya no coge cáncer nunca. Con eso curamos, y no vamos a control no tenemos con que para recetas....”

Foto No. 2: Planta de Yerba madre



FUENTE: Las Autoras.

En el trabajo de grupo focal con parteras nos comentan: *“Antes solo se cuidaban por la luna y se enferma por menstruación, así faltando cuatro días hay que cuidar, después de menstruación nueve días, debe evitar con eso y se sabía, no tenían hijos seguido, en la luna creciente sale varón, mujercita luna tierna, esa era la forma naturalmente, después ya solo salían mujercitas, solo varoncitos.----- El amarrado después de lo que ha dado a luz y hay amarra la barriga, la madre - matriz, de abajo para arriba, porque saliendo el bebé, eso tiene que ubicar hacia arriba, toca apretar bien, para que no vaya abajo, en cadera bien fuerte, así la mujer queda fuerte, puede*

marcar y se vuelve a embarazar también, amarrando ya tienen al año y medio o dos años, según las mamitas”.

Foto No. 3: Grupo Focal con Parteras y parteros



Descripción: Grupo de parteras en trabajo de Grupo Focal.
FUENTE: Las autoras.

En el desarrollo de un segundo grupo focal con parteras, nos comparten: *“De las parteras sabemos más antes de 5 días pasados 15 días se baja, ya sabemos tal fecha, cuidarse, 15 días baja moquito si quiere hijos queda embarazada, así no se usa pastillas ni nada”. A veces los hombres cuidan, vuelta en las mujeres es el encaderando. Encaderarse es para que aguante, a veces tres años dura, trabajamos ubicando bien no para cerrar.*

Mi abuela era partera decía prepara aguacate, chilcahuasi, hueso quebrado, yema de huevo amarrado parche tierno, y otra hierba, preparaba y no quedaba

embarazada, esto hacía con las que ya tenía ocho diez hijos, eso no se baña mes y no tocar agua, yo prepare en tiesto papel periódico y puse a una vecina eso es vitamina, mi abuelo encaderaba para no tener, hasta que pase menstruación, ahora ya no quieren amarrar porque toca preparar.... Amarramos sacudiendo, lana de borrego planchando usamos y se amarra con sabanita almohadita ponemos acostando, así hacemos”.

4.1.2. QUE DICEN LOS PARTEROS SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ANCESTRALES?

Dentro del desarrollo del trabajo de entrevistas grupales, se logró contar con la participación de una delegación de parteros, no es común que este trabajo lo realicen los hombres, pero dentro del sistema médico Ancestral del Pueblo Kichwa Otavalo, vemos que ellos siguen vigentes en las diferentes comunidades, y entre los principales criterios que ellos nos compartieron tenemos:

“En las relaciones sexuales para no tener hijos se puede cuidar con plantas, tanto para hombres como mujeres, en su mayoría para mujeres”. (Partero de 53 años, de la comunidad de San Eloy)

“El método anticonceptivo, el efecto deseado depende de la persona y de la planta”.
(Partero de 49 años, Comunidad Cotama)

“Cómo método anticonceptivo es el encaderamiento y cuidado postparto, este método puede durar hasta tres años.... Que depende de la forma del encaderamiento, la alimentación y el cuidado de la salud.....sirve el encaderamiento más tratamiento con plantas directas o en pomadas”.

“Cuando las mujeres amarran o encaderan es más débil ya que tienen menos fuerza, cuando los hombres amarran queda bien amarrado para que aguante la anticoncepción”. (Partero de 54 años, Comunidad Baquero Burga)

“Existe más confianza con la partera, que con el partero, los parteros no son bien vistos por los esposos de las señoras. Cuando se enteran del embarazo no avisan al partero. Sino por la partera. Lo ocupan al partero, el pueblo mestizo en su mayoría. Se podría deber a los celos que tienen los esposos”. (Partero de 49 años, Comunidad Cotama)

Todas las parteras y parteros entrevistadas/os concuerdan que el principal método anticonceptivo practicado es el encaderado, pues es el primero que lo mencionan al ser preguntadas por las diferentes formas de anticoncepción.

Las prácticas descritas en los testimonios anteriores nos permiten palpar la vigencia de los saberes ancestrales en la comunidad, en especial en lo que tiene que ver con los aportes de las señoras Parteras, así con mucha propiedad en un texto de Investigación del trabajo de estas personas denominado, La Sabiduría y el Arte de Las Parteras en el cantón Guamote de la provincia de Chimborazo nos dicen:

“Considero importante tomar en cuenta que las atenciones que brindan estas personas no se pueden resumir a simples conocimientos terapéuticos sino que son el reflejo de una lógica cultural complejísima; no permiten el reemplazo de un elemento por otro sino termina siempre combinándolos y transformándolos” (Danilo, 2002).

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ANCESTRALES QUE LAS MUJERES Y HOMBRES KICHWAS OTAVALO TIENEN PARA EL CONTROL DE LA NATALIDAD

CONOCIMIENTOS A CERCA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

“Decían que con el agua de la pepa del aguacate para no tener seguidos, mi mama y mi abuela decían que para uno no más poner una pepa en un litro de agua y tomar por cinco días y que si quiere más concentrado con tres pepas, eso antes del desayuno hay que tomar esa agua”.”

“El tronco de la Lengua de vaca (Rumex crispus) oí a una señora que también es para eso”

“No conocía mi mama de eso no hablaba”.

“He escuchado que se toma agua natural de yerbas de cerro, pero no he averiguado”.

PRÁCTICAS ANCESTRALES

“Las parteras dicen que toca amarrar con faja poniendo de cabeza a la persona, cuando esta menstruando pone de cabeza y asegura bien la guagua mama, amarra bien.....”.

“El amarrado para no tener seguido, bien amarrado funciona, enseguida del parto, un mes, dura cada día. Con el amarrado no se puede caminar, los abuelos tenían menos hijos pero ellos no contaban nada, ya no se amarran mucho, mi mama era partera y ella me fajaba y dos años duraba para tener hijos, otras tres años dura...”

“Lo que he escuchado es que hay el método natural es contar la fecha nosotras mismos de cuando a cuando, mi hermana me dijo terminado de menstruar, debemos contar diez días y entonces podemos tener relaciones, pero yo no pienso así, no ha de funcionar creo, mi hermana no se había cuidado y ahora va a ser mamá tiene 17 años, y cuando estaba en el colegio me dijo eso”

ACTITUDES DE LA POBLACIÓN ANTE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ANCESTRALES

“Mi mama ocho hijos tuvo, mi abuela cinco, ellas decían que con agüitas se cuidaba, una que es como algodón, pero yo nunca he tomado, si he visto, pero no creía que eso hiciera para no tener hijos”

“Yo creo que es más mejor con lo antiguo con lo natural una señora sabe el secreto pero no he conversado”

(Elaboración: Las autoras sobre la base de la información etnográfica).

4.2 CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LA MEDICINA OCCIDENTAL EN LA POBLACIÓN KUICHWA OTAVALO DE LA PARROQUIA SAN ROQUE

“La salud sexual y reproductiva no es algo aislado, está integrado a todo lo que nos rodea. El cuerpo no es solamente cabeza, extremidades y tronco sino que está integrado a la familia, a la comunidad, a la historia, a la cultura y al entorno. Para hablar de cuidado y fertilidad del cuerpo hay que integrarlo al cuidado y a la fertilidad de la tierra”.

(Delfa Ñamagua, ECUARUNARI, citado en VV.AA. 2003: 5).

La población indígena se ha caracterizado por presentar carencias en cuanto al ejercicio de sus derechos reproductivos; una de ellas ha sido la falta de acceso a la información, lo que ha limitado la participación de las mujeres en la toma de decisiones relativas a su sexualidad, reproducción y cuidado de la salud. Por tal motivo, ampliar el de los métodos anticonceptivos en esta población es relevante, ya que esto, junto con una mayor educación y políticas públicas pertinentes, permitirá a las mujeres tomar una decisión más informada con respecto al uso de métodos anticonceptivos. (Hernandez & Hernandez, 2016)

Los Métodos Anticonceptivos aparecen en la sociedad actual alrededor de los años 60, pero los Métodos Naturales ya fueron practicados antes que los Métodos Químicos, Hormonales o Quirúrgicos. Muchas personas ven a estos métodos como los supresores de la concepción y, probablemente es poca la población que tiene un conocimiento más amplio sobre su uso, la ayuda que brindan en la planificación familiar y la protección de su salud. (INEC, 2008)

De acuerdo a un estudio en Ecuador por parte del INEC, el 92,5% de mujeres en edad fértil tienen conocimiento sobre la planificación familiar y el porcentaje restante desconoce sobre esta práctica.

El conocimiento sobre la metodología de la Planificación Familiar no necesariamente implica el uso de la misma. (INEC, 2008)

La anticoncepción es un tema que además tiene detractores en la población indígena consultada, razones que justifican sus argumentos desde el punto de vista social, religioso, moral, además de definir un número de hijos a tener.

*“Una vecina me dijo: para que me cuida para estar dañando, según dicen que se hacen como solteras aunque tengan ya hijos grandes que tienen muchos amantes...De ahí las mujeres se cuidan pero parece que es más porque hay carestía, pero dicen que porque quieren estar de solteras cuidan, o para conseguirse otro.
(Mujer, 25 años, Comunidad de Pucará)*

“La pareja debe ser conversando así unos si quieren tener otros no y se cuidan, los otros no quieren porque no dejarles que anden como solteras. Por eso a veces los hombres no quieren” (Mujer, 47 años, Comunidad de Pucará)

Al consultar a la población acerca de las razones por las cuales en forma general se considera el uso de métodos anticonceptivos, se refirió que el factor económico es uno de los parámetros por los cuales la comunidad opta por el uso de métodos anticonceptivos, contrastando el vivir de la comunidad en épocas anteriores, y la actual situación económica y social que ha permitido considerar la anticoncepción en la planificación del futuro familiar y comunitario.

“Porque la economía no es fácil como era antes, no ponían a la escuela, los niños de cinco o seis años, ayudaba en la casa, limpiando, pasando; como trabajaban los ponchos y mientras más niños tenían mejor para los padres, y los padres con eso pensaban en ellos. Tenían propiedades para darles en el futuro, ahora ya no es así para el trabajo, necesita que el niño esté estudiado, nosotros mismo no hemos estudiado por eso no tenemos trabajo seguro, más por el capital que no hemos podido juntar y dependemos de otras personas, por eso la mayoría de personas nos aguantamos no tenemos muchos niños como era antes.” (Hombre, 30 años, Comunidad La Esperanza)

“Es por a economía no se abastecería al tener muchos hijos, con lo que se tiene se gana en el trabajo y no alcanza para la educación” (Hombre, 27 años, Comunidad la Esperanza)

“Por la economía no hay como mantener a muchos, para dar estudio mismo ya no hay y conversan con los maridos dicen dos no más ya no se puede con mas eso se ha oído.” (Mujer, 33 años, Comunidad Jatun Rummy)

“No tener hijos, escasos de trabajo y no podemos ayudarles, la familia no dice nada, no sabido cuidar antes mi mama 10 hijos, por los celos de mi papa, no han sabido eso.” (Mujer, 32 años, Comunidad de Pucará)

El número de hijos a tener por parte de una familia en la población consultada se contrastan dos pensamientos, uno de los cuales nos indica que el número de hijos son los que Dios dé, además de considerar como número base: 12 hijos.

“Que no se debe cuidar que hay que tener los hijos que Dios manda, hasta 12 es de tener” (Mujer, 25 años, Comunidad de Pucará)

El argumento del número de hijos que Dios dé, también se respaldado por posibles represalias en la otra vida, en caso de no cumplir con el mandato.

“Nosotros para tener hijos respetamos mandato de Dios doce hijos es. Pero no sé porque será yo también me separe de él 28 años tenía, y mis hijos todos son de él, los nueve, siete vivos y dos muertos. Mis familiares mismos decían, doce tienes que tener. Ahora tienen uno o dos para mí eso no es válido, Diosito ha de pedir cuentas cuando nos hemos de morir. Cuantos guaguas tan eso no pierde, porque no hay hijos, dirá Dios teniendo solo dos, como también con bastantes hijos para eso

tienes marido y tener hijos. Hasta que Dios de vida eso pienso yo.” (Partera, 68 años, Comunidad Pucará)

Otro grupo de la población al contrario de lo antes mencionado, refieren que ya no es posible tener ese número de hijos, se argumenta como una de las causas la economía, o la asistencia en la vejez.

“Antes decían doce que les ordenaba a los hijos los suegros, obligaban, mínimo doce, que ese era el mandado de Dios. Yo quiero tres es por pensar al futuro algún día va a ser mayor y que se lleven entre hermanitos como uno está a cargo de ellos, es por eso quisiera tener más hijitos, si tengo uno e mi vejez solo él estaría preocupado por mí” (Hombre, 24 años, Comunidad La Esperanza)

“Dos o tres máximo tener ahora, no como yo, no sabía,... yo una vez me arrodille pedí a Diosito no tener más hijos y como que me ha escuchado y ya no bajaba ni menstruación”. (Mujer, 42 años, Comunidad de Pucará)

El tema de la anticoncepción es un tema poco tratado intra familiar e intra comunitario, de acuerdo a la información recolectada en la población indígena, lo que permite comprender los limitantes para solicitar métodos anticonceptivos.

“No se conversa el tema en familia, de otra cosa si” (Hombre, 24 años, Comunidad La Esperanza)

“No hablaban de eso, ni mi abuela ni mi mama, Conversamos y nos cuidábamos nosotros mismos” (Hombre, 63 años, Comunidad Jatun Rummy)

“No converso con mis familiares de eso. Eso es privacidad de cada uno”

(Mujer, 32 años, Comunidad de Pucará)

En el interior de la familia indígena no existe la trasmisión de conocimientos acerca de métodos de anticoncepción, y mucho menos de regulación del número de hijos, la población consultada refiere que son temas que no se tratan, pero que en algunos momentos son compartidos entre hermanas y en cierto modo plasman un deseo de ser informados.

“...mi mamá nada no hablaba de esto, si nos hubiesen contado ya fuéramos preparados.” (Mujer, 32 años, Comunidad de Pucará)

“Cuando tuve mi tercer hijo ahí mi mamá que no tenía mucha confianza de hablar de eso me dijo harás de cuidarte ahora que hay bastantes cosas se oye, y no estarás teniendo mucho” (Mujer, 39 años, Comunidad La Esperanza)

“En los indígenas no se toca de ese tema, hay recelo; hasta los cuatro se piensa. De esos cuatro mis papás dicen tendrás unos dositos mas, porque no se pueden conversar entre ellos. Con mis hermanos si converso, si les cuento” (Mujer, 23 años, Comunidad Jatun Rummy)

Por medio del testimonio de las personas adultas mayores se pone en evidencia el desconocimiento de los métodos anticonceptivos, así como también la persistencia de la falta de comunicación y trasmisión oral de la anticoncepción y la regulación del número de hijos a tener.

“Ahora ya se cuidan así sabiendo yo me hubiera cuidado pero marido no dejaba” (*Mujer, 54 años, Comunidad Jatun Rummy*)

“En la etapa de la juventud, los papás no han conversado de esto, no había remedios, estábamos sueltos. Nadie nos dijo nada, en estos tiempos veo que la gente conversa”. (*Grupo Focal Adultos Mayores*)

“Los antiguos no decían nada no hay costumbre ahora ya saben y conversamos con familiares cercanos y les decimos como es pero los antiguos Vivían con el maltrato y nosotros mismo vivíamos traumatados los maridos eran bien malos con la mujer, pero crecimos pensando de otra manera, para mi ver llorar a una mujer es feo. Nosotros mismo hemos crecido enderezando el camino de la vida, antes nada no hablaban privacidad de ellos, no más para ellos, o decían no harás esto o este otro, nada más” (*Hombre, 30 años, Comunidad La Esperanza*)

El término, método anticonceptivo, no corresponde a un término utilizado en la población, por lo cual se consultó usando otros términos utilizados en el dialecto comunitario: “cómo cuidarse para no tener más hijos”, “cómo espaciar los hijos”, “cómo tener menos guagüitos”, a lo cual la población supo manifestar conocimiento de métodos anticonceptivos, y el uso de varios métodos, entre los cuales están los implantes, los anticonceptivos orales, los anticonceptivos inyectables y los de barrera.

“Que los hombres se cuidan con preservativos y las mujeres inyecciones sino calcula los días después de la regla o pastillas quedan no más.” (*Mujer, 38 años, Comunidad Pucará*)

“Pastillas inyecciones, yo me cuido con el implante. No sé pero yo como ya tengo seis hijos es difícil, mi marido me dijo hacer poner, en el centro de salud me pusieron.” (Mujer, 31 años, Comunidad La Esperanza)

“Planificación familiar conocemos todos: pastillas, parches, T de cobre, implantes, la ligadura” (Partera, 63 años, Comunidad Pucará)

Los conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos son expresados desde la vivencia comunitaria de la población, para muchos los métodos hormonales y de barrera son los más conocidos.

Es interesante reconocer que la población también expresa tener conocimientos acerca de los “métodos naturales”, los cuales no son entendidos y tampoco son aplicados de forma adecuada.

“Como me cuidaba yo sin semen de hombre pero eso no ha sido seguro no más ya tuve después de tres años, me falló, entonces me puse el implante que este es más seguro.” (Mujer, 42 años, Comunidad de Pucará)

“No sé mucho solo me dijeron que me cuide a lo normal, que no tenga relaciones cuando este fértil pero no se eso, tengo medio año de juntarme. Sólo que el varón use preservativo y he oído que se inyectan pero no sé cómo será eso, es lo que se. (Hombre, 83 años, Comunidad de Pucará)

“Sólo natural, como pareja sabemos cuidarnos, hay también he oído Pastillas, preservativos, no hemos utilizado, no sé cómo funcionan” (Hombre, 39 años, Comunidad Jatun Rummy)

De los métodos anticonceptivos, el método más aceptado y solicitado por la población es el implante, ya que refieren comodidad de uso del mismo, debido a que no exige recordar su toma, o su aplicación mensual, así como también permitir a las mujeres continuar con sus labores.

“Mi mujer y yo nos olvidamos de la inyección que es cada mes de las pastillas como es de tomarse cada noche y no hay preocupación de eso con el implante... otros dicen con el implante mismo les duele la cabeza, pero el caso de mi mujer no paso” (Hombre, 24 años, Comunidad La Esperanza)

“Yo vivía cada medio año otro hijo, así ya los tres últimos era ya separado con el implante” (Mujer, 54 años, Comunidad Jatun Rummy)

“La ligadura que es bueno de 30 a 33 años es bueno han dicho que antes es malo, pero a esa edad, eso me dijo el doctor cuando tenga unito o dositos más.” (Mujer, 33 años, Comunidad Jatun Rummy)

El uso de los métodos anticonceptivos puede causar efectos secundarios en los usuarios, los cuales pueden causar molestias, temor y abandono del anticonceptivo además de crear malestar en la familia y la comunidad, generando desconfianza de los métodos y su eficacia.

“La inyecciones les duele la cabeza, mareos, a mí no me ha pasado, yo he usado el implante pero ya me saque, ahora solo con preservativos no más, deje de menstruar cada mes eso si me paso con el implante cada seis meses.” (Mujer, 23 años, Comunidad Jatun Rummy)

“Se enferman, cada cuerpo responde, dolor de cabeza, altera la menstruación unas se engordan o se quedan flaquitas, o nausea, con pastillas, hace paño, se llena útero y hace caucho como leche cortado, tumor ha de hacer” (Mujer, 47 años, Comunidad La Esperanza)

La ligadura es uno de los métodos anticonceptivos que las mujeres consultadas refieren como “el mejor”, pero que presenta repercusiones familiares y comunitarias, al referir que es una causa por la cual las mujeres optarían por elegir otra pareja que no sea su esposo, además de adquirir comportamientos que son mal vistos por la comunidad, ya que indican que las mujeres ligadas se comportan como “solteras”, razón por la cual no es un método aceptado desde el punto de vista comunitario.

“cuando se hacen ligadura hay parece que andan como hombre o como cuando estaban solteras eso dicen que les pasa las vecinas dicen eso que pasa por eso como que se daña” (Mujer, 47 años, Comunidad de Pucará)

“Dicen que cuando se hacen la ligadura se hacen calientes. Que la ligadura hay que hacerse a los 32 años que cuando se hacen muy jóvenes se dañan dicen. Que se van con otro y consiguen otro marido, con mi esposo si hay comprensión por eso

yo me puse el implante pero bien estamos y no me hace nada... pero dicen que porque quieren estar de solteras cuidan, o para conseguirse otro. (Mujer, 25 años, Comunidad de Pucará)

“Menciona que por una parte cuando se cuidan se enferman al menos cuando se ligan las mujeres por tal razón no es muy bueno... un caso que sucedió con mi nuera que se ligó se enfermó” (Grupo Focal Adultos Mayores)

El trabajo en el campo es uno de los medio de subsistencia de la población consultada, lo cual también determina la adopción de un método anticonceptivo, siendo un determinante el que el método limite o no el trabajo.

“Algunos dicen que ligando ya no se tiene hijos, pero a mi marido no le gusta, nosotros tenemos que trabajar fuerte debemos cargar mucho y eso es malo dice, de las que se han hecho eso dicen nos hacemos enfermos.” (Mujer, 42 años, Comunidad de Pucará)

Las vivencias individuales y colectivas acerca de los anticonceptivos, van creando en el imaginario de cada persona, una gama de factores individuales que influenciarán la decisión por un método anticonceptivo.

“Me ven mal, y hablan por detrás por la espalda comienzan a criticar, que hacen eso por estar con otro por eso se ligan. Para estar libre con el otro dicen aquí, por eso parece que las personas no se cuidan prefieren tener. Otros miedos es que si se ponen la T se hace carne hay adentro, una sobrina dice eso, mi hermana se puso la T y está bien creo son unos siete años, otra que esta una semana fue donde los

doctores y le explicaron bien y de ahí se puso, mi hermana mayor se puso primero, luego mi cuñada la ligadura, mi hermano se casó, ella es de Cayambe y está siguiendo para ser doctora y ella manda a decir con él que eso es bueno, eso nos ha ayudado a pensar bien”. (Mujer, 33 años, Comunidad La Esperanza)

“Si tenemos derecho porque no solamente naturalmente no se podría, uno no puede estar contando cuando estoy bien o estoy mal juntándose mismo con la pareja, cuidando mismo es estar rezando también pienso, pero en los centros o en particular ya cuando pasa algo toca ir. No sé solo me dijeron que tiene que estar enfermo para poner inyecciones o pastillas. Dicen que dañan que maltratan nuestros cuerpos, que unas se engordan más que se flaquean más, hay no sé cómo será. O dicen que salen mal pero una amiga mía tiene puesto por dentro y tiene una hijita y le salió bien, no tiene nada de especial, por eso digo no sé si será así pero bien esta”. (Mujer, 32 años, Comunidad de Pucará)

Algunos efectos indeseables que según la población son causadas por los métodos anticonceptivos, causan intenso temor y total rechazo de los métodos anticonceptivos.

“Que cuidando que coge cáncer muere dice, por eso ninguna de mis hermanas quiere cuidarse, así, así con ligadura en cambio da cáncer, y también se han embarazado y hasta se ha abortado así cuentan de ligadura. (Mujer, 48 años, Comunidad de Pucará)

“Si falla el implante los hijos pueden salir enfermitos, salen con discapacidad” (Hombre, 24 años, Comunidad La Esperanza)

“Si me han dicho con las pastillas si me olvido puedo quedar embarazada, si los preservativos no están buenos tampoco son seguros y puede pasar, con la inyección me han dicho que es muy doloroso, por eso yo he pensado en el implante Dicen no sé qué si usan pastillas y después cuando ya se quedan embarazadas salen los hijitos enfermos. Por eso creo es mas eso por eso no quieren, porque en nosotros los indígenas no nacen no más niños discapacitados, es muy poco, es que no usan nada de eso se embarazan y tienen no más a los hijos”. (Mujer, 29 años, Comunidad Jatun Rummy)

Es también por lo cual la asesoría en anticoncepción debe abordarse la explicación clara de los efectos secundarios, así como de sugerir buscar a un proveedor de salud al momento de presentar molestias.

En algunos casos, la anticoncepción es compartida con la pareja, esto fue visto en la población joven, en la cual la pareja forma parte de este proceso.

“Mi pareja usa las pastillas pero no es normal la menstruación, se atrasa o se adelanta creo que es por causa de estas pastillas yo no sé nada ella está al tanto de eso, y yo como que ya no he querido y le dicho en todo cado para utilizar yo y no le haga daño, entonces por ese vicio vamos a estar en problemas, los hombres también debemos pensar en las mujeres, por eso se debe planificar las dos partes.” (Hombre, 28 años, Comunidad Jatun Rummy)

“Yo debería usar porque las mujeres tiene muchas actividades aparte de ser madre ama de casa y hasta a veces trabaja y se vuelve dificultoso y necesita buena salud y si uno pueda también usar un método y hasta la vasectomía hablo por mí me hiciera eso...Si queremos cuidarnos acudir la pareja al centro de salud y tengamos la posibilidad de conversar en una experta en la materia” (Hombre, 28 años, Comunidad Jatun Rummy)

La decisión de adoptar un método anticonceptivo es un proceso consensuado con la pareja, o en otros casos es necesaria la autorización por parte de la pareja para su uso o el rechazo de los mismos.

“Ella se fue solita pero la decisión era de los dos desde la casa yo trabajaba a fuera y no podía ir.” (Hombre, 24 años, Comunidad La Esperanza)

“A veces si hablan las parejas a veces no quieren que se dañan andan como solteras, que se cambian mucho que calientan a otro hombre la cabeza dicen, y se van dejando a los hijos” (Mujer, 33 años, Comunidad Jatun Rummy)

“Esposos no permiten, que le dañan o salen bebes enfermo, porque esos medicamentos dañan.” (Mujer, 32 años, Comunidad de Pucará)

“Los maridos tal vez todavía son ignorantes, hay hombres que piensan que las mujeres les engañan, y ya no tienen bonita relación de pareja que son, eso los

maridos desconfían como indígenas, eso sucede, pero conversando en una bonita relación si debe actuar bien el marido diciendo cuídate porque para él también es un problema o preocuparse por los hijos.” (Mujer, 39 años, Comunidad La Esperanza)

“Algunos dicen que ligando ya no se tiene hijos, pero a mi marido no le gusta,” (Mujer, 42 años, Comunidad de Pucará)

Uno de los aspectos culturales que influye de alguna manera en la decisión de la anticoncepción, constituye el machismo por parte de las parejas, lo cual se refleja en los “celos” y el maltrato del cual son parte en algunos casos las mujeres.

“Mujeres no mas no se puede los hombres también, unos dicen porque quieren andar con otros por eso no quieren que toque el marido, dicen, yo sufría mucho él convencido de eso este hijo no ha de ser mío decía y botaba pegando, yo nada, pero hasta ahora el sigue celoso, hasta ahora viven así mismo otros cuidando los maridos, que no tenga guagua de otros, eso diciendo no me quería cuidar, un primo tuvo un hijo, después de tres años tuvo una hijita, y ya no tenía más, vivía cuidando que no tenga de otro, así me tenía a mí cuidando y pegando sufría mucho yo, así de joven saliendo a trabajo o otros lados regresaba a ver en la casa decía quién te regresa a ver y ahí pegaba.” (Mujer, 54 años, Comunidad Jatun Rummy)

“Todavía existe el machismo y el hombre dice tu eres mi mujer y yo te compre y tienes que hacer lo que yo te digo, entonces reina esa ignorancia y piensan que la mujer es el objeto de placer del hombre, al rato y a la hora que él quiera y eso

les prohíbe planificar, porque dicen si vas a coger esas pastillas o cualquier cosa es porque vas a estar con el otro, es decir son tonterías que les viene a la cabeza, pero si hay amor verdadero si los dos se quieren va a haber respeto, con quien estese y donde estese su hay amor se respeta. Pero lastimosamente eso existe, entonces desde la escuela se les debe indicar que decisiones deben tomar en ese sentido para no tener ese problema.” (Hombre, 28 años, Comunidad Jatun Rummy)

“Hacer entender al hombre porque ellos no quieren, dicen te vas con otro, los hombres odian si no tienen muchos hijos, cuántos hijos profesionales, los hombres se sienten machos diciendo 10 hijos tengo, más hijos más machos se creen” (Grupo Focal Parteras No.2)

La comunidad también influye o emite observaciones a la anticoncepción de la población.

“Si sería la capacitación hay, y preguntar qué piensan que dicen para que sea confidencial, porque si hay recelo vergüenza dicen si me pongo implante quien me vera que dirán, pero yo digo ya es cosa natural no es estar sacando bebe o matar o algo, pero yo estoy cuidando porque he pedido permiso a mi marido, lo que los otros me digan ya no me importa porque antes tenía miedo cuando estuve poniéndome la inyección, sería bueno indicarles que en el brazo se pone que no es doloroso avisar eso.” (Mujer, 39 años, Comunidad La Esperanza)

“La gente habla cosas que se está cuidando, dicen con ligadura ya no contentan al marido eso yo no les hago caso y digo no estoy cuidándome” (Mujer, 43 años, Comunidad La Esperanza)

“De ahí en la comunidad también dicen ya no se puede tener tantos hijos, ya no pueden estudiar, los maridos en cambio dicen que por mandato de Dios vienen con bendición y que vengan los hijos, que eso está en la Biblia” (Mujer, 47 años, Comunidad La Esperanza)

CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA POBLACIÓN FRENTE A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

LA COMUNIDAD Y LA ANTICONCEPCIÓN

“Nosotros para tener hijos respetamos mandato de Dios doce hijos es. Pero no sé porque será, yo también me separe de él 28 años tenía, y mis hijos todos son de él, los nueve, siete vivos y dos muertos. Mis familiares mismos decían, doce tienes que tener. Ahora tienen uno o dos para mí eso no es válido, Diosito ha de pedir cuentas cuando nos hemos de morir. Cuantos guaguas tan eso no pierde, porque no hay hijos, dirá Dios teniendo solo dos, como también con bastantes hijos para eso tienes marido y tener hijos. Hasta que Dios de vida eso pienso yo.”

LA FAMILIA, COMUNIDAD Y ANTICONCEPCION

“No se conversa el tema en familia, de otra cosa si”

*“No hablaban de es, ni mi abuela ni mi mama, Conversamos y nos cuidábamos
nosotros mismos”*

METODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCIDOS POR LA POBLACIÓN

*“Que los hombres se cuidan con preservativos y las mujeres inyecciones
sino calcula los días después de la regla o pastillas quedan no más.”*

*“Planificación familiar conocemos todos: pastillas, parches T de cobre,
implantes, la ligadura”*

EFFECTOS SECUNDARIOS REFERIDOS POR LA POBLACIÓN

*“De las inyecciones he sabido pero unas tienen dolores y hasta vomitar a unas les
llega a otros no, cuando se hacen ligadura hay parece que andan como hombre o
como cuando estaban solteras eso dicen que les pasa las vecinas dicen eso que pasa
por eso como que se daña”*

“Porque a las mujeres hace engordar o flaquear o da hemorragia”

“Yo si usaba y me dolía la cabeza y por eso me sentía molesta, yo usaba la inyección como unos seis meses, y deje eso ahora ya no me cuida, mi esposo si usa el preservativo”

“Mi pareja usa las pastillas pero no es normal la menstruación, se atrasa o se adelanta creo que es por causa de estas pastillas.”

CONCEPCIONES DE RECHAZO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

“Que cuidando que coge cáncer muere dice, por eso ninguna de mis hermanas quiere cuidarse, así, así con ligadura en cambio da cáncer, y también se han embarazado y hasta se ha abortado así cuentan de ligadura.”

“Si falla el implante los hijos pueden salir enfermitos, salen con discapacidad”

ANTICONCEPCIÓN UNA DECISIÓN DE PAREJA

“Ella se fue solita pero la decisión era de los dos desde la casa yo trabajaba a fuera y no podía ir.”

“A veces si hablan las parejas a veces no quieren que se dañen andan como solteras, que se cambian mucho que calientan a otro hombre la cabeza dicen, y se van dejando a los hijos”

(Elaboración: Las autoras sobre la base de la información etnográfica).

4.3 A TRAVES DE LOS OJOS DE LOS PRESTADORES DE SALUD

La prestación de servicios de salud en el campo de la anticoncepción y la adopción de un método anticonceptivo se ha protocolizado en muchos países, incluido el Ecuador, con lo cual se pretende ofrecer, en una perspectiva de derechos, servicios para todas y todos en todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva (Ministerio de Salud Pública del Uruguay, 2013), para lo cual en la atención (consulta) se debe realizar un abordaje integral de la salud sexual y reproductiva y dar una orientación anticonceptiva.

La cultura indígena considera dentro de sus saberes ancestrales la comprensión del mundo a través de la cosmovisión Andina, los profesionales prestadores de salud tienen una concepción propia de la misma.

“Estoy recién entendiendo la cuestión de la cosmovisión andina pese a que en la Universidad nos explicaron poco, en el campo es distinto, su vestimenta, sus relaciones familiares u eso todavía no tengo bien claro como es” (Médica No.1 CS. San Roque)

“Es una visión general que tienen las personas indígenas la vida la espiritualidad y de su diario vivir” (Médica No. 2 CS. San Roque)

“...en la universidad si se abordó este tema nos dieron sobre el tema de medicina alternativa de la cosmovisión andina, la medicina ancestral que es importante para nosotros y poder entender a ellos, que creen que es lo que les van a

curar, nosotros tenemos eso como mitos y creencias nada más y con conocimiento podemos involucrarnos y poder ayudar, tomando en cuenta esas creencias...”
(Médica Rural No. 3 CS. San Roque)

“Creencias referentes a las personas de esta zona, tengo leve idea he visto rituales que me llaman la atención” (Médica No. 7 CS. San Roque)

Al mismo tiempo que la interculturalidad plantea la necesidad de dialogo entre culturas, la plurinacionalidad plantea la convivencia armónica y sobre todo igualitaria de las diversas culturas/naciones que cohabitan en el territorio ecuatoriano. (Crespo & Vila, 2014)

El conocimiento de la salud y la enfermedad comprenden saberes los mismos son interpretados de manera diversa por parte de los prestadores de salud

La Salud:

“Lo ven como bueno y malo lo relacionan con las energías de un lugar a otro, con las personas donde van o donde se encuentran o los típicos como dicen ellos el mal aire” (Médica 2 CS. San Roque)

“Ellos no lo ven desde la prevención no se hacen control, ya vienen cuando ya está la enfermedad y quieren que les quitemos los males, como dicen ellos”
(Médica No. 3 CS. San Roque)

“La distorsionan hay resistencia se distorsiona, un alejamiento, no la ven como nosotros la salud, como nosotros conceptuamos es bienestar física, emocional, no lo asumen de esa manera, salud ven ellos como ausencia de enfermedad no ven más allá” (Obstetra No. 1 CS. San Roque)

La enfermedad:

“No le dan importancia, dicen ya ha de pasar” (Medica No. 1 CS. San Roque)

“Lo ven como natural y cuando hay partos céfalo vaginales se muere el bebé, y ellas al preguntarles dicen ya se murió tenía que pasar, eso es natural y no un problema, para ellos la enfermedad en si asumen muy diferente a nosotros, que es causa de preocupación entre nosotros y peor la muerte es algo grave, ellos no, no ha habido una preocupación desde el centro de salud en introducir a las personas de sabiduría que tienen ellos shamanes, curanderos, porque ellos creen muchísimo en la parte natural, tienen más credibilidad en la cura con hierbas y plantas de la naturaleza” (Obstetrix No. 1 CS. San Roque)

“Depende de la enfermedad, lo toman más espiritual, en los niños le asocian al espanto, mal aire, algo que tiene que ver con las energías y no asocian a lo fisiológico. Y si en caso no encuentran la mejoría con la medicina que les damos y después van a lo suyo con rituales ancestrales para curarse.” (Obstetra No. 2 H. San Luis de Otavalo)

Los conocimientos ancestrales deben ser protegidos a través de la apropiación y empoderamiento de los conocimientos y saberes desde los pueblos y culturas poseedoras y también a través del reconocimiento del resto. A partir de ahí, la mejor defensa es la reproducción y dialogo con otros saberes que permita a estos conocimientos subsistir, ejecutarse, innovarse y evolucionar (Crespo & Vila, 2014).

“Yo trato de hacer un trato de acuerdo a las creencias, si es así no es posible hacerlo como a los demás, hay que manejarlo con sus creencias e irse por su lado, para decirles que pasa” (obstetra No. 1 CS. San Roque)

Los saberes y conocimientos de las nacionalidades y pueblos indígenas son producto de la enseñanza y práctica constante de la vida comunitaria. Lo comunitario no son las relaciones solamente entre seres humanos, sino con todos los elementos que constituyen y complementan la vida integral. Los espacios de transmisión de los saberes distan de infraestructuras complejas y de seres especializados. Los reforzamientos de los saberes se dan de manera constante desde los sabios y sabias de cada nacionalidad y pueblo, permitiendo un entendimiento amplio de la vida y de lo importante para mantener el equilibrio espiritual y material que reclama la Pachamama-Naturaleza, y los seres humanos. (Karkras, 2016).

La sabiduría ancestral, con una historia de más de 12000 años de realización continua, ha sobrevivido a los 500 años de negación por la cultura occidental. Este saber de carácter milenario, transmitida de la generación precedente a la futura por

medio de la oralidad, hoy se mantiene con muchas dificultades. Sin embargo, los soportes de estos saberes son los propios practicantes. (Karkras, 2016)

Esta sabiduría ancestral comprende también conocimientos que pretenden en su momento la planificación de la familia, comprendiéndose entre éstos conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos “naturales” ejercidas por parteras o en coloquios sociales, que persiguen el ejercicio del derecho a la elección de cuándo y cuantos hijos tener.

“El encaderamiento donde ponen a la mujer de cabeza para que el útero descienda y para que impida que los espermatozoides lleguen a fecundar un óvulo. Eso ya es usado como un método anticonceptivo pero no sé si les hará efecto. Las agüitas de ruda, otra de aguacate, según lo que han dicho” (Médico No. 2 H. B. Antonio Ante).

“El método del ritmo y aguas que se toman” (obstetra No. 1 CS. San Roque).

“Luego de las relaciones sexuales se hacían baños de asiento, no sé si con hierbas pero es posterior a la relación sexual” (Médica No. 6 CS. Atuntaqui)

“El agua de ruda y de higo pero no sé cómo se prepara o como se toma” (Obstetrix No. 2 H. San Luis de Otavalo)

“Yo escuchaba que usaban como preservativo la vejiga del borrego o hierbas intravaginales pero después de las relaciones, otro que se hacían lavados luego de tener relaciones sexuales” (Medico No. 7 CS Atuntaqui).

Entre los objetivos establecidos durante la asesoría en anticoncepción contamos con la Integralidad de la atención identificando que el asesoramiento debe tomar en cuenta no solamente el aspecto biológico sino también el psicológico, social, cultural y emocional. (CONASA, 2010)

La cultura y las preferencias personales son parte de las recomendaciones que se solicita tomar en cuenta el momento asesorar acerca anticoncepción.

“Yo en mi esquema de explicación si pongo un dibujo y en caso de ellos me demoro más y yo si les pido que en lo posible con la pareja, para explicarles mejor, no creo que tenga algo especial, sino sí llamar a la pareja es más bien para quedar de acuerdo” (Medica No. 1 CS. San Roque)

“Yo les digo según su capacidad económica, uno o dos peor ellos dicen no, yo voy a tener los hijitos que Dios me dé, tienen entonces nueve, diez hijos y dan a luz madres de 49 y 50 años.” (Médico No. 2 CS. San Roque)

“Lo que he visto es que existe mucho machismo ya que ellas como que si quieren, pero sus maridos no les permiten y eso hay que tratar bastante, sobre el derecho de las mujeres, ellos son muy cerrados.”

“Se da la misma charla como a un paciente cualquiera, la charla de cómo funciona el método y efectos secundarios, como usarlo para que sea más efectivo. No es diferente para ellos” (Médico No. 6 CS. Atuntaqui)

“Nosotros les orientamos y ellas escogen no podemos imponer un método. Ellas deciden y nosotros estamos en la obligación de decirles las ventajas y desventajas para escoger. Dándoles la confianza y toda la información” (Obstetrix No. 2 CS Atuntaqui)

Este proceso debe realizarse a través del diálogo bidireccional, que permita al usuario conocer la información completa de cada uno de los métodos incluyendo en esta información las experiencias de los individuos o parejas y el conocimiento del prestador de salud, con el objetivo de que el usuario elija el método que mejor se adapte a las necesidades reproductivas.

Se debe utilizar un lenguaje comprensible y dar tiempo para que las personas expresen sus temores, dificultades, creencias y motivaciones en relación al uso de los diferentes métodos anticonceptivos (Ministerio de Salud Pública del Uruguay, 2013)

El lenguaje es uno de los aspectos importantes a considerar al momento del asesoramiento, en nuestro país, al ser un país con población con lenguaje diverso, constituye una barrera para los prestadores de salud, barrera que puede evidenciarse en la prestación del servicio a población de autoidentificación Kichwa Otavalo.

En el Ecuador existen 13 lenguas indígenas reconocidas oficialmente, el castellano es el idioma oficial, el Kichwa, el shuar y los demás idiomas ancestrales son de uso

oficial para los pueblos indígenas. (Chasiguano, 2006), es así como el INEC reporta que 58.406 personas declaran que hablan lengua indígena “nativa” y de estos el 32.2% habla solo lengua nativa. (Chasiguano, 2006)

En las Centros de Salud de San Roque, CS. Atuntaqui y Hospital Básico Antonio Ante, los profesionales médicos negaron tener conocimientos del habla Kichwua, lo cual en muchos casos fue un limitante o barrera al momento de la consulta médica.

“Si ha sido difícil, para mí. Muchas veces me han ayudado intermediarios que saben Kichwa y castellano, sino no hubiese salido buena la consulta y en otras nos ayudan los técnicos de aquí. Pero si ha ocurrido que la señora paciente no me entiende y ni yo la entendía, ahí me toco buscar a alguien que haga de intermediario, si es importante saber el idioma de ellos” (Médica N1. C.S. San Roque)

“Nos toca buscar un familiar de ellos que hable los dos idiomas, para entender que le pasa al paciente y en ese proceso nosotros podemos salvar, pero se da una demora hasta buscar quien traduzca, los técnicos de atención primaria en salud han podido ayudarnos en la traducción, creo que en este medio donde trabajamos si deberíamos tener bases para poder trabajar y ser parte del protocolo y capacitación del Ministerio de Salud” (obstetra No 1 CS San Roque)

“Vemos a los compañeros que saben Kichwa y nos traducen sino están mediante señas” (Médica 3 CS. San Roque).

“Existe un problema para hacerles entender. Hay trabas en el lenguaje de lo que uno les quiere explicar” (Ginecólogo No. 1 H. B. Antonio Ante)

“No comprenden lo que les decimos y es como no usamos en el lenguaje de ellos, no entienden muy bien, toca buscar palabras, de entrada no entienden hay que estar repite y repite hasta que comprenda.” (Médico No.6. CS. San Roque).

La elección del método anticonceptivo es otro de los parámetros en la consulta de anticoncepción, es aquí en el cual influyen los deseos y preferencias de los usuarios y los conocimientos e interpretaciones del personal de salud. Es importante citar lo que nos dice (Araujo & Prieto, Estudios sobre sexualidad en América Latina, 2008) “la omnipotencia del poder y el saber médicos no son el resultado de la voluntad corporativa, sino que se desarrolla entrelazado a un concepto de salud que emergía como necesidad social y cultural. La medicina se puso al servicio de ese concepto de salud y fue así funcional al orden establecido. (Araujo & Prieto, Estudios sobre sexualidades en América Latina, 2008).

El discurso médico posee una fuerza centrípeta el cual está puesto a trabajar por los grupos sociales dominantes en su lucha por imponer su propio concepto del mundo. El significado de los enunciados resulta del proceso de negociación entre los participantes en las conversaciones que expresan diferentes lenguajes y perspectivas sociales. (Araujo & Prieto, Estudios sobre sexualidad en América Latina, 2008)

En el caso de los médicos en general, el valor del enunciado está dado por el enunciador y no por el contenido del mensaje; mientras que en el caso de la usuaria, es el contenido del mensaje lo que le da valor para su interlocutor. De modo que en el encuentro médico-paciente existe una relación de poder traducida en un “diálogo imposible”. (Araujo & Prieto, Estudios sobre sexualidad en América Latina, 2008).

Los ginecólogos vehiculizan normas asociadas con la sexualidad, las mismas que pasan a formar parte de la subjetividad de las mujeres, y, de esta manera, están facilitando u obstaculizando la construcción y el ejercicio de los derechos sexuales. (Araujo & Prieto, Estudios sobre sexualidad en América Latina, 2008)

El profesional de salud y la usuaria se encuentra en una situación definida por el juego de las relaciones de poder, así como por los estereotipos que se manifiestan, etc. (Araujo & Prieto, Estudios sobre sexualidad en América Latina, 2008)

El profesional de salud y la usuaria se encuentran en una situación definida por el juego de las relaciones de poder, así como por los estereotipos que se manifiestan, miedos, etc. (Araujo & Prieto, Estudios sobre sexualidad en América Latina, 2008)

“Ellos tienen sus propias costumbres, ideas y tradiciones, maneras de planificar y es muy difícil comunicarse con ellos, son personas cerradas que se basan en sus métodos naturales y en las creencias de los hombres que no quieren tener los hijos, lo que Dios les quiere dar me dijeron y muy difícil la planificación

con ellos. Y tienen bastantes hijos sin saber con qué darles de comer y están ahí y punto” (Médico No. 2 CS. San Roque)

“Lo que les he dicho es que les traigan al marido que es una forma de hablar con la cabeza de familia y hablarles del riesgo de tener muchos hijos, incluso del peligro de que la madre pudiera morir en el parto y dejar huérfanos a tantos niños pero eso no ha ocurrido, y si toman les va a dar cáncer, si toman el anticonceptivo o si no toman seguido el mal de cabeza que son dolores de cabeza recurrentes, si les he dicho lo que puede suceder pero al usar un tipo de anticonceptivo, y ver el efecto según la persona.” (Médico No. 3 CS. San Roque).

“Hay poca aceptación hacia la anticoncepción” (obstetra No. 2 H. San Luis Otavalo).

“Yo le veo difícil que una mujer indígena se acerque y que sin el intelecto de educación adecuada, venga por sí sola a pedir un método anticonceptivo.” (Médico No. 7 CS. San Roque)

Durante la consulta se colocan una serie de tópicos sobre los cuales se intercambia información, cada uno desde su lugar. La usuaria llega con un planteo que no siempre puede verbalizar. (Araujo & Prieto, Estudios sobre sexualidad en América Latina, 2008)

“Cuando vienen las personas mestizas, ellas escuchan; primero se les explica de los efectos que puede tener, que hacen dentro del cuerpo y todo eso, en cambio los indígenas se mantienen en los efectos adversos para no usar” (Médico No. 8 CS. San Roque).

“Se asustan de pronto, y eso depende de quién le asesore por primera vez que le diga que pasa con el implante que en tres años no va a ver menstruación son ciertos períodos de hasta una semana y por eso deben ir a los controles, que pueden subir de peso, y si no a la primera anomalía se asustan y suspenden, por eso es importante de que el profesional le hable por primera vez sobre los métodos anticonceptivos” (Obstetra No. 3 CS. Atuntaqui).

“Ellos tienen tabúes, dicen los métodos son malos, que pueden producir cáncer, que hace que la mujer se vuelva loca, busque otro hombre, los hombres dicen que hay algo que esos métodos perturba la mente y se olvide del marido y busque otra persona, es difícil hacerles entender que estas son justificaciones a las pasiones humanas que pueden tener, que no podemos ocultar es un justificativo, y eso hace difícil hacerles entender y eso está arraigado en la población.” (Obstetra No. 1 CS. San Roque)

De acuerdo a la normativa del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la asesoría en anticoncepción contempla en su segundo objetivo:

El usuario/a interno/a o equipo de atención en salud que debe ser capaz de acompañar la decisión de planificación familiar es quien ofrece el asesoramiento en el marco de la más alta evidencia científica sin interponer condiciones personales o juicios ético morales en este proceso. (CONASA, 2010)

Al respecto de los criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos, los prestadores de los centros de salud consultados expresaron:

“Eso si yo indago en que se encuentra un cuadro de historia clínica, porque no se puede o es la misma persona y el tratamiento con los métodos que hay, hay que hacer exámenes se les hace porque a veces no tienen nada de eso, ni un chequeo general peor conocen de sus antecedentes, ni una revisión con exámenes hechos, de ahí se registra edad, cuántos hijos si está dando de lactar entre otros.” (Médico No. 1 CS. San Roque).

“La edad, el número de hijos, porque han llegado a 10 en unos casos donde no han planificado, y hasta su economía, para estas poblaciones indígenas, algunos tienen discapacidades o enfermedades crónicas y tomar en cuenta la lejanía donde ellos viven, son a veces a varios kilómetros del centro de salud y solo a caballo pueden venir, todo eso se toma en cuenta para elegir el método anticonceptivo, las discapacidades hay niños con síndrome de Down, problemas cardíacos las mismas pacientes con discapacidad.” (Médico No.1 CS. San Roque).

“Primero valorar la edad, estado nutricional, el índice de masa corporal, porque hay que tomar en cuenta que ciertos métodos anticonceptivos si producen una subida de peso o una baja de peso dependiendo del estado, la necesidad de la paciente y el número de hijos, porque es un mundo diferente” (Médico No.2 CS. San Roque).

“Lo que les digo es que es un derecho de ellas escoger un método y ellas me responden que sus maridos no les dejan, aparte de que algunas vienen ya con siete hijos, allí les digo que hay varios, implantes, pastillas, T de cobre, entre otros”
(Médico No. 3 CS. San Roque)

“Los de la OMS como son factores de riesgo, de morbilidad, para ver que le favorece y le cause menos efectos secundarios” (Médico No. 4 CS. Atuntaqui)

“Estudio del paciente, antecedentes y darle la elección de métodos y basarse para ciertas cosas si hay problemas médicos, se le explica porque no, pero ella debe elegir, pero hay señoras quienes preguntan qué me aconseja, pero yo estoy para asesorar y sean ellas las que elijan lo mejor para ponerse” (Médico No.5 CS. San Roque)

“Frecuencia de actividad sexual y si ya tienen más de tres hijos, les hago ver que deben cuidarse incluso realizar la ligadura, porque no es recomendable tener tantos hijos” (Médico No. 10 CS. Atuntaqui).

El redimensionar la propia labor profesional en base a la bioética que respeta y promueve la autonomía de la persona en consulta con el objeto de fortalecer y empoderar su decisión tomada después de recibir información veraz con lo cual, se desarrolla beneficencia en el entendido de que la persona asesorada escoge lo mejor para su vida y su salud y se desarrolla la no maleficencia ya que no se pone en riesgo

a la persona y se respeta la opción de decidir de ésta, sin discriminarla por ninguna condición. (CONASA, 2010)

En el presente estudio la elección del método anticonceptivo con mayor demanda varía de acuerdo a las concepciones de cada usuario.

“Las pastillas en las indígenas, y se recomienda cuando tienen muchos hijos la ligadura, pero ellos no aceptan eso.” (Médico No2 CS. San Roque).

“Las inyecciones y el implante prefieren, no las pastillas, poco es lo que es vía oral” (Médico No. 3 CS. San Roque)

“Son pocos, hay poco conocimiento y hay poca accesibilidad, no hay mucha información de parte de ellos. Algunas de las pocas que han venido toman pastillas, eso a escondidas de sus parejas, los maridos ven algo malo a la anticoncepción en la persona; que si usan eso no van a estar con su pareja, sino con otra persona sexualmente”

“El implante es como moda y dice yo quiero eso está generalizado, es lo primero que buscan, no sé por qué, si es por esos tres años y no te preocupas como los otros, luego vienen las inyecciones y después la píldora, ésta se tiene problemas porque se olvidan de tomar. Y la que menos quieren es la T de cobre”. (Médico No. 5 CS. San Roque)

"Salud Sexual y Reproductiva es tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no deseado; poder regular su fertilidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o

peligrosos; tener un embarazo y parto seguros y criar hijos saludables." (Scwarez & Castro, 2002)

La sexualidad y la reproducción constituyen dimensiones básicas del desarrollo de cada persona, hombre o mujer, y por lo tanto de la salud individual. Es por eso es que el derecho a la salud constituye un derecho humano esencial, y los derechos sexuales y reproductivos se reconocen como parte integral de los derechos humanos. (Scwarez & Castro, 2002)

Durante el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva se presenta también el rechazo a los métodos anticonceptivos, razones que abarcan diferentes tópicos que deben ser considerados por los prestadores de salud.

“Hay muchas barreras, la primera es que no hay buen acercamiento del grupo de salud, tienen otras creencias, otras formas de atender a ellos, no solo lo biológico, cultura, creencias y moralidad, de ahí ven diferente la anticoncepción”
(Médico No. 4 CS San Roque)

“Adoptan las que tienen un nivel de cultura más avanzado, los que han estudiado o están ya en un nivel superior, los que rechazan son los que se educaron con lo que les enseñaron sus antepasados. Con la cultura de ellos, sus medicinas de las hierbas y son los que no acuden acá” (Médico No. 6 CS. Atuntaqui)

“Es por el desconocimiento de las ventajas que tiene la anticoncepción, se basa en mitos y creencias de los antepasados y vecinos, no se les ha dado una

explicación científica de cómo es verdaderamente la anticoncepción” (Obstetrix No. 2. H. San Luis de Otavalo)

“Es la cultura mismo la que no se deja ayudar, hay casos en que he atendido a personas, a mamitas con trece hijos, se les explica que ya no pueden tener más, que hay riesgo y ni así logramos hacerles entender, ellas dicen lo que les ha pasado a sus familiares y no quieren saber nada de los métodos anticonceptivos” (Médico No. 8 CS. San Roque)

“Podría ser aparte lo del marido, que tienen miedo a ser intervenidas quirúrgicamente o por desconocimiento, por incultura, o el miedo a determinado método” (Ginecóloga No. 1 HB Antonio Ante).

“... eso es por parte de la población masculina por eso para darle un método anticonceptivo a un señora esta debe o tiene que estar autorizado por el esposo. Es otro problema. Porque el esposo no viene para yo tratar de explicarle y pueda comprender, solo viene ella y le dice lo poco que ha logrado saber de cómo funciona el método y la mayoría regresa con la negativa, él no quiere que se cuide. Él dice no ya me han comentado lo que pasa hay muchos problemas, que hay problemas con ellas que cuando trabajan ya no pueden responder como antes, cosas así y se nos hace muy difícil, y también tienen una religiosa que se les impide, que deben tener los hijos que Dios les mande. Así sean diez o doce hijos no pueden, porque dice que Dios no ha dicho que impidamos, viene desde allí, se genera el problema” (obstetra No. 1 CS. San Roque).

En la parroquia de San Roque, la población cuenta con la presencia de parteras, las mismas que de acuerdo a la información brindada prestan sus servicios a la comunidad.

En muchas comunidades, se considera a la partera como una persona especial, escogida para salvar vidas y reconocida como tal en la vida de la comunidad.

Esto tiene particular importancia en el universo simbólico de las sociedades indígenas,... la sabiduría de las parteras requiere no solo del conocimiento de la fisiología y el tratamiento del parto, sino también del conocimiento y el poder terapéutico del espíritu. Dirigir la mirada únicamente a los saberes terapéuticos, se corre el riesgo de poner en segundo plano la función social y ritual de las comadronas: el rol de intermediarias simbólicas entre la comunidad, la madre y el niño que está por nacer. (Gonzalez, 2014)

La interculturalidad, en particular, apunta a que las relaciones entre las diferentes formas de sanación en el país se den en condiciones de igualdad y de valoración equitativa, para lo cual resulta indispensable el fortalecimiento de los sistemas ancestrales de salud, apoyando la revalorización y transmisión de saberes y el reconocimiento comunitario de expertos. (Gonzalez, 2014)

El trabajo conjunto de los médicos y obstetras de las unidades de salud con las parteras se reporta irregular, y en muchos casos ausente.

“No he trabajado pero hay que respetar sus ideologías y creencias, pero si la mayoría trabaja con parteras no olvidar los controles con la obstetra y como realizamos visitas domiciliarias captamos a todas las embarazadas. Y de ahí ir de la mano de las parteras porque según sus ideologías ellas tienen sus agüitas y otras

cosas y sería bueno hacer un trabajo conjunto con las parteras y hablar con ellas”
(Médico No. 2 CS. San Roque)

“Si he tenido experiencia ese es un bonito trabajo, porque donde se rompe la barrera a los servicios de salud, son personas que están mucho más allegadas a ellos, y significan más en su comunidad y su cultura ha hecho que se acerquen mucho más a ellas, tienen más confianza por la cercanía y las encuentran cerca de las viviendas, hay buen apego y cercanía a ellos, yo creo que debería haber más relación con los equipos de trabajo para poder indicarles un poco más de los factores de riesgo y tener un intercambio de sus conocimientos con los nuestros y sería mejor; y lo que hacen ellas yo lo veo como algo muy beneficioso por la cercanía con su comunidad. Se deberá trabajar de forma conjunta y se vea los métodos que usan en anticoncepción y ver los pro y los contras” (Medico No. 4 CS. San Roque).

“Primero hay que ver como es el trabajo de ellas y saber qué es lo que se está haciendo bien o mal y nosotros podríamos corregir y no irnos en contra, porque los indígenas confían más en las parteras y así irnos en contra de las parteras sería irse en contra de los pacientes y confianza de ellos, sería mejor trabajar conjuntamente y reforzar ese trabajo viendo como se lo realiza, porque ellas están más cerca de las comunidades” (Médico No. 6 CS. Atuntaqui)

“Depende de las concepciones de las creencias conocimientos de las mujeres embarazadas, de ellos respetar su cultura es ya educación, no decirles que no vayan con ellas o que vengán a los controles, porque esa es su creencia, su origen y también capacitar a las parteras con conocimientos básicos en lo que se refiere a los signos de alarma.” (Obstetra No. 2 H. San Luis de Otavalo)

El primer nivel de atención puede resultar muy favorecido si éste se fortalece con presencia de parteras técnicas, profesionales y enfermeras obstetras que puedan garantizar el continuo de la atención e intervenciones más integrales a las mujeres y sus recién nacidos. (El Estado de las Partera en el Mundo 2014, 2016)

PERCEPCIONES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

COSMOVISIÓN ANDINA

“Es una visión general que tienen las personas indígenas la vida la espiritualidad y de su diario vivir”

“Creencias referentes a las personas de esta zona”

CONCEPCIÓN INDÍGENA ACERCA DE LA SALUD

“Lo ven como bueno y malo lo relacionan con las energías de un lugar a otro, con las personas donde van o donde se encuentran o los típicos como dicen ellos el mal aire”

CONCEPCIÓN INDÍGENA ACERCA DE LA ENVERMEDAD

“Depende de la enfermedad, lo toman más espiritual, en los niños le asocian al espanto, mal aire, algo que tiene que ver con las energías y no asocian a lo fisiológico. Y si en caso no encuentran la mejoría con la medicina que les damos y después van a lo suyo con rituales ancestrales para curarse.”

METODOS ANTICONCEPTIVOS ANCESTRALES

“El encaderamiento donde ponen a la mujer de cabeza para que el útero descienda y para que impida que los espermatozoides lleguen a fecundar un óvulo”.

“Las agüitas de ruda, otra de aguacate, según lo que han dicho”

“Yo escuchaba que usaban como preservativo la vejiga del borrego o hierbas intravaginales pero después de las relaciones, otro que se hacían lavados luego de tener relaciones sexuales”

EL IDIOMA COMO LIMITANTE

“Nos toca buscar un familiar de ellos que hable los dos idiomas, para entender que le pasa al paciente y en ese proceso nosotros podemos salvar”

“No comprenden lo que les decimos y es como no usamos en el lenguaje de ellos, no entienden muy bien, toca buscar palabras; de entrada no entienden hay que estar repite y repite hasta que comprenda.”

LIMITANTES PARA LA ANTICONCEPCIÓN

“Ellos tienen sus propias costumbres, ideas y tradiciones, maneras de planificar y es muy difícil comunicarse con ellos, son personas cerradas que se basan en sus métodos naturales y en las creencias de los hombres”

“Hay poca aceptación hacia la anticoncepción”

“Yo en mi esquema de explicación si pongo un dibujo y en caso de ellos me demoro más”

CRITERIOS DE ELGIBILIDAD DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO

“Primero valorar la edad, estado nutricional, el índice de masa corporal”

“La edad, el número de hijos, porque han llegado a 10 en unos casos donde no han planificado, y hasta su economía, para estas poblaciones indígenas”

ELECCION DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO

“Las pastillas en las indígenas, y se recomienda cuando tienen muchos hijos la ligadura, pero ellos no aceptan eso.”

“Las inyecciones y el implante prefieren”

CAUSAS DE RECHAZO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

“Hay muchas barreras, la primera es que no hay buen acercamiento del grupo de salud, tienen otras creencias, otras formas de atender a ellos, no solo lo biológico, cultura, creencias y moralidad, de ahí ven diferente la anticoncepción”

“Es la cultura mismo la que no se deja ayudar, hay casos en que he atendido a personas, a mamitas con trece hijos, se les explica que ya no pueden tener más, que hay riesgo y ni así logramos hacerles entender...”

“Podría ser aparte lo del marido, que tienen miedo a ser intervenidas quirúrgicamente o por desconocimiento, por incultura, o el miedo a determinado método”

TRABAJO CON PARTERAS

“Si he tenido experiencia ese es un bonito trabajo, porque donde se rompe la barrera a los servicios de salud, son personas que están mucho más allegadas a ellos, y significan más en su comunidad y su cultura ha hecho que se acerquen mucho más a ellas, tienen más confianza por la cercanía y las encuentran cerca de las viviendas, hay buen apego y cercanía a ellos...”

“Primero hay que ver como es el trabajo de ellas y saber qué es lo que se está haciendo bien o mal y nosotros podríamos corregir y no irnos en contra...”

(Elaboración: Las autoras sobre la base de la información etnográfica)

Foto No. 4: Grupo focal con personal de salud de Atuntaqui



DESCRIPCIÓN: Grupo focal con personal de Salud.
Fuente: Las autoras

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La cultura andina ha sido calificada como un sistema de vida exitoso que logró un verdadero desarrollo sustentable de sus pueblos. Y hoy a pesar del deterioro por los impactos, exógenos, todavía es un sistema lógico y coherente de conocimientos y prácticas, que por su vigencia misma demuestra su funcionalidad y ofrecen las claves para plantear que la continuidad cultural es viable y de hecho se evidencia a diario en el contexto pluricultural de la sociedad ecuatoriana.

La familia indígena constituye una unidad económica, pero únicamente de producción y consumo, en tal grado que sus ingresos ni siquiera les permiten satisfacer sus necesidades básicas, y por lo tanto, viven sumidos en una situación infra o sub – consumo; trabajan los padres y los hijos desde temprana edad constituyen un aporte económico con su participación en las actividades agrícolas, ganaderas y artesanales. (Villavicencio, 1973)

En la comunidad indígena las familias se caracterizan por ser ampliadas o extensas, en las cuales se encuentran integradas por familiares y parientes por varias generaciones, lo cual permitía a la familia disponer de suficiente mano de obra para responder a las necesidades tanto de sus parcelas y la comunidad.

Es así como se conforman comunidades agrarias en las cuales se caracterizan por altas tasas de natalidad, con un alto valor hacia los niños y técnicas pronatalistas.

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS ANCESTRALES DE ANTICONCEPCIÓN EN POBLACIÓN KICHWA OTAVALO

Según los resultados presentados anteriormente podemos observar que en las Familias Kichwa Otavalo, de las comunidades en estudio, existen conocimientos y prácticas ancestrales en Anticoncepción, si bien ellos no manejan dentro de su esquema mental la palabra Anticoncepción, que bien podría interpretarse como una práctica contra la Vida, ya que dentro de la Cosmovisión Andina “*todo es vida, la vida es divina y está presente en todo el pariverso, todos somos entes vivos y por ello con obligaciones y con derechos a la vida* (Enrique, 2009)”. Por lo tanto las prácticas de control de la natalidad en la población Kichwa difiere considerablemente de las conocidas prácticas occidentales con sus métodos anticonceptivos.

A pesar de esto, las parteras locales mantienen conocimientos que permiten identificar prácticas en Anticoncepción, resulta ardua la tarea, ya que los elementos del sistema médico ancestral como tal se encuentran dispersos y en algunos casos ya han desaparecido. Y hoy en día se ve más amenazado este conocimiento debido a la falta de interés de las nuevas generaciones por conocer y realizar las diferentes prácticas ancestrales.

El desentendimiento cultural, entre la sabiduría del nacimiento y crianza andina y el conocimiento científico moderno es evidente en todo el sentido de la palabra ya que la medicina occidental desconoce el valor de las prácticas medicinales de nuestras comunidades, tanto que las acciones de las y los parteras/ros son consideradas como empíricas y primitivas. (Cachiguango, 2009).

Dentro de los principales conocimientos y prácticas ancestrales de anticoncepción tenemos el encaderamiento y el uso de plantas medicinales.

“El amarrado para no tener seguido, bien amarrado funciona, enseguida del parto, un mes, dura cada día. ...”. “Las parteras dicen que toca amarrar con faja poniendo de cabeza a la persona, cuando esta menstruando pone de cabeza y asegura bien la guagua mama, amarra bien.....”.

“Decían que con el agua de la pepa del aguacate para no tener seguidos....”. He oído que se toma agua de yerba de cerro...”

Al respecto en la literatura local y regional encontramos:

Después de transcurrir una semana del parto, la unancho – mama inicia a realizar los “amarres” del vientre de la mamá frotando suavemente y “subiendo” la madre (útero). Este amarre constituye una especie de planificación familiar ya que la madre que ya realizado este “tratamiento” no concibe muy seguido sino después de 4 a 5 años. (Cachiguango, 2009)

En los Pueblos Kichwas de la Amazonía dentro de sus conocimientos de plantas anticonceptivas tienen muchas especies, pero las más comunes y frecuentes de uso, y que se puede localizar con facilidad en la selva de la amazonia ecuatoriana y cultivar en sus fincas son (Tupuy & Andy, 2013):

Planta de guineo

Semilla de limón sutil

Ajengibre

Semilla o pepa de Aguacate

También se ha encontrado criterios de una pequeña parte de participantes en el estudio, que niegan toda forma de prácticas anticonceptivas ancestrales, “*No conocía mi mamá de eso no hablaba*”. Y más aún hay personas, en especial que tienen la influencia de la religión, niegan toda forma de tales conocimientos, lo que estarían ligados a los procesos de colonización anteriormente citados.

De manera general “En cuanto a la práctica de planificación familiar, las familias indígenas utilizan algunos recursos y métodos naturales para retardar los nacimientos, como el uso de plantas. También ciertas prácticas como el encaderamiento luego del parto, la lactancia prolongada, infusiones y el coitus interruptus son prácticas frecuentes..... creemos que inciden factores culturales asociados al significado que se otorga a los hijos y su importancia a nivel social y económico, quienes no tienen hijos por alguna razón, son vistos como personas incompletas” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010).

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN KICHWA OTAVALO FRENTE A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LA MEDICINA OCCIDENTAL

En cuanto a los conocimientos y actitudes a cerca que la población en estudio presenta a cerca de los métodos anticonceptivos de la Medicina Occidental, vemos que hay un conocimiento bastante limitado de los mismos, algunas de las personas entrevistadas los mencionan de manera escueta y ninguno sabe explicar algo a cerca de su mecanismo de acción por ejemplo, *“Que los hombres se cuidan con preservativos y las mujeres inyecciones, sino calcula los días después de la regla o pastillas quedan no más.”* *“Solo natural, como pareja sabemos cuidarnos, hay también he oído Pastillas, preservativos, no hemos utilizado, no sé cómo funcionan”*.

La falta de conocimientos suficientes a cerca de los métodos anticonceptivos, podría considerarse como un determinante de los temores infundados a los efectos secundarios de los mismos, hecho que es muy común en la población estudiada, temores como presentar cefalea, cambios en el peso, esterilidad, cáncer, y hasta que los hijos tengan problemas de malformaciones congénitas.

Una actitud de la población muy marcada que se encontró es que las personas no consideran a la Anticoncepción como un aspecto prioritario en sus familias, y lo expresan así; *“Que no se debe cuidar que hay que tener los hijos que Dios manda, hasta 12 es de tener”*, definen a este número como una tarea explícita de Dios, y hay

entrevistados que aseguran que dada las condiciones económicas actuales la tarea podría ser media, o sea 6 hijos. A nivel de la comunidad es una práctica mal vista el uso de anticonceptivos, por tal motivo expresan algunos de los entrevistados, que se opta por mantener en secreto de cada persona o de pareja cuando se opta por utilizar algún método, así se expresa una entrevistada; *“Me ven mal, y hablan por detrás por la espalda comienzan a criticar, que hacen eso por estar con otro por eso se ligan”*.

En un estudio denominado Aceptación de métodos de Planificación Familiar en mujeres en periodo fértil en Guamote, en el año 2012, plantea que “existe una gran presión ejercida sobre las pobladoras por las opiniones de amigos y familiares, así como el temor a ser condenados por lo que predica la iglesia..... encontrando que en el 63% de las encuestadas se mantiene la creencia de que el número de hijos de una familia, so los que Dios manda” (Campoverde, 2012).

Además el tema de la Anticoncepción es muy poco o nada abordado desde las familias y entre las diferentes generaciones: *“En los indígenas no se toca de ese tema, hay recelo; hasta los cuatro se piensa. De esos cuatro mis papas dicen tendrás unos dositos mas, porque no se pueden conversar entre ellos. Con mis hermanos si converso, si les cuento”*

En un estudio denominado Género en transición, que aborda el tema de las Normas familiares y comportamientos conyugales en los Kichwas Otavalo nos dicen: a la pregunta: “¿Quién tiene derecho a utilizar métodos anticonceptivos? La mayoría de

los varones entrevistados respondió nadie. Sólo unos pocos respondieron *el hombre con el consentimiento de la mujer*. Aproximadamente un cuarto de las mujeres opinó que eso era su privilegio y responsabilidad, y un tercio de las mujeres dijo que ambos, nombres y mujeres, tenían derecho a usarlos. El resto de las entrevistadas (un tercio), dijo: *no usamos nunca, no sabemos*” (Cebotarev, 2003).

Muy evidente también está que el acceso a la utilización de los métodos anticonceptivos tiene una influencia marcada de la cultura patriarcal y machista del medio, pues la mayoría de las personas entrevistadas señalan que los esposos no están de acuerdo con que se planifique, primero por temor a que se generen relaciones extramaritales, al respecto en una entrevista nos comparten: *“Esposos no permiten, que le dañan o salen bebés enfermo, porque esos medicamentos dañan.”* Así como también adoptan la creencia de que mientras más hijos tienen más hombría les representa; *“los hombres se sienten machos diciendo 10 hijos tengo, más hijos más machos se creen”* (Grupo Focal Parteras No. 2).

En un estudio de género, población Kichwa Otavalo, se concluye que “el control paterno de la familia es bastante fuerte” (Cebotarev, 2003).

En un estudio en Población Kichwa del centro del país, se encuentran datos muy concordantes con la población del presente estudio: “Las mujeres de Guamote rechazan el uso de métodos anticonceptivos, fundamentalmente por; disposición del esposo, mitos, temor a los efectos secundarios, temor a que lo sepa la familia, indiscreción del personal de salud, principios religiosos, reducción del placer sexual

durante las relaciones, y deseo de concebir al momento de la consulta” (Campoverde, 2012).

Al respecto Rodríguez L; en su trabajo Género y etnia, los cruces de la inequidades en salud nos dice: “Las mujeres indígenas tienen temor a los métodos anticonceptivos y en particular a la ligadura, por los efectos secundarios que puedan producir como dolores de cabeza, disminución de energía para trabajar. Existe temor de que los maridos las dejen si de ligan. La opinión de los esposos o compañeros es que si se ligan se van a volver –locas-, los van a traicionar y van abusar de su libertad, una vez que no tengan peligro de embarazarse” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010).

COMPETENCIAS INTERCULTURALES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

El nivel de desarrollo de las competencias interculturales en Métodos Anticonceptivos, de los prestadores de servicios de Salud del Centro de Salud de San Roque y el Hospital de Atuntaqui, es muy limitado o casi nulo, considerando a las competencias interculturales como la habilidad y capacidad que tienen los profesionales de la salud, para interactuar y negociar con grupos culturalmente diversos comunicándose de una forma respetuosa y eficaz de acuerdo a las múltiples identidades de los usuarios.

Las competencias interculturales para el trabajo con población Kichwa podemos resumirlas en: Conocimiento de la cosmovisión Andina, Conocimiento de los aspectos culturales relativos al proceso salud – enfermedad de la población culturalmente diversa, Competencias lingüísticas (manejo del idioma kichwa) y Actitudes de respeto al usuario culturalmente diverso.

Considerando esta referencia las principales barreras o limitantes en el personal de los servicios de salud tenemos: “Ubicación social y status, ejercicio del poder, capacidad de comunicación, valores, prejuicios, condiciones de trabajo, forma de ejercer el poder, lengua, capacidad de comprensión de códigos culturales de los usuarios. Las personas prestadoras interactúan con los y las consultantes en función de su propia cultura, formación profesional (o deformación) y género. En la relación ponen en juego sus capacidades y carencias” (Armijos, 2014).

Entre los servidores públicos del hospital Básico Antonio Ante (anteriormente denominado Atuntaqui) vemos que existe un muy limitado entendimiento del significado de la cosmovisión Andina, así como también no están claros de cómo es la concepción del proceso Salud – Enfermedad desde el Pueblo Kichwa Otavalo.

También vemos que el 100% de los servidores de salud entre médicos, enfermeras, y obstétricas / tras, no tienen competencias lingüísticas, ya que no dominan ningún grado del idioma Kichwa.

En cuanto a la atención al usuario culturalmente diverso se observa el poco interés a sus prácticas ancestrales, así como la mitificación de las mismas y su infravaloración por parte de los prestadores de salud. Lo cual es un reflejo de que aún no existen condiciones para un verdadero diálogo intercultural, en los servicios de salud estudiados.

El criterio básico de aproximación a la problemática de salud, precisa formas de expresión de modelos de diálogo intercultural entre todos los implicados en el escenario de la salud. La biomedicina con sus claves y escenarios y las medicinas indígenas con las suyas. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010).

TABLA N° 21. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS CULTURALES EN ANTICONCEPCIÓN EN POBLACIÓN KICHWA OTAVALO DE SAN ROQUE

HALLAZGOS	COMUNIDAD	PARTERAS /OS	SERVIDORES DE SALUD
Conocimientos y prácticas ancestrales en Anticoncepción.	<ul style="list-style-type: none"> - Encaderamiento en el postparto y/o durante la menstruación. - Ingesta de infusión de plantas medicinales: aguacate, hierba de cerro. - Métodos Anticonceptivos para hombres: aplicación de guanto a nivel de genitales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Encaderamiento en el postparto y/o durante la menstruación. - Ingesta de infusión de plantas medicinales: aguacate, hierba de cerro. - Métodos Anticonceptivos para hombres: aplicación de guanto a nivel de genitales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desconocen.
Conocimientos y actitudes de la población frente a métodos anticonceptivos de la medicina Occidental	<ul style="list-style-type: none"> - Buena aceptación al uso de métodos anticonceptivos modernos. - Conocimientos superficiales sobre métodos anticonceptivos. - Miedo a efectos adversos, ya que los sobredimensionan, los relacionan con infertilidad, 	<ul style="list-style-type: none"> - Buena aceptación al uso de métodos anticonceptivos modernos. - Conocimientos generales sobre los principales métodos anticonceptivos. - Prefieren los métodos ancestrales o naturales por el miedo a efectos 	<ul style="list-style-type: none"> - No logra entender el por qué, la población Kichwa Otavalo, tiene menos acogida a los métodos Anticonceptivos de la medicina

	malformaciones congénitas, entre otros.	adversos.	Occidental.
Competencias interculturales en el personal de salud	- Relativamente presentes	- Desarrolladas	- Limitados, casi nulo. - No hay competencias lingüísticas. - No hay conocimientos de La Cosmovisión Andina, ni del proceso salud Enfermedad desde la concepción Kichwa Otavalo.

Elaboración: Las autoras sobre la base de la información etnográfica

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6 CONCLUSIONES

6.1 CONCLUSIONES DE LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS ANCESTRALES EN ANTICONCEPCIÓN

- En la población Indígena Kichwa Otavalo de las comunidades de Jatun Rummy, La Esperanza y Pucará, tenemos que la principal práctica ancestral en Anticoncepción es el encaderamiento o amarrado por parte de las parteras / ros, durante el postparto o menstruación, mediante el uso de sábanas o fajas, más preparados y/o pomadas entre otros.
- En cuanto al uso de plantas medicinales con fines anticonceptivos en las comunidades estudiadas, podemos señalar que es muy conocido la infusión de la pepa de aguacate negro y otras yerbas del cerro que se toman durante el postparto y el periodo de la menstruación.
- Entre las principales actitudes con respecto a los métodos Anticonceptivos de la medicina Ancestral del Pueblo Kichwa Otavalo tenemos que hay una buena aceptación por parte de la población estudiada por considerarlos naturales y libres de efectos adversos,

aunque también existe cierto grado de escepticismo ante los mismos, y una pequeña parte de los estudiados, niegan toda forma de existencia de estos conocimientos y prácticas.

6.2 CONCLUSIONES DE LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES QUE LA POBLACIÓN TIENE FRENTE A LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS

- En la población Kichwa Otavalo de las comunidades de Jatun Rummy, La Esperanza y Pucará, vemos que existe una adecuada aceptación de los métodos anticonceptivos de la medicina occidental, pero poseen un conocimiento muy escueto en cuanto a los mecanismos de acción y los verdaderos efectos secundarios principalmente.
- Se evidencia en la población estudiada una marcada mitificación de los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos que constituye una de las principales causas de rechazo a los mismos.
- Se evidencia una gran influencia de la cultura patriarcal y machista de los cónyuges y la comunidad a la hora de la elección de los métodos anticonceptivos, así como también en la determinación del número de hijos en donde juega un rol importante las concepciones culturales y la religión.

6.3 CONCLUSIONES DEL NIVEL DE COMPETENCIAS CULTURALES DE LOS SERVIDORES DE SALUD

- El nivel de desarrollo de competencias interculturales en Métodos Anticonceptivos, de los prestadores de servicios de Salud del Centro de Salud de San Roque y el Hospital de Atuntaqui de la provincia de Imbabura, es bastante limitada, ya que son nulas las competencias lingüísticas, y no se evidencian una concepción adecuada tanto de la Cosmovisión Andina, como del proceso salud enfermedad del Pueblo Kichwa Otavalo.
- Los prestadores de los servicios de salud consideran a la cultura y los conocimientos ancestrales de la población indígena como una barrera o limitante para la implementación de los métodos anticonceptivos, ya que al no entender sus propias formas de concebir el proceso de salud y enfermedad, más bien los tildan de poseer un nivel de entendimiento inferior al del profesional médico.
- Los profesionales de la salud estudiados no manejan los criterios médicos de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud o afines, a la hora de realizar la atención en Anticoncepción, y menos criterios de atención a población culturalmente diversa, como lo es la Población Kichwa Otavalo.

6.4 CONCLUSIONES SOBRE EL TRABAJO DE LAS PARTERAS

- El trabajo de las parteras es propiamente comunitario y forma parte del patrimonio cultural de la población indígena, ya que mediante sus conocimientos y prácticas se recrea continuamente el saber médico en cada comunidad, como se evidenció en el presente trabajo de investigación, son ellas quienes conservan las prácticas ancestrales en Anticoncepción y lo comparten a las personas y familias que asisten.
- El trabajo de las parteras no es evidenciado por parte los prestadores de salud, quienes desconocen su trabajo o mantienen conceptos poco favorecedores de su labor en la población, lo cual es una limitante para la construcción de la interculturalidad en salud.

7 RECOMENDACIONES

7.1 RECOMENDACIONES DE LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS ANCESTRALES EN ANTICONCEPCIÓN

- Considerando que en la población Kichwa Otavalo de las comunidades de Jatun Rummy, La Esperanza y Pucará, vemos la vigencia y buena aceptación de los conocimientos y prácticas ancestrales en Anticoncepción, se recomienda iniciar un proceso de visibilización,

respeto y promoción de las mismas, tanto a nivel comunitario como en el institucional.

- Generar un proceso de reconocimiento oficial de los saberes ancestrales en anticoncepción presentes en las comunidades estudiadas, en el marco del trabajo de la Salud Sexual y Reproductiva en población Kichwa Otavalo.

7.2 RECOMENDACIONES DE LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES QUE LA POBLACIÓN TIENE FRENTE A LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS

- Capacitar y Sensibilizar al personal de las unidades de salud estudiadas, en el abordaje de asesoría en anticoncepción a Población Indígena Kichwa Otavalo, de manera que se ofrezca información suficiente en cuanto al tema para satisfacer las inquietudes de los usuarios, y evitar la mitificación y temores infundados a los efectos secundarios.
- Emprender un proceso de acercamiento a la comunidad para llevar información clara y precisa sobre los métodos anticonceptivos de la medicina Occidental, con la utilización de técnicas adaptadas a la educación en población culturalmente diversa.

- Se recomienda buscar las herramientas necesarias para lograr la plena participación de la familia (cónyuge) en el proceso de asesoría y adopción de un método anticonceptivo, para conseguir mejor adherencia a los métodos prescritos.

7.3 RECOMENDACIONES DEL NIVEL DE COMPETENCIAS CULTURALES DE LOS SERVIDORES DE SALUD

- Recomendar que los pensum de los centros de formación del personal de Salud, contemplen los ítems correspondientes al desarrollo de competencias interculturales de los mismos, de acuerdo a la diversidad cultural nacional.

7.4 RECOMENDACIONES AL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

- Otorgar el valor histórico y cultural de las y los Parteras/os, en la comunidad y los diferentes espacios del campo de acción, de los mismos.
- Sensibilizar al personal de salud del nivel público y privado, sobre el verdadero rol familiar y comunitario de la Partera, de tal manera que se generen relaciones de trabajo de tipo horizontal, en pro del ejercicio de la interculturalidad en salud, en beneficio tanto de la población en general y de la institución de salud.

Bibliography

- (n.d.).
Centers for Disease Control and Prevention CDC. (2010). Retrieved Junio 11, 2016, from CDC:
http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5904a1.htm?s_cid=rr5904a1_e
- Andrew, K. (2016). Retrieved JUNIO 10, 2016, from UPTODATE:
http://www.uptodate.com/contents/contraceptive-counseling-and-selection?source=search_result&search=anticonceptivos+m%C3%A9todos&selectedTitle=1~150
- Araujo, K., & Prieto, M. (2008). *Estudios sobre sexualidad en América Latina*. Quito: FLACSO.
- Araujo, K., & Prieto, M. (2008). *Estudios sobre sexualidades en América Latina*. Quito: FLACSO.
- Caballero, A., Castillo, L., Nava, R., Alipaz, A., Ledezma, L., & Canaza, M. (2008). *La Salud Sexual y Reproductiva de las Poblaciones Indígenas de Bolivia* (1ra ed.). (P. Urquieta, Ed.) Bolivia: UNFPA FCI.
- Cachiguango, L. (2009). *PAKARINA: El Ritual Andino del Nacimiento y Crianza de niños y niñas en Kotacachi*. Cotacachi: SE.
- Campoverde, W. &. (2012). *Aceptación de métodos de Planificación Familiar en mujeres en período fértil en el área de Influencia del Hospital Cantonal Guamote*. GUAMOTE: SE.
- CARE EN ECUADOR, CIESPAL. (2015). *Democratización, derechos y diálogo intercultural para la inclusión étnica en áreas de frontera norte del Ecuador* (Primera ed.). (E. CIESPAL, Ed.) Quito: Ciespal.
- CDC. (2016, junio 21). *Reproductive Health, Contraception*. Retrieved from Centers for Disease Control and Prevention:
<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/unintendedpregnancy/pdf/eficacia-de-los-m%C3%A9todos-de-planificaci%C3%B3n-familiar-afiche.pdf>
- Cebotarev, E. A. (2003). *GÉNERO EN TRANSICIÓN; Una exploración de los derechos culturales de género, entre los Kichwa Kayambis y los Otavalos de Ecuador*. Quito: Alianza distribuidora.
- Centro de Estudios Miguel Enriquez. (2006). *Archivo Chile, Historia Política Social del Movimiento Popular*. Retrieved mayo 2, 2016, from La Condición de la Mujer en la Colonia y la Consolidación del Patriarcado:
http://www.archivochile.com/Ideas_Autores/vitalel/5lvc/05lvc/mujer0010.PDF
- Chasiguano, S. (2006). *La Población Indígena del Ecuador*. Ecuador: INEC.

- CONASA. (2010). *Norma y Protocolo de Planificación Familiar*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- CONASA, m. . (2010). *NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR* (Primera ed.). (CONASA, Ed.) Quito: msp.
- CONSTITUYENTE, A. (2008). *CONSTITUCIÓN POLITICA DEL ECUADOR*.
- Crespo, J., & Vila, D. (2014, diciembre 20). *Saberes y Conocimientos Ancestrales, Tradicionales y Populares*. Retrieved from Floksociety: <http://floksociety.org/docs/Espanol/5/5.3.pdf>
- Deslauriers, J. (2004). *INVESTIGACIÓN CUALITATIVA; Guía Práctica*. Pereira - Colombia: Papiro.
- Didies Claudia, B. M. (2010). *GUÍA DE APOYO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, VIH Y SIDA* (1 ra ed.). (G. Jaime, Ed.) Chile: FLACSO- Chile.
- El Estado de las Partera en el Mundo 2014*. (2016, diciembre 3). Retrieved from UNFPA Web : http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/Las_parteras_del_mundo.pdf
- ENIAP. (2014, Octubre). *Estrategia Nacional Intersectorial de Articulación para la Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos*. Retrieved from Proyecto a cargo de la Presidencia del Ecuador - Ministerio Coordinador de Desarrollo Social: http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto_eniap.pdf
- Estadística, I. N. (2015). Retrieved abril 23, 2016, from Indicadores Demográficos Básicos: http://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia_idb.pdf
- Fernandez, G. (2006). *SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMÉRICA LATINA* (2a ed.). (A. Yala, Ed.) Quito: ABYA YALA.
- FONDGCAM. (2013). Retrieved ABRIL 15, 2016, from SISTEMA SEXO GÉNERO: www.fong.cm.org/manuales/genero/datos/docs/1_ARTÍCULOS_YDOCUMENTOS_DE_REFERENCIA/A_CONCEPTOS_BÁSICOS/CONCEPTOS_BÁSICOS.pdf
- FONDO DOCUMENTAL AFROANDINO. (2009). *“Aprender haciendo: Metodología para la reconstrucción de saberes”* (Primera ed.). (UASB, Ed.) Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Freire, V., Ramirez, M., Belmont, P., & Mendieta, M. (2015). *La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Tomo II: Salud Sexual y Reproductiva. ENSANUTECU2012* (Primera ed.). (N. J. Miranda, Ed.) Quito: MSP.
- Gobierno Municipal Antonio Ante. (2011). *Actualización Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la Parroquia San Roque 2012 - 2030*. Atuntaqui: Gobierno Municipal Antonio Ante.
- GOBIERNO PARROQUIAL DE SAN ROQUE. (2011).

- Gonzales, D., & Corral, J. (2010). *DEFINICION DEL ROL DE LAS PARTERAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEL ECUADOR*. Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- González E, & C. (2010). “*Las parteras en la comunidad han sido las primeras consejeras en la familia, es como un puente de enlace entre el personal de salud y la comunidad. Es consejera también en la planificación familiar, en salud sexual y reproductiva*.” Quito: msp.
- Gonzalez, D. (2014). La Partería ancestral en el Ecuador: apuntes etnográficos, interculturalidad y patrimonio. *Revista del Patrimonio Cultural del Ecuador*, 76- 93.
- Guerrero, P. (1993). “*El Saber del Mundo de los Cóndores*”, *Identidad e Insurgencia de la cultura Andina* (Primera ed.). Quito: Abya Yala.
- Gutman, M. (2015, enero). PLANIFICAR LA EXCLUSIÓN DE LOS HOMBRES DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR: UN ESTUDIO DE CASO EN MÉXICO. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género*, I(1).
- Hernandez, M. F., & Hernandez, M. (2016, diciembre 04). *La salud sexual y reproductiva de las mujeres hablantes de lengua indígena, 1997 - 2009*. Retrieved from La situación demográfica de México 2013:
http://conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1728/1/images/2_La_salud_sexual_y_reproductiva_de_las_mujeres_hablantes_de_lengua_indigena_1997_2009.pdf
- Hugo, Z. B. (2009). Retrieved Abril 05, 2016, from An approach to the cosmic vision of the andean world:
<http://www.scielo.org.bo/pdf/rpc/v14n18/v14n18a10.pdf>
- INEC. (2008). *LAS MUJERES ECUATORIANAS QUE CONOCEN Y USAN LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS*. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA, INEC, DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN, QUITO.
- INEC. (2012, MAYO). *EVOLUCIÓN DE LA FECUNDIDAD EN EL ECUADOR*. Retrieved ABRIL 21, 2016, from REVISTA COYUNTRAL ANÁLISIS: www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis.pdf
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2016, DICIEMBRE 19). *Breve análisis de la situación de salud reproductiva de mujeres de habla indígena y no indígena. Resultadís de la Encuesta Nacional sobre la dinámica demográfica 2006 y 2009*. Retrieved from CEDOC:
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101214.pdf
- Instituto para el estudio de la cultura y teconología Andina. (2000). *Manos Sabias para Criar la vida* (Primera ed.). (L. B. Van Kessel Juan, Ed.) Quito: Abya Yala.

- Karkras, A. T. (2016, NOVIEMBRE 6). *FLOKSOCIETY*. Retrieved from FLOKSOCIETY web site:
http://es.wiki.floksociety.org/index.php?title=P%C3%A1gina_principal&action=edit
- Kessel, J. (2000). *MANOS SABIAS PARA CRIAR LA VIDA: Tecnología Andina* (Primera ed.). (D. J. Barros, Ed.) Quito: Abya Yala.
- Kessel, J. (2000). *MANOS SABIAS PARA CRIAR LA VIDA: Tecnología Andina* (Primera ed.). (D. J. Barros, Ed.) Quito: Abya Yala.
- Klein David, A. J. (2016). Retrieved Junio 11, 2016, from AMERICAN FAMILY PHYSICIANS:
<http://www.aafp.org/afp/2015/0501/p625.html>
- Lajo, J. (2006). *QHAPAQ ÑAN LA RUTA INKA DE SABIDURÍA* (Segunda ed.). Quito: ABYA YALA.
- Las mujeres ecuatorianas que conocen y usan los métodos anticonceptivos*. (2016, diciembre 4). Retrieved from INEC:
http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Metodos_anticonceptivos.pdf
- Martinez, L. (1996). *FAMILIA INDIGENA CAMBIOS SOCIO DEMOGRAFICOS Y ECONÓMICOS* (1ra ed.). (A. Henríquez, Ed.) Quito: Secretaria General de Planificación CONADE.
- Miller, B. (2011). *Antropología Cultural* (Quinta ed.). (C. Alberto, Ed.) Madrid: PEARSON EDUCACIÓN S.A.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2010). *Salud Intercultural y Derechos*. Quito: Abya Yala.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2010). *Salud, Interculturalidad y Derechos* (Primera ed.). (G. F. Juárez, Ed.) Quito: Abya Yala.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS* (Primera ed.). (msp, Ed.) Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Banco Interamericano de Desarrollo. (2006). *GUÍA PARA LA ADECUACIÓN CULTURAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD*. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD DE PUEBLOS INDIGENAS. QUITO: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay. (2013). *GUIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA*. Uruguay: UNFPA.
- MSP. (2010). *NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR* (PRIMERA ed.). (CONASA, Ed.) Quito: MSP.
- msp. (2016). "Análisis comparativo de la incidencia en muerte materna por autoidentificación étnica". . Técnico de Gestión, Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Promoción de la Salud e Igualdad. Dirección Nacional de Salud Intercultural., Quito.

- Napo, F. d. (2012). *SEXUALIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA EN LOS KICHWAS DEL ALTO NAPO* (Primera ed.). (DYA, Ed.) Quito: DYA.
- Navarro, J., Trillo, C., Luque, M. A., & García, J. (2014). *Anticoncepción y Salud Sexual en Atención Primaria* (1ra ed.). (S. A. Comunitaria, Ed.) España: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.
- OMS. (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use* (5ta ed.). (OMS, Ed.) Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Pineda E, A. P. (2008). *Metodología de la Investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud*. (3ra Edición ed.). (OPS, Ed.) Washington DC: Paltex.
- Rodríguez Germán, T. A. (1998). *Visión Cósmica de los Andes* (PRIMERA ed.). Quito: ABYA YALA.
- Russo Jennefer, C. B. (2015). Retrieved Junio 11, 2016, from The Society of Teachers of Family Medicine (STFM): <http://www.stfm.org/FamilyMedicine/Vol47Issue1/Russo15>
- Sandoval, C. (1996). *INVESTIGACIÓN CUALITATIVA* (Primera ed.). (I. C. FOMENTO, Ed.) Bogotá: ICFES.
- Sandoval, C. (2002). *INVESTIGACIÓN CUALITATIVA* (Primera ed.). (D. M. Maldonado, Ed.) Bogotá - Colombia: ICFES.
- Scwarez, R., & Castro, R. (2002, octubre). *Guía para el Uso de Métodos Anticonceptivos*. Retrieved from Guía para el Uso de Métodos Anticonceptivos: http://www.msal.gob.ar/saludsexual/downloads/guia_de_metodos_anticonceptivos.pdf
- Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo/Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017* (Primera ed.). (SENPLADES, Ed.) Quito: Fander Falconí .
- Sociedad Española de Contracepción. (2011). *ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO CLINICO DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL, INTRAUTERINA Y DE URGENCIA. Actualización en el Manejo Clínico de la Anticoncepción Hormonal, Intrauterina y de Urgencia*, (pp. 19 - 385). Madrid.
- Soriano, H., Rodenas, L., & Moreno, D. (2010). Retrieved mayo 29, 2016, from Revista Clínica de Medicina de Familia: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000300009&lng=es.
- Terborg, A., Rosen, J., Santiso, R., & Terceros, W. (1996). La Planificación familiar entre las Poblaciones Indígenas de América Latina. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, 1(33), 4 - 11.
- Theodore, O. (2015). Retrieved Junio 11, 2016, from UPTODATE: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of->

- vasectomy?source=search_result&search=vasectom%C3%ADa&selectedTitle=1~48
- Tupuy, A., & Andy, J. (2013, 07 16). *ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE MANEJO DE LA MEDICINA DE PLANTAS NATURALES ANTICONCEPTICAS EXISTENTES EN EL ARAJUNO, PASTAZA 2011*". Retrieved from
[http://dspace.esepoch.edu.ec/handle/123456789/2493:](http://dspace.esepoch.edu.ec/handle/123456789/2493)
<http://dspace.esepoch.edu.ec/handle/123456789/2493#sthash.AEtxdw7Q.dpuf>
- UNFPA Ecuador. (2011, agosto 23). *Términos de referencia para la investigación sobre accesos e imaginarios a métodos de anticoncepción, y percepciones sobre maternidad en mujeres indígenas*. Retrieved from UNFPA Ecuador:
http://www.unfpa.org.ec/sitio/repositorios/unfpa/puestos_nuevos/TOR_MUJERES_INDIGENAS.pdf
- UNICEF. (2015). Retrieved Abril 18, 2016, from ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2015:
www.unicef.org/spanish/infobycountry/ecuador_statistics.html
- UNORCAG. (2015). *Guía práctica sobre el Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Según los Saberes del Pueblo Kichwa Kotakachi* (1ra ed.). (C. Carmen, Ed.) Cotacachi: UNORCAG.
- UNORCAG. (2016). *MÓDULO DE FORMACIÓN PARA WACHACHIK WARMIKUNA - PARTERAS* (Primera ed.). (P. Báez, Ed.) Cotacachi: ND.
- Valero Pilar, R. D. (2013). *Planificación Familiar: Información general y seguimiento de Anticonceptivos Orales*.
- Vázquez, L., & Ferreira, R. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de Investigación aplicadas en salud* (1ra Edición ed.). (U. A. Barcelona, Ed.) Bellaterra: Servei de Publicacions.
- Villavicencio, G. (1973). *Relaciones Interétnicas en Otavalo ¿ Una Nacionalidad India en Formación?* Mexico: Instituto Indigenista Interamericano.
- Yánez Del Pozo, J. (2005). *MI NOMBRE HA DE VIVIR* (1ra ed.). Quito: ABYA YALA.
- Yanez, D. P. (2005). *ALLIKAI Bienestar/Estar bien. La Salud y la Enfermedad Desde la Perspectiva Indígena* (1a ed.). (A. Yala, Ed.) Quito: ABYA YALA.

ANEXOS

Anexo N° 1

Foto No. 5: Socialización del trabajo de titulación con la comunidad Cerotal



Fuente: Las Autoras

Foto. No. 6: Socialización de trabajo de titulación con comunidad de Jatun Rummy



FUENTE: Las Autoras

Foto No. 7: Grupo focal con Hombres de la comunidad de Jatun Rummy



Fuente: Las investigadoras

Foto No. 8 Grupo focal con mujeres comunidad Jatun Rummy



Fuente: Las investigadoras

Foto No. 9: Grupo focal con Adultos Mayores, Comunidad de Pucará



Fotografía: grupo focal con adultos mayores

Fuente: Las Investigadoras

Foto No. 10: Entrevista con Partera de la Comunidad de Pucará



Fuente: Las investigadoras

Foto No. 11: Entrevista con mujeres de la comunidad de Pucará



Fuente: Las Investigadoras

Foto No. 12: Entrevista con mujeres de la comunidad de Pucará Alto



Fuente: Las investigadoras

Foto No. 13: Entrevista con miembros de una familia en la comunidad de La Esperanza



Fuente: Las Investigadoras.

ANEXO N° 2

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Indígena: El término indígena está relacionado a la presencia de los primeros habitantes de América -Abya Yala- antes de la llegada de los europeos. Fueron tratados como una clase inferior, explotados, denigrados como seres humanos y considerados menores de edad. Se puede percibir la identidad indígena a través de sus prácticas y vivencias culturales, auto percepción, lengua, vínculos comunitarios, filiación sociocultural, relación con la naturaleza.

Medicina Occidental (alópata): una aproximación a la curación basada en la ciencia occidental moderna que enfatiza la tecnología en el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud relacionados con el cuerpo humano.

Interculturalidad en salud: la podemos definir como la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los usuarios de los servicios de salud, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes.

Cosmovisión: La cosmovisión o visión del mundo, es la forma en que cada cultura entiende, clasifica y ordena el mundo. En el caso de la salud, lo podemos entender como un conjunto articulado de creencias con las que cada pueblo interpreta la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte del ser, lo que determina sus formas de prevenir y/o curar la enfermedad, eliminar el dolor, restituir la salud y prolongar la vida; otros la definen como el conjunto de sistemas ideológicos (representaciones, creencias e ideas sobre el universo) que son articulados de manera coherente por una sociedad, en un momento histórico determinado, para interpretar el universo y actuar en el mundo; político, religioso, moral, estético, filosófico, mágico, salud, genero, derecho, agrícola, otros.

Cultura: Es el conjunto de símbolos, costumbres, tradiciones, cosmovisión, que diferencia a un grupo humano de otro. La cultura hace referencia a la totalidad de las prácticas, a toda producción simbólica o material, resultante de las acciones que el ser humano realiza en la sociedad y la naturaleza dentro de un proceso histórico concreto. Cada cultura es dueña de sus propios: "... valores o principios últimos o máximos" (Santos, 1997: 204), sea cual fuere las: "... creencias, valoraciones y anhelos que comparten los miembros de esa cultura" (Villoro, 1998: 75), aprehendidas, practicadas y transmitidas en muchas generaciones: "... para organizar su forma de vida, para identificar al grupo y para diferenciarlo de otros grupos humanos" (Albó, 1998: 10), las afirmaciones de estos autores confirman la singularidad de las culturas, poseedoras de conocimientos ancestrales únicos.

Nacionalidad Kichwa: Es un conjunto de pueblos milenarios anteriores y constitutivos del Estado ecuatoriano, que se autodefinen como tales, que tienen una identidad histórica, idioma, y cultura comunes, que viven en un territorio determinado mediante sus instituciones y formas tradicionales de organización social económica, jurídica, política y ejercicio de autoridad.

Es una entidad social y territorial protohistórica e histórica comprendida por varios pueblos con sus propios procesos de vida.

Pueblo Otavalo: El CODENPE define a los pueblos indígenas del Ecuador como entidades históricas conformadas por comunidades ancestrales o centros con identidades culturales e históricas comunes, asentadas en un territorio determinado. Poseen un idioma común entre sí, pero con diferencia de dialectos. Se rigen por sus propias instituciones, autoridades, derecho propio o consuetudinario, organización social, económica, cultural, política y forman parte de una nacionalidad. Por ejemplo, el pueblo Otavalo forma parte de la nacionalidad *Kichwa* y está constituido por

Comunidades vigentes en el cantón Otavalo, Cotacachi y Antonio Ante en la provincia de Imbabura.

Conocimientos y prácticas Ancestrales: Conocimientos relacionados a los antepasados, de origen prehispánico, de tal forma que nos sirva para compararlo con los conocimientos contemporáneos.

Razonamiento Inductivo: Es el razonamiento que permite pasar de lo particular a lo general.

Modo de reproducción: pauta de natalidad y mortalidad dominante en una cultura.

Pronatalismo: ideología que promueve tener muchos hijos.

Encaderar: acción posterior al parto, consiste en fajar la cadera de la mujer para que el útero vuelva a su lugar.

Faja: tira de lana con la que se rodea el cuerpo por la cintura, dándole varias vueltas, parte del atuendo de la mujer indígena.

Shungo: en Kichwa corazón.

