

## El saber de la partera tradicional del valle del río Cimitarra: cuidando la vida\*

### *Traditional midwifery knowledge in the Cimitarra River Valley. Taking Care of life*

### *O saber da parteira tradicional do vale do Rio Cimitarra: cuidando a vida*

CELMIRA LAZA VÁSQUEZ\*\* Y CARMEN HELENA RUIZ DE CÁRDENAS\*\*\*

#### Resumen

Para la recolección y análisis de la información se utilizaron la Etnografía focalizada y la técnica de Spradley y la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales de Leininger se tomó como referente teórico. Su objetivo fue describir los cuidados que brindaban las parteras tradicionales a partir de creencias y prácticas en las mujeres durante el parto en la zona rural de la región del valle del río Cimitarra, Magdalena Medio.

---

\* Tesis para obtener el título de magíster en Enfermería con énfasis en cuidado de la salud materno perinatal, Universidad Nacional de Colombia.

\*\* Enfermera, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital San José. Especialista en Epidemiología general, Universidad El Bosque, Bogotá; Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado de la salud materno-perinatal, Universidad Nacional de Colombia. Investigadora docente, Centro de Investigación y Desarrollo, Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá, Colombia. claza@areandina.edu.co

\*\*\* Enfermera. Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado de la salud materno, perinatal y especialista en Enfermería perinatal, Universidad Nacional de Colombia. Asesora de investigación en posgrados de enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. ccruizd@unal.edu.co.

El estudio se desarrolló en el valle del río Cimitarra y la ciudad de Barrancabermeja. Participaron siete parteras tradicionales y se recolectaron los datos mediante entrevista etnográfica y observación participante entre los años 2007 y 2008.

El tema central es “El saber de la partera tradicional del valle del río Cimitarra: cuidando la vida” y cinco dominios culturales: alistarse para la atención del mismo, identificar el momento del parto, ayudar a la mujer a parir, proteger al bebé después del nacimiento y proteger a la mujer después del nacimiento.

Cuidar la vida se relaciona con la necesidad de “sobrevivir” a pesar de la guerra, la violencia y el abandono estatal. Las acciones de cuidado se fundan en creencias culturales, la cotidianidad del trabajo del campo, la tradición oral y la invocación divina en medio del complejo contexto ambiental, la incertidumbre del conocimiento y el miedo a problemas legales.

*Palabras clave:* parteras tradicionales, atención a la salud, parto, cultura (fuente: DeCS, BIREME)

#### Abstract

Focalized ethnography and Spradley's technique were used to collect and analyze information. Diversity and universality stated in Leininger's study of culture were regarded as a theoretical reference. The objective was to describe care given by

traditional midwives, using their traditional beliefs and practices, on women during delivery in the rural area of the Cimitarra river valley, Mid Magdalena river basin. It took place in the Cimitarra River and in the town Barrancabermeja, where seven traditional midwives participated. Data was collected using ethnographic interview and participative observation during 2007 and 2008. Spradley's technique was used for the analysis of the information.

"Traditional midwifery knowledge in the Cimitarra River Valley. Taking care of life" emerges as a core subject, plus it contains five separate cultural domains: preparation for birth, identify the moment of birth, assist the woman during delivery, the health of the mother and child after delivery. General health care is connected to the need to "survive" despite war, violence and state abandonment. In this region, health care practices are based on cultural and religious beliefs, daily rural work and oral traditions and invoking religious beliefs; These factors are all set amidst the complex environmental context, in which there is uncertainty due to lack of knowledge and fear of potential legal issues.

*Key words:* midwives, practical, health care (public health), parturition, culture

## Resumo

A compilação e a análise da informação estiveram baseadas no uso de etnografia focalizada e da técnica de Spradley. A teoria da diversidade e universalidade dos cuidados culturais de Leininger tomou-se como marco teórico. O objetivo do levantamento era descrever os cuidados providenciados por parteiras tradicionais, a partir das crenças e práticas, às mulheres durante o parto na zona rural da região do vale do rio Cimitarra - Magdalena Médio.

O trabalho foi desenvolvido no vale do Rio Cimitarra e na cidade de Barrancabermeja. O estudo inclui a participação de sete parteiras tradicionais. A compilação dos dados foi realizada através de entrevistas etnográficas e de observação participante entre os anos 2007 e 2008. Para analisar a informação, utilizou-se a técnica de Spradley.

Emerge como tema central "O saber da parteira tradicional do vale do Rio Cimitarra: cuidando a vida" e cinco domínios culturais: preparação para a atenção do parto, identificação do momento do parto, ajudar à mulher no parto, cuidado do bebê depois do nascimento e cuidado da mulher depois do nascimento.

O cuidado da vida está relacionado com a necessidade de "sobreviver" apesar da guerra, a violência e o abandono estatal. As ações de cuidado se suportam nas crenças culturais, a cotidianidade do trabalho de campo, a tradição oral e a invocação divina em médio do complexo contexto ambiental, a incerteza do conhecimento e o medo a problemas legais.

*Palavras chave:* parteira leiga, atenção à saúde, parto, cultura

## INTRODUCCIÓN

### La partera tradicional

[...] una persona (generalmente una mujer) que asiste a la madre en el curso del parto, y que inicialmente adquirió sus habilidades atendiendo ella misma sus partos o trabajando con otras parteras tradicionales; sin embargo se debe incluir la prestación de cuidados básicos a las madres durante el ciclo normal de la maternidad, la atención del recién nacido, la distribución de métodos modernos de planificación familiar y la intervención en otras actividades de atención primaria de salud, inclusive la identificación y envío de pacientes de elevado riesgo (1).

Esta figura es de gran importancia en las zonas rurales apartadas de Colombia, donde la población tiene dificultades para el acceso a los servicios de salud. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 7.139 nacimientos fueron atendidos por parteras en el país durante 2007 (2) en las áreas marginales urbanas y rurales en las que los servicios de salud tenían bajas coberturas y el acceso de la población a los centros de salud era difícil. Este es el caso de la región rural del valle del río Cimitarra en el Magdalena medio, en la cual, frente a los problemas de acceso a los servicios hospitalarios producto de la problemática generada por las dificultades de orden económico, por el conflicto social y armado, presente en la región y por la escasa presencia del Estado colombiano en ella, la partera se convierte en la "única opción" para la atención del parto.

Además de lo anterior, en esta zona, la gestación, el parto y el puerperio son considerados como eventos íntimos de la vida de la mujer que involucran su pudor y se asumen como asuntos propios de las mujeres. Por esto, en el caso del parto, el ambiente del hogar propio o de la partera forma parte de la intimidad, la solidaridad y la calidez necesarias para que el parto salga bien. Lo anterior es parte de los resultados del estudio de Medina, et ál. (2001), los cuales expresaron, además, que a pesar de la problemática para el acceso de las mujeres a los servicios en salud de la región, la preferencia por el cuidado de la partera durante el parto se relaciona directamente con los problemas de acceso cultural a los servicios de salud: las mujeres manifestaron su desacuerdo por la infraestructura fría, poco cómoda, la imposibilidad de estar

acompañadas por su familia y el trato de los profesionales de la salud (3).

Sin embargo, a pesar de la consolidación del quehacer de la partera tradicional en el Valle del río Cimitarra, no se conocen los cuidados que brinda, pues su transmisión se realiza de forma oral y han tenido muy poco contacto con el sistema sanitario formal y sus profesionales. Además en el país persiste el vacío en el conocimiento sobre esta agente tradicional y su quehacer, por lo cual se desconocen los cuidados que ofrece y si son beneficiosos o perjudiciales para el cuidado de la parturienta y el recién nacido.

La teoría de la diversidad y la universalidad del cuidado cultural guió el abordaje de la investigación por el peso de los aspectos culturales, según la literatura científica de los eventos de la gestación, el parto y el puerperio. Por esta razón, desde la propuesta teórica de Madeleine Leininger, se plantearon como objetivos los de describir las creencias y las prácticas de cuidado de las parteras tradicionales durante la atención de las mujeres en el trabajo de parto en la zona rural del valle del río Cimitarra.

## METODOLOGÍA

El estudio se realizó entre el segundo periodo de 2007 y el año 2008 en tres veredas de la región del Valle del río Cimitarra y la ciudad de Barrancabermeja. El enfoque del estudio fue cualitativo, enmarcado en la etnografía focalizada o minietnografía; él participaron siete parteras tradicionales. La muestra fue teórica y estuvo conformada por la información suministrada por ellas. Se trató de un muestreo intencional (4) y los criterios de inclusión fueron: mujeres con edad mínima de 45 años y con residencia por lo menos de 5 años en la región, que gozaran de reconocimiento por sus comunidades y que su quehacer lo hubieran desarrollado desde la juventud; que no hubieran recibido capacitación por agentes profesionales de salud y que presentaran una completa enculturación. El tamaño de la muestra se definió mediante la técnica de saturación de la información (4).

Se utilizó la entrevista etnográfica propuesta por Spradley (5) para la recolección de la información y se realizaron tres a cada participante, en las cuales se trataron dos temas: las prácticas de cuidado durante la atención del parto y las creencias en torno a las mismas. En estas se intentó explorar los tres aspectos fundamentales

de la experiencia humana propuestos por Spradley (5): lo que hace (comportamiento cultural), lo que sabe (conocimiento cultural) y lo que usa o fabrica (artefactos culturales); y se direccionaron las preguntas a las tres cuestiones básicas que fueron: descriptivas, estructurales y de contraste.

Además se realizó observación participante de las características del contexto y las dinámicas de los habitantes de la región. El análisis de la información se efectuó bajo el concepto de “análisis etnográfico” propuesto por Spradley, el cual incluye los dominios, taxonomías y temas culturales (5).

El estudio se desarrolló en tres fases: la primera, en campo, mediante las entrevistas y análisis inicial en el cual se identificaron las relaciones semánticas y los dominios culturales, así como la observación participante del contexto ambiental. En la segunda, mediante la reducción de la totalidad de la información en cada caso del estudio y comparándose entre ellos, se construyeron las taxonomías culturales. En la última fase emergieron los cinco temas culturales propuestos, que es la agrupación de las diferentes taxonomías culturales y que permitió descubrir el tema central de los cuidados que brindan las parteras tradicionales a la mujer durante la atención del parto, cotejando las taxonomías culturales a la luz de la evidencia científica y los datos obtenidos mediante la observación participante durante el periodo de recolección de la información.

Durante la ejecución de la investigación se tuvieron en cuenta los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad o aplicabilidad (6) para lograr el rigor metodológico en la investigación cualitativa.

Se tuvieron en cuenta los principios éticos planteados por el Ministerio de Salud en la resolución 8430 del 4 de octubre de 1993, “por la cual se establecen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud” (7). Se contó primero con la aprobación del Comité de Posgrados y de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y la autorización de la junta directiva de la Asociación Campesina del valle del río Cimitarra, organización que apoyó logística y financieramente el estudio. Además se utilizó una forma de consentimiento informado, firmado, o se grabó la huella de cada participante en la investigación.

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### Escenario cultural

El valle del río Cimitarra (8) es una vasta región inmersa en el Magdalena medio colombiano, en la franja occidental del río Magdalena, entre los departamentos de Antioquia y Bolívar. Se forma en el trayecto que hace ese río en búsqueda del Magdalena que recorre zonas rurales de los municipios de Remedios y Yondó, en Antioquia, y Cantagallo y San Pablo, en el sur de Bolívar, donde finalmente desemboca.

Su historia ha estado marcada por el poblamiento que se originó por procesos de colonización a causa de las migraciones generadas por persecuciones políticas y sociales en las décadas de 1950, 1960 y 1980. En esta última, miles de campesinos buscaban refugio huyendo del paramilitarismo, que para entonces se consolidaba en Puerto Boyacá, Puerto Berrío y zonas cercanas. Así, su población proviene de desplazamiento forzado en varias ocasiones y se entremezclan acervos culturales antioqueños, bolivarenses, santandereanos, chocoanos, entre otros, que conviven en esta región (9).

### Características de las parteras tradicionales

En la tabla 1 se presentan las características de las parteras tradicionales participantes en el estudio.

Al sintetizar las características de las participantes del estudio, se encontró que todas fueron desplazadas por la violencia y por esta razón se asentaron en esta región y participaban de forma activa en procesos de resistencia pacífica campesina. En relación con su quehacer como agentes tradicionales, lo iniciaron por la necesidad de ayudar a las mujeres de sus comunidades y refirieron que fue alrededor de los 30 años de edad; ninguna tuvo capacitación del sistema formal sanitario y el aprendizaje se desarrolló a partir de la transmisión oral, la observación de otras mujeres de la familia (madres y suegras), por accidentes de la vida como el parto de una hija y por la observación del quehacer profesional de otras parteras tradicionales con mayor experiencia y otros agentes tradicionales de salud de la región.

### Dominios culturales

#### *Alistarse para la atención del parto*

Alistarse para el parto es el dominio cultural que menos se resaltó en la narración de las participantes en la investigación. Esto, quizá, porque la partería no es su quehacer diario ni la consideran una profesión, por lo cual no tienen una regularidad o método en su quehacer. La partería se ubica en una informalidad y cotidianidad de sus vidas. Entonces, preparaban los pocos elementos con los que contaban, y a la vez las plantas y algunas sustancias que les brinda el contexto de esta área rural.

**Tabla 1.** Características de las parteras tradicionales del Valle del río Cimitarra participantes en el estudio.

Caso	Edad	Procedencia	Años de residencia	Años de experiencia
1	65	Amalfi, Antioquia	6	10
2	59	Papayar, Bolívar	8	31
3	46	Caucasia, Antioquia	6	11
4	48	Chigorodó, Antioquia	17	10
5	58	Cañas Gordas, Antioquia	20	30
6	61	Puerto Berrío, Antioquia	10	38
7	66	Urabá, Chocó	10	46

Fuente: Investigadora, 2008.

Dentro de este dominio cultural, la desinfección fue un elemento de gran trascendencia entre las participantes en el estudio. A pesar de no tener conocimientos científicos, sabían, por lo que han escuchado de algunos agentes profesionales de salud y por medios de difusión masiva como la radio, de la existencia de unos “bichos” que no se ven pero que se “cargan en las manos, en las uñas y en la ropa” y que se encuentran en la tierra, los pisos y hasta en los animales domésticos. A la vez, la presencia de estos transmisores de infecciones cobraba mayor protagonismo dado que la parturienta era considerada como vulnerable, por la creencia de “estar abierta” y, en el caso del recién nacido, por su “fragilidad”.

Aspectos propios del contexto como la falta de agua potable, de un sistema de acueducto y la presencia en cantidades alarmantes de animales domésticos en las viviendas y sus alrededores, muchos de los cuales, perros y gatos, presentan enfermedades como pulgas y garrapatas que no son tratadas por sus dueños, las casas de madera y zinc, con pisos de tierra, son factores que aumentan la posibilidad de la existencia de los agentes que causan infecciones.

[...] A la mujer, porque uno va a las vías de la mujer, donde cualquier infección que uno tenga, ella la va a coger. ¿Por qué? Porque ella en ese momento, ese cuerpo, desde que principian los dolores, principia a abrir. Ese es el dolor tan fuerte que tiene la mujer para parir, porque ella comienza abrirse, abrir las caderas y la parte de adelante, comienza abrir, abrir...

Partera tradicional de 66 años

Para desinfectarse lavaban sus manos con abundante jabón y agua y se echaban alcohol. Esto lo realizaban al llegar al sitio de la atención, antes de examinar a la parturienta y después de limpiar al bebé y a la mujer. Además, previamente, se cambiaban de ropa y “mochaban las uñas” con unas tijeras o con los dientes.

La preparación también incluía la búsqueda de la ayuda divina; así se aseguraban que no se presentase ninguna complicación de la madre o el niño, en un contexto católico por excelencia, e invocan cuatro divinidades: Dios, San Ramón, las ánimas buenas del purgatorio y la Virgen del Carmen. En el caso de la última divinidad, su devoción en el Magdalena medio, según Solarte (10), se remonta a la época de la Colonia y se consolida con la evangelización de la Compañía de Jesús durante el

pasado siglo. En la actualidad es considerada la patrona de las parteras y de las parturientas.

Los otros dos temas incluidos en este dominio cultural fueron: preparar los elementos necesarios para la atención y buscar apoyo para la atención del parto. En el primero, a pesar de la dificultad para conseguir elementos y materiales sanitarios para la atención del parto, con la ayuda de los miembros de la comunidad la partera tradicional preparaba tijeras, guantes y alcohol. Al alistarse preparaba además otros elementos como el “cadejito” para amarrar el ombligo del bebé y una botellita de aguardiente de caña y un saco de lana para el frío de la noche en la montaña. Otros elementos que alistaban eran las hierbas consideradas “calientes”, por ejemplo ruda, pronto alivio, canela, limón, cebolla larga, manzanilla, linaza, romero y último real; y la enjundia de gallina u otro tipo de aceite. Todos eran utilizados para “sacar el frío” de la barriga de la mujer.

La búsqueda de apoyo la realizaban en la casa de la parturienta, sitio en el cual se atendía el parto, y con los miembros de la familia o vecinos. Este aspecto, además de la ayuda a la partera tradicional, se constituía en un “acompañamiento” a la mujer durante el parto. Otras actividades que desarrollaba la familia eran la preparación de alimentos calientes como el agua de panela para brindarle a la mujer durante el parto, y caldo de gallina y chocolate una vez nació el niño. Estos alimentos eran considerados de gran valor energético y ayudaban a que la mujer recuperase las fuerzas perdidas.

### *Identificar el momento del parto*

Para las parteras tradicionales, el momento del parto era cuando la mujer se ponía “enferma” y comenzaba todo el proceso que significa “estar pariendo”. Más que acciones separadas, comprendía tres prácticas que realizaban de forma simultánea: la partera observaba, preguntaba y la examinaba para confirmar los datos o información que obtenía. Preguntarle a la mujer era la acción inicial y básica de la partera tradicional cuando llegaba a atenderla.

Entonces, yo ya para saber así, le digo: ¿Cómo se siente? ¿Está manchando? O está... ¿cómo se dice?... ¿ya rompió fuente? Entonces, ella me dice sí o no. Entonces, yo le digo: acuéstese que le voy a hacer el tacto... yo también le

pregunto si ya está manchando, eso indica que ya está de parto. Eso son manchas de sangre y baba. Una baba que la coge uno con las manos y ella se corta, una babita espesa.

Partera tradicional de 48 años

Quizá el signo al que más importancia le prestaban para saber si era el momento, eran los dolores. Valoraban: aumento, cantidad, duración, regularidad e intensidad, y además si estos eran lo que ellas llamaban “dolor con pujos” ya que el dolor daba ganas de pujar. Esta valoración mediante el interrogatorio se asemejaba bastante a las actividades de los profesionales durante la atención del trabajo de parto, en la cual se evalúa la actividad uterina a través de frecuencia, duración e intensidad de las contracciones (11).

A la vez que interrogaba a la mujer, la partera tradicional observaba si tenía el rostro “desencajado”.

[...] Otra cosa es que la mujer se desencaja mucho. Uno, el día que está de parto, está uno, cómo le digo, ojerudo, cansado, ya que le duele todo el cuerpo, ya que se siente desencajada, como que le duelen las piernas, como un sueño intenso.

Partera tradicional de 48 años

Una vez identificado el “desencaje”, se reparaba el “descuelgue” de la barriga, que indicaba si el bebé ya había “bajado” y estaba “buscando” la salida. Además observaban la posición del bebé: si era cefálica y el cuerpo estaba derecho. Finalmente, cuando tenían cierto grado de seguridad que ya era el “momento”, al pedirle a la mujer que se retirara la ropa interior para poder trabajar mejor, observaban si las “partes íntimas” estaban “abultadas” o “dilatadas”.

También, mediante la “sobada” identificaban la posición del bebé. Con mucha semejanza a las maniobras de Leopold, identificaban cómo y cuánto la sobarían para “acomodar” al bebé y así apresurar el nacimiento.

Después realizaban varios tactos, los cuales usaban para conocer la capacidad que tenía la mujer para la salida del niño, y para tocar la cabeza del bebé. Además, durante todo el proceso en que la mujer se encontraba “pariendo”, los tactos se utilizaban como una de las formas de averiguar la evolución del trabajo de parto. Según Hincapié (12), en la identificación de los conocimientos de las parteras tradicionales capacitadas en el municipio de Quinchía, Risaralda, el tacto era una técnica para

conocer el momento del nacimiento, pero sin criterios claros para valorar la dilatación.

### *Ayudar a la mujer a parir*

Las parteras tradicionales definían dos momentos durante la atención del parto: “pariendo” o “momento del parto” que era cuando presentaban todos los signos de un trabajo de parto, y que la mujer “para” o “parir”, que correspondía al nacimiento del niño y la placenta. Lo anterior difiere de los momentos establecidos en el modelo biomédico en el cual se determinan tres periodos: la dilatación y borramiento, el expulsivo y el alumbramiento (11).

... ¡Ah! ¿parir? Cuando ya uno va tener el niño, cuando ya el niño sale. Cuando ya la mujer termina todo, que ya bote la placenta, porque mientras uno no bote eso, no ha terminado de parir la mujer.

Partera tradicional de 46 años

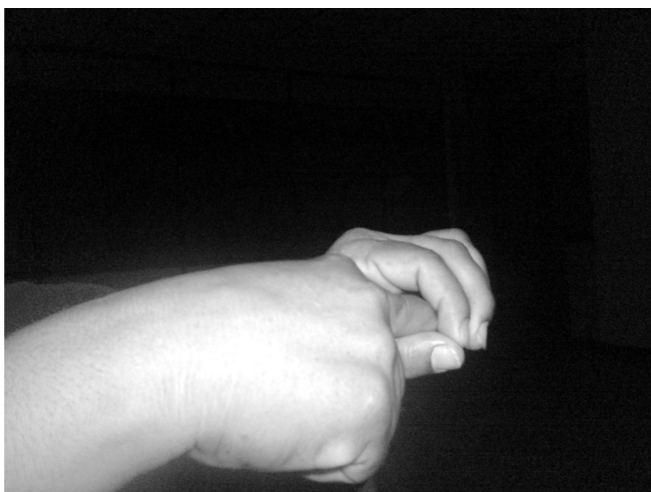
Una vez establecido el momento del parto, la partera tradicional iniciaba una serie de prácticas que tenían como fin ayudar a la mujer a parir, apresurando el parto para evitar complicaciones en el “vientre”. Unas se encaminaban a sacar el frío de la barriga de la mujer y otras a facilitar la “salida” al bebé.

Sacar el frío es una creencia cultural sustentada en la teoría de frío-calor o desbalance térmico, que plantea un desequilibrio que ocurre en el cuerpo de la mujer durante



**Foto 1.** Forma en que la partera tradicional realiza el tacto vaginal con dos dedos.

**Fuente:** investigadora. Trabajo de campo, 2008.



**Foto 2.** Forma en que la partera tradicional realiza el tacto vaginal con un dedo.

**Fuente:** investigadora. Trabajo de campo, 2008.

el parto, teniendo en cuenta la concepción del embarazo (13, 14). En este orden de ideas, un paso necesario para que la mujer pueda “parir” era sacar el frío de su barriga, el cual se manifestaba como agua que debía salir por la vagina para restablecer el equilibrio de la temperatura en el cuerpo. La mujer “absuelve” (sic) el agua durante el embarazo por estar mucho tiempo metida en los caños y ríos lavando o realizando otras actividades, o por permanecer con la ropa mojada. También por sentarse en los quicios de las puertas o en el piso frío.

Es que hasta que no salga el frío, se demora el parto y si todavía tiene frío, no se da el parto. Pa’ que el parto se dé, tiene que sacar todo ese frío, toda esa agua sale por la misma parte vaginal, tiene que acumularse donde está el bebé, en la misma bolsa. Eso cuando se amontona demasiada barriga. No ve que habemos mujeres que echamos demasiada barriga y no más es frío, no es tan grande el pelao y lo demás es agua.

Partera tradicional de 48 años

Son dos prácticas que se realizaban intercaladas: brindarle a la mujer una bebida o bebedizo caliente y sobarla. En relación con la primera, varias eran las hierbas consideradas en la región como “calientes”: ruda, pronto alivio, canela, manzanilla, copos o cogollitos de limón, cebolla cabezona, tallo de la cebolla larga, linaza, romero y último real. Para su preparación se cocinaba en un pocillo de agua un puñadito de las hierbas; se le agregaba panela para darle sabor y energías a la mujer. Se dejaba

hervir a fuego alto durante 2 a 5 minutos y se le ofrecían de 2 a 3 tomas en un pocillo tintero o hasta que pariera, según la evolución del trabajo de parto.

A la par se sobaba a la mujer con las manos, en toda la barriga y hasta la vulva, con movimientos circulares de arriba abajo y de afuera adentro, con una duración de entre 5 y 6 minutos y se repetía de 2 a 3 veces o en más ocasiones si la mujer lo necesitaba. Para sobar utilizaban la enjundia de gallina o el aceite cosmético que calentaban en una olla de metal al fuego o con una vela hasta tibiárla. También “frían” (sic) las flores de la manzanilla en la enjundia. Esta práctica se utilizaba igualmente para acomodar al bebé, para que él “buscara la salida”. Acomodando al bebé, la mujer refería sentirse mejor.

Para apurar el parto, las parteras tradicionales utilizaban varias estrategias. Una era “zarandear a la mujer”, que se realizaba solo si, durante la sobada, descubrían que el bebé estaba “pegado” en la espalda o “atravesado” en la barriga. Lo anterior ocurría si la mujer durante el embarazo había pasado mucho tiempo pegada a las paredes o acostada en hamaca, criándose y pegándose en un lado. Esta técnica se hacía pasando una sábana, cobija o toalla por la espalda y la cintura de la mujer. Estando acostada, la partera se paraba sobre ella y con movimientos fuertes y seguros la sacudía. El zarandeo se podía repetir varias veces hasta que el bebé se “despegara” de la espalda de la mujer y buscara el “acomode”. Se comprobaba su efectividad mediante la sobada de la barriga.

Después se invitaba a la mujer a caminar alrededor de la casa por un tiempo impreciso y hasta que avisara que el niño ya iba a nacer. Caminar era útil para que el bebé se “bajara” y se “acomodara”; y no se “durmiera” o “aplomara” porque, si esto pasaba, se podía detener el trabajo de parto ya que él dejaba de empujar hacia fuera.

Si la mujer no había roto la “fuente” espontáneamente y cuando ya estaba muy avanzado el trabajo de parto, es decir, el bebé se hallaba bien “afuera” y la bolsa estaba muy “delgada”, la partera realizaba la amniotomía. Utilizando la punta de la tijera o una cuchilla que desinfectan con alcohol y fuego, acostaban a la mujer y, cuando tenía el “pujo”, cortaban en un movimiento rápido y con “mañita” la telita o la bolsita, teniendo cuidado de no lastimar la cabecita del bebé o la “trompita de la mujer”.



**Foto 3.** Forma como la partera tradicional realiza el amarre del estómago para que no se suba el bebé.

**Fuente:** investigadora. Trabajo de campo, 2008.

Después de rota la “fuente” todas las parteras tradicionales aseguraban que la mujer “paría” muy rápido y que con 2 o 3 “pujos” ya salía la criatura. Acá entraban a jugar dos prácticas fundamentales: explicarle a la mujer cómo y cuándo debía pujar: duro, fuerte y hacia abajo, como si fuera a “ensuciar” y solo cuando le daba el dolor. Además, teniendo la precaución de soltar el “aire” o “suspirar” suavemente y no fuerte. Si no lo hacía correctamente, el bebé podía cansarse de hacer fuerza, ahogarse y morir; o subirse para “arriba” del estómago y “encurrucarse”. Para evitar esto último, se le amarraba en el “vacío de la barriga” un trapo, o las parteras, o una persona que la ayudara, le colocaban las manos haciendo presión.

Las posiciones para “parir” fueron acostadas y arrodilladas o en cuclillas (conocidas como posiciones verticales). En todos los casos la mujer era la que decidía cuál asumir teniendo en cuenta sus experiencias anteriores. En la primera, se acostaban en la cama con las piernas flexionadas y abiertas; levantaban la cabeza con una almohada o “calzo” para evitar que el bebé se subiera y para que la mujer pudiera hacer más fuerza. La partera u otra persona le ayudaba a mantener las piernas abiertas; la mujer se sostenía de la cama a fin de hacer la fuerza para pujar.

Las posiciones verticales eran preferidas por las mujeres en esta región. En una de ellas, se arrodillaba y otra persona la sostenía de los hombros o la cintura para que no se cayera y tuviera de dónde agarrarse para hacer

fuerza. La otra forma consistía en que se arrodillaba en el suelo pero estiraba una de las piernas y le colgaban un lazo de una viga del techo para que ella se sostuviera e hiciera la fuerza necesaria para parir. La partera debía estar muy pendiente de la salida del niño para que no se fuera a pegar y además le colocaban un tendido o cobija para que no se contaminaran el bebé y la mamá con la suciedad del piso.

Uno pone a la mujer, si ella está acostumbrada a tenerlo en la cama, uno la pone, y si está acostumbrada en el suelo, arrodillada, uno las coloca así, como la mujer diga.

Uno la acuesta y le pone así, como un calzo en la cabeza, que le quede la cabeza levantada. Y uno le acoteja las piernas que le queden abiertas y ya uno está ahí. Cuando están acostumbradas a tenerlas arrodilladas, uno le arrodilla una pierna y la otra la deja en el piso, se le hace la cama al bebé y la partera está adelante. Uno le acoteja cualquier cosa, una colchoneta, una espuma, cualquier cosa, uno lo arregla bien, cosa que la mujer no se estropee tanto.

Partera tradicional de 46 años

Además del inconveniente de la posición horizontal de litotomía, que la mujer no tenga dónde hacer una fuerza efectiva para ayudarse a pujar durante el expulsivo, la preferencia y efectividad de las posiciones verticales están bien documentadas en relación con la primera. Esta posición favorece al feto para orientarse principalmente al canal del parto, facilitar su salida, disminuyendo así los traumatismos en el recién nacido. Además, a la mujer le permite una mayor participación en este evento, mayor eficiencia de las contracciones uterinas y acortamiento del periodo expulsivo, lo cual genera menos dolor y mayor sensación de libertad en el posparto (15). También se han comprobado otras ventajas como la reducción en el número de las episiotomías, y del dolor intenso durante el periodo expulsivo, y menos patrones de frecuencia cardíaca fetal anormal (16).

### **Proteger al bebé después del nacimiento**

Proteger al bebé después del nacimiento involucraba varias prácticas con las que las parteras tradicionales recibían y daban la bienvenida a la nueva vida. Estas incluían los cuidados con el ombligo, evitar que el bebé se infectara y examinar al bebé.



El ombligo del bebé era el blanco de los cuidados más apremiantes para evitar que el bebé se desangrara y pudiera morir, o que se infectara, problema que consideraban muy grave. Un ombligo bien cuidado debía caer tres días después de nacido el bebé y no debía oler fétido. Que esto se cumpliera era uno de los aspectos que daban más credibilidad al trabajo de la partera tradicional.

Por esto, una vez cortado el ombligo lo amarraban fuerte, con dos o tres vueltas o con un nudo de marrano o ciego, utilizando una cabuya o cadejo que ellas mismas armaban con varias hebras de hilo de coser. Para asegurar, “cabeceaban” o quemaban las venitas del ombligo con una vela de sebo o cuchara caliente al rojo vivo, protegiendo la barriga del bebé con un trapo.

Entonces cojo una cuchara, la caliento bien y le cabeceo las venas, eso uno se la pasa ahí y ya. Uno tiene que saber bien pa' no quemar la barriguita del bebé, ¡hay, no! Y uno las manitas se las coge, porque ellos siempre manosean y los piecitos, ¡ah! entonces uno tiene que procurar cogerle los piecitos y las manitas... y le cabecea con la cuchara caliente.

Partera tradicional de 58 años

Finalmente, el último cuidado era fajar al bebé con un fajero o trapo limpio. A pesar de las contradicciones en torno a esta técnica, las participantes refirieron que se hacía para evitar que se herniara o “floreara” el ombligo, lo cual pasaba cuando el niño lloraba mucho.

Para que no se infectara el ombligo, las parteras desinfectaban la cabuya o cadejo con alcohol, así como los elementos de corte (tijera o cuchilla). Estos se limpiaban con alcohol y se secaban con un trapo limpio o se echaban en una vasija con alcohol desde que iniciaba la atención del parto hasta que nacía el bebé. Además, después de quemado el ombligo, sin una técnica aséptica adecuada, lo limpiaban, utilizando una gasa con desinfectantes como isodine o dioxigen. Finalmente, lo tapaban con esta gasa hasta tres días después cuando debía caer el ombligo.

Otro aspecto que les preocupaba a las parteras era la infección en la piel del bebé. Según ellas, esta podía ocurrir porque la sangre de la matriz era “sucía” y tenía la capacidad de infectar; además de la grasa, la sangre y el olor con que nacía el bebé. Por lo anterior, le limpiaban todo el cuerpo con agua tibia a la cual le echaban alcohol, restregando con un trapo limpio al recién nacido.

Lo que pasa es que hay niños que nacen con mucha grasa porque la mamá coge mucha grasa por comer muchos alimentos con grasa en el embarazo. Entonces, normalmente lo lavamos con agüita tibia para que se le caiga, ¡es que hay que restregarles así! Y hay otros que nacen limpiecitos. A los que nacen con mucha grasa, los limpio con agua tibia y alcohol.

Partera tradicional de 61 años

Posteriormente examinaban si nacían con la “babi-ta” o “babasa” en la boca y la nariz que recogían en el vientre cuando se demoraban mucho en nacer, y de tanta sangre y agua que tiene la mujer en el útero. Envolviéndose un trapo limpio en el segundo dedo de la mano, se lo metían en la boca, utilizando el dedo en forma de “gancho”. Otro modo fue colocándole al bebé un trapo en la boca y la nariz y así ellas le aspiraban con su boca las secreciones. Además revisaban con el segundo dedo de la mano si el recién nacido tenía problemas en el paladar, lo cual conocían muy bien por la cantidad de personas que en esta región presentaban esta alteración, resultado de las constantes fumigaciones o aspersiones aéreas con químicos para eliminar los cultivos de coca.

### ***Proteger a la mujer después del nacimiento***

Preservar la vida de la mujer después del nacimiento era vital por el grave peligro que significa este momento. Estas prácticas iban encaminadas a disminuir la vulnerabilidad causada por la “apertura” y el desequilibrio “frío-calor” del cuerpo de la mujer, y a prevenir complicaciones. La primera práctica se encaminaba a ayudar a salir la placenta, “compañera o comadreja”, y otras a evitar que la mujer se infectara y favorecer el cierre de las caderas.

Respecto a la placenta, en varias culturas esta es tratada con especial cuidado pues se considera originaria a partir del óvulo, como parte del feto. Así, una vez expulsada, debe ser enterrada y tapada con brasas u otros elementos que le provean calor. Refiere Rojas (14) que esta práctica asegura la salud de la madre pues la placenta se encuentra en un lugar caliente como cuando la placenta y el niño se hallaban en el vientre de la madre. “Esto le proporciona a la mujer tranquilidad ya que evitará enfermarse del pasmo y peligros de brujería. Parecería que la relación que establecen las sociedades entre madre-hijo-placenta está asociada con la protección de la

salud de ambos, así como con las relaciones de pertenencia e identidad del individuo con un lugar, una tierra y una familia” (14).

En esa misma lógica, las parteras tradicionales del Valle del río Cimitarra realizaban acciones encaminadas a procurar la salida rápida y completa de la placenta y a evitar que se “subiera”. Con lo anterior impedían que la placenta se quedara adentro (retención de la placenta) y por tanto que se presentaran hemorragias, infecciones y que la mujer tuviera que asistir al médico. Una de ellas refería la angustia sobre la posibilidad de que la placenta no saliera:

¿La placenta? Se va pa' adentro, mami, entonces, porque no tiene ella, no sale pa' afuera, sino que se vaya para adentro del organismo... Eso se complica en el sentido de que es una tripa babosa, ella ligerito, ella va buscando acomodado, porque uno lo pone es así (señala acostada con las piernas abiertas); entonces todo, la capacidad de la tripa del ombligo y la placenta, se puede entrar para adentro, porque como uno está así, demasiado abierta.

Partera tradicional de 46 años

El alumbramiento era el último periodo del trabajo de parto. Según la norma técnica colombiana para la atención de este evento, la placenta se desprende de la pared uterina y se expulsa de manera espontánea. La atención en este periodo comprende esperar a que se presenten los signos de desprendimiento de la placenta para halar el cordón (11). Existe el consenso científico de considerar 30 minutos para diagnóstico de placenta retenida (17).

Sin embargo, las parteras tradicionales ejecutaban varias acciones de forma secuencial para ayudar a que saliera. Después de darle un margen de aproximadamente 15 minutos para que esta saliera sola y amarrar el cordón umbilical al muslo de la mujer, sobaban, con enjundia de gallina calentada con flores de manzanilla, la parte inferior del abdomen durante 3 a 5 minutos, de 1 a 3 veces.

Pues yo la cojo hacia aquí (señala la zona inguinal y púbica, de afuera hacia dentro), le voy tocando y luego y de estas partes de la cadera y le voy enterrando los dedos. Le voy tocando, es un masaje que uno le da durito, le meto los dedos, ya aquí sobo es durito con los dedos. Entonces yo meto la mano y si la persona me dice: ahí es donde me duele, ahí es donde le sobo porque ahí está la placenta. Después que sé dónde está, la sobo masajeadita, en

círculos, con los dedos durito pa' que ella vaya moviéndose de ahí.

Partera tradicional de 48 años

Junto con lo anterior, a la mujer se le proporcionaban unas 2 o 3 tomas de bebidas calientes preparadas en un pocillo de agua con ramas de altamiza o lulo, hervidas durante 15 minutos. Otra opción era darle una cucharada de azúcar o de melado.

Tales acciones tenían varias razones. Por un lado, ayudaban a “despegar” la placenta si no había salido espontáneamente y a “sacar” el frío de la matriz, ya que existía la creencia de que, al nacer el bebé, quedaba un espacio en el útero y por esta razón la placenta se podía “enfriar” y causar retraso en su salida. La situación se complicaba si la placenta se quedaba adentro ya que había que “meterle” la mano a la mujer para sacarla o tenía que asistir inmediatamente al médico, lo cual era bien complicado por las condiciones de esta región rural. Que la placenta no saliese implicaba la posibilidad de morir a causa de infección, un riesgo muy temido por las parteras tradicionales a la hora de atender los partos.

Si la placenta no salía con estas dos acciones, se calentaba una bacinilla usando alcohol y prendiéndole candela hasta que se apagara. Inmediatamente, con la ayuda de alguna persona, se levantaba a la mujer por los hombros y la colocaban de pie sobre la bacinilla aún caliente. La razón de esto era que el calor de la bacinilla “jalaba” la placenta hacia fuera, dado el calor que no encontraba la placenta en la matriz después de que nace el bebé. Otras técnicas utilizadas fueron: el masaje en forma circular en los pezones y el ombligo hasta que le diera el “pujo” o provocarle náuseas metiéndole su propio cabello o el cabello del marido en la boca. A la par de todas estas actividades, la partera tradicional le indicaba a la mujer que, cada vez que le diera el “pujo”, lo hiciera con fuerza y hacia abajo como cuando estaba pariendo.

Una vez que salía la placenta, era revisada para comprobar su integridad mirándola como si fuera una panela a la que no le faltaran pedazos. Si no estaba completa, se realizaban acciones que se describen más adelante, como exprimir la barriga y aplicar un antibiótico.

Los cuidados con la placenta terminaban con el entierro de esta en un lugar caliente de la casa de la parturienta. Se mandaba a un familiar a hacer un hueco en un lugar de la casa donde no se mojara, de preferencia la

cocina, se colocaban brasas abajo y arriba de la placenta o papel periódico al cual se le untaba alcohol y se le prendía fuego hasta que se apagara. La placenta se envolvía en una bolsa de plástico o un pañal y se depositaba en el hueco considerado “caliente” y se tapaba.

Esta práctica, muy marcada en esta región rural como en la mayor parte de América Latina, respondía a la lógica de ser la placenta parte de la mujer, así como lo fue el niño. Por esto, en el estado de vulnerabilidad de la mujer, con relación a la imposibilidad de mantener su cuerpo caliente, si la placenta se enfriaba, lo mismo le sucedía a la mujer y le podía dar “pasma” o “entuetos” que eran dolores como los del posparto. Además esta práctica, también relacionada con la vulnerabilidad de la mujer, evitaba que la placenta fuera utilizada para “hacerle mal” a la mujer y a la partera tradicional.

Entonces varias que han sido parteras ya viejas, porque como había gente de mal corazón, que por medio de la placenta, que le podían embromar la parida a uno, como pa´ que uno quedara mal, entonces decía échele brasas abajo y brasas arriba

Partera tradicional de 59 años

Evitar que la mujer se infectara era uno de los grandes retos al cual se enfrentaban las parteras tradicionales. Con su limitado conocimiento sobre los microorganismos, las favorables condiciones del medio para el desarrollo de procesos infecciosos, los mensajes transmitidos por algunos profesionales de la salud y los imaginarios a su alrededor, intentaban desarrollar actividades para la prevención de tal complicación.

Así, después de que salía la placenta, sacaban la “sangre mala” y los “cuajarones de sangre” o sangre coagulada que se producía, según ellas, por el enfriamiento de la sangre en la matriz después del nacimiento y los fragmentos de placenta que quedaban. Con movimientos descendentes y firmes exprimían la parte inferior del abdomen 2 a 3 veces o hasta que dejara de salir la sangre y los cuajarones. Así, se esperaban los 40 días del posparto, conocido como la “purga” para que concluyera todo el proceso de expulsión de la sangre.

Lo anterior lo complementaban con la aplicación intramuscular de mínimo una dosis de algún antibiótico y otras aplicaciones que recomendaban a la mujer. Otra opción era aplicar una ampolla de “tetanol”, que fue referenciado como un “antibiótico” ya que el tétano era

considerado una enfermedad infecciosa que causa “cangrina” (sic).

La limpieza de las “partes íntimas” se realizaba después de la salida de la placenta y de la sangre mala. Esta práctica fue considerada fundamental ya que durante la atención del parto podían producirse pequeñas heridas o rasguños que se podían infectar con la “sangre mala”. Limpiaban a la parturienta con agua tibia y alcohol, utilizando un trapo limpio con el cual restregaban hasta hacer desaparecer todo rastro de sangre desde el abdomen hasta los muslos, teniendo cuidado de limpiar primero las partes íntimas por delante y posteriormente por atrás.

En la lógica de la pérdida del desbalance térmico realizaban además un baño en las partes íntimas con “plantas calientes” como hojas de mango, naranjo, limón y guanábano, o agregándole sal al agua.

Finalmente, se cerraban las caderas para evitar que la mujer sufriera de dolor al entrar el frío y evitar la entrada de infecciones durante el posparto. Lo anterior se lograba sobando una sola vez en la cintura, de atrás hacia delante entre 10 y 15 veces. El proceso concluía al “fajar” a la mujer, amarrándole fuertemente una sábana en la cintura, con la cual debía mantenerse 40 días.

Pues toda la fuerza que uno hace pa´ parir el bebé, eso es mucha fuerza y las caderas se desacomodan y eso da mucho dolor después; entonces, uno por eso la faja, primero lo hace con mañita por aquí (señala las caderas hacia delante), la soba suavcito, de atrás hacia delante, de lado y después le pone un trapo bien apretadito.

Partera tradicional de 58 años

### **Reflexiones a la luz de la teoría de la universalidad y diversidad de los cuidados culturales**

En este aparte se realizará una reflexión acerca de las prácticas de los cuidados culturales de las parteras tradicionales a la luz de la teoría de la universalidad y la diversidad del cuidado cultural y la evidencia científica en el tema de estudio. Sin embargo, es necesario tener en cuenta las características de las participantes en el estudio y el complejo contexto ambiental del valle del río Cimitarra si se piensa en una intervención desde la enfermería, fin último del presente trabajo.

En el caso particular del estudio, las prácticas de cuidado que se proponen preservar son la invocación de la ayuda divina, la búsqueda de apoyo para la atención del parto en la familia, la identificación del momento del parto, las prácticas de interrogatorio y observación, y sacar el frío o evitar que este le entre a la mujer. Que la mujer camine, indicarle cuándo y cómo pujar, optar por el parto vertical, son prácticas realizadas adecuadamente y comprobada su utilización científicamente y desde la experiencia. Que la mujer sea protagonista en este evento y el sentido de “acompañamiento” a ella, son otras acciones a resaltar.

Entre las que se deben negociar se encuentran algunas que, a pesar de realizarlas, podrían mejorarse y fortalecerse a la luz de la evidencia mediante la intervención profesional. Estas son: el lavado de manos, la desinfección del ombligo y de los elementos de corte, el amarre del ombligo, el examen físico y la revisión de la placenta.

Varias son las prácticas culturales que podrían reestructurarse, como la utilización de alcohol para limpiar la piel del recién nacido, quitarle la capa de grasa, quemar el ombligo, la succión de secreciones respiratorias; en la mujer el “zarandeo”, “sobar”, la amniotomía y la realización de tactos sin guantes; forzar la salida de la placenta, aplicarle algunas dosis de antibióticos después del parto, así como fajar al bebé recién nacido y a la mujer.

## CONCLUSIONES

Los cuidados que brinda la partera tradicional del Valle del río Cimitarra se comprenden en la lógica del cuidado de la vida y de la continuidad de esta con bienestar. Sus cuidados se insertan en la dinámica de una fuerte relación con la naturaleza y el contexto ambiental en el cual su pueblo ha construido su historia como colectivo, ejemplo de la resistencia pacífica por una vida digna. Cuidar la vida para la partera tradicional significaba asegurar la existencia de su pueblo en el marco de la guerra.

La mayoría de las prácticas descritas y las creencias que las sustentan son universales con relación a los cuidados descritos en varios pueblos campesinos e indígenas de América Latina (1, 14, 18, 19). Estas se enmarcan en dos aspectos: las creencias culturales y la lógica cotidiana de la vida. Las primeras se cimientan en las teorías del “desbalance térmico” o “frío-calor” y en considerar a la mujer como “vulnerable” ya que se “abre” durante todo

el proceso del parto. En el segundo caso, la partera tradicional cuidaba a partir de los conocimientos y experiencias de las acciones y materiales que se utilizan para el trabajo doméstico y del campo. Además, las condiciones del contexto ambiental y lo aprendido por el escaso contacto con los agentes de salud también son parte de esa lógica. En el último aspecto, se encontraron varias acciones que han sido aprendidas en la práctica y transmitidas de forma oral pero sin ningún sustento en el sistema de creencias de los campesinos de esta región.

Este quehacer se desarrollaba entre la necesidad, la incertidumbre, el conocimiento parcial que poseen y el miedo a los problemas legales por una práctica informal; a la vez, con una gran experiencia práctica. Esto hace que la mujer, el niño y su práctica se encomienden con fervor a varias divinidades, entre las que se destaca la Virgen del Carmen, patrona de las parturientas y las parteras tradicionales.

Es necesario tener en cuenta que, en el caso de una intervención profesional para reestructurar y negociar las prácticas que a la luz de la evidencia científica sean imprescindibles, se mantenga una postura de respeto por los saberes de las parteras tradicionales y de las condiciones en que desarrollan su quehacer. Además, se podría pensar en la inclusión, en la práctica profesional, de otras que realizan estas agentes, cuya efectividad se ha comprobado. Es el caso de la posición vertical durante el expulsivo y el acompañamiento de la mujer durante el parto.

Un elemento que no se debe olvidar: el contexto ambiental del Valle del río Cimitarra y las complejas condiciones sociopolíticas y económicas en las que se insertan las participantes, que han traído como consecuencia unas pésimas condiciones de vida de su población; además de la incertidumbre constante de cara al conflicto social y armado, el desplazamiento forzado y el abandono por el Estado colombiano. En este sentido, si se piensa en términos de intervención profesional, estas deben modificarse, ya que como concluyen Sibley et ál., “el potencial del entrenamiento del asistente del parto tradicional para reducir la mortalidad perinatal es promisorio cuando se combina con mejorías en los servicios de salud y las condiciones de vida” (20).

## AGRADECIMIENTOS

A la Asociación Campesina del Valle del río Cimitarra (ACVC) y a la Fundación Universitaria del Área Andina por la cofinanciación del estudio y el apoyo logístico prestado para su ejecución. La investigación está dedicada a los campesinos del valle del río Cimitarra, así como a las parteras tradicionales de esta región, por su ejemplo de grandeza frente a la adversidad.

## GLOSARIO

*Absuelva*: absorbe

*Babaza*: secreciones de boca y nariz en el recién nacido

*Baba*: secreciones vaginales

*Florear*: herniar el ombligo

*Cabecear*: quemar los vasos del cordón umbilical

*Cadejo*: trenzado de hilos

*Cangrina*: infección

*Cogollitos, copitos*: retoño de las plantas

*Compañera, comadrona*: placenta

*Desencaje*: la mujer que está en trabajo de parto: ojerosa, cansada, con sueño y con dolor.

*Entuertos, pasmo*: cólicos uterinos

*Estar de parto*: cuando está próximo el nacimiento del bebé

*Hacerle con mañita*: hacerle suavcito

*Enjundia de gallina*: grasa de la piel de la gallina

*Melao de azúcar*: panela derretida en el fuego

*Mocharse las uñas*: cortarse las uñas

*Partes íntimas, vaginales*: genitales externos de la mujer

*Troncos de sangre, cuajarones*: coágulos de sangre

*Trompita de la mujer*: cuello del útero

*Zarandear*: sacudir

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Pelcastre Blanca et ál. Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. *Rev Esc Enf*. 2005; 39(4) [consultada abril 5, 2008]. Disponible en: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342005000400002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342005000400002&lng=pt&nrm=iso)>
- (2) Departamento Nacional de Estadística, Colombia. 2007. Citado por: Congreso Internacional de Parteras, 2008 [consultada agosto 21, 2009]. Disponible en: <[http://200.91.218.190/index.php?option=com\\_content&view=article&id=477](http://200.91.218.190/index.php?option=com_content&view=article&id=477)>

buenaventura-congreso-internacional-de-parteras&catid=33&Itemid=307>.

- (3) Medina M. Salud sexual y reproductiva en el Magdalena medio: caracterización socio-antropológica. Bogotá: PDPMM – FNUAP; 2001.
- (4) Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ª. edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
- (5) Spradley J. La entrevista etnográfica. Florida: Harcourt Brace Jovanovich Collage Publishers; 1979.
- (6) Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Col Med* 2003; 34(3):164-7.
- (7) Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud; 1993.
- (8) Asociación Campesina del Valle del río Cimitarra. La Zona de Reserva Campesina del Valle del río Cimitarra: una iniciativa agraria de paz; 2008 [consultada marzo 10, 2007]. Disponible en: <http://www.prensarural.org/spip/spip.php?article1098>
- (9) Becerra S. La resistencia campesina en Colombia. Experiencia de la Asociación Campesina del Valle del río Cimitarra (ACVC); 2005 [consultada julio 20, 2007]. Disponible en <http://www.prensarural.org/acvc/becerra20050202.htm>
- (10) Solarte R. Voces y silencios: paradojas de la Virgen. *Teología Xaveriana*. 2004; 149:98-102.
- (11) Ministerio de la Protección Social de Colombia. Norma técnica para la atención del parto; 2007.
- (12) Hincapié E, Valencia C. Capacitación de las parteras y su relación con la mortalidad perinatal del municipio de Quinchía, Colombia. *Col Med*. 2001; 31:11-5.
- (13) Martínez G, Planchuelo AM. La medicina tradicional de los criollos campesinos de Paravachasca y Calamuchita, Córdoba (Argentina). *Scripta Ethnologica*. 2003; 25(25):83-116.
- (14) Rojas B. Cuerpos tiernos y abiertos. Embarazo y parto entre las mujeres campesinas de Macuchés. *Boletín Antropológico*. 2000; 49:75-92.
- (15) Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural; 2005.
- (16) Biblioteca Cochrane Plus. Posición de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto. *Cochrane Review*. 2008; Issue 2.
- (17) Biblioteca Cochrane Plus. Antibióticos profilácticos para la extracción manual de la placenta retenida durante el parto vaginal. *Cochrane Review*. 2008; Issue 2.
- (18) Méndez RM, Cervera M. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas de salud hospitalarios y

tradicional. *Sal Pub Mex.* 2004; 44(2) [consultada noviembre 3, 2006]. Disponible en: ([www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_art-text&pid=S0036363442002000200007&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0036363442002000200007&Ing=en&nrm=iso))

(19) Bonet MP. Papel de la matrona: parto hospitalario versus parto normal. *Index de Enfermería.* 2003; 43 [consultada

marzo 20, 2007]. Disponible en: [www.index-f.com/index-enfermeria/43revista/43\\_articulo\\_14-17.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/43revista/43_articulo_14-17.php)

(20) Biblioteca Cochrane Plus. Entrenamiento del asistente del parto tradicional para mejorar los hábitos sanitarios y los resultados del embarazo. *Cochrane Review.* 2008; Issue 2.