



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

ESCUELA DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN MARKETING SOCIAL Y COMUNICACIÓN PARA EL
DESARROLLO**

TESIS

**COMUNICACIÓN INTERCULTURAL Y EDUCACIÓN PARA LA
SALUD COMO COMPLEMENTO AL PARTO SEGURO EN
MUJERES QUECHUAS DE INCAKANCHI – MARCAPATA –
QUISPICANCHI – CUSCO 2023**

**PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
MARKETING SOCIAL Y COMUNICACIÓN PARA EL DESARROLLO**

AUTOR:

Br. SAUL AVELINO CANTORAL HUAYLLA

ASESOR:

Dr. COSME WILBERT MEDINA SALAS

ORCID:

0000-0001-7313-2272

CUSCO – PERÚ

2025



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el Asesor Dr. Cosme Wilbert Medina Salas,
quien aplica el software de detección de similitud al
trabajo de investigación/tesis titulada: Comunicación Intencional y
Educación para la Salud Como complemento al parto
Seguro en Mujeres Quechuas de Inca Kancha -
Marcapata - Quispicanchi - Cusco 2023

Presentado por: Saul Melino Cantoral Huaylla DNI N° 44786122;
presentado por: DNI N°:

Para optar el título Profesional/Grado Académico de Maestro en Marketing
Social y Comunicación para el Desarrollo

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 02 veces, mediante el
Software de Similitud, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de
Similitud en la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 4.....%.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	<u>X</u>
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto** las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 25 de noviembre de 20 25

Dr. Cosme Wilbert Medina Salas
Firma

Post firma Dr. Cosme Wilbert Medina Salas

Nro. de DNI 23963530

ORCID del Asesor 0000-0001-7313-2272

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: **oid:** 272591523745934

SAUL AVELINO CANTORAL HUAYLLA

COMUNICACIÓN INTERCULTURAL Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO COMPLEMENTO AL PARTO SEGURO EN MUJER...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:523745934

195 páginas

Fecha de entrega

5 nov 2025, 11:10 p.m. GMT-5

42.078 palabras

Fecha de descarga

5 nov 2025, 11:35 p.m. GMT-5

252.303 caracteres

Nombre del archivo

COMUNICACIÓN INTERCULTURAL Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO COMPLEMENTO AL PART....pdf

Tamaño del archivo

3.9 MB




4% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 4%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 3%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión



Texto oculto

14 caracteres sospechosos en N.º de páginas

El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO ESCUELA DE POSGRADO


INFORME DE LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES A TESIS

Dra. NELLY AYDE CAVERO TORRE, Directora (e) General de la Escuela de Posgrado, nos dirigimos a usted en condición de integrantes del jurado evaluador de la tesis intitulada **COMUNICACIÓN INTERCULTURAL Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO COMPLEMENTO AL PARTO SEGURO EN MUJERES QUECHUAS DE INCAKANCHI – MARCAPATA – QUISPICANCHI – CUSCO 2023** del Br. SAUL AVELINO CANTORAL HUAYLLA. Hacemos de su conocimiento que el (la) sustentante ha cumplido con el levantamiento de las observaciones realizadas por el Jurado el día **VEINTIDÓS DE MAYO DE 2025**.

Es todo cuanto informamos a usted fin de que se prosiga con los trámites para el otorgamiento del grado académico de MAESTRO EN MARKETING SOCIAL Y COMUNICACIÓN PARA EL DESARROLLO.

Cusco, 03 NOVIEMBRE 2025


DR. EFRAIN GREGORIO CACERES CHALCO
Primer Replicante


DR. FREDDY ORLANDO YANQUE MARTORELL
Segundo Replicante


DRA. FLORA VIRGINIA GONZALES PARI
Primer Dictaminante


MGT. YHOBANY YHASMANY VENEGAS LINGUITHY
Segundo Dictaminante

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo de investigación a las mujeres quechuas de Incakancha, en el distrito de Marcapata, quienes mantienen la esperanza de un nuevo sistema de salud capaz de incorporar el conocimiento del sistema de salud andino. Un sistema inclusivo, intercultural, participativo y horizontal. Servicio de salud pública proyectada desde un enfoque pluricultural e integral, construido en base al conocimiento de la cultura viva y desarrollado en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Con relación cultural horizontal entre el personal de salud y las mujeres quechuas involucradas en el proceso de incorporación de los significados y el sentir de las culturas del Perú profundo.

Agradecimiento

Expreso mi profunda gratitud a la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco y a los docentes de la Escuela de Posgrado, quienes, mediante la enseñanza de sus valiosos conocimientos, han contribuido a nuestra formación como profesionales en Comunicación. Agradezco sinceramente sus exigencias, correcciones, sugerencias, consejos y, sobre todo, su ejemplo.

Mi reconocimiento especial al Dr. Wilbert Medina Salas, por ser una fuente de inspiración en la investigación, ejemplo de rigor académico y guía constante; al Dr. Efraín Cáceres Chalco, por sus oportunas y acertadas orientaciones; y a la Dra. Flora Virginia Gonzáles Pari, por su apasionada conducción hacia el enfoque de la Comunicación para el Desarrollo.

Agradezco también a mis compañeros del colectivo “Ciudadano” —César Holguín, Jesús Guzmán, Guillermo Ramos, Brich Huanca y a todos los demás— por su ejemplo, compromiso y enseñanzas para interpretar la realidad del Perú, así como por su motivación permanente hacia la lectura crítica.

A mi esposa Verónica y a mi hijo Fabio Cantoral, mi apoyo incondicional y permanente fuente de motivación durante todo el proceso de investigación. A mis padres Casimiro y Saturnina por su amor y apoyo incondicional.

Finalmente, a mis compañeros de trabajo del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), en particular del Programa Social Juntos, por brindarme la oportunidad de servir a la población quechua del departamento del Cusco y por facilitar el contexto que dio origen al problema de investigación que aborda esta tesis.

Presentación

SEÑORA:

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE POSGRADO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO.

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO:

De acuerdo al reglamento de Grados y Títulos de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, pongo a vuestra consideración el presente trabajo de investigación intitulado ***LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL Y LA EDUCACIÓN EN SALUD COMO COMPLEMENTO AL PARTO SEGURO EN MUJERES QUECHUAS DE INCAKANCHA – MARCAPATA – QUISPICANCHI – CUSCO 2023.***

La investigación tiene por finalidad aportar al desarrollo social del Cusco y servir de base para obtener mayor información sobre la realidad de la atención en los servicios de salud para las mujeres quechuas y su relación cultural con los conceptos, protocolos y atención del sistema de salud estatal.

Resumen

La comunicación intercultural y la educación para la salud, como complemento al parto seguro en mujeres quechuas de Incakancha, Marcapata, Quispicanchi, Cusco (2023), constituyen el resultado de un análisis realizado bajo el método científico. La unidad de estudio corresponde a la relación social en el contexto intercultural entre las mujeres quechuas y el servicio de salud durante todo el proceso de atención a la gestante.

El sistema de salud plantea, de manera hipotética, la reducción de los índices de riesgo asociados al parto domiciliario, práctica común en las comunidades campesinas y que expone a las mujeres y a sus hijos a un mayor riesgo de mortalidad materno-infantil. No obstante, desde la perspectiva de la Comunicación para el Desarrollo, se propone la educación para la salud bajo un enfoque de comunicación intercultural, promoviendo que el proceso educativo sea horizontal y copresencial; es decir, que exista un intercambio de saberes entre las usuarias quechuas y el personal de salud, de modo que “quien enseña aprenda enseñando y quien aprende enseñe aprendiendo”.

Las familias quechuas prefieren el parto domiciliario por razones culturales y económicas. Entre los factores principales se encuentran la limitada capacidad del sistema de salud estatal, la atención caracterizada por un alto nivel de desconfianza y las discrepancias en los significados y sentidos culturales. Por ello, para las mujeres quechuas, los métodos y técnicas de atención del sistema de salud andino continúan siendo una alternativa indispensable, especialmente en zonas alejadas como Incakancha.

Palabras clave: Comunicación intercultural, mujeres quechuas, educación en salud, parto seguro.

Abstrac

The intercultural communication and health education, as a complement to safe childbirth in Quechua women from Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023, is the result of analysis under the rigor of the scientific method. Its unit of study is the social relationship in the intercultural context of Quechua women with the health service throughout the process of care for the Quechua pregnant woman. The health system hypothetically proposes to reduce the risk rates of home birth that is practiced in rural communities, which exposes the risk of maternal and child mortality. However, from Communication for Development, health education is proposed under the approach of intercultural communication, encouraging the educational process to be horizontal and co-presential, that is, between the Quechua users and the health personnel, "who teaches learn by teaching and whoever learns, teach by learning"

Quechua families prefer "home birth" for cultural and economic reasons. The first is the limited capacity of the state health system, care with a high level of mistrust and discrepancies regarding cultural meanings and senses; For this reason, for Quechua women, the methods and care techniques of the Andean health system continue to be an indispensable alternative in the most remote areas such as Incakancha. The search for alternatives to complement the Andean health system with the official state health system is pending.

Keywords: Intercultural communication, Quechua women, health education, safe childbirth.

Índice general

RESUMEN.....	IV
ABSTRAC	V
ÍNDICE GENERAL	VI
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE FIGURAS	XI
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	3
1.1.1. <i>Diagnóstico</i>	3
1.1.2. <i>Pronósticos</i>	9
1.1.3. <i>Control del pronóstico</i>	10
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
a. <i>Problema general</i>	11
b. <i>Problemas específicos</i>	11
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
a. <i>Justificación Social</i>	12
c. <i>Justificación Metodológica</i>	12
d. <i>Justificación Teórica</i>	13
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
a. <i>Objetivo General</i>	14
b. <i>Objetivos Específicos</i>	14
CAPÍTULO II.....	15
II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	15
2.1. BASES TEÓRICAS	15
2.1.1. <i>La Comunicación Intercultural</i>	15
2.1.2. <i>Educación para la Salud (EpS)</i>	36
2.1.3. <i>Seguridad del Parto</i>	45
2.2. MARCO CONCEPTUAL	48

2.2.1.	<i>Comunicación Intercultural</i>	48
2.2.2.	<i>Educación para la salud</i>	48
2.2.3.	<i>Comunicación en Salud</i>	49
2.2.4.	<i>Comunicación para el Desarrollo</i>	49
2.2.5.	<i>Comunicación para el Cambio Social</i>	50
2.2.6.	<i>Parto seguro</i>	50
2.2.7.	<i>Cultura quechua</i>	51
2.2.8.	<i>Barreras Lingüísticas</i>	51
2.2.9.	<i>Barreras Culturales</i>	52
2.2.10.	<i>Asimetrías y relaciones de poder</i>	52
2.2.11.	<i>Conocimiento legítimo y científico</i>	52
2.2.12.	<i>Coproducción de conocimiento intercultural</i>	53
2.2.13.	<i>Mediación intercultural</i>	53
2.3.	ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN O ESTADO DEL ARTE	54
2.3.1.	<i>Internacional</i>	54
2.3.2.	<i>Nacional</i>	55
2.3.3.	<i>Regional</i>	57
CAPÍTULO III		58
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES		58
3.1.	HIPÓTESIS	58
3.1.1.	<i>Hipótesis General</i>	58
3.1.2.	<i>Hipótesis Específicas</i>	58
3.2.	IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES	59
3.2.1.	<i>Variables</i>	59
3.2.2.	<i>Dimensiones</i>	59
3.2.3.	<i>Indicadores</i>	59
3.3.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE	61
CAPÍTULO IV		63
IV. METODOLOGÍA		63
4.1.	ÁMBITO DE ESTUDIO: LOCALIZACIÓN POLÍTICA Y GEOGRÁFICA	63
4.1.1.	<i>Geografía</i>	63
4.1.2.	<i>Población de Marcapata</i>	64
4.1.3.	<i>Organización Política y Civil</i>	64

4.1.4.	<i>Economía Local</i>	66
4.1.5.	<i>Salud</i>	67
4.2.	TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	67
4.2.1.	<i>Tipos de Investigación según su Propósito</i>	67
4.2.2.	<i>Tipos de Investigación según el Enfoque</i>	68
4.2.3.	<i>Tipos de Investigación según su Diseño</i>	68
4.2.4.	<i>Tipos de Investigación según su Temporalidad</i>	69
4.2.5.	<i>Nivel de investigación</i>	69
4.3.	UNIDAD DE ANÁLISIS.....	70
4.4.	POBLACIÓN DE ESTUDIO	71
4.5.	TAMAÑO DE MUESTRA.....	71
4.6.	TÉCNICAS DE SELECCIÓN DE MUESTRA.....	72
4.6.1.	<i>Muestreo Probabilístico o al azar</i>	73
4.6.2.	<i>Muestreo No Probabilístico</i>	73
4.7.	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	74
4.7.1.	<i>Validación</i>	74
4.7.2.	<i>Fiabilidad</i>	75
4.8.	TÉCNICAS DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	75
4.8.1.	<i>Técnica de análisis bajo el enfoque cuantitativo</i>	75
4.8.2.	<i>Técnica de análisis bajo el enfoque cualitativo</i>	75
4.9.	TÉCNICAS PARA DEMOSTRAR LA VERDAD O FALSEDADE DE LAS HIPÓTESIS PLANTEADAS	76
4.9.1.	<i>Prueba de Correlación de Pearson</i>	76
4.9.2.	<i>Prueba de Correlación de Spearman</i>	76
4.9.3.	<i>Análisis de Regresión</i>	76
4.9.4.	<i>Pruebas de Chi-Cuadrado</i>	76
CAPÍTULO V.....		78
V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....		78
5.1.	PROCESAMIENTO, ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN	78
5.1.1.	<i>Procesamiento Cualitativo</i>	78
5.1.2.	<i>Procesamiento Cuantitativo</i>	78
5.1.3.	<i>Análisis e Interpretación Cualitativo</i>	79
5.1.4.	<i>Análisis e Interpretación Cuantitativo</i>	95
5.2.	PRUEBAS DE HIPÓTESIS	107
5.2.1.	<i>Hipótesis General</i>	107

5.2.2. Prueba de hipótesis específico.....	108
5.3. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	112
5.3.1. Triangulación de Resultados.....	112
CONCLUSIONES	122
RECOMENDACIONES	131
REFERENCIA	134
ANEXOS.....	148
Anexo 1 Matriz de consistencia	149
Anexo 2 Instrumentos de recolección de información	152
Anexo 3, Ficha de registro de entrevista	155
Anexo 4, Ficha de registro de observación.....	156
Anexo 5, Guía de entrevista	157
Anexo 6, Validación de instrumentos.....	160
Anexo 7, Fiabilidad de instrumento por Alfa de Cronbach.....	170
Anexo 8, Interpretación del coeficiente	174
Anexo 9 Medios de verificación	176

Lista de Tablas

Tabla 1 Operacionalización de variables	61
Tabla 2 Principales Actividad económica	66
Tabla 3 Actividad económica que genera mayores ingresos.....	67
Tabla 4 Unidad de análisis.....	70
Tabla 5 Tamaño muestral por técnica aleatorio estratificado	72
Tabla 6 Técnicas de Recolección de Información	74
Tabla 7 Distribución de frecuencias de la variable comunicación intercultural y dimensiones	100
Tabla 8 Distribución de frecuencias de la variable comunicación intercultural y dimensiones	101
Tabla 9 Comunicación Intercultural vs educación para la salud	102
Tabla 10 Adaptación cultural del mensaje vs educación para la salud	103
Tabla 11 Negociación de significados vs educación para la salud	104
Tabla 12 Construcción de identidades vs educación para la salud.....	105
Tabla 13 Relaciones de poder vs educación para la salud.....	106
Tabla 14 Grado de correlación entre la comunicación intercultural y educación para la salud.....	107
Tabla 15 Grado de correlación entre la adaptación cultural del mensaje y educación para la salud	108
Tabla 16 Grado de correlación entre la negociación de significados y educación para la salud.....	109
Tabla 17 Grado de correlación entre la construcción de identidades y educación para la salud.....	110
Tabla 18 Grado de correlación entre las relaciones de poder y educación para la salud.....	111

Lista de Figuras

Figura 1 Ubicación del distrito de Marcapata	63
Figura 2 Edad de las mujeres usuarias de Incakancha	95
Figura 3 Según el nivel de educación de las usuarias	96
Figura 4 Según la clasificación económica al que se consideran	97
Figura 5 Según la distancia de la posta dónde viven	98
Figura 6 Según el estado civil de las mujeres quechuas de Incakancha	99
Figura 7 Comunicación Intercultural vs educación para la salud	102
Figura 8 Adaptación cultural del mensaje vs educación para la salud	103
Figura 9 Negociación de significados vs educación para la salud	104
Figura 10 Construcción de identidades vs educación para la salud	105
Figura 11 Relaciones de poder vs educación para la salud	106

Introducción

La investigación se desarrolló en la comunidad campesina de Incacancha Yanacocha, donde se ubica la posta de salud de Inkacancha, en el distrito de Marcapata, donde los comuneros discrepan sobre el cuidado de la salud durante el parto institucional (parto en la posta) y la posta de salud impulsó exigencias con el apoyo de instituciones aliadas, como los programas sociales, la subprefectura, la Policía Nacional y la propia municipalidad distrital de Marcapata, para lograr un cambio cultural y reducir los partos domiciliarios.

Las mujeres quechuas de Incacancha aceptan el parto institucional por temor a las sanciones que afectan su economía. En los casos complejos, la posta de Inkacancha evacua (traslada) a las pacientes a una posta de mayor nivel (posta de Ocongate) para la atención del parto. Tras esto, las puérperas regresan a su comunidad y comparten sus experiencias de maltrato y exposición al riesgo que han sufrido, según su percepción. El frío y el viento a los que fueron expuestos en los ambientes del hospital, así como el trato indiferente o tosco durante la interacción y las palpaciones del personal de salud, son considerados por ellas como una exposición al riesgo.

En la investigación intitulada "Comunicación intercultural y educación para la salud como complemento al parto seguro en mujeres quechuas", durante el trabajo de campo no se encontraron casos de muerte materna por mal cuidado durante el parto domiciliario en los últimos cinco años. En cambio, las enfermedades infecciosas y la mortalidad neonatal están relacionadas con el parto domiciliario. Según el INEI, la política del sector salud implementada para reducir los partos domiciliarios ha logrado disminuir estadísticamente esta tasa (de 3.9% a 2.7%) entre 2016 y 2021. Sin embargo, estos "índices" de gestión pública en salud son metas establecidas que no refleja el sentimiento cultural de agresión que relatan las mujeres quechuas; los datos cuantitativos son óptimos para sí mismos, lo que les permite alcanzar cifras ponderadas. La posta ha experimentado

mejoras en infraestructura y un incremento del personal; Sin embargo, la calidad de atención hacia los pacientes quechuas, es considerada distante, ageno y frio por los usuarios, debido a las formas de trato que invisibiliza los conocimientos, lenguaje, opinión y cultura de los usuarios quechuas.

El diagnóstico social muestra la necesidad de complementar la atención en salud pública con trabajos de comunicación intercultural para desarrollar una relación comunicativa basada en la confianza y la empatía cultural, con respeto mutuo hacia los conocimientos de la medicina andina.

Como segunda variable, se propone complementar la atención en salud con educación para el aprendizaje intercultural de las mujeres quechuas con plena autonomia. La comunicación educativa para la salud sugiere que quien enseña aprende enseñando y quien aprende enseña aprendiendo; es un proceso de aprendizaje y enseñanza de mutuo cambio.

CAPÍTULO I

Planteamiento del Problema

1.1. Situación Problemática

1.1.1. *Diagnóstico*

El establecimiento de salud de Incakancha se localiza en la comunidad campesina del mismo nombre, perteneciente al sector de Yanacocha, en el distrito de Marcapata, provincia de Quispicanchi, región Cusco. Este centro se encuentra a una altitud aproximada de 4,900 metros sobre el nivel del mar, la zona abarca pisos ecológicos de puna, janca y cordillera. El clima en la zona es predominantemente frío, con presencia frecuente de lluvias y neblina durante los meses de verano y otoño, y con temperaturas muy bajas, acompañadas de heladas, durante el invierno.

La mayoría de las mujeres quechuas de esta comunidad no culminaron sus estudios primarios, y una parte importante de ellas no sabe leer ni escribir. Su sustento económico proviene principalmente del pastoreo de camélidos y de la producción artesanal de tejidos elaborados con lana de alpaca. Pese a sus múltiples responsabilidades, la mujer campesina cumple un papel fundamental en el hogar: cuida de sus hijos, colabora con su pareja en las labores agrícolas y mantiene activa la economía familiar. En determinados periodos del año, muchos varones migran temporalmente hacia la zona selvática para dedicarse a la minería, dejando a las mujeres al frente de la familia y la comunidad.

En el ámbito comunal, las mujeres participan en diversas actividades de apoyo, aunque las asambleas y los espacios de deliberación suelen estar encabezados por los varones. Ellos representan a sus familias en la toma de decisiones colectivas, lo que refleja una estructura social donde el liderazgo masculino sigue siendo predominante.

Por lo general, las mujeres quechuas de Incacancha asumen la maternidad a temprana edad, alrededor de los 16 años. En casos donde las uniones de pareja no se consolidan y la mujer forma una nueva familia, los hijos del primer vínculo quedan al cuidado de los abuelos u otros parientes. Esta situación, aunque común en la zona, suele limitar la atención y el afecto directo que los niños requieren durante su desarrollo. Las mujeres de Incacancha tratan las enfermedades con plantas y productos medicinales, conocidos como "pampa hampi" o "qora hampi", comprados en comercios locales. Cuando esto no ayuda al paciente a recuperarse, recurren a los curanderos. En este último caso, piden ayuda a la posta de salud. Los miembros de la comunidad aprovechan todas las opciones terapéuticas que ofrece la medicina andina. A veces, los pacientes empeoran, según los servidores de salud, debido a la negligencia. Otras veces, la atención del sistema público de salud no logra restablecer la salud y los pacientes acuden a profesionales de la salud andinos.

Las mujeres de Incacancha prefieren dar a luz en sus hogares debido a que el sistema de medicina occidental no ha logrado adaptarse a la forma de vida de los andinos quechuas. ¿Por qué las mujeres quechuas rechazan dar a luz en establecimiento de salud pública? Porque implica alejarse de sus hijos pequeños y sus animales, y porque en casa se sienten seguras durante el parto y posparto.

Las mujeres quechuas del distrito de Ocongate y Ccatca de la provincia de Quispicanchi tienen los mismos problemas según UNICEF (2010) “muchas gestantes y sus familias prefieren el parto en casa porque sienten mayor seguridad y confianza al contar con la participación activa del esposo y personas cercanas, quienes se encargan de protegerlas del "frío" o del "mal viento". También evitan la necesidad de caminar hasta el centro de salud a cualquier hora, dado que no tienen acceso a carreteras o transporte. Además, consideran que el parto en el centro de salud es más doloroso debido a los procedimientos utilizados

por el personal para acelerar la expulsión de la placenta, y les resulta incómodo por la falta de cuidados contra el "frío" o el "mal viento", ya que las gestantes son trasladadas entre ambientes fríos con mobiliario incómodo, entre otros factores. Finalmente, es relevante mencionar la angustia que experimenta la madre por la sensación de abandono de sus otros hijos, una preocupación que se agrava con el tiempo de permanencia en el centro de salud".

(pág. 14)

Algunas mujeres durante el parto prefieren estar solas, sin la presencia del esposo ni del partero. Según relatos de las mujeres quechuas, la presencia de una persona extraña puede provocar complicaciones en el parto o retrasar la dilatación. Para la mujer andina, tener personas a su lado es percibido como una invasión a su intimidad que genera un fuerte nerviosismo. Nicolasa Gayoso Guzmán, habitante de Incakancha-Yanacocha, reflexiona: "Creo que las mujeres del Ande somos muy reservadas. Si hay un ojo ajeno que nos observa, el dolor del parto se calma y puede retrasarse hasta complicarse".

El carácter reservado e íntimo de la mujer andina puede tener un fuerte impacto en el parto. La invasión de este espacio podría generar sentimientos de agresión y provocar una fuerte tensión nerviosa en las gestantes, lo que podría retrasar el proceso del parto.

El puesto de salud de Incakancha tenía como meta para el año 2023 captar (09) atenciones de partos institucionales, es decir, partos para ser atendido en algún establecimiento de salud del estado de la Microrred de Ocongate. Sin embargo, hasta septiembre, no ha realizado ninguno. La jefa del establecimiento muestra preocupación por el incumplimiento de las metas. Según el convenio FED, presupuesto por resultados, se busca incentivar los resultados en favor de la primera infancia."

El incumplimiento de metas se traduce en una menor captación de presupuesto para la DIRESA-Cusco. La jefa del establecimiento de salud de Incakancha fue evaluada en relación con sus metas. La licenciada en enfermería tiene relación laboral con el MINSA bajo contrato CAS; el bajo cumplimiento de metas genera desconfianza en la continuidad laboral de algunos servidores de salud. También, si la gestante presenta complicaciones o fallece durante el parto domiciliario, la institución de salud inicia un proceso administrativo sancionador, que puede terminar en el despido laboral. Por eso, el personal se siente obligado a presionar a las gestantes quechuas para que opten por el parto institucional.

Cabe señalar que la posta de Incakancha, debido a su categorización (I-1) para atención, no reúne las condiciones para atender partos; sin embargo, tiene una meta establecida de (09) captaciones de parto por año. La comunidad ha adoptado algunas medidas para cumplir; entre ellas, se aprobó en una asamblea general de la comunidad la estrategia de sanción económica para aquellos que no cumplan con el parto institucional. Sin embargo, los propios directivos incumplieron el acuerdo.

En cuanto a las enfermedades más frecuentes en puérperas, según la jefa del establecimiento de salud de Incakancha, las enfermedades más recurrentes en la población de mujeres gestantes de Incakancha son las emergencias obstétricas y la hemorragia postparto. Entre las mujeres en general, la gastritis, las inflamaciones pélvicas, las infecciones del tracto urinario, y las infecciones respiratorias son las causas más comunes de morbilidad, debido a las bajas temperaturas de las alturas de Incakancha.

En los últimos cinco años hubo muertes maternas en el ámbito de la Red Sur de Salud; sin embargo, no se pudo vincular específicamente al parto domiciliario. Otras causas incluyen infecciones por complicaciones derivadas del parto domiciliario.

El desacuerdo de los comuneros respecto a las disposiciones que prohíben los partos domiciliarios no ha encontrado una alternativa de entendimiento. El último acuerdo establecido fue que las mujeres deberán dar a luz en la posta de Incakancha, respetando las prácticas propias de su comunidad. (parto con adecuación cultural).

Las mujeres quechuas expresan su apoyo al parto domiciliario, en tanto la posta ha implementado medidas adicionales para promover el parto institucional. Según testimonios, “cuando damos a luz en la posta de Ocongate, regresamos con cicatrices de la cesárea que nos hace vulnerables a enfermedades. El trabajo en la agricultura requiere usar la fuerza corporal y estar expuesto al frío, por esta razón es que la recuperación de las heridas de la cesarea es más complicada, también tenemos temor que personas desconocidas manipulen nuestras partes íntimas y por otra parte los ambientes son fríos”, aducen las mujeres quechuas. El sistema de salud argumenta que el parto domiciliario conlleva riesgos, debido a la falta de higiene, lo cual aumenta el riesgo de muerte materna o del recién nacido.

Las mujeres quechuas de Incakancha están siendo capacitadas para aceptar el parto institucional. En las madres quechuas existe el temor a la suspensión, el retiro de los programas sociales y las multas dentro de la comunidad. Aunque la normativa del Programa Juntos no establece como obligatorio el parto institucional (no es corresponsabilidad), algunos promotores comunales de salud difunden narrativas que sugieren la suspensión de programas sociales. Además, otra presión para cumplir con el parto en un establecimiento autorizado es la multa necesaria para obtener la constancia de nacido vivo emitida por la posta.

La posta de Incakancha tiene una categoría de atención (I-1), nivel que no le autoriza a atender partos, excepto en casos de dilatación mayor a 7 (inminente) y siempre que la paciente no cuente con antecedentes de riesgo. En situaciones donde la dilatación es menor a 7, todos los partos

deben ser referidos al establecimiento de categoría con atención de parto (1-4), que cuenta con las condiciones necesarias, con camas de internamiento. El centro de salud de Ocongate se encuentra a (2) horas en transporte terrestre. El puesto de salud de Macapata cumple una función auxiliar para evaluar el estado vital y el nivel de dilatación de la gestante, tras lo cual se procede con la referencia al puesto de salud de Ocongate. (Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), 2018)

Las experiencias de presunta mala atención, compartidas entre las mujeres, influyen significativamente en las futuras puérperas. Estas experiencias incluyen vivencias de desprotección, como la falta de frascadas en las camas y una alimentación inadecuada o escasa, según la percepción de las puerperas. Además, se reportan dificultades en la comunicación con el personal de salud de habla hispana, lo que genera desconfianza y sensación de falta de atención. También se describen sentimientos de soledad, a pesar de estar rodeadas de personas, y la invasión de la intimidad, especialmente durante los procedimientos de palpación.

Los comuneros de Incakancha manifiestan su desacuerdo con el parto institucional, optando por regresar al servicio de las parteras, lo cual constituye una necesidad social y contribuye al bienestar de las mujeres durante la gestación y el parto. El conocimiento práctico de las parteras permite pronosticar la fecha de parto, determinar la posición fetal e identificar las causas de las dolencias. Además, las parteras preparan hierbas que facilitan la recuperación física de la mujer después del parto.

El idioma quechua es desconocido para la mayoría de los profesionales de la salud, lo que impide significativamente su interacción y comunicación con las mujeres quechuas de la comunidad.

La barrera lingüística impide a las mujeres quechuas expresar adecuadamente sus síntomas, preocupaciones y preferencias de atención, lo que repercute negativamente en la efectividad y calidad de la atención de salud que reciben. A nivel nacional, la percepción del servicio de salud estatal es negativa, según reportes de SUSALUD, debido a diversas razones y percepciones, como el deficiente equipamiento, las infraestructuras inadecuadas y la atención socialmente desaprobada. Estas deficiencias en la atención de salud crean brechas en la atención intercultural en salud brindada a las mujeres quechuas.

1.1.2. *Pronósticos*

En síntesis, de continuar el carácter obligatorio del parto institucional, esto podría convertirse en una desatención social para el sector de mujeres quechuas, debido a las políticas de atención del Ministerio de Salud (MINSA). Los indicadores muestran que las puérperas han experimentado mala atención en los establecimientos del Estado. Según los registros de la posta de Incakancha, no se ha reportado muerte materna relacionada con el parto domiciliario. De acuerdo con los hechos y testimonios, se deduce que el trasfondo de la obligatoriedad del parto institucional no es tanto el cuidado de la salud de las mujeres quechuas, sino el cumplimiento de las metas institucionales.

El Convenio (FED) es una herramienta de incentivo económico para los gobiernos locales, administrada por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) en estrecha colaboración con el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Su finalidad es mejorar la gestión del gobierno local y brindar servicios integrales a la población de mujeres embarazadas y niños de 0 a 5 años. Creado en el marco de la Política Nacional de Desarrollo e Integración Social, el convenio busca contribuir al logro de resultados en el desarrollo de los niños en edad preescolar. (MIDIS, 2017)

Las gestantes transferidas deben cubrir el costo del transporte y su estadía en establecimientos lejanos, como en la ciudad del Cusco. También, deben interactuar con profesionales hispanohablantes, lo que representa una barrera adicional. En muchas ocasiones, los familiares de las gestantes pernoctan en los pasillos del hospital. Durante el proceso de referencia, las gestantes experimentan desequilibrios emocionales y sienten incertidumbre sobre su estado de salud, expresado en su lengua como “imaynacha kapusaq niranin”. Según la lógica quechua, el traslado a un hospital de atenciones complejas se considera solo en casos de gravedad extrema, reflejado en la expresión “manapuni onqokuyta atispaya... puriyku postamanqa”. Además, este proceso les genera una sensación de distanciamiento de sus familiares.

El objetivo del parto institucional debe ser el bienestar de las mujeres quechuas y garantizar la seguridad en los partos, los cuales no siempre pueden realizarse en la posta. Es fundamental que las madres puedan elegir el lugar del parto con plena información. Por ello, se propone que las postas de salud, como la de Incakancha, realicen trabajos de comunicación y educación para la salud. Este enfoque permitirá a las gestantes tomar decisiones informadas y mejorar la calidad de la atención prenatal y postnatal.

1.1.3. *Control del pronóstico*

Es necesario que las mujeres quechuas conozcan todos los cambios bio-psico-sociales que ocurren durante el embarazo, permitiéndoles decidir cuándo acudir a la posta para recibir atención. La comunicación educativa les proporciona la autonomía necesaria para tomar decisiones informadas sobre su salud. En este sentido, la comunicación educativa para la salud fomenta la ciudadanía en las mujeres quechuas, facilitando su interacción con el servicio de salud sin recurrir a la presión.

Es fundamental que las mujeres quechuas tengan la libertad de acceder al servicio de salud para mantener su bienestar. Los principios de la comunicación educativa para mejorar la salud proponen que el proceso de enseñar y aprender sea mutuo, donde tanto el educador como el educando se enriquezcan. Este enfoque es crucial para avanzar hacia la construcción de una salud intercultural, promoviendo un diálogo equitativo y respetuoso entre diferentes sistemas de conocimiento.

1.2. Formulación del Problema

a. *Problema general*

¿Qué relación existe entre comunicación intercultural y educación para la salud como complemento al parto seguro en mujeres quechuas de Incacancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023?

b. *Problemas específicos*

a. ¿Qué relación existe entre la adaptación cultural del mensaje y la educación para la salud como complemento al parto seguro en mujeres quechuas de Incacancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023?

b. ¿Qué relación existe entre la negociación de significados y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incacancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023?

c. ¿Qué relación existe entre la construcción de identidades y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incacancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023?

d. ¿Qué relación existe entre las relaciones de poder y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incacancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023?

1.3. Justificación de la Investigación

a. Justificación Social

El presente trabajo tuvo como objetivo explorar nuevas alternativas interculturales para abordar dos problemas que las mujeres quechuas y el servicio de salud de Inkacancha no han podido resolver. El primero de estos problemas es la práctica riesgosa del parto domiciliario entre las mujeres quechuas. El segundo problema radica en la percepción de baja calidad de la atención en la posta comunal, donde los comuneros consideran que las atenciones de parto imponen costos al hogar y representan un riesgo para la salud de la mujer, debido a la obligatoriedad del parto institucional.

Esta investigación buscó explorar nuevas alternativas para asegurar un parto seguro, basándose en el protocolo actual de atención en establecimientos estatales, complementado con los conocimientos ancestrales de salud en los Andes de Marcapata. Se pretende promover prácticas saludables con una adecuación cultural genuina, fomentando la participación activa de las mujeres quechuas en el proceso de atención prenatal y de parto.

c. Justificación Metodológica

La presente investigación es de vital importancia por su enfoque cualitativo, utilizando la metodología de Investigación Acción Participativa (IAP). Esta metodología se selecciona debido a su capacidad para involucrar activamente a los participantes en el proceso de investigación y en la búsqueda de soluciones. Parte del estudio implica el conocimiento profundo de casos específicos

de mujeres quechuas en Incakancha, Marcapata, a partir de los cuales se interpretará el problema de salud que enfrentan.

La (IAP) se considera apropiada porque permite una comprensión contextual y profunda de las necesidades y desafíos de las mujeres quechuas en relación con el parto seguro y la atención prenatal. Además, facilita la colaboración estrecha y la participación activa de los residentes de Incakancha en la identificación de soluciones culturalmente adecuadas y sostenibles.

Esta metodología no solo busca generar conocimiento académico, sino también contribuir directamente a mejorar las prácticas de salud y promover la autonomía de las mujeres quechuas en la toma de decisiones sobre su salud reproductiva.

d. Justificación Teórica

El estudio y avances teóricos de la comunicación intercultural y educación para la salud como complemento para un parto seguro y saludable con adecuación cultural en mujeres quechuas se encuentra en proceso de desarrollo en nuestra región andina. Este enfoque busca explorar y avanzar en la comprensión de la relación entre el sistema de salud oficial y los diversos conocimientos de las culturas locales. Actualmente, la salud pública no reconoce adecuadamente la necesidad de un enfoque multi-identitario, crucial para abordar las necesidades específicas de las comunidades quechuas.

La insatisfacción expresada por las mujeres quechuas en las localidades más remotas del Cusco revela la urgente tarea de buscar complementos integrales para mejorar la atención de la salud pública. Esto incluye aspectos técnicos, conocimientos curativos y la interacción interpersonal en el contexto de la atención sanitaria.

La medicina andina ha respondido históricamente a la demanda de salud con gran aceptación entre las comunidades quechuas. Las mujeres quechuas, por ejemplo, consideran las postas de salud como una segunda opción para la cura de sus enfermedades en situaciones graves.

Además, la atención en salud necesita ser complementada con la integración de la comunicación intercultural y la educación para la salud. Esta integración no solo requiere un desarrollo teórico más profundo, sino también la implementación de experiencias prácticas que puedan demostrar su efectividad en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en contextos interculturales.

1.4. Objetivos de la Investigación

a. Objetivo General

Determinar la relación entre la comunicación intercultural y educación para la salud como complemento al parto seguro en mujeres quechuas de Incakanha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.

b. Objetivos Específicos

- a. Analizar qué relación existe entre la adaptación cultural del mensaje y la educación para salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakanha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.
- b. Explorar qué relación existe entre la negociación de significados y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakanha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.
- c. Establecer qué relación existe entre la construcción de identidades y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakanha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.
- d. Comparar qué relación existe entre las relaciones de poder y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakanha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.

CAPÍTULO II

Marco Teórico Conceptual

2.1. Bases Teóricas

2.1.1. *La Comunicación Intercultural*

Las teorías sobre la comunicación intercultural abordan cómo las personas de diferentes culturas interactúan y se comunican entre sí. A continuación, algunas de las principales teorías y enfoques:

Rizo y otros (2008) en relación con la comunicación intercultural plantea la Teoría del Interaccionismo Simbólico, la cual se enfoca en la dinámica del poder y las estructuras sociales dentro de las interacciones simbólicas. Esta teoría sostiene que no todas las interacciones son iguales; existen desigualdades y relaciones de poder que influyen en la creación y el intercambio de símbolos y significados. Destaca cómo factores como el género, la clase social y la raza afectan la manera en que las personas interactúan, y cómo estas interacciones pueden perpetuar o desafiar las estructuras de poder existentes. Indica que la comunicación intercultural implica la negociación de significados y sentimientos. El proceso de creación de significados incluye la construcción de la realidad social, la importancia de los símbolos, el proceso de interpretación, y la relación entre el individuo y la sociedad.

Martínez Beleño & Sosa Gómez (2026) la Comunicación para el Desarrollo ayuda a detectar la necesidad de una población, utilizando mensajes específicos. Por otro lado, la Comunicación para el Cambio Social impulsa la conversación y el involucramiento de los ciudadanos. En cuanto a la Comunicación en Salud, busca que el abordaje de la salud y la enfermedad sea más interactivo y dinámico, fomentando la responsabilidad individual y colectiva en la búsqueda de estilos de vida más sanos. Es crucial que el Estado revise sus políticas públicas

para garantizar que realmente promuevan cambios de comportamiento positivos y estilos de vida saludables.

García Canclini (1989) señala que las culturas latinoamericanas son dinámicas en el tiempo y a nivel espacial; se construyen mediante un proceso de hibridación. Este fenómeno implica la fusión y recombinación de componentes de distintas tradiciones culturales, ya sean antiguas, populares, de masas o contemporáneas. Estas fusiones culturales se observan en múltiples aspectos, desde las expresiones artísticas y literarias hasta las costumbres diarias, la esfera política y los medios de comunicación. Es importante analizar cómo los individuos, en su rol de sujetos culturales, navegan estas complejidades, dando origen a nuevas formas de ser y de manifestarse. Asimismo, cabe considerar la influencia del gobierno, el comercio y las industrias culturales en si estas mezclas son impulsadas o, por el contrario, suprimidas.

Mosquera Vásquez (2003) la comunicación en salud es crucial para fomentar el bienestar y prevenir enfermedades. Su propósito va más allá de la mera difusión de información, buscando activamente influir en las elecciones personales y grupales, incentivar la colaboración comunitaria y catalizar transformaciones en las actitudes, hábitos y normativas para elevar la calidad de vida. Este campo ha transitado de una perspectiva centrada en el individuo y en lo estrictamente médico, hacia un modelo que valora la participación y se adapta al contexto cultural, donde el intercambio de ideas, la investigación y la implicación directa de las comunidades son pilares para la eficacia de las acciones en salud.

Forero Santos (2003) la comunicación social es clave para fomentar hábitos saludables en la población. Para ser efectiva, debe integrar teorías de persuasión, clasificar a las audiencias, planificar de forma colaborativa, emplear los canales de comunicación idóneos, respetar las costumbres locales y trabajar con diversas disciplinas. El éxito reside en una comunicación

estratégica, emotiva, adaptada al contexto y fundamentada en el diálogo comunitario. El objetivo no es dictar conductas, sino empoderar a individuos y grupos para que gestionen su salud de manera autónoma, incluyendo la utilización de servicios sanitarios y tecnología médica.

Con relación a la comunicación intercultural según, Ríos Hernández (2011) “Desde la perspectiva cultural, la comunicación comunitaria y participativa permite el reconocimiento de la realidad que circunda a una comunidad [...] lo cual podría incidir en sus conductas de salud.” (Pg.137).

Forero Santos (2003) el diseño e implementación de estrategias de comunicación que apoyen la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). El objetivo principal es mejorar la salud de los niños y niñas y reducir la mortalidad en menores de cinco años en la región de las Américas, mediante un enfoque que trasciende lo clínico para incluir la abogacía, el fortalecimiento de la comunicación interpersonal en los servicios de salud y la promoción de prácticas clave a nivel familiar y comunitario. Se busca empoderar a la población y a los diversos actores para que sean agentes activos en el cuidado de la salud infantil.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2005) es fundamental crear planes que resalten la relevancia de la salud en la niñez y los beneficios del enfoque de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), con el propósito de conseguir respaldo político, económico y técnico en todas las esferas: nacional, regional y local. Asimismo, es crucial potenciar las competencias comunicativas del personal sanitario y optimizar la interacción dentro de los centros de salud (tanto entre el profesional y el paciente, como entre colegas) para asegurar un servicio de excelencia. Finalmente, se deben concebir planes de comunicación completos para impulsar hábitos fundamentales en el seno familiar y en la comunidad que favorezcan el desarrollo y crecimiento óptimo de los infantes.

Ministerio de Salud (2012) por esta razón, se requiere implementar intervenciones comunicativas de forma planificada y estructurada. En este contexto, el Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa (PECE) trasciende el enfoque meramente instrumental y se consolida como un espacio de colaboración y análisis conjunto. En él, los profesionales de la salud y de la comunicación desempeñan un rol clave al promover el diálogo y la construcción colectiva de decisiones dentro del proceso comunicativo.

Martín-Barbero (1988) entender la comunicación en el contexto actual requiere dejar atrás enfoques que separan artificialmente la cultura de la comunicación. Es necesario asumir una mirada que destaque su interrelación, reconociendo que los sentidos, las identidades y los vínculos sociales se forman en tramas culturales compartidas. La comunicación no debe verse solo como una técnica o flujo de información, sino como un conjunto de prácticas culturales que modelan la vida social. Superar esta visión fragmentada permite comprender mejor la complejidad de lo social, ya que la cultura y la comunicación son dimensiones inseparables. Analizar la comunicación desde esta perspectiva implica asumir su riqueza y diversidad, alejándose de posturas simplificadoras.

Según Guerra-García & Alva (2003) con relación al mensaje educativo señala:

El contenido del mensaje debe resaltar los beneficios que percibirá el público objetivo, conectando con sus necesidades reales y utilizando un lenguaje accesible y estimulante. En cuanto a la evaluación, la de impacto permite identificar si los resultados obtenidos se mantienen en el tiempo, considerando sus efectos en distintos plazos: corto, mediano y largo. (p. 19).

Ramiro Beltrán (1995) sostiene que la comunicación para la salud cumple un papel clave en el desarrollo del país, al promover conductas saludables y fomentar una visión integral de la salud, más allá del enfoque curativo. También resalta la importancia de integrar la comunicación

social en las estrategias de salud pública, subrayando la necesidad de colaboración entre profesionales de salud, comunicadores, educadores e informadores. La comunicación para la salud se presenta como un proceso planificado que busca influir positivamente en los comportamientos colectivos, fortaleciendo el conocimiento, las actitudes y las prácticas en favor del bienestar.

Hofstede (1980) al abordar la comunicación intercultural, propone la Teoría de la Cultura Nacional, que se enfoca en la organización cognitiva de los individuos y la influencia de la cultura en la comunicación. Identificó cinco dimensiones culturales que afectan la comunicación: individualismo-colectivismo, masculinidad-feminidad, distancia al poder, evitación de la incertidumbre y orientación a largo plazo. Además, señala que las culturas nacionales se entienden y comparan a través de diversas dimensiones culturales que impactan los valores y comportamientos de los individuos en esas culturas. Estas dimensiones ayudan a explicar cómo las personas en distintas culturas perciben y responden a diversas situaciones de manera diferente.

Hall (1966) para explicar la comunicación intercultural planteó la Teoría Pragmática y Proxémica, la cual se centra en el uso del lenguaje y la interpretación de los mensajes. La teoría proxémica investiga cómo el uso del espacio y el tiempo influye en la comunicación entre diferentes culturas. Esta teoría examina cómo el espacio es una compleja estructura organizada de manera inconsciente. Sostiene que el espacio es una estructura organizada de forma inconsciente y que distintas culturas poseen diferentes conceptos y usos del espacio personal y social. La idea fundamental es que el espacio interpersonal es una dimensión oculta de la comunicación no verbal, que varía entre culturas y tiene un impacto significativo en las interacciones humanas.

Gudykunst (2005) a través de la Teoría de la Gestión de la Ansiedad y la Incertidumbre sostiene que la comunicación intercultural efectiva depende de la capacidad de las personas para gestionar adecuadamente la ansiedad y la incertidumbre presentes en estas interacciones. Esta

teoría sugiere que, al mantener estos niveles dentro de un rango óptimo, los individuos pueden comunicarse de manera más efectiva, comprender mejor a sus interlocutores y reducir los malentendidos. Enfatiza la importancia de desarrollar competencias interculturales y adoptar estrategias específicas para manejar estas emociones, con el fin de lograr interacciones exitosas en diversos contextos culturales.

Kim (1988) la Teoría de la Adaptación Transcultural argumenta que la comunicación intercultural es un proceso continuo y dinámico que implica enfrentar el estrés cultural, adaptarse mediante la negociación y la innovación, y crecer a nivel personal. Resalta la importancia de la comunicación en este proceso, ya que las habilidades comunicativas efectivas son esenciales para navegar y mediar entre las diferencias culturales. Subraya que la adaptación no implica la pérdida total de la identidad cultural original, sino que puede resultar en una identidad más compleja y enriquecida, donde los individuos integran aspectos positivos de ambas culturas. Esta teoría ofrece una comprensión profunda de cómo las personas se ajustan y crecen en nuevos contextos culturales, destacando la naturaleza continua y multifacética de este proceso.

Casmir (1997) explica la comunicación intercultural, mediante la Teoría de la Construcción de la Tercera Cultura. Esta teoría sugiere que, cuando individuos de diferentes culturas interactúan, no solo mezclan elementos de sus culturas originales, sino que co-crean una "tercera cultura" distinta de los dos originales. Este proceso implica una colaboración activa y recíproca, donde las partes involucradas negocian significados, valores y normas para formar una nueva base común de comunicación y entendimiento. Los principales elementos de esta teoría incluyen el proceso colaborativo, la negociación y mediación, la adaptación mutua y la creación de nuevos significados.

Según Schütz (1977) se refiere a la "pantalla" de lo que él denomina la situación biográfica y el bloque de conocimiento:

La situación biográfica se enfoca en el comportamiento específico de cada individuo, es decir, cada persona interpreta de manera única lo que encuentra en el mundo a lo largo de su vida. En cuanto al bloque de conocimiento, como un depósito de conocimiento disponible, alude a lo que está accesible para los individuos y contiene la representación del mundo cotidiano. (pág. 38)

Cada individuo percibe su entorno creyendo que en él se forma su cultura, ya que impregna todo hecho social con un conjunto complejo de significados sociales e históricos construidos y compartidos por los miembros de la comunidad. Chiara (2018) “Por lo tanto, nuestras creencias, experiencias, actitudes y valores tienen profundas implicaciones culturales, es decir, su significado social y cultural se adquiere y construye conjuntamente.” (pág. 48).

De Sousa Santos (2014) señala como la cosmovisión andina del concepto biocéntrico y el concepto matriz del sistema andino de salud son radicalmente diferentes en cuanto a su definición de protección de la vida, la salud, el bienestar y la relación entre el curandero y el paciente. En cambio, el concepto de sistema formal de salud tiene una visión centrada en las personas. Hay una brecha entre dos sistemas de salud que no se entienden.

Según Cáceres (2015) sobre la interculturalidad señala:

Comienza cuando un grupo es capaz de comprender lo que las cosas y los objetos significan para los demás: esto significa comprensión plena y mutua, en ambos espacios (salud y comunidad quechua), no es tolerancia ni aceptación (...), sino un equilibrio movimiento entre conocimientos, creencias y diferentes prácticas culturales relacionadas con la salud y la enfermedad, la biología y la sociedad. (P. 68)

Mujica (2002) señala que el reconocimiento de la historia, costumbres y tradiciones de las personas y grupos sociales. Diálogos que respeten los valores, la autoexpresión, el pensamiento y la risa, los símbolos, el lenguaje, la vida cotidiana y los conocimientos previos. Sólo así se podrán establecer relaciones horizontales, no excluyentes ni discriminatorias, sino basadas en el respeto y la confianza; reduce el silencio y la incertidumbre, por lo tanto, la comunicación intercultural es un proceso donde varias culturas interactúan, intercambian y construyen acuerdos o tratados culturales.

2.1.1.1. Comunicación

Uno de los nuevos modelos de comunicación se puede presentar en el modelo Interlocutor-Medio-Interlocutor, propuesta teórica enraizada en la misión práctica intensiva de la comunicación para el desarrollo, Beltran (1998) respecto a la comunicación horizontal señala:

Es una tarea que realizan medios de diversa procedencia, principalmente de América Latina, pero también de Asia y África. El denominador común que los lleva a esta actividad, a tantos problemas, a la construcción de nuevos modelos, es el compromiso con los sectores marginados de la sociedad. (P. 65)

Del Valle (2006) el modelo vertical y unidireccional de comunicación, percepción de las necesidades de comunicación, así como falta de apoyo en la implementación de las propuestas, imposición de un lenguaje técnico, falta de participación de las comunidades involucradas en los procesos, y desde un punto de vista epistemológico, existen dos enfoques principales: el primero se basa en las teorías de la modernización, en las que encontramos patrones comunes de innovación y marketing social; y el otro se basa en las teorías de la dependencia donde encontramos comunicación social, comunicación para el cambio social y comunicación para el desarrollo.

Ampuero (2007) señala que la comunicación es un proceso constructivo y enriquecedor que se da en la interacción viva entre dos individuos y grupos. Por lo tanto, es importante que el remitente sienta, aprecie y comprenda los sentimientos, pensamientos y acciones de las personas; porque asumimos que estos no son recipientes vacíos que pueden llenarse con el conocimiento y los valores de otras personas. También enfatizamos que el significado no está en el mensaje que transmitimos, sino en el diálogo con nuestra audiencia. y la comunicación humana va más allá de los estrechos confines de las palabras: nos expresamos por la forma en que caminamos, miramos, nos acercamos, hablamos, acariciamos, nos movemos.

Gumucio (2010) señala la comunicación como un acto fundamental y parte de las relaciones humanas y socioculturales en la construcción del desarrollo humano, reconociendo la existencia de sujetos que se relacionan dinámicamente a través de actividades sociales y relaciones subjetivas y objetivas con la otredad.

Según Rizo (2013) la comunicación proviene de la palabra latina *comunicare*-"poner iguales", comunicación significa intercambio, interacción, acción para compartir valores, es una forma de establecer conexiones y relaciones entre personas. Desde entonces, la comunicación es el principal elemento de construcción de la vida en sociedad, es un mecanismo que activa el diálogo y la convivencia de los sujetos. Así, la relación entre comunicación y cultura es obvia. En las definiciones sociológicas y antropológicas de la cultura, la comunicación se presenta de muchas maneras: primero, la existencia de símbolos que ayudan a la gente a comunicarse, son obras culturales; segundo, la cultura es transmisible, la cultura existe a través de la comunicación.

2.1.1.2. Habilidades de comunicación

2.1.1.2.1. *La Escucha.*

Para Echevarría (2005) escuchar es cómo construimos relaciones personales, interpretamos nuestras vidas, nos dirigimos hacia el futuro y determinamos nuestra capacidad para aprender y cambiar el mundo. Parece que ellos son el problema, invertimos muy poco en él, a menudo simplemente diciendo: "No sabemos cómo pertenecer". Esto significa que ambos suelen tener problemas de audición. Las personas que no se sienten escuchadas muchas veces no saben cómo hacerse escuchar. El problema puede no ser que la otra persona no pueda escuchar. Problema de relación. Sin embargo, para llegar a una solución, el trabajo debe comenzar con escuchar a aquellos que no se sienten escuchados.

2.1.1.2.2. *La Escucha Valida el Habla*

Según Echevarría (2005) es la habilidad más importante en la comunicación interpersonal todo proceso de comunicación se basa en la escucha. Por esto se considera que el habla solo es efectiva cuando la otra persona escucha al orador como se espera. Nos dialogamos para ser escuchados. Si nadie entiende lo que digo, si digo una cosa y escucha otra, entonces mis palabras no tienen efecto. Si emito un comando y algo no se entiende exactamente como lo indiqué, si dijera lo que pensaba y entendiera algo completamente diferente, no hubo buena comunicación.

2.1.1.3. El Proceso Comunicativo

2.1.1.3.1. *Modelo Básico del Proceso Comunicativo Aristotélico*

Según Gómez (1996) el concepto aristotélico (384-322 ac) se basa en tratados filosóficos que diferencia a los humanos de otras bestias, por su capacidad para el lenguaje, mientras que la comunicación se conceptualiza en relación con los tres elementos clave: emisor, mensaje y receptor. No es el estudio de la comunicación como algo añadido al hombre, sino del poder de la

propia naturaleza racional y pensante del hombre. Es la valoración de toda la dimensión del hombre que trasciende a través de su capacidad de comunicar, es el principio de las relaciones sociales y del autoconocimiento, que es la base de lo conocido.

(Emisor – mensaje – receptor)

2.1.1.3.2. *Modelo del Proceso de Comunicación Lingüística*

Sustentado por el lingüista De Saussure (1916), la comunicación lingüística, de acción personal individual como interrelación social, que identifica tres fases de la comunicación: Psicológica (significado y significante), fisiológica (aparato fonador) y física, el plano físico de la lengua el habla (sonido del habla). Se plantea el modelo (Psicológico – fisiológico – físico):

2.1.1.3.3. *Modelo Teoría Matemática de la Información*

Desarrollado por Claude Shannon y Weaver, un modelo de comunicación que se enfoca en las condiciones técnicas del envío de mensajes. completado en 1949 por el sociólogo Warren Weaver, quien resaltó la validez del modelo así se considerado un modelo sólido en el campo de la comunicación: conocido como teoría de la información; criticado por ser puramente computacional y aplicable al sector de las telecomunicaciones. Sus componentes: (fuente, emisor, codificador, mensaje, canal, decodificador, receptor).

2.1.1.3.4. *Modelo Sistémico del Proceso de Comunicación*

Trazado por el teórico de la comunicación Manuel Martín Serrano, que propone tres objetivos recuperados en Gómez (1996), que son sistema de comunicación [SC]; sistema social [SS] y sistema referencia [SR]. Elementos: actores ego (personas físicas u organizaciones), herramientas (aparatos biológicos o instrumentos tecnológicos), expresiones (sustancias expresivas) y representaciones (modelos para la cognición).

2.1.1.3.5. *Modelo de la Teoría de la Acción Comunicativa*

Según Garrido (2011) lo desarrollado por Jürgen Habermas, explica lo que es la “sabiduría emancipadora”, es la materialización de la acción social. También la racionalidad de la acción social a partir de la interrelación basada en el uso del lenguaje, bajo el principio de que la razón subyacente en la acción de los sujetos es una propiedad de las estructuras comunicativas, mas no de los individuos por sí solos. Por lo tanto, el “mundo de la vida”, para Habermas, es aquello que se compone de tres aspectos: la cultura, la sociedad y la personalidad, de esto se establece qué sistema influye sobre cada uno en diferentes niveles.

2.1.1.3.6. *Modelo del Proceso Comunicativo; Interlocutor - Medio – Interlocutor*

Desarrollado por el teórico latinoamericano Calvelo Ríos, descubridor e impulsor de la propuesta mediática “pedagogía audiovisual masiva” para el aprendizaje en zonas urbanas y rurales desfavorecidas. Modelo. (Interlocutor <--> Medio <--> Interlocutor). Esto se debe a las críticas al modelo Emisor - Medio – Receptor desarrollado durante la Segunda Guerra Mundial, utilizado como guía para los pilotos de bombarderos y como sistema de retroalimentación para asegurarse de que el piloto comprenda los comandos repitiéndolos. Éste es un patrón dominante dominado. La comunicación humana debe ser fijado, convenido, consensuado o determinado de acuerdo con el destinatario del mensaje generado. Después de eso, el receptor pasivo ya no existe, debe comenzar por participar en la producción y uso del mensaje. De esto se concluye que la comunicación existe sólo cuando los mensajes intercambiados entre interlocutores son producto de la cooperación mutua. **Interlocutor<--> Medio <--> Interlocutor (I<--> M <--> I).**

2.1.1.4. *Decolonización de la Comunicación*

Aguirre (2018) plantea cambiar de paradigma, empezaremos a pensar por nosotros mismos, cambiaremos el concepto de desarrollo en relación a nuestra lengua, nuestro país, nuestro pasado,

no necesariamente nuestra razón, la teoría de la modernización o la teoría de la dependencia; En América Latina y regiones como la nuestra, nos vemos obligados a repensar y en base a esta deconstrucción, repensar quiénes somos y tomar decisiones de desarrollo. las complejidades que enfrentamos: complejidad cultural, social, industrial, ambiental y política. Repensar y diseñar la comunicación para tratar y negociar con las autoridades. Liberar a los medios de las limitaciones conceptuales, desafiar a las instituciones dominantes a liberarlos y dárselos a la gente.

Torrico (2018) en DECO¹ Cusco, considera la necesidad de la descolonización, la comunicación no se exceptúa de ella; “presuntamente somos una región descolonizada, hablamos y nos consideramos libres, pero permanece el pensamiento de la dominación colonial, esa mentalidad ha ideado la estructura del país internamente, esa idea dirige hasta el momento y es la historia de las diversas partes, por eso tenemos sectores sociales y etnias marginados, son como pueblos desconocidos, además existen las clases sociales, a las diferentes y desigualdades de género y otras diversidades.

Quijano (2018) señala que “tiene que ver con la idea de raza, que hay una construcción de diferencia basada en criterios raciales y que organizaron la vida social asociativa en nuestra región porque nuestros países son repúblicas independientes.” (Parr. 5), gran parte la comunicación que hacemos es una comunicación tecnocratizada, verticalista que busca efectos, entre ellas las fórmulas que usamos en los diferentes estilos de marketing que nos enseñan en las universidades, la publicidad, la propaganda, la información periodística, todo esto está estructurado de una manera que corresponde a pautas básicas del paradigma dominante.

Huanacuni (2010) considera que estamos hablando de un desarrollo armónico, de un desarrollo con identidad, pero el problema principal sigue sin resolverse. Incluso inventando el

¹ Primer Seminario de Desarrollo y Comunicación en la ciudad del Cusco el 2018.

concepto de "desarrollo identificado", incluso confundiéndolo con un estilo de vida amable e intelectual, no logra analizar la naturaleza y las consecuencias del desarrollo.

Torrico (2018) señala cuatro niveles: “ser, saber, decidir y acción” —habla del intento de re-humanizar la comunicación— “para que no sea un proceso entre objetivos, ni entre un sujeto, ni entre muchos sujetos. sobre la revisión de todas las subalternativas. Repensar la comunicación “universal” al pensamiento no colonial nos permite pensar en estos tres niveles, transformar la comunicación y recuperar su humanidad como, comunicación aumentativa, comunicación alternativa y comunicación nativa.

2.1.1.5. La Cosmovisión Indígena Andina

Platt (1995) plantea que las dinámicas de poder y las relaciones sociales en el mundo andino se construyen mediante sistemas simbólicos, rituales y expresiones lingüísticas propias, profundamente arraigados en una lógica dual y cuatripartita. Estos códigos culturales, más allá del idioma hablado, son esenciales para la interacción entre actores de diferentes grupos dentro de sociedades multiculturales. Platt destaca que conceptos como el yanantin —la complementariedad entre opuestos— sustentan las alianzas políticas, las prácticas rituales y las relaciones sociales, favoreciendo la convivencia y el diálogo entre identidades diversas.

Rostworowski Tovar (2015) resalta los principios de dualidad y complementariedad fueron ejes fundamentales en la estructura social, política y religiosa del mundo andino. Esta estructura promovía la cooperación entre pueblos distintos y una forma de comunicación intercultural que reconocía la diversidad como elemento clave de cohesión. Asimismo, subraya que los incas incorporaban a las poblaciones conquistadas respetando sus particularidades culturales, mediante prácticas de redistribución y rituales compartidos. De este modo, la comunicación intercultural no

solo fue viable en el mundo andino, sino que constituyó un componente esencial en la consolidación del imperio.

Valcárcel Vizcarra (1927) la cultura andina se caracteriza por principios como la solidaridad, el respeto por la naturaleza y la cooperación, los cuales pueden contribuir a resolver desafíos actuales, critica la exclusión histórica de los pueblos indígenas y a la vez enfatiza la necesidad de valorar su cosmovisión como base para una sociedad más equitativa y diversa. En este marco, plantea que la comunicación intercultural debe basarse en el respeto mutuo y el intercambio de saberes, sin imponer modelos culturales. Para él, la identidad indígena está profundamente enraizada en su vínculo con el entorno natural, y su reconocimiento en el ámbito nacional podría convertirse en una fuente de transformación social.

Kusch (1970) plantea que el pensamiento indígena andino constituye una forma de conocimiento y existencia estrechamente conectada con la tierra (Pacha) y una cosmovisión que une razón y emoción de manera integral. Esta visión filosófica sugiere que la comunicación intercultural debe ir más allá del enfoque racionalista occidental, reconociendo la naturaleza simbólica y holística del pensamiento andino, donde el diálogo entre culturas se fundamenta en el respeto hacia esta experiencia espiritual y vital. Kusch describe este pensamiento como un “pensar seminal” que combina reflexión, paciencia y ritualidad, integrando comunidad, naturaleza y espiritualidad como elementos inseparables.

Según Cáceres (1988) la cosmovisión andina se construye en un proceso sociohistórico entre los pueblos y su entorno natural, es decir, una visión de la realidad en relación con su entorno, caracterizada por su identidad y distinguiéndola de otras formas de ver el mundo; por lo que las interacciones también son diferentes. El concepto de la cosmovisión andina y la interacción intercultural exige la restauración de los principios de nuestras propias culturas.

La cosmovisión andina permanece latente en la conciencia colectiva del hombre andino es así que se sostiene según Cáceres (1988):

El conocimiento andino no es el frío mecanismo de abstracción concreta encarnado en la teoría científica, sino un conocimiento basado en el sentir: las expresiones comunes tanto en quechua como en España: "a mí mismo...", "me entra un sentimiento" o "tucuy sonqoywan..." (del corazón), por eso se prefieren los runas andinos a lo que se ha vivido antes que saber sin ver y sin sentir. (pág. 15).

El gran organismo vivo, como lo consideran los hombres y mujeres del ande según Cáceres (1988) señala:

Los andinos no aceptan el razonamiento frío y causal de las ciencias naturales y positivas, sino el "cómo va la vida", las leyes bien observadas de la vida, por eso, la civilización andina está bien definida por el pensamiento "seminal", y de ahí el razonamiento del origen de la vida "lógica biológica", toda vida proviene de la Pachamama los nevados y árboles acontecimientos, problemas, procesos que alertan al "filósofo" andino, lo llama a reflexionar sobre el devenir sobre este punto, y así entrar en entendimiento con su lógica inherente, que toda existencia es "cómo va la vida", las leyes que gobiernan la existencia. (p. 46).

De acuerdo al investigador Cáceres (2017), "la concepción del mundo andino es no aristotélico, mas bien, se enfoca en "cómo va la vida", el conocimiento contemplativo, donde la mitología se presenta como un conjunto de teorías sobre el conocimiento y la percepción." (pág. 56).

Estermann (2006) señala el Pacha es un ser vivo que están interconectadas, interdependiente y en constante interacción, la totalidad no solo, de los humanos o animales y plantas, sino del conjunto Pacha es decir el planeta. Así también los denominados "recursos naturales" como es la tierra, el aire, el agua, los minerales y los hidrocarburos, la energía solar, eólica y geotérmica no son simplemente "recursos" fácilmente disponibles. Para la pachazofia andina, como para la gran mayoría de la sabiduría indígena, el intento de “privatizar” estos recursos es una idea absurda y blasfema. Como no se vende a la madre, no se vende a la pachamama, al agua ni a los minerales subterráneos (uray o mankha pacha). La vida es precisamente el resultado del intercambio armonioso entre todos los seres, no la apropiación y arrogancia de unos hacia los demás. (Pg. 20).

Estermann² (2006), Existen varios principios en la filosofía andina, la dialéctica se caracteriza no por la identificación de los opuestos, sino por la complementariedad, por lo que el principio de la relación entre el ser y el acontecer nos muestra dos tipos de relaciones, la complementaria y la reciprocidad. El universo como sistema moral; Es la disposición de las relaciones en todos los ámbitos lo que asegura la vida y la continuidad. (pág. 32).

Hablar de cosmovisión andina, se debe entender al ser humano andino como el actor central que da sentido, impulsa y reproduce el sistema cultural. Así, referirse a lo “andino” implica, ante todo, aludir a un espacio cultural y no únicamente a una ubicación geográfica en la cordillera Estermann (2006) plantea, que:

² Estermann, Josef

1993 “Filosofía Andina Elementos para la Reivindicación del Pensamiento Colonizado”. En CÁCERES, Efraín. *Tejiendo las Bases Teóricas del Sistema Médico Indígena Andino: Salud e Interculturalidad desde los Andes*. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, pp. 67-68.

Guía PUCP registro y citados de fuentes 2015.

En este marco, la relacionalidad constituye un principio esencial que sostiene la existencia, ya que todo ser y acontecimiento se define por un entramado dinámico de vínculos que posibilitan la vida misma. Desde esta perspectiva, la idea de un sujeto autónomo es una ilusión, pues “sin relación no hay individuo”. Asimismo, explica que esta lógica relacional se manifiesta en diferentes planos: en la interacción entre los tres mundos andinos —kay pacha, hanaq pacha y uqhu pacha—, en los vínculos con los fenómenos naturales y cósmicos, y en la relación viva con los antepasados. (pág. 31).

Las relaciones y cambios en la vida andina se definen por dos tipos de relatividad: la complementariedad y la reciprocidad. Para Estermann (2006) es claro que:

El principio de complementariedad significa que toda entidad y toda acción tiene un complemento (factor de complemento) que simplemente la convierte en un todo. Lo contrario de una cosa no es su negación sino su analogía, es decir, su complemento y correspondencia con lo que necesita. Así, en la mente andina, el cielo y la tierra, el sol y la luna, el hombre y la mujer, la luz y la sombra, el día y la noche, aunque los opuestos se encuentren de repente. Sólo una conexión adicional puede liberar al individuo del completo aislamiento, llenarlo de energía o llenarlo de vida. Si miramos una imagen mucho más enfocada del sistema de salud, podemos encontrar la complementariedad de nuestras enfermedades, la reciprocidad para entenderla y encontrar la respuesta mejor. (pág. 70).

Según Estermann (2006) planteó:

El principio de reciprocidad es en última instancia una disposición universal como ley de relaciones equilibradas, y el principio de reciprocidad es una expresión del principio de complementariedad en el sentido moral y práctico: cada acción simplemente cumple su

significado y termina en consecuencia con acción adicional que restablece el equilibrio (violado) entre los actores sociales. (pág. 75).

2.1.1.5.1. *La Lógica Occidental y la Lógica del Vivir Bien*

La finalidad de cualquier tipo de "cambio" es una mejor calidad de vida de sus habitantes Cáceres (2015) señala:

en esta utopía se integran todos los elementos de la naturaleza, la sociedad y el universo. Vivir no significa disfrutar de abundancia o placer, sino estar en equilibrio y armonía con todos los elementos de la Pacha, conforme a los principios de la pachasofía: relatividad, complementariedad, compatibilidad, interoperabilidad, soporte y ciclicidad. Una vida plena no se define por la riqueza, la pobreza, el derroche, la escasez, el lujo o la privación, sino por vivir en armonía con todos los demás seres, cohabitando la tierra en interculturalidad e intergeneracionalidad. La visión no busca "vivir mejor", pues ello implicaría que otros seres vivirían "peor"; más bien, se alinea con el universo, cuya ley es el equilibrio entre la conservación de la masa y la energía, donde cualquier aumento en una parte conduce inevitablemente a una disminución en otra parte del mundo. (pág. 20).

2.1.1.5.2. *Sistema de Salud Estatal Oficial*

En Cáceres (2015), los pueblos indígenas de los Andes tienen una imagen de mala calidad en la prestación de la salud, hecho que genera rechazo a los establecimientos de salud, colectivamente conocida como negación y desconfianza hacia todos los servicios de salud. Por otro lado, el estudio realizado por la Autoridad Regional de Salud del Cusco en colaboración con UNICEF en el distrito de Ocongate región de Cusco, cabe señalar que Ocongate es un distrito que limita con Marcapata.

Según UNICEF (2010):

El estudio la actitud de rechazo hacia los servicios de salud de las madres hacia la atención en los establecimientos de salud, así también la actitud de los trabajadores de la salud es fuente de miedo y sufrimiento; Del mismo modo, las mujeres embarazadas sienten que no son comprendidas ni apreciadas. (pág. 95).

UNICEF (2010), me conversa gritando, me pone nerviosa y prefiero no hablar no preguntar[...] en una ocasión fui tarde y afortunadamente me ha tocado una enfermera de buen trato y no me ha gritado; la licenciada talla baja es de mal carácter me grita y me condiciona que sino me interno en la posta con anticipación, dice que, no me va dar los alimentos. De esta forma la investigación realizada en Ocongata muestra situaciones donde los usuarios de la posta relatan que no son respetados como persona, como mujer y cultura quechua, sufren, gritos y desatención de sus males y dolencias por parte del personal de salud.

2.1.1.5.3. *La Magia y la Medicina Andina*

“La enfermedad del “mal de hechiso” (primer caso) muestra que las relaciones sociales en las comunidades del sur andino se caracterizan por una fuerte simpatía o aversión, es decir, los andinos aman u odian profundamente.” (Cáceres E. , 1988, pág. 125).

2.1.1.5.4. *La Enfermedad en la Cultura Andina - Etiología*

En Cáceres (2017), Un estudio de los archivos de ARSI reveló:

Tres tipos diferentes de males dependiendo de su causa: enfermedades de retribución sobrenatural, enfermedades causadas por la intervención de aquellos que operan magia negativa, enfermedades relacionadas con la magia negativa. doble pérdida del alma: "alma", "oscuridad", "kamaken". No es así como Paula los describe. (pág. 193).

Enfermedades por Castigo Sobrenatural

El primero apunta a Cáceres (2017) que se refiere únicamente a:

La intervención independiente de los seres espirituales en el mundo de la mitología andina ("mantra") Estas entidades pueden actuar sin motivo aparente, pero por regla general, el motivo de su intervención se debe a alguna omisión -voluntaria o involuntaria- de los protocolos que rigen el pensamiento" (...): llenar el vacío a través del sacrificio (pág. 198).

Enfermedades por Hechizo.

Este último describe Cáceres (2017), es referido:

Como “enfermedad colocada”, “trauma” o “humano”. La motivación de una persona para buscar la intervención de "malos" profesionales suele ser la "envidia" o los sentimientos de revancha. Existen muchos métodos para causar "daño", algunos de los cuales se enumeran en la documentación de ARSI. (pág. 195).

Enfermedades por Pérdida del “Alma”

En Cáceres (2017) “la pérdida es el resultado de un intenso trauma psicológico causado por un miedo repentino, una profunda decepción, una fuerte ira no resuelta, vergüenza, etc. La terapia costumbrista consiste en "convocar a la sombra" y devolverla al cuerpo "temido"”. (P. 121).

Al respecto Cáceres Chalco (1988) la vida cotidiana de los pueblos andinos:

Se suele observar que la enfermedad no necesariamente es provocada por un diagnóstico físico interno como estamos acostumbrados, sino por una conducta objetiva y específica que la del paciente. En el pensamiento andino la enfermedad es importante: la enfermedad es el encamado, eso pasa cuando una persona ya no tiene participación en las actividades del campo como es la producción. (pág. 62).

2.1.1.5.5. *La Mujer Andina*

Para Cáceres (1988) la mujer es como la pachamama:

Un centro importante para los aborígenes, vivos y consolidando su destacada fuerza religiosa agraria. Se asemeja a un útero fértil que alberga todos los seres vivos y proporciona a todas las personas la nutrición que necesitan. Esto se complementa con el hecho de que la tierra es equiparada con el género femenino, como mujer, madre y doncella, mientras que la veneran como 'ofrenda' o pachamama haywarisqa. (pág. 42).

2.1.1.5.6. *Embarazo, Cuidado y Parto de la Mujer “Onqoq Warmi”*

De acuerdo a Cáceres (2017) en el ande la mujer embarazada no solo recibe cuidados sino también “consejos” las mujeres u hombre especialistas en parto dan consejos de cómo realizar y sobrellevar todos los cambios que trae consigo el embarazo., ya que la mujer gestante debe seguir con sus actividades de casa y de producción.

Rostworowski (1983) el parto era considerado como una etapa tan natural que tenían parto sin la atención de los especialistas, se conoce historias de gestantes que han tenido parto en mitad del camino solas y continuaban la marcha con su recién nacido en mano luego de bañar el qhollawawa en algún riachuelo y luego acomodado en la espalda.

En Cáceres (2017), a diferencia del sistema estatal en la vida de los andinos ante una situación de vida o muerte “las parteras y la familia en general dan prioridad al cuidado de la mamá, la madre como mujer representa un miembro fundamental de la familia para la producción y composición afectiva emocional de los miembros del hogar.

2.1.2. *Educación para la Salud (EpS)*

Mandura (1977) sustenta la Teoría del Aprendizaje Social, fundamentada en el aprendizaje a través de la observación y la imitación de modelos, influenciado por el refuerzo, el castigo y los procesos cognitivos. Los individuos no solo aprenden de manera directa, sino que también adquieren comportamientos y habilidades al observar a otros y reflexionar sobre sus propias

capacidades y resultados. Subraya la importancia de los factores sociales y cognitivos en el proceso de aprendizaje y desarrollo personal. Esta teoría es fundamental para entender cómo las personas adquieren nuevos comportamientos y habilidades en contextos sociales y puede ser aplicada en diversos campos, incluyendo contextos interculturales.

Forero Santos (2003) la idea principal es que la comunicación enfocada en la promoción de la salud constituye un método estratégico y colaborativo. Su objetivo es facultar a personas y grupos para que asuman un rol proactivo en la gestión de su bienestar. Esto va más allá de solo compartir datos, buscando fomentar transformaciones conductuales duraderas y modificar los factores sociales que inciden en la salud. Dicha comunicación debe entenderse como un intercambio social que propicia el diálogo y la participación, posibilitando que las comunidades detecten y resuelvan sus desafíos sanitarios, lo cual a su vez favorece la formación de ambientes sanos y justos.

Ríos Hernández (2011) tradicionalmente, diversas aproximaciones se han enfocado en el individuo como un mero receptor, sin otorgar suficiente peso a la influencia de los grupos, así como a los entornos sociales y culturales. Ante esta limitación, emerge un modelo más abarcador: la Comunicación para el Cambio Social. Este paradigma subraya la importancia de la participación de la comunidad, el diálogo equitativo y la valoración de la pluralidad cultural. Para el éxito de cualquier iniciativa de educación en salud, resulta fundamental considerar las percepciones personales y las conexiones comunitarias. Por consiguiente, es imprescindible una planificación que se adapte al contexto, sea intercultural y promueva el esfuerzo colectivo, buscando asegurar que los cambios en los estilos de vida sean duraderos.

Díaz Bordenave (2007) la planificación participativa se presenta como una estrategia más efectiva, al permitir que la comunidad intervenga activamente en la toma de decisiones, lo que

favorece la apropiación del plan y la adecuación de los mensajes a las particularidades del contexto local. Esta propuesta contempla nociones fundamentales, la relevancia de conocer la realidad a través de métodos cualitativos y cuantitativos, los principios de una comunicación eficaz, así como la identificación de públicos, mensajes y canales adecuados. También incluye acciones de educación, capacitación y herramientas para el monitoreo y la evaluación. En síntesis, se plantea un enfoque integral y participativo para la comunicación en salud, destacándola como un instrumento esencial para el empoderamiento comunitario y la transformación social.

Eugenia Monti et al, (2007) el derecho a la salud se fortalece mediante procesos comunicativos participativos, donde la comunidad no solo recibe información, sino que contribuye activamente en la generación de conocimiento y soluciones. La comunicación efectiva va más allá de la mera difusión de datos: implica fomentar el intercambio de saberes, promover la reflexión crítica y facilitar la colaboración entre todos los actores involucrados. Este enfoque dialógico reconoce las capacidades locales y prioriza la construcción conjunta de estrategias para el bienestar colectivo.

Ministerio de Salud - Costa Rica (2025) la esencia del Mercadeo Social en Salud radica en la necesidad de aplicar de forma sistemática y estratégica sus principios para promover la salud y estilos de vida saludables. Este enfoque multidisciplinario y basado en evidencia considera la sensibilidad cultural para generar valor y lograr cambios de comportamiento duraderos. Como una herramienta moderna, el Mercadeo Social en Salud es fundamental para elevar la salud a un valor social, buscando transformaciones a largo plazo que involucren tanto al público objetivo como a otros actores clave para un entorno favorable.

Aliaga Huidobro (2007) la propuesta denominada “Promoción de Prácticas Saludables con la Metodología PECE” ofrece un marco metodológico que orienta el diseño, ejecución y

evaluación de acciones comunicativas en salud, enfocadas en fomentar conductas beneficiosas para el bienestar. Esta guía se fundamenta en teorías sobre el comportamiento humano, el rol transformador de la comunicación en el ámbito social y los principios de la educación para la salud. Describe las cuatro fases esenciales del enfoque PECE: análisis diagnóstico, formulación estratégica, implementación de acciones y seguimiento con evaluación. Su perspectiva es inclusiva, participativa e intercultural, con un enfoque centrado en los derechos.

Guerra-García & Alva (2003) la Guía metodológica del Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa sostiene que el desarrollo humano y el cambio social efectivo requieren intervenciones comunicativas planificadas de manera estratégica, participativa y estructurada. Este enfoque —conocido como PECE— trasciende la simple difusión de información, ya que busca transformar conductas de forma sostenible, respetando los contextos culturales y fortaleciendo las capacidades de los actores locales. El planeamiento estratégico en comunicación educativa se configura como un proceso continuo que, a través de diagnósticos profundos, formulación de estrategias adecuadas y evaluación permanente.

Ajzen & Fishbein (1980) plantean la Teoría de la Acción Razonada donde señala que el comportamiento humano es una función de las intenciones, que a su vez se derivan de las actitudes hacia la conducta y las normas subjetivas. Esta teoría proporciona un marco para entender cómo las creencias y las presiones sociales influyen en la toma de decisiones y en la realización de comportamientos específicos. El planteamiento central se basa en la idea de que las intenciones son el mejor predictor del comportamiento humano, que las personas toman decisiones de comportamiento a partir de una evaluación consciente de las actitudes y las normas sociales que afectan su conducta.

Glanz et al. (1997) plantearon el modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model, HBM), en el que propone que las decisiones sobre comportamientos de salud están influenciadas por la percepción de susceptibilidad a una enfermedad, la severidad de la enfermedad, los beneficios de tomar medidas preventivas, y las barreras para adoptar estas medidas. Además, las señales de acción y la autoeficacia también juegan un papel en la motivación para adoptar comportamientos de salud. En conjunto, el modelo sugiere que las personas toman decisiones de salud basadas en una evaluación cognitiva de riesgos y beneficios, y la percepción de su propia capacidad para implementar cambios en su comportamiento.

Ryan & Deci (2017) sostienen la Teoría de la Autodeterminación que está centrado en la motivación humana y el desarrollo personal, señala que la motivación y el bienestar psicológico de las personas están profundamente influenciados por la satisfacción de tres necesidades psicológicas, autonomía, competencia y relación. Sostiene que las personas están más motivadas y experimentan un mayor bienestar cuando tienen la libertad para tomar decisiones, sienten eficacia en sus acciones, y están conectadas con otros. La satisfacción de estas necesidades facilita la motivación intrínseca y el desarrollo personal, mientras que la falta de satisfacción puede llevar a la desmotivación.

Prochaska et al (1994) sostienen el modelo Transteórico del Cambio (Transtheoretical Model of Change) planteamiento que se enfoca en la forma en que las personas cambian comportamientos problemáticos y adoptan comportamientos saludables. Señala que el cambio de comportamiento es un proceso gradual que ocurre en varias etapas, y que las personas pueden estar en diferentes etapas en función de su disposición para cambiar. Sostiene también que el cambio de comportamiento es un proceso dinámico y no lineal, que ocurre en múltiples etapas.

Lawrence & Marshall (1991) el modelo PRECEDE-PROCEED, es una concepción integral y estructurado utilizado para planificar, implementar y evaluar programas de salud pública y otras intervenciones educativas. Se basa en la idea de que la salud y el comportamiento están determinados por múltiples factores y que las intervenciones deben ser diseñadas teniendo en cuenta estos factores para ser efectivas. PRECEDE, (Constructos Predisponentes, Reforzadores y Facilitadores en el Diagnóstico y Evaluación Educativa/Ambiental) y PROCEED (Constructos Políticos, Regulatorios y Organizacionales en el Desarrollo Educativo y Ambiental).

Gumucio & Tufté (2006) sostiene la Teoría de la Comunicación para el Cambio Social se centra en la comunicación como una herramienta estratégica para facilitar el cambio social positivo mediante la participación activa de las comunidades. Esta teoría enfatiza la importancia de empoderar a las personas al involucrarlas directamente en el diseño e implementación de programas, adaptando los mensajes a sus contextos culturales específicos y utilizando diversos medios para promover el cambio de actitudes y comportamientos. La comunicación se convierte en un proceso bidireccional que no solo informa, sino que también moviliza y capacita a las comunidades para que sean protagonistas de su propio desarrollo.

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], (1989) la educación sanitaria está relacionada con la difusión de un estilo de vida sana. El comportamiento humano así como puede ser la principal causa de problemas de salud, pero también puede ser la solución: un adolescente fumador, una madre desnutrida, un carnicero que se corta el dedo. Al cambiar su estilo de vida, estas personas pueden resolver y prevenir muchos riesgos de salud. A través de la educación para la salud, ayudamos a las personas a entender su modo de vida y su impacto en la salud. Lo alentamos a que tome sus propias decisiones para vivir una vida más saludable; No hay cambio obligatorio.

2.1.2.1. Modelos Educativos para la Salud

Freire (1993) señala:

Se basan en la percepción de procesos de bienestar- malestar como fenómenos biológicos e individuales, y se enfocan en la salud humana, buscando soluciones conductuales, prestando poca o ninguna atención a las situaciones sociales para identificar los problemas. Argumentan que las variables sociodemográficas y estructurales no afectan directamente el comportamiento. Ya sea implícita o explícitamente, la educación se entiende como un proceso vertical y arbitrario que requiere que las personas acepten la información que las autoridades sanitarias consideren adecuada. El objetivo final es tomar acción, utilizando el conocimiento y el cambio de actitudes como un medio de cambio a través de actividades de persuasión y educación individualizadas. (pág. 117)

2.1.2.1.1. Modelos basados en creencias relacionadas con la salud

Freire (1993) al respecto dice:

las creencias de las personas tienen peso significativamente en las decisiones con relación a su salud, otras veces no se involucran con las recomendaciones de las autoridades sanitarias y los protocolos de tratamiento. Esto nos da a entender que la necesidad de algún tipo de "estímulo a la acción" para iniciar un nuevo comportamiento. El estímulo es la información proporcionada por el centro médico. (pág. 35)

2.1.2.1.2. Modelo basado en la comunicación persuasiva

Es mejor conocido por su abreviatura en inglés KAP (Knowledge, Attitudes and Practice o Conocimientos, actitudes y prácticas). Parte de la suposición es que las actitudes determinan el comportamiento. De acuerdo a este modelo, proveer a las personas información confiable y comprensible es fundamental para cambiar el conocimiento, incluido el cambio de

actitudes, cambiando así algunos hábitos y comportamientos (la visión causal de las actitudes). Sin embargo, “se sobrevalora el verdadero poder de los medios sin tener en cuenta que la actitud es sólo uno de los determinantes del comportamiento.” (Freire P. , 1993, pág. 36)

2.1.2.1.3. *Modelos se priorizan*

En el sector de la salud, se están considerando modelos de planificación operativa que identifican carencias prioritarias en los barrios y diferencian factores internos, elementos de apoyo y factores de refuerzo. Este diagnóstico establece metas educativas que influyen en las conductuales. La educación para la salud se centra en la comunicación, la enseñanza y la interacción comunitaria, “buscando que las personas adopten estilos de vida saludables y tomen decisiones informadas para mejorar su salud y entorno. Aunque el analfabetismo puede obstaculizar la plena ciudadanía, la educación dinámica y creativa puede superar estos desafíos.” (Freire P. , 1993, pág. 117).

2.1.2.2. Enseñar con el Ejemplo

Los maestros que realmente enseñan, es decir, abordan el contenido con la seriedad de la mentalidad correcta, malinterpretan la fórmula farisaica de "haz lo que digo, no lo que hago". “Las personas bien intencionadas se cansan de darse cuenta de que las palabras sin valor ilustrativo tienen poco o ningún valor. Pensamiento correcto significa acción correcta.” (Freire P. , 1996, pág. 22).

2.1.2.3. Enseñar con Respeto a la Identidad Cultural

La práctica de la crítica y la pedagogía es permitir que los aprendedores desarrollen experiencias profundas de auto aceptación, en su relación del maestro se deben pensar como individuos de naturaleza colectivo e histórico, como ser racional. “Protagonista de procesos

comunicativos, transformador social, creador, capaz de alcanzar grandes ideales, Acéptarse sin excluir a los demás.” (Freire P. , 1996, pág. 27)

2.1.2.4. Enseñar Exige Conciencia del Inacabamiento

“Nuestras experiencias sociales finalmente nos definen y nos constituyen, quiero enfatizar esto: como seres históricos, los hombres y las mujeres son a la vez imperfectos e incompletos.” (Freire P. , 2006, pág. 21).

La imperfección de la persona humana es la apertura a la constante perfección, esa característica de la experiencia de vida. Donde hay vida, hay imperfección. Pero solo entre hombres y mujeres, se notaron las fallas. “La experiencia humana del mundo es cualitativamente diferente de la de los animales en las plantaciones. Lo inacabado es una conciencia como una condición abierta al desarrollo de las ideas y del pensamiento individual.” (Freire P. , 1996, pág. 33).

2.1.2.5. Enseñar Implica Conocer Factores Influyentes y Determinantes

La vida en el mundo no es aislada ni independiente de la relación entre lo heredado genéticamente y del ser formado socialmente, porque al final resulta que somos genética y socialmente constituidos. Mi herencia social, cultural e histórica tiene mucho que ver con lo que soy, por lo que ser consciente de mi existencia también significa que no puedo estar ausente de la construcción de mi presencia, “aunque seamos criaturas condicionadas por factores ambientales y por nuestra la genética, nuestra naturaleza. El esfuerzo individual debe ser parte de nuestra formación personal.” (Freire P. , 1996, pág. 35).

2.1.2.6. Enseñar Requiere Respeto a la libre determinación del Educando

Respetar la autonomía y la dignidad de cada individuo es una obligación ética, no una opción voluntaria. Los educadores que subestiman la curiosidad, la estética, la inquietud, el

lenguaje. Los maestros que tratan a los estudiantes con sarcasmo, les faltan el respeto y les ordenan "mantenerse firmes" a la menor señal de desafío justificable, y maestros que vacilan en cumplir con su deber de establecer límites para sus estudiantes. (...) Es decir, si alguien es masculinista, racialmente imponente, clasista, etc., debe reconocerse como transgresor de la humanidad. “No argumente falazmente en la genética, sociológicas, histórico o corriente filosófica para explicar la predominancia del varon sobre la mujer, la prioridad de los patrones sobre los trabajadores.” (Freire P. , 1996, pág. 36).

2.1.2.7. Pedagogia del Oprimido

La verdad del opresor está en la conciencia del oprimido, aprende a plasmar y exponer su existencia como un escritor protagonista de su propia historia, "la educación como práctica libre" es una idea interesante, libre, “es un logro más que un don, que requiere una búsqueda constante. Nadie es libre porque es libre, pero cuando no lo eres, estás luchando por la libertad.” (Freire P. , 1996, pág. 28).

Lo que realmente quieren cambiar los opresores es un cambio en la mentalidad de los oprimidos, no la causa de su opresión. Esto le brinda una mejor forma de control y también le permite adaptarse mejor a la situación. Para lograrlo, utilizan el concepto de "banca" educativa. “Esto reúne toda la evolución del comportamiento social patriarcal que da a los oprimidos el ridículo nombre de "vigilancia". Son casos aislados, simplemente “grupos periféricos” que no se ajustan a las características generales de la sociedad.” (Freire P. , 1996, pág. 54).

2.1.3. Seguridad del Parto

Según Leininger (2002) desarrolló la Teoría de la Atención Culturalmente Competente para abordar la importancia de la competencia cultural en el cuidado de la salud, destacando la necesidad de que los profesionales de la salud comprendan y respeten las diferencias culturales en

la prestación de servicios. Su enfoque subraya cómo adaptar la atención para ser sensible a las necesidades culturales específicas de los pacientes, promoviendo una atención más efectiva y equitativa. Enfatiza la necesidad de adaptar los servicios de salud para que respeten y se alineen con las creencias y prácticas culturales de las comunidades indígenas. La atención culturalmente competente busca reducir las barreras de acceso y mejorar la calidad de la atención al integrar prácticas tradicionales y conocimientos locales con la medicina moderna.

Fernandez Juarez (2002) sustenta el Modelo de Atención Integrada para la atención del parto integración de prácticas tradicionales de parto con servicios de salud modernos, buscando combinar el conocimiento y las prácticas culturales tradicionales con los protocolos médicos contemporáneos. Este enfoque tiene como objetivo proporcionar una atención que sea tanto efectiva desde el punto de vista médico como culturalmente respetuosa, mejorando así la calidad y la accesibilidad del cuidado prenatal y postnatal. Fomenta la colaboración entre profesionales de salud tradicionales y modernos, como parteras tradicionales y médicos obstetras, para crear un plan de atención que respete las tradiciones y las necesidades médicas. La mujer embarazada juega un papel activo en la toma de decisiones sobre su atención, eligiendo entre las opciones tradicionales y modernas que mejor se adapten a sus necesidades y creencias.

Careaga (2012) sustenta el Modelo de Autonomía y Empoderamiento destaca la importancia de que las mujeres indígenas participen activamente en las decisiones sobre su atención materna, valorando su autonomía y respetando sus decisiones sobre el tipo de atención y la gestión de su parto. Este enfoque promueve el empoderamiento en la salud sexual y reproductiva, reconociendo la necesidad de que las mujeres indígenas puedan decidir sobre sus cuerpos y vidas, integrando prácticas culturales con servicios de salud modernos. Además, subraya

la eliminación de barreras culturales, sociales y económicas para asegurar una atención de salud adecuada y de calidad, promoviendo un modelo culturalmente competente y respetuoso.

Martín (2018) planteó la Teoría de la Desigualdad en Salud examina cómo las desigualdades socioeconómicas y culturales afectan el acceso y la calidad de la atención materna, especialmente para las mujeres indígenas, explicando cómo las barreras económicas, la discriminación y las diferencias culturales contribuyen a la inequidad en la atención durante el parto. Destaca la importancia de la Atención Primaria en Salud (APS) como la base del sistema de salud, subrayando su papel esencial en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, y tratamiento de condiciones agudas y crónicas. Enfatiza la APS como el primer punto de contacto para los pacientes y su papel en la gestión de la salud comunitaria. Defiende la organización eficiente de los servicios de APS y la formación continua de los profesionales de salud para garantizar una atención de alta calidad y centrada en el paciente.

Allende, (1970) el Enfoque de Salud Comunitaria destaca la importancia de involucrar a la comunidad en el diseño e implementación de programas de salud. Para las mujeres indígenas, esto implica colaborar con líderes comunitarios y organizaciones locales para desarrollar estrategias de atención culturalmente relevantes y eficaces. Este modelo subraya que la salud está estrechamente vinculada a las condiciones sociales y económicas, por lo que las políticas de salud deben considerar también estas determinantes sociales. Promueve un enfoque en la atención primaria y prevención de enfermedades, y aboga por mejorar las condiciones de vida de las comunidades. El enfoque busca integrar los servicios de salud con las necesidades locales y empoderar a las comunidades para que gestionen activamente su salud, adoptando una visión holística que reconoce la interconexión entre salud y condiciones sociales.

Hernandez (2018) el Modelo Ecológico de Salud considera múltiples niveles de influencia en la salud materna, incluyendo factores individuales, familiares, comunitarios y sistémicos. En el contexto de las mujeres indígenas, esto implica analizar cómo las prácticas culturales, el entorno comunitario y las políticas de salud afectan la seguridad del parto. Este enfoque explora cómo diversas prácticas culturales y el entorno comunitario impactan en la salud materna y la seguridad del parto, permitiendo entender mejor la interacción entre los diferentes niveles de influencia. La seguridad del parto no puede ser comprendida ni mejorada adecuadamente sin considerar la interacción entre factores culturales, comunitarios y sistémicos. El Modelo Ecológico de Salud proporciona un análisis más completo y eficaz de cómo estos factores influyen en la salud materna. Este enfoque resalta cómo las condiciones sociales y culturales afectan la salud, desde el nivel individual hasta el sistémico.

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. *Comunicación Intercultural*

En el contexto de la salud, la comunicación intercultural se refiere a la interacción efectiva entre profesionales de la salud y pacientes de diferentes culturas, “con el objetivo de asegurar que la información médica se transmita de manera comprensible y respetuosa, adaptándose a las creencias y prácticas culturales del paciente” (Kirmayer et al., 2003).

2.2.2. *Educación para la salud*

En el contexto de la salud comunitaria, la educación para la salud se refiere a un enfoque participativo que involucra a la comunidad en el proceso de aprendizaje y toma de decisiones relacionadas con su salud. “Este enfoque busca empoderar a los individuos y grupos para que adopten prácticas saludables y participen activamente en la mejora de su entorno de salud” (McLeroy et al., 1988).

2.2.3. *Comunicación en Salud*

La Comunicación en Salud se define como el uso de estrategias comunicativas para informar e influir en decisiones que mejoren la salud pública y personal. Su enfoque principal es la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables, a través de la difusión de mensajes fundamentados en teorías del cambio conductual (como la teoría de acción razonada, creencias en salud y aprendizaje social). En las últimas décadas, ha evolucionado hacia un modelo dialógico y participativo que implica a la comunidad como protagonista, fortaleciendo procesos locales para cambiar conocimientos, actitudes y prácticas para el bienestar colectivo. “Emplea múltiple medios, desde masivos hasta comunitarios, y estrategias como eduentrenimiento, mercadeo social y movilización social, con base en evaluaciones rigurosas y monitoreos constantes.” (Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Manual de comunicación para la salud. OPS.)

2.2.4. *Comunicación para el Desarrollo*

La Comunicación para el Desarrollo se centra en utilizar la comunicación como herramienta estratégica para promover cambios en el bienestar social integral, reconociendo la comunicación como un proceso de diálogo bidireccional que visibiliza proyectos, incluye actores sociales y procura la sostenibilidad económica, social y ambiental. Surge históricamente de campañas internacionales destinadas a transformar conductas individuales y sociales, apoyando la planificación, gestión y evaluación de proyectos de desarrollo dentro de contextos locales. “Impulsa la participación activa con un enfoque en modelos pedagógicos y acciones colectivas, integrándose a políticas públicas y reconociendo la educación como eje central para un desarrollo humano sostenible.” (Mosquera Vásquez, 2003)

2.2.5. *Comunicación para el Cambio Social*

La Comunicación para el Cambio Social se caracteriza por su enfoque dialógico, participativo y comunitario, donde la población no solo recibe mensajes, sino que es sujeto activo en la formulación, gestión y evaluación de procesos de cambio social. Este paradigma busca transformar normas sociales, valores culturales y relaciones de poder, más allá del cambio individual de comportamientos. Su objetivo es empoderar a las comunidades para que se apropien de su desarrollo a través de la acción colectiva, promoviendo la justicia, la equidad y la diversidad cultural. Utiliza estrategias inclusivas, horizontales y sostiene que la comunicación es central para facilitar procesos sociales sostenibles que promueven cambios estructurales profundos.

Estos marcos evidencian que, mientras la comunicación en salud se orienta mayoritariamente a la promoción y prevención de conductas para la mejora de la salud individual y colectiva con un fuerte soporte en teorías del comportamiento, “la comunicación para el desarrollo amplía la visión hacia la gestión participativa de procesos sociales para el desarrollo sostenible, y la comunicación para el cambio social enfatiza la apropiación comunitaria y la transformación estructural mediante la participación y el diálogo horizontal.” (Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Manual de comunicación para la salud. OPS.)

2.2.6. *Parto seguro*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

OMS (2018), parto seguro es el proceso que proporciona a las mujeres y a sus bebés la mejor oportunidad de una experiencia de parto saludable, libre de riesgos innecesarios. Esto incluye la atención prenatal adecuada, la preparación para el parto, el acceso a servicios de emergencia si es necesario, y el cuidado postnatal para asegurar la recuperación y el bienestar de ambos.

Según el Ministerio de Salud de Perú (MINSA)

Minsa (2019) parto seguro es un enfoque que busca garantizar que el parto se realice en un entorno seguro y adecuado, con acceso a servicios médicos apropiados, equipos capacitados, y la implementación de prácticas y protocolos que reducen riesgos y complicaciones para la madre y el recién nacido.

2.2.7. *Cultura quechua*

Según la UNESCO

UNESCO (2003), cultura quechua comprende el patrimonio cultural de los pueblos quechuas, que abarca una rica herencia de conocimientos ancestrales, lengua, artes, prácticas agrícolas, y sistemas de organización comunitaria. Esta cultura se basa en una cosmovisión que resalta la conexión con la tierra y la naturaleza, y se manifiesta en tradiciones orales, rituales y festividades.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI)

INEI (2018) cultura quechua es el conjunto de elementos culturales y sociales que identifican a los pueblos indígenas quechuas, incluyendo su lengua, prácticas tradicionales de subsistencia como la agricultura y la ganadería, organización comunitaria y un sistema de valores basado en la relación armoniosa con el entorno natural.

2.2.8. *Barreras Lingüísticas*

Las barreras lingüísticas se refieren a las dificultades en la comunicación que enfrentan las personas que no comparten el mismo idioma o que “tienen diferentes niveles de competencia lingüística, lo que puede afectar negativamente la calidad de la atención de salud y el acceso a servicios.” (OMS & OPS, 2023)

2.2.9. Barreras Culturales

Betancourt, et al. (2003) señala:

barreras culturales en el contexto de la salud son obstáculos que impiden la comprensión y la cooperación entre pacientes y proveedores de salud debido a diferencias culturales. Estas barreras pueden incluir diferentes creencias sobre la salud y la enfermedad, prácticas tradicionales de cuidado, y actitudes hacia los servicios de salud. (Pg. 68)

2.2.10. Asimetrías y relaciones de poder

Foucault (1978), un fenómeno distribuido y relacional, en lugar de una entidad centralizada que se ejerce en las prácticas y relaciones cotidianas, las asimetrías de poder son mantenidas y reproducidas a través de la disciplina y la normalización en diferentes contextos sociales. Este enfoque ofrece una comprensión más matizada y compleja de cómo el poder opera en la sociedad. El poder es una red de relaciones y prácticas que se ejerce en múltiples niveles de la sociedad, desde las instituciones hasta las interacciones cotidianas. No es una entidad fija o concentrada en un solo lugar, sino que se difunde y se reproduce a través de una serie de mecanismos y prácticas que moldean y regulan la conducta humana.

2.2.11. Conocimiento legítimo y científico

Popper (1959), el conocimiento científico se define por su capacidad para ser sometido a pruebas empíricas y ser refutado, con la falsabilidad como criterio clave para distinguirlo del no científico. Para ser considerado científico, una teoría debe poder ser contradicha por observaciones o experimentos. El conocimiento legítimo en la ciencia se adhiere a la metodología científica, formulando y probando hipótesis de manera rigurosa. Por otro lado, los conocimientos culturales son válidos dentro de sus contextos específicos y tienen valor en términos de comprensión y

experiencia, pero no se someten a las mismas pruebas empíricas rigurosas que el conocimiento científico.

2.2.12. *Coproducción de conocimiento intercultural*

En "El fin del imperio cognitivo", Boaventura de Sousa Santos critica el dominio del conocimiento científico occidental en el contexto de la globalización, argumentando que este paradigma excluye y marginaliza otros sistemas de conocimiento. La pluralidad epistémica que valore saberes de diversas culturas, sosteniendo que esta diversidad puede enriquecer el conocimiento global y ofrecer soluciones más equitativas a problemas globales. “Además, la globalización ha intensificado la concentración del poder y el conocimiento, perpetuando desigualdades en la producción y el acceso al conocimiento.” (de Sousa Santos, 2009)

2.2.13. *Mediación intercultural*

En "La multiculturalidad y el paradigma de la justicia global", Boaventura de Sousa Santos propone que la mediación intercultural es esencial para resolver conflictos entre diferentes sistemas de justicia, permitiendo el diálogo y la colaboración entre comunidades con cosmovisiones y sistemas legales diversos. Critica el universalismo jurídico occidental y aboga por una integración de sistemas de justicia que reconozca y valore la diversidad cultural, especialmente los sistemas de justicia de las comunidades indígenas. “La mediación intercultural se presenta como una herramienta clave para promover la inclusión y construir una justicia global más equitativa.” (de Sousa Santos, 2009)

La mediación intercultural debe adaptarse para abordar eficazmente los conflictos entre culturas indígenas y dominantes en América Latina. Destaca que es crucial respetar y valorar la diversidad cultural de los pueblos indígenas, integrando sus perspectivas y prácticas en el proceso de mediación. La autora aboga por métodos de mediación culturalmente sensibles que empoderen

a las comunidades indígenas, asegurando que sus voces y sistemas de justicia sean representados. “Ruiz también explora los desafíos y oportunidades en la mediación intercultural, promoviendo un enfoque inclusivo que no solo resuelva conflictos, sino que también fortalezca las relaciones interculturales y fomente el entendimiento mutuo.” (Ruiz, 2016)

2.3. Antecedentes de Investigación o Estado del Arte

2.3.1. Internacional

Nevado Llopis (2013) en su investigación sobre comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva, el objetivo principal fue proponer un conjunto de acciones innovadoras para incrementar la eficacia de la comunicación entre profesionales de la salud y usuarios. Este enfoque busca mejorar la calidad de atención dirigida a mujeres embarazadas, gestantes y en posparto, considerando su diversidad lingüística y cultural. El estudio, a través de su aplicación práctica, aspira a sentar las bases para futuros procesos de transformación en este campo. Entre las conclusiones más relevantes, se destaca la necesidad de establecer una denominación precisa para los intérpretes de servicio público y los mediadores lingüístico-culturales. Esta clarificación contribuiría a reducir la ambigüedad en sus roles, evitando que asuman funciones que no corresponden a su labor específica.

Fernandez (2025) investigación está centrada en la competencia intercultural en los servicios sociales comunitarios, cuyo objetivo principal fue evaluar el nivel de responsabilidad intercultural de los profesionales en los centros de atención. El estudio buscó proponer recomendaciones para fortalecer las competencias interculturales de estos profesionales, con el fin de mejorar su capacidad para establecer relaciones efectivas con usuarios extranjeros. Entre las conclusiones, se destaca que la realidad actual, marcada por una creciente diversidad cultural,

exige que los profesionales desarrollen nuevas habilidades. Estas competencias son esenciales para brindar respuestas adecuadas y adaptadas a las necesidades de una sociedad multicultural.

Xin (2016) investigación relacionada con la interacción entre la comunicación intercultural y la didáctica en el aprendizaje del idioma chino por parte de estudiantes españoles. Este estudio se enfoca en el contexto social en el que los españoles aprenden chino, con el objetivo general de explorar e identificar cómo interactúan la comunicación intercultural y los métodos didácticos empleados en las clases de idiomas (español-chino). La conclusión a la que se llegó es que la comunicación ha dejado de ser un tema exclusivo de la lingüística para convertirse en un fenómeno global presente en diversos campos, el cual influye directamente en las personas y sus relaciones sociales. Desde la perspectiva de la psicología, que aborda los patrones de conducta; desde la sociología, que analiza los procesos de consenso social; y desde la antropología y la lingüística, este trabajo presenta y examina de manera integral la comunicación entre culturas.

2.3.2. *Nacional*

Alayza (2017) investigación sobre la política de igualdad de oportunidades: posibilidades y límites para las mujeres indígenas. El objetivo general de este estudio fue analizar las dimensiones de la discriminación y exclusión que enfrentan las mujeres indígenas en el marco de la política de igualdad de oportunidades del Estado peruano. Entre las conclusiones, se destaca que, si bien se promovieron demandas feministas a través de organismos internacionales de derechos humanos y sus representaciones en Perú, el Estado no respondió adecuadamente a las necesidades específicas de las mujeres indígenas, pertenecientes a sectores vulnerables. La investigación señala que las decisiones estatales deben considerar la complejidad de esta realidad para ser efectivas. Asimismo, el estudio examinó los sistemas y las barreras estructurales que dificultan el acceso de las mujeres indígenas a oportunidades equitativas.

Velarde (2012) la investigación titulada "Las parteras sí saben, son importantes, solo que están olvidadas" aborda el rol de las parteras en los Andes peruanos. Su objetivo principal es analizar las condiciones en las que se desenvuelven y su papel dentro del sistema formal de salud en la zona andina del sur, considerando las actitudes conflictivas de los trabajadores de salud, su desempeño y el impacto que generan en la población. El estudio se centra en la región de Ayacucho como lugar de análisis. Entre las conclusiones a las que ha llegado esta investigación, se destaca que las parteras operan y atienden tanto en áreas rurales como urbanas, y que los usuarios demandan sus servicios debido a la necesidad de su labor. Por otro lado, los trabajadores de salud enfrentan estrés al involucrarse en discusiones interculturales que no se reflejan en sus intervenciones. En este contexto, las parteras son el eslabón más débil y vulnerable del sistema andino de salud, incluso más que otros actores como curanderos y quiroprácticos, debido a su condición de mujeres y, en muchos casos, de analfabetismo. Además, las parteras realizan actividades que responden a uno de los indicadores más sensibles para medir la salud de las personas y el desarrollo del país: la atención a la maternidad. Compiten y se enfrentan a los conocimientos académicos con su saber práctico, pero esta rivalidad se desarrolla en un marco de poder desproporcionado, injusto y desigual. El sistema oficial de salud monopoliza la atención médica, desplazando y persiguiendo a las parteras. Si esta situación persiste, los Andes peruanos podrían quedarse sin parteras en la próxima generación, lo que dejaría a las mujeres quechuas andinas sin guías que las acompañen durante el embarazo y el parto. Esto no solo significaría la pérdida de un conocimiento milenario, sino también un vacío en la salud femenina del ámbito rural.

2.3.3. *Regional*

Choquenaira (2016) investigación sobre el proceso educativo que se desarrolla en estas zonas se lleva a cabo de manera aislada de la sociedad. Esto no solo ocurre porque la cultura y otras instituciones no intervienen en dicho proceso, sino también porque sus actividades no están alineadas con los objetivos educativos. La educación brindada por el Estado, aunque involucra a actores clave como estudiantes, docentes y la comunidad, enfrenta el desafío de la baja participación de los padres en la formación y crianza de sus hijos. Este problema incide significativamente en el inadecuado logro educativo de los estudiantes, lo que refleja la necesidad de fortalecer el vínculo entre la familia y la escuela para mejorar los resultados académicos.

Araoz (2017) Estudio enfocado en los factores que actúan como barreras para la percepción de los mensajes de comunicación audiovisual dirigidos a la prevención y reducción de la anemia ferropénica en gestantes y madres con hijos de 6 a 36 meses en la región de Cusco. El objetivo principal fue identificar los elementos que dificultan la comprensión de los mensajes visuales, radiofónicos y audiovisuales diseñados para prevenir y reducir esta condición. La investigación se basó en enfoques empírico-analíticos, fenomenológicos y métodos críticos. Entre las conclusiones más relevantes se destaca que la anemia persiste debido al desconocimiento de la enfermedad por parte de los cuidadores. Asimismo, se evidenció que los materiales comunicacionales se elaboran con fines institucionales más que estratégicos, lo que limita su efectividad, sumado al uso de medios inadecuados para la difusión. Finalmente, se concluyó que la consejería nutricional es la estrategia más efectiva para promover el consumo adecuado de hierro en la población.

CAPÍTULO III

Hipótesis y Variables

3.1. Hipótesis

3.1.1. *Hipótesis General*

Existe relación positiva entre la comunicación intercultural y la educación para la salud como complemento al parto seguro en mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.

3.1.2. *Hipótesis Específicas*

- a. Existe relación directa entre la adaptación cultural del mensaje y la educación para salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.
- b. Existe relación significativa entre la negociación de significados y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.
- c. Existe relación directa entre la construcción de identidades y educación para la salud complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.
- d. Existe relación significativa entre las relaciones de poder y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.

3.2. Identificación de Variables e Indicadores

3.2.1. Variables

VI. La comunicación intercultural

VD. Educación para la salud

3.2.2. Dimensiones

D1. Adaptación cultural del mensaje

D2. Negociación de significados.

D3. Construcción de identidades.

D4. Relaciones de poder

D5. Comportamientos saludables

D6. Actitud de autoevaluación

D7. Aprobación de práctica.

D8. Aprendizaje social.

3.2.3. Indicadores

1. Uso de lenguaje adaptado.
2. Presencia de traductores culturales.
3. Integración de tradiciones locales en la comunicación.
4. Claridad en la explicación de procedimientos médicos.
5. Reconocimiento de creencias culturales.
6. Negociación de prácticas de parto.
7. Co-creación de planes de parto.
8. Adaptación de los contenidos educativos.
9. Autoidentificación cultural.

10. Percepción de su identidad en el contexto de salud.
11. Reconocimiento de prácticas culturales.
12. Sentido de pertenencia.
13. Percepción de equidad en la atención
14. Influencia de la estructura social en la comunicación
15. Participación en la toma de decisiones
16. experiencias de discriminación o inclusión.
17. Observación de prácticas de parto por el personal médico.
18. Influencia de familias y parientes.
19. Modelos comunitarios de salud.
20. Formación de opiniones a través de la observación.
21. Evaluación de resultados de prácticas de salud
22. Reflexión sobre experiencias previas
23. Análisis de información educativa recibida
24. Autoevaluación de habilidades y conocimientos apoyo y castigo social.
25. Refuerzos positivos recibidos
26. Consecuencias negativas por no seguir recomendaciones
27. Reacciones del personal médico
28. Percepción de apoyo y castigo social.
29. Apoyo de familiares y amigos.
30. Impacto de redes de apoyo comunitario.
31. Influencia de modelos comunitarios.
32. Recursos educativos disponibles en la comunidad.

3.3. Operacionalización de Variable

Tabla 1

Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Comunicación Intercultural	La Teoría del Interaccionismo Simbólico aplicada a la comunicación intercultural se centra en las dinámicas de poder y estructuras sociales presentes en las interacciones simbólicas. Esta teoría sostiene que las interacciones no son iguales, ya que factores como género, clase social y raza influyen en la creación e intercambio de símbolos y significados. Además, la comunicación intercultural implica la negociación de significados y sentimientos, lo que involucra la construcción de la realidad social, la importancia de los símbolos, el proceso de interpretación y la relación entre el individuo y la sociedad. (Rizo, Pech, & Vivian, 2008)	El intercambio cultural trasciende al acto de mera transmisión de información, dado que la comunicación debe ser un proceso de producción e interpretación, incluyendo muecas, mirada, postura, silencio, vestimenta, uso del lenguaje, espacio, etc. Tener en cuenta los siguientes factores: estar presente ambos los interlocutores en el espacio y el tiempo. (Cuadros , Árias, & Valencia , 2015)	D1. Adaptación cultural del mensaje.	1. Uso de lenguaje adaptado
				2. Presencia de traductores culturales
				3. Integración de tradiciones locales en la comunicación
				4. Claridad en la explicación de procedimientos médicos
			D2. Negociación de significados.	5. Reconocimiento de creencias culturales
				6. Negociación de prácticas de parto
				7. Co-creación de planes de parto
				8. Adaptación de los contenidos educativos
			D3. Construcción de identidades.	9. Autoidentificación cultural
				10. Percepción de su identidad en el contexto de salud.
				11. Reconocimiento de prácticas culturales.
				12. Sentido de pertenencia.
			D4. Relaciones de poder.	13. Percepción de equidad en la atención
				14. Influencia de la estructura social en la comunicación
				15. Participación en la toma de decisiones
				16. experiencias de discriminación o inclusión.

Educación para la salud	Sostiene que el aprendizaje ocurre no solo a través de la experiencia directa, sino también mediante la observación e imitación de modelos. Esta teoría destaca que los individuos pueden adquirir comportamientos y habilidades al observar las acciones de otros y reflexionar sobre los resultados obtenidos, integrando el refuerzo y el castigo como factores que influyen en este proceso. Bandura enfatiza la relevancia de los factores sociales y cognitivos en el desarrollo personal, mostrando que el aprendizaje es influenciado tanto por el entorno social como por los procesos mentales del observador. Esta teoría resulta clave para entender cómo las personas aprenden nuevos comportamientos y habilidades en contextos sociales y puede aplicarse eficazmente en diversos ámbitos, incluyendo los contextos interculturales. (Bandura, 1977).	Al cambiar su estilo de vida, estas personas pueden resolver y prevenir muchos riesgos de salud. A través de la educación para la salud, ayudamos a las personas a entender su modo de vida y su impacto en la salud. Lo alentamos a que tome sus propias decisiones para vivir una vida más saludable; No hay cambio obligatorio. (Organización Mundial de la Salud, 1989).	D1. Comportamientos saludables	17. Observación de prácticas de parto por el personal médico
			18. Influencia de familias y parientes	
			19. Modelos comunitarios de salud	
			20. Formación de opiniones a través de la observación	
			D2. Actitud de autoevaluación	21. Evaluación de resultados de prácticas de salud
				22. Reflexión sobre experiencias previas
				23. Análisis de información educativa recibida
				24. Autoevaluación de habilidades y conocimientos
			D3. Aprobación de prácticas.	25. Refuerzos positivos recibidos
				26. Consecuencias negativas por no seguir recomendaciones
				27. Reacciones del personal médico
				28. Percepción de apoyo y castigo social
			D4. Aprendizaje Social	29. Apoyo de familiares y amigos
				30. Impacto de redes de apoyo comunitario
				31. Influencia de modelos comunitarios
				32. Recursos educativos disponibles en la comunidad

CAPÍTULO IV

Metodología

4.1. Ámbito de estudio: localización política y geográfica

4.1.1. Geografía

4.1.1.1. Ubicación y Limites

El trabajo de estudio realizado está ubicado en la comunidad de Inkacancha Yanacocha del distrito de Marcapata de la provincia de Quispicanchi - departamento del Cusco.

Límites

- Al Este, limita con el distrito de Quincemil y la provincia de Carabaya en Puno.
- Al Oeste, colinda con el distrito de Ocongate en la provincia de Quispicanchi.
- Al Norte, está limitado por el distrito de Qosñipata en la provincia de Paucartambo.
- Al Sur, tiene como límite el distrito de Sicuani en la provincia de Canchis.

Figura 1

Ubicación del distrito de Marcapata



Nota: El distrito de Marcapata está en límites con dos departamentos Puno y Madre de Dios

4.1.1.2. Acceso

El acceso al distrito de Marcapata se realiza por vía terrestre a través de la carretera Interoceánica Sur. Desde la ciudad de Cusco, el camino más directo es por la vía asfaltada que conecta Cusco con Urcos, pasando por Ccatcca, Ocongate, Tinke, hasta llegar a Marcapata, en un recorrido de aproximadamente 250 km, que toma alrededor de 4 horas.

4.1.1.3. Extensión y Altitud

El territorio de Marcapata se extiende por 1 687,91 km², abarcando varias regiones naturales. La capital del distrito, Marcapata, se encuentra a 3 766 metros sobre el nivel del mar, lo que refleja su variada geomorfología, que va desde la zona cordillerana hasta la selva.

4.1.2. Población de Marcapata

La población de Marcapata, según el censo del INEI de 2007, era de 4,520 habitantes, pero en 2017 disminuyó a 4,289. Este descenso de 231 personas puede explicarse por la migración de los jóvenes hacia la ciudad en la última década.

4.1.3. Organización Política y Civil

4.1.3.1. Comunidades de Marcapata

Marcapata está políticamente organizada en nueve comunidades campesinas:

- Qollasuyo
- Huaracconi
- Inkacancha Yanacocha
- Marcapata Collana
- Puyca
- Sahuanccay
- Socapata
- Unión Araza
- Yanacancha

4.1.3.2. Comunidades y sus Sectores

- Marcapata Collana incluye los sectores: Cachicachi, Huiscachani, Thuncus, Accosiri, Chumpi, Huayllapata, Lacco y Pucapuca.
- Puyca abarca los sectores: Coline y su anexo Quechapampa y Huayllayoc.

- Sahuanccay comprende: Canimaco, Qanccalaya, Canchapata, Chiquis, Pharina, Layampampa y Huancarayoc.
- Unión Araza está formada por: Ttio, Mamabamba, Chaupichaca, Capire y San Miguel.
- Incacancha y Yanacocha integran: Kirakira, Incacancha, Condeña, Oqoruro y Chuñuani.
- Socapata se divide en: Machaqmarca, San Lorenzo, San Isidro y Kusaupata.
- Qollasuyo cuenta con los sectores: Sayapata, Chillimocco, Tillpa y Qolqapampa.
- Yanacancha incluye: Yanatturo, Qachuwayqo, Sondoruyoc y Toctopata.
- Huaracconi limita con el distrito de Corani, en Puno.

4.1.3.3. Organizaciones Civiles y Políticas

En Marcapata existen varias organizaciones sociales y políticas:

- Frente de Defensa de los Intereses de Marcapata.
- Central Única de Rondas Campesinas de Marcapata.
- Asociación de Productores de Rocoto.
- Asociación de Criadores de Alpaca.

4.1.3.4. Instituciones Públicas, ONG y Empresas Privadas

- Puesto de Salud Marcapata e Incacancha.
- Coordinación de Educación de UGEL Quispicanchi.
- Policía Nacional del Perú.
- Parroquia San Francisco de Asís.
- Programas sociales como Juntos (MIDIS), Qali Warma y Cuna Más.
- ONG Pachamama Raymi.

- Empresa privada IRSSA Sur – Odebrecht.

4.1.4. *Economía Local*

La diversidad geográfica de Marcapata influye profundamente en sus aspectos económicos, sociales y culturales. En el ámbito económico, el suelo fértil desempeña un papel crucial en la alimentación de sus habitantes y en sus ingresos. Las tierras más productivas se encuentran en las zonas bajas y medias, favoreciendo una variedad de cultivos. Sin embargo, en las zonas más altas, el monocultivo, particularmente de papa, predomina. Esto lleva a que algunas familias basen casi exclusivamente su dieta en este tubérculo, consumiéndolo en desayuno, almuerzo y cena.

La agricultura es la actividad predominante en las comunidades de Marcapata, con un 82% de la población que la considera su principal fuente de ingresos económicos, seguida en importancia por la actividad ganadera.

Tabla 2

Principales Actividad económica

	Marcapata	Camanti	Total	Marcapata	Camanti	Total
Agricultura	45	15	60	82%	100%	86%
Pecuaria	8	0	8	15%	0%	11%
Comercio	1	0	1	2%	0%	1%
Otros	1	0	1	2%	0%	1%
Total	55	15	70	100%	100%	100%

Nota. Datos tomados del Diagnóstico Socioeconómico para Área de Conservación Regional ACR-Marcapata (2018).

4.1.4.1. **Actividad económica que genera mayores ingresos**

En Marcapata, un 66% de la población considera que la agricultura es la actividad que proporciona los mayores ingresos económicos familiares a través de sus excedentes. La actividad pecuaria se reconoce como la segunda fuente de ingresos en importancia.

Actividad económica que genera mayores ingresos

Tabla 3

Actividad económica que genera mayores ingresos

	Marcapata	Marcapata
Agricultura	35	66%
Pecuaria	15	28%
Comercio	2	4%
Otros	1	2%
Total	53	100%

Nota. Datos tomados del Diagnóstico Socioeconómico para Área de Conservación Regional ACR-Marcapata (2018).

4.1.5. Salud.

4.1.5.1. Acceso a Servicios de Salud

En el distrito de Marcapata la población cuenta con dos lugares de atención en salud.

00002535 establecimiento de salud de Marcapata. Está ubicado en la misma pequeña ciudad de Marcapata, que atiende al 90 % de la población usuario de los servicios de salud. Según el sistema de Susalud, la posta de Marcapata tiene categoris (I-2). Ubigeo: Norte -13.59198836 Este -70.97365724

00007110 Establecimeinto de salud de Incacancha. Está situado en la comunidad campesina Incacancha Marcapata Quispicanchi/ activo, en una altitud de 5200 m.s.n.m. Según el sistema de Susalud, la posta de Inkacancha tiene categoría (I-1). Ubigeo: Norte -13. 69439 Este -70.81288167

4.2. Tipo y Nivel de Investigación

4.2.1. Tipos de Investigación según su Propósito

Los tipos de investigación se dividen en dos según su propósito: aplicada y pura o básica. La primera se orienta a resolver problemas prácticos y a aplicar conocimientos teóricos en

situaciones reales. En tanto, la investigación pura o básica se enfoca en aumentar el conocimiento teórico sobre un fenómeno sin buscar aplicaciones inmediatas. Existen subtipos como exploratoria, descriptiva, correlacional, explicativa y predictiva. (Arbaiza Fermini, 2023). En esta ocasión, la investigación fue de tipo pura o básica, dado que mi objetivo es encontrar la correlación entre comunicación intercultural y educación para la salud.

4.2.2. *Tipos de Investigación según el Enfoque*

La investigación, según su enfoque, puede clasificarse en cuantitativa y cualitativa. La investigación cuantitativa utiliza datos numéricos y métodos estadísticos para analizar fenómenos, lo que permite realizar generalizaciones a partir de muestras. En cambio, la investigación cualitativa se centra en la comprensión de fenómenos a través de datos no numéricos, como entrevistas y observaciones, con el fin de profundizar en los significados y contextos. Barranquero & Eiroa (2017)

El presente trabajo de investigación científica fue de tipo mixto, un enfoque metodológico que combina elementos tanto de los enfoques cualitativo como cuantitativo dentro de un mismo estudio. Su objetivo es aprovechar las fortalezas de ambos enfoques para obtener una comprensión más completa y profunda del fenómeno del proceso de parto de las mujeres quechuas. Al integrar estas dos perspectivas, se logra un análisis más enriquecido, donde los datos cualitativos pueden ayudar a contextualizar los resultados cuantitativos, y viceversa.

4.2.3. *Tipos de Investigación según su Diseño*

La investigación experimental manipula variables en condiciones controladas para observar sus efectos y establecer relaciones de causa y efecto. En contraste, la investigación no experimental no interviene ni manipula las variables, sino que se enfoca en observar fenómenos en su contexto natural, incluyendo estudios descriptivos y correlacionales. (Arbaiza Fermini,

2023). El presente estudio fue de tipo no experimental porque no se requiere manipular variables, sino observar y analizar el fenómeno tal como ocurre, lo que permitirá obtener una visión más realista y contextualizada sin alterar las condiciones naturales del entorno estudiado.

4.2.4. *Tipos de Investigación según su Temporalidad*

Por su temporalidad, la investigación es de tipo transversal o sincrónica, dado que el estudio de los fenómenos se realizó en un solo momento del tiempo o en un período breve, sin la intención de observar cambios o evoluciones en distintos momentos. En cambio, la investigación longitudinal o diacrónica se caracteriza por observar el objeto de estudio, fenómenos o sujetos durante un período prolongado, en diferentes momentos, con el propósito de identificar cambios, tendencias o efectos en el tiempo. En este caso, el estudio fue de tipo transversal, ya que se enfocó en analizar el fenómeno en un momento específico, recolectando datos en un único punto temporal, sin necesidad de evaluar transformaciones a lo largo del tiempo.

4.2.5. *Nivel de investigación*

Correlacional

La investigación correlacional tuvo como propósito identificar y analizar la relación entre dos o más variables sin manipularlas, es decir, se buscó determinar si existía una asociación entre ellas y en qué medida se relacionaban, sin establecer una causalidad directa. Este tipo de estudio observó cómo las variables variaban conjuntamente, lo que permitió comprender mejor las conexiones entre los fenómenos analizados. (Marroquin Peña, 2012).

En el estudio, se analizó la relación entre las variables Comunicación Intercultural y Educación para la Salud, tomando como unidad de análisis los partos de mujeres quechuas. La investigación fue de tipo correlacional ya que tuvo como objetivo explorar si existía una relación significativa entre la comunicación intercultural y la educación para la salud en el contexto de los

partos en esta población, sin intervenir en las variables. Este enfoque permitió identificar patrones y asociaciones entre la forma en que se comunicaban las prácticas culturales y la efectividad de la educación en salud durante los partos de las mujeres quechuas, proporcionando una comprensión más detallada de la interacción entre estos factores.

4.3. Unidad de Análisis

La unidad de análisis es el objeto, individuo, grupo o entidad sobre el que se recopilan y analizan los datos, y del cual se obtienen las mediciones de las variables que se van a estudiar. Es, en esencia, lo que se observa y sobre lo que se busca establecer relaciones entre las variables. Puede variar dependiendo del estudio, y puede ser un individuo, una organización, una comunidad, un evento, entre otros. La elección de la unidad de análisis es crucial, ya que determina el enfoque del estudio y la interpretación de los resultados. (Marroquin Peña, 2012)

En el presente estudio sobre Comunicación Intercultural y Educación para la Salud en los partos de mujeres quechuas, la unidad de análisis fueron las mujeres quechuas en proceso de parto. Los datos se recolectaron de ellas para medir las variables y analizar si existía una correlación entre la manera en que se daba la comunicación intercultural y los resultados de la educación para la salud en ese contexto.

Tabla 4

Unidad de análisis

Aspectos a Estudiar	Descripción
<ul style="list-style-type: none"> • Prácticas Culturales en el Parto • Atención Médica Durante el Parto • Comunicación Intercultural 	<ul style="list-style-type: none"> • Costumbres y tradiciones quechuas relacionadas con el proceso de parto. • Evaluación de la calidad de la atención brindada por el personal de salud durante el parto. • Interacción entre el personal de salud y las mujeres quechuas, considerando barreras idiomáticas y culturales.

<ul style="list-style-type: none"> • Educación para la Salud • Satisfacción de la Mujer • Complicaciones del Parto • Acceso a Servicios de Salud • Resultados Materno-Neonatales • Actitud del Personal de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del conocimiento proporcionado a las mujeres quechuas sobre el proceso de parto y el autocuidado posterior. • Grado de satisfacción de las mujeres quechuas con la atención médica recibida durante el parto. • Presencia de complicaciones antes, durante o después del parto, en relación con la atención recibida. • Evaluación del acceso de las mujeres quechuas a los servicios de salud durante el embarazo y el parto. • Evaluación de los resultados de salud tanto para la madre como para el recién nacido tras el parto. • Percepción y actitud del personal médico hacia las costumbres y necesidades de las mujeres quechuas.
--	---

4.4. Población de Estudio

Las mujeres quechuas usuarias de la posta de Incakancha, situadas en la comunidad de Incakancha Yanacocha, en el distrito de Marcapata, provincia de Quispicanchi, departamento de Cusco. La comunidad tiene una población de alrededor de 200 familias, según el censo del INEI 2017. Según el registro de atenciones de la posta de Incakancha, las madres gestantes que se atienden son aproximadamente 20, y en total, hay alrededor de 90 mujeres en edad de ser madres. Por lo tanto, la población de estudio consiste en 90 mujeres quechuas en edad de ser madres.

4.5. Tamaño de Muestra

El número total de mujeres quechuas usuarias de la posta de Incakancha es de 90. Para determinar el tamaño de la muestra, se optó por la técnica de muestras probabilística aleatoria estratificada. Dada la realidad de la población de estudio, que es heterogénea en su composición, existen estratos y subgrupos que deben asegurarse de que la población de estudio esté debidamente representada en el grupo de muestra, puesto que las preferencias y el rechazo al servicio de la posta de salud varían entre diferentes grupos de mujeres. La técnica de muestreo aleatorio estratificado

consiste en agrupar a los miembros de la población en pequeños grupos y estratos. Al momento de seleccionar los elementos de la muestra, se debe asegurar que cada subgrupo esté representado en la población de la muestra. (Barranquero & Eiroa, 2017)

Entre las mujeres quechuas usuarias de la posta de Incakancha, se identifican tres subgrupos por edad: jóvenes, adultas y adultas mayores. Además, otro subgrupo se clasifica según la distancia al centro de salud, en cerca, medianamente cerca y lejano. Como resultado, se concluye que hay seis subestratos identificados. A continuación, se presenta un cuadro de caracterización de los subgrupos, a partir del cual se determinó que el tamaño de la muestra está compuesto por 27 mujeres quechuas usuarias de la posta de Incakancha.

Tabla 5

Tamaño muestral por técnica aleatorio estratificado

SUB GRUPOS	Viven cerca a la posta (a menos 30 minutos a pie)	Mediamente cerca (vive al pie de la carretera de 30 a 60 min en moto)	Lejos (vive lejos de la carretera, más de 1 hora a pie)
• Jóvenes (15 a 25 años)	3	3	2
• Adultas (26 a 40 años)	2	6	5
• Adulto mayor (40 años a más)	2	2	2
TOTAL: 27	7	11	9

4.6. Técnicas de Selección de Muestra

Existen técnicas de muestreo probabilísticas y no probabilísticas.

4.6.1. *Muestreo Probabilístico o al azar*

Para la recolección de datos bajo el enfoque **cuantitativo**. En este caso, se realizó la selección mediante la **técnica de muestreo aleatorio estratificado**. Con esta técnica, se identificó los estratos y subgrupos de unidades analíticas, que se dividen en: edad, nivel de educación y nivel socioeconómico.

4.6.1.1. Aleatorio Estratificado

Se identifica los estratos o niveles de grupos de referencias entre elementos de una misma población de estudio para extraer y considerar muestras de ellos (los estratos se definen como pequeños grupos de unidades analíticas que difieren en sus características analizadas). La estratificación implica en diferencias y características como la edad, el género y el nivel socioeconómico. y en cada uno de estos estratos realizamos un muestreo aleatorio simple de tamaño. (Barranquero & Eiroa, 2017).

En la presente investigación se identificó estratos o sub grupos entre la población de mujeres quechuas y se seleccionó representantes de cada sub población.

4.6.2. *Muestreo No Probabilístico*

Selección de muestra para la recolección de datos bajo el enfoque **cualitativo**. En este caso se hizo la selección mediante la técnica de muestra **no probabilístico intencional**.

4.6.2.1. No Probabilístico Intencional

Puede seleccionar experiencias características en la población y mantener la muestra solo a esos casos. Se utiliza en casos donde la población varía mucho y la muestra construida es muy pequeña. Por ejemplo, de todos los temas, elija el mejor para que su equipo de estudio investigue. Este tipo de selección requiere buen nivel de experiencia de investigador. (Barranquero & Eiroa,

2017). En este caso de estudio para obtener datos de campo de tipo cualitativo se eligió a mujeres quechuas de manera intencional para que puedan dar su testimonio de vida.

4.7. Técnicas de Recolección de Información

Tabla 6

Técnicas de Recolección de Información

TÉCNICA	INSTRUMENTO
• Encuesta:	Cuestionario
• Entrevista.	Guía de entrevista.
- Entrevista cerrada. Para las madres quechuas e informantes claves (personas poco instruidas)	Entrevista estructurada. (Para informante clave)
- Entrevista abierta. Representantes de instituciones (personas instruidas)	Entrevista No estructurada. (Para historia de vida)
• Observación: Focalizada Directa y participante.	Guía de observación (Para describir la vivencia de las mujeres quechuas)
• Historia de Vida. Conocer la vida de una persona o grupo	Entrevista No estructurada. (Para historia de vida)
• Grupo Focal Ideas de manera espontaneas	Guía del facilitador.

4.7.1. Validación

La validez es la calidad que asegura que el análisis de los hechos o de los instrumentos utilizados para cuantificar lo que se pretende conocer es adecuado. Es decir, se deben evaluar las características específicas de las variables que se están estudiando, junto con la autenticidad, exactitud, naturalidad y confiabilidad de la prueba. (Barranquero & Eiroa, 2017) Las dos variables del instrumento se validan con base en la evaluación de tres expertos. (Ver anexo 6: validación de instrumentos).

4.7.2. *Fiabilidad*

La confiabilidad se refiere a la verificación de cuán honesto, robusto, relevante o seguro es el instrumento desarrollado. Al utilizar técnicas de medición, la puntuación observada de una variable es igual a la puntuación real más el margen de error. (Abarzúa, 2018) para este trabajo de estudio se aplicó la prueba piloto de 20 mujeres quechuas usuarios de la posta de Incacancha, individuos distintos a la población muestra, sin embargo, tienen las mismas características representativas. (Ver anexo 7)

4.8. Técnicas de Análisis e Interpretación

4.8.1. *Técnica de análisis bajo el enfoque cuantitativo*

En este estudio se utilizó el análisis de datos descriptivos también inferencial. Para el análisis de los datos descriptivos (Barranquero & Eiroa, 2017) con el uso de Microsoft Excel para ambos instrumentos, la información se obtuvo de acuerdo a las dimensiones evaluadas en las tablas y diagramas conteniendo las cifras que se obtuvieron, y para el procesamiento inferencial, los datos recopilados fueron analizados con software estadístico. Proceso SPSS 25 (IBM, EE. UU.) dado que las variables utilizadas fue ordinales, se realizaron los análisis de inferencia mediante pruebas no paramétricas y se utilizó coeficiente de Pearson en la prueba de hipótesis y validar relaciones de las variables investigadas.

Deductivo.

El análisis parte de inferir, desde una perspectiva general, hacia cualidades más particulares. Está conformado por la estadística descriptiva y la estadística inferencial.

4.8.2. *Técnica de análisis bajo el enfoque cualitativo*

Consiste en separar los elementos básicos de la información y examinarlos con el propósito de responder las distintas cuestiones planteadas en la investigación.

Inductivo.

Inferir a partir de las premisas particulares para llegar a una conclusión general. Es decir, atribuir las cualidades y características particulares a la generalidad. Reducción y categorización de la información.

Clarificar, sintetizar y comparar.

4.9. Técnicas para demostrar la Verdad o Falsedad de las Hipótesis Planteadas

En la presente investigación correlacional, se utilizó la prueba de hipótesis para evaluar las relaciones entre variables.

4.9.1. Prueba de Correlación de Pearson

Esta prueba se utiliza para medir la fuerza y dirección de la relación lineal entre dos variables cuantitativas.

Hipótesis nula (H0): No hay correlación entre las variables ($\rho = 0$).

Hipótesis alternativa (H1): Existe una correlación entre las variables ($\rho \neq 0$).

4.9.2. Prueba de Correlación de Spearman

Utilizada cuando las variables no cumplen con los supuestos de normalidad o cuando son ordinales. Evalúa la relación entre dos variables mediante rangos.

Hipótesis nula (H0): No hay correlación entre las variables ($\rho = 0$).

Hipótesis alternativa (H1): Existe una correlación entre las variables ($\rho \neq 0$).

4.9.3. Análisis de Regresión

Aunque se usa principalmente para estudios de causalidad, también se aplica en investigaciones correlacionales para predecir el valor de una variable dependiente a partir de una o más variables independientes.

Hipótesis nula (H0): Los coeficientes de regresión son iguales a cero (no hay efecto).

Hipótesis alternativa (H1): Al menos uno de los coeficientes de regresión es diferente de cero (hay efecto).

4.9.4. Pruebas de Chi-Cuadrado

Se utiliza para evaluar la relación entre dos variables categóricas. Permite determinar si las distribuciones de las variables son independientes.

Hipótesis nula (H0): Las variables son independientes.

Hipótesis alternativa (H1): Las variables no son independientes.

CAPÍTULO V

Resultados y Discusión

5.1. Procesamiento, Análisis, Interpretación y Discusión

5.1.1. *Procesamiento Cualitativo*

Herramienta para transcripción: Las entrevistas grabadas se han transcrito con ayuda de sitio web "Otranscribe" (<https://otranscribe.com>) para convertir los audios en texto.

Códigos para representar expresiones: Asimismo, se utilizó la técnica de transcripción de Jefferson (Convenciones) para convertir las grabaciones de audio en texto. Esta técnica proporciona símbolos capaces de representar las múltiples expresiones lingüísticas y no lingüísticas de los entrevistados para asegurar convertir en texto las múltiples expresiones.

Técnica del grillado codificación y agrupación: La técnica del grillado permite agrupar y codificar, clasificar y sistematizar los materiales de campo de acuerdo a las dimensiones de la investigación, relacionando los registros de cada informante y su reproducción verbal agrupándolos con las Variables, dimensiones e indicadores, pero principalmente se agrupa según las dimensiones.

5.1.2. *Procesamiento Cuantitativo*

Los materiales de campo obtenido mediante los instrumentos de recolección cuantitativo se procesaron con SPSS y Excel 2010. A partir del contenido de cada encuesta, se utilizó el software y el paquete estadístico especificados para procesar la información cuantitativa de la encuesta. Se prepararon tablas y gráficos; Además, son el medio de presentación de datos obtenidos a partir de la publicación de datos.

5.1.3. *Análisis e Interpretación Cualitativo*

Descripción de los hallazgos del estudio

5.1.3.1. Comunicación Intercultural y Educación para la Salud como Complementos

a. Técnicas de la medicina andina que las mujeres quechuas valoran

La señora (V.B) relata:

Durante mi estancia en la casa materna, tuve complicaciones durante el parto con la atención del personal de la posta. Ante esta situación, llamaron al partero Honorato Flores, quien me realizó el "suysusqa" o manteado, logrando reacomodar a mi bebé que estaba en posición cruzada. Gracias a esta intervención, pude dar a luz sin necesidad de una cesárea. (Señora V.B. madre de tres hijos)

La técnica de salud de Incacancha, comparte su testimonio sobre el conocimiento de algunos parteros y sus habilidades para calcular la fecha probable de parto y la posición fetal. Ella menciona.

Esta señora va a dar a luz el día veinte; no va a pasar del veinte, dijo, y se cumplió". Esto resalta la experiencia y precisión de los parteros en la comunidad, quienes pueden prever el momento del parto basándose en su conocimiento y observación. I.M. también enfatiza cómo la habilidad de los parteros para identificar la posición fetal es crucial para el bienestar de las gestantes. (Técnica I. M. personal de salud y madre).

Su testimonio refleja un profundo entendimiento cultural sobre el proceso del parto, que se basa en la experiencia acumulada y en la observación de las mujeres que han dado a luz en la comunidad. Este conocimiento tradicional complementa las prácticas modernas de atención al parto.

Existen técnicas de la medicina andina más avanzadas, según las mujeres quechuas, que se evidencian en la práctica y son innegables. Cuando ellas perciben un lenguaje del personal de salud que descalifica estas técnicas, las mujeres quechuas se indignan y las defienden.

El personal técnico de Incakancha relata:

Siendo madre, tuve que visitar a una paciente gestante a una distancia de 12 km, llevando a mi bebé en brazos y caminando a una altitud de 4900 msnm. Durante el trayecto, mi bebé sufrió un malestar, y al llegar a la casa, fui atendido por la misma mujer quechua gestante, quien identificó los síntomas del "mal viento", que suele afectar a los recién nacidos. Yo llevé medicamentos para la gestante quechua, y la curación se produjo de manera recíproca y complementaria. (Técnica en salud I.M)

La complementación y adecuación del sistema de atención del parto en los establecimientos de Marcapata y Ocongate requieren una redefinición que abarque desde los conceptos e infraestructura hasta las dinámicas de interacción interpersonal entre los profesionales de salud y las mujeres quechuas. Esto debe realizarse bajo el principio fundamental de la educación para la salud y la comunicación intercultural, donde se fomenta el aprendizaje mutuo: “enseñar aprendiendo y aprender enseñando”.

La educación para la salud se presenta como una herramienta esencial para informar a las mujeres sobre los beneficios de recibir atención en el sistema de salud estatal, la cual es impartida por los profesionales de salud de Incakancha. Por otro lado, la comunicación intercultural permite a los profesionales de salud reconocer y valorar los conocimientos que poseen los comuneros de Incakancha Yanacocha de Marcapata.

5.1.3.2. La adaptación cultural del mensaje y la educación para salud

El personal de salud y las mujeres quechuas y sus limitaciones para adaptar sus formas de comunicación para superar barreras culturales y lingüísticas durante el proceso de parto. Así como la utilización de traductores, el ajuste del lenguaje y la interpretación de las normas culturales relacionadas con el parto.

Una joven madre de la comunidad de Marcapata Ccollana relata que la llevaron casi obligada a la posta de Ocongate, a pesar de que ella había advertido que aún le faltaba bastante para su fecha de parto. Se ha comunicado en quechua, pero los trabajadores de la posta no le han entendido o no quisieron hacerlo. (B.T.)

Este relato resalta las barreras comunicativas entre las mujeres quechuas y el personal de salud, lo cual puede contribuir a una experiencia negativa durante el parto. La falta de comprensión del idioma y las diferencias culturales pueden generar desconfianza y ansiedad en las pacientes. Es crucial que los profesionales de salud estén capacitados en interculturalidad y en el idioma quechua para mejorar la atención materna y fomentar un ambiente más seguro y acogedor para las mujeres.

a. Sumaqllawan – Millaywan

En cuanto a las formas de atención en salud, se observa un antagonismo entre millaywan (atención brusca) y sumaqllawan (atención suave). Durante el parto, las mujeres quechuas han identificado que la atención en las postas del estado es brusca. Cuando les hablan, a menudo les gritan por haber concebido un hijo y los tocan con fuerza, lo que genera un sentimiento de rechazo hacia la mujer quechua y también de ellas a las instituciones. El contacto brusco del personal de salud se percibe como generador de enfermedades internas. En contraste, en casa, rodeadas de sus familias, reciben una atención más cálida y empática.

5.1.3.3. La negociación de significados en el contexto del parto

La necesidad de generar condiciones para entablar acuerdos sobre prácticas de salud mediante un diálogo entre las mujeres quechuas y los profesionales de la salud para integrar los conocimientos tradicionales con los enfoques médicos modernos, promoviendo así una atención más holística. La participación activa de las parteras y el apoyo familiar son elementos clave en este proceso, ya que contribuyen a crear un entorno favorable durante el parto.

Las mujeres quechuas y los profesionales de la salud que debe ser un proceso dinámico que involucre la negociación de significados, la resolución de malentendidos y la creación de acuerdos sobre prácticas saludables, todo ello enmarcado dentro de un contexto cultural profundo y diverso, lo cual no existe. Las mujeres quechuas de Marcapata comprenden el cuidado del embarazo desde la experiencia y el conocimiento basado en el cuidado del sentir.

La señora (G.M.) relata cómo su hijo recién nacido sufrió un resfriado en las alturas de Marcapata debido a un procedimiento realizado por el personal de salud. Según su testimonio, en la posta de Layapampa, el personal de salud lo expuso a un cambio brusco de temperatura. Para la señora, esta acción fue muy peligrosa y potencialmente fatal, ya que al quitarle la ropa mientras el bebé estaba transpirando, lo expuso al clima frío de la sierra. En el contexto del significado quechua, esto equivale a exponer al recién nacido a un grave peligro.

"La enfermera le retiró la ropa al bebé, argumentando que supuestamente estaba sudando. Luego, el bebé comenzó a llorar y volteó su ojito, y su abuela exclamó: '¿Qué está pasando con mi wawa?' A pesar de nuestros esfuerzos, no logramos llevarlo con vida a la posta de Marcapata, después de haber caminado desde la posta rural."(G.M.)

La señora (D.S.) sostiene que las mujeres que han dado a luz en la posta de salud han quedado con daños internos permanentes. Esto se debe a la falta de atención, ya que han estado

expuestas principalmente al frío "maligno". Según ella, esto provoca la enfermedad conocida como "sofla", que se manifiesta como inflamación del vientre y la matriz cada vez que el cuerpo de la mujer experimenta temperaturas frías. Estos significados se construyen a partir de las experiencias y narrativas compartidas entre las mujeres. (D.S, mujer puérpera, que no está de acuerdo con tener parto en la posta de salud).

“ashwan qhaly wasinkupi onqokujqa kakushanku...postapi onqokuqtaq pasaq kakushanku qhawayusqaqa, wisankupis punkirapullantaqsi, punkirapullantaqsi... **Ahhh Yaaaa...** chiririn punkirapullantaq, q'eperukun punkirapullantaq aqna kakushanku postapi onqoqqa pasaq ...haywarapusunkiku, ashllatapis onqonki haywarapusunkiko, nispa postapi onqoqkuna willawanku, chaymi manaqa puriytaqa munakunchu. (D.S.)

La señora (E.F.) mujer quechua de Marcapata, comparte su experiencia sobre el protocolo para los partos domiciliarios.

Es importante tener agua hervida y caliente disponible, ya que es esencial que la puérpera la consuma inmediatamente después del parto. Omitir este paso podría ser fatal, ya que el cuerpo puede reaccionar con sudor frío, lo cual es un indicio de peligro que requiere atención para evitar una crisis de desequilibrio en la temperatura corporal. El agua caliente cumple la función de proporcionar calor benigno al cuerpo de la puérpera. (E.F.)

La señora (E.F.) también menciona que estar rodeada de sus familiares y miembros de la comunidad le brinda una sensación de fortaleza. Relata las diferencias entre el parto institucional y el domiciliario; en casa, invita a familiares y vecinos a acompañarla, quienes se acercan según su grado de cercanía y la necesidad de su presencia durante el parto. Generalmente, el esposo y la madre son quienes más ayudan o guían durante este proceso. En contraste, en establecimiento de salud estar rodeada de personas desconocidas le genera una sensación de soledad y abandono, que

se agrava aún más si el trato del personal de salud es frío, tosco y grotesco. (E. F.G, madre quechua de tres hijos).

En los relatos de las mujeres quechuas, el parto no se separa del proceso completo de embarazo y el cuidado del recién nacido, ya que, según relatan, estos aspectos están interrelacionados y tienen repercusiones significativas. Los significados no se limitan al plano del lenguaje, sino que se reflejan en la atención que reciben y en la que practican en casa; por lo tanto, la negociación de significados implica una negociación de la forma de interacción.

Para adecuar el mensaje a las vivencias de las mujeres quechuas no basta conocer los conceptos, sino entender la cosmovisión del cuidado del embarazo. A continuación, algunos significados.

a. Cálido – Fresco

Durante la atención a la mujer puérpera, se presta especial cuidado a la provisión de alimentos y bebidas, considerando sus propiedades de fresco y cálido. En la medicina andina, este aspecto es muy estricto; todos los alimentos y hierbas son evaluados según esta clasificación. Las mujeres quechuas están muy atentas al equilibrio entre fresco y cálido durante el parto. En las postas de salud, el componente fresco-cálido no se considera importante en los protocolos de atención, lo que genera un sentimiento de negligencia y riesgo. La señora Victoria Bedoya relata que al consumir carne de alpaca comenzó a sudar y no pudo dormir, la dieta preferida para una mujer puérpera incluye carne de cordero por ser "templada", mientras que la carne de alpaca es fresca y la carne de res es cálida.

En la medicina andina, el diagnóstico de enfermedades comienza por identificar si su origen se debe a la exposición excesiva al calor o al frío.

Las temperaturas se clasifican en cuatro:

Calor benigno: Proveniente del propio cuerpo o de fuentes naturales como mates y abrigos.

Calor maligno: Derivado de fuentes externas como el sol, el fuego.

Frío benigno: Ayuda a equilibrar la temperatura corporal.

Frío maligno: Provoca enfermedades, proveniente de agua fría, exposición a ambientes fríos o sudoración seguida de contacto con el viento.

b. Artificial – Natural

La atención en las postas de salud se considera artificial, especialmente en procedimientos como la cesárea, que puede dejar secuelas y limitar la capacidad de las mujeres quechuas para realizar sus labores agrícolas. En cambio, los partos naturales en casa permiten que el cuerpo se recupere más fácilmente, lo que facilita la continuidad en las actividades diarias. Además, los bebés nacidos por parto normal reciben beneficios inmunológicos que no obtienen los nacidos por cesárea.

c. Sensación de Soledad – Acompañado por la Familia

El parto en establecimientos de salud se asocia con sentimientos de soledad para las mujeres quechuas, quienes se sienten alejadas de su hogar y familiares. En cambio, el parto en casa es una celebración familiar. La hospitalización suele considerarse solo para casos graves, lo que aumenta la angustia emocional.

d. Intimidad Reservado – Exposición Público

Las mujeres quechuas se oponen a las palpaciones por parte del personal médico en la dilatación, expresando que no les gusta que extraños toquen y miren su intimidad. La señora Antonia de Kiraquira, de la comunidad lejana de Marcapata, enfatiza que ella prefiere un cuarto

oscuro y cerrado. Si siente que alguien la observa, la dilatación se detiene y puede complicarse. Síndrome de "reacción de caracol andino", donde se contrae toda dilatación.

e. Sudor Frío - Sudor Caliente

Para evaluar la salud del paciente sin necesidad de exámenes de laboratorio. El sudor frío ("qhutu hump'i") es una mala señal, mientras que un sudor caliente hacia los pies indica recuperación. El sudor hacia los pies es un buen indicador de mejoría, mientras que el sudor en la cabeza sugiere complicaciones. Las mujeres quechuas consideran grave negligencia quitarle la ropa a un paciente que está sudando.

f. Atención por cumplir metas – demanda de la salud pública

Los objetivos de la posta de salud se encuentran sujetas al cumplimiento de metas, si estas no están elaboradas en concordancia a la demanda social, pueden descuidar las demandas reales de atención médica, generando así un choque entre lo legal formal y la necesidad real de la salud social.

g. Enseñador – Aprendiz

La relación entre el personal de salud y las mujeres quechuas es vertical y unidireccional; el personal es experto y las mujeres quechuas deben aspirar a aprender.

h. Correcto – Equivocados

El personal de salud considera que está en lo correcto y las mujeres quechuas están equivocadas, por lo que deben alinearse con lo "correcto".

i. Ciencia – Creencia

El personal de salud categoriza todo su conocimiento como científico, mientras que las prácticas y conocimientos de las mujeres quechuas son considerados creencias y mitos, sin recibir atención adecuada durante el parto.

5.1.3.4. La construcción de identidades en el contexto del cuidado de la gestante

La comunicación intercultural desempeña un papel crucial en la construcción de identidades, tanto en las mujeres quechuas como en los profesionales de la salud. Este enfoque analiza cómo las experiencias compartidas y los procesos comunicativos influyen en la percepción que los individuos tienen de sí mismos y del otro, particularmente en el contexto del parto.

La identidad cultural se construye a partir de diversos elementos como la lengua, la religión, las etnias, las costumbres, los valores y los símbolos. Estos componentes no solo definen a un grupo social, sino que también permiten a los individuos establecer conexiones significativas con su cultura y entorno.

No es simplemente aprobar la identidad del otro, sino de afirmar el "yo cultural" del otro desde la atención en salud. Esto se valida a través de los estados vitales fisiológicos y los sentimientos de satisfacción posteriores al parto. Sin embargo, según los testimonios de mujeres quechuas, el personal del establecimiento de salud anula y descalifica constantemente los conocimientos y prácticas culturales relacionadas con el cuidado durante el embarazo y el parto. El encuentro con el otro es esencial para la interacción humana. Es a través de este proceso que los sujetos sociales adquieren una capacidad reflexiva, lo que les permite percibirse a sí mismos y construir o reinterpretar su realidad social.

Desde la perspectiva de las mujeres quechuas, la práctica de la palpación realizada por el personal de salud durante el parto genera una reacción nerviosa debido a la invasión de su intimidad. Para ellas, este acto, llevado a cabo por manos ajenas, se percibe como una agresión y no solo por su naturaleza intrusiva, sino porque les causa un impacto emocional que altera el proceso natural de dilatación. (A.H. Madre quechua)

Sin embargo, las quejas de las mujeres quechuas no se ha considerado como asunto a atender por las decisores y diseñadores de la Micro Red.

La comunicación intercultural contribuye a la construcción de identidades tanto de las mujeres quechuas como de los profesionales de salud. Se centra en cómo las experiencias compartidas y la comunicación afectan la percepción de uno mismo y del otro en el contexto del parto. La identidad cultural está compuesta por diversos elementos que incluyen lengua, religión, etnias, costumbres, valores y símbolos. Estos componentes no solo definen a un grupo social, sino que también ayudan a los individuos a establecer conexiones significativas con su cultura.

Cuando menciono "hospital", la señora muestra temor, alerta y desconfianza. Al menos eso interpreto al mirar sus ojos de frente; luego sonrío, como si no confiara en el hospital. Ella dice: "Mana noqaqa llamiyunawankutaqa munaymanchu..." (No deseo que me toquen). Expresa su condición: "Ahhhh, MANAPUNI WAQ RUNA LLAMIYUNAWANTAQA MUNAYMANCHU ¿imanaqtincha?... chiya:::: anch'iynata q'apisunkiko chiya:::" (Señora D.S. madre de dos niños)

Las mujeres quechuas han identificado varios riesgos en los establecimientos de salud.

Las mujeres con parto domiciliario nos alimentamos con comida sin sal, pero rica en proteínas de origen animal. La carne debe ser intermedia: ni fresca como la de alpaca ni cálido como la de res; debe ser adecuada (templada), como la carne de cordero. (V.S.)

Estas consideraciones son de estricto cumplimiento, y su omisión en la posta constituye una falta contra la salud. La señora Delfina no está de acuerdo con el frío en el ambiente del parto ni con la falta de disponibilidad de alimentos adecuados para la puérpera. Por esas razones, considera que no hay condiciones adecuadas: "*manapuni manapuni puriymanchu, manapuni*

imapaqpis puriymanchu” (La atención en la posta no garantiza seguridad para la de la salud de puérpera).

El riesgo para la madre y el neonato es el viento portador del frío maligno (frío que genera infección), además de otros tipos de viento dañinos. Por ello, el ambiente debe ser hermético y estar envuelto con ropa abrigadora; de lo contrario, se expone a un peligro inminente. "Wayrarunmantaq", dicen las madres quechuas al advertir este peligro. Durante el parto, dejar al recién nacido a la intemperie es exponerlo a la muerte. (Señora E.F.G, madre de tres niños).

La atención de salud en contextos interculturales que desestima los conocimientos y prácticas de las mujeres quechuas dificulta el fortalecimiento de su identidad cultural y afecta la dignidad de la comunidad quechua de Incacancha. La falta de un enfoque intercultural ha provocado que muchas mujeres quechuas recurran a los centros de salud más por imposición que por elección, evidenciando una relación cargada de tensiones y desconfianza hacia el personal sanitario. Este panorama se agrava debido al maltrato y la falta de consideración por sus tradiciones y saberes, lo que repercute en su bienestar emocional y social.

Aunque existen políticas de salud intercultural, su implementación suele ser limitada o deficiente, dejando de lado el conocimiento ancestral y las prácticas tradicionales que estas mujeres valoran profundamente. Para transformar esta realidad, es crucial reconocer y respetar estos saberes, promoviendo un diálogo genuino entre el sistema biomédico y las prácticas indígenas. Este enfoque contribuirá a construir un modelo de atención más inclusivo y digno que valore las particularidades culturales y fomente el bienestar integral de las comunidades originarias.

5.1.3.5. Las relaciones de poder en Contexto de la atención del Parto

Las relaciones de poder entre el personal de salud y las mujeres quechuas afectan la comunicación y la toma de decisiones durante el parto. Incluye cómo las desigualdades en el poder y el estatus social pueden influir en la calidad de la comunicación y en la aceptación de la educación para la salud.

Durante el trabajo de campo se observa la relación del personal de salud con la población quechua caracterizado por la desconfianza, barreras de comunicación y discrepancias culturales. Los rumores sobre malas experiencias a la puérpera se propagan rápidamente entre los comuneros, lo que genera una actitud negativa hacia la posta de salud, donde los usuarios perciben mala atención, un personal poco predispuesto, falta de información clara y una actitud autoritaria. Las mujeres quechuas señalan que cuando se trata de atenciones que favorece a las metas de la posta busca incluso en sus hogares.

La señora relata que un domingo, al bajar al pueblo de Marcapata, el personal de la posta la detuvo con el apoyo de la policía. La llevaron e informaron que su embarazo presentaba riesgos debido a la posición fetal, por lo que fue transferida a Ocongate y luego al hospital regional del Cusco, donde fue ingresada en la sala para una cesárea, a pesar de que no presentaba síntomas de parto. (B. K. T)

"En la posta, me dijeron que mi bebé estaba volteado, dentro del vientre. Me dijeron que necesitaba medicina, y luego me trasladaron (a Ocongate). Pero desde Ocongate ya no me dejaron regresar, aunque aún faltaba un mes. Pese a que yo no presentaba dolores de parto me practicaron cesárea y me extrajeron a mi bebe en edad de gestación prematura." (B. K. T)

“Luego, mi hijo nació prematuro; no sé qué le han hecho. Era muy pequeñito, no tenía cabello, como la de un muñeco muy pequeño. Dormía mucho, como un muertito. Yo lo miraba como a un fetito bien chiquitito. Cuando lo despertaba, no reaccionaba; podía dormir incluso todo el día, al final falleció”. (B. K. T)

La señora (DF) relata:

Siendo gestante, preferí tener parto en mi casa. Sin embargo, el personal de la posta se enteró y fue a su casa con el apoyo de la policía para llevarla a la posta. La posta de salud se había enterado de que ya había tenido el parto y llegaron a mi casa a la una de la mañana. Me ordenaron pararme de la cama y me llevaron a la fuerza, me hicieron caminar a pie en pleno viento y frío. También se llevaron a mi bebé. Todo fue a la fuerza, prácticamente me arrastraron. Yo ya no soportaba más y, como cualquiera haría, tuve que discutir y casi llegamos a una pelea. Pero al final, me llevaron a la posta. Allí me hicieron palpaciones en el vientre que me generaron mucho dolor. (D.F. madre de dos niños)

Según su testimonio, la relación y comunicación con el personal de salud están basadas en desconfianza, agresión, desinformación e imposición.

Continúa con su relato: señala que estuvo internada por tres días en contra de su voluntad después de haber tenido su parto en casa. "Los tres días fueron en vano", dice. "Ni medicamento me dieron; me ordenaron comprar los medicamentos. Absolutamente nada me dieron". También menciona:

"Más bien me dieron dos tabletas de sulfato ferroso. Las pastillas de hierro me las dieron diciendo que eran para la infección, pero yo sé muy bien que eso es por mala alimentación; por eso reniego". (Señora D.S.)

Este patrón se repite con frecuencia, evidenciando un fenómeno recurrente: Según la señora (D.S.) cuando la atención es una meta institucional para la posta, obligan a los pacientes a recibir atención; sin embargo, cuando se trata de una dolencia del usuario —es decir, cuando es una necesidad del paciente— no reciben atención adecuada. En este caso, la llevaron a la posta porque era una meta del convenio FED, pero allí no le brindaron mayor atención porque el objetivo era simplemente tenerla en el establecimiento. (D.S. madre de dos niños)

En otras ocasiones, las mujeres quechuas no comprenden el sistema y los procedimientos de atención. D.S. relata que fue a pedir antiparasitarios para su hijo, sin embargo, le negaron en la posta y nadie le explicó que todo medicamento requiere un diagnóstico y receta médica. Simplemente la dejaron sentada todo el día esperando y al final le dijeron que no había el medicamento que buscaba.

Las mujeres quechuas conocen perfectamente a los trabajadores de la posta con mal carácter, quienes personifican la mala atención. Reconocen que no todo el establecimiento es malo; más bien, es el trato del personal de salud lo que marca la diferencia. Las gestantes han llegado a la conclusión de que es preferible tener el parto en casa antes que en un establecimiento de salud debido a que en casa no se generan enfermedades ni pasan horas sin comer o consumiendo comida fría. Esto indica que las mujeres quechuas consideran todas las condiciones previas al parto y posparto y llegan a la conclusión de que estar en casa es mejor:

“En mi casa estoy segura, no me exponen a enfermedades ni me hacen pasar hambre o consumir comida recalentada. Allí siempre tengo alimento fresco... Ahhhh... en casa comes calentito, no te enfrías” (D.F.Ch.).

Relato de la señora (E.F.) describe:

Cómo, a las diez de la noche, comenzó a sentir dolores de parto en su casa, bajo el cuidado de su madre y su esposo. Recibió una llamada de la posta de salud, que envió a personal para llevarla por la fuerza. Al llegar a la posta, el único trabajador presente tuvo que salir por una urgencia y no regresó, dejándola a ella y a su madre esperando. Cuando comenzaron las contracciones fuertes, tuvo que dar a luz con la atención de su madre en la posta. Ella cuestiona: "¿Para esto me han traído a la posta?", refiriéndose a la falta de atención adecuada. Además, menciona que inicialmente querían obligarla a trasladarse a la posta de Ocongate, ubicada a dos horas, pero se negó y firmó un documento para quedarse en la posta local. (Testimonio de la Señora E.F.G. sobre su Parto)

La desconfianza hacia el Sistema de Salud, la experiencia de ser llevada por la fuerza y la falta de atención adecuada contribuyen a una desconfianza general hacia los servicios de salud. Se destaca la necesidad de una atención más personalizada y culturalmente adaptada durante todas las etapas de la maternidad.

Las mujeres quechuas prefieren dar a luz en casa debido a experiencias negativas con el sistema de salud. Se requiere una atención en salud que incorpore saberes ancestrales y prácticas culturales que promueven un ambiente seguro y cómodo para las parturientas. Los testimonios reflejan brechas significativas en la formación del personal sanitario respecto al acompañamiento cultural durante el parto.

La señora (E.F.G.), siente dolor en el vientre y asiste a la posta, donde le realizan exámenes que descartan el embarazo.

Le diagnostican una infección como causa del dolor y le administran medicamentos para tratarla. Sin embargo, ella, (E.F.G.), continúa con dolores y malestar. Después de seis

meses, se realiza otro examen en un laboratorio particular de Cusco, donde se confirma que está embarazada, lo que explica sus síntomas de dolor. (E.F.)

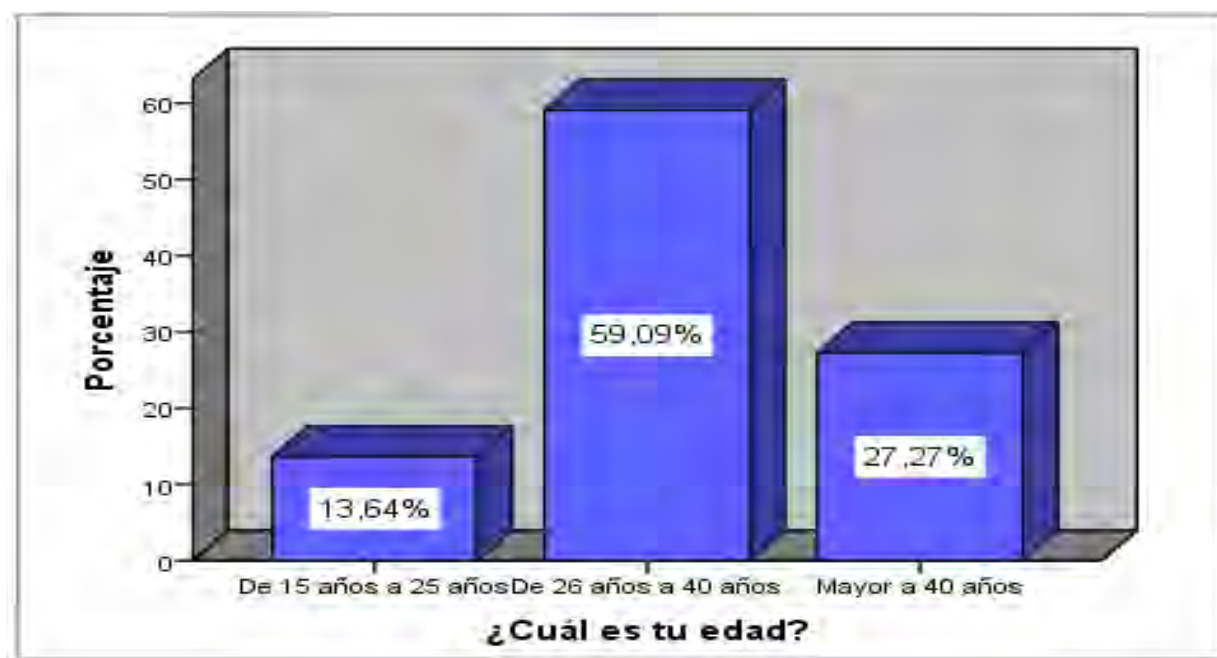
Sin embargo, los profesionales de la posta la consideran como usuaria que se resiste a cumplir con sus deberes en la atención médica. No obstante, Epifanía siente desconfianza hacia el servicio recibido debido a sus malas experiencias pasadas. (E.F. madre gestante).

5.1.4. *Análisis e Interpretación Cuantitativo*

5.1.4.1. Contexto Sociodemográfico Usuaris de Incakancha

Figura 2

Edad de las mujeres usuarias de Incakancha

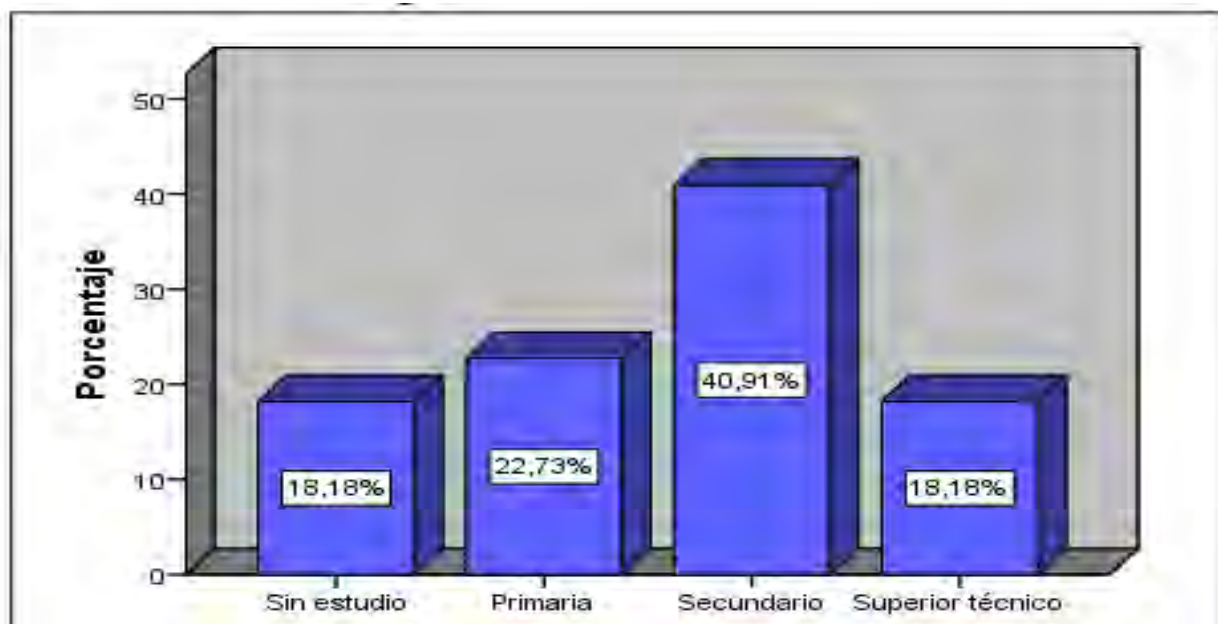


Análisis e interpretación.

De las 27 mujeres quechuas encuestadas, usuarias de la posta de Incakancha, el 59.09% tiene entre 26 y 40 años, seguidas por un 13.64% de usuarias menores de 25 años que desempeñan el rol de madre. Asimismo, el 27.27% de las usuarias tiene más de 40 años.

Figura 3

Según el nivel de educación de las usuarias

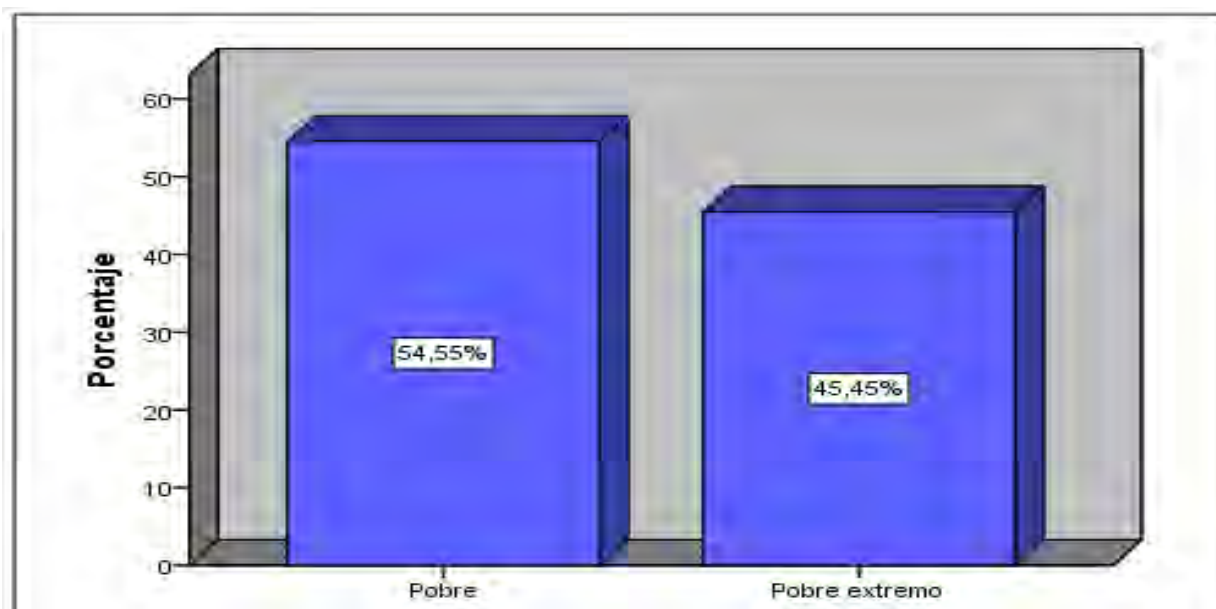


Análisis e interpretación.

De las mujeres quechuas encuestadas, el 40.91% alcanzó el nivel de educación secundaria, mientras que el 22.73% solo completó estudios primarios. Un 18.18% de las participantes no tiene estudios formales, y otro 18.18% afirma contar con algún tipo de formación superior de nivel técnico.

Figura 4

Según la clasificación económica al que se consideran

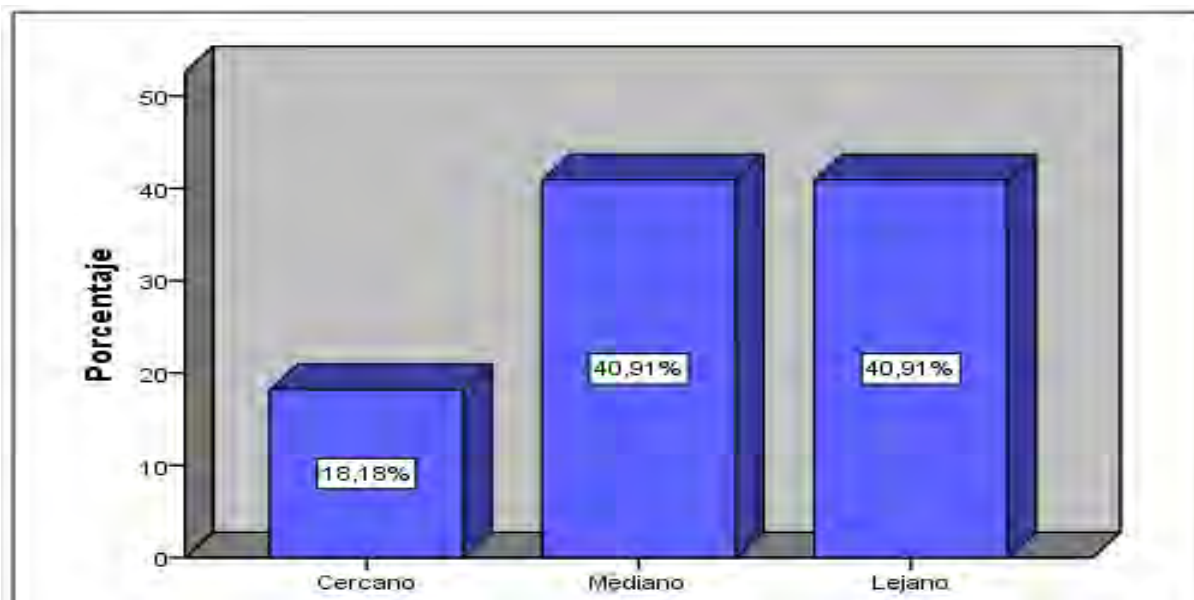


Análisis e interpretación.

Según la autopercepción de las mujeres quechuas usuarias de la posta de Incakancha, el 54.55% se considera en situación de pobreza y el 45.45% en pobreza extrema, mostrando que la mayoría se clasifica en los niveles socioeconómicos de Pobre y Pobre Extremo.

Figura 5

Según la distancia de la posta dónde viven

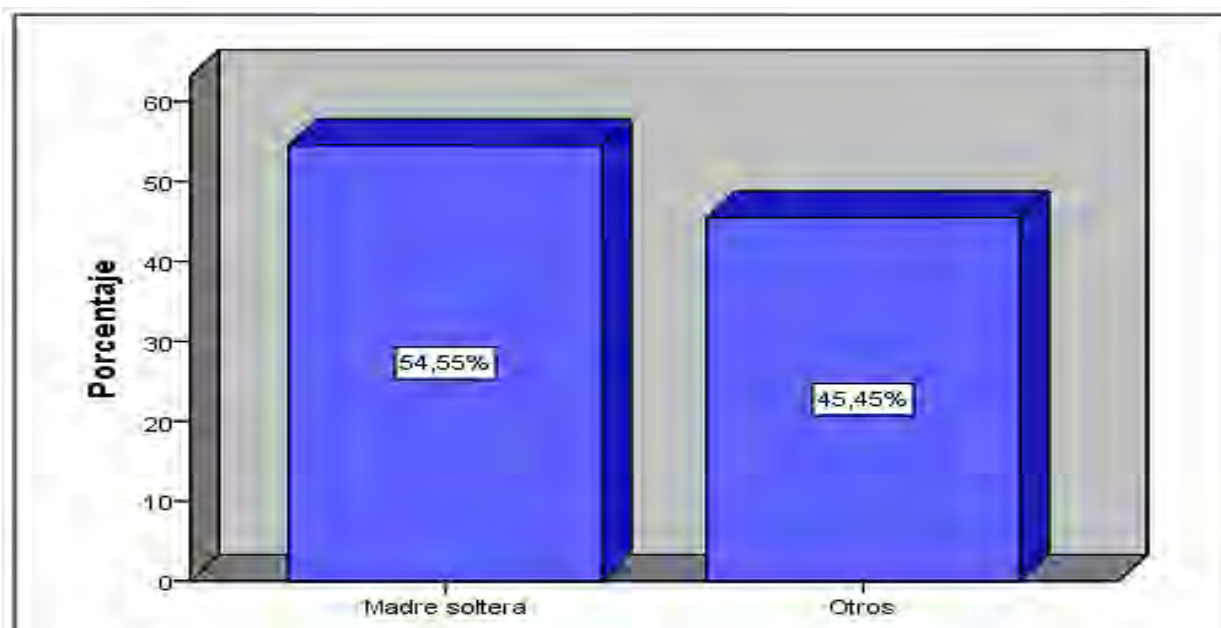


Análisis e interpretación.

Según la distancia de los domicilios en relación con la posta de salud, el 40,91% de las usuarias señalan vivir a una distancia media, equivalente a entre 30 y 60 minutos en moto; le siguen el restante 40,91% de las encuestadas quienes viven en una zona lejana, a más de una hora a pie; y, por último, el 18,18% de las mujeres quechuas señalan que viven cerca a la posta, a menos de 30 minutos a pie.

Figura 6

Según el estado civil de las mujeres quechuas de Incakancha



Análisis e interpretación.

Del total de encuestadas, el 54,55% indica que son madres solteras, refiriendo que tienen su primer hijo de una relación anterior que no se consolidó en familia. Mientras tanto, el 45,45% menciona otras situaciones respecto a su estado civil.

5.1.4.2. Análisis Descriptivo

5.1.4.2.1. Distribución de Frecuencias

Tabla 7

Distribución de frecuencias de la variable comunicación intercultural y dimensiones

	VI. Comunicación Intercultural		D1. Adaptación cultural del mensaje		D2. Negociación de significados		D3 Construcción de identidades		D4 Relaciones de poder	
Nivel	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo	9	33,3%	9	33,3%	8	29,6%	6	22,2%	14	51,9%
Medio	11	40,7%	11	40,7%	12	44,4%	14	51,9%	7	25,9%
Alto	7	25,9%	7	25,9%	7	25,9%	7	25,9%	6	22,2%
Total	27	100,0%	27	100,0%	27	100,0%	27	100,0%	27	100,0%

Análisis e interpretación.

En la tabla 7, se analizaron los datos obtenidos para la variable independiente la comunicación intercultural. De los 27 colaboradores encuestados, el 40,7 % se ubican en el nivel medio, el 33,3 % bajo y el 25,9% alto. En lo que respecta a sus dimensiones, se observa que para la dimensión adaptación cultural del mensaje, el 40,7% percibieron que es nivel medio, el 33,3% bajo y el 25,9% alto. Para la dimensión negociación de significados, el 44,4% percibieron en nivel medio, el 25,9% alto y el 29,6% bajo. En tanto, para la dimensión construcción de identidades, el 51.9% percibieron en nivel medio, el 25,9% alto y el 22,2% bajo. Por último, para relaciones de poder, el 51,9% se ubican en el nivel bajo, el 25,9% medio y el 22,2% alto.

Tabla 8

Distribución de frecuencias de la variable comunicación intercultural y dimensiones

	VI. Educación para la salud		D1.Comportamientos saludables		D2. Actitud de autoevaluación		D3 Aprobación de prácticas		D4 Aprendizaje social	
Nivel	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Malo	0	0,0%	8	29,6%	8	29,6%	8	29,6%	8	29,6%
Regular	8	29,6%	6	22,2%	10	37,0%	12	44,4%	15	55,6%
Bueno	19	70,4%	13	48,1%	9	33,3%	7	25,9%	4	14,8%
Total	27	100,0%	27	100,0%	27	100,0%	27	100,0%	27	100,0%

Análisis e interpretación

En la tabla 8, se analizaron los datos obtenidos para la variable dependiente la educación para la salud. De los 27 colaboradores encuestados, el 70,4 % se ubican en el nivel bueno, el 29.6 % considera regular. En lo que respecta a sus dimensiones, se observa que para la dimensión comportamientos saludables, el 48,1% percibieron que es de nivel bueno, el 29,6% malo y el 22,2% regular. Para la dimensión actitud de autoevaluación el 37,0% percibieron en nivel regular, el 33,3% bueno y el 29,6% malo. En tanto, para la dimensión aprobación de prácticas, el 44,4% percibieron en nivel regular, el 29,6% malo y el 25,9% bueno. Por último, para aprendizaje social, el 55,6% se ubican en el nivel regular, el 29,6% malo y el 14,8% bueno.

5.1.4.2.2. Tablas y figuras bivalentes

Tabla 9

Comunicación Intercultural vs educación para la salud

			Educación para la salud		Total
			Regular	Bueno	
Comunicación Intercultural	Bajo	Recuento	7	2	9
		% del total	25,9%	7,4%	33,3%
	Medio	Recuento	1	10	11
		% del total	3,7%	37,0%	40,7%
	Alto	Recuento	0	7	7
		% del total	0,0%	25,9%	25,9%
Total		Recuento	8	19	27
		% del total	29,6%	70,4%	100,0%

Figura 7 *Comunicación Intercultural vs educación para la salud*

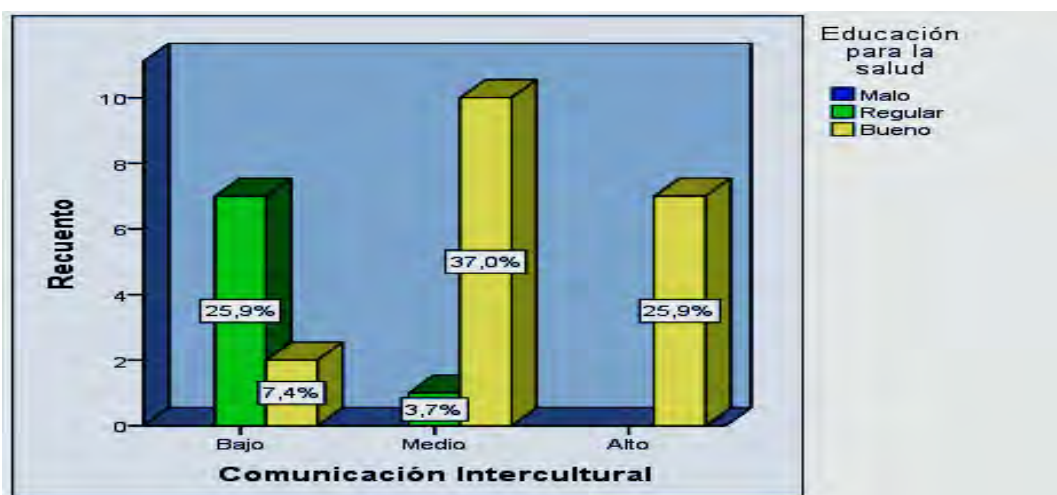
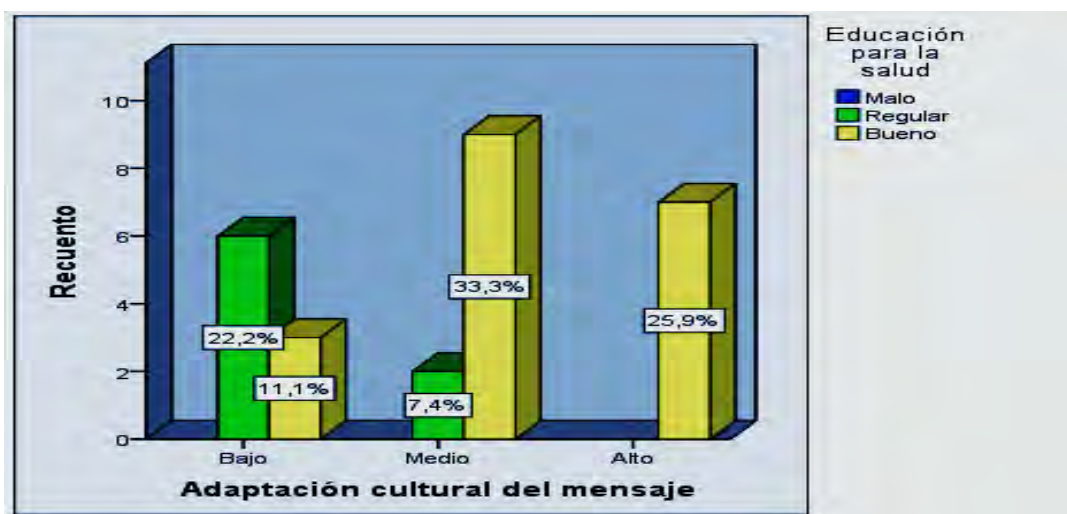


Tabla 9 y figura 7 muestra que, 40.7 % de las mujeres quechuas consideran en un nivel medio la comunicación intercultural, donde el 37,00 % consideran en un parámetro bueno la educación para la salud y 3.7 % consideran regular la educación para la salud. Por otra parte, el 33.3 % de los encuestados consideran que es bajo la comunicación intercultural donde el 25.9 % consideran regular la educación para la salud y el 7.4 % consideran en un parámetro bueno la educación para la salud. Por último, el 25.9 % de las mujeres quechuas consideran en nivel alto la comunicación intercultural, de las cuales, todas las encuestadas consideran en un parámetro bueno la educación para la salud.

Tabla 10*Adaptación cultural del mensaje vs educación para la salud*

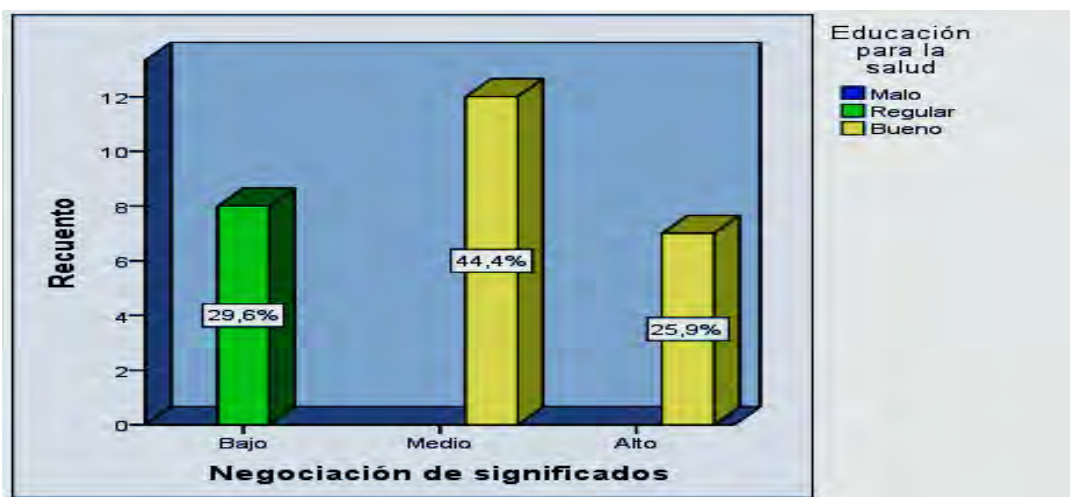
			Educación para la salud		Total
			Regular	Bueno	
Adaptación cultural del mensaje	Bajo	Recuento	6	3	9
		% del total	22,2%	11,1%	33,3%
	Medio	Recuento	2	9	11
		% del total	7,4%	33,3%	40,7%
	Alto	Recuento	0	7	7
		% del total	0,0%	25,9%	25,9%
Total		Recuento	8	19	27
		% del total	29,6%	70,4%	100,0%

Figura 8 *Adaptación cultural del mensaje vs educación para la salud*

La Tabla 10 y la Figura 8 muestran que el 40.7 % de las mujeres quechuas perciben la adaptación cultural del mensaje en un nivel medio. De este grupo, el 33.3 % considera que la educación para la salud es buena, mientras que el 7.4 % la califica como regular. Por otro lado, el 33.3 % de las encuestadas perciben un nivel bajo en la adaptación cultural del mensaje; de ellas, el 22.2 % califica la educación para la salud como regular y el 11.1 % como buena. Finalmente, el 25.9 % de las mujeres quechuas evalúan la adaptación cultural del mensaje en un nivel alto, y todas coinciden en que la educación para la salud es buena.

Tabla 11*Negociación de significados vs educación para la salud*

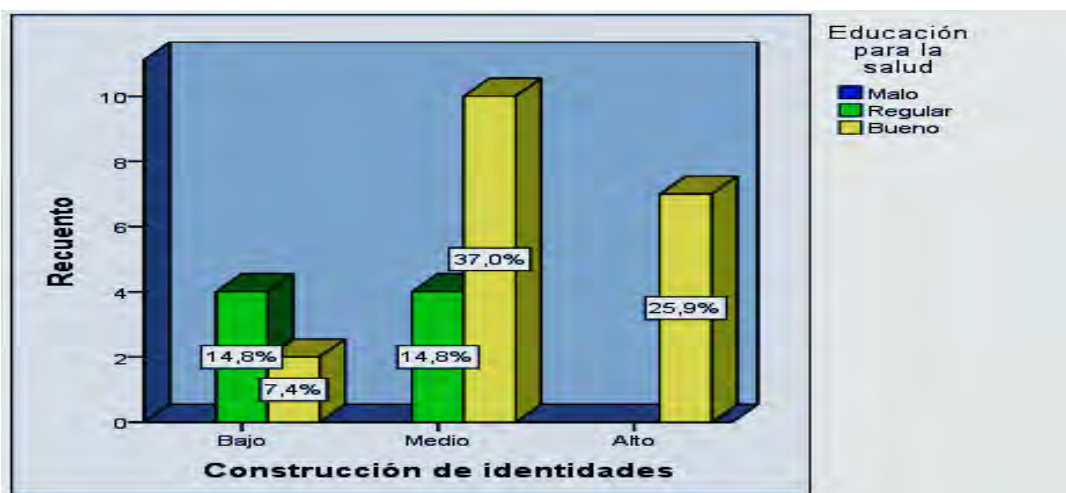
			Educación para la salud		Total
			Regular	Bueno	
Negociación de significados	Bajo	Recuento	8	0	8
		% del total	29,6%	0,0%	29,6%
	Medio	Recuento	0	12	12
		% del total	0,0%	44,4%	44,4%
	Alto	Recuento	0	7	7
		% del total	0,0%	25,9%	25,9%
Total		Recuento	8	19	27
		% del total	29,6%	70,4%	100,0%

Figura 9 *Negociación de significados vs educación para la salud*

La Tabla 11 y la Figura 9 muestran que el 44.4 % de las mujeres quechuas consideran la negociación de significados en un nivel medio; todas ellas también califican la educación para la salud en un parámetro bueno. Por otro lado, el 29.6 % de los encuestados valora la negociación de significados en un nivel bajo, y en la misma proporción califican la educación para la salud como regular. Finalmente, el 25.9 % de las mujeres quechuas consideran la negociación de significados en un nivel alto; todas estas encuestadas también califican la educación para la salud en un parámetro bueno.

Tabla 12*Construcción de identidades vs educación para la salud*

			Educación para la salud		Total
			Regular	Bueno	
Construcción de identidades	Bajo	Recuento	4	2	6
		% del total	14,8%	7,4%	22,2%
	Medio	Recuento	4	10	14
		% del total	14,8%	37,0%	51,9%
	Alto	Recuento	0	7	7
		% del total	0,0%	25,9%	25,9%
Total		Recuento	8	19	27
		% del total	29,6%	70,4%	100,0%

Figura 10 *Construcción de identidades vs educación para la salud*

La Tabla 12 y la Figura 10 muestran que el 51.9% de las mujeres quechuas considera que la construcción de identidades se encuentra en un nivel medio; de este grupo, el 37% califica la educación para la salud como buena, mientras que el 14.8% la considera regular. Por otro lado, el 22.2% de los encuestados opina que la construcción de identidades es baja, y entre ellos, el 14.8% considera la educación para la salud como regular, mientras que el 7.4% la califica como buena. Finalmente, el 25.9% de las mujeres quechuas evalúa la construcción de identidades como alta, y todas ellas también consideran que la educación para la salud es buena.

Tabla 13*Relaciones de poder vs educación para la salud*

			Educación para la salud		Total
			Regular	Bueno	
Relaciones de poder	Bajo	Recuento	4	2	6
		% del total	14,8%	7,4%	22,2%
	Medio	Recuento	4	12	16
		% del total	14,8%	44,4%	59,3%
	Alto	Recuento	0	5	5
		% del total	0,0%	18,5%	18,5%
Total	Recuento	8	19	27	
	% del total	29,6%	70,4%	100,0%	

Figura 11 *Relaciones de poder vs educación para la salud*

La Tabla 13 y la Figura 11 muestran que el 59.3% de las mujeres quechuas considera que las relaciones de poder se encuentran en un nivel medio; entre ellas, el 44.4% califica la educación para la salud como buena, mientras que el 14.8% la considera regular. Por otro lado, el 22.2% de los encuestados opina que las relaciones de poder son bajas, y en este grupo, el 14.8% considera la educación para la salud como regular, mientras que el 7.4% la califica como buena. Finalmente, el 18.5% de las mujeres quechuas evalúa las relaciones de poder como altas, y todas ellas también consideran que la educación para la salud es buena.

5.2. Pruebas de Hipótesis

Análisis Inferencial

5.2.1. Hipótesis General

Ho. No existe relación positiva entre la comunicación intercultural y la educación para la salud como complemento al parto seguro en mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.

Ha. Existe relación positiva entre la comunicación intercultural y la educación para la salud como complemento al parto seguro en mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.

Tabla 14

Grado de correlación entre la comunicación intercultural y educación para la salud

			Comunicación intercultural	Educación para la salud
Rho de Spearman	Comunicación intercultural	Coefficiente de correlación	1,000	,801**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	27	27
	Educación para la salud	Coefficiente de correlación	,801**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	27	27
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).				

Análisis e interpretación

La tabla 14, se aprecia que los resultados de la prueba de Rho Spearman muestran que el valor de significancia bilateral es 0.000, por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna, y se refuta la hipótesis nula, es decir, que hay una relación significativa entre las variables comunicación intercultural y educación para la salud. Del mismo modo, muestra que el valor del coeficiente de correlación es 801**, lo cual determina que existe una correlación positiva fuerte.

5.2.2. Prueba de hipótesis específico

5.2.2.1. Hipótesis específica 1

Ho. No existe relación directa entre la adaptación cultural del mensaje y la educación para salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incacancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.

Ha. Existe relación directa entre la adaptación cultural del mensaje y la educación para salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incacancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.

Tabla 15

Grado de correlación entre la adaptación cultural del mensaje y educación para la salud

			Educación para la salud	Adaptación cultural del mensaje
Rho de Spearman	Educación para la salud	Coefficiente de correlación	1,000	,804**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	27	27
	Adaptación cultural del mensaje	Coefficiente de correlación	,804**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	27	27
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).				

Análisis e interpretación

La tabla 15, muestra los resultados de la prueba no paramétrica de Rho Spearman muestran que el valor de significancia bilateral es 0.000, en consecuencia, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, es decir, que hay una relación significativa entre las variables educación para la salud y la dimensión adaptación cultural del mensaje. Del mismo modo, muestra que el valor del coeficiente de correlación es 804**, lo cual determina que existe una correlación positiva fuerte.

5.2.2.2. Hipótesis específica 2

Ho. No existe relación significativa entre la negociación de significados y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.

Ha. Existe relación significativa entre la negociación de significados y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.

Tabla 16

Grado de correlación entre la negociación de significados y educación para la salud

			Educación para la salud	Negociación de significados
Rho de Spearman	Educación para la salud	Coefficiente de correlación	1,000	,893**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	27	27
	Negociación de significados	Coefficiente de correlación	,893**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	27	27
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).				

Análisis e interpretación

La tabla 16, se aprecia los resultados de la prueba no paramétrica de Rho Spearman muestran que el valor de significancia bilateral es 0.000, por lo tanto, se admite la hipótesis alterna y descarta la hipótesis nula, es decir, que hay una relación significativa entre la variable educación para la salud y la dimensión negociación de significados. Del mismo modo, muestra que el valor de coeficiente de correlación es 893**, lo cual determina que existe correlación positiva fuerte.

5.2.2.3. Hipótesis específica 3

Ho. No existe relación directa entre la construcción de identidades y educación para la salud complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incacancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.

Ha. Existe relación directa entre la construcción de identidades y educación para la salud complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incacancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.

Tabla 17

Grado de correlación entre la construcción de identidades y educación para la salud

			Educación para la salud	Construcción de identidades
Rho de Spearman	Educación para la salud	Coefficiente de correlación	1,000	,668**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	27	27
	Construcción de identidades	Coefficiente de correlación	,668**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	27	27
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).				

Análisis e interpretación

La tabla 17, se observa que los resultados de la prueba no paramétrica de Rho Spearman muestran que el valor de significancia bilateral es 0.000, por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, es decir que hay una relación significativa entre la variable educación para la salud y la construcción de identidades. Del mismo modo, muestra que el valor de coeficiente de correlación es 668**, lo cual determina que existe una correlación positiva moderada.

5.2.2.4. Hipótesis específica 4

Ho. No existe relación significativa entre las relaciones de poder y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.

Ha. Existe relación significativa entre las relaciones de poder y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.

Tabla 18

Grado de correlación entre las relaciones de poder y educación para la salud

			Educación para la salud	Relaciones de poder
Rho de Spearman	Educación para la salud	Coeficiente de correlación	1,000	,668**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	27	27
	Relaciones de poder	Coeficiente de correlación	,668**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	27	27
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).				

Análisis e interpretación

La tabla 18, se observa que los resultados de la prueba no paramétrica de Rho Spearman muestran que el valor de significancia bilateral es 0.000, por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, es decir, que hay una relación significativa entre la variable educación para la salud y las relaciones de poder. Del mismo modo, muestra que el valor de coeficiente de correlación es 668**, lo cual determina que existe una correlación positiva moderada.

5.3. Presentación y Discusión de Resultados

5.3.1. *Triangulación de Resultados*

El trabajo de investigación tuvo como objetivo central la de determinar la relación entre la comunicación intercultural y educación para la salud como complemento al parto seguro en mujeres quechuas de Incacancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023. En la tabla 7 se analiza la distribución de frecuencias de los datos obtenidos para la variable independiente, la comunicación intercultural. De los 27 colaboradores encuestados, el 40,7 % se ubica en el nivel medio, el 33,3 % en el nivel bajo y el 25,9 % en el nivel alto. Asimismo, en la tabla 9 y figura 7 bivalentes se muestra que el 40,7 % de las mujeres quechuas considera que su comunicación intercultural es de nivel medio; de este grupo, el 37,0 % califica su educación para la salud como buena y el 3,7 % la considera regular. Por otra parte, el 33,3 % de los encuestados considera que su comunicación intercultural es baja; de ellos, el 25,9 % evalúa su educación para la salud como regular y el 7,4 % la califica como buena. Por último, el 25,9 % de las mujeres quechuas considera que su comunicación intercultural es alta; todas ellas evalúan su educación para la salud como buena. Estos resultados sugieren una relación directa entre la comunicación intercultural y la educación para la salud. La mayoría de los encuestados con niveles medios y altos en comunicación intercultural también valoran positivamente su educación para la salud. Esto puede implicar que mejorar las habilidades comunicativas interculturales podría tener un impacto positivo en cómo se percibe y se recibe la información relacionada con la salud. Además, es relevante considerar las barreras culturales y lingüísticas mencionadas en investigaciones previas. La falta de adecuación cultural en los programas de educación para la salud puede limitar su efectividad, especialmente en comunidades donde predominan lenguas indígenas como el quechua. La integración del conocimiento cultural en las prácticas educativas y comunicacionales

es esencial para superar estas barreras y mejorar los resultados en salud. En conclusión, fomentar estrategias que mejoren la comunicación intercultural no solo beneficiará las interacciones entre profesionales de salud y pacientes, sino que también potenciará el entendimiento y aplicación de la educación para la salud dentro de contextos culturalmente diversos. En la tabla 14, se aprecia que los resultados de la prueba de Rho Spearman muestran que el valor de significancia bilateral es 0.000, por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna, y se refuta la hipótesis nula, es decir, que hay una relación significativa entre las variables comunicación intercultural y educación para la salud. Del mismo modo, muestra que el valor del coeficiente de correlación es 801**, lo cual determina que existe una correlación positiva fuerte. Estos resultados resaltan la importancia de fomentar habilidades en comunicación intercultural, especialmente en contextos donde coexisten diversas culturas. Una comunicación efectiva puede facilitar el acceso a información sobre salud y mejorar el entendimiento entre profesionales y comunidades. La correlación positiva fuerte sugiere que las estrategias educativas en salud deben considerar aspectos culturales y comunicativos para ser más efectivas. Programas que integren formación en comunicación intercultural podrían potenciar el impacto de las intervenciones en educación para la salud. (Ver anexo 8). Existen semejanzas con el estudio de Almudena, (2013) cuyo objetivo principal de estudio fue proponer un conjunto de acciones de mejora que aumentan la efectividad de la comunicación intercultural entre profesionales y usuarios, mejorando los tratos en salud brindada a las mujeres gestantes y puérperas lingüística y culturalmente diversas. Al estar vinculada a la realidad estudiada, se puede afirmar, por tanto, que esta investigación pretende contribuir a la promoción de posibles procesos de transformación social. Y concluye que se deben adoptarse designaciones claras para los intérpretes del servicio público y los intermediarios lingüísticos y culturales. Sin duda, esto ayudará a reducir la confusión entre las dos partes y evitará que se les pida que hagan un trabajo

para el que no son aptos. Respecto a este último aspecto, se debe presentar una descripción de sus roles y funciones a fin de evitar duplicidades y contribuir a la colocación de estos profesionales de la forma más adecuada.

Para el objetivo 1 de este trabajo, es analizar qué relación existe entre la adaptación cultural del mensaje y la educación para salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incacancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023. En la tabla 7 se analiza la distribución de frecuencias para la dimensión adaptación cultural del mensaje, donde el 40,7% percibieron que es nivel medio, el 33,3% bajo y el 25,9% alto. Por otro lado, en la tabla 10 y figura 8 bivalentes se muestra que el 40.7 % de las mujeres quechuas perciben la adaptación cultural del mensaje en un nivel medio. De este grupo, el 33.3 % considera que la educación para la salud es buena, mientras que el 7.4 % la califica como regular. Por otro lado, el 33.3 % de las encuestadas perciben un nivel bajo en la adaptación cultural del mensaje; de ellas, el 22.2 % califica la educación para la salud como regular y el 11.1 % como buena. Finalmente, el 25.9 % de las mujeres quechuas evalúan la adaptación cultural del mensaje en un nivel alto, y todas coinciden en que la educación para la salud es buena. La mayoría de las encuestadas percibe la adaptación cultural del mensaje como media. Esto sugiere que hay un reconocimiento de que los mensajes comunicativos tienen un grado adecuado de adaptación a su contexto cultural, aunque también indica que hay margen para mejorar. Un porcentaje significativo considera que la adaptación cultural es baja. Esto puede reflejar dificultades en la recepción o comprensión de los mensajes, posiblemente debido a barreras culturales o lingüísticas. Un cuarto de las encuestadas evalúa la adaptación cultural del mensaje como alta, lo que implica que este grupo se siente bien representado y comprendido en los mensajes comunicativos. Con relación con la Educación para la Salud, la relación positiva en los resultados sugiere que existe una relación positiva entre la adaptación cultural del mensaje y la

percepción de la educación para la salud, a medida que aumenta el nivel de adaptación cultural, también mejora la percepción sobre la calidad de la educación en salud. Por otro lado, la necesidad de mejora, en considerable proporción de mujeres que perciben un nivel bajo o medio en la adaptación cultural del mensaje indica que hay oportunidades significativas para mejorar cómo se comunican los mensajes relacionados con la salud esto podría implicar ajustar el contenido y los métodos utilizados para asegurar que sean más relevantes y accesibles para las mujeres quechuas de Incacancha. En tanto, en el aspecto prácticas para maximizar el impacto de las intervenciones en educación para la salud, es fundamental considerar las características culturales específicas del público objetivo. También es importante desarrollar estrategias comunicativas que respeten y reflexionen estas características podría resultar en mejores resultados educativos y en un mayor compromiso por parte de las mujeres quechuas. En suma, estos resultados destacan la importancia de adaptar los mensajes educativos a las realidades culturales específicas para mejorar su efectividad y aceptación dentro de comunidades diversas. La tabla 15, muestra los resultados de la prueba no paramétrica de Rho Spearman muestran que el valor de significancia bilateral es 0.000, en consecuencia, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, es decir, que hay una relación significativa entre las variables educación para la salud y la dimensión adaptación cultural del mensaje. Del mismo modo, muestra que el valor del coeficiente de correlación es 804**, lo cual determina que existe una correlación positiva fuerte. Respecto al grado de relación significativa la combinación del valor de significancia y el coeficiente de compensación sugiere que no solo existe una relación significativa entre las variables, sino que esta relación es fuerte y positiva. Esto puede interpretarse como un indicativo de que mejorar la adaptación cultural del mensaje podría tener un impacto positivo en cómo se recibe y se valora la educación para la salud. Así mismo, en la implementación propuesta aplicadas dado que se ha encontrado una evaluación

fuerte, es recomendable que los programas educativos en salud consideren aspectos culturales específicos al diseñar sus mensajes. Esto podría incluir el uso de lenguajes y ejemplos culturalmente relevantes, así como estrategias comunicativas adaptadas a las necesidades y contextos de las comunidades a las que se dirigen. En cuanto al contexto cultural los resultados subrayan la importancia de entender el aspecto cultural al abordar temas de salud, para lo cual, la adaptación efectiva del mensaje no solo mejora su recepción, sino que también puede aumentar el compromiso y la efectividad de las intervenciones en salud pública. En síntesis, los resultados obtenidos a través de la prueba Rho Spearman indican una relación significativa y positiva entre la educación para la salud y la adaptación cultural del mensaje esta evidencia resalta la necesidad de implementar enfoques comunicativos culturalmente sensibles para optimizar los resultados educativos en salud dentro de diversas poblaciones. La teoría que fundamenta el presente conocimiento es la Pedagogía del Oprimido de Paulo Freire (1986), quien propone una enseñanza que promueva experiencias significativas para el aprendizaje, basada en la creación de situaciones educativas que reflejan la realidad cotidiana de los individuos. Freire plantea que no se trata de impartir una educación para los oprimidos, sino de construir con ellos un proceso en el que las personas puedan elaborar su propia realidad a partir de sus experiencias diarias. Según esta perspectiva, los textos se convierten en un reflejo del individuo como agente capaz de analizar y transformar las características de su entorno, no para adaptarse pasivamente, sino para reformarlo y ajustarlo a sus aspiraciones históricas. Asimismo, se retoma la teoría de las Epistemologías del Sur de Boaventura de Sousa Santos (2011), que aboga por un conocimiento producido desde el sur y con el sur, orientado por perspectivas políticas y epistemológicas particulares. Este enfoque explora los saberes originados por hombres y mujeres que han enfrentado opresión, injusticia, capitalismo, colonialismo y patriarcado. La epistemología del sur busca reconocer y validar estos

saberes como una metáfora de la exclusión, el silencio y la destrucción histórica que han enfrentado tanto las personas como sus conocimientos.

El objetivo 2 del presente trabajo de investigación, es explorar qué relación existe entre la negociación de significados y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incacancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023. En la tabla 7 se analiza la distribución de frecuencias para la dimensión negociación de significados, el 44,4% percibieron en nivel medio, el 25,9% alto y el 29,6% bajo. Por otro lado, en la tabla 11 y figura 9 bivalentes se muestran que el 44.4 % de las mujeres quechuas consideran la negociación de significados en un nivel medio; todas ellas también califican la educación para la salud en un parámetro bueno. Por otro lado, el 29.6 % de los encuestados valora la negociación de significados en un nivel bajo, y en la misma proporción califican la educación para la salud como regular. Finalmente, el 25.9 % de las mujeres quechuas consideran la negociación de significados en un nivel alto; todas estas encuestadas también califican la educación para la salud en un parámetro bueno. La relación positiva de los resultados indica que, a medida que mejora el entendimiento y el intercambio comunicativo, también tiende a mejorar la valoración educativa. Por otro lado, la necesidad de mejorar la comunicación, evidenciada en una proporción significativa de mujeres que perciben un nivel bajo o medio en la negociación de significados, sugiere que existen brechas importantes para optimizar cómo se comunican los mensajes relacionados con la salud. Esto puede implicar el desarrollo de estrategias comunicativas más efectivas y culturalmente relevantes. Asimismo, para maximizar el impacto educativo en salud, es fundamental considerar cómo se negocian los significados en las interacciones. Incluir enfoques participativos y fomentar un diálogo abierto puede ayudar a mejorar tanto la comprensión como el compromiso con los temas de salud. En general, estos resultados destacan la importancia de una buena negociación de

significados en las interacciones comunicativas relacionadas con la salud, sugiriendo que mejorar esta dimensión podría tener un efecto positivo en cómo se recibe y se valora la educación para la salud dentro de comunidades diversas. Esta versión mejora la claridad y fluidez del texto original. En esta cultura, el conocimiento se genera a partir de la práctica y culmina en la práctica (práctica – conocimiento – práctica). El pragmatismo produce conocimiento y se encarga de desechar aquellos saberes que no se validan en los hechos. Existen diversos tipos de conocimiento relacionados con el cuidado del embarazo y el parto. Los especialistas parteros poseen habilidades para resolver problemas como la mala posición del feto y para diagnosticar a través del pulso cardíaco. Además, están capacitados para ofrecer consejos a las gestantes. Los parteros de los Andes han perdido debido a una necesidad social que el servicio de salud estatal aún no ha logrado satisfacer, especialmente en áreas inaccesibles y remotas. Muchas madres quechuas, que no recibieron la atención adecuada, han recurrido al conocimiento milenario de los parteros como única alternativa. Esta versión mejora la claridad y coherencia del texto original, manteniendo su contenido esencial.

El objetivo 3 del presente trabajo es establecer qué relación existe entre la construcción de identidades y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incacancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023. Con relación a la dimensión construcción de identidades, el 51.9% percibieron en nivel medio, el 25,9% alto y el 22,2% bajo. Asimismo, proporciona el valor de coeficiente de correlación que es 674**, lo cual determina que existe una correlación positiva moderada. Por otro lado, en la Tabla 12 y la Figura 10 bivalentes muestran que el 51.9% de las mujeres quechuas considera que la construcción de identidades se encuentra en un nivel medio; de este grupo, el 37% califica la educación para la salud como buena, mientras que el 14.8% la considera regular. Por otro lado, el 22.2% de los encuestados opina que

la construcción de identidades es baja, y entre ellos, el 14.8% considera la educación para la salud como regular, mientras que el 7.4% la califica como buena. Finalmente, el 25.9% de las mujeres quechuas evalúa la construcción de identidades como alta, y todas ellas también consideran que la educación para la salud es buena. Con relación a la distribución de niveles la mayoría considera que la construcción de identidades está en un nivel medio, lo que podría reflejar una falta de reconocimiento o valoración plena de su identidad cultural. Por otra parte, un cuarto de las encuestadas evalúa su identidad como alta, lo que sugiere un grupo significativo que se siente empoderado y conectado con su identidad cultural. Un segmento menor, que percibe su identidad como baja puede indicar desafíos o barreras en el reconocimiento y la afirmación de su identidad, posiblemente relacionados con factores externos como la discriminación o la falta de representación. Respecto al grado de correlación con educación para la salud el coeficiente de calificación indica el nivel positivo moderado entre la percepción de la construcción de identidades y la evaluación de la educación para la salud. Esto sugiere que a medida que las mujeres quechuas perciben su identidad como más fuerte, también tienden a evaluar más positivamente su educación para la salud. En tanto, en el grupo con percepción media, el considera la educación para la salud como buena, mientras que entre quienes ven su identidad como baja, y porcentaje menor hace una evaluación similar. Esto resalta cómo las percepciones sobre identidad pueden influir en otros aspectos importantes como la salud y el bienestar. Con relación a los aspectos culturales, la fuerte representación del nivel medio en la construcción de identidades puede señalar una necesidad urgente de programas y políticas que fortalezcan el reconocimiento cultural y promuevan una mayor autoestima entre las mujeres quechuas. Las diferencias en las evaluaciones sobre educación para la salud entre los distintos niveles de percepción sobre identidad muestran la necesidad de mejorar el sentido de pertenencia cultural podría tener un impacto positivo en otros ámbitos, como

la educación y la salud. En resumidas cuentas, los datos analizados no solo ofrecen una visión clara sobre cómo las mujeres quechuas perciben su identidad, sino que también subrayan la importancia de esta percepción en relación con otros aspectos críticos como la educación para la salud. La elevación positiva moderada observada resalta un vínculo significativo entre estos elementos, recomendando iniciativas dirigidas a fortalecer las identidades culturales podrían contribuir a mejorar otros indicadores sociales y educativos en esta población.

El objetivo 4 del presente trabajo de investigación, es comparar qué relación existe entre las relaciones de poder y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incacancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023. Por último, para relaciones de poder, el 51,9% se ubican en el nivel bajo, el 25,9% medio y el 22,2% alto. La Tabla 13 y la Figura 11 muestran que el 59.3% de las mujeres quechuas considera que las relaciones de poder se encuentran en un nivel medio; entre ellas, el 44.4% califica la educación para la salud como buena, mientras que el 14.8% la considera regular. Por otro lado, el 22.2% de los encuestados opina que las relaciones de poder son bajas, y en este grupo, el 14.8% considera la educación para la salud como regular, mientras que el 7.4% la califica como buena. Finalmente, el 18.5% de las mujeres quechuas evalúa las relaciones de poder como altas, y todas ellas también consideran que la educación para la salud es buena. La distribución general de las relaciones de poder entre las mujeres quechuas muestra que la mayoría percibe estas relaciones como bajas. Esto revela la necesidad de reconocer que, en general, las mujeres experimentan desigualdades significativas en el ámbito del poder. El análisis indica que la percepción de las relaciones de poder influye directamente en cómo valoran la educación para la salud. Las relaciones de poder más equilibradas (niveles medio o alto) están asociadas con evaluaciones positivas de la educación para la salud, mientras que las relaciones más débiles o desequilibradas (nivel bajo) tienden a correlacionarse

con valoraciones menos favorables. Este hallazgo sugiere que el empoderamiento y la mejora de las relaciones de poder son clave para optimizar la percepción y efectividad de los programas de educación para la salud, especialmente en el contexto del parto. Los resultados sobre las relaciones de poder entre las mujeres quechuas indican una tendencia predominante hacia una percepción negativa o limitada del poder en sus contextos sociales. La mayoría se clasifica en el nivel bajo, lo que sugiere que muchas mujeres se sienten marginadas o con poco acceso a recursos y oportunidades para ejercer su poder en contextos del parto. En el grupo que percibe las relaciones de poder como medianas, un porcentaje significativo califica la educación para la salud como buena. Esto sugiere que una percepción moderada del poder puede estar asociada con una mejor valoración de los recursos educativos disponibles. Por otro lado, una percepción negativa del poder se correlaciona con una menor valoración y acceso a recursos educativos. La alta proporción de mujeres que perciben las relaciones de poder como bajas subraya la necesidad urgente de intervenciones sociales y educativas que busquen empoderar a estas mujeres, promoviendo su participación activa en decisiones comunitarias y políticas, para mejorar la atención de la salud de gestantes y del parto. La calificación observada entre las percepciones del poder y la evaluación de la educación para la salud indica que fortalecer las relaciones de poder podría tener un impacto positivo en otros aspectos críticos, como el acceso a información y recursos en salud. En conclusión, los resultados reflejan una clara necesidad de abordar las dinámicas de poder a nivel interpersonal en el contexto del parto. Es fundamental enfocarse en estrategias que promuevan el empoderamiento femenino y mejoren el acceso a la educación y otros recursos esenciales. La relación entre la percepción del poder y la evaluación positiva de la educación para la salud destaca cómo el fortalecimiento del capital social puede contribuir al bienestar general y al desarrollo comunitario.

Conclusiones

PRIMERA

El objetivo principal de esta investigación fue determinar la relación entre la comunicación intercultural y educación para la salud como complemento al parto seguro en mujeres quechuas usuarias de la posta de Incakancha. Los resultados obtenidos respaldan la existencia de una relación significativa de complemento entre estas variables. En particular, los datos presentados en la tabla 14 muestran los resultados de la prueba no paramétrica de Rho de Spearman, con un valor de significancia bilateral de 0,000. En consecuencia, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, lo que indica una relación significativa de complementariedad entre la comunicación intercultural y la educación para la salud, contribuyen al parto seguro en mujeres quechuas. Además, el coeficiente de compensación de 0,801 revela una compensación positiva fuerte entre estas variables.

El análisis de los testimonios recogidos en Incakancha demuestra que la comunicación intercultural constituye un fundamento indispensable para el éxito de la educación para la salud como complemento al parto seguro en la población quechua. La integración respetuosa y horizontal de los saberes ancestrales con las prácticas biomédicas fortalece la confianza mutua, facilita la apropiación de recomendaciones médicas y enriquece la experiencia de la atención materna.

Cuando el personal de salud valora y reconoce el conocimiento local —como el manejo tradicional del parto o la precisión en el cálculo de fechas y posiciones fetales— se genera un clima de confianza y colaboración que fomenta la aceptación de la educación para la salud sin excluir la identidad cultural. Por el contrario, la desvalorización de estos saberes produce resistencia y obstaculiza la participación activa de las mujeres en los programas de salud.

Las experiencias de reciprocidad y aprendizaje mutuo —donde tanto profesionales como mujeres quechuas comparten y validan sus conocimientos— evidencian que la comunicación intercultural es más que simple intercambio informativo: es un proceso dialogante que promueve autonomía comunitaria, pertinencia cultural y mejores resultados en salud materna y perinatal.

En consecuencia, solo mediante una comunicación intercultural efectiva, basada en el diálogo horizontal y el respeto a la cosmovisión local, la educación para la salud podrá desempeñar un papel complementario y significativo en la seguridad del parto. Este enfoque asegura que la atención materna sea percibida como un esfuerzo colectivo y pertinente, fortaleciendo el bienestar de la comunidad y garantizando el éxito sostenido de los programas en contextos andinos.

SEGUNDA

En relación con el primer objetivo específico, se propuso analizar la relación entre la adaptación cultural del mensaje y la educación para la salud como complemento al parto seguro en mujeres quechuas usuarias de la posta de Incakancha. Los resultados obtenidos respaldan la existencia de una relación significativa de complemento entre estas variables. En particular, los datos presentados en la tabla 15 muestran los resultados de la prueba no paramétrica de Rho de Spearman, con un valor de significancia bilateral de 0,000. En consecuencia, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, lo que indica una relación significativa de complementariedad entre la educación para la salud y la adaptación cultural del mensaje, contribuyendo al parto seguro en mujeres quechuas. Además, el coeficiente de compensación de 0,804 revela una relación positiva fuerte entre estas variables.

De la información cualitativa se concluye que, la adaptación cultural del mensaje es fundamental para que la educación para la salud tenga un impacto real en el parto seguro de las mujeres quechuas de Incakancha. Las experiencias recogidas muestran que las barreras lingüísticas

y culturales, especialmente la ausencia de personal de salud que domine el quechua y comprenda la cosmovisión local, dificultan la comunicación durante el proceso de parto, generando ansiedad y desconfianza en las usuarias. Casos como el traslado forzado de una gestante que no fue comprendida en su idioma ilustran cómo estas deficiencias pueden derivar en experiencias negativas y limitar la eficacia de la atención materna.

Respecto al uso insuficiente de traductores, intérpretes y un lenguaje adaptado, se evidencia que cuando el personal de salud no se comunica en la lengua materna ni respeta las normas culturales, aumentan los malentendidos, el temor y el rechazo al sistema sanitario, tal como relatan varias mujeres quechuas.

Asimismo, el contraste entre la atención brusca (*millaywan*) recibida en centros de salud y el trato cálido (*sumaqllawan*) experimentado en el entorno familiar subraya la necesidad de mayor empatía y sensibilidad cultural por parte de los profesionales. La falta de calidez o respeto en el trato físico y verbal se percibe como una agresión, lo que lleva a muchas mujeres a preferir el parto domiciliario, donde se sienten acompañadas y protegidas por sus familiares y rituales tradicionales.

En este contexto, el testimonio de la joven madre B.T. evidencia cómo la falta de comprensión lingüística y la imposición de decisiones médicas sin un diálogo efectivo generan experiencias negativas y desconfianza. Esto refleja no solo limitaciones en la comunicación, sino también una falta de voluntad o capacitación en interculturalidad por parte del personal de salud, lo que debilita la efectividad de la educación para la salud y la hace percibir como impositiva y ajena.

Además, la distinción entre *sumaqllawan* (buena atención) y *millaywan* (atención brusca) emerge como un descriptor central de la experiencia del parto. La percepción de una atención brusca —manifestada por gritos y toques fuertes— genera rechazo y un sentimiento de

desvalorización en las mujeres quechuas, quienes interpretan estas acciones como perjudiciales para su salud, lo que refuerza su preferencia por el ámbito familiar y la atención más cálida en casa. Por ello, cualquier mensaje de educación para la salud que provenga de una fuente percibida como “millaywan” pierde credibilidad y eficacia, sin importar su contenido técnico.

En síntesis, para que la educación para la salud sea un verdadero complemento al parto seguro en mujeres quechuas, es imprescindible que el mensaje no solo sea lingüísticamente accesible, sino también culturalmente pertinente y transmitido con empatía y respeto. La adaptación cultural del mensaje implica mucho más que una simple traducción: requiere una profunda transformación en la interacción y actitud del personal de salud, validando la cosmovisión, experiencias y sensibilidades culturales de las mujeres quechuas para construir confianza y fomentar un entorno realmente seguro y acogedor.

TERCERA

En relación con el segundo objetivo específico, se propuso explorar la relación entre la negociación de significados y la educación para la salud como complemento al parto seguro en mujeres quechuas usuarias de la posta de Incakancha. Los resultados obtenidos respaldan la existencia de una relación significativa de complemento. En particular, los datos presentados en la tabla 16 muestran los resultados de la prueba no paramétrica de Rho de Spearman, con un valor de significancia bilateral de 0,000. En consecuencia, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, lo que indica una relación significativa de complementariedad entre la educación para la salud y la negociación de significados, que contribuye al parto seguro de mujeres quechuas. Además, el coeficiente de compensación de 0,893 revela una compensación positiva muy fuerte entre estas variables.

Cualitativamente la negociación de significados constituye un proceso central, aunque todavía insuficientemente desarrollado, en la integración de la educación para la salud como complemento al parto seguro entre las mujeres quechuas de Incakancha. Los testimonios recogidos evidencian una marcada ausencia de diálogo intercultural, ya que las prácticas, conceptos y valores quechuas rara vez son reconocidos o incorporados en los protocolos institucionales de atención materna.

Las vivencias de las mujeres muestran que el personal de salud suele apearse a un marco rígido, priorizando el conocimiento biomédico y descalificando los saberes tradicionales. Esta situación dificulta la construcción de acuerdos efectivos sobre el cuidado materno y neonatal. Elementos como la percepción del manejo del frío y el calor ("fresco-cálido"), el valor del acompañamiento familiar, la protección de la intimidad y el respeto por los saberes propios son aspectos fundamentales para las mujeres quechuas, pero son ignorados o malinterpretados en los establecimientos de salud.

Experiencias negativas, como procedimientos considerados peligrosos (por ejemplo, exponer a los neonatos al frío), la sensación de soledad durante el parto institucional y la falta de sensibilidad cultural, refuerzan la desconfianza y el rechazo hacia la atención oficial en salud. Asimismo, la relación vertical entre el personal de salud y las usuarias —donde el profesional actúa como "enseñador" y la mujer quechua como "aprendiz"— impide la construcción de un espacio horizontal de mutualidad y aprendizaje compartido.

Los relatos de las mujeres quechuas revelan una serie de dicotomías culturales y conceptuales ("Cálido – Fresco", "Artificial – Natural", "Soledad – Acompañado", "Intimidad – Exposición Pública", "Sudor Frío – Sudor Caliente") que no son reconocidas ni abordadas adecuadamente por el sistema de salud. Por ejemplo, la experiencia de la Sra. G.M., cuyo recién

nacido fue expuesto al frío por parte del personal de salud, fue interpretada, según su cuidado andino, como una acción peligrosa y potencialmente fatal. De igual forma, la Sra. D.S. relaciona el “frío maligno” y la enfermedad de “sofla” con prácticas realizadas en las postas, lo que construye una narrativa de daño interno permanente y desalienta la búsqueda de atención en la posta.

Esta desvalorización genera resistencia y diezma la confianza, evidenciada en la preferencia de muchas mujeres por el parto domiciliario, donde el entorno familiar y la aplicación de prácticas culturalmente pertinentes, como la administración de agua caliente o el cuidado del calor benigno, les ofrece mayor seguridad. La "reacción de caracol andino" ante la la sensación de exposición pública de lo íntimo en los establecimientos de salud ilustra cómo la falta de negociación y reconocimiento de estos significados puede afectar directamente el proceso fisiológico del parto.

En conclusión, la negociación de significados es el puente indispensable para que la educación para la salud se convierta en un complemento realmente eficaz para el parto seguro. Este proceso requiere ir más allá de la simple traducción de información, implicando una reconceptualización de las interacciones, un respeto profundo por la ecología de saberes en la región andina sobre el cuidado, y la integración horizontal de los conocimientos tradicionales con los enfoques biomédicos. Sin esta dinámica negociadora y la creación de acuerdos respetuosos y mutuos, la brecha entre el sistema de salud y las mujeres quechuas persistirá, comprometiendo tanto la calidad como la seguridad de la atención materna.

CUARTA

El tercer objetivo específico, se proyectó establecer la relación entre la construcción de identidades y la educación para la salud como complemento al parto seguro en mujeres quechuas. Los resultados obtenidos respaldan la existencia de una relación significativa de complemento

entre estas variables. En particular, los datos presentados en la tabla 17 muestran los resultados de la prueba no paramétrica de Rho de Spearman, con un valor de significancia bilateral de 0,000. En consecuencia, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, lo que indica una relación significativa de complementariedad entre la educación para la salud y la construcción de identidades, contribuyendo al parto seguro en mujeres quechuas. Además, el coeficiente de correlación de 0,668 revela una correlación positiva moderada entre estas variables.

La conclusión cualitativa demuestra que la construcción de la identidad cultural de las mujeres quechuas de Incacancha está profundamente articulada con la forma en que experimentan y perciben la atención en salud materna. Su lengua, saberes ancestrales, conocimiento del cuidado ante el frío y el calor, la alimentación tradicional en puérperas (templeado) y el apoyo familiar no solo definen la vivencia del parto, sino que condicionan su aceptación o rechazo de la educación para la salud ofrecida desde el sistema biomédico.

Sin embargo, los relatos evidencian que, al predominar un enfoque institucional descalificador de prácticas y símbolos culturales, la atención en salud materna genera temor, vergüenza y desconfianza, debilitando el sentido de dignidad y autonomía de las mujeres. La persistencia de relaciones verticales y discursos que desvalorizan los saberes indígenas transforma la educación para la salud en una imposición, más que en un proceso de empoderamiento o acompañamiento.

Desde la perspectiva de la comunicación para el cambio social y de comportamiento, la ausencia de un diálogo horizontal que afirme y legitime el “yo cultural” de las mujeres quechuas constituye una barrera fundamental: impide la apropiación significativa de los mensajes sanitarios y limita la eficacia de la educación para la salud como complemento al parto seguro. Por el

contrario, cuando la comunicación intercultural reconoce, integra y valora la identidad cultural, se construye confianza, se promueve el aprendizaje mutuo y se posibilita un cambio de comportamiento genuino y sostenible.

En síntesis, integrar y afirmar la identidad cultural mediante una comunicación respetuosa, inclusiva y participativa es indispensable para que la educación para la salud sea aceptada y apropiada como complemento al parto seguro por las mujeres quechuas. Solo así, la atención materna podrá transformarse en un espacio de construcción colectiva, digna y segura, que fortalezca el bienestar individual y comunitario, y fomente la confianza en el sistema de salud.

QUINTO

El cuarto objetivo del trabajo de investigación se propuso comparar la relación entre las relaciones de poder y la educación para la salud como complemento al parto seguro. Los resultados obtenidos respaldan la existencia de una relación significativa de complemento entre estas variables. En particular, los datos presentados en la tabla 18 muestran los resultados de la prueba paramétrica de Pearson, con un valor de significancia bilateral de 0,000. En consecuencia, se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula, lo que indica una relación significativa de complementariedad entre la educación para la salud y las relaciones de poder, contribuyendo al parto seguro en mujeres quechuas. Además, el coeficiente de correlación de 0,668 revela una correlación positiva moderada entre estas variables.

Según la observación y testimonios de vida de las mujeres, las relaciones de poder asimétricas entre el personal de salud y las mujeres quechuas de Incakancha condicionan profundamente la efectividad de la educación para la salud como complemento al parto seguro. Los relatos muestran un patrón recurrente de imposición, coerción y decisiones médicas

unilaterales —incluyendo traslados forzados con apoyo policial y cesáreas no consentidas— que vulneran la autonomía, generan desconfianza y deslegitiman los saberes ancestrales de las mujeres quechuas.

Esta dinámica autoritaria convierte a las gestantes en receptoras pasivas de indicaciones alineadas al cumplimiento de metas institucionales que, con sus necesidades reales, debilitando el sentido protector del parto institucional. Las experiencias de maltrato, indiferencia ante el consentimiento informado y falta de información clara refuerzan la percepción del sistema biomédico como espacio de control antes que de cuidado. Como consecuencia, muchas mujeres optan por el parto domiciliario, no como rechazo absoluto del saber médico, sino como defensa de su dignidad, seguridad emocional y un entorno culturalmente coherente.

Se concluye que un cambio duradero solo es posible al superar estas dinámicas de poder hegemónicas. Es fundamental transitar hacia un modelo de colaboración y diálogo horizontal, donde las mujeres quechuas sean reconocidas como sujetas activas y competentes, capaces de integrar sistemáticamente en administración de la salud pública, sus saberes ancestrales con los conocimientos biomédicos. Solo así la educación para la salud podrá fomentar un parto seguro y digno, transformando la imposición en una elección consciente y fortaleciendo la confianza y autonomía cultural.

En síntesis, mientras prevalezca una lógica de imposición y subordinación, la educación para la salud difícilmente será efectiva como complemento al parto seguro. Solo transformando las relaciones de poder hacia un modelo de atención intercultural, participativa y respetuosa — donde se reconozcan y valoren los saberes, símbolos y decisiones de las mujeres quechuas— será posible generar confianza, fortalecer la autonomía y promover cambios de comportamiento sostenibles que contribuyan a la salud materna y comunitaria

Recomendaciones

Primera. A la Gerencia Regional de Salud del Gobierno Regional de Cusco

Se debe emprender un programa de educación para la salud basado en la comunicación intercultural dirigido a las mujeres quechuas, especialmente en áreas donde existe un fuerte rechazo a la atención de parto en las postas de salud. La educación debe adoptar un enfoque intercultural, donde ambos, personal de salud y mujeres quechuas, enseñen y aprendan de manera recíproca hacia la complementariedad de los sistemas de salud oficial y andino indígena. Es importante que las mujeres quechuas conozcan las funciones y competencias de la posta, así como el proceso biológico que sus cuerpos experimentan durante el embarazo.

Segundo. Recomendación a la Posta de Salud de Incakancha.

La Posta de Salud de Incakancha debe fortalecer su enfoque intercultural mediante la integración de prácticas de medicina tradicional quechuas con la medicina convencional. Para ello, se recomienda capacitar al personal en interculturalidad y competencias lingüísticas básicas en quechua, crear espacios dentro de la posta donde se respeten prácticas culturales como el uso de plantas medicinales o rituales tradicionales, y establecer alianzas con parteras tradicionales de la comunidad para que actúen como puentes entre ambos sistemas de salud. Estas acciones garantizarán un parto seguro y culturalmente pertinente para las mujeres quechuas.

Tercero. Al MINSA sobre la prioridad: metas o necesidad de atención a la población

Las metas institucionales del sector salud no deben desplazar la necesidad de atención en salud de las comunidades y grupos de culturas locales minoritarios, como los quechuas. Se ha observado que los establecimientos de salud priorizan las metas institucionales, incluso desatendiendo las atenciones de emergencia del usuario, lo que desvirtúa el sentido y objetivo del servicio de salud pública.

Cuarto. Recomendación a la Municipalidad Distrital de Marcapata

La Municipalidad Distrital de Marcapata debe implementar y acondicionar culturalmente la casa materna para garantizar un parto seguro y respetuoso de las tradiciones quechuas. Esto incluye acondicionar un espacio físico que incorpore elementos culturales como textiles tradicionales y ambientes cálidos, contratar personal de salud y parteras tradicionales capacitados en interculturalidad, y realizar campañas de sensibilización comunitaria sobre la importancia del parto seguro. De esta manera, se brindará un servicio que combine calidad médica con pertinencia cultural.

Quinto. Recomendación a la Dirección Desconcentrada de Cultura

La Dirección Desconcentrada de Cultura debe implementar un programa de mediadores culturales en el ámbito de la salud materna, seleccionando y capacitando a líderes quechuas para facilitar la comunicación entre las mujeres de la comunidad y el personal de salud. Además, se deben desarrollar materiales educativos en quechua y español que aborden temas de salud materna desde una perspectiva intercultural, y establecer convenios con instituciones de salud para garantizar el reconocimiento y apoyo a los mediadores culturales. Esta iniciativa reducirá las barreras culturales y lingüísticas, mejorando el acceso a servicios de salud materna de calidad.

Sexto. A la Micro Red Ocongate

Sobre la adecuación cultural para el parto en las postas de salud, los establecimientos de salud en Ocongate deben cumplir con las disposiciones del MINSA respecto a la adecuación cultural en la infraestructura, protocolos y procedimientos. El personal de salud debe brindar un trato respetuoso a las mujeres quechuas gestantes, ofreciéndoles tranquilidad y confianza, junto con niveles adecuados de higiene y seguridad garantizados por el equipamiento y el personal profesional.

Septimo. A la Micro Red Ocongate

En cuanto a los gastos para la familia, se deben diseñar estrategias para que el traslado de las gestantes no sea otra responsabilidad económica que las familias deban cubrir. Además, la estadía en la casa materna en Ocongate debe tener las condiciones mínimas para una gestante, incluyendo cuidado en la alimentación y seguridad de su salud, con adecuación cultural.

Referencia

- (UNESCO) Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2003). *Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial*. Paris - Francia. Obtenido de <https://acortar.link/IHXqOu>
- Abarzúa, M. A. (2018). *Confiabilidad, validez e imparcialidad en evaluación educativa*. Santiago: MIDE UC.
- Aguirre, H. (31 de Enero de 2018). *El Desarrollo como Distopía. Desarrollo y Comunicación, reflexiones desde El Ande, Cusco, Perú*. Obtenido de Seminario Internacional Desarrollo y Comunicación reflexiones desde el ande: <https://www.youtube.com/watch?v=yUJMR475PHM>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey. Obtenido de https://drive.google.com/file/d/1w5AlincZpberE1LsJ3oMymhmz7Q5v_mE/view?usp=drive_link
- Alayza Sueiro, A. (2017). *Posibilidades y límites para las mujeres indígenas desde una mirada interseccional*. Lima. Obtenido de <https://acortar.link/sKg6Rr>
- Aliaga Huidobro, E. (2007). *Promoción de Prácticas Saludables con Metodología PECE: Planeamiento Estratégico de Comunicación Educativa*. Lima.
- Aliaga, E. (2003). *Aliaga, E. (2003). Políticas de promoción de la salud en el Perú: restos y perspectivas. Consorcio de Investigación Económico y Social – CIES*. Obtenido de Foro Salud: http://bvs.minsa.gob.pe/local/GOB/1002_CIES3.pdf

Allende, S. (1970). *La Realidad Médico-Social Chilena*. Santiago de Chile: Editorial Quimantú.

Obtenido de <https://acortar.link/rHq0Xa>

Ampuero Alabarracín, J. (2007). *Sin Comunicación no hay desarrollo; Estrategias y recursos para la*. Lima.

Araoz, S. (2017). *Factores que son barrera para la percepción de los mensajes de comunicación*. Cusco.

Arbaiza Fermini, L. (2023). *El Desarrollo de la Tesis*. Lima: ESAN.

Aristoteles. (089). *Ética Nicómaquea; Etica Eufemia*. Grecia: Epublibre.

Baldeón, V. J. (2014). *Formando una Identidad, Construyendo un Destino*. Lima.

Banco Mundial. (05 de junio de 2018). *Banco Mundial*. Obtenido de <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2018/07/05/low-quality-healthcare-is-increasing-the-burden-of-illness-and-health-costs-globally>

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice-Hall. Obtenido de https://drive.google.com/file/d/1risBudN3paPGcP8uEI39ETgTTBnNw_V2/view?usp=drive_link

Barranquero, A. (2014). *LATINOAMERICANIZAR LOS ESTUDIOS DE COMUNICACIÓN*. ., (pág. 26). Madrid.

Barranquero, A., & Eiroa, M. (2017). *Métodos de investigación en la comunicación y sus medios*. Madrid: SINTESIS.

Beltran, L. R. (1998). *Comunicación para la salud del pueblo, una revision de conceptos básicos*. ., (pág. 66). La Paz.

- Betancourt, J., Green, A., Carrillo, J., & Park, E. (2003). Definiendo la Competencia Cultural: Un Marco Práctico para Abordar las Disparidades Raciales/Etnicas en la Salud y la Atención Médica. Obtenido de <https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293>
- Blesa, B. (junio de 2012). Anemias microcíticas. Anemia ferropénica. *Pediatra Integral*, 10. Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-06/anemias-microciticcas-anemia-ferropenica/>
- Borden, G., & Stone, J. (1982). *La comunicacion humana. El proceso de interrelacion*. Obtenido de <https://biblat.unam.mx/es/revista/anales-de-la-facultad-de-educacion-santiago/articulo/borden-ga-stone-jd-la-comunicacion-humana-el-proceso-de-interrelacion-buenos-aires-ed-el-ateneo-1982-274-p>
- Bunge, M. (1960). *La ciencia, su método y su filosofía*. Buenos Aires.
- Burch, S. (06 de Aril de 2018). *Desafíos y oportunidades para la democratización de la comunicación*. Obtenido de Nodal Noticias de America Latina y el Caribe: <https://www.nodal.am/2018/04/desafios-y-oportunidades-para-la-democratizacion-de-la-comunicacion/>
- Caceres Chalco, E. (2017). *Concepción y cuidado indígena del recién nacido; Antropología del Neonato Andino*. Cusco. Cusco.
- Cáceres, C. E. (2015). *Tejiendo las Bases Teóricas del Sistema Médico Indígena Andino*. Unsaac.
- Cáceres, E. (1988). *Si Crees, los Apus te Curan*. Cusco.
- Careaga Pérez, G. (2012). *Empoderamiento y Salud Sexual y Reproductiva en Mujeres Indígenas*. Mexico.
- Casmir, F. (1997). *Comunicación en la Tercera Cultura: Comunicación Interpersonal entre Culturas*. California: Sage Publications.

- Centro de Escritura Javeriano. (2020). *Normas APA, séptima edición*. Pontificia Universidad Javeriana, seccional Cali. . Obtenido de Pontificia Universidad Javeriana: <https://www2.javerianacali.edu.co/centro-escritura/recursos/manual-de-normas-apa-septima-edicion#gsc.tab=0%C2%A0>
- Cépeda García, N. (2009). *Diversidad cultural de los maestros peruanos: un potencial para una educación intercultural*. Obtenido de Repositorio PUCP: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/1164>
- Cépeda, N. (2006). *Una mirada al currículo escolar desde los paradigmas de la complejidad, la interculturalidad y la democracia Tarea*. Obtenido de Tarea, Asociacion de publicaciones Educativas: https://tarea.org.pe/wp-content/uploads/2014/07/NoraCepeda_Paradigmas.pdf
- Chiara Záes, J. (2018). *Historia Comunicación Social*. Madrid.
- Choquenaira, F. (2016). *Familia rural y su participación en la educación de sus hijos*. Cusco.
- Constitución Política del Perú. (1993). *Constitución Política del Perú*. Lima.
- Constitución Política del Perú. (1993). *Constitución Política del Perú*. Lima.
- Contreras, B. A. (2015). *La palabra que camina, Comunicación popular para el vivir bien / buen vivir*. Quito.
- COSO. (2019). *AEC*. Obtenido de <https://www.aec.es/web/guest/centro-conocimiento/coso#:~:text=Seg%C3%BAn%20COSO%20el%20Control%20Interno,y%20eficiencia%20de%20las%20operaciones>
- Cuadros , Y., Árias, S., & Valencia , A. (2015). *La comunicación pública como estrategia orientadora en los procesos de participación ciudadana de los jóvenes*. Obtenido de Encuentros: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5111677>

Dancourt, O. (Agosto de 2018). *PUCP - OSCAR ALFONSO BERNARDO DANCOURT MASIAS*.

Obtenido de PUCP - OSCAR ALFONSO BERNARDO DANCOURT MASIAS:

<https://www.pucp.edu.pe/profesor/oscar-dancourt-masias/publicaciones/?tipopub=,Otras%20publicaciones>

De Saussure, F. (1916). *Linguística genenal*. Paris.

De Sousa Santos , B. (2014). *Epistemologías del Sur (perspectivas)*. Madrid: Akal S.A.

De Sousa Santos, B. (1998). De la mano de Alicia; Lo social y lo político en la postmodernidad. (pág. 234). Santa fe de Bogota: Uniandes.

de Sousa Santos, B. (2009). *El fin del imperio cognitivo: La globalización de la ciencia y el conocimiento*. Siglo XXI Editores. Obtenido de <https://acortar.link/vloVVV>

Del Valle Rojas, C. (2006). *Comunicación Participativa: Aproximación desde América Latina*. Buenos Aires.

Delgado, D. (Mayo de 2020). *Análisis Carolina*. Obtenido de Análisis Carolina: <https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2020/05/AC-26.-2020.pdf>

Departamento de Derecho Internacional DEA. (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos, 22 de noviembre, 1969*,. Obtenido de Organización de los Estados Americanos: https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm

Díaz Bordenave, J. (2007). *Guía de planificación participativa de Estrategias de Comunicación en Salud*. Paraguay.

Donabedian, A. (1966). *Evaluación de la calidad de la atención médica*. Líbano: Fondo conmemorativo de Milbank.

Echevarria, R. (2005). *Ontología del Lenguaje*. Santiago: JC Saez.

- ESAN. (octubre de 2020). *Esan.edu.pe*. Obtenido de <https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/como-ayuda-el-gestionar-los-riesgos-en-el-sector-salud>
- Estermann, J. (2006). *Filosofía Andina, sabiduría indígena para un mundo nuevo*. Bolivia: ESEAT.
- et.al, G. B. (febrero de 2021). *scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000100051
- Eugenia Monti, Javier Taborda, Soledad López, Liliana Nicolino, Luciano Debanne, María Noel Tabera, . . . Pía Dalmaso. (2007). *Manual de Comunicación para la Salud: Herramientas para la producción de materiales y acciones comunicativas en las prácticas comunitarias*. Córdoba.
- Fernandez Borrero, M. A. (2025). *La competencia intercultural en el ámbito de los servicios sociales comunitarios*. Madrid. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=46897>
- Fernandez Juarez, G. (2002). *Salud e Interculturalidad en America Latina; perspectivas antropológicas*. Quito: ABYALA- Yala. Obtenido de <https://acortar.link/TSSUu3>
- Fonet, R. (2000). La interculturalidad a prueba. *Daneprairie*, 70.
- Forero Santos, J. (2003). *La comunicación social para la promoción de la salud*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Foucault, M. (1978). *La microfísica del poder*. Obtenido de <https://acortar.link/zDRUpX>
- Francke, P. (junio de 2020). *Econ. Pedro Fran*. Obtenido de Pedro Francke investigador: <http://pedrofrancke.com/category/articulos/>
- Freire , P. (2006). *El grito Manso*. Buenos Aires.
- Freire, P. (1993). *Cartas a quien pretende enseñar*. Brasil.

Freire, P. (1996). *Pedagogía de la emancipación*. Buenos Aires.

Gallardo, J. P. (2018). *intranet*. Obtenido de http://www.riesgooperacional.com/docs/docs/COSO_2.pdf

García Canclini, N. (1989). *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. Mexico: Grijlabo.

Garrido Medina, J. (2011). Las Unidades del Discurso.

Glanz, K., Rimer, B., & Viswanath, K. (1997). *Comportamiento de Salud y Educación para la Salud: Teoría, Investigación y Práctica*. Jossey-Bass. Obtenido de <https://acortar.link/nBBOrQ>

Gomez, D. (1996). *El proceso Comunicativo: una revisión, revista de filosofía y su didáctica*. Sevilla.

Gómez, G. (2006). *Optimicemos la educación con PNL programación neurolingüística: Su aplicación práctica en el trabajo docente*. lima: Trilla.

Gudykunst, W. (2005). *Teoría de la Gestión de la Ansiedad y la Incertidumbre: Estado Actual y Direcciones Futuras*. Nueva York: Pearson Educación. Obtenido de <https://acortar.link/OU5DSW>

Guerra-García, M., & Alva, M. (2003). *Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa: Guía Metodológica*. UNICEF. Lima.

Gumucio Dagron, A. (2010). *La Radio en Latinoamérica; Legislación para la radio local*. La Paz.

Gumucio Dagron, A. (2011). *Comunicación para el cambio social: clave del desarrollo participativo*. Colombia.

Gumucio, A., & Tufte, T. (2006). *Antología de la Comunicación para el Cambio Social: Lecturas Históricas y Contemporáneas*. Nueva Jersey: Communication for Social Change

- Consortium. Obtenido de https://www.google.com.pe/books/edition/_/85WbPmx9QlcC?hl=es-419&gbpv=1
- Habermas, J. (1992). *Teoría de la acción comunicativa*. Mexico.
- Hernandez, A. (2018). *Perspectivas Ecológicas en la Salud Comunitaria*. Lima: Médica Panamericana.
- Hofstede, G. (1980). *Las Consecuencias de la Cultura: Diferencias Internacionales en Valores Relacionados con el Trabajo*. Beverly Hills, California.
- Huanacuni Mamani, F. (2010). *Desarrollo con Identidad*.
- INEI, Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas*. Lima. Obtenido de <https://acortar.link/0TtUjU>
- ISD Fundacion. (octubre de 2018). *Intranet*. Obtenido de <https://isdfundacion.org/2018/10/10/ques-y-para-que-sirve-el-muestreo-estadistico/>
- Ishikawa, K. (1943). *¿Qué es el control total de calidad?: la modalidad japonesa*. Japon.
- Jurado Nacional de Elecciones. (2008). Guía de participación ciudadana en el Perú. *Dirección nacional de educación y formación cívica ciudadana*, (pág. 71). Lima.
- Kim, Y. (1988). *Resumen e idea central de la Teoría de la Adaptación Transcultural de Kim (1988)*. Filadelfia: Multilingual Matters Ltd. Obtenido de <https://acortar.link/YvCZne>
- Kusch, G. (1970). *Lo andino como categoría filosófica*. Mexico.
- Lawrence, W., & Marshall, W. (1991). *Planificación de Programas de Salud: Un Enfoque Educativo y Ecológico*. Nueva York: McGraw-Hill. Obtenido de <https://acortar.link/xa6NY1>

- Leininger, M. (2002). *Diversidad y Universalidad en el Cuidado Cultural: Una Teoría de la Enfermería*. Obtenido de <https://acortar.link/WKFhHn>
- Luhmann, N. (1991). *Sociología del Riesgo*. Mexico.
- Maggy, w. (febrero de 2018). *google academico*. Obtenido de <http://201.159.223.180/bitstream/3317/9976/1/T-UCSG-POS-MGSS-115.pdf>
- Marroquin Peña, R. (2012). *Metodología de Investigación*. Lima.
- Martín Zurro, A. (2018). *Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica*. España: Elsevier. Obtenido de <https://acortar.link/bZikRH>
- Martín-Barbero, J. (1988). *Procesos de comunicación y matrices de cultura: Itinerario para salir de la razón dualista*. Mexico: Gustavo Gili.
- Martínez Beleño, C., & Sosa Gómez, M. (2026). Aportaciones y diferencias entre comunicación en salud, comunicación para el desarrollo y para el cambio social. *Revista de Comunicación y Salud*,, 12. Obtenido de <https://www.revistadecomunicacionysalud.es/index.php/rcys/article/view/81>
- Martinez, R. J. (2019). El proceso de elaboración y validación de un instrumento de. *Acción y Reflexión educativa*.
- MIDIS, M. d. (2017). *Manual de intervención comunicacional para la y el gestor local del Programa Juntos*. Lima.
- Ministerio de salud. (DICIEMBRE de 2016). *BVS*. Obtenido de BVS: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3930.pdf>
- Ministerio de Cultura. (2017). *Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural*. Lima: Rafiluz R&S SAC.

- Ministerio de Planificación y Desarrollo de Venezuela. (2005). *Diagnóstico social Participativo: Programa de fortalecimiento técnico de los Consejos Locales de Planificación Pública*. Caracas: CLPP.
- Ministerio de Salud - Costa Rica. (2025). *Mercadeo Social en Salud: Conceptos, principios y herramientas*. Costa Rica.
- Ministerio de Salud. (2012). *GUÍA del Planificador IEC: Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa*. Lima.
- MINSA. (Octubre de 2009). *MINSA*. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/246122-727-2009->
- MINSA, M. (2017). Plan Nacional para la reducción y control de la anemia Materno, Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil 2017-2021. *Resolución Ministerial 240*, (pág. 98). Lima.
- MINSALUD. (Enero de 2015). *Biblioteca Digital*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/Perspectiva-aseguramiento-comite-ampliado.pdf>
- MINSALUD. (29 de mayo de 2022). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/gestion-integral-de-riesgo-en-salud.aspx>
- Mosquera Vásquez, M. (2003). *Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias*. 15. Obtenido de [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24832w/Comunicacion_en_Salud.pdf](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24832w/Comunicacion_en_Salud.pdf)
- Mujica, L. (2002). *Aculturación, inculturación e interculturalidad. Los supuestos en las relaciones entre "unos" y "otros"*. Obtenido de Fenix, revista de la Biblioteca Nacional drel

Perú:

https://www.academia.edu/37707163/Aculturaci%C3%B3n_inculturaci%C3%B3n_e_interculturalidad_los_supuesto_en_las_relaciones_entre_unos_y_otros_2003_

Nevado Llopis, A. (2013). *La Comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva*.

Castellon de la Plata. Obtenido de <https://www.tdx.cat/handle/10803/396350#page=1>

Nizama, E., & Samaniego, S. (2007). *Cómo Mejorar la educación para la Salud*.

OMS, O. M., & OPS, O. P. (2017). *MINSALUD*. Obtenido de MINSALUD: <https://hospitecnia.com/sites/default/files/158829251531588292515.pdf>

OMS, O., & OPS, O. (2023). Informe sobre la atención sanitaria y la comunicación intercultural.

Guatemala. Obtenido de <https://www.paho.org/es/documentos/guia-dialogos-interculturales-salud>

OPS/ OMS. (2020). *Gestion de riesgos Salud y Desastres*. Obtenido de http://www.saludydesastres.info/index.php?option=com_content&view=article&id=319&lang=ea

Organización Internacional del Trabajo OIT. (1989). *Convenio número 169 de la OIT Sobre Pueblos Indígenas y Tribales*. Obtenido de La Conferencia General de la Organización

Internacional del Trabajo: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C169

Organización Mundial de la Salud. (1989). *OMS*. Obtenido de OMS

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005). *Estrategias de Comunicación para la Salud Integral en la Infancia: Guía Metodológica para su Desarrollo*. Washington, D.C.

- Obtenido de <https://www.paho.org/es/documentos/estrategias-comunicacion-para-salud-integral-infancia-guia-metodologica-para-su>
- Ortiz Gimenez, W. (2015). La Ciudadanía Alternativa En Perspectiva Con Los Derechos Humanos. *RJ Ratio Juris*, 25.
- Platt, T. (1995). El lenguaje del poder en los Andes. *Revista de Antropología Andina*, 112–130.
- Popper, K. (1959). *La Lógica de la Descubierta Científica*. Viena, Austria: Editorial Tecnos.
- Proaño, C. A. (septiembre de 2018). *Blog.iadb*. Obtenido de <https://blogs.iadb.org/salud/es/la-mala-calidad-de-la-atencion-de-salud-mata/>
- Prochaska, J., Norcross, J., & DiClemente, C. (1994). *Cambio para Bien: Un Programa Revolucionario de Seis Etapas para Superar Malos Hábitos y Avanzar Positivamente en tu Vida*. William Morrow Paperbacks. Obtenido de <https://acortar.link/Q50tOA>
- Quijano Obregón, A. (2018). *La comunicación occidental y la crítica decolonial*. Lima.
- Ramiro Beltrán, L. (1995). *Salud pública y comunicación social*. Chasqui.
- Ríos Hernández, I. N. (2011). *Comunicación En Salud: Conceptos Y Modelos Teóricos*. San Juan, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/277273859_Comunicacion_en_salud_Conceptos_y_modelos_teoricos
- Rizo Garcia, M. (2013). Comunicación e Interculturalidad, reflexiones en torno a una relación indisoluble. *Global Media Journal*, 42.
- Rizo, M., Pech, C., & Vivian, R. (2008). *Manual de comunicación intercultural: Una introducción a sus conceptos, teorías y aplicaciones*. Mexico: UACM. Obtenido de <https://acortar.link/rPP4Nf>

- Robins, C. (2010). *EDU.PE*. Obtenido de <http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/0450.%20Administraci%C3%B3n.%20Robbins%2C%2010a.%20ed..pdf>
- Rodrigo, M. (1999). *Comunicación Intercultural*. Barcelona: Anthropos.
- Rostworowski Tovar, M. (2015). *Historia del Tahuantinsuyo*. Lima.
- Ruiz, M. (2016). *Diversidad cultural y mediación intercultural: El caso de los pueblos indígenas en América Latina*. Lima: Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Ryan, R., & Deci, E. (2017). *Teoría de la Autodeterminación: Necesidades Psicológicas Básicas en la Motivación, el Desarrollo y el Bienestar*. The Guilford Press. Obtenido de <https://acortar.link/PScDB3>
- Salud, O. M. (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. *53ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD*, (pág. 12).
- Schütz, A. (1977). *Construcción Significativa del Mundo Social. Introducción a la Sociología Comprensiva*. Barcelona: Paidós.
- Seguí Gómez, M., & Toledo Atucha, E. (2013). *Modelos, Sistemas de salud*. Obtenido de Facmed-unam: <http://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2020/10/Sistemas-de-salud.-Modelos.pdf>
- Solano, D. (2015). *Marketing Social y Desarrollo*. Lima: ESAN.
- Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). (15 de agosto de 2018). <https://acortar.link/MAsNQ4>. Obtenido de <https://acortar.link/MAsNQ4>: <https://acortar.link/MAsNQ4>
- The Hidden Dimension (La Dimensión Oculta)*. (1966). Nueva York. Obtenido de <https://acortar.link/k2nFtD>

- Torrco Villanueva, E. (2018). *DECO Primer Seminario de Desarrollo y Comunicación en la ciudad del Cusco el 2018*.
- Ugarte Ubilluz, Ó. (2019). GOBERNANZA Y RECTORÍA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PERÚ. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 8.
- UNICEF. (2010). *Estudio cualitativo de las representaciones sociales de las familias de comunidades de la provincia de Quispicanchi, Cusco, sobre el cuidado y valoración de los recién nacidos*. Obtenido de Direccion Regional de Salud Cusco: <https://acortar.link/6FxA2>
- Universidad Autónoma de México. (2008). *Comunicación Intercultural*. México.
- Valcárcel Vizcarra, L. (1927). *Tempestad en los Andes*. Lima: Editorial Minerva.
- Velarde Bedriñana, L. (2012). *Las parteras sí saben, son importantes, solo que están olvidadas*. Lima. Obtenido de <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio//handle/20.500.12404/1170>
- Wals, C. (2008). Interculturalidad, plurinacionalidad decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. *Tabula Rasa*, 22.
- Xin, S. (2016). *Interacción entre comunicación intercultural y didáctica idiomática*. Barcelona. Obtenido de <https://acortar.link/JrWKGa>
- Zurita, G. B. (1996). *Sisbib.unmsm.edu.pe*. Obtenido de https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v58_n1/casalud.htm

Anexos

Anexo 01 Matriz de Consistencia.

Anexo 02. Intrumento Encuesta.

Anexo 03. Ficha de registro de entrevista.

Anexo 04. Ficha de registro de observación.

Anexo 05. Guia de entrevista.

Anexo 06. Validación de instrumentos.

Anexo 07. Fiabilidad de instrumento por Alfa de Cronbach.

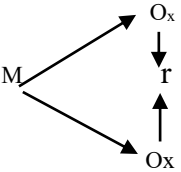
Anexo 08. Interpretación del coeficiente.

Anexo 09. Medios de verificación

Anexo 1 Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA							
Título: Comunicación intercultural y educación para la salud como complemento al parto seguro en mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023							
Autor: Br. Saúl Avelino Cantoral Huaylla							
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES				
Problema general ¿Qué relación existe entre comunicación intercultural y educación para la salud como complemento al parto seguro en mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023?	Objetivo general Determinar la relación entre la comunicación intercultural y educación para la salud como complemento al parto seguro en mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.	Hipótesis general Existe relación positiva entre la comunicación intercultural y la educación para la salud como complemento al parto seguro en mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.	Variable independiente: Comunicación Intercultural				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores de variables	Niveles según variable
			D1. Adaptación cultural del mensaje	1. Uso de lenguaje adaptado. 2. Presencia de traductores culturales. 3. Integración de tradiciones locales en la comunicación. 4. Claridad en la explicación de procedimientos médicos.	1-4	(1) Nunca (2) Casi nunca (3) Neutral (4) Casi siempre (5) Siempre	B a j o M e d i o A l t
			D2. Negociación de significados.	1. Reconocimiento de creencias culturales. 2. Negociación de prácticas de parto. 3. Co-creación de planes de parto. 4. Adaptación de los contenidos educativos.	5-8		
Problemas específicos a. ¿Qué relación existe entre la adaptación cultural del mensaje y la educación para la salud como complemento al parto seguro en mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023? b. ¿Qué relación existe entre la negociación de significados y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023?	Objetivos específicos a. Analizar qué relación existe entre la adaptación cultural del mensaje y la educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023. b. Explorar qué relación existe entre la negociación de significados y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023. c. Establecer qué relación existe entre la construcción de identidades y educación para	Hipótesis específicas a. Existe relación directa entre la adaptación cultural del mensaje y la educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023. b. Existe relación significativa entre la negociación de significados y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023. c. Existe relación directa entre la construcción de identidades y educación para la salud como complemento al parto seguro	D3. Construcción de identidades.	1. Autoidentificación cultural. 2. Percepción de su identidad en el contexto de salud. 3. Reconocimiento de prácticas culturales. 4. Sentido de pertenencia.	9-12		

<p>c. ¿Qué relación existe entre la construcción de identidades y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023?</p> <p>d. ¿Qué relación existe entre las relaciones de poder y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023?</p>	<p>la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.</p> <p>d. Comparar qué relación existe entre las relaciones de poder y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.</p>	<p>en las mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.</p> <p>d. Existe relación significativa entre las relaciones de poder y educación para la salud como complemento al parto seguro en las mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.</p>	D4. Relaciones de poder	<p>1. Percepción de equidad en la atención</p> <p>2. Influencia de la estructura social en la comunicación</p> <p>3. Participación en la toma de decisiones</p> <p>4. experiencias de discriminación o inclusión.</p>	13-16		
			Variable dependiente: Educación para la salud				
			Dimensiones	Indicadores	Items	Escala de valores de variables	Niveles según variable
			D1. Comportamientos saludables	<p>1. Observación de prácticas de parto por el personal médico.</p> <p>2. Influencia de familias y parientes.</p> <p>3. Modelos comunitarios de salud.</p> <p>4. Formación de opiniones a través de la observación.</p>	16–20	<p>(1) Nunca</p> <p>(2) Casi nunca</p> <p>(3) Neutral</p> <p>(4) Casi siempre</p> <p>(5) Siempre</p>	<p>B a J o M e d I o A l T o</p>
			D2. Actitud de autoevaluación	<p>1. Evaluación de resultados de prácticas de salud</p> <p>2. Reflexión sobre experiencias previas</p> <p>3. Análisis de información educativa recibida</p> <p>4. Autoevaluación de habilidades y conocimientos apoyo y castigo social.</p>	21- 24		
			D3. Aprobación prácticas.	<p>1. Refuerzos positivos recibidos</p> <p>2. Consecuencias negativas por no seguir recomendaciones</p> <p>3. Reacciones del personal médico</p> <p>4. Percepción de apoyo y castigo social.</p>	25- 28		

			D4. Aprendizaj e social.	1. Apoyo de familiares y amigos. 2. Impacto de redes de apoyo comunitario. 3. Influencia de modelos comunitarios. 4. Recursos educativos disponibles en la comunidad.	28-32		
Tipo y diseño de investigación		Población y muestra		Instrumentos		Método de análisis	
Enfoque: Mixto cuantitativo - cuantitativo. Tipo: Pura o básica Diseño: Correlacional  <p>M: muestra Donde O: Comunicación intercultural O: Educación para la salud r: Explicación del nivel de relación.</p>		Población: 90 colaboradores Muestra: Muestra 27 colaboradoras Muestreo: Probabilístico estratificado. Para el instrumento encuesta No probabilístico intencional. Para el instrumento entrevista.		Variable 1: Comunicación intercultural Técnica: encuesta Instrumento: cuestionario y entrevista cualitativa. Variable 2: Educación para la salud Técnica: encuesta Instrumento: cuestionario y entrevista cualitativa.		Análisis descriptivo inferencial	

Anexo 2 Instrumentos de recolección de información

Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

Escuela de Postgrado - Maestría en Marketing Social y Comunicación para el Desarrollo

Trabajo de investigación de tesis de postgrado para optar el grado de maestro

CUESTIONARIO DE ENCUESTA

Estamos trabajando para un estudio que servirá para sustentación de tesis posgrado acerca de, **“COMUNICACIÓN INTERCULTURAL Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO COMPLEMENTO AL PARTO SEGURO EN MUJERES QUECHUAS DE INCAKANCHI – MARCAPATA – QUISPICANCHI – CUSCO 2023”**, por ello pido tu ayuda para que contestes las preguntas. Tus respuestas serán confidenciales y anónimas. Marque la opción elegida con un aspa (X) o un chek (✓). Muchas gracias.

Entrevistador/a.....

Fecha: ____ / ____ / ____

Folio: _____

Datos sociodemográficos

1) ¿Cuál es tu edad?

- a) De 15 años a 25 años de edad.
- b) De 26 años a 40 años de edad.
- c) Mayor a 40 años de edad

2) ¿Nivel de instrucción?

- a) Sin estudio
- b) Primaria
- c) Secundario
- d) Superior técnico

3) ¿Según tus ingresos económicos te consideras?

- a) No pobre
- b) Pobre
- c) Pobre extremo

4) ¿Según la distancia de la posta dónde vives?

- a) Vive cerca a la posta (a menos 30 minutos a pie)
- b) Medianamente cerca (vive al pie de la carretera de 30 a 60 min en moto)
- c) Lejano de la posta (vive lejos de la carretera, más de 1 hora a pie)

5) ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Madre soltera
- d) Otros...

Anexo 2. Instrumentos

Cuestionario de comunicación intercultural.

Marque la opción elegida con un aspa (X) o un chec (✓). Muchas gracias.

Nunca (1)	Casi nunca (2)	Neutral (3)	Casi siempre (4)	Siempre (5)					
	Dimensión 1: Adaptación cultural del mensaje				1	2	3	4	5
1	¿El personal médico utiliza un lenguaje comprensible para las mujeres quechuas durante el proceso de parto?								
2	¿Cuántas veces se utilizó un traductor o mediador cultural durante el parto para facilitar la comunicación entre las mujeres quechuas y el personal médico?								
3	¿Se incorporan las prácticas culturales ⁱ quechuas en las conversaciones y decisiones sobre el parto?								
4	¿Se explican con claridad los procedimientos médicos a las mujeres quechuas durante el parto?								
	Dimensión 2: Negociación de significados.								
5	¿En qué medida el personal médico reconoce y valida la cosmovisión cultural de las mujeres quechuas sobre el parto?								
6	¿Con qué frecuencia se negocian las prácticas de parto entre el personal médico y las mujeres quechuas para llegar a un entendimiento mutuo?								
7	¿En qué medida se involucra a las mujeres quechuas en la creación del plan de parto, considerando sus perspectivas culturales?								
8	¿Los contenidos educativos sobre el parto para las mujeres quechuas, son adaptados culturalmente?								
	Dimensión 3: Construcción de identidades.								
9	¿Consideras importante mantener tus prácticas culturales quechuas durante el proceso de parto?								
10	¿Crees que tu condición quechua ha influido en la calidad de atención que recibes durante el embarazo y el parto?								
11	¿Los profesionales de salud reconocen y permiten las prácticas culturales quechuas durante tu parto?								
12	¿Consideras conveniente expresar tu pertenencia a la comunidad quechua, durante el parto?								
	Dimensión 4: Relaciones de poder.								
13	¿Sientes que tu cultura y tus necesidades específicas son respetadas en el entorno de atención del parto?								
14	¿Tiene impacto positivo, la posición social de las mujeres quechuas en la calidad de la comunicación y la atención médica que reciben?								
15	¿En qué grado participan las mujeres quechuas en la toma de decisiones relacionadas con su cuidado durante el parto?								
16	¿Ha sufrido experiencias de discriminación por su condición de mujeres quechuas durante el parto?								

Anexo 2. Instrumentos

Cuestionario de educación para la salud

Marque la opción elegida con un aspa (X) o un chec (✓). Muchas gracias.

Nunca (1)	Casi nunca (2)	Neutral (3)	Casi siempre (4)	Siempre (5)				
Dimensión 1: Comportamientos saludables				1	2	3	4	5
1	¿En qué medida las prácticas de parto demostradas por el personal médico te han motivado a seguir las recomendaciones de salud?							
2	¿Influyen las prácticas de parto de tus familiares en las decisiones que tomas durante tu propio parto?							
3	¿Tienes ejemplos de comportamientos saludables en tu comunidad que han influido en tu propia manera de manejar el parto?							
4	¿Las observaciones de otros durante el parto han influido en tu opinión sobre prácticas de salud?							
Dimensión 2: Actitud de autoevaluación								
5	¿Evalúas los resultados de las prácticas de salud que has seguido durante el parto?							
6	¿Tus experiencias pasadas de parto influyen en las decisiones que tomas sobre prácticas de salud en el parto actual?							
7	¿Consideras útil la información educativa sobre salud que has recibido de la posta durante el embarazo y el parto?							
8	¿Has hecho cambios en tus prácticas de salud basados en tu autoevaluación de habilidades y conocimientos?							
Dimensión 3: Aprobación de prácticas.								
9	¿Has recibido elogios o recompensas por seguir prácticas de salud recomendadas durante tu parto?							
10	¿Has experimentado problemas o complicaciones por no seguir las recomendaciones de salud durante el parto?							
11	¿Recuerdas algunas reacciones agresivas del personal médico ante tu incumplimiento de las recomendaciones de salud durante el parto?							
12	¿Has recibido apoyo social para adoptar prácticas saludables dadas en la posta de salud durante el parto y cómo ha influido en tu comportamiento?							
Dimensión 3: Aprendizaje Social								
13	¿Recibes apoyo de tus familiares y amigos para adoptar prácticas saludables dadas por el médico, durante el parto?							
14	¿Recibes opinión positiva de tu comunidad para adoptar prácticas saludables dadas por el médico, durante el parto?							
15	¿Las costumbres de tu comunidad se complementan con la adopción de prácticas de salud dadas por el médico durante el parto?							
16	¿Has utilizado plantas, objetos o prácticas educativos sobre salud, disponibles en tu comunidad para el cuidado durante el parto?							

¡Muchas Gracias...!

Prácticas culturales: Tipo de alimentación, cuidado ante el frío, cuidado contra el viento, uso de hierbas medicinales, palpación a la paciente y respeto símbolos y significados.

*Anexo 3, Ficha de registro de entrevista***Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco**

Escuela de Postgrado

Maestría en Marketing Social y Comunicación para el Desarrollo

Trabajo de investigación de tesis de postgrado para optar el grado de maestro

FICHA DE REGISTRO DE ENTREVISTA

ENTREVISTADO:

LUGAR :

FECHA :

HORA :

Objetivo:.....

.....

.....

.....

Grabación N°

Objetivo N°

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

*Anexo 4, Ficha de registro de observación***Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco**

Escuela de Postgrado

Maestría en Marketing Social y Comunicación para el Desarrollo

Trabajo de investigación de tesis de postgrado para optar el grado de maestro

FICHA DE REGISTRO DE OBSERVACIÓN**Objetivo de la observación:**

.....

.....

¿Qué se Observa?:

.....

.....

.....

¿A quién se observa?:

.....

.....

.....

¿Dónde se observa?:

.....

.....

.....

¿Cuándo se observa?:

.....

.....

.....

¿Cómo se observa?:

.....

.....

.....

Anexo 5, Guía de entrevista

GUIA DE ENTREVISTA

Determinar qué relación existe entre la comunicación intercultural y educación para la salud como complemento al parto seguro en mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023.

Objeto de análisis: Las conductas e interacción comunicativa de las mujeres quechuas y los profesionales de salud de la posta de inkacancha.

Nota: Leer procesos de comunicación. N°1.1

Informante: Mujer quechua usuaria de la posta de Incakancha.

CUESTIONARIO.

VARIABLE EDUCACION PARA LA SALUD

- 6) ¿La posta de salud de Inkakancha realiza capacitaciones relacionadas al parto seguro y saludable?
- 7) ¿Qué actividades realiza?
- 8) ¿Las mujeres quechuas de Inkakancha reciben consejos sobre cuidados del embarazo de parte de un algún especialista diferente al personal de la posta?
- 9) Por su nivel de organización y preparación previa ¿qué recursos son más utilizados en las actividades educativas?
- 10) ¿Qué se debe hacer principalmente para tener parto seguro y saludable según el MINSA?
- 11) Sobre el parto seguro y saludable establecida por el MINSA, ¿Crees que es importante cumplir?

VARIABLE: COMUNICACIÓN INTERCULTURAL

- 12) ¿Cómo es la interacción interpersonal de la enfermera con las mujeres quechuas? (respecto al lenguaje proxémico).
- 13) Que emoción predomina durante la interacción ¿Qué crees que siente (relación emocional) el personal de salud cuando habla con las mujeres quechuas?
- 14) ¿Cómo es la comunicación lingüística intercultural en las charlas de salud brindada por la posta de salud con las mujeres quechuas?
- 15) ¿Las madres quechuas se expresan con seguridad y confianza en su lengua en las reuniones con la posta de salud?
- 16) Ante las dificultades de comunicación de quechua a castellano ¿Quién crees tiene la culpa?
- 17) ¿En las conversaciones o charlas de salud que discrepancias de concepción existen?
- 18) Sobre la comunicación efectiva en las conversaciones de las mujeres quechuas y el personal de salud.
¿Entiendes la charla o reunión y también sientes que te escuchan y entienden?
- 19) ¿En la última charla de salud de qué hablaron?
- 20) ¿Estás de acuerdo con todas las indicaciones sobre cuidado del embarazo que da la posta de salud?
- 21) ¿Cuáles son los signos de una gestante en riesgo de salud, según su percepción?
- 22) ¿Durante parto domiciliario quienes acuden a apoyarlo?

¡¡¡Muchas gracias!!!

Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

Escuela de Postgrado

Maestría en Marketing Social y Comunicación para el Desarrollo

Trabajo de investigación de tesis de postgrado para optar el grado de maestro

GUIA DE ENTREVISTA TESTIMONIO DE VIDA

ENTREVISTADO:

LUGAR :

FECHA :

HORA :

Objetivo:

.....

Grabación N°

Objetivo N°

CUESTIONARIO.

1. ¿A los cuantos años llegaste a ser mamá?
2. ¿Qué sentiste cuando te enteraste que serías mamá?
3. ¿Quiénes te ayudaban con tus necesidades?
4. ¿Cómo fue tu primer embarazo? ¿Qué recuerdas lo peor de tu primer embarazo?
5. ¿Cómo te fue con tus controles de salud como gestante?
6. ¿Cómo te fue en el parto de tu primer hijo?
7. ¿Dónde nació tu primer hijo?
8. ¿Qué sentiste al tener tu primer hijo, qué te decían tus padres y tu pareja?
9. ¿Cuéntame cómo lo criaste a tu primer hijo desde que nació hasta sus tres años de edad?

REPREGUNTAS. ¿Hasta qué edad le has dado leche materna? ¿Qué le gusta comer a tu hijo?

¿Desde cuantos meses ha iniciado comer? ¿Qué enfermedades le ataco? ¿Cómo lo cura?

Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

Escuela de Postgrado

Maestría en Marketing Social y Comunicación para el Desarrollo

Trabajo de investigación de tesis de postgrado para optar el grado de maestro

GUIA DE ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE

ENTREVISTADO:

CARGO :

LUGAR :

FECHA :

HORA :

Objetivo:

.....

Grabación

Nº.....

CUESTIONARIO.

1. ¿En qué consiste el trabajo que usted realiza desde su cargo?
2. ¿Qué objetivo tiene usted?
3. ¿Su institución que metas debe cumplir? ¿Qué dificultades tiene?
4. ¿Las personas cooperan con su meta?
5. ¿Cuál es el principal problema de salud en Marcapata?
6. ¿Qué enfermedad es la más riesgosa para los niños menores de tres años?
7. ¿Cuál cree que es la causa de la anemia infantil en los niños menores de tres años en Marcapata?
8. ¿Para reducir la anemia infantil que deben hacer las autoridades de Marcapata?
9. ¿Para reducir la anemia infantil que deben hacer las familias de Marcapata?
10. ¿Cómo calificas la atención en el puesto de salud?

Anexo 6, Validación de instrumentos

▲ Validez de los instrumentos (juicio de expertos)

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor: Dr. Freddi Orlando Yanque Martorell

Presente.

Asunto: Validación de instrumentos a través de juicio de experto

Me es grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo tesista de la maestría en Marketing Social y Comunicación para el Desarrollo, de la escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, requiero validar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi trabajo de investigación.

El título nombre del proyecto de investigación es: "comunicación intercultural y educación para la salud como complemento al parto seguro en mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023" y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas Comunicación Intercultural y Educación Para La Salud.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Matriz de consistencia
- Matriz de Operacionalización de las variables.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente

Firma.....

Nombre completo: Saul Avelino Cantoral Huaylla.

DNI: 44788122

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE COMUNICACIÓN INTERCULTURAL

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
	Dimensión 1: Adaptación cultural del mensaje	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿El personal médico utiliza un lenguaje comprensible para las mujeres quechuas durante el proceso de parto?	X		X		X		Ninguna
2	¿Cuántas veces se utilizó un traductor o mediador cultural durante el parto para facilitar la comunicación entre las mujeres quechuas y el personal médico?	X		X		X		Ninguna
3	¿Se incorporan las prácticas culturales ⁴ quechuas en las conversaciones y decisiones sobre el parto?	X		X		X		Ninguna
4	¿Se explican con claridad los procedimientos médicos a las mujeres quechuas durante el parto?	X		X		X		Ninguna
	Dimensión 2: Negociación de significados							
5	¿En qué medida el personal médico reconoce y valida la cosmovisión cultural de las mujeres quechuas sobre el parto?	X		X		X		Ninguna
6	¿Con qué frecuencia se negocian las prácticas de parto entre el personal médico y las mujeres quechuas para llegar a un entendimiento mutuo?	X		X		X		Ninguna
7	¿En qué medida se involucra a las mujeres quechuas en la creación del plan de parto, considerando sus perspectivas culturales?	X		X		X		Ninguna
8	¿Los contenidos educativos sobre el parto para las mujeres quechuas, son adaptados culturalmente?	X		X		X		Ninguna
	Dimensión 3: Construcción de identidades							
9	¿Consideras importante mantener tus prácticas culturales quechuas durante el proceso de parto?	X		X		X		Ninguna
10	¿Crees que tu condición quechua ha influido en la calidad de atención que recibes durante el embarazo y el parto?	X		X		X		Ninguna
11	¿Los profesionales de salud reconocen y permiten las prácticas culturales quechuas durante tu parto?	X		X		X		Ninguna
12	¿Consideras conveniente expresar tu pertenencia a la comunidad quechua, durante el parto?	X		X		X		Ninguna
	Dimensión 4: Relaciones de poder							
13	¿Sientes que tu cultura y tus necesidades específicas son respetadas en el entorno de atención del parto?	X		X		X		Ninguna
14	¿Tiene impacto positivo, la posición social de las mujeres quechuas en la calidad de la comunicación y la atención médica que reciben?	X		X		X		Ninguna
15	¿En qué grado participan las mujeres quechuas en la toma de decisiones relacionadas con su cuidado durante el parto?	X		X		X		Ninguna
16	¿Ha sufrido experiencias de discriminación por su condición de mujeres quechuas durante el parto?	X		X		X		Ninguna

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Instrumento presenta suficiencia para ser aplicable.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [☒] Aplicable después de corregir [☐] No aplicable [☐]

Apellidos y nombres del juez validador: Dr. Freddi Orlando Yanque Martorell
DNI: 23859615

Especialidad del validador: Doctor en Comunicación y Desarrollo
Magister en Gestión Educativa.

Cusco 06 de noviembre de 2024

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.




Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EDUCACION PARA LA SALUD

Nº	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia ^{a1}		Relevancia ^{a2}		Claridad ^{a3}		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Dimensión 1: Comportamientos saludables aprendidos								
1	¿En qué medida las prácticas de parto demostradas por el personal médico te han motivado a seguir las recomendaciones de salud?	X		X		X		Ninguna
2	¿Influyen las prácticas de parto de tus familiares en las decisiones que tomas durante tu propio parto?	X		X		X		Ninguna
3	¿Tienes ejemplos de comportamientos saludables en tu comunidad que han influido en tu propia manera de manejar el parto?	X		X		X		Ninguna
4	¿Las observaciones de otros durante el parto han influido en tu opinión sobre prácticas de salud?	X		X		X		Ninguna
Dimensión 2: Actitud de autoevaluación								
5	¿Evalúas los resultados de las prácticas de salud que has seguido durante el parto?	X		X		X		Ninguna
6	¿Tus experiencias pasadas de parto influyen en las decisiones que tomas sobre prácticas de salud en el parto actual?	X		X		X		Ninguna
7	¿Consideras útil la información educativa sobre salud que has recibido de la posta durante el embarazo y el parto?	X		X		X		Ninguna
8	¿Has hecho cambios en tus prácticas de salud basados en tu autoevaluación de habilidades y conocimientos?	X		X		X		Ninguna
Dimensión 3: Castigo o refuerzo de prácticas								
9	¿Has recibido elogios o recompensas por seguir prácticas de salud recomendadas durante tu parto?	X		X		X		Ninguna
10	¿Has experimentado problemas o complicaciones por no seguir las recomendaciones de salud durante el parto?	X		X		X		Ninguna
11	¿Recuerdas algunas reacciones agresivas del personal médico ante tu incumplimiento de las recomendaciones de salud durante el parto?	X		X		X		Ninguna
12	¿Has recibido apoyo social para adoptar prácticas saludables dadas en la posta de salud durante el parto y cómo ha influido en tu comportamiento?	X		X		X		Ninguna
Dimensión 3: Aprendizaje Social								
13	¿Recibes apoyo de tus familiares y amigos para adoptar prácticas saludables dadas por el médico, durante el parto?	X		X		X		Ninguna
14	¿Recibes opinión positiva de tu comunidad para adoptar prácticas saludables dadas por el médico, durante el parto?	X		X		X		Ninguna
15	¿Las costumbres de tu comunidad se complementan con la adopción de prácticas de salud dadas por el médico durante el parto?	X		X		X		Ninguna
16	¿Has utilizado plantas, objetos o prácticas educativos sobre salud, disponibles en tu comunidad para el cuidado durante el parto?	X		X		X		Ninguna

Observaciones (precisar si hay suficiencia): El instrumento tiene suficiencia para ser aplicado en la investigación.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dr. Freddy Orlando Yanque Martorell

DNI: 23859615

Especialidad del validador: Doctor en Comunicación y Desarrollo
Magister en Gestión Educativa.

Cusco 06 de noviembre de 2024

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es sencillo, claro y directo.



Nota: Suficiencia se dice sufiendo cuando los ítems planteados son válidos para medir la dimensión.

Firma del Experto Informante.

⁴**Prácticas culturales:** Tipo de alimentación, cuidado ante el frío, cuidado contra el viento, uso de hierbas medicinales, palpación a la paciente y respeto símbolos y significados.

Validez de los instrumentos (juicio de expertos)

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor: Dr. Cosme Wilbert Medina Salas

Presente.

Asunto: Validación de instrumentos a través de juicio de experto

Me es grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo tesista de la maestría en Marketing Social y Comunicación para el Desarrollo, de la escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, requiero validar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi trabajo de investigación.

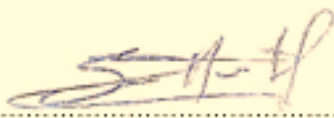
El título nombre del proyecto de investigación es: "comunicación intercultural y educación para la salud como complemento al parto seguro en mujeres quechuas de Incakancha – Marcapata – Quispicanchi – Cusco 2023" y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas Comunicación Intercultural y Educación Para La Salud

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Matriz de consistencia
- Matriz de Operacionalización de las variables.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente

Firma.....

Nombre completo: Saul Avelino Cantoral Huaylla.

DNI: 44786122

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE COMUNICACIÓN INTERCULTURAL

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ¹		Claridad ¹		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Dimensión 1: Adaptación cultural del mensaje							
1	¿El personal médico utiliza un lenguaje comprensible para las mujeres quechuas durante el proceso de parto?	X		X		X		Ninguna
2	¿Cuántas veces se utilizó un traductor o mediador cultural durante el parto para facilitar la comunicación entre las mujeres quechuas y el personal médico?	X		X		X		Ninguna
3	¿Se incorporan las prácticas culturales ² quechuas en las conversaciones y decisiones sobre el parto?	X		X		X		Ninguna
4	¿Se explican con claridad los procedimientos médicos a las mujeres quechuas durante el parto?	X		X		X		Ninguna
	Dimensión 2: Negociación de significados							
5	¿En qué medida el personal médico reconoce y valida la cosmovisión cultural de las mujeres quechuas sobre el parto?	X		X		X		Ninguna
6	¿Con qué frecuencia se negocian las prácticas de parto entre el personal médico y las mujeres quechuas para llegar a un entendimiento mutuo?	X		X		X		Ninguna
7	¿En qué medida se involucra a las mujeres quechuas en la creación del plan de parto, considerando sus perspectivas culturales?	X		X		X		Ninguna
8	¿Los contenidos educativos sobre el parto para las mujeres quechuas, son adaptados culturalmente?	X		X		X		Ninguna
	Dimensión 3: Construcción de identidades							
9	¿Consideras importante mantener tus prácticas culturales quechuas durante el proceso de parto?	X		X		X		Ninguna
10	¿Crees que tu condición quechua ha influido en la calidad de atención que recibes durante el embarazo y el parto?	X		X		X		Ninguna
11	¿Los profesionales de salud reconocen y permiten las prácticas culturales quechuas durante tu parto?	X		X		X		Ninguna
12	¿Consideras conveniente expresar tu pertenencia a la comunidad quechua, durante el parto?	X		X		X		Ninguna
	Dimensión 4: Relaciones de poder							
13	¿Sientes que tu cultura y tus necesidades específicas son respetadas en el entorno de atención del parto?	X		X		X		Ninguna
14	¿Tiene impacto positivo, la posición social de las mujeres quechuas en la calidad de la comunicación y la atención médica que reciben?	X		X		X		Ninguna
15	¿En qué grado participan las mujeres quechuas en la toma de decisiones relacionadas con su cuidado durante el parto?	X		X		X		Ninguna
16	¿Ha sufrido experiencias de discriminación por su condición de mujeres quechuas durante el parto?	X		X		X		Ninguna

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Instrumento presenta suficiencia para ser aplicable.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable ☒ Aplicable después de corregir ☐ No aplicable ☐

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. Cosme Wilbert Medina Salas

DNI: 23983530

Especialidad del validador: Magister en Gestión Educativa.
Doctor en Gestión y Ciencias de la Educación

Cusco 06 de noviembre de 2024

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar el componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


Dr. Cosme Wilbert Medina Salas

Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EDUCACION PARA LA SALUD

N°	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia ^{a1}		Relevancia ^{a2}		Claridad ^{a3}		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Dimensión 1: Comportamientos saludables aprendidos							
1	¿En qué medida las prácticas de parto demostradas por el personal médico te han motivado a seguir las recomendaciones de salud?	X		X		X		Ninguna
2	¿Influyen las prácticas de parto de tus familiares en las decisiones que tomas durante tu propio parto?	X		X		X		Ninguna
3	¿Tienes ejemplos de comportamientos saludables en tu comunidad que han influido en tu propia manera de manejar el parto?	X		X		X		Ninguna
4	¿Las observaciones de otros durante el parto han influido en tu opinión sobre prácticas de salud?	X		X		X		Ninguna
	Dimensión 2: Actitud de autoevaluación							
5	¿Evalúas los resultados de las prácticas de salud que has seguido durante el parto?	X		X		X		Ninguna
6	¿Tus experiencias pasadas de parto influyen en las decisiones que tomas sobre prácticas de salud en el parto actual?	X		X		X		Ninguna
7	¿Consideras útil la información educativa sobre salud que has recibido de la posta durante el embarazo y el parto?	X		X		X		Ninguna
8	¿Has hecho cambios en tus prácticas de salud basados en tu autoevaluación de habilidades y conocimientos?	X		X		X		Ninguna
	Dimensión 3: Castigo o refuerzo de prácticas							
9	¿Has recibido elogios o recompensas por seguir prácticas de salud recomendadas durante tu parto?	X		X		X		Ninguna
10	¿Has experimentado problemas o complicaciones por no seguir las recomendaciones de salud durante el parto?	X		X		X		Ninguna
11	¿Recuerdas algunas reacciones agresivas del personal médico ante tu incumplimiento de las recomendaciones de salud durante el parto?	X		X		X		Ninguna
12	¿Has recibido apoyo social para adoptar prácticas saludables dadas en la posta de salud durante el parto y cómo ha influido en tu comportamiento?	X		X		X		Ninguna
	Dimensión 3: Aprendizaje Social							
13	¿Recibes apoyo de tus familiares y amigos para adoptar prácticas saludables dadas por el médico, durante el parto?	X		X		X		Ninguna
14	¿Recibes opinión positiva de tu comunidad para adoptar prácticas saludables dadas por el médico, durante el parto?	X		X		X		Ninguna
15	¿Las costumbres de tu comunidad se complementan con la adopción de prácticas de salud dadas por el médico durante el parto?	X		X		X		Ninguna
16	¿Has utilizado plantas, objetos o prácticas educativos sobre salud, disponibles en tu comunidad para el cuidado durante el parto?	X		X		X		Ninguna

Observaciones (precisar si hay suficiencia): El instrumento tiene suficiencia para ser aplicado en la investigación.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [☒] Aplicable después de corregir [☐] No aplicable [☐]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. Cosme Wilbert Medina Salas

DNI: 23963530

Especialidad del validador: Magister en Gestión Educativa.
Doctor en Gestión y Ciencias de la Educación

Cusco 06 de noviembre de 2024

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar el componente o dimensión específica del constructo.

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.


Dr. Cosme Wilbert Medina Salas

⁴ Prácticas culturales: Tipo de alimentación, cuidado ante el frío, cuidado contra el viento, uso de símbolos y significados.

Firma del Experto Informante.

apeto

Anexo 7, Fiabilidad de instrumento por Alfa de Cronbach

Prueba de fiabilidad: Comunicación Intercultural

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,909	16

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
¿El personal médico utiliza un lenguaje comprensible para las mujeres quechuas durante el proceso de parto?	41,60	124,253	,562	,904
¿Cuántas veces se utilizó un traductor o mediador cultural durante el parto para facilitar la comunicación entre las mujeres quechuas y el personal médico?	42,10	130,621	,353	,911
¿Se incorporan las prácticas culturales quechuas en las conversaciones y decisiones sobre el parto?	41,45	127,103	,550	,905
¿Se explican con claridad los procedimientos médicos a las mujeres quechuas durante el parto?	41,15	119,924	,776	,897
¿En qué medida el personal médico reconoce y valida la cosmovisión cultural de las mujeres quechuas sobre el parto?	40,75	136,303	,175	,916
¿Con qué frecuencia se negocian las prácticas de parto entre el personal médico y las mujeres quechuas para llegar a un entendimiento mutuo?	40,05	130,892	,476	,907
¿En qué medida se involucra a las mujeres quechuas en la creación del plan de parto, considerando sus perspectivas culturales?	42,30	121,274	,692	,900

¿Los contenidos educativos sobre el parto para las mujeres quechuas, son adaptados culturalmente?	42,90	121,147	,808	,896
¿Consideras importante mantener tus prácticas culturales quechuas durante el proceso de parto?	41,90	125,042	,580	,904
¿Crees que tu condición quechua ha influido en la calidad de atención que recibes durante el embarazo y el parto?	40,70	125,484	,600	,903
¿Los profesionales de salud reconocen y permiten las prácticas culturales quechuas durante tu parto?	42,25	124,513	,704	,900
¿Consideras conveniente expresar tu pertenencia a la comunidad quechua, durante el parto?	42,00	123,263	,655	,901
¿Sientes que tu cultura y tus necesidades específicas son respetadas en el entorno de atención del parto?	41,90	125,042	,580	,904
¿Tiene impacto positivo, la posición social de las mujeres quechuas en la calidad de la comunicación y la atención médica que reciben?	40,70	125,484	,600	,903
¿En qué grado participan las mujeres quechuas en la toma de decisiones relacionadas con su cuidado durante el parto?	42,25	124,513	,704	,900
¿Ha sufrido experiencias de discriminación por su condición de mujeres quechuas durante el parto?	42,00	123,263	,655	,901

Prueba de fiabilidad: Educación para la salud

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,884	16

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
¿En qué medida las prácticas de parto demostradas por el personal médico te han motivado a seguir las recomendaciones de salud?	43,45	110,576	,653	,872
¿Influyen las prácticas de parto de tus familiares en las decisiones que tomas durante tu propio parto?	44,55	115,208	,512	,878
¿Tienes ejemplos de comportamientos saludables en tu comunidad que han influido en tu propia manera de manejar el parto?	43,90	112,305	,533	,877
¿Las observaciones de otros durante el parto han influido en tu opinión sobre prácticas de salud?	44,25	110,197	,441	,884
¿Evalúas los resultados de las prácticas de salud que has seguido durante el parto?	44,90	115,147	,569	,876
¿Tus experiencias pasadas de parto influyen en las decisiones que tomas sobre prácticas de salud en el parto actual?	45,40	118,253	,433	,881
¿Consideras útil la información educativa sobre salud que has recibido de la posta durante el embarazo y el parto?	44,85	113,608	,610	,874

¿Has hecho cambios en tus prácticas de salud basados en tu autoevaluación de habilidades y conocimientos?	43,20	113,221	,624	,874
¿Has recibido elogios o recompensas por seguir prácticas de salud recomendadas durante tu parto?	45,70	116,221	,530	,877
¿Has experimentado problemas o complicaciones por no seguir las recomendaciones de salud durante el parto?	43,60	113,937	,509	,878
¿Recuerdas algunas reacciones agresivas del personal médico ante tu incumplimiento de las recomendaciones de salud durante el parto?	43,90	110,411	,585	,875
¿Has recibido apoyo social para adoptar prácticas saludables dadas en la posta de salud durante el parto y cómo ha influido en tu comportamiento?	45,05	114,682	,509	,878
¿Recibes apoyo de tus familiares y amigos para adoptar prácticas saludables dadas por el médico, durante el parto?	45,70	116,221	,530	,877
¿Recibes opinión positiva de tu comunidad para adoptar prácticas saludables dadas por el médico, durante el parto?	43,60	113,937	,509	,878
¿Las costumbres de tu comunidad se complementan con la adopción de prácticas de salud dadas por el médico durante el parto?	43,90	110,411	,585	,875
¿Has utilizado plantas, objetos o prácticas educativos sobre salud, disponibles en tu comunidad para el cuidado durante el parto?	45,05	114,682	,509	,878

Anexo 8, Interpretación del coeficiente

Tabla 20

Interpretación del coeficiente de Pearson

Valor	Significado
+1.00	Correlación positiva perfecta.
+0.90	Correlación positiva muy fuerte.
+0.75	Correlación positiva considerable.
+0.50	Correlación positiva media.
+0.25	Correlación positiva débil.
+0.10	Correlación positiva muy débil.
0.00	No existe correlación alguna entre las variables.
-0.10	Correlación negativa muy débil.
-0.25	Correlación negativa débil.
-0.50	Correlación negativa media.
-0.75	Correlación negativa considerable.
-0.90	Correlación negativa muy fuerte.

Nota: Adaptado de Hernandez et al. (2016).

Tabla 21*Interpretación del coeficiente de Rho Spearman*

Valor de Rho	Significado
1.00	Correlación positiva grande y perfecta.
0.90 a 0.99	Correlación positiva muy fuerte.
0.70 a 0.89	Correlación positiva fuerte.
0.40 a 0.69	Correlación positiva moderada.
0.20 a 0.39	Correlación positiva débil.
0.01 a 0.19	Correlación positiva muy débil.
0.00	No existe correlación entre las variables.
-0.01 a -0.19	Correlación negativa muy débil.
-0.20 a -0.39	Correlación negativa débil.
-0.40 a -0.69	Correlación negativa moderada.
-0.70 a -0.89	Correlación negativa fuerte.
-0.90 a -0.99	Correlación negativa muy fuerte.

Nota: Adaptado de Martínez y Campos (2015).

Anexo 9 Medios de verificación

1. Visita a las familias quechuas de Incakancha.





2. Entrevista a profundidad





chhuas y la posta de Incakancha.







4. Aplicación de encuesta.





5. Entrevista con informantes clave.

