

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y ACTITUDES DE
LAS COMADRONAS TRADICIONALES, EN LA
ATENCION DEL PARTO EN PODALICA

Estudio descriptivo realizado en veinte comadronas, en la Aldea Bolivia,
del municipio de Santo Domingo Suchitepequez. Durante los meses
de Agosto a Septiembre de 1995.

TESIS

*Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.*

POR

OSCAR HUMBERTO GUERRA ARRIVILLAGA

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, octubre de 1995

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DC
OS
T (2936)

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE:

El (La) Bachiller: OSCAR HUMBERTO GUERRA ARREVILLAGA
Carnet Universitario No. 88-12528

Ha presentado para su Examen General Publico, previo a optar al
Titulo de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:
CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y ACTITUDES DE LAS COMADRONAS
TRADICIONALES EN LA ATENCION DEL PARTO EN PODALICA.

Trabajo asesorado por: DR. MARCO TULLIO GARCIA ESCOBAR
y revisado por: DR. MIGUEL ANGEL GARCIA GARCIA
quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente

ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 28 de septiembre de 1995

DR. EDGAR DE LEON BARILLAS
Por Unidad de Tesis



DR. RAUL CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMASE:

Dr. Edgar Axel Cliva Gonzalez
DECANO

INDICE:

	Pag.
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	3
IV. OBJETIVOS	4
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI. METODOLOGIA	15
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	19
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	29
IX. CONCLUSIONES	32
X. RECOMENDACIONES	33
XI. RESUMEN	34
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	35
XIII. ANEXOS	37

I. INTRODUCCION

Actualmente las comadronas tradicionales en nuestro país, atienden el 50-60% de los partos. Por lo que hoy se habla de fusionar la medicina occidental con la tradicional. (11,25).

El presente trabajo fue realizado en la Aldea Bolivia del municipio de Santo Domingo, Departamento de Suchitepequez.

El objetivo del mismo ha sido dar a conocer, los conocimientos, las creencias y actitudes, que tienen las comadronas adiestradas ante el parto en presentación podálica. Analizar y determinar las prácticas beneficiosas, inocuas y dañinas. Especialmente dar a conocer la importancia de la comadrona, como recurso humano terapéutico en la atención de la paciente embarazada.

Se utilizó en esta investigación el método etnográfico de investigación; haciendo notar que este método es cualitativo y no cuantitativo, permitiendo conocer en forma general los conocimientos, prácticas, creencias y actitudes de la comadrona tradicional. Las técnicas utilizadas en este estudio fueron básicamente; Entrevistas dirigidas con las personas objeto de estudio, para lo cual se elaboraron guías de entrevista basadas en las normas por el método anteriormente mencionado.

Como médicos y personal de salud, debemos reconocer que ignoramos en gran parte, el papel que juega en una comunidad rural, la comadrona tradicional; y por ende de las creencias y actitudes que toman ante determinada situación en salud, creando una barrera casi infranqueable, entre la población y el personal médico, lo que nos conduce a ignorar, discriminar y rechazar la forma de actuar de estas personas.

Evaluando el trabajo efectuado, se determinó que las comadronas poseen conocimientos básicos para la atención del parto en podálica. Aunque existen aun dudas sobre métodos para la atención por vía vaginal de un parto en presentación podálica.

Respecto a las prácticas Tradicionales catalogadas como nocivas, se determinó que aun se encuentran presentes en este grupo de comadronas tradicionales. Por ejemplo. (Darle vuelta durante el embarazo al feto para colocarlo en posición normal, mediante maniobras externas).

II. PLANEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA.

Muchas madres no tienen acceso a una asistencia sanitaria Moderna. Es en este momento que las parteras tradicionales toman un papel fundamental en las comunidades indígenas y rurales.

Según la definición de Girón Mena, las comadronas, además de atender el parto son expertas en resolver los problemas patológicos de los períodos pre y postnatal.

El Dr. Epaminondas Quintana, revela en sus estudios, que si bien son especialistas en sus funciones, a veces tratan o dan consejos para problemas médicos, ajenos a su competencia. (13.25)

En los países subdesarrollados se ha adiestrado a comadronas, ya que gozan de la confianza de la comunidad. Sus creencias, prácticas tradicionales en salud en estas comunidades, se remontan a épocas prehistóricas.

Definiéndose la Medicina Tradicional como "Conjunto de conocimientos y prácticas terapéuticas generadas en el seno de la comunidad, transmitidas generacionalmente y que basada en un saber empírico, ofrece o intenta ofrecer soluciones a las diversas manifestaciones de la enfermedad, buscando propiciar la salud a la población.

"Su rasgo característico es su íntima relación con la cultura de la comunidad".

La organización Mundial de la Salud define a una partera como: "La persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido, conocimientos iniciales de partería por si misma o por aprendizaje con otras parteras tradicionales".

La existencia de las "Parteras", se remonta al período prehispánico, cuando se les consideraba ayudantes de IXCHEL, la diosa Maya de la luna, del parto y de la fertilidad. (13,15)

El Ministerio de Salud Pública de Guatemala, considera a la comadrona adiestrada como un útil elemento en salud para el año 2,000.

En todas partes, el alumbramiento significa un momento de crisis en la vida de la mujer, para el que cada sociedad ha previsto un modo de actuación, incluso un sistema de creencias y prácticas tradicionales, en donde las parteras juegan un papel fundamental.

En Guatemala las tasas de mortalidad y morbilidad, al igual que otros países en desarrollo, son elevadas. Siendo el grupo materno infantil el que se encuentra más afectado. (6,10,15)

Lo que confirma la necesidad de conocer acerca de sus prácticas, creencias y tradiciones de su oficio, con el objetivo de analizarlas e idealmente mejorarlas, para que nuestras comunidades reciban un nivel de atención en salud más calificado.

III. JUSTIFICACION

Según la Organización Mundial de la Salud, el número de partos asistidos por una partera Tradicional es muy variable. Algunas parteras de prestigio pueden atender hasta 120 partos al año.

En la India se calcula que las parteras tradicionales atienden el 50-60% de los partos. En sierra Leona es el 70%, en Ghana un 75%, lo que no difiere en mucho de nuestro país, en el cual el 60-80% de los partos son atendidos por parteras tradicionales. (3,12,13,24)

En base a lo anterior, la comadrona tradicional es un pilar importante en el sistema de salud. Por lo tanto, es vital que se encuentre bien orientada en sus conocimientos.

Por lo que considero que es importante la realización de una investigación, acerca de las creencias y actitudes que toman las comadronas tradicionales, en la atención del parto en podálica. Y evaluar de esta manera si está este nivel de salud brindando un buen servicio a la comunidad. Especialmente en las áreas rurales de nuestro país, en donde la Asistencia Sanitaria Moderna, no tiene una cobertura elevada.

IV. OBJETIVOS

GENERALES:

1. Identificar las principales creencias y actitudes de las comadronas en la atención del parto en Podálica.
2. Señalar la importancia como recurso humano terapéutico de las comadronas tradicionales adiestradas.

ESPECIFICOS:

1. Evaluar los conocimientos que poseen las comadronas adiestradas en la atención del parto en podálica.
2. Analizar cuáles de estas creencias y actitudes pueden resultar beneficiosas e inocuas. Y cuales podrían ser en un momento perjudiciales para la salud de la madre y el feto, en el momento de encontrarse frente a un parto en presentación podálica.
3. Proponer al Centro de Salud de Río Bravo, Suchitepéquez, que los resultados que se presenten, sean tomados en cuenta en próximos cursillos de Adiestramiento de Comadronas.
4. Conocer las características generales de las comadronas tradicionales adiestradas de la comunidad.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA.

A. SINTESIS MONOGRAFICA DE LA ALDEA BOLIVIA DEL MUNICIPIO DE SANTO DOMINGO SUCHITEPEQUEZ.

HISTORIA:

Según narraciones de pobladores ancianos de la Aldea; cuentan que la misma fue dada a la población en 1903, por el señor Presidente Don Manuel Estrada Cabrera, quien les regalo sus tierras.

Inicialmente se dividía en dos regiones.

1. Corrales, Finca de Ganado.
2. Concepción la Grande, era un caserío de fincas.

Hace aproximadamente 80 años, extranjeros de América del Sur le cambiaron el nombre en Homenaje a su tierra natal Bolivia.

Al inicio de la Aldea existían 30 ranchos de Manaque (planta que se cultivaba en esa región).

En el Gobierno del General Ubico, había comisionados militares, 2 alcaldes auxiliares y dicha alcaldía contaba con 5 armas de 7mm, las cuales servían para custodiar la Aldea por las noches, por cinco habitantes diferentes cada semana.

Su transporte en su inicio fue a pie por caballo. Aproximadamente en 1923 se instaló la Fruit Company y en 1936 colocaron la línea férrea de la capital a las playas del Semillero. El cual hacía parada en la Finca Pacaya, teniendo la población que atravesar el río Nahualate para poder viajar a la capital.

En 1950 ingresó la primera camioneta, que salía las 6:00 A.M. y regresaba a las 17:00 Hrs. de la Villa de Tiquisate Escuintla.

Su medio de subsistencia consistía en hacer trueque, entre la misma población por diferentes cultivos. Aproximadamente hace 25 años, el General, don Miguel Idigoras Fuentes, Presidente en esa época distribuyó las tierras para fincas algodonerías.

Santo Toribio es el Patrono de dicha Aldea. Cuentan que unos vaqueros en tiempo de invierno, al acercarse al río Nahualate, vieron al Santo que iba flotando en el río, lazándolo y desde ese momento le celebraban su feria patronal cada año, el día 19 de Abril. Pero con la llegada de la Fruit Company se celebró del 25-27 de Abril por ser los días de pago de dicha compañía.

EXTENSION:

Su extensión territorial es de 242 Kilómetros cuadrados, dista de la ciudad capital a 165 Kms. por carretera de asfalto.

LIMITES:

La Aldea Bolivia colinda al Norte con Parcelamiento San Mauricio y Santo Domingo Suchitepequez, al Sur con la Playa del Semillero Tiquisate, al Oriente con Finca Pacaya Tiquisate y al Poniente con Caserío Santa Rita.

DIVISION POLITICA:

La Aldea esta organizada políticamente por personas de origen ladino, dos alcaldes auxiliares nombrados por la municipalidad de Santo Domingo, el cual no es remunerado. Existen 3 comisionados militares, 14 mayores, los cuales se reúnen en la alcaldía auxiliar.

En toda su extensión la aldea se divide en Fincas y Caseríos.

FINCAS:	-Los Tiestos,	-Los Alamos,	-Santa Marta,
	-Calcuta,	-Barinque,	-San Nicolas,
	-Santa Irene,	-Cristalina,	-Conacaste,
	-El castaño,	-San Carlos Malaga,	-Limonos.

CASERIOS:	-Conrado de la Cruz,	-Monseñor Romero,
	-Willy Wood,	-Santa Rita,
	-Monte Gloria.	

TOPOGRAFIA:

Su terreno es plano en su totalidad. Sus suelos se cultivan con algodón principalmente, además maíz, marañón, plátano, ajonjolí y manía.

HIDROGRAFIA:

A lo largo de la Aldea y situado al oriente, se encuentra el río Nahualate, que es el que limita la Aldea con la Villa de Tiquisate Escuintla.

POBLACION:

Según el último censo en 1994, la Aldea tiene una población general de 2038 habitantes. Siendo el 60% analfabetas.

ETNOGRAFIA:

En su mayoría la población es ladina, con mínima cantidad de personas de origen indígena.

CLIMA:

Es principalmente muy cálido, oscilando la temperatura en verano entre 36-38 Grados y en época de invierno 30-34 Grados Centígrados.

RELIGION:

Existen dos grupos religiosos, predominando la religión católica. Encontrándose en la Aldea una iglesia católica. El otro grupo religioso es el protestante, encontrándose en la aldea cuatro iglesias evangélicas.

TRADICIONES:

La feria titular que se celebra en Honor al Patrono Santo Toribio del 21-25 de Abril, en donde llevan una virgen de otra Aldea y los pasean juntos en una procesión.

EDUCACION:

Se cuenta con una escuela de Educación Preprimaria, una escuela de Educación Primaria en la Jornada Matutina. En la Jornada Vespertina funciona un Instituto de Educación Básica.

INSTITUCIONES DE SALUD:

Existe en la Aldea un puesto de Salud, el cual es atendido por un médico E.P.S. de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y una Enfermera Auxiliar presupuestada por el Ministerio de Salud Pública. Cuentan con dos promotores para planificación familiar de Aprofam.

SISTEMA DE CREENCIAS:

La población cree en el Empacho, Moyera caída, Mal de ojo, Alimentos fríos y calientes. Los cuales son curados aparentemente por las comadronas o los ancianos con remedios caseros.

B. CREENCIAS Y ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD, EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

La esterilidad representa para la mujer indígena un problema muy serio ya que puede ser rechazada por su esposo, pues su principal obligación es la procreación de la familia.

No existen entre los indígenas contraceptivos aborígenes y no conocen acerca de abortivos.

La infidelidad es castigada, ya que se considera un pecado y es una falta a lo sagrado. En el momento del matrimonio; antiguamente la recién casada, entraba a su nueva casa y era recibida en la puerta por dos mujeres viejas (quizá comadronas), quienes la instrúan en sus obligaciones conyugales.

Cuando se presentaba la Menarquía, la comadrona que estuvo presente en el parto de la niña, la llevaba al Temazcal y la instruía sobre la sexualidad en el matrimonio.

Encontramos que los indígenas recomiendan la Melostomacéa, la cual es una flor, con forma de vulva, y es un remedio "secreto" para resolver la esterilidad.

Cuando la mujer se embaraza, lo sospecha por la ausencia de la menstruación pero no consulta a la comadrona, sino a su madre, quien la acompaña con la comadrona para su examen. Cuando ya ha tenido embarazos anteriores, consulta directamente a la comadrona, aunque no consulta sino hasta el cuarto y el séptimo mes de gestación.

Generalmente las relaciones sexuales son proscritas durante el embarazo, ya que creen que pueden inducir al aborto, a defectos congénitos y a la muerte intrauterino del feto. Se les recomienda además sobre abstenerse de observar objetos rojos, no enojarse mucho y tampoco levantar objetos muy pesados.

La dieta de la embarazada no es escogida por el valor nutritivo, sino que se basa en que no sea dañina para la mujer, tomando en cuenta el criterio de los alimentos fríos y calientes.

Para el baño de la mujer embarazada se utiliza el Temazcal en las comunidades indígenas. (13.25)

Generalmente el parto se atiende cerca del fogón en el área de la cocina, y la posición que se ha usado principalmente es que la parturienta tenga su parto Acuclillada o arrodillada; para mantener su cuerpo en eje vertical. El embarazo es considerado como una enfermedad fría, y para revertirla como se mencionó el parto se atiende en la cocina, manteniendo calientes las comadronas a su pacientes, mediante la administración de "sobaduras" y bebidas hechas a base de plantas calientes.

Entre las plantas utilizadas se encuentra el Té de Limón, infusión de plantas amargas como el Ciprés o el Pino, el Sihapate y la Ahucema.

La comadrona en su mayoría no utiliza los tactos vaginales sino únicamente palpación abdominal. El cordón umbilical según costumbres se corta con el machete del marido previamente calentado al rojo vivo en el fogón, o inclusive con un "chay" (fragmento de

vidrio o de obsidiana). Al obtener al niño se le coloca a la madre para que mame y estimule contracciones uterinas, contribuyendo a la rápida expulsión de la placenta.

C. CLASIFICACION DE LAS PARTERAS TRADICIONALES.

Se clasifica según la Organización Mundial de la Salud a las parteras tradicionales como:

1. Partera Tradicional no Adiestrada.
2. Partera Tradicional Adiestrada.
3. Partera Tradicional de Familia.
 1. Partera Tradicional no Adiestrada.
Es la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos de partería por sí misma, o por aprendizaje con otras parteras.
 2. Partera Tradicional Adiestrada.
La que además de sus conocimientos previos, ha seguido un cursillo de adiestramiento en centros modernos de asistencia sanitaria.
 3. Partera Tradicional de Familia.
Es la que ha sido elegida por una familia extensa para asistir los partos de sus miembros. (13)

D. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LAS PARTERAS TRADICIONALES.

Desde épocas prehistóricas, el hombre se ha preocupado por conocer sobre el origen y tratamiento de las enfermedades que le aquejan. Y los factores que lo condicionan, sean naturales o sobrenaturales. (25)

Las investigaciones arqueológicas y etnohistóricas, demuestran que los Mayas eran conocedores de diferentes patologías y de algunos métodos de tratamiento eficaces. Aunque tenían una concepción religiosa (sobrenatural de las enfermedades y de la misma práctica médica). Consideraban a HUNABKU el ser supremo, creador del universo y padre de ITZAMNA, señor del cielo, dios de la medicina durante el mes ZIP, representativo del sol. Y a IXCHEL, la luna, esposa de ITZAMNA, como quien resolvía la esterilidad y cuidadora de las embarazadas. (13,25)

La medicina tradicional se remota a tiempos prehispánicos en el cual existían brujos, curanderos, adivinos, hierberos, masajistas y comadronas. Las mujeres embarazadas rendían plegarias a IXCHEL para que las ayudara a parir, siendo atendidas por parteras las cuales han acumulado sus conocimientos de otras personas de generación en generación.

Las parteras se describen como personas maduras, que tenían hijos y que eran muy reconocidas en la comunidad Maya, por sus conocimientos Obstétricos. En algunas comunidades indígenas se cree que la comadrona tradicional ya estaba predestinada para tal efecto. Frecuentemente se les atribuía poderes sobrenaturales porque se cree que cuentan con el favor de los espíritus.

E. CARACTERISTICAS Y FUNCIONES DE LAS PARTERAS TRADICIONALES EN LA ACTUALIDAD.

Tanto en Guatemala como en otros países subdesarrollados las funciones de las comadronas es muy importante. Según Belmont Williams y Fatu Yumkella en Sierra Leona las parteras tradicionales son muy influyentes en la comunidad, y entre sus características destacan que un 85% de las mismas son analfabetas.

En otro estudio realizado en Ghana por Alfred K. Neuman, menciona que la mayor parte de los partos en este país son atendidos por comadronas, y que actualmente se cuentan con tasas de mortalidad y morbilidad infantil y maternas muy elevadas. Se encontró además que el 94% de las parteras eran analfabetas; y su edad oscilaba entre los 60 y 62 años. (12)

M. C. Swaminthan, A. Nadamuni Naidu en un estudio realizado, en la India encontraron que el 50-60% de los partos en ese país son atendidos por comadronas, de las cuales 92% eran analfabetas, el 65% se dedicaban a labores agrícolas, el 50% no estaban adiestradas. (24)

En Birmania, Daw Tin Tin Hum, menciona que las parteras tradicionales son las que atienden en su mayoría los partos y que se mencionan en su país desde tiempos inmemorables. (8)

Otro estudio realizado en Filipinas por D. M. Recio, resalta que el 54% de las entrevistadas mencionaron que habían aprendido el oficio observando a otra partera, el 36% eran autodidactas y el 2% aseguraron tener un "don" y responder al mandato de algún ser sobrenatural. El 32% de las comadronas estudiadas nunca habían asistido a la escuela, el 65% habían terminado estudios elementales, y solo el 2% tenían estudios secundarios.

A diferencia de los estudios mencionados anteriormente el 80% se encontraban analfabetizadas. (18)

En nuestro país no hay diferencia con los estudios realizados en otros países en desarrollo, ya que la comadrona es la que atiende al 60-80% de los partos según la OMS, su edad oscila entre 21-60 años teniendo como promedio 50 años; la religión predominante es la católica y el 50% de las comadronas de origen ladino son analfabetas, y casi en su totalidad comadronas indígenas, lo que es un rasgo muy importante. (10)

Cabe mencionar que la OMS en su estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000 sugiere lo siguiente: "El alfabetismo reviste gran importancia en relación con la salud y la manera de resolverlos y facilita su participación directa en las actividades de salud de la comunidad". (14)

El adiestramiento de las parteras tradicionales ha de ajustarse a las circunstancias y a las características del medio de que se trate, lo cual también es aplicable de manera muy especial a los programas de alfabetización, que han de responder a la idiosincrasia del idioma y al modo de aprendizaje de éste. (19)

F. CONOCIMIENTOS DE LAS PARTERAS TRADICIONALES SOBRE LAS PRESENTACIONES ANOMALAS DEL FETO.

En el municipio de Villa Canales se realizó un estudio con 28 comadronas en el cual se encontró que el 82% de las comadronas se limitaban a la palpación abdominal para determinar la posición del feto. En el mismo, el 25% de las comadronas mencionó como señal de peligro la malpresentación del feto. Aunque el 93% dijo que los partos anormales los refieren a un hospital; pero entonces cómo confiar que estas pacientes sean referidas si el 75% no notó como señal de peligro la malpresentación del feto? (10)

En otro estudio realizado en Quiché se encontró que las comadronas encuestadas y observadas en el mismo, modifican en algún momento la posición del feto lo que es catalogado como una práctica dañina y riesgosa tanto para la madre como para el feto. (15)

En el Hospital Nacional de San Marcos se encontró que el cuarto motivo de referencia y el segundo de no referencia al hospital; se ubica en presentación anómala del feto; y que, la mayor causa de referencia fue trabajo de parto prolongado, atendido por comadrona. (1, 5)

G. DECISION DE ADIESTRAR A LAS COMADRONAS TRADICIONALES.

En el año 1960, el Ministerio de Salud Pública creó los programas de adiestramiento, reconociendo de esta manera el valor de utilizar los recursos de la comunidad en el mejoramiento de el nivel de salud de los Guatemaltecos.

En el Módulo III del programa de Adiestramiento de la OMS, que se refiere a la atención del parto, se menciona la Malpresentación, como un tema de importancia; definiendo como la única presentación normal la Cefálica y cualquier otra presentación (de pies, rodillas, nalgas, brazo, hombro, espalda), como una malpresentación.

Catalogándola así porque conlleva mucho riesgo para la vida de la madre y del bebé durante el trabajo de parto. (21)

H. PRESENTACION PODALICA.

Es nombrada también como malpresentación, presentación de nalgas o pélvica. Es una presentación longitudinal en la que el feto ofrece al estrecho superior de la pelvis materna su propia pelvis, sus nalgas, su polo podálico.

Según su actitud el polo pelviano puede presentarse con dos modalidades diferentes:

- 1.- Pelvianas Completas.
- 2.- Pelvianas Incompletas.

Por su actitud también se pueden clasificar según Joseph V. Collea, en:

- 1.- Pélvica Franca.
- 2.- Pélvica Completa.
- 3.- Pélvica Incompleta.

1.- PRESENTACION PELVIANA COMPLETA.

En esta variedad el feto presenta al estrecho superior de la pelvis, sus nalgas y sus pies; y se encuentra virtualmente sentado en cuclillas sobre el estrecho superior de la pelvis; 55% de los partos en presentación podálica pertenecen a esta variedad.

2.- PRESENTACION PELVIANA INCOMPLETA.

El feto adopta una actitud en la cual sus piernas están extendidas sobre los muslos descansando sobre el tórax del feto. El 45% de las presentaciones podálicas corresponden a esta modalidad. (16, 17, 23)

ETIOLOGIA:

Está dada por causas Maternas, Fetales y Ovulares; siendo la más común la pequeñez del feto.

Sobresalen dentro de las causas maternas: La Multiparidad, la Estrechez Pélvica, los Tumores previos, las Malformaciones uterinas. Entre las causas fetales se incluyen: La Hipodrocefalia, la Anacefalia, el Feto prematuro, y los Tumores en el cuello fetal. Las de origen Ovular se dan por: Placenta previa, el Polihidramnios, el embarazo gemelar, el Oligamnios. (16,23)

FRECUENCIA:

Solo el 3% de los recién nacidos a término nacen en presentación podálica.

DIAGNOSTICO:

Se hace durante el último trimestre del embarazo y durante el trabajo de parto por medio del examen abdominal, el tacto vaginal y si es necesario Ultrasonido o Rayos X. (16)

La práctica de las maniobras de Leopold es muy importante, y el peloteo en el útero pueden confirmar la presentación pélvica. Es común el error diagnóstico si sólo se utiliza la palpación y el peloteo para determinar la presentación.

El examen pélvico es más determinante si existe una parte de presentación al examen vaginal; sin embargo, si no existe parte palpable es necesario realizar exámenes como Ultrasonido o Rayos X. (17)

TRATAMIENTO:

El parto se puede tratar de dos formas: Vía Vaginal y Vía Alta (Cesárea). La decisión debe tomarse de manera individual y muy celosamente.

Hasta hace 10 años sólo se resolvían los partos por vía vaginal; pero en la actualidad la mortalidad y morbilidad perinatal y materna ha disminuido notablemente.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ELECCION DEL PARTO VAGINAL O POR CESAREA.

- a. Las primigrávidas de edad avanzada, las pacientes con indicaciones obstétricas, para operación cesárea y aquellas con diabetes mellitus o dificultades obstétricas previas; con Cesárea anterior, macrosomia fetal, exceso del diámetro cefálico, así como los fetos con peso arriba de 3,800 gramos deben nacer mediante cesárea.

El parto vaginal en presentaciones pélvicas podal es demasiado peligroso y es recomendable la operación cesárea. Ocurre en 5-15% el prolapso del cordón umbilical, pero sólo en 0.5% de las presentaciones de nalga o de vértice.

- b. Entre los factores favorables, encontramos un antecedente de parto vaginal satisfactorio de una presentación pélvica previa con peso fetal mayor de 3,800 gramos; o parto vaginal de una presentación de vértice con peso mayor de 4,000 gramos. (4, 16)

METODOS PARA ATENCION DEL PARTO VAGINAL. (Maniobras)

- 1.- Método Wigand.
- 2.- Método Mauriceau.
- 3.- Método de Bratch.

PRONOSTICO:

Cada una de las parturientas con un feto en presentación de nalgas deberá ser considerada con un riesgo elevado. Si se realiza el parto vía vaginal debe hacerse en una unidad de maternidad bien atendida, vigilada y supervisada por equipo capaz de obstetras y el parto lo atenderá un obstetra experimentado.

Si la madre es primigrávida, si el feto es grande o la presentación pélvica es completa, el pronóstico se mejora cuando el trabajo de parto es normal, y principalmente cuando el borramiento y dilataciones ocurren con rapidez.

En la mayoría de los hospitales, las frecuencias de mortalidad fetal-neonatal en partos pélvicos, calculados con inexactitud oscilan entre 10-20%. Siendo esta la razón de la utilización de la operación cesárea.

La presentación pélvica en embarazos subsiguientes recurren cerca del 20% de los casos. (16,23)

VI. METODOLOGIA

a. TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo.

b. SELECCION DEL OBJETO O MATERIAL DE ESTUDIO.

Se consultaron archivos del Centro de Salud de Río Bravo Suchitepequez, para buscar las comadronas adiestradas registradas en el mismo, que en este momento se encuentran ejerciendo en la Aldea Bolivia y su área de influencia.

c. MARCO MUESTRAL Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se estudiaron la totalidad (20) de comadronas adiestradas que ejercen en la Aldea Bolivia y su área de influencia.

d. SUJETOS DE ESTUDIO-CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.

Las comadronas que se estudiaron, son: Las adiestradas que en este momento se encuentran ejerciendo en la Aldea Bolivia y su área de influencia.

e. VARIABLES A ESTUDIAR.

Se estudiaron estadísticas descriptivas, tomando las siguientes variables: Edad, Años de experiencia, Numero de Hijos, Partos atendidos durante el mes, Tiempo de inicio del control prenatal, Estado civil, Alfabetismo, Conocimientos sobre la atención del parto en podálica, Creencias y Actitudes ante el mismo.

En relación al estado civil de las comadronas, se utilizo la escala de tipo Nominal para su medición (Esta escala define las categorías en la cual clasificamos a las personas de acuerdo a un atributo determinado).

Se utilizó para la medición de las variables como: (Edad, Años de Experiencia, Numero de Hijos, Partos atendidos durante el mes, Tiempo de inicio del control prenatal), la escala de tipo Racional o de Razón. Porque es en este tipo de escala de medición en la cual el cero es real y los intervalos entre las unidades que se toman para su medición son iguales.

Las Características generales de la comadrona; como su alfabetismo, conocimientos, creencias y actitudes, se clasificaron según la naturaleza de las variables, estudiandose de manera cualitativa. Siendo el instrumento de recolección de datos una guía de entrevista dirigida o estructurada.

f. RECURSOS.

1. MATERIALES.

- Boleta de recolección de datos, previamente elaborada.
- Equipo de Oficina.
- Espacio físico, comunidad de la Aldea Bolivia y su área de influencia, Centro de Salud de Río Bravo Suchitepequez.
- Transporte del servicio extraurbano para poder trasladarse al lugar de investigación.

2. HUMANOS.

- Comadronas tradicionales adiestradas en la comunidad y su área de influencia.
- El investigador, Médico Infiere con curriculum cerrado.
- Asesor y Revisor, Médicos egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con post-grado en Ginecología y Obstetricia.

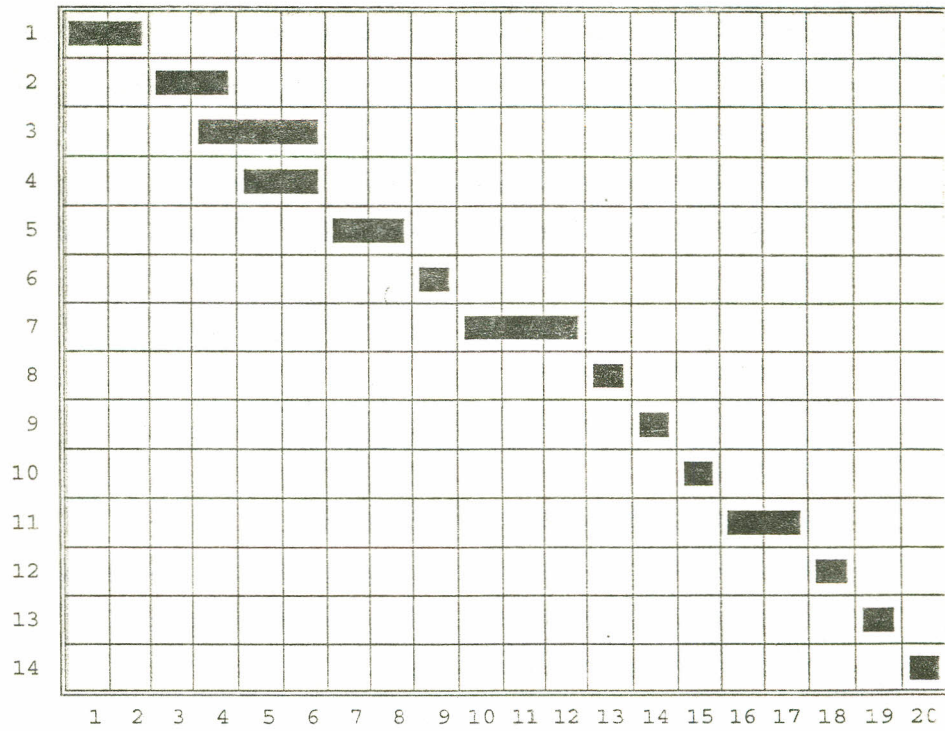
g. PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS.

- A. Se recolectaron datos del tipo cualitativo, que posteriormente fueron utilizados, mediante estadísticas descriptivas, con base en el método etnográfico (el cual consiste en pláticas informales y entrevistas dirigidas). Estos mismos se obtuvieron mediante una encuesta de recolección de datos.
- B. Participaron en la recolección de datos, únicamente el Médico Infiere con curriculum cerrado.
- C. El estudio se realizó en la Aldea Bolivia y su área de influencia, la cual pertenece al municipio de Santo Domingo Suchitepequez.
- D. La recolección de datos se realizó mediante la visita domiciliaria de cada comadrona, en las distintas comunidades donde residen según su localización.

ACTIVIDADES:

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por asesor y revisor.
6. Aprobación del proyecto de tesis por la coordinación de tesis.
7. Ejecución del trabajo de campo y recopilación de la información.
8. Procesamiento de datos, elaboración de tablas y gráficas.
9. Análisis y discusión de resultados.
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
11. Presentación del informe final para correcciones.
12. Aprobación del informe final.
13. Impresión del informe final y trámites administrativos.
14. Examen público y graduación.

GRAFICA DE GANTT



SEMANAS

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.

Existen en la Aldea Bolivia 20 comadronas Adiestradas. Siendo la distribución de las mismas de la siguiente manera:

CASCO URBANO DE LA ALDEA.....(4)
MONSEÑOR ROMERO.....(2)
CONRADO DE LA CRUZ.....(2)
WILLY WOOD.....(2)
SANTA RITA.....(2)
SAN MAURICIO.....(2)
MONTE GLORIA.....(1)
LOS TIESTOS.....(2)
VENECIA.....(2)
LIMONES.....(1)

Pregunta No. 1

Qué edad tiene?

EDAD EN AÑOS	NUMERO	%
30-39	1	5
40-49	12	60
50-59	4	20
60-69	2	10
70 ó +	1	5
TOTAL	20	100

Fuente: Entrevista dirigida.

Pregunta No. 2

Cuántos años tiene de experiencia?

AÑOS	NUMERO	%
5-15	6	30
16-25	10	50
26-35	1	5
36-45	2	10
46--+	1	5
TOTAL.	20	100

Fuente: Entrevista dirigida.

Pregunta No. 3

Sabe leer y escribir?

17 Comadronas (85%) respondieron que NO
3 Comadronas (15%) respondieron que SI

Pregunta No. 4

Hasta qué grado asistió a la escuela?

De las 3 comadronas que respondieron en la pregunta anterior,
que sí sabían leer y escribir

1 Comadrona respondió haber asistido solo a primero primaria.
1 Comadrona respondió haber asistido hasta segundo primaria.
1 Comadrona respondió haber asistido hasta tercero primaria.

Pregunta No. 5

Cuál es su estado civil?

- 19 Comadronas (95%) respondieron que son CASADAS.
1 Comadrona (5%) respondió que es UNIDA.

Pregunta No. 6

Cuántos hijos tiene?

No. de Hijos	NUMERO	%
1-4	4	20
5-9	9	45
10-14	4	20
15-20	3	15
TOTAL.	20	100

Fuente: Entrevista dirigida.

Pregunta No. 7

Como aprendió este oficio?

- 11 Comadronas (55%) respondieron que CON OTRA PERSONA.
8 Comadronas (40%) respondieron que SOLAS.
1 Comadrona (5%) respondió que con un MEDICO.

Las comadronas que respondieron que habían aprendido el oficio solas, se referían principalmente a qué se encontraban en un momento de emergencia y tuvieron que atender a alguna paciente por necesidad.



Pregunta No. 8

Enseña a alguien su oficio? y A quien?

14 Comadronas (70%) respondieron que NO.
6 Comadronas (30%) respondieron que SI.

A quien?

5 Comadronas (83.33%) respondieron que a una HIJA.
1 Comadrona (16.66%) respondió que a una AMIGA.

Es importante mencionar que se tomo para la segunda interrogante de esta pregunta, el porcentaje de las comadronas que contestaron que SI enseñaban a alguien su oficio.

Pregunta No. 9

Recibió alguna capacitación? y En donde? .

20 Comadronas (100%) respondió que SI.

En donde?

7 Comadronas (35%) respondieron que en CENTRO DE SALUD.
10 Comadronas (50%) respondieron que en PUESTO DE SALUD.
2 Comadronas (10%) respondieron que en HOSPITAL DE
MAZATENANGO.
1 Comadrona (5%) respondió que con MEDICO PARTICULAR.

Pregunta No. 10

Lleva un control de los partos que ha atendido?

14 Comadronas (70%) respondieron, que SI.
6 Comadronas (30%) respondieron, que NO.

Pregunta No. 11

Cuántos partos atiende en el mes aproximadamente?

PARTOS	NUMERO	%
1--2	8	40
3--4	9	45
5--6	3	15
TOTAL.	20	100

Fuente: Entrevista dirigida.

Pregunta No. 12

A los cuántos meses de embarazo la buscan las mujeres para en control prenatal?

MESES	NUMERO	%
1--3	3	15
4--6	15	75
7--9	2	10
TOTAL.	20	100

Fuente: Entrevista dirigida.

Pregunta No. 13

Mencione 5 señales de Peligro durante el embarazo.

SEÑALES DE PELIGRO	NUMERO	%
Presentación Podálica.	20	100
Presentación Transversa.	15	75
Hemorragia Vaginal.	14	70
Anemia.	12	60
Hipertensión arterial.	3	15

Fuente: Entrevista dirigida.

Pregunta No. 14

Qué hace cuando se le presenta algún problema de estos?

17 Comadronas (85%) respondieron; REFERIRLA AL HOSPITAL.
3 Comadronas (15%) respondieron; ATENDERLA.

Las comadronas que respondieron "ATENDERLA", se referían principalmente a las pacientes que presentaban un parto en presentación podálica.

Pregunta No. 15

Ha referido usted a alguna parturienta? y A quién?

- 11 Comadronas (55%) respondieron que no han referido ninguna.
- 9 Comadronas (45%) respondieron que si habían referido alguna paciente.

A quién?

De las 9 comadronas que respondieron haber referido alguna paciente al hospital; 4 contestaron que el motivo de la referencia fue por presentación podálica y las otras 5 comadronas por presentación transversa respectivamente.

Pregunta No. 16

Cómo sabe usted que un niño no viene en posición normal?

- 20 Comadronas (100%) respondieron; POR PALPACION.

A pesar que se les pregunto en la entrevista, solo por duda si realizaban tactos vaginales, el 100% respondió que no lo hacían.

Pregunta No. 17

Porqué los niños vienen de pies?

CAUSA.	NUMERO	%
Efecto de Luna.	10	50
Bañarse en efecto de luna.	2	10
Anemia.	10	50
Porqué Dios quiere.	8	40
No pudo dar vuelta.	2	10
No sabe.	2	10

Fuente: Entrevista dirigida.

Pregunta No. 18

Se le ha presentado algún parto de pies?

16 Comadronas (80%) respondieron; SI.

4 Comadronas (20%) respondieron; NO.

Pregunta No. 19

Usted ha atendido algún parto de pies?

14 Comadronas (87.5%) respondieron; SI.

2 Comadronas (12.5%) respondieron; NO.

Es importante destacar que de las 16 comadronas que en la pregunta anterior mencionaron que se les había presentado algún parto en podálica; 14 de ellas han atendido un parto en presentación podálica.

Pregunta No. 20

Es peligroso atender un parto de pies?

20 Comadronas (100%) respondieron; SI ES PELIGROSO.

Pregunta No. 21

Qué hace usted cuando se le presenta un parto de pies?

ACTITUD	NUMERO	%
ATENDERLO	2	10
REFERIRLO	6	30
ATENDERLO SI ES EMERGENCIA**	12	60
TOTAL	20	100

Fuente: Entrevista dirigida.

** Se refiere a la paciente que ya ha iniciado con dolores de parto; y no a una paciente que ya esta dando a luz.

Pregunta No. 22

Conoce usted algún tratamiento durante el embarazo, cuando un niño viene de pies?

TRATAMIENTO	NUMERO	%
**Darle vuelta antes de los 3 meses de embarazo.	7	35
**Darle vuelta antes de los 6 meses.	6	30
**No conoce ninguno.	5	25
**Colocarla de rodillas y moverla para que de vuelta el niño.	1	5
**Darle vuelta hasta que este macizo. (3-7 meses.)	1	5
TOTAL.	20	100

Fuente: Entrevista dirigida.

Pregunta No. 23

Qué problemas puede tener la madre cuando un niño viene de pies o sentado?

PROBLEMA	NUMERO	%
**MUERTE..	9	45
**NO SE COMPONE RAPIDO.	9	45
**CESAREA..	1	5
**SOLO EL MEDICO LA PUEDE ATENDER..	1	5
TOTAL	20	100

Fuente: Entrevista dirigida.

Pregunta No. 24

Qué problemas puede tener el niño, al venir de pies o sentado?

PROBLEMA	NUMERO	%
**MUERTE.	14	70
**AHOGARSE.	5	25
**NO NACE NORMAL.	1	5
TOTAL.	20	100

Fuente: Entrevista dirigida.

De las comadronas que respondieron "MUERTE"; una comadrona refirió que todos los niños mueren, ya que a ella se la habían presentado dos casos de pacientes en presentación podálica y ambos bebés fallecieron.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.

De las veinte comadronas entrevistadas, la mayor parte están comprendidas entre los 40 y los 60 años, al igual que en estudios realizados en otras regiones del país; (3, 10, 11) en donde la mayoría de comadronas son mayores de 40 ó 80 años. Se encontró solamente un 5% de comadronas menores de 40 años, lo que se debe a que tradicionalmente se asocia a una comadrona con una persona de mediana ó avanzada edad.

El 70% de las comadronas entrevistadas tienen más de 15 años de ejercer su oficio, este hecho las convierte en personas de mucho prestigio y reconocidas en su comunidad.

El 85% de las comadronas entrevistadas son analfabetas, lo cual es porque la mayor parte de la población del área rural no tiene acceso a educación alguna, solamente un 15% de las comadronas entrevistadas tiene estudios de primaria incompleta. Este factor debería de ser tomado en cuenta para involucrar en los programas de capacitación, y cursos de alfabetización.

El 95% de las comadronas entrevistadas son casadas, y el 80% tienen más de cinco hijos, al igual que en otros estudios realizados en otros países no difiere del nuestro (3, 10, 11, 13, 18) en donde la mayor parte de comadronas son casadas y con un número grande de hijos.

Al preguntar a las comadronas acerca de con quién aprendieron el oficio, se encontró que el 55% lo aprendió con otra comadrona, la comadrona tradicional, en su mayoría ha adquirido sus conocimientos generacionalmente. (13, 18, 25)

Al preguntar acerca de si enseñaban a alguien su oficio y a quién; se encontró que: lo enseñaba el 30% de las entrevistadas, de este 30% el 83.33% lo enseñaban a una de sus hijas y el 16.66% a alguna amiga. Esto nos indica que se está perdiendo la tradición de transmitir sus conocimientos a otras personas, ya que el 70% no enseña a nadie su oficio.

El 100% de las comadronas entrevistadas ha recibido alguna capacitación, siendo en su mayoría (50%), recibida en el puesto de salud de la Aldea Bolivia. Esto nos demuestra que la mayor parte de comadronas se han capacitado en el puesto de salud, según ellas, porque el acceso es mucho más fácil. Por lo que debe tomarse en cuenta por los servicios de salud al realizar cursos de capacitación; ya que un buen porcentaje de las comadronas no podrán asistir si el mismo se realiza en un lugar muy alejado.

Vale la pena mencionar que el número de partos atendidos por las comadronas entrevistadas es mínimo; ya que osala, en su mayoría entre tres y cuatro partos en el mes (45%). Esto les permite llevar un control de los partos atendidos.

La mayoría de las comadronas entrevistadas, (75%) coincidieron en que las mujeres las visitaban para su control entre los cuatro y seis meses de embarazo respectivamente, aunque ellas mencionaron, en su mayoría, que el mejor momento para iniciar el control prenatal es a los tres meses de gestación.

Es importante reconocer que tienen buen concepto del inicio del control prenatal en una etapa temprana del embarazo. Ya que la mayor parte de embarazadas, prefieren ser examinadas por comadronas tradicionales; de allí la necesidad de un adecuado adiestramiento.

Una función importante de toda comadrona adiestrada es conocer las señales de peligro que pueden presentarse durante el embarazo para referirlas inmediatamente a los servicios de salud. Se solicitó a las comadronas que mencionaran cinco señales de peligro, aunque la mayoría mencionó tres ó cuatro. El 100% mencionó presentación podálica como señal importante de peligro. Lo que nos indica que tienen un concepto muy claro de la importancia de reconocer una presentación anormal. El 85% mencionaron que referían a la paciente cuando se encontraba en una situación de estas. El problema es que muchas no pueden identificar un embarazo anormal.

Se deduce esto porque solamente el 20% han referido pacientes al hospital por presentación podálica.

Al 80% de las comadronas entrevistadas se le ha presentado pacientes en presentación podálica y de este 80%; el 87.5% los han atendido vía vaginal. Esto ;nos indica que las maniobras utilizadas para evaluar a una paciente durante el embarazo y al parto no están muy claras entre las comadronas entrevistadas. Según este estudio, el 100% utilizan la palpación bimanual para descartar una presentación anormal y aseguran que atender un parto en presentación podálica es peligroso, como mencionamos anteriormente, si la mayoría no puede diagnosticar una presentación anormal, entonces, Cómo esperar que la refiera?

Un 60% de las comadronas entrevistadas contestó que atendería un parto en presentación podálica si se le presentara en un momento de emergencia (Paciente con fuertes dolores de parto); un 30% respondió que se llevarían ellas mismas a la paciente a un hospital y solo el 10% lo atendería aunque no fuera emergencia.

Es importante mencionar que en las comadronas encuestadas adiestradas consultadas, algunas prácticas tradicionales, que han sido catalogadas como nocivas aún no han desaparecido. Por ejemplo, la manipulación del feto cuando se encuentra en una posición anormal. Así nos lo demuestra el hecho que el 75% de las comadronas respondió que se le podía dar vuelta al feto durante el embarazo para colocarlo en una posición normal. Una de ellas respondió que "la colocaba de rodillas y luego la movería hasta que el niño se da vuelta". Aunque en los cursos de adiestramiento les

han enseñado los peligros de la manipulación externa, la mayoría coinciden en mencionar que sus pacientes se los exigen.

La mayor parte de las comadronas entrevistadas, dan una razón a la causa de un niño en presentación podálica. El 50% mencionaron que era por "efecto de luna", "anemia"; un 40% "porque Dios quiere" y solo un 10% mencionó "no saber".

En relación a la pregunta acerca de problemas que podía tener la madre al tener un niño de pies ó sentado, la mayor parte de las comadronas encuestadas, (45%) respondieron que lo que puede suceder es que "la madre muera"; ó "que no se componga rápido"; una comadrona mencionó "solo el médico la puede atender" y otra respondió "tienen que operarla".

Sucedió lo mismo con la pregunta acerca de los problemas que podía tener un niño al venir de pies ó sentado. En donde se encontró que el 70% respondió "muerte"; una de las entrevistadas respondió haber atendido dos partos en podálica, en los cuales el niño había muerto. Según ella esto es un hecho normal para un parto en presentación podálica.

Esto nos demuestra que es necesario que sean adiestradas frecuentemente las comadronas; y que se le tome mucha importancia a este tipo de situaciones y que aunque tienen muy claro los peligros del parto en presentación podálica la mayoría los atienden.

IX. CONCLUSIONES

1. En cuanto a los conocimientos que sobre el parto en presentación podálica tienen las comadronas adiestradas de la aldea Bolivia, se observa que falta educar sobre algunos aspectos, tales como: La finalidad del control prenatal como diagnóstico de una presentación anómala; la palpación como método diagnóstico de esta señal de peligro y técnicas adecuadas para utilizarlas en el momento de presentarse un parto en presentación podálica de emergencia.
2. En relación a las creencias acerca de la presentación podálica, existen dudas sobre el origen de esta presentación en una mínima cantidad de comadronas, aunque en su mayoría dan alguna respuesta como: "que se presenta por efecto de luna" ó "anemia"; lo que preocupa son las actitudes que toman como la de "darle vuelta durante el embarazo" ó "atender el parto" aún sabiendo que tienen tiempo para referirlo. Lo que se debe considerar como importante para posteriores capacitaciones.
3. Las creencias como "efecto de luna", "bañarse en efecto de luna", son inocuas en relación a la presentación podálica. Pero las actitudes que toman en determinado momento del parto, en su mayoría de las comadronas encuestadas son dañinas para la salud de la madre y del feto. Por lo que se debe tomar mayor atención a este aspecto.
4. Es necesario un curso de adiestramiento complementario a estas comadronas, pues la mayoría ponen en algún momento en peligro la vida de la madre y del feto.
5. El 80% de las comadronas mencionaron que se les ha presentado un parto de pies y de estas el 87.5% los han atendido, indicándonos que la mayor parte de las comadronas, a pesar que conocen el peligro de atender un parto en presentación podálica la mayoría no los refiere.
6. Se tiene muy claro el peligro que el niño y la madre pueden correr en un parto en presentación podálica. Ya que el 70% menciona muerte del niño a este respecto. Pero como dijimos anteriormente la mayor parte aunque lo reconoce, los atiende.

X. RECOMENDACIONES

1. Que se capacite adecuadamente al personal de salud que tenga contacto con las comadronas tradicionales, para lograr una mejor articulación entre la medicina occidental y la tradicional, de tal manera que se respete y se tome en cuenta el aspecto cultural, con el propósito de comprenderlas, ayudarlas y mejorarlas, si es necesario con el objeto de prestar un mejor servicio a la comunidad.
2. Que en los programas de capacitación a comadronas, se incluya un curso de alfabetización para ampliar su capacidad de comprensión de estos programas.
3. Brindar educación permanente, mediante charlas, utilizando materiales didácticos sencillos, tales como: carteles y diagramas, películas y diapositivas; tomando en cuenta que la mayor parte son analfabetas.
4. Utilizar métodos tales como: motivación a las comadronas para que asistan a las reuniones que sean programadas por los servicios de salud. Esto podría ser premiando a la comadrona que más asista.
5. Recalcar durante los cursos de capacitación, sobre problemas como: presentaciones podálicas y métodos a utilizar en situaciones de emergencia ante estos casos; ya que son problemas frecuentes, pero los detectan tardíamente ó no son reconocidos.

XI. RESUMEN

El presente estudio se realizó en la Aldea Bolivia del municipio de Santo Domingo, Departamento de Suchitepequez. El propósito fundamental del mismo fue determinar los conocimientos, creencias y actitudes que las comadronas tradicionales adiestradas tienen ante el parto en presentación podálica. Para ello se trabajó con un total de 20 comadronas.

La metodología utilizada se basó en entrevistas semiestructuradas, con una guía previamente elaborada.

Al relacionar la información obtenida con los objetivos planteados en el programa de capacitación, se observó que hace falta educación en cuanto a la atención del parto en podálica. Aunque tienen tiempo en algunas ocasiones para referir a una paciente al hospital por una presentación podálica, una gran parte de ellas los atiende. Aún reconociendo el 100% de ellas que es peligroso atender un parto en podálica, son pocas las que en realidad refieren a una paciente.

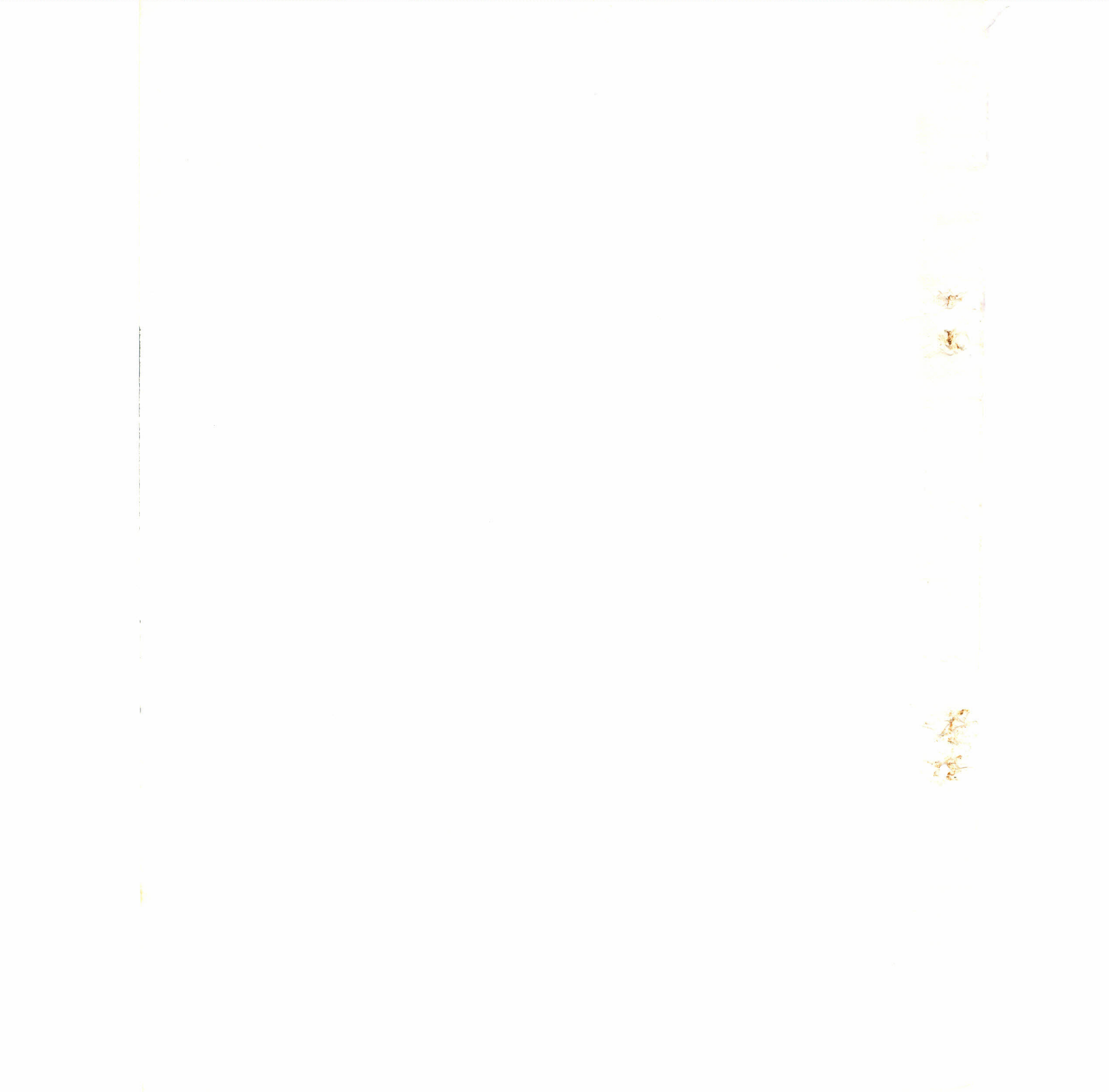
En relación a las prácticas tradicionales consideradas como nocivas, aún están presentes en estas comunidades. Ya que la mayoría de las comadronas entrevistadas refirió poder darle vuelta al feto en algún momento del embarazo.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Aragón, Cifuentes, A. **Complicaciones obstétricas.** Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Centro Universitario de Occidente Quetzaltenango 1992, 81p.
2. Ayolaida Rodríguez, Torralba L. **Taller de Autoformación Teórico Práctico de Investigación en Salud.** Para docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, 1989, 90p.
3. Belmont Williams, Fatu Y. **Evaluación del Adiestramiento y el Trabajo Ulterior de las parteras Tradicionales en Sierra Leona.** Ministerio de Salud Sierra Leona. OMS Ginebra 1986 (pp. 36-51).
4. Benson C. Ralph, **Manual de Ginecología y Obstetricia.** Octava Edición, Editorial México D.F. 1985, (pp. 388-399).
5. Camposeco Cruz R. **Pacientes con complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio y su relación con la atención y Referencia por comadrona.** Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala 1991, 53p.
6. Cosminsky S. **Prácticas de Partería Tradicional y Prevención del Embarazo en las Américas.** Universidad Rutgers, Camden N.Y. E.E.U.U. 1986, 14p.
7. Gil Walt, **Supervisión de las parteras Tradicionales Adiestradas.** Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. 1986, 10p.
8. Hmun Tin D. **Evaluación del adiestramiento de LET-THES en Birmania.** Departamento de Salud, Rangún Birmania, 1986, 5p.
9. INCAP, **Método de Investigación Etnográfico.** (Documento Mimeografiado), Guatemala, 15p.
10. Meneses Pinto, Claudia L. **Evaluación de los conocimientos que sobre Embarazo, Parto y Puerperio poseen las comadronas Tradicionales Adiestradas en el Municipio de Villa Canales.** Tesis (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1991 59p.
11. Morales Pixcar, Víctor F. **Comadronas Empíricas.** Tesis (Médico y Cirujano) USAC, Facultad de Ciencias Médicas, Centro Universitario de Occidente CUNOC, Quetzaltenango, 1988, 63p.
12. Neumann R. Alfred, Nicholas D. **Evaluación de un programa de Adiestramiento de Parteras Tradicionales en Ghana.** Escuela de Medicina, Universidad de Ghana y Escuela de Salud Pública de la Universidad de California, 1986, 12p.

13. Organización Mundial de la Salud, **Parteras Tradicionales**. Ginebra, 1993, 19p.
14. Organización Mundial de la Salud, **Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000**, Ginebra, Serie Salud para todos. 1981, 71p.
15. Pérez Morales, Leonel A. **Prácticas y Creencias de las Comadronas Tradicionales del Grupo Quiché sobre Embarazo, Parto y Puerperio**. Tesis (Médico y Cirujano), USAC, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1989. 71p.
16. Pérez Sánchez, A. **Obstetricia**. Relaciones Técnicas Mediterráneo, Santiago de Chile, Segunda Edición, 1992, (pp. 262-271).
17. Pernoll, L. Martin, Benson C. Ralph. **Diagnostico y Tratamientos Ginecobstétricos**, Quinta Edición, Editorial El Manual Moderno México D.F. 1989. (pp.435-451).
18. Recio D. M. **Parto y Tradición en Filipinas**. Profesor, Escuela de Enfermería Filipinas. Sistema de la Universidad de Filipinas, Manila, Filipinas. 1986, 9p.
19. Ryan W. John y J. G. Kim. **Puede la alfabetización facilitar el Adiestramiento de las Parteras Tradicionales?**, Departamento de Alfabetización de la UNESCO, 1986, 7p.
20. Soto A. Arturo, Menéndez Otto R. **El "Protocolo" en los proyectos de Investigación Científica**. (pp. 45-55).
21. Schieber Barbara, Goldman Susan, **Manual para capacitadores de comadronas**. Modulo III, Tema VI, Guatemala, INCAP/OPS, Guatemala, 1993, (pp. 16-17).
22. Schieber Barbara, Goldman Susan, **Manual para capacitadores de comadronas**, Modulo V, Tema VI, Guatemala, INCAP/OPS, Guatemala, 1993, (pp. 27-30).
23. Schwarcz Ricardo L. **Obstetricia**. Cuarta Edición, (pp. 378-390).
24. Swaminathan, Nadamuni Naidu, **Evaluación del Adiestramiento de las DAI en Andhra Pradesh**. Instituto Nacional de Nutrición, Consejo Indio de Investigaciones Médicas, Hyderabad, India. 1986, 12p.
25. Zea Flores Carlos E. **"Conceptos Básicos de Salud-Enfermedad y su relación con la vida Sexual, El Embarazo y el Parto en las comunidades Indígenas de Guatemala**. Guatemala 1993, 64p.

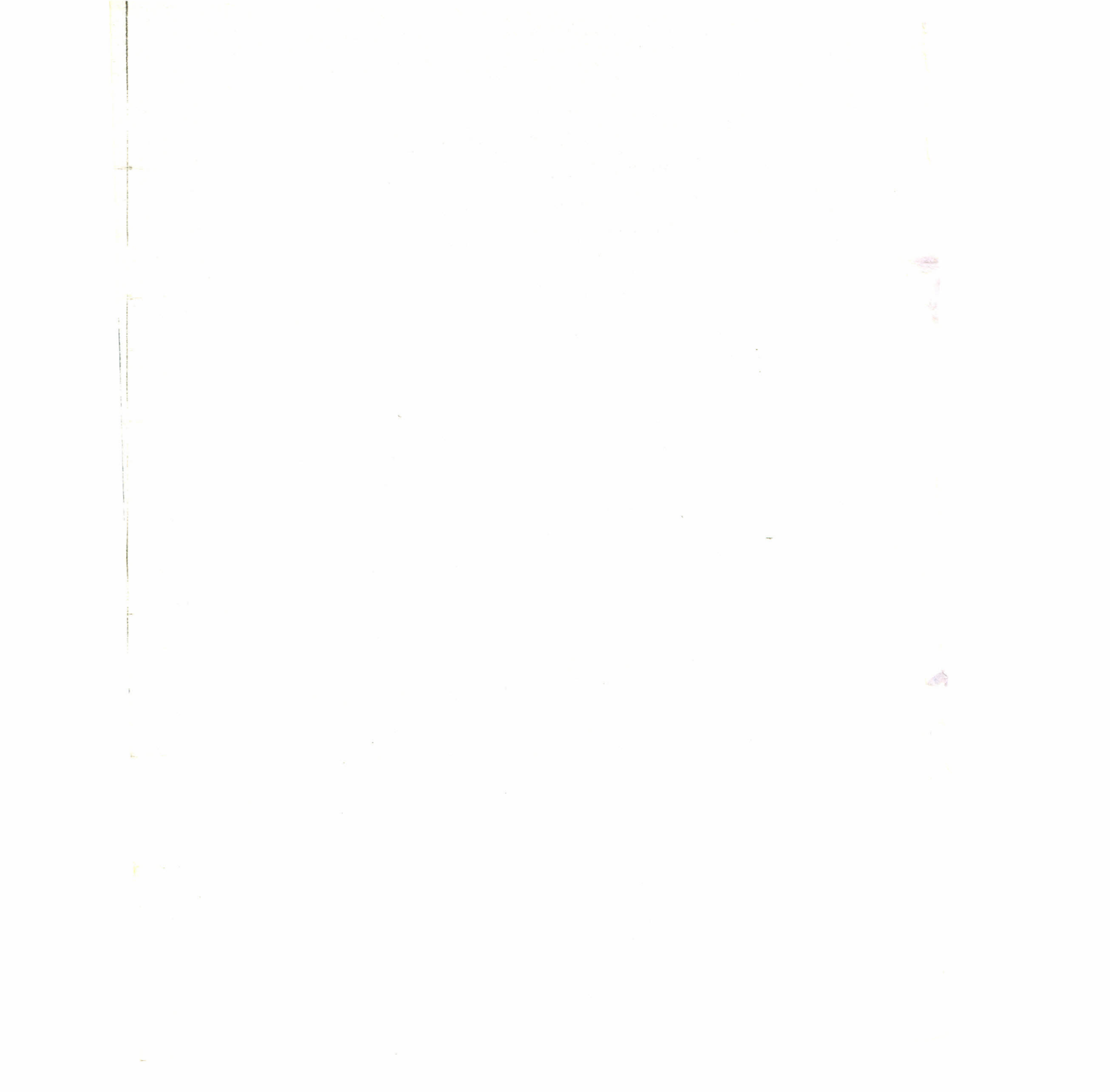
XIII. ANEXOS



GUIA DE ENTREVISTA

- 1.- Cuál es su nombre? _____ Edad: _____
- 2.- Cuántos años tiene de experiencia? _____
- 3.- Sabe leer y escribir? _____
- 4.- Hasta qué grado asisitio a la escuela? _____
- 5.- Cuál es su estado civil? _____
- 6.- Cuántos hijos tiene? _____
- 7.- Cómo aprendió este oficio? _____
- 9.- Recibió alguna capacitación? _____ En Donde? _____
- 10.- Lleva un control del número de partos que ha atendido? _____
- 11.- Cuántos partos atiende en el mes aproximadamente? _____
- 12.- A los cuántos meses de embarazo la buscan las mujeres para el control prenatal? _____
- 13.- Mencione 5 señales de pligro durante el embarazo.
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____
 - d. _____
 - e. _____
- 14.- Qué hace usted cuándo se le presenta algún problema de estos? _____
- 15.- Ha referido usted alguna parturienta? _____
_____ A quién? _____
- 16.- Cómo sabe usted que un niño no viene en posición normal?

- 17.- Porqué cree usted que los niños vienen de pies? _____



- 18.- Se le ha presentado algún parto de pies?_____
- 19.- Usted ha atendido algún parto de pies?_____
- 20.- Es peligroso atender un parto de pies?_____
- 21.- Qué hace usted cuando se le presenta un parto de pies?_____
- _____
- 22.- Conoce usted algún tratamiento durante el embarazo, cuando un niño viene de pies?_____
- 23.- Qué problemas puede tener la madre cuando un niño viene de pies o sentado?_____
- 24.- Qué problemas puede tener el niño, al venir de pies o sentado?_____

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

