

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**NECIAS Y COSTUMBRES DE LA MUJER DEL AREA CHORTI
DE JOCOTAN ACERCA DEL CONTROL PRENATAL**



Estudio transversal y descriptivo realizado
en el Municipio de Jocotán, Chiquimula;
marzo y abril de 1995

TESIS

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

POR

RAFAEL MAURIZIO VILLEDA SALAZAR

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, mayo de 1995

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central



205
T (7393)
C. 2

FORMA C

CULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA. CENTRO AMERICA

Guatemala, 9 de mayo de 1995
DIF-021-95

rector Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las
Ciencias de la Salud - Unidad de Tesis

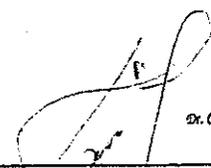
informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS RAFAEL MAURIZIO
Título o diploma de diversificado, Nombres y ape-

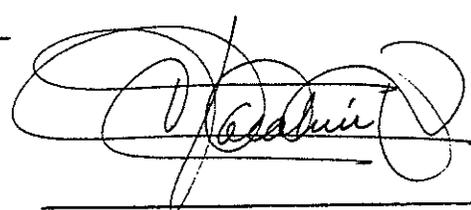
VILLEDA SALAZAR Carnet No. 89-13287
datos completos

presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
CREENCIAS Y COSTUMBRES DE LA MUJER DEL AREA CHEORTI DE JOCOTAN ACERCA
DEL CONTROL PRENATAL

cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los con-
ceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, perti-
nencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad
técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante


Dr. Carlos Arriola Domínguez
Médico y Cirujano
C.d. 8156
Asesor
Firma y sello personal


Revisor
Firma y sello

Registro Personal 6006
Dr. OSCAR ARNALDO SACCHI PEREZ
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 2368

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

FORMA D

HACE CONSTAR QUE:

(La) Bachiller: RAFAEL MAURIZIO VILLEDA SALAZAR

net Universitario No. 89-13287

presentado para su Examen General Público, previo a optar al
título de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:
PREVALENCIAS Y COSTUMBRES DE LA MUJER DEL AREA CHORTI DE JOCOTAN ACERCA

DEL CONTROL PRENATAL

bajo asesorado por: DR. CARLOS ARRIOLA MONASTERIO

revisado por: DR. OSCAR ARNULFO SACAHUI PEREZ

ambos señores lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente

ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 9 de mayo de 1995

EDGAR DE LEON BARILLAS
Unidad de Tesis



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

IMPRESION:



Dr. Edgar Axel Oliva González
DECANO

INDICE

I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	3
IV. OBJETIVOS	4
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI. METODO DE INVESTIGACION ETNOGRAFICO	15
VII. METODOLOGIA	16
VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS	20
IX. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS	40
X. CONCLUSIONES	44
XI. RECOMENDACIONES	45
XII. RESUMEN	46
XIII. BIBLIOGRAFIA	47
XIV. ANEXOS	52

I. INTRODUCCION

El chortí es una de las múltiples ramas de la cultura Maya y antiguamente su territorio fue extenso; ocupando gran parte del oriente guatemalteco, se extendía dentro de los territorios hondureño y salvadoreño. Esta extensión disminuyó notablemente posterior a la conquista.

El presente estudio se realizó en el municipio de Jocotan, departamento de Chiquimula; ya que dicho municipio es actualmente el centro sociocultural de la región etnolingüística chortí en Guatemala.

La finalidad del trabajo es reconocer la conducta de la mujer chortí con respecto al control prenatal, ya que hasta el momento se desconocía y este servicio es muy importante para prevenir, diagnosticar y curar patologías durante el embarazo, llevando consecuentemente una reducción en la morbi-mortalidad en el grupo materno infantil.

En la investigación etnográfica participaron 198 mujeres originarias y residentes de las 33 aldeas de Jocotán, los resultados obtenidos, indican que las mujeres chortís entrevistadas poseen creencias y costumbres en torno al control prenatal que constituyen una mezcla de la cultura chortí y las prácticas recomendadas por el sistema oficial de salud. Además que existe una relación favorable entre el alfabetismo de las mujeres y sus conductas durante el embarazo. También al realizarse el estudio pudieron ponerse de manifiesto las razones que las mujeres del área chortí de Jocotan tienen para no asistir a control prenatal con servicios de atención de salud oficial y continuar recurriendo a la medicina tradicional de esta región oriental.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El estudio que a continuación se presenta evidencia las creencias (lo que tienen por cierto) y las costumbres (las practicas constantemente utilizadas) que sobre el control prenatal tienen las mujeres chortis. Ya que dependiendo de lo que creen y acostumbran, así es su conducta y el impacto que tal servicio tiene sobre sus embarazos.(5)

Actualmente el Plan Nacional de Salud Materno Infantil 1992 - 1996, presentado por el ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, establece que son 4 los lugares donde una mujer embarazada puede asistir a control prenatal, estos son: (13)

1. Centro de Salud.
2. Consultorio del Seguro Social o médico particular.
3. Puesto de Salud.
4. Comadrona Tradicional Capacitada.

El area chortí cuenta con estos elementos, pero se ignora si las mujeres embarazadas están asistiendo o no a estos lugares para recibir dicho servicio.

También se desconoce como percibe la mujer chortí el servicio de control prenatal, ya que la mayoría de estudios en Guatemala son elaborados sobre poblaciones del altiplano (región maya meridional) y la región oriental no ha sido estudiada al respecto.

Se determina con este estudio que porcentaje de las mujeres chortis asisten al servicio del control prenatal con personal calificado para tal fin (comadronas calificadas, médicos particulares, puestos y centros de salud y hospitales departamentales) y que porcentaje de dichas mujeres recurren a la medicina alternativa (comadronas empíricas, curanderos, brujos, etc) o no buscan ninguna atención; como dichos datos solos no representan ninguna utilidad, se investigó por medio de entrevistas dirigidas, las creencias que dichas personas tienen del control prenatal, para comprender porque asisten o no a dicho servicio; y elaborar en base a esto recomendaciones encaminadas a mejorar la atención y aumentar la cobertura del programa materno infantil para la región.

III. JUSTIFICACION

El chortí es un grupo étnico de la división septentrional derivado del tronco proto Maya-Quiché, durante el colapso del viejo imperio Maya, pero a diferencia de las culturas de la división meridional (altiplano Guatemalteco), ha sido poco estudiado; se desconoce la aceptación que este grupo tiene de muchos de los servicios que se les provee, entre estos los destinados a la población materno infantil, así también se desconoce si saben aprovechar estos servicios adecuadamente, con que expectativas consultan, y muchos otros datos de interés para el sector salud. (8,22,23)

El control prenatal pretende obtener una mejor salud para la mujer en gestación y para el producto de la misma, es de suma importancia para evaluar el adecuado crecimiento del feto, identificar y corregir factores de riesgo para madre e hijo, y diagnosticar precozmente anomalías patológicas en el embarazo.

En el área de Jocotán hay una población de 32,485 personas y 6,646 mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 45 años) que representa el 20.45% del total de la población, según datos obtenidos en el centro de salud de esta localidad el porcentaje de mujeres que consultan por lo menos 1 vez durante el embarazo para control prenatal fue de 85%, de la cuales 5% fue identificada como embarazo de alto riesgo, actualmente la tasa de mortalidad materna es de 7.5 x 1000 nacimientos, con una tasa de mortalidad neonatal de 1.33 x 1000 nacidos vivos. (9,21)

Sabiendo la importancia que tiene que una mujer consulte a control prenatal resulta de gran interés el estudiar si la mujer chortí de Jocotán, está haciendo uso de dicho servicio y si no lo hace, que se lo impide.

Debemos considerar que las políticas de salud siempre han sido impositivas y rara vez se toma participación de las beneficiadas; de esto no escapa el control prenatal; es por esta razón que el presente estudio pretende conocer las creencias y costumbres y al mismo tiempo servir de guía para modificar factores en los servicios de atención prenatal y aumentar la cobertura de dichos servicios y disminuir la tasa de morbi-mortalidad materno infantil.

IV. OBJETIVOS

GENERALES:

1. Identificar a través de una encuesta dirigida lo que creen y acostumbra las mujeres chortas acerca del control prenatal.
2. Determinar a través de la encuesta si existe relación entre alfabetismo, paridad y control del embarazo.

ESPECIFICOS:

- 1.-Determinar si las mujeres chortas creen que deben hacerse controles prenatales.
- 2.-Identificar las opiniones de las mujeres de las aldeas de Jocotan sobre si es beneficioso o no el control prenatal.
- 3.-Cuantificar que porcentaje de las mujeres en estudio consultan con alguien para control prenatal.
- 4.-Identificar los posibles temores de las mujeres chortas de Jocotan acerca del control prenatal y que inhiban la consulta prenatal.
- 5.-Determinar en que etapa de la gestación consultan las mujeres chortas a control prenatal y cuantas veces lo hacen.
- 6.-Identificar si existe relación entre alfabetismo y asistencia a control prenatal en las mujeres chortas.
- 7.-Identificar la relación entre alfabetismo y paridad en las mujeres chortas.
- 8.-Identificar a quien acuden las mujeres en estudio cuando están embarazadas para su asistencia prenatal.

7. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

DEFINICIONES:

CONTROL PRENATAL: El control prenatal es el conjunto de actividades que se ejercen a la mujer embarazada y que permiten obtener la mejor salud posible de éste y del producto de la gestación. (1,25,18,13,17,15)

CREENCIA: Lo que se cree, conformidad con alguna cosa, firme asentimiento, completo crédito que se presta a un hecho o noticia como seguro, lo que se tiene por cierto. (5.6.11)

COSTUMERE: Conjunto de cualidades o inclinaciones y usos que forman el carácter distintivo de una nación o persona, hábito adquirido por la repetición de actos de la misma especie, práctica muy usada, tendencia a repetir constantemente ciertos actos. (5.6.11)

MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA: En la bibliografía hay gran amplitud de criterios para definir la edad reproductiva pero se tomará como a toda mujer comprendida entre los 15 y los 45 años de vida.(7)

A. ASPECTOS ETNOLÓGICOS**1. CULTURA CHORTI:**

Los indígenas de habla chortí pertenecen cultural y lingüísticamente a los grupos mayas meridionales, y por ello están más estrechamente relacionados con los mayas de Yucatán, Belice y Guatemala septentrional, que con las tribus de la altiplanicie sur de Guatemala, a las cuales generalmente se designa con el nombre de grupo Quiché-pokom.

Los choles, que habitan Chiapas, en el sur de México, son lingüística y culturalmente, primos en primer grado de los chortis, y ambas lenguas son casi inteligibles mutuamente. Estas dos tribus ya se habían separado en la época de la conquista española; los choles se dirigieron hacia el noroeste y los chortis permanecieron en la que probablemente fue su región original. (8,23)

2. HISTORIA CHORTI:

Se carece de toda información escrita acerca de los chortis cuyo territorio fue subyugado en 1524 por las fuerzas coloniales enviadas por Pedro de Alvarado al mando de Juan Pérez Dardón, Sancha Barahona y Bartolomé Bezerra. (8,23)

Seis años más tarde estalla una revuelta general en el oriente de Guatemala; un cuerpo expedicionario dirigido por Hernando de Chávez y Pedro Amalín reconquista los dominios de la corona española, derrotan a los indios en Jalpatagua y Mitlán y sitian a continuación la plaza de Esquipulas que se rinde el 15 de abril de 1530.(23)

A raíz de las guerras coloniales se operó un desplazamiento de la población chortí, extinguiéndose algunos pueblos y formándose otros nuevos. Juarros nos indica que la fundación de Jocotán y San Juan Ermita no se remonta mas allá de los primeros años de la Colonia. Camotán, se habría formado de una emigración chortí procedente de la Talchaluya, en la región de Tejutla, El Salvador. De Cayur era un pueblo que se perdió después de las derrotas de Copán Cael; sus ruinas coronan un lugar estratégico denominado El Tablón de Cayur y sus antiguos habitantes, bajando las cañadas del río Xutaque, fundaron la actual población de San Jacinto.(23)

Jupilingo, a sólo tres leguas de las ruinas de Copán, era un gran pueblo según los conquistadores Fuentes y Guzmán pero en 1677 se estaba extinguiendo y en 1688 había desaparecido totalmente. Este fenómeno se debe, sin duda, al establecimiento de haciendas de españoles en la comarca y al sistema de mandamientos y repartimientos que, al decir de Cortéz y Larraz "no dejaba lugar ni para morar en sus casas, menos para asistir a sus cementerios" a los indios. En 1743, ya no menciona pueblo alguno en ese sitio; sólo se refiere al valle y haciendas de Jupilingo. Por otra parte se sabe que los indios de esta región se refugiaron en las montañas.(8)

3. SITUACION GEOGRAFICA DE LOS INDIGENAS DE HABLA CHORTI:

La actual región geográfica de los indigenas de habla chortí que es de forma ovalada, mide aproximadamente sesenta y cinco millas de norte a sur, y de cuarenta y cinco a cincuenta de este a oeste, y esta comprendida entre 89 y 90 grados de longitud oeste y 14 y 15 de latitud norte. Está situada en la sección central del oriente de Guatemala, principalmente en el departamento de Chiquimula, pero se extiende diez millas más allá de la frontera hondureña, dejando en su interior el municipio de Copán. No obstante, el área de este municipio constituye una pequeña isla, dado que entre ella y la región principal, situada al oeste en Guatemala, se extiende una faja de terreno, orientada de norte a sur, en la cual viven sólo blancos y mestizos. La mayor parte de la población indígena vive actualmente en los municipios de La Unión, Jocotán, Camotán, San Juan Ermita, Olopa, Quezaltepeque y Copán, todos los cuales con excepción del último, forman un área indígena continua con Jocotán como el más importante centro de la vida indígena.(8,23)

4. FASES PRINCIPALES DE LA VIDA CHORTI:

Tanto los momentos trascendentales de la vida chortí: nacimiento, bautizo, pubertad, matrimonio y muerte, como actos al parecer insignificantes constituyen prácticas litúrgicas o son normados por el factor religioso, exponente de un culto esencialmente agrario en que los dioses de la fertilidad del suelo y de la fecundidad humana representan el máximo anhelo del chortí. Por tanto, la esterilidad en la naturaleza o en la mujer es considerada, a igual título, como la mayor de las calamidades. (8,23)

La asistencia de una mujer gravida queda a cargo de una partera llamada ah moh nak, que literalmente quiere decir la sobadora de vientres, término que concreta claramente sus funciones. Mientras dura el embarazo la mujer es tabú; se convierte en un ser impuro cuyo contacto es evitado tanto cuanto sea posible porque es capaz de producir enfermedades en los niños o en las plantas tiernas y dañar la madera. La mujer es atendida en su casa al momento del parto, al realizarse el nacimiento la partera corta el cordón umbilical sobre una mazorca de maíz blanco para que se mezcle la sangre del recién nacido con el cereal en reminiscencia del mito antropogénico por el cual el hombre fué creado de maíz con sangre divina; en seguida procede a practicar la hemostasia mediante cauterización de la herida con un hierro candente. (8,23)

B. ASPECTOS DEMOGRAFICOS DEL MUNICIPIO DE JOCOTAN

1. CARACTERISTICAS GENERALES DEL MUNICIPIO:

1.1. Antecedentes históricos:

El municipio de Jocotán es uno de los municipios más antiguos del departamento de Chiquimula, y se supone que fue fundado poco después de la revuelta de los indígenas de la región de Copán, Honduras. Asumiéndose entonces que ya existía antes de la llegada de los españoles en la segunda década del siglo XVI. El municipio de Jocotán no conserva su nombre original de Jocolt-Tlan, de origen Nahuatl, Chortí-Español, que quiere decir lugar donde abundan los arboles de jocote. Este municipio ha sufrido desmembraciones para la creación de otros municipios, por ejemplo: en 1870 se dictó el acuerdo que creaba el municipio de Santa María Olopa (hoy conocido como Olopa); otra desmembración fue la

dictada por el acuerdo del 3 de febrero de 1904, a solicitud de los vecinos de Lampocoy, jurisdicción municipal de Camotán, que se originara como municipio Monte Oscuro y se segregara el poblado de Lampocoy. El municipio de Monte Oscuro o de Estrada Cabrera, es conocido hoy en día como La Unión y es jurisdicción de Zacapa.(12)

1.2. Descripción Geográfica:

Jocotán es municipio del departamento oriental de Chiquimula, con un area aproximada de 148 Kms. cuadrados, colinda al norte con el departamento de Zacapa, La Unión municipio de Zacapa y el municipio de Camotán, Chiquimula, al este con Camotán y Esquipulas, municipios de Chiquimula, al sur con Olopa y San Juan Ermita, ambos municipios de Chiquimula, y al oeste con Chiquimula y el municipio de San Juan Ermita. (12)

La cabecera municipal de Jocotán está en el margen del río Grande, el cual al penetrar de Honduras se le conoce como Grande o Camotán y a la altura de la cabecera municipal cambia su nombre a Grande o Jocotán; la altura sobre el nivel del mar es de 457.42 mts. con una latitud de 14 grados 49' 10", longitud de 89 grados 23'25", el municipio es atravesado por rutas departamentales, municipales, rodadas y veredas, que unen sus poblaciones y propiedades rurales entre sí y con los municipios vecinos. (12)

1.3. Población:

La población del municipio de Jocotán de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística en sus estimaciones poblacionales para 1995, la población total es de 32,455 habitantes. Del total de la población el 88.35%, habitan en el area rural y el 11.65%, habitan en el casco urbano. (9,21)

El 91% de la población es indígena de raza chortí y el 9% corresponde a población mestiza(9,21,12).

De la población económicamente active el 80.2% corresponde al sexo masculino y el 19.79% corresponde al sexo femenino. De la población no económicamente activa, el 15.22% corresponde al sexo masculino y el 84.78% al sexo femenino.(9,12,21)

La distribución de la actividad económica de la población, tanto activa como no activa, se origina

de que en el municipio se realizan especialmente actividades agrícolas y de comercio, las cuales son desempeñadas por los hombres. Las mujeres se dedican a los oficios domésticos. (9,12,21)

C. CONTROL PRENATAL

Idealmente cada mujer embarazada debiera concebir la gestación como una experiencia feliz, que culmina con un bebé sano y sin ningún problema para ella. Desafortunadamente para muchas mujeres el embarazo representa un estado anormal que pone en peligro la vida o provoca muchos complejos cambios anatómicos y funcionales que la condicionan hacia la enfermedad. (1)

El control prenatal contiene 2 objetivos correlacionados que son los siguientes:

1. La promoción de la salud materna,
2. La prevención de la morbilidad fetal y neonatal. (1)

Un servicio de control prenatal, debe reunir ciertas características para obtener mejores resultados, estas son:

1. Precocidad: Se debe tratar de iniciar el control lo mas temprano posible, es decir, desde el primer trimestre del embarazo, lo anterior tiene como objetivo una identificación temprana de embarazos de alto riesgo, y consecuentemente un mejor plan terapéutico y educacional sobre los mismos; y la ejecución oportuna de acciones de fomento, protección y recuperación de la salud. (11,13,18)
2. Periodicidad: En este aspecto hay variación según el riesgo de la embarazada; evidentemente las pacientes con embarazos de alto riesgo necesitan un mayor número de consultas que las de bajo riesgo. Como se mencionó anteriormente hay gran variación en cuanto a la frecuencia de las consultas, es el esquema mas utilizado luego de la primera consulta, las siguientes se efectúan cada mes durante las primeras 27 semanas, luego cada 2 semanas hasta alcanzar las 36 semanas y a partir de entonces cada semana. (4,25) Otros esquemas tienen un número de 6 consultas (una durante la primera mitad del embarazo, otra entre la 23 y la 27 semanas y una cada 4 semanas a partir de la semana 27). Otros cada 4 semanas hasta las 27 semanas, uno cada tres semanas entre la semana 27 y la 36 y uno cada dos semanas desde entonces hasta el término. (13,12,17,11)

ral. Todos los otros procesos metabólicos son subservientes de éste. Durante el embarazo dos factores determinan cambios en el requerimiento energético de la madre, estos son: a) un incremento en el gasto energético para realizar actividad física usual, y b) un aumento en el metabolismo basal para soportar el trabajo requerido para el crecimiento del feto y tejidos accesorios. El costo energético acumulado por este trabajo extra ha sido estimado en alrededor de 65,000 Kcal. (26,17,11)

Proteínas: Las proteínas son esenciales durante el embarazo ya que son la base estructural de todas las células nuevas y tejidos en la madre y el feto. Una manera fácil de determinar cuanta proteína extra es necesaria diariamente para mantener la síntesis de nuevos tejidos es dividir la suma de los contenidos de los productos de la concepción por el largo de la gestación. Cerca de 925 grs. de proteína son depositados en un feto de peso normal y tejidos maternos accesorios. Cuando esto es dividido en 280 días de embarazo, el resultado es que deben agregarse 3.3 grs. de proteína a los requerimientos diarios normales. (26,17,11)

Vitaminas: Los procesos para la producción energética necesitan muchos nutrientes en adición para producir calorías. Las vitaminas como tiamina, riboflavina y niacina son partes de coenzimas necesarias para la producción energética corporal; los requerimientos para una mujer embarazada también se incrementan. Las vitaminas que son recomendadas durante la gestación son: Vitamina A, Vitamina D, Vitamina E, Acido ascórbico, Acido Fólico, Acido Nicotínico, Riboflavina, Tiamina, Vitamina B6, Vitamina B12. (26,13,17)

Minerales: El hierro, es el único mineral que se debe proporcionar como suplemento durante el embarazo, a una dosis de 30 mg/día; ya que prácticamente todas las dietas suministran suficiente cantidad de los demás minerales (calcio, fósforo, magnesio, yodo, zinc). (26,13,17,11)

Estudios previos realizados en Guatemala, indican que no solamente los problemas de accesibilidad geográfica o financiera pueden explicar la baja utilización de los sistemas occidentales del cuidado de la salud, estos estudios también mencionan que la aceptabilidad de los servicios públicos es pobre en general y existe aun hoy en día una tendencia elevada a consultar con practicantes de la medicina empírica principalmente en el área rural. (4,22)

Estudios realizados en México, Panamá y Venezuela en clínicas de control prenatal indican que otros factores para que la mujer embarazada no consulte es el tiempo que espera para la atención que en promedio fue de 129 minutos, con un tiempo corto con el doctor que en promedio fue solamente de 8-10 minutos. (6)

Mortalidad Materna: Esta es definida como la muerte de una mujer embarazada o en los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

En países subdesarrollados, como Pakistán, la mortalidad por complicaciones del embarazo encabeza la lista de causas de muerte, representando el 28.1% del total de muertes de este país. (7)

Estudios realizados en México evidencian que 73% de las mujeres de ese país tienen control prenatal y de estas el 9.4% presenta condiciones que son clasificadas como complicaciones, siendo las 3 más frecuentes las siguientes: en primer lugar, ruptura prematura de membranas, seguida de toxemia del embarazo (preclampsia - eclampsia) y en tercer lugar, endometritis (20). En Guatemala en estudios donde se buscaron factores de riesgo en la población, se encontró evidencia que hasta el 43.9% de las gestantes presentaban algún factor de riesgo, de los cuales los 5 más frecuentes son según orden de frecuencia: Baja talla, bajo peso, multiparidad, aborto previo y analfabetismo. (16)

Mortalidad Perinatal: Este término incluye tanto muertes en el período fetal tardío como en el neonatal temprano.

La muerte fetal tardía ocurre después o durante el peso del feto es de 1000 gramos o más. Cuando el peso del feto no es posible de medir, corresponde a una edad gestacional de 28 semanas o una talla de 35 cms. (25)

La mortalidad perinatal también se ve reducida con la consulta a instituciones donde se brinda el servicio de control prenatal, esto a sido evidenciado en estudios realizados tanto en poblaciones hispano-americanas y blancas no hispanas. (3)

Una muerte neonatal temprana es aquella que ocurre en la primera semana de vida. (25)

Como estrategias para la reducción de los dos conceptos anteriores la UNICEF y la World Health Organization recomiendan:

1. Prevención de tétanos neonatal y otras infecciones.

2. Proporcionar un cuidado obstétrico adecuado.
3. Proporcionar atención médica a las condiciones de salud de la gestante que pueden afectar la salud perinatal.
4. Que la comunidad colabore con el cuidado materno y neonatal. (25)

Estudios realizados en varios grupos indígenas mayas, evidencian que es necesario crear enlaces interculturales para combatir mejor los problemas de salud, y que sólo así se mejorará la aceptación de los programas sanitarios por esta población. (4,19,22)

VI. METODO DE INVESTIGACION ETNOGRAFICO

A la investigación se le dió un enfoque médico antropológico; la recolección de la información utilizó el método etnográfico, por lo que del mismo se describen los aspectos relevantes.

OBSERVACION: La cual se divide en participativa y directa.

1. **Observación participativa:** En esta el observador participa en la vida diaria de las personas que estudia, observa lo que pasa, escuchando lo que se dice, participando en eventos familiares y comunitarios, preguntando por largo tiempo, lo que implica cierta duración en el área de estudio.
2. **Observación directa:** Observar implica examinar con todos los sentidos, un objeto, una o varias personas, un evento social, una actividad, etc.; con el propósito de describirlo. La observación proporciona información no verbal sobre lo que en verdad está ocurriendo.
3. **Conversaciones formales e informales:** El investigador aprovecha cualquier oportunidad para conversar formalmente (en forma no planificada) con alguna persona en pequeños grupos de personas sobre temas de interés al estudio. A veces las personas se encuentran más cómodas en estas situaciones y hablan con mayor libertad.
4. **Entrevistas dirigidas:** Son entrevistas con informantes seleccionados. Se hacen preguntas sobre temas de interés. El investigador sigue un esquema general, pero pueden ir incorporando temas adicionales conforme estos surgen. Se toman notas de estas entrevistas. En una forma más formal se pueden elaborar guías con una serie perteneciente a temas específicos. Estas preguntas se le hacen a todos los informantes, las respuestas se registran detalladamente.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

VII. METODOLOGIA

A) Tipo de Estudio:

El presente estudio es de tipo descriptivo transversal. Es descriptivo puesto que solo describe el fenómeno estudiado, y las características de la población en estudio; transversal porque estudia las variables en un momento dado, sin dar seguimiento a la evolución de las mismas.

B) Sujeto de Estudio:

El sujeto de estudio lo constituyeron 198 mujeres en edad reproductiva de las 33 aldeas del municipio de Jocotán, departamento de Chiquimula.

C) La Muestra:

Se incluyeron a la totalidad de las aldeas del municipio de Jocotán, tomando en cuenta la siguiente fórmula:

$$\text{Muestra} = \frac{N * p * q}{\frac{E^2}{z} * (N-1) + (p*q)}$$

teniendo los siguientes valores:

N = Población en estudio (mujeres en edad reproductiva)
 E2= Error estadístico.
 p = Frecuencia del fenómeno.
 q = 1 - la frecuencia.
 z = Certeza.

D) Criterios de Inclusión y Exclusión:

D1. De Inclusión:

- Mujeres con edad comprendida entre los 15 y 45 años de edad.
- Que sean residentes de las aldeas pertenecientes al municipio de Jocotán.
- Que ya hayan tenido hijos o estén embarazadas.

D2. De Exclusión:

- Mujeres con enfermedades que les incapacite comunicarse.
- Mujeres que después de 3 visitas a la aldea no sean encontradas en las mismas.

E) Variables:

NOMBRE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO
Creencia	Lo que se cree, lo que se tiene por cierto.	Lo que las mujeres en estudio creen respecto al control prenatal, por medio de la evaluación de la entrevista.	Cualitativa.
Costumbre	Conjunto de inclinaciones que forman el caracter distintivo de una nación ó persona.	Hábito, práctica muy usada y generalizada en la región evaluada por medio de la entrevista.	Cualitativa.
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Toda mujer comprendida entre los 15 y 45 años de vida.	Cuantitativa.
Estado Civil	Estado de una persona dentro de una sociedad.	Casada, Soltera ó Unida.	Cualitativa.
Ocupación	Actividad a la que se dedica una persona.	Aquellas actividades que desempeñan las mujeres en estudio.	Cualitativa.
Alfabeta	Aquella persona que sabe leer y escribir.	Toda mujer que sabe leer y escribir.	Cualitativa.
Paridad	Número de embarazos que ha presentado una mujer y como se han resuelto.	Gestas, partos, abortos é hijos vivos que tienen las mujeres en estudio, evaluadas por medio de la entrevista.	Cuantitativa.
Control Prenatal	Cuidado cuyo objetivo es que el embarazo culmine en un niño sano sin afectar la salud de la madre.	Asistir y seguir conductas recomendadas por personal calificado para tal propósito.	Cualitativa.

F) Instrumentos de Medición:

Se utilizó una boleta para la recolección de datos proporcionados por la entrevista dirigida (ver anexo No.1), las entrevistas se realizaron después de capacitación y bajo supervisión por el personal de la Promoción Femenina en todas las aldeas del municipio; las entrevistas se efectuaron al azar dentro de la población femenina en edad reproductiva de cada aldea. El personal también fué traductor cuando las mujeres entrevistadas hablan solo lengua chortí.

G) Recursos:**G1. Materiales:**

- Boleta de recolección de información.
- Útiles de Escritorio.
- Computadora.
- Paquetes Professional Write, Harvard Graphics 2.1.
- Gasto aproximado de Q.1,500.00
- Cámara fotográfica.
- Grabadora tipo periodista.

G2. Humanos:

- 8 personas del proyecto "Promoción Femenina", sexo femenino, capacitadoras de oficios manuales, domésticos y de salud, que han cursado el nivel medio y 2 de ellas miembros de la orden religiosa "Amunciación".
- 198 mujeres particulares del area rural.

G3. Institucionales:

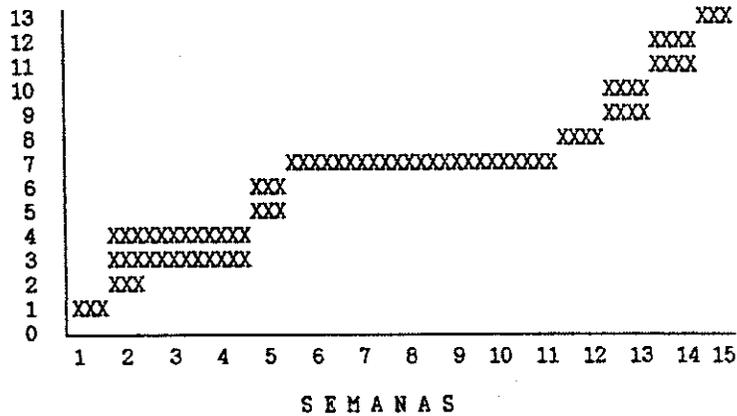
- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala
- Biblioteca del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panama (INCAP).
- Biblioteca MEDLINE, del laboratorio Roemmers de Guatemala.
- Biblioteca MEDLINE, del laboratorio Jansen de Guatemala.
- Instituto Nacional de Estadística.
- Centro de Investigación de Lenguas Mayas.
- Centro de Estudios Folklóricos, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Sede del proyecto de Promoción Femenina, Jocotán.
- Centro de Salud de Jocotán.
- Municipalidad de Jocotán.

H) Manejo Estadístico:

Para efectuar el manejo estadístico se efectuó una boleta de recolección de información, la cual se tabuló a través de cuadros y gráficas donde se esquematizan los resultados de la investigación en relación a las variables.

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES



ACTIVIDADES:

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección de Asesor y Revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor y revisor.
5. Revisión del proyecto por la coordinación de tesis.
6. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
7. Ejecución del trabajo de campo.
8. Procesamiento de los datos, elaboración de tablas y gráficas.
9. Analisis y discusión de resultados.
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
11. Presentación del informe al asesor y revisor.
12. Presentación del informe final a la coordinación de tesis.
13. Aprobación del informe final del proyecto por la coordinación de tesis.

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS



CUADRO No. 1

**EDAD DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN JOCOTAN,
DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1995.**

RANGO DE EDAD	N o .	%
De 15 a 20 años	16	8.0%
De 21 a 25 años	49	24.7%
De 26 a 30 años	52	26.3%
De 31 a 35 años	30	15.1%
De 36 a 40 años	30	15.1%
De 41 a 45 años	21	10.6%
T O T A L	198	100.0%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 2
RELACION ENTRE ALFABETISMO
Y NUMERO DE GESTACIONES
EN LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN JOCOTAN DURANTE
LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1995.

NUMERO DE GESTAS	Edad en Años												TOTAL
	15 - 20		21 - 25		26 - 30		31 - 35		36 - 40		41 - 45		
	AL	AN	AL	AN	AL	AN	AL	AN	AL	AN	AL	AN	
1 - 2	8	6	4	10	7			2		1		1	39
3 - 4	1	16	10	7	8	4	2		3			1	52
5 - 6			5	5	11	8	2	4	4	5		1	45
7 - 8			1		4	5	2	8	4	6	2	2	34
9 - 10					1	1	2	2	7	2	1	10	26
> 10												2	2
TOTAL	9	22	20	22	31	18	8	16	18	14	3	17	198

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Nota:

La abreviatura AL significa Alfabeto y AN significa Analfabeta.

CUADRO No. 3

ESTADO CIVIL DE
LAS ENTREVISTADAS EN JOCOYAN
EN MARZO Y ABRIL DE 1985.

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
SOLTERAS:	9	4.5%
UNIDAS :	55	27.8%
CASADAS :	134	67.7%
T O T A L :	198	100.0%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 4

**RELACION ENTRE EL ALFABETISMO Y
EL CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DEL SERVICIO
DE CONTROL PRENATAL
EN LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN JOCOTAN
EN LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1995.**

SABE QUE EXISTE EL SERVICIO DE CONTROL PRENATAL	ALFABETISMO		TOTAL
	SI	NO	
SI	87 (94%)	88 (84%)	175 Sabem que e- xiste control.
NO	6 (06%)	17 (16%)	23 Desconocen la existencia.
TOTAL	93 Alfabetas	105 Analfabetas	198 Mujeres Entrevistadas

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 7

CUANDO CONSULTAN A CONTROL PRENATAL
LAS MUJERES ENTREVISTADAS
EN JOCOTAN DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1995.

LAS MUJERES CONSULTAN A CONTROL PRENATAL CUANDO:	NUMERO	PORCENTAJE	TOTAL
CON CADA EMBARAZO:	109	55.05%	109
SOLO CON EL PRIMER EMBARAZO:	15	7.57%	15
SOLO SI PRESENTA ALGUNA MOLESTIA DURANTE EL EMBARAZO:	39	19.69%	39
CON NINGUN EMBARAZO:	35	17.05%	35
T O T A L :	198	100.00%	198

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 8

RELACION DE ALFABETISMO Y NUMERO DE CONSULTAS A CONTROL PRENATAL EN LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN JOJOTAN DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1995.

NUMERO DE VECES QUE CONSULTAN A CONTROL PRENATAL	A L F A B E T A			
	SI		NO	
	No.	%	No.	%
UNA	4	2.5	11	6.8
DOS	9	5.5	5	3.0
TRES	6	3.7	13	8.0
CUATRO	9	5.5	12	7.4
CINCO	14	8.6	12	7.4
MAS DE CINCO	37	22.8	31	19.1

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 2

RELACION DEL ALFABETISMO Y LOS SITIOS A LOS QUE ACUDEN CUANDO ESTAN EMBARAZADAS, LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN JOCOTAN DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1995.

A QUIEN ACUDE CUANDO ESTA EMBARAZADA	ALFABETISMO		TOTAL	
	S I	N O	N o.	%
COMADRONA	39	46	85	42.9
PROMOTOR DE SALUD	3	1	4	2.0
CENTRO DE SALUD	10	4	14	7.0
BRUJO O CURANDERO	24	19	43	21.7
DISPENSARIO BETHANIA	10	8	18	9.0
HOSPITAL DEPARTAMENTAL	3	4	7	3.5
MEDICO PARTICULAR	6	7	13	6.5
NO CONSULTA A NADIE	15	15	30	15.1

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Nota:

Una mujer puede consultar a varios sitios durante su embarazo.

CUADRO No. 10

TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN EL
CUAL CONSULTAN POR PRIMERA VEZ
LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN JOJOTAN
EN LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1995.

TRIMESTRE EN EL QUE CONSULTAN POR 1era. VEZ	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
PRIMERO	55	27.8%
SEGUNDO	63	31.8%
TERCERO	44	22.3%
NO CONSULTA	36	18.1%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 11

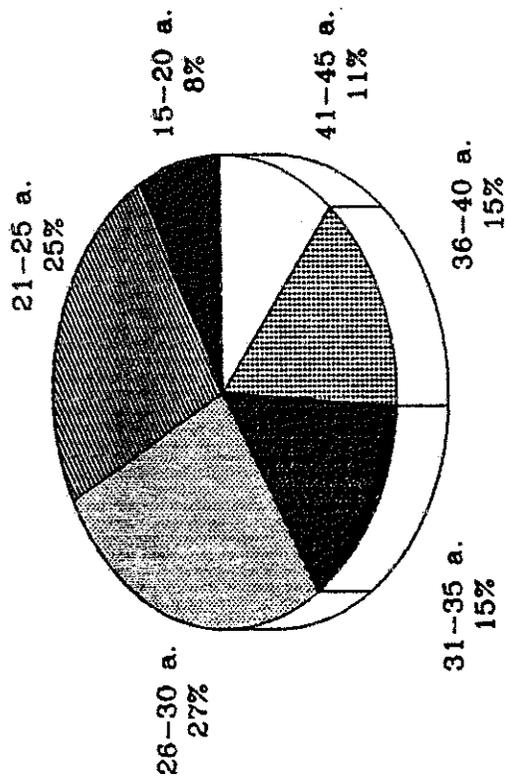
RAZONES POR LAS QUE NO CONSULTAN A CONTROL PRENATAL
 LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN JOCOTAN EN LOS MESES DE
 MARZO Y ABRIL DE 1995

RAZON POR LA QUE NO ASISTEN	NUMERO	PORCENTAJE
Cree que no es beneficioso:	13	13.13%
No habla idioma español:	4	4.04%
Le atienden mal:	3	3.03%
Es muy caro:	7	7.07%
Queda muy lejos:	42	42.42%
Tiene miedo:		
- Verguenza que la vea un doctor que es hombre:	26	26.26%
- Esposo no la deja:	2	2.02%
- Le tiene miedo a las inyecciones:	1	1.01%
- Le puede pasar algo en el camino:	1	1.01%
T O T A L E S :	98	100.00%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE ESTADÍSTICA Y CENSOS
 Oficina de Estadística y Censos

EDAD DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS
EN JOCOTAN DURANTE MARZO Y ABRIL 1995.
GRAFICA No. 1



CUADRO No. 5

MUJERES QUE CREEN QUE EL CONTROL
 PRENATAL ES BENEFICIOSO
 ENTREVISTADAS EN JOJOTAN EN LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1995.

	Número	Porcentaje	Total
MUJERES QUE CONSIDERAN BENEFICIOSO EL CONTROL PRENATAL:	185	93%	185
MUJERES QUE CONSIDERAN AL CONTROL PRENATAL COMO ALGO SIN BENEFICIO:	13	7%	13

Fuente: Boleta de recolección de datos.

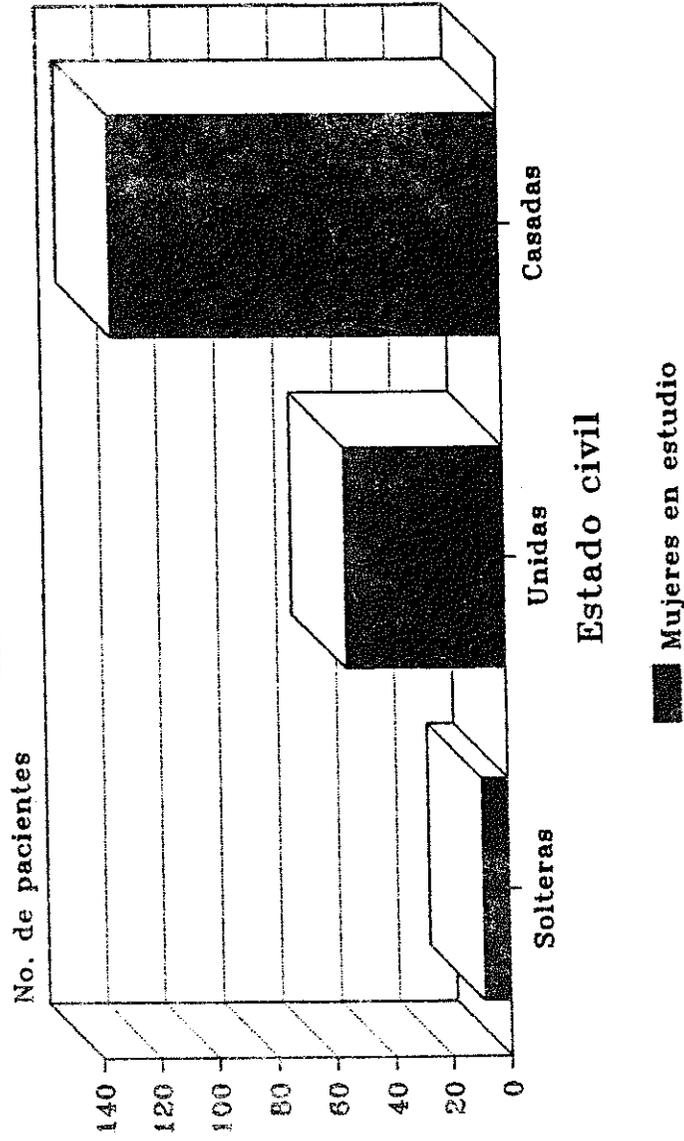
CUADRO No. 6

RELACION ENTRE ALFABETISMO
Y CONSULTA A CONTROL PRENATAL
EN LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN JOCOTAN DURANTE
LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1985.

CONSULTA A CONTROL DURANTE SUS EMBARAZOS	ALFABETISMO				T O T A L
	SI		NO		
	No.	%	No.	%	
SI CONSULTAN:	77	81%	85	83%	162
NO CONSULTAN:	18	19%	18	17%	36
TOTAL	95	100%	103	100%	198

Fuente: Boleta de recolección de datos.

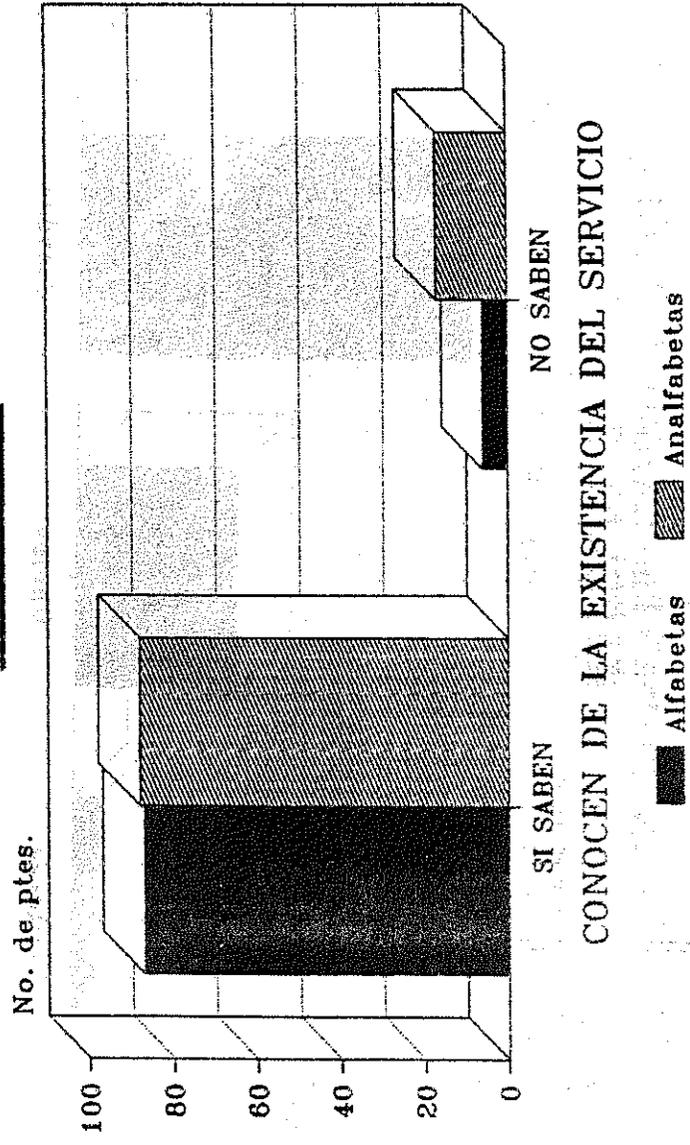
**ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EN ESTUDIO
EN JOCOTAN DURANTE MARZO Y ABRIL 1995.
GRAFICA No. 2**



Fuente: Boleta de recolección de datos.

CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES ACERCA DE LA
EXISTENCIA DEL CONTROL PRENATAL.

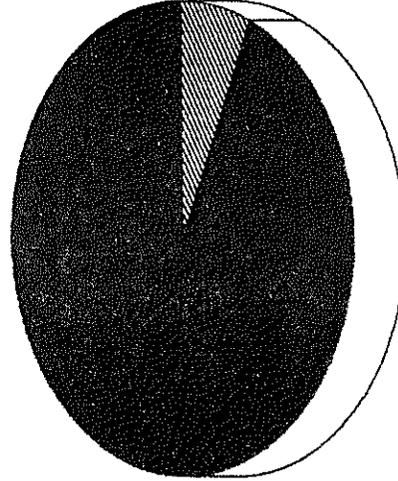
GRAFICA No.3



Fuente: Boleta de recolección de datos.

MUJERES ENTREVISTADAS QUE CREEN QUE EL CONTROL PRENATAL ES BENEFICIOSO.

GRAFICA No. 4



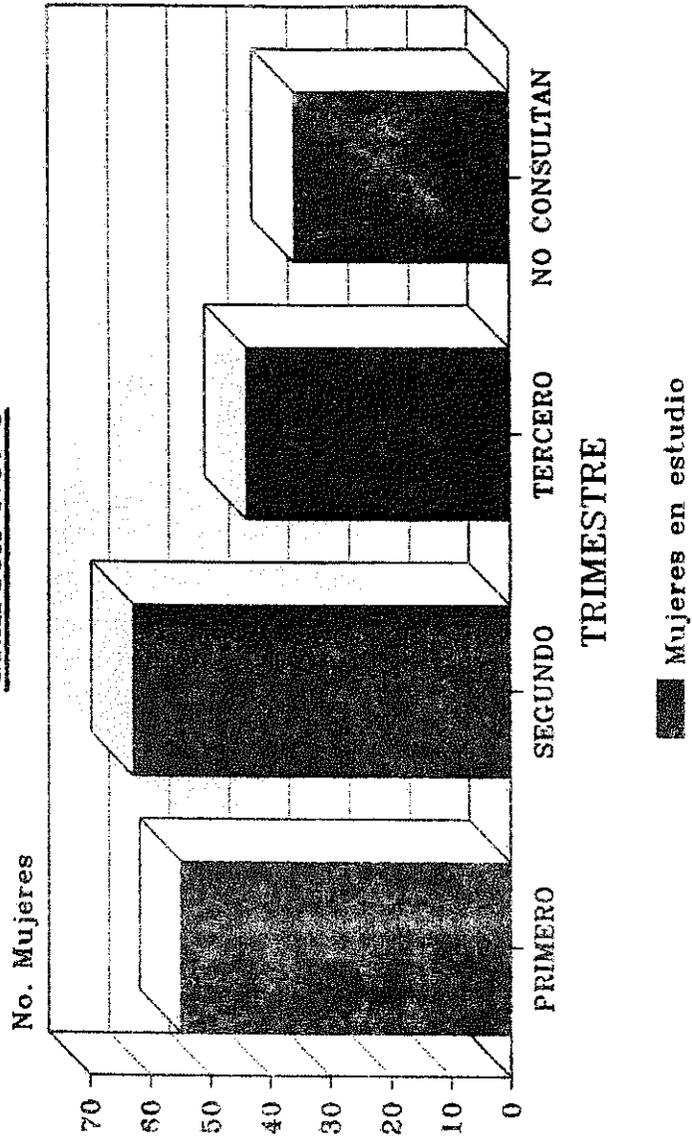
Si es beneficioso: 185
93%

No es beneficioso: 13
7%

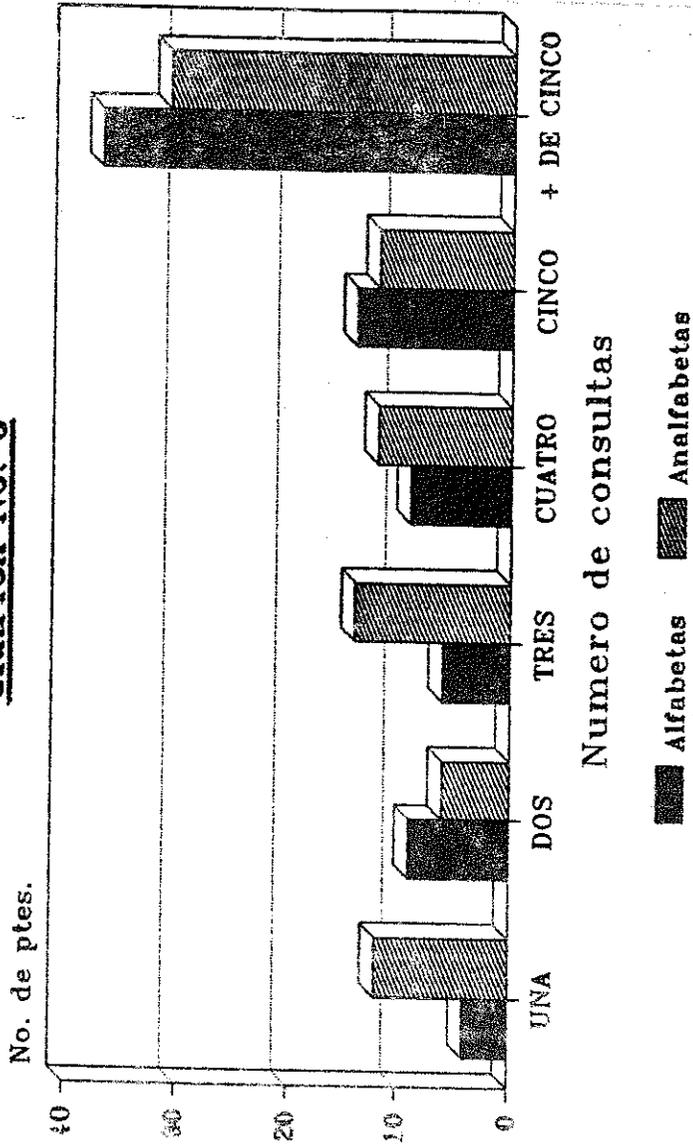
Fuente: Boleta de recolección de datos.

TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN EL QUE
CONSULTAN LAS MUJERES EN ESTUDIO.

GRAFICA No. 5



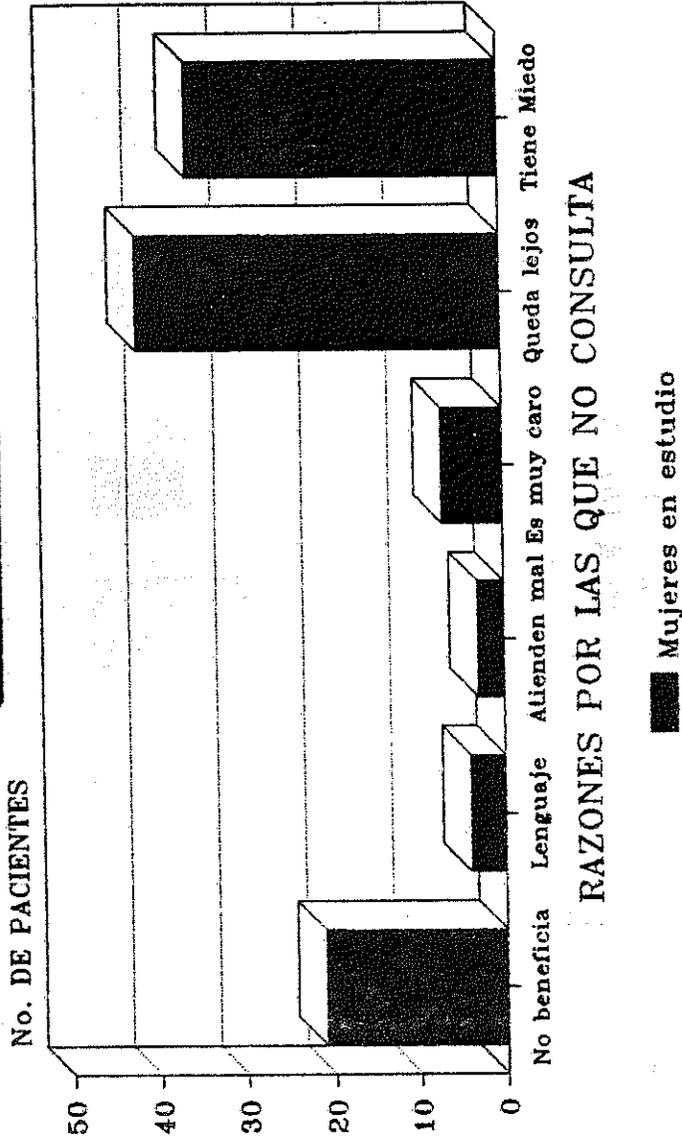
**CUANTAS VECES CONSULTAN LAS MUJERES A
CONTROL PRENATAL EN EL AREA DE JOCOTAN.
GRAFICA No. 6**



Fuente: Boleta de recoleccion de datos

PORQUE NO CONSULTAN LAS MUJERES EN ESTUDIO A CONTROL PRENATAL.

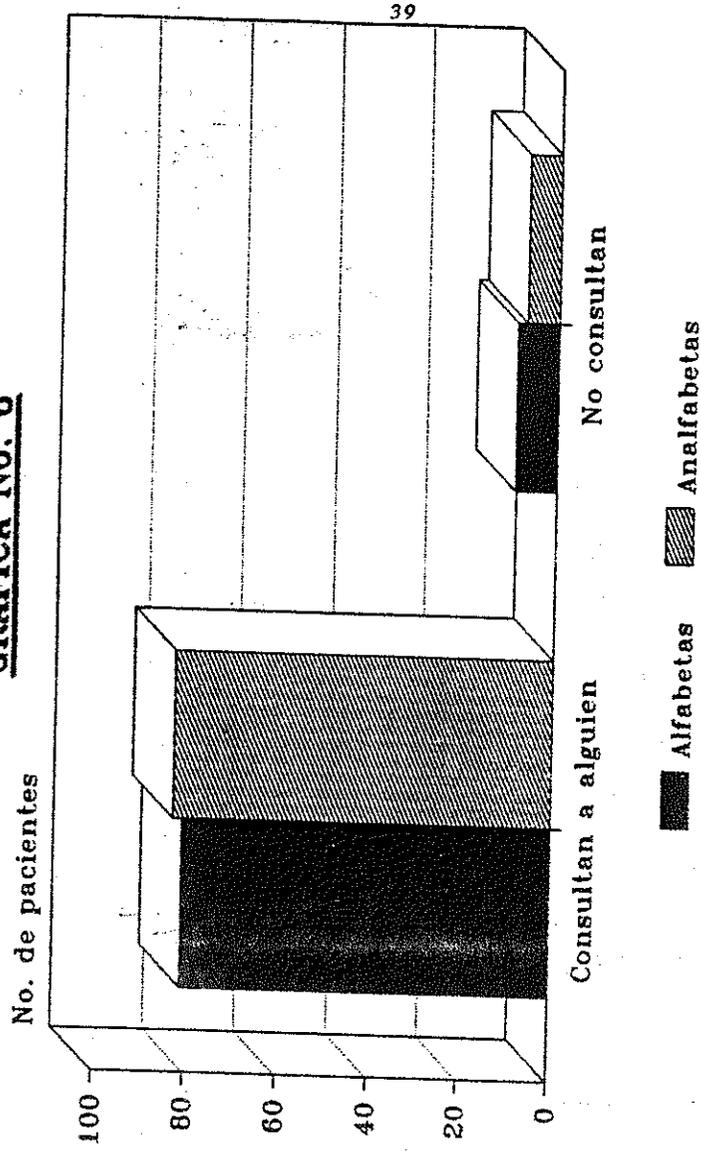
GRAFICA No. 7



Fuente: Boleta de recolección de datos.

RELACION ENTRE ALFABETISMO Y CONSULTA A CONTROL PRENATAL EN EL AREA DE JOCOTAN.

GRAFICA No. 8



Fuente: Boleta de recolección de datos.

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS



CUADRO No. 1 Y GRAFICA No. 1

En el estudio se incluyeron mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 45 años, el grupo etareo que prevalece es el que tiene el rango entre 26 y 30 años, con un 26.3% del total de mujeres entrevistadas, los otros 2 grupos etareos con mas mujeres son el que presenta el rango entre 21 y 25 años con 25% y de 31 a 35 años con 15% del total.

CUADRO No. 2

En este cuadro se pueden observar las diferencias entre las personas alfabetas y las analfabetas con respecto al número de gestaciones, divididas por grupo etareo; y se observa que el grupo de mujeres analfabetas con mayor edad tienen mas número de gestaciones. Esto tiene importancia ya que evidencia que es muy trascendente la educación en Guatemala para modificar la salud de nuestra población.

CUADRO No. 3 Y GRAFICA No. 2

El estado civil que predominó en el mayor número de mujeres entrevistadas es "Casada", con un 68% del total, seguido de mujeres unidas con un 28%, y un pequeño grupo de madres solteras que representa una minoría. Esto puede explicarse por la gran importancia que en esta región oriental tiene el aspecto religioso.

CUADRO No. 4 Y GRAFICA No. 3

Aquí se observa el conocimiento que tienen las mujeres entrevistadas de la existencia del servicio de control prenatal, y se evidenció que el 88.4% del total de mujeres saben que existe dicho servicio. Se determinó también una diferencia entre las mujeres alfabetas con un 94% de conocimiento vs. un 84% correspondiente a las mujeres no alfabetas.

El conocimiento de la existencia del servicio de control prenatal, facilita labor para orientación posterior con campañas de información a esta comunidad; y se evidencia nuevamente la importancia que ejerce en la cognositivity de la mujer el saber leer y escribir.

CUADRO No. 5 Y GRAFICA No. 4

Se discutió con las mujeres entrevistadas sobre si consideraban de algún beneficio el control prenatal y 185 mujeres respondieron afirmativamente lo que constituye un 93.4%, dicho dato pone de manifiesto que el servicio cuenta ya con una opinión positiva, y unicamente es necesario el aumentar la cobertura del programa materno infantil para que las mujeres consulten mas.

CUADRO No. 6 Y GRAFICA No. 8

La entrevista evidenció que de las 198 mujeres en estudio, 162 consultan con alguien durante sus embarazos, lo que representa un 81.8%; y al relacionarlo con la variable alfabetismo se observó que de las mujeres alfabetas, el 81% consulta con alguien durante el embarazo, en comparación con las mujeres analfabetas quienes consultan en un 83%.

Se observó que una misma mujer consulta a más de un sitio para su atención durante su embarazo; Como se ve en el cuadro las mujeres alfabetas consultan más a servicios oficiales de salud, pero continúan consultando con personas que ejercen la medicina tradicional, lo que muestra interrelación existente entre las costumbres de sus antepasados y la medicina contemporánea.

CUADRO No. 7

En este cuadro se observa que la mayoría de las mujeres entrevistadas consultan con cada embarazo a control prenatal, constituyendo este grupo el 55% del total, lo que constituye una costumbre excelente en la población, otro 19% consulta solo si presenta alguna molestia y un pequeño grupo consulta únicamente cuando esta embarazada por primera vez.

CUADRO No. 8 Y GRAFICA No. 6

Las mayor parte de mujeres manifestaron que consultan más de cinco veces (el 41.9%), independientemente de si son alfabetas o no. Lo que se pudo observar es que las alfabetas consultan más número de veces en relación con las analfabetas. Esto demuestra que las mujeres alfabetas tienen un mejor control prenatal, y nuevamente pone en evidencia la importancia que el alfabetismo en la población tiene para modificar sus conductas.

CUADRO No. 9

Este cuadro evidencia la relación existente entre el alfabetismo y el lugar donde las mujeres consultan y se evidencia que la mayor parte las mujeres consulta a más de un lugar, siendo la comadrona capacitada quien más frecuente acuden (43%), seguida del centro de salud (21%).

Se observó que una misma mujer asiste a más de un sitio para su atención durante su embarazo; Como se ve en el cuadro las mujeres alfabetas consultan más a servicios oficiales de salud, pero continúan consultando con personas que ejercen la medicina tradicional, lo que muestra interrelación existente entre las costumbres de sus antepasados y la medicina contemporánea.

CUADRO No. 10 Y GRAFICA No. 5

La mayoría (38.8%) de las mujeres entrevistadas manifestó que consulta a control prenatal durante el segundo trimestre, otro 34% lo hace durante el primer trimestre. Esto pudiera ser explicado por la falta de

recursos que tienen las mujeres para saber si se encuentran embarazadas consultan hasta cuando la gestación es evidente por el crecimiento abdominal.

CUADRO No. 11 Y GRAFICA No. 7

En cuanto al motivo por el cual no consultan las mujeres, se descubrió que es la distancia el principal motivo (21%) y otro 13% manifestó que tienen vergüenza que las mire otro hombre que no sea su esposo.

Durante el estudio se observó que existen aldeas muy retiradas de los centros de atención de salud, algunas que visité a más de 4 horas de camino a pie y sin la factibilidad de acceso en vehículos. Este factor puede modificarse creando mejores caminos rurales y mayor número de centros de atención primaria de salud.

X. CONCLUSIONES

1. Las mujeres chortis de Jocotán saben que existe el control prenatal y consideran a dicho servicio como beneficioso.
2. Las mujeres embarazadas de Jocotán asisten a control prenatal, y lo hacen con personal calificado y con personas que ejercen la medicina tradicional.
3. Las mujeres de Jocotán consultan en su mayoría cada vez que están embarazadas.
4. El inicio del control prenatal es principalmente durante el segundo trimestre del embarazo.
5. El alfabetismo establece una diferencia favorable y apreciable en el uso de los servicios de atención prenatal y disminución en el número de embarazos.
6. Las principales razones para que las mujeres chortis de Jocotán no asistan al control prenatal y servicios de salud son la distancia y el pudor.

XI. RECOMENDACIONES

1. Sabiendo la importancia que tiene el control prenatal para la población materno infantil, se debería velar para que este servicio sea más accesible a toda la población rural, creando más puestos de salud y capacitando más comadronas.
2. Se recomienda incrementar la campaña nacional de información para fomentar la asistencia al control prenatal, teniendo en cuenta que debe ser comprensible y razonable también a la población rural.
3. En vista del alto grado de utilización de la medicina tradicional en la región chotí, es recomendable entablar una comunicación con las personas que la ejercen para que reciban una adecuada capacitación y presten un servicio que resulte de mayor beneficio a esta población.
4. Mejorar el nivel educativo de la población rural, ya que se evidencia un mejor conocimiento y uso de los servicios de control prenatal en la población que ha recibido algún grado de educación.
5. Siendo el pudor una de las principales razones de la inasistencia a los servicios oficiales de salud; es recomendable crear plazas para personal médico femenino y así aumentar más aún la afluencia de mujeres embarazadas a control prenatal.

XII. RESUMEN

El estudio "creencias y costumbres de la mujer del area chortí de Jocotán" es del tipo descriptivo - transversal, en el que se empleó el método etnográfico para entrevistar a 198 mujeres en edad reproductiva.

Los resultados obtenidos en este estudio indican que las mujeres de las aldeas de Jocotán, saben de la existencia del servicio de control prenatal, creen que es beneficioso y asisten a dicho servicio.

También se evidenció que las mujeres asisten en busca de atención durante el embarazo a personal calificado y personas que ejercen la medicina tradicional de esta región oriental, dato que evidencia una mezcla de dos culturas (la Chortí y la occidental).

Se determinó una relación positiva en aquellas mujeres que saben leer y escribir con el uso de los servicios de salud, así como el número de gestaciones.

La investigación reveló que las mujeres del area chortí de Jocotán, presentan como principales razones para no consultar a los servicios oficiales de salud, la vergüenza a ser examinadas por un hombre y la distancia existente entre sus hogares y los servicios para atención prenatal.

XIII. BIBLIOGRAFIA

- .. Aladjem, Silvio **OBSTETRICAL PRACTICE** Editado por Silvio Aladjem, The C.V. Mosby Company, U.S.A. 1980. Pags. 145-159.
1. Avila Tepe, Antonio Santos **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA TARDIA E INASISTENCIA A CONTROL PRENATAL EN MUJERES EMBARAZADAS.** Tesis (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Medicas. Julio de 1994. 51 pags.
3. Balcazar-H; Ramirez Salas **THE EFFECTS OF PRENATAL CARE UTILIZATION AND MATERNAL RISK FACTORS ON PREGNANCY OUTCOME BETWEEN MEXICAN AMERICANS AND NON HISPANIC WHITES.** MEDLINE 1/94 - 1/95. Editado en Ginecol-Obstet-Mex. Julio 1994.
1. Delgado-E; Sorensen-SC; Van-der-Stuyft-p **HEALTH SEEKING BEHAVIOUR AN SELF-TREATMENT FOR COMMON CHILDHOOD SYMPTOMS IN RURAL GUATEMALA.** MEDLINE (R) 1/94 - 1/95. Ann-Soc-Belg-Med-Trop. Junio 1994.
3. Diccionario de la Lengua Española Decima Edición 1976.
3. Engle-Pl; **INFLUENCES OF MOTHERS' AND FATHERS' INCOME ON CHILDREN'S NUTRITIONAL STATUS IN GUATEMALA.** MEDLINE (R) 1/94 - 1/95. Sociedad Científica de Medicina. Diciembre 1993.
7. Fikree-ff; Karim-Ms; Midhet-f; **CAUSES OF MORTALITY IN LOW SOCIOECONOMIC SETTLEMENTS OF KARACHI.** Department of Community Health Sciences, Aga Khan University, Karachi, Pakistan. MEDLINE (R) 1/94 - 1/95. Editada en JPMA-J-Pak-Med-Assoc. Octubre 1993.
3. Girard, Rafael **LOS CHORTIS ANTE EL PROBLEMA MAYA.** Ed. Antigua Librería Robredo. México, D.F. 1949. Tomo I. Pags. 52-54, 185-203.
3. Instituto Nacional de Estadística **ESTIMACIONES DE POBLACION URBANA Y RURAL POR DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO 1990 - 1995.** Sistema Estadístico Nacional Guatemala, 1991. Pags. 62-63. y 459.

10. International Life Sciences Institute/ Nutrition Foundation. (IVACG), EL USO INOCUO DE VITAMINA "A" POR LA MUJER DURANTE LA EPOCA REPRODUCTIVA. Editado por IVACG. Washington, U.S.A. 1987.
11. Leopoldo Shwarcz, Ricardo OBSTETRICIA. Editorial El Ateneo. Cuarta Edición, Buenos Aires, Argentina, 1988. Pags. 128, 131-139.
12. Marroquin, José Angel, SISTEMAS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS. MUNICIPALIDAD DE JOJOTAN. DEPARTAMENTO DE CHIGUINULA. Tesis (Administrador de Empresas), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Económicas. Julio 1988. pags. 1-6.
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, NORMAS DE ATENCION DE SALUD MATERNO INFANTIL / PLAN NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL 1992 - 1996. Editado por el Departamento Materno Infantil de la dirección General de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, Agosto 1992. Pags. 7-19.
14. Mora, Montenegro, EL CONTROL PRENATAL Y SU IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD PERINATAL. Tesis (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. junio 1993. 27 Pags.
15. Orozco Garcia, Ana Beatriz, EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE. SU PEREIL SOCIAL Y SU ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 53 pags.
16. Palencia Arciniega, Pavel, RIESGO PRESTACIONAL EN PACIENTES DE UN AREA RURAL. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 37 pags.
17. Pritchard, Jack y Cols. OBSTETRICIA DE WILLIAMS. 3ra. Edición. Editorial Salvat, México. D.F. 1991. pags. 237-252.
18. Programa de "Medicina Familiar", CONTROL PRENATAL. Editado por la Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1991. 15 pags.

19. Richards, Michael, ESTUDIO ANTROPOLÓGICO SOBRE CREENCIAS DE LA MEDICINA MAYA COMO APOYO A LA PRESTACION DE SERVICIOS SANITARIOS A LA POBLACION DEL AREA EN SALUD DE SOLOLA Y AL PROYECTO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD. Editado por OPS, OMS. Guatemala, Noviembre 1989.
20. Rivera Lopez; Ramirez Salas, INFLUENCE OF PRENATAL CONTROL ON MATERNAL AND PERINATAL MORBIDITY/ MORTALITY IN A 2nd-LEVEL HOSPITAL. MEDLINE (R) 1/94 - 1/95. Editado en Ginecol-Obstet-Mex. Julio 1994.
21. Técnico en Salud Rural. DATOS DEMOGRAFICOS DE JOCOTAN, CHICHUMULA. Centro de Salud de Jocotan, Chiquimula, Distrito de Salud de Jocotan. Agosto 1994.
22. Villatoro, Elba, LA COMADRONA A TRAVES DE LA HISTORIA EN LAS PRACTICAS OBSTETRICAS PEDIATRICAS: UNA EXPERIENCIA EN EL AREA IXIL, QUICHE. Editado por el Centro de Estudios Folklóricos, USAC. 1994. 19 Pgs.
23. Windeon, Charles, LOS CHORTIS DE GUATEMALA. Editorial del Ministerio de Educación Pública de Guatemala. Guatemala, 1961. pags. 17-35 y 331-346.
24. World Health Organization. ESSENTIAL ELEMENTS OF OBSTETRIC CARE AT FIRST REFERRAL LEVEL. Editado por World Health Organization. Genova, 1991.
25. World Health Organization/UNICEF. MATERNAL CARE FOR THE REDUCTION OF PERINATAL AND NEONATAL MORTALITY. Editado por World Health Organization. Genova, 1986. pags. 6 y 13-21.
26. Worthingtn Bonnie and Rodwell Sue. NUTRITION IN PREGNANCY AND LACTATION. Fourth Edition. Editado por Times Mirror/ Mosby College Publishing. St. Louis Missouri, U.S.A. 1989. pags. 55-88.

XIV. ANNEXES.



ENTREVISTA DIRIGIDA

EDAD: _____ PARIDAD: G: ___ P: ___ Ab: ___ Hv: ___

OCUPACION: _____

Alfabeto: SI () NO ()

Estado Civil: Soltera () Casada () Unida ()

1. Sabe Ud. que existe servicio de control prenatal?
SI () NO ()
2. Cree Ud. que el control prenatal es beneficioso?
SI () NO ()
3. Consulta al servicio de control prenatal durante sus embarazos?
SI () NO ()
4. A quien acude para el control prenatal?

* Comadrona ()	* Promotor de Salud ()
* Médico particular ()	* Centro de salud ()
* Brujo o Curandero ()	* Dispensario Bethania ()
* Hospital departamental ()	* Nadie ()
5. Si consulta a control prenatal, a que edad del embarazo lo hace por primera vez?
1er. trimestre () 2do. trimestre () 3er. trimestre ()
6. Cuantas veces asiste a control prenatal durante sus embarazos?
1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Mas de 5 ()
7. Respecto al control prenatal, usted acude al mismo:

* Con cada embarazo ()
* Con ningun embarazo ()
* Solo con el primer embarazo ()
* Solo si presenta alguna molestia durante el embarazo ()
8. Si no asiste a control prenatal, Cual es la razón?

* Cree que no es beneficioso ()
* No hablan lengua chorti ()
* Le atienden mal ()
* Es muy caro ()
* Queda muy lejos ()
* Tiene miedo ()
9. Si la respuesta a la pregunta anterior fue, TIENE MIEDO, a que le tiene miedo?

DISTRIBUCION ETARIA DE LA POBLACION DE JOCOTAN

DISTRIBUCION ETARIA	FEMENINOS	MASCULINOS	TOTAL
Menores de 1 año.	564	587	1,151
De 1 a 4 años.	2093	2176	4,269
De 5 a 9 años.	2362	2442	4,804
De 10 a 14 años.	2107	2178	4,286
De 15 a 19 años.	1799	1863	3,662
De 20 a 24 años.	1378	1422	2,801
De 25 a 29 años.	1106	1098	2,204
De 30 a 34 años.	920	888	1,808
De 35 a 39 años.	774	724	1,498
De 40 a 44 años.	669	622	1,292
De 45 a 49 años.	505	484	989
De 50 a 54 años.	445	428	873
De 55 a 59 años.	401	377	778
De 60 a 64 años.	363	335	698
De 65 a 69 años.	283	267	550
De 70 a 74 años.	208	196	404
De 75 a 79 años.	125	115	240
Mayores de 80 años.	98	82	180
T O T A L E S :	16200	16285	32,485

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DISTRIBUCION DE LA POBLACION DEL MUNICIPIO
DE JOCOTAN, CHIQUIMULA POR GRUPO ETNICO Y SEXO

GRUPO ETNICO	SEXO		TOTAL	PORCENTAJE
	FEMENINO	MASCULINO		
Indígena	9,707	9,835	19,542	91%
No Indígena	1,033	920	1,953	9%
Ignorado	6	5	11	---
TOTAL	10,746	10,760	21,506	100%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Centro de Salud de Jocotan, Chiquimula.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA POBLACION DE
JOCOTAN, CHIQUIMULA POR SEXO.

ACTIVIDAD	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
Económicamente activa	5,711	1,424	7,135
-Ocupada	5,727	1,419	7,146
-Desocupada	15	--	15
-Busca trabajo	29	5	34
No económicamente activa	1,077	5,997	7,074
Actividad Ignorada	396	37	433

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Centro de Salud de Jocotan, Chiquimula.