

26
29

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CENTRO DE INVESTIGACION MATERNO INFANTIL DEL
GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO
C. I. N. I. G. E. N.

LOS LICENCIADOS EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA COMO SOLUCION AL PROBLEMA PERINATAL EN MEXICO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
MEZA MARTINEZ SOCORRO GUADALUPE

FALLA DE ORIGEN

DIRECTOR DE TESIS: DR. CARLOS VARGAS GARCIA
ASESOR: SEVERIANO RUBIO DOMINGUEZ.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

PAGINA

INTRODUCCION	1
I. EVOLUCION HISTORICA DE LA PARTERA EMPIRICA.	
A. EN EL MUNDO.	4
B. EN MEXICO.	13
II. EVOLUCION HISTORICA DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.	
A. EN EL MUNDO.	20
B. EN MEXICO.	25
III. FORMACION DE LOS LICENCIADOS EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA (ENED), DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO (UNAM).	42
IV. CARACTERISTICAS DE LA ATENCION PERINATAL POR PARTERAS EMPIRICAS EN EL AREA SUBURBANA DE LA DELEGACION IZTAPALAPA, EN MEXICO, D.F., 1980.	55
V. JUSTIFICACION	58
VI. HIPOTESIS	60

	PAGINA
VII. OBJETIVOS	64
VIII. MATERIAL Y METODOS	65
IX. RESULTADOS	68
X. ANALISIS Y CONCLUSIONES	77
XI. RESUMEN	81
XII. BIBLIOGRAFIA	85
XIII. ANEXOS	95

INTRODUCCION

La tendencia natural del ser humano lo lleva a la búsqueda de satisfacciones que mejoren su calidad de vida.

Las altas tasas de crecimiento de la población (3,100,000 habitantes), situan a México como uno de los países con mayor porcentaje de nacimientos al año.

La mortalidad (letalidad Perinatal) al año en el país es enorme, ocurriendo 600,000 abortos; 450,000 prematuros; 300,000 hipotroáficos, de estos mueren en promedio 40%, por incapacidad de adaptarse a la vida o por insuficiente atención médica, de los sobrevivientes el 60% queda con secuelas neurológicas; 60,000 con malformaciones; y 100,000 sufren alteraciones anormales con una salud y un peso adecuado, ocasionadas por el proceso de nacimiento, ya sea natural o como consecuencia de litotomía.

La mortalidad materna es de 6 X 10,000 nacimientos, mientras que la perinatal es de 26-30 X 1,000 nacimientos. En áreas marginales la mortalidad intrafetal es de 327 X 1,000 nacidos vivos.

México es uno de los países con mayor índice de nacimientos de alto riesgo.

La cobertura por profesionales para la salud, es insuficiente para la atención perinatal integral que demanda el país. Por otra parte, los parteras empíricas, cubren más del 40% de la población materno-infantil en México.

El trabajo que desempeñan las parteras empíricas, es una función de sus diferentes costumbres, tradiciones y creencias. Generalmente sus consultorios provienen de familias de chamanes (brujos).

La práctica de la Enfermería, ha pasado por diferentes etapas, desde la ayg de al devolvido o enfermo por humildad, hasta la especialidad de sus activi-

vidades.

A medida que la práctica de la medicina se hizo más y más científica, la carrera de Enfermería mejoró su nivel de preparación.

La Licenciatura surgió como consecuencia de un proceso histórico determinado, en donde existe un desequilibrio entre la medicina curativa y la medicina preventiva y como respuesta a las necesidades que demanda el País.

En los últimos años se ha incrementado el valor potencial que tienen los Licenciados en Enfermería y Obstetricia, para resolver el problema perinatal en México, debido a su impulso creador y modificador de su organización y filosofía.

Como ya ha quedado planteado existe un gran problema de Salud Pública en el país.

El trabajo que a continuación se presenta, tiene el propósito fundamental de exponer, primero la evolución histórica de la partura aséptica en el mundo, en México y en el área estudiada para la realización de esta investigación. Así como la evolución histórica de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el mundo y en México respectivamente.

Por otro lado se da a conocer la formación de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM.

Por último se expone el estudio de campo realizado así como la metodología utilizada para este fin. Los instrumentos de investigación empleados y los resultados y conclusiones obtenidas.

El problema perinatal hoy en día es catastrófico, la UNAM está consciente de ello, por eso la ENEO prepara a profesionistas para que estén en condiciones de visualizar la problemática de Salud Perinatal en México, para incidir en la prevención y reducción de la morbi-mortalidad materna infantil.

por medio de "Estrategia de Riesgo Perinatal", para que por esta vía hecho
se recupere la salud y el derecho a la vida, de miles y miles de mexicanos.

1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA PARTERA (MÉDICA).

A. EN EL MUNDO.

La práctica de la partería (ayuda a las mujeres para dar a luz) existió desde mucho antes del advenimiento de la escritura. Algunos de los primeros registros escritos de las antiguas ciudades del Medio Oriente mencionaron a las parteras. Las tablillas de arcilla de los sumerios, que datan del año 2,500 A.D., describen a Ninurta la "Partera de los Dioses" - junto con su equipo, exorcismos y rituales [3]. Según un papiro del siglo XIX A.D., el nacimiento de trillizos en la familia real egipcia - fue atendido por tres mujeres que "atendían de partos" [4].

A lo largo de los períodos griego y romano de la historia europea y durante el período del gran imperio islámico de la historia del Medio y Oriente, al parecer las parteras practicaban junto con los médicos graduados en las universidades sin ningún conflicto. El atender partos era asunto propio de la partera, mientras que los casos de heridas, enfermedades o urgencias en los partos eran de incumbencia del médico.

En Europa Occidental hasta los alrededores del siglo XIII las mujeres - practicaban en forma activa el arte de curar; las mujeres experimentadas de la aldea, las monjas, la señora o las parteras de la corte atendían, pagadas o gratuitamente, todas las necesidades de salud de sus diversas comunidades [5,6].

Sin embargo, a partir de finales del período medieval dos factores de la cultura europea empezaron a limitar el status y las oportunidades en educación de estas parteras. Primero, en la medida en que la Iglesia empezó a consolidar su poder en toda Europa, los sacerdotes y los obispos trataron de poner bajo su control directo todas las funciones físicas y religiosas. Las parteras se convirtieron en el objeto especial de los esfuerzos destinados a erradicar "la antigua religión" y las supersticiones locales [7]. Debido a que se comprendían tan poco como todo

al proceso reproductivo y a que las partaras se apoyaban en ritos y póciones para proteger a la mujer que daba a luz, con frecuencia se les acusaba de brujería y de magia, de hacer que las mujeres se somnaran estériles y de causar defesos al recién nacido [5,7].

En Europa, entre los siglos XV y XVIII fueron ejecutadas aproximadamente 30,000 personas acusadas de brujería entre ellas muchas partaras [7].

Al mismo tiempo en el aspecto médico y profesional, el desarrollo del sistema de agrandación que empezó en el siglo XIII y en especial el establecimiento de los gremios de cirujanos-partaras significó la exclusión cada vez mayor de las partaras de la capacitación y la autorización para actuar como profesionales legítimas de la salud. Sólo se permitió el uso de instrumentos a los miembros de los gremios de cirujanos, de manera que cuando hubo acceso a los fórceps en el siglo XVIII, por ejemplo, no se permitió a las partaras que los emplearan ni se les entraron en su uso [5,8,9]. También en esa época, los hombres empezaron a ingresar al campo de la partería [6]. Sin embargo, como no se reconoció a la obstetricia como una especialidad médica legítima hasta mediados del siglo XIX, tanto los obstetras como otros profesionales también a ocupar su propio papel, criticando las prácticas supuestamente peligrosas y antihigiénicas de las partaras tradicionales [6]. Este crítico continuó aunque en el siglo XIX se sabía que la fiebre puerperal, causa del aumento de las tasas de mortalidad materna, era muy común en las áreas rurales atendidas por partaras de tiempo parcial, que en los hospitales urbanos de maternidad establecidos y atendidos por médicos de tiempo completo, del sexo masculino [5,8,9].

A las partaras tradicionales del resto del mundo les fue mejor que a las de los países de habla inglesa. En Alemania y en Francia la práctica de la atención de partos fue reglamentada ya en el siglo XV mediante ordenanzas municipales [8]. Durante el siglo XVII se difundieron ampliamente los reglamentos, los exámenes y las licencias por parte de las autoridades gubernamentales; se establecieron cursos de capacita-

ción conjuntamente con las escuelas de medicina o con los hospitales en Leiden en 1725, en Edinburgo en 1726, en París en 1745, y en Viena en 1748.

Hoy día existen en todo el mundo numerosas categorías de parteras, que recorren toda la escala desde la partera tradicional sin instrucción, -- llamada auxiliar de maternidad tradicional (AMT), "abuela comadrona", del *dekon* y denominada con muchos otros nombres locales, hasta las parteras altamente entrenadas y calificadas y las enfermeras-parteras que se han graduado en las escuelas de partería y/o enfermería.

Así como los países desarrollados afrontaron dificultades para adaptar la partería a la medicina científica y, en realidad, tienen resultados variados, también los países en desarrollo de Asia, el Medio Oriente, -- Africa y América Latina enfrentan casi los mismos problemas y controversias al trabajar con sus parteras tradicionales con el fin de ayudar a mejorar sus servicios nacionales de salud. Actualmente existe un sistema dual de medicina en muchos países en desarrollo: uno científico o egodermo y uno tradicional [10,11,12,14]. El sector de salud moderno lo constituyen principalmente los médicos con educación universitaria que practican en los hospitales urbanos y en los centros de investigación, -- algunas veces combinando un puesto oficial con la práctica privada, con frecuencia teniendo un día de trabajo de 12 horas en medicina curativa y en la administración. El sector de salud tradicional, tanto urbano como rural, lo conforman una gran variedad de practicantes indígenas, incluyendo las parteras tradicionales que viven cerca de sus clientes, -- les suministran hierbas, pociones, masajes y otros remedios familiares a solicitud del interesado, y disponen de tiempo para dar consejos convencionales y prestar servicios personales a quienes hablen el mismo idioma, tanto literal como figurativamente, y a menudo provienen del mismo ambiente.

La medicina moderna, aunque existe en alguna medida en casi todos los países es una opción que no está totalmente a disposición de la mayoría de las personas. La relación de habitantes con médicos y enfermeras en-

gran parte de los países en desarrollo es muy alta, por lo menos varias veces por cada profesional de salud. Los médicos y las enfermeras tienden a concentrarse en áreas urbanas, en donde la relación es cerca de - un médico por 2,000-3,000 habitantes; sin embargo, en las áreas rurales en donde vive del 60 al 80 por ciento de la población, la relación es - aproximadamente un médico por 40,000-50,000 habitantes (15, 16). A medida que aumenta la población y los médicos emigran, este desequilibrio espere en muchos países. Las parteras tradicionales, por otra parte, - practican en casi todas las áreas en algunos países y son más accesibles para la mayoría de las mujeres que los médicos o los hospitales.

Las parteras legales o ilegales, capacitadas o no, continúan recibiendo entre el 60 y el 80 por ciento de los bebés que nacen en el mundo en de desarrollo (17) y proporcionando una variedad de servicios de salud a - muchas mujeres.

En 1962, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) empezó a suministrar equipos de esterilidad sencillos a parteras tradicionales que terminaron unas breves sesiones de capacitación.

Durante los años setenta, con el estímulo y el apoyo financiero del Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (UNFPA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) efectuó una encuesta internacional de las parteras tradicionales (denominadas auxiliares de esterilidad tradicionales o AET, para distinguirlas de las parteras capacitadas) (17); se efectuaron reuniones regionales regulares en Filipinas, El Salvador, Congo, Sudán y en 1979 en México (18, 19, 20, 21, 22, 23), y se emitieron - varios informes integrales y recomendaciones sobre capacitación, supervisión y utilización de las parteras tradicionales (17, 24, 25, 26). También, a principios de los años setenta, cuatro países de Asia Sudoriental, Indonesia, Malasia, Filipinas y Tailandia, empezaron a expandir la capacitación y el empleo de las auxiliares de esterilidad tradicionales - en programas diseñados tanto para ampliar la planificación familiar como para reducir la alta mortalidad materna infantil. En América Latina y en África, también se están llevando a cabo programas. La mayoría de-

los cuales están todavía funcionando dentro de un área limitada, en proyectos piloto más que a nivel nacional, y haciendo énfasis principalmente en la salud materno infantil en lugar de la planificación familiar.

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), empezó a trabajar en 1979 con la Confederación Internacional de Partaras (International Confederation of Midwives) (ICM) en colaboración con la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (International Federation of Gynecologists and Obstetricians) (FIGO), con el fin de incluir la planificación familiar entre los servicios que proporcionan las partaras de todas las categorías y, en especial, las partaras tradicionales (27). Se han efectuado unas 20 reuniones incluyendo nuevas talleres específicamente sobre la capacitación de entrenadores y supervisores para partaras tradicionales, llevadas a cabo en Afganistán, Bangladesh, Belice, Camerún, Costa Rica, Guatemala, Indonesia, Nicaragua y la República Dominicana (27,28,29,30,31,32,33). Por lo menos 18 proyectos de asistencia técnica financiados por USAID incluyen específicamente a las partaras tradicionales según un informe general de 1979 elaborado por Barbara Pillsbury. Estos proyectos están en Tailandia, Afganistán, Islas Cabo Verde, República Central Africana, Ghana, Liberia, Mali, Níger, Tailandia, Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua (16).

Durante estas últimas décadas, diversos factores han ayudado a concentrar la atención sobre el papel y el potencial de las partaras tradicionales. Estos factores incluyen las preocupaciones médicas, políticas, internacionales y de salud pública sobre (34) los altos niveles de mortalidad infantil y materna en los países en desarrollo, que han generado un claro número de programas que utilizan a trabajadores de la comunidad en SPQ; (35) los altos tasas de crecimiento de la población, que han conducido a las entidades privadas, a los gobiernos y a las agencias internacionales a tratar de utilizar a los líderes de la comunidad para estimular la planificación familiar (36); y (37) la urgente necesidad de mejorar las instalaciones de atención primaria de salud para prestar servicios a las grandes poblaciones rurales, que ha el

ción conjuntamente con las escuelas de medicina o con los hospitales en Leiden en 1729, en Colmburgo en 1733, en París en 1743, y en Viena en - 1748.

Hoy día existen en todo el mundo numerosas categorías de parteras, que recorren toda la escala desde la partera tradicional sin instrucción, -- llamada *quillier de maternidad tradicional* (ANT), "abuata comarona", del *dekun* y denominada con muchos otros nombres locales, hasta las parteras altamente entrenadas y calificadas y las enfermeras-parteras que se han graduado en las escuelas de partería y/o enfermería.

Así como los países desarrollados afrontaron dificultades para adoptar la partería a la medicina científica y, en realidad, tienen resultados variados, también los países en desarrollo de Asia, el Medio Oriente, - África y América Latina enfrentan casi los mismos problemas y controversias al trabajar con sus parteras tradicionales con el fin de ayudar a mejorar sus servicios nacionales de salud. Actualmente existe un sistema dual de medicina en muchos países en desarrollo: uno científico o moderno y uno tradicional [10,11,12,14]. El sector de salud moderno lo constituyen principalmente los médicos con educación universitaria que practican en los hospitales urbanos y en los centros de investigación, -- algunas veces combinando un puesto oficial con la práctica privada, con frecuencia teniendo un día de trabajo de 12 horas en medicina curativa y en la administración. El sector de salud tradicional, tanto urbano como rural, lo conforman una gran variedad de practicantes indígenas, incluyendo las parteras tradicionales que viven cerca de sus clientes, -- las suministran hierbas, pociones, masajes y otros remedios familiares a solicitud del interesado, y disponen de tiempo para dar consejos convencionales y prestar servicios personales a quienes visitan al mismo -- tal como, tanto literal como figurativamente, y a menudo provienen del -- mismo ambiente.

La medicina moderna, aunque existe en alguna medida en casi todos los países es una opción que no está totalmente a disposición de la mayoría de las personas. La selección de habitantes con médicos y enfermeras en-

edad, con quien aprendió (17,42,43,44). por lo tanto, su práctica pugna por estar restringida a cierto grupo de familias (45,46) y reclutar a otros no sería apropiado. La práctica de una partera rural también está limitada a la zona geográfica a la que puede llegar a pie, en animala- o en transporte público algunas veces. En la mayoría de las áreas rurales la partería es un trabajo de tiempo parcial y las parteras trabajan en agricultura o en otras actividades rurales la mayor parte del tiempo.

Las parteras tradicionales representan una categoría de las practican- tas tradicionales que se especializan en las artes curativas para las - mujeres y los niños, que tratan con frecuencia una amplia variedad de - dolencias y de condiciones por medio de remedios tradicionales.

ACTIVIDADES.

El trabajo de las parteras tradicionales varía tanto como sus entorredes- tes. En muchas sociedades las parteras tradicionales hacen mucho más de lo que su nombre sugiere. Algunas podrían mejor describirse como "curan- deras tradicionales" que cuidan de las mujeres, en especial durante sus años reproductivos y durante los partos. Ellos no solamente reciben los bebés sino que cuidan a la mujer durante los periodos prenatales y post- natales, dan consejos sobre atención infantil, infertilidad y anticon- cepción, hacen abortos y juegan un importante papel religioso y ritual- (40,42,47,48,49,50,51,52,53). Algunas de estas prácticas pueden ser - habilidades personales o técnicas adquiridas con la experiencia y guar- dadas como secretos profesionales, pero la mayoría refleja los patrones culturales del área (43, 51).

ATENCIÓN PRENATAL.

La atención prenatal fluctúa entre casi nada en gran parte de India, Pa- quistán y Bangladesh, hasta un contacto personal estrecho y continuo en

lugares de Asia Sudoriental y de América Latina. En estas culturas, puede que una mujer embarazada visitará a la partera tradicional o será visitada al comienzo de su embarazo, momento en el cual la partera tradicional determinará la fecha del parto, efectuará el primer masaje prenatal, o le dará consejos sobre la dieta, los niveles de actividad y las relaciones sexuales con su marido. Los consejos dietéticos en América Latina, el Medio Oriente y Asia Sudoriental están basados en una teoría humoral de salud y enfermedad de "caliente y frío" (que no está relacionada con la temperatura), la cual varía mucho de una localidad a otra - (46,49,54,55,56,57).

En muchas partes de Asia, el Medio Oriente y América Latina, el masaje es una parte indispensable de la atención prenatal. Durante el embarazo, la partera tradicional, quien por lo general posee un sentido del tacto muy desarrollado (58), utilizará el masaje para relajar los músculos, aliviar la incomodidad y calcular el progreso del embarazo. A medida que se acerca el parto, se utiliza masaje para colocar al feto en posición o para aflojar la placenta en preparación para el parto --- (12,49,51,52,53,51,52,53). En Yucatán, México, por ejemplo, las parteras tradicionales efectúan la versión externa para evitar el parto de presentación pélvica cuantas veces sea necesario, desde el octavo mes hasta que la cabeza está colocada. Esto es poco cómodo para la mujer, pero es posiblemente más seguro y con certeza más conveniente que viajar a una ciudad más grande para que se practique una operación cesárea (51).

ATENCIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO Y NACIMIENTO.

En gran parte de las sociedades tradicionales, un nacimiento es un evento social más que médico. Las parientes y vecinas están presentes; en América Latina es posible que los maridos asistan el parto --- (40,51,54,53). Mientras que el papel de la partera varía y en Asia Sudoriental es poco más que una sirvienta asesora con frecuencia ella es la figura central, que desempeña un activo papel durante el trabajo-

de parto, recibiendo al niño y la placenta y dirigiendo a las demás personas presentes en sus funciones respectivas [40,51].

Durante el trabajo de parto la partera tradicional puede darle masajes a la mujer y administrarle bebidas de hierbas, algunas veces con ingredientes salitrosos con el fin de facilitar el trabajo de parto [66,67]. En el momento del parto, muchas parteras ayudan a extraer el bebé y la placenta.

Una de las funciones más importantes de la partera tradicional es cortar y envolver el cordón umbilical. Como regla general, no se corta el cordón hasta que se haya expulsado la placenta. Mientras que la partera entrenada casi siempre lleva consigo un equipo que contiene suministros, - incluyendo tijeras, las parteras tradicionales no necesariamente utilizan con frecuencia el equipo que encuentran en la casa. En la India el instrumento utilizado para cortar el cordón puede depender de la ocupación de la familia: un cuchillo para quienes trabajan con cuero, un despiante dor o una hoz para los granjeros, o unas tijeras para los maestros ----- [12,13,68]. La partera tradicional cubre el cordón con mantequilla, - excremento animal, cenizas o preparaciones de hierbas, de acuerdo con -- las costumbres locales. Frecuentemente se ata el cordón tanto como se -- corta y se cubre. Algunas veces se cauteriza y se le aplica cera caliente, como en México y Guatemala [51,56].

ATENCIÓN POSTNATAL.

A veces continúa el trabajo de la partera tradicional después del parto cuando puede ayudar en el cuidado a la madre y al niño. Por lo general la partera baña y viste al infante de acuerdo con las costumbres de la región. Es común especialmente en Asia, que las parteras tradicionales ayuden en la limpieza de la casa y laven y cocinen después del parto -- con el fin de proporcionar a la madre una oportunidad de descanso y --- tiempo de estar con su bebé. Esta es una diferencia importante entre -- las parteras tradicionales y las educadas o pagadas por el gobierno, --

que no hacen ningún trabajo en la casa sino que se ven tan pronto estien
den al parto [46,12,52,83].

Las parteras tradicionales también cumplen funciones médicas, tales co-
mo proporcionar hierbas y medicamentos para controlar la fuerte hemorra-
gia postparto o con el fin de estimular la secreción de leche
[46,50,69]. Ayudan a las mujeres a que empleen la lactancia
[50,70]. Parte de las funciones de una partera puede ser reparar los-
desgarros perineales. Esto es particularmente importante en ciertas re-
giones de África en donde el tejido de la cicatriz de la circuncisión -
femenina ha reducido el tamaño de la abertura vaginal o donde se practi-
ca la infibulación (cierre quirúrgico de la vagina). La abertura debe-
cortarse primero para permitir el parto sin resecaduras excesivas.

Muchas parteras tradicionales tienen un papel activo en acelerar la re-
cuperación de la madre, utilizando una amplia gama de tratamientos tradi-
cionales como masajes, baños, el uso de fajas y medicamentos de hier-
bas. Estos deberes del puerperio llevan a la partera tradicional a tener
un contacto íntimo y frecuente con las mujeres de la aldea y propor-
cionan muchas ocasiones para analizar asuntos de salud, maternidad y fi-
gura. En Malasia, por ejemplo, la partera aplica medicamentos duran-
te el masaje para acelerar la recuperación de "la figura joven" de la -
mujer [81]. En México, las parteras hacen masajes en el abdomen, la -
espalda y los muslos para ayudar a la colocación de las partes del cuer-
po que se descolocaron durante el parto [81,71]. En Asia Sudoriental,
el Medio Oriente, y América Central las parteras vendan el abdomen para
ayudar a cerrar aquellos huesos que se abrieron durante el parto y, en
Malasia, para "evitar que penetre viento en el cuerpo" [81,81,72].

Las parteras tradicionales también administran baños de agua y "tosta-
dura" en Asia Sudoriental y América Latina, para hacer regresar al úte-
ro a su posición preparto y para aliviar los partes doloridas. En Fili-
pinas, la mujer que da a luz permanece tendida sobre un hamillo duran-
te una o dos horas, varias veces al día [82]. En Malasia esta prácti-
ca se basa en el temor de que si el cuerpo se enfría después del parto,

la mujer puede presentar complicaciones como prolapso uterino o dolor de espalda. Los baños de agua, los baños de asiento y "la tostadura" -- también se cree que ayudan a aumentar la circulación, a purificar el cuerpo, y a que la mujer recupere su figura (48). En Guatemala y México la partera tradicional combina los baños de agua con el masaje --- (66).

ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Para controlar la fecundidad y especialmente para espaciar los nacimientos, los métodos tradicionales más comunes recomendados por las parteras son la abstinencia, el coito interrumpido y el aborto (63). La lactancia materna también limita la fecundidad y por lo general la mujer sigue todos los procedimientos tradicionales. La abstinencia está frecuentemente reforzada por las creencias religiosas o tabúes, y por prácticas específicas como posponer relaciones sexuales mientras la mujer está lactando o hasta que el niño alcance determinada edad. En Omearón, -- por ejemplo, se informa que la partera tradicional aconseja la abstinencia hasta que el niño le salgan los dientes premolares, pueda caminar, -- se pueda tocar un ojo con la mano opuesta para probar si la cabeza o dirigirse a los miembros del hogar por su nombre (63).

Entre los métodos utilizados por las parteras tradicionales para provocar el aborto, lo que se informa con mayor frecuencia son el masaje, -- los preparados de hierbas y la introducción de objetos extraños en el útero (52,46,63,74,75). Un estudio hecho en Tallandia, en 1979, proporciona información sobre la técnica de masaje que emplean las parteras tradicionales y los practicantes del aborto: se identifica la posición fetal por palpación, luego se desaloja mediante un movimiento de presión y de estiramiento, seguido por el masaje del abdomen sobre el embrión. El procedimiento, destinado a provocar que sangre el útero puede durar 20 a 30 minutos y puede realizarse con las manos o con los pies -- (75). También se enseña el masaje como una medida anticonceptiva, para dar vuelta al útero y hacer que la concepción sea difícil (72).

México tiene aproximadamente 15,000 parteras espíriticas capacitadas y registradas a lo largo de todas las zonas rurales del país. Una encuesta nacional no calculada existe en las áreas urbanas y rurales. En conjunto, atienden cerca de los dos tercios de los partos [77,78]. Como en otras partes de América Latina, generalmente son mujeres influyentes en sus comunidades, que menudo provienen de familias establecidas de curanderos (brujos), curanderos y parteras. Además de atender partos, hacen mensajes pre y postnatales. Esto es importante en la cultura maya tradicional, con el fin de realinear el centro del cuerpo, el espíritu, en especial después del parto [79].

Con el objeto de evaluar el papel potencial de las parteras espíriticas y de otras practicantes tradicionales en planificación familiar, se emprendieron a mediados de los setenta, dos proyectos de demostración: -- uno en Elia [80] y uno más amplio en el Estado de México [81] que abarcaba una población de 1975-77 de 8,000 habitantes. Fue el primero en ensayar en México la distribución de anticonceptivos basados en la comunidad [81,82]. Cinco practicantes (dos parteras espíriticas, un curandero, una curandera espiritualista y una mujer que aplicaba inyecciones) y cinco promotoras de salud (mujeres de enfermería instruidas), fueron capacitadas durante tres sesiones en Planificación Familiar y Salud Materno Infantil (SMI). Cada practicante fue asignada a colaborar con una promotora. Las practicantes y las promotoras podían abastecer a los clientes de anticonceptivos orales y condones; a las promotoras de salud se les enseñó, además, a aplicar inyecciones y a insertar DIU. Los dos hacían visitas para la esterilización voluntaria. Antes visitaban cada hogar de la zona ofreciendo estas técnicas en forma gratuita. Los orales, el DIU y las inyecciones demostraron ser aproximadamente -- igual en su popularidad, pero rara vez se elegía el condón [83]. Las aceptantes podían volver a completar su suministro de anticonceptivos en las casas de las practicantes y en los puestos locales de salud. Los equipos también proporcionaban una amplia gama de servicios de salud primaria materna infantil. En un período de 81 meses, el uso de la anticoncepción entre las mujeres casadas de 15-43 años aumentó del 5.8 al 34 por ciento [82]. Las mujeres preferían a las promotoras y no a las

parteras tradicionales como fuente de anticonceptivos.

En la actualidad la Coordinación Nacional de Planificación Familiar está ejecutando un programa importante a nivel nacional, para capacitar enfermeras como instructoras y entrenar a 8,000 parteras empíricas en SMI y planificación familiar, para 1982. Hasta la fecha, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha adiestrado bajo este programa a 840,000 enfermeras en planificación familiar, y el Ministerio de Salud Pública, a 3,600 parteras empíricas, de las cuales 650 ya están trabajando en planificación familiar en las zonas rurales (77).

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.

En todas las culturas el nacimiento está rodeado de un sinnúmero de rituales. Las parteras tradicionales juegan un papel importante en los aspectos rituales y religiosos del nacimiento que va desde la utilización de medios ocultos para proteger al sexo del niño hasta la participación en las ceremonias de mayoría de edad. Estos rituales varían sustancialmente y pueden utilizarse para medir la influencia de la partera tradicional en su comunidad y quizá de su papel potencial en los programas de atención en salud.

Las parteras bendicen a los niños y tratan de protegerlos contra las fuerzas del mal. En gran parte del Medio Oriente musulmán, tan pronto nace un niño, una partera tradicional le murmura al lado fresco del Corán. Ella aconseja a la madre sobre cómo proteger a su hijo contra el jin y otros espíritus y contra el mal de ojo (44,64,86).

En algunas sociedades la relación entre el niño y la partera tradicional continúa durante meses, y aún años, después del nacimiento. Por ejemplo en Indonesia la dabau oficia en una serie de ceremonias que tienen lugar hasta los siete meses de edad (72), y en Tailandia los niños traídos al mundo por una partera pueden recibir regalos con ocasión de una festividad anual (88).

B. EN MÉXICO.

El interés por la partera en la actualidad se debe no sólo a un fin antropológico, sociológico sino también a un fin práctico.

En México como en otros países del tercer mundo un 60 ó un 80 por ciento de los partos son atendidos todavía por parteras empíricas, esto responde no sólo a una necesidad biológica sino a una fuerte razón de tipo económica, no todas las mujeres en nuestro país tienen acceso a la asistencia médica. Por esta razón prefieren a la partera, quien a la vez de reducir sus costos de atención, conserva además una identificación cultural con la comunidad.

Algunas prácticas en las culturas prehispanicas se realizan en relación a este proceso. Durante este tiempo se practicaban ritos de fertilidad, trabajos para reforzar la fecundidad, con el propósito de disminuir importancia del papel social de la mujer en la procreación. Cuando la mujer estaba preñada se la ponía bajo el cuidado de la partera: como el tercer mes, se hacía un rito y la mujer era puesta bajo la protección de los dioses y de la partera. La partera tenía que procurar el bienestar físico y psíquico de la mujer. Había ciertos tabúes que todavía existen hoy día, por ejemplo, el poner una navaja de obsidiana en la cintura para evitar que el bebé nazca con el labio leporino o con la nariz y los labios carcomidos. No debería voltear a ver a un ahorcado, para que el niño no naciera con el cordón umbilical alrededor del cuello. Para el parto mismo, la partera se instalaba en casa de la mujer tres o cuatro días antes al parto; cuando la mujer estaba ya con contracciones le daba un baño, una infusión de coqueñil (yerba de la mujer que todavía se usa hoy en día), y recortes. Se ponía fuego cerca de la choza que era en parte ritual, pero también para tener calor y el fuego se apagaba como cuatro días después del parto. Durante el embarazo la partera revisaba a la mujer mensualmente y si el bebé venía en posición transversal lo hacía el nanteo, es decir, colocaba un reboco debajo de la cintura de la mujer para aflojar al bebé y luego ponerlo en posición correcta al hacer la cesárea. Esto lo hacen a veces en el momento y -

resiente la toma de un té de tura, provocaban ligeras contracciones para poder acceder al niño. El parto en sí se verificaba en posición rehuatl, posición que todavía hoy en día usan muchas mujeres y se respetó en el parto moderno, hay corrientes médicas modernas que insisten mucho en que la posición de litotomía es totalmente antinatural, es muy cómoda para el médico pero no para la mujer [84].

En la posición muchas estaban en cuclillas y con las rodillas apretando el abdomen para la expulsión del producto. También había partes donde existían problemas y el niño no podía nacer, entonces la parturienta trataba de sobrevivir por medio del sortilegio del maíz azul era la causa. Tenía al tenaxcal con la mujer, le daba otros rezagos, y si el bebé no podía nacer, le pedía a la familia autorización para hacer una fetotomía, lo despedazaba con una navaja de obsidiana para salvar la vida de la mujer. No siempre la familia consentía, entonces la parturienta se encerraba con la mujer, rezaba y dejaba morir a la parturienta, se creía entonces que esta mujer se iba a volver una deidad; la mujer muerta en el parto se llamaba *cohuahuapque* y si se volvía deidad era parte de la ciba -- *pipiltin* mujeres celestes que ascendían al cielo del sol, es decir, al cielo donde se supone iban los guerreros que murieron en el campo de batalla, de alguna manera se comparaba el parto con una batalla, entonces la mujer tenía en el parto el valor similar al de un guerrero al tener en sus entrañas un hijo sensitivo y podía salir victoriosa de esa batalla, esa era el momento donde se le equiparaba al hombre por su actitud en el parto, y si la mujer moría, se hacía una ceremonia y tenían que vigilar que no hubiese hurto, porque era muy codiciado su dedo anular de la mano izquierda para los guerreros, pues sentían que así iban a ser muy victoriosos en las batallas; los ladrones también buscaban su brazo izquierdo para tener suerte en sus robos.

Hubo ritos después del nacimiento, y la atención por parte de la parturienta consistía en bañar al bebé, lavar a la madre, se esperaba que primero saliera la placenta antes de cortar el cordón umbilical, prácticas -- que todavía subsiste en el campo o por parte de las parturientas que no han tenido cursos de instrucción de la medicina occidental.

Se guardaba la placenta y el cordón umbilical, se suponía que el cordón ligaba a la persona a su tierra, que echaba raíces, era su liga con el cielo, era como su hermano, era parte de la persona que tenía que llegar al mismo lugar. El era niño se envolvía en la chaza bajo el fogón (ésto se practica hoy día), si era hombre, entonces en el campo de batalla para que fuera buen guerrero. El aborto estaba muy mal visto y hasta se llegaba a matar al hechicero que practicaba el aborto o a la partera, y a la mujer que lo cometa.

En el tiempo de la colonia seguían las mismas prácticas, pero también llegaron parteras de España y simultáneamente a partir del siglo XIX se pasaron a atender los partos médicos, había tres maneras de dar a luz: con parteras indígenas (y ésto lo hacían sobre todo las brujas o las mujeres de pocos recursos económicos), con la partera española se atendían las señoras y españolas pobres y las pudientes se atendían con los médicos.

Las parteras españolas usaban aillas de parto, (mancha de una ailla sin fondo para que la mujer pericara sobre esta ailla). Había también ritos como poner una planta porosa de góricos en agua y conforme iban abriéndose los pétalos se calculaba que ésto era el tiempo que duraría el parto. - También ritos religiosos como llevar rosarios de la virgen, etc. Los médicos veían muy mal la atención por parte de las parteras, pero también organizaron cursos; en 1805 se impartió el primer curso para parteras, - se les daban certificados y les registraban, pero era más un intento, - porque en realidad no podían registrar a todas. En la actualidad hay su día variedad en cuanto a la atención del parto, en los pueblos indígenas muy aislados sigue la atención casi igual que en los tiempos prehispánicos, la partera sería como la gineco-obstetra dentro de la medicina tradicional y aillas se conservan dentro de las tradiciones y los ritos. Hay algunas comunidades ya aculturadas donde las parteras usan algunas de las prácticas de la medicina occidental (catálogos, sueros, etc.), - pero refuerzan las creencias y todavía la causa de problemas en el embarazo y el parto, se dice que se debe a fuerzas sobrenaturales. En las poblaciones ya muy aculturadas o en la ciudad de México misma, y en ge-

Se guardaba la placenta y el cordón umbilical, se suponía que el cordón ligaba a la persona a su tierra, que echaba raíces, era su liga con el cielo, era como su hermano, era parte de la persona que tenía que llegar al mismo lugar. Si era niño se enterraba en la chaca bajo el fogón (esto se practica hoy día), si era hombre, entonces en el campo de batalla para que fuera buen guerrero. El aborto estaba muy mal visto y hasta se llegaba a meter al hechicero que practicaba el aborto o a la partera, y a la mujer que lo cometía.

En el tiempo de la colonia seguían las mismas prácticas, pero también llegaron parteras de España y simultáneamente a partir del siglo XIX se pasaron a atender los partos médicos, había tres escuelas de dar a luz: con partera empírica (y esto lo hacían sobre todo las indias o las mujeres de pocos recursos económicos), con la partera española se atendían las realistas y españolas pobres y las pudientes se atendían con los médicos.

Las parteras españolas usaban sillón de parto. (hecho de una silla sin fondo para que la mujer pariera sobre esta silla). Había también ritos como poner una planta porosa de género en agua y conforme iban abriendo los pétalos se calculaba que éste era el tiempo que duraría el parto. - Tienen ritos religiosos como llevar amuletos de la virgen, etc. Los médicos veían muy mal la atención por parte de las parteras, pero también organizaron cursos; en 1805 se impartió el primer curso para parteras, se les daban certificados y les registraban, esto era sólo un intento, - porque en realidad no podían registrar a todas. En la actualidad hay una variedad en cuanto a la atención del parto, en los pueblos indígenas muy aislados sigue la atención casi igual que en los tiempos prehistóricos, la partera sería como la gineco-obstetra dentro de la medicina tradicional y ellas se conservan dentro de las tradiciones y los ritos. Hay algunas comunidades ya aculturadas donde las parteras usan algunas de las prácticas de la medicina occidental (vacunas, cueros, etc.), - pero refuerzan las creencias y todavía le causa de problemas en el embarazo y el parto, se dice que se debe a fuerzas sobrenaturales. En las poblaciones ya muy aculturadas o en la ciudad de México misma, y en ge-

neral en las ciudades, encontramos parteras que han tenido cursos con el ODF, la SSA, IMSS, etc., modificando su conducta en algunos aspectos: tratan de que la mujer se acueste durante el parto, usan antisepticos, y ya no tienen las creencias antiguas, y con éstas dan a luz algunas mujeres, se atienden así en San Teconetlán, de Milpa Alta, algunas de ellas dan a luz con parteras y en su siguiente parto dan a luz con el médico, o vuelven a dar a luz con la partera, porque todavía no aceptan muy bien la medicina occidental.

Esto se debe a que han tenido experiencias desagradables y que se alejan de la tradición, por ejemplo: no les agrada dejar a sus hijos en casa, quieren que el parto sea un evento más bien familiar y no médico. En el parto actual está presente la partera, la tenequera que ayuda, o a veces el marido; la mujer adopta la misma posición en cuclillas y luego se agarra de una rama que cuelga del techo, para hacer fuerza durante las contracciones o a veces se agarra del cuello del marido que está detrás de ella. Se da una participación, familiar, y de algún modo simulando un parto en privado para la familia. También hay muchas mujeres que son multiparas, sienten mucha seguridad, y no necesitan ni a la partera, dan a luz rápidamente y no quieren que esté nadie. Encontramos todavía pueblos como los Tzotziales, Chontales, Tenehuenses, donde la mujer va a dar a luz en el bosque o en la choza especial construida para ese fin. Esto tiene un valor ritual ya que se habla de impureza de la mujer por el parto, por lo que durante el embarazo todavía se usa el tejido de temascal en algunas cosas, pero sobre todo después del parto. Después de dar a luz, una semana después les lleva el esposo sobre una estera al temascal, va la partera y la mujer entra al temascal, toma su baño y el bebé también entre unos 5 minutos.

En forma ritual toma una serie de 9 baños, y después se considera lo mujer ritualmente pura. Se entiende que esta serie comienza a cuando la mujer en la ciudad va al médico, da a luz en el hospital y después del "chequeo" le dicen que ya puede llevar su vida normal.

Los baños durante el embarazo siguen siendo muy sencillos y también se

les recomiende tener relaciones sexuales hasta el quinto mes, después ya no; en tiempos prehistóricos había una creencia, de que el bebé puede ver lo que hacen los padres, entonces suspenden las relaciones sexuals les pena que el bebé no vea foto y no lo narre después, según consta en las fuentes de Sahagún.

La partera es por lo general una mujer del pueblo que ha terminado ya su ciclo de reproducción y ejerce por gusto, por necesidad, pero fuera de tiempo completo. Muchas empiezan porque llega un vecino y les dice "mira, ¡ven rápido porque el mujer está pariendo!", entonces van a "ayudar". Otras van de tecedoras con otra partera que ya sabe atender partos y la ayudan. Otras más, cuando hay médicos en los pueblos van con ellos a que les enseñen y todavía hay algunas creencias como la de que se hacen parteras por llamado divino, sueñen algo y se alientan convocación para ser parteras, o hay árboles que se encuentran en su camino: una concha, unas tijeras, etc., esto para muchos indígenas significa que esa mujer debería ser partera, en cuanto a las creencias, en Ajijí dicen que para la concepción, se une una gote de sangre de la madre con una gote de sangre del padre y el que llega primero al cílixo determina el sexo del bebé.

Entre los Seris se piensa que en la mujer hay una bolsa que se llena de semen y después de varias relaciones sexuales hay concepción.

Los Tzotziles, se habla de que el calor del cuerpo de la mujer se junta con el calor del cuerpo del hombre y así nace el bebé y el semen es la fuerza del hombre para su hijo. En cuanto a la posición del producto -- dicen que si está más a la izquierda del vientro va a ser niño, y al opuesto más hacia la derecha va a ser niña; que es pura de la sangre menstrual de la mujer, recolecta para este fin, o que se come lo que la madre come; que se suenan a los 5 meses; que respiran por la boca y por el ano, de esta manera, la boca del útero no sirve más tiene que quedar abierta y por eso no hay que tener relaciones hasta el final del embarazo. Tienen la creencia de algunas fetos "huyones".

En Chiapas hablan de la zona o del noma, que se roba los fetos, así explican a veces los bebés siatemésinos diciendo "estuvo dos meses en una matriz y se cambió a otra", también explican las pseudociencias (embarazo imaginario), diciendo que el feto se fue a otro óvulo.

El parto se lleva a cabo en la choza, por lo general en un petate, o en un lecho construido para el parto, en la pasaca como ocurre muchas veces en Yucatán todavía, o en el bosque, como se dijo antes entre los Tz'otz'ocahuites.

Durante el parto la partera le da a la mujer ligeros masajes, a veces - té, o le dan tequila para darle valor y respetar con discreción para aumentar las contracciones uterinas. Para dar a luz en cuclillas se le pone un cepillo alrededor de la cintura para que pueda bajar el producto. Esto también se hace si la placenta no puede salir, para estos casos también la mujer pone sus trenzas en la boca o sobre una botella. El cordón se corta como cinco dedos de largo, que es el largo deseado para los órganos sexuales del recién nacido; esto para ellos también es muy importante, son factores que influyen para que la mujer no vaya al hospital, porque no les entregan la placenta, tienen miedo que la comiera el perro y la madre ya no pueda tener más hijos, o el alma del bebé que se supone, se fija al año de haber nacido, puede huir, y también, igual que en tiempos prehispánicos, el cordón y la placenta se entierran en la choza o en el campo si es niño o se ponen en un árbol, pero que el niño sea tan fuerte como el árbol. El cordón umbilical se cortaba, lo queman un poco con una vela y le ponen cera encesa, grasa o coniza para coagular.

La partera interpreta los ruidos en el cordón, si hay ruidos muy juntos - se dice que van a ser gemelos, entonces espantan un ruido porque no desearan gemelos, por lo general creen que uno es malo y otro bueno, y va a haber problemas; en tiempo prehispánico se llegaba a meter a alguien de los dos al recién nacido. También el surón como lo llaman ellos -- ("anillo" en términos médicos), que es semejante a un papel de popperento con el que están cubiertos algunos bebés al nacer, se guarda, se co-

no una señal muy especial que predice un porvenir del bebé que nació.

En Milpa Alta la partera le pone un poco de talco al niño, lo deja secar y lo entrega a la familia. Después del parto la mujer se limpia - muchas veces, con papel periódico o con trapos, y luego a la señora --- tiene el beño de tanzamal o ponen ungüta pequeña en la choca con hierbas dentro, un bazo encima y ahí se sienta la mujer para tomar baños - de vapor para su vulva y sarafis. El bebé y la madre no deben salir los primeros días después del alumbramiento, porque hay temor al mal de ojo e los malos vientos, o si el papá no ha estado con muchas mujeres cuando debe entrar porque pueda traer mal aire y les cuelgan esulicos y --- ojos de venado para protegerlos.

Las madres en general no dan el calostro, les dan té con un poco de --- azúcar hasta que baje la leche, y la lactancia misma a veces dura 2 y --- hasta 3 años. Ellas consideran que ésto también es un control de ferti- lidad y que no van a embarazarse tan rápidamente, si eso ocurre, emban- ces detestan, a veces truncan al bebé, se cuando se enferman de lo- fiasse "otápliac", que es una enfermedad que se considera fría y que --- significa que el bebé no quiere comer, quiere seguir tomando leche y --- presenta insomnio. Esto es una de las enfermedades que cura también la partera con ritos. Después del nacimiento sigue todavía la creencia que cada persona tiene una tona o animal compañero que hace el mismo tiempo que la persona, en muchas ocasiones si la persona ya adulta tiene un do- lor de cabeza muy fuerte por ejemplo, y si su tona es un conejo, dicen que alguien le ha de hacer papaja al conejo en la cabeza. Esta animal - siempre es determinado por la partera, es también una tradición desde - tiempos prehispánicos, el curandero leía el calendario ritual y tomaba el animal que determinaba la tona. Actualmente hay pueblos en el sur de México que ponen un poco de ceniza alrededor de la choca y luego se fi- jan en la huella del primer animal que había pisado por ahí y ésto va a ser la tona. (34).

En Milpa Alta, hace tres años, las parteras cobraban entre 1,000 y --- 5,000 pesos por parto, cobran más si nace un niño, porque dicen que va-

a traer más dinero y que el parto es más difícil, también entre las parteras se ha encontrado que han atendido entre 30 y 10,000 partos.

En el pueblo suburbano: "San Antonio Tacámula", Milpa Alta, en una muestra de 600 mujeres, se investigó el número que fueron atendidas por parteras empíricas, aún habiendo Centro de Salud, Hospital y médicos, el 22 % de estas mujeres se atendieron en sus diferentes partes a veces con médicos, a veces con parteras, a veces en hospital, 34% se atendieron solamente con la partera, 17% con médico privado, y 24% en un hospital de salud pública por ser derechohabientes del IMSS. De 484 derechohabientes solamente 28 se atendieron en el IMSS para sus partos; 76 a veces en el IMSS, y 80 nunca. De 100 derechohabientes del ISSSTE, 12 se atendieron siempre en él, 70 a veces y 84 nunca. La cifra es importante porque muestra que todavía no se acepta muy bien la atención del parto en el hospital.

En el pueblo había tres parteras que atendían a las mujeres, sin embargo, algunas se atendieron con parteras de otros pueblos vecinos, unas de ellas eran típicas parteras empíricas, sin embargo, una tenía una pequeña maternidad en su casa: tenía cama, curau y las mujeres venían a parir a su casa. Las mujeres entre otros cosas tienen la esterilización al ir al hospital, igual que tienen tomar anticonceptivos porque piensan en curaciones de cáncer, de aneurismos y muchas veces en la resistencia por parte del esposo, porque se considera que si no hay concepción, los vecinos pueden decir "éste ya no puede" o el esposo piensa que la mujer "ahora sí tiene seno libre para ir con quien quiere", quizá esto nitene las estadísticas, por ejemplo cuando se registran muchas mujeres que tal vez tomaron la pastilla un mes o dos y la dejaron.

Se llegan a usar métodos anticonceptivos, usan el ritmo y lavados con vinagre y cremas vaginales. Consideran en promedio que el número ideal de hijos serían 4, pero algunos pensando que "los que Dios manda".

También tienen miedo a la encefalografía, la sienten como una violación a su cuerpo.

Las parteras aconsejan a las mujeres, a veces funcionan como psicólogas intervienen en problemas matrimoniales; curan enfermedades de las mujeres como el "entuerto" que es una enfermedad fea y significa que la mujer no puede tener más hijos, "tiene frialdad de la matriz" como le llaman. La partera en este caso le dá ciertos téis y le sugiere reposo.

Curan la alferencia, (reclán recidos que se ponen azules de los dedos de los pies y de las manos por enfriamiento).

Curan la chipiler y la caída de la mollera, (niños que no pueden tomar el pecho porque tienen problemas en el paladar, entonces la partera chupa la piel sobre la cabezita y le levanta el paladar con un dedo).

Curan, según ellas, la caída de los ovarios en la mujer y también muchas veces recomiendan reposo [84].

II. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y ODONTOLÓGICA.

A. EN EL MUNDO.

Durante los últimos 1,900 años, la enfermería había estado casi por completo relacionada con las órdenes religiosas y bajo su cuidado.

San Pablo hacía mención de los diaconos, que en los comienzos del cristianismo visitaban y alentaban a los enfermos en sus propios hogares. A los diaconos les sucedieron en el siglo VI las religiosas en diversas órdenes: Beneditinas, Cistercienses y Agustinas, que, además, de las visitas domiciliarias a los enfermos, constituyen el personal de las enfermerías, hospicios y otras instituciones, generalmente bajo la férula de las abadías o de diversas funciones religiosas.

Las cruzadas dieron nacimiento a grandes órdenes militares que se dedicaban al cuidado de los enfermos y heridos.

Los órdenes seculares para mujeres se establecieron ya en el siglo XII. Una de las más importantes fue la Orden de las Beguinas, de Bélgica, que existe todavía y llevó a cabo una labor admirable durante la primera guerra mundial. Aunque en esta orden no se hacen votos monásticos, el sistema adoptado es conventual y los monasterios de esta clase consisten en celdas separadas, en torno de una capilla, hospedería u hospital.

En el siglo XVII tuvo lugar la gran labor de San Vicente de Paul, quien instituyó en París la orden de las hermanas de la caridad para llevar sus servicios y sus consuelos a las casas de los enfermos y a los hospitales.

Parece que en Inglaterra no llegó a haber nunca órdenes religiosas dedicadas a la enfermería en los hospitales y en otras instituciones al servicio era prestado por religiosos; éstas también visitaban a los enfermos pobres en sus casas, y sin duda hubo muchas señoras - en los grandes castillos feudales que se dedicaban a la enfermería y a practicar la caridad entre los siervos, los villanos y otros feudatarios de sus posesiones.

Después de la disolución de los conventos y conventos, la enfermería, a causa de la poca estimación de que llegó a gozar, pasó por -- épocas muy malas. Gradualmente llegó a ser una actividad ejercida -- por mujeres de clase baja, sin educación ni preparación alguna.

En la primera mitad del siglo XIX las hermanas y enfermeras de los -- hospitales grandes eran elegidas por valiosas mujeres (bordadoras, -- fleteras y cocinas). Aprendían por experiencia sin conferencias ni exámenes. Su principal objetivo en la vida lo constituía el cuidado de sus enfermos y la fidelidad y dedicación a su enfermo y al médico o cirujano de turno.

A medida que la práctica de la medicina se hizo más y más científica -- se, la importancia de una clase de enfermeras mejor preparadas y más -- instruidas se hizo evidente, y así surgió en 1854 una nueva era en -- la enfermería debida al ingenio de la señorita Florence Nightingale.

Durante su larga vida, pudo suprimir numerosos abusos e introducir -- reformas que han revolucionado la enfermería, la construcción de hos -- pitales y la organización de todo lo que atañe a la salud del ejército -- en la paz y en la guerra.

Nightingale, nació con un deseo apasionado de cuidar a los enfermos -- y a las necesidades, pasión que la obsesionó durante toda su vida. -- Su principal intención cuando viajaba por el extranjero, era visitar -- hospitales e instituciones de caridad, estudiar su organización y -- reunir estadísticas. En Alemania adquirió conocimientos prácticos eg

bre enfermería y organización de hospitales.

En 1854 se presentó una oportunidad que le proporcionó un campo de acción a su genio. Las noticias del tiempo debían cuanta de las terribles condiciones en que encontraban los enfermos y heridos de la campaña de Crimea, y de la completa desorganización y fracaso de los servicios médicos, provocando la alarma y la indignación populares. Se inició una importante colecta con objeto de enviar material de medicina y enfermería. Sidney Herbert, quien entonces era Secretario de Guerra le ofreció el puesto de superintendente de enfermeras, y después de reunir un cuerpo de treinta y ocho de ellas, partió para Soutari el 4 de noviembre de 1854. Al cabo de seis meses la mortalidad del 42% se había reducido a 2.2%; los enfermos estaban ya adecuadamente vestidos y alimentados y todas las fallas higiénicas habían sido subsanadas.

Se instituyó un Fondo Nightingale para formar un Instituto de Enfermería, el primero de su clase en Inglaterra, que fue establecido en el Hospital St. Thomas en 1860.

En 1887 se fundó la Asociación de Enfermeras Inglesas con el objeto de obtener una cálcula real y, finalmente, el registro oficial (la cálcula fue concedida en 1893).

El mismo año (1887) se fundó el Instituto del Jubileo de la reina Victoria. En 1902 se estableció otra relación entre la profesión de la enfermería y la corona, con la creación de los Servicios Imperiales, Militares y Navales de la reina Alejandra.

En 1899 se fundó el Consejo Internacional de Enfermeras, con filiales en casi todas las países del mundo. El Colegio de Enfermería se estableció en 1945, y sólo se pudieron inscribir las enfermeras que habían recibido una preparación general; finalmente, en 1919, después de grandes dificultades, se aprobaron las leyes para el registro de enfermeras, con las cuales la enfermería pasó a ser una verdadera

cara profesión, dependiente del Consejo General de Enfermería.

Así, pues, la corriente de estas nuevas ideas acabó por ser demasiado poderosa para que le hicieran frente a las ideas de Florence Nightingale, que había ejercido una influencia tan grande a mediados de la época victoriana.

El gran éxito obtenido por el Instituto Nightingale para Enfermeras, del Hospital St. Thomas, dió lugar a la fundación de otros establecimientos similares en la mayoría de los grandes hospitales de Inglaterra. Después de dos a cuatro años de estudios, y de un exámen final, se les daba un certificado que, aunque no era un título oficial era, sin embargo, un comprobante de eficiencia.

En la última parte del siglo XIX, a causa del ejemplo de la señorita Nightingale y de la relativamente reducida del campo de las actividades femeninas, la enfermería se popularizó como "vocación" entre la clase social a la que ella pertenecía. La afluencia de candidatas de cierta posición social para inscribirse en una Casa de Aprendizaje Popular, con frecuencia excedía a la demanda y, por lo tanto, el nivel de preparación requerido era alto. El presente siglo ha visto el sufragio femenino y la emancipación de las mujeres de los estrechos prejuicios de antaño.

La profesión de la enfermería ha tenido que competir con muchas otras profesiones y oficios femeniles, y al mismo tiempo ha tenido que dar abasto a las crecientes demandas de todos los hospitales y servicios de salud pública. "La enfermería" no es actividad adecuada para las personas cuyo principal objetivo en la vida es "pasar bien", y que no están preparadas para dar más de lo que reciben..... (24).

En 1932, después del informe de la Comisión Lanoot, sobre la grave escasez de enfermeras, y de sus recomendaciones para mejorar las condiciones del servicio y reducir el número de horas, la situación fue

Jugada lo suficientemente seria para instituir un comité interdepartamental (conocido como el Comité Athlone), con el fin de documentar se sobre lo que se estaba haciendo respecto al reclutamiento, preparación, registro y condiciones de servicio de las enfermeras.

El Comité recibió una enorme cantidad de datos, y en su informe provisional, publicado unos cuantos meses antes del principio de la guerra, se refirió a la gran urgencia del problema de mantener un servicio de enfermería suficiente para los hospitales, aludiendo a la ansiedad que, respecto a este problema, había manifestado el público en el parlamento y en la prensa.

La tónica de las conclusiones del Comité Athlone fue la siguiente:

Es muy importante conceder categoría a la profesión de la enfermería si se desea obtener suficiente personal, y esta profesión debería ser reconocida por el Estado, por el público y por las autoridades de los hospitales, como un servicio de considerable importancia nacional.

Otra de las recomendaciones del Comité Athlone fue empleada en 1940 por la creación que llevó a efecto el Fondo para el Hospital King -- Edward, de Londres, de un Servicio de Reclutamiento de Enfermeras, cuyo principal objetivo es procurarle a cada candidata la mejor preparación para la cual está capacitada, tomando en cuenta sus aptitudes y circunstancias.

En 1941, el Colegio Real de Enfermería creó un Comité de Reconstrucción bajo la dirección de Lord Harder, sus objetivos estaban enfocados a encontrar modos y medios para realizar las recomendaciones del Comité Athlone sobre servicios de Enfermería, y a la vez recomendar las ulteriores modificaciones en los servicios de enfermería que exijan la presente situación y las necesidades de la reconstrucción subsiguiente a la guerra.

El problema de atender el aumento de la demanda de enfermeras en --- tiempo de guerra sin hacer descender el nivel general de calidad técnica en la profesión, recibió atención cuidadosa muchos meses antes de que estallara la guerra en 1939, y la demanda ulterior respecto a la profesión de la enfermería para los servicios de guerra en todas las ramas, fue tan grande y la respuesta tan pronta, que la escasez de personal para los servicios civiles que ya existía con anterioridad se acentuó de manera todavía más seria.

Hacia fines de 1942 se vió muy claro que había que tomar medidas adicionales para hacer frente a la escasez de enfermeras. El Ministerio de Trabajo y del Servicio Nacional tomó a su cargo, por acuerdo con el Ministerio de Salubridad, resolver esos problemas. Las organizaciones de enfermería, de obstetricia y de hospitales convinieron en que los poderes discrecionales del Ministerio, en tiempo de guerra, deberían extenderse a la enfermería. El Ministerio creó un Consejo Nacional Consultativo para el reclutamiento y distribución de enfermeras y comadronas, bajo la dirección de Mr. Malcolm Mc Conquodale, -- Secretario Parlamentario del Ministerio y con la colaboración del -- Oficina de Enfermería Técnica del Ministerio, en calidad de secretario.

La enfermería no constituyó una ocupación senésica, sino satisfactoria. Ser una visitante bienvenida y digna de confianza en las casas de los ricos, o en los hogares del pobre; tener amistad con toda clase y categoría de personas; consolar a la naturaleza humana en -- sus peores momentos; y continuar una ayuda pronta en tiempos de necesidad.

En la reunión especial de Ministros de la Salud de las Américas, --- efectuada en Santiago de Chile en 1972, se planteó la siguiente recomendación: "Establecer un sistema de enfermería en el cual esté claramente especificado el papel de enfermería, el número y las categorías que requieren para alcanzar los objetivos de los planes nacionales de salud y los programas necesarios para la preparación de di---

el personal (24).

La preparación de personal se propuso en tres niveles: universitario, técnico y auxiliar de enfermería. La Oficina Sanitaria Mexicana estableció los siguientes conceptos para cada uno de ellos:

"El nivel universitario, que en México corresponde al nivel de licenciatura, comprende los enfermeros capaces de proporcionar atención de alta calidad a individuos y comunidad, orientar al personal de enfermería con menos conocimientos y de continuar su propia preparación por asumir responsabilidades docentes y administrativas más amplias".

Los enfermeros de nivel técnico, con menor preparación que el nivel superior, tienen como objetivo proporcionar la mayor parte de los cuidados a los pacientes y a la comunidad.

El nivel auxiliar de enfermería, que obtiene su formación en recursos proporcionados por las instituciones de la salud, se capacitan para desempeñar funciones relacionadas con el cuidado del paciente, bajo la dirección de una supervisora con conocimientos y experiencia (24).

Esto es a grandes rasgos la historia y evolución de la enfermería. Sin embargo, cabría analizar a continuación cual ha sido la repercusión de este movimiento y este proceso evolutivo de la enfermería en un país subdesarrollado como el nuestro, en el cual el concepto tradicional y popular en la práctica se ha ido modificando hasta llegar a la nueva concepción de la enfermería.

B. EN MEXICO.

La práctica de la enfermería ha pasado por diferentes etapas desde la ayuda al desvalido o enfermo por humanidad, hasta la especialización de las actividades como en el caso de la partera la que también se dedicaba a la enfermería.

La creación de la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia tiene su antecedente en la carrera de partera en el desarrollo vertical de la enfermería. Anterior a esta, sólo se había logrado aumentar la escolaridad de primaria a secundaria al ingreso, después de lograr su independencia del grupo médico, y la especialización de diversas áreas de la enfermería.

Sin embargo, la realidad es que la carrera de partera ha tenido una situación distinta de la carrera de enfermería. Los servicios de la partera responden a una necesidad natural y desde antes de la conquista goza de enormes privilegios dentro del pueblo. La instrucción de la partera después de la conquista se instituyó a partir del siglo XVII. Posteriormente las parteras, tanto como los curanderos, debían demostrar su competencia y moralidad ante el ayuntamiento, y era el promediente, el que tenía la facultad de autorizar al ejercicio de éstos. [41].

En el siglo XIX, se inicia la instrucción escolarizada de la partera y participa en la toma de decisiones dentro de su ramo. La obstetricia no era una especialidad de prestigio entre los médicos y eran las parteras las que enseñaban a los estudiantes de medicina la especialidad. En el Estado de Jalisco, desde 1792 se formaliza la enseñanza de la obstetricia y posteriormente se impuso la instrucción de los comadres, las que presentan examen a dos facultativos del promedico-

to. Para 1900, la partera había logrado un avance importante en casi todos los estados de la República, se considera su intrusión forenal y su participación en la toma de decisiones (41).

La construcción de gran cantidad de hospitales a principios del siglo XX, entre ellos: el Hospital General de México, el de Huámulco, - el Manicomio General y otros; crearon la necesidad de dotarlos con -- personal de enfermería y cubrir el hueco que dejaban los órdenes monásticos. Desde 1902, se adiestra al personal que habría de hacerse a cargo de los nuevos hospitales. Dos enfermeras alemanas se hacen cargo del Hospital General de México y preparan las primeras doce enfermeras que fungirían como jefes de los pabellones. De esta división -- del trabajo se inicia la jerarquización de la enfermería, vigente hoy en nuestros días.

En 1907, se estableció la Escuela de Enfermería del Hospital General, - cursaban dos años después del 49 año de primaria, además del requisito que fueran mujeres. Sólo en el caso del Manicomio General, se podían hombres. En 1911, al abrirse la Universidad, la Escuela de Enfermería pasa a depender de la Escuela de Medicina. Se señalan dos años para la carrera de Enfermería y dos para la de partera, y sólo se podía cursar esta última, con el antecedente de la carrera de enfermería.

Esta época correspondió a los últimos años del porfiriato. Durante -- ella, se formalizó la carrera de Enfermería, hecho que se vio favorecido por la construcción del Hospital General, obra promovida por el doctor Eduardo Liceaga, fundador y presidente del Consejo de Salubridad en el Distrito Federal. La Enfermería nace como actividad enlazada a formar ayudantes del médico que contribuyeran en el buen funcionamiento de las instituciones de salud. Desde 1903, la preparación -- que recibieron la permitía tomar temperatura y pulso, realizar curaciones y preparar la consulta externa. Después se amplía la preparación teórica-práctica con los elementos de anatomía, fisiología e higiene. Al crecer las necesidades de personal de enfermería, se for-

na la primera escuela y se profesionaliza la Enfermería.

Con la Revolución Mexicana, nace la enfermería militar y se institucionaliza por decreto presidencial la Escuela Militar de Enfermeras (53). El cuerpo de acción de la Enfermería se explica al reestructurarse el Consejo de Salubridad en 1917. Con la creación del Departamento de Salud Pública se promueve la higiene externa infantil, la vacunación y la educación sanitaria a la comunidad (53).

Las prácticas de enfermería se realizan con importación de modelos traídos de Canadá y Estados Unidos, los que resultan inoperantes la mayoría de las veces, porque no responden a las necesidades reales de la población. Los cambios obtenidos para hacer efectiva la aplicación de la estipulada por el Artículo 127 de la Constitución de 1917, es sólo una consecuencia de la lucha obrera general que de las enfermeras en particular.

A partir de 1936, se realiza la celebración del "Día de la Enfermera" que se en cierta forma la reivindicación de un prestigio social a la profesión. Para 1943 se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como respuesta a las reivindicaciones de la clase obrera, y es una medida orientada a mantener la fuerza de trabajo que requiere la industria, la que legitima al sistema frente al proletariado.

Una de las funciones de la Seguridad Social es el cuidado de la salud. Para lograrse se construyen gran cantidad de hospitales y clínicas con el fin de satisfacer las demandas de los desahuciados. Con ésto se inicia también el proceso de la socialización de las profesiones y se permite la ubicación social de la profesión de enfermería para la configuración con el mercado de trabajo y para determinar su relación con el Estado. Para estas fechas también se crean los Institutos de Alta Especialidad: Cardiología, Nutrición, Hospital Infantil de México y otros más que requieren los servicios de enfermería.

El auge de la atención hospitalaria, con sus características de cura-

tiva, biología y de especialidad, orienta la formación de la enfermera y queda atrás los aspectos preventivo y social. También determinó la concentración de un gran número de enfermeras en el Distrito Federal. Esta situación de mala distribución de los recursos por la construcción de unidades asistenciales en las áreas urbanas, causó la marginación de las zonas rurales en cuanto a la calidad de los servicios de salud.

Para ese tiempo, la profesión de Enfermería se había ido independizando de la profesión médica y, en 1946, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) queda como una escuela autónoma y se incorporan en la lista de profesores, enfermeras que dirigen las prácticas hospitalarias. La escolaridad mínima para ingresar es la secundaria. La independencia total de la profesión tendería más de treinta años en hacerse efectiva, en tanto la escuela seguiría dirigida por médicos.

En el desempeño de las actividades, la enfermería guarda similitud con el papel que desempeña en la familia y lo hace extensivo en el trabajo al depender del médico, así responde al papel que la sociedad le ha asignado. A todo lo anterior se suma la ideología poco definida de la participación de la enfermera como parte integral del equipo de salud. Prevalce la idea de sacrificio, abnegación y de servicio a los demás.

El 14 de enero de 1963, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), aprobó en sesión del Consejo Universitario, la solicitud presentada por el H. Consejo Técnico y por la Sociedad de Aliados de la misma escuela de considerar a las egresadas de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia como "Universitarias" ya que el requisito para ingresar a la escuela sería la Preparatoria, (oficio No. 0851) - [85]-

Ante la aprobación de la solicitud presentada, la profesora Estela Co Fure Domínguez presentó un trabajo donde plantea los problemas que-

debería afrontar la Escuela como futura formadora de Licenciados, entre los que destaca:

- La orientación profesional.
- La preparación del personal docente.
- Elaboración del plan de estudios.
- Las facilidades educacionales.
- Presupuesto.

El 21 de noviembre de 1953, se inicia la ponencia sobre el tema ---
-La Licenciatura en Enfermería- para ser presentada en el Congreso --
Internacional de Enfermeras de 1955, donde México había sido escogido
como sede (88).

Sin embargo, ésto no se llevó a cabo por la estructura socioeconómica
del país que impidió se hiciera efectivo este acuerdo.

La Escuela Nacional de Enfermería y Districiales tuvo dos tentativas -
para incorporar a la Escuela a las corrientes progresistas dentro de-
la enfermería. En 1957-1961, durante la gestión del M.C. Alfredo Ló-
pez de Nava se llevó a cabo la formación de un grupo piloto de alum-
nos que habían cursado Bachillerato, o que lo estaban cursando, con -
la idea de iniciar la integración de la enfermería al campo superior-
técnico científico en México. Este proyecto no se continuó por el cam-
bio de director.

El segundo intento se efectuó en 1965-1966, durante la gestión del --
M.C. Rafael Tovar Villegoridas con la colaboración de una comisión en-
cargada de estudiar el currículum de la carrera de Licenciatura. Esta
comisión, integrada por médicos y enfermeras, lograron el desarrollo
del plan experimental de estudios de enfermería para alumnos con bac-
chillerato y quedó como coordinadora, la Profesora Enfermera Juventina
Hernandez. Al fallecer el M.C. Tovar Villegoridas, Director de la -
ENED, nuevamente quedó suspendido este proyecto (88).

En el año de 1967, el M.C. Alejandro Guevara Rojas, es nombrado Direc-

tor de la ENED y se cumple con los cánones de la reforma universitaria, donde la escuela adopta el sistema de créditos, estructura el plan de estudios por semestres, busca la simplificación de las materias de cada uno de los semestros. Se hacen los trámites para incorporar la Licenciatura.

Se aprovecha la coyuntura que presenta la Universidad al hacer la revisión académica en 1965, en donde exige que todas las escuelas que la integran estén dentro de la Legislación Universitaria. De acuerdo a ésta, el ingreso a las escuelas de: Música, Artes Plásticas, Trabajo Social y de Enfermería y Obstetricia, en donde el requisito de ingreso era con escolaridad previa de secundaria, ahora debería tenerse bachillerato [55]. Esto se apoya en el desarrollo observado en los últimos tiempos en la tecnología científica aplicada al campo de la salud, lo cual requería de personal capaz de enfrentarse a esos situaciones.

La Licenciatura surge como consecuencia de un proceso histórico datado al menos, en el cual existe un desequilibrio entre la medicina curativa y la medicina preventiva, en donde la instrumentación de los conocimientos clínicos-biológicos están puestos al servicio de la oferta y la demanda que caracteriza los relacionos sociales.

El Consejo Técnico de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia decidió suprimir la carrera de partera para darle mayor auge a la Licenciatura, como respuesta a las necesidades del país.

El acuerdo con el que fue aprobada la Licenciatura hace referencia a lo siguiente: "...en el país cada vez son mayores las exigencias en diversos campos de la enfermería para contar con profesionales de alta capacitación humanística, social y científica para desempeñar los puestos de responsabilidad en esta actividad, en la dirección y administración de los servicios de salud nacionales, estatales y regionales, los de dirección de la docencia, en labores de investigación en el campo de la enfermería y otras" [56].

Hay necesidad urgente de profesionales de enfermería que sepan aplicar la ciencia y la tecnología en armonioso e integrado encuentro con las condiciones económicas, políticas y sociales del país. Esta situación plantea un desafío a la enseñanza superior que obligue a pensar - profunda y humanamente en el quehacer de la enfermería.

III. FORMACION DE LOS LICENCIADOS EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA (ENEO) DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO. (UNAM).

La ENEO fundamenta su filosofía en los postulados expresados en la -- Ley Orgánica, en el Plan Nacional de Salud y en la Reforma Educativa; ha definido la enfermería como un servicio de proyección social, realizada a diversos niveles, de manera multi e interdisciplinaria, tendiente a mejorar las condiciones de salud con y para la comunidad a través de funciones específicas de integración, coordinación, reinscripción, investigación, docencia y administración.

Considera la educación en enfermería como un proceso dinámico y permanente convalidado al desarrollo armónico de las potencialidades del -- alumno, que lo permitan desarrollarse como ciudadano y profesionalista, responsable ante sí mismo y ante la comunidad, con sólidas bases éticas, técnicas y científicas que lo conduzcan a actuar eficazmente como integrante del equipo de Salud, en la atención del paciente en el proceso Salud-Enfermedad.

El propósito de la creación de la enfermería es formar profesionales que sean capaces de participar en y para la comunidad, con juicio crítico, poder de decisión e iniciativa en todas las fases del ciclo de la vida, dando más importancia a la conservación de la Salud y considerando la enfermedad, como un accidente en la vida de los individuos. Además que sepan comprender al ser humano como ente biopsicosocial en constante interacción con el medio ambiente. De acuerdo a este propósito los objetivos estarán enfocados para:

- Analizar la realidad nacional (social, política y económica) como -- base para identificar y relacionar los problemas de salud y prede-

sente en la estructura del Plan de Estudios en base a áreas integradas en el proceso enseñanza-aprendizaje en el que se enfatizan situaciones problemas para cuya solución se requiere selectividad de la información.

Objetivos de la carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia:

- Identificar al individuo sano:

Conocer los parámetros que identifiquen el crecimiento y desarrollo del individuo sano, así como los que permiten diferenciar lo sano de lo enfermo.

Aplicar los instrumentos y técnicas para poder valorar el estado de salud del individuo.

Conocer los problemas ecológicos, económicos y sociales que modifican el estado de salud.

Tener conocimientos y experiencias de grupos, para modificar ciertos tipos de conducta que perjudican el estado de salud.

Colaborar en la planeación y realización de programas de desarrollo de la comunidad para promover un óptimo estado de salud de la misma.

- Participar en los programas para la protección de la salud:

Identificar necesidades y realizar el diagnóstico de Enfermería, a la familia y comunidad.

Plantear y realizar actividades de prevención de padecimientos transmisibles, no transmisibles y de accidentes.

Aplicar medidas específicas para prevenir enfermedades.

- Colaborar en el diagnóstico de los padecimientos, así como en el tratamiento y rehabilitación del enfermo:

Tener conocimiento sobre la fisiología y tratamiento de los padecimientos más frecuentes.

Participar en la atención directa mediante la aplicación de procedimientos de enfermería, encaminados al establecimiento de un diagnóstico y la recuperación de la salud.

Identificar y jerarquizar necesidades generales y específicas del individuo enfermo y de la familia, para hacer el diagnóstico de enfermería y coordinar las actividades convenientes para mantener al paciente en las mejores condiciones, que favorezcan la recuperación de la salud y evitar la invalidez.

Aplicar los medios de urgencia en caso necesario y referir a los servicios correspondientes a los de mayor gravedad.

- Participar en programas de investigación y educación para la salud:

Conocer los problemas de salud en el país, aplicando para ello el método científico y de campo.

Piensear, desarrollar y evaluar programas en base a las investigaciones realizadas para colaborar en la solución de los problemas de salud.

Conocer y aplicar la metodología de la enseñanza.

Participar en la administración de los servicios de enfermería.

Participar en la organización y coordinación de los servicios y re-

curso de la Institución y de la comunidad; para llevar a cabo los programas de salud locales, estatales y nacionales.

Conocer y aplicar las técnicas de la comunicación en los distintos niveles de su actividad profesional.

- **Objetivos terminales en Gineco-Obstetricia:**

Conocer, distinguir y analizar los programas de Gineco-Obstetricia haciendo énfasis en la realidad social del país.

Aplicar conocimientos de la morfología del aparato sexual masculino y femenino.

Seleccionar las acciones específicas a la pareja, en el proceso educativo de la reproducción.

Utilizar los componentes de la historia clínica Gineco-Obstétrica, para detectar factores de riesgo perinatal.

Analizar y actuar en los períodos de preparto y parto, tomando en cuenta los recursos de que se dispone en los diferentes niveles de atención de la salud, para atender el parto de bajo riesgo.

Distinguir los signos que se lleven a cabo en la gestación, preparto y parto policéfalítico, tomando en cuenta los recursos disponibles de cada nivel de atención de la salud.

Valorar el período del puerperio, tomando en cuenta el contexto de salud pública.

Aplicar los cuidados inmediatos y mediatos al recién nacido, tomando en consideración el medio ambiente.

- **Objetivos terminales en patología Gineco-Obstétrica:**

Analizar las acciones que se llevan a cabo en la programación de la patología Gineco-Obstétrica, en función del contexto de la salud pública.

Distinguir las acciones que se desarrollan en cada una de las patologías ginecológicas, considerando al individuo en su medio ambiente.

Valorar la efectividad de las acciones en las complicaciones del embarazo, tomando en cuenta la situación de salud pública.

Seleccionar las acciones a desarrollar en cada una de las patologías intercurrentes de mayor incidencia y prevalencia durante el embarazo.

Analizar y actuar en las acciones que se realizan para atender al embarazo y parto de riesgo alto, tomando en cuenta los niveles de atención de la salud.

Distinguir las acciones que se llevan a cabo en el puerperio patológico.

Analizar las acciones que se efectúan en cirugía obstétrica, haciendo énfasis en la situación del paciente.

Aplicar los cuidados de enfermería inmediatos y mediatos al recién nacido enfermo, tomando en cuenta su medio ambiente.

Analizar las acciones que se realizan en las alteraciones de la reproducción, esterilidad o infertilidad, tomando en cuenta el medio ambiente de la pareja.

CONOCIMIENTOS DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
EN LA ATENCION PERINATAL

Anatomía y Fisiología:

Se familiariza con las partes del organismo y su funcionamiento, las características y accidentes del cuerpo humano que determinan que sea un ser vivo. Valorando la importancia de mantenerlo dentro de las condiciones óptimas para su desarrollo.

Ecología y Salud:

Conoce la relación que existe entre el hombre y su medio ambiente, para una mejor comprensión y aplicación de las medidas de profilaxis y terapéuticas.

Antropología Social:

Comprende la evolución histórica y sociocultural del hombre, desde su aparición sobre la tierra, hasta nuestros días.

Salud Pública:

Está preparado para identificar el rol que tiene en la comunidad, mediante el conocimiento de las acciones que le competen como tal en nuestro país.

Nutrición:

Adquiere conocimiento sobre el metabolismo que le sirve para interpretar el

Funcionamiento del organismo en estado de salud o enfermedad.

Sociología:

Comprende y analiza a la sociedad contemporánea mediante el estudio de sus características.

Ética:

Conoce, analiza y aplica los principios y normas fundamentales convenientes a la conducta humana.

Fundamentos de Enfermería:

Aplica los principios científicos en los procedimientos generales para el cuidado de enfermería al individuo en estado de salud o enfermedad, de acuerdo a las necesidades particulares intra y extra institucionalmente.

Psicología:

Tiene conocimientos fundamentales sobre los fenómenos que determinan la conducta humana y la estructura del aparato mental como componente fundamental del organismo.

Comunicación:

Enfatiza la importancia de las buenas relaciones interdisciplinarias y con la comunidad, señalando los elementos necesarios para obtenerlas.

Crecimiento y Desarrollo:

Tiene bases teóricas encaminadas a la conservación de la salud y prevención de las enfermedades del individuo durante las diversas etapas de su vida.

Farmacología:

Tiene nociones de los fármacos utilizados para el tratamiento de los procesos patológicos en el organismo humano, y los conocimientos fundamentales respecto al manejo, administración y efecto de los mismos.

Patología:

Conoce, comprende y analiza los procesos morbidos más comunes en nuestro medio, así como padecimientos transmisibles de mayor incidencia.

Dietoterapia:

Conoce el régimen alimentario y sus relaciones con el metabolismo, tanto en la salud como en la enfermedad.

Gineco-Obstetricia:

Se basa en los conocimientos más actualizados de:

- Morfofisiología del aparato sexual: embriología, histología, anatomía y fisiología de los aparatos sexuales masculino y femenino.
- El proceso de la reproducción: espermatogénesis, ovogénesis, coito y fecundación, desarrollo cronológico del embarazo, desarrollo de anexos y placenta, fisiología materno-fetal, cambios fisiológicos durante el emba-

raza, embarazo múltiple y educación sexual.

- Elaboración del diagnóstico del embarazo: historia clínica, diagnóstico - clínico, de laboratorio y diferencial.
- Período del parto: canal del parto, pelvimetría, período y mecanismos -- del trabajo de parto y parto.
- Anestesia: fármacos utilizados en la inducción y conducción del parto.
- Generalidades del parto psicoprofiláctico.
- El proceso fisiológico del puerperio.
- Cuidados en el recién nacido.

Patología Gineco-obstétrica: tiene conocimientos científicos de la etiología, fisiopatogenia, métodos de diagnóstico, pronóstico y tratamiento, tomando en cuenta los diferentes niveles de atención de la salud en México -- con la capacidad de distinguir y analizar:

- Estadísticas vitales de la patología gineco-obstétrica en el país.
- Procesos infecciosos del aparato sexual femenino: padecimientos venéreos, víricos, micóticos y por protozoarios.
- Anomalías congénitas de los órganos genitales femeninos.
- Tumores genitales femeninos más frecuentes: miomas y pólipos uterinos, -- quistes ováricos y paraováricos, cáncer del cuello y cuerpo uterino, patologías ovaricas.
- Estudios de laboratorio y gabinete.

- Integra el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en pacientes con Patología ginecológica.
- Complicaciones del embarazo: aborto, embarazo ectópico, mola, corioepitelioma, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, polihidramnios, toxemia, ruptura prematuro de membranas.
- Patologías intercurrentes del embarazo: diabetes, nefropatías, cardiopatías, tuberculosis, anemia, embarazo de alto riesgo.
- Complicaciones del parto: distocias, prolapso de cordón, sufrimiento fetal.
- Complicaciones del puerperio: retención de placenta y restos placentarios, fiebre puerperal, muerte fetal, tromboflebitis, traumatismos de los órganos genitales.
- Cirugía obstétrica: forceps, cesárea, extracción de restos placentarios y legrado uterino.
- Perinatología.
- Cuidados inmediatos y tardíos al recién nacido enfermo.
- Esterilidad e infertilidad (37).

ACCIONES A REALIZAR DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LA ATENCION PERINATAL.

Atención a la madre en el período prenatal en el hogar, primer, segundo y tercer nivel de atención a la salud.

Atención a la madre durante el período de preparto.

Detección de circunstancias de riesgo.

Detección, evaluación y clasificación de riesgo.

Referencia oportuna.

Atención a la madre y al niño durante el período de parto.

Atención durante el período de recuperación o postparto y puerperio.

Atención al niño en el período postnatal.

Actividades para la educación sexual (planificación familiar).

Atención a la madre y al recién nacido en el hogar durante el puerperio.

Atención a la madre en las complicaciones del embarazo, parto y puerperio patológico.

Atención a la madre en terapia intensiva.

Atención del recién nacido de alto riesgo en el período postnatal.

Atención a la madre y al niño en el puerperio patológico en el hogar.

Realizar acciones educativas en la esterilidad e infertilidad.

En los últimos años se ha incrementado el valor potencial que tienen los - Licenciados en Enfermería y Obstetricia para resolver el problema perinatal en México, debido al impulso creador y modificador de la filosofía y - organización tendientes a incrementar las actividades preventivas en el -- primer nivel, en las que han sido pioneros para la formación de recursos - el servicio de gineco-obstetricia del Hospital General de Zona "Ignacio Zg ragoza" del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores- del Estado (ISSESTE), y al Centro de Investigación Materno-Infantil, Grupo- de Estudios al Nacimiento (CINIGEN).

IV. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN PERINATAL POR PARTERAS
EMPIRICAS, EN EL AREA SUBURBANA DE LA DELEGACION ----
IZTAPALAPA, EN MEXICO, D.F., 1989

Sus actividades se basan en tradiciones, experiencias y costumbres para la atención perinatal.

Algunas son capacitadas por la SSA, otras están asociadas con médicos.

Tienen un vínculo religioso y ritual muy estrecho con la comunidad.

Lleven a cabo la medicina tradicional, utilizando pociones, hierbas, huevos, etc., para desalojar los malos espíritus.

Uso con toda libertad de vitelinas, anticonceptivos, ocitocínicos patentados o caseros (ruda, orégano), diuréticos (leixia) sin conocimiento alguno.

Los consejos que dan sobre alimentación son muy inciertos, hablan de cosas frías y calientes pero no saben cuales pertenecen a cada una, frecuentemente se contradicen.

El diagnóstico es por adivinanza, tocan el latido del feto desde antes de tres meses, por medio de consejos en el abdomen externo.

Manejo prenatal: masajes para acceder al producto y evitar hemorragias,-- limpiar con pirul, ruda, laurel y dos huevos para desalojar a los malos es píritus.

Las relaciones sexuales se prohíben.

Atención del parto:

- Ruda, orégano, 6 huevos, etc.

- Té de nocas para aliviar el trabajo de parto.
- Maniobras de Kristell con frecuencia.
- Lo más importante es el periné, están totalmente en contra de la episiotomía.
- Algunas no hacen el tacto, ni aun revisión de cavidad.
- Los instrumentos que utilizan son: tijeras hilo de coser y trapos viejos.

Atención en el posparto:

- Dan baño de hierbas.
- Limpian con un raso de pirul, huesos (algunos introducen el raso en vagina para sacar los malos espíritus).
- Les preparan la comida.
- Le vendan.

Atención al recién nacido:

- Lo revisan a base de palpacés, hueno de cigarro en la cara, cuando no -- resucita (sufrimiento fetal) lo rocían con alcohol en la cara.

Carácter religioso:

- Piensan que el embarazo es un premio por portarse bien y que la presencia de complicaciones es inevitable, propiciada por dios.
- Encuentra la curación de las mujeres a los santos.

Relación con el médico:

- Médicos en general, creen que el médico es el culpable de todas las complicaciones al birroelo madre hijo.

Higiéna:

- Muy mala: cuartos pequeños sin los mínimos requisitos de limpieza.
- Promiscuidad: perros, guajolotes, gallinas, gatos, etc.

Comercialización:

- Venden medicina de patente.
- Cobran de \$ 5,000.00 a 8,000.00 la consulta (la mitad de lo que cobra un médico general y la cuarta o décima parte de un ginecoobstetra (anexo número 2)).

V. JUSTIFICACION.

Desde 1955, México rebasó la cifra de 2 millones de nacimientos anuales -- (1), para alcanzar en 1961 2,530,862 nacimientos (2), siendo una de las tasas de natalidad más elevadas del mundo (1).

Existe en el país tres grandes tipos de atención profesional para la salud:

1. Es el que se ajusta, al postulado de que la salud es un derecho de todos los mexicanos y que el gobierno es responsable de proporcionar los servicios para fomentar, conservar y recuperar la salud, un donde la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), era la encargada de otorgar servicios médicos a dos terceras partes de la población, hace diez años y en la actualidad aproximadamente el 40% de la población, desde luego, difícil de cumplir íntegramente ya que otorga servicios colectivos: de vigilancia, control y erradicación de ciertos padecimientos, acciones de saneamiento ambiental, posibilidad de agua, programas de nutrición, control de fauna nociva, control de establecimientos comerciales, etc., siendo dotada de recursos económicos insuficientes para poder satisfacer estas necesidades (1). Quiénes acuden a este tipo de servicio son personas que no tienen derecho a la Seguridad Social ni los recursos necesarios para pagar los servicios privados como con ejidatarios, subempleados, marginados etc.
2. Corresponde a las Instituciones de Seguridad Social y los Servicios Médicos de algunas dependencias estatales o paraestatales, basadas en un derecho general a la prestación de servicios de salud entre otros, con aportaciones provenientes de los empleados asegurados. Está formado por trabajadores afiliados a algún régimen de Seguridad Social y por Familias beneficiarias.
3. Los Servicios de Salud Privados: constituidos por profesionales que tra-

bajan en forma individual o en grupos reunidos en unidades de atención hospitalaria o externa, sujetos a las leyes del mercado, y al régimen de libre empresa, en donde se requiere un pago de honorarios por servicios prestados, atendiendo a un minoritario núcleo de la clase media alta y alta que tienen suficiente poder de compra.

En 1976, sólo el 30% de los 62 millones de habitantes que tenía el país, - estaba cubierto por los servicios de algún régimen de Seguridad Social, es decir, 22 millones de personas, entre los que se encontraban alrededor de un 30% económicamente activos. El resto de la población, casi las dos terceras partes de los habitantes (más de 40 millones) debería ser atendido -- por la SSA, cuya capacidad de hospitales, centros asistenciales y servicios sólo alcanzaba a cubrir entre 15 y 18 millones de personas, careciendo de servicios de salud entre 20 y 25 millones de mexicanos.

Aunque en los últimos 10 años se ha duplicado el número de derechohabientes, las Instituciones de Seguridad Social cubren un 50% de la población. Mientras tanto, el número absoluto que no tiene derecho a la Seguridad Social va en aumento. Por su parte, la cobertura de la medicina privada es difícil de estimar; se restringe a quienes pueden pagar sus servicios y se reduce en etapas de crisis económica e inflación.

La Organización Panamericana de la Salud indica que, en 1973 México era -- uno de los países americanos con mayor porcentaje de nacimientos de alto riesgo.

La mortalidad materna en 1976 alcanza una tasa de 105 defunciones por cada 100,000 nacidos registrados. Esto se relaciona con los bajos niveles generales de vida, con la desnutrición crónica, con las malas condiciones higiénicas y saneamiento básico, así como la falta de atención prenatal y -- con la deficiente atención obstétrica, siendo las principales causas de -- muertes hemorragia del embarazo y del parto, las sepsis del parto y del -- puerperio, la elevada frecuencia y letalidad de las toxemias del embarazo y el puerperio así como las complicaciones derivadas de los abortos espontáneos y los abortos clandestinos e inducidos (1).

En áreas marginales como Ciudad Nezahualcóyotl la mortalidad infantil es de 227 defunciones por mil nacidos vivos, más del 50% de las muertes se deben a enfermedades infecciosas, casi el 20% a complicaciones del parto.

Los recursos humanos y materiales se concentran en las áreas con mayor capacidad económica y no según las necesidades regionales verdaderas [1].

El problema perinatal en México es enorme:

De 3,100,000 embarazos que ocurren al año:

- 600,000 son abortos (19.3% del total de nacimientos).

Quedando 2,500,000 nacimientos de los cuales:

- 250,000, son partos prematuros (10%) que nacen a partir de la semana 28-- y antes de la 37 semana de gestación.

El 50% de estos recién nacidos mueren por incapacidad de adaptarse a la vida o por imposibilidad de atención médica, de los sobrevivientes el 60% quedan con secuelas neurológicas.

- 62,500 malformaciones (2.5%) de estos muere el 10% aproximadamente y el resto sobrevive con secuelas.

- 165,000 sufren alteraciones anómalas con una edad y un peso adecuados, -- ocasionadas por el proceso del nacimiento, ya sea natural o como consecuencia de litrofanía.

- La mortalidad materna es de 5 por 10,000 nacimientos.

- La mortalidad perinatal, es de 25 a 30 por 1,000 nacimientos (85).

La cobertura de atención externa (infantil) es el 60% del total de la población. El 40% de las mujeres no son supervisadas por médicos, propiciando -- que la atención perinatal sea dada por parteras empíricas, las cuales no -

cuentan con una preparación adecuada para llevar a cabo un óptimo manejo perinatal, ya que sus actividades se basan en experiencias, costumbres y tradiciones, y no en un conocimiento científico (55).

En Milpa Alta en una encuesta de 680 mujeres embarazadas, se investigó el número de pacientes que fueron atendidas por parteras empíricas, y se obtuvo que el 34% de las mujeres a pesar de contar con recursos para la salud (IMSS, ISSSTE, etc.) se atendieron con parteras empíricas; de 184 dengue obediencias del IMSS únicamente 28 se atendieron su parto en esta institución (55).

Se calcula que como resultado de la mala calidad de atención perinatal que dan 250,000 niños al año con daño neurológico.

El problema perinatal que existe en el país, requiere de un esfuerzo muy grande, para conjuntar y utilizar con mayor racionalidad los recursos tanto humanos como materiales y técnicos en su resolución.

La disparidad actual entre la calidad de servicios que pueden obtener quienes tienen recursos económicos suficientes y los que carecen de ellos o los tienen muy restringidos se refleja en el producto que se obtiene del proceso reproductivo, que puede afirmarse, es de menor calidad en las clases socioeconómicas de niveles más bajos (56).

La gran diferencia entre la atención que recibe la mujer embarazada y su hijo por el médico y especialista, en comparación con la que recibe de parte de las parteras empíricas es obvia, dada la poca o nula capacitación que estas reciben en el aspecto científico sobre el proceso reproductivo.

El mandato establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la Ley General de Salud y sus derivados, acerca de la prioridad de la salud y de su preservación mediante la medicina preventiva y sus diferentes estrategias, así como los grandes avances de la medicina preventiva logrados mediante la utilización de la "Estrategia de Riesgo Perinatal", permite que se pueda apoyar la población de acuerdo a su grado

de riesgo para que por este sólo hecho se clasifique la necesidad de atención que se requiere, de modo que, aproximadamente 70% de las embarazadas puedan ser atendidas durante el embarazo y el parto por personal con formación menos complicada y sofisticada que la del especialista en ginecología y obstetricia.

Este personal de salud calificado para estos efectos puede ser el médico general o los Licenciados en Enfermería y Obstetricia que reciben preparación desde un enfoque científico para atender el embarazo y el parto de riesgo bajo en el nivel primario de salud, así como para detectar, calificar y clasificar el riesgo mediano y alto con responsabilidad profesional y jurídica para canalizarlo oportunamente y en forma adecuada a los niveles de atención correspondientes (secundario o terciario).

Considerando que las parteras empíricas forman parte importante de la comunidad en la que muchas veces son incluso líderes es conveniente incluirlas en los programas de atención materna infantil, con estrategia de riesgo egreso parte del equipo de salud en el nivel primario, que debe ser encabezado por los Licenciados en Enfermería y Obstetricia.

El potencial para la actuación de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia se cuantifica en aproximadamente 50% de los embarazos y partos que en la actualidad no son atendidos por personal capacitado en nuestro país y que corresponden a la población bajo responsabilidad de la SSA.

VI. H I P Ó T E S I S

El personal de salud denominado con Licenciatura en Enfermería y Obstetricia constituye un eslabón muy importante para integrar el sistema de atención perinatal, dada su preparación fundamentalmente científica y su responsabilidad profesional y jurídica, para la referencia oportuna y adecuada de los embarazos y partos de mediano y riesgo alto, y para la atención del embarazo, parto y recién nacido de riesgo bajo.

Desde las características de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia, - su actuación en la reproducción humana asegura que serían fundamentales en el aspecto preventivo para disminuir la mortalidad, los embarazos de alto riesgo y los defectos al nacimiento.

La creciente población de mujeres en edad reproductiva traerá como consecuencia menor cobertura institucional y privada en la atención perinatal, - propiciando con ésto que la atención sea cubierta por parteras empíricas.

Las parteras empíricas no tienen conocimientos científicos, ya que se basan en experiencias, tradiciones y costumbres para la atención perinatal, por lo que no están capacitadas para proporcionar una atención perinatal adecuada.

VII. O B J E T I V O S

GENERAL.

Fundamentar la importancia que tiene en un sistema de atención perinatal - preventiva al personal con Licenciatura en Enfermería y Obstetricia para disminuir el número de embarazos de alto riesgo, mortalidad materna-infantil y el número de nacidos con defectos.

ESPECÍFICAS.

Conocer las características de la atención perinatal en la zona de influencia del Centro de Investigación Materna Infantil Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN), en Ixtapalapa, D.F.

Conocer la cobertura de atención perinatal por obstetras, médico general, enfermera y partera, en la zona de influencia del CIMIGEN en Ixtapalapa, D.F.

Conocer el número de nacimientos en el hospital privado, institucional y -hogar, en la zona de influencia del CIMIGEN en Ixtapalapa, D.F.

Conocer la morbi-mortalidad infantil en la zona de influencia del CIMIGEN en Ixtapalapa, D.F.

Conocer el manejo perinatal de las parturientas empíricas en la delegación Ixtapalapa, D.F. (8).

VIII. MATERIAL Y METODOS.

El estudio se realizó a través de la encuesta CIMIGEN 87, entrevistas a - porteras empíricas y estadísticas vitales de tasa de natalidad y morbi-mortalidad perinatal en México.

Para la selección del Universo de estudio, se determinó como límite 1 Km² de radio alrededor al Centro de Investigación Materno Infantil, Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN), ubicado en la Delegación Iztacalpan.

Además de esta delimitación de la zona de influencia al CIMIGEN se llevó a cabo fraccionamientos por áreas habitacionales, que sirvió de base para la caracterización de tres estratos socio-económicos bien definidos:

- I Nivel: Socioeconómico bajo.
- II Nivel: Socioeconómico medio.
- III Nivel: Socioeconómico alto.

Los criterios que se estudiaron básicamente fueron:

Atención del embarazo en:

- Hogar.
- Hospital privado.
- Hospital institucional.

Atención del embarazo por:

- Médico especialista.
- Médico general.
- Enfermera.
- Comadrona.

Tiempo de terminación del embarazo:

- 20 ó menos semanas (aborto).
- 21 a 27 semanas (inmaduro).
- 28 a 36 semanas (Pre término).
- 37 a 41 semanas (término).
- 42 ó más semanas (posttérmino).

- 0 a 6 días (neonatal I).
- 7 a 28 días (neonatal II).
- 29 días a un año (postneonatal).
- Desde el nacimiento hasta el primer año de vida (infantil).

- 21 a 27 semanas (Fetal intermedia).
- Más de 28 semanas (Fetal tardía).

- Semana 21 hasta cualquier edad (Fetal I).
- Semana 28 hasta el nacimiento (Fetal II).
- Desde la semana 21 hasta los 28 días después del nacimiento (Perinatal I)
- Desde la semana 28 hasta los 7 días después del nacimiento (Perinatal II)

Mortalidad Materno-Infantil en relación al sitio donde fueron atendidos los pacientes:

- Hogar.
- Hospital privado.
- Hospital institucional.

Mortalidad materno infantil en relación al personal que atendió el parto:

- Especialista.

- Médico general
- Enfermera.
- Comadrona.

El número de encuestas que se realizaron para cada nivel, fueron:

- Nivel I 891.
- Nivel II 1,008.
- Nivel III 718

Con un estudio total de 2,715 familias (anexo 1).

Se llevó a cabo cuatro entrevistas a parteras empíricas, que ejercen en la zona de influencia del CIMBEN para investigar sus actividades, procedimientos, técnicas, prácticas, costumbres y tradiciones en lo referente a:

- Diagnóstico del embarazo.
- Atención prenatal.
- Procedimientos obstétricos.
- Atención del parto.
- Atención del recién nacido.
- Complicaciones del parto.
- Lactancia. (anexo 2).

Estos aspectos sirvieron como base para determinar la génesis de muchos de los problemas perinatales que existen en el país.

NOTA: Cabe hacer mención, que para obtener datos fidedignos de la atención perinatal integral, proporcionada por parteras empíricas, se vio en la necesidad de hacerse pasar como embarazada y dejarse revisar parámetros.

IX. RESULTADOS.

RESOLUCION DEL EMBARAZO SEGUN EL SITIO DE ATENCION EN EL NIVEL
SOCIOECONOMICO BAJO, MEDIO Y ALTO, EN LA DELEGACION IZTAPALAPA
MEXICO, D.F., 1987, (CUADRO NO. 1).

C I M I D E N

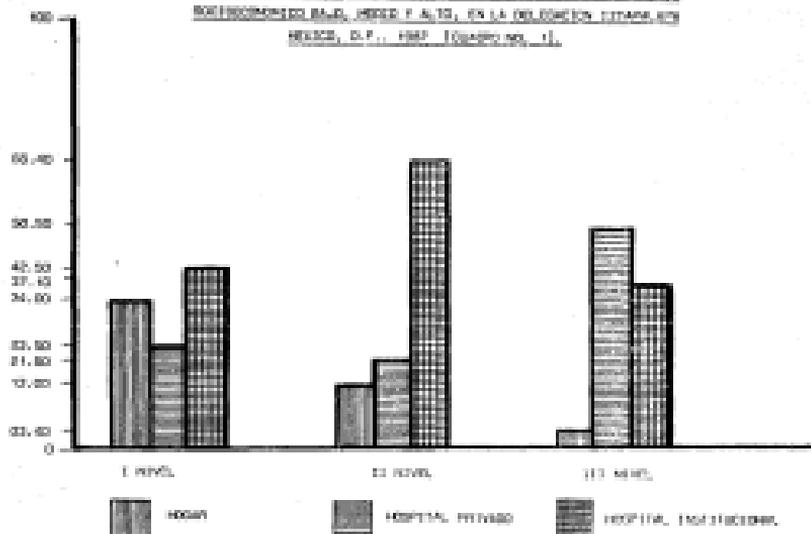
CENTRO DE INVESTIGACION MATERNO INFANTIL
GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO

ATENCIDO	I NIVEL		II NIVEL		III NIVEL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
H O G A R	1050	34.00	421	13.00	71	3.40
HOSPITAL PRIVADO	804	23.50	700	21.50	1227	50.50
HOSPITAL INSTITUC.	913	42.50	2120	65.40	765	37.10
T O T A L	3750	100.00	3241	100.00	2063	100.00

Cuadro No. 1. Distribución del número de embarazos resueltos según el --
 nivel socioeconómico.

Fuente: Encuesta CIMIDEN 87, Iztapalapa, D.F.

EVOLUCIÓN DEL DESEMPEÑO SEGUN EL SITIO DE ATENCION EN EL MENÚ
 SOLICITACIONES BAJO, MEDIO Y ALTO, EN LA COLOCACION DE TITANIO EN
 MEXICO, D.F., 1987 (CANTIDAD EN %)



RESOLUCION DEL EMBARAZO SEGUN EL TIPO DE PERSONAL EN EL NIVEL
SOCIOECONOMICO BAJO, MEDIO Y ALTO EN LA DELEGACION IZTAPALAPA
MEXICO, D.F., 1987, (CUADRO NO. 2).

C I M I G E N

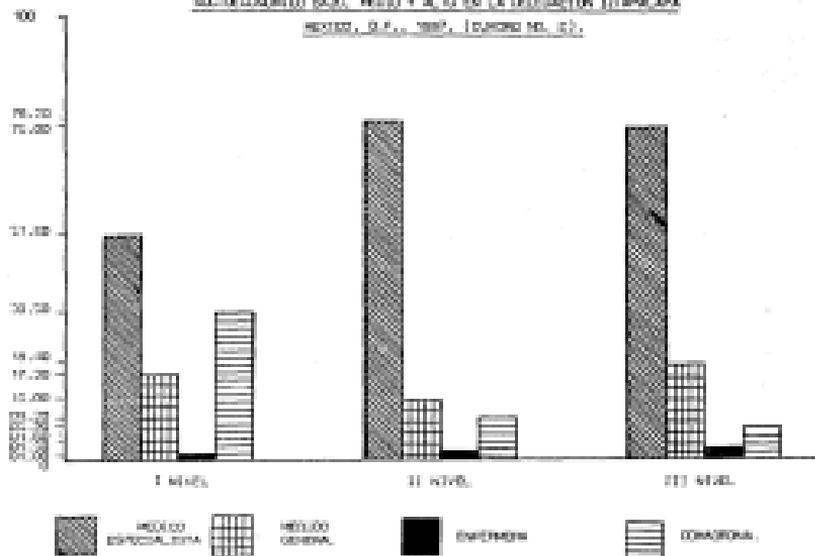
CENTRO DE INVESTIGACION MATERNO INFANTIL
GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO

ATENRIDO POR	I NIVEL		II NIVEL		III NIVEL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
MEDICO ESPECIALISTA	1949	51.20	2100	76.70	1495	75.00
MEDICO GENERAL	656	17.30	406	13.00	400	19.10
ENFERMERA	40	1.00	48	1.50	35	1.60
COMADRONA	1161	30.50	268	9.20	115	5.30
T O T A L	3806	100.00	2742	100.00	2210	100.00

Cuadro No.2. Distribucion del número de embarazos, resueltos según el tipo de personal.

Fuente: Encuesta CIMIGEN 87, Iztapalapa, D.F.

PRODUCCION DEL EMPLEADO SEGUN EL TIPO DE PERSONAL, EN EL SECTOR
 SERVICIOS (S.A.S., HOTEL Y RESTAURACION) (TAMPALAPA)
 MEXICO, D.F., 1997. (CANTIDAD EN C.)



TIEMPO DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO EN LOS DIFERENTES NIVELES
SOCIOECONÓMICOS, DELEGACIÓN IZTAPALAPA, MÉXICO, D.F. 1967 (CUADRO
NÚMERO 3).

C I M I D E N

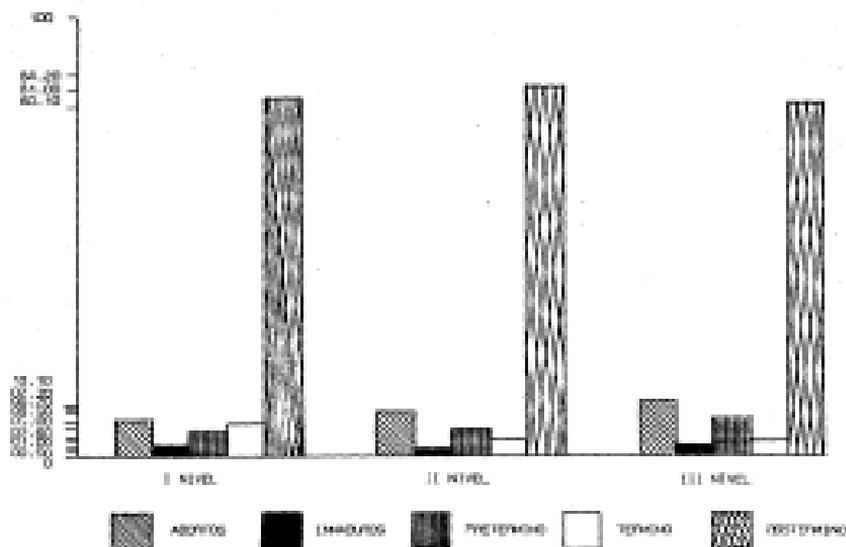
CENTRO DE INVESTIGACION MATERNO INFANTIL
GRUPO DE ESTUDIOS A. NACIMIENTO.

TERMINACIÓN DEL EMBARRAZO	I NIVEL		II NIVEL		III NIVEL	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%
ABORTOS	290	6.50	239	7.30	318	10.40
INMADUROS	29	1.00	32	0.90	23	1.10
PRETERMINO	160	5.00	154	5.00	140	6.70
TERMINO	230	6.50	83	2.60	43	2.00
POSTERMINO	3140	81.00	2726	84.20	1716	80.10
T O T A L	3858	100.00	3234	100.00	2141	100.00

Cuadro No. 3. Tiempo de terminación del embarazo en los diferentes niveles socioeconómicos.

Fuente: Encuesta CIMIDEN 67, Iztapalapa, D.F.

TIPO DE UTILIZACIÓN DEL ESPACIO EN LOS DIFERENTES NIVELES DE
 SOCIALIZACION, RELACION JUMOS-APM, MEXICO, D.F., 1980 (GRUPO BAMBINO 2).



MORTALIDAD MATERNO INFANTIL, EN EL NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO, MEDIO Y ALTO EN LA DELEGACION ITAPALAPA, MEXICO, D.F., 1957. (CUADRO NO. 4)

C E M I G E N

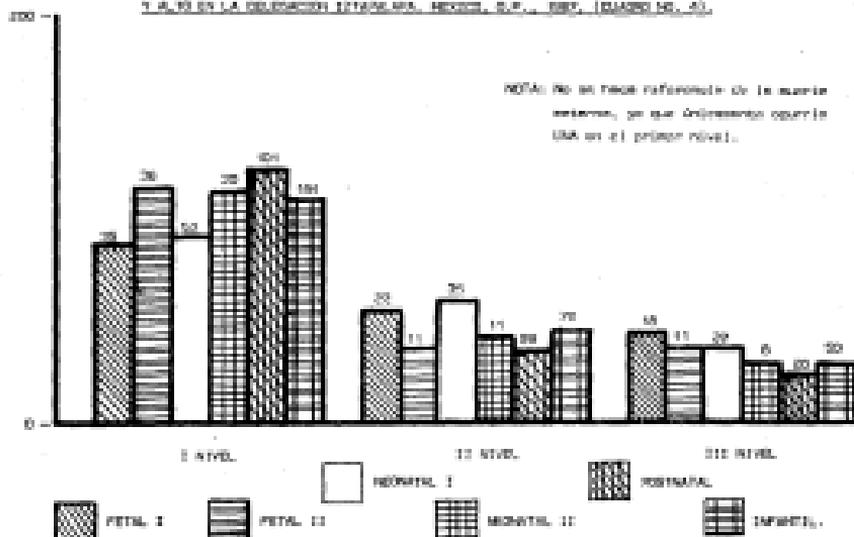
CENTRO DE INVESTIGACION MATERNO INFANTIL
GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO

MORTALIDAD MATERNO INFANTIL	I NIVEL		II NIVEL		III NIVEL	
	NUMERO	TASA DE MORTALIDAD	NUMERO	TASA DE MORTALIDAD	NUMERO	TASA DE MORTALIDAD
MATERNA	1	3.6x10,000	0	0	0	0
FETAL I	36	3.6x1,000	22	2.4x1,000	18	1.6x1,000
FETAL II	36	3.6x1,000	11	1.2x1,000	11	1.2x1,000
NEONATAL I	53	5.7x1,000	36	3.6x1,000	22	2.4x1,000
NEONATAL II	30	3.2x1,000	11	1.2x1,000	0	0.6x1,000
POST NEONATAL	161	11.6x1,000	23	2.5x1,000	30	3.1x1,000
INFANTIL	184	17.1x1,000	70	8.1x1,000	50	5.4x1,000
T O T A L	440	47.7x1,000	163	16.6x1,000	120	13.6x1,000

Cuadro No.4. Distribución de la mortalidad materno infantil en los tres niveles socioeconómicos.

Fuente: Encuesta CIMIGEN 57. Itzapalapa, D.F.

NOTA: EDADES MATERNAS (MATERNS), DE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS PADRES
Y A LO EN LA COLECCIÓN ESTADÍSTICA, MÉXICO, S.P., 1987, (CUADRO NO. 4).



ATENCIÓN PERINATAL INTEGRAL PROPORCIONADA POR PARTERAS EMPÍRICAS
EN LA DELEGACIÓN IZTAPALAPA, MÉXICO, D.F., 1989. CUADRO NO. 5.

C I M I G E N

CENTRO DE INVESTIGACIÓN MATERNO INFANTIL
GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO

ATENCIÓN	TIPO DE ATENCIÓN PRESTADA POR PARTERAS EMPÍRICAS
DIAGNOSTICO DEL Embarazo	Por edificación, tocan el latido del niño desde antes de 3 meses, por medio de masajes en el abdomen externo.
PRENATAL	Uso con total libertad de vitaminas, antieméticos, analgésicos, diuréticos sin conocimiento alguno, prohíben las religiones sexuales, limpien con hierbas y huevos para desahogar sales espíritus, dan masajes para acceder al niño y evitar hemorragias.
PARTO	Utilizan agua, orégano, huevos, té de escamas para acelerar el trabajo de parto, amoniacos de Kristell con frecuencia, están en contra de la episiotomía, algunas no hacen el parto, ni aun revisión de cavidad. Utilizan tijeras, hilo de coser y trapos viejos.
POSTPARTO	Dan baños de hierbas, limpien con hierbas para sacar los sales espíritus, los con de coser, los vendan.
RECIBO NACIDO	Lo recomiendan a base de religión, hueso de algamo en la cara cuando hay sufrimiento fetal lo sacan sacadas de ----- (cabello) en la cara.
COMPLICACIONES en parto	Son inevitables precipitados por Dios, escuchando a la mujer a los santos.
LACTANCIA	Hasta que lo separen los dientes (2 años), recomiendan la ingesta de abundantes aceites para que haya gran cantidad de leche.
PLANIFICACION FAMILIAR	Los que manda Dios, están en contra de los métodos anticonceptivos.
ATENCIÓN BASADA EN	Tradiciones, costumbres, experiencias, tienen vínculo religioso y ritual muy estrecho con la comunidad.
SITIO DE ATENCIÓN	Hogar, en cuartos pequeños, sin los mínimos requisitos de limpieza, practicados: perros, guajolotes, gallinas, etc.

Cuadro No. 5. Tipo de atención prestada por parteras empíricas.

Fuente: Entrevistas a parteras empíricas en la Delegación Iztapalapa, México, D.F., (Anexo No. 2).

K. ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la aplicación de la encuesta COMBEN 67, nos muestra que existe una clara diferencia en la preparación de nacimientos que se atienden en el hogar de los pacientes, ya que esta es de 30% entre los que nacieron en el nivel socioeconómico bajo, y con sólo el 3.4% en el nivel alto, siendo en el nivel medio una cifra intermedia del 13%.

También es notable la proporción de atención en hospital privada, similar para el nivel I y II, y mucho más elevada en el nivel III.

La atención en hospitales institucionales es más elevada en el nivel II con 2,583 atenciones privadas, mientras que en el nivel I 1,813 y en el nivel III 708, observándose una gran diferencia.

Los resultados que se especifican en el cuadro número 1, son absolutamente congruentes, ya que la población del nivel I recurre más al parto domiciliario debido a la carencia de recursos económicos y a la falta de Seguridad Social.

En cuanto al tipo de profesional que atiende el nacimiento, ocurre un fenómeno muy similar, como se observa en el cuadro número 2.

Se destaca que en los tres niveles socioeconómicos, la atención por enfermeras es mínima y no va más allá del 2%. Mientras que los partos espontáneos alcanzan hasta el 30% en el nivel I y el 2% en el nivel III.

La atención por médico general se percibe en los tres niveles, y la atención por médico especialista es similar entre el II y III nivel, observándose un 75%, mientras que en el nivel I no va más allá del 30%.

En lo que se refiere a la forma de terminación de los embarazos se observa que el aborto se correlaciona más frecuentemente con el nivel socioeconómico más elevado.

Los recién nacidos prematuros o postmaturos son semejantes en los tres niveles. En cambio, predominan claramente en proporción de tres a uno las nacimientos postmaturos en el nivel I.

En cuanto a la mortalidad materna predominan claramente en el nivel I, no presentándose ninguna en el nivel II y III.

Las muertes fetales son similares para los tres grupos cuando ocurre entre las 20 y 27 semanas, pero son mucho más frecuentes en el nivel I cuando ocurren de las 28 semanas en adelante.

Las muertes neonatales I y II, son ligeramente más frecuentes en el nivel I, pero es considerablemente mayor la mortalidad postneonatal en proporción de 2 a 1 en el nivel I, en relación con los niveles II y III.

La mortalidad infantil es prácticamente el doble en el nivel I que en el II y III.

La insuficiente cobertura por profesionales de la salud, la atención perinatal inadecuada que reciben de parte de las parteras empíricas, además de otros factores ocasionan un alto índice de recién nacidos, trauma obstétrico, defectos al nacimiento y mortalidad materna e infantil en el nivel socioeconómico bajo.

Este problema requiere de un esfuerzo enorme para utilizar con mayor racionalidad los recursos humanos, materiales y técnicos en su resolución.

La atención de partos proporcionada por profesionales de la salud (DPOC, ISSSTE, SSA y Privados) es del 60% de la población aproximadamente, mientras que la de las parteras empíricas es más del 40%.

BASES DE SOLUCIÓN.

La mortalidad perinatal:

ESTRATEGIA
DE SALUD
DE ALTO RIESGO
DE ALTO RIESGO
DE ALTO RIESGO

- Es previsible: Reducir la detección y calificación de riesgo, en el momento (cuanto antes).
- Es prevenible: Disminución de embarazos de alto riesgo por medio de la Planificación Familiar.
- Es manejable: Sistemas de atención por niveles progresivos de riesgo.
- Prevenir: Es trascendente, se obtiene mejor calidad de vida.

IMPACTO ECONOMICO.

La atención prenatal del 100% de la población implica multiplicar varias veces los recursos que se destinan actualmente para ella, si se utilizan solamente algunos establecimientos hospitalarios, médicos, enfermeras, etc.

BASES PARA LA PREVENCIÓN.

1. Estrategia de riesgo.
2. Referencia oportuna.
3. Atención de bajo riesgo por personal de salud del nivel primario:
 - Preconcepcional (Planificación Familiar).
 - Gestacional (Atención Prenatal).
 - Parto (Atención del Parto).
 - Recién Nacido (Atención del Recién Nacido).
 - Control y Seguimiento (Atención Postnatal Integrada).

RECURSOS PARA LA PREVENCIÓN.

Incluir a los Licenciados en Enfermería y Obstetricia para la atención de embarazadas y partos de riesgo bajo en el equipo de salud, permite apoyar a la población, ya que están preparados para actuar en diversos niveles de atención, tendientes a mejorar las condiciones de salud, así como para pro-

venir, detectar y calificar el riesgo neonatal y otro con sólidas bases éticas, técnicas, científicas y con responsabilidad profesional y jurídica para referirlos oportunamente y adecuadamente a los niveles de atención correspondiente.

Considerando que los partos espíriticos forman parte importante de la comunidad, en la que muchas veces son incluso líderes, es conveniente incluirlos en los programas de atención materno infantil, con estrategia de riesgo como parte del equipo de salud en el nivel primario, orientado por los licenciados en Enfermería y Obstetricia. Para que por este sólo hecho se clasifique la necesidad de atención que se requiere de modo que, aproximadamente el 70% de los embarazos puedan ser atendidos mediante la utilización de la "Estrategia de Riesgo Perinatal".

La atención en el bajo riesgo por personal calificado en el nivel primario-gestacional por medio de la Planificación Familiar; gestacional, con una atención prenatal adecuada, parto y recién nacido; así como el control y seguimiento de atención perinatal integral asegura la salud y el derecho a la vida de niñas y niños de nicaragüenses.

XI. R E S U M E N.

La práctica de la partería existió mucho antes del advenimiento de la escritura.

Algunos de los primeros registros datan 2,500 A.C., donde se describe a ---
NOMTUM (La partera de los Dioses).

Debido a que se comprendía tan poco sobre el proceso reproductivo y a que -
las parteras empíricas se apoyaban en ritos y pociones para proteger a la -
mujer que daba a luz, con frecuencia se las acusaba de brujería y de magia,
de hacer que las mujeres se tornaran estériles y de causar defectos al recién
nacido.

Las parteras legales o ilegales, capacitadas o no, atienden ahora al 60 y -
al 80% de los nacimientos en el mundo, y en México a más del 40%.

Las parteras empíricas no tienen conocimientos científicos para lograr una
adecuada atención perinatal integral, ya que se basan en costumbres, tradicio
nes y creencias.

Por otra parte la carrera de Enfermería ha sido paralela al desarrollo cien
tífico de la medicina, pasando por diferentes etapas desde la ayuda al des
valido o enfermo por humanidad hasta la especialidad de sus actividades.

En México la carrera de Enfermería se fue independizando de la profesión mé
dica. En 1946, se fundó la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Univer
sidad Nacional Autónoma de México y en 1970 se otorga la Licenciatura en En
fermería y Obstetricia.

La Licenciatura en Enfermería y Obstetricia surgió como consecuencia de un
proceso histórico determinado, en donde existe un desequilibrio entre la me
dicina curativa y la medicina preventiva y como respuesta a las necesidades
del país.

La explosión demográfica en el país va en aumento existiendo 3,500,000 habitantes al año.

La mortalidad perinatal al año en el país es considerable ocurriendo 800,000 abortos; 250,000 prematuros, 50% de estos mueren por incapacidad de adaptarse a la vida o por insuficiente atención médica, de los sobrevivientes el 50% queda con secuelas neurológicas, 300,000 son hipotroóficos de los cuales sobrevive el 30%; 60,000 son malformaciones de los que el 10% sobrevive y los demás quedan con secuelas neurológicas; y 125,000 con trauma obstétrico.

La cobertura de profesionales de la salud es insuficiente para la atención perinatal integral que demanda el país.

Por otro lado las parteras empíricas cubren a gran parte de la población en términos infantil en México.

La justificación, hipótesis y objetivos se realizaron en base al enorme problema perinatal que existe en el país, dando respuestas a fin de resolver las necesidades de atención perinatal integral que demanda el país.

En cuanto al material y métodos se encuestaron a 991 familias en el nivel I 1,000 en el nivel II y 719 en el nivel III. Se llevaron a cabo cuatro entrevistas a parteras empíricas en las cuales se vio la necesidad de hacerlas pasar por embarazada dejándose revisar para obtener datos fidedignos. Además se estudiaron estadísticas vitales de tasa de natalidad y mortalidad perinatal en México.

Se hizo una caracterización de tres estratos socioeconómicos:

- I Nivel: Socioeconómico bajo.
- II Nivel: Socioeconómico medio.
- III Nivel: Socioeconómico alto.

Los resultados obtenidos en el nivel I, II y III respectivamente fueron:

- Número de recién nacidos: 3,750, 3,241 y 2,003.

- Número de embarazos atendidos en:

	I Nivel:	II Nivel:	III Nivel:
Hogar	1,203	421	71
Hospital privado:	604	700	1,327
Hospital Institucional:	1,873	2,420	702

- Número de embarazos atendidos por:

Médico especialista:	1,243	2,400	1,002
Médico general:	838	400	400
Enfermeras:	40	48	35
Comadronas:	1,161	288	118

- Tiempo de terminación del embarazo:

Abortos:	200	279	216
Insucedidos:	39	32	23
Prebárminos:	183	154	143
Términos:	233	63	43
Postbárminos:	3,143	2,723	1,715

- Mortalidad neonatal (Infantil):

Neonatal:	1	-	-
Fase I:	36	42	10
Fase II:	36	11	11
Neonatal I:	53	35	22
Neonatal II:	30	11	0
Postneonatal:	101	23	20
Infantil:	184	75	50

Los resultados obtenidos en las entrevistas a parturancas espíriticas en cuanto a atención perinatal fué la siguiente:

- Diagnóstico del embarazo: A través de adivinanzas y mensajes en el abdomen.
- Atención prenatal: Usa con total libertad vitasinas, antiespasmódicos, espasmódicos y diuréticos sin conocimiento alguno. Prohíben las relaciones sexuales, dan masajes para acomodar al niño y evitar hemorragias, limpian con hierbas y huevos para desalojar malos espíritus.
- Parto: Utilizan occitócicos de origen vegetal (orégano, ruda, etc.), además de usar huevos y té de moscas para acelerar el trabajo de parto. Emplean maniobras de Kristell frecuentemente, están en contra de la episiotomía. Algunas no hacen teste ni aun revisión de cervical. Usan tijeras, - hilo de coser y trapos viejos.
- Posparto: Dan baños de hierbas, los limpian para sacar los malos espíritus, les dan de comer y los vendan.
- Atención al recién nacido: Lo frotan a base de malgates, huito de ajonjolino en la cara, cuando hay sufrimiento fetal lo rocían horroreadas de alcohol en la cara.
- Complicaciones del parto: Son propiciadas por Dios.
- Lactancia: Hasta que salgan los dientes (3 años), recomiendan la ingesta de abundantes papas para que haya una gran producción de leche.
- Planificación familiar: Los que manda Dios, están en contra de los métodos anticonceptivos.
- El sitio donde atienden los partos es en el hogar, en cuartos pequeños, - sin los mínimos requisitos de limpieza, privacidad (parras, gasac, guajolotes, etc.).
- La atención es basada en tradiciones, costumbres y experiencias, teniendo un vínculo religioso y ritual muy estrecho con la comunidad.

Analizando los resultados se observa que existe un gran problema perinatal - en la Delegación Ixtapalapa en México, D.F., acentuándose más en el nivel socioeconómico bajo, ocurriendo:

- Alto índice de nacimientos.

- Morbi mortalidad perinatal elevada.
- Insuficiente cobertura por personal profesional
- Alto porcentaje de población externa infantil atendidos por parteras empíricas.

Incluir a los Licenciados en Enfermería y Ginecología en el equipo de Salud para la atención perinatal con "Estrategia de Riesgo", permite apoyar a la población externa infantil, cubriendo aproximadamente el 70% de los obstetras. Procurando de esta manera la salud y el derecho a la vida de ellas y - miles de bebés.

XII. BIBLIOGRAFIA.

1. LÓPEZ Acuña, Daniel: La salud Desigual en México, Ed. Siglo XXI, Sa. ed. México, 1984, pp. 20-103.
2. I.N.E.G.I.: Información Epidemiológica Sector Salud y Seguridad Social, Cuaderno No.4, México, D.F., 1985, p. 5.
3. JACOBSON, T: The Treasures Of Darkness a History of Mesopotamian Religion. New Haven Connecticut, Yale University Press. 1976, p. 273.
4. LICHTHEIM, H: The Birth of The Royal Children. In: Lichtheim, H. Ancient Egyptian Literature: a Book of Readings Vol. 1, The Old and Middle Kingdoms. Berkeley, California University of California Press, 1973, p. 220-226.
5. ANDLING, J.H. English Midwives: Their History and Prospects. London, -- Hugh K. Gillies. 1927, p. 106.
6. CONNISON, J. Midwives and Medical Men: a History of Interprofessional -- Rivalries and Women's Rights. New York, Schocken Books. 1977, p. 250.
7. FORBES, T.P. The Midwife and The Witch. New Haven, Connecticut, Yale University, Press. 1966, pp. 112-132.
8. GRAHAM, H. Eternal Eve: The History of Gynaecology and Obstetrics. Garden City New York, Doubleday, 1951, pp. 136, 170, 214, 241, 373, 480.
9. SPICER, H. Iconographia Gynaecologica: a Pictorial History of Gynaecology - and Obstetrics. Philadelphia, Pennsylvania, F.A. Davis. 1973, p. 540
10. BURHANUDDIN, R. Training Programmes. In: Sikandi, S., ed. The role of -- The Traditional Midwife in The Family Planning Program. Report of National Workshop to Review Researches Into D.Aun Activities Related to MCH -

Care and Family Planning. Indonesia July 31-August 2, 1972. Jakarta, Indonesia, National Family Planning Coordination Board. 1972, pp. 30-35.

11. GOOD, C.H., HANSEN, J.H., KATZ, S.H., and KATZ, S.S. The Interface of -- Dual Systems of Health care in The Developing World: Toward Health Policy Initiatives in Africa. *Social Science and Medicine* 13 D (3): PP. 141-154. November 1973.
12. KEKAR, D.N. One Hundred Practitioner of Folk, Indigenous (registered) -- and modern Systems of medicine. In: Kekar, D.N. *Folk and Modern Medicine*. Nal Saras Delhi, India, New Asian Publishers. 1977, pp 102-105.
13. HARRISOTT, M. Western Medicine in a village of northern India In: Paul, - B.S. and Miller, W.B. *Health Culture and Community: Case Studies of Rural Reactions to Health Programs*. New York, Russell Sage Foundation, -- 1953, pp. 239-268.
14. THAMBI, P.A. A Social History of The Okavalian Pluralistic Medical Systems. *Social Science and Medicine* 13B: pp. 349-356, 1979.
15. NORTHAN, G.L. and HOPSTATTER, E. *Population and Family Planning Progress* 2nd ed. New York, Population Council. 1979, p.21.
16. PILLSBURY, B.L.K. Reaching The Rural Poor: Indigenous Health Practitioners and Their Already. Washington, D.C. Agency For International Development, Office of Evaluation, February 1975. (AID Program Evaluation -- Discussion Paper No. 2) p.55.
17. VERDERGHE, H. de L. and TURNBULL, L.M. The Traditional Birth Attendant - in Maternal and Child Health and Family Planning: a Guide to her Training and Utilization, Geneva, Switzerland, World Health Organization, -- 1975, p. 11.
18. EL SALVADOR, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH AND SOCIAL ASSISTANCE and PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION PAN AMERICAN SANITARY OFFICE. REGIONAL OFFICE OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. Seminar on The Utilization and Training

of The TBA in mother and child care and family welfare San Salvador, El Salvador, Ministry of Public Health and Social Assistance, 1975, p. 9.

19. WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO Proximal reports of The Seminar on Traditional Practices Affecting the Health of Women, Khartoum, Sudan, February 10-15, 1979 Khartoum, Sudan WHO, February 10, 1979 EHEM TR. -- PR. AF: RTH MWR p. 25.
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO DIVISION OF HEALTH HANPOWER DEVELOPMENT. -- Training and utilization of traditional healers and their collaboration with health care delivery systems. Geneva, Switzerland, WHO, 1975. Executive Board Document EB 57/21 Add. 2, p. 6.
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) REGIONAL OFFICE FOR AFRICA. Training -- and supervision of traditional birth attendants: report of a study ---- group. Brazzaville, December 9-12, 1975 Brazzaville, Congo, WHO, 1975, - p. 104.
22. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) REGIONAL OFFICE FOR SOUTHEAST ASIA. Resolutions of the Regional Committee for Southeast Asia. Geneva, Switzerland, WHO, 1976 (SEA) RC 29/1R11.
23. WORLD HEALTH ORGANIZATION SECRETARIAT Traditional Birth attendants: activities, problems and prospects for the future Prepared for the Inter-regional Consultation on Traditional Birth Attendants, Mexico City, México, December 10-14, 1979, p. 14.
24. WAYMARD J.A., Historia de la Medicina, Ed. Fondo de Cultura Económica, - 1a. ed. México, D.F., 1960, pp. 222-279.
25. VERDEPÈRE, M. de L. Consultation on The role of the traditional birth - attendant in maternal and child health and family planning Geneva, ---- March 13-20, 1973: report of review and analysis of information and ---- data on traditional birth attendants. Geneva, Switzerland, World Health Organization (WHO), 1973 (WHO/HQ/MURD/73.3), p. 165.

26. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) DIVISION OF HEALTH MAN POWER DEVELOPMENT. Traditional Birth Attendants an annotated bibliography on their training utilization on their training utilization and evaluation, Geneva, Switzerland, WHO, 1979 (HQ/MHP/791), p. 68.
27. INTERNATIONAL COOPERATION OF MIDWIVES (ICM) and UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT Comprehensive activities report 1978-june 30, 1978. London, ICM 1978 (CSO 3411), p. 485.
28. ANONIMOUS. Basic reproductive health training curricula for dala ----- (table) Presented at the Workshop on Training of Dala Trainers, Comilla, Bangladesh, May 2-June 4, 1977.
29. ANONIMOUS. TBA's practices in Belize. Presented at the ICM in-country Workshop on the Training and Supervisors of Traditional Birth Attendants, Storm Creek, Dangriga, Belize, October 18-November 10, 1978, p.1
30. BRIDGER, B. Report of a Workshop on Training of Trainers Supervisors of TBAs, Ungarung, Indonesia, February 12, March 10, 1979, [ICM/USAID Project: Expanded Involvement of the Midwife in Reproductive Health] Comilla, Bangladesh, April 30. 1979 63 p. (Rural).
31. LIMA, A. Report of the Workshop on Training of Trainers and Supervisors of Traditional Birth Attendants. Presented at the ICM/ USAID Project -- Sanl, Peruvia, Dominican Republic, January 20-February 16, 1979, p. 8.
32. LIMA, A. Report of the Workshop on Training of Trainers and Supervisors of Traditional Birth Attendants in rural areas and the expanded role of nursing/midwifery personnel in reproductive health. San Juan, National, and San Isidro, Costa Rica, September 7-October 17, 1979. [ICM/USAID -- Project] p. 12.
33. LIMA, A.D. Synopsis of the Proceedings of the Workshop on Training of Trainers and Supervisors of Traditional Birth Attendants in rural areas the expanded role of nursing/midwifery personnel in reproductive health

- Tapayao, Nicaragua, June 26-July 22, 1978 (ICM/ USAID Project), p. 15.
34. ANONYMOUS, Annex 5.2: a study of midwives (comadronas) Guatemala, City, Guatemala Health Sector Assessment, November 1977, p. 40.
 35. WILLIAMS, C.D. and JELLIFFE, D.B. Cultural Factors, Inc: Williams, C.D. - and Jelliffe, D.B. Mother and child health: delivering the services. London, Oxford University Press, 1972. p. 12-15.
 36. FOREIT, J.R. GONZALEZ, H.E., GILLESPIE, D.S., and MERRITT, C.S. Community based and commercial contraceptive distribution an inventory and appraisal. Population Reports, Series J, No. 19, Population Information Program, March 1978, p. 29.
 37. ANONYMOUS, Conclusions and recommendations, In: Sukanti, S. ed. The role of the traditional midwife in the family planning program. (Report - of National Workshop to Review Researches Into Dukun Activities Related to MCH Care and Family Planning, Indonesia, July 21-August 2, 1972) Jakarta, Indonesia. National Family Planning Coordination Board, 1972. -- pp. 47-52.
 38. ALTMAN, D.L. and PIOTROW, P.T. Social marketing: does it work? Population Reports, Series J, No. 21, Population Information Program, January-1980, p. 43.
 39. GARDEZI, H.N. and INAYATULLAH, A. The dal study: the dalmidwife-a local-functionary and her role in family planning. Lahore, Pakistan, West -- Pakistan Family Planning Association, 1980., p. 106.
 40. PAUL, L. and PAUL, B.D. The Mayo midwife as sacred Specialist: a Guatemala case. American Ethnologist 2(4): 707-725 November 1975.
 41. JAMIESON, Social, Sukarti, Mass Briso. Historia de la Enfermeria: México, Ed. Interamericana, 1978. p. 429.

42. EL-HAMASY, L. The days Egypt survives a redefining society. Pasadena, California Institute of Technology, Caltech Population Program, 1973 [Occasional papers, Serie 1, No.8], p. 32.
43. HUNTE, P. Responses of daia to modern medicine in Afghanistan: some observations and research considerations Presented at the Conference on Rural Life in Afghanistan: The Prospects for Development, Center for --- Afghanistan Studies, University of Nebraska, Omaha. September 25, 1976. p. 15
44. THORNE, M. and MONTAGUE, J. Role and function of the traditional midwife in Islamic societies of the Near East and North Africa, In: Universities of Pennsylvania, Middle East Center, Society, medicine and history - of the Middle East [To be published by Southern Illinois University --- Press].
45. BERNARD, R.P., Kendall, E.H., PENG, L.Y., and KESSEL, E. Maternity care monitoring (MCM): where next? Presented at the (PPP-IDC East and South East Asia Seminar on Regional Fertility Research, Bangkok, Thailand, -- July 15-20, 1979. p. 49.
46. HUNTE, P., SAFI, M., MACEY, A., and KERN, G. Indigenous Fertility regulation methods in Afghanistan In: Afghanistan and U.S. Agency For International Development. National Demographic and Family Guidance Survey - of the Settled Population of Afghanistan Vol. 4 Folk methods of fertility regulation; and the traditional birth attendant (the daia). Kabul, - Afghanistan , 1975 [Family Guidance Research Report No. 51].
47. AMFOFO, O.A. Role of traditional midwifery in maternal and child health CARE In: World Health Organization (WHO) Regional Office for Africa. -- Training and supervision of traditional birth attendants: report of a - study group. Brazzaville, Congo. WHO, Regional Office for Africa, 1976. pp. 108-116.

48. CHEN, P.C.T. An analysis of customs related to childbirth in rural Malay culture. *Tropical and Geographical medicine* 25: 187-204, 1973
49. HANCOCK, P.F. The midwife in El Salvador and her role in the rural --- health system... Finding and recommendations Washington, D.C., U.S. --- Agency for International Development, Office of Population, [1977], --- [AID/pha/C-1900] p.35.
50. HILL, V.J. Women, doctors, and family health care: conclusions from rural Java. *Studies in Family Planning* 10 (11-12): 315-325, November-December 1979.
51. JORDAN, B. Birth in four cultures, Montreal, Canada. Eden Press Women's Publications, 1978. P. 103.
52. KAKAR, D.N. Role of indigenous midwife in family planning programs. -- *Nursing Journal of India* 63(1), 14, 26, January 1972.
53. BRAND, Peña, Federico. Nociones de Historia de Enfermería; Impresora -- San Carlos, México, 1967, p. 922.
54. KELLY, I. An Anthropological approach to midwifery training in México. *Journal of Tropical Pediatrics*, March 1956. pp. 200-205.
55. PILLSBURY, S.L.K. Traditional health care in the Near East. Washington, D.C., U.S. Agency for International Development, 1978. [AID/NE-C1396] - p. 147.
56. SOLIZEN DE GONZALEZ, M.L. and BÖHR, H. Child-rearing practices, nutrition and health status. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 14(2): 77-96. - April 1966.
57. WELER, S.C. Measuring Intra-cultural variation on the two-fold classification of diseases in rural and urban Guatemala. Presented at the 40th Annual meeting of the Society for applied Anthropology, Denver, Colorado

March 1950, p. 4.

58. SAYLOR, A. The training and activity of village midwives in the Sudan. *Tropical Doctor* 8(3): 118-125, July 1978.
59. AMPFOFO, D.A. and ADOLATSE, P.A. The art and science of the traditional-birth attendant in Ghana: possibilities of their role in midwifery care. In: World Health Organization (WHO) Regional Office for Africa. Training and supervision of traditional birth attendants: paper of a study-group. Brazzaville, Congo WHO Regional Office for Africa, 1976. pp. 117-134.
60. BHANDARI, V. and BHANDARI, U. Indigenous dala: a study of 50 cases. *Family Planning News*, February 1970, p. 11-13.
61. CHEN, P.C.Y. Effects of the trained midwife on traditional domiciliary-midwifery in a rural Malay community. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health* 1(2): 210-224, June 1970.
62. HART, D.V. Free pregnancy through birth in a Bisayan Filipino village - In: Hart, D.V., Rajachan, P.A., and Coughlin, R.J., eds. Southeast Asian birth customs. New Haven, Connecticut, Human Relations Area Files Press, 1965. pp. 5-113.
63. MACEY, A., HUNTS, P., and SAFFI, H. The traditional birth attendant in Afghanistan: the dala. In: Afghanistan, and U.S. Agency for International Development. National Demographic and Family Guidance Survey of the Settled Population of Afghanistan. Vol. 4. Folk methods of fertility regulation; and the traditional birth attendant (the dala) (Kabul, Afghanistan), 1975. pp.52-88.
64. EISENBERG, M. Case studies: Anisa: a Maya woman copes; excerpts from field notes. In: Eisenberg, M. Behavior among Mayan women in the Yucatan Peninsula in relation to demographic and technological change: a composite report. New York, Research Institute for the Study of Man, --

October 1979. p. 3. (Mimeo).

65. REINA, R.E. The individual: birth to death. In: Reina, R. E. The law of the saints: a Pokonan pueblo and its community culture. Indianapolis, -- Indiana, Bobbs-Merrill, 1966. pp. 237-251.
66. COGHINSKY, S. Cross-cultural perspectives on midwifery. In: Grullig, F. and Haley, H., eds. Medical anthropology The Hague, Netherlands, Mouton Press, 1970. pp.223-245.
67. WILLIAMS, B. The traditional birth attendant. Freetown, Sierra Leone, - Ministry of Health, 1979. p. 52.
68. GORDON, J.E., GIBSON, H., and WONG, J.B. Midwifery practices in rural - Punjab, India. American Journal of Obstetrics and Gynecology 93(5): --- 734-742. November, 1965.
69. HUE, B.O. Decalated report of the seminar-workshop on training of health personnel and TEAs in reproductive Health, Yaounde, Cameroun, July ---- 1-14, 1978 (ICM/ USAID Project) p. 38 (Unpublished).
70. BHATTIA, S., DHAKSHINATHY, I., and FARUQUE, A.S.O. Indigenous birth practices in rural Bangladesh and their implications for a Maternal and --- Child Health Programme. Dacca, Bangladesh, International Centre for --- Diarrhoeal Disease Research, July 1979. (Scientific Report No. 86), p. 21.
71. SHEOLIN, R.O. Identification of traditional practitioners and community agents. New York, Columbia University, Center for population and Family Health, January 10, 1978. p. 2. (Unpublished).
72. SUJATNI. Role and status of the dukun. In: Sukarti, S., ed The role of- the traditional midwife in the family planning program. Report of Netig nal Workshop to Review Researches in so Dukun Activities Related to MCH Care and Family Planning, Indonesia. July 31-August 2, 1972 Jakarta. -- Indonesia. National Family Planning Coordination Board, 1972. pp.16-21.

73. ABDULLAH, H.Z.B. Problems and Findings from the TEA program in Malasia. In: Pang, J.Y., Kasovich, S., and MacIntyre, T., eds. Role of traditional birth attendants in family planning [proceedings of an international seminar, Bangkok and Kuala Lumpur, July 13-26, 1974] Ottawa, Canada, International Development Research Centre, 1974 (DRC-039a) pp.65-70
74. INTERNATIONAL INSTITUTE RURAL RECONSTRUCTION. A case study of induced-abortion in rural villages of Cavite, Philippines (1975) p. 29 (Unpublished).
75. POPULATION INFORMATION PROGRAM, Survey on Traditional Birth Attendants.- Baltimore, Maryland, Johns Hopkins University, 1979. p. 721.
76. NARKAVONAKIT T. Abortion in rural Thailand: a survey of practitioners.- Studies in Family Planning 10(8-9): 203-209. August-September, 1979.
77. URSINA FUENTES, M. (Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar). (Training of traditional midwives in México). Personal Communication, January 30, 1980.
78. POPULATION INFORMATION PROGRAM. Survey on Traditional Birth Attendants. Baltimore, Maryland, Johns Hopkins University, 1979. p. 721, individual respondents listed below. ["ANONYMOUS" refers to respondents who completed and returned questionnaires but did not wish to be identified]. --- ANONYMOUS, México.
79. FULLER, M. and JORDAN, B. Maye women and the end of the birthing period: postpartum message-and-binding in Tuxtepec, México, East Lansing, Michigan State University, Department of Anthropology, 1979. p. 20. --- (Unpublished).
80. ARIAS HUERTA, J. and KELLER, A. La partera espírita: ¿Colaboradora potencial del Programa Nacional de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar? (The traditional birth attendant: potential collaborator with the National Program for Maternal and Child Health and Family Pla-----

ning?) (SP) Salud Pública de México 16(5): 493-498. September-October 1976.

81. SHEDLIN, H.S. The traditional practitioner: a resource in the provision of modern health services. New York, Columbia University, 1978. p. 16 - (Unpublished).
82. UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID), OFFICE OF POPULATION. Operation research projects. Washington, D.C. USAID, October 1979. p. 16. (Misc).
83. SHEDLIN, H.S. Cultural factor affecting the acceptability of community-based distribution: a Mexican demonstration project. Draft Prepared for the World Health Organization Symposium, Acceptability Research in Family Planning, 36th Annual Meeting of the Society for Applied Anthropology, Mérida, México, April 1978. p. 59.
84. KIRWAN, T.L. The role of the traditional village midwife in the Middle East. Master's Thesis, May 1978. p. 84 (Unpublished).
85. SIMPSON-HERRT, M. Breastfeeding in Iran and its relation to fertility. (Doctoral dissertation University of North Carolina at Chapel Hill, 1977) Ann Arbor, Michigan, University Microfilms, 1978. p. 163.
86. CORDA, Sánchez J. "La formación profesional del personal de enfermería; Tesis; México, ENED-UNAM. 1977, p. 137.
87. KARDH, H. and ROUSHKY, A. Complications of Female circumcision. Gazette of the Egyptian Society of Gynecology and Obstetrics 15(2): 1995.
88. KARDH, H. AND ROUSHKY, A. Female circumcision and sexual desire. Cairo, Egypt. Ain Shams University Press. 1965.
89. OGBURNODE, C. End this mutilation, People 6(1): 30-31. 1978.

80. RASHEB, S.S., SMITH, E., and MOKHEER, S.A. A study of Knowledge and -- attitude of nurses in Alexandria towards female circumcision. Bulletin of the High Institute of Public Health of Alexandria 8(1): 293-306.---- 1978.
81. VERZIN, J.A. Sequelae of female circumcision. Tropical Doctor 8(4): --- 188-189. October 1978.
82. BADRO, S. Psychosocial aspects of female circumcision in the Sudan. Pre- sented at the Seminar on Traditional Practices Affecting the Health of- Women, Khartoum, Sudan, February 10-15, 1979. p. 12.
83. PIETERS, G., and LINDENFELS, A.B. Infibulation in the Horn of Africa. -- New York State Journal of Medicine, April 1977, p. 726-729.
84. UMAN, Secretaría de Salud/Franco e Investigación en Atención Primaria de - La Salud. Programa de Medicina General Integral. Antropología y Prácti- ca Médica. Cd. Universitaria, Agosto de 1987. pp. 264-275.
85. C.I.H.I.S.E.N. Centro de Investigación Materno Infantil, Grupo de Estu- dios al Nacimiento, documento interno, México, D.F., 1976.
86. VARGAS, S. Carlos. Normas para la Atención Materno Infantil, Centro de- Investigación Materno Infantil, Grupo de Estudios al Nacimiento ----- (CINMIGON).
87. Universidad Nacional Autónoma de México: Plan de Estudios de la Carrera de Enfermería y de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia; México, D.F., 1979. pp. 1-222.

XIII. A N E X O S.

ANEXO NUMERO 1.

ENCUESTA COMUNIDAD 67.

Se estudiaron tres niveles socioeconómicos bien definidos, en los cuales se analizaron: las colonias que lo componen, el total de sus habitantes, la capacidad de los servicios públicos y sus grados de urbanización. El tipo de construcción y características, así como su estado de conservación. El saneamiento ambiental, los recursos para la salud y la seguridad social exigidos en cada uno de estos niveles.

I NIVEL (SOCIOECONOMICO BAJO).

La población total de este nivel es de 27,300 habitantes aproximadamente,-- la caracterización que lo conforma es la siguiente:

- Zonas terraposas y terrenos acilónocados.
- El servicio educativo a nivel medio superior es deficiente.
- Existe una gran cantidad de cantinas y/o vintatras.
- Hay un gran número de viviendas de construcción improvisada o cuartos reducidos.
- Tiene a lo largo de su periferia una gran cantidad de industrias y fábricas.
- La mayoría de las calles, presentan por lo menos cuatro o cinco tiraderos.
- Deficiente servicio de recolección de basura.
- En cuanto a los servicios médicos, sólo aparece alrededor del área un Centro de Salud. A pesar de sus costos bajos, no es frecuentado por el grueso de la población, prefiriendo la atención casera a través de la medicina doméstica, ya que hay desconfianza generalizada a las instituciones de salud.

- El servicio de vigilancia es muy deficiente y eventualmente aparecen por las calles y avenidas policías y patrullas.
- Hay abundante pandillerismo, delincuencia, parasitocdependencia y la drogación sexual entre otras.
- Prolifera la prostitución y hacinamiento.

II NIVEL. (SOCIOECONÓMICO MEDIO).

Está constituido en general por unidades habitacionales de interés social.

La población total de este nivel, es aproximadamente de 10,500 habitantes, y la caracterización que lo conforma es la siguiente:

- La red de comunicaciones es mucho más espesa que la del nivel I.
- La pavimentación es total.
- El trazo de las construcciones es uniforme y planeado.
- Existe un número suficiente de escuelas primarias y secundarias.
- El servicio de transporte, cubre gran parte de la demanda de la población.
- Cuentan con una basta infraestructura comercial, que les permite cubrir sus necesidades básicas de consumo.
- Las viviendas están construidas de paredes de cemento y ladrillo bien acabadas.
- La contaminación generada por fábricas, industrias, transporte y por los tiraderos existentes en la Delegación, alcanza niveles altos de peligrosidad.
- El servicio de recolección de basura es más frecuente.
- En cuanto a los servicios de salud, la mayoría es desconectada.
- Lo relacionado a la Seguridad Pública, cuentan con sistemas de vigilancia.

III NIVEL (SOCIOECONOMICO ALTO).

Los datos estadísticos reportan sólo el 25 de la población total de Ixtapa Iapa, por lo que se vio en la necesidad de encuestar a habitantes de la -- Delegación Coyacoatl.

La población estimada en este nivel es de 4,700 habitantes.

La caracterización es la siguiente:

- El tipo de construcción de la vivienda es definitiva y lujosa, contando con abundantes espacios para: piscinas, estancias, cocinas, cuarto de televisión, biblioteca, jardín, cochera con más de tres cajones de estacionamiento.
- La explosión demográfica es de cuatro niños por núcleo familiar en -- promedio.
- Los estudiantes que viven en este nivel, acuden a escuelas de altos costos académicos y de un "presumible" prestigio académico y social.
- Por su escuela socioeconómica tan alta, se constituye como un atractivo -- foco para el robo y el asalto.
- La seguridad pública en esta zona se redobla: interfonos, puertas eléctricas, grandes rejas y bardas, alarmas y policías particulares.
- Servicios de salud cuentan con un médico particular cada familia, y acceden a hospitales privados de alto prestigio.

ELABORACION DE LA ENCUESTA.

1. IDENTIFICACION.

1.1. Nombre: Comenzando por los apellidos.

1.2. Domicilio: Se anotará la calle, número interior y exterior, manzana, delegación, teléfono, código postal respectivamente.

- 1.3. Fecha de nacimiento: Anotar el año, mes y día.
- 1.4. Informante: La madre será el informante típico, de no contar con su presencia será el padre o en su defecto, personas más capacitadas.
- 1.5. Estado civil: Iglesia, civil, unión libre, soltero, viudo, otro.

2. CARACTERIZACIÓN DE LA VIVIENDA.

- 2.1. Personas que viven en la casa: Incluyendo recién nacidos y enfermos.
- 2.2. Familia que vive en la misma casa: Padre, madre, hijos, familia---
rea, hijos sin padre y pareja.
- 2.3. La casa es: Propia, rentada, prestada, otro.
- 2.4. Tiempo que tiene la familia viviendo en la casa: Años, meses.
- 2.5. Residencia anterior: Ya sea dentro del Distrito Federal o en otro
lado de la República.
- 2.6. Areas con que cuenta la casa: En el caso de baño y recámaras se ---
contará el número.
- 2.7. Servicios con que cuenta la casa: Llenar con una cruz los espacios
correspondientes al caso.
- 2.8. Tipo de construcción: definitiva (planchas, drenaje, techos, luz,
acabados, etc.), Incompleta si la obra se encuentra detenida o en
proceso de construcción.

3. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS.

- 3.1. Cuántas personas contribuyen para el gasto familiar.
- 3.2. Mencionar el miembro de la familia que aporte y la cantidad mensual -aportada.
- 3.3. Gastos mensuales: Anotar precedios aproximados de gastos mensuales en los conceptos especificados.
- 3.4. Consumo: Se anotará el número de días a la semana que se consumen los alimentos, artículos y espectáculos mencionados (mensualmente).
- 3.5. Desechables: Se marcará con una "X" la institución a la que pertenecen o ninguna en su caso.
- 3.6. Observaciones: El entrevistador anotará aquí todos los datos sobre salientes que no operaron en la encuesta y que consideren importantes.

4. HISTORIA REPRODUCTIVA FAMILIAR.

Nombre: En el espacio correspondiente a los padres, se anotará apellido paterno, materno y nombre (s). Están contemplados nuevos espacios para los hijos, se anotarán en orden cronológico incluyendo abortos, partos prematuros, cesáreas, hijos fallidos, si existen hijos adoptados se agregará al final y se hará notar en observaciones.

Edad: Se anotará en el espacio correspondiente de acuerdo a los siguientes criterios:

MUERTE MATERNA: Cualquier muerte ocurrida desde el principio del embarazo hasta 6 meses después del par-

to, independientemente de la causa. Este se anotará en observaciones.

ABORTO: Es la expulsión del producto (s) de la concepción antes de la semana 20 de gestación y con peso menor a 500 gramos.

MUERTE FETAL I: Es la muerte ocurrida entre la 21 y 27 semana de gestación y/o con peso fetal de 1000 gramos o menos.

MUERTE FETAL II: Es la que ocurre de las 28 semanas en adelante de la gestación.

MUERTE NEONATAL I: Ocurrida desde el nacimiento hasta el 6º día posterior.

MUERTE NEONATAL II: Es la ocurrida desde el 6º hasta el 29º día de vida.

MUERTE INFANTE: Es la ocurrida desde el 30º día hasta el primer año de vida.

OTRA: Cualquier otro evento que no esté dentro de esta caracterización.

Peso:	Se refiere al peso con el que nace el niño (anotarlo en gramos).
Talla:	Medir la longitud total del niño al nacimiento en centímetros.
Apgar:	Preguntar al a' informante sobre la calificación de su hijo al primer y quinto minuto de vida, de ignorancia - anotar 00.

- Duración del embarazo:** Se refiere al tiempo transcurrido entre el inicio y la terminación del embarazo (incluye abortos y partos p[re]m[atur]os).
- Duración del parto:** Anotar la duración del trabajo de parto desde el inicio hasta el nacimiento.
- Defensas al nacimiento:** Preguntar específicamente por malformaciones o por estados de salud del niño al nacimiento.
- Complicaciones:**
- En el embarazo: Cualquier estado patológico que afecte la salud materna o fetal durante el período de gestación. Anotar el diagnóstico médico en los síndromes e indicar el número de días de hospitalización si es que los hubo.
 - En el parto: Anotar los días de hospitalización originados por complicaciones durante el parto.
 - En el Puerperio: Toda complicación que ocurra desde la expulsión de la placenta, hasta los 42 días posteriores al nacimiento y días de hospitalización de la madre.
 - En el recién nacido: Cualquier complicación que se presente desde el nacimiento hasta los 28 días de vida. Anotar las complicaciones y los días de hospitalización si los hubo.
- Lactancia al seno:** Anotar el tiempo en que el niño recibió alimentación al seno materno, con cuando haya sido complementado con otros alimentos.
- Vacunación:** Se refiere al esquema nacional de vacunas:
- Vacuna completa: Polio, triple, varicela, BCG.
 - Vacuna incompleta: Si falta alguna de ellas.
 - Nula: En caso de que no se haya aplicado ninguna.

- Escolaridad:** Se llenará de acuerdo a la tabla de escolaridad:
- Analfabeta: 00
 - Alfabetas: 01
 - Primarias: 02
 - Secundaria o equivalente: 03
 - Preparatoria o equivalente: 12
 - Profesional: 17.
 - Subespecialidades, maestrías o equivalentes: 20.
- Ocupación y
apartación:** Anotar el dato que corresponde a la ocupación principal y marcar con una "X" si aporta o no dinero para el gasto familiar.
- Económico:**
- Planificación
familiar:** Se llenará el espacio correspondiente al miembro de la familia. Para menores de edad y ancianos se llenará el espacio "no procede". Menos de 15 o más de 49 años. Ya se anotará el método utilizado (DIU, Hormonales, Definitivo, otro).
- Observaciones:** Todos los datos que se consideren sobresalientes y que no tengan espacio para codificarlos, se anotarán en este rubro.

5. RESULTADOS.

5.1. Tratado de Informante:

Marcar con una "X" la palabra que corresponde a la actitud del Informante durante la aplicación y desarrollo de la encuesta.

5.2. Incidencia por el Centro:

Marcar con una "X" según sea el caso.

5.3. Duración:

Teniendo en cuenta las horas de inicio y de terminación, el aplicador hará la suma en minutos de lo que duró en total la encuesta.

3 ASPECTOS SOCIOECONOMICOS

3.1 Cuántos personas contribuye con el pago mensual?

3.2 Situación de la familia

3.2.1 Fuera

3.2.2 Adentro

3.2.3 Hija(s) Hijos

3.2.4 Otro(a) Niños

(cantidad mensual / Pape)

3.2.5 Total \$

3.3 Cómo distribuye en promedio el pago mensual?

3.3.1 Renta o Fidei

3.3.2 Alimentos

3.3.3 Vestido

3.3.4 Luz

3.3.5 Agua

3.3.6 Gas

3.3.7 Telefonos

3.3.8 Transporte

3.3.9 Escuela

3.3.10 Hospital

3.3.11 Salidas

3.3.12 Ocio/Recreo

3.3.13 Libros

3.3.14 Otros

3.3.8 Subtotal \$

3.3.9 Subtotal \$

Total 3.3.17

3.4 Cómo gasta el dinero cuando compra los siguientes:

ALIMENTOS

CMB

ARTICULOS

CMR

ESPECTACULOS

CMB

3.4.1 Carne

3.4.6 Vaso o Jarro

3.4.11 Teatro

3.4.2 Leche

3.4.7 Botellas

3.4.12 Cine

3.4.3 Huevos

3.4.8 Zapatos

3.4.13 Radio

3.4.4 Frutas

3.4.9 Perifoneo

3.4.14 Televisión

3.4.5 Verduras

3.4.10 Bañeros

3.4.15 Deportes

Observaciones

3.5 Tiene tarjetas de crédito? SI NO SIEMPRE OCA BANCOS OTRO _____

4. HISTORIA REPRODUCTIVA FAMILIAR

Orden	Nombre	Sexo	Edad	Fecha de nacimiento	Fecha de fallecimiento	Causa de muerte	Enfermedades	Tratamiento	Observaciones
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									
35									
36									
37									
38									
39									
40									
41									
42									
43									
44									
45									
46									
47									
48									
49									
50									

5 RESULTADOS

El presente informe es el resultado de la información suministrada por el paciente o sus familiares, y no constituye un diagnóstico definitivo. Se recomienda la consulta con el médico tratante para la interpretación de los resultados.

ANEXO NUMERO 2.

ENTREVISTA NUMERO UNO, REALIZADA A UNA PARTERA EMPÍRICA EN SU DOMICILIO
EN LA DELEGACION ESTANISLAPO, MEXICO, D.F., ABRIL, 1969.

Soconno: Buenas tardes señora, vengo a que me revise porque creo estoy embarazada.

Partera empírica: ¿Quieres tener a su hijo?

Soconno: Sí.

Partera empírica: ¿Por qué no va con un médico?

Soconno: Porque cobran muy caro, y yo no tengo mucho dinero para poder pagar cuando él me lo pide, además que no le tengo mucha confianza para que me revise.

Partera empírica: Pues, quitele los zapatos, acuestese y desábrase, le voy a tocar para ver si está ocupada su matriz (exploró útero, ovarios, e hizo presión en la vejiga, la cual se encontraba distendida).

Soconno: ¿Estoy embarazada?

Partera empírica: Sí, está ocupada su matriz.

Soconno: ¿Que tiempo tengo de estar embarazada?

Partera empírica: Va para 4 meses, ¿pero cuándo fue la última vez que -regió?

Soconno: No estoy muy segura, pero creo fue el día 20 de diciembre.

Pertene espírica: Diciembre, enero, febrero y marzo. va para cuatro meses, así que tendrías a tu hijo en cualquier día de agosto, y no se te nota mucho porque a unos les crece mucho y a otros no, eso depende de lo que comen.

Socorro: ¿Que debo comer?

Pertene espírica: Leche, muchos huevos (tres al día), carnes, verduras y frutas.

Socorro: ¿Cuáles alimentos no debo comer?

Pertene espírica: Azúcar, pan, refrescos, café (si lo puede tomar con un tantito leche) y no puede comer estos alimentos porque le esponjan, tampoco puede comer la carne de puerco, porque es irritante para ti y para el niño.

Socorro: ¿Por qué es irritante la carne de puerco?

Pertene espírica: Es que el animal se come hasta su excremento, por eso la carne es tan incoherente.

Socorro: ¿Se debe aumentar la ración de comida?

Pertene espírica: No, la alimentación debe ser la misma que acostumbrabas.

Socorro: Si presenta alguna complicación en el embarazo, ¿qué debo hacer?

Pertene espírica: ¿Es usted católica?

Socorro: Sí.

Pertene espírica: ¿Tiene mucha Fé en Dios?

Socorro: Sí.

- Partera espírica:** Entonces no tiene porque tener miedo, Dios es muy grande y no se le presentará ningún problema, y si lo presente "es que así Dios lo quiso".
- Socorro:** Tengo muchas náuseas.
- Partera espírica:** Te voy a poner unas inyecciones muy buenas para las -- náuseas, si no se te quitan refiero.
- Socorro:** Me da el nombre de las inyecciones por si no puedo venir.
- Partera espírica:** No tienen nombre, así se les mandan y además son muy peligrosas, solamente yo se como ponerlas, se cuanta -- aguja meto y cuanta saco. Con tres de estas se te quitan las ganas de vomitar, te voy a poner tres, una diga -- ría.
- Socorro:** Yo trabajo en una casa donde llevo ropa, alfombras, cujo -- do niños, subo y bajo escaleras constantemente y cargo cosas pesadas. ¿Es malo que yo haga esto?
- Partera espírica:** No es malo, y si no hace mucho ejercicio entonces el -- hijo se le pega con saba en la espalda.
- Socorro:** Para que el niño se fuerzabilen ¿qué le debo dar?
- Partera espírica:** Te voy a dar unas vitaminas, se va a tomar 200 cápsu-- -- las, una antes de cada comida durante todo el embarazo -- to, aunque se les debe tomar desde el inicio del embarazo para que el niño esté fuerte, no le doy las inye -- -- ciones porque entonces las vitaminas son para tí y no -- para el niño y las cápsulas nada más las aprovecha el -- niño y no tú. (las vitaminas no tenían nombre).

- Socorro: ¿Puede llevar a cabo las relaciones sexuales?
- Partera espírica: No, porque se te sale el hijo.
- Socorro: ¿Cada cuánto tengo que venir con usted?
- Partera espírica: Dos veces al mes, para que le de mensajes y le acordé al niño.
- Socorro: ¿Como se doy cuenta o que síntomas presenta cuando el niño va a nacer?
- Partera espírica: Siente dolores muy fuertes en la cadera, como si se le fuera a reventar algo, se le revienta la fuente y le sale agua clara por su parte, se le pone dura la barriga a cada rato y cuando le pasa eso rápido se viene a ver, porque si no se le sale rápido el niño.
- Socorro: ¿Cuándo tengo esos síntomas que debo traer?
- Partera espírica: Dos mudas de ropa para usted, porque una se encuala -- cuando nace el niño y la otra te la lleves puesta, también una muda de ropa para el niño. Te traes una sábana vieja de tu casa.
- Socorro: ¿El niño sale rápido o me tiene que dar algo para que me ayude a tenerlo?
- Partera espírica: Te doy té de orégano para que te den más seguido los colores.
- Socorro: ¿Como nace un niño?
- Partera espírica: Buena: como ya te dije antes tenemos que vitalizarlo durante todo su crecimiento, porque el niño es el Úni-

ca que hace fuerza para salir y sino está vitaelinado-- está débil y tarda mucho en salir y cuando sale ya está entredito.

Socorro: ¿Entonces la mujer no hace ningún esfuerzo?

Partera espírica: Un poco porque yo le digo que puje fuerte.

Socorro: ¿Usted que hace cuando el niño va a nacer?

Partera espírica: Agarro su parte de la madre y la retiro para que al-
cance su cabecita, se espero un ratito y si no sale el
niño, si hija me ayuda apretándole fuerte el vientro -
para que aviente al niño y cuando se va asomando la ca-
baza del niño lo jalo para que salga, le doy media ---
vuelta y sale sólo, claro con mi ayuda. Después agarro
un hilo y amarro la guía del niño y la otro la acatan-
go con el mano, como la guía, si veo que no ha llo-
rado al niño le doy dos ralgadas para que llora, porque
si no lo hace entonces podría estar muerto y hay que -
revelarlo con ralgadas. Después le doy al niño a mi hi-
ja para que lo bañe y espero a que salga la bolsa, sin
dejar de agarrar la guía, limpio a la madre de toda la
sangre que tiró y después lo deja reposar 2 horas.

Socorro: ¿Que es la guía?

Partera espírica: Es una parte de la bolsa que nace después de que el ni-
ño ha nacido.

Socorro: ¿Que es la bolsa?

Partera espírica: Es una parte del niño que ya no sirve, y que debe de -
estar quemada para que no esté vagando su espíritu del
niño.

- Socorro: He oído dicho que algunos médicos meten la mano para revisar.
- Partera empírica: Yo no lo hago, no tiene ningún caso tocar a la mujer.
- Socorro: ¿Qué utiliza para el parto?
- Partera empírica: Tijeras, hilo de coser y trapos viejos.
- Socorro: Después de haber bañado al niño ¿qué le hace?
- Partera empírica: Le pongo alcohol y lo envuelvo, pero antes lo fajo con la venda fuerte para que no se le salte el ombligo, -- después lo limpio para que se le saiga todos los mocos que recibió cuando salió.
- Socorro: Y si el niño se pone moradito ¿qué hace?
- Partera empírica: Si no se le quita, explico a mamá por si se muere y a conformarse pues así Dios lo disculpa.
- Socorro: Y con la mujer ¿qué hace?
- Partera empírica: Le baño, le doy de comer caldo de pollo bien calentito y la mando a su casa. Al otro día voy a su casa a volver a darle masajes para acomodar sus partes, después le doy un baño de hierbas para que sude y saque todas las impurezas y la dejo vendada o en fuerte pere que cierran sus huesos y tiene que reposar tres semanas sin hacer nada, más que preparar la comida del niño.
- Socorro: Si después no se sale leche ¿qué hago?
- Partera empírica: Toma muchos atolles para que le saiga supe leche, por-

lo menos hasta que el niño cumpla un año.

Socorro: ¿Desde cuándo se le empieza a dar comida al niño?

Partera espírica: Le puede dar después de los cinco meses de todo, los primeros meses no porque al tatar muchos estólos aunque no le gustan, tiene mucha leche para alimentar al niño y con eso es más que suficiente.

Socorro: ¿Qué hago para no tener más hijos?

Partera espírica: Que la cuide su esposo, no todo el tiempo va a querer agarrarla.

Socorro: ¿Dejaría estar conmigo a mi esposo en el momento del parto?

Partera espírica: No, porque se asusta en lugar de ayudarme.

OBSERVACIONES.

La mujer es de aproximadamente 60 años de edad, aprendió a atender partos por una tía, la cual le fue enseñando todo lo que ella hace.

El medio ambiente en donde ella atiende los partos, es un cuarto de aproximadamente 4 X 4 m. de lona, con piso de cemento, tiene dos camas de pátate en donde revisa a las pacientes y las atiende. El material que utiliza lo guarda en un ropero, la habitación se encuentra antihigiénica, con un perro y un pollo.

Se instruyó que al iba a abortar.

ENTREVISTA NUMERO DOS, REALIZADA A UNA PARTERA EMPÍRICA EN
SU DOMICILIO EN LA DELEGACION IXTAPALAPA, MEXICO, D.F., ---

MAYO DE 1968.

- Socorro: Buenas tardes señora, venga a que se revise porque creo--
estoy embarazada.
- Partera empírica: ¿Quién le recomendó acudir conmigo?
- Socorro: La señora Norma Torres.
- Partera empírica: ¿Quiere usted tener a su hijo?
- Socorro: Si por eso acudir con usted, ya que no tengo suficiente--
dinero para pagarle a un médico, no explica bien y ad--
emás no le tengo confianza para que se revise.
- Partera empírica: Pase, acuéstese, le voy a tocar el vientre para ver si --
está enferma.
- Socorro: ¿Estoy embarazada?
- Partera empírica: Si.
- Socorro: ¿Como sabe que estoy embarazada?
- Partera empírica: Me doy cuenta que va a tener un niño porque toco el int--
ido del niño.
- Socorro: ¿Y no hay otra manera de que usted se de cuenta de que --
estoy embarazada?
- Partera empírica: Bueno aparte de que toco el intido, necesito que me diga
cuando nació.

- Socorro: El 20 de febrero.
- Pertene espírica: Voy a ver febrero, marzo abril y mayo, va para los dos tres meses.
- Socorro: ¿Cuándo va a nacer el niño?
- Pertene espírica: Para cuando Dios quiera, por experiencia no le puedo decir cuando, como puede ser antes de los nueve meses como después, eso solamente Dios lo sabe.
- Socorro: ¿Que debo comer durante el embarazo?
- Pertene espírica: Todo, menos carne de puerco y chile.
- Socorro: ¿Por qué?
- Pertene espírica: Porque le hace daño al niño.
- Socorro: ¿Se debe cuenter la razón de comida?
- Pertene espírica: No, va a ser igual como siempre, pero debe tomar vitaminas durante todo el embarazo.
- Socorro: ¿Qué vitaminas debo tomar?
- Pertene espírica: Complejo B y vitamina C, para fortalecer al niño y para que usted esté fuerte para el parto.
- Socorro: ¿Debo hacer ejercicios?
- Pertene espírica: No, porque si no va a tener problemas en el parto, porque se le afloja mucho el niño y entonces nace muy rápido.
- Socorro: ¿Y si presento complicaciones en el embarazo?

Partera empírica: Ese es el problema que hay, que las mujeres siempre piensan en lo malo y por eso le pasan cosas y luego le hacen la culpa a uno, no piensas en eso, si le pasa es que así es su destino y uno no puede estar en contra de él, es como si uno fuera en contra de Dios, por eso siempre hay que rezar, pedirle a él por el hijo y por uno. Yo -- cuando puedo al les ayudo.

Socorro: Me han dicho que algunas mujeres presentan sangrado, -- ¿usted que hace cuando pasa eso?

Partera empírica: Las empiezo a saber y si pasan los días y si sigue así -- la limpio con laurel, pímul, ruda y dos huevos, para desahujar los malos espíritus, aunque los médicos digan -- que no existe nada de eso.

Socorro: ¿Y si no para el sangrado?

Partera empírica: Entonces la mando con el médico.

Socorro: ¿Y si se hincha de las pies?

Partera empírica: Le doy unas pastillas que se llaman laxis, una después -- de cada alimento, éstas son para que saque toda el agua que tiene dentro, se las toma hasta que se le quite la -- hinchada.

Socorro: ¿Las embarazadas por qué se hinchan?

Partera empírica: Porque tienen mucha agua y les entra mucho frío, por eso le dije que se tomara el laxis para que se le saque toda el agua y también usted se va dar un baño con agua bien caliente para que se le saque el frío.

Socorro: ¿Y si se presenta algún otro problema, que debo hacer?

- Partera espírita:** Esperemos en Dios que no.
- Socorro:** Disculpe que le haga tantas preguntas, como es la primera vez que me embarazo, no se nada de esto y por eso tantas dudas.
- Partera espírita:** Entiendo que esto no se lo digan en su casa, porque son cosas muy delicadas que uno nada más se las puede decir.
- Socorro:** ¿Debo tener relaciones sexuales?
- Partera espírita:** No, porque puede lastimar al niño.
- Socorro:** ¿Entonces, ¿qué debo hacer al esposo durante todo este tiempo?
- Partera espírita:** Que se aparte.
- Socorro:** He aumentado de peso, ¿influye esto para que se complique el embarazo?
- Partera espírita:** No importa tanto la gordura, porque yo he visto que si la mujer es fuerte en el parto y si se ayuda no tiene ningún problema para tener a su hijo. Pero si la mujer se flaja ahí ya se complicó todo, porque tardó en hacer al niño. Para que no engorde más no coma mucho, para eso -- son las vitaminas, para que le alimenten y no le engorden.
- Socorro:** ¿Hasta que edad es bueno tener hijos?
- Partera espírita:** Entre más joven está, más fuerzas va a tener para sacar a su hijo.
- Socorro:** ¿Más joven?, ¿de cuántos años?

- Partera empírica:** Unas se embarazan desde los 15 años y no tienen muchos problemas para el parto, nada más que son miedosas.
- Socorro:** ¿Hasta que años se debe de tener hijos?
- Partera empírica:** He he tocado aliviar a personas hasta de 40 años y no les ha pasado nada, si no tienen fé pues como no les va a pasar nada, eso es la base principal para que les pase nada, pero que se hace esa pregunta al usted está ju van.
- Socorro:** Para saber hasta los cuantos años debo de embarazarme.
- Partera empírica:** No es muy importante la edad para poder tener a más hijos, claro que tampoco muy grande porque entonces ya no va a tener fuerzas para tenerlo.
- Socorro:** Cada cuanto tiempo tengo que venir con usted para que me revise.
- Partera empírica:** Cada 15 días y si no puede cada mes para acomodarle al niño.
- Socorro:** ¿Cómo lo acomoda?
- Partera empírica:** Con un robozo entre dos personas, se rueda de un lado y de otro y después al revés, después bucca la cabeza del niño y le baja poco a poco hasta que ya está donde debe estar. También le abo y le doy masajes.
- Socorro:** ¿Cómo se doy cuenta de que ya va a nacer el niño?
- Partera empírica:** Porque le dan dolores muy fuertes y siento que se le abra la cadera y que se le va a venir algo.

- Socorro: ¿Cómo debo venir preparada el día que vaya a nacer el niño?
- Partera espírica: El día en su casa le voy a pedir que tenga preparadas: - dos sábanas limpias, tijeras, hilo de coser que no rompa tan fácilmente, alcohol, trapos viejos, mercuriolato, dos sudas para el niño por si nequen genitas, una lechuga para el baño del niño, dos nacos con 2 huevos para limpiarlos porque le entran al niño y a veces aire, a veces todo el aire del parto lo recibe el niño y por eso le sale la goña.
- Socorro: ¿Y para qué la lechuga?
- Partera espírica: Para que duerman mucho tiempo los niños.
- Socorro: ¿Y para que el niño salga más rápido que se da?
- Partera espírica: Nada con chocolate, cuando vivimos en el pueblo los dabanos el panal de una vaca negra con todo y vacas hervida con agua y chocolate, con esto los niños salen --- bien rápido y no sufría tanto la señora.
- Socorro: ¿Cómo nace un niño?
- Partera espírica: Se va abriendo su parte, entonces se escapa su cabeza y - sale sólo, si no baja sólo lo jalo de la cabeza hasta -- que salga. Hago un nudo la guita del niño cerca la guita, y dejo que salga sola la bolsa. Al niño le amarro su --- guita con hilo de coser, después dejo al niño para atender a la mujer, lo limpio con los trapos viejos, lo --- acuesto de lado y lo pongo a reposar 2 horas.
- Socorro: ¿Qué hace con la bolsa?
- Partera espírica: La cuido junto con los trapos viejos, porque no da malo-

cuarta tirarlos.

Socorro: ¿Eso es todo lo que le hace a las mujeres que ya tuvieron al niño?

Pertusa empírica: No, la baña con hierbas de coque, en el pueblo ancianan a la mujer en un cuarto de carrizo, donde apenas sabe, mi abuela le encubría cobijas a todo el cuartito, ponía a hervir una lata de hierbas, y con ramas de laurel le rociaba el agua bien caliente, aunque la mujer no aguanta lo caliente se lo tenían que hacer, después con cones dos cobijas gruesas le tapaba toda de pies a cabeza. Es mejor esa baña porque sudaban y sacaban todo el enfriamiento que tienen por dentro.

Socorro: ¿Qué hace con el niño?

Pertusa empírica: Lo baña con las hojas de lechuga y lo llaplo con el nabo y el huevo, para sacarlo todo el aire que recibió en el parto.

Socorro: Si no tengo leche cuando nace el hijo ¿Qué hago?

Pertusa empírica: Yo les hiervo chocolate con un pedazo de placentas, y esto hace que abunde mucho la leche.

Socorro: ¿Y al niño ya no le hace nada?

Pertusa empírica: Sí, antes de que se vaya le pongo una posita, aunque de lo caligo lo digo a la madre que se lo vuelva a poner. Hasta el año de edad para que no se le salte el ombligo para con una venda bien apretada, porque luego salen al mercado o lavan y dejan al niño casi siempre solo y después le vienen las consecuencias de que lo traen con el ombligo bien sellado y cuando ya no tiene solución más.

ren que uno los alivia.

Socorro: ¿Si le da diarrea al niño que le da? porque yo tengo un sobrinito de un año de edad y tiene 8 días con diarrea y no se le quita.

Partera espírica: Es por enfriamiento, hay que darle un té de yerbabuena y con eso se le quita.

Socorro: ¿Desde cuando empieza a darle de comer al niño?

Partera espírica: Mira, primero le da de mamar hasta los 2 años, lo que le sale primero no se le da porque todavía no se -- forma la leche tiene otro color, sino que se le va a -- dar hasta que ya se haya formado la leche, después le -- da tortillita despedazadita con caldo de frijoles a los 4 ó 5 meses y después le va a dar probaditas de lo que usted coma.

Socorro: ¿Después que hago para no tener más hijos?

Partera espírica: Ahí sí no le voy a decir nada, porque solamente Dios -- quiere o no que usted tenga más hijos, uno no puede ir -- en contra de su voluntad.

Socorro: ¿Dejaría estar conmigo a el esposo en el momento del -- parto?

Partera espírica: Sí, porque si no hay nadie en su casa él no ayudaría, -- aunque no le guste.

OBSERVACIONES.

La mujer es de aproximadamente 50 años de edad, aprendió a atender partos por su abuela, posteriormente fue capacitada por la Secretaría de Salud y Asistencia.

El cuarto donde atiende los partos es de aproximadamente 3 X 3 metros, con una cama individual forrada con hule, un estante donde guarda el material que utiliza, tiene dos lámparas de aceite y un cuadro de la virgen de Guadalupe. El piso es de cemento con techo de concreto, se encuentra en condiciones antihigiénicas. Hizo énfasis que tenía que adaptarse al ambiente, estuviere limpio o no.

Cada consulta cobra \$3,000.00 y la atención del parto, si es a domicilio \$80,000.00 y si no cobra \$70,000.00.

Conversaba la partera que hay que tener cuidado con algunas personas, porque no comprenden los problemas que se presentan en el embarazo y en el parto es porque era ya su destino. Mencionó que una señora murió desangrada, porque el esposo le avisó a Glicina para, que ya tenía los dolores muy fuertes y sólo alcanzó a agarrar al niño y después empezó a sangrar y sangrar, no sabía si atender al niño o a la señora, y como no paró de sangrar le dijo a su esposo que se lo llevara al hospital, donde murió. La señora dijo "ya estaba de Dios", porque si el no hubiera querido llevarlos entonces no hubiera sangrado tanto y eso no lo quiere atender la partera que así es el destino.

ENTREVISTA NUMERO TRES, REALIZADA A UNA PARTERA EMPÍRICA EN
SU DOMICILIO EN LA DELEGACION IZTAPALAPA, MEXICO, D. F.

JUNIO DE 1988.

- Socorro: Buenas tardes señora, vengo a que se revise porque creo que estoy embarazada.
- Partera empírica: Pasele, acomódese en la cama... le voy a poner una ponde, para que sea más fácil que toque al niño y para que se le saiga todo el aire que tiene dentro.
- Socorro: ¿Qué ponde se va a poner?
- Partera empírica: Belladona, le voy a dar masajes para ver si está embarazada.
- Socorro: ¿Estoy embarazada?
- Partera empírica: Sí, tiene dos meses, espere me voy a tocar el lactido - del niño con el "fotoscopio", si está embarazada. Mira - [le dice al supuesto conyuge], venga a oírlo, ¿verdad -- que se escuche rebien el lactido? yo no escucho nada, --- [dice al conyuge]. Es que no se fija, pongas listo agarralo con las dos manos, siga sin escuchar nada, es que usted no sabe nada de esto, y como el niño está chiquito no alcanza a oírlo, solamente uno lo puede escuchar y -- sentir.
- Socorro: ¿Cómo supo que tengo dos meses?
- Partera empírica: Porque la mamá está ocupada y toca al niño, lo que los doctores no lo hacen, ¿pero cuándo deja de reglar?

- Socorro: El día 20 de marzo.
- Partera empírica: Entonces le faltan cinco días pero que tenga los tres meses.
- Socorro: ¿No hay otros síntomas para saber que uno está embarazada?
- Partera empírica: Habrá cosas, pero ya con toserías es suficiente.
- Socorro: ¿Cuándo va a nacer el hijo?
- Partera empírica: Haga sus cuentas hasta que cumpla nueve meses. A veces se hace la voluntad de Dios y nace cuando él quiere quieras o no quieras, por eso pídale a Dios con mucha devoción para que nace rápido su hijo.
- Socorro: ¿Qué debo comer durante el embarazo?
- Partera empírica: Lo mismo que comía antes, nada más que lo doble porque se va a alimentar a una criatura más.
- Socorro: ¿Cuáles alimentos no debo de comer?
- Partera empírica: La piña y la sandía porque son muy frías y se puede hinchar.
- Socorro: Si tengo antojos y no los como ¿qué pasa?
- Partera empírica: Es muy peligroso, porque el niño está creciendo, tanto y cuando cruce hacia un lado se le crea después heces purras pendejadas, con el pedículo de leche, y luego hasta aborta. Yo en uno de mis hijos aborté, porque una mañana no me ofreció un bocado de leche.

Socorro: Para el niño, es suficiente con la alimentación o ¿ten-go que darle otras cosas?

Partera empírica: Le va a dar complejo B para que se fortalezca.

Socorro: Yo trabajo en una casa donde cuida niñas, lavo ropa, su-bo y bajo las escaleras muchas veces, cargo muy pesado, ¿es malo que yo haga esto?

Partera empírica: No, amarras con un pedazo grande de tela: primero se - pase la tela debajo de su vientro, después se la cruce - por la espalda y la amarra arriba del vientro, bien flojo te para que sostenga a la barriga y no se deslice, esto es para que no se le vaya a salir el niño.

Socorro: Me dijo un médico que iba a tener complicaciones porque estaba ausentada de peso, ¿es cierto eso?

Partera empírica: Los médicos son unos pendajeros ignorantes y así les dicen para sacarle sus 10,000 y a veces se mandan, los hijos - de la chingada, con el perdón de usted y la sacan hasta - \$20,000.00 los desgraciados, siempre sacan sus pretextos para saquear a la gente.

Socorro: En ocasiones cuando despierto se dan muchos gases de va- alitar, ¿con qué se se quita?

Partera empírica: Se me va a tomar un té de yerbabuena o de ajonjolí cada -- vez que lo dé y no me va a comer nada, más que las vir- ginas, hasta que se le quite.

Socorro: El presente alguna complicación en el embarazo, ¿qué de- do hacer?

Partera empírica: Comer todos los antojos que tenga, y pedirle a Dios, que

lo perdona por todos sus pecados que cometió, porque 6-- veces los hijos pagan lo que uno hace.

Secarra: Me han dicho que algunas mujeres presentan sangrado en-- el embarazo, ¿usted qué hace cuando pasa eso?

Partera empírica: Es lo que le digo, que son por los antojos que no los ca-- mid, por eso es bien importante que aunque los sueñe, -- luego luego de pararse aunque le cueste trabajo consiga-- rápidamente el antojo.

Secarra: ¿Y si no consigue los antojos?

Partera empírica: Entonces va a abortar como yo, hay si yo no respondí hay que ponerse en las manos de Dios.

Secarra: ¿Las embarazadas por qué se hinchan?

Partera empírica: Porque pisan el suelo frío, tocan cosas frías y toda esa agua se les va por todo el cuerpo.

Secarra: Si se hincha ¿qué debe hacer?

Partera empírica: No se vaya a pisar el suelo frío, no toque cosas frías, -- no como le vendía ni lo pisa, a menos que se antoje.

Secarra: ¿Hasta qué edad es bueno tener hijos?

Partera empírica: Uno no lo puede decir porque sólo Dios lo sabe, si él -- quiere la mujer pueda tener hijos desde los 14 años ---- otras mujeres tienen a sus hijos pasando los cuarenta -- años, nada más que van perdiendo fuerza al tener a sus-- hijos. Dios también castiga porque hay mujeres que ni hi-- jos pueden tener.

- Socorro:** ¿Debo tener relaciones sexuales con el esposo?
- Partera espírica:** Sí, pero no como si fuera un animal, por eso es importante que su marido le cuide y que no se quiera comportar - como una bestia, porque hasta el hijo puede notar.
- Socorro:** ¿Cada cuánto tengo que venir para que usted me revise?
- Partera espírica:** Cada mes, después cuando ya falte un mes para que nazca, cada semana para que le dé mensajes, le limpie y para que acomode al niño, porque si está atravesado lo suavo hasta que vuelva a su lugar.
- Socorro:** ¿Con qué se limpia?
- Partera espírica:** Le pongo una sábana blanca para despertar a los espíritus malos y encima de la sábana la limpio con dos huevos y - un remo.
- Socorro:** ¿Cómo accede al niño?
- Partera espírica:** Le pongo la belladona, le doy mensajes, hasta que el niño no pueda despegar de ese lugar donde está, y lo voy revisando hasta acomodarlo.
- Socorro:** Yo no voy con un médico, porque cobran mucho dinero, no le tengo confianza y dicen que hasta la mano están paranoiasar.
- Partera espírica:** Son unos desgraciados, pendejos, con perdón de usted, -- porque no les explico como nosotros y pura chingaderías les hacen. Hace poco un médico dejó morir a un niño, nadie más viene visto como lo dejó, hasta se fue a buscar - para que le ayudara, dejó todo el cuarto lleno de sangre lo dejó desangrar todo el niño, viene visto la cara --

del niño estaba más pálido que el color de la pared (la pared era de color gris), se le juró por esta (besaba la cruz). Y todos con así, fijese que el otro día una señora fue a ver al médico de arriba y no la atendió, la pobre mujer ya casi se le caía el niño, y él lo dejó paratender a un niño que se había raspado una rodilla y le tuvo que llevar a mi casa, después como el niño no podía nacer, lo tuve que sacar a la fuerza y la pobre mujer estaba sangra y sangra y no le podía parar porque era mu-cha, yo hasta los ojos se le pusieron en blanco, lo fui a decir al médico porque la señora se había desmayado, y el muy perejajo me dijo que él no se podía hacer cargo de la señora, mejor que llevara una ambulancia para que se la llevara, y hoy personas que dicen que los médicos curan, yo mejor diría que desgracian a toda la gente que se les acerca, porque no saben nada de los malos aires que les entra, piensan que todo lo pueden arreglar con su cochina medicina. Yo le aseguro que hasta dependí-tiva a salir cuando tengo a su hijo, y hasta más chule se va a poner y hasta con más ganas va a tener de estar con su marido, claro que le tiene que doler, pero nada más se un ratito y después todo termina.

Socorro: ¿Cómo me doy cuenta de que ya va a nacer el niño?

Portera empírica: Porque se le revienta la fuerza y siente que le dan unos dolores muy fuertes en la cadera, la columna y hasta le duele su parte.

Socorro: ¿Cómo debo venir preparada el día que vaya a nacer el niño?

Portera empírica: Una muda de ropa aparte para usted, la ropa del niño, -- unos trapos viejos que tenga, porque los voy a usar para limpiarle toda la sangre que le sale por su parte, y des-

¡Qué les entiendo porque es de mala suerte tirarlos.

Socorro: ¿Cómo nace un niño?

Partera espírica: Primero le doy su tesita para prepararla.

Socorro: ¿Qué contiene el té?

Partera espírica: Orégano, y le pongo también una inyección muy buena --- (coitocina) para que nazca bien rápido su hijo, le pongo suero con vitaminas (dextrosol el 5%), para que tenga -
nda fuerzas.

Socorro: Me han dicho que algunos médicos cortan para que saiga -
el niño.

Partera espírica: Son unos hijos de la chingada, con el perdón de usted, -
no se debe cortar por ningún motivo, es pier que si la -
vijalaron, con desórtes que la señora ya ni se puede san-
tar, porque no sólo le cortan su parte sino por donde hg
se del bafe y cuando se ostrifa, se le vuelve abrir don-
de los malditos le cortaron, también le cortan hasta los
intestinos y por eso la mujer siempre se siente de lado
para toda su vida.

Socorro: ¿Entonces usted cómo le hace para no cortar?

Partera espírica: Le probajo su parte, la agarro de la orilla bien fuerte -
con una mano.

Socorro: Y si no baja la cabeza del niño ¿qué hace?

Partera espírica: Entonces meto la mano y jalo la cabeza, diciéndole a la -
mujer que puje bien fuerte para que saiga el niño, y si -
se regresa noto la mano con fuerza y le doy un jalón con

fuerza, siempre protegiendo lo más importante para que la mujer no se resque.

Socorro: ¿Después qué hace?

Partera empírica: Le anuda la guía con un hilo rojo del lado del niño y - después le corta con unas tijeras.

Socorro: ¿Tiene que ser con unas tijeras especiales?

Partera empírica: No, con cualquier tijera.

Socorro: ¿Por qué el color rojo?

Partera empírica: Para ahuyentar a los malos almas y para que no se le posicionen los malos espíritus al niño.

Socorro: ¿Unicamente sale el niño?

Partera empírica: No, también la bolsa, eso le jalo para que saiga rápido y después le dejo que descanse un buen rato, después le limpio con los trapos que le pedí, le doy de comer un caldo de pollo bien calentito, le dejo que vuelva a respirar y a la hora le doy un baño de yerbas de cocor, después le digo que se limpie con un ramo que se lo apriete bien en el pecho, la cabeza, la barriga, los pies y - por último que se nata las yerbas en su parte, donde nació el niño, para que se le saigan los malos espíritus - que se le sacieron.

Socorro: ¿Usted neta le nana para revisar?

Partera empírica: No, eso lo hacen los médicos médicos, por eso no se cansaré de maldecirlos.

- Socorro: He han dicho que algunos niños salen moneditos ¿usted qué hace?
- Pantana espírica: Toma una buena bocanada de alcohol por la boca y se la avienta con fuerza en la cara del niño, y si no reacciona la vuelvo a aventar otra bocanada de alcohol.
- Socorro: Y cuando el niño nace normal ¿qué le hace?
- Pantana espírica: Lo agarra de las piernas, le doy unas buenas sacudidas y -- con dos nalgadas bien fuertes con esas tiene para que el niño llora, y cuando sea grande sea más fuerte que los demás niños.
- Socorro: ¿Le debo dar al niño, la primer leche que se nalga?
- Pantana espírica: No, porque es agua que no sirve, la leche verdadera es cuando mala más blanca y espesa.
- Socorro: Si le da diarrea al niño, ¿qué le doy?
- Pantana espírica: Con una buena llimpia del mal de ojo se le quita, por eso no debe dejar que todo mundo vea a su hijo, sino a cada rato se lo va a enfermar.
- Socorro: ¿Es bueno fajarse después de que uno haya tenido a su hijo?
- Pantana espírica: Sí, para que le cierran todas sus huesas.
- Socorro: ¿Desde que edad le puedo dar al niño alientos, aparte de el leche?
- Pantana espírica: Hasta que le deje de salir leche.

- Socorro: Después de haber nacido el niño ¿qué le hace?
- Partera empírica: Lo llamo con dos huevos, le doy un baño de alcohol y le aprieto todo su cuerpo hasta que truenen sus huesos para cerrar todos los huesos que se abrieron.
- Socorro: ¿Y el ombligo del niño así se le queda?
- Partera empírica: No, se le tiene que caer en tres o cuatro días, así que se lo sigue treyendo para que le ponga un pedazo de algodón con sebo caliente cuando ya se le haiga caído su ombligo, para secarlo todo el aire que guardó. Después se vende fuerte.
- Socorro: Si ya no quiero tener más hijos ¿qué hago?
- Partera empírica: Te no se duerta con su marido, o no se deja que le to--- que.
- Socorro: Si ya no quiero tener a mi hijo, ¿usted se ayudaría a no tenerlo?
- Partera empírica: No, yo trabajo para que tengan, no para que no tengan.
- Socorro: ¿Hasta dónde tomé su trabajo?
- Partera empírica: Hasta que se le caiga la guía al niño.
- Socorro: ¿Dejaría estar a mi esposo en el momento del parto?
- Partera empírica: Sí, para que me ayude.
- Socorro: Gracias señora, fue usted muy amable, ¿Cuánto le debo?
- Partera empírica: \$3,500.00.

Recorrido: ¿Cuánto se va a cobrar por atender al parto?

Pertena espínica: \$40,000.00, con todo y comida.

OBSERVACIONES:

La mujer es de aproximadamente 80 años de edad, empezó a atender partos des de los 80 años ayudada por su abuela, la cual le enseñó el oficio. Tiene un curso de capacitación impartido por Salubridad, para atender partos.

El medio ambiente donde atiende los partos, es un cuarto muy pequeño, en el cual apenas se alcanza una cama individual con un colchón muy sucio formado de tierra; una silla de madera, y un esquinero con la virgen del Sagrado Corazón y un Cristo acompañados de veladoras y flores; y una repisa que le utiliza para poner el material que va a ocupar. El cuarto se encontraba en muy malas condiciones de higiene (perseveraban sus manchas de sangre, un hule viejo sucio, trastos sucios y ropa sucia).

El techo era de cemento, con piso la mitad de cemento y la otra mitad de tierra.

En la cochinita guajolotes, pollos y dos perros.

ENTREVISTA NÚMERO CUATRO, REALIZADA A UNA PARTERA EMPÍRICA
EN SU DOMICILIO EN LA DELEGACIÓN IZTAPALAPA, MÉXICO, D. F.,

JULIO DE 1968.

- Socorro: Buenas tarde señora, vengo a que me revise porque creo - que estoy embarazada.
- Partera empírica: ¿Dijernte de quién vienes?
- Socorro: De la señora Sílvia, la de los pollos.
- Partera empírica: Esperate un rato, porque van a pasar tres señoras más pa - ra que las vea. (después de media hora) Pasate.
- Socorro: ¿Puedo entrar con el esposo?
- Partera empírica: No, él nada más se estorbe y te voy a revisar a ti no a tu esposo, y ya pasate porque a él se se hace tarde... - te quitas tus pantalones y los pantalitos y te acostas con las piernas abiertas.
- Socorro: [Sin quitarse la ropa, se sentó en la mesa de expulsión] ¿Qué me va a hacer?
- Partera empírica: El tacto para ver si tienes al niño [los guantes se en - contraban con residuos de sexo y sangre].
- Socorro: No señora, a mí no me gusta que me toquen la cara y si no se puede revisar de otra manera, entonces se retire.
- Partera empírica: No te enojas, si no quieres que te haga el tacto, púde - no te lo haga, eso sí súbete la blusa y desbrochete el-

partalón para poder sentir al niño.

Socorro: ¿Estoy embarazada?

Partera empírica: Si estas embarazada, ya puedo tomar el latido . ¿Cuándo dejaste de reglar?

Socorro: El día 20 de abril.

Partera empírica: Tienes cuatro meses, contando desde diciembre hasta cuando llegué a los nueve meses, es cuando vas a tener a tu hijo. ¿Te fugaste con tu novio? porque te ves muy nerviosa, ¿qué cosa no quieres tener a su hijo?

Socorro: No me fugué, y sí quiero tener a mi hijo.

Partera empírica: Te lo preguntaba porque estás muy nerviosa, no vienes a pensar que es por otra cosa.

Socorro: ¿Qué debo de comer durante el embarazo?

Partera empírica: Lo que siempre acostumbras, porque aunque uno las diga - ustedes no se lo comen. Lo que sí no te debes de olvidar es de tomar siempre tus vitaminas, pero que están bien - tanto al niño como tú.

Socorro: ¿Qué vitaminas debo de tomar?

Partera empírica: Procal y otra caja de Hierro-Bona. Esas te las vendo yo.

Socorro: ¿Cuánto cuestan?

Partera empírica: \$21,500.00.

Socorro: ¿Cómo se les debe de tomar?

Partera empírica: Una antes de cada comida, si ves que te salen manchas, o te duelen los dientes, y ves que se te cae el pelo, entonces te tomas dos pastillas antes de cada comida. Estas vitaminas no las encuentras en ninguna parte.

Secorras: Si tengo antojos ¿los debo de comer?

Partera empírica: Ya sabes que sí, porque si no se te presentan cosas a ti y al niño, no sale con cara de antojo, pero donde son -- los antojos y los sustos nada más con eso tienes para -- que todo se complique. Así que si no comes antojos o peses sustos, vas a tener muchas recídas.

Secorras: ¿Por qué?

Partera empírica: Nada más imagínate, que tu esposo te engaña y tú lo ves, o te hace pasar muchos consejos, entonces como que el -- cuerpo le entra un aire muy fuerte, te dan escalofríos y puedes abortar. No te debes espigar.

Secorras: En ocasiones se dan muchas ganas de vomitar.

Partera empírica: Cada que le den muchos vómitos, se va a tomar el Dolopax hasta que se te quite los dejes de tomar, te cuestan --- \$2,000.00.

Secorras: Si me hincho ¿qué debo de hacer?

Partera empírica: Cuando te hinches, vienes a verme para que yo te diga -- que tienes que hacer, ahorita estoy muy ocupada.

Secorras: Disculpe señora, pero tengo muchas dudas, no se nada de eso, venga con usted porque la tengo más confianza, --- ¿hasta que edad es bueno tener hijos?

Partera empírica: Hasta donde Dios se lo permite.

Socorro: ¿Debo tener relaciones sexuales con el esposo?

Partera empírica: Sí.

Socorro: ¿Cada cuando tengo que venir para que usted me revise?

Partera empírica: Cada mes para acordarle al niño.

Socorro: ¿Cómo debo venir preparada el día que voy a nacer al hi
jo?

Partera empírica: Yo pongo la ropa, tú nada más te trae una mesada, tu-
pantalitas, unos calcetas y tu bota y la ropa del niño.

Socorro: ¿Cómo nace un niño?

Partera empírica: Mira ya no tengo tiempo, afuera están tres señoras más -
para que las vea.

Socorro: ¿Cuánto me va a cobrar por el parto?

Partera empírica: Ahorita cobra \$70,000.00, con anestesia \$180,000.00. Pa-
ra ese tiempo no se porque todo sube, uno ya no sabe ---
cuanto cobrar.

Socorro: Como se han dicho que duele mucho, ¿usted que hace?

Partera empírica: Siempre me ayuda un médico, y él a todas las primerizas-
las duerme, para que cuando despertan ya está hasta veg-
sida y nunca se dió cuenta que ya nació su hijo.

Bueno con \$3,000.00 de la consulta, otro día vienen a --
propuntarse más.

Señorita:

Gracias señora, fue usted muy amable.

OBSERVACIONES:

La partera empírica es de aproximadamente de 60 años de edad, está asociada con un médico para la atención de partos.

El lugar donde atiende los partos es un cuarto de aproximadamente 4 X 4 m² de lona, con piso de cemento, tiene una mesa quirúrgica con plumeros colgados, un lavabo, un estante para medicamentos y un orinato pegado en la pared.

Las condiciones de higiene son pésimas, con evidencias de un parto anterior, teniendo que quitar la sábana y pedir una limpia para poder acostarse. Las agujas, tijeras y pinzas se encontraban en una budinera oxidada y destapada. El piso se encontraba con sangre impregnada y en muy malas condiciones de higiene, pues no habían lavado el lugar. Los guantes que iba a utilizar la partera empírica, se encontraban en el lavabo aglomerados y sin previo uso.

Cuando le formulaba preguntas hacía gesto de disgusto.