

320825
32
2ej-



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

PLANTEL TLALPAN
ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

LAS PARTERAS EMPIRICAS: UN RECURSO PARA LA SALUD

TESIS CON
FALLA EN EL EXAMEN

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARIA GUADALUPE MERCADO ESPINOSA

Director de Tesis: Lic. José Manuel Pérez y Farfás
Revisor Lic. Víctor Hugo Dorantes Gutiérrez

México, D. F.

1992



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.

I N D I C E

INTRODUCCION

MARCO TEORICO 1

Justificación. 32

METODOLOGIA 35

Problema 36

Objetivo General 36

Objetivos Especificos. 36

Hipotesis de Trabajo 36

Hipotesis Nula 36

Variables. 37

Definición conceptual. 37

Definición operacional 39

Población. 40

Muestra. 40

Tipo de muestreo 40

Instrumento. 40

Tipo de investigación. 41

Diseño 41

Proceso de recolección de datos. 42

Forma de análisis de datos 43

Resultados 44

DISCUSION Y CONCLUSIONES 57

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

I N T R O D U C C I O N

ENTRE LOS FACTORES QUE DETERMINAN EL BIENESTAR SOCIAL DE UN PAIS SE ENCUENTRAN LA SALUD Y LA EDUCACION. ELLO, VA ACOMPAÑADO DE LAS CONDICIONES ECONOMICAS, POLITICAS, SOCIALES Y CULTURALES DE LOS PUEBLOS, LO QUE DEFINITIVAMENTE FAVORECEN U OBSTACULIZAN EL DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA Y LOS SERVICIOS DE SALUD.

SE ENTIENDE A LA SALUD COMO EL COMPLETO BIENESTAR FISICO, MENTAL Y SOCIAL Y NO SOLO LA AUSENCIA DE ENFERMEDAD; EN ESTE SENTIDO LA SALUD Y LA ENFERMEDAD SON UN PROCESO DINAMICO Y TRANSFORMADOR INTERRELACIONADO CON DIFERENTES FACTORES.

LOS ESFUERZOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES NO ALCANZARIAN SUS OBJETIVOS DE MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACION, SIN TOMAR EN CUENTA LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD; AUN MAS, EL RECONOCER QUE LA COMUNIDAD PER SE HA SIDO HISTORICAMENTE PROTAGONISTA EN EL CUIDADO DE SU SALUD, DESDE SUS PROPIAS FORMAS DE ORGANIZACION SOCIAL, LO QUE FACILITA LA PLANEACION Y EJECUCION DE PROGRAMAS DE EDUCACION EN SALUD.

PARA ALCANZAR LA SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000, COMO LO POSTULA LA DECLARACION ALMA-ATA EN 1978, SE REQUIERE DE LA CONJUNCION DE ESFUERZOS Y COORDINACION DE ACCIONES ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LA SOCIEDAD CIVIL, TENIENDO COMO BASE EL RESPETO MUTUO Y LA COMUNICACION PERMANENTE.

AL RESCATAR LOS RECURSOS NO INSTITUCIONALES EN SALUD, QUE GENERALMENTE SON LIDERES COMUNITARIOS, Y ORIENTARLOS ADECUADAMENTE PARA MEJORAR LOS SERVICIOS QUE BRINDAN,

SIGURAMENTE HASTA EN LOS LUGARES MAS APARTADOS SE PROCURARIA EL BIENESTAR DE SU GENTE.

LA ESTRATEGIA IDONEA PARA EL LOGRO DE ESTE OBJETIVO ES LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD (A.P.S.), LA CUAL CONSIDERA LA INCORPORACION DE TODOS LOS RECURSOS HUMANOS INSTITUCIONALES Y COMUNITARIOS, ENTRE LOS QUE DESTACAN LAS PARTERAS EMPIRICAS O QUIENES PRACTICAN LA MEDICINA TRADICIONAL, PARA QUE CON EL DEBIDO ADIESTRAMIENTO ATIENDAN DE MANERA EFICAZ Y OPORTUNA LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA COMUNIDAD.

LA MEDICINA TRADICIONAL SURGE COMO UNA NECESIDAD DE LA POBLACION PARA ATENDER SUS PROBLEMAS DE SALUD, Y ESTA INTIMAMENTE RELACIONADA CON LAS COSTUMBRES DE NUESTRAS CULTURAS.

LOS PERSONAJES QUE EJERCEN ESTE TIPO DE MEDICINA SON LOS DENOMINADOS CURANDEROS, HIERBEROS, HUESEROS, SOBADORES, PARTERAS, ENTRE OTROS, CUYOS CONOCIMIENTOS LOS HAN ADQUIRIDO DE MANERA EMPIRICA Y PUEDEN CONSIDERARSE DE HERENCIA FAMILIAR. GENERALMENTE DONDE SE REALIZAN ESTAS PRACTICAS SON EN PAISES DEL TERCER MUNDO O EN DESARROLLO, QUE POR LA INFLUENCIA CULTURAL DE ESTOS RECURSOS Y SUS CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS, PREVALECE LA ATENCION A TRAVES DE LA MEDICINA TRADICIONAL. EN ESOS PAISES ES DESTACADA LA PARTICIPACION DE LA PARTERA EN LA ATENCION DE LA MUJER EMBARAZADA, DEBIDO A LA CARENCIA DE SERVICIOS INSTITUCIONALES, A LA CONFIANZA EN LA PARTERA POR EL HECHO DE SE MUJER RECONOCIDA EN LA LOCALIDAD Y POR FENOMENOS QUE LA TRADICION SOCIAL HACE DE LA ATENCION DEL PARTO. CABE HACER MENCION QUE ANCESTRALMENTE LAS MUJERES HAN

JUGADO UN PAPEL RELEVANTE EN EL AMBITO DE LA SALUD. EJEMPLO DE ELLO SON LAS DIVERSAS EXPERIENCIAS EN DIFERENTES PAISES DEL MUNDO.

SE DENOMINA PARTERA EMPIRICA POR QUE NO POSEE CONOCIMIENTOS CIENTIFICOS EN LA MATERIA; SU APRENDIZAJE HA SIDO A TRAVES DE UN FAMILIAR O POR ESTAR PRESENTE COMO AUXILIAR EN EL PARTO. NO OBSTANTE SON RESPETADAS POR SU COMUNIDAD Y OCUPAN UN LUGAR PREPONDERANTE.

EN LAS ULTIMAS DECADAS, LA SALUD MATERNA E INFANTIL ES UNA PREOCUPACION DE LOS PAISES EN DESARROLLO. SE PRIORIZA A LA MUJER Y LOS NIMOS POR EL GRAVE PANORAMA EPIDEMIOLOGICO QUE REGISTRA ALTAS TASAS DE MORTALIDAD. A LAS MUJERES ADEMAS POR SU FUNCION REPRODUCTORA A NIVEL BIOLOGICO, SOCIAL E IDEOLOGICO, Y SUJETO ACTIVO EN TODAS LAS ESFERAS.

EN MEXICO LAS EMBARAZADAS DEL MEDIO RURAL, EN SU MAYORIA SON ATENDIDAS POR PARTERA EMPIRICAS, POR TANTO ES INDISPENSABLE QUE SE LES OTORQUE CAPACITACION SOBRE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO PARA QUE ESTEN EN POSIBILIDADES DE DETECTAR Y MANEJAR LOS FACTORES DE RIESGO EN LAS FUTURAS MADRES Y EL RECEN NACIDO. ESOS TEMAS DE PRIMERA INSTANCIA Y POSTERIORMENTE EN AQUELLOS RELACIONADOS CON SUS ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y PREVENTIVAS PARA CONTRIBUIR A QUE DISMINUYA LA MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL.

ORGANISMOS INTERNACIONALES, INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES Y NO GUBERNAMENTALES EN DIFERENTES REGIONES HAN EFECTUADO ESTUDIOS SOBRE LAS CARACTERISTICAS, UBICACION Y PRACTICAS DE LAS PARTERAS.

EN EL ESTADO DE TLAXCALA LA SECRETARIA DE SALUD Y EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ESTAN REALIZANDO ACTIVIDADES PARA ESTABLECER UNA VINCULACION CON LAS PARTERAS EMPIRICAS, DADO EL GRAN NUMERO DE PARTOS ATENDIDOS POR ELLAS. AUN Y CUANDO LA INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS Y EL PERSONAL DE SALUD ES SUFICIENTE, LAS CREENCIAS Y COSTUMBRES DE LA POBLACION Y EL TRATO AFECTIVO DE LA PARTERA A LA MUJER EMBARAZADA, HACEN LA PREFERENCIA POR EL SERVICIO DE LA PARTERA EMPIRICA.

EN ESTA INVESTIGACION DE TIPO EXPLORATORIO, SE TRABAJO CON UNA MUESTRA DE 29 PARTERAS CENSADAS POR LA SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TLAXCALA CON EL OBJETO DE DESCRIBIR Y EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LA DETECCION Y EL MANEJO DE FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, APLICANDO UN CUESTIONARIO ANTES Y DESPUES DE UN ADIESTRAMIENTO, PARTIENDO DEL SUPUESTO DE QUE EXISTEN DIFERENCIAS EN ESOS CONOCIMIENTOS POR LA INFLUENCIA DEL CURSO.

EL ADIESTRAMIENTO SE CONCEBE COMO UN PROCESO DE ENSEMANZA-APRENDIZAJE Y HERRAMIENTA UTIL PARA EL SER HUMANO DADO QUE LE PERMITE INTERPRETAR Y TRANSFORMAR LA REALIDAD.

LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD IDENTIFICA LA EDUCACION COMUNITARIA EN SALUD COMO UN ELEMENTO FUNDAMENTAL PARA RESOLVER Y PREVENIR ENFERMEDADES Y PRESERVAR LA VIDA, TENIENDO EN CUENTA LA CAPACITACION EN EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD Y EL MEJORAMIENTO DEL AMBIENTE FISICO, ECONOMICO, CULTURAL, PSICOLOGICO Y SOCIAL.

EN ESTE MARCO SE CONTEXTUALIZA LA PRESENTE INVESTIGACION QUE PONE EL ACENTO EN LA MUJER Y SU CAPACIDAD DE APREHENDER Y REDESCUBRIR NUEVOS CAMINOS PARA UN BIEN COMPARTIDO.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS DEMUESTRAN QUE NO EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS, EXCEPTO EN AQUELLAS PARTERAS QUE ANTES DEL ADIESTRAMIENTO NO IDENTIFICABAN FACTORES DE RIESGO, DESPUES DEL MISMO CONTESTARON QUE ERA IMPORTANTE EL NUMERO DE EMBARAZOS EN LA MUJER Y SU EDAD; SI TUVIERON ABORTOS ANTERIORES O TIENEN PROBLEMAS EN LA MATRIZ. OTRO ASPECTO RELEVANTE ES QUE LAS PARTERAS DESPUES DEL CURSO RESPONDIERON QUE ENVIARIAN A LAS EMBARAZADAS AL HOSPITAL EN SITUACIONES QUE NO PUEDAN MANEJAR.

LO ANTERIOR POSIBILITARA IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE CAPACITACION, SUPERVISION Y SEGUIMIENTO A LAS PARTERAS EMPIRICAS, PARA QUE DE MANERA CONJUNTA, COMUNIDAD E INSTITUCION, SE LOGRE MEJORAR LA SALUD MATERNO INFANTIL DEL ESTADO DE TLAXCALA.

MARCO TEORICO

PARA ACERCARNOS A LA TEMATICA DE LA SALUD EN LAS COMUNIDADES RURALES, MISMAS QUE INCLUYEN ALGUNAS INDIGENAS, ES NECESARIO CONOCER EL PUNTO DE PARTIDA DE LA MEDICINA TRADICIONAL CUYA FORMA DE EXPRESION SE MANIFIESTA A ATRAVES DE DIVERSOS ACTORES SOCIALES DE AQUEL AMBITO.

LOZOYA, X., (1979), DEFINE LA MEDICINA TRADICIONAL COMO "EL CONJUNTO DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS GENERADOS EN EL SENO DE LA POBLACION TRANSMITIDOS GENERACIONALMENTE Y QUE, BASADOS EN UN SABER EMPIRICO, OFRECE SOLUCIONES A LAS DIVERSAS MANIFESTACIONES DE LA ENFERMEDAD BUSCANDO PROPICIAR LA SALUD". ENFATIZA LA ATENCION INTEGRAL AL ENFERMO MAS QUE AL CONCEPTO ENFERMEDAD, TOMANDO EN CUENTA LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES CULTURALES.

BAUTISTA, C. Y GONZALEZ, S., (1980), MENCIONAN QUE TAMBIEN ESTA LIGADA A LAS COSTUMBRES DE LOS PUEBLOS, "ES UNA HERENCIA DE CONOCIMIENTOS EMPIRICOS QUE HEMOS RECIBIDO DE NUESTROS ANTEPASADOS EN FORMA ORAL", POR ELLO SE PIENSA COMO UNA HERENCIA DE TIPO FAMILIAR. LOS AUTORES SEÑALAN QUE LA MEDICINA TRADICIONAL EXPLICA LA ENFERMEDAD COMO LA RUPTURA DEL EQUILIBRIO ENTRE EL HOMBRE Y LA NATURALEZA. ENTRE LOS RECURSOS QUE EJERCEN ESTAS PRACTICAS SE ENCUENTRAN LAS PARTERAS CONOCIDAS COMUNMENTE COMO EMPIRICAS O TRADICIONALES.

ZOLLA, C., (1986), DICE QUE SE DENOMINAN "TERAPEUTAS TRADICIONALES A AQUELLAS PERSONAS, GENERALMENTE ADULTAS Y PERTENECIENTES A LA COMUNIDAD DONDE EJERCEN, A LA QUE EL GRUPO SOCIAL RECONOCE COMO DOTADAS DE LOS CONOCIMIENTOS, HABILIDADES O FACULTADES PARA CURAR, QUE DIAGNOSTICAN LAS ENFERMEDADES

CONFORME A UNA IDEA DE LA CAUSALIDAD QUE ES COMPARTIDA POR EL GRUPO, CUYO SISTEMA DE CREENCIAS, CONCEPTOS Y PRACTICAS LAS DISTINGUEN CLARAMENTE DE LOS TERAPEUTAS DE LA MEDICINA ACADEMICA".

EL TERMINO PARTERA SE DERIVA DEL LATIN PARTUS, ACTO DE PARIR O DAR A LUZ A UN SER VIVIPARO, SEGUN LO DEFINE LA ENCICLOPEDIA UNIVERSAL AMERICANA, (1986).

EN EL VIEJO CONTINENTE SE REGISTRO INFORMACION SOBRE LA EXISTENCIA DE LAS PARTERAS; VR.GR. LOS SUMERIOS EN LAS TABLAS DE GREDAS DESDE EL AÑO 2500 A.C.; LOS CHINOS LAS MENCIONAN DESDE 2600 A.C.; LOS EGIPCIOS A PARTIR DEL SIGLO XIX A.C..LA BIBLIA CITA EL EMBARZO, LAS PARTERAS Y LAS PARTURIENTAS EN EL GENESIS, 3:16; EXODO, 1:9-16, Y EN EL LEVITICO 12:1-8.(CITADO EN BRAVO,H.,1990).

LA ATENCION DEL PARTO DE HACE 4000 AÑOS PUEDE SER SIMILAR AL DE MILENIOS ANTERIORES Y DE IGUAL MANERA DE LOS MILENIOS SUBSIGUIENTES. ESA ESCENA QUEDO REGISTRADA EN LAS PIEZAS DE ALFARERIA DEL PERU PRECOLOMBINO Y EN LAS DESCRIPCIONES DE PARTOS EN LA EPOCA ROMANA Y DEL RENACIMIENTO. LAS MUJERES PARIAN A SUS HIJOS EN CUCLILLAS, DE HINDJOS O DE PIE, OTRA MUJER LA SOSTENIA POR DETRAS Y UN FAMILIAR AYUDABA.

MITOLOGICAMENTE EN LA CULTURA HELENICA, HERA, DIOSA PROTECTORA DE LOS MATRIMONIOS Y LOS NACIMIENTOS, DIO ORIGEN EN LA CULTURA LATINA (ROMA) A LA DIOSA JUNO, CUYO SOBRE NOMBRE MATRONA SE APLICO A QUIENES ATENDIAN A LAS MUJERES DURANTE EL PARTO. EN LA ANTIGUEDAD EL VOCABLO MATRONA SE LE ASIGNABA A LA MADRE DE

FAMILIA NOBLE Y VIRTUOSA, Y POR TANTO CAPAZ DE TRAER AL MUNDO A NUEVOS SERES.

LOS TERMINOS QUE CADA SOCIEDAD O PUEBLO EMPLEAN PARA DENOMINAR A LA PARTERA DEPENDEN DE LA EPOCA HISTORICA, ORIGEN ETNICO, LENGUA O IDIOMA. ASI POR EJEMPLO EXISTEN NOMBRES COMO MATRONA, COMADRONA, CHIRIPERA, PARTERA TRADICIONAL, PARTERA RURAL, PARTERA EMPIRICA; O BIEN NOMBRES AUTOCTONOS: TEMIXIHUITIANI TICITL EN MEXICO, HILOTS EN FILIPINAS, DAYANS EN BIRMANIA. EN LAS CULTURAS MESCAMERICANAS DE MEXICO LAS MENCIONAN LOS TOLTECAS, TEOTIHUACANOS, AZTECAS, MIXTECOS, ZAPOTECAS, PUREPECHAS Y MAYAS A TRAVES DE LOS CODICES PREHIPANICOS. EN LA EPOCA COLONIAL FRAY BERNARDINO DE SAHAGUN LAS MENCIONA EN SUS OBRAS. (CITADO EN BRAVO,H.,1990).

LOS AZTECAS DENOMINABAN A LA PARTERA TEPALEHUANI, LA QUE AYUDA; TEMIXIHUIANI O TEMIXIHUITIANI, SEGUN DETALLA MARTINEZ,F.,(1984).

HISTORICAMENTE LAS MUJERES SEGUN SENALAN GUADARRAMA,T. Y PIEDRASANTA,R.,(1988), "HAN APRENDIDO A CONOCER LAS PROPIEDADES CURATIVAS DE HIERBAS Y RAICES Y POR SU EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS DOLENCIAS FAMILIARES, SE HAN CONVERTIDO EN UNA DE LAS PRIMERAS CURADORAS DE LA HUMANIDAD". EN EL CASO DE LAS PARTERAS, LA MUJER HA TENIDO UN PAPEL RELEVANTE, SOBRE TODO POR QUE HA VIVIDO EL PARTO, LO QUE REPRESENTA UN ELEMENTO COMUN CON SU GRUPO , ASI COMO POR SU AFECTIVIDAD, INTUICION, PERCEPTIBILIDAD Y EN TERMINOS GENERALES POR TODA SU ENEGIA EMOCIONAL. FINALMENTE LAS AUTORAS DICEN QUE LA ATENCION DEL PARTO SE CONCIBE COMO UN PROCESO

NATURAL, NO MEDICALIZADO NI DESPERSONALIZADO, LO QUE POSIBILITA UN ACERCAMIENTO MAS ESTRECHO CON LA EMBARAZADA.

SAHAGUN, B., (1981), EN LA HISTORIA GENERAL DE LAS COSAS DE LA NUEVA ESPANA, MENCIONA QUE EN LA EPOCA PREHISPANICA LA TAREA INICIAL DE LA PARTERA ERA ENCENDER EL FUEGO DE TEMAZCALLI O CASA DEL SEÑOR LLAMADO XOCHIACALTZIN. ESTO ES, PREPARABA UN BANO A VAPOR QUE SE PRODUCIA POR AGUA VERTIDA A PIEDRAS CALIENTES, DENTRO DE UN CUARTO PEQUEÑO Y CERRADO. ANTES Y DESPUES DEL BANO, LA PARTERA LE PALPABA LA BARRIGA PARA SABER LA POSICION DEL NIÑO. YA CERCAÑO EL MOMENTO DEL PARTO, LA TICITL (PARTERA) PREPARABA LA COMIDA DE LA EMBARAZADA, LA BANABA, LE DABA DE BEBER RAIZ MOLIDA DE UNA YERBA LLAMADA CIHUAPACTLI PARA EMPUJAR EL BEBE; LE DABA UN CALDO DE TLAQUACHE PARA FACILITAR EL PARTO. CUANDO NACIA LA CRIATURA, LA PARTERA LANZABA UNAS VOCES SEMEJANTES A LOS DE LA GUERRA EN SENAL QUE LA PARTURIENTA HABIA VENCIDO Y TENIA UN HIJO. DESPUES CORTABA EL CORDON UMBILICAL, Y LA PLACENTA LA ENTERRABA EN UN RINCON DE LA CASA. SI EL OMBLIGO ERA DE UN NIÑO LO SECABAN Y LO ENTERRABAN EN EL CAMPO COMO SIMBOLO DE QUE ERA OFRECIDO AL SOL Y LA TIERRA PARA HACER SU OFICIO DE GUERRA; SI CORRESPONDIA A UNA NIÑA, LO ENTERRABAN JUNTO AL FOGON EN LA CREENCIA DE MANTENERSE EN SU CASA.

CUANDO SE DIFICULTABA EL PARTO, COMO EL HECHO DE QUE EL NIÑO SE ATRAVESARA, LA PARTERA METIA AL BANO A LA EMBARAZADA, LA PALPABA Y LA SOBABA PARA ENDEREZAR AL NIÑO; SI AL PASAR UNA NOCHE Y UN DIA NO PODIA PARIR, LA UBICABAN EN UN CUARTO CERRADO Y AHI ORABA.

ESAS PRACTICAS SI BIEN RESPONDIAN A LAS NECESIDADES DE ESE MOMENTO HISTORICO, NO ERAN DEL TODO BENEFICAS RESPECTO A LA HIGIENE EN LA ATENCION DEL PARTO.

A FINES DE LOS AÑOS CINCUENTA DE ESTE SIGLO, AFIRMA BELSEY, M., (1988), SE PRODUJO UNA RAPIDA EVOLUCION DE LAS TECNOLOGIAS DE HIGIENE HACIA LAS MADRES Y LOS HIJOS. EN ESTE SENTIDO LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD REPRESENTA UN RETORNO A LAS TRADICIONES DE LA COMUNIDAD PERO, CON UN FUNDAMENTO CIENTIFICO MAS SOLIDO Y UN MAYOR APOYO SOCIAL.

HASTA NUESTROS DIAS EXISTE LA PREOCUPACION EN PROFUNDIZAR LOS CONOCIMIENTOS ACERCA DE LAS PRACTICAS TRADICIONALES PARA PROCURAR LA ATENCION DE DIFERENTES PADECIMIENTOS, ESPECIFICAMENTE LA ATENCION DE PARTOS.

INSTITUCIONES Y DIVERSOS ORGANISMOS GUBERNAMENTALES Y NO GUBERNAMENTALES, ASI COMO ANTROPOLOGOS, SOCIOLOGOS , ENTRE OTRAS DISCIPLINAS, HAN CONCEPTUALIZADO A LA PARTERA DE DISTINTAS MANERAS, SIN EMPARGO COINCIDEN EN CIERTOS ASPECTOS. MELLADO, V., ZOLLA, C. Y CASTANEDA, X., (1989), ESTABLECEN UNA DIFERENCIA ENTRE LA PARTERA TRADICIONAL Y LA PARTERA EMPIRICA. LA PRIMERA SE LOCALIZA EN EL AREA RURAL DONDE LA ASCENDENCIA INDIGENA ES IMPORTANTE; SUS CONOCIMIENTOS LOS HA OBTENIDO EN FORMA ORAL Y DE GENERACION EN GENERACION; EMPLEA LA HERBOLARIA COMO PRINCIPAL RECURSO Y EVENTUALMENTE MEDICINA DE PATENTE. ATIENDE PARTOS NORMALES E INTENTA TRANSFERIR AQUELLOS CASOS GRAVES A OTROS NIVELES DE ATENCION Y EN OCASIONES TAMBIEN ATIENDEN ENFERMEDADES DEL RECIEN NACIDO.

LAS PARTERAS EMPÍRICAS SON AQUELLAS CAPTADAS POR INSTITUCIONES DE SALUD Y ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES PARA ADIESTRARLAS EN EL MANEJO DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. ADOPTAN CONCEPTOS MÉDICOS Y UTILIZAN MEDICAMENTO Y MATERIAL QUIRÚRGICO BÁSICO.

BELTRAN, G., (1940), SEÑALA QUE LA PARTERA ES GENERALMENTE UNA MUJER DE EDAD MADURA QUE HA TENIDO LA EXPERIENCIA DE ATENDER PARTOS Y EMBARAZOS MÚLTIPLES, QUE HA TENIDO ENTRENAMIENTO DE UNA PARTERA AMIGA O FAMILIAR, MISMA QUE LE HA TRASMITIDO PASO A PASO LOS CONOCIMIENTOS MÍSTICOS Y LAS HABILIDADES MANUALES INDISPENSABLES PARA EL EJERCICIO DE ATENDER PARTOS.

EL AUTOR MENCIONA QUE LOS CUIDADOS QUE BRINDA A LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO SON DE NATURALEZA MÍSTICA, A FIN DE PROTEGER AL PRODUCTO DE LOS SOBRENATURALES HOSTILES PARA QUE LLEGUE A FELIZ TÉRMINO. EL PARTO LO REALIZA FRECUENTEMENTE EN EL DOMICILIO DE LA FUTURA MADRE, Y SU DURACIÓN TIENE VARIACIONES INDIVIDUALES PERO ES MAYOR EN LA PRIMÍGESTA QUE EN LAS MULTÍPARAS.

POR SU PARTE, BRAVO, H., (1990), DESCRIBE QUE UN TÉRMINO RELACIONADO AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, ES LA OBSTETRICIA, PALABRA DERIVADA DEL LATÍN OBSTETRICES DE: OB, DELANTE Y STARE, ESTAR. ESTA VOZ DA ORIGEN A LA PALABRA OBSTETRIZ O PARTERA, CUYO NOMBRE SE ASIGNA A LAS MUJERES QUE PARA ASISTIR A LAS PARTURIENTAS SE COLOCAN AL LADO O FRENTE A ESTAS. LA OBSTETRICIA ES EL ESTADO GRAVIDO DE LA MUJER EN TODA SU EVOLUCIÓN FISIOLÓGICA Y SUS ACCIDENTES PATOLÓGICOS, COMPRENDIENDO ASÍ LA EUTOCIS COMO EL PARTO NORMAL Y DISTOCIA AL ESTADO PATOLÓGICO.

PARA SACCHI, H., (1972), EL PARTO TIENE DOS ETAPAS: UNA QUE ES LA DILATACION DEL CUELLO DEL UTERO, PERIODO MAS LARGO DEL PARTO, EL MAS IMPORTANTE Y EXIGE UN MAYOR CONTROL POR LAS CONTRACCIONES PROGRESIVAS EN EL UTERO. CUANDO LA DILATACION HA LLEGADO A 11 CENTIMETROS, ESTAS TIENEN LA FINALIDAD DE EXPULSAR AL FETO FUERA DEL UTERO, LO QUE SE DENOMINA PERIODO EXPULSIVO. PARA ELLO EL FETO DEBE RECORRER UN CANAL OSEO Y MUSCULAR; Y PUEDE TOMAR DOS POSICIONES, UNA CON LA CABEZA HACIA ABAJO EN PRESENTACION CEFALICA Y LA OTRA SENTADO, DE NALGAS.

LOS FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO SON LOS RELACIONADOS CON LA EDAD DE LA MUJER, EL NUMERO DE HIJOS, EL ESPACIAMIENTO ENTRE LOS EMBARAZOS, LA PRESION ARTERIAL, LOS ABORTOS Y CESAREAS ANTERIORES, ENTRE LOS MAS RELEVANTES. SI LA PARTERA NO DETECTA ESTOS PROBLEMAS EN LA ETAPA PRENATAL, AL MOMENTO DEL PARTO SE LE PRESENTARIAN COMPLICACIONES QUE, DE NO ESTAR CAPACITADA NO PUEDE RESOLVER Y EVITAR LA MUERTE DE LA MADRE Y EL NIÑO. TENDRIA ENTONCES QUE IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO Y SABER CUANDO ELLA PUEDE INTERVENIR Y CUANDO ES NECESARIO QUE CANALICE A OTRO NIVEL DE ATENCION. (CITADO EN ACADEMIA MEXICANA DE INVESTIGACION EN DEMOGRAFIA MEDICA, 1986).

ES POR ELLO QUE AL CONTAR CON AGENTES DE SALUD ADIESTRADOS, QUE VIVAN EN LA COMUNIDAD Y COLABOREN CON EL PERSONAL DE SALUD PARA JUNTOS CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y DE SALUD DE LA COMUNIDAD, SE PRIORIZA LA EDUCACION EN SALUD. ESTA CONSISTE EN BRINDAR A LA POBLACION LOS ELEMENTOS

NECESARIOS PARA EL AUTOCUIDADO DE SU SALUD, CAPACITANDOLA PARA PREVENIR ENFERMEDADES, FOMENTAR LA DIETA Y EJERCICIO APROPIADOS, FACILITAR LA EDUCACION Y TRABAJO SEGUN LA CAPACIDAD FISICA Y MENTAL, Y MEJORAR EL MEDIO AMBIENTE FISICO, ECONOMICO, CULTURAL, PSICOLOGICO Y SOCIAL. (KATZ,F.M.,1981).

BANNERMAN,H.,(1977), EN SU TRABAJO SOBRE LA MEDICINA TRADICIONAL RELATA LA TRAYECTORIA EN TORNO AL ADIESTRAMIENTO DE LAS PARTERAS TRADICIONALES:

EN 1972 EN LA SEDE DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) SE EFECTUO UNA REUNION DE ADIESTRAMIENTO Y EMPLEO DE PARTERAS CON LA FINALIDAD DE DETERMINAR LOS PROGRAMAS DE CAPACITACION, LOS ESTUDIOS Y TRABAJOS DE INVESTIGACION NECESARIOS PARA MEJORAR LOS SERVICIOS QUE ELLAS OTORGAN.

POSTERIORMENTE EN 1974 EN UN ESTUDIO CONJUNTO ENTRE LA ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF) Y LA OMS, REALIZADO POR DJKANOVIC,V. Y MACH,E.P.(1975), SE RECOMIENDA LA MOVILIZACION Y EL ADIESTRAMIENTO DE TODOS LOS QUE PRACTICAN LOS SISTEMAS DE MEDICINA TRADICIONAL, INCLUYENDO LAS PARTERAS, PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRIMARIOS.

YA EN 1976 SE FUNDA EN GINEBRA UN GRUPO DE TRABAJO PARA LA PROMOCION Y EL DESARROLLO DE LA MEDICINA TRADICIONAL, A REALIZARSE EN LOS PAISES EN DESARROLLO. DICHO GRUPO ELABORO UN PROGRAMA CON LOS OBJETIVOS DE FOMENTAR LA MEDICINA TRADICIONAL COMO MEDIO DE PROMOVER LOS SERVICIOS DE SALUD Y EVALUARLA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA MEDICINA MODERNA; PROMOVER LA

INTEGRACION DE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS TECNICAS DE UTILIDAD DEMOSTRADA EN LA MEDICINA OCCIDENTAL Y LA TRADICIONAL.

EN ALMA-ATA, LOCALIZADA EN LA EX UNION SOVIETICA, SE REUNIERON EN 1978 TODOS LOS GOBIERNOS Y PERSONAL DE SALUD DE LA COMUNIDAD MUNDIAL, PARA CELEBRAR UNA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCION PRIMARIA DE SALUD (APS), CON EL OBJETIVO DE "PROTEGER Y PROMOVER LA SALUD PARA TODOS LOS PUEBLOS DEL MUNDO" (OMS,GINEBRA,1978). ENTENDIDA LA SALUD COMO EL COMPLETO BIENESTAR FISICO, MENTAL Y SOCIAL, Y NO SOLO LA AUSENCIA DE AFECCIONES O ENFERMEDADES; EN SINTESIS , UN DERECHO FUNDAMENTAL DEL SER HUMANO.

EN ESA CONFERENCIA SE DECLARA: "UNO DE LOS OBJETIVOS SOCIALES DE LOS GOBIERNOS, DE LAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES Y DE LA COMUNIDAD MUNDIAL ENTERA EN EL CURSO DE LOS PROXIMOS DEGENIOS, DEBE SER QUE TODOS LOS PUEBLOS DEL MUNDO ALCANCEN EN EL AÑO 2000 UN NIVEL DE SALUD QUE LES PERMITA LLEVAR UNA VIDA SOCIAL Y ECONOMICAMENTE PRODUCTIVA".

LA ESTRATEGIA PLANTEADA PARA ESTE OBJETIVO ES LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD, QUE SE BASA EN METODOS Y TECNOLOGIA PRACTICOS, CIENTIFICAMENTE FUNDADOS Y SOCIALMENTE ACEPTABLES AL ALCANCE DE TODOS LOS INDIVIDUOS Y LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD, MEDIANTE SU PLENA PARTICIPACION A UN COSTO QUE LA COMUNIDAD Y EL PAIS PUEDAN SOPORTAR, CON UN ESPIRITU DE AUTORRESPONSABILIDAD Y AUTODETERMINACION.

DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD, EL TRABAJADOR BASICO DE SALUD (TBS) ES UN MIEMBRO DE LA COMUNIDAD QUIEN REALIZA ACCIONES DE SALUD DE ACUERDO A SU FORMACION,

EXPERIENCIA Y DISPONIBILIDAD DE TIEMPO. EN TERMINOS GENERALES SUS ACTIVIDADES SON EDUCATIVAS, TENDIENTES A PROMOVER CAMBIOS EN LA CONDUCTA Y MEDIO AMBIENTE DE LAS PERSONAS; ASISTENCIALES EN EL BINOMIO MADRE-HIJO DESDE EL CUIDADO PRENATAL HASTA EL CUIDADO DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NINO, INCLUYENDO LA INMUNIZACION, NUTRICION, HIGIENE Y PLANIFICACION FAMILIAR; ACTIVIDADES CURATIVAS CON TECNICAS SIMPLES PARA ENFERMEDADES COMUNES COMO LA DIARREA E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS; TAREAS ORGANIZATIVAS EN SU CONTEXTO SOCIAL Y CULTURAL. EN FIN, LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA PROPIA LOCALIDAD SON LAS QUE DEFINEN LAS ACCIONES DEL IBS.

ES EVIDENTE QUE PARA LA EJECUCION DE ESAS ACCIONES, SE PRECISA DE UN ENTRENAMIENTO APROPIADO CONSIDERANDO LAS CARACTERISTICAS PROPIAS DEL TRABAJADOR, COMO SON EDAD, ESCOLARIDAD, SEXO, TECNICAS Y MODELOS EDUCATIVOS QUE FACILITEN SU PARTICIPACION; LOS RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS; EL TIEMPO DE DURACION DEL ADIESTRAMIENTO EN FUNCION DEL OBJETIVO A ALCANZAR Y DE LA DISPONIBILIDAD DE HORARIO; Y LAS TAREAS QUE CON MAYOR FRECUENCIA REALIZA.

EN RESUMEN, EL PROCESO DE ENTRENAMIENTO DE UN TRABAJADOR BASICO DE SALUD INCLUYE VARIAS ETAPAS SUCEсивAS:

- A) IDENTIFICAR NECESIDADES DE SALUD COMUNITARIA,
- B) DESCRIBIR LAS TAREAS A DESARROLLAR,
- C) DEFINIR LOS OBJETIVOS EDUCACIONALES EN FORMA DE CONDUCTAS TERMINALES CONCRETAS,
- D) DISEÑAR UN PROGRAMA ADECUADO A LA SITUACION, CON LA MAS ACTIVA PARTICIPACION DEL IBS,.

E) PREPARAR Y EJECUTAR PROCEDIMIENTOS DE EVALUACION EN TODAS LAS FASES DEL ENTRENAMIENTO. (KATS,F.M.1981).

UN ASPECTO RELEVANTE EN ESTE PROCESO ES LA EVALUACION PERIODICA DEL APRENDIZAJE DE HABILIDADES Y DESTREZAS QUE AUNADA A LA SUPERVISION, ENTENDIDA COMO UNA ACTIVIDAD DE ENSEÑANZA Y CAPACITACION EN SERVICIO, POSIBILITA UNA RELACION MAS ESTRECHA Y DIRECTA ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y EL TBS, FAVORECIENDO LA RETROALIMENTACION Y SATISFACCION DE LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACION.

EN EL AMBITO INTERNACIONAL EXISTEN VARIAS EXPERIENCIAS RELACIONADAS AL ADIESTRAMIENTO DE LAS PARTERAS EMPIRICAS, ALGUNAS DE LAS CUALES SE MENCIONAN A CONTINUACION:

EN 1974, AITKEN,I., KARGBO,T. Y GBA-KAMARA,A., INICIARON UN PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO EN SIJERRA LEONA, DONDE EL 70% DE LOS PARTOS SON ATENDIDOS POR PARTERAS EN SU MAYORIA MIEMBROS DIRECTIVOS DE LAS SOCIEDADES SECRETAS FEMENINAS. DETERMINARON LOS PRINCIPALES COMPONENTES DE LA ATENCION DE PARTERIA E IDENTIFICARON LAS TAREAS MAS DESTACADAS DE CADA COMPONENTE.

LA ASISTENCIA PRENATAL COMPRENDIA EL DIAGNOSTICO PRECOZ DEL EMBARAZO, DETECCION DE LOS CASOS DE ALTO RIESGO, PROFILAXIS SISTEMATICA DURANTE LA GESTACION Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES; Y PARA LA ASISTENCIA DURANTE EL PARTO, VIGILANCIA Y CUIDADOS DEL TRABAJO DEL PARTO, Y TRATAMIENTO DE CASOS DE RIESGO Y COMPLICACIONES. EL TERCER COMPONENTE BASICO ERA LA ASISTENCIA DURANTE EL PUERPERIO.

A LA CAPACITACION ASISTIERON MAS DE 700 PARTERAS Y SE DESARROLLO EN BASE A LAS TAREAS DE SALUD QUE FRECUENTEMENTE

REALIZAN, INCLUYENDO UNA TECNICA SEGURA DE EXTRACCION DE LA PLACENTA. EN 1982 SE CONSITUYO UN GRUPO DE TRABAJO ESPECIAL DE ATENCION PRIMARIA CON EL OBJETO DE PLANIFICAR UN SITEMA COMPLETO DE ATENCION DE OBSTETRICIA BASADO EN LAS PARTERAS TRADICIONALES, LOS CENTROS DE SALUD Y MATERNIDADES, Y HOSPITALES DE DISTRITO.

EN LA INDIA, PRATINIDHI, A., SHROTRI, A., SHA, U. Y CHAVAN, H., (1982), REALIZARON UN ESTUDIO SOBRE LA ATENCION DE PARTOS EN UN CENTRO RURAL DE ADIESTRAMIENTO DE LA INDIA, EN LA POBLACION CIRCUNDANTE A SIRUR. ORGANIZARON UN REGISTRO DE MUJERES GESTANTES CON DATOS RESPECTIVOS A LA ATENCION DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. ENTREVISTARON A 48 PARTERAS TRADICIONALES DE LA ZONA PARA CONDCER SUS ACTITUDES Y PRACTICA. SU EDAD ERA ENTRE LOS 35 Y 80 AMOS; EL 75% ANALFABETAS; CON MAS DE 10 AMOS DE EXPERIENCIA Y HABIAN ATENDIDO HASTA 200 PARTOS. DE LAS 48 PARTERAS, 22 ESTABAN SIN ADIESTRAR; 15 ERAN PARTERAS TRADICIONALES (DAIS) Y 11 TENIAN FORMACION COMO AGENTES DE SALUD COMUNITARIOS.

LAS PARTERAS SIN ADIESTRAR CARECIAN DE NOCIONES SOBRE ATENCION PRENATAL Y FACTORES DE RIESGO; LAS DAIS ADIESTRADAS TENIAN CIERTA IDEA DE LA NECESIDAD DE UN CONTROL PRENATAL PERO APENAS LO PRACTICABAN.

LOS AUTORES AFIRMAN QUE EN 1982 HUBO 1573 PARTOS, DE LOS CUALES EL 11% FUERON ASISTIDOS POR LAS PARTERAS TRADICIONALES. SE REGISTRARON BAJAS TASAS DE MORTALIDAD PERINATAL EN LOS PARTOS ATENDIDOS POR AGENTES DE SALUD COMUNITARIOS QUE CONOCIAN LAS ANOMALIAS DEL PREPARTO Y ENVIABAN LOS CASOS

DIFICILES A OTRO NIVEL DE ATENCION. LA DECISION DE ENVIAR O NO UN CASO AL HOSPITAL SE BASA EN LA CONFIANZA Y CAPACIDAD DE CADA DAI PARA HACER FRENTE A SITUACIONES ANORMALES.

FINALMENTE LOS AUTORES PROPONEN LA UTILIZACION DE METODOS AUDIOVISUALES EN GRUPOS DE ENSEMANZA DE ATENCION PRENATAL Y NATAL BASICA, Y FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO Y PARTO.

SENEGAL TUVO LA INICIATIVA DE APROVECHAR LOS CONOCIMIENTOS TRADICIONALES DE LAS PARTERAS, DEBIDO A LAS GRANDES DEFICIENCIAS DE LA INFRAESTRUCTURA SANITARIA, YA QUE CUATRO DE CADA CINCO AFRICANOS NACIAN EN MANOS DE DICHSO RECURSOS. ES EN ESTE SENTIDO, QUE EL PROYECTO DE INCORPORARLAS, REORIENTARLAS Y FORMARLAS PARA AMPLIAR SU PARTICIPACION EN EL PROCESO DE LA MATERNIDAD, PLANIFICACION FAMILIAR Y ATENCION DEL RECIEN NACIDO, FUE CREADO POR LAS PROPIAS NECESIDADES DE LA POBLACION.

SEGUN SENE,P.,(1983), LA PARTERA DE SENEGAL COMBINA SU SABER MAGICO CON SUS CONOCIMIENTOS PRACTICOS, TENIENDO UN PRESTIGIO EXCEPCIONAL ENTRE LA COMUNIDAD. CON ESTAS BASES SE INSTALO UN CENTRO PILOTO PARA LA INVESTIGACION Y FORMACION DE PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO, EN DONDE SE ADIESTRARON EN OBSTETRICIA A 200 PARTERAS ELEGIDAS POR LOS ALDEANOS.

ALISJAHBANA,A., PEETERS,R. Y MEHEUS,A. (1986), EFECTUARON UN ESTUDIO EN INDONESIA CON EL OBJETIVO DE AVERIGUAR SI LAS PARTERAS PODIAN RECONOCER Y REGISTRAR LOS SIGNOS Y SEÑALES MAS IMPORTANTES PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO Y ACTUAR ADECUADAMENTE CUANDO LOS DETECTARAN. CONSIDERARON COMO FACTORES DE RIESGO LO SIGUIENTE: "EDAD, PARIDAD, GRAVIDEZ,

INTERVALO ENTRE LOS NACIMIENTOS, NACIDOS MUERTOS, LACTANTES FALLECIDOS, ABORTOS, PESO, ESTATURA, CIRCUNFERENCIA DEL BRAZO Y GRAFICA DE PESO". MANEJARON UNA ENCUESTA SOBRE LA UTILIZACION DE FICHAS MATERNO INFANTILES, POR PARTE DE LAS PARTERAS QUE ATIENDEN DEL 80% AL 90% DE LOS PARTOS EN AREA RURAL. A ELIAS SE LAS ADIESTRO PARA MEDIR LOS FACTORES DE RIESGO, Y DE LAS 137 MUJERES DE LA ENCUESTA EL 52.5% TENIAN UNO O MAS FACTORES DE RIESGO, LO CUAL DEMUESTRA QUE LAS PARTERAS FUERON CAPACES DE IDENTIFICAR A LAS EMBARAZADAS EN SITUACIONES DE RIESGO.

OKUBAGZHI, G., (1988) LLEVO A CABO UN ESTUDIO EN LA REGION DE GONDAR, ETIOPIA, SOBRE LA FUNCION DE LAS PARTERAS EN ATENCION MATERNO INFANTIL Y LAS POSIBILIDADES DE MEJORAR EL SERVICIO BRINDANDOLES ADIESTRAMIENTO. EL OBJETIVO FUE IDENTIFICAR Y ADIESTRAR A LAS PARTERAS DE DOS DISTRITOS Y UNA ALDEA SATELITE EN CADA UNO DE ELLOS, DEJANDO COMO TESTIGO UNA ZONA EN LA QUE NO SE DARIA ADIESTRAMIENTO DURANTE DOCE MESES. COMO NO SE PUDO VISITAR LA ZONA TESTIGO, SOLO SE EFECTUO UN ESTUDIO COMPARATIVO ANTES Y DESPUES DEL CURSO, AL QUE ASISTIERON 26 PARTERAS.

LOS RESULTADOS INDICAN QUE DESPUES DEL ADIESTRAMIENTO, LA PROPORCION DE MUJERES VACUNADAS CONTRA EL TETANOS, PASO DEL 29.1% AL 65.5%; LOS PARTOS ATENDIDOS AUMENTARON DEL 36.5% AL 76.4%; LOS EMBARAZOS QUE PRODUCERON NACIDOS VIVOS PASARON DEL 96.7% AL 98.1%; LOS NINOS AMAMANTADOS INMEDIATAMENTE DESPUES DEL NACIMIENTO AUMENTO DEL 44.4% AL 49.1%. EL PORCENTAJE DE INMUNIZACION DE LOS LACTANTES MENORES DE UN AÑO ASCENDIO DEL

27% AL 54.9% . UN HECHO RELEVANTE FUE QUE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL DESCENDIO DE 103 A 99.4 POR 1000. ESTO SE OBSERVO MAS EN EL PUEBLO DE ZEMEN Y EN LA ALDEA DE YIFAG DONDE LAS TASAS DISMINUYERON DE 139 A 114.7 Y DE 148.1 A 125 POR 1000, RESPECTIVAMENTE.

CUPPEN, A., (1970), PARTERA EN LOS PAISES BAJOS, EN EL DEBATE DE UNA MESA REDONDA SOBRE MATERNIDAD SIN RIESGO: META DE LA ASISTENCIA OBSTETRICA, COMENTO LA EXISTENCIA DE 1075 PARTERAS, DE LAS CUALES EL 85% EJERCI A DOMICILIO Y EL 15% RESTANTE EN HOSPITALES. LA PARTERA CONCIBE EL PARTO COMO UN PROCESO NATURAL Y ATIENDE A LA MUJER EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. SUS PRIMERAS ACTIVIDADES SON LA PROTECCION Y PROMOCION DE LA SALUD; SU LABOR DE ORIENTACION, PREPARACION Y ESTIMULO HACEN QUE LA EMBARAZADA TENGA MAS CONFIANZA EN SI MISMA. LA PARTERA TIENE COMO OBJETIVO EVITAR TRASTORNOS FISICOS, MENTALES Y SOCIALES, ASI TAMBIEN DISTINGUIR ENTRE LA PATOLOGIA Y LA FISIOLOGIA. DURANTE LOS PERIODOS PRENATAL, PERINATAL Y POSTNATAL, LA PARTERA CONSULTA CON EL OBSTETRA O LE ENVIA LA PACIENTE SI OBSERVA FACTORES DE RIESGO.

LA EXPERIENCIA DE BANGLADESH CON PARTERAS TRADICIONALES, SEGUN NESSA, S., (1991), ES SIMILAR A LA DE LOS CITADOS PAISES, EN LO QUE RESPECTA A SUS CARACTERISTICAS Y PRACTICAS EN EL PARTO. EN TANTO QUE MUCHAS MUERTES DE LACTANTES Y MADRES ACONTECIERON POR LA IGNORANCIA DE LAS PARTERAS, SE CREO UN PROGRAMA DE FORMACION DE MANERA TAL QUE SE LA UBICARA, YA ADIESTRADA, EN CADA UNA DE LAS 68,000 ALDEAS DEL PAIS. EN ALGUNAS ZONAS SE HAN OBSERVADO PROGRESOS: AUMENTARON LOS ENVIOS PRENATALES A

CENTROS SANITARIOS Y EL NUMERO DE EMBARAZADAS INMUNIZADAS Y LOS PARTOS COMPLICADOS LOS CANALIZAN A OTROS SERVICIOS ESPECIALIZADOS.

LOS PAISES DE LATINOAMERICA NO ESTAN EXCENTOS DE LOS SERVICIOS DE LAS PARTERAS.

MALDONADO,C.,(1980), AFIRMA QUE LOS ORIGENES DE LA MEDICINA POPULAR EN LATINOAMERICA, TIENEN DOS FUENTES: LA ADORIGEN, CONFIGURADA POR LAS DIFERENTES CULTURAS QUE HABITARON EN MESOAMERICA, SIN DESCARTAR LA INCORPORACION DE LOS GRUFOS ANTILLANOS, O SUDAMERICANOS FUNDAMENTALMENTE LOS INCAS. LA OTRA FUENTE SE REMONTA A LOS ELEMENTOS DE LA MEDICINA FOLKLORICA Y OFICIAL DE LOS SIGLÓS XV Y XVI TRAIOS POR LOS ESPANDES. EN LA MEDICINA POPULAR INTERVIENEN EL CURANDERO Y LAS PERSONAS ADULTAS QUE HAN RECIBIDO EN FORMA ORAL LA INFORMACION DEL PROCESO CURATIVO.

KAMAS,C. Y VENEGAS,E.(1975), EN EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIOECONOMICAS (IISE) DE TEGUCIGALPA, HONDURAS, CON EL APOYO DE LA FUNDACION INTERAMERICANA, EFECTUARON UNA EVALUACION DEL PROGRAMA CLUB AMAS DE CASA Y OBTUVIERON UN REGISTRO DE 1096 CAMPESINAS AMAS DE CASA, DE LAS CUALES 37 SE DEDICABAN A LA ATENCION DE PARTOS. SE ESTUDIO A NIVEL EXPLORATORIO LAS POSIBLES DIFERENCIAS ENTRE LAS MUJERES CAMPESINAS Y LAS EMPIRICAS DE SALUD (ES), DENOMINADAS ASI POR SUS PRACTICAS CON ENFERMOS Y EMBARAZADAS. DE ESTA MANERA QUEDARON DOS GRUPOS, UNO CONTROL COMPUESTO POR 1059 CAMPESINAS Y OTRO DE 37 EMPIRICAS DE SALUD.EL OBJETIVO DEL ESTUDIO FUE CONOCERR LAS DIFERENCIAS DE AMBOS GRUPOS, EN RELACION AL

INDICE SOCIOECONOMICO, EDAD, ESCOLARIDAD, INDICE DE ANALFABETISMO, OCUPACION TENENCIA DE LA TIERRA, USO DE AGUA HERVIDA, RAZONES PARA NO HERVIRLA Y ATENCION AL ULTIMO ENFERMO EN CASA. SE TRABAJO CON UNA ESCALA SOCIOECONOMICA DE CUATRO INDICES CONSTITUIDOS POR 36 INDICADORES. LOS RESULTADOS MANIFIESTAN QUE EXISTEN MAYORES DIFERENCIAS EN LAS ACTIVIDADES OCUPACIONALES, EL PUESTO QUE OCUPAN EN LA ESCALA SOCIOECONOMICA Y LA EDAD. SIN EMBARGO ESTAS DIFERENCIAS NO PARECEN TENER GRANDES REPERCUSIONES EN LAS PRACTICAS SANITARIAS, YA QUE UN 34% DE LAS CAMPESINAS Y EL 30% DE LAS EMPERICAS DE SALUD NO HIERVEN EL AGUA, AUN Y CUANDO EL 95% DE ESTAS Y EL 91% DE AQUELLAS TIENEN CONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DE HERVIR EL AGUA PARA EVITAR ENFERMEDADES DIARREICAS.

POR ULTIMO EL ESTUDIO PROPONE EL ENTRENAMIENTO E INTEGRACION DE ESTE GRUPO DE EMPERICAS DE SALUD DENTRO DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD PUBLICA DE HONDURAS, TENIENDO EN CUENTA LA MADUREZ Y CONOCIMIENTOS EMPERICOS DE ESTOS RECURSOS, YA QUE LES DAN CIERTO ESTATUS E INFLUENCIA EN LA COMUNIDAD.

MORELLI, R. Y MISSONI, E., (1981), REALIZARON UN PROYECTO EXPERIMENTAL EN NICARAGUA EN LOS DEPARTAMENTOS DE ESTELI, MADRIZ Y NUEVA SEGOVIA PARA RECLUTAR Y CAPACITAR A PARTERAS. EN EL PRIMER CURSO PARTICIPARON 12 MUJERES; DESPUES EN 1982-1983 SE ADIESTRARON 360, CUYOS RESULTADOS GENERARON UNA REVISION DE LAS POLITICAS DE FORMACION Y TRABAJO DE LAS PARTERAS. DICHAS POLITICAS SE EXTENDIERON A UN PROGRAMA NACIONAL, CON EL APOYO DE LA ORGANIZACION DE LAS NACIONES

UNIDAS PARA LA INFANCIA, A FIN DE REDUCIR LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA E INFANTIL.

LOS DISTRITOS SANITARIOS SE DIVIDIERON EN SECTORES DEFINIDOS GEOGRAFICAMENTE BAJO LA RESPONSABILIDAD DE UNA ENFERMERA QUE PREVIO A LA FORMACION DE LAS PARTERAS, SE LES CAPACITO EN UN SEMINARIO DE METODOLOGIA DE LA ENSEANZA DE TAL MANERA QUE UTILIZARAN UN LENGUAJE SENCILLO Y CON APOYO DE MATERIALES AUDIOVISUALES, DEBIDO A QUE SE ENFRENTARIA A GRUPOS DE MUJERES ANCIANAS APENAS ALFABETIZADAS. POSTERIORMENTE SE LES BRINDO INSTRUCCION TECNICA SOBRE ASPECTOS GINECO-OBSTETRICOS, ASI COMO PARA QUE DIFERENCIARAN LAS PRACTICAS NOCIVAS, INOCUAS Y UTILES QUE A SU VEZ LES ENSEANARIAN A LAS PARTERAS.

EN ESTAS CONDICIONES SE INICIO EL RECLUTAMIENTO DE LAS PARTERAS, CONSIDERANDOLA COMO UN MIEMBRO QUERIDO Y RESPETADO DE LA COMUNIDAD, QUE ATIENDE A LAS MUJERES EN SUS AÑOS FERTILES, Y LAS ACONSEJA ACERCA DE PROBLEMAS GINECOLOGICOS O DE CONTRACEPCION, Y LA ATENCION DE LOS HIJOS LACTANTES. LA PARTERA TRADICIONAL VIVE DONDE TRABAJA.

EN LA FASE DE RECLUTAMIENTO, LA ENFERMERA VISITO LAS COMUNIDADES, RECIBIENDO APOYO DE REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES POPULARES Y TRABAJADORES SANITARIOS; LAS VISITAS SE APROVECHARON PARA CONOCER EL ENTORNO DE LA VIVIENDA Y LAS CONDICIONES DE HIGIENE. LOS CRITERIOS DE SELECCION FUERON QUE LA CANDIDATA VIVIERA EN LA COMUNIDAD, CON RECONOCIMIENTO Y ACEPTACION; HABER ATENDIDO POR LO MENOS CINCO PARTOS EL AÑO ANTERIOR; ACEPTAR LAS REGLAS EMITIDAS POR EL

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL) Y ESTAR DISPUESTA A ACUDIR A UN CURSO DE ADJESTRAMIENTO.

CUANDO ESTUVO FORMADO EL GRUPO SE ORGANIZO UNA REUNION DE MOTIVACION, EN LA QUE SE LES INFORMO A DETALLE LA CAPACITACION EN LA QUE PARTICIPARIAN. EL CURSO TUVO UNA DURACION DE SEIS DIAS Y SE LLEVO A CABO EN LA COMUNIDAD MAS CENTRICA SEGUN LA LOCALIDAD DE PROCEDENCIA DE LAS PARTERAS. LA SEDE ANFITRIONA OFRECIO COMIDA; EN LO POSIBLE SE LES PAGO EL TRANSPORTE Y SI LA DISTANCIA ERA DEMASIADO GRANDE LES PROPORCIONARON ALOJAMIENTO. LA TEMATICA DEL CURSO FUE SOBRE ANATOMIA Y FISILOGIA DE LOS SISTEMAS REPRODUCTORES FEMENINO Y MASCULINO; CICLO MENSTRUAL, CONCEPCION , CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL FETO DURANTE EL EMBARAZO; SIGNOS Y SINTOMAS DEL EMBARAZO Y CALCULO DE LA FECHA PROBABLE DE NACIMIENTO; PRECAUCIONES QUE SE HAN DE TOMAR DURANTE EL EMBARAZO; DIETA, HIGIENE, MITOS CULTURALES, EJERCICIO, ATENCION PRENATAL, SIGNOS Y SINTOMAS DE RIESGO OBSTETRICO ELEVADO; ENFERMEDADES VENEREAS; PREPARACION PARA EL PARTO; ASISTENCIA AL PARTO NORMAL; EXPULSION DE LA PLACENTA Y SECCION DEL CORDON UMBILICAL; SIGNOS DEL PARTO ANORMAL; POSICIONES ANORMALES; PUERPERIO, SUS CARACTERISTICAS Y COMPLICACIONES; LACTANCIA MATERNA; CUIDADO Y NUTRICION DEL LACTANTE; FUNCIONES Y TAREAS DE LA PARTERA TRADICIONAL.

POSTERIOR AL ADIESTRAMIENTO LAS PARTERAS Y EL PERSONAL DE SALUD SE REUNIERON UNA VEZ AL MES PARA ANALIZAR PROBLEMAS Y LA UTILIDAD DEL EQUIPO, Y AL MISMO TIEMPO REPASAR LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS.

LA EVALUACION DEL PROGRAMA SE OBSERVO POSITIVA POR LA DISPOSICION DE INCORPORARSE AL SISTEMA Y PARTICIPAR EN LOS CURSOS Y REUNIONES ULTERIORES. EN 1983 ADIESIRARON A 785 PARTERAS, DE LAS CUALES 623 ACADABAN DE SER RECLUTADAS; EN ESE AÑO DE LAS 609 ADIESIRADAS RECIBIERON INFORMACION COMPLEMENTARIA. DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 1984 LOS DATOS PARCIALES INFORMAN QUE SE CAPACITO A 347 PARTERAS TRADICIONALES, ESPERANDO A FINES DE ESE AÑO QUE ASCENDIERA A 3000.

LA MEDICINA TRADICIONAL EN HAITI FUE OBJETO DE ESTUDIO PARA CLERISME,C.,(1985), CON EL OBJETO DE COMPRENDER MEJOR LAS PRACTICAS DE DICHA MEDICINA Y ESTABLECER UNA COLABORACION MAS EFICAZ Y CONSTRUCTIVA ENTRE EL PERSONAL MEDICO Y LOS CURANDEROS TRADICIONALES. EL ESTUDIO DE TIPO EXPLORATORIO SE LLEVO A CABO EN DOS AÑOS EN EL DISTRITO SANJTARIO DE PETIT-GOAVE, EN LAS ZONAS DE GRAND-GOAVE, TROU-CHOUCHOU Y MEILLEUR DE 10,000 HABITANTES CADA UNA. SE HIZO UN INVENTARIO DE TODOS LOS CURANDEROS CONOCIDOS Y SE IDENTIFICO A LOS MAS POPULARES; DESPUES SE APLICO UNA ENCUESTA PRELIMINAR A TRAVES DE ENTREVISTAS CASUALES CON 20 CURANDEROS PARA DETERMINAR LA FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACION. POSTERIORMENTE SE PROCEDIO A ENTREVISTAR A 30 DE ELLOS PARA EXPLORAR SUS METODOS DE CURA Y SU DISPOSICION A COOPERAR CON EL PERSONAL MEDICO. TAMBIEN SE APLICO UN CUESTIONARIO A UNA MUESTRA ALEATORIA DE 367 PACIENTES QUE REPRESENTAN MAS DEL 20% DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD REGISTRADOS, PARA DESCUBRIR LOS PATRONES DE CONDUCTA DURANTE LA ENFERMEDAD. CON ESTOS ANTECEDENTES SE

REALIZO UN ESTUDIO EXPERIMENTAL PARA CAPACITAR A 30 CURANDEROS, 10 POR CADA ZONA, SOBRE LOS PRINCIPIOS DE HIGIENE Y ATENCION DE SALUD. TUVO UNA DURACION DE TRES MESES Y A LOS SEIS MESES POSTERIORES FUERON VISITADOS POR EL PERSONAL MEDICO UNA VEZ POR SEMANA PARA OBSERVAR LOS METODOS DE TRATAMIENTO EMPLEADO Y SU EFICACIA.

LOS RESULTADOS DESTACAN UNA CLASIFICACION DE CUATRO TIPOS DE CURANDEROS: EL MEDICO YERBATERO QUE UTILIZA PRINCIPALMENTE HIERBAS MEDICINALES; LA PARTERA TRADICIONAL QUE ES UNA MUJER DE CIERTA EDAD QUE AYUDA A LAS MUJERES DURANTE EL PARTO; EL HOUGAN, HECHICERO QUE PRACTICA EL VODU E INVOCA A LOS LOAS (ESPIRITUS); Y EL PIQRISTE QUE TIENE FORMACION TECNICA Y APLICA INYECCIONES. LA MAYORIA DE LOS CURANDEROS PERTENECEN A LAS CLASES MAS POBRES, SON ANALFABETAS Y SUELEN TENER MAS DE 40 AÑOS DE EDAD. SE IDENTIFICARON A 500 CURANDEROS, LO QUE REPRESENTA 15 DE ELLOS POR CADA 1,000 HABITANTES; EN LAS MISMAS ZONAS HABIA SOLAMENTE UN MEDICO POR 15,000 HABITANTES.

LOS TRATAMIENTOS SE BASAN EN LA CREENCIA DE LAS CAUSAS NATURALES O SOBRENATURALES DE LAS ENFERMEDADES Y PARA LOS TRATAMIENTOS USAN HIERBAS O CEREMONIAS. MAS DEL 82% DE LOS PACIENTES PREFIEREN ATENDERSE EN SU CASA CON REMEDIOS TRADICIONALES. AL REALIZARSE LA EVALUACION DE LOS 30 CURANDEROS ADIESTRADOS, CERCA DEL 75% DE SUS PACIENTES DECLARARON SER SANADOS.

SOHNS,H.,(1987), EN LA PROVINCIA DE FORMOSA DE LA REPUBLICA DE ARGENTINA, ELABORO UN PLAN PARA ADIESTRAR A LAS MUJERES ABORIGENES QUE ATIENDEN PARTOS EN LAS COMUNIDADES MAS ALEJADAS

Y FUNCIONAN COMO PARTERAS EMPIRICAS. EL CURSO SE REALIZO EN NUEVE MESES CON ENSEMANZA TEORICA Y PRACTICAS HOSPITALARIAS, MEDIANTE ILUSTRACIONES VISUALES Y JUEGOS EDUCATIVOS. PARA LA EVALUACION DISEMARON TARJETAS CON DIBUJOS DE DISTINTAS ACTIVIDADES PARA MEDIR SUS CONOCIMIENTOS SIN NECESIDAD DE MANEJAR EL IDIOMA CASTELLANO. PREVIO A LA REALIZACION DEL CURSO SE ESTUDIO COMO, DONDE Y QUIEN ATENDIA LOS PARTOS ENTRE LOS POBLADORES DE LA PROVINCIA DE FORMOSA, COMPUESTA POR CRIOLLOS E INDIGENAS DE LAS TRIBUS MATACO Y TOBA. SE ENCONTRO QUE LAS MUJERES INDIGENAS NO QUIEREN TENER A SUS HIJOS SOBRE LA CAMA; SE ACUESTAN SOBRE ALGUNAS PJELES O ROPA EN EL SUELO.

LA POSICION PARA DAR A LUZ ES GENERALMENTE MEDIO SENTADA CON UNA MUJER DETRAS DE ELLA QUE LA SOSTIENE Y ADEMAS EMPUJA EL UTERO HACIA ABAJO CUANDO LA PARTURIENTA HACE FUERZA. ENTRE ESAS TRIBUS EXISTEN ALGUNAS DIFERENCIAS: LAS PARTERAS NO TOCAN LA ZONA GENITAL Y DEJAN QUE EL NINO NAZCA SOLO Y TAMPOCO ANIMAN A LA PARTURIENTA QUE HAGA FUERZA. SI NO HASTA QUE ELLA LO DESEE. LAS PARTERAS TOBAS EMPUJAN EL UTERO HACIA ABAJO CUANDO NO HAY DILATACION COMPLETA.

BRAVO, H. (1990), EN SU ESTUDIO SOBRE PARTERAS, SEÑALA QUE EN NUESTRO PAIS EL ADIESTRAMIENTO A LAS PARTERAS TRADICIONALES VA DESDE 1927 HASTA LOS INICIOS DE LA DECADA DE LOS NOVENTA.

COMIENZA EN LAS UNIDADES COOPERATIVAS DEL DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD EN EL PUERTO DE VERACRUZ; POSTERIORMENTE EN LOS AÑOS TREINTA EN LAS ESTACIONES DE ADIESTRAMIENTO A PARTERAS, POR MEDICOS Y ENFERMERAS, EN CUERNAVACA, MORELOS. EN LOS AÑOS 40'S SE INICIA EN LA COMARCA LAGUNERA (COAHUILTA Y DURANGO); EN

LA REGION YAQUI (ESTADO DE SONORA); EN EL ESTADO DE TLAXCALA Y OTROS, CON EL APOYO DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. EN EL AÑO DE 1976 SE APRUEBA EL REGLAMENTO DE PARTERAS EMPIRICAS CAPACITADAS, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DEL 25 DE OCTUBRE DE ESE AÑO.

LA SECRETARIA DE SALUD, A TRAVES DE LA DIRECCION GENERAL DE SALUD MATERNO INFANTIL, CREA EN 1989, UN PLAN PARA CAPACITAR A PARTERAS TRADICIONALES, CON EL FIN DE QUE LA ATENCION A LAS MUJERES EN EL PERIODO GESTACIONAL SE DIERA EN MEJORES CONDICIONES TECNICAS E HIGIENICAS. PARA ELLO SE REALIZO UN CENSO EN TODO EL PAIS, CON EXCEPCION DEL DISTRITO FEDERAL, MEDIANTE UNA "CEDULA DE CARACTERISTICAS GENERALES DE LA PARTERA", CAPTANDO A MAS DE 6,500 PARTERAS. LOS RESULTADOS PRELIMINARES DE 2610 CEDULAS PROCESADAS REPORTARON QUE MAS DEL 79% SON MAYORES DE 41 AÑOS DE EDAD; MAS DEL 35% SON ANALFABETAS Y EL 73% NO TERMINO LA PRIMARIA; EL 61% APRENDIO SU OFICIO EMPIRICAMENTE. ENTRE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA, MAS DEL 23% APLICA VACUNAS, EL 58% INYECTA Y MAS DEL 45% SON SOBADORAS.

SESIA-LEWIS, P., ALEJANDRE, V., (1988), EN SU TRABAJO CON PARTERAS EN EL ISTMO DE TEHUANTEPEC, OAXACA, RESCATAN EL PAPEL QUE HA TENIDO LA MUJER COMO SANADORA AL INTERIOR DE SU FAMILIA Y LA FUNCION ESPECIFICA QUE CUMPLEN LAS PARTERAS EN EL MEDIO RURAL. "LA PARTERA SE DESTACA DEL CONJUNTO DE LAS MUJERES EN EL MOMENTO QUE ELLAS LE OTORGAN EL PRIVILEGIO Y EL ENCARGO DE AYUDARLAS A TENER A SUS HIJOS. ESTO LES PERMITE DESARROLLAR UNA SERIE DE CAPACIDADES MANUALES Y CONOCIMIENTOS EMPIRICOS

QUE DETERMINA SU EXCLUSIVIDAD Y LE DAN LA POSIBILIDAD DE BRINDAR UNA ATENCION A VIVEL FISICO Y EMOCIONAL DURANTE TODO EL PROCESO REPRODUCTIVO". LA TRASMISION DE CONOCIMIENTOS ES DE UNA MUJER A OTRA, ABUELA-MADRE-HIJA-CUNADA.

LA CAPACITACION HA INFLUIDO MUCHO EN MODIFICAR LA FUNCION Y LA RELACION DE LA PARTERA CON LA COMUNIDAD; ASI COMO SE LLEVA A CABO PROMUEVE INDIRECTAMENTE LA PROFESIONALIZACION Y COMERCIALIZACION DEL TRABAJO. ENTRE MUJERES EXISTE UN CODIGO Y LENGUAJE COMUN, HECHOS DE SOLIDARIDAD Y CONFIANZA DONDE LA PARTERA ES UNA AMIGA, UNA PARIENTE, ES LA QUE AYUDA A LA MUJER A NACER; LA ACONSEJA EN SU VIDA MATRIMONIAL, LA CUIDA EN SUS EMBARAZOS Y ATIENDE SUS PARTOS. LA PARTERA HABLA SU MISMO IDIOMA, CONOCE LAS YERBAS, LOS REMEDIOS CASEROS, LOS MASAJES Y LA MANERA DE ALEJAR A LOS MALOS ESPIRITUS.

DESPUES DEL PARTO PROPORCIONA DURANTE VARIOS DIAS LOS CUIDADOS NECESARIOS A LA MADRE Y AL RECIEN NACIDO Y SE ENCARGA DE LA ATENCION PRIMARIA AL INFANTE EN SUS PRIMEROS ANOS DE VIDA.

FINALMENTE LAS AUTORAS AFIRMAN QUE "LA RELACION ENTRE PARTERA Y PERSONAL MEDICO SE CARACTERIZA, MUCHAS VECES, POR ACTITUDES AUTORITARIAS E IRRESPECTUOSAS Y PATERNALISTAS DEL PERSONAL MEDICO".

FREYERMUTH, G., (1988), DESCRIBE LA ATENCION DEL PARTO EN EL PUEBLO DE JUAN SABINES, MUNICIPIO DE TECPATAN, ESTADO DE CHIAPAS, SEGUN LAS ENTREVISTAS REALIZADAS EN ESA LOCALIDAD: EL ESPOSO ELIGE A LA PARTERA QUE CUIDARA A SU ESPOSA DURANTE EL EMBARAZO Y ATENDERA EL PARTO. LA PARTERA ACUDE CADA QUINCE DIAS A VISITAR A LA SENORA, "SIENTE AL NINO", RECONOCE LA

POSICION DENTRO DEL UTERO Y "LO COMPONE -AL NINO- SI HAY NECESIDAD, CALIENTAN LA PANZA CON UNGUENTO, ALCOHOL O CENIZA". EL PARTO SE REALIZA EN EL CUARTO PRINCIPAL DE LA CASA. ACOMPAÑA A LA EMBARAZADA LA PARTERA Y EL ESPOSO, EL CUAL SE ENCARGA DE HERVIR EL AGUA CON MANZANILLA PARA BAIAR AL RECIEN NACIDO. LA POSICION DE LA MUJER ES EN CUCLILLAS. EL HOMBRE LA DETIENE ABRAZANDOLA POR LA ESPALDA RODEANDOLA CON LOS BRAZOS POR ENFRENTE, ASI LA SUJETA HASTA QUE NACE EL NINO. DESPUES DEL PARTO O A LA MAÑANA SIGUIENTE, LAS PARTERAS BAIAN A LA MUJER CON MANZANILLA, HOJAS DE PIMIENTO Y MONTE PLAYA Y SE LE PDNE TRAPO LIMPIO.

CASTANEDA,X.,MODENA,M. Y GONZALEZ,D.,(1992), REALIZARON UN ESTUDIO SOBRE PARTERAS CON EL OBJETIVO DE CONDCER, DESCRIBIR Y EVALUAR LA PERCEPCION QUE TIENEN LAS PARTERAS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN PRESENTARSE EN EL EMBARAZO, Y LOS DIFERENTES RECURSOS QUE POSEEN PARA SU DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. ESTO PARA INCIDIR A TRAVES DE CURSOS DE ADIESTRAMIENTO EN LA DETECCION Y REFERENCIA OPORTUNA DE PACIENTES DE ALTO RIESGO, A UN NIVEL DE ATENCION ESPECIALIZADO.

LAS AUTORAS EFECTUARON UN CENSO DE PARTERAS EN EL ESTADO DE MORELOS, PARA OBTENER INFORMACION SOBRE EL NUMERO Y EDAD DE LAS PARTERAS, ESCOLARIDAD, DISTRIBUCION GEOGRAFICA, CAPACITACION, RECURSOS QUE EMPLEAN Y POBLACION QUE ATIENDEN. SELECCIONARON TRES MUNICIPIOS: OCUITUCO, YECAPIXTLA Y ZACUALPAN DE ACUERDO AL BAJO INDICE DE BIENESTAR SOCIAL, SEGUN INDICADORES DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E

INFORMATICA (INEGI). EN ESAS LOCALIDADES APLICARON UN CUESTIONARIO AL TOTAL DE PARTERAS CENSADAS Y CUATRO DE ELLAS SE ELIGIERON COMO INFORMANTES CLAVES, A QUIENES SE LES HIZO UNA ENTREVISTA ESTRUCTURADA QUE INDAGA SOBRE LA PERCEPCION DE LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS ESTABLECEN UN CENSO DE 630 PARTERAS CUYA EDAAD PROMEDIO ES DE 61 ANOS. EL 60% TIENE ESCOLARIDAD, SIENDO EL TERCERO DE PRIMARIA LA MEDIA DE EDUCACION FORMAL. EL 56.3% NO HA ASISTIDO A CURSOS DE CAPACITACION. EL 43% DE LAS ADIESTRADAS CONTINUAN UTILIZANDO LA MEDICINA TRADICIONAL: EL 53% EMPLEA LA HERBOLARIA, 66% SOBA Y EL 40% MANTEA.

RESPECTO A LOS FACTORES DE RIESGO EN 80% CONSIDERA LA HIPERTENSION ARTERIAL COMO FACTOR DE RIESGO; EL 31% LAS INFECCIONES, EL 50% EL SANGRADO VAGINAL, EL 61% LAS CONTRACCIONES PRECOCES, EL 65% SIGNOS DE PRECLAMBSIA. EL EMBARAZO GEMELAR NO ES CONSIDERADO COMO FACTOR DE RIESGO EN UN 87.5% DE LAS PARTERAS.

POR ULTIMO LAS AUTORAS PLANTEAN LA ESTRATEGIA DE CURSOS DE ADIESTRAMIENTO A PARTERAS A FIN DE REFORZAR LOS CONOCIMIENTOS POSITIVOS DE SU PRACTICA EMPIRICA, ELIMINAR LOS PERJUDICIALES E INCORPORAR NUEVOS CONOCIMIENTOS.

EN EL ESTADO DE TLAXCALA, DONDE CENTRAREMOS LA ATENCION DEL PRESENTE ESTUDIO, EN 1959 SE REALIZARON CURSOS DE ADIESTRAMIENTO PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA Y SE PUSO EN MARCHA EL APROVECHAMIENTO DE LAS PARTERAS EMPIRICAS. UN GRUPO DE 26 PARTERAS DE TODO EL ESTADO ASISTIO A UN ADIESTRAMIENTO A

NIVEL NACIONAL EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL MAXIMINO AVILA CAMACHO DE LA CIUDAD DE MEXICO.

DURANTE LOS AÑOS 1977 A 1984 SE LLEVARON A CABO ACTIVIDADES DE SELECCION, RECLUTAMIENTO Y CAPACITACION A PARTERAS. EN EL RECLUTAMIENTO SE DETECTO QUE DE LAS 108 PARTERAS, LA MAYORIA HABIA RECIBIDO ALGUN ADIESTRAMIENTO POR LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA O POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. ENTRE LAS PRACTICAS SE MENCIONAN LOS MANTEOS Y LA ESTIMULACION DEL PARTO CON TISANA.

LA CAPACITACION SE DESARROLLO EN DOS ETAPAS: LA PRIMERA FUE EL ADIESTRAMIENTO A CUATRO INSTRUCTORES Y POSTERIORMENTE A LAS 108 PARTERAS. (CITADO EN PROGRAMA DE CAPACITACION A PARTERAS TRADICIONALES, SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TLAXCALA, 1992).

A PARTIR DE 1985 EL PROGRAMA NO PROSPERO DEBIDO A LA FALTA DE SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACION EFECTUADAS CON ELAS. ACTUALMENTE LA SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TLAXCALA HA HECHO UNA GRAN MOVILIZACION CON MUJERES MADRES DE FAMILIA, CAPACITANDOLAS PARA QUE DETECTEN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA EN LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS Y DIARREAS AGUDAS, CONTRIBUYENDO CON ESTO A DISMINUIR LA MORTALIDAD INFANTIL POR ESOS PADECIMIENTOS. EL SUSTENTO DE ESAS ACTIVIDADES ES EL SUPROGRAMA BANDERA BLANCA, COMPONENTE DEL PROGRAMA DE APOYO AL CONTROL DE LA DIARREA Y LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (DAIRA), EN LOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD.

LO QUE EXPRESA ESTE PROGRAMA ES LA COORDINACION DE ESFUERZOS Y RECURSOS ENTRE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD Y OTRAS QUE TIENEN QUE VER CON EL BIENESTAR SOCIAL DE LA POBLACION; LA CAPACITACION DEL PERSONAL MEDICO SOBRE EL MANEJO DE DICHAS ENFERMEDADES, Y FUNDAMENTALMENTE LA PARTICIPACION DE TRABAJO EN SALUD PERMANENTE.

EN UNA VISITA QUE REALIZO EL DOCTOR JESUS KUMATE RODRIGUEZ, SECRETARIO DE SALUD DE NIVEL NACIONAL, A LA ENTIDAD EL 9 DE JULIO DEL AÑO EN CURSO, DIJO QUE TLAXCALA SE ENCUENTRA A LA VANGUARDIA EN MATERIA DE SALUD; SE EVIDENCIA CON LA PRESENCIA Y LAS ACCIONES DE LAS MUJERES TLAXCALTECAS QUE TENIENDO INFORMACION SUFICIENTE PERMITE AL ESTADO INCIDIR DE MANERA FAVORABLE EN LA TASA DE ENFERMEDADES DIARREICAS. ADEMAS DE QUE TLAXCALA SE UBICA EN EL TERCER LUGAR NACIONAL EN EL PROGRAMA DE VACUNACION UNIVERSAL, CON EL 95% DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, A DOS MESES DE LA FECHA FIJADA PARA CUMPLIR EL COMPROMISO CREADO EN EL CUMBRE MUNDIAL EN FAVOR DE LA INFANCIA.

SEGUN KWAST, B., (1991), DEL SERVICIO DE SALUD MATERNO INFANTIL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, AFIRMA QUE EN LOS PAISES EN DESARROLLO OCURREN 200 VECES MAS DEFUNCIONES MTERNAS POR 100,000 NACIDOS VIVOS, QUE EN NACIONES DESARROLLADAS; DE NO TOMAR LAS MEDIDAS NECESARIAS AL AÑO 2,000 MORIRAN 7.5 MILLONES DE MUJERES POR SITUACIONES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO.

SI ASOCIAMOS A LA SALUD CON UNA SERIE DE CONDICIONANTES Y FACTORES, SE PRECISA SABER QUE "... TRES DE CADA DIEZ

LATINOAMERICANOS VIVIRAN EN CONDICIONES DE MISERIA AGUDA, LO QUE SIGNIFICARA QUE UN TOTAL DE 147.6 MILLONES DE PERSONAS DE UN TOTAL ESTIMADO EN 481.56 MILLONES, NO CUBRIRAN LOS REQUISITOS ELEMENTALES DE ALIMENTACION, SALUD, HIGIENE, VIVIENDA Y EDUCACION, ENTRE OTROS MINIMOS DE BIENESTAR", SEGUN DECLARACIONES DEL PROGRAMA DE LA ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD). (PERIODICO LA JORNADA, JUNIO, 1992).

EN MEXICO EL HOSPITAL DE LA MUJER RESUME LA PROBLEMATICA DE SALUD EN LAS MUJERES: "SU TASA DE MORTALIDAD MATERNA ES DE 20 POR CADA 10 MIL, CIFRA HASTA 60 VECES SUPERIOR A LA DE LOS PAISES DESARROLLADOS; LAS TRES PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE SON LAS CLASICAS DE LOS PAISES POBRES, ES DECIR, AQUELLAS QUE PUEDEN EVITARSE CON LA MEJORIA DE LOS SERVICIOS: TOXEMIA, INFECCIONES Y HEMORRAGIAS". (PERIODICO LA JORNADA, SECCION DOBLE JORNADA, JUNIO, 1992).

POR SU PARTE LA SECRETARIA DE SALUD, A TRAVES DE LA DIRECCION GENERAL DE SALUD MATERNA INFANTIL, (1992), SEÑALA COMO CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA LAS SITUACIONES OBSTETRICAS QUE CORRESPONDEN A UNA TASA DE 59.10 POR 100,000 NINOS VIVOS REGISTRADOS: LA HEMORRAGIA A 16.32, LA TOXEMIA 12.98 Y LAS COMPLICACIONES DEL PUERPERIO 5.90. DATOS ESTADISTICOS OBTENIDOS DE LA DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA GEOGRAFIA E INFORMATICA, (1986).

EL ESTADO DE TLAXCALA TIENE UNA POBLACION DE 788,393 HABITANTES, SEGUN EL XI CENSO DE POBLACION Y VIVIENDA. LA TASA DE MORTALIDAD RELACIONADA CON EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

ES DE 36.84 POR 1,000 NACIDOS VIVOS REGISTRADOS, SEGUN FUENTE DEL SISTEMA ESTATAL DE INFORMACION BASICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO, (1991).

EL 30% DE MUJERES DEL AREA RURAL SON ASISTIDAS POR PARTERAS EMPIRICAS EN CONDICIONES Y CON PROCEDIMIENTOS QUE PUEDEN MEJORARSE MEDIANTE CAPACITACION E HIGIENE DEL LUGAR DONDE ATIENDEN EL PARTO. POR ELLO SE REQUIERE DE ESTRECHAR VINCULOS CON LAS PARTERAS, DADO QUE DESDE APROXIMADAMENTE SIETE AÑOS NO SE HA TENIDO CONTACTO ALGUNO CON ELLAS Y POR EL PORCENTAJE DE MUJERES QUE ATIENDEN ES FUNDAMENTAL CAPACITARLAS, VALORAR SU EXPERIENCIA Y EVALUAR SUS CONOCIMIENTOS.

J U S T I F I C A C I O N

PARTIENDO DE ESTE MARCO REFERENCIAL SE DESPRENDE QUE EL LUGAR DE LAS PARTERAS EMPIRICAS EN EL AREA DE LA SALUD MATERNA E INFANTIL. PRINCIPALMENTE EN LAS ZONAS RURALES, ES IMPORTANTE DEBIDO A QUE LAS MUJERES NO TIENEN ACCESO A LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES O BIEN POR LA INFLUENCIA SOCIAL DE LAS PARTERAS CULTIVADA ANCESTRALMENTE. ASI MISMO PORQUE LA EMBARAZADA ACUDE A LA PARTERA POR CONSIDERARLA COMPANERA DE AVENTURAS, LA QUE ESCUCHA CONFESIONES INTIMAS, LA QUE COMPARTE LA ANGUSTIA Y DOLENCIA DEL PARTO, LA QUE COMPARTE EL MIEDO Y LA ALEGRIA DE TRANSFORMARSE EN MUJER.

ES MENESTER SENALAR LA TRASMISION ORAL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ATENCION DEL PARTO Y EL RECIEN NACIDO, LO QUE HACE EMPIRICA A LA PARTERA. ESTA EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE, NOS REMONTA A LOS ANTEPASADOS CUANDO EL TATA DE LA COMUNIDAD CONVERSABA CON LOS HIJOS, RELATABA SUS HISTORIAS. DESGRANABA SUS MITOS Y DESVENTURAS. Y A PARTIR DE LO CUAL SE APRENDIA A VIVIR Y A COSECHAR.

NO OBSTANTE COMO DICE EL VIEJO AFORISMO CHINO (CITADO EN NOTAS SOBRE EVOLUCION HISTORICA DE LA EDUCACION SANITARIA EN EL CAPITALISMO. UAM-X.1985).

SI LO OIGO, LO OLVIDO;

SI LO VIRO, LO RECUERDO;

SI LO HAGO, LO SE.

ES ASI QUE LA PRESENTE INVESTIGACION TIENE EL OBJETIVO DE CONOCER LA INFLUENCIA DE UN CURSO DE ADIESTRAMIENTO SOBRE LA DETECCION Y MANEJO DE FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, EN EL CONOCIMIENTO QUE SOBRE LA MATERIA TIENEN LAS PARTERAS; DE TAL MANERA QUE SE PUEDA RESCATAR SU EXPERIENCIA EN SALUD, Y VINCULAR ESTA CON ELEMENTOS TEORICO PRACTICOS DEL CURSO.

EN ESTE SENTIDO LA EDUCACION SANITARIA POSIBILITARA UN CAMBIO DE ACTITUD DE AQUELLAS ACCIONES QUE DESMEDRAN LA SALUD, PERO CON ESTRICTO RESPETO A LAS TRADICIONES CULTURALES DE NUESTROS PUEBLOS.

EL ESTUDIO TIENE RELEVANCIA POR QUE COMO TRABAJADORES DE LA SALUD DEBEMOS SER EDUCADORES Y TAMBIEN CONCEDORES DE LAS CARACTERISTICAS ANTROPOLOGICAS Y SOCIOLOGICAS DEL COMPORTAMIENTO HUMANO, A FIN DE CONOCERLO DE MANERA INTEGRAL PUESTO QUE NUESTRA DISCIPLINA PRECISAMENTE ES EL ESTUDIO DEL HOMBRE.

EL CONSIDERAR LA SALUD DE LA MUJER DESDE UN ENFOQUE INTEGRAL Y LA ATENCION DE LAS PARTERAS A LA EMBARAZADA, PERMITE RESTITUIR A LA MUJER SU ROL PROTAGONICO EN EL AMBITO DE LA SALUD.

ASI TAMBIEN ESTE TRABAJO PRETENDE REPLANTEAR ALGUNAS OPCIONES Y ESTRATEGIAS DE EDUCACION POPULAR EN SALUD FUNDAMENTALMENTE EN LAS MUJERES Y ESPECIFICAMENTE CON PARTERAS EMPIRICAS. YA QUE DE LOS 2.5 MILLONES DE NINOS QUE NACEN AL AÑO, APROXIMADAMENTE 900 MIL SON ATENDIDOS POR PARTERAS TRADICIONALES. SEGUN LO SEÑALO EL DOCTOR JESUS KUMATE

RODRIGUEZ. TITULAR DE LA SECRETARIA DE SALUD. (PERIODICO EXCELSIOR, MAYO, 1992).

SI A ESTOS RECURSOS SE LES BRINDAN ELEMENTOS PARA MEJORAR LA ATENCION A LA EMBARAZADA ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL PARTO; Y DETECIEN OPORTUNAMENTE LOS FACTORES DE RIESGO PARA SU ADECUADO MANEJO, SE LOGRARA EN GRAN MEDIDA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL EN NUESTRO PAIS.

M E T O D O L O G I A

PROBLEMA

¿COMO INFLUYE EL ADIESTRAMIENTO SOBRE LA DETECCION Y MANEJO DE FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, EN EL CONOCIMIENTO DE UN GRUPO DE MUJERES PARTERAS EMPIRICAS CENSADAS POR LA SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TLAXCALA?

OBJETIVO GENERAL

DETERMINAR SI LA ASISTENCIA A UN ADIESTRAMIENTO INFLUYE EN LOS CONOCIMIENTOS QUE LAS PARTERAS EMPIRICAS TIENEN SOBRE LA DETECCION Y MANEJO DE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- DESCRIBIR LOS CONOCIMIENTOS DE LAS PARTERAS EMPIRICAS QUE ASISTEN A UN ADIESTRAMIENTO
- EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS DE LAS PARTERAS EMPIRICAS SOBRE LA DETECCION Y MANEJO DE FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, ANTES Y DESPUES DE UN ADIESTRAMIENTO
- CONOCER ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LAS PARTERAS EMPIRICAS DEL ESTADO DE TLAXCALA

HIPOTESIS DE TRABAJO

EXISTEN DIFERENCIAS EN LOS CONOCIMIENTOS SOBRE DETECCION Y MANEJO DE FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN UN GRUPO DE MUJERES PARTERAS EMPIRICAS ANTES Y DESPUES DE UN ADIESTRAMIENTO

HIPOTESIS NULA

NO EXISTEN DIFERENCIAS EN LOS CONOCIMIENTOS SOBRE DETECCION Y MANEJO DE FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

EN UN GRUPO DE MUJERES PARTERAS EMPIRICAS, ANTES Y DESPUES DE UN ADIESTRAMIENTO.

VARIABLES

INDEPENDIENTE: ADIESTRAMIENTO Y PARTERAS EMPIRICAS

DEPENDIENTE: CONOCIMIENTOS SOBRE LA DEFECCION Y MANEJO DE FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

DEFINICION CONCEPTUAL

V.I. ADIESTRAMIENTO

LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD ESTABLECE LA NECESIDAD DE DISEÑAR PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO PARA LOS TRABAJADORES BASICOS DE SALUD COMUNITARIA, BASADOS EN LAS TAREAS QUE REALIZAN Y EN LAS CARACTERISTICAS CONCRETAS DE LA COMUNIDAD DONDE ACTUAN. EL COMO ENTRENARLOS DEPENDE EN SABER QUIEN VA A SER ADIESTRADO, PARA QUE, POR QUIEN Y CON QUE RECURSOS.

ASI TAMBIEN SE NECESITA CONSIDERAR LOS SIGUIENTES PASOS:

- 1) IDENTIFICAR LAS NECESIDADES DE SALUD EXISTENTES, COMPARANDO LA SITUACION ACTUAL CON LOS OBJETIVOS PROPUESTOS;
- 2) DESCRIBIR EL CARGO DEL TRABAJADOR BASICO DE SALUD ESPECIFICANDO LAS TAREAS A DESARROLLAR, SEGUN LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS PREVIAMENTE;
- 3) ESTABLECER LOS OBJETIVOS EDUCACIONALES;
- 4) PREPARAR EL PROGRAMA DE ENSEÑANZA DONDE SE HAGA ENFASIS LA PARTICIPACION ACTIVA DE LOS ASISTENTES EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE Y SE DESARROLLEN LOS CONTENIDOS EN FORMA PROGRESIVA DE ACUERDO A LOS NIVELES CRECIENTES DE COMPLEJIDAD;

5) EVALUAR PERIODICAMENTE EL APRENDIZAJE EN RELACION A LA INCORPORACION PRACTICA DE HABILIDADES Y DESTREZAS.

ESTE PROCESO REQUIERE DE METODOLOGIAS NO TRADICIONALES EN LA ENSEANZA Y SE RECOMIENDA DE INICIO UN ADIESTRAMIENTO CORTO SOBRE PROGRAMAS ESPECIFICOS Y POSTERIORMENTE AGREGAR OTROS DE MANERA SUCESIVA.

ES INDISPENSABLE TOMAR EN CUENTA EL PREPARAR AL PERSONAL INSTRUCTOR PARA ESTE TIPO DE MODELO; ELABORAR MATERIAL DIDACTICO APROPIADO, ASI COMO CONSIDERAR EN LA PLANIFICACION DEL PROGRAMA EDUCACIONAL LA DISPONIBILIDAD DE LOS RECURSOS RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS.

V.I. PARTERAS EMPIRICAS

CONOCIDAS TAMBIEN COMO PARTERAS TRADICIONALES, SON UN RECURSO VOLUNTARIO DE LA COMUNIDAD, NO INSTITUCIONAL, QUE ASISTE A LA MUJER DURANTE EL PARTO Y EN ALGUNOS CASOS ANTES Y DESPUES DEL MISMO; GENERALMENTE SE LOCALIZAN EN ZONAS RURALES Y COMUNIDADES INDIGENAS. SU ACERVO ES UNA FUSION DE DIVERSAS FUENTES DE INFORMACION DE LA MEDICINA TRADICIONAL, LO QUE AUNADO A LAS HABILIDADES ADQUIRIDAS A TRAVES DE LA PRACTICA, LES PERMITE PROPORCIONAR UN SERVICIO DE SALUD EN CONDICIONES NO MUY ADECUADAS. SIN EMBARGO EL TRATO AFECTIVO Y CALIDO A LA FUTURA MADRE, SITUA A LA PARTERA EN UN LUGAR RECONOCIDO E IMPORTANTE EN LA FAMILIA Y LOCALIDAD DE INFLUENCIA.

LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD DEFINE A LA PARTERA TRADICIONAL COMO "UNA PERSONA (POR LO GENERAL MUJER) QUE AYUDA A LA MADRE EN EL PARTO Y QUE ORIGINALMENTE ADQUIRIO SUS

HABILIDADES ATENDIENDO PARTOS POR SI MISMA O TRABAJANDO CON OTRAS AUXILIARES DE MATERNIDAD TRADICIONALES".

V.D. CONOCIMIENTOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO: SU DEFECCION Y MANEJO.

EL NUMERO EXCESIVO DE EMBARAZOS ES UNO DE LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO, LAS TASAS MAS BAJAS SE OBSERVAN CON EL SEGUNDO Y TERCER EMBARAZOS Y LA MORTALIDAD MATERNA AUMENTA DEL CUARTO EN ADELANTE.

RESPECTO A LA MEJOR EDAD PARA LA REPRODUCCION EN LA MUJER ES DE LOS 20 A LOS 29 ANOS, DADO QUE EN ESTA ETAPA SE PRESENTAN LAS TASAS MAS BAJAS DE MORTALIDAD MATERNA. ANTES DE LOS 20 Y DESPUES DE LOS 35 ANOS SE OBSERVA UN AUMENTO SIGNIFICATIVO EN DICHAS TASAS.

CUANDO UNA MUJER HA PADECIDO TOXEMIA EN UN EMBARAZO ANTERIOR SE CONSIDERA RIESGO REPRODUCTIVO, ASI COMO TAMBIEN LAS HEMORRAGIAS DEL EMBARAZO Y PARTO, EL ABORTO Y CESAREAS ANTERIORES. LA HIPERTENSION ARTERIAL TAMBIEN SE CONSIDERA FACTOR DE RIESGO. (CITADO EN ACADEMIA MEXICANA DE INVESTIGACION EN DEMOGRAFIA MEDICA, A.C.).

DEFINICION OPERACIONAL

V.I. ADIESTRAMIENTO

ESTA ACTIVIDAD EDUCATIVA TENDRA OCHO HORAS DE DURACION; SE REALIZARA EN LAS AULAS DEL PALACIO DE LA CULTURA DE LA CIUDAD DE TLAXCALA. EL CONTENIDO TEMATICO FUE ELABORADO POR PERSONAL INSTITUCIONAL Y SE COMPONE DE FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO; A FIN DE QUE LAS PARTERAS

EMPIRICAS LOS DETECTEN OPORTUNAMENTE Y LOS MANEJEN DE MANERA ADECUADA.

V.I. PARTERAS EMPIRICAS

MUJERES QUE ASISTEN A LAS EMBARAZADAS EN EL PARTO, CUYOS CONOCIMIENTOS LOS ADQUIRIERON DE MANERA EMPIRICA. LAS PARTERAS TIENEN DE 1 A 80 AÑOS DE EXPERIENCIA Y SU EDAD FLUCTUA ENTRE LOS 25 Y 80 AÑOS.

V.D. CONOCIMIENTOS SOBRE LA DETECCION Y MANEJO DE FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

ESTOS FACTORES TIENEN QUE VER CON LA IDENTIFICACION DE LA EDADE DE LA MUJER, EL NUMERO DE HIJOS, EL ESPACIAMIENTO ENTRE UN EMBARAZO Y OTRO, ABORTOS Y CÉSAREAS ANTERIORES, PRESION ARTERIAL, PESO DE LA MADRE. AL ENCONTRAR ALGUNO DE ESTOS LAS EMBARAZADAS TIENEN QUE SER CONTROLADAS Y CANALIZADAS A UN SERVICIO DE ATENCION ESPECIALIZADA.

POBLACION

SE TRABAJARA CON LAS PARTERAS EMPIRICAS CENSADAS POR LA SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TLAXCALA EN 1992.

MUESTRA

PARA LOS EFECTOS DEL ESTUDIO SE CONTARA CON LA COLABORACION DE 29 PARTERAS EMPIRICAS QUE ASISTEN AL ADIESIRAMIENTO.

TIPO DE MUESTREO

INTENCIONADO, PROBABILISTICO Y ALEATORIO SIMPLE POR QUE TODOS LOS MIEMBROS DE LA POBLACION TIENEN LA MISMA PROBABILIDAD DE SER SELECCIONADOS Y DE FORMAR PARTE DE LA MUESTRA.

INSTRUMENTO

PARA DETERMINAR LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO SE EFECTUO UN PILOTEO POR COESED CON 50 EXPERTOS EN LA MATERIA, TOMANDO SOLAMENTE LOS REACTIVOS PERTENECIENTES AL AREA EN UN 80%, DE ACUERDO A LAS CONSIDERACIONES DE LOS JUECES.

ASI QUEDO UN CUESTIONARIO MIXTO CONSTITUIDO POR 7 AREAS CON 25 REACTIVOS, LOS QUE A CONTINUACION SE DESCRIBEN:

AREAS	PREGUNTAS
I DATOS GENERALES DE LAS PARTERAS	1,2,3,
II ACTIVIDADES ASISTENCIALES	4,5,7,
III ACTIVIDADES PREVENTIVAS	8,9,10,19,20
IV CAPACITACION	6
V CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE ATENCION DEL PARTO	17,21,22,23
VI CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	11,12,13,14,15,16,18
VII MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL	24,25

SE CONSIDERARON ESTAS AREAS RETOMANDO LOS AUTORES: MORELLI, R. Y MISSONI, E., (1981); PRATINIDHI, A., SHROTRI, A., SHA, U. Y CHAVAN, H., (1982); ALISJAHBANA, A., PEETERS, R. Y MEHELS, A., (1986); SESIA-LEWIS, P. Y ALEJANDRE, V., (1988); SOHNS, H., (1988); CUPPEN, A., (1990); NESSA, S., (1991).

TIPO DE INVESTIGACION

EL PRESENTE ESTUDIO ES DE TIPO EXPLORATORIO DE CAMPO Y TRANSVERSAL POR QUE SE EFECTUA EN EL LUGAR DONDE OCURREN LOS HECHOS EN EL PRESENTE.

DISEÑO

PARA UNA SOLA MUESTRA CON DOS TRATAMIENTOS, PRE Y POST, POR LO QUE SE CONSIDERA UN DISEÑO PREEXPERIMENTAL.

PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS

EN LA PRIMERA ETAPA SE EFECTUO UN PILOTEO POR COESEO, QUEDANDO UN CUESTIONARIO DEFINITIVO DE 25 ITEMS, MISMO QUE SE APLICO A 29 SUJETOS CON LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES: "BUENOS DIAS, NOS DA MUCHO GUSTO SU ASISTENCIA Y ESPERAMOS QUE ESTA REUNION DE ADIESTRAMIENTO LES SEA DE UTILIDAD EN SU PRACTICA COMO PARTERAS EMPIRICAS. COMENZAREMOS HACIENDO UNA EVALUACION PARA CONOCER LA EXPERIENCIA QUE USTEDES TIENEN ACERCA DE LA ATENCION QUE BRINDAN A LAS MADRES Y LOS NIÑOS. LES SOLICITO DE FAVOR CONTESTEN EL CUESTIONARIO QUE EN ESTE MOMENTO LES HARAN ENTREGA. LAS PERSONAS QUE NO SABEN LEER NI ESCRIBIR SERAN APOYADAS POR AUXILIARES. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION". POSTERIORMENTE SE INICIO EL ADIESTRAMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL DE LA SECRETARIA DE SALUD Y TUVO UNA DURACION DE OCHO HORAS EN DOS DIAS DE TRABAJO.

EN LA SEGUNDA ETAPA SE APLICO EL MISMO CUESTIONARIO, DICIENDO: "LLEGAMOS A LA ETAPA FINAL DE ESTA REUNION, AGRADECEMOS SU PARTICIPACION E INTERES. ANTES DE DESPEDIRNOS POR FAVOR CONTESTEN LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO QUE A CONTINUACION LES ENTREGARAN, PARA CONOCER LOS RESULTADOS DEL ADIESTRAMIENTO. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION".

LOS CUESTIONARIOS SE CODIFICARON POR CATEGORIAS Y SE SOMETIERON AL PAQUETE ESTADISTICO APLICADO A LAS CIENCIAS SOCIALES (SPSS), PARA SU ANALISIS DESCRIPTIVO E INFERENCIAL.

FORMA DE ANALISIS DE DATOS

PARA EL ANALISIS DE LOS DATOS SE UTILIZO EL PAQUETE ESTADISTICO APLICADO A LAS CIENCIAS SOCIALES, CON ESTADISTICA NO PARAMETRICA PARA UNA SOLA MUESTRA, UTILIZANDO MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y JI CUADRADA (χ^2) POR QUE PERMITE SABER LA RELACION QUE EXISTE ENTRE ESCALAS NOMINALES Y CIERTO NUMERO DE CATEGORIAS.

RESULTADOS

PARA OBTENER LOS RESULTADOS SE UTILIZO EL PAQUETE ESTADISTICO APLICADO A LAS CIENCIAS SOCIALES (SPSS). EN ESTE SE EMPLEARON DOS PROGRAMAS; EL PRIMERO DE ELLOS FUE DESCRIPTIVO EL CUAL OBTIENE UNA DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS CON MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSION. EL SEGUNDO PROGRAMA FUE DE TIPO INFERENCIAL UTILIZANDO TABLAS CRUZADAS O DE CONTINGENCIA, CON UNA PRUEBA DE SIGNIFICACION ESTADISTICA QUE PARA ESTE ESTUDIO FUE LA χ^2 .

LOS RESULTADOS SE PRESENTAN EN ESTE ORDEN: PRIMERO LA PARTE DESCRIPTIVA Y POSTERIORMENTE LA PARTE INFERENCIAL.

DE LA MUESTRA TOTAL DE 29 PARTERAS EMPIRICAS SE ENCONTRO UN RANGO DE EDAD DE 27 A 80 AÑOS CON UNA MEDIA DE EDAD DE 50.3; DESVIACION ESTANDAR DE 13.7, QUE INDICA UNA HETEROGENEIDAD EN LA MUESTRA, DEBIDO A LA AMPLITUD DEL RANGO. SE ENCONTRO QUE LA MAYOR PARTE DE LOS SUJETOS TIENE 48 AÑOS. (VER TABLA 1).

TABLA 1 DISTRIBUCION DE EDAD EN GRUPO DE PARTERAS

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
27	1	3.4
29	2	6.9
36	2	6.9
37	1	3.4
40	1	3.4
41	1	3.4
45	2	6.9
46	2	6.9
47	1	3.4
48	3	10.3
49	1	3.4
50	1	3.4
53	1	3.4
55	1	3.4
60	1	3.4
61	1	3.4
62	1	3.4
65	1	3.4
66	2	6.9
70	1	3.4
74	1	3.4
80	1	3.4
TOTAL	29	100.0

LA PRIMERA COLUMNA INDICA LA EDAD DE LA PARTERA; LA SEGUNDA INDICA LA FRECUENCIA DE LA EDAD SEGUN EL TOTAL DE LA MUESTRA Y LA TERCER COLUMNA SE REFIERE AL PORCENTAJE EN RELACION A LA MUESTRA.

EN CUANTO A LA ESCOLARIDAD SE OBSERVA QUE EL MAXIMO GRADO DE ESTUDIOS ES LA SECUNDARIA; ENCONTRANDOSE UNA MEDIA DE ESCOLARIDAD DE PRIMARIA INCOMPLETA ENTRE 3º Y 4º DE PRIMARIA. (VER TABLA 2).

TABLA 2. ESCOLARIDAD

NIVEL DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO CONTESTO	1	3.4
1º. A 3º. PRIMARIA	2	6.9
4º. A 6º. PRIMARIA	11	37.9
SECUNDARIA	11	37.9
OTROS	4	13.8
TOTAL	29	100.0

EN LA PRIMERA COLUMNA SE INDICA EL NIVEL DE ESCOLARIDAD; LA SEGUNDA REFIERE EL NUMERO DE SUJETOS CORRESPONDIENTE A CADA NIVEL; LA TERCERA COLUMNA CONSTITUYE EL PORCENTAJE EQUIVALENTE AL TOTAL DE LA MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO.

RESPECTO AL TIEMPO QUE LAS PARTERAS TIENEN DE ATENDER PARTOS SE OBSERVA QUE EL RANGO ES DE 1 A 65 AÑOS, CON UNA MEDIA DE 20.8 Y UNA DESVIACION ESTANDAR DE 13.6, SIENDO EN SU MAYORIA 30 AÑOS QUE CORRESPONDE A UN 13.8%. (VER TABLA 3).

TABLA 3. AÑOS DE ATENDER PARTOS

AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	2	6.9
2	1	3.4
5	1	3.4
6	1	3.4
10	1	3.4
11	1	3.4
12	1	3.4
13	3	10.3
14	1	3.4
18	1	3.4
20	2	6.9
25	1	3.4
27	1	3.4
28	3	10.3
29	1	3.4
30	4	13.8
32	1	3.4
40	1	3.4
65	1	3.4
TOTAL	29	100.0

EN LA PRIMERA COLUMNA SE INDICAN LOS AÑOS QUE LAS PARTERAS EMPIRICAS TIENEN DE EXPERIENCIA EN ATENDER PARTOS; LA SEGUNDA COLUMNA INDICA LA FRECUENCIA DE ESOS AÑOS Y LA TERCERA ES EL PORCENTAJE EN RELACION AL TOTAL DE LA MUESTRA.

EN LOS PARTOS ATENDIDOS POR LAS PARTERAS EMPIRICAS SE ENCONTRÓ UN RANGO DE 1 A 999 PARTOS CON UNA MEDIA DE 143.9 Y UNA DESVIACION ESTANDAR DE 225.5 (VER TABLA 4).

TABLA 4. PARTOS ATENDIDOS

No. DE PARTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	1	3.4
2	1	3.4
3	1	3.4
5	1	3.4
6	1	3.4
10	3	10.3
12	1	3.4
20	2	6.9
22	1	3.4
30	1	3.4
43	1	3.4
45	1	3.4
50	1	3.4
56	1	3.4
70	1	3.4
100	1	3.4
150	1	3.4
160	1	3.4
200	3	10.3
250	1	3.4
400	1	3.4
500	1	3.4
600	1	3.4
999	1	3.4
TOTAL.	29	100.0

LA PRIMERA COLUMNA EXPRESA EL NUMERO DE PARTOS QUE HAN ATENDIDO LAS PARTERAS; LA SEGUNDA INDICA LA FRECUENCIA DEL NUMERO DE LOS PARTOS Y LA TERCERA ES EL PORCENTAJE CORRESPONDIENTE AL TOTAL DE LA MUESTRA.

DEL TOTAL DE 29 SUJETOS EL 75.9% SI HA RECIBIDO ALGUN ADIESTRAMIENTO; SOBRE ATENCION DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN UN 69%; EL 24.1% HA RECIBIDO CAPACITACION HACE MENOS DE CINCO AÑOS CON UNA MEDIA DE 1.0 Y UNA DESVIACION ESTANDAR DE .888. (VER TABLAS 5, 5.1 Y 5.2).

TABLA 5. ADIESTRAMIENTO

HA TENIDO CURSOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO CONTESTO	2	6.9
SI	22	75.9
NO	5	17.2
TOTAL	29	100.0

EN LA TABLA 5 LA PRIMER COLUMNA INDICA LA RESPUESTA SOBRE SI HA RECIBIDO ALGUN ADIESTRAMIENTO; LA SEGUNDA INDICA LA FRECUENCIA DE ESA RESPUESTA Y LA TERCER COLUMNA EL PORCENTAJE DE ACUERDO AL TOTAL DE LA MUESTRA.

TABLA 5.1 TEMAS

TEMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO CONTESTO	9	31.0
EMB.,PARTO Y PUERPERIO	20	69.0
TOTAL	29	100.0

EN LA TABLA 5.1 LA PRIMER COLUMNA INDICA LOS TEMAS DE ADIESTRAMIENTO RECIBIDOS POR LAS PARTERAS; LA SEGUNDA CORRESPONDE A LA FRECUENCIA DE DICHOS TEMAS Y LA TERCERA ES EL PORCENTAJE DEL TOTAL DE LAS 29 PARTERAS.

TABLA 5.2 TIEMPO DE RECIBIR CAPACITACION

ANOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO CONTESTO	11	37.9
MEHOS DE 5	7	24.1
MAS DE 5	11	37.9
TOTAL	29	100.0

EN LA TABLA 5.2 LA PRIMER COLUMNA SE REFIERE A LOS ANOS QUE TIENEN LAS PARTERAS DE RECIBIR CAPACITACION; LA SEGUNDA INDICA LA FRECUENCIA DE ESE TIEMPO Y LA TERCER COLUMNA ES EL PORCENTAJE DEL TOTAL DE LA MUESTRA.

LA OTRA OCUPACION DE LAS PARTERAS ES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN UN 37% Y PLANIFICACION FAMILIAR EN UN 6.9% CON UNA MEDIA DE 1.6 Y DESVIACION ESTANDAR DE 1.3 (VER TABLA 1 ANEXO "B").

EL NUMERO DE VECES QUE LAS PARTERAS REVISAN A LAS SENORAS DURANTE EL EMBARAZO EN SU MAYORIA SON 9 VECES; CON UNA MEDIA DE 7.5 Y DESVIACION ESTANDAR DE 6.2 (VER TABLA 2 ANEXO "B").

LA REVISION QUE LAS PARTERAS REALIZAN A LAS EMBARAZADAS ES DE MANERA INCOMPLETA EN UN 55.2% DEL TOTAL DE LOS SUJETOS. (VER TABLA 3 ANEXO "B").

EL 72.4% DE LAS PARTERAS SI APLICA LA VACUNA DE TOXOIDE TETANICO A LAS EMBARAZADAS. (VER TABLA 4 ANEXO "B").

EL 75.9% DE LA MUESTRA SABE ADECUADAMENTE CUANDO UN NIÑO ESTA BIEN EN EL VIENTRE DE LA FUTURA MADRE. (VER TABLA 5 ANEXO "B").

LA ATENCION DEL PARTO ES DE MANERA INCOMPLETA EN UN 55.2% PERO ADECUADA EN UN 62.1% (VER TABLAS 6 Y 7 ANEXO "B").

EN UN 65.5% LAS PARTERAS HACEN USO ADECUADO DEL CORDON UMBILICAL CUANDO NACE EL NIÑO. (VER TABLA 8 ANEXO "B").

EL MANEJO QUE LAS PARTERAS HACEN PARA QUE SALGA LA PLACENTA ES INADECUADO EN UN 51.7% (VER TABLA 9 ANEXO "B").

DEL TOTAL DE LAS PARTERAS EL 89.7% RESPONDIÓ QUE NO TUVO MORTALIDAD MATERNA. (VER TABLA 10 ANEXO "B").

RESPECTO A LOS NIÑOS QUE ATENDIERON LAS PARTERAS Y QUE MURIERON ANTES DEL MES DE NACIDO, EL 72.4% CONTESTARON QUE NINGUN NIÑO SE LES MURIO. (VER TABLA 11 ANEXO "B").

PARA LA PARTE INFERENCIAL SE APLICÓ UNA PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA PARA EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS PARTERAS EMPÍRICAS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO; ANTES Y DESPUES DE UN ADIESTRAMIENTO. ESTA PRUEBA FUE LA χ^2 QUE PERMITIÓ OBSERVAR DICHAS DIFERENCIAS. (VER CUADRO 1).

LA PRIMERA COLUMNA DEL CUADRO 1 INDICA LOS FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO; LA SEGUNDA ES EL PORCENTAJE DE LA MUESTRA QUE CONTESTÓ ANTES DEL ADIESTRAMIENTO; LA TERCERA ES EL PORCENTAJE DE LA MUESTRA QUE RESPONDIÓ DESPUES DEL ADIESTRAMIENTO; LA CUARTA ES EL RESULTADO DE LA χ^2 CUADRADA Y LA QUINTA COLUMNA ES LA PROBABILIDAD ESTADÍSTICA AL 0.05.

C U A D R O 1

IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO POR LAS PARTERAS EMPIRICAS, ANTES Y DESPUES DEL ADIESTRAMIENTO.

	ANTES DEL ADIEST. (%)	DESPUES DEL ADIEST. (%)	X ²	P=
NUM.EMBARAZOS	82.8	89.7	1.78	.14
EDAD DE LA MUJER	82.8	76.6	8.97	.02
TIEMPO ENTRE EMBARAZOS	86.2	76.2	8.97	.01
ABORTOS ANTERIORES	65.5	93.1	1.78	.40
MUERTE DEL NINO EN VIENTRE	79.3	93.1	6.67	.15
MUERTE DEL NINO EN EL PARTO	65.5	89.7	7.60	.10
MUERTE DEL NINO SIETE DIAS DESPUES DEL PARTO	65.5	96.6	6.47	.03
NINOS NACIDOS CON BAJO PESO	72.4	93.1	8.23	.08
CESAREAS ANTERIORES	79.3	96.6	4.97	.08
NINOS NACIDOS CON DEFECTOS	72.4	89.7	8.62	.07
NINOS NACIDOS AMARILLOS	75.9	93.1	6.73	.15
MUJER CON PROBLEMA EN MATRIZ	65.5	86.2	12.16	.01
SABE QUE ES RH.	27.6	44.8	3.22	.52
SABE QUE ES ANEMIA	27.6	51.7	4.97	.17
DETECTAN PROBLEMAS DE SALUD EN LA MUJER	69.0	89.7	7.30	.12

EN LA PREGUNTA SOBRE LA IMPORTANCIA DEL NUMERO DE EMBARAZOS EN LA MUJER, NO SE ENCONTRARON DIFERENCIAS ANTES Y DESPUES DEL ADIESTRAMIENTO; YA QUE EN AMBAS SITUACIONES LA MAYORIA DE LAS PARTERAS CONTESTO QUE SI ES IMPORTANTE ESTE FACTOR. NO OBSTANTE LA INFLUENCIA DEL CURSO FUE EN AQUELLAS QUE ANTES NO DIERON RESPUESTA, DESPUES SI CONTESTARON Y AFIRMATIVAMENTE. (VER TABLA 12 ANEXO "B").

RESPECTO A LA EDAD DE LA MUJER PARA EL EMBARAZO, ANTES Y DESPUES DEL ADIESTRAMIENTO, LAS PARTERAS RESPONDEN QUE SI ES IMPORTANTE, OBTENIENDO UNA χ^2 DE 8.92 CON UNA $P=.02$; INDICANDO QUE LA GENTE QUE ORIGINALMENTE NO RESPONDIO, DESPUES DEL CURSO ENFATIZO LA IMPORTANCIA DE LA EDAD DE LA MUJER PARA EL EMBARAZO. (VER TABLA 13 ANEXO "B").

SOBRE EL TIEMPO ENTRE LOS EMBARAZOS, ANTES Y DESPUES LAS PARTERAS CONTESTARON QUE SI ES IMPORTANTE. (VER TABLA 14 ANEXO "B").

EN LA PREGUNTA SOBRE LA IMPORTANCIA DE ABORTOS ANTERIORES, DESPUES DEL ADIESTRAMIENTO EL 93.1% DE LAS PARTERAS CONTESTO QUE ES UN FACTOR DE RIESGO A CONSIDERAR; ANTES SOLO CONTESTO EL 65.5%. (VER TABLA 15 ANEXO "B").

LA MUERTE DEL NINO EN EL VIENTRE DE LA MADRE ES IMPORTANTE PARA EL 93.1%, ANTES DEL CURSO LO ERA PARA EL 79.3% DE LAS PARTERAS. (VER TABLA 16 ANEXO "B").

LA MUERTE DEL NINO DURANTE EL PARTO ES IMPORTANTE PARA EL 89.7% DE LAS PARTERAS; ANTES DEL ADIESTRAMIENTO LO ERA PARA EL 65.5%. (VER TABLA 17 ANEXO "B").

LA MORTALIDAD INFANTIL DURANTE LOS SIETE DIAS DESPUES DEL PARTO ES IMPORTANTE PARA EL 65.5% DE LAS PARTERAS ANTES DEL CURSO; DESPUES FUE EL 96.6%, OBTENIENDO UNA χ^2 DE 6.47 CON UNA $P=.03$ (VER TABLA 18 ANEXO "B").

LOS NIÑOS NACIDOS CON BAJO PESO SE CONSIDERA IMPORTANTE EN UN 93.1% DEL TOTAL DE LA MUESTRA, A DIFERENCIA DE UN 72.4% ANTES DEL ADIESTRAMIENTO. SE OBTUVO UNA χ^2 DE 8.23, CON UNA PROBABILIDAD MARGINAL DE .08 (VER TABLA 19 ANEXO "B").

RESPECTO A LA IMPORTANCIA DE QUE LAS SEÑORAS HAYAN TENIDO CESAREAS, ANTES DEL CURSO FUE DE 79.3% Y DESPUES LA RESPUESTA FUE AFIRMATIVA EN UN 96.6%, OBTENIENDO UNA χ^2 DE 4.97 Y UNA PROBABILIDAD MARGINAL DE .08 (VER TABLA 20 ANEXO "B").

DEL TOTAL DE SUJETOS EL 89.7% CONTESTA QUE SI ES IMPORTANTE TOMAR EN CUENTA LOS NIÑOS QUE HAYAN NACIDO CON ALGUN DEFECTO, ANTES DEL CURSO CONTESTO EL 72.4%, OBTENIENDO UNA χ^2 DE 8.62 Y PROBABILIDAD MARGINAL DE .07 (VER TABLA 21 ANEXO "B").

LOS NIÑOS NACIDOS CON COLOR AMARILLO, EL 93.1% DEL TOTAL DE PARTERAS CONTESTA QUE ES UN FACTOR IMPORTANTE, ANTES DEL CURSO RESPONDIO EL 75.9%. SE OBTUVO UNA χ^2 DE 6.73 Y UNA $P=.15$ (VER TABLA 22 ANEXO "B").

EN RELACION A LA PREGUNTA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA MUJER CON ALGUN PROBLEMA EN LA MATRIZ, ANTES DEL CURSO SOLO EL 65.5% CONTESTO QUE SI; DESPUES FUE EL 86.2%. DEL 6.9% QUE NO RESPONDIO ANTES DEL CURSO, DESPUES EL 17.2 SI CONTESTARON. SE OBTUVO UNA χ^2 DE 12.16 Y UNA $P=.01$ (VER TABLA 23 ANEXO "B").

LAS PARTERAS NO SABIAN QUE ERA EL RH EN UN 27.6%, DESPUES DEL CURSO CONTESTARON QUE SI SABIAN EL 44.8%. SE ENCONTRO UNA

DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE .52 Y UNA χ^2 DE 3.22. (VER TABLA 24 ANEXO "B").

ANTES DEL CURSO LAS PARTERAS EN UN 69.0% PREGUNTAN A LAS EMBARAZADAS SI TIENEN PROBLEMAS EN EL CORAZON, PULMONES, RIMONES, SANGRE Y SI HAN TENIDO CONVULSIONES EN PARTOS ANTERIORES; DESPUES CONTESTO UN 69.7% SE OBTUVO UNA χ^2 DE 7.30 Y UNA $P=.12$. (VER TABLA 25 ANEXO "B").

RESPECTO A LA ATENCION DEL PARTO EL 22.2% DE LAS PARTERAS QUE NO CONTESTARON COMO CALCULAN SI EL NINO PUEDE SALIR, DESPUES DEL ADIESTRAMIENTO RESPONDIERON QUE POR MEDIO DE MANIOBRAS; QUIENES LO CALCULABAN POR TACTO, DESPUES CONTESTARON QUE POR MANIOBRA. SE OBTUVO UNA χ^2 DE 9.41 Y UNA $P=.02$ (VER TABLA 26 ANEXO "B").

EN LA PREGUNTA SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA ANEMIA, ANTES NO CONTESTO EL 13.8% Y DESPUES LO HICIERON EL 51.7%. SE OBTUVO UNA χ^2 DE 4.97 Y UNA $P=.17$ (VER TABLA 27 ANEXO "B").

LAS PARTERAS ANTES DEL CURSO CONTESTARON QUE NO ENVIABAN AL HOSPITAL A ALGUNAS SEÑORAS EN UN 3.4% Y DESPUES FUE UN 89.7%. (VER TABLA 28 ANEXO "B").

LA SITUACIONES EN LAS QUE LAS PARTERAS ENVIARIAN AL HOSPITAL A ALGUNAS MUJERES EMBARAZADAS, SON ADECUADAS EN UN 79.3% DESPUES DEL CURSO; ANTES ERA UN 65.5%. SE OBTUVO UNA χ^2 DE 2.85 Y UNA $P=.58$ (VER TABLA 29 ANEXO "B").

DISCUSSION Y CONCLUSION

DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRESENTE INVESTIGACION, SE DESTACA QUE LA EDAD PROMEDIO DE LAS PARTERAS EMPIRICAS ES DE 50 AÑOS CON UNA ESCOLARIDAD DE PRIMARIA INCOMPLETA. SU EXPERIENCIA EN ATENDER PARTOS ES EN PROMEDIO 20.8 AÑOS CON UNA MEDIA DE 143.9 PARTOS ATENDIDOS.

EN MATERIA DE CAPACITACION SOLO EL 75.9% DE LAS 29 PARTERAS HA RECIBIDO CAPACITACION SOBRE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN UN LAPSO DE MENOS DE 5 AÑOS. LO QUE EN RELACION AL NUMERO DE PARTOS QUE ATIENDEN, PARECERIA QUE LA CAPACITACION TENDRIA QUE SER CONSTANTE.

RESPECTO AL PLANTEAMIENTO HIPOTETICO DE LA DIFERENCIA EN LOS CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS PARTERAS SOBRE LA DETECCION Y MANEJO DE FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, ANTES Y DESPUES DE ASISTIR A UN CURSO DE ADIESTRAMIENTO; SE OBSERVA QUE NO EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS, EXCEPTO EN AQUELLAS MUJERES PARTERAS QUE ANTES DEL ADIESTRAMIENTO NO CONSIDERABAN IMPORTANTE EL NUMERO DE EMBARAZOS DE LA MUJER Y SU EOAD, ABORTOS ANTERIORES Y PROBLEMAS EN LA MATRIZ, DESPUES DEL CURSO RESPONDIERON QUE SI SON FACTORES A TOMAR EN CUENTA EN EL EMBARAZO.

ASI MISMO EN RELACION AL PUERPERIO CONSIDERAN IMPORTANTE LOS NIÑOS NACIDOS CON BAJO PESO Y LA MUERTE DEL NIÑO DURANTE LOS SIETE DIAS DESPUES DEL PARTO.

ENTRE LOS ASPECTOS RELEVANTES ESTAN EL QUE LAS PARTERAS DESPUES DEL ADIESTRAMIENTO RESPONDEN QUE ENVIARAN A LAS EMBARAZADAS AL HOSPITAL EN AQUELLAS SITUACIONES QUE NO PUE DAN ELLAS ATENDER, LO QUE POSIBILITARA CONTRIBUIR A LA DISMINUCION

DE LA MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL. ESTO AUN Y CUANDO EL 89.7% DE LAS 29 PARTERAS CONTESTARON NO HABER TENIDO MUERTES MATERNAS DE LAS EMBARAZADAS QUE ATENDIAN; Y EL 72.4% CONTESTO QUE NO SE LES MURJERON NINOS.

ESTOS RESULTADOS EN RELACION A OTRAS INVESTIGACIONES COMO LAS REALIZADAS POR MORELLI, R. Y MISSONI, E., (1981); PRATINIDHI, A., SHROTRI, A., SHA, U. Y CHAVAN, H., (1982); ALISJAHBANA, A., PEETERS, R. Y MEHEUS, A., (1986); SESIA-LEWIS, P. Y ALEJANDRE, V., (1988); SOHNS, H., (1988); CUPPEN, A., (1990); NESSA, S., (1991);

CASTANEDA, X., MODENA, M. Y GONZALES, D., (1992); DEMUESTRAN QUE ES NECESARIO REFORZAR Y AMPLIAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE TEMAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL FETO DURANTE EL EMBARAZO, CUIDADOS AL RECIEN NACIDO Y OTRO TENDIENTES A CREAR UNA CULTURA DE SALUD INTEGRAL DE LA MUJER. ELLO PRINCIPALMENTE CON LA INTENCION DE REIVINDICAR EL PAPEL QUE LAS PARTERAS JUEGAN EN SU LOCALIDAD DE INFLUENCIA Y MAS AUN SI ESTAN ADIESTRADAS PUEDEN CONTRIBUIR CON EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD MATERNA E INFANTIL.

ES MENESTER SENALAR QUE LA PRESENTE INVESTIGACION ES DE TIPO EXPLORATORIO Y NO PRETENDE EVALUAR LA CALIDAD DEL CONTENIDO DEL CURSO, SI NO LA INFLUENCIA DE ESTE EN LOS CONOCIMIENTOS DE LAS PARTERAS SOBRE LA DETECCION Y MANEJO DE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. NO ORSTANTE ESTE ESTUDIO ES UN PUNTO DE PARTIDA PARA FUTURAS INVESTIGACIONES CUYOS ALCANCES SEAN MAS EXPLICITOS EN LO REFERENTE A LAS CARACTERISTICAS PSIQUICAS, SOCIALES Y CULTURALES DE LAS

PARTERAS EMPIRICAS; ASI COMO DE SUS PRACTICAS Y COSTUMBRES EN LA ATENCION DEL PARTO Y DEL RECEN NACIDO.

ESTO AUNADO AL PLANTEAMIENTO DE CURSOS ESTRUCTURADOS CON METODOLOGIAS CONSECUENTES A LAS CARACTERISTICAS DE LOS PROPIOS SUJETOS Y CON APOYOS DIDACTICOS QUE GENEREN LA PARTICIPACION Y APREHENSION DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA SALUD COMUNITARIA Y DE LA MUJER.

LAS TECNICAS DE TRABAJO GRUPAL FACILITARIAN LA CONSECUISION DE LOS OBJETIVOS EDUCACIONALES Y DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA POBLACION SE REQUIERE DE UNA PLENA IDENTIFICACION ENTRE EL PERSONAL DE SALUD INSTITUCIONAL Y LOS RECURSOS COMUNITARIOS; LO CUAL SE VIABILIZA MEDIANTE TECNICAS GRUPALES. ELLO POSIBILITARA CONSTRUIR LAZOS DE COOPERACION DE MANERA TAL QUE SE PUEDA HACER DE LA COMUNIDAD PROTAGONISTA Y AUTORA DE SU PROPIA SALUD.

EN ESTE MARCO, LA ORGANIZACION, DESARROLLO Y EVALUACION DE CURSOS DE ADIESTRAMIENTO A PARTERAS EMPIRICAS SON INDISPENSABLES PARA REFORZAR LO YA CONOCIDO, ELIMINAR PRACTICAS NOCIVAS COMO ES LA ATENCION DE PARTOS COMPLICADOS, UTILIZAR SOLUCIONES PARA ACELERAR EL PARTO, ACOMODAR AL NINO, PRESIONAR LA MATRIZ, SOBAR, AFECTANDO CON ESTO LA SALUD DE LA MADRE Y EL HIJO; Y ACTUALIZARLAS A NIVEL TEORICO Y PRACTICO EN ACCIONES SANITARIAS PARA IDENTIFICAR FACTORES QUE PONEN EN RIESGO LA SALUD DE LA EMBARAZADA, Y SITUACIONES QUE PUEDEN SER PREVENIBLES CON EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD.

HAY QUE TOMAR EN CUENTA QUE LAS PARTERAS ADEMAS SON CAMPESINAS, MADRES, ESPOSAS, TRABAJADORAS EN FIN, Y ESTO

REPERCUTE EN LA ORGANIZACION DEL HORARIO PARA LA CAPACITACION.
DE NO CONSIDERARSE ESTE ASPECTO LA ASISTENCIA DE ESTAS MUJERES
SERIA MINIMA.

SIN EMBARGO CUANDO SE LES CONVOCA DE MANERA PERSONALIZADA Y
EXISTE RESPETO A SU QUE-HACER COMO RECURSO PARA LA SALUD Y SE
LES APOYA EN SUS ACTIVIDADES, SEGURAMENTE EL RESULTADO ES
FAVORABLE. DEMOSTRANDO CON ELLO LA PARTICIPACION HISTORICA DE
LAS MUJERES EN EL AREA DE LA SALUD; PARA QUE ESTA SEA VIABLE
PLANEARLA, SONARLA Y MATERIALIZARLA POR UN BIEN COMUN.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ACADEMIA MEXICANA DE INVESTIGACION DEMOGRAFICA MEDICA, A.C.,
(1986) TEMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR. MORTALIDAD MATERNA
(1a. Ed.) MEXICO.

AGUIRRE, G., (1980). PROGRAMAS DE SALUD EN LA SITUACION
INTERCULTURAL (1a. Ed.) MEXICO, COLECCION SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL. SERIE MANUALES BASICOS Y ESTUDIOS.

AITKEN, I., KARGRO, T.K Y GBA-KAMARA, A.M., (1985). PLANIFICACION
DE UN SERVICIO DE PARTERIA DE TIPO COMUNITARIO. REVISTA
INTERNACIONAL DE DESARROLLO SANITARIO, 6 (2) 128-132.

ALISJAHBANA, A., PEETERS, R. Y MEHEUS, A. (1986). LAS PARTERAS
TRADICIONALES PUEDEN IDENTIFICAR A LAS MADRES Y LOS NIÑOS
EXPUESTOS. REVISTA INTERNACIONAL DE DESARROLLO SANITARIO, 6
(2) 133-135.

ANZURES, M.C., (1983). LA MEDICINA TRADICIONAL EN MEXICO.
MEXICO, UNAM.

BAUTISTA, C. Y GONZALEZ, S., (1980). LA SALUD EN LAS COMUNIDADES
INDIGENAS. REVISTA MEDICINA TRADICIONAL, 3 (10) 47-51.

BANNERMAN, H., (1980). LA MEDICINA TRADICIONAL EN EL PROGRAMA DE
LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. REVISTA MEDICINA
TRADICIONAL, 3 (9) 52-53.

BELSEY, M., (1988). DE LA PREHISTORIA A LA ATENCION PRIMARIA DE
SALUD. REVISTA ILUSTRADA DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA
SALUD, ENERO-FEBRERO p. 24-25.

BRavo, H., (1990) LAS PARTERAS RURALES EN MEXICO: INVESTIGACION
OPERATIVA SOBRE LOS NIVELES DE PARTICIPACION DE LAS PARTERAS

RURALES EN PROGRAMAS DE ATENCION MATERNO INFANTIL Y PLANIFICACION FAMILIAR. ACADEMIA MEXICANA DE INVESTIGACION EN DEMOGRAFIA MEDICA, A.C. (1a.Ed.). MEXICO.

CARDACI, D., (1985) NOTAS SOBRE LA EVOLUCION HISTORICA DE LA EDUCACION SANITARIA EN EL CAPITALISMO. SERIE MATERIALES DE APOYO No. 3, MEXICO, UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA, XUCHIMILCO.

CASTANEDA, X., (1992, ENERO) PERCEPCION DE LAS PARTERAS DE MORELOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO. TRABAJO PRESENTADO EN EL CONGRESO NACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD PUBLICA. CUERNAVACA, MORELOS.

CLERISME, C., (1985). MEDICINA TRADICIONAL Y MODERNA EN HAITI. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 98 (5) 431-437.

CUPPEN, A., (1991). ALGUNOS EMBARAZOS REQUIEREN ALTA TECNOLOGIA, PERO LA MAYORIA NO. REVISTA INTERNACIONAL DE DESARROLLO SANITARIO, 12 (1) 10-11.

DIRECCION GENERAL DE SALUD MATERNO INFANTIL - FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA, (1991). "...PUEDO DAR SALUD" MADRES PROCURADORAS DE SALUD. MEXICO, SECRETARIA DE SALUD.

DIRECCION GENERAL DE SALUD MATERNO INFANTIL, (1992). LA MUJER ADOLESCENTE, ADULTA, ANCIANA Y SU SALUD. MEXICO, SECRETARIA DE SALUD.

ENCICLOPEDIA UNIVERSAL AMERICANA, (1986), ESPASA CALPE, TOMO 33,39 MADRID, ESPANA. p.1149, 463.

GALANTE, M.C., SESIA-LEWIS, P Y ALEJANDRE, V. (1988). MUJERES Y PARTERAS: PROTAGONISTAS ACTIVAS EN LA RELACION ENTRE MEDICINA MODERNA Y MEDICINA TRADICIONAL. MEMORIA DE LA PRIMERA REUNION

NACIONAL DE INVESTIGACION SOBRE MUJERES CAMPESINAS EN MEXICO.

JOSEFINA ARANDA BEZAURY (COMP.), (1a.Ed.), OAXACA, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA BENITO JUAREZ DE OAXACA. p.345-354.

GUADARRAMA, M.T. Y PIEDRA SANTA H.R. (1988). EL PAPEL DE LAS MUJERES EN LA MEDICINA POPULAR Y TRADICIONAL. MEMORIA DE LA PRIMERA REUNION NACIONAL DE INVESTIGACION SOBRE MUJERES

CAMPESINAS EN MEXICO. JOSEFINA ARANDA BEZAURY (COMP.), (1a.Ed.), OAXACA, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA BENITO JUAREZ DE OAXACA. p.363-369.

KATZ, F.M., (1989). PAUTAS PARA LA EVALUACION DE PROGRAMAS DE CAPACITACION DE PERSONAL DE SALUD. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, WASHINGTON (PUBLICACION CIENTIFICA NUM.415).

KWAST, B., (1991). MATERNIDAD SIN RIESGO: META DE LA ASISTENCIA OBSTETRICA. REVISTA INTERNACIONAL DE DESARROLLO SANITARIO. 12 (1) 1-17.

LOZOYA, X., (1979). MEDICINA TRADICIONAL: ALTERNATIVA PARA LA SALUD. CENTRO DE ESTUDIOS ECONOMICOS Y SOCIALES DEL TERCER MUNDO. 2 (4) 269.

MALDONADO, C., (1980). ESTUDIO SOBRE LA MEDICINA POPULAR EN EL VALLE DE COMAYAGUA, HONDURAS. REVISTA MEDICINA TRADICIONAL. 2 (8) 30.

MARTINEZ, F., ET AL., (1984). HISTORIA GENERAL DE LA MEDICINA EN MEXICO. MEXICO, UNAM.

MELLAO, V., ZOLLA, C. Y CASTAÑEDA, X., (1989). LA ATENCION AL EMBARAZO Y PARTO EN EL MEDIO RURAL MEXICANO. MEXICO, CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.

- MORELLI, R. Y MISSONI, E., (1986). FORMACION DE PARTERAS TRADICIONALES EN NICARAGUA. REVISTA INTERNACIONAL DE DESARROLLO SANITARIO. 7 (2) 156-161.
- NESSA, S., (1991). LAS PARTERAS TRADICIONALES BIEN FORMADAS, PUEDEN HACER UNA LABOR UTILISIMA. REVISTA INTERNACIONAL DE DESARROLLO SANITARIO. 12 (1) 19-20.
- PERIODICO EXCELSIOR, MAYO, 1992.
- PERIODICO LA JORNADA, SECCION DOBLE JORNADA, JUNIO, 1992.
- PERIODICO LA JORNADA DE ORIENTE, JULIO, 1992.
- PICK, S. Y LOPEZ, A., (1983). COMO INVESTIGAR EN CIENCIAS SOCIALES. (2a. Reimp.). MEXICO, TRILLAS.
- POPULATION INFORMATION PROGRAM POPULATION REPORTS, SERIE J. NUM. 22, ENERO 1981, p. 3-4. THE JOHNS HOPKINS 624, NORTH BROADWAY, BALTIMORE, MARYLAND. U.S.A.
- PRATINIDHI, A., SHROTRI, A., SHAH, U. Y CHAVAN, H., (1985). ATENCION AL PARTO Y MORTALIDAD PERINATAL. REVISTA INTERNACIONAL DE DESARROLLO SANITARIO. 6 (2) 128-132.
- PROGRAMA POSADAS DE NACIMIENTO, (1990), DIRECCION GENERAL DE SALUD MATERNO INFANTIL, MEXICO, SECRETARIA DE SALUD.
- SACCHI, H., (1972). PARTO SIN DOLOR. COLECCION TIEMPO Y MEMORIA. URUGUAY, ALFA S.A.
- SAHAGUN, B., (1981). HISTORIA GENERAL DE LAS COSAS DE LA NUEVA ESPAÑA. TOMO II, MEXICO. PORRUA.
- SELASSIE, G., (1988). COMO APROVECHAR EL POTENCIAL QUE REPRESENTAN LAS PARTERAS TRADICIONALES. REVISTA INTERNACIONAL DE DESARROLLO SANITARIO. 9 (3) 431-436.

SENE,P.,(1983). LAS PARTERAS TRADICIONALES EN SENEGAL. REVISTA ILLUSTRADA. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, JUNIO, p.22-25.

SIEGEL,S.,(1988). ESTADISTICA NO PARAMETRICA APLICADA A LAS CIENCIAS SOCIALES, (11a.REIMP.) MEXICO. TRILLAS.

SOHNS,H.,(1988). ADIESTRAMIENTO A PARTERAS TRADICIONALES. REVISTA SALUD Y SOCIEDAD. ARGENTINA. MOVIMIENTO POR UN SISTEMA INTEGRAL DE SALUD, AÑO 5 (16) 23-29.

ZOLLA,C.,(1986). TERAPEUTAS, ENFERMEDADES, RECURSOS VEGETALES, MEXICO INDIGENA. MEXICO. INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA, NUM.9 p.16-19.

A N E X O "A"

A N E X O "A"
CUESTIONARIO A PARTERAS EMPIRICAS DEL
ESTADO DE TLAXCALA

- 1.- NOMBRE: LOCALIDAD:
MUNICIPIO:
- 2.- EDAD:
- 3.- ESCOLARIDAD:
- 4.- AÑOS DE SER PARTERA:
- 5.- PARTOS ATENDIDOS:
- 6.- HA RECIBIDO ALGUN ADIESTRAMIENTO:
A) SI () NO () QUIEN LO IMPARTIO
B) SOBRE QUE TEMAS
C) CUANDO
- 7.- QUE OTRA OCUPACION EN EL AREA DE LA SALUD:
- 8.- CUANTAS VECES REvisa A LAS SENORAS DURANTE SU EMBARAZO:
- 9.- EN QUE CONSISTE LA REVISION:
- 10.- LES MANDA APLICAR EL TOXOIDE TETANICO:
- 11.- USTED CREE IMPORTANTE EL NUMERO DE EMBARAZOS DE LA MUJER:
- 12.- CREE IMPORTANTE LA EDAD DE LA MUJER PARA QUE SE EMBARACE:

13.- CONSIDERA IMPORTANTE EL TIEMPO ENTRE EMBARAZO Y EMBARAZO:

14.- USTED CREE QUE ES IMPORTANTE:

A).- ABDORTOS ANTERIORES SI ___ NO ___ PORQUE

B).- MUERTE DEL NINO EN EL VIENTRE DE LA MADRE

C).- MUERTE DEL NINO DURANTE EL PARTO

D).- MUERTE DEL NINO DURANTE LOS SIETE DIAS DESPUES DEL PARTO

E).- LOS NINOS NACIDOS CON BAJO PESO

F).- SENORAS CON CESAREAS ANTERIORES

G).- QUE HAYAN NACIDO CON ALGUN DEFECTO

H).- QUE HAYAN NACIDO AMARILLOS

I).- LA MUJER CON ALGUN PROBLEMA EN LA MATRIZ

15.- SABE QUE ES EL RH:

16.- LE PREGUNTA A LAS PACIENTES SI TIENEN PROBLEMAS EN EL CORAZON, PULMONES, RINONES, LA SANGRE, CONVULSIONES EN PARTOS ANTERIORES:

17.- COMO CALCULA SI EL NINO VA A PODER SALIR:

18.- SABE USTED QUE ES LA ANEMIA:

19.- MANDA AL HOSPITAL A ALGUNAS SENORAS:

A).- SI () NO ()

B).- EN QUE CASOS

20.- COMO SABE QUE UN NINO ESTA BIEN EN EL VIENTRE DE LA MADRE:

21.- CUANDO ATIENDE EL PARTO QUE HACE:

22.- QUE LE HACE AL CORDON UMBILICAL CUANDO NACE EL NINO:

23.- DESPUES DEL NACIMIENTO, QUE HACE PARA QUE SALGA LA
PLACENTA

24.- CUANTAS MUJERES DE LAS QUE USTED ATENDIO HAN MUERTO
DURANTE EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO:

25.- CUANTOS NIÑOS DE LOS QUE USTED ATENDIA SE LE MURIERON
ANTES DEL MES DE NACIDO:

A N E X O " B "

LA INFORMACION VERTIDA EN LOS CUADROS DEL PRESENTE ANEXO,
POSIBILITAN EL ANALISIS DETALLADO DE CADA UNA DE LAS
RESPUESTAS QUE LAS PARTERAS EMPIRICAS EXPRESAN EN EL
CUESTIONARIO APLICADO ANTES Y DESPUES DEL ADJESTRAMIENTO.

ESPERO CONTRIBUYA A PROMOVER INVESTIGACIONES EN MATERIA DE
ATENCION MATERNA E INFANTIL QUE DRINDAN ESTOS RECURSOS DE
SALUD COMUNITARIOS

A N E X O "B"

TABLA No. 1

OTRA OCUPACION DE LAS PARTERAS		
OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO CONTESTO	8	27.6
NINGUNA	4	13.8
AUXILIARES DE ENFERMERA	11	37.9
PLANIFICACION FAMILIAR	2	6.9
OTROS	4	13.8
TOTAL	29	100.0

LA PRIMERA COLUMNA INDICA LOS TIPOS DE OCUPACION DE LAS PARTERAS; LA SEGUNDA LA FRECUENCIA DE ESAS ACTIVIDADES Y LA TERCERA EL PORCENTAJE QUE CORRESPONDE AL TOTAL DE LA MUESTRA.

TABLE No. 2

NUMERO DE VECES QUE REVISAN A LA EMBARAZADA

NUMERO DE VECES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	4	13.6
2	2	6.9
3	3	10.3
4	2	6.9
5	3	10.3
6	1	3.4
8	2	6.9
9	4	13.6
10	3	10.3
18	2	6.9
20	3	10.3
TOTAL	29	100.0

LA PRIMERA COLUMNA EXPRESA EL NUMERO DE VECES QUE LAS PARTERAS REVISAN A LAS MUJERES EMBARAZADAS; LA SEGUNDA INDICA LA FRECUENCIA DEL NUMERO DE REVISIONES Y LA TERCERA COLUMNA ES EL PORCENTAJE DEL TOTAL DE LA MUESTRA.

TABLA No. 3

TIPO DE REVISION

TIPO DE REVISION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO CONTESTO	6	20.7
COMPLETO	2	6.9
INCOMPLETO	16	55.2
CORRECTO	2	6.9
INCORRECTO	3	10.3
TOTAL	29	100.0

EN LA PRIMER COLUMNA SE INDICA EL TIPO DE REVISION QUE LA PARTERA HACE A LA EMBARAZADA; LA SEGUNDA ES LA FRECUENCIA DE ESAS CARACTERISTICAS Y LA TERCERA EL PORCENTAJE DEL TOTAL DE LA MUESTRA.

TABLA No. 4

APLICA VACUNA TOXOIDE TETANICO

APLICA VACUNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO CONTESTO	5	17.2
SI APLICA	21	72.4
NO APLICA	3	10.3
TOTAL	29	100.0

LA PRIMER COLUMNA INDICA SI LA PARTERA APLICA LA VACUNA DE LA TOXOIDE TETANICO; LA SEGUNDA ES LA FRECUENCIA DE LA RESPUESTA Y LA TERCERA EL PORCENTAJE SEGUN EL TOTAL DE LA MUESTRA.

TABLA No. 5

LA PARTERA SABE SI EL NINO ESTA BIEN

EN EL VIENTRE DE LA MADRE

SABE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INADECUADO	7	24.1
ADECUADO	22	75.9
TOTAL	29	100.0

EN LA PRIMERA COLUMNA SE INDICA SI LA PARTERA SABE ADECUADA O INADECUADAMENTE CUANDO EL NINO ESTA BIEN EN EL VIENTRE DE LA MADRE; LA SEGUNDA REFIERE LA FRECUENCIA DE ESE CONOCIMIENTO Y LA TERCERA EL PORCENTAJE EN RELACION A LA MUESTRA.

TABLA No. 6

ATENCION DEL PARTO

ATENCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO CONTESTO	8	27.6
COMPLETA	5	17.2
INCOMPLETA	16	55.2
TOTAL	29	100.0

LA PRIMERA COLUMNA REFIERE EL COMO SON ATENDIDOS LOS PARTOS POR LAS PARTERAS; LA SEGUNDA INDICA LA FRECUENCIA DE LA RESPUESTA Y LA TERCERA ES EL PORCENTAJE DEL TOTAL DE LA MUESTRA.

TABLA No. 7

QUE HACE LA PARTERA AL ATENDER AL PARTO

HACE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO CONTESTO	8	27.6
ADECUADO	18	62.1
INADECUADO	3	10.3
TOTAL	29	100.0

EN LA PRIMER COLUMNA SE INDICA SI LO QUE HACE LA PARTERA AL ATENDER EL PARTO ES ADECUADO O INADECUADO; LA SEGUNDA CORRESPONDE A LA FRECUENCIA DE LA RESPUESTA Y LA TERCERA ES EL PORCENTAJE CORRESPONDIENTE AL TOTAL DE LA MUESTRA.

TABLA No. 8

USO DEL CORDON UMBILICAL

USO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO CONTESTO	4	13.8
ADECUADO	19	65.5
INADECUADO	6	20.7
TOTAL	29	100.0

LA PRIMER COLUMNA REFIERE EL USO QUE LA PARTERA HACE DEL CORDON UMBILICAL; LA SEGUNDA CORRESPONDE A LA FRECUENCIA DE DICHO USO Y LA TERCERA ES EL PORCENTAJE DEL TOTAL DE LA MUESTRA.

TABLA No. 9

MANEJO DE LA PLACENTA

MANEJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO CONTESTO	3	10.3
ADECUADO	11	37.9
INADECUADO	15	51.7
TOTAL	29	100.0

LA PRIMER COLUMNA SE REFIERE AL TIPO DE MANEJO QUE LA PARTERA HACE DE LA PLACENTA; LA SEGUNDA ES LA FRECUENCIA DE DICHO MANEJO Y LA TERCERA ES EL PORCENTAJE DEL TOTAL DE LA MUESTRA.

TABLA No. 10

MORTALIDAD MATERNA

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO CONTESTO	1	3.4
NO	26	89.7
SI	2	6.9
TOTAL	29	100.0

LA PRIMER COLUMNA SE REFIERE A LA RESPUESTA DE LA PARTERA, SI TUVO O NO MUERTE DE LAS MADRES AL MOMENTO DEL PARTO; LA SEGUNDA ES LA FRECUENCIA DE DICHAS RESPUESTAS Y LA TERCERA ES EL PORCENTAJE DEL TOTAL DE LA MUESTRA.

TABLA No. 11

MORTALIDAD INFANTIL

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO CONTESTO	1	3.4
NINGUNO	21	72.4
UN NIÑO	5	17.2
DOS NIÑOS	2	6.9
TOTAL	29	100.0

LA PRIMERA COLUMNA SE REFIERE A LA RESPUESTA DE LA PARTERA, SI TUVO O NO MUERTE DE LOS NIÑOS AL NACER; LA SEGUNDA ES LA FRECUENCIA DE DICHAS RESPUESTAS Y LA TERCERA ES EL PORCENTAJE DEL TOTAL DE LA MUESTRA.

LAS TABLAS QUE EXPLICAN LA PARTE INFERENCIAL DE LOS RESULTADOS DE ESTA INVESTIGACION, SE PRESENTAN A CONTINUACION, CON LA SIGUIENTE DESCRIPCION:

LAS LINEAS REPRESENTAN LAS RESPUESTAS A LA PREGUNTA EN CUESTIÓN ANTES DEL ADIESTRAMIENTO; LAS COLUMNAS INDICAN LAS RESPUESTAS DESPUES DEL ADIESTRAMIENTO. RESPECTO A LAS CANTIDADES. EL PRIMER RENGLON REPRESENTA EL NUMERO DE SUJETOS QUE CONTESTO; EL SEGUNDO ES EL PORCENTAJE DE LA MUESTRA ANTES DEL ADIESTRAMIENTO; EL TERCER RENGLON ES EL PORCENTAJE DESPUES DEL ADIESTRAMIENTO Y EL CUARTO ES EL PORCENTAJE GLOBAL EN RELACION A LA MUESTRA; CADA UNO CON LOS TOTALES CORRESPONDIENTES DE MANERA VERTICAL Y HORIZONTAL, EN RELACION A LA MUESTRA Y AL PORCENTAJE.

TABLA 12
 IMPORTANCIA DEL NUMERO DE EMBARAZOS

	nocontesto	si	no	Total
	0	1	2	
0	1	3		4
nocontesto	25.0 100.0 3.4	75.0 11.5 10.3		13.8
1		22	2	24
si		91.7 84.6 75.9	8.3 100.0 6.9	82.8
2		1		1
no		100.0 3.8 3.4		3.4
Total	1 3.4	26 89.7	2 6.9	29 100.0

Chi-Square

6.78526

Significance

.1477

TABLA 13
 IMPORTANCIA DE EDAD EN LA MUJER

		nocontesto	si	Total
		0	1	
0	nocontesto	1 33.3 100.0 3.4	2 66.7 7.1 6.9	3 10.3
1	si		24 100.0 85.7 82.8	24 82.8
2	no		1 100.0 3.6 3.4	1 3.4
3			1 100.0 3.6 3.4	1 3.4
Total		1 3.4	28 96.6	29 100.0

Chi-Square

6.97619

Significance

.0296

TABLA 14
 IMPORTANCIA DEL TIEMPO ENTRE LOS EMBARAZOS

		nocontes to	si	Total
		0	1	
nocontesto	0	1	2	3
		33.3	66.7	10.3
		100.0	7.1	
		3.4	6.9	
si	1		25	25
			100.0	86.2
			89.3	
			86.2	
no	2		1	1
			100.0	3.4
			3.6	
			3.4	
Total		1	28	29
		3.4	96.6	100.0

Chi-Square

8.97619

Significance

.0112

TABLA 15
 IMPORTANCIA DE ABORTOS ANTERIORES

		nocontes to	si	Total
		0	1	
nocontesto	0	1	4	5
		20.0	80.0	17.2
		50.0	14.8	
		3.4	13.8	
si	1	1	18	19
		5.3	94.7	65.5
		50.0	66.7	
		3.4	62.1	
no	2		5	5
			100.0	17.2
			18.5	
			17.2	
Total		2	27	29
		6.9	93.1	100.0

Chi-Square

1.78635

Significance

.4094

TABLA 16
 IMPORTANCIA DE LA MUERTE DEL NIÑO EN EL VIENTRE

		nocontes ta	si	no	Total
		0	1	2	
0	nacontesta	1 25.0 100.0 3.4	3 75.0 11.1 10.3		4 13.8
1	si		22 95.7 81.5 75.9	1 4.3 100.0 3.4	23 79.3
2	no		2 100.0 7.4 6.9		2 6.9
Total		1 3.4	27 93.1	1 3.4	29 100.0

Chi-Square

6.67794

Significance

.1539

TABLA 17
 IMPORTANCIA DE LA MUERTE DEL NIÑO DURANTE EL PARTO

		nocontesto	si	no	Total
		0	1	2	
nocontesto	0	1	3		4
		25.0	75.0		13.8
		100.0	11.5		
si	1		18	1	19
			94.7	5.3	65.5
			69.2	50.0	
no	2		5	1	6
			83.3	16.7	20.7
			19.2	50.0	
			17.2	3.4	
Total		1	26	2	29
		3.4	89.7	6.9	100.0

Chi-Square

7.60712

Significance

.1071

TABLA 18
 MUERTE DEL NIÑO SIETE DIAS DESPUES DEL PARTO

		nocontesto	si	Total
		0	1	
nocontesto	0	1	3	4
		25.0	75.0	13.8
		100.0	10.7	
		3.4	10.3	
si	1		19	19
			100.0	65.5
			67.9	
no	2		6	6
			100.0	20.7
			21.4	
			20.7	
Total		1	28	29
		3.4	96.6	100.0

Chi-Square

Significance

6.47321

.0393

TABLA 19
 IMPORTANCIA DE NINOS NACIDOS CON BAJO PESO

		nocontes to	si	no	Total
		0	1	2	
nocontesto	0	1 16.7 100.0 3.4	4 66.7 14.8 13.8	1 16.7 100.0 3.4	6 20.7
	1		21 100.0 77.8 72.4		21 72.4
	2		2 100.0 7.4 6.9		2 6.9
Total		1 3.4	27 93.1	1 3.4	29 100.0

Chi-Square

8.23457

Significance

.0834

TABLA 20
 IMPORTANCIA DE CESAREAS ANTERIORES

		nocontes to	si	Total
		0	1	
nocontesto	0	1	4	5
		20.0	80.0	17.2
		100.0	14.3	
si	1		23	23
			100.0	79.3
			82.1	
no	2		1	1
			100.0	3.4
			3.6	
		3.4		
Total		1	28	29
		3.4	96.6	100.0

Chi-Square

Significance

4.97143

.0633

TABLA 21
 IMPORTANCIA DE NACIMIENTOS DE NIÑOS CON DEFECTOS

		nocontesto	si	no	Total
		0	1	2	
nocontesto	0	1 20.0 100.0 3.4	4 80.0 15.4 13.8		5 17.2
	1		20 95.2 76.9 69.0	1 4.8 50.0 3.4	21 72.4
si	2		2 66.7 7.7 6.9	1 33.3 50.0 3.4	3 10.3
	Total	1 3.4	26 89.7	2 6.9	29 100.0

Chi-Square

8.62564

Significance

.0712

TABLA 22
 IMPORTANCIA DE NACIMIENTOS DE NIÑOS CON COLOR AMARILLO

		nocontesto	si	no	Total
		0	1	2	
nocontesto	0	1 25.0 100.0 3.4	3 75.0 11.1 10.3		4 13.6
	1		21 95.5 77.8 72.4	1 4.5 100.0 3.4	22 75.9
	2		3 100.0 11.1 10.3		3 10.3
Total		1 3.4	27 93.1	1 3.4	29 100.0

Chi-Square

6.73737

Significance

.1504

TABLA 23
 IMPORTANCIA DE LA MUJER CON PROBLEMA EN LA MATRIZ

		nocontes to	si	no	Total
		0	1	2	
nocontesto	0	2 28.6 66.7 6.9	5 71.4 20.0 17.2		7 24.1
	1	1 5.3 33.3 3.4	18 94.7 72.0 62.1		19 65.5
	2		2 66.7 8.0 6.9	1 33.3 100.0 3.4	3 10.3
Total		3 10.3	25 86.2	1 3.4	29 100.0

Chi-Square

Significance

12.16982

.0161

TABLA 24
SABE QUE ES EL RH

		nocontes to	si	no	Total
		0	1	2	
nocontesta	0	1	4	4	9
		11.1	44.4	44.4	31.0
		16.7	30.8	40.0	
		3.4	13.8	13.8	
si	1	3	4	1	8
		37.5	50.0	12.5	27.6
		50.0	30.8	10.0	
		10.3	13.8	3.4	
no	2	2	5	5	12
		16.7	41.7	41.7	41.4
		33.3	38.5	50.0	
		6.9	17.2	17.2	
Total		6	13	10	29
		20.7	44.8	34.5	100.0

Chi-Square

3.22016

Significance

.5217

TABLA 25
 LA PARTERA PREGUNTA A LAS EMBARAZADAS
 SI TIENEN PROBLEMAS DE SALUD

		nocontesto	si	no	Total
		0	1	2	
nocontesto	0	1 25.0 100.0 3.4	3 75.0 11.5 10.3		4 13.8
	1		18 90.0 69.2 62.1	2 10.0 100.0 6.9	20 69.0
	2		5 100.0 19.2 17.2		5 17.2
Total		1 3.4	26 69.7	2 6.9	29 100.0

Chi-Square

7.30577

Significance

.1206

TABLA 26
COMO CALCULA LA PARTERA QUE EL NIÑO PUEDE SALIR

		tacto	maniobras	Total
		1	2	
0	nocontesto	2 22.2 12.5 6.9	7 77.8 53.8 24.1	9 31.0
1	tacto	6 60.0 37.5 20.7	4 40.0 30.8 13.8	10 34.5
2	maniobras	8 88.9 50.0 27.6	1 11.1 7.7 3.4	9 31.0
3	estudios de laboratorio		1 100.0 7.7 3.4	1 3.4
Total		16 55.2	13 44.8	29 100.0

Chi-Square

9.41261

Significance

.0243

TABLA 27
SABE QUE ES LA ANEMIA

		si	no	
		1	2	Total
nocontesto	0	3	1	4
		75.0	25.0	13.8
		20.0	7.1	
		10.3	3.4	
si	1	6	10	16
		37.5	62.5	55.2
		40.0	71.4	
		20.7	34.5	
no	2	6	2	8
		75.0	25.0	27.6
		40.0	14.3	
		20.7	6.9	
	3		1	
		100.0	3.4	
		7.1		
		3.4		
Total		15	14	29
		51.7	48.3	100.0

Chi-Square

4.97143

Significance

.1739

TABLA 28
 ENVIA AL HOSPITAL A LAS EMBARAZADAS

		si	
		1	Total
0	nocontesto	2	2
		100.0	6.9
		6.9	6.9
1	si	26	26
		100.0	89.7
		89.7	89.7
2	no	1	1
		100.0	3.4
		3.4	3.4
Total		29	29
		100.0	100.0

TABLA 29
 SITUACIONES DE ENVIO AL HOSPITAL

	nocontesto 0	adecuado 1	inadecuado 2	Total
0 nocontesto		7 100.0 30.4 24.1		7 24.1
1 adecuado	4 21.1 80.0 13.8	14 73.7 60.9 48.3	1 5.3 100.0 3.4	19 65.5
2 inadecuado	1 33.3 20.0 3.4	2 66.7 8.7 6.9		3 10.3
Total	5 17.2	23 79.3	1 3.4	29 100.0

Chi-Square

2.85797

Significance

.5819