

25  
2ej

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



## REPERCUSION DE LA CAPACITACION FORMAL DE LAS PARTERAS TRADICIONALES, EN LA ATENCION DEL PARTO EN JACALA Y LA MISION, EN EL ESTADO DE HIDALGO, MEXICO 1992

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA  
Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A  
MARIA DEL CARMEN MORALES BAUTISTA

MEXICO, D. F.

1993

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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.

## INTRODUCCION.

En la historia de la Obstetricia en la civilización azteca se detecta que desde los tiempos bíblicos, aún antes de que aparecieran los médicos, el parto era habitualmente vigilado y resuelto por las matronas.

Estas últimas desempeñaban un papel muy importante en la atención a la mujer, en las etapas de embarazo, parto y puerperio, y no sólo se limitaba a éstas actividades sino que además orientaba a las madres sobre la crianza de los hijos, participaba como consejera en la relación familiar. Su labor era ampliamente valorada y trascendía en la estructura política y social de los pueblos.

Con la llegada de los españoles, hubo desprestigio de éste personaje y fue desplazada por los médicos; pero a pesar de esto, las parteras sobrevivieron y siguen sobreviviendo hasta la fecha; por lo general es una persona, la que se conoce de mucho tiempo y a quien todo mundo respeta por sus conocimientos adquiridos a través de los años.

Se considera que más del 50% de los partos que ocurren en el país, son atendidos por las parteras sobre todo, en el área rural, en las localidades dispersas en las que no se cuentan con servicios de salud o aquellos son escasos. Bajo esta panorámica, las autoridades de salud han visto la necesidad de poner interés en estas personas que hasta hace algunos años se tomaban poco en cuenta, una de las razones para el cambio, es que aún cuando los servicios de salud cada vez son más cercanos a la población, gran parte de las mujeres de las zonas, prefieren ser atendidas por las parteras, lo que propició que el año de 1974 naciera el programa de "Parteras Rurales" en 17 entidades federativas de la República Mexicana.

No con el propósito de formar parteras rurales, sino capacitar y adiestrar a las ya existentes y que ejercen en forma empírica su labor de beneficio social. Tras dos semanas reciben capacitación teórica y práctica, reafirman sus conocimientos adquiridos de sus madres y abuelas y aprenden los manejos higiénicos y adecuados de la gestante y su producto, con la finalidad de que presten una mejor calidad de atención a la población materno-infantil y con ello contribuir a disminuir los índices de morbi-mortalidad del país.

En el Estado de Hidalgo se cuenta actualmente con un total de 755 parteras que ejercen en las más apartadas regiones del estado.

En 1992 se efectuó un curso de capacitación para parteras de tres localidades de la entidad en el que participó la pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en la que se despertó la inquietud por investigar la repercusión de la capacitación formal de las parteras tradicionales en la atención de parto en Jacala y la Misión.

Por lo tanto para llevar a cabo un estudio sistemático se procedió de la siguiente manera: primeramente con el marco teórico que fundamenta la investigación, donde se abordan aspectos sobre atención de parto en México Antiguo, México Contemporáneo, atención del parto actual, indicadores de salud, datos demográficos de morbi-mortalidad, recursos humanos para la atención de salud, importancia que tienen las parteras, capacitación y por último un tema de herbolaria.

Uno de los objetivos planteados fue conocer si las parteras que reciben cursos de capacitación modifican sus conocimientos técnicos.

Y como resultado de esta investigación se obtuvo lo siguiente: de la muestra a estudiar que fueron 10 parteras, el 60% ha recibido cursos de capacitación; el 30% de las mismas proporcionan una mejor calidad de atención, debido a que además de la capacitación han recibido adiestramiento continuo.

El resto de las parteras tradicionales atienden el parto en forma similar, ya que es muy difícil cambiar repentinamente la actitud hacia la atención del parto.

Por lo tanto se cree conveniente hacer mayor énfasis en el programa de "parteras rurales" y no solo cumplir con dar el curso de capacitación, no es suficiente, es necesario hacer un seguimiento y dar adiestramiento en servicio, principalmente de aquellas parteras que viven en zonas que no cuentan con servicios de ninguna clase.

Realmente las parteras realizan una labor muy importante y humanitaria. Ellas mejor que nadie conocen las enfermedades, la desesperación y la pobreza de su pueblo, por lo tanto con lo poco o mucho de sus conocimientos trata de ayudar a su gente.

Así que en nuestras manos está el colaborar a incrementar el nivel de vida de las zonas más desprotegidas. Como?, realizando un servicio social a este nivel, interviniendo en la capacitación, adiestramiento y asesoría del personal voluntario de la población dispersa. (auxiliares de salud y parteras tradicionales).

El personal en formación, en la misma medida que vean hecho realidad éstos propósitos y que tenga una participación activa con ellos, obtendrá de su servicio social una rica experiencia que podrá influir a la integridad de su formación y a fijar el alto concepto de la atención materno-infantil; y sobre todo contribuir a disminuir la morbi-mortalidad de dicha población en el país.

## INDICE

1.	Atención del parto en México Antiguo	2
	1.1 Etapa prehispánica	2
	1.2 Etapa colonial	13
2.	Atención de parto en México Contemporáneo	19
3.	Atención del parto actual	22
	3.1 Atención de parto en medio rural y hospitalario	25
4.	Indicadores de salud	28
	4.1 Antecedentes históricos de Jacala	28
	4.2 Hechos sobresalientes	29
	4.3 Geografía	29
	4.4 Topografía	29
	4.5 Límites Políticos	29
	4.6 Clima	30
	4.7 Flora	30
	4.8 Fauna	30
	4.9 Actividades productivas de la zona	31
5.	Datos demográficos	31
	5.1 Morbi-mortalidad	31
6.	Recursos humanos en el módulo para la atención de S.	34
7.	Importancia de la partera actual	37
8.	Capacitación	39
9.	Herbolaria (plantas medicinales utilizadas por las parteras)	43
10.	Resultados	52

## INDICE

11.	Conclusiones	64
	11.1 Replanteamiento del problema	64
	11.2 Conclusiones	64
	11.3 Alternativas de solución	70
12.	Glosario	72
13.	Anexos	75
14.	Referencias bibliográficas	79

## INDICE DE CUADROS

		Pag.
Cuadro No. I	Edad de las parteras tradicionales de los módulos de Jacala y la Misión 1992.	54
Cuadro No. II	Tiempo que llevan las parteras tradicionales de los módulos de Jacala y la Misión; ejerciendo dicha profesión. 1992	54
Cuadro No. III	Partos que han atendido las parteras tradicionales de los módulos de Jacala y la Misión. 1992	55
Cuadro No. IV	Partos que atienden las parteras tradicionales de los módulos de Jacala y la Misión; durante un mes. 1992.	55
Cuadro No. V	Instituciones que intervienen en la enseñanza de las parteras tradicionales de los módulos de Jacala y la Misión. 1992	56
Cuadro No. VI	Cursos de capacitación que han recibido las parteras tradicionales de los módulos de Jacala y la Misión. 1992	56
Cuadro No. VII	Lugar en donde las parteras tradicionales de los módulos de Jacala y la Misión atienden sus usuarias durante el trabajo de parto. 1992	57

Cuadro No. VIII	Actividades que realizan o indican las parteras tradicionales de los módulos de Jacala y la Misión, a las parturientas antes del parto. 1992	57
Cuadro No. IX	Indicación de medicamentos o remedios por parteras tradicionales de los módulos de Jacala y la Misión. 1992	58
Cuadro No. X	Lugar en donde las parteras tradicionales de los módulos de Jacala y la Misión colocan a la paciente para la atención del parto. 1992.	58
Cuadro No. XI	Posición más usual para la atención de parto en los módulos de Jacala y la Misión por parteras tradicionales. 1992.	59
Cuadro No. XII	Actividades que realizan las parteras tradicionales de los módulos de Jacala y la Misión. 1992.	59
Cuadro No. XIII	Instrumento que utiliza la partera tradicional de los módulos de Jacala y la Misión para el corte del cordón umbilical. 1992.	60
Cuadro comparativo No. I	Actividades que realizan las parteras tradicionales capacitadas y NO capacitadas de los módulos de Jacala y la Misión. 1992	61



## JUSTIFICACION

El grupo materno-infantil constituye el más numeroso dentro de la población general, en lo que a salud se refiere, el más importante y sobre el se deben concentrar las acciones preventivas.

Por la cuantía del riesgo de enfermar y morir que corre la madre y el niño y por la magnitud del daño que en estos grupos provocan las diferentes patologías, deben ser considerados los grupos más vulnerables de la población.

En el sector rural, un porcentaje muy bajo de embarazadas reciben vigilancia prenatal y atención del parto institucionalmente, determinado por la insuficiencia de los servicios sanitarios, los problemas de accesibilidad a ellos y un hábito cultural ya arraigado que tiende a subestimar la importancia de la atención profesional en esta etapa.

Es habitual encontrar en estas comunidades, que la vigilancia del embarazo y la atención del parto es realizada frecuentemente por empíricas y en otros casos solamente con el auxilio familiar.

Desde tiempos muy antiguos la partera ha tenido gran trascendencia en la evolución de la Obstetricia. Era ella quien proporcionaba los cuidados de la madre e hijo durante el embarazo, parto y puerperio, como estas actividades las han realizado siempre; con ello han adquirido ciertas habilidades especiales y gran reputación en esta profesión, la cual es un oficio de gran responsabilidad, ya que está en juego la vida del binomio.

Por lo cual la pasante de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, pretende compartir esa responsabilidad con las parteras rurales y una manera para hacerlo, es participar en la capacitación y adiestramiento, con la finalidad de que las matronas desempeñen su trabajo en la mejor forma posible en su localidad.

Desde el seminario de tesis se tuvo la inquietud por realizar una investigación de este tipo y la oportunidad se presentó en el Estado de Hidalgo, específicamente en Jacala; lugar en que la pasante realizó el servicio social y participó en un curso precisamente dirigido a las parteras rurales y con esto se definió aún más el interés sobre el proyecto, ya que se convivió durante dos semanas con ellas, se conocen sus costumbres en relación a la atención del parto. Y el problema se definió de la siguiente manera: repercusión de la capacitación formal de las parteras tradicionales en la atención de parto en Jacala y la Misión.

La realización de este estudio se sustenta en el siguiente argumento.

En la muerte materna y perinatal.

- La muerte materna, se define como la muerte de la madre durante el trabajo de parto y el primer año posterior al parto o aborto.
- Muerte perinatal, se define como el parto de producto muerto, de muerte del neonato entre la semana 28 de embarazo y 7 días después del nacimiento.

En el Estado de Hidalgo, las afecciones originadas en el período perinatal ocupan el primer lugar en mortalidad.

La mortalidad perinatal aumenta en mujeres de nivel socioeconómico bajo, de 30 años ó más de edad, en el cuarto o más embarazos, en embarazos múltiples y de prematuros.

También contribuyen a esta padecimientos tales como: anomalías congénitas, enfermedades placentarias, como desprendimiento prematuro, hipoxia.

El desarrollo del estudio de éste fenómeno propició utilidad:

- a) SECRETARIA DE SALUD. Valora que tan objetivo son los cursos de capacitación que dirigen a las parteras.
- b) A LA PASANTE DE LA ENEO. La integración de tesis recepcional posterior al trabajo de investigación, mayor experiencia en el campo de la Obstetricia, reforzamiento de actividades de docencia e investigación.

## OBJETIVOS

1. Conocer si las parteras tradicionales que reciben cursos de capacitación modifican sus conocimientos técnicos.
2. Presenciar mínimo un parto atendido por cada una de las parteras tradicionales. Seleccionadas para el estudio.
3. Comparar la atención brindada por parteras tradicionales capacitadas y no capacitadas.
4. Conocer el porcentaje de parteras que han recibido cursos de capacitación.
5. Plantear alternativas de solución que contribuyan a mejorar la calidad de atención materno-infantil que proporcionan las parteras de Zimapan.

## MARCO TEORICO

## 1. ATENCION DEL PARTO EN MEXICO ANTIGUO

Para iniciar este trabajo, nos remontaremos a la Historia, para saber que costumbres tenían las parteras para atender a la embarazada en el momento del parto y así tenemos que las prácticas obstétricas y las costumbres de los pueblos del México precolombino desde el momento que un nuevo ser daba señales de vida en el vientre de la madre, hasta que expulsado de su primitivo asilo entraba en el régimen común de los de su especie, es asunto de interés científico pero desgraciadamente poco o nada tratado por los historiadores y cronistas primitivos.

Por fortuna para el etnólogo e historiador, las supervivencias de esas antiguas costumbres son de las pocas que aún se conservan entre indios, casi en su originalidad primitiva, y si bien es cierto que el imponerse a fondo de ellas es empresa rayana en lo imposible, por la natural desconfianza que el llamado de razón inspira al indio en los actos de su víctima, no lo es menos que tenaces y diligentes observadores, han logrado decorrer en algo este tupido velo que cubre aún las costumbres de los descendientes de los pobladores del México prehispánico.

### 1.1 ETAPA PRESHIPANICA

De las culturas más conocidas y estudiadas del México antiguo, son las llamadas Mexicanas o Nahuas y Mayas; de la primera se sabe, que apenas la mujer se sentía embarazada y lo hacia saber a su familia, se le brindaban los mejores cuidados y se practicaban con ella ciertas ceremonias religiosas, donde se reunían las personas más importantes de la familia para dar consejos a la preñada. (1)

Los consejos o mandamientos que daba la partera (ticitl) a la embarazada eran que no se mantuviera mucho tiempo cerca del fuego, y evitara calentar su barriga y la espalda, ni tampoco al sol, porque si lo hacía se tostaría la criatura, que no durmiera entre el día, si lo hacía el niño nacería con malformaciones en la cara, que no comiera chicle, pues el niño nacería con paladar duro o adormecido y en este estado no podría mamar y moriría de hambre. Le aconsejaba también no enojarse, no asustarse o recibir impresiones fuertes, puesto que por todo ello corría peligro de abortar. Ordenaba a los de la familia le concedieran todo lo que la embarazada les pidiera, sobre todo lo que se le antojara, de no hacerlo así recibiría la mujer y su engendro gran daño. Advertía a la mujer que en los tres primeros meses del embarazo no cohabitara con su marido, pues faltando a esto la criatura nacería enferma y de pocas fuerzas.

(1) León Nicolas "La Obstetricia en México" pp.3-4

Cercano el tiempo del parto prohibía todo acto carnal, para que no se dificultará y también para que el feto no viera aquello y después de nacido lo narrara. En estos últimos tres meses los cuidados corrían a cargo de la partera, le administraba cierto número de baños de vapor, en Temazcalli. La partera preparaba el baño de Temazcalli y cuando estaba listo se metía a él con la embarazada; allí la reconocía palpándole el vientre y arreglándole el feto, si es que estaba mal colocado. Parece que este reconocimiento y arreglo del feto continuaba practicándose de tiempo en tiempo fuera del baño; y de verdad llama la atención tal práctica que no es otra cosa que el diagnóstico por palpación y la versión por maniobras externas. Cuando hacían tal reconocimiento fuera del baño se llamaba "palpar a secas".

Al acercarse la fecha probable del parto, y con anticipación de cuatro o cinco días, se iba la partera a vivir a la casa de la embarazada y le servía la comida a la misma. Al iniciarse el parto lavaba a la embarazada, jabonaba los cabellos, arreglaba una sala o recámara donde había de parir, y si la parturienta era mujer principal la acompañaban dos o tres parteras.

Al formalizarse el trabajo del parto o sea al arreciarse los dolores (período de dilatación) le daban un baño, y después de él, en tiempo y caso oportuno, le hacían que bebiera la raíz molida con agua de una planta llamada chilmapatli que gozaba de la propiedad de empujar (empujar) al feto hacía afuera.

Si esta medicina no bastaba para provocar fuertes y útiles contracciones se le administraba en polvo, tanto como medio dedo de la cola de Tlacuatzin (didelphis californica) que también tenía propiedad y la facultad de empujar.

Ocurre luego investigar cual sería la actitud en la cuál se efectuaba el parto; más hasta ahora no se conoce documento alguno escrito que claramente lo exprese. Los monumentos arqueológicos y los códices geroglíficos algo nos enseñan tocante a ello.

La diosa Ixcuina protectora de las parturientas. Esta ella sentada en trabajo de parto, y en su última etapa. En cunclillada, tiene las manos apoyadas en los glúteos con los dedos entre la vulva y con un supremo esfuerzo ayuda a la expulsión del tronco del feto que tiene fuera las manos y la cabeza.

La ejecución de esta estatua es admirable por la verdad a la que en toda ella se retrata, la cabeza echada hacia atrás, las facciones contraídas y la boca ampliamente abierta por un rictus dolorosamente expresivo.

Todo su cuerpo encogido por un esfuerzo salvaje, las rodillas separadas y pegadas al tórax y los brazos apoyados sobre las nalgas, las facetas supra e infra claviculares bien tensas, indican todo lo terrible de la expulsión del engendro. (Fig. 1).

Tal vez ésta debe haber sido la postura típica para el parto, entre los nahuas.

Pasada la expulsión fetal, otra debe haber sido la actitud adoptada para la descarga y al crearlo así nos autoriza el "Códice Natall". La mujer que acaba de arrojar la placenta descansa sobre su pierna derecha, con el muslo de la cual ha comprimido el abdomen y por ende el útero, para facilitar la expulsión de una placenta voluminosa. Otra enseñanza tenemos de esta figura y es que la sección del cordón umbilical se ejecutaba hasta después de la expulsión de la placenta.

A la hora del parto los Nahuas la llamaban "La hora de la muerte". De antemano se preparaba la ropa del recién nacido, tanto aquella que se necesitara en el momento del parto como después del mismo.

Nacida la criatura, la partera daba voces como las que pelean y esto significaba que la paciente había vencido varonilmente, y que había cautivado un niño.

El cordón umbilical de la niña era enterrado como señal de que la infante no saldría de casa. Su oficio había de ser hilar y tejer.

El cordón umbilical del varón lo guardaba cuidadosamente la partera para entregarlo a los guerreros que salían a pelear, para que lo enterraran en el campo de batalla, significando con ésto de que era ofrecido y prometido al sol y la tierra. (2)

Si el parto era de gemelos (coates) se tenía como de mal agüero, pues alguno de los padres tenía que morir, y para evitar ésto, mataban a uno de los recién nacidos; después del parto la mujer se consideraba impura cuatro días.

Si por alguna circunstancia la expulsión espontánea de la placenta no se verificaba, fumigaban la vulva de la recién parida con hojas de ahuehuatl (taxodium) y hacían beber a ésta un cocimiento de Tiilzochilt (vainilla con pimienta) o polvos de la hierba llamada Tlalquezatl. Dejaban como último recurso la extracción manual que ejecutaba la partera.

Durante el puerperio hacían que bebiera cocimientos de hierbas, para calmar los entuertos les daban a tomar la yerba de Tozancuitlaxioli (ventancourt).

(2) León Nicolás Op.cit. pp. 12-25



Fig. 1. Diosa IXCUINA en trabajo de parto  
(Artes de México, 1958 p.1)



Hasta aquí hemos hablado del parto eutócico y en el distócico se hacía lo siguiente: si después de haber bebido la parturienta los brebajes señalados, no paría, la partera y los que estaban con ella tomaban conjeturas de que había que morir la que estaba en trabajo de parto y comenzaban a llorar, y la partera a decir "hijos míos e hijas, que es la voluntad de nuestro señor que nos ha de acontecer ahora, muy peligroso está este negocio, roguemos a nuestro señor que está en todo lugar, que ninguna cosa nos suceda". A continuación hacían poner en pie a la parturienta, la tomaba por la cabeza y la sacudía fuertemente y la golpeaba en la espalda con las manos, y en la cintura y nalgas con las rodillas y aún con los pies diciéndole así: "Hija mía esfuerzate, que te haremos, no sabemos ya que hacerte aquí están presentes tus padres y parientes, mira que tú sola has de hacer este negocio, has fuerzas con el caño de la madre para que salga la criatura. Si por ventura se había puesto de lado o atravesado, todo esto no podía parir, luego ponían a la paciente en una cámara cerrada, con sólo la partera que estaba con ella y allí la partera oraba y decía muchas oraciones. La partera que era hábil y bien diestra en su oficio, cuando veía que la criatura estaba muerta dentro de su madre porque no se movía, y la paciente estaba con gran pena, metía la mano por la degeneración a la parturienta y con una navaja de piedra, cortaba el cuerpo de la criatura y lo sacaba a pedazos. (Sahagún). (3)

No siempre le era dado a la partera proceder de este modo, en estas terribles circunstancias, y entonces, al decir de Sahagún, acontecía esto: si por ventura los padres de la paciente no permitían a la partera que despedazara a la criatura, la partera cerraba muy bien la puerta de la cámara donde estaba, y la dejaba sola, y si ésta moría de parto la llamaban "Mocioatque" que quiere decir "mujer valiente". Después de muerta le lavaban todo el cuerpo y le jabonaban el cabello y la cabeza y la vestían con vestiduras nuevas y buenas que tenía, y para llevarla a enterrar, su marido la llevaba a cuestras donde la había de sepultar.

Las parteras en aquel tiempo tenían en los partos muchas supersticiones; invocaban al fuego para que naciera la criatura.

En un documento del Dr. Jacinto de la Serna nos dice:

Que las parteras tienen también sus ceremonias con el fuego, pues antes de que nazca la criatura, hacen junto al fuego una cama de pajas y sobre ellos ponen a parir a la preñada y no la quitan de allí hasta que la parturienta tiene a su producto y al nacer ésta la pasan por el fuego; lo cual significa el bautizo y luego le lavan la cabeza cuatro veces.

(3) León Nicolás. Op.cit. p. 35

Si la criatura fue niña le traen los malacates o instrumentos de tejer para que salga gran hiladera o tejedora.

Como resúmen, anotaremos las costumbres de la etapa prehispánica en cuanto a la atención del parto.

- Ponen a parir a la paciente por lo común, arrodillada y asida de una cuerda pendiente del techo de la habitación; suelen sostenerla de las arcas los tenedores o algunas mujeres que son como ayudantes de las parteras.
- La palpación abdominal y aún su masaje lo usan dizque para "componer a las criaturas", pero en realidad es una práctica rutinaria, pues están muy lejos de tener la pericia de sus antepasados precolombinos, en ésta práctica.
- En el parto formalizado ponen a la mujer sobre el mesogastrio un atado de lienzos viejos que llaman muñeco y lo sostienen con una faja ancha bien ceñida. Dicen que sirven para que la paciente pueda hacer fuerzas. Fig. 2
- Si el parto se prolonga hacen que la mujer se ponga de pie y que uno de los tenedores la sacuda fuerte y bruscamente para que se despegue el feto o se le desencaje el antojo. Y si esto no basta dicen que se atravesó la criatura y entonces mantean a la parturienta. Otras veces asegura la partera que la paciente es floja y no quiere ayudar, y para obligarla hacen que el marido o alguno de los tenedores le aplique con una sogá algunos golpes fuertes.
- Otras veces la ponen en cuncillas o arrodillada en una pierna y la otra semidoblada. Esta actitud suele dar buenos resultados cuando hay inclinación fetal.

Todo lo antes dicho se practicaba después de haber administrado los bebedizos siguientes:

- . Cocimiento de cola de Tlacuatzin
- . Chocolate con pimienta
- . Cocimiento de cihuapatli
- . Fumigaciones vulvares y vapores de cocimiento de ruda
- El cordón umbilical lo cortan con las manos, un fragmento de obsidiana o un pedazo de oate, nunca con cuchillo pues el metal es frío y hace daño al niño; por esta misma consideración deben ligarlo con hilo de color negro.

Mientras la placenta no es expulsada la atan con un cordón a uno de los muslos, pues de no ser así se le subirá y no saldrá de la matriz. (4)

(4) León Nicolás Op.cit. pp.40-65



Fig. 2. La ayudante de la empírica tira de lienzo o muñeco colocado a nivel del fondo uterino en cada contracción uterina para ayudar al descenso de la presentación fetal. (Obra citada: León Nicolás p. 134).

## LA FAMILIA MAYA

Para la atención del parto acudían a las hechiceras, las cuales le hacían creer de sus mentiras y les ponían un ídolo debajo de sus camas (diosas de hacer las criaturas).

Estas parteras al parecer tomaban directa participación en este asunto y cuando se presentaba alguna complicación llamaban a indios hechiceros los cuales aseguraban que la mujer no podría parir porque había cometido algún pecado y la obligaban a confesarlo.

Al referir el cronista, el lugar donde colocaban a la diosa Ixchel es de creerse que el parto se verificaría sobre un mueble un poco o mucho elevado del suelo; la actitud de la paciente en el mismo, es difícil imaginarla. Los mayas utilizaban yerbas especiales para el parto. Lo demuestra la relación de Valladolid que dice: "Y otras muchas yerbas de que es presunción los indios usan para hacer parir y muchos para matar".

Entre los tarascos se sospecha que el parto era atendido en posición acostada sobre su dorso y así lo demuestra un monumento arqueológico; del cual llama la atención por supuesto la posición de la figura, su vulva bastante abierta, el abultamiento perineal y la colocación de los miembros inferiores. Yace esta figura sobre una tarima, más bien que sobre un lecho elevado.

Llegándose el momento del parto, se presenta la partera con sus ayudantes femeninas. Ella y éstas preparan el lugar donde se va a efectuar el parto. Los indios tarascos no usan cama sino en el pavimento de sus habitaciones ponen esferas y se cubren con sus vestidos constituyendo éstos el lecho. En dirección a la mitad de esa esfera cuelgan del lecho de la choza una fuerte sogas que en su extremidad inferior tiene varios nudos de distancia en distancia y termina de un pequeño travesaño de madera. Tal cosa así arreglada es el mencionado puesto.

Arreglado lo entredicho la partera procede a preparar la faja y el muñeco; éste es una compresa plegada hasta consistir una pequeña almohada y aquella una grande y ancha tira del lienzo.

Coloca el muñeco sobre el hueco epigástrico de la parturienta, luego lo ciñe fuertemente con la faja.

Entre tanto que no se acentúan los dolores fuertes, obligan a la india a que camine incesantemente; cuando los dolores arrecian, la mandan a que se arrodille en el

puesto y con las dos manos se sostiene de la soga apoyándose en los nudos o en el travesaño.

Los tenedores ejercen su oficio colocándose una a la espalda en cunclillas, y con sus dos manos apoya y oprime la criatura o vientre de la parturienta mientras que la otra, de pie, sostiene por los codos, la cabeza o por las sienas.

La partera se coloca sentada frente a la enferma y con ambas manos le frota el vientre o se lo comprime, favoreciendo así los dolores o la expulsión del feto. Nunca hace tacto vaginal, todo es manipulación externa.

En los momentos de la expulsión la mujer abre lo más que puede sus piernas, echa para atrás o para adelante su cuerpo, según la partera se lo mande y aún llega hasta sentarse sobre sus talones. La partera entre tanto comprime la vulva y esta lista para recibir el producto. Procede luego la partera a cortar el cordón umbilical con un fragmento de obsidiana, liga la extremidad placentaria con un cordón largo y fuerte.

Al término del tercer período, la recién parida se acuesta, vestida como estaba, en su duro lecho la cubren con mantas o ropa de uso. Reíntera la partera sus atenciones al recién nacido, comenzando por curarle el ombligo con sebo caliente de una bujía y lana prieta, después le forma buen paladar. Para ello le introduce en la boca el dedo índice untado con aceite de olivo y con él le oprime la bóveda palatina.

A continuación le dá masajes en la cabeza, orejas y nariz. Ante todo lo baña con agua casi fría.

El cordón umbilical del primogénito, lo guarda cuidadosamente la partera, pues lo cree dotado con innumerables virtudes medicinales y mágicas.

La placenta no se entierra sino que se pone entre las cenizas y brasas de fogón para que se quemé, pues sólo así quedará libre de padecer entuertos la paciente.

Lo relatado hasta aquí se observa en los partos naturales, más en los difíciles o distócicos otras son las maniobras y cosas que se ejecutan: si ya en el puesto la mujer no puede dar a luz, entonces y en ese momento de los dolores una de las tenedoras la toman de las axilas y la levanta, casi en peso comprimiendo a la vez todo el cuerpo, un sacudimiento como el que se dá a un saco para que se llene perfectamente. En este mismo instante la partera oprime fuertemente con una mano el fondo del útero, e introduciendo la otra, cuando puede en la vagina. Si hay por ejemplo una presentación mixta, se coloca horizontalmente a la paciente, sobre una

frazada, la cual toman por cada una de sus extremidades y ejecutan el clásico manteo.

Si el parto se prolonga, por la resistencia de las partes blandas entonces la partera armada con una lámina cortante o con una larga y cortante uña del pulgar desgarrar la horquilla y el perineo. Todas estas brutales maniobras se ayudan con la ingestión de cocimiento de chocolate con pimienta.

Si todas esas maniobras, manipulaciones y brebajes no dan resultado, dejan sola y abandonada a la mujer para perecer, pues por lo general los indios y clase íntima del pueblo, temen y rechazan al médico y al hospital.

Cuando hay detención de la placenta, para facilitar su expulsión, hacen vomitar a la paciente, administrándole agua tibia con sal o tocándole la ovula, y no es raro ver coronado todo ello con éxito.

Si sobreviene una hemorragia, para retenerla dan a oler lana negra quemada, cebolla picada, humo de tabaco.

Durante el puerperio, por lo general la india no hace cama sino por una a tres horas, aunque se ha visto a otras permanecer acostadas dos a tres días. Durante este tiempo procuran cuidarla escrupulosamente del venteo. (Corrientes de aire) y para este fin la cubren con cuantas ropas pueden, y al hacerlo lo hace bien abrigada de pies a cabeza. No se cambia ropa ni se baña durante la cuarentena, pasado ese tiempo se da baños de vapor en el temazcalli y se lo repite 2 a 3 veces por semana. Cuando no fluye la leche; se pone en los pechos hojas frescas de flor de Pascua.

En tanto que hay loquios, el hombre no cohabita con la india, temeroso que le sobrevenga la enfermedad que le llaman "empacho de mujer". Uno de los cuidados que tienen al recién nacido es asegurarlo contra el mal de ojo; por lo cual le cuelgan al cuello una semilla de ojo de venado, vigila que siempre tenga levantada la mollera, en caso que se le cayera acude con la partera que es quien se la acomoda nuevamente en su lugar. (5)

Entre los indios Otomíes de San Juan del Río (Querétaro). La embarazada conforme avanza su estado, se somete al examen y cuidados de una vieja hechicera, la comadrona del pueblo que con sus encantos misteriosos pronóstica el porvenir, en los más acontecimientos de la vida. Esta vieja horrible, encorvada por los años, con sus cabellos blancos y serdosos, con su tez amarillenta y penetrante, se acerca a

(5) León Nicolás. Op.cit. pp. 66-70

la paciente y después reconoce el volúmen y figura del vientre haciendo a el presiones muy fuertes; lo cual deja muy adolorida a la paciente. Y luego empieza con magia; poniendo un bracero y coloca yerbas aromáticas y arroja un poco de salitre, el cual al fundirse deja ver figuras extrañas y caprichosas. La embarazada queda bajo dominio de las matronas, las cuales no abandonan a sus víctimas sino hasta pasado el parto.

Llega éste y para facilitarlo, se emplean los medios más absurdos de la ignorancia y una costumbre bárbara.

Se obliga a la paciente a ejecutar evoluciones y a tomar brebajes que muchas veces originan trastornos mentales. Entre tanto la vieja comadrona no está ociosa, pone en juego sus encantos y sortilegios, sin olvidar las fundiciones de salitre, sin dejar de observar el vuelo de los pájaros y el ladrido de los perros.

Los indios de Cosamalcapan, Edo. de Veracruz.

A la mujer en trabajo de parto la lanzaban al aire tal parece que el remedio no había producido efecto, las infortunadas parecen medias muertas con los ojos cerrados, los brazos colgantes y la boca contraída, sus cabellos desordenados caen hasta el suelo y tienen la cintura ceñida con una faja que casi la estrangula y sofoca, se dice que sin esta precaución el niño podría subirse hasta el pecho y sofocarla.

De los Tarahumaras dice Lumholtz.

Cuando la mujer siente que se acerca el momento, se retira a un lugar apartado, pues le causa excesiva vergüenza dar a luz en presencia de otras personas. Se ata el ceñidor en la cintura y pare sentada, asiendose de algo más alto, como por ejemplo de la rama de un árbol. Después de que la criatura ha venido al mundo, puede llevarle el marido un jarro de agua caliente para que beba. Abre así mismo un hoyo en el que, luego que él se va entierra ella la placenta poniendo encima algunas piedras para evitar que la saquen los perros.

Corta el cordón con el filo de un carrizo o de un pedazo de obsidiana pero nunca con cuchillo, porque en tal caso el niño resultaría asesino y no sería curandero. Por lo general la madre permanece acostada el día que dió a luz, pero desde la mañana siguiente trabaja como de costumbre, cual si nada le hubiere sucedido. En cambio su marido no hace la menor cosa durante tres días, porque piensa que se rompería el hacha, se le caerían los cuernos a su buey o se fracturaría una pierna. Al tercer día toma éste un baño.

El curandero le hace al recién nacido una ceremonia con fuego en olote, le rocía con agua en la cabeza y otras partes del ombligo y se lo cura. A cambio de todo esto le dan maíz, frijol.

Según Hardlick las mujeres de Sonora, para parir se arrodillan o se agachan con sus piernas separadas, le atienden sus parientes, una mujer y algunas veces un hombre y un muchacho pueden estar allí pues no se consideran ellos que éste acontecimiento requiera de secreto. Se faja un rebozo en el vientre y se aprieta.

Durante los dolores una mujer toma a la paciente por la cadera y la sacude fuertemente por detrás; esto se repite de tiempo en tiempo hasta que nace el infante. Frecuentemente dos mujeres una de cada lado alternativamente oprimen sobre el fondo de la matriz. El cordón se anuda y corta. La placenta y anexos en muchos casos se atan al muslo, temerosas a que asciendan. (6)

La educación médica se propagó y los profesionistas de ambos sexos fueron solicitados para estos casos. Esta evolución se aprecia tan solo en las ciudades y pueblos de importancia, pues en los restantes aún subsisten las costumbres coloniales, mezcladas en su supervivencia indias.

## 1.2. EPOCA COLONIAL

Una mezcla de supersticiones cristianas e indias vemos usadas con el recién nacido, tanto en la época colonial como en la presente, lo mismo en la clase elevada, como en la media de los llamados criollos y mestizos.

La estampa nos muestra como quedaba y asistía a una mujer de la clase media en México, a principios del siglo XIX, después del parto. Todo era gran abrigo, poca luz y casi ningún aire. La mascada negra en la cabeza era adminículo indispensable y se usaba desde que el parto se iniciaba.

En obra como la Quijotita, detalla mejor estas preocupaciones y costumbres con sus funestas consecuencias.

Cuando daban a luz buscaban nodrizas; pues eran de alta clase.

A mediados del siglo XIX, cuando la mujer se creía de parto, la primer providencia de la familia era llamar a la partera vulgar y a sus ayudantes y tenedoras.

(6) León Nicolás Op. cit. pp. 81-90



Estas además de arreglar la alcoba de la enferma, sus ropas, su cama, santos abogados para el parto, velas benditas, medallas y escapularios, preparaban la famosa silla para el parto. Este era un fuerte sillón de brazo con el asiento perforado y todo forrado con cuero acolchonado, mueble por lo común propiedad de la partera y que llevaba de casa en casa para aquel lance. (Fig. 3) (3 bis)

Apenas los dolores arreciaban colocaba la partera sobre el epigástrico de la paciente el ya descrito muñeco y cubría la cabeza de la misma con una mascada de seda negra arreglándosela.

En tanto que los dolores de dilatación no se acentuaban, la paciente estaba de pie, acostada o paseándose por su recámara. Cuando aumentan en intensidad la sentaban en la silla de parir, colocándose la partera sentada y enfrente de la paciente y las tenedoras a los lados.

En tal actitud se verificaba el parto y la expulsión de la placenta. Guardaba dieta y la cuarentena. Al recién nacido lo bañaba con agua bien caliente y le daba chupón con agua azucarada mientras a su madre le bajaba la leche. Y posteriormente lo bautizaban haciendo un gran festín. (7)

En cada S. se descubren muchas cosas y en uno de ellos hubo uno en que se descubrió que para parir era necesario una partera; por consiguiente la partera es hija de esa civilización progresiva que no conocieron Adán y Eva.

Si averiguamos el cómo y porqué comienzan las parteras su extraña profesión, vendremos a encontrar que la Obstericia es un recurso de la viudez, en las mujeres de mediana edad, que después de 20 años de casada no logran tener un hijo o que al tenerlos se murieron.

Las parteras se hacen esperar como ministros de hacienda. Aunque la misión de ellas es altamente humanitaria, es una misión que no puede llenarse sino de las comodidades posibles.

Cuando llega el momento del parto, no hay nada de ceremonias, ni cumplimientos, las parteras de entonces eran reinas y señoras de vidas y haciendas; les pagaban sus servicios con onzas de oro. Había la superstición del uso de la llamada rosa de jerico, cuando comienza el parto, la colocan dentro de una vasija con agua y dicen; que a proporción que ella vaya habriendo sus ramas, así también los organos sexuales de la mujer se irán ampliando y cuando aquellas estén en completa expansión, se verificará el parto.

(7) León Nicolas Op. cit. pp. 94-102

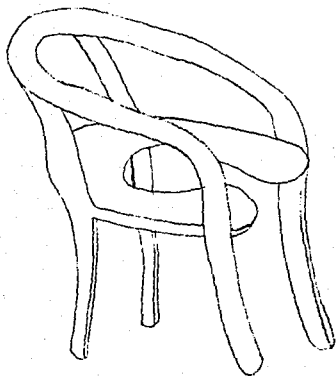


Fig. 3 Silla de partos utilizada en el siglo XIX por las parteras empíricas de nuestro país. (Obra citada p. 108).



Fig. 3 bis. La partera empírica cuarándole el ombligo al recién nacido, observese al fondo la silla de partos. (Obra citada: p. 131).

En la obra del Dr. Erquitum, menciona las costumbres populares Obstetriciales de México, casi al terminar el Siglo XIX.

- La postura arrodillada y particularmente suspendida se ve entre los indios y la clase baja del pueblo mexicano, en los alrededores de San Luis Potosí.

El parto se verificaba de la siguiente manera: un poste de cinco a seis metros de largo por 15 cm de diámetro, se coloca apoyado por una de sus extremidades al muro de la habitación o en las extremidades del lecho en tanto que la otra descansa en el pavimento formando él un ángulo de 45° C, en él se fija una cuerda terminada por un nudo.

La paciente se arrodilla sobre un lienzo especial, formada con una zalea de borrego, cubierta con sabana de manta. En la cabeza del lecho se coloca una almohada, sobre la cual coloca la cabeza cuando se acuesta, después del parto. Este se efectúa de rodillas, abrazándose ella de un lazo, amarrado al mencionado poste.

Dos ayudantes se encargan de las maniobras, la partera más vieja de entre ellas y la más experimentada, se arrodilla delante de la paciente; su papel se limita a manipular sobre el útero, comprimiéndolo, friccionándolo y de cuando en cuando introduciendo su mano a la vulva.

La tenedora más joven, encucillada y colocada hacia atrás oprime con sus rodillas los cuadriles de la paciente, cruza sus manos sobre el estómago de la misma y ejerce así una fuerte presión en tanto que su compañera practica el masaje.

La tenedora juega un papel más importante en los casos difíciles; cuando el trabajo languidece o se retiene la placenta, entonces levanta en sus brazos a la parturienta y la sacude como si fuera un saco y la deja caer bruscamente, vuelve después a atraparla haciendo se produzca un choque y una compresión brusca sobre el abdómen.

Después del parto le vendan el abdómen con un lienzo fuertemente apretado.

Con tales procedimientos las desviaciones uterinas son bastante frecuentes.

En otros lugares el mismo autor dice:

"Las indias mexicanas paren siempre arrodilladas, en el intervalo de los dolores, descansan apoyando las nalgas sobre los talones. Fig. 4

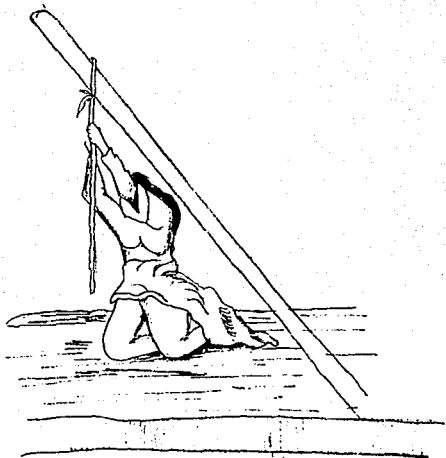


Fig. 4. "Las indias Mexicanas paren siempre de rodillas", tirando de la cuerda en cada contracción uterina y descansando los glúteos sobre los talones en los intervalos de las contracciones. (Obra citada: p. 135).

En Puebla cuando la descarga es un poco tardía, se administra a la mujer una taza de agua de jabón que la hace vomitar y pronto se expulsa la placenta.

El Dr. Tilton un caso de intento de alumbramiento artificial por una partera mexicana, el cual representa uno de los métodos más brutales conocidos.

Le suministra a la enferma un 1/2 litro de habas crudas, pensando probablemente que ellas se hincharán y ejercieran así una presión intra-abdominal sobre el útero y determinaría la expulsión de la placenta; lo que pretendía sofocarla para provocar la descarga.

Finalmente, se le había colocado sobre las rodillas de su marido, el cual abrazándole el talle le comprimía fuertemente el abdomen. (8)

El parto difícil se origina ordinariamente de las siguientes causas:

- Copia de sangre
- Abundancia de movimientos del vientre.
- Estrechez de la vulva
- Posición transversa, débil o muerta.
- Sequedades de los vasos, durezas, tensiones, inflamación y temblores convulsivos, resultan de las complexiones resacas, de hacer pujar sin tiempo a las preñadas y los medicamentos calientes e impetuosos que les prescriben.

## 2. ATENCION DEL PARTO EN MEXICO CONTEMPORANEO.

Refiriéndose al Dr. Villanueva.

Por los últimos años del siglo XIX se observaba en la edad de Puebla, en relación a la atención de parto, se cuenta lo siguiente:

La postura que le obligan a la paciente adoptar durante el parto y a los inconvenientes y peligros que de ella pueden resultar.

La posición que se da a la mujer durante el parto no es indiferente a sus resultados; tiene una influencia manifiesta sobre su marcha y sobre sus consecuencias; por cuya razón las naciones han adoptado, según su índole y civilización. En tal concepto llama la atención que en nuestra sociedad subsista una costumbre que es causa de grandes inconvenientes.

(8) León Nicolás. Op. cit. pp. 119-127

Por ejemplo se tiene la posición en la silla. Sobre ella se coloca a la parturienta hasta el fin del trabajo; y la postura que sobre ella guarda para parir, no puede ser ni más falsa, ni más inconveniente, ni más peligrosa, a esto llaman "Parir sentada"; Fig. 5.

Otras veces se arrodilla a la mujer sobre una esfera, en cuya posición hay mas incomodidades y mayores sufrimientos y ésto se le llama "Parir hincada". Y sólo en pocos casos, se ve que las mujeres toman para este acto supremo, la única posición aceptable por ser la sola racional, la posición horizontal, y de ésta se dice que "Paren acostadas". Es decir que existen en uso tres posiciones diferentes, la primera consiste en que desde el momento en que comienza el trabajo, se coloque la mujer arrodillada, sobre un petate e inclinado luego hacia atrás, se apoya sobre los talones una mujer que se llama tenedora, se coloca a su espalda y le pasa los brazos bajo las axilas, apoyando ambas manos sobre la región epigástrica.

La segunda se confunde casi con la primera, pues la sola diferencia consiste en que se sienta la paciente sobre una silla sin respaldo y sin fondo o mejor dicho escotado el fondo, de manera que las partes sexuales queden libres, pudiéndose apoyar con los pies sobre el suelo; la posición de la tenedora, es la misma en este caso que en el anterior. La dirección del trabajo y cuidados que pudiera demandar dependen mucho del saber, inteligencia y aptitud de la partera.

La tercera posición difiere por completo de las otras dos, pues en ella toma la paciente el decúbito supino, aproximándose a la posición clásica de los parteros franceses. La partera en estos casos está subordinada casi siempre a la dirección de un cirujano.

Los partos que se verifican en la primera posición, son los más numerosos, en cuanto que a ellas son tributarias las mujeres de los artesanos, industriales, domésticos y toda la parte pobre de nuestra sociedad.

Todas ellas son atendidas por parteras completamente ignorantes y torpes, que desconocen de una manera absoluta el papel que representan y sin embargo es la parte de la sociedad que necesita precisamente toda nuestra consideración, si atendemos a que en ella la mujer se acerca a la hora de su parto, destruida por las fatigas, consumida por las privaciones y con demanda a reanudar cuanto antes su vida de sufrimientos y trabajos por lo tanto hay un aumento de morbi-mortalidad materno-infantil.



Fig. 5. Posición de la embarazada en la silla de partos para la expulsión del producto y la placenta (Obra citada: p. 136).



En la segunda posición se verifican los partos de las mujeres, que por su posición social, reclaman para aquel trance, la asistencia de otra clase de parteras, que no menos ignorantes que las otras tienen sin embargo, la pretensión de poseer los conocimientos suficientes para el desempeño de su profesión. Las enfermas de esta serie, sin estar rodeadas de todas las condiciones higiénicas que reclaman su estado, agregan a los inconvenientes de esta silla, la intervención no menos funesta de sus comadronas; pues que éstas, tan audaces como torpes, desdeñan con frecuencia llamar en su auxilio a un cirujano, resolviendo las dificultades que encuentran, con perjuicio manifiesto e irreparable de la salud y aún de la vida de la madre y del hijo.

Para la última postura, nos queda sólo los partos que ocurren en algunas familias, que con menos preocupaciones y conocedoras de sus verdaderos intereses, saben encomendar en manos de médicos inteligentes, la dirección del acto tan delicado e importante, reservado a la matrona el único papel que puede desempeñar. Estas personas eligen, como hemos dicho, para su parto, la posición horizontal.

En la edad de México se usaron y acostumbraron, con relación al embarazo, parto y sus consecuencias, desde la época colonial, subsistiendo la mayor parte de ellas en la actualidad, varias prácticas piadosas que envuelven mucho de superstición. (9).

### 3. ATENCION DEL PARTO ACTUAL

#### 3.1. Anatomía y Fisiología del parto.

Para poder hablar de parto fisiológico; es decir de un parto normal; el cual se conoce como la terminación natural del embarazo, (10), es necesario abordar la Anatomía y la Fisiología de los órganos (útero) que intervienen directamente en el suceso. Para entender las reacciones que este órgano tiene antes y durante el trabajo de parto, así como los mecanismos de acción de las plantas medicinales que con frecuencia son utilizadas por las parteras de las comunidades para la resolución más favorable de este evento.

#### UTERO.

El útero es el órgano donde se efectúa la menstruación, la implantación del óvulo fecundado, el desarrollo del feto durante el embarazo y el parto; está situado entre la vejiga y el recto y tiene la forma de una pera invertida. Antes del primer embarazo,

(9) León Nicolas. Op. cit. pp. 141-145

(10) Secretaría de Salud. "Manual Técnico No. 12" p. 21

el útero de la mujer adulta mide unos 7.5 cm de longitud, 5 cm de ancho y 1.75 cm de grosor. Las subdivisiones anatómicas del útero incluyen la porción en forma de domo situada por arriba de las trompas uterinas a las que se denomina fondo del útero; la porción central que es la de mayor tamaño y presenta forma ahusada, es el cuerpo del útero, y la porción inferior abierta y estrecha, que comunica con la vagina, es el cervix o cuello uterino. Entre el cuello y el cuerpo se observa una región angosta, de 1 cm de longitud: el istmo del útero. Al interior del útero se le denomina cavidad uterina, y el cuello estrecho canal del cuello uterino (cavidad cervical).

La unión de la cavidad uterina y el canal del cuello uterino, presenta un orificio llamado orificio interno del útero, mientras que el orificio uterino (orificio externo del útero) es el punto en que el cuello comunica con la vagina.

En circunstancias normales, el útero está flexionado entre el cuerpo y el cuello, posición en la que el cuerpo se proyecta en sentido anterior y un poco superior sobre la vejiga urinaria y el cuello lo hace en direcciones inferior y posterior de modo que forma con la vagina un ángulo casi recto.

Diversas estructuras, que son extensiones del perineo parietal o cordones fibromusculares, y a las que se denomina ligamentos, mantienen el útero en su posición. El par de ligamentos anchos del útero son pliegues dobles del perineo parietal que fijan al útero a uno y a otro lado de la cavidad pélvica; los vasos sanguíneos y nervios uterinos perforan estos ligamentos. El par de pliegues recto uterinos (ligamentos uterosacros), que también son extensiones peritoneales, se sitúan a ambos lados del recto y conectan al útero con el sacro, el mesometrio (ligamentos cardinales o cervicales laterales) se extiende por debajo de la base de los ligamentos anchos, entre la pared pélvica, el cuello y la vagina. Estos ligamentos incluyen músculo no estriado (liso), vasos sanguíneos uterinos y nervios; son el principal sostén del útero y evitan su colapso en dirección a la vagina. Los ligamentos redondos del útero son bandas del tejido conectivo dispuestas entre las capas de ligamentos anchos, y se extienden desde un punto del útero situado justo por debajo de las tubas uterinas hasta otros de los genitales externos.

En cuanto a sus características histológicas, el útero consiste de tres capas de tejido. La externa forma parte del peritoneo parietal, se le denomina túnica serosa y en sentido lateral se transforma en el ligamento ancho. En dirección anterior, la serosa se refleja sobre la vejiga y forma la pequeña excavación vesicouterina (fondo de saco vesicouterino) mientras que posteriormente se repliega sobre el recto para dar origen a una gran bolsa. La excavación rectouterina (fondo de saco de Douglas), que es el punto más bajo de la cavidad pélvica. La capa media del útero es el miometrio y le corresponde la mayor parte del grosor de la pared uterina.

Consiste en fibras de músculo no estriado (liso) y es el más grueso en el fondo y más delgada en el cuello.

Las contracciones coordinadas de estas fibras durante el parto facilitan la expulsión del feto en dirección a la vagina.

La capa interna del útero es el endometrio, túnica mucosa compuesta de dos capas principales. La capa funcional, que es la de disposición más interna de la pared del útero, se desprende durante la menstruación, mientras que la capa basal es permanente y da origen a una nueva capa funcional después de la menstruación. El endometrio contiene numerosas glándulas.

La sangre llega al útero por ramas de la arteria iliaca interna a las que se denominan arterias uterinas. Estas últimas emiten las arterias arqueadas, dispuestas circularmente en planos subyacentes a la túnica serosa y que a la vez dan origen a arterias radiales que perforan el miometrio. Poco antes de que ocurra esto último, las arterias radiales se dividen en dos tipos de arteriolas. Las arteriolas rectas terminan en la capa basal, a la que aportan los materiales necesarios para regenerar la capa funcional.

Las arteriolas espirales penetran en la capa funcional, y presenta cambios notables durante el ciclo menstrual. El útero es drenado por las venas uterinas. (11)

## PARTO FISIOLÓGICO

La gestación es el período durante el cual permanece el embrión o feto en el útero, por lo que es sinónimo de embarazo, y en el humano abarca unos 280 días desde el inicio del último período menstrual. El término parto se refiere a la expulsión del producto de la concepción, para lo cual es necesario que ocurra un conjunto de fenómenos. Estos últimos se inician como resultado de una interacción compleja de muchos factores especialmente hormonales. Los músculos uterinos se contraen rítmicamente y con fuerza, poco antes de la expulsión del feto, y las hormonas placentarias ováricas cumplen una función predominante en tales contracciones. Dado que la progesterona inhibe estas últimas, el parto no puede tener lugar, sino hasta que disminuyan los efectos de dicha hormona. Por otra parte la concentración de estrógenos en la sangre materna al término del embarazo es suficiente para inhibir los efectos de la progesterona de modo que tenga lugar el parto. Otra hormona que facilita las contracciones uterinas es la oxitocina secretada por el lóbulo posterior de la hipófisis.

(11) Tórtora J. Gerard. "Principio de Anatomía y Fisiología" pp. 918-921

Las contracciones uterinas tienen lugar en forma de ondas muy parecidas a las peristálticas; se inicia en la parte superior del útero y se desplazan en sentido descendente y su función es la de expulsar al feto. El parto verdadero se inicia cuando los dolores que corresponden a las contracciones uterinas, tienen lugar a intervalos regulares. Las contracciones se intensifican conforme se acortan tales intervalos y otro signo de parto verdadero es el dolor localizado en la espalda, que se incrementa al caminar. La indicación definitiva del parto verdadero es la dilatación del cuello uterino, acompañado de la expulsión del tapón mucosanguinolento, que se acumula en el cuello uterino durante el embarazo. El parto falso incluye dolores abdominales, a intervalos largos e irregulares, que no se intensifican paulatinamente ni se modifican en forma significativa al caminar. En el parto falso tampoco se observa la secreción sanguinolenta ni la dilatación cervical.

El primer período del parto consiste en la dilatación completa del cuello uterino, y durante esta etapa tienen lugar contracciones uterinas regulares, roturas del saco amniótico y dilatación completa (10 cm del cuello). La siguiente etapa del parto, a la que se conoce como segundo período del parto o período de expulsión, se inicia al terminar la dilatación cervical y finaliza con la salida del producto. El tercer período del parto o etapa placentaria (alumbamiento) comienza una vez expulsado el feto y termina con la salida de placenta y membranas (secundinas), fenómeno que tiene lugar unos cuantos minutos después del nacimiento del feto, por virtud de contracciones uterinas intensas que también originan la contricción de los vasos sanguíneos que sufrieron rotura durante el parto, de modo que disminuye la posibilidad de una hemorragia. (12)

### 3.1 ATENCIÓN DEL PARTO EN MEDIO RURAL Y HOSPITALARIO.

Como ya se vio en la Historia, las prácticas obstetriciales eran llevadas a cabo por señoras de las comunidades llamadas *ticitl* que significa: mujer consejera de la desposada, vigilante de la futura madre; atendía el parto y cuidaba al recién nacido. (13).

Actualmente se le conoce como partera, a quién toma decisiones vitales que permiten salvar la vida del binomio madre-hijo, aunque sea en las más precarias situaciones.

Sin embargo, para la atención del parto se cree que lo ideal es siempre realizarlo en el medio hospitalario, ya que en él se dispone de lo necesario para brindar mayor seguridad a la madre y al hijo. Esto va a depender del medio en que se desarrolle el especialista.

(12). Tórtora J. Gerard Op. cit. pp-954-955

(13). Sociedad Médica del Centro Materno-Infantil "General Avila Camacho" p. 1

Por lo tanto en este rubro se hará énfasis en la comparación entre la atención del parto tanto en el medio rural como hospitalario y así tenemos que:

La partera al ingresar su paciente, le infunde confianza y seguridad, es decir la prepara psicológicamente, claro ésto se logra con las visitas que la paciente o la partera le realiza y el ingreso puede ser en casa de la partera o de la paciente; por lo general es en el domicilio de la paciente, allí se está con ella día y noche si es preciso, dándole ánimos y manteniendo comunicación con ella y con sus familiares.

Como ya se mencionó la comadrona habita en la comunidad, sabe como vive su gente, la entiende, la comprende: por tal motivo le tienen mucha confianza.

En cambio en el medio hospitalario, desde que va a ingresar la paciente la despojan de todo, desde sus familias hasta de sus ropas; no permiten que nadie esté con ella, los médicos pocas veces mantienen comunicación con sus pacientes y sus familiares. Entran a un mundo totalmente desconocido en donde el dolor se hace más agudo y no tanto por su naturaleza sino por el hecho de encontrarse solas sin su familia, y allí se están en su cubículo, viendo caras desconocidas tal vez por horas y horas, hasta que el cuello de la matriz se encuentra totalmente dilatado (abierto) y es cuando se dice que el período expulsivo ha comenzado.

Probablemente en ninguna otra especialidad médica la "Anestesia Verbal" sea tan importante como en Obstetricia. Es necesario hablar constantemente a la paciente durante todo el proceso del parto, para infundirle confianza; principalmente a las primigrávidas que experimentan un acontecimiento totalmente nuevo y dramático.

La comunicación activa con la paciente, facilita una rápida respuesta por su parte, cuando es preciso, darle instrucciones durante la expulsión. (14)

En la comunidad como en la sala de expulsión ya se tiene previamente preparado el material y equipo a utilizar en el acto.

En casa de la parturienta escasamente se cuenta con un petate, hule y ropa que la familia ya no utiliza y de instrumentos sólo tijeras e hilo para ligar el cordón umbilical, mientras que en la unidad hospitalaria se cuenta con lo necesario, otra diferencia muy obvia es que la partera permite que la familia este presente en el parto y en el hospital no. En cuanto a la posición utilizada es la ginecológica o de litotomía y en casa de la paciente es la posición que ella elija, que puede ser en cunclillas, arrodillada o acostada.

(14) Niswander M.D. Kenneth R. "Manual de Obstetricia Diagnóstica y tratamiento". p. 324

Considero que es de gran importancia la posición de la embarazada durante el trabajo de parto, tanto para la evolución satisfactoria del mismo, como para el producto.

En la actualidad el número de embarazadas que se manejan en los hospitales es muy grande, por lo que se tiende a mantener a las mujeres encamadas en decúbito dorsal durante el trabajo de parto; esta posición es conveniente para la persona que está atendiendo el parto; más no para el binomio, ya que hay una compresión de la aorta y la cava por el útero grávido, por tal motivo no hay circulación útero-placentaria adecuada, por consiguiente se presentan complicaciones durante el mismo.

Con la posición decúbito lateral, se evita la compresión de la aorta y la cava por el útero grávido, dando como resultado un mayor aporte circulatorio hacia el útero y con ello mantener asegurada la circulación útero-placentaria y que el producto tenga los requerimientos adecuados de oxígeno, energéticos en dicho trance.

La postura de cunclillas es adecuada para el parto. Una paciente que adopta la posición de litotomía, levantada con almohadas y con las piernas flexionadas, esencialmente alcanza la postura mencionada, pero se añade la ventaja de permitir el acceso del médico para ayudar en el parto. (15)

En lo personal utilizaría la posición decúbito lateral o de cuclillas.

Para concluir con este rubro, se mencionarán experiencias que se han adquirido tanto en hospital como en comunidades rurales, con respecto a la revisión de cavidad.

Como ya se mencionó la partera sólo se limita a cortar y a amarrar el cordón umbilical. En el hospital aparte de hacer esta actividad hacen revisión de cavidad.

En prácticas de Obstetricia, decían que tenían que hacer muy bien la revisión de cavidad, aunque las membranas estuvieran íntegras. ¿Por qué?, ¿Era necesario?, ¿Era regla del Hospital? o ¿por rutina?.

Tal vez era rutina, pero como estudiante se tienen que someter a los reglamentos de la Institución.

(15) Mesa Vázquez Mario. "Tesis: Posición de la embarazada durante el trabajo de parto". p.56

Para mí, y probablemente para muchas personas involucradas en esta rama, están en contra de la revisión de cavidad; ya que es una herida sangrante y no hay motivo de agredirla aún más, a menos que sea sumamente necesario.

En las comunidades rurales la partera no realiza dicha actividad y las usuarias y sus hijos aparentemente gozan de buena salud, entonces que es lo que pasa. Nos encontramos en un problema de investigación muy importante.

Ojalá alguien se interese por realizarla y así poder decir con fundamentación científica que no es necesario hacer la revisión de cavidad a las puerperas.

Por último a manera de sugerencia.

- Retomar puntos claves para la atención del parto tanto en comunidad como hospital.

Por ejemplo. Crear un ambiente familiar en las unidades hospitalarias.

Seguir capacitando o adiestrando a las parteras.

Si logramos conjuntar a ambos seguramente se tendrán resultados positivos para el binomio madre-hijo.

La prueba está en que la morbi-mortalidad materno infantil en éste lugar no es de gran importancia, tema que abordaremos más adelante.

#### 4. INDICADORES DE SALUD.

En este rubro se hablará del lugar donde se realiza dicho estudio; abarcando antecedentes históricos, además se pretende dar a conocer con mayor detalle las características del medio ambiente físico que rodea a ésta localidad, ya que tiene una influencia sobre el bienestar. Hay muchos factores ambientales que constantemente influyen en forma directa o indirectamente sobre la salud, por tal motivo se cree conveniente dar un panorama general de ésta región.

##### 4.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE JACALA.

JACALA significa lugar de chozas o jacales, pues se cuenta en la historia que antes en éste lugar solo había un "Jacale" que significa choza humilde, donde los mineros guardaban sus herramientas, ya que en esta población se explotaban minas de plata y oro. Esta circunstancia dio origen a la formación de un caserío de jacales dando al conjunto de estos el nombre de "Xacalli" (lugar de jacales), adoptando después el nombre de Jacala al ser elevada a la categoría de villa y para perpetuar la memoria del ilustre jacalteca y glorioso soldado republicano defensor de Huichapan, Don J. Guadalupe Ledezma que sucumbió el 8 de julio de 1861,

luchando contra las fuerzas de Tomas de Mejía en defensa de los principios de la reforma, en su honor éste municipio lleva su nombre JACALA DE LEDEZMA.

#### 4.2 HECHOS SOBRESALIENTES.

El alcalde Gabriel Mayorga, junto con un grupo de ideólogos, pugnaron por formar una Patria mejor con una amplia visión de libertad y un sentimiento dignos de un documento "Acta de Jacala", que reza lo siguiente: "Persuadidos que la felicidad de los pueblos parte de su civilización y que el desarrollo de ella es esencial, la libertad absoluta y muy principalmente la de conciencia". (16)

#### 4.3 GEOGRAFIA.

Ubicación Geográfica.

El Municipio de Jacala de Ledezma forma parte de los 81 municipios del Estado de Hidalgo, ubicado al Noroeste del Estado en la Sierra Gorda.

#### 4.4 TOPOGRAFIA.

El municipio de Jacala al igual que la Sierra Madre Oriental y las zonas adyacentes tienen una formación geológica formada principalmente de rocas sedimentarias que provienen de un basamento paleozoico y precámbrico, formando gran parte de la gran plataforma VALLES, S.L.P. sobre la cual se formaron rocas calizas, simple y arcillosa, depositándose también minerales como fierro y cobre en algunos, platino, carbón de piedra, fluorita y cobre en abundancia.

#### 4.5 LIMITES POLITICOS

- Norte : El estado de Querétaro por límite natural en parte siendo el rio Moctezuma.
- Noroeste : Con el municipio de la Misión.
- Este : Con el municipio de Tlahuiltepa por medio del rio Amajac en una porción.
- Sur : Con el municipio de Nicolás Flores.
- Suroeste : Con el municipio de Zimapan.
- Oeste : Con el municipio de Pacula.

(16) Cita obtenida de los preminares de la reforma p. 28



#### 4.6 CLIMA

La temperatura medio anual es de 19°C, registrándose temperaturas mínimas hasta de 5°C y máxima de 32°C, clasificando como un clima templado-frío. Su precipitación pluvial promedio anual es de 723 mm lo que hace que la región sea subhúmeda, durante los meses de febrero a mayo se presenta la temporada de vientos y secas, pero a partir de los meses de junio a septiembre es el período de lluvias, como se puede deducir es moderadamente abundante.

#### 4.7 FLORA

El tipo de vegetación de la región se encuentra condicionada en gran medida por el clima y el tipo de suelo ya que contiene una capa rica en material orgánico y nutrientes, esta zona es rica en:

- Plantas medicinales.  
El huaco, zapote blanco, catadé, palo chilillo, la raíz de valeriana, limón, chiote, moro, manzanilla, romero, mejorana, eucalipto, aguacate, nogal.

Existen alrededor zonas coníferas como es la madera aunque la explotación indiscriminada de las mismas ha producido zonas desérticas y semidesérticas.

- Árboles maderables:  
Cedro, palomo, palo de rosa, ocote, paraíso.
- Árboles frutales:  
Mango, mamey, naranja, plátano, anonas, cacahuete, guayaba, granada.
- Plantas alimenticias:  
Frijol, tomate, verdolagas, tunas, nopales, maíz, chirimoya, chayote, jitomate, calabaza y zanahoria.
- Plantas ornamentales:  
Geranios, lirios, papatlas, chinos, bugambilias, jacarandas, camelia, framboyán.

#### 4.8 FAUNA.

Fauna doméstica:

Ganado porcino, caprino, vacuno, asnos, aves de corral (gallinas, patos, guajolotes, gallos, palomo, perico) perros y gatos en abundancia.

## Fauna silvestre:

Tlahuaca, zorra, mapache, tejón, coyote, zorrillo, ardilla, gato montes, ciervo, conejo, diversos tipos de serpientes y arácnidos venenosos, aves de ornato como gorrión, cardenal, garzas, ciervos, huracanes, golondrinas, tórtolas.

## 4.9 ACTIVIDADES PRODUCTIVAS DE LA ZONA.

La actividad económica más importante es la fabricación y venta de alfarería.

## 5. DATOS DEMOGRAFICOS.

### 5.1 Morbi-mortalidad materno-infantil.

Como ya sabemos, los factores ambientales influyen en la salud-enfermedad del binomio madre-hijo, tema que nos incumbe en este momento.

Las condiciones sanitarias económicas y culturales tienen una estrecha relación con la salud materno infantil, tal como sucede con cada individuo que compone nuestra población.

Pero en este caso hay algo diferente pues las madres están expuestas a los riesgos inherentes al embarazo, parto y puerperio, lactancia y niños con dificultades del crecimiento y desarrollo.

Desafortunadamente, la mortalidad y morbilidad materna y fetal son el precio que algunas veces se paga por la propagación de la especie humana.

Los problemas específicos que afectan a la madre y al niño se agravan considerablemente en los países menos desarrollados. (17)

Así tenemos que la mortalidad y morbilidad son índices que nos permiten conocer las causas más frecuentes de cada una de ellas.

La mortalidad materna, se define como la muerte de la madre durante el trabajo de parto y el primer año posterior al parto o aborto.

(17) Hernán San Martín "Salud y Enfermedad" p. 441

Se clasifican:

- Muerte obstétrica directa (verdadera) por complicaciones del embarazo.
- Muerte obstétrica indirecta, cuando existe o se desarrolla enfermedad materna relacionada con el embarazo como causa de mortalidad materna. Por ejemplo, después de afección cardíaca o diabetes.
- Muerte obstétrica fortuita, cuando una mujer fallece en forma accidental estando o habiendo estado embarazada, por ejemplo, mortalidad como consecuencia de un accidente de tránsito.

#### FRECUENCIA Y CAUSAS OBSTETRICAS. CAUSAS PRINCIPALES.

- Embolia pulmonar. Esta es la más común 20% de las muertes maternas verdaderas, y a menudo se presentan después del parto; sólo un tercio se presentan con signos y síntomas de advertencia. La operación cesarea ofrece riesgo especial en pacientes de edad avanzada, obesas y multíparas con venas varicosas.
- Enfermedad hipertensiva. Debe hacerse incapié en la necesidad de prevenir los ataques y controlar la hipertensión. Más del 70% de las muertes de este grupo se deben a patología cerebral, sobre todo a hemorragia cerebral.
- Hemorragia uterina. La hemorragia posparto, ante-parto y la posterior a rotura uterina contribuyen en casi un tercio al total de las muertes maternas verdaderas.
- Anestesia. Constituye 13% de la muerte materna verdadera. Los principales factores son inhalación del contenido del estómago y dificultad para entubación endotraqueal.
- Operación cesarea. La relación es de 0.8 muertes por 1,000 operaciones las causas inmediatas de muerte que más sobresalen son anestesia, hemorragia y septicemia.

#### MORTALIDAD PERINATAL.

Se define como el parto de producto muerto, o muerte del neonato entre la semana 28 del embarazo y 7 días después del nacimiento. Algunos países aceptan los límites de 20 semanas de gestación, hasta 28 días después del parto.

#### FACTORES RELACIONADOS.

La mortalidad perinatal aumenta en mujeres de nivel socioeconómico bajo, de 30 o más años de edad, en el cuarto o más embarazos, en embarazos múltiples y de niños de bajo peso al nacer. (prematuros, etc.).

## PADECIMIENTOS RELACIONADOS EN OBSTETRICIA.

Los siguientes padecimientos contribuyen a la mortalidad perinatal: anomalías congénitas, enfermedad placentaria, como desprendimiento prematuro, hipoxia, hipertensión por embarazo, traumatismo del nacimiento y distocias de cordón. (18)

Por lo tanto veremos las causas más frecuentes de mortalidad del Edo. de Hidalgo. Posteriormente la morbilidad del módulo sede.

Del Estado de Hidalgo son los siguientes:

1. Infecciones respiratorias agudas.
2. Amibiasis
3. Infecciones intestinales y las mal definidas. (19)

Del Centro de Salud Rural Concentrado (C.S.R.C.)

JACALA HGO. (20)

	CASOS
1. Infecciones respiratorias agudas	653
2. GEPI	186
3. Amibiasis	162
4. Accidentes	131
5. Dermatitis	118
6. Infartos	66
7. I.V.V.	65
8. Ascariasis	63
9. Gastritis	53
10. Trastornos gineco-obstetricos	41
11. Hipertensión arterial isquemica	38
12. Artritis	27
13. Trastornos bucodental	19
14. Varicela	15
15. Diabetes Mellitus	8
16. Micosis	7
17. Anemia	6

Ahora bien, la mortalidad en esta región del Edo., son las siguientes, tomando en cuenta las principales causas:

1. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal.
2. Enfermedades de otras partes del aparato digestivo.
3. Enfermedades de las glándulas endocrinas del metabolismo y trastornos de la inmunidad. (21)

(18) Fairweather Lio. "Manual de la Sala de Parto" p.p. 4.7

(19) Informe Semanal de los casos Nuevos Forma SS-EP-88 (1991).

(20) Informe Médico Diario de enero/sept. 1992. C.S.R.C. Jacala, Hgo.

(21) Informe Semanal Op.cit.

## MORTALIDAD C.S.R.C. JACALA HGO. (22)

## CASOS

1.	Encefalopatía hepática	3
2.	Insuficiencia respiratoria cardiaca	2
3.	Desnutrición	1
4.	Desnutrición III, D.M. Descontrolada	1
5.	Choque urémico, I.R.C. Cardiaca	1
6.	Tromboembolia pulmonar	1
7.	Ca. Tiroides, I.C. respiratoria	1

Como observamos la morbilidad a nivel modular es significativa con 41 casos, en ellos tenemos con mayor frecuencia las dismenorreas, polidismenorreas.

En cuanto a la mortalidad, si es preocupante ver que el primer lugar a nivel estatal lo ocupan los problemas relacionados con el período perinatal.

Para nosotros, tal vez sea más importante la morbilidad, ya que a este nivel podemos prevenir muchas veces la muerte.

## 6. RECURSOS HUMANOS EN EL MODULO PARA ATENCION DE SALUD.

### 6.1 RECURSOS HUMANOS FORMALES E INFORMALES:

Dentro de los recursos humanos en el módulo de Jacala, Hgo., se encuentran los formales y los informales; los primeros son los que tienen reconocimiento oficial por la Secretaría de Salud (supervisoras, médico coordinador jurisdiccional y auxiliares de salud) y los segundos no tienen esa acreditación de la que gozan los primeros; sin embargo la misma comunidad sí les otorga dicho reconocimiento, entre ellos tenemos a los curanderos y parteras. (ver cuadro)

Como la supervisoras de auxiliares de salud, tienen una valiosa participación en la Estrategia de Extensión de Cobertura (E.E.C.); así como el coordinador médico jurisdiccional y no menos las auxiliares de salud; por lo cual en este rubro se abordará con profundidad la supervisión, tipos de supervisión, de igual manera las características que debe tener, las funciones que les corresponden tanto a ellas como supervisoras, al coordinador médico jurisdiccional y a las auxiliares de salud.

(22) Informe Médico Diario Op.cit.

## CUADRO

### RECURSOS HUMANOS FORMALES E INFORMALES DEL MODULO DE JACALA, HGO. 1992.

RECURSOS HUMANOS	FORMALES	INFORMALES
Coordinador médico jurisdiccional	1	
Supervisores auxiliares de salud	1	
Auxiliares de salud	10	
Parteras		8
Curanderos		3

#### SUPERVISION.

La supervisión es una parte importante del proceso administrativo y permite conocer el desarrollo de programas, funciones y actividades de la Institución, comparando con lo que se tiene previsto hacer basándose en normas, instructivos y manuales (23)

#### TIPOS DE SUPERVISION.

Existen dos tipos de supervisión, según su función y sus características:

Por su función puede ser agregada y específica. La primera es considerada como una responsabilidad más de quien ocupa una jefatura o cargo superior, en la que se encuentra ubicado el coordinador médico. La específica es la que corresponde como función principal al supervisor y, que en este caso compete a la supervisora de auxiliares de salud.

(23) Secretaría de Salud. "Cuaderno Técnico de Planificación No. 10" pp. 143

Por sus características se clasifica en diagnóstica, rutinaria y selectiva.

#### Diagnóstica:

Es la que permite obtener una visión general de la situación en que está operando el programa, identificando desviaciones o problemas relacionados con las actividades que debieran desarrollarse de acuerdo a la programación.

#### Rutinaria:

Es la que se realiza en forma sistematizada y continua, es decir programada en forma periódica.

#### Selectiva:

Es aquella en que se realiza cuando existe un problema específico o cuando se requiere información sobre alguna situación determinada.

La supervisión se da por niveles:

- De nivel estatal a jurisdiccional.
- De nivel jurisdiccional a unidades aplicativas y módulos.
- De las unidades aplicativas será responsabilidad del Director, y, en el módulo de la supervisora de auxiliares de salud.

#### Características del supervisor en la Estrategia de Extensión de Cobertura (E.E.C.)

El supervisor es un elemento que sirve de enlace entre el nivel directivo y el área operativa a quien se delega autoridad y que, por sí mismo, puede tomar decisiones que a su nivel le corresponde solucionar y sugerir alternativas de solución a problemas detectados en el área de su competencia.

Dentro de la estructura Jurisdiccional de los Servicios de la Secretaría se cuenta con las supervisoras auxiliares de salud, personal de enfermería que por sus características propias y capacidad para relacionarse con la comunidad, constituye el elemento de apoyo para la implantación de los programas de salud. La asesoría y adiestramiento en servicio que proporciona a las auxiliares de salud, son sus principales actividades.

Cada supervisor auxiliar de salud, tiene a su cargo en promedio 10 auxiliares, una por comunidad, con las cuales constituye un "Módulo de atención comunitaria". La supervisora visita a cada auxiliar de salud en su comunidad dos veces por mes para

proporcionarle asesoría, supervisión y adiestramiento en servicio, además recopila mensualmente los datos relativos a las atenciones prestadas por cada auxiliar para concentrarlos en el informe mensual del módulo; la supervisora es responsable de apoyar las actividades que realiza el auxiliar de salud y de proporcionarle los materiales necesarios para cumplir sus funciones.

Estas funciones son apoyadas por el coordinador médico jurisdiccional, quien representa el enlace entre la supervisora de auxiliares de salud y la jurisdicción sanitaria.

Al coordinador médico jurisdiccional le corresponde verificar, a través de la supervisora de auxiliar de salud, no sólo reciban atención oportuna e inmediata en los centros de salud y hospitales, sino que además continúen las indicaciones médicas en la comunidad. La supervisora de auxiliares de salud y los servicios Institucionales fortaleciendo esta forma la extensión de cobertura de servicios de salud a la población rural.

La supervisora de auxiliares de salud se ha definido como, personal de enfermería de nivel auxiliar, técnico, general con experiencia en trabajo de campo en lo que se refiere a atención materno-infantil, planificación familiar y con habilidades de supervisión y capacitación que le permitan desarrollar paralelamente con otros trabajadores de la salud, las actividades que se realizan en las localidades rurales bajo su responsabilidad. (24)

## 7. IMPORTANCIA DE LA PARTERA ACTUAL

La partera o ticitl como se conocía antiguamente ha tenido gran trascendencia en la evolución de la Obstetricia; la cual se considera como la rama de la medicina preventiva destinada al cuidado de madre e hijo durante el embarazo, parto y puerperio. (25)

La práctica de la Obstetricia es tan antigua como la humanidad. La madre de la embarazada es en ocasiones la que atiende, pero en cada sociedad hay gente, habitualmente mujeres que adquieren habilidades especiales y gran reputación en esta actividad.

Según la tradición europea, el médico experimentado de antaño, dejaba por lo general las obligaciones obstétricas a "alguna mujer sabia", "partera" o "comadrona" o quizá "partero".

(24) Secretaría de Salud No. 10 Op. cit. p. 23

(25) Bookmiller Mac. M. "Enfermería Obstétrica" p. 20



Fue Florencia Nightingale la que organizó el entrenamiento y el que se titularan las parteras en Inglaterra en 1870. Pero su función consistía simplemente en guiar los partos y en reconocer las anomalías, y es en esto donde han demostrado ser excelentes. No obstante algunos países no han aprobado el uso y entrenamiento de las parteras.

El resultado ha sido que existen zonas rurales subdesarrolladas en las cuales hasta 70% de las madres paren sin ninguna forma de asistencia profesional.

La República Mexicana es uno de los países en vías de desarrollo; por lo tanto se observan problemas relacionados principalmente con la "pobreza".

Las dificultades Obstétricas no son debidas a desproporción sino a anemia, desnutrición y exceso de trabajo de la madre o a enfermedades no tratadas como lombrices, infecciones pélvicas y paludismo; para disminuir estas anomalías es necesario contar con personal formal que trabaje directamente con la comunidad, pero desafortunadamente en nuestro país se cuenta con pocos trabajadores sanitarios o en algunas localidades hay ausencia de ellos. Es aquí donde cabe mencionar la importancia que tiene el personal no formal dentro de las localidades y no es nadie menos que las parteras que trabajan con familias en todos los niveles de la comunidad, conocen mejor que la mayoría la enfermedad, la degradación, la desesperación y el desahucio experimentado por muchas de las familias más pobres.

Cuando por primera vez se visita una comunidad, es fácil reconocer a la partera, porque ella es una de las personas que más necesita la comunidad. Casi siempre es una vecina a la que se conoce de tiempo atrás y a quien todo mundo respeta por la sabiduría que ha acumulado a lo largo de los años en lo que se refiere al embarazo, parto y puerperio y cuidados de los recién nacidos.

A ella acuden cuando se sienten embarazadas o cuando tienen dudas o temores sobre la salud de su futuro hijo. A la partera las mujeres le hacen mucho caso y le dan toda su confianza.

La partera ejerce uno de los oficios de más responsabilidad que existen y a la vez uno de los más hermosos y humanos, pues ayuda a otras mujeres para dar vida a nuevos seres en las mejores condiciones. (26)

(26) DIF-TABASCO "Manual de la partera empírica" p. 12

Su misión habla de calidad humana, interés por los demás, de amor por la vida, de sentir hacia otras mujeres la dicha del nacimiento, de tener manos hechas para recibir la delicada y tierna presencia de un niño, de tener habilidad transmisora en quienes necesita de la experiencia y conocimiento en el mejor desempeño de su labor. (27)

La partera es un recurso valioso de la localidad, sobre todo de aquellas zonas marginadas geográficamente en las que se carece de servicios médicos, o los mismos son insuficientes y distantes para necesidades de la localidad.

Cabe mencionar que algunas comunidades son accesibles a la atención médica; pero, aún así, prefieren visitar a la partera que al médico.

Por tal razón, este tipo de personal debe ser capacitado y adiestrado continuamente para que preste una atención adecuada y de calidad, principalmente a la población materno infantil y de esta manera contribuir a disminuir la morbi-mortalidad de la misma.

Una partera puede ser cualquier mujer desde una analfabeta hasta una partera-obstétrica altamente entrenada. No obstante todos los grados intermedios son valiosos y todas pueden incrementar su habilidad mediante entrenamiento, supervisión y cooperación. (28)

## 8. CAPACITACION

Con base en el modelo de atención a la salud de la población abierta, la Estrategia de Extensión de Cobertura ha sido diseñada para proporcionar servicios de salud y planificación familiar a la población rural dispersa a través de auxiliares de salud capacitadas. (29)

Entendiéndose por capacitación la instrucción que se da con el fin de convertir las aptitudes innatas del individuo en capacitación concreta para un puesto determinado. La capacitación es la información teórica y la experiencia práctica individual y gradual que recibe el empleado para que lleve a cabo su trabajo en la mejor forma posible. (30)

(27) Gally Ester "Manual Práctico para parteras" p.

(28) William Cirely D. et/al "Salud materno-infantil y administración de los servicios pp. 129-130

(29) Cuaderno Técnico de Planificación Familiar No. 10 p. 3

(30) Balsacro L. "Introducción a la Administración" p. 121

Así como hay personal capacitado, también hay colaboradores no profesionales que han resultado esencialmente útiles para motivar y reclutar a las usuarias nuevas, dar información y consejos, participar en la vigilancia de las usuarias (curanderos y parteras).

En muchas sociedades, los curanderos y las parteras tradicionales no solo atienden a las mujeres durante el parto, sino que también prestan asistencia en los asuntos relacionados con la salud y puede ser la única fuente disponible de ayuda.

Por lo tanto conviene identificar a este tipo de personas y darles la información indispensable, es decir, capacitarlas para que presten servicios de calidad, principalmente a las parteras tradicionales que son las que están en contacto con las mujeres y pueden promover el uso de métodos anticonceptivos a condición de que ellas mismas se den cuenta de las ventajas que entraña la planificación familiar y de la utilidad de los diferentes métodos anticonceptivos. (31)

Para dar un curso a este personal, es necesario detectar las necesidades de capacitación; lo cual se define como la diferencia entre el desempeño real y el requerido en determinada actividad de la Institución, en la que el mejoramiento en la capacitación constituye la manera más económica de eliminar esa diferencia.

Al hablar de necesidades de capacitación y adiestramiento se puede decir que éstas se refieren a las carencias que los trabajadores tienen para desarrollar su trabajo de manera adecuada dentro de la organización. Por lo tanto la detección de necesidades de capacitación y adiestramiento debe ser comparativo entre la manera apropiada y la manera como realmente se trabaja. (32)

Una vez realizada la detección, el capacitador deberá especificar a qué área del conocimiento corresponde la conducta que busca modificar, ya que la organización y ejecución de la capacitación se debe efectuar en torno al cambio que se pretende lograr en el paciente.

El proceso de capacitación se dirige a cualquiera de las áreas del conocimiento que posee todo individuo, las cuales son:

- **Área cognoscitiva**  
Se refiere a la memoria o recuerdo de conocimientos y al desarrollo de habilidades y capacidades (orden intelectual).

(31) Organización Mundial de la Salud pp 71.74

(32) Mendoza A., "Manual para determinar necesidades de capacitación" p.31

- **Area afectiva**  
Se refiere a los cambios en intereses, actitudes, valores y desarrollo de apreciaciones del individuo (orden emocional).
- **Area psicomotora**  
Se refiere a la habilidad motora o muscular.

A partir de esta selección se determina si la acción educativa corresponde a capacitación o adiestramiento.

Se entiende por capacitación al proceso educativo, encaminado a proporcionar conocimientos, desarrollar habilidades mentales y cambiar actitudes (área cognoscitiva y afectiva).

Por otro lado se entiende por adiestramiento un proceso mediante el cual se proporciona agilidad de habilidades adquiridas mediante la práctica más o menos prolongada de la misma. (área psicomotora).

#### ESTRATEGIAS DE CAPACITACION.

Toda capacitación o adiestramiento sigue tres estrategias básicas en su desarrollo. La estrategia a seguir depende de las necesidades detectadas en la población a capacitar, lo que determinará la forma de organización, ejecución y finalidad de la acción educativa. Estas estrategias son:

##### CAPACITACION EN SERVICIO.

Entendidas como aquellas actividades que directamente relacionadas con el trabajo diario, intentan proporcionar durante la supervisión los conocimientos, experiencias y habilidades que son necesarias para el mejor desempeño del trabajo.

##### CAPACITACION FORMAL.

Es aquella en la que se proporcionan conocimientos y habilidades en un momento específico y determinado para ello, cuya duración permita comprobar cierto nivel de aprendizaje, implica contar con un grupo de educandos previamente seleccionados y citados en un lugar preestablecido de la actividad educativa, como sillas, ventilación e iluminación.

## CAPACITACION CONTINUA.

Como parte del proceso de enseñanza-aprendizaje, los conocimientos, las habilidades adquiridas y los cambios de actitudes brindados a través de la capacitación, debe continuarse para garantizar tanto el reforzamiento como la adquisición de nuevos aprendizajes, y es a partir de la capacitación continua como se logra este objetivo. Existen variadas acciones a realizar para la capacitación continua, como:

- la entrega de folletos, boletines, revistas y otros
- la supervisión acompañada de la asesoría y
- la realización de capacitaciones formales (33)

Para el logro satisfactorio del proceso de enseñanza-aprendizaje, se requiere contar tanto con elementos materiales, como con un adecuado manejo de los conocimientos teóricos y prácticos que se proporcionan.

Toda acción educativa, en este caso la capacitación, se lleva a cabo a través del proceso enseñanza- aprendizaje, en el que se dan una serie de intercambios de conocimientos entre los dos elementos que intervienen en el proceso educador-educando, los cuales se involucran activamente en su educación.

Para facilitar su explicación del proceso enseñanza-aprendizaje, es necesario desglosar cada uno de los términos que la integran. Por un lado, se entiende por enseñanza el medio que permite la transmisión de conocimientos, habilidades y actitudes; es también un proceso mediante el cual se estimulan y provocan cambios deseables en el individuo.

Por otro lado se define el aprendizaje como el desenvolvimiento de una conducta de adaptación, que cambia con las diversas demandas del ambiente físico y social; con ello se entiende que no sólo es la modificación de la conducta, sino la transformación del pensar, sentir, percibir y actuar.

Estas dos actividades adquieren la categoría del proceso cuando se admite que, dentro del individuo participante, operan procesos mentales básicos que le permiten descubrir, entre los múltiples conocimientos que le son presentados, aquellos que específicamente le sirven para su aplicación y formación en su vida. Cuando el participante posee la capacidad de rechazar ciertos conocimientos y escoge otros, podemos decir que ha aprendido.

(33) Secretaría de Salud-Dirección General de Planificación Familiar.  
La supervisora de auxiliar de salud pp. 119

Así mismo también se considera como proceso por que tanto el docente como el participante intercambian experiencias que coadyuban al enriquecimiento de ambos. Se da una mayor participación, por lo que el docente no es el único que enseña y aprende, sino también el participante. Esta dinámica de interacción propicia la retroalimentación y complementa así el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Como se puede observar, los términos enseñanza-aprendizaje, no pueden existir por sí solos como dos procesos independientes. Aceptando que no puede existir enseñanza sin que se produzca el aprendizaje.

Para que el participante aprenda verdaderamente, es indispensable la transformación de la información proporcionada; no aprende cuando repite los conocimientos mecánica o memorísticamente, sino cuando busca una utilidad práctica para comprenderlos verdaderamente.

## 9. PLANTAS MEDICINALES UTILIZADAS POR LAS PARTERAS.

Por último en este capítulo, se abordará el tema de Herbolaria, dando a conocer las plantas más usuales en lo que a aplicación obstétrica se refiere y que la partera utiliza frecuentemente.

Los vegetales que cubren la tierra y la adornan con la esplendidez de su verdor, con el hermoso color y el perfume de sus flores, de variados matices y forma; los inmensos bosques que constituyen selvas impenetrables en las regiones tropicales, las plantas marinas que se encuentran en los océanos y tienen una función biológica importantísima, la producción de oxígeno por la acción clorofiliana, oxígeno necesario para la vida de los seres humanos. En el vasto laboratorio de la naturaleza, el reino vegetal ejerce, por así decirlo, una depuración constante, transformando el anhídrido carbónico por un trabajo de síntesis que permite la vida y la evolución de los seres y su desarrollo. Aparte de esta utilidad las plantas tiene principios activos, de acción terapéutica definida, que pueden emplearse para modificar favorablemente los trastornos patológicos originados por las enfermedades y recuperar la salud, apreciando bien, en el corto lapso en que atravesamos la tierra. (34)

Las plantas medicinales son inseparables de la medicina, se les emplea diariamente y con gran éxito en numerosos campos de la misma. Los medicamentos más eficaces contienen con frecuencia sustancias activas de origen vegetal.

(34) Dr. Cabrera G. Luis "Plantas curativas de México" p. 7

Las plantas medicinales pueden curar enfermedades, evitarlas y aliviarlas, y sobre todo no existe ninguna duda, pero desde luego tampoco son remedios milagrosos. Su empleo es conveniente solamente cuando se tiene en cuenta con toda exactitud sus posibilidades y límites de uso. (35)

En este apartado se hablará de una manera muy particular de las plantas medicinales que tienen propiedades oxitóxicas y que las emplean las parteras tradicionales de esta región.

## RUDA

### DESCRIPCION

Vive varios años y se vuelve leñosa en la cepa, pero todas las primaveras hecha vástagos nuevos y erguidos que alcanzan una altura de 2 a 4 palmos y tienen hojas de un verde glauco y lampiñas, muy divididas en numerosos segmentos ovalados, hasta de 10 mm de anchura. Las flores forman racimos de terminales y salvo una, la del centro, con cinco pétalos, todas las demás tienen cuatro, cruzadas, concavas a modo de cucharilla, con breves dientecillos en los bordes y de color amarillo alimonado. El fruto es una cápsula redondeada, con cinco lóbulos, la procedente de aquella flor central, con cuatro las cápsulas restantes. Toda la planta despide un grave olor, difícil de confundir con otro que no venga de la planta de la misma ralea a causa de la esencia que contienen todas las partes; en las hojas, en los sépalos del cáliz y en los pétalos, mirando a contraluz. El sabor de la ruda es ligeramente picante, pero queda enmascarado por la intensidad de su olor.

### HISTORIA

La ruda caliente corroe, abraza, provoca la orina y el menstruo y restriñe el vientre, tanto al beberla como al comerla.

### COMPOSICION

Las hojas contienen, aparte, pequeñas cantidades de un principio amargo, resina, goma, materias tánicas, etc., el glucosido rutina, que un fermento llamado ramnodiasatasa descompone en quercetina y rutinosa, y esta finalmente en glucosa y ramnosa.

Por destilación en vapor de agua, las hojas de ruda pueden dar hasta 7 gr/Kg de esencia que es un líquido incoloro o amarillento, por lo común fluorescente, de olor intenso y fastidioso, sino está extremadamente diluida. Las diferencias halladas en la composición de esta esencia proceden en gran parte, de que son diversas las

(35) El gran libro de las plantas medicinales. p. 7

especies de ruda empleadas para obtenerla. Según Thoms, el 90% de la misma es metilhepticetona y metilnonilcetona. Con cantidades mucho menores de 1 apineno, cineol, 1-limoneno (entre los tres alrededor de 1%), y además, metil-nonilcarbinol, con pequeñas cantidades de otros cuerpos.

## VIRTUDES

El uso más frecuente y popular de la ruda como emenagoga, es decir para provocar la menstruación o para aumentarla en los casos de insuficiencia parece ser fundado, a condición de que no se emplee en un momento cualquiera, sino en tiempo oportuno, esto es, cuando normalmente debería presentarse la menstruación, a esta virtud debe de referirse el refrán que dice así: "si la mujer supiera las virtudes de la ruda, iría a buscarla a la luna". Pero en todo caso, la dosis empleada debe ser corta porque esta planta es tóxica. Además la ruda ejerce una notable acción sobre las fibras musculares uterinas y, a ciertas dosis, congestiona los órganos de la pelvis. Como consecuencia de ambas acciones puede provocar aborto.

Esta acción se ha atribuido a la esencia. Otros autores creen que sus facultades abortivas pueden ser simple consecuencia de su toxicidad, que es capaz de acarrear las más graves consecuencias, e incluso la muerte, pero recientemente se ha comprobado que la ruda, aún a dosis no tóxicas, contrae la musculatura uterina. Otras de las virtudes de la ruda, más o menos estimadas, son las antiespásmica, la sudorífica y la antihelmíntica.

## USO

Para provocar o facilitar la menstruación, el Dr. Leclere recomienda la infusión de ruda, que se prepara con 1 gr. de hojas de taza de agua hirviendo, de las cuales se puede tomar dos tazas al día.

Si en lugar de las hojas frescas, se utilizan secas, pongase sólo 0.5 gr por taza. Y no se pase de aquí en el uso casero de esta planta.

## PEREJIL

### DESCRIPCION.

El perejil también vive más de un año, pero no llega a los dos, la raíz es simple o ramificada, planta amarillenta, y el tallo llega fácilmente a más de un metro de altura, es rillizo, marcado inferiormente de listas hojas verdes y rojizas alternando y ramoso, las hojas se dividen en segmentos bastante anchos. Las flores son de un amarillo verdoso y forman umbelas de seis a veinte radios desiguales, con el involucre compuesto sólo una a tres hojitas, más numerosas en las umbelas. El fruto es



redondeado, de 2 mm de largo, que cuando, maduro se divide en dos medios frutos arqueados, con cinco costillas. Es una planta lámpiña, de color verde oscuro y brillante, con intenso olor característico.

#### **COMPOSICION**

Las hojas y el tallo contienen el mismo glucosido del apio, la apiina, la cual por hidrólisis, se descompone en apigenina apiosa, destrosa, el esther metílico de la oxiapilina, pequeñas cantidades de una esencia poco conocida todavía, un alcaloide fluído; azufre en combinación orgánica, etc.

En los frutos se halla así mismo apiina y esencia de fruto de perejil, cuyo principal componente es el apiol, de la semilla se saca aceite de perejil.

#### **VIRTUDES**

Tanto el vástago como la raíz de perejil son aperitivos y estimulantes diuréticos y emenagogos; pero para regular o provocar la menstruación se usan de preferencia los frutos.

#### **USO**

Suelen usarse en forma de jarabe, también como diuréticos. El jugo de las partes verdes, tallos y hojas, se administra como diurético, aperitivo y emenagogo, en cantidad de 1/4 1/2 onza por día.

El apiol se emplea cuando se trata de restablecer la menstruación o de regularizarla, así como para combatir la atonía uterina y calmar los dolores menstruales de la mujer ya que insensibiliza los nervios del útero.

### **ARTEMISA**

#### **DESCRIPCION.**

Es una especie de ajeno que puede crecer hasta un metro de altura con el tallo rojizo, pero anguloso y estriado, con frecuencia un poco rojizo. lámpiño o algo vellioso.

Las hojas son verdinegras en la cara superior y blanquecinas en el reverso, a causa del menudo y apretado vello que los recubre. Las cabezuelas se componen de diez a doce florecillas cada una, son ovoides y tienen un color rojizo y una anchura de 2 a 3 mm, forman un gran ramillete terminal, con hojas entremezcladas.

## HISTORIA

"Llamase aquella planta artemisa, de artemis, llamada por otro nombre Diana, porque como aquella diosa socorría a las mujeres de parto, ni más ni menos ella suele ayudarlas".

## COMPOSICION

Según las investigaciones de Nakao y Shibue (1924), contienen hasta esta esencia el 0.20 de esencia, con aneol y tuyona; esta esencia al parecer, contiene también un alcohol sesquiterpenico en forma de esther. En las partes herbáceas se hallan en pequeñas cantidades de adenina y colina.

## VIRTUDES.

La artemisa tiene facultades tónicas y aperitivas parecidas al del ajeno; además regulariza y provoca la menstruación. Según explicaba Diego de Torres en su cartilla rústica. "Cuando la mujer no puede parir y le cuesta gran trabajo en extender la parte, no hay otra cosa mejor que aplicarle debajo del ombligo un empasto hecho de esta hierba cocida con harina de cebada, pero conviene quitarle luego; el zumo de ella mezclado con yema de huevos cocidos, manteca de puerco y simiente de cominos, todo junto, puesto en forma de emplasto encima de la madre quita el dolor de las mujeres después de haber parido".

\*Plinio dice el Dr. Leclerc, le atribuía incluso virtudes abortativas, leyenda tan fuertemente arraigada en el espíritu popular que, aún actualmente, que el nombre de artemisa, es sinónimo de aborto, y por nada del mundo osarían muchas mujeres pedir al farmacéutico una planta que ha llegado a considerarse como símbolo de un atentado criminal\*

## USO.

Se emplea las sumidades floridas, y se prepara infusión, una onza de sumidades floridas en 1 de agua hervida o la cantidad proporcional. Se toma a tazas, no debe abusarse de ella, porque a dosis mayores es tóxica.

## MAYORANA (MEJORANA)

### DESCRIPCION

La mayorana es una matilla de ramas cuadradas de 2 a 3 palmos de altura, blanquecina a causa de los numerosos pelitos blancos de que están cubiertas. Blanquecinas son también las hojas por la misma razón y tiene figuras aovadas y no más de 2 cm de largo, sostenidas por un corto rabillo y de bordes enteros, como las hojas son opuestas las ramitas floríferas se disponen también una frente a otra, con algunas hojitas menores y las flores aglomeradas en su extremo. Tanto

las hojas como las sumidades floridas de esta planta son ligeramente amargas y muy aromáticas.

#### COMPOSICION.

Los vástagos, es decir los tallos y las hojas, contienen además de materias tónicas y principios amargos, pentosanas y diversas sustancias minerales. Pero el producto importante es la esencia de mayorana, generalmente en cantidades que oscilan entre 0.30 y 0.40%, principalmente terpineno y el llamado origanol (d-a-terpineol), sabineno y pequeñas cantidades de sesquiterpenos, etc.

#### VIRTUDES

La mayorana se considera un excelente tónico, estomacal, carminativo y antiespasmódico para así mismo por sudorífica y emenagoga. A pequeñas dosis es más bien sedante.

#### USO.

La infusión débil, obtenida con sólo un par de gramos de las sumidades floridas secas para preparar una taza de tizana, tonifica y calma ligeramente la excitación nerviosa, al propio tiempo que predispone al sueño. La infusión fuerte, con 10 g de sumidades en lugar de dos, tonifica el estomago, favorece la digestión, resuelve las ventosidades intestinales ocluidas y favorece el menstruo, esta misma infusión fuerte, tomada en la cama y en cantidad mayor, por ejemplo un bol, bien caliente, favorece el sudor.

#### ZOAPATLE. (MONTANA TOMENTOSA SSP).

##### DESCRIPCION

Arbusto ramosísimo, tallo cilíndrico estriado tormentoso, lo mismo que las ramas opuestas, hojas inferiores opuestas, acorazonadas o aovadas triangulares agudas, detectadas sinuosas, las hojas superiores frecuentemente alternas aovadas, oblongas y lanceoladas, todas trinervadas con una longitud de 5 a 7 cm y de 2.5 a 3.5 cm de ancho, peciolos pubescentes de 1-3 de longitud de hoja, inflorescencia espanoja (corimbo), siendo una farenophita cespitosa regular, crece en suelos litosoles junto a pastizales y matorrales xerofilos.

Se le encuentra en los siguientes Estados: San Luis Potosí, Veracruz, Guanajuato, Querétaro, Hidalgo, Michoacán, Edo. de México.

##### HISTORIA

El zoapatle, conocido también como: Ciguapatle, Zihuapatle, Too, Cihupatlé. (Cihuatl, mujer; Patli, medicina).

Esta planta de particular importancia, se le hace mención escrita desde 1529 a la fecha, haciendo notar que forma parte integral del sistema médico establecido antes de la conquista, de esto se dejó testimonio en tres documentos de medicina indígena.

- HISTORIA GENERAL DE LAS COSAS DE LA NUEVA ESPAÑA: de Fray Bernardino de Sahagún, en el año de 1529.
- LIBELLUS DE MEDICINALIBUS INDORUM HERBIS: de Martín de la Cruz en 1552 y traducido al latín por Juan Badiano.
- HISTORIA NATURAL DE LA NUEVA ESPAÑA: de Francisco Hernández, en el año de 1571.

Al ser mencionada esta planta, en estos documentos nos permiten suponer, que hace más de 550 años es usado por nuestros terapeutas tradicionales, para la corrección de los problemas de Amenorrea, dismenorrea, así como auxiliar en el proceso del parto.

#### COMPOSICION

Estudios más recientes demuestran que el extracto de la planta contiene alcaloides que aumentan la frecuencia de las contracciones uterinas.

#### VIRTUDES.

Se ha comprobado experimentalmente que el zoapatle aumenta la fuerza y la frecuencia de las contracciones de la matriz, por lo que puede resultar muy útil para combatir la inercia uterina durante el parto y para contener hemorragia puerperal; en el primer caso, el remedio debe administrarse en el momento preciso y en dosis adecuada, pues de lo contrario produce una contracción constante de la matriz que impide el parto y mata al feto.

#### USO

Esta especie es utilizada para facilitar el parto, corregir los problemas de amenorrea y dismenorrea.

#### ESTUDIOS CLINICOS

Se aplicó el extracto acuoso del zoapatle después del parto para remediar los entuertos, muy dolorosos y para, violentar la involución uterina; menciona también que en todos los casos tuvo éxito, el efecto se manifestó a los 15 ó 20 min. después de su administración.

Estudios de los efectos del Zoapatle en el período de la evolución regresiva de la matriz después del parto, observando que nunca se presentó infección puerperal aún después de los partos en que fue necesario intervenir. (36)

También se experimentó la Ericoma en casos de Fibromiomas uterinos en los que se concluye:

El medicamento tiene acción selectiva sobre la fibra muscular uterina produciendo en ellas contracciones que traen consigo compresión del tumor y disminución en el calibre de los vasos sanguíneos, teniendo una menor nutrición del neoplasma, el cual sufre un reblandecimiento para ser reabsorbido posteriormente.

(36) Méndez Arturo. "Las plantas medicinales de México" pp 356-364

## RESULTADOS

## 10. RESULTADOS

Los resultados más relevantes de la investigación son los siguientes:

En cuanto a la edad de las parteras, tenemos en primer lugar 4 que tienen entre 50-55 años de edad, 3 más de 76 años, 2 en el rango de 66-75 años y por último en el rango de 56-65 años a una de ellas. (Ver cuadro 1 Pag. 52)

Prosiguiendo con la información, veremos el tiempo que llevan las parteras ejerciendo su profesión. 8 de ellas llevan más de 16 años, incluso se puede mencionar otra clasificación de las mismas, 4 de ellas se encuentran en el rango de 20-30 años y las otras 2 en el rango de 31-40 años y por último 2 más de 50 años que llevan practicando dicho oficio; lo cual les genera una experiencia increíble en la atención de parto tanto eutócico como distócico (cuadro 2 Pag. 52)

Ahora bien, el número de partos que han atendido desde que iniciaron su actividad son en primer lugar 5 que han atendido entre 200-500 partos, 3 más de 800 y de 500-800 partos sólo 2 de ellas (Cuadro 3 pag. 53)

Para simplificar esta información, veremos los partos que atienden en un mes y tenemos que 9 parteras atienden entre 1-5 partos y sólo una de ellas ha llegado a atender hasta 10 partos en un mes. (Cuadro 4 Pag. 53)

Para aprender la atención del parto, a 5 de ellas se lo enseñaron sus abuelas o madres, 2 aprendieron solas o accidentalmente porque se les presentó un caso y las otras 3 aprendieron en un centro de salud y les enseñó un médico o enfermera. (Cuadro 5 pag. 54)

Estas parteras aparte de los conocimientos adquiridos, el 60% han tenido cursos de capacitación formal, incluso el 30% de las mismas aparte del curso han recibido adiestramiento por parte de personal profesional; por lo cual se observa mayor calidad de atención al grupo materno-infantil. El 40% no han recibido dichos cursos. (Cuadro 6 pag. 54)

En lo que se refiere al lugar donde atienden el parto, 9 de ellas lo realizan a domicilio y la otra en su casa, rara vez asiste a domicilio de la paciente (Cuadro 7 pag. 55)

Antes que atiendan el parto el 60% les dan tés o remedios y asean a sus pacientes y el 40% les aconseja que hacer en el momento del parto. (Cuadro 8 Pág. 55)

5 Parteras les dan a sus pacientes los siguientes preparados de plantas medicinales; según para incrementar los dolores de parto.

Zoapatle con aceite de olivo, 2-3 hojas en un litro de agua y una cucharada de aceite de olivo.

Zoapatle con hojas de aguacate, 2-3 hojas pequeñas y 2 retoños pequeños de aguacate.

Zoapatle con chocolate, 1 retoño de chamizo en 1/2 litro de agua y una tableta de chocolate.

Zoapatle y raíz de epazote, en un 1/2 litro de agua 1-2 hojas con la raíz de epazote.

Ruda y chocolate: en un 1/2 litro de agua una ramita de ruda y una tableta de chocolate. 4 parteras les administran medicamentos como la oxitocina (Cuadro 9 Pág. 56)

Las parteras antiguamente atendían el parto en el suelo, esto se ha modificado con el tiempo. Ahora 8 de ellas lo atienden en la cama y las 2 restantes; una lo atiende en la mesa ginecológica y la otra aún como antes en el suelo (Cuadro 10 Pag. 56).

Ahora bien, 8 parteras optan por colocar a sus pacientes acostadas ya sea en la cama, mesa ginecológica o en el suelo y las restantes atienden a sus pacientes arrodilladas o la posición que ellas elijan, es notorio como las parteras han influido para que las pacientes decidan por la posición decúbito dorsal; pero como ya sabemos esta posición no es nada beneficiosa para el producto, es conveniente para el que atiende el parto, pues se le facilita el acto. (Cuadro 11 Pag. 57)

Cuando ya se acentúa el parto, 4 parteras le realizan baño y aseo vulvo vaginal y 6 no; 2 de las cuatro parteras le realizan tricotomía y ésto si la paciente lo permite. (cuadro 12 pag. 57)

Para concluir la tercera etapa; una vez que ha sido expulsado el producto, 6 parteras cortan el cordón umbilical con tijeras; las cuales son limpiadas con alcohol, 3 de ellas utilizan navaja de rasurar y sólo una de ellas mantiene sus tijeras esterilizadas y liga el cordón con ligadura umbilical, las demás lo ligan con hilo de coser o estambre delgado. (Cuadro 13 Pag. 58)

En cuanto a la guía de observación, se obtuvieron los siguientes datos:

En lo que se refiere a las parteras capacitadas que son 6 personas.

- Realizan maniobras de Leopold, aunque no en forma sistematizada, pero saben identificar las partes del producto, principalmente su presentación.
- Se lavan las manos para atender el parto.



- Aspiran secreciones del recién nacido; por lo general introduciendo el dedo envuelto en un lienzo limpio a la boca del niño, solo una de ellas utiliza perilla para realizar esta actividad.
- En cuanto al cordón umbilical, la mayoría de ellas primero lo amarra o liga y después lo corta, pues no están acostumbradas a utilizar las pinzas o en su defecto no cuentan con ellas.
- Se observa dominio en el mecanismo de alumbramiento, incluso han llegado a hacer extracción manual de la placenta.
- Mantienen cubierto al niño, se lo dan a su madre, identifican complicaciones y en caso necesario los canalizan al centro de salud.

En relación a las actividades que realizan las 4 parteras no capacitadas:

- Aspiran secreciones al recién nacido; de igual manera que la mayoría de las capacitadas.
- Ligan el cordón con hilo de coser y cortan con navaja de rasurar o tijeras.
- Mantienen cubierto al niño y se lo dan a su madre, mantienen la relación madre-hijo. (CUADRO COMPARATIVO No. 1 PAG. 59)

CUADRO NO. 1

Edad de las parteras tradicionales de los módulos de jacala y la Misión. 1992

EDAD	FO	%
50-55	4	40
56-65	1	10
66-75	2	20
- 76	3	30
TOTAL	<u>10</u>	<u>100</u>

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO A PARTERAS TRADICIONALES. (JUNIO-JULIO 1992)

CUADRO NO. 2

Tiempo que llevan las parteras tradicionales de los módulos de Jacala y la Misión; ejerciendo dicha profesión. 1992

ANOS COMO PARTERA	FO.	%
5 AÑOS O MENOS	0	0
6 AÑOS- 10 AÑOS	0	0
11 AÑOS-15 AÑOS	2	20
+ DE 16 AÑOS	8	80
TOTAL	<u>10</u>	<u>100</u>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO NO. 3

Partos que han atendido las parteras tradicionales de los módulos de Jacala y la Misión. 1992

PARTOS ATENDIDOS	FO.	%
200-500	5	50
501-800	2	20
+ 800	3	30
TOTAL	<u>10</u>	<u>100</u>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO NO. 4

Partos que atienden las parteras tradicionales de los módulos de Jacala y la Misión; durante un mes. 1992.

PARTOS ATENDIDOS EN EL MES	FO.	%
0-5	9	90
6-10	1	10
11-15	0	0
TOTAL	<u>10</u>	<u>100</u>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 5

Instituciones que intervienen en la enseñanza de las parteras tradicionales de los módulos de Jacala y la Misión. 1992

INSTITUCIONES	FO.	%
SOLA	2	20
FAMILIAR	5	50
ESCUELA	0	0
MEDICO O ENFERMERA	1	10
PARTERA	1	10
HOSPITAL O CLINICA	1	10
TOTAL	<u>10</u>	<u>100</u>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO NO. 6

Cursos de capacitación que han recibido las parteras tradicionales de los módulos de Jacala y la Misión. 1992

CURSOS DE CAPACITACION	FO.	%
SI	6	60
NO	4	40
TOTAL	<u>10</u>	<u>100</u>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO NO. 7

Lugar en donde las parteras tradicionales de los módulos de Jacala y la Misión, atienden sus usuarias durante el trabajo de parto. 1992

LUGAR EN DONDE ATIENDEN EL PARTO	FO.	%
DOMICILIO (PARTERA)	1	10
DOMICILIO (PACIENTE)	9	90
UNIDAD (SSA)	0	0
TOTAL	<u>10</u>	<u>100</u>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO NO. 8

Actividades que realizan o indican las parteras tradicionales de los módulos de Jacala y la Misión a las parturientas, antes del parto.

ACTIVIDADES	OPCION	%	NO	%
ASEA A LA PARTURIENTA O LE DA TE O REMEDIO LE ACONSEJA QUE HACER EN EL MOMENTO DEL PARTO	6	60	4	40
	4	40	6	60
TOTAL	<u>10</u>	<u>100</u>	<u>10</u>	<u>100</u>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO NO. 9

Indicación de medicamentos o remedios por Parteras Tradicionales de los módulos de Jacala y la Misión. 1992

INDICACION	FO.	%
MEDICAMENTOS	4	40
REMEDIOS	6	60
TOTAL	10	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO NO. 10

Lugar en donde la partera tradicional de los módulos de Jacala y la Misión colocan a la paciente para la atención del parto. 1992.

LUGAR PARA LA ATN. DEL PARTO	FO.	%
SUELO	1	10
CAMA	8	80
MESA GINECOLOGICA	1	10
OTRAS	0	0
TOTAL	10	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO NO. 11

Posición más usual para la atención de parto en los Módulos de Jacala y la Misión, por las parteras tradicionales. 1992

POSICION	FO.	%
ACOSTADA	8	80
ARRODILLADA	2	20
EN CUCLILLAS O SENTADA	0	0
TOTAL	10	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO NO. 12

Actividades que realizan las parteras tradicionales de los módulos de Jacala y la Misión. 1992.

ACTIVIDADES	OPCION		NO		TOTAL	
	FO.	%	FO.	%	FO.	%
BAÑO	4	40	6	60	10	100
ASEO VULVO VAGINAL	4	40	6	60	10	100
TRICOTOMIA	2	20	8	80	10	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO NO. 13

Instrumentos que utiliza la partera tradicional de los módulos de Jacala y la Misión para el corte del cordón umbilical. 1992

INSTRUMENTOS	FO.	%
CUCHILLO	0	0
NAVAJA DE RASURAR	3	30
TIJERAS	6	60
TIJERAS ESTERILIZADAS	1	10
TOTAL	<u>10</u>	<u>100</u>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



CUADRO COMPARATIVO NO. 1

Actividades que realizan las parteras tradicionales capacitadas y no capacitadas de los módulos de Jacala y la Misión. 1992.

ACTIVIDADES	CAPACITADA		NO CAP.	
	SI	NO	SI	NO
1. Identifica signos y síntomas de inicio de trabajo de parto	(5)	(1)	(0)	(4)
2. Valora la evolución del parto	(4)	(2)	(0)	(4)
3. Sabe determinar un trabajo de parto (características de contracciones)	(4)	(2)	(1)	(3)
4. Realiza maniobras de Leopold	(6)	(0)	(2)	(2)
5. Sabe valorar las características normales del foco fetal	(2)	(4)	(0)	(4)
6. Identifica grado de borramiento y dilatación	(3)	(3)	(0)	(4)
7. Tiene esterilizado su material	(1)	(5)	(0)	(4)
8. Se lava las manos	(6)	(0)	(3)	(1)
9. Usa algún desinfectante en las manos	(4)	(2)	(1)	(3)
10. Lava a la paciente (aseo vulvovaginal)	(1)	(5)	(1)	(3)
11. Le aplica algún desinfectante	(1)	(5)	(0)	(4)
12. Usa lienzos, campos esteriles o limpios	(2)	(4)	(2)	(2)
13. Usa bata esteril o limpia	(3)	(3)	(0)	(4)
14. Usa guantes esteriles	(3)	(3)	(0)	(4)
15. Atiende el parto en un lugar acondicionado	(1)	(5)	(0)	(4)
16. Conoce la dinámica de la expulsión del producto	(1)	(5)	(0)	(4)
17. Aspira secreciones al recién nacido	(6)	(0)	(4)	(0)
18. Pinza, corta y liga el cordón umbilical	(6)	(0)	(4)	(0)
19. Aplica gotas oftálmicas al recién nacido	(0)	(6)	(0)	(4)
20. Aplica VIT K. al recién nacido	(0)	(6)	(0)	(4)
21. Mantiene cubierto al niño	(6)	(0)	(4)	(0)
22. Se lo dá o enseña a la madre	(6)	(0)	(4)	(0)
23. Identifica signos y síntomas de un parto complicado	(6)	(0)	(1)	(3)
24. Lo refiere en forma oportuna al centro de salud	(6)	(0)	(1)	(3)
25. Domina el mecanismo de alumbramiento	(6)	(0)	(2)	(2)
26. Realiza revisión de placenta y anexos	(1)	(5)	(1)	(3)
27. Aplica medicamentos en el puerperio	(3)	(3)	(1)	(3)
28. Proporciona orientación a la puerpera sobre su higiene, dieta y lactancia materna	(5)	(1)	(2)	(2)

FUENTE: Guía de Observación a Parteras Tradicionales

## CONCLUSIONES

## 11. CONCLUSIONES

### 11.1 Replanteamiento del problema.

Como ya se mencionó en la delimitación del problema, específicamente del módulo de Jacala y la Misión, quedando definido de la siguiente manera: "Repercusión de la capacitación formal de las parteras tradicionales en la atención del parto en Jacala y la Misión en el Estado de Hidalgo, México 1992".

La inquietud para realizar dicho trabajo surgió precisamente en Jacala Hgo., lugar en donde se realizó el Servicio Social; en este lugar se tuvo la oportunidad de participar en un curso dirigido a Parteras tradicionales, en el cual se conoció a 20 parteras de diferentes comunidades, así como sus ideas y costumbres y se detectó la labor tan importante que desempeñan en su comunidad a pesar de sus rústicas tradiciones. Y de ahí surgió el interés por llevar a cabo esta investigación.

Planteando los siguientes objetivos:

1. Conocer si las parteras tradicionales que reciben cursos de capacitación modifican sus conocimientos técnicos.
2. Presenciar mínimo un parto atendido por cada una de las parteras tradicionales. Seleccionadas para el estudio.
3. Comparar la atención brindada por parteras tradicionales Capacitadas y No capacitadas.
4. Conocer el porcentaje de parteras que han recibido cursos de capacitación.
5. Plantear alternativas de solución que contribuyan a mejorar la calidad de atención materno-infantil que proporcionan las parteras de Zimapan.

El universo está constituido por 15 parteras y la muestra de 10 de ellas.

### 11.2 Conclusiones.

En la investigación "Repercusión de la capacitación de las parteras tradicionales en la atención del parto en Jacala y la Misión, en el Estado de Hidalgo, México 1992".

Tomando como referencia los objetivos planteados, el marco teórico y las experiencias vividas, se obtuvieron los siguientes resultados:

En primer término, retomando el marco teórico, observamos que la partera o ticitl como se le llamaba antiguamente, existe desde tiempos muy remotos; son personas que desde entonces, vienen desempeñando una labor importante en nuestro país.

Entre los Otomíes, a la partera la describen de la siguiente manera: una vieja horrible, encorvada por los años, con sus cabellos blancos y serdosos, tez amarillenta y penetrante. En cambio podemos decir que en la actualidad ésta apariencia ha cambiado, en realidad si es una persona de edad madura o avanzada, (ver cuadro No. 1), efectivamente algunas encorvadas por la edad, la mayoría con sus cabellos blancos y no serdosos; sino revueltos por el aire, debido a la actividad que realizan como amas de casa y del campo, su apariencia facial inspira confianza y su mirada es tierna y amable. Ellas llevan mucho tiempo atendiendo partos. Antes se decía que iniciaban esta extraña profesión porque eran viudas, mujeres de mediana edad, que después de casada no logran tener un hijo o que al tenerlo se murieron, pues bien de las parteras de Jacala y la Misión el 70% son viudas y el resto son casadas.

Las actividades que desempeñaban antes eran totalmente empíricas, sin embargo nos damos cuenta que ellas llevaban ya un control prenatal, a su manera, les proporcionaban consejos y cuidados a la embarazada. Cabe mencionar que en la etapa Prehispánica, la partera le decía a la embarazada que no cohabitara con su marido tanto en el primer trimestre como en el último ya que si lo hacía, cuando el niño naciera lo narraría. En la actualidad es un cuidado muy importante, claro ya con otra mentalidad, como sabemos en el primer trimestre se recomienda esto para evitar una amenaza de aborto y en el tercer trimestre se evita un parto prematuro, en ambos casos si hay antecedentes gineco-obstétricos.

Ahora bien, en la atención de parto, cuando este se acercaba, la partera se iba a vivir a casa de la paciente para estar pendiente de su estado.

Debido a que llevan mucho tiempo atendiendo partos; esto ha contribuido a que con su experiencia tan enriquecida logren atender partos distócicos exitosamente y así tenemos que el 80% llevan más de 16 años realizando esta actividad.

Es considerable el número de partos que han atendido, el 50% entre 200-500 partos desde su inicio, esto respalda lo anterior, pues la persona que atiende más partos adquieren más experiencia práctica y por lo tanto soluciona con mayor facilidad alguna complicación que se presente durante el trabajo de parto, pues antes cuando se presentaban complicaciones llamaban a indios

hechiceros; los cuales aseguraban que la mujer no podía parir porque había cometido un fuerte pecado y la hacían confesarlo y por último si esto no daba resultado la dejaban sola para perecer, pues por lo general éstas gentes temían y rechazaban al médico y al Hospital.

Todavía hay poblaciones que no tan fácilmente aceptan al personal de salud, por su cultura, religión y costumbres. Es un reto para la E.E.C. hacer cambiar la ideología de la gente a través de su personal; el cual está integrado por un médico coordinador, supervisoras y auxiliares de salud.

Para prestar un servicio a la comunidad, primero hay que aprender como hacerlo, así las parteras el 50% de ellas, adquirieron los conocimientos de sus progenitores y las restantes lo aprendieron de otra partera, médico o enfermera.

En el Edo. de Hidalgo, se cuenta con un total de 755 parteras que trabajan en los más apartados poblados, y tienen algunas de ellas apoyo a su labor al personal médico y paramédico.

El programa de parteras rurales se inició en 1974, en sólo 17 entidades federativas de la República; el cual ha mostrado en la actualidad que se trata de una verdadera expresión de solidaridad humana, orientada a la salud del binomio madre-hijo.

En los cursos no se pretende formar a las parteras rurales, sólo se adiestra y capacita a las ya existentes y que ejercen en forma empírica su labor de beneficio social.

Tras dos semanas reciben orientación teórica y práctica reafirmando sus conocimientos adquiridos de sus madres y abuelas y aprenden los manejos higiénicos y adecuados de la gestante y su producto.

De la muestra que se estudió, el 60% ha tenido cursos de capacitación, incluso el 30% de las mismas han recibido adiestramiento por parte de personal profesional, por lo cual se observa mejor calidad de atención al grupo materno-infantil.

El trabajo de las parteras no es fácil, ya que generalmente deben caminar varias horas para llegar al domicilio de la parturienta. Al llegar a casa de la paciente, la reconocen con maniobras externas e interrogatorio, posteriormente arreglan el lugar en donde van a atender el parto. Antes era un lugar que llamaban esfera, ponían ropa que la familia ya no usaba y un

petate y preparaban el muñeco, el cual consistía en un atado de lienzos viejos que colocaban en el mesogastrio y lo sostenían con una faja ancha bien apretada, y además preparaban una sogá amarrada con nudos la cual era sostenida de la viga de la habitación, con la finalidad de que la paciente se tomara de él.

Actualmente es raro presenciar esto, pero desgraciadamente aún las parturientas, sobre todo de las comunidades lejanas, lo siguen viviendo exactamente igual que antes.

La evolución es lenta y hay costumbres que no se pueden erradicar totalmente, como es el uso de plantas medicinales.

En este trabajo se mencionan las plantas que utilizan las parteras de la región, y vemos que en la Historia hay nombres de plantas similares a las de ahora, lo cual quiere decir que sólo cambian de nombre. Usaban la cola de tlacuatzin, chocolate con pimienta, cocimiento de cihupatlí, las parteras de ahora usan el zoapatle que es igual al cihupatlí, o también conocido como chamizo o tho, también usan la ruda, perejil, artemisa, todos y cada uno de ellos tienen propiedades oxitócicas.

La planta que más utilizan es el zoapatle. En estudios clínicos se observó que al administrarlo después del parto evitaba las infecciones puerperales, se menciona esto como fundamento para poder decir que debido al zoapatle no se presentan trastornos considerables y datos de morbi-mortalidad lo demuestran también.

En el momento de atender el parto el 80% lo realiza en la cama y opta por colocar a la paciente en decúbito dorsal ya que antiguamente colocaban a la paciente arrodillada en el suelo. El 40% le realiza baño y aseo vulvovaginal.

Las parteras antiguas se colocaban frente a la enferma y con ambas manos le frotaban el vientre o se lo comprimían, favoreciendo así los dolores o la expulsión del feto. Nunca hacen tacto vaginal, todo es manipulación externa. Hasta la fecha sólo el 30% hacen tacto vaginal y el resto no. Una vez que el feto ha sido expulsado el 60% cortan el cordón umbilical con tijeras y lo ligan con hilo de coser o estambre delgado, antes lo cortaban con un pedazo de obsidiana, pues decían que si lo cortaban con cuchillo u otro metal el niño cuando fuera grande iba a ser un asesino, además lo ligaban con hilo de color negro, ya que éste es caliente, antes de hacer la disección del cordón lo amarraban de una de las piernas de la paciente con la finalidad de que no

ascendiera, esta costumbre aún persiste en algunas comunidades y principalmente con las parteras no capacitadas.

Lo que toca a las parteras capacitadas que son el 60%, realizan maniobras de Leopold, se lavan las manos, aspiran secreciones al recién nacido, ligan y cortan el cordón umbilical, dominan el mecanismo de alumbramiento, mantienen cubierto al producto y se lo dan a su madre, identifican complicaciones y lo canalizan al centro de Salud en caso necesario.

Las mismas actividades realizan las no capacitadas 40% a excepción de que éstas no realizan maniobras de Leopold, algunas de ellas no se lavan las manos, sólo esperan a que el producto sea expulsado para cortar el cordón umbilical y se lo dan a su madre, si hay posibles complicaciones durante el parto no lo canalizan por temor al personal médico.

Con respecto a las actividades que no realizan las parteras tradicionales son las siguientes:

No aplican gotas oftálmicas, tampoco aplican Vit.K al recién nacido. De las 6 capacitadas 5 no realizan aseo vulvovaginal, no aplican ningún desinfectante, no atienden el parto en un lugar condicionado, no conocen la dinámica de la expulsión del producto, no realizan revisión de placenta y anexos.

De las parteras no capacitadas que son 4; 3 de ellas no saben con exactitud determinar un trabajo de parto verdadero, no usan desinfectante en las manos, ni realizan aseo vulvovaginal, no identifican un parto complicado, por lo mismo no lo refieren en forma oportuna, tampoco revisan placenta y anexos, ni aplican medicamentos en el puerperio.

Se ha visto que tanto las parteras capacitadas y las no capacitadas proporcionan la atención materno-infantil de una manera similar; lo cual quiere decir que no cambian tan fácilmente su actitud a pesar de los cursos.

Se ha observado que no basta sólo la capacitación, sino también se debe adiestrar continuamente a éste personal, para lograr una atención de calidad; ésto lo respalda dicha investigación ya que con ellas se nota la diferencia, por lo cual se recomienda un adiestramiento en servicio por personal profesional, para contribuir a disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil.

## ALTERNATIVAS DE SOLUCION



### 11.3 Alternativas de solución.

- Dar mayor énfasis al programa de parteras tradicionales.
- Llevar a cabo programa de adiestramiento y control técnico de parteras empíricas de la zona de influencia de cada unidad a fin de mejorar su participación en la vigilancia y atención de embarazo y reducir los riesgos de la atención no institucional del parto.
- Que el personal médico y paramédico apoyen dicho programa, participando en la capacitación continua.
- El equipo de salud debe ver en la comunidad no un objeto receptor de la atención médica, sino un sujeto participante; lo cual se logra a través de la educación, de la motivación, del diálogo permanente con la comunidad para lograr la aceptación de los programas de salud planeados.
- Concientizar al personal profesional sobre la importantísima labor que realizan las parteras en las comunidades.
- En los cursos de capacitación formal se debe:
  - . Proporcionar con oportunidad el maletín a las parteras.
  - . Los temas deben ser enfocados básicamente a la atención de Embarazo, Parto y Puerperio.
  - . Al inicio del curso se debe proporcionar un manual ilustrativo, para que la partera en un momento dado allá en su comunidad le sirva como medio de apoyo a problemas detectados.
- Que pasantes de la E.N.E.O. prosigan el seguimiento de este personal. Para hacerlo de una manera formal, que en los objetivos de dichos pasantes incluyan el adiestrar en servicio a las parteras en sus localidades.
- Una buena preparación de las enfermeras Obstétricas y en ocasiones una bien intencionada ilustración de las empíricas y comadronas, podrían servir para proporcionar la atención obstétrica correcta, pues unas y otras atenderían con éxito los partos normales y con un buen juicio sabrían llamar en su auxilio al ginecólogo, en las distocias o en las contingencias patológicas que surgieron en el curso de la etapa prenatal.

En cuanto a las plantas medicinales se sugiere que se haga una prueba piloto en el Estado de Hidalgo, en lo que se refiere a la administración del zoapatle antes y después del parto; con la finalidad de retomar la medicina tradicional y fundamentar la utilidad tan valiosa que tiene esta planta con propiedades oxicíticas.

## **GLOSARIO DE TERMINOS**

## 12. GLOSARIO DE TERMINOS

**ACTITUD.** F. Gesto o postura corporal que refleja un estado de ánimo. Psicología. Esquema de comportamiento o disposición para actuar selectivamente en una forma determinada más que en otra.

**ANTOJO.** M. Capricho, el que la imaginación popular atribuye a las embarazadas y relaciona con las manchas cutáneas del recién nacido.

**APTITUD.** F. Calidad de apto, cualidad por la que algo es adecuado a un propósito, capacidad para desempeñar un trabajo u ocupar un cargo. Habilidad natural para adquirir cierto tipo de conocimiento.

**ARCA.** F. Baúl de tapa plana, caja de vidrio, horno donde se introducen las piezas después de labradas.

**BOVEDA.** Parte convexa por su cara superior y exterior y cóncava por la cara inferior; techo.

**CAÑO.** M. Tubo corto, gralte de metal, vidrio o barro. Tubo de metal por donde sale el agua de una fuente.

**CENIDA.** ADJ. Ajustado, se dice de los insectos con una marcada división entre el tórax y el abdómen.

**CODIFICACION.** F. Acción y efecto de codificar, en informática traslación de un programa al lenguaje simbólico del ordenador.

**CONJETURAS.** Suposición o idea de algo a través de ciertos signos.

**CUADRIL.** M. Hueso del anca.

**DIESTRA.** ADJ. De la derecha, mañoso principio favorable, masculino y femenino matador de toros, masculino roncal de una caballería.

**DISMENORREA.** Irregularidad de la función menstrual y especialmente la menstruación difícil o dolorosa.

**DISTOCIA.** Parto difícil, o doloroso y lento.

**DILIGENTE.** ADJ. Rápido, concienzudo y minucioso en el obrar.

**ESFERA.** F. Cuerpo limitado por una superficie curva cuyos puntos son p (x, y, z). La distancia constante de todos los puntos al centro es el radio (r).

**ENGENDRO.** M. Feto deforme.

**ETNOLOGIA.** Ciencia que estudia las etnias, los pueblos y las culturas, emplea los datos que le suministra la etnología y trata de establecer las leyes que determinan la conducta, las realizaciones y la evolución de un grupo de un área cultural.

**ENTUERTOS.** M. Injusticia, agravio, dolor abdominal que se presenta después de un parto o un aborto, debido a las contracciones uterinas.

**ESTROGENO.** Término general para las sustancias productoras del astro. Cada una de las hormonas producidas por los ovarios, placenta, glándulas suprarrenales y testículos, son esteroides y regulan el desarrollo de la actividad del aparato sexual femenino y los caracteres secundarios. Algunas se sintetizan y se usan con fines terapéuticos, anovulatorios, etc.

**EUTOCICO.** ADJ. Atributo del parto normal.

**FACETAS.** F. Cada cara de un cristal, tallado cada una de las formas que ofrece una personalidad, asunto, etc.

**FETO.** Producto de la concepción desde el final del tercer mes hasta el parto.

**HIPOXIA.** Anoxia moderada.

**IMPUREZA. SUCIEDAD,** Sustancias extrañas que tienen un cuerpo, carencia de pureza o castidad.

**INNATAS.** ADF. Propio de un ser congénito a él.

**MESOGASTRIO.** Región media o umbilical del abdomen, debajo del epigastrio y encima del hipogastrio.

**OBSIDIANA.** F. Roca volcánica formada por vidrio volcánico negro brillante, fractura concoide. Procede de un enfrentamiento rápido de la lava. Se usa para la fabricación de utensilios.

**OTATE.** M. Mex. Bambu.

**PERITONEO PARIETAL.** Membrana serosa, la más extensa del cuerpo, fuerte, incolora, que tapiza las paredes abdominales y superficie interior del diafragma.

**PREÑADA.** F. Embarazada.

**PROGESTERONA.** Hormona sexual del cuerpo luteo, que prepara al endometrio para la recepción y desarrollo del huevo fecundado.

**POLIDISMINORREA.** Menorrea o menstruación aticipada con aumento del número total de reglas.

**RAYAÑA.** ADJ. Que limita con algo. Próxima.

**TENACES.** Atenazar, insistir con obstinación en algo.

**TRAVESAÑO.** M. Pieza que atravieza de una parte a otra, almohada que ocupa toda la cabecera, en deportes larguero de la portería.

**TUNICA.** Capa o membrana.

**VASTAGO.** M. Brote o renuevo de una planta. Conjunto formado por el tallo y las hojas.

**VULVA.** F. Aparato genital externo; lo forma una endidura limitada lateralmente por repliegues cutáneas (labios mayores) recubiertos de vello, y anteriormente por monte venus (pubis) adentro de los labios mayores otros repliegues (labios menores) limitan el vestibulo vulvar donde desembocan la uretra y la vagina.

## ANEXOS

## CUESTIONARIO

**OBJETIVO:** Recopilar información básica para integrar un banco de datos de cada una de las parteras tradicionales.

### DATOS DE LA PARTERA

**NOMBRE** \_\_\_\_\_

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

**EDAD** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_

### DATOS DE ACTIVIDAD COMO PARTERA

1. Cuantos años tiene como partera

- A) 5 años o menos ( )
- B) De 6 a 10 años ( )
- C) De 11 a 15 años ( )
- D) Más de 16 años ( )

2. Aproximadamente cuantos partos ha atendido \_\_\_\_\_

3. Número de partos que atendió el mes pasado \_\_\_\_\_

4. Otras actividades que realiza: \_\_\_\_\_

5. Quién le enseñó a atender partos:

- A) Aprendió sola ( )
- B) Algún familiar ( )
- C) En una escuela ( )
- D) Médico o enfermera ( )
- E) Con otra partera ( )
- F) En hospital o clínica ( )

6. Ha recibido cursos de capacitación

SI ( ) NO ( )

7. Año del último curso: \_\_\_\_\_

Teórico	SI ( )	NO ( )
Práctico	SI ( )	NO ( )

8. En donde atiende el parto:

A) En el domicilio de usted	SI ( )	NO ( )
B) En la casa del paciente	SI ( )	NO ( )
C) En una unidad de la SSA	SI ( )	NO ( )

9. Antes del parto que atenciones realiza o indica a la embarazada

A) Asea a la parturienta	SI ( )	NO ( )
B) Le dá algún té o remedio	SI ( )	NO ( )
C) Le aconseja que debe hacer en el momento del parto	SI ( )	NO ( )

10. A las mujeres que atiende habitualmente les dá:

A) Remedios  
¿Cuál? \_\_\_\_\_  
¿para que sirven? \_\_\_\_\_

B) Medicamentos  
¿Cuál? \_\_\_\_\_  
¿Para que sirven? \_\_\_\_\_

11. En donde coloca a la parturienta para la atención del parto:

A) Suelo	( )
B) Cama	( )
C) Mesa para atender parto	( )
D) Otras, Especifique	_____

12. En que posición coloca a la parturienta para su atención:

A) Acostada	( )
B) Arrodillada	( )
C) En cunclillas o sentada	( )

13. A la parturienta le realiza:

A) Baño	( )
B) Aseo vulvovaginal	( )
C) Tricotomía	( )



14. Una vez que sale el producto y es ligado el cordón umbilical, con que lo corta:

- |                          |     |
|--------------------------|-----|
| A) Cuchillo              | ( ) |
| B) Navaja                | ( ) |
| C) Tijeras               | ( ) |
| D) Tijeras esterilizadas | ( ) |
| E) Lo quema              | ( ) |
| F) Navaja de monte       | ( ) |
| G) Otros. Especificar    | ( ) |
- 
-

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

#### 14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Balseiro, Almarío Lasty. **Introducción a la Administración.** Ed. Acuario, México 1989. 191 pp.
- Burt J. John, Dr. et/al **Educación sexual.** 2da. edición. Interamericana. México D.F. 1981. 539 pp.
- Cecilio Martínez Omar **Informe Técnico de Zoapatle.** Departamento de Investigación. Laboratorio piloto. Voc. 6, México
- Christopher Macy y Frank Falkner. **Embarazo y nacimiento.** Editorial Tierra Firme, S.A. de C.V. 128 pp
- Cuevas Mariano. **Historia de la Nación Mexicana.** 47a. Edición. Porrúa México 1986. 1090 pp.
- Danforth D.N. **Tratamiento de Obstetricia y ginecología.** 4a. Edición. México. Interamericana. 1287 pp
- Diario Oficial de la Federación **Norma Técnica No. 12 para la planificación familiar a la salud.** 2da. Sección. 7 de Agosto de 1986. 73 pp.
- Duran Fray Diego. **Historia de las Indias de Nueva España e Islas de la tierra firme.** Ed. Porrúa. Tomo II. México 1967. 641 pp.
- D.G.P.F. **Documento de capacitación.**
- Enfermería Obstétrica.** 5a. Edición Interamericana México. 547 pp.
- Forma SS- EP-L-85 **Informe Semanal de los casos Nuevos.** 1991.
- Gally Esther. **Manual Práctico para parteras.** 1a. Edición. Galve. México 559 pp.

Garibay Angel María.

**Historia de las Indias de Nueva España e islas de la tierra firme.** Ed. Porrúa. Tomo II. México 1967. 641 pp.

Gavesky V. Ricardo.

**Parto sin dolor.** Decimoseptima Edición. Ed. Ateneo Buenos Aires. 184 pp.

Gen, Grupo de Estudios del Nacimiento

**El Feto y su ambiente. GEN.** Talleres Litográficos. Nov. 1983 México D.F. 111 pp.

Granados García Rafael.

**Diccionario Biográfico de Historia Antigua de México.** Ed. Jus, S.A. México, D.F. Instituto México, 1952. 605 pp.

Hernan San Martin

**Salud y Enfermedad.** Ed. científica la prensa médica. México D.F. 4ta. Edición 893 pp.

Huerta Rodríguez Ma. Guadalupe et/al (TESIS)

**Criterios de Selección utilizados por Supervisoras.** UNAM-ENEO México D.F. 1992.

IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social)

**Ginecología y Obstetricia,** Asociación Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del IMSS. A.C. 2da. Edición, Ed. Eco. Méndez OTEO, México, D.F. 1987. 423 pp.

J. Ingle Bleier.

**Enfermería materno-infantil.** Tercera edición. Interamericana. 288 pp.

Kenneth R. Niswander M.D.

**Manual de Obstetricia Diagnóstico y Tratamiento.** Salvat Editores, S.A. 436 pp.

Dr. León Nicolas

**La Obstetricia en México.** Notas bibliográficas étnicas, históricas. Documentación y críticas, partes 1a. y 2a. México, D.F. 247 pp.

- Ley General **Ley General de Salud.** 5a. Edición Ed. Porrúa, México 1989, 1040 pp.
- Liv. D.T.Y. et/al **Manual de la sala de trabajo de parto.** El manual moderno. México D.F. 295 pp.
- Dr. Luis G. **Plantas curativas de México.** Colección vida sana libro Méx-Editores S. de Rol. Argentina No. 23 México D.F. 6a. Edición 1984. 370 pp.
- L'Gamiz Matuk Arnulfo **La estadística con aplicación al area de la salud.** Ed. Fco. Méndez Cervantes México. 1987, 250 pp.
- M. Mac Bookmiller. **Enfermería Obstétrica.** 5a. Edición. Interamericana. México 547 pp.
- Martínez Maximiliano **Las plantas medicinales de México.** Sexta edición. Ed. Batas 1992 México, D.F. 642 pp.
- Mendoza, Núñez A. **Manual para determinar la detección de necesidades de capacitación.** Ed. Trillas. México 1984. 134 pp.
- Mesa Vázquez Mario **TESIS: Posición de la embarazada durante el trabajo del parto.** UNAM ENEO, México, D.F. 1980 pp.
- Nelson Lean D. **Consultor de Enfermería Obstétrica.** Ocampo/Centrum IV 2V. 496 pp.
- Núñez Macler G. Eduardo, Dr. **Obstetricia.** 3a. Edición. IMSS. México 1029 pp.
- Pritchard Jack A; et/al **Obstetricia.** 3a. Edición. Salvat. México 1987. 900 pp.

- Goer Font P., DR. **Plantas medicinales.** El discorrides renovado. Ed. Labor, S.A. Novena Edición 1985. 1033 pp.
- Reeder Sharon J. **Enfermería Obstétrica y Neonatología.** Decimoquinta Edición. Haría 1157 pp.
- Rodríguez Estrada Mauro **Liderazgo.** 2a. Edición. Ed. Manual Moderno, México 1988. 143 pp.
- Rodríguez Estrada Mauro **Administración de la capacitación.** Ed. Mc. Graw Hill, México 1990. 122 pp.
- Sasmor L. Jeannette. **Educación para el parto Limusa.** Primera Edición 1982. México, D.F. 338 pp.
- Secretaría de Salud. **Cuaderno Técnico de Planificación Familiar.** México. 1986. 170 pp.
- Secretaría de Salud. **Cuaderno Técnico No. 12.** 368 pp.
- Sociedad Médica. **Centro Materno Infantil General Maximiliano Avila Camacho.** 151 pp.
- SOLIDARIA **Las Abuelas de Ombligo, IMSS.** Coordinación General de Comunicación Social. México, D.F. Agosto 1990. 80 pp.
- Stivalet Egda. **Yoga para el parto natural consciente.** Editorial Diana. 1a. Edición 1981. 293 pp
- Taylor Stewart. **Obstetricia de Back.** Decima Edición. Interamericana. 349 pp.
- Vásquez Barrera Alfredo, Portillo León Miguel et/al. **Historia documental de México.** UNAM Instituto de investigaciones históricas Mex. 1964. 436 pp.
- Universidad Nacional Autónoma de México. **Cuaderno de apoyo a la investigación** Editorial Talleres de la ENEO 2da Edición México D.F. 97 pp.  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.