

225

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

" CONDUCTAS Y CREENCIAS DE LA PARTERA TRADICIONAL EN LA ATENCION
PRENATAL, AL PARTO Y AL PUERPERIO, Y SU COMPARACION CON EL ESQUEMA DE
ATENCION ACTUAL DE LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA "

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

GERMAN ANGUANO LARRAURI.

ASESOR ACADEMICO.

L.E.O. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ.

MEXICO D.F., NOVIEMBRE DE 1984.

U. N. A. M.
 ESCUELA NACIONAL
 DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

COORDINACION DE ASISTENCIA
 SOCIAL Y DE ATENCION ESPECIAL
 DE TERCER NIVEL

[Handwritten signature]

FALLA EN EL ORIGEN



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.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

Que gracias a su apoyo y confianza depositadas a lo largo de mi vida, hoy hacen posible mi formación profesional.

A MIS HERMANOS LAURA Y CARLOS:

Que con su mutua colaboración y comprensión, me han ayudado en el logro de todas mis metas y en la culminación de la presente tesis profesional.

A MIS FAMILIARES:

Por su gran apoyo y sus fervientes deseos de lograr la más grande de mis metas.

AL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO, ADMINISTRATIVO, PASANTES DE ODONTOLOGIA Y ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE TACAMBARO, MICHOACAN:

Por su cordial y amistosa hospitalidad, y facilidades otorgadas en la realización de mi servicio social y la presente tesis.

A LAS PARTERAS DEL MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN:

Que sin su cooperación, el presente estudio no hubiese sido posible.

A LA SRA. ALICIA MALDONADO:

Por sus consejos a lo largo de mi trayectoria académica, y que hoy agradezco infinitamente.

Descanso en paz.

PROLOGO.

INTRODUCCION.

1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION.

- 1.1. Descripción de la situación problema.
- 1.2. Identificación del problema.
- 1.3. Justificación de la investigación.
- 1.4. Objetivos.

2. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.

- 2.1. Variables.
- 2.2. Campo de investigación.
- 2.3. Tipo de investigación.
- 2.4. Recursos.
- 2.5. Selección de métodos, técnicas e instrumentos de trabajo.

3. MARCO TEORICO REFERENCIAL.

- 3.1. Antecedentes.
- 3.2. La salud en el medio rural mexicano.
- 3.3. Antecedentes de la partera.
- 3.4. La obstetricia.
- 3.5. Las parteras de Anáhuac.
 - 3.5.1. Preparación y atención del parto.
 - 3.5.2. Cuidados del recién nacido.
 - 3.5.3. Ombligo.
 - 3.5.4. Amnios.
 - 3.5.5. Placenta.
- 3.6. La partera tradicional y sus concepciones mágico-religiosas.
- 3.7. Características de las parteras tradicionales.
- 3.8. Trabajo de las parteras tradicionales.
 - 3.8.1. Atención prenatal.
 - 3.8.2. Trabajo de parto y nacimiento.
 - 3.8.3. Funciones posnatales.
 - 3.8.4. Rituales.
 - 3.8.5. Servicios relacionados con la infecundidad.
- 3.9. Status de las parteras tradicionales.
- 3.10. Colaboración con la medicina moderna.
- 3.11. Atención médica actual.
 - 3.11.1. Parto y trabajo de parto.
 - 3.11.2. Factores que influyen en el trabajo de parto.
 - 3.11.2.1. Pasaje: Pelvis.
 - 3.11.2.2. Pasajero: Feto.
 - 3.11.2.2.1. Estación.
 - 3.11.2.2.2. Situación.
 - 3.11.2.2.3. Presentación.
 - 3.11.2.2.4. Posición.

- 3.11.2.2.5. Actitud.
- 3.11.2.2.6. Sincitismo y asincitismo.
- 3.11.2.3. Poder e intensidad; El útero en el trabajo de parto.
- 3.11.2.4. Psique: Adaptación materna al trabajo de parto.
- 3.11.3. Etapas del trabajo de parto.
 - 3.11.3.1. Primera etapa o de dilatación.
 - 3.11.3.1.1. Fase latente.
 - 3.11.3.1.2. Fase activa.
 - 3.11.3.2. Segunda etapa o de expulsión.
 - 3.11.3.3. Tercera etapa o alumbramiento.
 - 3.11.3.4. Cuarta etapa.

4. PRESENTACION Y DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS.

5. REPLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

6. CONCLUSIONES.

7. SUGERENCIAS.

8. ANEXOS.

- 8.1. Cronograma de actividades.
- 8.2. Cédula de entrevista a parteras.
- 8.3. Glosario de términos.
- 8.4. Figuras.
 - 8.4.1. Figura No. 1: Ixculna.
 - 8.4.2. Figura No. 2: Planos de la pelvis.
 - 8.4.3. Figura No. 3-A: Vista superior del cráneo fetal.
 - 8.4.4. Figura No. 3-B: Diámetros del cráneo fetal.
 - 8.4.5. Figura No. 3-C: Estaciones de la cabeza fetal.
 - 8.4.6. Figura No. 3-D: Situación y presentaciones fetales.
 - 8.4.7. Figura No. 4: Patrón de la contracción uterina.
 - 8.4.8. Figura No. 5: Borramiento y dilatación del cuello uterino.

9. BIBLIOGRAFIA.

CONTENIDO

	Pag.
PROLOGO.....	5
INTRODUCCION.....	6
1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION.	
1.1. Descripción de la situación problema.....	11
1.2. Identificación del problema.....	12
1.3. Justificación de la investigación.....	12
1.4. Objetivos.....	14
2. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.	
2.1. Variables.....	16
2.2. Campo de investigación.....	16
2.3. Tipo de investigación.....	16
2.4. Recursos.....	17
2.5. Selección de métodos, técnicas e instrumentos de trabajo.....	17
3. MARCO TEORICO REFERENCIAL.	
3.1. Antecedentes.....	20
3.2. La salud en el medio rural mexicano.....	22
3.3. Antecedentes de la partera.....	23
3.4. La obstetricia.....	25
3.5. Las parteras de Anáhuac.....	28
3.5.1. Preparación y atención del parto.....	28
3.5.2. Cuidados del recién nacido.....	30
3.5.3. Ombligo.....	31
3.5.4. Amnios.....	33

3.5.5. Placenta.....	33
3.6. La partera tradicional y sus concepciones mágico-religiosas.....	34
3.7. Características de las parteras tradicionales.....	36
3.8. Trabajo de las parteras tradicionales.....	37
3.8.1. Atención prenatal.....	38
3.8.2. Trabajo de parto y nacimiento.....	38
3.8.3. Funciones posnatales.....	39
3.8.4. Rituales.....	40
3.8.5. Servicios relacionados con la infecundidad.....	40
3.9. Status de las parteras tradicionales.....	41
3.10. Colaboración con la medicina moderna.....	42
3.11. Atención médica actual.....	45
3.11.1. Parto y trabajo de parto.....	45
3.11.2. Factores que influyen en el trabajo de parto.....	46
3.11.2.1. Pasaje: Pelvis.....	46
3.11.2.2. Pasajero: Feto.....	47
3.11.2.2.1. Estación.....	48
3.11.2.2.2. Situación.....	48
3.11.2.2.3. Presentación.....	49
3.11.2.2.4. Posición.....	49
3.11.2.2.5. Actitud.....	49
3.11.2.2.6. Sinclitismo y asinclitismo.....	49
3.11.2.3. Poder e intensidad: El útero en	

el trabajo de parto.....	51
3.11.2.4. Psique: Adaptación materna al trabajo de parto.....	51
3.11.3. Etapas del trabajo de parto.....	52
3.11.3.1. Primera etapa o de dilatación	52
3.11.3.1.1. Fase latente.....	54
3.11.3.1.2. Fase activa.....	56
3.11.3.2. Segunda etapa o de expulsión	56
3.11.3.3. Tercera etapa o alumbramiento	60
3.11.3.4. Cuarta etapa.....	60
4. <u>PRESENTACION Y DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS...</u>	63
5. <u>REPLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</u>	118
6. <u>CONCLUSIONES.....</u>	125
7. <u>SUGERENCIAS.....</u>	139
8. <u>ANEXOS.....</u>	143
8.1. Cronograma de actividades.....	144
8.2. Cédula de entrevista a parteras.....	145
8.3. Glosario de términos.....	147
8.4. Figuras.....	153
8.4.1. Figura No. 1: Ixcuina.....	154
8.4.2. Figura No. 2: Planos de la pelvis.....	155
8.4.3. Figura No. 3-A: Vista superior del cráneo fetal.....	156
8.4.4. Figura No. 3-B: Diámetros del cráneo fetal.....	156
8.4.5. Figura No. 3-C: Estaciones de la cabeza fetal.....	157

8.4.6. Figura No. 3-D: Situación y presentaciones fetales.....	158
8.4.7. Figura No. 4: Patrón de la contracción uterina.....	159
8.4.8. Figura No. 5: Borramiento y dilatación del cuello uterino.....	159
9. <u>BIBLIOGRAFIA</u>	160

PROLOGO

SER PARTERA ES SER MADRE MUCHAS VECES...

Tu labor es vital en el progreso, pues con tu trabajo traes al mundo lo más preciado, ¡el ser humano! Esta misión implica una gran responsabilidad, la de sentar las bases de una vida sana y feliz para la madre y el hijo.

El proceso de convertirse en madre es trascendental en la vida de toda mujer. Tus consejos y apoyo a lo largo del embarazo, parto y postparto orientan y brindan ayuda a la pareja.

La partera toma decisiones vitales que permiten salvar la vida, aunque sea en las más precarias situaciones, y sabe prevenir sufrimientos y emergencias mandando oportunamente a sus pacientes al médico o al centro de salud.

El hecho de que tú hayas escogido esta noble misión habla de tu calidad humana, de tu interés por los demás, de tu amor por la vida, de tu sentir hacia otras mujeres con quienes compartes el trabajo y la dicha del nacimiento, de tus manos hechas para recibir la delicada y tierna presencia de un niño y de tu habilidad transmisora entre quienes necesitan de tu experiencia y conocimiento en el mejor desempeño de su labor, como partera empírica o como madre.

Ahora tu labor de partera se amplía. En muchos casos tú serás la persona más capacitada para orientar a los jóvenes de ambos sexos con respecto a su comportamiento sexual y quien, en forma sencilla y natural, deberá ir preparándolos para que conozcan el significado de la planificación familiar.

Formarás conciencia de la responsabilidad que trae consigo el acto de engendrar un hijo, quererlo, cuidarlo y educarlo. Advertirás a las parejas muy jóvenes que los riesgos del embarazo y parto son mayores en la adolescencia y que toda relación sexual durante este periodo debe ser protegida por algún método anticonceptivo. Debes enseñar a todo joven que la mujer alcanza su madurez física y emocional hasta los 18 años.

Orientarás a la madre soltera para que ella desempeñe su maternidad de una mejor forma y la enseñarás cómo prevenir los embarazos no deseados, reconociendo y apoyando a la vez su propia dignidad que tanto necesita.

Ser partera es ser madre muchas veces y la labor que realizas ennoblece a toda persona.

Anameli Monroy de Velasco.

("Tomado de Manual práctico para parteras, Esther Gally, 1977")

INTRODUCCION

En los últimos 50 años, el gobierno de la República ha realizado esfuerzos para atender a la población más desprotegida que generalmente habita en localidades pequeñas y alejadas, en virtud de que los asentamientos humanos dispersos del país dificultan la instalación de servicios de salud para satisfacer las necesidades de las comunidades rurales.

Para atender a esta población, la Secretaría de Salud creó en 1985 la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC-SS), la cual consta de un conjunto de servicios de atención primaria de la salud diseñada para coadyuvar a satisfacer esta demanda.

La EEC-SS se compone de un médico coordinador jurisdiccional; responsable del seguimiento, control y realización de los programas de salud; enfermeras supervisoras, con experiencia en el trabajo rural comunitario, y que tiene a su cargo la capacitación de 10 auxiliares de salud de 10 comunidades promedio que integran un módulo de atención; esta última representa la base de la estructura operativa de la EEC-SS, seleccionada y propuesta por su propia comunidad, proporciona los servicios básicos de salud y promueve medidas que mejoren las condiciones sanitarias en las poblaciones rurales dispersas.

De esta manera, se llevan los servicios básicos de salud a la población mediante un sistema en el que se enlaza una auxiliar de salud comunitaria y la partera tradicional; que son y constituyen los primeros elementos de atención a problemas de salud, y principalmente en la atención al embarazo, parto y puerperio.

Con esta razón, el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, de la Universidad Nacional Autónoma de México, con la realización de esta investigación pretende dar a conocer las conductas y creencias de la partera tradicional del Módulo de Tacámbaro, Michoacán; en la atención

prenatal, el parto y el puerperio, y compararla con el esquema de atención actual de la Estrategia de Extensión de Cobertura.

En donde la atención por parte de la partera en aspectos propios de su ejercicio profesional son vigentes, contando con un bagaje de experiencia y aspectos llenos de tradición y cultura muy amplios; además de estar inmersa en la comunidad a la que pertenece con lo cual conoce mejor la situación en la que se encuentre la persona que recurre a sus servicios, principalmente de atención obstétrica.

En contraparte, la atención médica institucionalizada, que cuenta con personal y equipo modernos para la misma atención, contempla aspectos importantes que ayudan a reducir los índices de morbilidad y mortalidad materno-infantil; pero también recurre a prácticas médicas que producen una agresión física y, más importante, a una de tipo moral, que para la partera son bases principales para una mayor confianza y aceptación en su comunidad.

De esta manera se pretende a través del presente estudio, hacer una comparación objetiva de ambas corrientes en la atención obstétrica, en donde se pueda reconocer las actividades de la partera tradicional como un vínculo de unión con el Sistema Nacional de Salud; a la cual no debe de limitarse su quehacer, sino proporcionarle capacitación y supervisión para garantizar una colaboración más estrecha entre los practicantes modernos y en los tradicionales, y mejorar la atención materno-infantil mexicana y de otros países en desarrollo.

Así la presente investigación, se estructura de tal manera para dar a conocer las bases y fundamento de este estudio, así como la realización del mismo y el análisis, y presentación final de los resultados obtenidos y, por consiguiente, las conclusiones a las que se llegaron al término de la presente tesis recepcional.

El primer capítulo muestra la fundamentación del tema investigado, incluyendo la descripción del problema, la justificación y sus objetivos.

El segundo capítulo contempla la metodología empleada para la realización de la investigación, además de cubrir los criterios para la estructuración del marco teórico referencial; contemplado en el tercer capítulo, el cual muestra aspectos histórico-actuales de la atención obstétrica.

El capítulo cuatro contempla los hallazgos encontrados en la realización de la fase de ejecución de este estudio, y que se resumen en la vigencia de las costumbres en la atención obstétrica, donde la herbolaría cobra un aspecto muy importante en la atención al parto y al puerperio, y por último, es conveniente mantener una capacitación y supervisión activa a las parteras tradicionales más que limitar sus actividades en el ámbito rural. Asimismo cabe resaltar que el término de "tradicional" se debe considerar ya que su práctica, como es revisada en esta etapa de la investigación, contempla aspectos que, si ellos desconocen, llegan a tener el mismo efecto terapéutico que a nivel institucional.

Aunados el capítulo cinco y seis, revisan el replanteamiento de la situación y las conclusiones a las que se llegó en la culminación de este estudio, como son la preservación de este personaje histórico-cultural; revisar los patrones establecidos para la atención obstétrica general a nivel institucional, sin omitir ninguno de los aspectos por los cuales está compuesto; y por último, rescatar los aspectos benéficos de ambas corrientes de atención, con los cuales se pueda reestructurar la atención obstétrica, y quizás otras áreas médicas, para garantizar la satisfacción de las necesidades de atención médica en áreas urbanas y en localidades dispersas y de difícil acceso geográfico.

Por último el capítulo siete contempla las sugerencias que favorecerían la atención obstétrica en el ámbito tradicional e institucional, en donde sea posible compaginar los aspectos beneficiosos de ambas corrientes de atención y reconocer a la partera como un personaje importante, a la cual es preciso dar capacitación; siendo que ésta atiende al 50% de la población rural dispersa y que carece de servicios básicos de salud; asimismo dentro del área institucional, retomar aspectos importantes de la práctica profesional de la partera, los cuales la hacen mantenerse vigente en toda comunidad rural a pesar de que ésta última cuenta con servicios médicos básicos de atención a la salud.

FUNDAMENTACION DEL TEMA INVESTIGADO

DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA

La medicina tradicional, medicina indígena, medicina empírica, medicina popular, medicina herbolaria, medicina folclórica e incluso medicina paralela constituyen un conjunto de expresiones que suelen emplearse como sinónimos. Sin embargo, cabe señalar que la medicina tradicional mexicana constituye un campo bastante bien estructurado de creencias, conceptos y prácticas; y que por la presencia de estas últimas manifiesta una cuota nada desdeñable de aspectos propios de la cultura. El término "arte" -hoy en desuso para referirse al ejercicio de la medicina-, señalaba precisamente esta apelación a lo empírico; entendido positivamente como lo derivado o lo relativo a la experiencia.

Con todo esto, podemos contemplar que la medicina tradicional mexicana expresa valores profundos de la cultura y al mismo tiempo, constituye uno de los principales recursos empleados para la población para la atención de la salud, el combate de las enfermedades y la reparación del daño producido por los accidentes.

Asimismo, y con base en investigaciones antropológicas, se ha comprobado que los médicos tradicionalistas de aquellos tiempos mostraron la existencia de clasificaciones sistémicas de enfermedades; y que además las parteras, curanderos, hueseros y hierberos constituyen y constituyen los principales grupos de terapeutas tradicionales y que registraron la existencia y empleo de una importante materia médica - la herbolaria medicinal -.

En conjunto con este punto, y en relación principal con las parteras, se ha visto que aún en la actualidad y en muchas ocasiones el parto sigue siendo asistido a domicilio y sin la presencia de los facultativos médicos. En donde éstos últimos, dentro de la Obstetricia, se han planteado dos objetivos, concretos: "la obtención de un feto en perfectas condiciones biológicas y la salvaguarda de los intereses maternos". Para lo cual, los especialistas condicionaron que la asistencia del parto

fuese a nivel hospitalario y la obligada presencia del médico (Santiago Dexeus Font 1896-1973, España 1934).

Sin embargo esta aparente simplificación no corresponde ni mucho menos a la práctica habitual de la especialidad, y mayormente se incrementa en casos en que el acceso a la atención médica se ve limitada por la localización geográfica; en donde las parteras, que han estado presentes desde tiempos ancestrales hasta la actualidad, prestan servicios tales y además realizan otras actividades de la medicina empírica como hueseras, curanderas, sobadoras, hierberas, prestan cuidados a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio y atienden al recién nacido. Combinando todas sus actividades de la medicina tradicional con las labores domésticas, agrícolas, sociales y religiosas, desempeñando así un papel de líderes en la mayoría de sus comunidades.

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Con esta explicación conjunta, el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia presenta a continuación la formulación propia del problema, el cual se muestra en el título de este protocolo de investigación y tesis recepcional:

" Conductas y creencias de la partera tradicional en la atención prenatal, al parto y al puerperio, y su comparación con el esquema de atención actual de Estrategia de Extensión de Cobertura".

JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

La República Mexicana, con cerca de 2 millones de kilómetros cuadrados de superficie, tenía una población estimada de 77 millones 938 mil habitantes en 1985. De ellos, 34 millones 293 mil (44%) pertenecían a 87,369 localidades rurales menores a los 2,500 habitantes. Por otro lado, 43 millones 645 mil (56 %) se consideraban de diferentes rangos.

Este hecho nos lleva a reflexionar sobre lo siguiente; estas localidades distribuidas en el país dan una idea de su repartición y las dificultades de comunicación y de servicios, entre otros, los de salud, todo esto nos ayuda a comprender la razón por la que entre el 60 y 80% de los bebés que nacen en los países en desarrollo lo hacen ayudados por las parteras rurales - que mediante acciones antes, en y después del parto salen del vientre materno -. Que generalmente son mujeres de edad madura y analfabetas, que adquirieron esta habilidad mediante el aprendizaje y la experiencia, y no a través de la educación formal. Aún en países donde los gobiernos han tratado de reemplazarlas por personal joven, alfabetizado y capacitado en salud, un gran número de parteras tradicionales continúa ejerciendo sus prácticas y se siguen solicitando sus servicios. Ello implica a ser consecuente y conciente con las capacidades y limitaciones de este histórico personaje.

En este sentido y por lo que respecta a la capacitación de las parteras tradicionales en México, se estima que un 60% de los nacimientos son atendidos por parteras tradicionales y parteras capacitadas, aunque este dato se incrementa al 100% en ciertas comunidades especialmente indígenas.

En el área rural existen alrededor de 100 mil comunidades menores de 2,500 habitantes y muchas de ellas cuentan con más de una partera, lo cual significa que se puede hablar de alrededor de 100,000 parteras; en las cuales, a pesar de su experiencia como comadronas, el conocimiento y ejercicio de los patrones culturales de las poblaciones donde operan y la cantidad y cualidades de las actividades que desempeñan, hay que tener presente sus lagunas de conocimientos específicos de la atención del parto, normas y actos higiénicos y fomento de determinadas destrezas técnicas propias del oficio.

De ahí la importancia de esta investigación en los términos de los objetivos propuestos, pues aún no se cuenta con una información que refleje la situación bio-psico-social y, más aún, prever a

toda instancia la continuidad de este importante factor de la atención a la salud reproductiva de la población.

OBJETIVOS

1. Conocer e identificar cuales son las actividades que realiza la partera tradicional en la atención previa, en el transcurso y la culminación del embarazo.
2. Exponer y señalar cual es el esquema de atención de la Estrategia de Extensión de Cobertura, para la realización de la atención obstétrica.
3. Comparar y valorar ambas corrientes -tradicional e institucional-, para identificar la conveniencia o aceptación de una u otra actividad realizada por la partera o el personal médico para la atención del embarazo, parto y puerperio.
4. Elaborar alternativas de solución para capacitar a la partera tradicional en temas acordes a la atención obstétrica, con los cuales exista un mayor apoyo con los niveles institucionalizados.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

VARIABLES

- CARACTERISTICAS BIO-PSICO-SOCIALES:

1. DATOS PERSONALES: Nombre, lugar de nacimiento, edad, estado civil, idiomas o dialectos, religión y escolaridad.

2. DATOS PROFESIONALES: Inicio como partera, ¿quién le enseñó?, otras actividades, cursos de adiestramiento; consultas prenatales, promedio de partos atendidos, remedios caseros, atención del parto, posición, encomendación, ceremonias, partos distócicos, morbilidad, atención puerperal, continuación del oficio, temas de capacitación y participación comunitaria.

CAMPO DE INVESTIGACION

- LUGAR: Módulo de Tacámbaro, Municipio de Pátzcuaro, en el estado de Michoacán.

-UNIVERSO DE TRABAJO: 10 parteras tradicionales, oriundas de la comunidad de Tacámbaro.

- TIEMPO: Se contemplan los meses de Marzo a Septiembre de 1994, los cuales se consideran en 4 etapas: (cfr. Cronograma de trabajo, anexo I).

a) Planeación: Marzo.

b) Aprobación y ejecución: Abril - Julio.

c) Análisis y presentación de datos: Agosto.

d) Aprobación e impresión final: Septiembre.

TIPO DE INVESTIGACION

De acuerdo al planteamiento del problema, los objetivos, las variables a investigar, los recursos e instrumentos de trabajo; así como la metodología trazada, la presente investigación es de tipo descriptiva - observacional.

RECURSOS

- HUMANOS: 1 pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

- MATERIALES: Papelería:

a) Cédula de entrevista a parteras. (anexo II)

- FINANCIEROS: Designado en tres medios:

1. Beca otorgada a pasantes de Licenciatura con plaza tipo "C", con un monto de N\$ 250.00 mensuales.

2. Beca otorgada por la E.N.E.O., con un monto de N\$ 125.00 mensuales.

3. Aportación económica por parte del responsable de la investigación.

SELECCION DE METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS DE TRABAJO

a) ESTRUCTURACION DEL MARCO TEORICO REFERENCIAL:

Las parteras rurales en México, Manual práctico para parteras; Historia de la Ginecología y la Obstetricia en México, Enfermería Ginecológica y Obstétrica, Enfermería Obstétrica; Plantas medicinales, Moderna Enciclopedia de las Hierbas, El Gran Libro de las Plantas Medicinales; Guía de Estudios para la Prevención de los Defectos al Nacimiento, Populations reports: Programas de Planificación Familiar, Principios de Anatomía y Fisiología; Diccionario Enciclopédico de Medicina, - Diccionario de las Ciencias Médicas; Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado.

b) ANALISIS DEL PROBLEMA:

El cual contempla 4 etapas:

- 1a. Aplicación de las cédulas de entrevista a las parteras rurales.
- 2a. Recolección de la información, tabulación estadística y representación gráfica de los datos.
- 3a. Interpretación de resultados, conclusiones y redacción del informe.
- 4a. Presentación final de la tesis recepcional.

c) ELABORACION DE CONCLUSIONES:

Que, para tal efecto, se contemplan los siguientes aspectos:

- Resultados esperados y hallazgos.
- Relación con las variables estudiadas.
- Resultados importantes.
- Alternativas de solución.
- Sugerencias respecto al fenómeno estudiado.

d) PRESENTACION:

- Integración del informe final de la investigación.
- Corrección e impresión final de la tesis recepcional.
- Trámites de aprobación de las tesis recepcional.

MARCO TEORICO REFERENCIAL

MARCO TEORICO REFERENCIAL

ANTECEDENTES

Las mujeres como proveedoras de asistencia médica, son parte de la herencia cultural de la civilización occidental. Lo que ha ocurrido desde siglos atrás hasta la actualidad es parte de ello.

Las mujeres siempre han sido proveedoras de asistencia médica; ejercieron sin licencia la medicina y la anatomía; practicaron abortos y fueron enfermeras y consejeras; farmacólogas que cultivaban hierbas medicinales e intercambiaban los secretos de su uso; y parteras que viajaban de casa en casa y de pueblo en pueblo. Durante siglos fueron practicantes sin título, se les vedaba la lectura de los libros y el asistir a conferencias; aprendían por ellas mismas y transferían su experiencia de vecina en vecina y de madre a hija. La gente las llamaba "comadronas" y las autoridades brujas o charlatanas. La medicina es parte de la herencia femenina y de la historia, y uno de los derechos connaturales de la mujer.

El hecho de que las mujeres suministren y reciban asistencia médica, es parte de esa herencia cultural y sus funciones de madre y esposa constituyen un capítulo de la historia escrita.

"Cuando llegamos a este mundo, y en nuestro lecho de muerte, nos encontramos en una situación de desamparo total y dependemos por completo de los servicios de la mujer". Aquí Alfred Worcester reconoce a las mujeres en su función esencial e innegable en la procreación, así como -- su participación inmemorial en la prestación de asistencia médica en los años que marcan el inicio y el fin de la vida del ser humano.

La función de las mujeres como prestadoras de servicios médicos es anterior a la historia es

crita. Y en relación a las parteras, Graham cita lo siguiente:

"Si consideramos que los médicos o las parteras son "nuevos", creo que la historia nos indica rotundamente que las segundas procedieron, con mucho, a los primeros. De hecho, cabría decir que las parteras iniciaron su trabajo nueve meses después de que hubo dos mujeres y un hombre en el planeta"

Las mujeres dedicadas a prestar cuidados médicos, con mucha frecuencia eran las únicas personas que aportaban servicios de ese tipo a la gente pobre y a otras mujeres. En los Estados Unidos, recién independizado, las mujeres proporcionaron atención médica en la misma forma que lo habían hecho siglos anteriores. Esta situación no es exclusiva de los primeros años de dicho país, sino que persistió incluso en el siglo actual. Las mujeres practicaban independientemente, al ser las únicas prestadoras de atención médica para las grandes masas.

La asociación entre la brujería y las artes médicas tampoco fue exclusiva: de tal suerte, fue una vieja tradición que los nuevos asentamientos, al igual que ocurre entre los indígenas, se acompañaban del surgimiento de brujas prestadoras de servicios médicos. Estas últimas con frecuencia eran las únicas que prestaban servicios médicos generales para las personas que carecían de facultativos y hospitales, padecían de pobreza y enfermedades. En forma específica, la simultaneidad de las funciones de la bruja y partera fue muy frecuente; las mujeres eran las únicas que recibían los cuidados de las parteras, como resultado evidente, por lo que también sufrían las consecuencias (falta de cuidados) de tal coexistencia infortunada.

Los médicos de las sociedades obstétricas fundadas durante el siglo pasado, tuvieron un "avencimiento" con las parteras, mediante el control y el otorgamiento de licencias, como culminación de una vieja lucha entre ambas partes. La lucha entre parteras y médicos aumentó con el advento de una educación médica más formal en el siglo pasado.

A pesar de ello, las parteras continuaron ejerciendo su práctica: pero en algunos países fue diferente. El hecho de que se vinculara a las parteras con la brujería asestó un golpe mortal a la ob-

tetría, ya que se promulgaron leyes que prescribían dicha actividad, y sus efectos fueron más allá de los puramente legales.

"La cacería de brujas no hizo que desaparecieran las "curadoras" de la gente pobre, pero dejaron en ellas para siempre el estigma de que era algo supersticioso y quizá malévolos".

Los médicos varones tuvieron éxito, por virtud de sus propios esfuerzos y a raíz de la cacería de brujas, en la supresión y el desacreditamiento de las "curadoras" no profesionales. Sin embargo, no debemos creer que ellos eran suficientemente humanitarios para prestar sus servicios a la clientela que les resultaba menos lucrativa, situación por la que aún en 1910 el 50% de los partos fueron atendidos por parteras. La amenaza que ello representaba para la nascente especialidad de la ginecología, era intolerable, de modo que los varones presionaron por medio de las leyes y otros medios más sutiles, a fin de generar desconfianza y descrédito hacia las parteras.

De esta manera, la práctica de la partería, incluso llevada a cabo por enfermeras obstétricas competentes, instruidas y con título, no se ha recuperado de dicho ataque, y ni ha podido ocupar el lugar que le corresponde en el sistema actual de servicios médicos, excepción hecha en casos aislados. (1)

LA SALUD EN EL MEDIO RURAL MEXICANO

La creciente población y la baja producción y la productividad de los bienes y servicios que han de satisfacer las necesidades de vida como: alimentación, vivienda, vestido, calzado, educación, recreación, salud, trabajo, etc.; por otro lado, la gran dispersión de la población, las dificultades de acceso para llegar a las localidades, las políticas gubernamentales en torno a la economía, así como

(1) HAWKINS. Enfermería Ginecológica y Obstétrica. p. 3

las distintas etnias y sus propios patrones culturales, dificultan la disponibilidad de los servicios de atención médica para la salud de la población que reside en el medio rural.

Además del deterioro de la salud de esa población, ella está condicionada por los riesgos y daños a la salud a la que está expuesta. Estos daños son identificables por las altas tasas de morbi-mortalidad, tanto generales como específicas: infantil, preescolar y materna. Asimismo, se tienen que considerar las implicaciones que el ambiente insalubre, la insuficiente y deficiente alimentación y la casi total carencia de instrucción escolar, tienen que ver con la salud pública. Por último, habrá de tener en cuenta la conducta reproductiva no planeada, que conduce a un número excesivo de embarazos, iniciados a edades tempranas y demasiado frecuentes, con repercusiones muy desfavorables en la salud de madre y niños.

Aunado a todo ésto, la propia población o comunidad cuenta con sus recursos para la salud; en donde la partera tradicional y los curanderos, hasta la herbotaria y los voluntarios para la salud están presentes en este rubro; los cuales tratan de mantenerse para ayudar a su población carente de los recursos básicos de atención médica. Razón por la cual interesa conocer las características bio-psico-sociales y patrones culturales de este importante personaje: la partera tradicional.

ANTECEDENTES DE LA PARTERA

Desde tiempos prehistóricos, el nacimiento de los individuos ha ocurrido por el esfuerzo doloroso de la madre, ya sea sola o ayudada por cualquiera de los miembros de su grupo y progresivamente con el auxilio de alguna persona dedicada a dicha función.

La concepción acerca de la partera, se entiende como la que asiste a una embarazada en un parto y está asociada a elementos medulares que conllevan los términos de COMADRE y MATRO-

NA en su sentido tradicional. No obstante, la nominación de partera puede tener otras connotaciones como las de la parteras tradicionales, partera empírica, auxiliar de maternidad, etc. Asimismo, se puede hablar de una enfermera-partera, si su formación es en una escuela de enfermería o bien se les puede calificar de parteras rurales o urbanas, por el medio en que actúan. (2)

Una partera tradicional, algunas veces denominada "auxiliar de maternidad tradicional" o AMT, ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como "una persona que ayuda a la madre en el parto y que originalmente adquirió sus habilidades atendiendo partos por sí misma o trabajando con otras auxiliares de maternidad tradicionales". Las parteras tradicionales representan una categoría de las practicantes tradicionales que se especializan en las artes curativas para las mujeres y los niños, que tratan con frecuencia una amplia variedad de dolencias y de condiciones por medio de remedios tradicionales. (3)

Conviene aclarar, que a pesar de que los nombres pueden variar según la sociedad nacional o étnica específica de que se trate, la concepción de partera tradicional está sustentada en los mismos factores que se toman en cuenta para su perfil profesional.

Las parteras tradicionales son mujeres de edad madura o avanzada, con gran inclinación religiosa, casadas o viudas en gran proporción, con escasa escolaridad y nulos conocimientos científicos y técnicos acerca del embarazo, parto y puerperio; pero con gran experiencia en la atención al parto, que provoca confianza con las parturientas de sus comunidades.

Harold Speert señala: "La historia de la obstetricia es la historia de la civilización misma". Durante la cual, las mujeres atendían sus propios partos, en forma instintiva, más por lo doloroso irrever-

(2) BRAVO. *Las parteras rurales de México*, p. 25

(3) POPULATIONS REPORTS. *Programas de Planificación Familiar*, p. 3

sible del proceso del parto y del alumbramiento, que por motivos de procreación de la especie y seguramente años después, el largo y dramático proceso de la maternidad empezó a considerarse de manera racional. Lo que dió inicio a la ayuda de la parturienta en el momento crítico, dado por otras mujeres que ya habían tenido experiencia.

Es probable que las propias madres, llegada la ocasión, transmitirán oralmente sus experiencias y cómo habría de actuar en el evento del nacimiento de un nuevo ser, aunque pudo haber ocurrido que algunas adolescentes o mujeres del mismo clan o tribu, se constituyeran en "ayudantes o tenedoras" de la comadrona principal.

Podría pensarse que la iniciación en los secretos del oficio de las comadronas, pudo haberse dado en algunas mujeres que por sus cualidades o disposiciones en estos quehaceres, hayan sido seleccionadas para su adiestramiento en el arte de ayudar a parir. Desde luego, que tal adiestramiento iniciado por la futura comadrona; desde su posición como "ayudante, auxiliar o tenedora", culminaba cuando posea conocimientos y habilidades adquiridos por transmisión oral, observaciones y ya habían atendido varios partos.

De ahí que las comadronas fuesen durante mucho tiempo, las que se hacían cargo de los partos. Estas especialistas del arte obstétrico, ejercían virtualmente el monopolio gracias a su habilidad; hasta el siglo XVI, donde esta situación cambió radicalmente en el viejo continente... los médicos comienzan a asistir los partos normales; además se organizan estudios para comadronas y cirujanos y se publican para ello numerosos manuales dedicados al arte obstétrico, lo que determinó una transformación de gran trascendencia para el futuro de la especialidad.

LA OBSTETRICIA

Una palabra muy cercana a las actividades del embarazo, el parto y el puerperio, es la obstetricia.

tricia. Dicha palabra deriva de la voz latina OBSTETRICES de OB, delante y STARE, estar. Además esta voz da origen al término: obstetriz o partera; es decir, que con este nombre se designan a las mujeres que para asistir a las parturientas, se colocan al lado o enfrente de éstas.

La ayuda a las mujeres en el momento del parto, estuvo en un principio encomendada a manos profanas y sólo con el transcurso del tiempo llegó a constituir una auténtica ocupación habitual u oficio de carácter exclusivamente femenino, la Matrona monopolizó este tipo de práctica asistencial durante siglos, hasta que a partir del siglo XVII la obstetricia comenzó a estudiarse y a ejercitarse en el marco de la medicina oficial, una vez separadas las agudas críticas y la incomprensión de que había sido objeto.

Por otro lado, se reconocen determinadas actividades dirigidas estrictamente a los partos "difíciles". Desde este punto de vista, se puede decir que OBSTETRICIA, es la clínica del estado grávido de la mujer en toda su evolución fisiológica y sus accidentes patológicos, pues comprende dos -- grandes divisiones: la eutocia o estado puerperal fisiológico y la distocia o estado puerperal patológico.

Otra consideración digna de tomar en cuenta, es que la medicina como arte y ciencia de curar, ha tenido un desarrollo similar en casi todos los pueblos del orbe. Así, en el caso particular de México, la medicina y el ejercicio del oficio de las parteras y la práctica de la obstetricia, guardan un paragón similar

Ello puede mostrarse desde que el hombre trató de interpretar y curar sus males, lo que pudo dar origen a la prehistoria de la medicina. De ello se tienen vestigios en las cuevas a través de grabados o pinturas rupestres, así como restos óseos de humanos (cráneos trepanados o dientes con incrustaciones), que dan una idea de prácticas mágico-religiosas empeñadas en curar o prevenir las diversas enfermedades, hasta ese tiempo conocidas.

A la etapa mágico-religiosa siguió la Teurgia o Medicina Teística, cuya concepción central era el castigo divino por conducto de las enfermedades que los dioses, al ser ofendidos, infligían a los infractores. Para intentar la curación de los padecimientos era menester las ceremonias y las oraciones. De ello dan cuenta la Biblia y los códices indígenas del Nuevo Mundo.

Otra etapa puede considerarse, la de la medicina tradicional o empírica en la cual los humanos iniciaron la búsqueda de las causas de las enfermedades y de sus remedios entre minerales, las plantas, animales, agua y otros elementos de la naturaleza.

De ahí que para algunos especialistas, la historia de la civilización es la historia de la obstetricia. Así podría decirse, en torno a los tiempos bíblicos, que los partos eran atendidos por las comadronas, antes que por los médicos, que surgieron en una época posterior. Estas mujeres cuya habilidad y experiencias habían sido motivadas por su interés y las circunstancias sociales y económicas de su tiempo, estaban limitadas; sin embargo, por su falta de preparación específica en el arte de los partos y precaria educación, de tal manera que ello propiciaba su manipulación para fines aviesos.

De esta manera, el ejercicio de la partería por parteras tradicionales siguió un camino azaroso, arriesgado e inseguro. Históricamente pasó de sus prácticas imbuidas de brujería o magia a las posiciones religiosas de la época medieval, aunque la mayoría de la veces la represión no se hizo esperar. En Europa, entre los siglos XV y XVIII, fueron ejecutadas aproximadamente 30,000 personas acusadas de brujería, entre ellas, muchas parteras.

La formación de cirujanos en el siglo XIII, propició la exclusión de capacitación a las parteras así como al impedimento por falta de autorización legal para que ejercieran el oficio de los partos. - Asimismo, influyó en contra del reconocimiento de la obstetricia como una especialidad médica hasta mediados del siglo XIX. La reglamentación mediante ordenanzas municipales, los exámenes, las II - -

ciencias y los cursos de capacitación obstétrica en universidades fueron, entre otros, los obstáculos principales para el ejercicio libre de la comadrona, aunque también privaba en el ambiente social la idea de la falta de conocimientos específicos y la higiene defectuosa en la atención del parto, por este importantísimo personaje.

LAS PARTERAS DE ANAHUAC

En México las ciencias naturales alcanzaron un desarrollo importante, la botánica aplicada a la medicina. Como en otros pueblos primitivos, también la indígena, la medicina se confundía con la magia y la superstición. Se enlazaba y entrelazaba con numerosas concepciones religiosas y filosóficas; los encantamientos, las danzas rituales y los hechizos desempeñaban un papel considerable en la prevención y curación de las enfermedades.

El ejercicio de la medicina entre los aztecas estaba dividido en varias profesiones: Tlama, Tepatl, Teclotl (médicos). Texoxotlatectli (cirujanos). Tezac, Teximani, Teltzmanani (sangradores), Papiani, Panamacani (boticarios). Tjamatqui, Ticli, Temixintliani (parteras) y las mujeres que se dedicaban a abortar por medio de hierbas.

La obstetricia no se consideraba como una función cualquiera u ordinaria, sino como una que debía guardar algunos preparativos y cuidados especiales, mismos que se procuraban mayormente al ir avanzando el embarazo o bien al presentarse complicaciones.

PREPARACION Y ATENCION DEL PARTO:

La preparación involucraba, no sólo a la embarazada y a la partera, sino a los padres de la futura parturienta y a los de su cónyuge, además de otros parientes.

Este acercamiento hacia los cuidados de las futuras madres, partían desde el inicio mismo en que se conocía el embarazo; ocasión en que se reunían por primera vez, para recomendar las atenciones y cuidados que habrían de considerar.

La segunda reunión era cuando la embarazada estaba próxima al parto y era puesta bajo los cuidados de una Ticti; la cual la bañaba y, de creerlo conveniente, enderezar a la criatura. Asimismo, hacían votos para que sus dioses cuidaran de la salud, cuerpo y alma de la partera, a fin de que pudiera servir y ayudar en el oficio de su dominio.

Como tarea inicial encendía fuego en el TEMAZCALLI o casa del señor llamado Xochiacalzin, donde se "arrecian y esfuerzan los cuerpos". Este baño a vapor producto del agua arrojada a piedras calientes, dentro de un cuarto pequeño y cerrado, era aplicado a la parturienta de acuerdo a determinadas recomendaciones, tanto para la forma de bañarse como para la embarazada, por ejemplo;

BAÑO:

- No golpear las espaldas.
- Ni el agua muy caliente, porque peligraba la criatura.

PARA ELLA:

- Antes y después del baño, la partera le palpaba la barriga para conocer la posición de la criatura.
- Que no durmiera en el día, porque podía nacer el niño; que no masticara "Tzictit" (chicle) para que el niño no fuera a tener paladar duro y las encías gruesas, lo que le impediría mamar y se moriría.
- Que no se apenara o enojara, ni se espantara, porque podía abortar o recibir algún daño la criatura.
- A sus parientes les mandaba que le dieran lo que se le antojara.
- Que no ayunara, para que su criatura no pasara hambre.
- Que no comiera tierra, ni tiza, porque su hijo nacería con defecto personal.
- Que tuviera relaciones sexuales moderadas, hasta el primer trimestre, porque su hijo saldría enfermo y de pocas fuerzas. En cambio, cuando ya fuese a parir, se abstuviese del acto carnal, so pena

de que la criatura saldría sucia.

- Que le diesen de comer suficiente y buenos manjares, calientes y bien guisados, mayormente cuando viene su purgación o regla.
- Que no trabajara mucho, ni presumiese de diligente y hacendosa mientras estaba embarazada, ni levantara cosas pesadas y que no corriera, ni tuviera miedo ni espanto de nada, porque le podía venir un aborto.

Ya próximo el momento del parto, la Ticli preparaba la comida de la preñada, la bañaba y de beber una raíz mojada de una yerba llamada CIHUAPACTLI, (oxitócico) para empujar a la criatura; -- asimismo le daban un caldo de tlacuache para facilitar el parto.

En caso de que no pariera, la comadrona "le levantaba en alto, tomándola con ambas manos por la cabeza, menéndola y dábala en las espaldas o con las manos o con los pies decañe, haz fuerza en el caño de la madre, para que salga la criatura".

Con dificultades en el parto; por ejemplo que la criatura se atravesara, la metía al baño, la palpaba y la sobaba para enderezar a la criatura. Si después de una noche y un día no podía parir, la ponían en un cuarto cerrado y ahí oraban. Si la criatura moría en el vientre materno, la partera metía la mano y con una navaja de piedra cortaba el cuerpo de la criatura y lo sacaba en pedazos.

CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO:

Al nacer la criatura, la partera lanzaba voces pregonando que la parturienta había vencido y tenía un hijo.

Si era varón le decía: "seáis muy bien llegado, hijo mío, muy amado"; si era mujer: "seáis muy bien llegada, señora mía". Además le expresaba las dificultades a las que se enfrentarían en este mundo y rogaban porque lo malo se apartara de ellos.

En seguida cortaban el cordón umbilical y la placenta la enterraban en un rincón de la casa. El ombligo, en el caso de los niños, lo secaban y lo enterraban en "medio del campo" en señal de que era ofrecido y prometido al sol y a la tierra, para su oficio de guerra; en cambio, el ombligo de la niña, lo enterraban junto al hogar (fogón) en señal de que debía guardarse siempre en casa.

OMBLIGO:

El Dr. Gutierré Tibón en su obra la Triada Prenatal a la que subtítulo: supervivencia de la magia paleolítica, describe y explica las relaciones significativas, en cuanto a lo simbólico, mítico, ceremonial y tradicional del ombligo, la placenta y la bolsa amniótica; al atribuirle poderes sobrenaturales vinculados con el destino del hombre, por ser en caso del ombligo, el "otro" yo, receptáculo de la mitad del alma.

De esta manera, y en suma de su obra, menciona que el cordón umbilical, con una medida de 50 - 60 cms, que llegase a exceder su longitud normal, complicaría el parto y pondría en peligro la vida del niño.

El hombre primitivo lo consideró árbitro prenatal, de vida o muerte, en donde es aquí donde interviene el aspecto mítico y mágico, que se manifiesta en tabúes y costumbres antiguamente difundidas en todo el planeta. Así en la creencia tarahumara, el recién nacido estaba atado con un alambre invisible que pende del cielo. Este hecho tuvo variantes en las diversas culturas: los chamanes refertan a la soga mágica, y los mexicas a la similitud con la culebra o la serpiente.

Otro aspecto importante es el arte adivinativo u ONFALOMANCIA, que practican comadronas desde hace muchos siglos, lo cual consiste en contar el número de nudos que tiene cada primogénito. El color y la textura que adquiere al secarse, son otras formas que se aprovechan para hacer pronósticos.

Como puede verse, los ombligos tienen un "origen de pureza e inocencia", de lo cual puede inferirse su poder.

El corte del cordón umbilical reviste en muchos pueblos autóctonos de México, un carácter mágico; estos grupos están muy aislados o no cuentan con caminos de fácil acceso, por ejemplo: grupos de Oaxaca, Puebla, Estado de México, Guerrero, Hidalgo e incluso Tarahumaras, Coras y Huicholes.

En estos grupos las comadronas cortan el ombligo con navajas de rasurar, cuchillos, tijeras y menos frecuentemente con otate, carrizo o espadilla (especie de palma con hojas cuyos cantos - aserrados están muy filosos).

La ligadura de los extremos del cordón que se va a cortar, se hace con un hilo negro. La disposición del cordón umbilical cortado a veces se diseña y se guarda, se pone a secar y se cuejga; se lleva en bolsitas de plástico y se clavan en algunos lugares sagrados, árbol de Chalma o los árboles del Santuario en Amecameca, Estado de México. Otras ocasiones se guardan en bolsitas de gamuza o de manta. También es colocado en una bolsa, el ombligo y dinero o el ombligo rociado con mezcal; ya sea para no ser pobre o bien para que el niño que lleve la bolsa se llene de energía (que da el alcohol). Cuando el ombligo es rociado con miel es para que la niña que lo traiga como amuleto, sea dulce, tierna y amorosa.

Además se menciona, que el pequeño muñón del ombligo, a partir del lugar donde ha de que

dar la cicatriz en el vientre de la criatura, es cauterizado de varias formas, a veces quemándolo el extremo del muñón con una braza; otras, con gotas de vela de cebo, así como con merthiolate o yodo.

En relación con el eclipse se comenta que: "si la mujer preñada miraba al sol o a la luna cuando se eclipsaba, la criatura que tenía en el vientre nacería mellados los bezos y por esto las preñadas no osaban mirar el eclipse, se ponían en el seno una navaja de piedra negra, que tocara la carne. Este fenómeno astronómico se interpreta como una lucha cosmogónica en que un monstruo fabuloso trata de comerse al sol. La unicidad entre el hombre y el universo explica que la pugna acarree, si no se toman las debidas precauciones, adversas consecuencias sobre el producto que al nacer presentará huellas del combate, tales como labio leporino u otras malformaciones.

AMNIOS:

La bolsa o saco que contiene la criatura y un líquido cristalino, se le nombra amnios. Este si sale envolviendo al nuevo ser, se le consideraba de muy buen augurio lo que le confiere un atributo mágico, ya que esa bolsa o saco es protector del recién nacido y por lo tanto, "poseedor de una sustancia activa cargada de altísimos poderes mágicos".

En fin que el amnios, el cordón umbilical y la placenta o pares, tienen una alta consideración mágico-mística que ha sido conservada en muchos grupos autóctonos, pero en especial en Australia y México.

PLACENTA:

En la antigua Grecia se hacían unas tortas de harina de trigo con miel que nombraban PLAKOUNTOS, cuyo significado indica: plano o aplanado. Cuando los romanos conquistaron a los helenos, tuvieron la oportunidad de comer tales tortas a las cuales les dieron la voz latina de placenta.

"A fines del siglo XVII la palabra "placenta" fue usada por los naturalistas, primero como término botánico y luego para definir el órgano prodigioso de los mamíferos superiores, parecido a una torta que sirve de unión entre la madre y el ser neonato por medio del cordón umbilical. En España o Hispanoamérica, se conoce con el significativo término de "pares", derivado de parir y junto con el amnios, forma las secundinas, por concebirse como un segundo misterioso alumbramiento necesaria para la conclusión del parto".

En varios países y en México, la placenta tiene poderes mágicos y propiedades oligodinámicas y terapéuticas, por ejemplo:

- En algunos pueblos tiran la placenta a la corriente de un río, pensando que la placenta es una persona: "hermana o hermano" del recién nacido.
- En otros, es común el cuidado de que no se coman la placenta perros o gatos o que no la piquen las gallinas, ya que el niño padecería de convulsiones.
- Por motivos mágico-religiosos, la placenta se enterra dentro o fuera de la casa; se guarda en ella o en canastas de palma; se quema, se disecca o incluso se comen. Se considera que es necesario porque proporciona más leche a la recién parida, debido a que los estrógenos que contiene la placenta, los cuales estimulan el crecimiento del tejido glandular mamario.
- En algunos lugares la placenta se enterra con algunas ceremonias, acompañándola con velas y la cruz cristiana, agua bendita y rezos.
- En la actualidad, los otomíes se siguen comiendo ritualmente la placenta, mezclándola con la carne del llamado "mole de cadera". Acto que realizan, comiéndose la placenta con religioso respeto.

LA PARTERA TRADICIONAL Y SUS CONCEPCIONES MAGICO-RELIGIOSAS

Se dice que la partera es "tradicional" porque todo su bagaje de conocimientos lo obtuvo por aquella transmisión oral, escrita o demostrativa, relacionada con noticias, narraciones, leyendas, his-

torias, hábitos y costumbres; así como también la conservación, por parte de un pueblo, de las doctrinas religiosas, políticas o artísticas, formadas socialmente a través de su historia, de donde radica la tradición y la extensión tradicional.

Sus concepciones mágico-religiosas, se refieren a ese arte en el cual se enseñaban a hacer cosas extraordinarias y admirables ya que, puede pensarse que desde un principio, en algún momento de la vida, el hombre, se orló a explicarse los fenómenos o hechos de la vida en ese "arte"; en -- cuanto a lo que le rodeaba y lo que a él mismo le ocurría.

En cuanto al vocablo religión, estaba relacionado con el temor o escrúpulo religioso; en donde los nahuas, consideraban que las enfermedades eran consecuencia de alguna violación a los preceptos religiosos; dejar de cumplir ayunos, violar la abstinencia o no haber cumplido con algún sacrificio u ofrenda; enfermedades que como castigo, les causaban grandes temores.

Estos dioses estaban relacionados con los días propicios o nefastos que registraban en el Tomalpohualli o calendario religioso, formado por veinte trecenas y el calendario civil o Toxihmolpilli que constaba de 360 días, más cinco días que apreciaban como nefastos (calendario con 18 meses de 20 días cada uno).

Podría aseverarse que sus temores devenían a partir de sus creencias religiosas en torno a las relaciones sexuales y la concepción de las criaturas. Ellos creían que la sexualidad y la procreación se daban por "una merced divina". La diosa que propiciaba lo sexual era Tlazoteotl o Ixcuina -- (cuatro hermanas) que también podía provocar "la lujuria" e inspirar cosas carnales o para favorecer los torpes amores. (fig. 1)

Asimismo, tenían como funciones tutelares el castigo o perdón para aquellas que violaban las normas religiosas o bien acataban alguna penitencia. El perdón estaba condicionado a que los in_

fractores confesasen ante un sátrapa o sacerdote sus faltas.

Otra creencia digna de consideración se relacionaba con la concepción de los hijos, ya que ellos pensaban que las criaturas eran creadas en el más alto de los cielos donde moraban los dioses. A lo cual, pude traerse de colación, los padres de la gran Tenochtitlán expresaban en ocasión del -- anuncio del embarazo de su hija: "Sabed pues todos que nuestro señor ha hecho misericordia, por -- que la señora N, moza y recién casada, ha puesto dentro de ella una piedra preciosa y pluma rica, - puesto que ya está preñada la mozueta". (4)

CARACTERISTICAS DE LAS PARTERAS TRADICIONALES

La partera tradicional se caracteriza principalmente por el trabajo que desempeña -atender a las mujeres durante el parto- y por el tipo de capacitación que ha recibido -aprendizaje y experiencia- en lugar de una educación formal. Pero dentro de esta definición existe una gran variedad en las características de las parteras tradicionales, en el trabajo que desempeñan y en su posición dentro de sus propias comunidades. Esta variedad proviene en parte de las diferentes tradiciones de las diversas regiones, países, castas, tribus, comunidades o aún en aldeas, que la partera tradicional refleja en su trabajo diario. También se deriva de los cambios que están teniendo lugar en los sistemas de atención de salud, educación, empleo y status de la mujer; en pocas palabras, del rápido ritmo de - desarrollo que está alterando las tradiciones a través del mundo.

Para que sea posible capacitar y estimular a las parteras en programas de "salud materno - infantil y planificación familiar", es de suma importancia conocer cuales son las prácticas de este personaje en su propia comunidad; por lo tanto, a continuación se describen algunas de sus características.

(4) BRAVO, Op. cit. p.28

En la mayoría de los países en desarrollo, las parteras tradicionales son mujeres aldeanas analfabetas, post-menopáusicas, que son casadas, viudas o divorciadas y que han tenido varios hijos. Las parteras son por lo general personas mayores, porque en las sociedades tradicionales las mujeres de edad son más respetadas, no están tan restringidas a su hogar ya sea por modestia o por las responsabilidades del cuidado de la familia y tienen más experiencia en partos.

Las parteras tradicionales más jóvenes tienden a ser más alfabetas y más activas y aceptan fácilmente la planificación familiar.

En la mayoría de los casos, las parteras inician su profesión como aprendices de una partera de más edad, por lo general una pariente o una buen amiga. En muchos países, se cree que las parteras tradicionales han sido llamadas por fuerzas sobrenaturales para adoptar la partería como un deber religioso o como un servicio a la comunidad; aunque también, pueden ser escogidas o designadas por sus amigas o vecinas, debido a que tienen habilidades especiales.

Algunas parteras son muy activas en el servicio de toda la comunidad, mientras que otras sólo ayudan a su propia familia y vecinos. Con frecuencia una partera tradicional hereda su clientela de la persona con la quién aprendió. Por lo tanto, su práctica puede estar restringida a cierto grupo de familias y reclutar otras no sería apropiado. La práctica de la partería rural también está limitada a la zona geográfica a la que puede llegar a pie, en animales o en transporte público, algunas veces. En la mayoría de las áreas rurales la partería es un trabajo de tiempo parcial y las parteras trabajan en agricultura o en otras actividades rurales la mayor parte del tiempo.

TRABAJO DE LAS PARTERAS TRADICIONALES

El trabajo de las parteras tradicionales varía en muchas sociedades, así en algunas consideradas "curanderas tradicionales", las cuales cuidan de las mujeres durante sus años reproductivos y durante los partos; no solamente reciben los bebés sino que cuidaban a la mujer durante los periodos prenatales y postnatales, dan consejos sobre atención infantil, infecundidad y anticoncepción, hacen abortos y juegan un papel importante en lo religioso y ritual. (5)

Atención prenatal

La atención prenatal es diferente en cada país y va desde nula, sólo visitas de las embarazadas a la partera; hasta estrecha y sistemática. Con ello pueden anunciar el momento del parto y el inicio de los masajes (para relajar los músculos, aliviar la incomodidad y calcular el progreso del parto), la dieta y las relaciones sexuales con el marido. (6)

Trabajo de parto y nacimiento

En gran parte de las sociedades tradicionales, un nacimiento es un acontecimiento más social que médico. Y, aquí, la partera, como figura central, desempeña un papel activo durante el trabajo de parto, recibiendo al niño y la placenta, y dirigiéndose a las demás personas en sus funciones respectivas.

Durante el trabajo de parto, la partera da masajes a la mujer (para colocar al feto en posición o para aflojar la placenta en preparación para el parto) y le administra bebidas de hierbas, algunas con ingredientes oxicítricos con el fin de acelerar el trabajo de parto. En el momento del parto, muchas parteras ayudan a extraer el bebé y la placenta. (7)

(5) POPULATIONS REPORTS, Op. cit. p. 8

(6) BRAVO, Op. cit., p. 75

(7) POPULATIONS REPORTS, Op. cit. p. 10

Una de las funciones más importantes de la partera tradicional es el corte del cordón umbilical, casi siempre al término de la expulsión de la placenta. Conviene resaltar que ese corte puede ser desde la utilización de los dientes, dos piedras, espadilla, bambú o algún instrumento o utensilio corriente en especial si se practica un oficio; ya sea cuchillo, tijeras, hoces o vidrios, navajas de rasurar, etc. Otro elemento implicado en el corte del cordón umbilical lo constituyen los diversos materiales de cauterización, los cuáles pueden ser: gotas de una vela de cebo, mantequilla, tefarañas, excremento de algún animal, cenizas, unguentos o hierbas, a veces se cauteriza quemando el extremo del muñón del cordón umbilical. En relación con las acciones después del parto, estas van dirigidas al recién nacido como puede ser el baño y vestirlo. En otras partes del mundo las parteras tradicionales ayudan a la limpieza de la casa, lavan y cocinan después del parto, a fin de que la madre descansa y pueda atender a su hijo. Proporcionan también remedios para controlar las fuertes hemorragias y la estimulación de la secreción de la leche materna o atender desgarros perineales.

Funciones postnatales

Después del parto, la partera tradicional puede ayudar en el cuidado de la madre y del niño. Por lo general, la partera lo baña y lo viste de acuerdo con la costumbre de cada región. Las parteras tradicionales cumplen con sus funciones médicas, tales como proporcionar hierbas y medicamentos para controlar la fuerte hemorragia postparto y ayudan a las mujeres a iniciar la lactancia materna.

Muchas parteras tiene un papel muy activo en acelerar la recuperación de la madre, utilizan una amplia gama de tratamientos adicionales como masajes, baños, el uso de fajas y medicamentos de hierbas. Estos deberes en el puerperio llevan a la partera a tener un contacto íntimo y frecuente con la mujeres de la aldea y proporcionan muchas ocasiones para analizar asuntos de salud, maternidad y fecundidad.

Rituales

En todas las culturas el nacimiento está rodeado de un sinnúmero de rituales. Las parteras tradicionales juegan un papel muy importante en los aspectos rituales y religiosos del nacimiento, que va desde la utilización de medios ocultos para predecir el sexo del niño hasta la participación en las ceremonias de mayoría de edad. Y entre ellas se encuentran las siguientes, a manera de ejemplo:

- a) La eliminación de la placenta, es una responsabilidad de la partera y con mucha frecuencia asume un significado ritual.
- b) En muchas partes del mundo se cree que el nacimiento en sí, es un acto contaminante del cual se debe purificar a la mujer mediante rituales.
- c) Las parteras bendicen a los niños y tratan de protegerlos contra las fuerzas del mal.

Servicios relacionados con la infecundidad

A las parteras tradicionales se les pide con frecuencia consejo sobre como curar la infecundidad y como evitar el embarazo indeseado. El tratamiento de la infecundidad es importante ya que una mujer estéril es a menudo ridiculizada, se le hace sentir inútil, y generalmente se divorcia de ella. -- Las parteras utilizan una gran variedad de técnicas para corregir este problema incluyendo masajes para reubicar un útero en retroversión, baños tibios, medicinas de hierbas, relaciones sexuales en días determinados, supositorios vaginales de eficacia desconocida y rituales secretos, que involucran a veces pedazos de placenta de algún parto exitoso.

Para controlar la fecundidad y espaciar los nacimientos, los métodos tradicionales más comunes son la abstinencia, el coito interrumpido y el aborto; la lactancia materna también limita la fecundidad y por lo general, la estimulan todos los practicantes tradicionales. La abstinencia está frecuentemente reforzada por las enseñanzas religiosas o tabúes, y por pautas específicas como posponer las relaciones sexuales mientras la mujer está lactando o hasta que el niño alcance determina

da edad.

Independientemente del status legal del aborto, muchas parteras realizan abortos y a veces perciben gran parte de sus ingresos efectuando abortos. Entre los métodos utilizados por las parteras para provocar el aborto son el masaje, los preparados de hierbas y la introducción de objetos extraños en el útero. En Tailandia, se obtuvo información sobre la técnica de masaje que emplean las parteras y practicantes de abortos: "se identifica la masa fetal por palpación, luego se desaloja mediante un movimiento de presión y de estiramiento, seguido por el masaje del abdomen sobre el embrión". El procedimiento, destinado a provocar que sangre el útero, puede durar de 20 a 30 minutos y puede realizarse con las manos o con los pies. También se ensaya el masaje en el útero como una medida anticonceptiva, para darle vuelta y hacer que la concepción sea difícil.

STATUS DE LAS PARTERAS TRADICIONALES

Aunque las parteras tradicionales no tienen un status alto entre el personal hospitalario, los practicantes médicos, y los habitantes urbanos instruidos; generalmente son respetadas en sus comunidades como una fuente de información y consejos respecto a los cuidados del bebé, comportamiento sexual, control de la fecundidad, salud y otras materias afines.

Los antropólogos que han hecho estudios acuciosos de las parteras, las describen como personas "enérgicas" excepcionalmente perceptivas y "capaces de interpretar en forma profunda los factores sociales y emocionales involucrados en cada caso".

Sin embargo, dentro de un país o de una cultura el status de la partera tradicional varía según su edad, su destreza y sus características personales, al igual que sucede con el status del médico. Por ejemplo, un informe sobre México expresa:

"... La posición social de la partera no es uniforme. En algunas zonas de mestizos... disfruta de un status moderadamente alto y es la depositaria de muchísimo saber tradicional, especialmente en el campo de la medicina tradicional. A veces, sin embargo, tiene poco prestigio personal y se le selecciona más por sus supuestos poderes esotéricos que por su habilidad... Además existen diferencias comprensibles de posición entre las parteras tradicionales de la misma comunidad... que se reflejan en la amplia gama de precios que cobran."

Por sus servicios, la partera tradicional acepta pago en especies, en efectivo o ningún pago de acuerdo con la costumbre local o con los medios económicos de la familia. Gran parte de su remuneración; especialmente en las zonas rurales, la percibe en forma de status alto y prestigio en su comunidad, regalos, favores o apoyo durante un periodo de tiempo prolongado. En las áreas urbanas o en las que una partera tradicional se especializa en servicios como el aborto, es probable que los honorarios sean más altos y pagados en efectivo.

COLABORACION CON LA MEDICINA MODERNA

El conflicto y la adaptación entre los valores modernos y los tradicionales -en este caso entre el ejercicio de la medicina moderna y la práctica tradicional- es proceso continuo. Aunque del lado de la medicina moderna se encuentran generalmente la evidencia médica y científica y las tasas de mortalidad más bajas, del otro lado están frecuentemente las costumbres, el costo y la conveniencia del cliente.

La profesión médica tiende a considerar que las parteras tradicionales son anclanas anti-higiénicas, no científicas y supersticiosas que ponen en peligro las vidas de la madre y del hijo. Se dice que usan vestidos sucios, no se lavan las manos, realizan exámenes vaginales innecesarios, aporean o presionan rudamente el abdomen, no saben reconocer una presentación de pelvis u otras presentaciones anormales, tiran del cordón umbilical para extraer la placenta, tardan mucho en remitir o trasladar a las instalaciones médicas a aquellas mujeres con complicaciones graves del parto y, sobre todo, usan instrumentos y vendajes sucios en el cordón umbilical, contribuyendo así a la infec-

ción o al tétanos neonatal, lo que con frecuencia es fatal.

Muchas parteras tradicionales son igualmente críticas de los practicantes modernos. Sus quejas se han referido hacia los antropólogos y otros profesionales, de que los médicos y los servicios de obstetricia con base hospitalaria usan agentes químicos peligrosos para inducir el parto, colocan a la mujer en posiciones desagradables e indecorosas, prohíben que la familia y los amigos estén presentes para darle apoyo psicológico, usan los fórceps en forma descuidada, hacen demasiadas cesáreas y exponen a la mujer a todo tipo de procedimientos innecesarios y de enfermedades.

En todas partes los practicantes modernos tratan de asumir el control de las practicantes tradicionales, de supervisar su trabajo y compeler por aquellas clientes que pueden pagar. Debido a que los médicos privados y públicos instruidos ven los casos en que las parteras tradicionales han fracasado, a veces tratan de prohibir la práctica de las parteras. Por otra parte, las practicantes tradicionales ancianas y de mayor experiencia, incluso las parteras, resiente la afirmación del personal de salud más joven que tiene instrucción escolar, en el sentido de que saben más que ellas y a menudo tratan de evitarlo, a menos que la paciente esté en peligro. La estructura jerárquica de las profesiones modernas de salud y los esfuerzos de algunos médicos, enfermeras, diversas categorías de parteras capacitadas y auxiliares destinados a definir en forma muy clara sus propios papeles y status, hacen especialmente difícil que trabajen en el contexto de una red de medicina tradicional diferente por completo, que busca su legitimidad en costumbres estimadas y en la aceptación de la comunidad.

No siempre está claro cuáles prácticas de las parteras tradicionales son peligrosas. De este ejemplo se desprende no sólo que gran parte de lo que hacen las parteras tradicionales es beneficioso, sino también que las prácticas obstétricas cambian y lo que se recomienda en un momento puede ser criticado en otro. Aunque la limpieza y la técnica aséptica siempre son beneficiosas, existe poca evidencia científica en el sentido de que el sentarse o el caminar sean dañinos durante el parto, que el masaje es necesariamente peligroso, que no pueden utilizarse sin riesgos el bambú recién cogido

tado o un hilo para cortar o amarrar el cordón umbilical o que el parto hospitalario es siempre más seguro que el domiciliario.

Tanto este ejemplo como muchos otros no citados, pero que con frecuencia pueden ser o llegar a ser vistos a nivel hospitalario, nos lleva a observar que alguna u otra práctica tiene sus pros y sus contras; y que según en la cultura donde nos hallemos inmersos, nos ayuda a comprender más la situación en la conservación o destitución de las parteras tradicionales o de algunas terapéuticas llevadas a cabo a nivel intrahospitalario.

Con base en esto, Brigitte Jordan, antropóloga de la Michigan State University, ha sugerido que se necesitan dos tipos de investigaciones:

1. Estudios biomédicos para determinar cuáles prácticas tradicionales son benéficas y cuáles son dañinas, y
2. Estudios antropológicos con el objeto de definir en qué forma puede adaptarse mejor la medicina moderna a las costumbres y expectativas de las sociedades tradicionales.

La colaboración más estrecha entre los practicantes modernos y los tradicionales podría mejorar la atención de la salud materno-infantil y la aceptación de la planificación familiar en muchos países en desarrollo. (8)

(8) Idem, p. 15

ATENCION MEDICA ACTUAL

La asistencia de la maternidad está cambiando. La mujer reconoce cada vez más su necesidad especial de apoyo y adquiere conocimientos sobre su cuerpo, los cambios que experimenta durante el embarazo y lo que podría ocurrir durante éste y el momento del parto. (9) Por lo tanto, y aunado a esto, la práctica médica, a través del tiempo, ha observado el comportamiento que se contempla durante el estadio de la atención propia al parto; de esta manera, ha obtenido y desarrollado un concepto acerca de este acontecimiento y además ha podido dar una atención que garantice los preceptos que la Ginecoobstetricia busca en la atención al parto, a saber, "la obtención de un producto en perfectas condiciones biológicas y la salvaguarda de los Intereses maternos".

Parto y trabajo de parto

El término "parto" se refiere al nacimiento. El parto se acompaña de una secuencia de acontecimientos que por lo común se conocen con el nombre de trabajo de parto. En forma aparente, la aparición del trabajo de parto se relaciona a un complejo de interacciones entre muchos factores. Justo antes del nacimiento, los músculos del útero se contraen en forma rítmica y forzada. Tanto las hormonas placentarias como ováricas parecen tener un papel en estas contracciones. Como la progesterona inhiben las contracciones uterinas en el trabajo de parto no se puede desencadenar hasta que sus niveles disminuyen. Hacia el final de la gestación, el nivel de estrógenos en la sangre de la madre es suficiente para vencer los efectos inhibidores de la progesterona y cuando sus niveles de ésta disminuyen, se inicia el trabajo de parto. Se sugiere que algún factor que se libera en la placenta, en el feto o en la madre puede vencer en forma súbita el efecto inhibidor de la progesterona, de tal manera que los estrógenos pueden ejercer su efecto. Las prostaglandinas también tienen un importante pa-

(9) NEESON, Jean. Enfermería Obstétrica. p. 137

pel en el trabajo de parto. La oxitocina que se produce en la glándula hipófisis posterior también estimula las contracciones uterinas, y la relaxina ayuda a la relajación de la sínfisis del pubis y ayuda a dilatar el cuello uterino.

Las contracciones uterinas se presentan en forma de ondas, de manera similar a las ondas peristálticas, se inician en la parte superior del útero y se mueven hacia abajo; de esta manera, estas ondas expulsan al feto de la cavidad uterina. Así, inicia el trabajo de parto con dolor a intervalos regulares -dolor que corresponde a las contracciones uterinas- y conforme se acorta el intervalo entre las contracciones, éstas aumentan en intensidad; además existe otro signo en algunas mujeres, la localización clásica del dolor en la espalda, que se intensifica al caminar, otra indicación es el derrame mucoso sanguinolento y la dilatación del cuello uterino, todos estos datos, representan pautas que se conocen como "trabajo de parto verdadero". (10)

Factores que influyen en el trabajo de parto

Estos factores son cuatro y son conocidos como las cuatro "P" que tienen una importancia crítica en el proceso del nacimiento: *pasaje*, *pasajero*, *poder* (intensidad) y *psique*.

PASAJE: PELVIS.

El paso o pasaje depende de la anatomía pélvica materna (pélvis ósea y músculos del piso pélvico y el perineo). Tienen especial importancia los puntos de referencia y las mediciones de la pelvis cuando se consideran las relaciones complementarias entre el eje del conducto pélvico y el feto.

(10) TORTORA Y ANAGNOSTAKOS, Principios de Anatomía y Fisiología, p. 1188

Para fines obstétricos se considera que la pelvis tiene tres planos: estrecho pélvico superior, pelvis media y estrecho pélvico inferior o salida. De tal manera, debe realizarse una valoración de la capacidad pélvica: (fig. 2)

- a) El arco suprapúbico (ángulo suprapúbico) debe ser amplio y redondeado en 90° o más para permitir que el feto gire al descender. Un ángulo suprapúbico estrecho agudo forzará la cabeza fetal hacia el perineo y producirá desgarros importantes en ese sitio.
- b) Las espinas ciáticas deben ser romas. Las de forma aguda y cerradas en sus mutuas relaciones disminuyen el diámetro transversal de la pelvis media.
- c) Debido a la configuración de su curvatura y su longitud, puede ser cóncavo, plano o convexo. La configuración plana o convexa reducirá la capacidad pélvica.

PASAJERO: EL FETO.

El feto, o pasajero, deberá realizar una serie de maniobras predecibles y sincronizadas para ajustar su descenso a través de la pelvis materna durante el trabajo de parto normal.

Durante el trabajo de parto y el parto la cabeza fetal suele ser la parte de presentación, y se considera la más importante porque:

- a) No es compresible, como el resto del cuerpo.
- b) Representa la estructura de mayor tamaño del lactante a término (junto con los hombros).
- c) Tiene capacidad de amoldarse al someter a presión sus huesos, en general sin que se dañe el tejido subyacente.
- d) Posee ciertos diámetros en su cráneo fetal que hay que considerar: (fig. 3-A)

1. DIAMETRO BIPARIETAL: (9.5 cm de promedio) es la distancia entre las protuberancias parietales. Representa el diámetro transversal de mayor tamaño de la cabeza fetal, y se considera la más importante medida obstétrica.

2. DIAMETRO SUBOCCIPITOBREGMATICO: (9.5 cm de promedio) se extiende desde la parte inferior del hueso occipital hasta la bregma (en la frente).

3. DIAMETRO OCCIPITOFONTAL: (11.75 cm de promedio) se extiende desde la protuberancia occipital hasta la glabella (región elevada entre los bordes orbitarios). (fig. 3-B)

Así como se tiene lo anterior, es preciso considerar las relaciones fetopélvicas; importantes para describir la posición del feto en la pelvis y su nivel de descenso a través de ésta. Para ello se conocen diversos términos empleados, a saber: estación, situación, presentación, posición, actitud, sinclitismo y asinclitismo.

ESTACION.

Se llama estación al nivel en que se encuentra la parte de la presentación fetal en relación con las espinas cóccicas, en la pelvis media. Los diversos niveles se definen como:

- Estación 0: parte de la presentación a nivel de las espinas cóccicas (encajada).
- Estaciones -4 a -1 centímetros: por arriba de las espinas cóccicas (estaciones negativas).
- Estaciones 1 a 4 centímetros: por debajo de las espinas cóccicas (estaciones positivas). (fig 3-C)

SITUACION.

Se llama situación fetal a la relación que guardan entre sí los ejes longitudinales de la madre y del producto.

- Situación longitudinal: las columnas vertebrales fetal y materna son paralelas (situación más común).
- Situación oblicua: el feto hace un ligero ángulo con la línea de la situación transversa verdadera. (fig. 3-D)

PRESENTACION.

El término presentación se refiere a la parte del feto que entra -se presenta- en la pelvis materna. (fig 3-D) La presentación más común es la "cefálica" o de vértice, que se produce en un 95% de los trabajos de parto. Ocurren presentaciones "pélvicas" o de nalgas en cerca del 4%, y son de 3 tipos:

- PRESENTACION PELVICA FRANCA: la más común que se caracteriza por flexión fetal de muslos y extensión de rodillas.
- PRESENTACION PELVICA COMPLETA: que se caracteriza por flexión fetal de muslos y rodillas.
- PRESENTACION PODALICA O PELVICA INCOMPLETA: que se caracteriza por extensión de rodillas y muslos.

POSICION:

Se llama posición a la relación que guarda un determinado punto de referencia de la parte de presentación con la pelvis materna. Cada posición fetal se identifica por una abreviatura estándar formada por tres elementos que aparecen en el siguiente orden: el primero indica la parte de presentación; el segundo, si se encuentra en la mitad anterior o posterior de la pelvis; y el tercero, su está hacia la derecha, hacia la izquierda o en ubicación transversa respecto de la pelvis materna.

ACTITUD.

Se llama actitud a la relación que guardan entre sí las partes fetales. De la actitud de la cabeza fetal depende que porción del cráneo será la parte de presentación.

SINCLITISMO Y ASINCLITISMO.

Estos términos indican la posición de la cabeza fetal en relación con el diámetro anteroposterior de la pelvis materna. El término sínclitismo se refiere a la posición de la cabeza fetal cuando la sutura sagital está a media distancia entre el promontorio sacro y la sínfisis del pubis. El término asinclitismo se refiere a la posición de la cabeza fetal cuando la sutura sagital está más cerca del promontorio del sacro o de la sínfisis púbica. Estas posiciones se adaptan normalmente al cambiar la cabeza fetal de posición para adaptarse a la forma de la cavidad pélvica.

Asimismo se incluyen movimientos que corresponden al "mecanismo del trabajo de parto"; que son una serie de ajustes pasivos de la posición del feto conforme éste desciende por la pelvis durante el parto. Los movimientos se producen con suavidad y a menudo se sobrepone conforme evoluciona el trabajo de parto. Los principales movimientos son los siguientes:

1. DESCENSO: Desplazamiento sostenido del feto hacia abajo, producido por la presión de las contracciones uterinas. Durante la segunda etapa del parto los esfuerzos maternos de expulsión facilitan el descenso.
2. FLEXION: Actitud natural que se ajusta a la cavidad uterina y a la resistencia del piso pélvico durante el trabajo de parto. Es importante la flexión de la cabeza fetal, porque hace que su diámetro más pequeño se presente hacia la pelvis materna.
3. ROTACION INTERNA: Cuando la cabeza fetal llega a la parte media de la pelvis debe girar hacia la posición occipital anterior para adaptarse al diámetro transverso, el más estrecho. Esto suele ocurrir durante la segunda etapa del trabajo de parto o antes en las multiparas.
4. EXTENSION: La presión sostenida de las contracciones uterinas hacia abajo, y la resistencia del piso pélvico, producen extensión de la cabeza fetal. Se conserva extendida durante el nacimiento, de modo que se presenta el diámetro más pequeño de la cabeza fetal y distiende el perineo. La extensión es completa una vez que ha nacido la cabeza.
5. RESTITUCION: Este movimiento ocurre automáticamente cuando sale la cabeza por el perineo, y consiste en el ajuste del cuello del lactante hasta que la cabeza guarda la relación normal con los

hombros.

6. ROTACION EXTERNA Y EXPULSION: Esta etapa puede ocurrir junto con la restitución. Consiste en rotación de los hombros del lactante y nacimiento del hombro anterior por debajo de la sínfisis púbica, a la vez que el hombro posterior se desliza por el perineo.

PODERO O INTENSIDAD: EL UTERO EN EL TRABAJO DE PARTO:

La intensidad de las contracciones uterinas es la fuente de mayor importancia que contribuye al proceso del trabajo de parto y el nacimiento. Son tres las fases de las contracciones uterinas:

1. Incremento: periodo durante el cual aumenta la intensidad de la contracción.
2. Acme: momento en que es más poderosa la contracción.
3. Decremento: periodo en que disminuye la intensidad. (fig. 4)

Las contracciones uterinas tienen la finalidad de:

- Lograr el borramiento y dilatación del cuello uterino.
- Facilitar el descenso y la rotación del feto.
- Garantizar el desprendimiento y expulsión de la placenta después del nacimiento.
- Conservar la hemostasia después de la expulsión de la placenta, al comprimirse los vasos sanguíneos.
- Y proveer de intervalos entre las contracciones, lo que permite el descanso al músculo uterino y garantizar la continuación del flujo de sangre por él.

PSIQUE: ADAPTACION MATERNA AL TRABAJO DE PARTO.

La adaptación psicosocial de la madre es un aspecto primordial del proceso del trabajo de parto y el parto. Su percepción depende de:

1. La confianza que tiene la paciente en sí misma.

2. Sus mecanismos para afrontar la incertidumbre y el estrés.
3. Sus actitudes y expectativas sobre el trabajo de parto y el parto.
4. Las expectativas de su familia y de las personas que le prestan atención médica.
5. Su reacción al dolor, la ansiedad y otras alteraciones funcionales.

ETAPAS DEL TRABAJO DE PARTO

- 1.- Primera etapa o de dilatación: Que inicia al empezar las contracciones regulares, y termina con la dilatación completa del cuello uterino. (fig. 5)
- 2.- Segunda etapa o de expulsión: Comienza con la dilatación completa del cuello uterino y termina al nacer el lactante.
- 3.- Tercer etapa o placentaria (alumbamiento): Que empieza con el nacimiento del lactante y termina al expulsarse la placenta.
4. Cuarta etapa: Que inicia con la expulsión de la placenta y dura por lo menos una hora, o hasta que se normaliza el estado de la madre.

PRIMERA ETAPA O DE DILATACION:

La primera etapa del trabajo de parto empieza al iniciarse las contracciones regulares y comienza a dilatarse el cuello uterino y la dilatación del cuello uterino. Durante esta etapa han de considerarse algunos factores que influyen en la evolución del trabajo de parto:

1. Edad materna: Mujeres de menos de 16 años pueden tener una pelvis muy pequeña e inmadura, por lo que se incrementa el riesgo de desproporción cefalopélvica y con el peligro de sufrir pre-eclampsia. Mujeres mayores de 35 años son propensas a tener gemelos, una presentación pélvica (u occipital posterior) y a una segunda etapa del trabajo del parto prolongada.
2. Peso materno: Las embarazadas obesas están en riesgo de presentar retraso o detención de las

fases latente o activa del trabajo de parto, con una segunda etapa más lenta.

3. Intervalo del nacimiento: Cuando el período intergenésico es menor de un año, la mujer está en peligro de presentar un trabajo de parto más rápido y de tener un hijo más pequeño.
4. Peso al nacer y edad gestacional: Los prematuros y los lactantes pequeños suelen ser producto de parto rápido, en tanto que por lo general los fetos de gran tamaño, macrosómicos, guardan relación con trabajos de parto más prolongados, en especial durante la segunda etapa. La edad gestacional menor de 37 semanas se acompaña de una proporción más elevada de presentaciones anómalas, que pueden afectar la evolución del parto. La edad gestacional de más de 42 semanas se acompaña de macrosomía y mayor riesgo de complicaciones perinatales.
5. Posición fetal: El trabajo de parto evoluciona de manera más eficaz cuando el feto se encuentra en posición de vértice bien fija.
6. Estado del saco amniótico: La rotura temprana del saco amniótico puede alterar el trabajo de parto, pero no hay pruebas de que lo acorte. Algunos datos indican que el feto puede estar en mayor peligro de sufrir acidosis cuando se rompen las membranas antes de la segunda etapa del trabajo de parto.
7. Sitio de implantación de la placenta: Se ha demostrado que la implantación de la placenta en la parte alta o en el fondo útero, se acompaña del trabajo de parto prolongado.
8. Posición de la madre durante el trabajo de parto: Se ha observado que la posición erecta es la más idónea para la dilatación del cuello uterino, y que se acompaña de menor incidencia de compresión del cordón umbilical y de aumento de la comodidad materna. El decúbito lateral parece dar resultado hacia contracciones uterinas menos eficientes. La posición supina se acompaña de contracciones más frecuentes pero menos eficientes, y pone a la madre en riesgo de sufrir síndrome de hipotensión supina. Los síntomas de esta última alteración consisten en mareos, disnea, trastornos visuales y adormecimiento y hormigueo de las extremidades. Puede alterarse también la circulación arterial uterina debido a la compresión de la aorta abdominal por el útero.
9. Factores psicológicos: Estrés y ansiedad estimulan la descarga de catecolaminas, hormonas que inhiben la actividad uterina. La preparación para el nacimiento reduce el estrés y la ansiedad que

acompañan al trabajo de parto y parto, y puede contribuir a mejorar la evolución y los resultados de todo este proceso.

10. Medicaciones: Se ha demostrado que la analgesia con narcóticos alarga la fase activa del trabajo de parto; también que el sulfato de magnesio, fármaco para tratar la preeclampsia, disminuye la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas a la vez que reduce el tono del útero en reposo.

Aunado a lo anterior, la etapa de dilatación contempla dos fases - latente y activa -; con las cuales este periodo culmina para dar inicio a la etapa del periodo expulsivo.

FASE LATENTE (0 a 4 cm).

Durante esta fase, inicia un ligero aumento en la presencia de las contracciones uterinas; en donde las mujeres no están seguras de encontrarse en trabajo de parto "verdadero"; en el cual los signos y síntomas inminentes son:

- Contracciones de Braxton Hicks, sensación de aligeramiento, cambios cervicales (ablandamiento, borramiento y dilatación), incremento del flujo vaginal, dorsalgia persistente, pérdida ponderal y conducta de "anidamiento".
- Los signos de trabajo de parto verdadero son contracciones uterinas, rotura espontánea de membranas y flujo vaginal sanguinolento.
- Contracciones uterinas regulares, que suele acercarse entre sí y volverse más fuertes y prolongadas; que aumentan de intensidad al caminar; suelen percibirse en la parte baja del dorso e irradiarse hacia la parte baja del abdomen (triple gradiente descendente) y que no se detienen con técnicas de relajación como baños calientes, almohadilla eléctrica, ingestión de alcohol o sedación.
- Las características propias de las contracciones uterinas, encierran tres aspectos:

1. Intensidad: leve, moderada o fuerte; la contracción incrementa y llega a un nivel máximo, para luego

go disminuir con lentitud.

2. Duración: aspecto que mide la contracción en segundos desde su inicio hasta que termina.
3. Frecuencia: medida en tiempo (minutos); tiempo que transcurre entre el principio de una contracción y el principio de la siguiente.

Junto con los puntos tratados anteriormente, es prioritario realizar una valoración inicial a la paciente en trabajo de parto en la unidad médica, dicha valoración debe contemplar lo siguiente:

- a) Historia clínica completa que incluya antecedentes del embarazo actual, antecedentes obstétricos, antecedentes médicos y familiares y estado actual del trabajo de parto.
- b) Estado psicosocial y emocional: edad, escolaridad y nivel socio-económico; experiencia obstétrica anterior; antecedentes culturales; apoyo familiar y nivel socio-económico del compañero; contacto con profesionales de salud (para control prenatal) y preparación para el parto y la maternidad.
- c) Exploración física: Valoración física inicial y general; exploración abdominal para valorar tamaño, posición, ruidos cardiacos y movimientos del feto; y exploración pélvica para valorar borramiento y dilatación cervicales, estación fetal, parte de la presentación, posición, presencia de amoldamiento o "caput"; así como la integridad o no de las membranas amnióticas (intactas o rotas, hora de ruptura, color y olor del líquido amniótico).
- d) Valoración de pruebas de laboratorio: citología hemática completa; análisis de orina para proteínas glucosa y cetonas; grupo sanguíneo y pruebas cruzadas.
- e) Vigilancia de los signos maternos (vitales): En donde al inicio del trabajo de parto, la presión arterial, el pulso y la frecuencia respiratoria de la madre presentan pocos cambios. Los dos últimos signos pueden manifestar incrementos ligeros por reacción a las demandas cardiovasculares del trabajo de parto activo. (11)
- f) Vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal; que debe permanecer entre los 120 y 160 latidos por mi-

(11) NEESON, Jean. Enfermería Obstétrica. p. 219

nuto. Asimismo debe valorarse la respuesta fetal (VaReFe), de la siguiente manera:

1. Escuchar y medir la frecuencia cardíaca fetal basal.
2. Estimular suave pero energéticamente al feto con movimientos manuales durante 10 segundos.
3. Escuchar y medir la frecuencia cardíaca fetal.

Interpretación de la respuesta:

- Ascenso transitorio de la frecuencia cardíaca fetal se asocia con un buen estado de salud del feto.
- Falta de ascenso o presencia de descenso de la frecuencia cardíaca fetal se asocia con mala respuesta y se debe investigar su causa de inmediato mediante estudios clínicos o de laboratorio y gabinete más específicos (registro cardiotocográfico, valoración del líquido amniótico, etc.) para descartar insuficiencia respiratoria, bajo peso, etc. (12)

FASE ACTIVA (5 a 10 cm).

Durante esta fase la actividad uterina aumenta considerablemente; el cuello uterino se ablanda, borra y dilata; y el feto continúa su descenso hacia la pelvis ósea. Para mayor control y registro de la evolución del trabajo de parto, debe realizarse:

- Una exploración (tacto) vaginal periódica, en la cuál se contemplen aspectos tales como: dilatación y borramiento cervicales, estado de las membranas, posición y estación de la parte de presentación
- Continuar valorando el patrón e intensidad de las contracciones uterinas y por auscultación, la frecuencia cardíaca fetal.

SEGUNDA ETAPA O DE EXPULSION:

(12) GEN. Guía de estudios para la prevención de los defectos al nacimiento. p. 34

La segunda etapa del trabajo de parto se inicia al dilatarse por completo el cuello uterino y termina con el nacimiento del producto. Durante esta etapa deben considerarse ciertos aspectos importantes, a saber:

1. Vigilancia materna y fetal:

- Vigilar presión arterial, pulso y frecuencia respiratoria de la madre.
- Realizar vaciamiento vesical, más aún si se administran líquidos por vía intravenosa u oral.
- Vigilar la frecuencia cardíaca fetal continuamente o después de cada contracción.
- Observar los esfuerzos de expulsión de la paciente, y animarla a emplear el diafragma y los músculos abdominales para ayudarse en sus esfuerzos.
- Observar que la cabeza avance con los esfuerzos de la expulsión y continúe dirigiéndose hacia el perineo.

2. Actividad uterina:

- La frecuencia se incrementa y éstas tienen un intervalo de 1 a 3 minutos y una duración de 60 a 90 segundos.
- La urgente necesidad de efectuar esfuerzos de expulsión se inicia al estimularse los nervios sacros y obturadores conforme la cabeza fetal desciende hacia la pelvis.
- El perineo empieza a abombarse y a aplanarse al descender la cabeza fetal, y sobreviene la descarga sanguinolenta.
- La cabeza fetal avanza con cada contracción, empiezan a separarse los labios vulvares y se adelgaza el perineo.
- Conforme aparece la cabeza por la vagina, se amplía el introito para tomar la forma de una abertura circular.
- Ocurre el coronamiento cuando aparece el diámetro mayor de la cabeza fetal en la salida vaginal.

3. Posición materna:

- La posición que adopte la madre para el parto debe permitir que la gravedad ayude a sus esfuerzos de expulsión, estimule el descenso y la rotación fetales y evite la hipotensión supina.

- La posición de litotomía es la posición de elección sólo cuando se requieren procedimientos quirúrgicos para terminar el parto.

4. Episiotomía:

- Incisión que se realiza para ampliar la abertura y dar paso a la cabeza fetal. La incisión se extiende desde la parte inferior de la abertura vaginal hasta el perineo; donde es conveniente conocer sus beneficios y riesgos:

1. Beneficios:

a) Maternos:

- Permite conservar la integridad del piso pélvico.
- Disminuye la incidencia de desgarros.
- Cicatriza con mayor rapidez que los desgarros.

b) Fetales:

- Acorta la segunda etapa, aspecto importante cuando el feto está en peligro.
- Previene la lesión cerebral y reduce la presión sobre la cabeza fetal por el piso pélvico. De importancia cuando el producto es prematuro.

c) Obstétricos:

- Facilita las maniobras obstétricas, como el uso de fórceps y la extracción por vacío.
- Facilita el nacimiento de productos con mala presentación o macrosómicos.
- Acorta la segunda etapa.

2. Riesgos:

- Se estima que un 60% de las mujeres presentan dolor grave a causa de la episiotomía.
- Aumentan los riesgos de infección.
- Dolor y edema pueden inhibir la micción y la defecación en el puerperio.
- Se eleva el riesgo de pérdida importante de sangre.
- Aumenta el riesgo de dispareunia, que puede durar seis meses o más.

5. Asistencia inmediata al recién nacido:

- Anotar con exactitud la hora del nacimiento en que nace el lactante.
- Una vez establecida la función respiratoria se inicia la valoración neonatal, para lo cual se emplea el sistema de puntuación de "Apgar" para valorar la reacción fetal en cada uno de los siguientes aspectos:

- A. Frecuencia cardíaca: Indica el grado de posible asfixia. Si es menor de 100 latidos por minuto - indica que se requieren de maniobras de reanimación.
- B. Esfuerzo respiratorio: Se observa junto con la actividad cardíaca. El llanto indica buen esfuerzo respiratorio.
- C. Tono muscular: Es el grado de flexión y resistencia de las extremidades del producto.
- D. Irritabilidad refleja: Se comprueba al desencadenar el "reflejo del Moro".
- E. Color: Inmediatamente después del nacimiento el cuerpo del lactante está sonrosado, en tanto que las extremidades suelen estar azules (acrocianosis). Debe valorarse también el color de las mucosas.

- Apoyo al neonato, satisfaciendo los siguientes criterios:

- A. Permitir la permeabilidad de las vías respiratorias.
- B. Brindar al lactante un sitio seguro.
- C. Satisfacer las condiciones adecuadas para la termorregulación.
- D. Permitir la valoración frecuente del personal.
- E. Facilitar el drenaje de las secreciones.
- F. Realizar exploración física del recién nacido.
- G. Realizar exploración neurológica del recién nacido.
- H. Facilitar la interacción familiar y el establecimiento del vínculo afectivo.

TERCERA ETAPA O ALUMBRAMIENTO:

La tercera etapa del trabajo de parto dura de 5 a 30 minutos, y consiste en el desprendimiento y la expulsión de la placenta.

Los signos clásicos de desprendimiento de la placenta son:

- Expulsión de un chorro de sangre por la vagina.
- Cambio de forma, tamaño y consistencia del útero.
- Alargamiento del cordón umbilical desde la vagina.

Con la salida de la placenta, cabe llevar a cabo la revisión de la misma, de las membranas y del cordón umbilical, para saber si están completas y verificar la existencia de alguna anomalía.

Dentro de los cuidados iniciales cabe resaltar los siguientes:

- Iniciar la relación con los padres y el recién nacido.
- Garantizar a la pareja que su bebé es normal y está en buenas condiciones.
- Palpar el útero y valorar su involución, con objeto de prevenir el sangrado excesivo.
- Anotar la presión arterial y el pulso.
- Verificar la magnitud de la hemorragia; se considera excesiva si se estima en 300 ml. de sangre o más, por lo que esta contingencia requerirá de intervención médica.
- Iniciar venoclisis de oxitocina.
- Informar a la madre que ocurrirán contracciones uterinas como resultado de la administración de ese medicamento.
- Animar a la paciente para que orine con frecuencia a fin de prevenir la distensión vesical.
- Tranquilizar al padre si manifiesta ansiedad.

CUARTA ETAPA:

Se llama cuarta etapa del trabajo de parto a la primera hora que sigue a la terminación de la tercer etapa. Aunque no técnicamente es parte del trabajo de parto, se le ha designado así por la -- gran importancia que tiene el posparto inmediato.

Durante este periodo, la asistencia prestada a la paciente y a sus familiares tiene como finalidad apoyar el estado fisiológico de la madre y del hijo, satisfacer sus necesidades de bienestar y -- apoyar la interacción familiar.

1. Apoyo al estado fisiológico materno.

- Proseguir con la vigilancia del tono uterino, aplicando masaje para prevenir sangrado excesivo.
- Administrar oxitócicos.
- Restablecer la nutrición y la excreción normales.
 - a. Ofrecer líquidos ligeros.
 - b. Dieta rica en residuos cuando se toleren ingestión de líquidos ligeros.
 - c. Fomentar la micción, y vigilar la ingestión y excreción de líquidos.
 - d. Auxiliar a la madre en caso de retención urinaria (hacer correr agua del grifo, derramar agua tibia sobre la vulva y aplicar presión suprapúbica ligera).
 - e. Si se excretan menos de 100 ml. de orina, la vejiga es palpable y la paciente no orina; indica -- sobredistensión vesical, por lo que está indicada la colocación de una sonda directa.

2. Apoyo al estado fisiológico del recién nacido.

- Con una perilla de caucho, retirar de las vías respiratorias el moco excesivo, anunciado por la aparición de burbujas en la boca, estornudos o respiración ruidosa.
- Asegurarse que el neonato esté bien cubierto en todo momento.

3. Satisfacción de las necesidades de bienestar.

- Ofrecer un baño de esponja a la madre y ayudarla a colocarse una bata limpia.
- Realizar con suavidad la higiene perineal para fomentar el bienestar.

- Aplicar compresas heladas al perineo para aliviar la tumefacción y fomentar el bienestar.
- Dar instrucciones a la paciente sobre como realizarse ella misma el masaje del fondo uterino y la importancia de realizarlo, aunque provoque molestias.
- Tranquilizar a la paciente que experimenta escalofríos, señalándole que es un estado fisiológico.
- Animar a la madre a descansar, ayudarla a encontrar una posición cómoda para amamantar a su hijo. Animar al padre para que descanse o duerma.

4. Apoyo a la Interacción familiar.

- Iniciar el contacto con el neonato, fijar la mirada a su rostro e iniciar el amamantamiento.
- Brindar tiempo de intimidad a los padres, pues puede surgir un momento de acercamiento muy - especial y junto con el neonato, la interacción adquiere una importancia radical. (13)

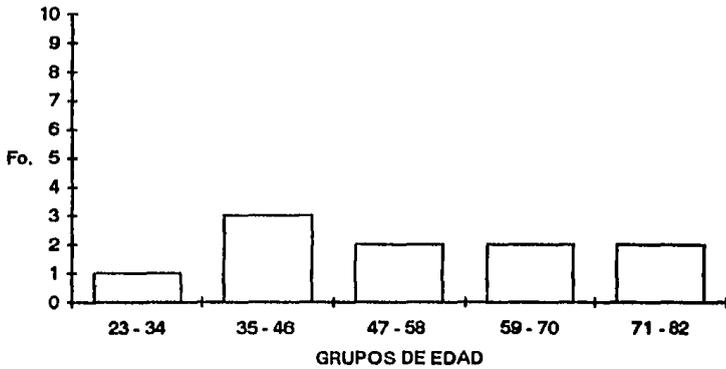
(13) NEESON, Jean. Op. cit., p. 237

PRESENTACION Y DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

EDAD DE LAS PARTERAS TRADICIONALES DEL MÓDULO DE TACAMBARO, MICHOACÁN.		
EDAD	Fo.	%
23 - 34	1	10
35 - 46	3	30
47 - 58	2	20
59 - 70	2	20
71 - 82	2	20
TOTAL	10	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a parteras tradicionales del Módulo de Tacámbaro, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria No. 4 Pátzcuaro, Michoacán.

**EDAD DE LAS PARTERAS TRADICIONALES DEL MODULO DE
TACAMBARO, MICHOACAN.**



FUENTE: Cuestionario aplicado a parteras del Módulo de Tacámbaro, perteneciente a la
Jurisdicción Sanitaria No. 4 Pátzcuaro, Mich. Junio - Julio 1994.

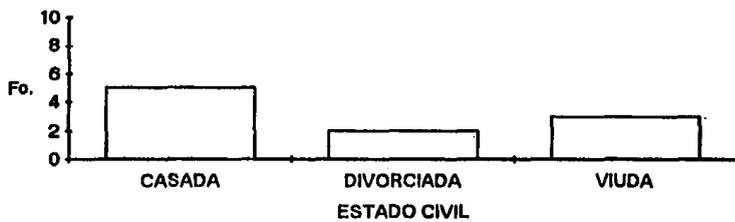
Como puede observarse, la edad de las parteras rurales del Módulo de Tacámbaro corresponde a los grupos de edad entre los 35 - 46 años de edad, con un 30%; aunque cabe resaltar que los grupos de edad entre 47 - 82 años, con un 60%, ocupan un amplio panorama en este aspecto.

De esta manera podemos observar, que el oficio de las parteras se ha mantenido a través de los años en este Municipio; que a pesar de contar con servicios médicos para la comunidad, la partera sigue siendo el primer recurso hacia la cual está dirigida la mayor parte de ésta y otra comunidad rural.

ESTADO CIVIL DE LAS PARTERAS RURALES DEL MODULO DE TACAMBARO, MICHOCAN.		
ESTADO CIVIL	Fo.	%
CASADA	5	50
DIVORCIADA	2	20
VIUDA	3	30
TOTAL	10	100

FUENTE: Idem. Cuadro No. 1

**ESTADO CIVIL DE LAS PARTERAS RURALES DEL MODULO DE
TACAMBARO, MICHOACAN.**



FUENTE: Idem. Gráfica No. 1

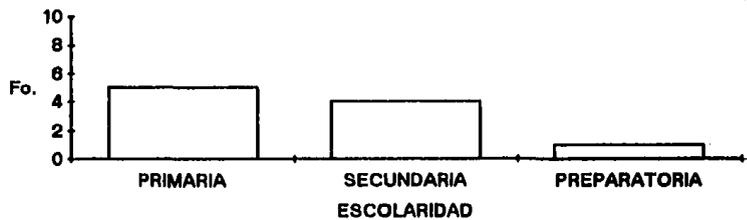
Dentro de este aspecto del estado civil, se observa con un 50% la experiencia marital; también resaltante con un 30% el estado de la viudez.

Lo que permite pensar que la actividad de las parteras radica en la atención a otras mujeres que inician su estadio importante en la vida de la mujer "el ser madre", con lo cual ayudan o proporcionan consejos para el bienestar materno-infantil.

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS PARTERAS RURALES DEL MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN.		
ESCOLARIDAD	No.	%
PRIMARIA	5	50
SECUNDARIA	4	40
PREPARATORIA	1	10
TOTAL	10	100

FUENTE: Idem. Cuadro No. 1

**GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS PARTERAS RURALES DEL
MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN.**



FUENTE: Idem. Gráfica No. 1

Dentro del grado de escolaridad que tienen las parteras rurales de este módulo, contemplamos con un 50% que ellas han tenido una educación elemental primaria (aunque no todas culminaron con sus estudios); y otras han alcanzado un nivel secundario, lo que les permite ampliar sus enfoques en la atención propia a sus pacientes, recurriendo a cursos de capacitación y aceptando otras técnicas y procedimientos del vasto conocimiento del área de la salud.

EXPERIENCIA PROFESIONAL DE LAS PARTERAS RURALES DEL MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN.		
EXPERIENCIA EN AÑOS	Fo.	%
2 - 12.	2	20
13 - 23	2	20
24 - 34	4	40
35 - 45	1	10
46 - 56	1	10
TOTAL	10	100

FUENTE: Idem. Cuadro No.1

**EXPERIENCIA PROFESIONAL DE LAS PARTERAS RURALES DEL
MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN.**



FUENTE: Idem. Gráfica No. 1

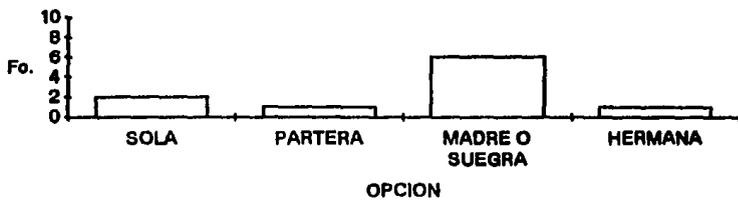
La experiencia en años nos habla de la gran trascendencia y de la actividad que desempeñan las parteras tradicionales del Módulo de Tacámbaro, ya que existe un 40% del total de las parteras que cuentan con 24 - 34 años de experiencia; con un 20% el grupo de 2 - 12 años, al igual que el grupo de 13 - 23 años de ejercicio profesional; aunque cabe resaltar que existen parteras entre los grupos de edad de 35 - 45 y 46 - 56, lo que nos habla de la prevalencia de tal oficio dentro de esta comunidad.

Contemplando esto podemos decir que el perfil de la partera tradicional comunitaria, en cuanto al nivel de experiencia que tuviesen para dar atención a la mujer embarazada, se mantiene prevalectante como tradición en la época de las parteras aztecas (Anáhuac); las cuáles eran personas maduras, con antecedentes maritales y que habían tenido uno o más partos. Lo cual, dentro de su comunidad, les brindaba un alto respeto y en ellas recaía esa gran responsabilidad.

PERSONAS QUE ENSEÑARON A LAS PARTERAS TRADICIONALES SU OFICIO EN EL MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN		
OPCION	No.	%
SOLA	2	20
PARTERA	1	10
SUEGRA O MADRE	6	60
HERMANA	1	10
TOTAL	10	100

FUENTE: Idem. Cuadro No. 1

**PERSONAS QUE ENSEÑARON A LAS PARTERAS
TRADICIONALES SU OFICIO EN EL MODULO DE TACAMBARO,
MICHOACAN.**



FUENTE: Idem. Gráfica No. 1

Dentro del aspecto de enseñanza por otras personas a las parteras, la madre o suegra ocupan un primer lugar con un 60% y mínimamente, con un 20% de las mujeres que han aprendido solas su oficio.

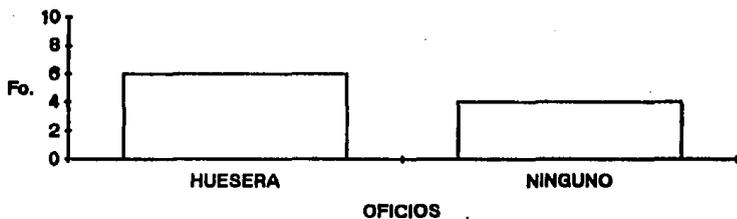
Con ésto podemos señalar que tal oficio se preserva como un legado que va de familia en familia y trascendental, puesto que se mantiene vigente aún en estos días; ya que para la parturienta, el tratar aspectos tales como el estado económico y el apoyo psicológico, brindados por la partera, son de una relevancia muy importante.

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

OFICIOS EXTRA QUE DESEMPEÑA LA PARTERA RURAL EN EL MODULO DE TACAMBARO MICHOACAN		
OFICIOS	Fo.	%
HUESERA	6	60
NINGUNO	4	40
TOTAL	10	100

FUENTE: Idem. Cuadro No. 1

**OFICIOS EXTRA QUE DESEMPEÑA LA PARTERA RURAL EN EL
MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN.**



FUENTE: Idem. Gráfica No. 1

En este cuadro las parteras rurales no sólo se dedican al oficio propio de la atención al parto, sino también a otras actividades como la de huesera con el 60% de los casos registrados en la presente investigación.

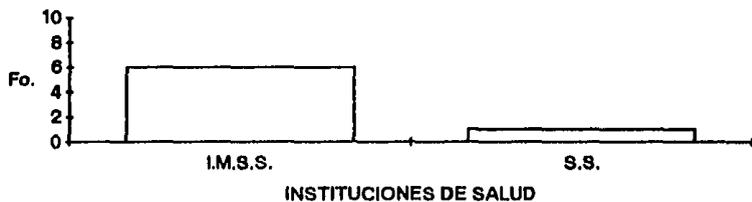
Con lo que cabe resaltar de notable, y a manera de complementar sus actividades propias del embarazo, parto y puerperio, cubre otros aspectos sobre los cuales existe una mayor confianza a nivel comunitario donde se halla inmersa.

CUADRO No. 7-A

CURSOS FORMALES DE ADIESTRAMIENTO, IMPARTIDOS POR INSTITUCIONES DE SALUD, DEL MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN		
INSTITUCION	Fo.	%
I.M.S.S.	6	85.71
S.S.	1	14.28
TOTAL	10	100

FUENTE: Idem. Cuadro No. 1

**CURSOS FORMALES DE ADIESTRAMIENTO, IMPARTIDOS POR
INSTITUCIONES DE SALUD, DEL MODULO DE TACAMBARO,
MICHOACAN.**



FUENTE: Idem. Gráfica No. 1

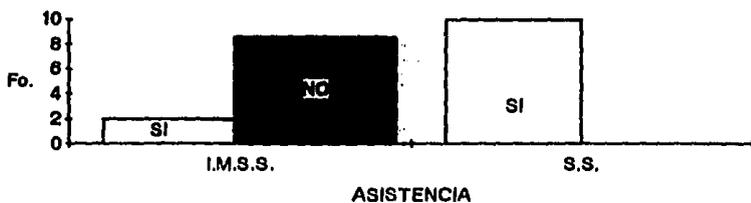
Dentro de los cursos formales impartidos por instituciones de salud, del Municipio de Tacámbaro; el Instituto Mexicano del Seguro Social ha registrado 6 con un 85.72% y la Secretaría de Salud sólo 1, con un 14.28% complementario del total.

Lo que nos habla de un aumento de actividades por parte del I.M.S.S. por dar capacitación a las parteras, sin limitar sus funciones, y disminuir los casos de morbi-mortalidad que pudiesen presentarse.

ASISTENCIA DE LAS PARTERAS TRADICIONALES A CURSOS FORMALES, IMPARTIDOS POR INSTITUCIONES DE SALUD, DEL MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN			
INSTITUCION	SI	NO	TOTAL
LM.S.S.	2	8	10
S.S.	10	0	10

FUENTE: Idem. Cuadro No. 1

ASISTENCIA A CURSOS FORMALES POR LAS PARTERAS TRADICIONALES, EN INSTITUCIONES DE SALUD, DEL MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN.



FUENTE: Idem. Gráfica No. 1

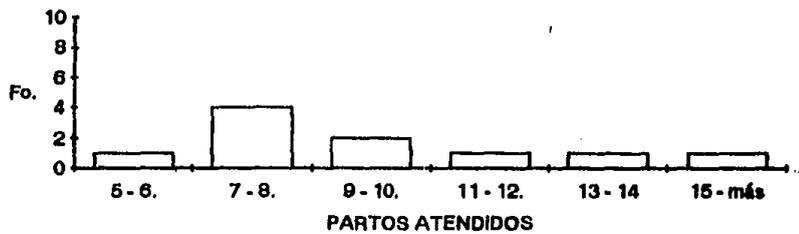
Como puede observarse la asistencia de las parteras rurales a cursos formales impartidos por las instituciones de salud del Municipio de Tacámbaro, nos hace ver que asisten con mayor frecuencia a la Secretaría de Salud con un dato de 10 parteras que se congregaron a dicho curso.

En contraste con el cuadro anterior; en donde el I.M.S.S. ha impartido un mayor número de cursos de capacitación a parteras, cabe resaltar que las parteras concurren mayormente a la Secretaría de Salud; puesto que con el personal que ahí labora, tiene mayor contacto dentro del marco asistencial, donde existe un control periódico de registro de atención proporcionada a la comunidad y coordinada con esta Institución, que les dota de material necesario e indispensable, e incluso para referir a sus pacientes, con lo que garantizan una mejor realización de sus quehaceres obstétricos y asistenciales.

PARTOS ATENDIDOS AL MES POR LAS PARTERAS RURALES DEL MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN.		
PARTOS ATENDIDOS	Fo.	%
5 - 6.	1	10
7 - 8.	4	40
9 - 10.	2	20
11 - 12.	1	10
13 - 14.	1	10
15 - +.	1	10
TOTAL	10	100

FUENTE: Idem. Cuadro No. 1

**PARTOS ATENDIDOS AL MES POR LAS PARTERAS RURALES
DEL MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN.**



FUENTE: Idem. Gráfica No. 1

Los datos de este cuadro nos hacen ver que las parteras rurales dan atención a 7 - 8 personas en trabajo de parto por mes, con un porcentaje del 40%; y otras, con un 20%, atienden de 9 a 10 partos por mes.

En donde cabe resaltar su gran actividad, puesto que en el Centro de Salud de Tacámbaro, a veces, sólo se llegan a atender de 5 - 8 partos en el mes; y no porque carezca de material necesario para ello, sino que la atención y la prevalencia de las parteras en la comunidad, son un punto muy importante a considerar en primera instancia por las personas que habitan en este Municipio.

**REVISIONES POSTPARTO, REALIZADAS POR LAS PARTERAS RURALES DEL MODULO DE
TACAMBARO, MICHOACAN**

NUMERO DE REVISIONES	Fo.	%
UNA	8	80
DOS	2	20
TOTAL	10	100

FUENTE: Idem. Cuadro No. 1

REVISIONES POSTPARTO, REALIZADAS POR LAS PARTERAS DEL MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN.



FUENTE: Idem, Gráfica No. 1

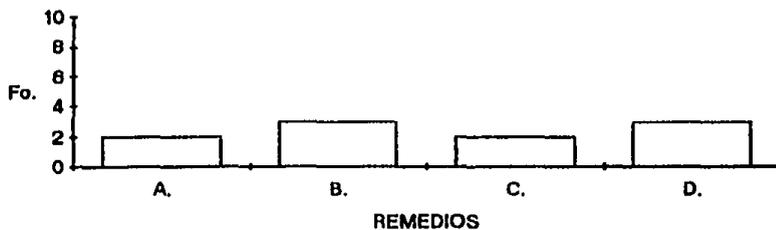
Dentro de las revisiones postparto llevadas a cabo por las parteras, el 80% de ellas sólo realiza una revisión al culminar el acontecimiento obstétrico; así mismo a manera de inclusión, las parteras revisan a sus pacientes una sola vez durante el período gestacional.

Es importante señalar ésto porque conociendo las complicaciones inmediatas durante las primeras 24 horas postparto, podría convertirse en un punto en contra de la atención por parte de las parteras; en donde como marca la historia "llegaban a ser consideradas como brujas" lo que limitó su actividad en aquel tiempo; y ahora en nuestros días, limitante para la actividad profesional, en cierta instancia, del Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

REMEDIOS UTILIZADOS POR LA PARTERA COMUNITARIA EN EL PREPARTO EN EL MODULO DE TACAIBARO, MICHOACAN.		
REMEDIOS	Fo.	%
TE DE ALBAHACAR CON MIEL	2	20
TE DE YERBABUENA CON MIEL	3	30
TE DE CANELA CON MIEL	2	20
NINGUNO	3	30
TOTAL	10	100

FUENTE: Idem. Cuadro No. 1

REMEDIOS UTILIZADOS POR LA PARTERA COMUNITARIA, EN EL PREPARTO, EN EL MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN.



- A. Te de albahacar con miel.
- B. Te de yerbabuena con miel.
- C. Te de canela con miel.
- D. Ninguno.

FUENTE: Idem. Gráfica No. 1

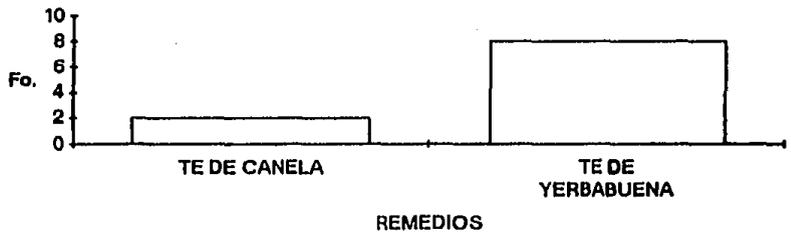
Dentro de los remedios empleados por las parteras rurales en la atención al parto, el 30% de ellas recurren al té de yerbabuena con miel y, con ese mismo porcentaje, las parteras que no recurren a ninguna de las opciones vistas en el cuadro, ni sugeridas por ellas.

Las parteras argumentaban que al proporcionar tal infusión, "se estimula la tensión abdominal y proporciona relajamiento, además de abastecerle de un poco de azúcar para el esfuerzo que hubiese de realizar". Esta infusión tiene propiedades tónica y estimulante, además de amortiguar la sensibilidad ante el dolor sobre los nervios que transmiten tal sensación; es empleada en trastornos gastrointestinales, y sin ser el trabajo de parto un trastorno gastrointestinal propiamente dicho, pudiera pensarse que, por analogía, el músculo liso del cuerpo uterino se ve afectado por tal tisana, a la vez que dá un ligero alivio ante el dolor que se presenta en este estado.

REMEDIOS UTILIZADOS POR LA PARTERA RURAL EN EL POSTPARTO EN EL MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN.		
REMEDIOS	Fo.	%
TE DE CANELA	2	20
TE DE YERBABUENA	8	80
TOTAL	10	100

FUENTE: Idem. Cuadro No. 1

**REMEDIOS UTILIZADOS POR LA PARTERA RURAL, EN EL
POSTPARTO, EN EL MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN.**



FUENTE: Idem. Gráfica No. 1

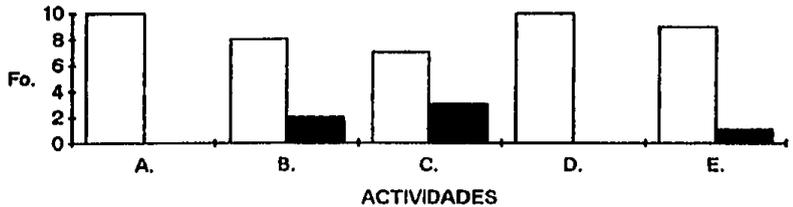
En el cuadro podemos observar que las parteras recurren al mismo remedio de la infusión con yerbabuena, en un 80% y, con un 20% las que recurren al té de canela.

En relación a este cuadro, y junto con el anterior, puede observarse que las parteras recurren a tal infusión por sus propiedades relajantes de la pared intestinal y favorecer la disminución de la peristalsis intestinal. Puesto que entre sus propiedades, lo que fundamenta su uso, es emplearse en trastornos gastrointestinales, y sin ser el puerperio un trastorno de este tipo, podría pensarse en disminuir la sensación ante los entuertos presentes al inicio de este periodo; además es preciso mencionar que tal infusión goza de un gran aprecio para los dolores del periodo menstrual, lo que fundamenta mayormente el empleo de este tipo de tisanas.

ACTIVIDADES DESEMPEÑADAS POR LAS PARTERAS TRADICIONALES EN EL PERIODO GESTACIONAL, PARTO Y PUERPERIO DEL MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN			
ACTIVIDAD	FRECUENCIA		TOTAL
	SI	NO	
ASEO DE LA PARTURIENTA	10	0	10
LA SOBA	8	2	10
LE DA ALGUN TE	7	3	10
LE ACONSEJA QUE HACER EN EL MOMENTO DEL PARTO	10	0	10
LE DA DE COMER	9	1	10

FUENTE: Idem. Cuadro No. 1

ACTIVIDADES DESEMPEÑADAS POR LAS PARTERAS TRADICIONALES, EN EL PERIODO GESTACIONAL, PARTO Y PUERPERIO, EN EL MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN.



A. Aseo de la parturienta.

B. La soba.

C. Le da algún te.

D. Le aconseja que hacer en el momento del parto

E. Le da de comer.

FUENTE: Idem Gráfica No. 1

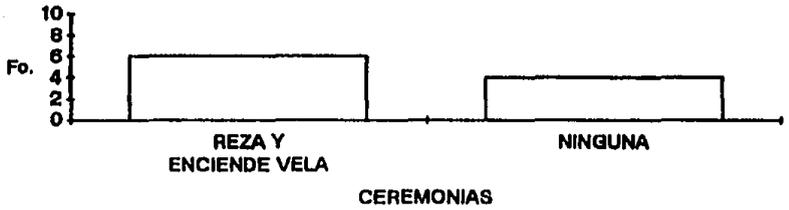
Del total de las parteras rurales, 10 asean a la parturienta y le aconsejan que hacer en el momento del parto; 9 les dan de comer en el tiempo postparto; 8 llegan a sobarías para poder "acomodar" al producto; y 7 les dan algún té en el parto y puerperio.

Con todo esto, el oficio de la partera no sólo se traduce en la atención propia del acontecimiento obstétrico, sino que incluye un apoyo al estado emocional y al estado nutricional; en donde además podría incluirse los consejos, a manera de información, sobre otros aspectos de la salud materno-infantil.

CEREMONIAS PREVIAS A LA ATENCION DEL PARTO, REALIZADAS POR LAS PARTERAS TRADICIONALES DEL MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN		
CEREMONIAS	Fo.	%
REZA Y ENCIENDE VELA	6	60
NINGUNA	4	40
TOTAL	10	100

FUENTE: Idem. Cuadro No. 1

**CEREMONIAS PREVIAS A LA ATENCION DEL PARTO,
REALIZADAS POR LAS PARTERAS TRADICIONALES, DEL
MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN.**



FUENTE: Idem. Gráfica No. 1

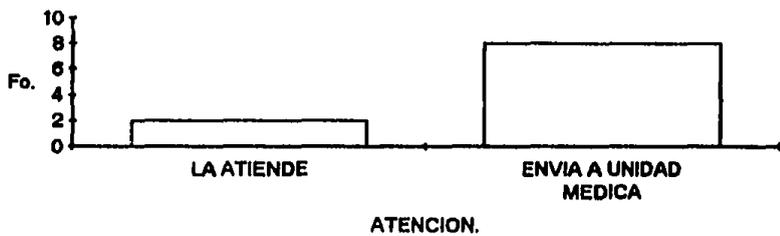
Dentro de los aspectos ceremoniales previos al nacimiento, las parteras realizan un ritual ante tal hecho, el cual consiste en rezar y encender una veladora con un 60% y otras, con un 40%, que no realizan ningún ritual previo a la atención obstétrica.

En esto cabe resaltar la importancia que tienen los aspectos religiosos en cada una de las parteras tradicionales; en donde los crucifijos u otras imágenes eclesíásticas, representan un vínculo de unión para dar a la parturienta una atención óptima y en próspera, para prevenir y/o evitar algún problema al momento del nacimiento y a la misma persona; con lo cual este oficio se ha visto y seguirá viendo como un punto inicial en la atención a los problemas de salud que atañen a la comunidad circundante.

ATENCIÓN PROPORCIONADA A LA PARTURIENTA, ANTE LA PRESENCIA DE UN PARTO DISTOCICO.		
OPCIÓN	Fo.	%
LA ATIENDE	2	20
ENVIA A UNIDAD MEDICA	8	80
TOTAL	10	100

FUENTE: Ídem. Cuadro No. 1

ATENCION PROPORCIONADA A LA PARTURIENTA, ANTE LA PRESENCIA DE UN PARTO DISTOCICO.



FUENTE: Idem. Gráfica No. 1

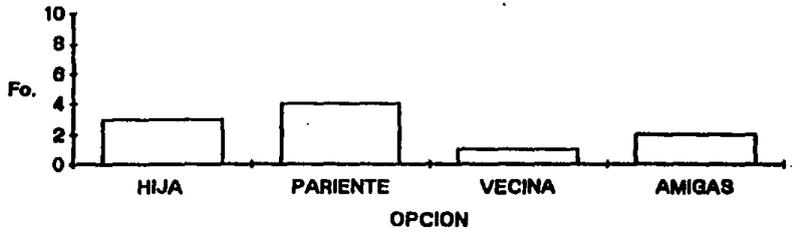
Los datos de este cuadro revelan el quehacer de la partera, al verse ante un problema distócico en la atención obstétrica, en donde un 20% de ellas aún atiende partos de este tipo, puesto que señalan poder atenderlos "con ayuda de Dios". Otro rubro abarca a las que las envían a centros especializados para su atención con un 80%.

Con esto podemos observar que existe un apoyo y vínculo entre las primeras instancias, como las parteras, con unidades médicas para la atención de casos no previstos y que se traducen en un riesgo para la vida de la parturienta y su hijo como para el ejercicio profesional de la partera.

PRESERVACION DEL OFICIO COMO PARTERA EN EL MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN		
OPCION	Fo.	%
HUJA	3	30
PARIENTE	4	40
VECINA	1	10
AMIGAS	2	20
TOTAL	10	100

FUENTE: Idem. Cuadro No. 1

PRESERVACION DEL OFICIO COMO PARTERA EN EL MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN.



FUENTE: Idem. Gráfica No. 1

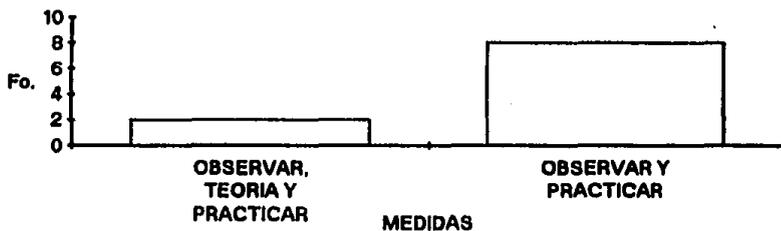
En estos datos cabe destacar que los parientes cercanos a la partera son los más señalados por ellas para legarles el oficio de la partería con un 40%; con un 30% para las hijas y un 20% para las amigas de las parteras.

Con ello es preciso mencionar que el legado tradicional de la partería como oficio se dá de una familia a otra por medio de una que se "inició" como tal; por lo que cabría considerar y llevar un registro y control de todas ellas para supervisarlas, y dar cursos de capacitación que les provean de conocimientos suficientes para el mejor desempeño de sus actividades obstétricas.

MEDIDAS QUE FACILITAN LA ENSEÑANZA DEL OFICIO COMO PARTERA EN EL MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN		
OPCION	Fo.	%
OBSERVAR, TEORIA Y PRACTICA	2	20
OBSERVAR Y PRACTICAR	8	80
TOTAL	10	100

FUENTE: Idem. Cuadro No. 1

MEDIDAS QUE FACILITAN LA ENSEÑANZA DEL OFICIO COMO PARTERA EN EL MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN.



FUENTE: Idem. Gráfica No. 1

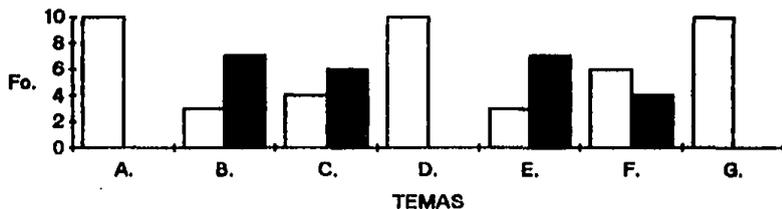
Dentro de las medidas que las parteras señalan que facilitan la enseñanza de su oficio, existe un 80% de las que mencionan que es preciso observar y practicar; y con un 20%, mínimo, las que destacan aspectos teóricos en la enseñanza.

Con ello observamos que la enseñanza de la medicina tradicional dentro de la atención obstétrica, sigue siendo como hace ya varios siglos; puesto que se siguen empleando procedimientos y remedios basados ampliamente en tradiciones ancestrales y en la tendencia hacia la fundamentación observable más que teórica. A pesar de ello, el contemplar aspectos teóricos dentro de la experiencia como partera, nos hace reflexionar sobre las necesidades de capacitación dirigidas hacia las parteras por parte de las instituciones del sector salud y por su preocupación para brindar una mejor atención a la población, sobre la cual ha gozado de gran confianza y respeto.

RELACION DE TEMAS QUE PERMITEN A LA PARTERA DAR UNA MEJOR ATENCION EN EL MODULO DE TACAMBARO, MICHOACAN			
TEMAS DE CAPACITACION	FRECUENCIA		TOTAL
	SI	NO	
ATENCION Y CUIDADO DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	10	0	10
PLANIFICACION FAMILIAR	3	7	10
RIESGO REPRODUCTIVO	4	6	10
NUTRICION Y ALIMENTACION MATERNA	10	0	10
SANEAMIENTO AMBIENTAL	3	7	10
VACUNACION	6	4	10
ATENCION DEL MENOR DE 5 AÑOS DE EDAD	10	0	10

FUENTE: Ident. Cuadro No. 1

**RELACION DE TEMAS QUE PERMITEN , A LA PARTERA, DAR
UNA MEJOR ATENCION, EN EL MODULO DE TACAMBARO,
MICHOACAN.**



A. Atención y cuidado del embarazo, parto y puerperio.

B. Planificación familiar.

C. Riesgo reproductivo.

D. Nutrición y alimentación materna.

E. Saneamiento ambiental.

F. Vacunación.

G. Atención del menor de 5 años de edad.

FUENTE: Idem. Gráfica No. 1

En relación a los temas en que las parteras tradicionales están mayormente interesadas en capacitarse; en orden de prioridad y frecuencia son:

- Atención y cuidado del embarazo, parto y puerperio.,
- Nutrición y alimentación materna.,
- Atención del menor de 5 años de edad, y
- Vacunación.

Con estos datos podemos decir que su atención se centra en el área materno-infantil; área en la que se ven inmersas para dar una mejor atención y poder prevenir casos de morbi-mortalidad que pudiesen presentarse durante la realización de sus funciones obstétricas. Además de proveer a su comunidad aledaña de servicios de salud que ayuden, junto con los servicios médicos del Centro de Salud del Municipio de Tacámbaro, al logro de los objetivos propuestos por la Estrategia de Extensión de Cobertura.

REPLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

REPLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Previo a la presentación de las conclusiones, cabe recordar la importancia de la presente investigación como un medio para conocer cuáles son las actividades que se realizan en el ámbito tradicional e institucional, en relación a la atención prenatal, al parto y al puerperio; de esta manera, es preciso mencionar lo siguiente:

La medicina tradicional, indígena, empírica, popular, herbolaria, folklórica e incluso medicina paralela, constituyen un conjunto de expresiones que suelen emplearse como sinónimos. Sin embargo, cabe señalar que la medicina tradicional mexicana constituye un campo bastante bien estructurado de creencias, conceptos y prácticas, y que por la presencia de éstas últimas manifiesta una cuota nada desdeñable de aspectos propios de la cultura.

Con todo ésto, podemos contemplar que la medicina tradicional mexicana expresa valores profundos de la cultura; al mismo tiempo constituye uno de los principales recursos empleados por la población para la atención de la salud, el combate de las enfermedades y la reparación del daño producido por los accidentes.

Así mismo, y con base en investigaciones antropológicas, se ha comprobado que los médicos tradicionalistas mostraron la existencia de clasificaciones sistémicas de enfermedades; se ha confirmado que las parteras, curanderos, hueseros y hierberos constituyen los principales grupos de terapeutas tradicionales y que registraron la existencia y empleo de una importante materia médica -la herbolaria-.

En conjunto con este punto; y en relación con las parteras, se ha visto que aún en la actualidad el parto sigue siendo asistido a domicilio y sin la presencia de facultativos médicos. Los

cuáles dentro de la Obstetricia han planteado 2 objetivos concretos: "la obtención de un feto en perfectas condiciones biológicas y la salvaguardia de los intereses maternos".

Para lo cual, los especialistas condicionaron que la asistencia al parto fuese a nivel hospitalario y la obligada presencia del médico (Santiago Dexeus Font, 1898 - 1973, España, 1934).

Sin embargo, esta aparente simplificación no corresponde a la práctica habitual de la especialidad, y mayormente se ve incrementada en casos en que el acceso a la atención médica se ve limitada por la localización geográfica; en donde las parteras, que han estado presentes desde tiempos ancestrales hasta la actualidad, prestan servicios tales y además realizan actividades de la medicina empírica como huerceras, curanderas, sobadoras, hierberas, prestan cuidados básicos a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y atienden al recién nacido normal. Combinado todas sus actividades de la medicina tradicional con las labores domésticas, agrícolas, sociales y religiosas, desempeñando así un papel de líderes en la mayoría de sus comunidades.

Este hecho, nos lleva a reflexionar sobre lo siguiente: existen localidades distribuidas en el país, con un acceso que presenta dificultad para la comunicación y los servicios, entre otros los de salud; los cuáles nos ayudan a comprender porque entre el 60 y 80% de los bebés que nacen en los países en desarrollo, lo hacen ayudados por las parteras tradicionales. Que generalmente son mujeres de edad madura y analfabetas, que adquieren esta habilidad mediante el aprendizaje y la experiencia, y no a través de la educación formal. Aún en países donde los gobiernos han tratado de reemplazarlas por personal joven, alfabetizado y capacitado en salud; un gran número de parteras continúa ejerciendo sus prácticas y se siguen solicitando sus servicios.

En este sentido y por lo que respecta a la capacitación de las parteras tradicionales en México, en el área rural existen una o más parteras; en las cuáles, a pesar de su experiencia como comadronas, el conocimiento y el ejercicio de los patrones culturales de las poblaciones donde

operan y la cantidad y la cualidad de las actividades que desempeñan, hay que tener en cuenta sus lagunas de conocimientos específicos de la atención del parto, normas y actos higiénicos y fomento de determinadas destrezas técnicas propias del oficio.

De ahí la importancia de esta investigación en los términos de los objetivos propuestos, pues aún no se cuenta con una información que refleje la situación bio-psico-social y, más aún, prever a toda instancia la continuidad de este importante factor de la atención a la salud reproductiva de la población.

Con esta explicación conjunta, el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia presenta la formulación propia del problema, y el cuál se muestra en el título de este protocolo:

" Conductas y creencias de la partera tradicional en la atención prenatal, al parto y al puerperio, y su comparación con el esquema de atención actual de Estrategia de Extensión de Cobertura".

En donde los objetivos propuestos y que se pretenden lograr a través de la realización de la presente investigación, son los siguientes:

- Conocer e identificar cuáles son las actividades que realiza la partera tradicional en la atención pre -
via, en el transcurso y la culminación del embarazo.
- Exponer y señalar cuál es el esquema de atención de la Estrategia de Extensión de Cobertura, para la realización de la atención obstétrica.
- Comparar y valorar ambas corrientes -tradicional e institucional-, para identificar la conveniencia o -
aceptación de una u otra actividad realizada por la partera o el personal médico para la atención del embarazo, parto y puerperio.
- Elaborar alternativas de solución para capacitar a la partera tradicional en temas acordes a la aten -
ción obstétrica, con los cuáles exista un mayor apoyo con los niveles institucionalizados.

Para el logro de la presente investigación, se empleó la siguiente metodología:

- 10 parteras tradicionales, oriundas del Módulo de Tacámbaro, Municipio de Pátzcuaro, en el estado de Michoacán. A las cuáles se les aplicaría una cédula de entrevista que contempla aspectos bio-psico-sociales, estimados en dos grandes rubros; a saber: Datos personales (nombre, lugar de nacimiento, edad, estado civil, idiomas o dialectos, religión y escolaridad) y datos profesionales (inicio como partera, ¿quién le enseñó?, otras actividades, cursos de adiestramiento; consultas prenatales, promedio de partos atendidos, remedios caseros, atención del parto, posición, encomendación, ceremonias, partos distócicos, morbimortalidad, atención puerperal, continuación del oficio, temas de capacitación y participación comunitaria).

- Para la realización de esta investigación, se contemplaron los meses de Marzo a Septiembre de --- 1994; de los cuáles se consideraron 4 etapas:

- a) Planeación: Marzo.
- b) Aprobación y ejecución: Abril - Julio.
- c) Análisis y presentación de datos: Agosto.
- d) Aprobación e impresión final: Septiembre.

- Así mismo, se contemplaron diversos recursos necesarios para su culminación:

1. HUMANOS: 1 pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, de la Universidad Nacional Autónoma de México.
2. MATERIALES: Papelería:
 - a) Cédula de entrevista a parteras.
3. FINANCIEROS: Designado en tres medios:
 - a) Beca otorgada a pasantes de Licenciatura con plaza tipo "C", con un monto de N\$ 250.00 mes

suales.

- b) Beca otorgada por la E.N.E.O., con un monto de N\$ 125.00 mensuales.
- c) Aportación económica por parte del pasante responsable de la investigación.

- Por último la selección de métodos, técnicas e instrumentos de trabajo esenciales para la realización y culminación de esta tesis recepcional, fue la siguiente:

1. Estructuración del marco teórico referencial:

- 2 libros de parteras rurales.
- 3 libros de Ginecoobstetricia.
- 3 libros de herbolaria.
- 1 guía de estudios para la prevención de los defectos al nacimiento.
- 1 revista de "Populations reports": programas de planificación familiar.
- 1 libro de Anatomía y Fisiología.
- 2 Diccionarios de Medicina.
- 1 Diccionario enciclopédico.

2. Análisis del problema:

El cuál contempla cuatro etapas:

- 2.1. Aplicación de cédulas de entrevista a las parteras tradicionales.
- 2.2. Recolección de la información, tabulación estadística y representación gráfica de los datos.
- 2.3. Interpretación de resultados, conclusiones y redacción del informe.
- 2.4. Presentación final.

3. Elaboración de las conclusiones:

- 3.1. Resultados esperados y hallazgos.
- 3.2. Relación con las variables estudiadas.
- 3.3. Resultados importantes.
- 3.4. Alternativas de solución.

3.5. Sugerencias respecto al fenómeno estudiado.

4. Presentación final.

4.1. Integración del informe final de la investigación.

4.2. Corrección e Impresión final de la tesis recepcional.

4.3. Trámites de aprobación de la tesis recepcional.

CONCLUSIONES

CONTRASTACION DE RESULTADOS

Para la realización de esta contrastación de resultados; en donde se comparan ambas corrientes en la atención obstétrica; a saber, tradicional e institucional, para identificar la aceptación de una u otra de las actividades llevadas a cabo por la partera tradicional o el personal médico; primeramente se exponen ambos esquemas en la atención obstétrica y, posteriormente, se confrontan.

Corriente tradicional

1. Dentro de los aspectos propios del embarazo, la partera únicamente realiza una revisión durante este lapso, y lo aprovecha para obtener la fecha probable de parto y da recomendaciones a la embarazada sobre su alimentación, actividades en el hogar y molestias antes del inicio del trabajo de parto.
2. En la atención propia al parto y trabajo de parto, la partera aseaa a la parturienta, le proporciona alguna infusión a base de hierbas secas mezclada con miel; en ciertos casos llega a "sober a la paciente" para vollear al producto y facilitar su expulsión (versión externa) y le dice a la parturienta que hacer durante el trabajo de parto; a las primigestas no llega a realizar la episiotomía o "corte de la vagina", y las aseaa nuevamente al culminar el acontecimiento obstétrico.
3. Durante el post-parto o puerperio, la partera inicialmente le proporciona a la puerpera una tisana a base de yerbabuena y le da de comer; posterior a esta actividad, únicamente realiza una visita a la madre para valorar el sangrado puerperal y recomendarle a esta última que lleve a registrar a su hijo y le apliquen su esquema vacunal completo.

Corriente Institucional

1. Por medio de una entrevista individual, durante el control prenatal, detectar los factores de riesgo que pudieran afectar la evolución prenatal de la embarazada, los resultados del embarazo y la salud a largo plazo.

1.1. Obtener los antecedentes médicos:

- Datos demográficos.
- Antecedentes menstruales.
- Embarazo actual: problemas, medicaciones, toxicomanías, peligros ocupacionales.
- Embarazos previos: abortos (espontáneos, terapéuticos); partos a término y pretérmino; lugar en donde ocurrió el parto; tiempo del trabajo de parto y estado del recién nacido; complicaciones del trabajo de parto, parto y el puerperio.
- Antecedentes médicos y familiares.
- Revisión por aparatos y sistemas.
- Fecha de última menstruación: para determinar semanas de amenorrea.

1.2. Consultas prenatales subsecuentes:

- 1 visita cada cuatro semanas hasta el sexto mes de embarazo.
- 1 visita cada dos semanas, hasta el octavo mes de gestación.
- 1 visita cada semana, hasta el parto.
- Durante estas consultas realizar las siguientes actividades:
 - a. Valoración del estado del embarazo entre las consultas.
 - b. Valoración de las prácticas actuales de alimentación.
 - c. Exploración física, basada en:
 - 1. Medición de la presión arterial.
 - 2. Peso: inicial antes del embarazo para valorar el aumento secuencial total durante la gestación.
 - 3. Medición de la altura del fondo uterino.

4. Maniobras de Leopold.

5. Auscultación de los ruidos cardiacos fetales.

1.3. Estudios prenatales de laboratorio:

- Citología hemática completa.
- Investigación de factor Rh y tipo de sangre.
- VDRL.
- Análisis general de orina, urocultivo o ambos.

1.4. Estudios de laboratorio repetidos (en caso necesario).

- Medición de las concentraciones urinarias de glucosa, proteínas y cetonas mediante tiras colorimétricas.

1.5. Instrucción para la realización del autoexamen de mamas:

- Inspección (ante un espejo).
- Palpación.

1.6. Signos de peligro durante el embarazo:

- Hemorragia vaginal.
- Edema en la cara y manos.
- Cefalalgia continua e intensa.
- Visión borrosa.
- Dolor abdominal.
- Vómitos persistentes.
- Interrupción de los movimientos fetales.
- Escalofríos o fiebre.
- Micción dolorosa.
- Escape de líquido por la vagina.
- Mareos en posición que no sea la supina.

1.7. Cuidados prenatales:

- Alimentación: no abusar del consumo de carbohidratos ni azúcares, para reducir la inciden -

cia de la glucosuria; tomar abundantes líquidos, pero no endulzados, porque el azúcar favorece el desarrollo de bacterias lo que puede dar como resultado una infección de vías urinarias disminuir el consumo de sal, para limitar o evitar la presencia del edema localizado o generalizado.

- Vestido: ropa holgada que permita una libre circulación.
- Mantener una buena higiene personal.
- Evitar el ejercicio exhaustivo, pero realizar actividades que mantengan a la embarazada en condiciones óptimas para la atención propia del parto.
- Señalar las ventajas de la vacunación antitetánica durante la gestación.
- Limitar al máximo el consumo de medicamentos, principalmente durante el primer trimestre del embarazo.

2. A nivel institucional, el personal médico, en el periodo del trabajo de parto y la atención propia al mismo, lleva a cabo las siguientes actividades:

2.1. Trabajo de parto:

- Llevar registro de los signos vitales de la parturienta cada hora.
- Determinar por palpación:
 - a. Actitud fetal.
 - b. Situación fetal.
 - c. Presentación y parte presentada.
 - d. Frecuencia, duración e intensidad de las contracciones.
 - e. Crecimiento exagerado del feto en total o en alguna de sus partes.
 - f. Polihidramnios u oligodramnios.
- Por auscultación:
 - a. Investigar la frecuencia cardíaca fetal entre contracciones y durante las mismas.
 - b. Valorar la respuesta fetal (VaReFe).

- c. Taquicardia (más de 160 latidos/minuto).
- d. Bradicardia (menos de 120 latidos/minuto).
- Registrar la evolución del trabajo de parto en una gráfica basándose en la exploración (tacto) vaginal periódica, vigilando los siguientes aspectos de la evolución:
 - a. Dilatación y borramiento vaginales.
 - b. Estado de las membranas.
 - c. Posición y estación de la parte presentada.
 - d. Amoldamiento y formación de "caput" en el feto.
- Anteriormente, se modificaba y corregía la presentación anómala del feto a través de la versión externa en donde es preciso localizar la placenta y descartar el embarazo múltiple; procedimiento efectuado al principio del trabajo de parto y contraindicado en presencia de cirugía uterina previa y datos de sangrado durante el tercer trimestre o de placenta de implantación baja; por lo que en la actualidad, se opta este tipo de atención al parto por vía abdominal quirúrgico (cesárea).

2.2. Parto por vía vaginal: (valorar la posibilidad)

- Producto en presentación cefálica.
- No exista prolongación del trabajo de parto.
- Dilatación y borramiento cervicales completos.
- Si las membranas no tienen más de 12 horas de ruptura.
- No hay datos de infección o sangrado transvaginal.
- Asepsia antes del nacimiento, tricloromía vulvoperineal.
- Vigilar efectos del aumento de la actividad física y la fatiga, manifestados con incremento de la sudoración, debilidad muscular y temblores.
- Animar a la paciente a que orine y valorar la distensión vesical, cuando se administren líquidos parenterales o vía oral.
- Apoyar los esfuerzos de la madre, animándola a emplear el diafragma y los músculos abdominales para ayudarse en sus esfuerzos, en tanto conserva los otros grupos musculares tan re-

lajados para disminuir la fatiga.

- Observar que la cabeza fetal avance con los esfuerzos de expulsión y continúe dirigiéndose hacia el perineo.
- Realizar episiotomía, para ampliar la abertura y dar paso a la cabeza fetal.
- Administrar analgésicos y oxitócicos necesarios.
- Efectuar la valoración inicial del producto, APGAR.
- Proporcionar asistencia inmediata al recién nacido.
- Vigilar el desprendimiento y la expulsión de la placenta, identificada a través de los siguientes signos:
 - a. Expulsión de un chorro de sangre por la vagina.
 - b. Cambio de forma, tamaño y consistencia del útero.
 - c. Alargamiento del cordón umbilical desde la vagina.
 - d. La madre soporta una contracción.
- Revisión de la placenta, membranas y cordón umbilical, para descartar alguna anomalía y verificar que las membranas, al igual que la placenta están completas (cotiledones presentes en la superficie materna).
- Revisión de la cavidad uterina para comprobar que no exista o se retenga algún cotiledón y -- pudiera dar como resultado una retención de restos placentarios, una subinvolución uterina, - aumento de la hemorragia transvaginal y probable infección puerperal.
- Vigilar el estado materno cada 15 minutos durante la primera hora del puerperio inmediato.

3. En relación a la adaptación fisiológica y psicológica materna en el puerperio, contemplar las siguientes actividades y enseñanzas a la madre:

3.1. Cuidados puerperales iniciales (primeras seis horas):

- Vigilar presión arterial, pulso, color de la piel y tono uterino cada 15 minutos durante la primera hora.

- Dar masaje en el fondo uterino y observar el flujo de loquios; un útero reblandecido indica administrar solución de oxitocina por vía intravenosa.
- Aplicar compresas heladas al perineo durante las 8 ó 12 primeras horas del puerperio para reducir el edema y la equimosis y fomentar el bienestar de la paciente.
- Mantener a la mujer en decúbito ventral (recostada sobre el abdomen) cuando sufra de malestar por los "entueritos"; administrar la analgesia necesaria.
- Fomentar la micción temprana.
- Promover la ingestión libre de líquidos y de dieta.
- Ayudar en el amamantamiento y asistencia al recién nacido.

3.2. Cuidados puerperales sostenidos (seis horas a tres días):

- Si persisten loquios excesivos, mantener una vigilancia más estrecha para identificar con oportunidad la hemorragia puerperal.
- Alentar a la mujer a tomar duchas tibias y dar masaje en las mamas para estimular la circulación, fomentar la "bajada de la leche" y reducir la ingurgitación si está amamantando.
- Alentar el reposo, el sueño y la relajación.
- Prevenir el estreñimiento estimulando la ingestión libre de líquidos y consumo de alimentos ricos en fibra como fruta y vegetales.
- Facilitar la interacción temprana entre el niño y sus padres, y animar a éstos para que acudan a las pláticas y demostraciones sobre cuidados infantiles.

3.3. Alta temprana después del parto. Actitud que puede llevarse a cabo y adoptado por criterios hospitalarios como los siguientes:

- Embarazo no complicado.
- Trabajo de parto y parto vaginal no complicado.
- Signos vitales dentro de los límites normales.
- Útero firme con loquios moderados.
- Micción sin dificultad.
- Valores de hemoglobina y hematocrito maternos dentro de los límites normales.

- Ausencia de náuseas y vómitos.
- Neonato sano.
- Interacción positiva entre padres e hijo.

3.4. Complicaciones puerperales:

- Infección puerperal.
- Metritis y endometritis.
- Parametritis.
- Peritonitis.
- Tromboflebitis profunda.
- Enfermedad tromboembólica.
- Infecciones de vías urinarias:
 - a. Cistitis: infección de vías urinarias bajas.
 - b. Pielonefritis: infección de vías de urinarias superiores.
- Mastitis.

3.5. Factores que predisponen a infecciones puerperales, que se extienden a través de las vías genital y paragenital:

- Técnica aséptica inapropiada.
- Parto extrahospitalario de urgencia.
- Trabajo de parto prolongado por más de 24 horas.
- Traumatismos por intervenciones obstétricas.
- Extracción manual de la placenta.
- Desgarros o hematomas en vagina y perineo.
- Hemorragia.
- Cuidados perineales inapropiados.

Los avances recientes de la asistencia de la salud han reducido la morbilidad generalizada en decenios anteriores, pero nunca es "simple rutina" la recuperación del parto. No

puede garantizarse un puerperio sin problemas; la reacción de cada paciente a los cambios notorios que han ocurrido en su cuerpo durante el embarazo y el nacimiento es única. El cuerpo de la mujer es vulnerable en esta época, y el diagnóstico y el tratamiento oportuno son esenciales para su bienestar y el de su familia.

De acuerdo con la observación hecha al inicio de esta exposición de ambas corrientes; a continuación se presenta la confrontación propia de éstas, para conocer y valorar la aceptación de una u otra de las actividades realizadas a cabo por la partera tradicional o el personal médico de instituciones del sector salud, en la atención obstétrica.

1. En cuanto a la atención prenatal; como se puede observar, las actividades de la partera tradicional se resumen en una visita para conocer la fecha probable del parto y señalar a la parturienta algunos de los cuidados a realizar durante el periodo gestacional; en cambio a nivel hospitalario, estas consultas prenatales abarcan 14 consultas en promedio para establecer los factores de riesgo a los cuáles está expuesta a la embarazada y pueda afectar la evolución y culminación del embarazo y la salud materna a largo plazo, en una etapa inicial; dentro de la cuál se puedan llevar a cabo acciones específicas para cancelar, modificar o atenuar las consecuencias de algún factor de riesgo presente. Asimismo, dentro de cada una de las citadas consultas, realizar una valoración del estado del embarazo a través de una exploración física, estudios prenatales de laboratorio que nos señalen alguna patología concomitante y que altere la evolución del desarrollo del producto "in útero", además de señalar a la madre los cuidados que debe tener durante el periodo gestacional y, por último, mencionar las posibles complicaciones implícitas que pueden presentarse en este periodo, sobre las cuáles hay que tener un estricto control en la institución de salud en la cuál se le proporcione dicho servicio.

Con todo esto podemos contemplar que los conocimientos de las parteras, en cuanto a la atención e importancia del control prenatal, son escasos y muy limitados; lo que nos lleva a concluir

que la atención institucionalizada nos amplía el marco de atención hacia la embarazada y nos permite dilucidar la importancia de este control, con lo cual sea posible y factible disminuir la morbimortalidad generalizada en decenios anteriores.

2. En relación a la atención propia al trabajo de parto y la asistencia al mismo, tenemos que la partera lleva a cabo el aseo a la parturienta, le proporciona alguna tisana de tipo estimulante y relajante ante el dolor obstétrico, llega a realizar versiones externas al producto y facilitar su expulsión, sin recurrir al empleo de la episiotomía y asear nuevamente a la puerpera al término de la atención del parto; en contraparte, el personal médico institucionalizado, lleva un registro de la evolución del trabajo de parto basándose en la exploración vaginal periódica, registro de los signos vitales de la parturienta, determinación por palpación de la actitud fetal, la situación fetal, la presentación y la parte presentada del producto con los cuales inferir en un posible diagnóstico para obtener un producto por parto eutócico, o bien por vía abdominal quirúrgico (cesárea), en casos de presentación pélvica o transversa. En la atención propia al parto, realiza tricotomía vulvoperineal y, en ciertos casos, enema evacuante y diuresis a través de la colocación de una sonda en la vejiga femenina, coloca a la parturienta en posición de decúbito dorsal, en la cual anima a la paciente a emplear el diafragma y los músculos abdominales mientras transcurre la contracción uterina en el periodo expulsivo del trabajo de parto, asimismo opta, principalmente en la atención a primigrávidas, por la realización de la episiotomía y el empleo de analgésicos y oxitócicos en general, y éstos últimos empleados además al culminar la expulsión del producto y la placenta; al recién nacido se le realiza una valoración inicial y se le proporcionan cuidados inmediatos al nacimiento; por último, se realiza la revisión de la placenta, membranas y cordón umbilical, así como vigilar el estado materno durante la primera hora del puerperio inmediato.

Como podemos observar dentro de las actividades realizadas durante el trabajo de parto y la asistencia al parto en sí, por parte de la partera tradicional y, en contraposición, por parte del personal médico institucionalizado; ambas corrientes sugieren la misma atención empleada, aunque

del lado de la atención institucionalizada, como es conocido, la atención cubre mayores aspectos desde la revisión constante de la parturienta en etapas iniciales al periodo expulsivo, y acciones propias durante este periodo. Sin embargo, cabe recalcar y recordar que en la atención tradicional, que prácticamente, radica en la atención propia al parto, se atiende sin necesidad de recurrir a la incisión perineal sin producirse ningún desgarro; además de dar atención inmediata al recién nacido en la cual, realiza una profilaxis oftálmica con base en infusión de té de manzanilla y ligadura del cordón umbilical, previo al corte del mismo ya sea con tijeras o navajas de rasurar.

Con este razonamiento es posible dilucidar que la atención al parto por parte de las parteras tradicionales es, sino excelente, efectivo; ya que, entre otras razones se llega a practicar la versión externa del producto para facilitar su expulsión sin registrar, ellas, ningún índice de mortalidad neonatal; aunque cabe incluir que es necesario conocer los riesgos implicados en la atención al parto en su segunda etapa, durante el cual pudiera existir alguna posición anómala, con dificultad de realizar versión, con hipertoniá uterina y antecedentes de factores de riesgo que pongan en peligro la vida de la madre, el producto y el ejercicio profesional de la partera; con lo cuál es necesario, y a veces innegable, la realización y obtención del producto a través de fines quirúrgicos de los cuáles carece la partera, y pudiera complicarse la asistencia al trabajo de parto y la preservación del oficio de la partera dentro de su comunidad; como fue en tiempos de la represión religiosa en la época medieval, entre los siglos XV y XVIII, donde se acusaba a las parteras de practicar brujería y trajo consigo, en el ámbito social, la idea de la falta de conocimientos específicos y la higiene defectuosa en la atención al parto, por este personaje. Con todo esto podemos observar que ambas corrientes contemplan aspectos en su pro y su contra, que llevando a cabo una estructuración de los beneficios de cada una de las corrientes - tradicional e institucional -, la práctica de la partería se recuperaría de dicho ataque y reflejarse en el reconocimiento de las enfermeras obstétricas que pudieran ocupar el lugar que les corresponde en el sistema actual de servicios médicos; con todas estas fundamentaciones, ambas corrientes de atención obstétrica podrían reconocer cuáles son sus prácticas dañinas y benéficas, con lo que se pudiera definir en que forma puede adaptarse mejor la

medicina moderna a las costumbres y expectativas de las sociedades tradicionales y viceversa, dentro de lo cual la colaboración más estrecha entre los practicantes modernos y los tradicionales podría mejorar la atención de la salud materno-infantil en México y en muchos países en desarrollo.

3. Por último, dentro de los aspectos realizados por ambas corrientes en la atención al puerperio, se tienen las siguientes consideraciones:

Las parteras tradicionales inicialmente le brindan una infusión a la puerpera y le dá de comer; posteriormente sólo realiza una visita para valorar el sangrado transvaginal y dar recomendaciones en relación al cuidado del infante. A nivel institucional se consideran tres aspectos importantes:

- a) Cuidados puerperales en las primeras seis horas.
- b) Cuidados puerperales de las pasadas seis horas hasta tres días.
- c) Alta temprana después del parto, siguiendo criterios adoptados a nivel hospitalario.

Todo ésto con la finalidad de reducir los riesgos implícitos durante el puerperio inmediato y mediano, para la madre y el producto; así como para dar tratamiento a la presencia de alguna enfermedad de tipo nosocomial intercurrente a la atención del parto.

Con estos datos inferimos en que la atención puerperal por parte de la partera está disminuído considerablemente, puesto que carece de áreas de "hospitalización" y su actividad principal se resume en la atención propia al parto, pero sin descuidar la atención inicial subsecuente al mismo. Sin embargo, es importante señalar que ellas no manifestaban haber tenido alguna complicación posterior al acontecimiento obstétrico, lo cuál nos habla de su amplia experiencia en la atención de partos y la importancia de los cuidados higiénicos que realizan previos a la atención en sí y póstumo al suceso obstétrico.

Con base en las contrastaciones realizadas con anterioridad, es preciso señalar que el cumplimiento de los objetivos planteados al inicio de esta presente investigación han sido abarcados en su totalidad, en donde cabe contemplar los siguientes aspectos:

1.- Se tuvo conocimiento sobre cuáles son las actividades realizadas por la partera tradicional en cuestiones de atención obstétrica durante el periodo prenatal, en la atención del parto y al periodo subsecuente a éste último; con lo cual se ha enriquecido el conocimiento del pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, en relación a la importancia de contemplar aspectos de las actividades de las parteras en su quehacer profesional.

2.- Se expusieron y contrastaron ambos esquemas de atención al parto, en los cuales se identificaron los aspectos benéficos y dañinos en la atención realizada por la partera tradicional y el personal médico; con lo cual podría modificarse y, además, ampliar el marco asistencial en la atención al embarazo, parto y puerperio y, probablemente, resolver otros problemas que alteren la conservación y restauración del amplio panorama de la salud.

3.- Con base a los puntos comentados con anterioridad, se presentan alternativas que den solución a la situación encontrada, durante la realización del programa de servicio social del pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, en el siguiente capítulo de esta investigación.

SUGERENCIAS

SUGERENCIAS

Las siguientes propuestas están enfocadas a mantener una actualización en las parteras tradicionales, como medio del cual se pueda garantizar una mejor atención en materia de salud.

1. Contar con un registro de las parteras existentes en el Módulo de Tacámbaro, así como de las que confluyen o son aledañas a este Municipio.
2. Elaborar un diagnóstico situacional, en el cual se conozcan las necesidades e intereses de las parteras respecto al oficio que desempeñan.
3. Con base al punto anterior, y a la presente investigación, realizar cursos programáticos para la capacitación a las parteras rurales de esta comunidad.
4. Aunado con el punto anterior, programar cursos prácticos en los cuales se lleven actividades vistas en los cursos meramente teóricos, para dar una mejor comprensión y revisión de cada uno de los temas de capacitación.
5. Incentivar a las parteras tradicionales, en la medida de lo posible, para lograr que el objetivo principal de mantener una capacitación y mejorar los servicios ofrecidos, no decaiga sino que se incremente, y con ello garantizar un apoyo a la comunidad perteneciente al Municipio de Tacámbaro, Michoacán.
6. Dentro del marco de atención institucionalizado, revisar los patrones de atención prenatal, asistencia al parto y al puerperio sobre los cuales no se omitan actividades, no menos importantes, como las que realizan y llevan a cabo durante su ejercicio profesional.

7. Recordar que los pacientes acuden a recibir una atención óptima y de calidad, la cual es posible, si además de la atención proporcionada; se les trata con respeto y amabilidad, considerando el pudor íntimo de cada uno y dándole una explicación ante cada una de las acciones y/o procedimientos por realizar con ellos.

8. Reconocer cuales son las prácticas dañinas y benéficas de ambas de corrientes en la atención obstétrica - tradicional e institucional -; que se resumen en las siguientes:

CONTROL PRENATAL:

A. Entrevista individual, que destaque los factores de riesgo que puedan afectar la evolución prenatal del embarazo, los resultados y la salud materna a largo plazo.

B. Intensificar y destacar la importancia del control prenatal a nivel tradicional e institucional, sin omitir aspectos indispensables para un mayor control, por ejemplo: cuidados prenatales (alimentación, vestimenta, higiene, limitación ante el ejercicio, medicaciones, prevención del "tétanos") y signos de peligro durante el embarazo.

ATENCIÓN AL PARTO:

A. Aumentar la capacitación en las parteras, donde lleven control en la atención previa al parto para reconocer factores y aspectos clínicos que propicien la atención del parto vía vaginal y sea necesario, para disminuir la mortalidad neonatal y materna, en otros casos, la realización de la intervención quirúrgica abdominal (cesárea).

B. Reconocer la importancia de la "herbolaría", la cual ha gozado de aprecio en la cultura mexicana y amplíe el marco de atención a los problemas de salud.

C. Intensificar el apoyo, respeto y amabilidad ante la parturienta en la atención obstétrica; factor importante y que, desgraciadamente en algunos casos, se ha perdido a nivel institucionalizado.

D. Reconocer y revisar bibliografía que fundamente la realización de la "episiotomía" como norma institucional, puesto que surge como una agresión física a la parturienta; asimismo revalorar la

realización de la revisión de la cavidad uterina póstuma a la expulsión placentaria, en donde las infecciones nosocomiales guardan índices bajos a pesar de contar con todas las técnicas necesarias para limitar la presencia de éstas, y en la atención tradicionalista no se contemplan tales índices de infecciones, lo que nos hace pensar en la incrementación de programas de capacitación para ambas partes y se puedan reconocer las prácticas benéficas de ambos esquemas de atención obstétrica, para garantizar la atención óptima en el área asistencial materno-infantil.

ATENCION AL PUERPERIO:

A. Contemplar aspectos propios del puerperio, como etapa de adaptación fisiológica y psicológica de la madre.

B. Recaltar la importancia de los cuidados puerperales a la partera tradicional, en donde se señalen las complicaciones posibles durante este período y las medidas higiénicas que limitan la presencia de éstas y dar como resultado la salvaguarda de los intereses maternos.

C. Mantener vigilancia estrecha en toda atención subsecuente al parto, durante la cual se identifiquen factores que predispongan a infecciones puerperales.

D. Remarcar la importancia de los cuidados higiénico-dietéticos de la puérpera; así como sobre los cuidados infantiles (crecimiento y desarrollo, esquema de vacunaciones, prevención de accidentes y atención médica periódica).

9. Aunado al punto anterior, modificar el patrón asistencial de la atención prenatal, al parto y al puerperio; con lo cual definir en que forma puede adaptarse mejor la medicina moderna a las costumbres y expectativas de las sociedades tradicionales y viceversa, dentro de lo cual la colaboración más estrecha entre los practicantes modernos y los tradicionales podrían mejorar la atención de la salud materno-infantil en México y en otros países en desarrollo.

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

"CONDUCTAS Y CREENCIAS DE LA PARTERA TRADICIONAL EN LA ATENCION PRENATAL AL PARTO Y AL PUERPERIO, Y SU COMPARACION CON EL ESQUEMA DE ATENCION ACTUAL DE LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA"

TACAMBARO, MICHOACAN. MEXICO, 1994

ACTIVIDADES	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Elaboración del diseño de investigación.									
Aprobación del diseño de investigación.									
Investigación bibliográfica.									
Aplicación de cédulas de entrevista.									
Análisis e interpretación de los resultados.									
Conclusiones y redacción final.									
Corrección e impresión final.									
Trámites de aprobación de tesis receptacional.									

OBJETIVO: La presente cédula pretende dar a conocer las características generales de las parteras rurales.

INSTRUCCION GENERAL: Escriba con lápiz y letra de molde.

I. INFORMACION DE CONTROL GENERAL:

1. LOCALIZACION.

Estado _____ Municipio _____ Localidad _____ Domicilio (partera) _____

2. FECHA DE LA ENTREVISTA:

DIA _____ MES _____ AÑO _____

II. DATOS PERSONALES:

3. Nombre de la partera:

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____ Apodo _____

4. Lugar de nacimiento:

Localidad _____ Municipio _____ Estado _____

5. Edad en años cumplidos: _____

6. Fecha de nacimiento:

DIA _____ MES _____ AÑO _____

7. Estado civil:

Casada () Unión libre () Divorciada () Viuda () Soltera () Otra () _____

8. Idiomas que habla:

Español () Otro () _____

9. Religión:

Católica () Evangelista () Otra () _____

10. Alfabetismo:

Analfabeta () Sabe leer y escribir () Sólo sabe leer ()

11. Escolaridad:

AÑOS	NIVEL
()	1. Primaria.
()	2. Secundaria.
()	3. Preparatoria.
()	4. Otro _____

SUMA = _____

III. DATOS DE SU PROFESION:

12. Desde que año se inició como partera ?

Fecha _____ Años de partera _____

13. Actualmente trabaja como partera ? SI () NO ()

14. Quién le enseñó el oficio como partera ?

Sola () Una partera () Su mamá o suegra () En una escuela de enfermería ()

Otra forma () _____

15. Otras actividades relacionadas con su oficio:

Sobadora () Curandera () Otras () _____

16. Cursos de adiestramiento o readiestramiento para parteras:

INSTITUCION _____ No. de cursos _____

I.M.S.S. _____

S.S. _____

D.I.F. _____

Otro _____

AÑO DEL ULTIMO CURSO: _____

17. Cuántas revisiones realiza durante el embarazo ?

MESES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9

REVISIONES: () () () () () () () () ()

18. Promedio mensual de partos atendidos: _____.

19. Al concluir la atención al parto. Cuántas veces revisa a la puérpera ? _____.

20. Que remedios utiliza con las embarazadas, parturientas o puérperas ?

REMEDIOS

PARA QUE SIRVE

21. Señale si usted hace algunas de estas atenciones:

	SI	NO
- Asea a la parturienta	()	()
- La soba	()	()
- Le da algún té	()	()
- Le aconseja que hacer en el momento del parto	()	()
- Le da de comer	()	()

22. En que posición la atiende ?

Acostada () Arrodillada () Sentada en cuclillas () Otra () _____.

23. Qué hace con la placenta ? _____.

24. Para realizar su trabajo en la atención del parto, a quién se encomienda ? _____.

25. Hace algún tipo de ceremonia para que el parto salga bien ?

NO () SI () () Reza.

() Enciende una vela o veladora.

() Riega agua bendita.

() Cumple una manda.

() Deja un retabio o milagro.

() Otro _____.

26. Cuáles son las causas principales de morbi-mortalidad que se le presentan ? _____.

27. Qué hace usted cuando se le presenta un parto difícil ? Lo atiende ()

La envía a una unidad médica () No sabe que hacer ()

Otro () _____.

28. A quién le enseñaría su oficio de partera ? A su hija () Una pariente ()

Vecina () Amigas () Otra () _____.

29. Qué medidas propone para facilitar la enseñanza de su oficio de partera a otras mujeres ?

30. De los siguientes temas, en cuáles le gustaría estar capacitada ?

- Atención y cuidado del embarazo, parto y puerperio

- Planificación familiar

- Riesgo reproductivo

- Nutrición y alimentación materna

- Saneamiento ambiental

- Vacunación

- Atención del menor de 5 años de edad

31. Qué medidas pueden ayudar a una mayor participación de usted como parteras, en los programas de salud de su comunidad ? _____.

GLOSARIO DE TERMINOS

ACROCIANOSIS: Cianosis moteada simétrica de manos y pies, acompañada de escalofríos y daíforesis; enfermedad vasoespástica que empeora con el frío y la emoción y mejora con el calor.

Sinón. Enfermedad de Crocq.

APGAR, valoración de: Método que se emplea para valorar la adaptación postnatal inmediata del recién nacido. La suma total de los 5 signos es de 8 a 10 cuando la adaptación inicial es buena. Los recién nacidos con puntuaciones más bajas requieren de atención especial. Puntuaciones menores de 4 indican que el niño está gravemente deprimido. La valoración debe hacerse al minuto y a los cinco minutos, tomando como base la siguiente tabla:

SIGNO	1	PUNTUACION 2	3
a) Frecuencia cardíaca.....	Ausente	Lenta (- 100)	Mayor de 100
b) Frecuencia respiratoria.....	Ausente	Lenta, irregular	Buena, llanto
c) Tono muscular.....	Flácido	Cierta flexión de extremidades	Movimientos activos
d) Irritabilidad refleja.....	Sin respuesta	Gesticulaciones	Llanto
e) Color.....	Azul	Cuerpo sonrosado extremidades azules	Totalmente sonrosado

AMNIOS: La más interna de las membranas fetales que forman un saco lleno de líquido para la protección del embrión. Su pared delgada y translúcida está compuesta de una capa interna de ectodermo y una capa externa de mesodermo que se continúa con la somatopleura del embrión a nivel del ombligo. Después del 2o. mes de desarrollo se oblitera el celoma extraembrionario, forma una vaina alrededor del cordón umbilical y se fusiona en forma laxa con el mesodermo coriónico.

BORRAMIENTO: Proceso en que el conducto cervical se reblandece, adelgaza y acorta. Se valora durante el trabajo de parto en porcentajes: 0% indica que no hay borramiento, el 100% indica que el cuello se ha borrado por completo. En múltiparas, el cuello puede borrarse hasta un 50% antes de que se inicie el trabajo de parto.

CELOMA: Cavidad del cuerpo embrionario formada en el mesodermo lateral, que posteriormente se divide en las cavidades pericárdicas, pleural y peritoneal.

CELOMA EXTRAEMBRIÓNARIO: Cavidad limitada por el mesodermo extraembrionario; se encuentra entre las hojas del mesodermo coriónico y el mesodermo del amnios y del saco vitelino. Se continúa con el celoma embrionario en la región umbilical y se oblitera por el crecimiento del amnios.

CIANOSIS: Coloración levemente azulosa o de color púrpura oscuro de la piel y las mucosas, a causa de deficiencia de oxígeno.

CORION: Capa más externa de las membranas fetales que consiste en un epitelio trofoblástico externo forrado internamente por mesodermo extraembrionario. Su porción vellosa, vascularizada por vasos sanguíneos alantoides, forma la porción fetal de la placenta.

DILATACION: Apertura y distensión del orificio cervical externo, desde unos cuantos milímetros durante el embarazo hasta 10 cm. al completarse la dilatación durante el parto. Se produce por retracción del cuello uterino hacia el segmento uterino inmediato superior, como resultado de las contracciones del trabajo de parto y la presión del saco amniótico.

ECTODERMO: La más externa de las capas germinales primarias del embrión. De él se originan la epidermis, el revestimiento epitelial del ectodermo y del proctodeo, y el tubo neural con todas sus derivaciones.

EMBARAZO: Conjunto de fenómenos que incluyen la fecundación, implantación, desarrollo embrionario y fetal; que normalmente termina en el nacimiento del producto de la gestación.

EMBRION: Organismo de los estadios tempranos del desarrollo; en embriología humana, producto de la concepción desde el momento de la fecundación hasta alrededor del final de la 8a. semana después de la misma.

EMPIRISMO: Preferencia metodológica, tendencia hacia la fundamentación observable directa más que teórica.

ENDODERMO: La más interna de las tres capas germinativas primarias del embrión en desarrollo, que da origen al tubo digestivo, vejiga urinaria, uretra y vías respiratorias.

ESTROGENOS: Hormonas sexuales de la mujer que se producen en los ovarios y guardan relación con el desarrollo y conservación de las estructuras reproductivas y características sexuales

secundarias, así como los equilibrios líquido y electrolítico, y anabolía de las proteínas. Sus tipos principales son:

1. Estrógeno E₁ (estrona): Estrógeno de la menopausia.
2. Estradiol E₂ (beta-estradiol): Estrógenos de las mujeres en edad fértil.
3. Estradiol E₃ (estriol): Estrógeno del embarazo.

Donde este último, manifiesta su influencia de la siguiente manera: hipertrofia de la musculatura uterina, proliferación endometrial y aumento del flujo sanguíneo hacia la unidad placentaria; desarrollo de conductos, alveólos y pezones en la mama; crecimiento de los genitales externos; mayor flexibilidad del tejido conectivo, lo que da como resultado la relajación de las articulaciones y los ligamentos pélvicos, distensibilidad del cuello uterino; disminución de la secreción gástrica de ácido clorhídrico y pepsina; aumento de la pigmentación de la piel (incremento de la hormona estimulante de melanocitos de la hipófisis); retención de sodio y agua; aumento del 50% del potencial de coagulación del fibrinógeno sanguíneo (factor I); mayor producción de estriol hacia el final del 3er. trimestre (que puede estimular la producción de prostaglandinas) y cambios psicológicos.

ESPLACNICO: Relativo a las vísceras.

FECUNDACION: Unión de los gametos masculino y femenino.

FETO: Producto de la concepción de mamíferos vivíparos en los últimos estadios de desarrollo dentro del útero; en seres humanos, alrededor del principio de la 9a. semana después de la concepción.

GAMETO: Célula sexual masculina o femenina capaz de unirse en el proceso de fecundación o conjugación. En animales superiores, óvulo y espermatozoide.

HERBOLARIA: El que sin principios científicos se dedica a recoger hierbas medicinales para venderlas. Parte de la botánica que pretende dar a conocer las propiedades y usos de las distintas variedades de plantas que han sido utilizadas ancestralmente y que están contempladas en el marco tradicional de toda comunidad rural.

IXCUJINA: Estatua nahua, protectora de las parturientas. Está ella sentada, en trabajo de parto, y en su última etapa. Encucillada, tiene las manos apoyadas en los glúteos, con los dedos entrebre la

vulva y con un supremo esfuerzo ayuda a la expulsión del tronco del feto, que tiene fuera las manos y la cabeza.

MEDICINA TRADICIONAL: Práctica no profesional de la medicina, con empleo de procedimientos y remedios; éstos últimos, de origen vegetal, basados ampliamente en empirismo y tradición.

MESODERMO: Tercera capa germinal, entre el ectodermo y endodermo. Da lugar a tejidos conectivos, músculos, sistema urogenital, sistema vascular y capa epitelial del celoma.

OBLITERACION: Cierre completo de la luz.

OBSTETRICIA: Rama de la Medicina, relacionada con la atención de las mujeres y sus productos durante el embarazo, el parto y el puerperio.

OXITOCINA: Octapéptido obtenido a partir de extractos del lóbulo posterior de la hipófisis y también por síntesis; es la principal hormona estimulante de la contracción uterina y de la lactación.

PARTERA: Mujer que, sin tener estudios o titulación, ayuda o asiste a la parturienta.

PARTO: Serie de procesos, especialmente por las contracciones uterinas periódicas coordinadas, por los que se expulsa el feto.

PLACENTA: Órgano fijado a la pared del útero, al que está unido el embrión por el cordón umbilical. Se desarrolla a partir del corion del embrión y de la decidua basal del útero. Realiza las funciones de nutrición, respiración y excreción; así como de secreción de estrógenos, progesterona y otras hormonas. La placenta humana promedio a término pesa un sexto del feto y tiene un grosor aproximado de 2 cm en su centro y 15 cm de diámetro.

PROGESTERONA: Hormona esteroide secretada por el ovario, principalmente el cuerpo lúteo. Esencial para la nidación del huevo y mantenimiento del embarazo. El cese de su secreción al final del ciclo menstrual determina de manera importante el momento del inicio de la menstruación.

PROSTAGLANDINAS: Uno de varios compuestos fisiológicamente potentes en todo tejido u órgano, cuya estructura es característica. Tiene actividad que afecta al sistema nervioso, la circulación, los órganos reproductores femeninos (contracción y relajación del músculo uterino e inducción del trabajo de parto en el embarazo) y el metabolismo. La concentración más elevada de prostaglandinas se encuentra en el semen humano normal.

PUERPERIO: Estado de haber dado a luz recientemente. Período que va desde el momento en que nace el producto de la concepción, hasta que el útero recobra su tamaño normal en 6 semanas.

REFLEJO DEL MORDO: Puesto un niño de pecho en decúbito supino sobre una mesa, un golpe fuerte dado sobre ésta (o si se produce un ruido violento) provoca en el niño movimientos de abrazo. Desaparece normalmente hacia los 5 meses de edad.

RELAXINA: Hormona producida por los ovarios, que relaja la sínfisis púbica, participa en la dilatación del cuello uterino para facilitar el parto y desempeña funciones en el aumento de la movilidad de los espermatozoides.

SACO VITELINO: Membrana extraembrionaria formada de endodermo y mesodermo esplácnico. Lugar de formación de células sanguíneas primitivas.

SOMATOPLEURA: Pared corporal que se compone de ectodermo y mesodermo somático.

TE: Infusión que se prepara con hojas secas; bebida estimulante, digestiva y diurética que contiene un alcaloide denominado "teína".

TE DE ALBAHACA: Lat. *Ocimum basilicum*.

Hiedra muy ramosa, considerada estimulante y antiespasmódica. Se recomienda en las dispepsias nerviosas y para favorecer la secreción láctea de las mujeres que crían; contra la flatulencia, falta de apetito, intranquilidad e insomnio. Se emplea como gargarismos en inflamaciones de garganta y como apósito para heridas mal cicatrizadas.

TE DE CANELA: Lat. *Cinnamomum zeylanicum*.

Cáscara o corteza, vendida en polvo. Astringente, es decir, que tiende a contraer los tejidos y reducir la pérdida de líquidos. Carminativa, que elimina gases del aparato digestivo. Útil para casos de estómago débil y diarrea, frena náusea y vómitos.

TE DE YERBABUENA: Lat. *Mentha sativa*.

Menta tónica y estimulante, propiedades atribuidas a la esencia y al mentol. Empleada en el malestar, náuseas o vómitos. En trastornos gastrointestinales acompañados de flatulencia, espasmos y heces fétidas. Estimula el flujo biliar y la producción de bilis en el hígado. Goza de gran aprecio para dolores del período menstrual.

TEURGIA: Especie de magia de los antiguos gentiles, mediante la cual pretendían tener comunicación con sus divinidades y hacer prodigios.

TRIPLE GRADIENTE DESCENDENTE: Se refiere a la presencia de ondas contráctiles en el útero, las cuales inician en zonas denominadas "marcapasos" encontradas en la inserción con las trompas de Falopio en el cuerpo uterino; caracterizado por:

- Sentido descendente de la propagación de la onda.
- Sentido descendente de la intensidad de la onda.
- Sentido descendente en la duración de la onda.

Figuras



Ixcuina era la diosa que velaba por el buen desenlace del parto. Los rasgos de calavera con que es representada simbolizan el riesgo de morir que corría la parturienta y la posibilidad de ser difícilada si ello sucedía.

Museo Británico, Londres.

Figura No. 1: Ixcuina.

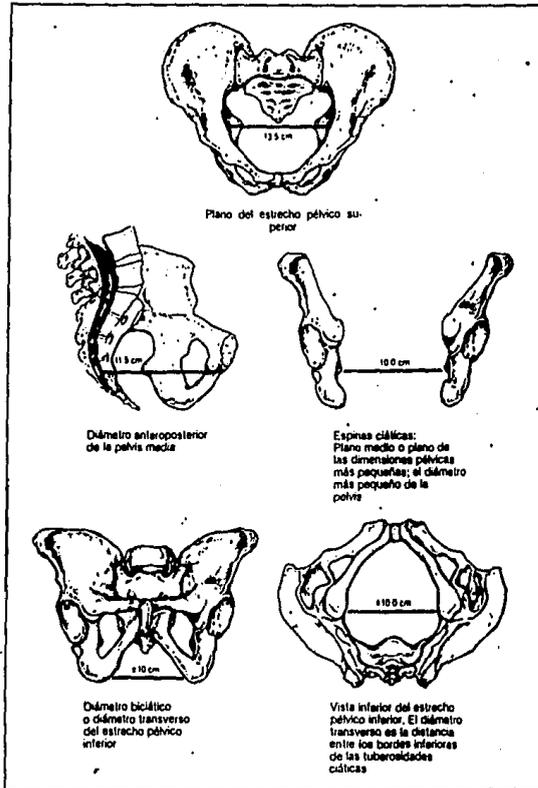


Figura No. 2: Planos de la pelvis.

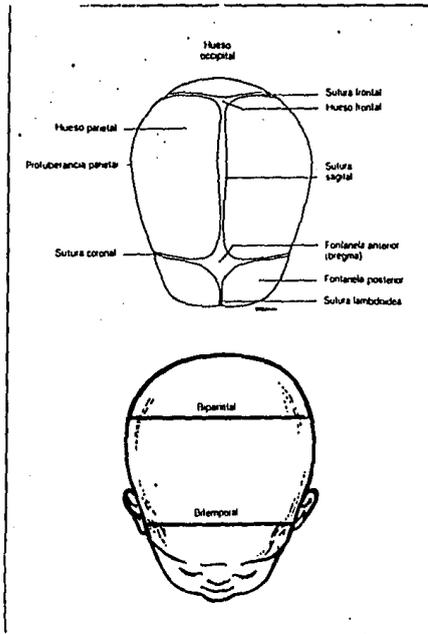


Figura No. 3-A: Vista superior del cráneo fetal.

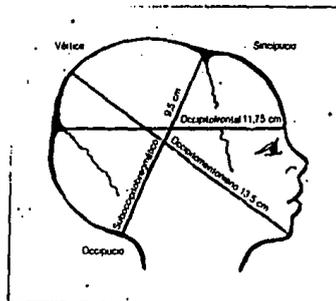


Figura No. 3-B: Diámetros del cráneo fetal.

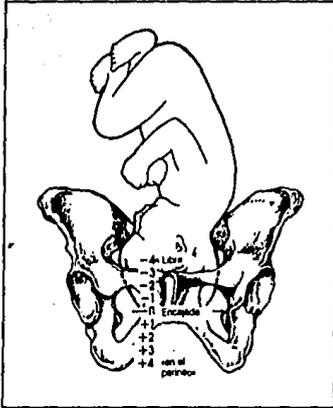


Figura No. 3-C: Estaciones de la cabeza fetal.

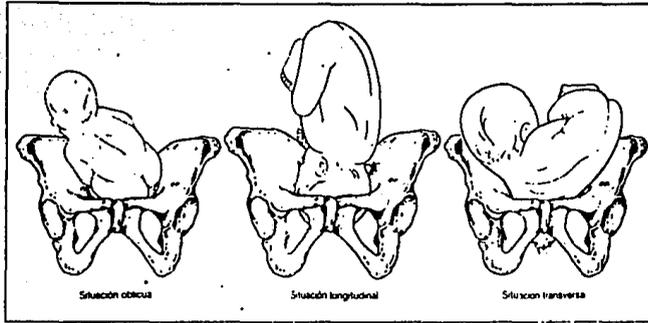


Figura No. 3-D: Situación fetal.

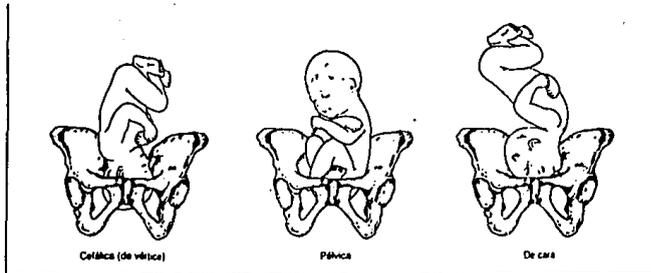


Figura No. 3-D: Presentaciones fetales.

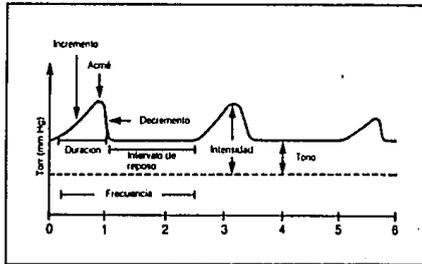


Figura No. 4: Patrón de la contracción uterina.

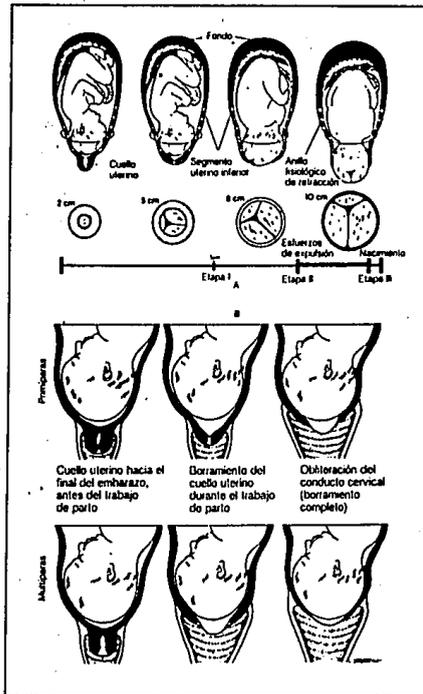


Figura No. 5: Borramiento y dilatación del cuello uterino.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- BRAIER, L. Diccionario Enciclopédico de Medicina. 4a. ed. Barcelona, Ed. Jims, 1980. #65 pp.
- BRAVO Barrientos, Hiram. Las parteras rurales en México. México, Ed. Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, 1990. 140 pp.
- FONT Quer, P. Plantas medicinales. 8a. ed. Barcelona, Ed. Labor, 1983. 1033 pp.
- GALLY, Esther. Manual práctico para parteras. México, Ed. Pax, 1977. 559 pp.
- GENNARO, Alfonso et all. Diccionario Enciclopédico de la Ciencias Médicas. 4a. ed. México, Ed. Mc-Graw Hill, 1985. Tomos I - IV. 1336 pp.
- GRUPO DE ESTUDIOS DEL NACIMIENTO. Gula de estudios para la prevención de los defectos al nacimiento. México, Ed. GEN, 1989. 85 pp.
- HAWKINS, Joellen. Enfermería Ginecológica y Obstétrica. México, Ed. Haría, 1984. 587 pp.
- KAPANS, Joseph. Moderna Enciclopedia de Hierbas. España, Ed. Parker Publishing Company, 1981. 219 pp.
- NEESON, Jean. Enfermería Obstétrica. España, Ed. Océano/Centrum, 1989. Vol. I. 256 pp.
- PAHLOW, M. El Gran Libro de las Plantas Medicinales. México, Ed. Everest Mexicana, 1981. 459 pp.
- POPULATIONS REPORTS. Programas de Planificación Familiar. Serie J. No. 22. EUA, The Johns Hopkins University, Enero, 1981.
- ROSALES Camacho, Luis. Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado. 27a. ed. Madrid, Ed. Selecciones del Reader's Digest, 1979. 4100 pp.
- SEPTIEN González, José Manuel. Historia de la Ginecología y la Obstetricia en México. México, Ed. Ciencia y cultura en México, 1986. 2156 pp.
- TORTORA, Gerard y Anagnostakos, Nicholas. Principios de Anatomía y Fisiología. 6a. ed. México, Ed. Haría, 1993. 1206 pp.