

PN-NEI-276

MM-66561

LA CAPACITACION Y PRACTICA
DE
LAS COMADRONAS TRADICIONALES
EN GUATEMALA

A Report Prepared By PRITECH Consultants:
PAMELA J. PUTNEY, RN, MS, CNM
BARRY SMITH, M.D., M.P.H.

During The Period:
FEBRUARY, 1989

TECHNOLOGIES FOR PRIMARY HEALTH CARE (PRITECH) PROJECT
Supported By The:
U.S. Agency For International Development
CONTRACT NO: AID/DPE-5969-Z-00-7064-00
PROJECT NO: 936-5969

AUTHORIZATION:
AID/S&T/HEA: 12/18/89
ASSGN. NO: HSS 025-GU

SUMARIO EJECUTIVO

ANTECEDENTES

A solicitud de la Misión AID/Guatemala, dos consultores de PRITECH, Pamela Putney y Barry Smith, llevaron a cabo un estudio profundo acerca de la práctica de partería de las comadronas tradicionales en el altiplano de Guatemala, con miras a hacer recomendaciones sobre cómo la práctica de partería podría ser mejor apoyada o modificada de tal forma que brinde su máxima contribución a la salud materno/infantil. Los dos consultores revisaron más de 100 documentos, entrevistaron personal de organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales, hicieron visitas de campo tanto de programas públicos como de programas privados, y condujeron un seminario informal para discutir las recomendaciones con la participación de varios representantes de instituciones donantes gubernamentales y no-gubernamentales.

Investigaciones recientes sobre salud indican que aunque Guatemala ha logrado grandes adelantos en reducir la mortalidad infantil, continua teniendo una de las peores estadísticas del continente. La tasa de mortalidad infantil (TMI) es de 120 o más. Actualmente el 31% de todas las muertes infantiles ocurren dentro de los primeros 28 días de vida, según lo muestran algunos estudios, éstas muertes pueden ser reducidas a través de un mejor cuidado pre y post-natal. Con respecto a la mortalidad materna, la OMS estima que el riesgo en el tiempo de vida de una mujer en un país en desarrollo, de morir durante el embarazo o debido a una enfermedad relacionada con el mismo es de alrededor de 1 en 40, en contraste con la tasa de riesgo de 1 en 1,000 o miles para las mujeres en los países desarrollados. Entre la población Maya del altiplano, más del 80% de todos los partos son atendidos por comadronas. Dado que las estimaciones del gobierno de Guatemala es que su capacidad de atención obstétrica es del 20% de todos los nacimientos, se puede asumir con sobrada razón que la comadrona es y continuará siendo el elemento clave en cualquier esfuerzo que se realice para reducir la mortalidad materno-infantil.

El papel histórico de la comadrona Maya en Guatemala tiene aspectos tanto prácticos como sobre-naturales. Tradicionalmente la comadrona tenía un nivel bastante alto en su comunidad, debido en parte a que se creía que había sido elegida por Dios a través de sueños y señales para ser comadrona. La comadrona hacía masajes abdominales,

manipulando así la posición del feto como fuera necesario para lograr que se presentara en posición cefálica, hacía recomendaciones de dietas, prescribía remedios de hierbas según fuera necesario y promovía el uso del baño de vapor. Durante el trabajo de parto, el papel de la comadrona era en gran parte de apoyo, el parto era atendido en posición de rodillas y el cordón umbilical era cortado después de la expulsión de la placenta, usualmente con un instrumento para cortar al rojo vivo o simplemente quemado con una candela. Las tareas postnatales incluían un baño de vapor ceremonial y comida entre 8 y 40 días después del nacimiento.

El gobierno de Guatemala introdujo las regulaciones para dar licencia a las comadronas (CT) en 1953 y principió a realizar programas de capacitación a principios de 1955. UNICEF, CARE, UNFPA, y AID han apoyado la capacitación en alguna época. El actual programa de capacitación del MdeS tiene una duración de 15 días consecutivos, 8 horas diarias y cubre nueve áreas de estudio, es regulado por las normas de la división de Salud Materno-Infantil del MdeS, es planeado por el personal del área y conducido en gran parte por la enfermera del distrito con la asistencia de las enfermeras auxiliares.

LA PRACTICA DE LAS COMADRONAS TRADICIONALES ACTUALES

Las prácticas de las comadronas tradicionales (CT) en la actualidad están centradas alrededor del período prenatal, el parto y el período post-natal. Las principales prácticas prenatales son masajes abdominales y la versión externa (esta práctica es activamente desaprobada por el programa de capacitación del MdeS), los consejos sobre dietas que se refieren al uso apropiado de comidas calientes y frías, la ejecución de ritos para asegurar un nacimiento seguro y, en aumento, el hecho de referir a la madre al centro de salud para exámenes médicos prenatales y la inmunización con toxoide tetánico. Hay una gran variación en el número de partos atendidos por las CT por año, variando de unos pocos hasta más de cien. La comadrona proporciona apoyo emocional, masaje abdominal y tés de hierbas para aliviar las molestias del trabajo de parto. Una vez que la presión perineal es sentida por la madre, la comadrona la incita a pujar. Un creciente número de comadronas están usando oxitocina inyectable (estimulantes hormonales uterinos) para apresurar el proceso del trabajo de parto. El nacimiento normalmente tiene lugar en la casa de la madre estando presentes el esposo y algunos parientes femeninos. Las luces son bastante bajas y la madre no se quita la falda, respetando la modestia tradicional de las mujeres Mayas. La posición preferida para el parto continúa siendo en cuclillas o de rodillas a pesar de que se

les ha enseñado otra forma de hacerlo en los cursos de capacitación. El bebé es recibido por la comadrona en una toalla limpia y puesto a un lado hasta que la placenta es recibida. Una vez que ha salido la placenta, la comadrona corta el cordón umbilical con tijeras (a menudo se leen augurios acerca de la vida del niño y el número de bebés que la madre tendrá en el cordón y la placenta). Las tijeras a menudo no son esterilizadas apropiadamente. Muchas comadronas continúan cauterizando el cordón con una candela, aún cuando esta práctica es desaprobada por los programas de capacitación. Una vez que el cordón es cortado, el bebé es lavado (bañado) y fajado, y generalmente es puesto al pecho de la madre. Después del parto el abdomen de la madre es fajado. La comadrona hace varias visitas postnatales, haciendo masaje al útero y a menudo participa en un baño de vapor y una comida ritual al final del período de convalecencia.

Se estima que hay aproximadamente 20,000 comadronas en Guatemala de las cuales, alrededor del 70% están capacitados. Aunque el reporte no examina la práctica de partería entre la población ladina, estudios previos han mostrado que en contraste con la población Maya, la población ladina prefiere que el parto se realice en un hospital y la comadrona ladina está en una posición de menos respeto que su contraparte Maya. A pesar de información anecdotal de lo contrario, los autores no pudieron encontrar una confirmación acerca de la impresión que las comadronas tratan otras enfermedades que no están relacionadas con el embarazo. La mayoría de las comadronas reciben pago por sus servicios en efectivo o en especie. El pago promedio varía de 3 a 20 Quetzales. Entre la población Maya, el reclutamiento sobrenatural de la profesión de comadrona continúa siendo común. La mayoría de las comadronas han atendido varios partos previo a la asistencia a los cursos de capacitación. Las comadronas no capacitadas son identificadas a través de contactos con las madres en las clínicas de salud y a través de la revisión de los registros municipales. Las comadronas son invitadas por el Ministerio de Salud dependiendo de los fondos disponibles. Cada comadrona recibe un estipendio de Q75.00 por los 15 días que dura el curso. Además, se supone que cada comadrona recibe un equipo de partería por parte de UNICEF, el cual actualmente sólo contiene tijeras, dos yardas de tela muselina y una balanza con peso en kilogramos.

Una de las áreas más importantes y difíciles a que se refiere el reporte es con respecto a la efectividad de las comadronas y de sus programas de capacitación. La única información disponible es aquella reunida por la Universidad Francisco Marroquín en una municipalidad. Esa información, sin embargo,

proporciona evidencia que la capacitación de comadronas hace impacto no solamente en las prácticas de asistencia tradicional de partos, sino también en las tasas de mortalidad.

El eje alrededor del cual un programa efectivo para parteras gira, es la identificación, referencia y el manejo institucional apropiado de embarazos de alto riesgo. Existen serias barreras culturales, geográficas, y emocionales con respecto a la referencia de pacientes.

Además del Ministerio de Salud, un gran número de organizaciones no-gubernamentales e internacionales apoyan las actividades de la capacitación de las comadronas. La Asociación de Servicios Comunales de Salud (ASECSA) ya no proporciona capacitación a comadronas, sin embargo, ASECSA ha publicado uno de los mejores manuales de la asistencia tradicional de partos. En el Proyecto "Project Concern International" en Santiago Atitlán, la capacitación de las comadronas juega un papel muy importante, así como también en la Clínica Maxena en Santo Tomás La Unión, Suchitepéquez. El uso de profesionales y promotores indígenas para la capacitación y supervisión distingue estos programas. Project Hope ha incluido durante mucho tiempo la capacitación a las comadronas y la supervisión en su iniciativa de Supervivencia Infantil en Quetzaltenango y San Marcos. El Hospital de la Misión Maryknoll en Jacaltenango, Huehuetenango será el lugar en donde se realizará una iniciativa financiada por UNICEF para un mejor entendimiento de las creencias y prácticas que sostienen las prácticas tradicionales y por lo tanto permiten el desarrollo de programas de capacitación, los cuales mantienen o sostienen más que destruir esas prácticas. La Escuela de Medicina de la Universidad Francisco Marroquín tiene uno de los programas de comadronas tradicionales más efectivo y mejor estudiado. Toda la información sobre efectividad en este reporte proviene del excelente sistema de información de ese programa. INCAP tiene varios esfuerzos de información en camino. El de más largo alcance es el que se está llevando a cabo en Quetzaltenango, el cual será el vistazo más comprensivo y organizado a las comadronas tradicionales y a las prácticas institucionales con respecto al manejo de embarazos de alto riesgo. Donantes incluyendo a UNICEF, UNFPA y AID trabajan en gran parte a través del Ministerio de Salud, aunque también han proporcionado fondos a algunas organizaciones no-gubernamentales. Por lo tanto, prácticamente no ha habido cooperación interagencial.

ANALISIS DE LA PRACTICA DE LAS COMADRONAS TRADICIONALES

Los autores creen que ha sido inapropiado y se ha ocasionado daño el haber tratado de aplicar, sin hacer más

averiguaciones, un modelo de nacimiento basado en un hospital urbano occidental en la capacitación de las comadronas tradicionales. Un problema adicional identificado es la brecha entre las metas de capacitación afirmadas y la capacidad del MdeS para alcanzar esas metas. Las limitaciones incluyen restricciones presupuestarias, un sistema inadecuado de referencia y relaciones interpersonales pobres entre algunos profesionales del MdeS y las comadronas, así como la comunidad. Los autores creen que el actual curso de capacitación de 15 días es demasiado didáctico, complejo y seco para esta gran cantidad de población analfabeta y en su mayoría mujeres del área rural, de avanzada edad. Otro obstáculo para la capacitación es que muchas de las comadronas tienen más experiencia que las enfermeras que les enseñan, con relación a la experiencia de partos en casa. Esto debilita la credibilidad del capacitador y ciertamente baja su confianza en acercarse al asunto objeto de estudio de una forma creativa, informal y espontánea.

El contenido de la capacitación es analizado en relación a su impacto sobre la práctica de las comadronas tradicionales. La gran reducción del uso del alcohol tanto por parte de las comadronas como de sus pacientes en el trabajo de parto, y la práctica de hacer que las mujeres "pujen" demasiado temprano en el trabajo de parto, son dos de las prácticas tradicionales dañinas sobre las cuales los cursos de capacitación han tenido un impacto positivo. Varias prácticas nuevas y benéficas han sido introducidas a través de los programas de capacitación, incluyendo el lavado de las manos, selección de los casos de alto riesgo y su referencia, consejos sobre nutrición, la aplicación de la vacuna del toxoide tetánico y atención mejorada al recién nacido. Desafortunadamente, tres prácticas tradicionales positivas han sido desaprobadas vigorosamente por los capacitadores: la posición de parto vertical, versión externa en el caso de mala posición del feto y la cauterización del cordón umbilical. Varias prácticas "neutrales" o de algún modo beneficiosas son discutidas, y a menudo desalentadas en los programas de capacitación. Estas incluyen el uso del tradicional baño de vapor ("temascal"), el uso de hierbas medicinales, los masajes pre-natales y post-natales y el fajamiento abdominal. La nueva y esparcida práctica de la aplicación de inyecciones intramusculares de estimulantes hormonales uterinos (oxitocitos) es muy perturbante. Evidencia preliminar sugiere que a ello se debe el aumento significativo de muerte fetal intrauterina. Finalmente, tanto el uso del equipo para comadronas tradicionales tales como los proporcionados por UNICEF como la

definición de lo que debería considerarse como embarazo de alto riesgo que requiere ser referido a un hospital o centro de salud, son discutidos.

OBSERVACIONES

Las observaciones principales son las siguientes:

1. A pesar del hecho de que la comadrona es la principal proveedora del cuidado de la salud para las mujeres en Guatemala y tiene el mayor potencial de impactar en la mortalidad perinatal y neonatal, ella recibe poco reconocimiento o apoyo por su contribución al sistema del cuidado de la salud en Guatemala.
2. Se ha dado inadecuada atención a la capacitación de adiestradores efectivos para las comadronas. En general los cursos de capacitación no utilizan materiales educativos innovativos, efectivos y apropiados. Mucho del contenido de la capacitación es etnocéntrico, con bases institucionales, incorrecto e inapropiado para el nacimiento de los niños en la comunidad.
3. Ha habido una falta de investigación y evaluación de las prácticas de asistencia tradicional de partos, su impacto en la mortalidad materno-infantil y el impacto que la capacitación de las comadronas ha tenido en mejorar los resultados de salud materno-infantil.
4. Hay varios programas existentes e innovativos que ya están encaminados en Guatemala. Uno es el estudio del manejo de embarazos de alto riesgo MdeS/Comadronas que está siendo conducido por el INCAP en Quetzaltenango. El segundo, es la investigación etnográfica, que será iniciada muy pronto, y que será llevada a cabo por la Misión Maryknoll y el MdeS en Huehuetenango, financiada por la UNICEF. Otro es el proyecto de la UFM en San Juan Sacatepéquez.

RECOMENDACIONES

Debido a la falta de respuesta a evaluaciones previas de la situación en relación a las comadronas en Guatemala, se recomienda que la Misión AID y otras agencias donantes presten más atención al proceso de cambio y al contenido. Con relación a ello, los consultores recomiendan el sostenimiento

de un seminario/taller experto, sobre comadronas para dirigir tales cuestionamientos como prácticas apropiadas a nivel de aldea, con una cuidadosa búsqueda de literatura científica para ayudar a guiar discusiones. Una revisión a las metodologías de capacitación, una revisión a los sistemas administrativos tales como supervisión, monitoreo y evaluación, y una revisión a la coordinación de los donantes.

Para propósitos de discusión, hemos dividido las recomendaciones adicionales en 6 áreas objetivo: Desarrollo institucional, capacitación, educación de la salud, coordinación interagencial, investigación/evaluación y otros.

A. DESARROLLO INSTITUCIONAL

1. Un curso de capacitación trabajando con la comunidad debería ser desarrollado e incorporado en los programas de capacitación de pre-servicio, para todos los médicos y enfermeras. El contenido del curso debería incluir el papel de la comadrona en Guatemala, la inculcación del respeto hacia las diferencias culturales, llegar más allá de la comunidad, habilidades de supervisión y comunicación, el conocimiento de que la medicina occidental es una de muchas pero no necesariamente la única o la mejor, el sistema de salud y experiencia práctica con las comadronas.
2. Un programa de educación en servicio, trabajando con las comadronas debería ser desarrollado y conducido por el personal del MdeS, usando las guías descritas en las recomendaciones No. 1.
3. Es necesario desarrollar e implementar mecanismos para mejorar la supervisión y el monitoreo tanto de la práctica de la asistencia tradicional de partos, como del impacto de la capacitación en las prácticas.
4. El impacto de recurrir a las comadronas para reducir la mortalidad materno-infantil depende de lo apropiado del tratamiento de los casos de alto riesgo, por el sistema de la salud. Las recomendaciones para mejorar el sistema de referencia de los casos de alto riesgo incluyen el monitoreo mejorado de la respuesta del Mdes a esta "referencia" por parte de las comadronas, la redefinición de las prioridades de alto riesgo y el desarrollo de los Comités de Revisión Administrativa de los casos de alto riesgo.

CAPACITACION

1. Las comadronas, por sí mismas, deberían ser responsables de conducir tanto como sea posible la capacitación, en colaboración con el personal de salud.
2. El contenido del curso de capacitación de comadronas debería ser re-evaluado y revisado. Esto debería incluir una revisión de literatura de prácticas de partería "segura", reducción y priorización del contenido, adaptación del contenido al lugar de ubicación del hogar, y la eliminación de contenido abstracto.
3. El tiempo y duración del curso de capacitación de comadronas debería ser modificado. Probablemente la capacitación sería mucho más efectiva si esta fuera proporcionada en una serie de sesiones regulares más cortas (por ejemplo 1-5 días) durante un período de tiempo (por ejemplo 6 meses a 1 año).
4. El Manual de Capacitación de Comadronas del MdeS tanto para capacitadores como comadronas debería ser revisado. La revisión del manual debería incluir, entre otras cosas, dibujos de madres dando a luz en posiciones verticales. Se debería realizar una prueba de campo y una validación del manual rediseñado previo a la publicación del mismo.
5. Se deberían desarrollar herramientas y materiales para la capacitación, hechos localmente, que sean efectivos y baratos (por ejemplo modelos para demostración, rotafolios bastante apropiados culturalmente).
6. Un programa de capacitación en servicio para entrenar capacitadores de comadronas debería ser desarrollado y proporcionado a todo el personal de salud involucrado en la capacitación de comadronas.

C. EDUCACION PARA LA SALUD

1. Los esfuerzos del programa por educar a las familias en la comunidad sobre las prácticas del nacimiento seguro, los peligros de la utilización de oxitocina intramuscular, los beneficios a la salud del cuidado prenatal y las intervenciones de supervivencia infantil (ejem. inmunización y TRO) deberían ser expandidos. Esto podría ser logrado a través de poner como "objetivo" las áreas atendidas por los puestos de salud, utilizando trabajadores voluntarios de salud de la comunidad, grupos

de iglesia, grupos de madres, personal/estudiantes de medicina y enfermería. Las actividades de educación para la salud podrían ser coordinadas y expandidas a través de ONGs.

2. Debería evaluarse la factibilidad de usar el mercadeo social (ejem. HealthCom) para promover la educación en las áreas arriba mencionadas.

D. COORDINACION INTERAGENCIAL

1. Se deberían realizar esfuerzos para mejorar la coordinación interagencial en el desarrollo y ejecución de las iniciativas de la comadrona.
2. La formación de una Asociación Nacional de Comadronas debería ser explorada.
3. La Misión AID debería de considerar el apoyo a la creación de una Organizaciones No Gubernamentales, la cual sería responsable de la coordinación de las actividades de las comadronas.

E. INVESTIGACION/EVALUACION

1. La falta de una evaluación sobre la efectividad y el impacto de la capacitación de comadronas ha sido la principal interrupción. La evaluación y el monitoreo de la capacitación y supervisión de la comadrona debería ser una parte integral de cualquier actividad de capacitación futura.
2. Un incremento en la investigación debería ser apoyado en las siguientes áreas:
 - . Prácticas de la comadrona en la comunidad y su relación con la mortalidad y morbilidad materno-infantil.
 - . Las causas principales de la mortalidad y morbilidad materno-infantil en Guatemala con énfasis en los períodos neonatales y perinatales.
 - . La relación del cuidado prenatal con los resultados mejorados (qué intervenciones específicas y por qué).
 - . El impacto de la capacitación de comadronas sobre los cambios en la práctica y la mortalidad y morbilidad materno-infantil.

- . Una evaluación de los protocolos estándar y el manejo médico de los casos de alto riesgo.
- 3. La Misión AID debería considerar una investigación más a fondo de las prácticas de la comadrona en la comunidad latina.

F. OTROS

- 1. La entrega de equipos por parte de UNICEF debería ser reemplazada por una alternativa de equipo fabricado localmente. Esto se discute con más profundidad en la sección 5 (f) del documento.
- 2. Deberían explorarse los métodos para impedir la venta de oxitocina intramuscular en las farmacias tanto a nivel local como nacional. La venta de esta droga parece estar aumentando y su uso inapropiado constituye un grave peligro para la salud de las madres y los niños en Guatemala.

TABLA DE CONTENIDO

SUMARIO EJECUTIVO

I. ANTECEDENTES

- A. Resumen del Alcance de Trabajo
- B. Metodología
- C. Datos Relevantes de Mortalidad, Morbilidad y Demografía
- D. Lugar y Papel Histórico de la Comadrona
- E. Historia de la Capacitación de la Comadrona y Programas para Proporcionar Licencia en Guatemala.

II. SITUACION ACTUAL

- A. Práctica de la Comadrona y su Papel en Años Recientes
 - 1. Práctica Actual de la Partería en la Comunidad
 - 2. Cuántas y Dónde están Localizadas
 - 3. Diferencias entre las Prácticas de las Comadronas Ladinas y las Mayas.
 - 4. Tareas de Salud Adicionales
 - 5. Pago por los Servicios
 - 6. Reclutamiento y Capacitación
 - 7. Efectividad
 - 8. Ediciones de Competencia
 - 9. Incentivos y No-incentivos para la Referencia de Pacientes
- B. Interacción Institucional con las Comadronas
 - 1. Ministerio de Salud
 - 2. Organizaciones No-Gubernamentales
 - 3. Agencias Donantes
 - 4. Otros
 - 5. Coordinación de Donantes

III. ANALISIS DE LAS EDICIONES DE LAS COMADRONAS

- A. Capacitación
 - 1. Conveniencia del Modelo Médico Occidental
 - 2. Expectativas de Capacitación Realistas
 - 3. Metodologías Educacionales
 - 4. Expertaje Técnico y Experiencia de Adiestradores
 - 5. Contenido de la Capacitación y su Impacto en la Práctica de las Comadronas

- a. Prácticas Dañinas
- b. Prácticas Nuevas Positivas
- c. Prácticas Tradicionales Beneficiosas,
Desaprobadas
- d. Prácticas Tradicionales Positivas/Neutrales
- e. Prácticas de las Comadronas Nuevas/Dañinas
- f. Otros

B. Ampliación del Papel

C. Problemas Administrativos

- 1. Supervisión
- 2. Monitoreo
- 3. Evaluación
- 4. Financiamiento

IV. HALLAZGOS PRINCIPALES

V. RECOMENDACIONES

- A. Desarrollo Institucional
- B. Capacitación
- C. Educación para la Salud
- D. Coordinación Interagencial
- E. Investigación/Evaluación

VI. APENDICES

- A. Alcance de Trabajo
- B. Calendario y Lista de Contenido
- C. Estadísticas del MdeS
- D. Bibliografía
- E. Acrónimos
- F. Ejemplos de Materiales de Enseñanza
- G. Resumen de las Recomendaciones de las Evaluaciones
Previas de las Comadronas

LA CAPACITACION Y PRACTICA DE LAS COMADRONAS TRADICIONALES EN GUATEMALA

I. ANTECEDENTES

A. Resumen del Alcance de Trabajo

Una copia del Alcance de Trabajo oficial puede ser encontrado en el Apéndice A. En las discusiones iniciales con el personal de AID, se pidió a los consultores que hicieran un enfoque sobre las Comadronas Tradicionales, con especial énfasis en las comadronas de las poblaciones Mayas donde ocurre la mayoría de mortalidad y morbilidad materno-infantil. Específicamente, se pidió a los consultores que describieran en detalle la práctica de la partería en la comunidad, así como la capacitación y las relaciones de las comadronas con el sistema del cuidado de la salud formal. Se solicitó que se hiciera una apreciación de la efectividad de los programas de capacitación en reducir las prácticas de la comadrona, lo cual se cree que contribuye a la morbilidad y mortalidad materno-infantil, con la información disponible. Basados en lo anterior, se desarrollarían las conclusiones y recomendaciones con el fin de incrementar la efectividad de los programas de capacitación existentes, y para identificar el potencial y la factibilidad de que las comadronas desempeñen un papel ampliado en la provisión de intervenciones de supervivencia infantil en Guatemala.

B. Metodología

La metodología utilizada por los consultores en la preparación de este informe estuvo basada en la revisión de documentos, entrevistas, visitas de campo y la revisión de un grupo de trabajo informal de expertos, involucrados en las actividades de las comadronas.

Los documentos fueron identificados por consultores, por el "Pritech Resource Center" y por fuentes guatemaltecas previo al arribo de los consultores. Los documentos adicionales fueron identificados durante el curso de las entrevistas. Se revisaron más de 75 documentos, de los cuales 50 aproximadamente fueron conceptuados como relevantes, y están incluidos en la Bibliografía (ver Anexo D).

Las entrevistas fueron conducidas con todas las instituciones públicas y privadas que tienen experiencia en trabajar con las comadronas, de las cuales tenían conocimiento los

consultores. Las entrevistas se llevaron a cabo tanto en el nivel central como en el campo (ver Anexo B para calendario y lista de contactos).

Después de la preparación del borrador inicial, las recomendaciones fueron discutidas por un grupo multidisciplinario de personas, con experiencia en la capacitación de comadronas en Guatemala. Este documento incluye los comentarios y observaciones de ese grupo.

B. DATOS RELEVANTES DE MORTALIDAD, MORBILIDAD Y DEMOGRAFIA

El Gobierno de Guatemala con el apoyo de agencias internacionales tales como UNICEF, OPS, y AID principiaron una importante iniciativa para reducir la mortalidad y morbilidad de infantes y niños a mediados de 1980. Aún cuando Guatemala ocupa una de las peores posiciones en el hemisferio con relación a los indicadores de salud, ha habido una baja notable en la mortalidad infantil (TMI) de un estimado de 92.4 muertes por 1000 nacimientos vivos en el período de 1972-74, a un estimado de 73.4 en el período 1982-1987 (Encuesta Socio-Demográfica 1987). De acuerdo con la Encuesta Sociodemográfica (DHS) recién terminado, la TMI es más alta en las áreas rurales (84.5 vs. 65.3) y en el altiplano central (119.3). Del total de la mortalidad infantil, el 31% es mortalidad neonatal (Bossert y Del Cid, 1987). No hay disponibilidad de información nacional sobre las causas principales de la mortalidad neonatal (muertes dentro del primer mes de vida), pero estudios realizados en Santa María Cauqué así como el trabajo actual que está realizando el Dr. Al Bartlett del INCAP y el Dr. Carlos Andrade de la UFM sugieren que las causas principales de la mortalidad neonatal es la asfixia y trauma del nacimiento, prematuridad/bajo peso al nacer, sepsis, infecciones respiratorias y tétanos en algunas áreas (Bartlett, Comunicación Personal). Información de 1988 de la Municipalidad de San Juan Sacatepéquez reunida por el personal de la Escuela de Medicina de la Universidad Francisco Marroquín muestran la siguiente información en términos de mortalidad neonatal: sepsis 17%, diarrea y sepsis 14%, asfixia perinatal 12%, hiperbilirrubinemia 8%, bronconeumonía 4% y tétanos neonatal 4%. Los 5 casos de muerte neonatal en 1988 de la misma municipalidad fueron a causa de tétanos, diarrea séptica, paro cardíaco, enfermedad de la membrana hialina y sepsis (Andrade, 1988). Bajo peso al nacer, uno de los principales contribuyentes a mucho de lo anterior, ocurre en el 18% de todos los nacimientos. Las estadísticas oficiales muestran que suceden 20 partos con producto muerto

por c/1000 nacimientos vivos (Normas y Guías para la Salud Materno-Infantil, MdeS), pro cuidadosos estudios hechos en otras regiones del país sugieren que esta tasa puede ser tan alta como 40. Si la definición de mortalidad infantil se ampliara para incluir la mortalidad perinatal (muerte dentro del período comprendido de 28 semanas de gestación a los 7 días de nacido), entonces cerca del 50% del total de la mortalidad infantil ocurriría antes de un mes de edad.

En lo que respecta a mortalidad materna, Guatemala ha reportado una tasa de mortalidad materna de 144 muertes de madres por 100,000 nacimientos vivos (Ibid.), aunque la información del Banco Mundial la coloca a casi 10 veces más alto (1,000 a 17,000 muertes por 100,000 nacimientos vivos). Aunque probablemente la cifra del Banco Mundial esté inflada, la falta considerable de reportes, probablemente afecta la cifra oficial ya que hay muy poco incentivo a reportar la muerte de una madre, que muere en la casa debido a complicaciones relacionadas con el embarazo. La OMS estima el promedio de la tasa de mortalidad materna en Latinoamérica en casi 300/100,000 (Reportes de Población, septiembre de 1988) y en vista que Guatemala está clasificado bajo el promedio latinoamericano en otros indicadores de salud se espera el mismo comportamiento en mortalidad materna también. Como una base para efectos de comparación, la tasa de mortalidad materna en los Estados Unidos es de 8/100,000. De acuerdo con las estadísticas del MdeS el 86% de las muertes maternas es debido a "causas obstétricas directas", el aborto y la hemorragia son la segunda y tercera causas principales. En sus normas de Salud Materno-Infantil, el MdeS afirma que las causas principales de morbi-mortalidad materna son el aborto, la hemorragia, complicación post-parto y la toxemia del embarazo. En general las causas principales de muertes de madres alrededor del mundo son hemorragia, infección, toxemia, el aborto y la obstrucción durante el trabajo de parto. Tres de las 5 causas principales para "dar de alta" en todos los hospitales en Guatemala están relacionados con el embarazo (nacimiento normal 24%, causas obstétricas directas 8% y aborto 5%) (Bossert y Del Cid, 1987), indicando la tremenda importancia de actividades relacionadas con el embarazo al sistema de salud formal.

En Guatemala por lo menos el 60% de todos los nacimientos son atendidos por comadronas. Esto se eleva a casi el 70% en las áreas rurales y a casi el 80% en las áreas rurales Mayas (Encuesta de Salud Sociodemográfica), que es el enfoque principal de este reporte, y el área donde las tasas de mortalidad materno-infantil son las más altas. En algunas

áreas más del 90 de todos los partos son atendidos por comadronas. Los profesionales con capacitación tipo occidental sólo atienden el 10% de los nacimientos Mayas y menos del 30% en todo el país. El MdeS ha afirmado que su capacidad actual no les permite atender mucho más del 20% de los nacimientos y que esta situación permanecerá sin cambio para el futuro previsible. Las comadronas también proporcionan más de la mitad del cuidado prenatal a la población Maya.

D. PAPEL Y LUGAR HISTORICO DE LA COMADRONA

Entre las comunidades Mayas en Guatemala, la comadrona ha tenido "tradicionalmente" un lugar de alto nivel en la comunidad como una "especialista ritual" (Paul y Paul, 1975). Su papel como comadrona era visto como un mandato divino a través de señales enviadas por Dios tales como estar cubierto con un velo (membranas amnióticas a la hora del nacimiento, sueños mediante los cuales se le enseñaba como atender un parto, el hallazgo de objetos de forma extraña en su camino, y el padecimiento de enfermedades serias y prolongadas hasta que ella aceptara sus responsabilidades de comadrona. La comadrona era casi invariablemente casada y madre. Su papel como comadrona involucraba el rompimiento de numerosos "tabus" tradicionales en la conducta femenina, incluyendo el tener que viajar sola y a menudo por la noche, tener que tocar cosas normalmente "sucias", a la hora del nacimiento tales como los órganos genitales femeninos, sangre y loquios, relegando las responsabilidades del hogar a un segundo término y, en algunas áreas, observar abstenencia sexual antes y después del parto.

La comadrona era normalmente consultada temprano, en el primer embarazo y a menudo hasta el último trimestre, en los embarazos posteriores. La solicitud inicial era formal y ritualizada, e incluía la presentación de regalos, comidas o bebidas y un acto de deferencia a la comadrona. Sus atenciones prenatales estaban dirigidas hacia hacer masaje en el abdomen, a menudo con aceites calientes con el propósito de determinar, y si era necesario, ajustar la posición del feto, desprendiendo gradualmente el feto del útero para que el parto fuera menos doloroso, para facilitar la salida del bebé, mantener el útero "en su lugar" y para hacer sentir al feto más confortable (Cosminsky, 1977). La comadrona frecuentemente prescribía remedios herbales y restricciones de dieta. Estas restricciones estaban orientadas hacia la prohibición de comidas "frías" lo cual podría dañar la condición "caliente" de la mujer embarazada. El embarazo era considerado un estado de debilidad física y espiritual. el

uso del "temascal" (baños de vapor) era también bastante común durante el período prenatal, pero está siendo abandonado en la actualidad (Ibid.). Como una especialista ritual, la comadrona frecuentemente llevaba a cabo ritos y decía oraciones para un parto seguro.

Durante el trabajo de parto, la comadrona jugaba un papel de apoyo, a menudo proporcionando té de hierbas para fortalecer el trabajo de parto y masajes para aligerar el malestar. La mayoría de las comadronas animaban a la madre a pujar desde el principio del trabajo de parto lo cual resultaba a menudo en fatiga. Si se descubría que el feto estaba atravesado, se hacían intentos durante el parto para ajustar la posición. La madre usualmente daba a luz encucillada, de rodillas o sentada, con la ayuda del esposo y la presencia de parientes mujeres casadas. La acción de la comadrona era principalmente recibir al niño. Una vez afuera, el bebé era lavado en agua tibia y envuelto en ropa tibia. En algunas áreas, el bebé era dado directamente a la madre para que lo alimentara, mientras que en otras áreas el calostro no se consideraba como bueno para el niño, por lo que se le administraban aguas azucaradas o se conseguían otras madres nodrizas para que amamantaran al bebé hasta que bajara la leche de la verdadera madre.

La atención post-parto incluía el masaje post-natal, la aplicación de fajas abdominales, la preparación de comida, la limpieza de la casa de la mujer que daba a luz, visitas ocasionales post partum a las mujeres y a menudo la aplicación de un baño ritual en el "temascal" al 8o. día. Una vez que el baño ritual era ejecutado con ceremonias asistentes, la responsabilidades de la comadrona se daban por finalizadas.

G HISTORIA DE LOS PROGRAMAS DE CAPACITACION Y LICENCIAMIENTO PARA LAS COMADRONAS EN GUATEMALA

Desde 1935 el Gobierno de Guatemala ha intentado regular la partería tradicional y ligarla a la capacitación mediante un programa de licenciamiento. Los artículos 98 y 99 del Decreto Gubernamental de fecha 16 de abril de 1935 delega a la Dirección General de Servicios de Salud la responsabilidad de conceder permisos a las comadronas a través de un procedimiento de examen. Este decreto también manifiesta que cualquier comadrona que sea convocada para asistir a un curso de capacitación y no lo haga, tiene prohibido atender partos.

Lo que no se sabe es qué actividades de capacitación organizadas, si las hay, fueron patrocinadas por el Gobierno para los próximos 20 años. La sección F, artículo 15, Decreto

No. 74 de fecha 9 de mayo de 1955 autoriza al MdeS para "extender" certificados de autorización a las comadronas tradicionales después de un examen de aptitud. Estudios antropológicos anteriores (Cosminsky, 1977) sugieren que las comadronas creían que "ellas podían ser encarceladas o multadas por practicar la partería sin licencia, si no asistían", pero también que "la adquisición de capacitación médica del oeste y una licencia eleva el status de la persona, especialmente si esto es agregado a una validación sobrenatural". Se requerían exámenes médicos anuales para la renovación de la licencia. La misma fuente afirma que el curso consistía de 2 clases al mes, durante 1 año y los gastos los absorbía la comadrona. Los cursos eran probablemente impartidos en su mayoría en las cabeceras departamentales. Cosminsky, citando la percepción del contenido del programa de una comadrona manifiesta: "Se les instruía que se lavaran las manos, que usaran toallas blancas limpias, desinfectar las tijeras para cortar, calcular el momento del parto, no hacer que la madre empezara a pujar desde el inicio del trabajo de parto, usar la posición de parto supino u horizontal, no usar hierbas, cortar el cordón antes de que la placenta sea expulsada, usar alcohol en el cordón en lugar de cauterizarlo, no usar baños de vapor postnatales y hacer que la madre comiera una dieta balanceada... También se instruía a las comadronas referir cualquier posible complicación, tales como nacimientos transversales, presentación podálica, nacimientos múltiples, partos retardados, retención de placenta y hemorragia al doctor u hospital más cercano, en lugar de tratar de manejarlo por sí mismas".

Con la creación de la División de Salud Materno-Infantil del MdeS en 1969, se dió más ímpetu y un mayor enfoque al programa de capacitación de comadronas. Para 1975, 6,000 comadronas habían sido capacitadas, de las cuales sólo 905 se mantenían en relación con los servicios de salud locales (Harrison, 1977), reflejando el sistema de supervisión deficiente. Los oficiales estimaron que otras 10,000 sin capacitación estaban atendiendo dos tercios de todos los nacimientos asistidos por comadronas. UNICEF y AID parecen haber sido las principales fuentes de financiamiento para la capacitación durante este período.

En 1980 el MdeS con la asistencia técnica de la OPS, revisó su manual de capacitación para comadronas y produjo el manual que actualmente está usando. Ese manual está dirigido a la enfermera profesional capacitadora y no se utilizó ningún manual para la comadrona. Actualmente se está haciendo un nuevo análisis con la ayuda del INCAP. A principios de 1980,

se desarrollaron otros 2 manuales de capacitación tanto para capacitadores como para las comadronas. Uno fue desarrollado como parte del Proyecto de Sistemas Comunitarios de Salud y Nutrición siendo implementado en tres departamentos del occidente. Se usaron manuales bien ilustrados alrededor de los cuales se suponía se enfocarían las actividades de capacitación. Los cursos se impartían por 5 días al mes durante tres meses con una sesión de reforzamiento después. La responsabilidad principal de la capacitación se puso en las manos de la enfermera auxiliar. La falta de apoyo político para este esfuerzo dentro del MdeS limitó su impacto y esos manuales son ahora solamente de interés histórico. Al mismo tiempo el proyecto de INCAP-SINAPS estaba desarrollando otro juego de manuales. Esos manuales también han caído en desuso.

A principios de 1980, la División de Salud Materno-Infantil logró la incorporación de algunos fondos nacionales para la capacitación de comadronas dentro del presupuesto del MdeS, disminuyendo así su dependencia total de financiamiento externo. Desafortunadamente en 1983 se eliminó ese renglón presupuestario y más tarde en ese mismo año la División de Salud Materno Infantil fue disuelta resultando en una suspensión de las actividades de capacitación de comadronas. Más tarde, en 1984 la División fue re-establecida y en 1987 algunas 2093 comadronas fueron capacitadas. En ese mismo tiempo CARE, UNICEF y UNFPA estaban todas financiando actividades de capacitación de comadronas. El programa actual está basado en la 4a. edición del "Manual para el Equipo de Capacitación de Comadronas" fechado diciembre de 1980. La capacitación ocurre por 15 días consecutivos y no se proporciona ningún manual a las comadronas. La responsabilidad principal de la capacitación está en las manos de la enfermera graduada, no la auxiliar. El programa de capacitación actual se discute en mayor detalle abajo.

gxa:1751t

II. SITUACION ACTUAL

a. La práctica y el papel de la comadrona en años recientes

1. Práctica actual de la Partería en la comunidad

La siguiente sección intenta describir en forma concisa las prácticas actuales de la comadrona entre la población Maya. La importancia, sin embargo, de entender estas prácticas en el contexto del sistema de creencias que muchas de ellas representan no pueden ser demasiado enfatizadas. Los investigadores del INCAP que están trabajando en el área de Quetzaltenango, por ejemplo, han notado que el concepto de "riesgo" como es entendido por los profesionales educados con metodología occidental, no existe entre las comadronas Mayas, y por consiguiente, debe encontrarse una forma o acercamiento creativo para enseñarles cuáles son los embarazos de "alto riesgo" que deberían referir a un hospital o médico. El sistema de creencias Mayas será mencionado ocasionalmente en la siguiente discusión, pero debería consultarse literatura antropológica para un completo entendimiento.

a. Prácticas Prenatales

Masaje abdominal y versión externa

La acción de proporcionar masaje abdominal como se describió anteriormente, durante durante las varias visitas prenatales continua siendo una de las prácticas de las comadronas más ubicuas y uniformes. Las visitas y los masajes son característicamente a intervalos mensuales inicialmente y aumentan en frecuencia mientras se acerca la fecha señalada para el parto. La práctica de versiones externas la cual estaba, desde luego, considerada dentro del alcance de las comadronas todavía es practicado, pero probablemente su uso está bajando y gradualmente está desapareciendo debido a la insistencia en los programas de capacitación de que es peligroso y no debería ser practicado por las comadronas. En vista de que los masajes tienen lugar en la casa de la madre, éstos también proporcionan una oportunidad para el desarrollo de intimidad y confianza entre la madre y la comadrona.

Dieta

La comadrona continua proporcionando a la futura madre información sobre dietas. Las comidas de naturaleza fría o caliente continúan siendo importantes tanto para el paciente como para la madre, tal como se describió anteriormente. Esto a menudo coloca las creencias locales en conflicto con los

consejos que se dan en los cursos de capacitación de comadronas, los cuales promueven que se coman ciertas comidas "frías" tales como frijoles y huevos. La comadrona también aconseja a la madre que satisfaga cualquier deseo de comida que ella tenga, porque de lo contrario el niño será dañado.

Ritos

Los autores no pudieron afirmar si los ritos acostumbrados continúan siendo una parte importante de los servicios de las comadronas, pero se espera que este aspecto esté declinando con la continua intrusión de la cultura y prácticas occidentales.

Referencia

Como resultado de los programas de capacitación del MdeS, las comadronas están aumentando el hecho de referir a sus pacientes al MdeS para las inyecciones del toxoide tetánico y para chequeos prenatales médicos. Para 1987, sin embargo, solamente el 14% de las madres que habían tenido bebés en los cinco años anteriores habían recibido el toxoide tetánico, y en las áreas Mayas solamente el 16% habían asistido a un centro de salud para recibir cuidado prenatal.

b. Trabajo de Parto y Nacimiento

Número de partos atendidos por comadronas

El número de partos atendidos por comadronas varía bastante. A menudo, en una sola comunidad con con cuatro o cinco comadronas, las más vieja y con más experiencia atenderá del 60 al 70% de nacimientos, la segunda con más experiencia atenderá de un 20 a un 30% y las otras atenderán el resto. En la sección sobre comadronas de la Evaluación del Sector de Salud en 1977, la Dra. Polly Harrison menciona tasas en Guatemala desde un máximo de 121 por año hasta un mínimo de cuatro. En las visitas de campo una de las comadronas más ocupadas reclamaba que ella recibía de 20 a 30 niños por mes, mientras que otras, particularmente las principiantes, atendían dos o tres. En el estudio de comadronas tradicionales llevado a cabo por el MdeS en Honduras, el 45% de las comadronas atendían cuatro o menos nacimientos; el 25% de cinco a ocho nacimientos por año y el 30% nueve o más. Una distribución similar probablemente es también característica en Guatemala.

Evaluación del Trabajo de Parto

La comadrona es llamada cuando comienza el trabajo de parto. La mayoría de las comadronas cuestionan a la madre sobre la frecuencia, duración y fuerza de las contracciones. Pocas comadronas hacen un examen vaginal ocasional, no tanto para determinar el grado de dilatación cervical como para evaluar el grado de descenso del feto y para ayudarse a decidir si ha llegado el momento de indicar a la madre que puje. Si luego del examen inicial la comadrona decide que todavía falta para el momento del parto, ella usualmente se irá a su casa y regresará varias horas después. Durante nuestras entrevistas con las comadronas, fue frecuente escuchar historias acerca de comadronas a las cuales se les solicitó atender la paciente de otra comadrona debido a que ésta estaba fuera atendiendo otro nacimiento, o porque ésta se había ido pensando que todavía faltaba mucho para el nacimiento, o simplemente porque no llegaba a tiempo. En el estudio de comadronas de Honduras, en uno de cada cinco casos más o menos, la comadrona llegó después del nacimiento del bebé.

Manejo del trabajo de parto

Una variedad de técnicas han sido desarrolladas para ayudar a la madre con el trabajo de parto. La más común es el masaje abdominal. Discusiones con las comadronas sugieren que hay muchas, especialmente aquellas de las comunidades más remotas, que continuarán intentando la corrección de mala posición en el momento del trabajo de parto (especialmente la posición transversal). En muchas comunidades la ingersta de alcohol tanto por la madre como por la comadrona continúa siendo común. Algunas comadronas prescriben tés de hierbas u otras comidas ligeras tales como sopas durante la etapa inicial del trabajo de parto, para dar fuerza a la madre, y en el caso de los tés, para reducir el malestar. La práctica de hacer que la madre puje desde el comienzo del trabajo de parto parece estar desapareciendo, en gran parte como resultado a los esfuerzos de capacitación. La madre es animada a sentarse o a caminar tanto como le sea posible.

Una práctica bastante aflictiva que no es mencionada en ninguna de la literatura pero que está incrementándose es el uso de oxytocina para apresurar el trabajo de parto. Los investigadores encontraron esta práctica en todos los departamentos del altiplano visitados y la droga está ampliamente disponible en farmacias a través del país. Los consultores pudieron fácilmente comprar oxytocina intramuscular en farmacias locales (con un costo aproximado de Q2.00 por 5 ampollas I.U.). En una visita a la casa de una

comadrona, los consultores observaron 10 ampollas de oxytocina intramuscular sobre una mesa, rodeadas por agujas y jeringas. Todas las comadronas saben que el MdeS condena esta práctica, pero ellas dicen que las madres o las suegras insisten en usarlas y cuando la comadrona se rehusa a aplicársela, la familia contrata a un farmacéutico o a un "inyeccionista" para que lo haga. No hay uniformidad con relación a las indicaciones apropiadas para su uso o dosis apropiada. Algunas comadronas dicen que ellas la aplican cuando el niño está en la etapa de coronamiento, otras cuando principia el trabajo de parto y una comadrona orgullosamente afirmó que ella recientemente aplicó cuatro inyecciones a intervalos de cinco minutos durante un parto con obstrucción.

Ambiente

Hasta cierto punto, el nacimiento es un evento social en el altiplano de Guatemala, donde a menudo están presentes el esposo, la suegra y otras parientes femeninas casadas. El papel del esposo es el más activo, dándole apoyo a su esposa desde atrás en la segunda etapa del parto cuando el esfuerzo máximo de pujar es requerido por parte de la madre. Entre los grupos Mayas del altiplano, la preservación de la modestia es muy importante. Desde la época de preadolescencia, las mujeres nunca se descubren ni siquiera para el baño. Esta misma modestia prevalece y se espera durante el trabajo de parto y el nacimiento del niño. Las luces son normalmente bajas y la falda de la madre permanece en su lugar mientras la comadrona trabaja por debajo de ella para recibir al bebé.

Parto

Cuando la comadrona determina que "ha llegado el momento", ella instruye a la madre que empiece a pujar. La comadrona usualmente reconoce este momento cuando la madre expresa su deseo de defecar. La posición más común para el alumbramiento continúa siendo la posición de cuclillas, aunque la mayoría de las comadronas cuando son cuestionadas a este respecto responden que la posición "apropiada" es la posición "ginecológica" (por ejemplo, acostada). Generalmente la comadrona atenderá a las mujeres de acuerdo con la posición que la madre que va a dar a luz prefiera. La comadrona prepara el piso con una tela plástica limpia cubierta de sábanas. Cuando el niño nace, ella lo recibe en una tela limpia y lo pone a un lado mientras pone atención a la expulsión de la placenta.

Expulsión de la Placenta

La mayoría de las comadronas consideran la expulsión de la placenta como uno de los aspectos más problemáticos de su

trabajo. Hay una variedad de opiniones sobre lo que constituye una placenta retenida variando de 15 minutos a 1 hora. Ellas continúan confiando en ciertas hierbas, en el masaje abdominal y en la estimulación del reflejo del vómito para lograr la expulsión de la placenta. Una vez expulsada, la placenta es normalmente enterrada en la propiedad.

Cuidado del Cordón Umbilical

Una vez que la placenta es expulsada, el cordón umbilical es medido de dos a cuatro dedos a partir de la pared abdominal y se amarra. Una vez amarrado, el cordón usualmente se corta con tijeras. La falta de esterilización de las tijeras continúa siendo un serio problema, pero que nunca ha sido evaluado. La costumbre de cauterizar el cordón con una candela continúa en muchas de las comunidades Mayas. La comadrona lee augurios a partir del cordón y la membrana, indicando el número de bebés que la madre va a tener y ciertas cosas acerca del futuro del niño. Si por alguna razón se estima necesario cortar el cordón antes de la expulsión de la placenta, la punta desatada del cordón es asegurada, a menudo es amarrado alrededor de la pierna de la madre, por la creencia de que de otra forma éste se elevará y la estrangulará.

Atención al recién nacido

La atención es dirigida al recién nacido una vez que se logra la expulsión de la placenta. La boca debe ser limpiada con un pedazo de tela limpio para remover las flemas. El niño es lavado con agua tibia, se envuelve en pañales y se da a la madre. No Parece darse ninguna atención particular para estimular a aquellos niños deprimidos ni se les protege de hipotermia durante el tiempo que la comadrona está esperando la placenta. Muchas comadronas tienen balanzas donadas por UNICEF, sin embargo, pesar a los niños es una práctica que se lleva a cabo pocas veces.

c. Cuidado Post-parto

Fajamiento abdominal

Después del parto, la comadrona faja el abdomen de las madres para prevenir que el utero "caiga fuera de lugar". El abdomen a menudo se mantiene fajado de esta forma por varios meses.

Visitas Post-parto

El período de recuperación post-parto varía de 8 a 40 días, pero la rigidez de adherirse a las prácticas tradicionales

parece estar declinando. La comadrona característicamente visita a la madre varias veces después del nacimiento y es una de las pocas personas con acceso a la madre en el período post-parto inmediato. Los investigadores de INCAP han utilizado este hecho para capacitar exitosamente a las comadronas para reconocer los síntomas de problemas neonatales utilizando terminología tradicional tales como si el bebé parece estar "triste" y para iniciar la referencia del bebé a un hospital o médico. Además de preguntar sobre la salud de la madre, ella lleva a cabo masajes abdominales. En algunas áreas también se acostumbra que la comadrona desarrolle ciertas tareas domésticas tales como cocinar algunas comidas y limpiar la casa. La costumbre tradicional de una gran celebración con una comida después de que la comadrona baña a la madre y al infante en el temascal y limpia el cuarto de alumbramiento está perdiéndose gradualmente. Poca atención parece prestarse al cordón umbilical, más que asegurarse de que éste está cubierto.

Consejos post-parto

La evidencia indica de que casi la mitad de las comadronas instruyen a la madre de asistir a un centro de salud alrededor de seis semanas para un examen post-parto y así sus niños pueden empezar el proceso de vacunación (MdeS, Capacitación y Seguimiento de Comadronas Tradicionales 1986-1987).

2. Cuántas y Donde están localizadas

Para 1987 el MdeS había capacitado 13,908 comadronas. La localización y distribución de estas comadronas puede verse en el Anexo "C". Es más difícil llegar a una estimación del número real de comadronas por varias razones. Hay una atrición natural y un proceso de reclutamiento que se está realizando a una tasa desconocida; muchas comadronas tratan de escapar del conocimiento oficial para evitar posibles sanciones y no existe ningún sistema de registro efectivo. Los investigadores del INCAP que están trabajando en Quetzaltenango desucbrieron numerosas comadronas de las cuales el MdeS no tenían conocimiento. Probablemente es seguro asumir que además del número actual de comadronas capacitadas, hay otro 50% de comadronas no capacitadas, de las cuales aproximadamente la mitad son identificadas por los oficiales del Ministerio. Estas estimaciones están basadas en la información reunida a través de pláticas con personal del MdeS a nivel de área y de distrito. Una cifra estimada conservadora del número total de comadronas que existen en el país es 20,000.

3. Diferencias entre las prácticas de las comadronas Ladinás y Mayas

Tal como se mencionó anteriormente en el alcance de trabajo, se solicitó a los consultores que concentraran su atención en estudiar la práctica de la comadrona en la población indígena, por lo tanto ellos no están en la posición de referirse completamente a esta pregunta. Sin embargo, una diferencia clara entre las dos es el status social de que goza la comadrona Maya comparado a su contraparte ladina. En general, la población ladina considera a la comadrona como un mal necesario y preferirían más ser atendidas en un hospital si éste estuviera disponible.

4. Tareas de Salud adicionales

Tradicionalmente, la comadrona Maya no ha tomado el papel de proporcionar cuidado de la salud más allá de lo escasamente definido como prenatal, parto y cuidado postnatal limitado. Unas pocas comadronas son también conocidas como curanderas, pero esto es debido a que ellas tienen un doble papel, y no debido a la curación de enfermedades no relacionadas con el embarazo sea visto como parte de su área de expertaje. En la Encuesta de Conocimiento, Actitudes y Prácticas (KAP Survey) del INCAP a nivel de la comunidad en Guatemala, solamente el 1.7% de las madres consultaban a la comadrona respecto a las diarreas de su niño y ninguna consultaba a la comadrona respecto a infecciones respiratorias agudas. Evidencias anecdotaless, sin embargo, sugieren que la comadrona puede jugar un papel en el tratamiento de enfermedades tradicionales tales como "mal de ojo", "susto" y "empacho".

El MdeS y otras fuentes, sin embargo, han reportado la participación de la comadrona como motivadores comunales en las campañas de vacunación, y estudios han mostrado que las comadronas están refiriendo a las madres a los centros de salud para que vacunen a sus hijos. Los consultores fueron informados que en algunas áreas se está dando a las comadronas paquetes de sales de rehidratación oral para que los distribuyan a las madres que tengan a sus niños con diarrea, pero se desconoce el impacto de esta actividad. Se deduce que la comadrona actualmente no juega un extenso papel, más que el de educador y motivador de salud cuando se le solicita hacerlo.

Por otra parte, la información del INCAP muestra también que el 80% de las madres saben quien es la comadrona más cercana y el 80% ha tenido a una comadrona en su casa por lo menos una vez el año pasado. Esto es cuatro veces más alto que el de cualquier otro trabajador de salud, indicando el gran potencial que existe en la comadrona para un papel más extenso bajo las condiciones apropiadas.

5. Pago por los servicios

Parece ser que casi todas las comadronas son pagadas por sus servicios por sus clientes. Aquellas mujeres que son comadronas por un llamado sobrenatural ven su actividad principalmente como un servicio, y a menudo no cobran nada, pero, sin embargo, la familia las remunera de alguna forma, ya sea en efectivo o en especie, si es posible. Discusiones con las comadronas y revisión de la literatura sugiere que el cobro típico es de Q3.00 a Q20.00. Es costumbre en algunas comunidades de que el pago se haga después de que el baño y la comida ritual han sido celebrados en el octavo día después del parto.

6. Reclutamiento y Capacitación

a. Reclutamiento

Entre la población Maya parece haber varios elementos comunes en el proceso de reclutamiento. Frecuentemente hay un llamado sobrenatural. Tal como se mencionó anteriormente, este llamado puede ser algunas veces augurado por el encuentro de ciertas señales en el momento del nacimiento tales como parte de la membrana amniótica adherida a la cabeza del niño. A menudo, antes de iniciar su práctica, la comadrona experimentará sueños en los cuales el nacimiento es un aspecto prominente. Si la comadrona no acepta sus responsabilidades, ella sufrirá enfermedades prolongadas y severas. A veces ella consultará una curandera nativa, quien le dirá que su enfermedad radica en su mala voluntad de servir como comadrona. Una vez que ella empieza a atender partos, su enfermedad desaparece. Este proceso puede llevarse a cabo en varios años. Otra forma de reclutamiento es a través de atender partos en situaciones de emergencia debido a que la comadrona regular no está disponible o porque no llega a tiempo. Si el parto es atendido con éxito, entonces la voz se esparce y gradualmente, después de un período de meses o años, uno es solicitado más y más a menudo. Un tercer modelo es el de herencia, donde una mujer joven aprende como resultado de ver a su abuela, a su madre y a su suegra atender a mujeres embarazadas. El aprendizaje, como tal, sin embargo no parece ser común. El modelo más usual es por en gran parte por los elementos arriba mencionados, que juegan un papel importante en el proceso de reclutamiento.

Como se mencionó anteriormente, la adopción del papel de la comadrona por una mujer no es una decisión fácil de tomar. Ella usualmente sufre resistencia por parte de su esposo, porque ella se ve a veces forzada a abandonar las

responsabilidades de su hogar, porque tiene que salir sin compañía por la noche y debido a las restricciones sexuales practicadas cerca del momento del parto, en algunas partes del país. Varias de las comadronas entrevistadas reportaron que habían recibido frecuentes golpizas por parte de sus esposos cuando principiaron a recibir bebés. La comadrona también sufre de los celos de otras mujeres debido a su alto nivel y a sus libertades no acostumbradas. El movimiento de la comadrona a la completa aceptación de su nuevo estado es por consiguiente gradual.

Un modelo de reclutamiento que ha sido intentado muchas veces y ha fallado es el de capacitar a mujeres jóvenes, ansiosas que no han tenido experiencia previa, ni ningún llamado sobrenatural, pero que desean convertirse en comadronas. Por lo menos en el altiplano a estas mujeres nunca las llaman para atender nacimientos y la mayoría de los programas ya no capacitan a ninguna mujer que no esté ya ejerciendo.

b. Capacitación

El MdeS usualmente tiene la capacidad de identificar a las nuevas comadronas a través de preguntar a las madres de niños recién nacidos que vienen al centro de salud quién fue la comadrona que las atendió y consultando los registros civiles en las oficinas municipales, donde el padre registra al niño y anota, entre otras cosas, quien atendió a la madre en el nacimiento. Dependiendo de los fondos disponibles, el MdeS invitará a estas comadronas recién identificadas a su curso de capacitación de 15 días.

Todas las áreas de salud del MdeS visitadas tienen programas de capacitación de comadronas. La responsabilidad de la capacitación descansa en el personal de enfermeras profesionales cuya supervisión y dirección total proviene de la Enfermera de Area, la principal responsabilidad de la ejecución y capacitación está en la Enfermera de Distrito y el apoyo de la enfermera auxiliar.

Cada área calcula el número de comadronas identificado, quienes necesitan capacitación o reforzamiento. Al principio del año, como parte de su ciclo de planeación y presupuesto, el nivel de área envía ese número al nivel central de donde se supone provienen los fondos para las comadronas Q5.00/día y los equipos para comadronas de UNICEF. Se escucharon quejas acerca de que el financiamiento siempre es más bajo de lo solicitado, los fondos llegan tarde en el año cuando las vacaciones interfieren con la habilidad del área para llevar a cabo efectivamente la capacitación, y que los equipos son

menos de la cantidad que se necesita cada vez más parcos en su contenido. (Los equipos más recientes sólo contienen tijeras, dos yardas de muselina para hacer vendajes y una balanza de kilogramos).

El programa de capacitación dura 15 días hábiles y generalmente se lleva a cabo en el centro de salud del distrito. Cada comadrona recibe Q5.00 diarios para sus gastos, lo cual con la reciente inflación es considerado inadecuado, especialmente debido a que la comadrona a menudo viaja de lugares distantes y es usualmente forzada a encontrar un lugar donde dormir. La capacitación está basada en el manual de capacitación del MdeS de 1980 e incluye nueve áreas de estudio: orientación a los servicios de salud del MdeS, higiene general, el equipo de parto y su contenido, atención prenatal, conceptos generales del parto y atención al recién nacido, parto en la casa, puerperio, atención al recién nacido y a los infantes, y la nutrición (incluyendo lactancia materna, preparación de la fórmula y el destete). La capacitación es ampliamente didáctica. Se utilizan gráficas y otras ayudas de capacitación sólo hasta el punto de que cada área de salud las ha inventado las suyas. En el altiplano, la traducción a uno de los lenguajes Mayas es usualmente necesario, y es llevada a cabo por un participante bilingüe. Aunque se han desarrollado y producido manuales para la comadrona ilustrados, éstos ya no están ampliamente disponibles. La mayoría de las comadronas son mujeres de edad avanzada, analfabetas, y se cuenta que es común que muchas de ellas cabecean durante los cursos de capacitación.

Además de estos cursos, el MdeS trata de programar cursos de reforzamiento de uno, dos o tres días para comadronas capacitadas previamente, cada año. El financiamiento del nivel central para estos cursos también es menor a la cantidad solicitada. Se supone que debe haber una supervisión continua a través de las reuniones mensuales que se llevan a cabo con las comadronas capacitadas en el puesto o centro de salud del MdeS más cercano. Aparentemente, estas reuniones tienen un doble objetivo: reunir información sobre el número de nacimientos y la capacitación. La realidad varía considerablemente de centro a centro de salud. Un centro confesó que en lugar de reuniones mensuales las varias comadronas simplemente llegaban en diferentes ocasiones del mes a reportar sobre sus actividades.

El contenido de la capacitación, la metodología, el financiamiento y las metas se discuten en mayor detalle en la sección de análisis más adelante.

7. Efectividad

A pesar de los 30 años de experiencia en la capacitación de comadronas, ninguna evaluación sobre la efectividad de la comadrona o de la capacitación de comadronas se ha llevado a cabo a nivel nacional. La información más útil actualmente disponible es la reunida desde 1984 por el Dr. Carlos Andrade de la Escuela de Medicina de la Universidad Francisco Marroquín. La información está basada sobre una población de unas 70,000 personas, en su mayor parte indígena con un poco más de 3,000 nacimientos en 1987.

Desde 1984, cuando el trabajo de la Universidad con las comadronas en el área empezó, reportó que las tasas de mortalidad materna habían declinado de un 64.6 por 100,000 en 1984, a 34.5 en 1987 y a 0 en 1988. Desafortunadamente, la utilidad de estas estadísticas particulares es disminuído por el escaso número de casos que ello representa (dos, uno y ningún caso respectivamente). Otros indicadores, sin embargo, son muy impresionantes. El porcentaje de casos referidos al hospital del área del proyecto que resultaron en cesárea se elevó de 26% en 1986 a 89% en 1988, indicando una mejora dramática en la selección apropiada de casos para referir. El porcentaje de infecciones puerperales/intra partum, resultantes en gran parte debido a los intentos de manipulación intravaginal del feto por parte de la comadrona durante el trabajo de parto, declinaron del 20% en 1986 a 0% en 1988. La diagnóstico de sufrimiento fetal agudo fue hecha en el 100% de los casos referidos en 1986 y solamente en el 14% de los casos en 1988, indicando una referencia más temprana de los casos. La mortalidad perinatal (número de muertes entre 28 semanas de gestación a siete días de nacimiento por 1000 nacimientos vivos) bajó de 36.9 a 25.6. Las tasas de mortalidad neonatal (número de muertes en los primeros 28 días de nacimiento por 10,000 nacimientos vivos) bajó de 39 en 1984 a 27 en 1987. Aunque esta información proviene de una población limitada, ello indica el enorme impacto que la capacitación de comadronas y la interrelación mejorada comadrona/MdeS puede tener.

8. Datos de Competencia

La existencia de competencia entre las comadronas fue identificada en todas las regiones visitadas por los consultores. Las comadronas eran rápidas para criticar a sus colegas y se pudo percibir asperezas por el hecho de que una comadrona fuera a tratar al paciente de otra comadrona, aún bajo las más urgentes circunstancias. En Santiago

Atitlán, por ejemplo, las 19 comadronas capacitadas que participan en el programa del Proyecto Concern International durante los últimos años han tratado de impedir la incorporación de cinco nuevas comadronas a su grupo. Sin embargo, discusiones con el personal del INCAP en Quetzaltenango indicaron que hay algunas comadronas a quienes otras comadronas refieren los casos complicados. También el personal del Proyecto HOPE, en ese mismo departamento, afirmaron que a través de trabajar de cerca con las comadronas ellos habían sido capaces de fomentar un sentido de cooperación. En general, la celotipia de las comadronas protegen a sus pacientes de otras comadronas.

9. Incentivos y No-incentivos para la Referencia de pacientes

a. Incentivos para la Referencia

El programa de capacitación del MdeS pone un considerable énfasis en el tema completo de referencia. Hay dos clases de pacientes para los cuales el MdeS requiere referencia. Los primeros son aquellos cuyo embarazo por sí mismo es considerado de alto riesgo - mujeres menores de 18 años, mayores de 35 años, primigrávidas (primerizas) y gran multíparas (dícese de las mujeres con cuatro o más niños). La segunda clase son aquellas mujeres que presentan complicaciones durante el embarazo. Además, se supone que las comadronas deben referir a todas sus pacientes a por lo menos dos visitas prenatales para la aplicación del toxoide tetánico y examen así como un seguimiento post-parto. El constante recordatorio por el MdeS a seguir estas recomendaciones en las reuniones mensuales, en las sesiones de reforzamiento y el subrayado atemorizamiento de sanciones si no lo hacen es un incentivo para la referencia de pacientes.

La habilidad de los servicios de salud, especialmente los hospitales, para resolver problemas más allá de la capacidad de la comadrona, y ha menudo de salvar la vida de sus pacientes, es otro gran incentivo para referir a los pacientes.

b. No-incentivos para la Referencia

Hay una gran variedad de desmotivaciones para referir a sus pacientes a los centros de salud, por parte de las comadronas. El primero es el mal trato que a menudo las comadronas reciben en el establecimiento de salud. Aunque hay excepciones, como regla general la comadrona es vista como un ser ignorante, sucio y peligroso. La historia de las relaciones entre los doctores ladinos masculinos, occidentales

y las comadronas Mayas femeninas tradicionales muestra que la comadrona a menudo pospone hasta el último momento posible la decisión de referir a un paciente, para evitar el menosprecio y el abuso de que son sujetas en el hospital. Las pacientes que arriban están a menudo en condiciones médicas serias, reforzando así la opinión de los doctores de que las comadronas son peligrosas. Las comadronas son recibidas en el hospital con severas reprimendas por parte de los médicos y las enfermeras.

Aún cuando la comadrona refiere al paciente, hay aún mucho más resistencia de ir al hospital por parte de la paciente. Las razones por las cuales las pacientes se resisten a asistir al hospital son múltiples, pero incluyen las siguientes. Primero la distancia y los gastos. A menudo la paciente, si ella está en trabajo de parto, tiene que ser llevada por caminos de montaña hasta el camino, luego tienen que localizar un vehículo y rentado para lo que puede ser un viaje largo e incómodo hasta llegar al establecimiento de salud. Tal viaje requiere el abandono de la familia de la mujer y toda la estructura social de apoyo que ello involucra, así como el ingreso a una institución impersonal donde pocas personas pueden hablar su lenguaje. Una vez en el hospital, la extrema modestia que ha caracterizado su vida desde su niñez es violada por hombres y mujeres extrañas. Hay un temor a la "operación", la cual se asocia a menudo con la muerte y la esterilización. También existe la realidad económica de que si la mujer efectivamente muere en el hospital, la familia debe pagar a una funeraria cientos de Quetzales para llevar el cuerpo a la casa para enterrarlo. Por consiguiente, no es sorprendente que exista resistencia a asistir a los hospitales. Existe una actitud fatalista dispersa, de que si uno va a morir es mejor que lo haga en su casa.

La referencia al hospital puede también bajar el prestigio de la comadrona en la comunidad, demostrando su incapacidad para manejar problemas.

B. Interacción Institucional con las Comadronas

1. Ministerio de Salud

Además de las actividades de capacitación discutidas anteriormente, hay otras dos oportunidades durante las cuales la comadrona puede interactuar con el sistema del MdeS -durante el cuidado prenatal y en el caso de complicaciones y referencia en el momento del parto. El curso del MdeS hace énfasis en que todas las mujeres deberían ser vistas por lo menos dos veces en un establecimiento del MdeS durante su

embarazo, y enseña a las comadronas a reconocer y referir los embarazos de alto riesgo. Algunas comadronas viajan con sus pacientes al centro de salud y en algunas clínicas la comadrona participa con el doctor o enfermera en el examen de la paciente, convirtiendo la visita en una oportunidad de capacitación. Las normas del MdeS insisten en que todas las mujeres menores de 18 años, primigrávidas, las mujeres de 35 años y gran multíparas den a luz en un hospital, y se espera que la comadrona refiera estas mujeres así como aquellas que sufren complicaciones de parto/en la etapa prenatal. La comadrona a menudo viaja con su paciente al hospital en el caso de una complicación durante el trabajo de parto. Desafortunadamente, casi siempre la recepción ofrecida a la comadrona por el personal médico es de menosprecio, reprensiones y arrogancia. Esto, por supuesto, ocasiona serios obstáculos al proceso de referencia temprana, tal como se discutió anteriormente.

2. Organizaciones Voluntarias Privadas (PVOS)

ASOCIACION DE SERVICIOS COMUNITARIOS DE SALUD (ASECSA)

ASECSA ya no está involucrada en la capacitación de comadronas. Sin embargo, ellos tienen un manual de capacitación para comadronas excelente, unas páginas del cual se incluyen en el Anexo F.

PROJECT CONCERN INTERNATIONAL, Santiago Atitlán, Sololá

El Project Concern International principió en 1976 cuando asumió la responsabilidad de operar la Clínica Santiaguito por parte de un grupo cristiano de los Estados Unidos después del terremoto de 1976. PCI continuó las actividades curativas de la clínica y gradualmente introdujo una orientación preventiva con un triple enfoque -promotores proporcionando educación de la salud y cuidado curativo básico en sus comunidades, centros de nutrición para niños desnutridos identificados por los promotores y otros, y supervisión y capacitación de comadronas.

PCI principió alguna capacitación de comadronas en 1978. en 1983 PCI trabajó con el personal del centro de salud del MdeS para desarrollar programas de capacitación conjuntos, los cuales resultaron en una re-capacitación de todas las comadronas en 1984. Gradualmente PCI ha asumido más y más responsabilidades por la educación en proceso de las comadronas a través de reuniones mensuales. En 1987 se decidió que los programas de capacitación previos no habían sido tan efectivos como se esperaba, debido a que ellos habían sido implementados de una forma muy autocrática y dominante, y

que las reuniones mensuales eran demasiado formales limitando así su efectividad. Los directores del programa de lengua Tzutuhil, un médico y una enfermera profesional, desarrollaron y aplicaron un cuestionario incluyendo una demostración práctica para aprender lo que las comadronas sabían y lo que realmente hacían con respecto al cuidado prenatal, postnatal y el parto. Mientras ésto se estaba desarrollando, las actitudes y el entendimiento de estos profesionales capacitados occidentales estaban sufriendo algunos cambios mientras desarrollaban una apreciación y respeto por las muchas prácticas positivas que ellos encontraron entre las comadronas. Como resultado, los programas de capacitación actuales están siendo conducidos con mucha más sensibilidad cultural. PCI cree que es demasiado temprano para esperar resultados de este nuevo alcance, pero espera verlos para 1990.

PCI USA el manual de capacitación del MdeS y los manuales del MdeS/Comadronas (el único sitio en donde los investigadores pudieron encontrar tales manuales) para guiar el contenido de la capacitación, pero ellos ajustan las metodologías de capacitación a las necesidades locales utilizando muñecas, diagramas, etc. según sea apropiado. El curso es de tiene una duración de cuatro horas diarias durante cinco días, cada tres meses.

Los problemas principales con la práctica de la comadrona encontrados por los directores del programa fueron los siguientes:

- . Las comadronas hacen que las madres empiecen a pujar muy al principio del trabajo de parto.
- . Las comadronas practican una higiene inadecuada durante el momento del parto.
- . ¼ veces las comadronas no esterilizan las tijeras y el material utilizado para el amarre umbilical. Esto combinado con el hecho de que el MdeS ha condenado la práctica tradicional de cauterizar el cordón umbilical es preocupante. (Hubo tres casos de tétanos neonatal el año pasado.)
- . Las comadronas no dan la atención o estimulación adecuada al recién nacido, ignorándolo por largo rato hasta la expulsión de la placenta.
- ; Muchas madres no visitan a la comadrona sino hasta al final del tercer trimestre, haciendo más difícil el cuidado prenatal adecuado.

Otros puntos mencionados por el personal del PCI fueron la existencia de competencia y rivalismo entre las comadronas. Por ejemplo el grupo actual de 19 comadronas activas, han objetado a PCI que capacite a otras cinco comadronas que fueron identificadas recientemente. Ellas afirman que las comadronas son altamente respetadas en sus comunidades, y que ellas no cobran por sus servicios, viendo esta actividad como un llamado más que un negocio. El personal también identificó los años de maltrato por los practicantes de la medicina occidental como una barrera de aceptación por la población de las prácticas "modernas". La mayoría de las comadronas son de ancianas y analfabetas, generando obstáculos especiales de capacitación.

HOSPITAL DE LA MISION MARYKNOLL, Jacaltenango,
Huehuetenango

El Hospital de Maryknoll ha estado funcionando en esta comunidad desde 1962. La capacitación de promotores era una de las primeras prioridades de la Hermana Rose Cordis, fundadora del hospital, seguida en 1967 por el desarrollo de un programa de capacitación para comadronas operado por otra hermana de Maryknoll, quien era una comadrona capacitada. El programa no tenía un componente de supervisión y se enfocaba hacia la higiene. El programa funcionó hasta aproximadamente 1972 época en la cual el MdeS asumió las responsabilidades de capacitación y supervisión.

A solicitud de UNICEF, el hospital y el Centro de Salud del MdeS en San Antonio Huista ejecutarían conjuntamente un intento financiado por UNICEF para desarrollar una nueva metodología de capacitación para comadronas en el área. El Hospital Mariknoll está únicamente preparado para participar en este proceso debido a que la mayoría de las enfermeras profesionales y auxiliares en el área han sido capacitados por ellos y hay fuertes y positivas relaciones con la población local, las comadronas locales y el personal del MdeS. La enfermera de habla Mam del centro de salud pasará seis meses a tiempo completo entrevistando y observando a las comadronas. Ella será asistida por cuatro enfermeras auxiliares de habla Mam de los puestos de salud del MdeS, quienes trabajarán ocho días al mes en esta actividad. El equipo es asistido por la Hermana Jean, educadora de enfermeras, y expertos del UNICEF tratarán de entender el porqué de las prácticas de las comadronas y porqué su renuencia a la adopción de ciertas normas del MdeS. El resultado debería ser el desarrollo de un programa mucho más sensitivo culturalmente diseñado para desarrollar las creencias tradicionales, y no para descartarlas totalmente. Si se tiene éxito, el financiamiento de UNICEF proporcionará la expansión gradual del programa para incluir a Huehuetenango, san Marcos y El Quiché.

CLINICA MAXENA, Santo Tomás la Unión

La Clínica Maxena fue fundada hace 23 años con fondos de la iglesia Católica. La clínica tiene un programa tanto curativo como preventivo. El programa preventivo, coordinado por el promotor en salud Mateo Poz, tiene un programa de capacitación y apoyo para promotores, con un promotor en cada comunidad y un programa de capacitación y reforzamiento para comadronas. El trabajo con las comadronas principió en 1968 y originalmente consistía en la capacitación y preparación de los equipos para comadronas. Se dió suficiente equipo especializado a las comadronas, para dos o tres partos y luego vendrían a la clínica para que se les volviera a esterilizar el equipo. Ellas tendrían que venir cada año para que se les revisaran sus equipos y se les volvieran a llenar según lo necesitaran. Más tarde empezaron con programas de capacitación formal y reforzamiento por una semana, dos veces al año. Actualmente las comadronas se reúnen para re-capacitación dos o tres veces al año. Hay 50 comadronas participando en el programa. Una comadrana Maya trabaja actualmente para la clínica proporcionando cuidado prenatal, aconsejando a otras comadronas y participando en los programas de capacitación. El programa capacitará un nuevo grupo de comadronas este año en sesiones de dos días cada 15 días, por espacio de 7 meses. Los dos días incluyen dos medios días para efectos de viaje, de tal forma que la duración total de la clase será de 14 días hábiles.

La clínica utiliza los manuales "Materno Infantil" de ASECSA y del MdeS como guías y suplementos de capacitación con materiales gráficos. Toda la capacitación se lleva a cabo en Quiché y está diseñada para complementar el conocimiento que cada una ya tiene de su experiencia práctica, más que para reemplazarla. La educación es "participativa" haciendo uso de discusiones de grupo y cuestionamiento de participantes con el fin de permitirles expresar su entendimiento y mejorar su conocimiento actual.

La actitud más difícil de cambiar es la del temor que sienten hacia el hospital. Los pacientes prefieren morir en casa (donde ellos no tienen que pagar varios cientos de Quetzales a una funeraria para sacar el cuerpo del hospital). Ellos temen estar en un ambiente donde confrontan barreras de idioma, donde su modestia natural es violada por hombres extraños, y donde ellas pueden ser sujetos de una operación.

La clínica está intentando expandir el papel de la comadrana para incluir actividades de educación de la salud. Ellos también reportan que los oxytocitos son vendidos e incluso inyectados por farmacéuticos a solicitud de la familia como un medio para agilizar el trabajo de parto.

PROJECT HOPE

En 1976 Project Hope envió suministros y un equipo de profesionales médicos a Guatemala para ayudar en los esfuerzos de auxilio para el terremoto. Desde entonces la organización ha llevado a cabo varios programas en el país, principalmente en las áreas de Quetzaltenango/San Marcos.

Project Hope tiene un personal de campo con experiencia, compuesto por guatemaltecos, quienes han estado trabajando como trabajadores de salud comunitarios desde 1977. El proyecto actual de la organización, ahora bajo la dirección del Dr. George Flores, empezó en 1985 y tiene como enfoque la capacitación de trabajadores de salud comunitarios para educar a las madres en el uso de la terapia de rehidratación oral así como promocionar la inmunización en 188 comunidades en el altiplano occidental de Guatemala. Durante los últimos 3 años el programa ha capacitado a 853 trabajadores de salud comunitarios, de los cuales el 22% son comadronas (total 180).

Los trabajadores de salud comunitarios reciben un curso de capacitación de 7 días, enseñado por los técnicos en salud rural/supervisores de campo. El contenido del curso incluye educación de la salud en la comunidad, el uso de las sales de rehidratación oral (tanto en paquetes como hecho en casa), la promoción de las vacunas, higiene, lactancia materna, jardinería, construcción de letrinas y como obtener agua limpia. Además, Project Hope ha capacitado comadronas en un curso de 15 días de duración, basado en las guías para capacitación de comadronas del MdeS.

Al final del curso de trabajadores de salud comunitaria de 7 días de duración, el personal de campo (técnicos en salud rural) realiza una supervisión de seguimiento. Durante tres meses después de la graduación, los trabajadores de salud comunitaria son visitados dos veces al mes y después de eso, una vez al mes. Durante estas visitas de supervisión ellos ayudan a los trabajadores de salud comunitaria a guiar grupos de madres, realizan visitas a los hogares y refuerzan las lecciones aprendidas en el curso. Los supervisores no supervisan a las comadronas en su práctica de partería, pero se concentran en reforzar el papel de las mismas en promover las estrategias de supervivencia infantil.

Una evaluación del proyecto realizada por AID, presentada en diciembre de 1988, encontró que el programa era capaz de desarrollar con éxito un sistema para identificar y poner como objetivo familias de alto riesgo y que la accesibilidad de los

paquetes de sales de rehidratación oral y la información ha aumentado. Aproximadamente el 83% de las madres objetivo, del área, reportaron tener conocimiento del uso de los paquetes de sales de rehidratación oral o soluciones hechas en casa, y el 55% de las madres reportaron que ellas habían utilizado la TRO durante la última diarrea de sus niños. La cobertura de la inmunización aumentó para grupos de todas las edades; sin embargo, el aumento en la cobertura para el tétanos en mujeres entre los 15-49 años de edad fue particularmente notable (de 1% a casi el 40%).

El personal del Proyecto Hope considera su programa de capacitación de comadronas como un éxito, y sienten que su programa de capacitación ha tenido un impacto positivo en el tipo de cuidado que las comadronas están dando a las madres y a los lactantes. Guillermo Nowell, supervisor de campo del Proyecto Hope, es un educador de enfermeras de mucha reputación que ha proporcionado consulta regular y ha colaborado con el MdeS como capacitador de comadronas.

El curso de capacitación de comadronas, aunque se adhiere a las guías del MdeS, usa técnicas innovativas de aprendizaje participativo. Las características más importantes del programa son:

- . Se hacen esfuerzos especiales a través del programa para animar a las comadronas a trabajar juntas y apoyarse mutuamente, profesionalmente. Este es un paso significativo y positivo ya que parece ser que en la mayoría de las áreas las comadronas son extremadamente "competitivas" y trabajan aisladamente. Guillermo Nowell afirmó que personalmente sabe de muchos casos donde las comadronas en las áreas del proyecto han llamado a otra comadrona para pedir consejo en situaciones difíciles. El afirma, "Yo les digo que en vista que ellas fueron todas escogidas por Dios para ser comadronas, Dios quiere que ellas trabajen unidas".
- . El programa fomenta una política de que mujeres jóvenes acompañen a las comadronas a los partos, como "asistentes". Esta no es una práctica común en la mayoría de las áreas de Guatemala y tiene el potencial de desarrollar un conjunto de comadronas más joven con más experiencia para el futuro, sin "interferir" con las normas culturales.
- . Las comadronas están siendo utilizadas para promover estrategias de supervivencia infantil. El personal del programa siente que esto ha tenido éxito particularmente en las áreas de inmunización y TRO.

- . Aunque los servicios de salud del MdeS controlan aproximadamente el 4% de las mujeres embarazadas en su cuidado prenatal, las comadronas/trabajadores de salud comunitaria capacitados por el Proyecto Hope han logrado una tasa de cobertura del 80% en algunas áreas.

COOPERATIVE FOR AMERICAN RELIEF EVERYWHERE (CARE)

De 1984 a 1988 CARE apoyó un programa "Village Health Outreach Program" (Programa de Alcance de Salud de las Aldeas) a través del Ministerio de Salud, el cual incluyó la construcción de unos 67 puestos de salud y la capacitación de promotores y comadronas en las aldeas servidas por esos centros. Unas 300 comadronas fueron capacitadas durante los cinco años de duración del proyecto. Las aldeas que recibieron el servicio están en los departamentos de Huehuetenango, Quetzaltenango, Izabal, Baja Verapaz y Chimaltenango. CARE anticipa financiamiento para una nueva iniciativa en supervivencia infantil con énfasis en la educación para la salud a través de líderes comunitarios, incluyendo comadronas en 1989.

ASOCIACION GUATEMALTECA DE EDUCACION SEXUAL (AGES)

AGES es una organización con una considerable experiencia exitosa que trabaja en el área de educación de la vida de la familia tanto en el ambiente urbano como en el indígena rural. Aunque AGES no ha trabajado con comadronas directamente ellos han completado recientemente un banco de datos en un estudio de seis aldeas Mayas, con una serie de preguntas relacionadas que están relacionadas con las actividades de las comadronas. Una rápida revisión de la información hecha por los autores de este reporte muestran lo siguiente:

- . En algunas aldeas la comadrona es la persona que más se menciona como la persona que podría enseñar mejor los métodos de planificación familiar (otras formas de planificación familiar son rechazadas grandemente).
- . Que la comadrona es la persona que se menciona más frecuentemente cuando uno pregunta a quien se debería dirigir cuando hay problemas de parto. Las razones mencionadas para esto incluyen costo, cercanía, costumbre y confianza.
- . La mayoría de los pacientes esperan que si la comadrona no puede manejar las complicaciones entonces la madre debe ir al hospital, pero parece que una relación de jerarquía está claramente presente en la comadrona, siendo ésta el primero y el preferido punto de contacto.

3. Donor Agencies

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS NIÑOS (UNICEF)

Durante los últimos años aproximadamente, UNICEF ha apoyado en gran parte los programas de capacitación del MdeS a través de la provision de equipos de partería de UNICEF y viáticos para las personas capacitadas. En 1985 UNICEF patrocinó la evaluación del programa de capacitación del MdeS, a través de la cual se llegó a la conclusión que la metodología de capacitación utilizada por el MdeS era autocrática, intentaba "occidentalizar" la práctica tradicional, y en general, sirvió para socavar y desacreditar su trabajo. Desde 1986, UNICEF ha estado preparando un proyecto para llevar a cabo la capacitación de comadronas, a manera de fortificar la práctica tradicional, no socavarla. Un acuerdo de financiamiento entre UNICEF y el MdeS ha sido firmado recientemente y el proyecto de tres fases dará inicio este año. La primera fase, que dura seis meses, involucra investigación y la preparación de materiales para capacitación. (Esto se discute más a fondo en la sección bajo el Hospital Maryknoll mencionada anteriormente.) La segunda fase verá la actividad de capacitación extendida a través del área de Huehuetenango, San Marcos y El Quiché. Los últimos cuatro meses se utilizarán para fines de evaluación.

FONDOS DE LAS NACIONES UNIDAS PARA ACTIVIDADES DE POBLACION (UNFPA)

Desde 1981 hasta 1988 UNFPA apoyó la capacitación de comadronas del MdeS en 5 áreas a través de su Proyecto de Extensión y Reforzamiento de los Servicios de Salud. Las metas del proyecto eran extender la cobertura institucional de la salud materno infantil en las áreas designadas; mejorar la detección temprana y un seguimiento apropiado del cáncer cervical y de las mamas; reforzar el plan de regionalización; capacitar a todos los trabajadores del cuidado de la salud primaria; asegurar información de salud exacta; personal de reforzar personal, suministros y equipo según se necesite; desarrollar estudios de investigación dirigidos a identificar los obstáculos para la buena comunicación entre los servicios de salud y la comunidad; promover cambios en las actitudes, actividades y prácticas en las familias de la comunidad y reforzar, hasta donde sea posible, las deficiencias administrativas. En la opinión de los oficiales de UNFPA, el proyecto afrontó problemas administrativos considerables y nunca ha sido evaluado adecuadamente.

AGENCIA PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL (AID)

AID al igual que UNICEF y quizá otros donantes, ha estado apoyando programas de capacitación para comadronas a través del MdeS por más de 15 años. Desafortunadamente, la naturaleza de ese apoyo y los resultados no son reconstruidos fácilmente. El esfuerzo más reciente de AID fue en el programa de capacitación del Componente de Cuidado de la Salud Primaria, del Proyecto de Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición, de Guatemala. Este proyecto fue firmado entre los dos gobiernos en 1980 pero realmente no principió sus operaciones sino hasta 1982. El proyecto, entre otras cosas, tenía la intención de poner en marcha un programa de capacitación para personal comunitario y para sus capacitadores y supervisores, y poner en lugar sistemas de supervisión, información y evaluación en los tres departamentos objetivo: Totonicapán, San Marcos y Sololá. La capacitación de comadronas era un aspecto importante, por lo que se prepararon manuales de capacitación. Desafortunadamente, la ejecución del proyecto coincidió con un período de desasosiego intenso en el país, frecuentes cambios de personal en el nivel de políticas del MdeS y un cierto distanciamiento de los proyectos financiados por AID. El resultado neto fue el aislamiento del proyecto y su falta de sostenimiento.

4. Others

UNIVERSIDAD FRANCISCO MARROQUIN

Al igual que los estudiantes de medicina en la universidad pública de Guatemala, los estudiantes del último año de medicina de la UFM tienen que pasar seis meses en una práctica rural supervisada, generalmente en un centro de salud del MdeS o un puesto similar. El programa de la UFM, dirigido por el Dr. Carlos Andrade, está localizado en el área de San Juan, Sacatepéquez y durante sus cinco años de existencia ha fomentado una interacción cercana y cooperativa entre los estudiantes de medicina y las comadronas. El objetivo de esta interacción es el de mejorar el sistema de información, aumentar tanto el cuidado prenatal como el postnatal y mejorar el sistema de referencia de pacientes. Estos fines se logran a través de una interacción diaria e informal entre el estudiante y la comadrona, y a través de reuniones mensuales regulares de comadronas, estudiantes de medicina, personal de la UFM y del MdeS. La interacción diaria involucra cuidado prenatal brindado por los estudiantes mediante la referencia de la comadrona, a menudo con ésta presente. Las comadronas

también se sienten libres de pedir a los estudiantes que visiten a sus pacientes enfermos o complicados en sus casas si se considera necesario. Esto es facilitado por el hecho que el estudiante vive en la aldea en la cual está prestando su servicio durante el período completo de seis meses. El programa de la UFM ha tenido éxito en reclutar y mantener la participación de más de 90 comadronas, lo cual es un índice de que las comadronas creen que se están beneficiando de esta relación. Las reuniones mensuales no son en naturaleza estrictamente didácticas. Por el contrario, la discusión gira alrededor de casos y complicaciones que las comadronas individualmente han afrontado en los meses anteriores y los cuales ellas presentan al grupo. Se pregunta a las comadronas presentes si ellas están de acuerdo con el curso de acción tomado por la comadrona que presenta el caso. Si la comadrona tomó la acción apropiada, su conducta es reforzada a través del reconocimiento de las otras comadronas, oraciones por parte de los guías del grupo, aplauso y repetición por parte de los guías del grupo (enfermera del MdeS y el Dr. Andrade) de los principios de salud involucrados. Si se tomó la acción inapropiada, se aprovecha la oportunidad para presentar el caso a las otras comadronas para corregir una conducta igual con refuerzo por parte de los guías del grupo.

Son notables en este programa los esfuerzos por asegurar que todo el personal entienda y tenga una oportunidad para participar, a través de traducción a sus lenguas nativas y por el alto grado de respecto que el personal del MdeS y de la UFM muestran a las comadronas. El número de referencias de pacientes apropiadas por parte de las comunidades servidas por este programa a los hospitales del MdeS, ha tenido un gran incremento y un sentido de confianza entre el personal del hospital Roosevelt y las comadronas se ha establecido por medio de reportes. El programa empezó con unas 20 comadronas y actualmente tiene cerca de 100 activas. Esta es también la única área en la cual vimos un sistema de registro de nacimientos efectivo, operando con la cobertura casi completa con el formulario de registro de nacimientos del MdeS.

INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA (INCAP)

El INCAP ha trabajado con capacitación de comadronas en varios de sus proyectos de salud, incluyendo el Proyecto de Sistema de Nutrición Integrado y Cuidado de la Salud Primario (SINAPS), el Proyecto Sololá y el Proyecto Patulul. El primer manual para comadronas basado en la "descripción del trabajo" de la comadrona fue preparado como parte del Proyecto de SINAPS. Este estaba basado en tareas discretas e identificables de las comadronas. La capacitación se realizó en

sesiones de dos a tres horas, una o dos veces al mes y en lugares muy cercanos a los hogares de las comadronas, combinando dos o tres aldeas a lo sumo. Desafortunadamente la capacitación tuvo numerosas dificultades derivadas en gran parte del hecho de que la mayoría de las comadronas eran ancianas, analfabetas y muy sencillas (cándidas). Esto hizo que el funcionamiento de tareas tan importantes tales como la medición y el registro de los pesos fuera más difícil. Los oficiales del INCAP involucrados en el proyecto mencionaron que el grupo más difícil de capacitar bajo el proyecto de SINAPS fueron las comadronas. Las comadronas no eran capaces de usar los manuales y el manual de SINAPS es ahora sólo de interés histórico. No se hizo ninguna evaluación formal del impacto de la capacitación.

Como parte del Proyecto Sololá, iniciado en 1976, se preparó un "Manual del Cuidado Prenatal Simplificado, el cual enfatizó el concepto de alto riesgo, los niveles de cuidado prenatal, parto, post-parto y perinatal". (Delgado, 1980) La capacitación en este proyecto fue informal y sin estructura. Según nuestro conocimiento no existe ninguna evaluación de capacitación disponible. El Proyecto Patulul, llevado a cabo en el Departamento de Suchitepéquez tenía un programa de cuidado materno con énfasis en la detección temprano del embarazo, el cuidado prenatal, determinación del nivel de riesgo del parto y cuidado post-parto y perinatal. "Las comadronas empíricas fueron identificadas y capacitadas en grupos informales. Se dió especial énfasis al manejo del nacimiento del niño y el cuidado del recién nacido. Las comadronas fueron capacitadas para obtener el peso al nacer usando una balanza simple y a referir a un médico u hospital los casos de alto riesgo" (Ibid). Los investigadores no han visto evaluaciones del componente de capacitación de comadronas de este proyecto tampoco.

Actualmente INCAP tiene varias actividades en marcha que involucran a las comadronas. Tiene un Asesor altamente calificado, a tiempo completo, quien está ayudando al Ministerio de Salud en la revisión de su manual de capacitación de comadronas. El INCAP también tiene un estudio más importante en camino, para evaluar las prácticas de la comadrona y desarrollar opciones para mejorarlas en Quetzaltenango, y está involucrado con las comadronas en un segundo estudio en Santa María de Jesús, Sacatepéquez.

El estudio principal titulado "Investigación Evaluativa del Cuidado Materno-Infantil proporcionado por las Comadronas Tradicionales y Opciones para su Mejoramiento" tiene tres

componentes - un estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (KAP) de las Comadronas, madres y esposos en relación con la detección y manejo de embarazos de alto riesgo, la capacidad del sistema de salud para tratar apropiadamente estos casos y la introducción de un modelo de capacitación de la comadrona para mejorar el manejo de los casos a nivel comunitario. El estudio ha completado la recolección de datos del primer componente y está principiando su análisis.

Como parte de una serie de estudios de enfermedades de lactantes y de la niñez, y la nutrición en la comunidad de Santa María de Jesús, Sacatepéquez, los investigadores del INCAP han establecido una relación cercana especial con las comadronas del pueblo. Entre otras cosas, los investigadores llevaron a cabo un estudio de control retrospectivo de casos de factores de riesgo asociados con la mortalidad intra partum y neonatal. El estudio identificó cinco factores de riesgo -analfabetismo de la madre, primer embarazo, intervalo de nacimientos de menos de 14 meses, la no utilización de servicios del cuidado prenatal modernos y una comadrona específica. Hubo dos factores particularmente asociados con la muerte intra-partum -la administración de oxytocina intramuscular durante el trabajo de parto y más de tres exámenes vaginales hechos por la comadrona. Los investigadores están actualmente llevando a cabo un estudio longitudinal para validar o legalizar estos factores de riesgo en las mujeres embarazadas y recién nacidos para lograr una identificación más temprana de la morbilidad y evaluar la efectividad de intervenciones a nivel comunitario.

Los investigadores entrevistaron a tres comadronas en esta comunidad con las siguientes observaciones generales:

- . Las comadronas universalmente utilizan oxitócicos intramuscular en la mayoría de pacientes para acelerar la labor de parto. Esta práctica no es solamente aceptado por la comunidad, sino que según lo reportado es demandado por ellos. La mayoría de las comadronas sabían que está práctica estaba condenada por el MdeS. (Los investigadores compraron una inyección de 5 IU en la farmacia local por Q2.00.)
- . Todas las comadronas han sido capacitadas por el MdeS.
- . Todas reportaron atender los partos en la posición "ginecológica".

- . Todas habían atendido sus primeros partos en situaciones de emergencia cuando la comadrona regular no estaba disponible y ganaron una reputación y clientela gradualmente.
- . Había un definitivo sentido de competencia entre las comadronas y una prontitud para señalar lo que su competencia estaba haciendo incorrecto.
- . Todas utilizaban las tijeras para cortar el cordón umbilical.

5. Coordinación de los donantes

No parece haber existido ningún esfuerzo serio en relación a la coordinación de donantes en la capacitación de comadronas, a pesar de los muchos años de involucramiento por parte de varios diferentes donantes y organizaciones no gubernamentales (ONGs).

III. ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS COMADRONAS

Capacitación

1. Propiedad del Modelo Médico Occidental

"Para ser efectivo, cualquier programa de servicios de salud materno/infantil y capacitación deben tomar en cuenta las creencias locales, las prácticas y los especialistas asociados con el cuidado del embarazo, el parto y post partum". (Kelly, 1956)

Desafortunadamente, esta excelente filosofía es seguida raras veces. En los años recientes ha habido un incremento en el conocimiento de que la gran mayoría de las "costumbres tradicionales" no solamente tienen mérito, sino usualmente son las intervenciones más efectivas para el medio ambiente en el cual son practicadas (Ejem: posición vertical para el parto). Aunque parece que se están haciendo intentos para incorporar la filosofía del respeto por las creencias indígenas dentro de los programas de capacitación, el rechazo a las prácticas tradicionales y la imposición de rutinas médicas occidentales está aún presente en los cursos. Muchos de los cambios en la práctica que son apoyados son no sólo inapropiados para los partos en la casa, sino también tienen poca o ninguna base racional científica. Más que mejorar el cuidado para las madres y los bebés, algunas de las prácticas médicas occidentales apoyadas en los programas de capacitación, pueden realmente estar contribuyendo a la mortalidad y morbilidad materna y neonatal.

"Hace diez años había tan poca investigación antropológica acerca del nacimiento, que la superioridad de la biomedicina y su pedagogía asociada podía todavía ser asumida; en la actualidad, el trabajo de la última década ha producido una apreciación erudita profunda de los sistemas etno-obstétricos del conocimiento y la práctica, los cuales, sin embargo, no han entrado aún al diseño de programas de capacitación a una gran extensión. Lo que menos aún se ha tomado en cuenta es el modo de transferencia de conocimientos en el cual los sistemas obstétricos indígenas han confiado en su propia reproducción." Dr. Bridgitte Jordan, *Cosmopolitical Obstetrics: Algunos Vistazos de la Capacitación de Comadronas Tradicionales*.

El director de uno de los programas de capacitación de comadronas privado afirmó, "Existe el concepto erróneo de que la capacitación consiste en traducir y simplificar un libro de texto de obstetricia."

2. Expectativas de Capacitación Realistas

Un reporte de la División de Salud Materno Infantil/MdeS de 1988, sobre la capacitación y educación en servicio de las comadronas afirma como sus objetivos:

- a) La referencia temprana de mujeres embarazadas y la identificación apropiada y referencia de los embarazos de alto riesgo a través de la capacitación y la educación en servicio de las comadronas.
- b) La educación de la comunidad por las comadronas sobre problemas de salud materno-infantil, identificadas por el MdeS y la realización de actividades por la comadrona para reducir estos problemas.
- c) Evaluación del impacto de las actividades de la comadrona.
- d) La supervisión y monitoreo de las actividades de las comadronas.

Estos son objetivos excelentes y si son implementados probablemente resultarían en una mejora significativa de la salud total de las madres y los lactantes en Guatemala, dado que las comadronas atienden más del 60% de todos los nacimientos. La brecha entre los objetivos establecidos del Ministerio y su habilidad para llevarlos a cabo es bastante grande por una variedad de razones, que incluyen:

a) Falta de Recursos

No hay presupuesto para actividades de capacitación y supervisión de comadronas. El financiamiento proviene únicamente de agencias externas tales como UNICEF, USAID, UNFPA, CARE, Project Hope y Project Concern. El dinero disponible para las actividades con las comadronas es aparentemente errático, haciendo la planeación y ejecución de la estrategia de un programa nacional efectivo difícil, si no imposible.

b) Sistema de Referencia y Cuidado para Casos de Alto Riesgo

El sistema de referencia, particularmente en las áreas rurales, de los casos de alto riesgo parece ser inadecuado. Esto, además de problemas con la comunicación, la distancia, geografía, diferencias culturales, falta de transporte y los hospitales de área que están sin personal, repletos y pobremente equipados hacen que la referencia de casos de alto riesgo sea problemática, aún cuando son detectados.

c) Falta de una Relación de Trabajo Establecida entre las Comadronas y el Personal del Ministerio de Salud

Un pre-requisito esencial para lograr las metas fijadas por el MdeS es la existencia de una relación de trabajo colaborativa entre las comadronas y el personal del salud del MdeS en cada área. Este requisito básico no parece existir en la mayoría de las áreas. Es totalmente ilusorio esperar que las comadronas refieran a sus pacientes para tratamiento médico o lleven a cabo actividades sobre educación de la salud/supervivencia infantil, a menos que la relación entre ellas mismas y el sistema de cuidado de salud establecido sea de mutuo respeto y apoyo.

Aunque gran parte del personal de salud entrevistado expresó actitudes positivas hacia las comadronas, un tema constante a través de las visitas de campo fue el mal trato hacia las comadronas por el personal médico cuando ellos han traído pacientes a los hospitales o centros de salud. El método estándar para tratar con las comadronas cuando ellas refieren complicaciones parece ser la reprensión, en lugar de un reforzamiento positivo.

En las comunidades del altiplano los problemas son a menudo agravados debido a las barreras culturales y del idioma. La gran mayoría del personal de salud son ladinos de habla española, mientras que la mayoría de las comadronas son Maya parlantes.

A menos que las actitudes de los profesionales de salud hacia las comadronas sean cambiadas, es difícil que algunas de las metas del MdeS puedan ser logradas.

3. Metodologías Educativas

El curso básico de capacitación de comadronas del MdeS tiene lugar durante un período de 15 días hábiles consecutivos. Los cursos en el servicio son conducidos por un período de 3 días una vez al año. Estos cursos generalmente se llevan a cabo en el centro de salud del distrito, requiriendo que la mayoría de las comadronas viajen largas distancias y permanezcan hasta que la capacitación sea completada. Además, se supone que se realizarán las reuniones mensuales con el propósito de reportar los nacimientos y supervisión y reforzamiento del contenido de la capacitación en los puestos de salud locales.

El MdeS ha desarrollado un par de manuales para ser utilizado en los cursos de capacitación de comadronas. Un manual es para capacitadores de comadronas y el otro es para la comadrona misma. El manual del capacitador está dividido en unidades y cubre temas tales como: el papel del capacitador y sus responsabilidades, orientación, contenido del curso, duración estimada para cada tema, metodología y materiales/equipo necesarios. El manual de la comadrona cubre temas importantes enseñados durante el curso tales como higiene, y tiene menos palabras y más dibujos que el manual del capacitador.

Las metodologías básicas de enseñanza sugeridas en el manual son discusión y demostración. El manual pide al capacitador que sea creativo y que involucre a las comadronas en el proceso de aprendizaje, pero da poca guía sobre como lograrlo. Hay pocas ilustraciones para estimular la imaginación del instructor o para servir como ejemplos/modelos. Las técnicas innovadoras de enseñanza/aprendizaje participativo no son señaladas (ejem. muestra del papel de la comadrona, juegos). El manual está más adecuado para instrucción básica de enfermería que para ser usado como una guía de capacitación para capacitadores de una población analfabeta tradicional.

Un comentario frecuente de las personas entrevistadas acerca de los programas de capacitación fue que éstos eran "aburridos" y que se requería que las comadronas se sentaran por largos períodos de tiempo y a menudo se dormían. La falta de materiales de enseñanza apropiados fue una queja

universal. Parece haber poco intento en la capacitación de conectar el material que está siendo enseñado (el cual está basado en conceptos biomédicos) al modo de vida o experiencia de las comadronas.

La forma primaria tanto para el aprendizaje como la comunicación de información en la vida diaria de las comadronas es "contar cuentos". Cuando se hace una pregunta sobre algo, la respuesta común es contar una historia acerca de un hecho que se relaciona con la pregunta. "Contar Cuentos" como una forma de transmitir conceptos e información debería ser una de las metodologías educacionales principales usadas en la capacitación de comadronas.

La gran mayoría de comadronas son analfabetas y muchas de ellas nunca han asistido a la escuela. Las comadronas están acostumbradas a aprender por medio de la observación y la participación, no por medio de lectura o interacción verbal. La mayoría del material que está siendo enseñado contiene conceptos que son tanto abstractos como totalmente nuevos para ellas. Esperar que las comadronas se sienten en una "clase" durante 15 días y absorban y retengan una cantidad significativa de material didáctico es simplemente ilusorio. También es difícil para los capacitadores mantener el entusiasmo y el interés en un período de tiempo tan largo.

4. Expertaje Técnico y Experiencia de los Capacitadores

La capacitación de comadronas generalmente es conducida por las enfermeras de área, la mayoría de las cuales tienen poca o ninguna experiencia en capacitación, particularmente con poblaciones analfabetas Maya-parlantes tradicionales. Además, a diferencia de muchos otros países, donde hay una fuerte tradición de practicar la partería en las enfermeras, la experiencia de "manejar" casos/problemas obstétricos para la mayoría de las enfermeras en Guatemala es limitado. De acuerdo con la Encuesta Socio Demográfica (DHS), las enfermeras han atendido solamente el 3.6% de todos los nacimientos en Guatemala. Por consiguiente, la mayoría de los capacitadores de comadronas tienen menos experiencia obstétrica que las comadronas mismas. Esto acompañado con la falta de orientación de los capacitadores a la realidad de atender nacimientos en la casa versus el grupo institucional, hacen que el éxito de la capacitación sea problemático.

El área crítica de "capacitación de capacitadores" dentro del programa de comadronas parece haberse dado poca atención en Guatemala, haciendo que logros medibles sean difíciles hasta que se hacen grandes esfuerzos para desarrollar un grupo de profesionales de salud hábiles en la metodología efectiva de capacitación.

5. Contenido de la Capacitación e Impacto en la Práctica de la Comadrona

Tal como afirmó la Dra. Polly Harrison hace 10 años, la cantidad de material que se espera las comadronas aprendan durante el curso de la capacitación estándar es irreal. Además, mucho del contenido del curso es inexacto e inapropiado para el medio ambiente en el cual trabajan las comadronas.

Para propósitos de discusión, el contenido del curso ha sido dividido en las siguientes categorías:

- a. Los cursos de capacitación de comadronas generalmente han desaprobado las prácticas dañinas, en lo que la capacitación parece haber hecho un impacto positivo.
- b. Nuevas prácticas que han sido animadas durante los cursos de capacitación de comadronas sobre las cuales los cursos parecen haber ocasionado un impacto positivo.
- c. Los cursos de capacitación de comadronas generalmente han etiquetado como "dañinas" algunas prácticas tradicionales beneficiosas, y las han reemplazado por prácticas que pueden en realidad aumentar la mortalidad y morbilidad materno-infantil.
- d. Prácticas tradicionales neutrales o posiblemente beneficiosas a las cuales a menudo se dirigen los cursos de capacitación de comadronas, que merecen una re-evaluación en el enfoque de la capacitación.
- e. Prácticas nuevas de comadronas que garantizan un programa serio y aporte a la capacitación. (training inputs)
- f. Otros.

a. PRACTICAS DAÑINAS QUE LOS CURSOS DE CAPACITACION DE COMADRONAS GENERALMENTE HAN DESAPROBADO, SOBRE LAS CUALES LA CAPACITACION PARECE HABER OCASIONADO UN IMPACTO POSITIVO

Estimular a la madre para que puje durante el trabajo de parto antes de la completa dilatación del cervix ("pujar muy temprano")

La práctica de alentar a la madre para que empuje durante el trabajo de parto antes de la completa dilatación del cervix (previo a la segunda etapa), parece haber sido diseminado previo a los esfuerzos de capacitación de comadronas del Mdes y ONGs. Las comadronas estimulan "pujar muy temprano" en el parto, en la creencia errónea de que ello resultaría en la salida más rápida del bebé.

Fisiológicamente, la práctica de pujar antes de la dilatación completa tiene el efecto opuesto, a menudo resultando en un parto prolongado e incrementa significativamente más el dolor y agotamiento para la madre, debido a la hinchazón del cervix.

De acuerdo con entrevistas a las comadronas y personal de salud, parece ser que los cursos de capacitación han tenido éxito en reducir esta práctica, aunque aún es un problema en algunas áreas, debido, a menudo, a la "presión" de las familias (usualmente la suegra o el esposo) quienes quieren acelerar el nacimiento.

Dar de beber alcohol a la madre durante el parto

En algunas áreas del país es una práctica común dar a beber a la madre grandes cantidades de alcohol durante el parto "para aliviar el dolor". A menudo la comadrona bebe junto con la madre (no se dió ninguna otra explicación al respecto, más que por "costumbre"). Varias enfermeras reportaron haber visto tanto a las madres como a las comadronas borrachas en el piso después del parto, con el recién nacido tendido sin atención.

Aparte de dejar a la madre y a la comadrona incapacitadas y menos capaces de conducir un parto seguro, y prestar cuidado al recién nacido, el ingerir grandes cantidades de alcohol tiene el efecto fisiológico de disminuir o parar las contracciones uterinas (prolongando así el parto o parándolo). Antes del descubrimiento de las drogas Ritalin y Terbutaline en 1970, el alcohol (tanto oral como IV) era utilizado para detener partos prematuros. El alcohol también baja las respiraciones en el recién nacido.

Aunque ingerir alcohol durante el parto es todavía un problema en algunas áreas, parece que los programas de capacitación han tenido un impacto positivo al reducir esta práctica.

b. NUEVAS PRACTICAS QUE HA MENUDO HAN SIDO FOMENTADAS DURANTE LA CAPACITACION, QUE PARECEN HABER OCASIONADO UN IMPACTO POSITIVO

Lavado de las Manos

Tradicionalmente no era una práctica normal para las comadronas lavarse las manos previo a hacer exámenes vaginales o conducir el alumbramiento del recién nacido. El hecho de conducir los partos con las manos sucias puede contribuir al incremento de infecciones intra partum/post partum.

Aunque es difícil de evaluar, parece que el énfasis de la capacitación en el lavado de las manos ha resultado en un cambio en la práctica. La mayoría de las comadronas afirmaron que ellas se lavaban las manos, aunque hay una gran cantidad de reportes que indican que ellas, a menudo, no usan jabón.

Selección de Casos de Alto Riesgo y Referencia de los Mismos

El concepto de seleccionar a las mujeres embarazadas por condiciones de alto riesgo (posiciones de nalgas y transversal, gemelos, hemorragia durante el embarazo) y referir los casos a los puestos/hospitales de salud ha sido un enfoque de los esfuerzos de capacitación de comadronas. La detección de embarazos de alto riesgo en la comunidad, en conjunción con la intervención médica apropiada se ha demostrado que es uno de los medios más efectivos para reducir la mortalidad y morbilidad materno-infantil en todo el mundo.

Un puesto de salud en el área de San Marcos tiene un sistema excelente para la referencia de complicaciones de alto riesgo, el cual utiliza dibujos de varios tipos de complicaciones, de donde las comadronas seleccionan y envían o traen consigo a las pacientes de alto riesgo.

Todas las comadronas y el personal de salud entrevistado hicieron hincapié en el concepto de seleccionamiento de casos de alto riesgo y la referencia apropiada, indicando el impacto de la capacitación en esta importante área. Sin embargo, parece haber una gran variación en la implementación exitosa de un sistema de referencia entre las comadronas y el MdeS. Los principales problemas son:

- a. Geografía/distancia de los puestos de salud/hospital junto con el transporte, el cual es difícil de conseguir/inadecuado/caro.
- b. Históricamente, las referencias se hacían demasiado tarde; como resultado la mayoría de los niños/madres morían a la hora en que llegaban al hospital, creando así una falta de confianza en que la referencia ocasionaba una diferencia positiva en el resultado.
- c. El temor y la desconfianza Maya hacia el sistema médico establecido por la población indígena (Ej. el temor a la esterilización involuntaria, mal trato, y las prácticas del hospital que son opuestas a las costumbres tradicionales (parto con la madre recostado sobre su espalda en lugar de verticalmente, diferente comida, rutinas de baño).
- d. Creencias culturales tales como: modestia extrema (las mujeres Mayas nunca se descubren a sí mismas); profundo temor a las operaciones debido a la creencia de que uno nunca se "cura" completamente después de una operación; los esposos no quieren que sus esposas sean examinadas/tocadas por otro hombre (médico masculino).
- e. Las comadronas ha menudo han sido mal tratadas y regañadas por el personal médico, en lugar de ser reforzados positivamente, cuando ellas han traído sus pacientes a los hospitales/puestos de salud, lo cual las ha hecho renuentes a continuar refiriendo a las madres en situaciones de alto riesgo.
- f. El gasto que es demandado a la familia por las "funerarias" para recuperar el cuerpo del hospital (en el rango de Q80.00 a Q150.00), es más de lo que la mayoría de las familias rurales pueden permitirse. Esto desanima a las familias a transferir a la madre/bebé al hospital, especialmente si se "cree" que la muerte es inevitable.

Consejos sobre Nutrición

Aunque las creencias nutricionales y las prácticas varían de área en área, las restricciones de comida durante el embarazo y la lactancia son comunes en las poblaciones rurales. Por costumbre, las comidas se dividen en dos grupos: las que tienen propiedades frías o calientes, y se piensa que cada categoría afecta al cuerpo en diferentes formas. Se considera importante comer un balance de comidas frías y calientes,

dependiendo de la naturaleza de la condición. Se aconseja a las madres generalmente, que se abstengan de comer comida "fría" durante el embarazo. Comidas tales como frijoles, huevos, repollo y leche son a menudo clasificadas como "frías" y se piensa que restringen la corriente sanguínea, enferman a la madre, paran el flujo de la leche, u ocasionan "cólico" al infante. Se piensa que ciertas verduras, especies y la sopa de pollo son "calientes" al cuerpo por lo que son fomentadas. Además, en algunas áreas es común para las comadronas y algunas familiares femeninas disuadir activamente a las madres embarazadas de comer "demasiado" o cantidades normales/adecuadas de comida, en la creencia de que el bebé vendrá muy grande, lo cual tendrá como resultado un parto difícil.

Los cursos de capacitación han enseñado a las comadronas a que estimulen a las madres para que eviten las restricciones de comidas y coman las cantidades adecuadas de comidas nutricionales. Varias de las comadronas entrevistadas afirmaron que ahora ellas dicen a las madres que "coman de todo".

La capacitación que incorpora la creencia del sistema de clasificar las comidas en "frías" y "calientes" enseñan a las comadronas a animar a las mujeres a que coman comidas de acuerdo a este sistema, probablemente será el más efectivo en modificar la conducta dietética.

La tradición de la lactancia materna exclusiva/prolongada ha permanecido fuerte en la población maya y ha sido apoyada en los programas de capacitación de comadronas. La capacitación también estimula la importancia de dar calostro (el descartamiento del calostro y la alimentación preláctea es un problema en algunas áreas), para iniciar la lactancia materna temprano y usualmente se enseña a las comadronas como aconsejar a las madres que tienen problemas con la producción de leche insuficiente. Debido a los beneficios anti-infecciosos, anti-diarréicos y espaciamiento de los niños que proporciona la lactancia materna, ésta es una importante área del énfasis de la capacitación.

Referencia de las Mujeres Embarazadas a los Puestos de Salud para Vacunación/Cuidado Prenatal

Los cursos de capacitación han enfatizado la importancia de que las comadronas estimulen a las mujeres embarazadas para que asistan a los puestos de salud para vacunación (toxoides tetánico) y cuidado prenatal. Esto parece haber tenido más éxito en unas áreas que en otras y puede depender en parte de

las relaciones que la comadrona tiene con el personal de salud local, creencias culturales acerca de las vacunas y los beneficios percibidos del cuidado prenatal por la comunidad.

Atención al Recién Nacido

El baño del recién nacido y la observación de problemas durante el período inmediato después del parto y la primera semana post-partum es generalmente enseñado a las comadronas durante la capacitación. Los cambios en la práctica en esta área son difíciles de evaluar, particularmente el entendimiento de las comadronas de que signos son importantes de observar; sin embargo la mayoría de las comadronas han afirmado que ellas bañan al recién nacido.

Las áreas relacionadas con el cuidado post partum del recién nacido que parecen necesitar esfuerzos/énfasis adicionales son el mantenimiento de la temperatura (prevención de la hipotermia) y estimulación/reanimación del recién nacido deprimido. Una práctica tradicional común para la comadrona es esperar hasta que la placenta sea expulsada antes de arrojar al recién nacido y cortar y amarrar el cordón umbilical (en la creencia que de otra forma la placenta puede subirse al cuerpo de la madre y estrangularla). El hecho de esperar hasta después de la expulsión de la placenta para cortar el cordón no es una práctica dañina; sin embargo, el recién nacido necesita ser arrojado y/o sostenido por la madre desde el momento del nacimiento para prevenir complicaciones de hipotermia.

La importancia de prevenir la hipotermia en el recién nacido necesita ser un área continua del énfasis de la capacitación, y probablemente sería más efectiva sin estar insistiendo en que las comadronas abandonen la práctica de esperar la expulsión de la placenta antes de cortar el cordón umbilical.

La resucitación del recién nacido deprimido parece necesitar más atención durante la capacitación. Una práctica que parece ser común en algunas áreas es que la comadrona sumerja la placenta (mientras están aún adherida al recién nacido deprimido) en agua caliente, en un intento por revivir al infante. Muchas comadronas parecen desconocer que hay varias cosas que se pueden hacer para estimular la respiración en un recién nacido que no está respirando. Técnicas simples tales como mantener al infante tibio, masajear firmemente la columna vertebral en un movimiento hacia arriba y hacia abajo, despejar el conducto del aire y aún resucitación "boca a boca" deberían ser enfatizadas en el programa de capacitación.

c. PRACTICAS TRADICIONALES QUE LOS CURSOS DE CAPACITACION HAN ETIQUETADO COMO "DAÑINAS", QUE HAN SIDO REEMPLAZADAS POR OTRAS PRACTICAS LAS CUALES PUEDEN, EN REALIDAD, ESTAR INCREMENTANDO LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNO-INFANTIL

Es un fenómeno común en los programas de capacitación de los países en desarrollo alrededor del mundo que el personal de salud occidental capacitado/con bases institucionales asuman que las prácticas y los procedimientos institucionales son universalmente los métodos más "correctos" y "seguros" de hacer las cosas. Como resultado, se hacen intentos frecuentemente durante la capacitación para reemplazar las prácticas "tradicionales" con las institucionales, sin la evidencia científica suficiente de que las prácticas institucionales transferidas al hogar o a la comunidad resultan en un decremento de la morbilidad/mortalidad. El resultado de reemplazar las prácticas tradicionales con las de la "institución" sin el apropiado análisis de riesgo versus beneficio es en realidad a menudo un resultado negativo.

Los programas de capacitación en Guatemala parecen haber sufrido problemas similares. Hay varias prácticas que garantizan un re-análisis de las técnicas de capacitación:

Posición para el Parto

La posición tradicional para el parto (como en la mayor parte del mundo) en Guatemala es la vertical, con la mujer ya sea de rodillas o a cuclillas para dar a luz. Hay una cantidad significativa de evidencia científica actual que muestran que la posición de parto vertical es la más beneficiosa fisiológicamente, tanto para la madre como para el bebé. El suministro de oxígeno al feto es disminuido debido a la compresión en la vena cava inferior cuando la madre está recostada sobre su espalda, y una gran cantidad de oxígeno es entregada por medio de la placenta cuando la madre está en posición vertical. Para la madre es generalmente más fácil y menos doloroso pujar cuando ella está en posición vertical. Además, contrario a la opinión popular de que es "difícil controlar el perineo" cuando la mujer está en posición vertical, hay evidencia de que menos rasgamiento perineal ocurre cuando la mujer está en posición vertical debido a la curva natural de la pelvis, resultando en una aplicación diferente de la cabeza fetal contra el perineo.

La práctica de hacer que la mujer permanezca en la posición supino durante el trabajo de parto y el alumbramiento pueden en realidad contribuir tanto a la anoxia fetal (y por

consiguiente dolor) y a un parto prolongado. Para citar al Dr. Caldeyro-Barcia, Director del Centro Latinoamericano de Perinatología, WHO, "A excepción de ser colgado de los pies, la posición supina es la peor posición concebible para el parto y el alumbramiento".

En años recientes los manuales de capacitación de comadronas del MdeS han afirmado que la mujer debería dar a luz en la posición que ella se sienta más confortable. Sin embargo, todas las ilustraciones muestran a la madre dando a luz en la posición supina (recostada sobre su espalda). La creencia casi universal parece ser que la posición "acostada" es la mejor posición para el nacimiento y la gran mayoría del personal de salud y las comadronas entrevistadas claramente afirman que la posición supina era la preferida más que la vertical durante el trabajo de parto y el nacimiento, reflejando el impacto de la capacitación del MdeS por los últimos 20 años.

Debido al hecho que la mayoría de las madres atendidas por las comadronas dan a luz en áreas remotas y aisladas, donde la transferencia al puesto de salud u hospital por complicaciones tales como parto prolongado/sufrimiento fetal es extremadamente difícil, la posición vertical tradicional para el trabajo de parto y el alumbramiento debería ser enseñada activamente y fomentada durante los programas de capacitación.

Corte y Cuidado del Cordón Umbilical

En Guatemala, el método tradicional de cortar el cordón ha sido cortarlo con una cuchilla caliente (a menudo con un machete) o una candela. Algunas veces se aplica cera caliente al muñón.

Estas prácticas en efecto, "cauterizan" el cordón, dejándolo estéril y seco. Esta práctica tradicional es una de las que suenan "medicamento", y particularmente se ajusta en un ambiente donde la higiene es mínima y difícil de mantener. González y Behar observaron en 1966 que el tetanus neonatal era raro en ciertas áreas de Guatemala debido a la práctica tradicional de cauterizar el cordón umbilical y a la aplicación de cera de candela caliente.

Los programas de capacitación de comadronas han desaprobado activamente la práctica tradicional de cauterizar el cordón y se enseña a las comadronas que en su lugar corten el cordón con tijeras, las cuales ellas deben hervir primero por 20 minutos. Todo el personal de salud y las comadronas

entrevistadas afirmaron que el cordón debería ser cortado con tijeras y no cauterizado, aunque unas pocas comadronas cuando se les presionó, afirmaron que algunas veces "las madres insisten que el cordón sea quemado, y así lo hago".

La evidencia empírica plantea dudas bastante serias acerca del supuesto de que aún las comadronas capacitadas están esterilizando sus tijeras adecuadamente. En efecto, es la impresión general de aquellos que trabajan de cerca con las comadronas, que pocas comadronas limpian sus tijeras adecuadamente, las hierven durante los 20 minutos requeridos antes de usarlas para cortar el cordón umbilical. Varios médicos, de diferentes áreas, que actualmente trabajan con comadronas, citaron un aumento en la incidencia de tetanus neonatal en algunas áreas después de que se llevaron a cabo los cursos de capacitación, lo cual sugiere que el reemplazo de la práctica tradicional de cauterizar el cordón por las tijeras pueden en realidad haber aumentado la mortalidad neonatal.

Debido una variedad de razones, que pueden incluir: la tradición de usar una cuchilla caliente o candela para cortar el cordón, la falta general de un suministro de agua fácilmente accesible, el gasto y la escasez de combustible e higiene mínima en los hogares en los cuales la mayoría de las comadronas atienden los partos, parece ilusorio esperar que la mayoría de comadronas "esterilizarán" rutinariamente sus tijeras, no importa cuan enfatizado sea durante la capacitación. La solución más segura y práctica para este problema es volver a introducir la práctica tradicional de cauterizar rutinariamente el cordón con una candela. Además, se debe dar seria consideración a otras alternativas tales como el uso de cuchilla de navaja de seguridad, desechable.

Versión Externa

Tradicionalmente, una de las habilidades más importantes de la comadrona en Guatemala ha sido determinar la posición del feto previo al alumbramiento y corregir la posición si no estaba "la cabeza primero" (en la posición cefálica). Esto se lograba por medio de "masajear" firmemente el feto a efecto de colocar la cabeza primero, una práctica llamada versión externa por la profesión médica.

La Versión Externa, utilizada para dar vuelta a los fetos de la posición "de nalgas" o transversa a la posición cefálica, era la práctica médica común hasta la época en que las cesáreas fueron más "seguras" y fácilmente disponibles, con el advenimiento de los antibióticos y una tecnología mejorada.

En ausencia de facilidades operativas fácilmente accesibles, la versión externa era más segura que un alumbramiento del feto en la posición podálica y absolutamente salvavidas en el caso de un feto colocado en la posición transversa, lo cual siempre resultaba en la muerte del feto y ocasionalmente también de la madre. Con el aumento estable en el número de cesáreas ejecutadas, la práctica de la versión externa fue condenada por la profesión médica por ser "insegura" y el "arte" era esencialmente perdido. En efecto, algunos estudios han mostrado que la versión externa es una técnica segura y efectiva, particularmente si se lleva a cabo antes del último mes del embarazo.

La práctica de la versión externa ha sido condenada universalmente en los cursos de capacitación de comadronas, y se ha enseñado a las mismas que es peligroso, con la alternativa de que todas las madres que tengan fetos en la posición podálica o transversa deberían ser referidos para dar a luz en el hospital, con la probabilidad de una parto eficaz. Hay un sinnúmero de problemas con este acercamiento:

1. En toda probabilidad, puede ser más seguro en muchas circunstancias para las comadronas intentar la versión externa que simplemente referir todas las posiciones podálicas y transversas al hospital.
2. Muchas de las áreas donde trabajan las comadronas son extremadamente remotas (a menudo muchas horas de camino de un puesto médico) y el transporte al puesto de salud más cercano o al hospital es usualmente difícil y caro. Transportar a la madre en trabajo de parto al hospital más cercano es a menudo un gran problema para la familia.
3. El temor a las operaciones de cualquier clase es muy fuerte en la población rural. Se cree que la herida de una operación nunca "se cura" completamente, dejando el cuerpo de la persona "dañado" de manera permanente. También muchas mujeres Mayas asocian el parto con operación con la esterilización y hasta la muerte. Una cesárea, en la mejor de las circunstancias, conlleva una tasa de mortalidad más alta significativa que el parto vaginal.

La práctica de condenar universalmente la versión externa en los cursos de capacitación debería ser revaluada, particularmente en las áreas remotas, donde el acceso al cuidado médico es limitado.

d. PRACTICAS TRADICIONALES NEUTRALES O POSIBLEMENTE BENEFICIOSAS A LAS CUALES SE DIRIGEN LOS CURSOS DE CAPACITACION DE COMADRONAS, QUE MERECEAN UNA REEVALUACION EN EL ACERCAMIENTO DE CAPACITACION

Temascal (baño sauna o de vapor)

En muchas áreas de Guatemala el "temascal" es usado durante el embarazo y después del nacimiento. Las costumbres que involucran su uso varían de área en área y algunas veces el infante es también colocado dentro del temascal por un corto período de tiempo. Particularmente en las áreas del altiplano, donde el clima es a menudo frío, el temascal es un método eficiente y agradable de limpieza y calentamiento del cuerpo al mismo tiempo. También sirve para relajar los músculos efectivamente los cuales están cansados y doloridos por el parto o el trabajo y para estimular la circulación.

Se deduce de las entrevistas con profesionales de salud y la revisión de documentos, que el uso del temascal ha menudo ha sido desaprobado durante los cursos de capacitación de comadronas. Aunque puede ser aconsejable prevenir a las comadronas de que las madres y especialmente los infantes no deberían ser colocados dentro del temascal por largos períodos de tiempo, parece haber poca justificación científica para desaprobar esta costumbre práctica y confortante a la vez.

Uso de Hierbas Medicinales

La tradición del uso de hierbas medicinales es fuerte en Guatemala, como en la mayoría de las culturas indígenas. Los remedios de hierbas son un método disponible fácilmente, efectivo y barato para el tratamiento de muchos problemas de salud, incluyendo los comunes del embarazo. La manzanilla es conocida por sus propiedades relajantes y calmantes. La hierbabuena es conocida por su efectividad en curar la indigestión y despejar las vías respiratorias. El jengibre es una cura efectiva para la náusea. El perejil y el berro tienen un alto contenido de hierro y son efectivos para el tratamiento de la anemia además de ser diuréticos naturales. Aunque se sabe que muchas hierbas son tóxicas en grandes cantidades, por ejemplo el poleo, la mayoría son más beneficiosas que dañinas.

El uso de hierbas medicinales parece haber sido activamente desaprobado en los programas de capacitación de comadronas y la mayoría de las comadronas entrevistadas negaron estarlas utilizando en su práctica. Esta condena irrestricta del uso

de hierbas medicinales no sólo parece no tener mérito, sino que además puede estar privando a muchas madres de remedios seguros, efectivos y baratos para los malestares comunes del embarazo.

Masaje

En algunas áreas es una práctica tradicional para las comadronas dar masajes a la madre durante el embarazo y/o después del parto. En algunos cursos de capacitación esta práctica es desaprobada y se dice a las comadronas que esto es dañino. Hay poca o ninguna evidencia científica que aún el masaje firme en el embarazo guíe al incremento en la morbilidad/mortalidad. Esta práctica merece una reevaluación en el acercamiento de la capacitación.

Rasurada del Perineo

Los consultores observaron en varios de los manuales de capacitación que se está enseñando a las comadronas a rasurar el perineo al prepararlas para el parto. Esta práctica utilizada en los hospitales, que llegó a ser aceptada en muchos de los países occidentales sobre la teoría que bajaba la incidencia de infecciones, ha sido probado que no tiene otro beneficio positivo cualquiera. En efecto, algunos de los estudios que se hicieron mostraron una mayor incidencia de infección entre las mujeres que eran rasuradas y todo mostraba un significativo aumento en la incomodidad de la mujer que era sujeta a esta práctica.

La rasurada del perineo para el parto no tiene un lugar válido ni aún en el medio institucional, y no debería ser enseñado en ningún programa de capacitación de comadronas.

e. NUEVAS PRACTICAS QUE GARANTIZAN APORTES SERIOS AL PROGRAMA Y A LA CAPACITACION

El Uso de Oxitocina Intramuscular en el Parto

Tal como se discutió en la sección sobre trabajo de parto y alumbramiento anteriormente, la práctica muy dañina de inyectar oxitocina intramuscular a la mujer en trabajo de parto parece estar esparcido en muchas áreas.

La demanda para el uso de oxitocina en el parto viene de la creencia que ésta acorta el trabajo de parto, resultando en el alumbramiento rápido del bebé. Fisiológicamente, la oxitocina sí estimula las contracciones uterinas, aumentando su fuerza y el espacio de tiempo que el músculo uterino permanece

contraído. Los peligros con el uso de la oxitocina en el parto, (aún bajo las condiciones más controladas en un ambiente de hospital), son: hipoxia fetal (falta de oxígeno) y ruptura uterina. Estas dos condiciones son ocasionadas por la sobre-estimulación del músculo uterino, causando contracciones prolongadas, las cuales son demasiado poderosas para que las pueda soportar el útero normal. La hipoxia fetal guía a un daño del cerebro permanente y a menudo a la muerte del feto, la ruptura uterina provoca hemorragia interna y la mayoría de las veces a la muerte de la madre. El estudio del INCAP mencionado anteriormente encontró una correlación fuerte y positiva entre el parto con el bebé muerto y el uso de oxitocina durante el trabajo de parto.

En algunas áreas, donde la relación de trabajo entre el personal de salud y las comadronas es cercana (generalmente una relación de mutuo respeto y apoyo), la práctica de administrar oxitocina durante el trabajo de parto ha sido minimizada. El personal de salud en el área de San Marcos afirmó que esta práctica era un problema en su área, pero que ellos la detuvieron amenazando a los farmacéuticos que estaban vendiendo oxitocina intramuscular a la gente de la comunidad.

El uso de la oxitocina durante el trabajo de parto, lo cual ciertamente resulta en un incremento significativo de la morbilidad y la mortalidad tanto para las madres como para los infantes, merece seria atención. Los acercamientos para resolver este problema probablemente sólo serán efectivos si tanto las áreas de suministro como la demanda son el objetivo. La educación para la salud sobre los daños del uso de la oxitocina en el trabajo de parto necesita ser conducida en la comunidad. Una presión fuerte/sanciones deberían ser impuestas contra los farmacéuticos que están vendiéndola (y a los proveedores de la droga/fabricantes que la suministran), y un componente de enseñanza creativo y efectivo sobre los efectos secundarios de la oxitocina debería ser incorporado en los programas de capacitación en servicio de las comadronas.

f. OTROS

Equipos para Parto

Tradicionalmente en Guatemala, las comadronas han sido recompensadas después de haber completado su capacitación con un equipo para partos de la UNICEF. La apariencia y el contenido del equipo ha variado con el pasar de los años.

Hay un gran número de problemas serios con los equipos que es necesario mencionar:

1. Ha sido imposible para el MdeS obtener y distribuir un suministro adecuado de los equipos a las áreas que están realizando capacitación de comadronas. La falta de equipos suficientes fue una queja universal en todas las áreas visitadas. Mucho personal del área afirmó que ya que las comadronas "esperan" sus equipos como recompensa por haber completado su capacitación, ellas se molestan cuando no lo reciben.

2. Los equipos parecen haberse convertido en sinónimo con la "capacitación", al punto que mucho personal del MdeS expresaron la opinión que la capacitación de comadronas no podía ser conducida sin los mismos. El uso de los equipos parece haberse convertido en el enfoque principal de la capacitación de comadronas en muchas áreas, a pesar de la evidencia empírica fuerte de que pocas comadronas realmente usan los equipos apropiadamente después de la capacitación (si lo usan). Una proporción significativa del Manual del MdeS para Capacitadores de Comadronas está dedicado al uso del equipo.

3. Muchos trabajadores de salud y otros observadores en la comunidad afirman que las comadronas no usan los equipos. Los consultores por sí mismos observaron una gran cantidad de equipos cubiertos de polvo en los anaqueles en las casas de las comadronas. Los entrevistados afirmaron que las comadronas se sentían "turbadas" de ser vistas con los equipos y que a la gente de la comunidad no le gustaba que las comadronas los usaran.

4. El contenido de los equipos no es necesariamente apropiado/útil para los partos atendidos por comadronas en Guatemala. Por ejemplo, las balanzas son incluidas en muchos de los equipos de UNICEF, pero no solo las medidas son inapropiadas para Guatemala (kilos en vez de libras), sino que la mayoría de las comadronas no son capaces de utilizarlas correctamente. Un médico afirmó que todos los recién nacidos en su área pesaron "7 libras" porque aunque ellos fueron pesados en las balanzas, las comadronas no pudieron leerlas. También varios trabajadores de salud se quejaron de que el contenido de los equipos había bajado hasta el punto de que había "demasiado poco" dentro de los mismos ahora (ejemplo, insuficiente tela para hacer trapos limpios).

5. La evidencia empírica muestra firmemente que de las comadronas que sí usan sus equipos, la mayoría no usa el contenido apropiadamente (ejemplo, ellas no hierven las palanganas o las tijeras), a menudo con el detrimento serio de la salud de las madres y los bebés que ellas están atendiendo. Tener los equipos y usarlos incorrectamente (lo cual parece ser la norma), puede de hecho conducir a una morbilidad y mortalidad más alta que si no hubieran equipos. Personal médico en algunas áreas reportaron una aparente relación entre la introducción de los equipos de UNICEF y un incremento en los casos de tetanus neonatal.

Definición de Alto Riesgo

En general, las recomendaciones estándar de la OMS de que las mujeres en ciertas categorías sean referidas al hospital para el parto se han seguido en los cursos de capacitación. Algunas de las categorías, tales como la referencia de gemelos, posiciones podálicas y transversas, son claramente apropiadas. Sin embargo, algunas de las recomendaciones son ilusorias e inapropiadas para la situación actual en Guatemala y necesitan ser re-evaluadas. Por ejemplo, hay poca justificación/evidencia de que la recomendación irrestricta que todas las primagrávidas y multigrávidas sean referidas para dar a luz en el hospital es apropiado/realista, debido a los temores de hospitalización y a la situación geográfica de transporte y médica en Guatemala. Las prácticas apoyadas que son innecesarias/irreales fomentan la falta de credibilidad en las comadronas/comunidad y baja la probabilidad de que casos críticos (tales como posición transversa) sean referidos para intervención médica.

B. Papel Ampliado

El reporte del MdeS/Salud Materno-Infantil de 1988 sobre la Capacitación de Comadronas y las Actividades en servicio afirma que uno de sus objetivos principales es "que las comadronas eduquen a los miembros de la comunidad sobre problemas de salud materno/infantil prioritarios que han sido identificados por el MdeS, y que las comadronas intervengan para reducir estos problemas".

Dos estudios recientes muestran que la comadrona es un miembro bien conocido y respetado en la comunidad. Los resultados preliminares de la encuesta de AGES, conducida en 1988 in 6 aldeas indígenas encontraron: que la comadrona era a menudo

mencionada como la persona que ellos pensaban podía enseñar mejor la planificación familiar natural y el cuidado de las madres y los infantes; y que la comadrona era la persona a la que uno debería recurrir si había problemas durante el trabajo de parto. El Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas del INCAP encontró que más del 80% de las madres saben quien es la comadrona más cercana y que más del 80% de las madres habían tenido la visita de la comadrona en su casa durante el año pasado. Esto muestra una tasa de contacto con las madres que es cuatro veces más alta que cualquier otro trabajador de salud.

Las comadronas son un grupo ya establecido de "voluntarias" de salud que están desarrollando un servicio significativo en las comunidades en la cual ellas viven. A ellas se les paga poco, sí es que se les paga por sus servicios. Su consejo sobre asuntos, especialmente relacionados con salud materna, es usualmente respetado. A diferencia de otros trabajadores de salud comunitarios/voluntarios, los cuales son creados artificialmente, las comadronas ya han sido "escogidas" por las familias en la comunidad.

En un gran número de países en desarrollo las comadronas son utilizadas con éxito en un papel ampliado para promover la educación de la salud y llevar a cabo actividades de supervivencia infantil en la comunidad. En Guatemala, una gran cantidad de profesionales de salud afirmaron que las comadronas habían hecho contribuciones significativas en sus áreas promoviendo la vacunación y participando en la campaña de vacunación. En general sin embargo, las comadronas en Guatemala no han sido utilizadas activamente en un papel ampliado. Algunas razones para ello incluyen:

1. Las comadronas en la mayoría de las áreas no tienen una relación de trabajo cercana con el personal de salud profesional.
2. Muchas de las comadronas viven en áreas remotas, no hablan español, son analfabetas y ancianas y por consiguiente "difíciles de capacitar".
3. Las comadronas están generalmente acostumbradas a trabajar aisladamente y tradicionalmente se ven a sí mismas en un papel definido muy estrecho (nacimiento), no como una parte de un sistema más grande. Este no es el caso en muchos otros países, donde las comadronas son "curanderas", a menudo tratando a las familias enteras por una variedad de enfermedades.

El potencial para un papel ampliado para las comadronas en supervivencia infantil/promoción de la salud/actividades de educación de la salud en Guatemala es real, sin embargo algunos pre-requisitos básicos necesitan ser logrados antes de que este potencial pueda ser realizado. Esto incluye: una relación mejorada con el sistema del cuidado de la salud formal; actitudes mejoradas hacia las comadronas y un mayor reconocimiento de su importancia en el sistema del cuidado de salud por los profesionales; materiales de capacitación significativamente mejorados/metodologías/programas y un sistema mejorado para supervisión en las áreas rurales. Para el futuro venidero, la expansión del papel de las comadronas probablemente será más exitoso si continúa en la dirección de la TRO, inmunización y promoción de salud básica.

Los programas de capacitación de comadronas deberían continuar incluyendo información acerca de la importancia acerca del espaciamiento entre los niños para la supervivencia infantil, educación acerca de los métodos para la planificación familiar y motivar a las comadronas para que refieran a las madres para recibir servicios. Sin embargo, debido a un gran número de factores culturales y a la situación general con las comadronas, probablemente sería imprudente, contra producido e irreal, intentar involucrarlas activamente en las intervenciones de planificación familiar en este momento.

C. Problemas Administrativos

1. Supervisión

Leedam, en su estudio de Comadronas Tradicionales, indicó "...las instituciones que reclaman éxito usualmente tienen buena supervisión, por trabajadores de salud entusiastas que son apoyo para las comadronas. Casi invariablemente los estudios que muestran resultados negativos citan como la causa principal del fracaso la falta de supervisión." Una de las características prominentes de los programas de ONG exitosos mencionados anteriormente es la existencia de esta supervisión de apoyo, entusiasta. La mayoría de las comadronas practican en áreas rurales remotas que hacen la supervisión problemática. Quita el tiempo y a menudo es caro para la comadrona viajar al puesto de salud más cercano y usualmente hay poco incentivo para que ella lo haga. El personal de salud del MdeS generalmente está falto de recursos adecuados, transporte y tiempo para llevar a cabo las actividades de supervisión. Las reuniones mensuales con las comadronas que se suponen deben ser conducidas en todos los puestos de salud

para propósitos de supervisión, educación en servicio y reporte de los nacimientos/casos de alto riesgo, a menudo no se realizan o no son bien atendidas por las comadronas.

Si la importancia de trabajar con comadronas es visto como un medio para impactar en la mortalidad materno-infantil, como debería ser correctamente, entonces las acciones de las comadronas son solamente la mitad de la ecuación, con la otra mitad siendo la respuesta institucional a la referencia de la comadrona. Según nuestro conocimiento, ninguno ha estudiado esa respuesta, aunque la sección sobre incentivos y no incentivos para la referencia mencionado anteriormente identifica un gran número de problemas serios con el mismo. La supervisión del MdeS del manejo de los casos de alto riesgo también está ausente.

2. Monitoreo

El monitoreo en marcha, consistente es una de las herramientas más efectivas en la ejecución y manejo de cualquier programa. Idealmente, el monitoreo debería ser visto como una parte integral de cualquier esfuerzo del programa y los mecanismos efectivos para asegurar que el impacto de las intervenciones sean medidas son usualmente críticas para el logro de las metas del programa. Los indicadores del desempeño, que permiten la identificación oportuna de problemas necesitan ser establecidos.

3. Evaluación

A pesar de casi 30 años de capacitación por el MdeS, según el conocimiento de los consultores, nadie ha conducido una evaluación sobre el impacto que la capacitación ha tenido en la práctica de las comadronas o en la mortalidad y morbilidad materno/infantil, a pesar del hecho de que la evaluación es mencionada consistentemente en los documentos de capacitación del Ministerio. Esta falta de evaluación es una brecha crítica en todos los programas de capacitación.

4. Financiamiento

Toda la capacitación de comadronas del MdeS es administrado por el nivel central. Parece haber un gran número de problemas significativos en el nivel administrativo relacionados con la implementación de la capacitación de comadronas. Una queja universal de las áreas fue que ellos no eran capaces de hacer la planeación para la capacitación debido a que ellos nunca sabían cuando iban a estar

disponibles los fondos. El financiamiento, cuando estaba disponible, era usualmente distribuido a un intervalo de notificación demasiado corto y en épocas inconvenientes (temporada de feriado cuando la mayoría del personal estaba fuera). Sin embargo, debido a que se requiere que las áreas gasten los fondos casi inmediatamente, la mayoría de la capacitación de las comadronas tiene lugar con un tiempo de notificación demasiado corto, con poco tiempo disponible para desarrollo/planeación del programa necesario. Además, aunque el MdeS indica que un cierto número de comadronas en un área determinada sea entrenado, los fondos y los materiales eran disponibles para solamente un pequeño porcentaje de ese número. Una queja común fue que las comadronas no recibían ni aún su estipendio de gastos diarios o sus equipos para el parto.

IV. HALLAZGOS PRINCIPALES

1. La comadrona es la principal proveedora del cuidado de salud para las mujeres en Guatemala. Ella recibe a por lo menos el 60% de todos los bebés en el país, más del 90% en algunas áreas, y es la proveedora primaria de cuidado prenatal. Mientras la mortalidad por diarrea y otras enfermedades infecciosas declina en respuesta a los programas de supervivencia infantil actuales, una proporción más grande de mortalidad infantil será vista en el período neonatal (como en Ecuador, por ejemplo), donde el cuidado prenatal y del parto mejorado puede tener un impacto significativo. El Gobierno de Guatemala reconoce que debido a su capacidad limitada, tanto ahora como en el futuro previsible, la comadrona tradicional continuará siendo el proveedor primario para cuidados obstétricos. A pesar del papel significativo que la comadrona desempeña en la proporción de servicios de cuidado de salud en general:
 - . La comadrona recibe poco reconocimiento y apoyo por su contribución al sistema del cuidado de la salud en Guatemala.
 - . La comadrona no es vista como parte del equipo del cuidado de la salud.

2. Una atención inadecuada se ha prestado a la capacitación de capacitadores efectivos de comadronas. En general, los cursos de capacitación no utilizan metodologías educacionales innovadoras, efectivas y apropiadas. Hay una falta de herramientas y materiales de capacitación efectivos. Mucho del contenido de la capacitación es etnocéntrico, con bases institucionales, inexacto e inapropiado para el nacimiento de los niños en la comunidad.
3. Ha habido una falta total de investigación/evaluación de las prácticas reales de las comadronas, su impacto en la mortalidad y morbilidad materno/infantil y el impacto que la capacitación de comadronas ha tenido en mejorar los resultados de la salud materno infantil.
4. Actualmente hay en camino varias iniciativas para comadronas muy estimulantes en Guatemala, una de las más significantes está siendo conducida por la Dra. Bárbara Schieber en el INCAP, en el área de Quetzaltenango, con la asistencia técnica del Dr. Al Bartlett. Este pequeño proyecto es la vista más sistemática y comprensiva del conocimiento, actitudes y prácticas de las comadronas, madres y padres y la presente respuesta del sistema de referencia para las comadronas y sus pacientes, que se ha llevado a cabo en Guatemala. Cualquier desarrollo de programas de comadronas futuro debería tomar total ventaja de este excelente proyecto. Los consultores tienen conocimiento de varias áreas vitales de la investigación de la Dra. Schieber para las cuales actualmente no hay financiamiento disponible. Estas incluyen: investigación de cada caso de mortalidad materna para delinear mejor las verdaderas causas y el desarrollo y la implementación de un programa de capacitación de comadronas modelo, cuya prioridad es el mejoramiento tanto de la identificación de casos de alto riesgo por las comadronas y su referencia, y la respuesta real del MdeS a esas referencias.

Otra iniciativa creativa es la que está siendo financiada por UNICEF en el área de Huehuetenango, en un esfuerzo colaborativo entre la Misión Maryknoll en Jacaltenango y el distrito de salud del MdeS de San Antonio Huista. Este será el primer esfuerzo organizado por el MdeS para encontrar una base común sobre la cual pueda edificarse un programa de capacitación de comadronas, que incorpore una apreciación completa de las prácticas tradicionales y las creencias y una utilización apropiada de las técnicas modernas.

La Universidad Francisco Marroquín también ha desarrollado un programa de salud comunitario impresionante, en el cual la comadrona juega una parte integral. Este programa es reproducible y podría ser expandido en áreas adicionales del país por otras escuelas de medicina, a través del MdeS u otras ONGs.

V. RECOMENDACIONES

Debido a la falta de respuesta a evaluaciones previas de la situación relacionada con las comadronas en Guatemala, la mayoría de las cuales han tenido observaciones y recomendaciones excelentes (resumidas en el Anexo G), los consultores creen que es crítico visualizar este documento como un paso en un proceso de cambio en esta área, tan vital para la salud materno/infantil en Guatemala. Los consultores recomendaron firmemente que la Misión AID preste adecuada atención a la continuación de este proceso, en colaboración con otras agencias tales como INCAP, UNICEF, OPS y UNFPA.

Nosotros recomendamos que la próxima etapa en el proceso de lograr el potencial máximo de la comadrona en promover un mejor cuidado para las madres y los lactantes en Guatemala sea la ejecución de un seminario/taller nacional. Esta es una oportunidad para que Guatemala tome la delantera en el desarrollo de estrategias sobre Maternidad Segura/Iniciativas de Salud Materno-Infantil y Nutrición. La meta del seminario/taller sería juntar un grupo de trabajo de expertos y profesionales involucrados en el diseño y ejecución de programas de comadronas para: revisar las prácticas prenatales y del nacimiento apropiadas, metodologías de capacitación y contenido; y desarrollar estrategias para mejorar los sistemas de apoyo administrativos, incluyendo supervisión, monitoreo del programa, evaluación referencia y apoyo logístico/financiero. Algunas o todas las proporciones del seminario/taller serían atendidas por: La Sociedad Médica de Ginecología/Obstetricia, la Facultad de Obstetricia/Ginecología de las escuelas de medicina y enfermeras, la facultad responsable para la experiencia de campo rural de la escuela de medicina, la División de Salud Materno/Infantil del MdeS, jefes de áreas de salud y enfermeras, Organizaciones Privadas Voluntarias involucradas en programas de comadronas, y otras organizaciones donantes que apoyan actividades de las comadronas.

La Obtención del co-patrocinio del seminario/taller con otras agencias donantes maximizaría su impacto potencial para revolucionar la relación entre los sistemas del cuidado de la

salud materno/infantil moderno y tradicional, para el beneficio de las mujeres y niños de Guatemala. El título sugerido para el seminario/taller es "Respetar la Diversidad (creencias y prácticas culturales), Encontrar la Base Común" (la salud mejorada de madres y niños). El seminario-taller debería ser visto como un mecanismo para lograr las recomendaciones detalladas a continuación.

Para propósitos de discusión, hemos dividido las recomendaciones en 6 áreas objetivo:

1. Desarrollo Institucional
2. Capacitación
3. Educación para la Salud
4. Coordinación Inter-Agencial
5. Investigación/Evaluación
6. Otros

A. DESARROLLO INSTITUCIONAL

1. Un curso de capacitación trabajando con la comunidad debería ser desarrollado e incorporado a los programas de capacitación pre-servicio para todos los médicos y enfermeras.

El contenido del curso debería incluir:

- . Información a fondo sobre el número de comadronas en Guatemala y su importante papel/contribución en la provisión del cuidado de la salud a la población de Guatemala (ejemplo, las comadronas reciben a la mayoría de los bebés y proporcionan la mayoría del cuidado prenatal).
- . Educación sobre habilidades generales y servicios proporcionados por las comadronas, con énfasis en el hecho de que el papel y el desarrollo de ciertas habilidades necesariamente variarán dependiendo de la distancia de la comunidad de los servicios de salud, dificultades geográficas y transporte, etc.
- . Énfasis en la importancia de respetar las prácticas de los sistemas de prácticas y creencias culturales al trabajar con las comadronas. Por ejemplo, respeto y sensibilidad de la necesidad de las mujeres indígenas de protección o extrema modestia.

- . La importancia del alcance de la comunidad. Por ejemplo: entender el concepto de que "el hospital/puesto de salud NO es la comunidad"; métodos para edificar relaciones/apoyo con los líderes de la comunidad.
 - . La capacitación en la comunicación efectiva y habilidades de supervisión. Por ejemplo: reforzamiento positivo en vez de regaños, para lograr las modificaciones deseadas en la conducta/prácticas; la importancia de incluir a las comadronas directamente en el cuidado de los pacientes que ellos refieren al puesto de salud/hospital (colaboración y demostración) siempre que sea posible.
 - . El desarrollo de un conocimiento que; la "medicina occidental" es simplemente una de muchas disciplinas de salud y no es necesariamente la "mejor" o la única metodología efectiva para el tratamiento de las condiciones de salud; las rutinas institucionales/prácticas a menudo no son apropiadas ni factibles de implementar en el ambiente de la comunidad, y de hecho, ellos pueden aún causar daños más severos cuando reemplazan las prácticas tradicionales (ejemplo, el uso de tijeras, que son difíciles de esterilizar adecuadamente, cortar el cordón umbilical en vez de cauterizarlo). La desaprobación y condena de las prácticas tradicionales sin ofrecer una alternativa razonable (ejemplo, versión externa en áreas donde los servicios de salud son inaccesibles) es una falta de servicio a la comunidad y fomenta la falta de confianza en el sistema del cuidado de la salud.
 - . Experiencia apropiada con las comadronas en la comunidad debería ser proporcionada de ser posible, tal como lo está haciendo el programa de la Escuela de Medicina de la Universidad Francisco Marroquín.
2. Un programa de educación en servicio trabajando con las comadronas debería ser desarrollado y conducido para todo el personal del MdeS, utilizando las guías descritas en la recomendación No. 1.
3. Los mecanismos para mejorar la supervisión y el monitoreo tanto de la práctica de comadronas como del impacto de la capacitación en las prácticas necesitan ser mejorados. Por ejemplo, el desarrollo de indicadores prioritarios que monitoreen la práctica de comadronas tal como el número y tipo de casos referidos.

4. El impacto de las referencias que hacen las comadronas en la reducción de la mortalidad materno/infantil depende de lo apropiado del tratamiento de los casos de alto riesgo por el sistema del cuidado de salud. Las recomendaciones para mejorar el sistema de referencia de alto riesgo incluye:

- . Mecanismos para monitorear la respuesta del MdeS a las referencias de las comadronas deberían ser desarrollados (ejemplo, índices de resultados).
- . Deberían analizarse y redefinirse las normas para alto riesgo del MdeS (ejemplo, recomendaciones de que todas las mujeres primerizas den a luz en el hospital).
- . Las prioridades para la referencia de alto riesgo y su cuidado deberían ser desarrolladas basadas en las principales causas de morbilidad y mortalidad materno/infantil (ejemplo, posición transversa).
- . El desarrollo de comités de revisión, para revisar regularmente los resultados/manejo de los casos de alto riesgo en cada área deberían ser una prioridad. El Dr. Al Bartlett del INCAP, quien es tanto un perinatólogo como epidemiólogo con amplia experiencia en el campo de la salud pública, podría proporcionar asistencia técnica en coordinar este esfuerzo.

B. CAPACITACION

1. El contenido del curso de capacitación de comadronas debería ser re-evaluado y revisado. Esto debería incluir:

- . Una revisión actual de la literatura relacionada con la práctica obstétrica "segura" (ejemplo, la posición más segura para el parto, seguridad de la versión externa, etc.)
- . El contenido del curso de capacitación debería ser reducido y priorizado.
- . El contenido del curso necesita ser re-evaluado en términos de: el ambiente en el cual la comadrona realiza su trabajo; expectativas realistas para el cambio en la práctica tomando en cuenta los sistemas de creencias culturales y los recursos de que dispone la comadrona.

- . No es necesariamente factible ni deseable transferir las rutinas institucionales/prácticas al ambiente de la comunidad. Todos los procedimientos que se enseñan en el curso deberían ser evaluados con este factor en mente.
 - . Los conceptos abstractos deberían ser eliminados del contenido del curso, tanto como sea posible. El contenido debería ser rediseñado para relacionar las prácticas/consejos/conductas que se están enseñando con el sistema de creencias de las comadronas y su vida diaria. La "Narración" como una metodología para enseñar y reforzar el contenido del curso debería ser usado ampliamente en el programa de capacitación.
 - . Cualquier contenido/curso nuevo debería ser examinado y evaluado en un programa piloto antes de ser implementado a nivel nacional.
2. El largo y el tiempo de duración del curso de capacitación de comadronas debería ser modificado. La capacitación probablemente sería significativamente más efectiva si esta fuera proporcionada en una serie de sesiones regulares más cortas (ejemplo 1-5 días), por un período de tiempo (ejemplo 6 meses a 1 año). La duración del curso actual del MdeS tiene una gran cantidad de desventajas que incluyen:
- . Las comadronas están lejos de sus hogares/trabajo por un período de tiempo extenso.
 - . Los capacitadores están fuera de sus responsabilidades de trabajo usuales por un período de tiempo extenso.
 - . La capacidad de las comadronas para adquirir nuevos conocimientos y habilidades en una sola vez es limitada.
 - . Es difícil mantener la energía, el interés y el entusiasmo por el contenido del curso tanto para las comadronas como para los capacitadores por 15 días consecutivos.
3. El Manual de Capacitación de Comadronas del MdeS para capacitadores y comadronas debería ser revisado. La revisión del manual debería incluir, entre otras cosas, dibujos de madres dando a luz en posiciones verticales. El Manual de ASECSA para capacitación de comadronas es culturalmente apropiado y podría ser usado como un modelo, con modificaciones. Pruebas de campo y validación del manual

rediseñado debería llevarse a cabo antes de publicarlo. Cantidades adecuadas de los nuevos manuales deberían ser publicadas y distribuidas a todo el personal involucrado en la capacitación de comadronas.

4. Deberían desarrollarse herramientas y materiales para capacitación de comadronas efectivos, baratos, hechos localmente (ejemplo, modelos para demostración, rotafolios apropiados culturalmente). Estos materiales deberían ser producidos y distribuidos en cantidades adecuadas a todo el personal de salud involucrado en la supervisión y capacitación de comadronas.

5. Un programa de capacitación en servicio para adiestrar capacitadores de comadronas debería ser desarrollado y proporcionado a todo el personal de salud involucrado en la capacitación de comadronas. El programa debería incluir por ejemplo: capacitación en enseñanza a personas con poca o ninguna educación, metodologías de capacitación participativa, innovativas tales como juegos y desempeño de su papel, y capacitación en adaptar el contenido de la enseñanza para relacionarlo con los sistemas de creencias culturales.

6. Las comadronas mismas deberían ser responsables de conducir tanto de la capacitación como sea posible, en colaboración con el personal de salud. Esta ha sido una técnica exitosa en el programa de la Clínica Maxena en Santo Tomás La Unión, Suchitepéquez. Otras técnicas innovativas efectivas tales como incluir a los esposos de las comadronas en la capacitación (ésto se ha realizado con éxito en el área de San Marcos), debería ser explorado e incorporado en los programas de capacitación.

C. EDUCACION PARA LA SALUD

1. Los esfuerzos del programa para educar a las familias en la comunidad sobre las prácticas del nacimiento seguro, los daños que ocasiona el uso de la oxitocina intramuscular, los beneficios para la salud del cuidado prenatal y las intervenciones de supervivencia infantil (ejemplo inmunizaciones, TRO) deberían ser expandidos. Esto podría lograrse poniendo como objetivos las áreas servidas por los puestos de salud, utilizando trabajadores de salud comunitarios/voluntarios, grupos de iglesia, grupos de madres, personal de medicina y enfermería/estudiantes. Las actividades de educación para la salud podrían coordinarse y expandirse a través de ONGs.

2. La factibilidad de utilizar el mercadeo social (ejemplo, HealthCom) para promover la educación en las áreas mencionadas arriba debería ser evaluada.

D. COORDINACION INTER-AGENCIAL

1. Se deberían realizar esfuerzos para mejorar la coordinación interagencial en el desarrollo e implementación de las iniciativas de las comadronas. Se podría mejorar el intercambio de recursos e información por medio de la formación de un comité de trabajo con representantes de todas las organizaciones involucradas en las actividades de las comadronas. El seminario/taller de comadronas podría ser un foro efectivo para iniciar el proceso de mejorar la comunicación interagencial.

2. Debería explorarse la formación de una asociación nacional de comadronas.

3. La Misión AID debería considerar el apoyo para la creación de una ONG nacional que fuera responsable de la coordinación de las actividades con las comadronas.

E. INVESTIGACION/EVALUACION

1. La falta de una evaluación sobre la efectividad y el impacto de la capacitación de comadronas ha sido la brecha principal. La evaluación y el monitoreo de la capacitación y supervisión de las comadronas debería ser una parte integral de cualquier actividad de capacitación futura.

2. Un incremento en la investigación debería ser apoyado para las áreas siguientes:

- . Prácticas de la comadrona en la comunidad y su relación con la mortalidad y morbilidad materno/infantil.
- . Las causas principales de mortalidad y morbilidad materno/infantil en Guatemala, con énfasis en los períodos neonatales y perinatales.
- . La relación del cuidado prenatal con los resultados mejorados (que intervenciones prenatales específicas y por qué).
- . El impacto de la capacitación de comadronas en los cambios en la práctica y en la mortalidad y morbilidad materno/infantil.

- . Una evaluación de los protocolos estándar y el manejo médico de los casos de alto riesgo.

3. La Misión debería considerar un incremento en el apoyo para el proyecto de la Dra. Barbara Schieber's en Quetzaltenango, y un proyecto de seguimiento para el estudio del Dr. Al Bartlett. Estos proyectos tienen el potencial de impactar significativamente en la reducción de la mortalidad y morbilidad materno/infantil en Guatemala.

4. Se debería considerar una investigación más profunda de las prácticas de la comadrona en la comunidad ladina.

E. OTROS

1. Los equipos para partos de la UNICEF deberían ser reemplazados con una alternativa manufacturada localmente. Esto se discute a fondo en la sección 5 f. del documento.

2. Se deberían explorar métodos para detener la venta de oxitocina intramuscular en las farmacias, tanto a nivel local como nacional. La venta de esta droga parece estar incrementando y su uso inapropiado constituye un daño grave para la salud de las madres y los lactantes en Guatemala.

gxa:l6l9t

CONTINUATION SHEET	UNITED STATES INTERNATIONAL DEVELOPMENT COOPERATION AGENCY AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT	<input type="checkbox"/> New Contract <input checked="" type="checkbox"/> Extension	PAGE <u>1</u> OF <u>6</u> PAGES
	<input type="checkbox"/> PEO/C <input type="checkbox"/> PEO/P <input checked="" type="checkbox"/> PIO/T <input type="checkbox"/> PA/PR	1. Cooperating Country Guatemala	
		2a. PIO Number 520-000.5-3-80234	2b. Amendment <input checked="" type="checkbox"/> Original OR No. _____
	3. Project Number and Title PROGRAM DEVELOPMENT AND SUPPORT (POPULATION) 520-0000.5..		
Indicate block numbers	Use this form to complete the information required in any block of a PEO/P, PIO/T or PA/PR. For PEO/C, furnish the item number, quantity, description/specifications, including catalog stock number and price when available.		

ATTACHMENT I
 PIO/T No. 520-0000.5-3-80234

SCOPE OF WORK

I. Objective

To provide USAID/Guatemala with a "state-of-the-art" assessment of community-based health workers (CBHW) and in particular, the traditional birth attendant (TBA), and their potential use in health care delivery programs.

II. Background

Guatemala has a remarkably rich experience with CBHW's including the program of Rural Health Technicians (Técnicos de Salud Rural) which is unique to Guatemala, rural health promoters, volunteers of various descriptions, traditional birth attendants, traditional healers, patent medicine salesmen and the paid auxiliary nurse who works at the lowest level of the official health system, the Health Post. There have been several operational research efforts to test the usefulness of various approaches to health care delivery using this level of worker, notably SINAPS, PRINAPS and the "Patulul Project." Some very interesting studies and evaluations have been carried out of isolated dimensions of the work of some of the CBHW's, including a recent look at the effectiveness of patent medicine salesmen (PMS) in communicating child survival and family planning messages to the semi-literate, traditional rural population of Guatemala.

As an AID "Child Survival Emphasis Country", Guatemala will continue to receive financing for assistance in improving health status in general, and of children under five years of age in particular. Most recently, USAID approved a three-year extension to the family planning program which included tentative earmarking of funds for developing activities in the Ministry of Health which revolve around reducing risks involved in the birth process. A key figure in this program is expected to be the traditional birth attendant (TBA).

AB

CONTINUATION
SHEET

UNITED STATES INTERNATIONAL
DEVELOPMENT COOPERATION AGENCY
AGENCY FOR
INTERNATIONAL DEVELOPMENT

- PFO/C
 PFO/P
 PFO/T
 PA/PFL

Worksheet Summary

PAGE 2 OF 6 PAGES

1. Cooperating Country
Guatemala

2a. PFO Number
520-0000.5-3-80234

2b. Amendment
 Original OR No. _____

3. Project Number and Title
PROGRAM DEVELOPMENT AND SUPPORT (POPULATION)
520-000.5

Indicate block
numbers

Use this form to complete the information required in any block of a PFO/P, PFO/T or PA/PFL. For PFO/C, furnish the item number, quantity, description/specifications, including catalog stock number and price when available.

Quoting from the Project Paper Supplement:

"Reducing reproductive risk is a priority for this component. Worldwide, mortality risks for mother and child are highest after four births, when births are spaced less than two years apart, or when the mother is under age 18 or over 35. High parity and inadequate spacing interact synergistically to increase risk. All of these factors are common in Guatemala.

The MOH recognizes that the TBA's provide the majority of pre-natal and delivery care in Guatemala, but that training and minimal equipment are required to improve delivery techniques and for the detection and referral of high risk pregnancies.

The nature and extent of MOH activity financed by the Project in the area of training of TBA's will be determined by a careful, "state-of-the-art" study of existing knowledge and experience in this area in Guatemala. The study to be financed from non-Project funds, will take place in the Fall of 1988 and will lay the basis for preparing and scheduling MOH training activities, as well as further studies to be undertaken by AGES (another agency receiving financial assistance under the family planning project). Tentatively, the overall plan includes: 900 auxiliary nurses trained in reproductive risk management, and equipped with appropriate training materials and TBA kits. These auxiliary nurses, in turn, will identify and train an average of four TBA's each in basic principles of asepsis, the use of the kits, and detection and referral of high risk pregnancies and improved pre-and post-natal maternal health care. In order to effectively reduce maternal risk while establishing an on-going relationship between the auxiliary nurse and the TBA, the Project will coordinate with UNFPA in the provision of iron supplements for distribution by the auxiliary nurses through the TBA's to their patients. These incentives, combined with progressive improvements in the MOH reproductive health referral system, significantly enhance the probability of success in this outreach effort.

Although contraceptive distribution is not expected to form an

79

CONTINUATION
SHEET

UNITED STATES INTERNATIONAL
DEVELOPMENT COOPERATION AGENCY
AGENCY FOR
INTERNATIONAL DEVELOPMENT

- PIO/C
 PIO/P
 PIO/T
 PA/PR

Worksheet Invoice

PAGE 3 OF 6 PAGES

1. Cooperating Country
Guatemala

2a. PIO Number
520-0000.5-3-80234

2b. Amendment
 Original OR No. _____

3. Project Number and Title
PROGRAM DEVELOPMENT AND SUPPORT (POPULATION)
520-0000.5

Use State Stock
Numbers

Use this form to complete the information required in any block of a PIO/P, PIO/T or P.A. PR. For PIO/C, furnish the item number, quantity, description/specifications, including catalog stock number and price when available.

important part of the TBA's activities, the improved relationship between the formal and informal health sector should lead to greater awareness of contraceptive alternatives and their availability at different levels of MOH facilities."

Thus, the TBA would seem to be an important potential resource for delivering health services to mothers and their children, in culturally acceptable and cost-efficient ways. The study financed by funds earmarked by this PIO/T will attempt to analyze the aggregate experience with TBA's and gather the information into one document which will assist USAID/Guatemala in structuring assistance to this element of the health sector.

II. Specific Tasks

1. Carry out information gathering (includes literature searches, interviews of key informants, document reviews, interview of TBA's themselves, other donors, etc.) which leads to a definition of the scope and magnitude of the TBA human resources in Guatemala. Questions such as the following will be addressed:

- a. Describe in detail their practice of midwifery in the community.
- b. How many are there and where are they located?
- c. Are there significant differences in the practice of midwifery among spanish speaking midwives and mayan speakers?
- d. What kinds of health tasks, in addition to the traditional birth assistance, do they carry out?
- e. Are they paid for the health tasks they perform, in addition to fees they may receive for assisting with the birth process?
- f. How was their recruitment, training and initial outfitting financed, if any?

CONTINUATION
SHEET

UNITED STATES INTERNATIONAL
DEVELOPMENT COOPERATION AGENCY
INTERNATIONAL DEVELOPMENT

- PIO/C
- PIO/P
- PIO/T
- PA/PR

Abstract Invoice

PAGE 4 OF 6 PAGES

1. Country

Guatemala

2. PIO Number

520-0000.5-3-80234

2b. Agreement No. Original

3. Project Number and Title

PROGRAM DEVELOPMENT AND SUPPORT (POPULATION)
520-0000.5

Indicate block
number

Use this form to complete the information required in any block of a PIO/P, PIO/T or PA/PR. For PIO/C, furnish the item number, quantity, description/specifications, including catalog stock number and price when available.

2. Through the information gathering activities in (1) above, address the following issues:

a. Effectiveness: How effective are TBAs at what they do? Are there areas that TBAs are less effective (by their own admission or generally accepted)? Are TBAs relatively more effective in some tasks than other "health change agents" in the community, ie. promoters, TSR's, pharmacists? Which health tasks?

Can the TBA bridge the alleged "cultural barriers to acceptance of health services" any more effectively than other health workers?

b. Competition: To what degree is there specialization among traditional health practitioners in the Guatemalan community in terms of care of the newborn through the first year of life? Does the degree of specialization reach a point of frank competition? Would competition be the result if TBAs received training on "care of the newborn and the infant?" Competition with which "health change agents?"

c. Voluntarism: Is it reasonable to expect TBAs to devote significant amounts of time, outside of earning their fees for assisting in the birth process, in providing assistance, advice to mothers regarding the health of their newborn and infants?

d. Incentives: Would the TBA view referral of "high risk births" to hospital or health centers as a disincentive to participate in the MOH program, ie. lose a client to the formal health system? Is there any reason to believe that TBAs would accept MOH's assertion that the system would "counter refer" normal deliveries from hospital to the TBA?

3. Discuss the relative advantages and disadvantages (technical, socio-economic, cognitive, geographic, etc.) of involving the TBA in delivering some or all the child survival interventions, including birth spacing, in Guatemala. (This discussion should cite empirical data wherever possible.)

CONTINUATION
SHEET

UNITED STATES INTERNATIONAL
DEVELOPMENT COOPERATION AGENCY
AGENCY FOR
INTERNATIONAL DEVELOPMENT

- PIO/C
 PIO/P
 PIO/T
 PA/PR

Worksheet Invoice

PAGE 5 OF 6 PAGES

1. Cooperating Country

Guatemala

2a. PIO Number

520-0000.5-3-80234

2b.

Original OR Amendment
No. _____

3. Project Number and Title

PROGRAM DEVELOPMENT AND SUPPORT (POPULATION)
520-0000.5

Indicate block
numbers

Use this form to complete the information required in any block of a PIO/P, PIO/T or PA/PR. For PIO/C, furnish the item number, quantity, description/specifications, including catalog stock number and price when available.

4. Review critically the experience of public, private and PVO's in the training, employment, supervision of TBA's. The review should comment on political and social advisability of USAID support of these agencies in activities with the TBA.
5. Present a set of recommendations to USAID which will guide decisions regarding resource allocation to activities which promote involvement of TBA's in the Guatemalan health system.

These recommendations should be as specific and operational as possible, ie. not "strengthen the training of traditional midwives" and rather, "increase the relative amounts of practical training for midwives in sterile technique for cutting the umbilical cord, using locally available cutting instruments."

The recommendations should clearly delineate the parameters of the risks involved and the necessary prior conditions to taking a decision to fund a particular activity related to the TBA.

III. Level of Effort

This assignment can be accomplished by qualified consultants (as described below) in approximately 84 person-days, over 1-2 calendar months with 6-day workweeks authorized.

IV. Qualifications

The incumbents should have qualifications:

A. Chief of Party: Medical degree or advanced degree in Medical Anthropology, Sociology or Public Health (DrPH, PhD, Masters), or related fields. He/she should have experience in the study of implementation of rural outreach health programs, rural community organization, introduction of Innovations in traditional societies, preferably in Latin America. The incumbent should also have FS-3 level or better in Spanish

CONTINUATION SHEET

- PIO/C
- PIO/P
- PIO/S
- PA/FR

1. Country
Guatemala

2a. PIO Number
520-0000.5-3-80234

2b. Amendment
 Original OR No.

3. Project Number and Title
PROGRAM DEVELOPMENT AND SUPPORT (POPULATION)
520-0000.5

Indicate block numbers

Use this form to complete the information required in any block of a P, T or P, T, F, P, C furnish the item number, quantity, description/specifications, including catalog stock number and price when available.

B. Medical Anthropologist: Advanced degree in Medical Anthropology, Sociology or Public Health (DrPH, PhD, Masters), or related fields. He/she should have experience in the study of communications in rural communities, introduction of Innovations in traditional societies, preferably in Latin America. Direct experience in studying the role, function and activities of TBA's in Latin America is highly desirable. The incumbent should also have FS-3 level or better in Spanish.

C. Trainer: Advanced degree in Education, Sociology or Public Health (DrPH, PhD, Masters), or related fields. He/she should have experience in the design, implementation and evaluation of training programs for community based health workers destined for work in rural communities, preferably in Latin America. The incumbent should also have FS-3 level or better in Spanish.

V. Term of Performance

The assignment should be carried out during the period September-October 1988.

87

APPENDIX B

SCHEDULE AND LIST OF CONTACTS

Monday, January 16

8am Met with Jayne Lyons, Population Liasion, USAID

Tuesday, January 17

10am Met with Jayne Lyons, Population Liasion and John Massey, Health and Population Officer, USAID

11am Met with Dr. Al Bartlett, Epidemiologist, Institute of Nutrition and Health for Central America and Panama (INCAP)

1pm Met with Dr. Hernan Delgado, Director of Nutrition Division, INCAP

2pm Met with Dr. Adan Montes, MCH Advisor/INCAP

2:30pm Met with Dr. Maria Elena Claros, Educator, INCAP

Wednesday, January 18

8am Met with Jayne Lyons, Population Liasion and John Massey, Health and Population Officer, USAID

2pm Met with Eugenia de Monterosa, Director of Asociacion Guatemalteca de Educacion Sexual (AGES)

Thursday, January 19

10am Met with Miriam de Figueroa, Assistant Program Officer, UNICEF

11am Met with Cristina Martinez, Division de Recursos Humanos MSP

Friday, January 20

9am Met with Dr. Elena Hurtado, Anthropologist, INCAP

2pm Met with Dr. Barbara Schieber, Research Epidemiologist, INCAP

4:30 pm Met with Hedi Deman, Human Resources Division, INCAP

Saturday, January 21

4pm Met with Dr. Barbara Schieber, Research Epidemiologist, INCAP

Sunday, January 22

11am Met with John Massey, Health and Population Officer, USAID

Monday, January 23

10am Met with Dr. Noe Orellana, Dr. Alicia Ruano de La Cruz and Licenciada Marlin Elizabeth Paz Castillo, Division Materno-Infantil (MCH Division), MSP

24

11:30am Met with Jayne Lyons, Population Liasion and John Massey, Health and Population Officer, USAID

2:30pm Met with Dr. Raul Rosenburg, Director of Family Planning, MOH and John Massey, Health and Population Officer, USAID

Tuesday, January 24

8:30am Field visit with Dr. Al Bartlett to Santa Maria de Jesus, Sacatepequez. Interviewed 3 TBAs, Dr. Carlos Morales, Field Investigator, Dr. Aida Mejicanos, Acting Field Investigator and Elizabeth de Rojo, Promotora.

Wednesday, January 25

Reviewed documents and arranged field visits.

6pm Met with Dr. Johnny Long, Project Hope

Thursday, January 26

8am Field visit to San Juan, Sacatepequez to talk with Dr. Carlos Andrade, Director of Public Health Program, Francisco Marroquin University and observed a meeting with approximately 15 medical students and 55 TBAs from the area. Also visited 2 health posts and a birthing center in the area with Dr. Andrade and a medical student.

Friday, January 27

8:30 Met with Dr. Alfredo Juarez, Director, Asociacion de Servicios Comunitarios de Salud, (ASECSA), in Chimaltenango.

{

Saturday, January 28

Reviewed documents.

Sunday, January 29

Travel to Panahachel.

Monday, January 30

9am Travel to Santiago Atitlan to meet with Betsy Alexander, Program Coordinator, Project Concern International (PCI) and PCI Team. Met with Dr. Angelica Bixcul, Director of Community Health Program, PCI, Leticia Toj de Mendez, Assistant Director of Community Health Program, PCI, and Betsy Alexander.

Tuesday, January 31

8am Met with Dr. Angelica Bixcul, Leticia Toj de Mendez and interviewed 2 TBAs trained in PCI Program, from different towns, in their homes.

2pm Met with approximately 10 local PCI staff involved in training and community activities in the project area where the TBAs are practicing.

Wednesday, February 1

8am Met with Leticia Toj de Mendez and a young, very active, TBA from the town of Santiago Atitlan.

9:30am Met with Betsy Alexander.

11:30 am Travel to Panahachel.

3pm Met with Dr. Sapon, Jefe Interino de Area, Solola, MSP.

Thursday, February 2

9:30am Met with Dr. Juan Rolando Perez, Jefe de Area, and Silvia Eugenia Blanca, Trabajadora Social, Santa Cruz de Quiche, MSP.

11am Met with Lucio Ernesto Sosa Cox, Enfermero de Distrito and Miriam Blanco, Enfermera Auxiliar, Puesto de Salud, Chicicastenango.

2pm Travel to Quetzaltenango.

Friday, February 3

9:30 am Met with Dr. Jorge Flores, Director, Guillermo Nowell, RN, Field Supervisor and Federico Motta, TSR, Field Supervisor, Project Hope Guatemala.

2:30 pm Met with Dr. Raul Cinchilla Jiminez, Jefe de Area and Licencia Clara Luz Varios, Quetzaltenango.

Saturday, February 4

Field visits in Quetzaltenango area with Dr. Barbara Schieber, and Dr. Carlos Gonzalo Gonzalez, INCAP. Met with 3 TBAs from different areas, in their homes. One TBA had a maternity center, where she attends births, in her home.

Sunday, February 5

Met with Dr. Barbara Schieber and Dr. Al Bartlett, INCAP, in Quetzaltenango.

Monday, February 6

Field visits Quetzaltenango area.

8:30am Met with Dr. Sandra de Leon, Director, and Licencia Berna Leticia Barrios de Gonzalez, Health Post, Ostuncalca

10am Met with Judith Mendez, TSR, Health Post, Chiquirichapa

11am Met with Licencia Maria Honestina Cajas, Health Post, San Martin

3pm Met with Dr. Mark Papania, Child Survival Fellow, Project Hope

Tuesday, February 7

Field visits San Marcos area. Met with Dr. Alma Soemia Chew, Jefe de Area, San Marcos.

7pm Met with Dr. Barbara Schieber in Quetzaltenango.

Wednesday, February 8

8am Travel to Totonicopan.

9:30am Met with Dr. Freddy Gonzales, Jefe de Area and Licencia Carolina de Luna, Enfermera de Area, Totonicopan.

10:30am Travel to Huehuetenango.

2pm Met with Dr. Mario Mazariegos, Jefe de Area and Licencia Leonor Rodriguez, Enfermera de Area and Sandra de Recinos, Enfermera de Distrito, San Pedro Necta, Huehuetenango.

fb

Thursday, February 9

8am Travel to Jacaltenango, with stop in San Antonio Huista.

11am Met with Medico de Distrito and Lcda. Berta de Hernandez, San Antonio Huista.

1pm Met with Sister Jean Roberts, Maryknoll Hospital, Jacaltenango, Huehuetenango.

2:30pm Travel back to Huehuetenango.

Friday, February 10

8am Travel to Santo Tomas Union, Suchitepequez. Met with Dr. Hildebrando Carrillo and Juan Jose Ixcol, Health Promoter, Maxena Clinic.

3pm Travel back to Guatemala City.

Saturday, February 11

Reviewed documents and began report.

Monday, February 13

9am Met with Lcda. Lucrecia Alegria, National Program Officer, UNFPA.

11am Met with Dr. Rene Salgado, Training Advisor, Management Sciences for Health.

2pm Met with Division of MCH, MOH staff.

Tuesday, February 14

11am Field visit to ASECSA in Chimaltenango to meet with Mateo Poz, Director of Preventive Health Programs, Clinica Maxena in Santo Tomas La Union, Suchitepequez.

Report preparation.

Wednesday, February 15

Report preparation.

Thursday, February 16

9am Met with Barbara Jackson, Director of Health and Nutrition Programs, CARE, Guatemala.

Report preparation.

Friday, February 17

10:30 Met with Liliana Ayalde, Chief, Human Resources Division, USAID/Guatemala

12pm Met with Dr. Alberto Viau, Guatemalan Academy of Sciences

Report preparation.

Saturday, February 18

Report preparation.

81

Sunday, February 19
Report preparation.

Monday, February 20
Report preparation.

2pm Met with Jayne Lyons, USAID. Draft report submitted.

Tuesday, February 21

9am Seminar conducted by consultants for representatives from organizations from throughout country who are working with TBAs. List of participants:

Leticia Toj Umul	PCI
Al Bartlett	INCAP
Guillermo Nowell	Project Hope
Eugenia Monterroso	AGES
Gloria Corpin de Hernandez	AGES
Dunia Miranda	AGES
Maria Angelica Bixcul	PCI
Betsy Alexander	PCI
Cristina Martinez	Recursos Humanos
Jayne Lyons	USAID
Eliana Arias	UNICEF
Barbara Schieber	INCAP
Nellie Mendez	MOH/MCH Division
Rene Salgado	MSH

2pm Met with Dr. Baudilio Lopez, USAID

5:30 pm Met with Dr. Carlos Andrade, Director of Public Health Program,
Francisco Marroquin University

Wednesday, February 21
Report preparation.

3pm Met with Melody Trott, INCAP Project Liasion, USAID.

Thursday, February 22
Report preparation.

3pm Submitted Conclusions and Recommendations to Jayne Lyons, USAID.

Friday, February 23
Report preparation.

Saturday, February 24
Report preparation.

Sunday, February 25
Report preparation.

Monday, February 26
End of assignment.

9/5

CAPACITACION Y SEGUIMIENTO DE COMADRONAS TRADICIONALES 1986 - 1987

AREAS	TOTAL* COMAD.	1986				1987					
		Capaci- tadas.	%	Sin capaci- tación.	%	Capacitación			Seguimiento		
						Progra- mado.	Realiza- do.	%	Progra- mado	Realiza- do.	%
Alta Verapaz	1350	273	20	1077	80	173	305	175	216	165	76
Amatitlán	181	133	73	48	27	50	17	34	35	102	291
Baja Verapaz	414	171	41	243	59	135	33	24	224	173	77
Chimaltenango	456	409	84	77	16	250	81	32	253	134	45
Chiquimula	485	222	46	263	54	220	79	35	253	64	25
El Progreso	247	192	80	55	20	27	4	-	-	112	-
Escuintla	947	324	34	623	66	179	133	74	192	110	57
Guatemala Norte	258	214	83	44	17	99	20	20	151	55	36
Guatemala Sur	155	124	80	31	20	100	30	30	145	31	21
Huehuetenango	1566	724	46	842	54	500	207	41	862	241	28
Izabal	328	145	44	183	56	23	42	183	217	86	40
Jalapa	351	256	73	95	27	70	47	67	380	150	39
Jutiapa	623	262	42	361	58	150	101	67	477	-	-
Petén	329	174	53	155	47	186	96	52	139	48	35
Quetzaltenango	1173	533	45	640	55	251	193	77	405	142	35
Quiché	1047	433	41	614	59	379	182	48	405	136	34
Retalhuleu	185	158	85	27	15	125	18	14	101	93	92
Sacatepéquez	138	83	60	55	40	47	30	64	94	30	32
San Marcos	1279	466	36	813	64	720	223	31	730	382	52
Santa Rosa	483	331	69	152	31	90	-	-	411	356	87
Sololá	493	274	56	219	44	156	68	44	304	149	49
Sucitepéquez	668	285	43	383	57	166	118	71	288	78	27
Totonicapán	562	378	67	184	33	260	66	25	455	154	34
Zacapa	160	125	78	35	22	12	-	-	237	134	57
TOTAL :	13908	6689	48	7219	52	4368	2093	48	6974	3105	45

*Datos Programación 1987.

APPENDIX D

BIBLIOGRAPHY

1. Cosminsky, Sheila, "El Papel de la comadrona en mesoamerica", America Indigena, Vol 37, No.2, Abril-Junio, 1977.
2. Cosminsky, Sheila, "Cross-Cultural Perspectives on Midwifery, In: Grolig, F. and Haley, H., eds. Medical Anthropology. The Hague, Netherlands, Nouton Press, 1976. p. 229-248.
3. Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1987, Ministerio de Salud Public y Asistencia Social, Instituto de Nutricion de Centro America y Panama, Demographic and Health Surveys, Institute for Resource Development/Westinghouse, Preliminary Final Report, 1988.
4. "Supplement II: Traditional Birth Attendants, An Annotated Bibliography on their Training, Utilization and Evaluation," World Health Organization, Division of Health Manpower Development, Geneva, 1982, p. 2-3.
5. "Capacitacion y Seguimiento de Comadronas Tradicionales 1986-1987", Ministry of Health Document.
6. Untitled Ministry of Health document describing case studies of promoter and TBA activities in support of ORT and EPI in eight communities.
7. Manual para el Equipo Adiestrador de Comadronas Tradicionales, Cuarta Revision, Departamento de Materno Infantil, Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, Guatemala, 1980.
8. Situacion actual del Promotor Rural de Salud en el Pais, Departamentos de Investigacion y Salud Comunitaria, Division de Recursos Humanos, Direccion General de Salud, Ministerio de Salud y Asistencia Social, Guatemala, Diciembre, 1987.
9. "Estudio de las Caracteristicas y Practicas de las Comadronas Tradicionales en una Comunidad Indigena de Guatemala", Ethnomedicina en Guatemala, pg. 251 - 263.
10. Cosminsky, Sheila, "Role adaptation among indigenous midwives: A case study in a Guatemalan mayan community", undated.
11. Cosminsky, Sheila; "The Role and Training of Traditional Midwives"; Prepared for the panel, Health Care Policy in Africa and Latin America, African Studies and Latin American Studies Association Meeting, Houston, Texas, Nov. 4, 1977.
12. Kelly, Isabel, "An Anthropological Approach to Midwifery Training in Mexico"; The Journal of Tropical Pediatrics; Vol 1, No. 3, March, 1956, pg 200 - 205.
13. Cosminsky, Sheila; "Childbirth and Midwifery on a Guatemalan Finca", Medical Anthropology, Vol 1, No.3, Summer 1977, pg 69 - 103.
14. Proyecto A-1, "Validacion de Indicadores de Riesgo de Bajo Peso al Nacer y Desarrollo de Tecnologia Apropriada para Evaluacion Clinica de Crecimiento Fetal", INCAP, undated.
15. Proyecto C-1, "Investigacion Evaluativa sobre la Atencion Materno Infantil Proporcionada por la Comadrona Tradicional y Opciones para Mejorarala", INCAP, undated.
16. Pineda, M.A. et al.; "Increasing the Effectiveness of Community Workers through Training of

99

Spouses: A Family Planning Experiment in Guatemala"; Public Health Reports; Vol. 98, No. 3, May - June, 1983; pg. 273 - 277.

17. "Traditional Birth Attendants: A Resource for the Health of Women", Reprinted from the International Journal of Gynecology and Obstetrics; Vol 23, 1985; Pgs. 247 - 303.
18. Delgado, Hernan, Valverde, Victor and Hurtado, Elena; "Case Study on Infant Mortality, Primary Health Care and Nutrition in Rural Guatemala", Institute of Nutrition of Central America and Panama, circa 1980.
19. Paul, Lois; "The Mastery of Work and the Mystery of Sex in a Guatemalan Village"; Woman, Culture and Society; Stanford University Press, 1974, pg. 219 - 339.
20. Paul, Lois; "Careers of Midwives in a Mayan Community", Women in Ritual and Symbolic Roles; Plenum Publishing Corporation, 1978, pg. 129 -149.
21. Paul, Lois and Paul, Benjamin; "The Maya Midwife as Sacred Specialist: a Guatemalan Case"; American Ethnologist; Vol 2, No. 4, November, 1975, Pg. 707 - 726.
22. Reyes, Petra; "Assessment of the Training Program of the Primary Health Care Component of the Community-Based Health and Nutrition Systems Project of Guatemala", American Public Health Association, International Health Programs, 1983.
23. "Encuesta Nacional Comunitaria de Conocimientos, Actitudes y Practicas de Salud Materno Infantil - Descripcion General de las Principales Variables del Estudio", Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social y Instituto de Nutricion de Centro America y Panama (INCAP), Guatemala, 1987.
24. "Encuesta Nacional Simplificada de Salud y Nutricion Materno Infantil, Informe Final", Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social y Instituto de Nutricion de Centro America y Panama, Guatemala, Agosto, 1986.
25. Guitierrez Pineda, Miguel; "Evaluacion de las Actividades Desarrolladas por las Comadronas Tradicionales Adiestradas por la D.G.S.S. en el Departamento de Totonicapan"; Tesis, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Medicas, Octubre, 1986.
26. Jordan, Bridgette; Birth in Four Cultures; Montreal, Canada, Eden Press Women's Publications, 1978.
27. El Tom, A. R. et al; "Developing the Skills of Illiterate Health Workers"; World Health Forum; Vol. 5, 1984.
28. "Estudio Sobre la Partera Tradicional", Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, Honduras, 1985.
29. Maglacas, A. M. & Simmons, J. eds.; The Potential of the Traditional Birth Attendant; World Health Organization, 1986.
30. Untitled document from Elena Hurtado about health seeking behavior in a ~Guatemalan community.
31. Normas y Guias de Atencion en Centros de Salud, Programa de Salud Materno Infantil; Departamento Materno Infantil, Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social; 1986 y 1988.
32. "Permanence of the Primary Health Care Component of the Health and Nutrition Integrated Community Systems Project"; Kraus International, Inc.; February, 1988.
33. WHO Safe Motherhood Conference 1987, Report.

34. "The Extension of Health Service Coverage with Traditional Birth Attendants: A Decade of Progress"; WHO Chronicle; Vol 36, No.3; 1982, pg. 92 - 96.
35. "Capacitacion y Seguimiento de Comadronas Tradicionales", Departamento Materno Infantil, Direccion General de Servicios de Salud, Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, Guatemala, 1988.
36. "Informe Seminario-Taller para Revision y Actualizacion de la Actividad de Comadronas", Departamento de Salud Materno Infantil, Direccion General de Servicios de Salud, Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, Guatemala, 1985.
37. Pebley, Anne & Stupp, Paul; "Reproductive Patterns and Child Mortality in Guatemala", Office of Population Research, Princeton University, 1985.
38. Garcia, B., Urrutia, J. J. & Behar, M.; "Creencias y Conocimientos sobre Biologia de la Reproduccion en Santa Maria Cauque", Guatemala Indigena, 1983; p 53 - 81.
39. "Traditional Birth Practices: An Annotated Bibliography"; Maternal and Child Health Unit, Division of Family Health, World Health Organization, Geneva.
40. "International Perspective: The Midwife's Role in Promoting Safe Motherhood"; Journal of Nurse Midwifery; Vol. 33, No. 4, July-August, 1988; p. 155 - 158
41. Leedam, E.; Traditional Birth Attendants, Int. J. Gynaecol. Obstet., International Federation of Gynaecology & Obstetrics, Ireland, 23 (1985) 249-274.
42. Lewis, J.H., Janowitz, B. and Potts, M.; "Methodological Issues in Collecting Data from Traditional Birth Attendants", Int. J. Gynaecol. Obstet., International Federation of Gynaecology & Obstetrics, Ireland, (1985) 23:291-303.
43. "Expansion of Family Planning Services," 1988 Project Paper Supplement, USAID/Guatemala.
44. Bossert, T. and del Cid Peralta, E.; "Guatemala Health Sector Assessment, 1987 Update." Guatemala, December 1987.
45. Smith, G.; "Mid-Term Evaluation Report, PCI/Guatemala Child Survival Project, Santiago, Atitlan, Guatemala, October 1988.
46. ASECSA; "Materno Infantil"; Manual for TBA Training, Chimaltenango, Guatemala, 1984.
47. Portes Carrasco, R.; "Reporte de Evaluacion de la Asistencia del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Poblacion al Proyecto Extension y Reforzamiento de las Servicios de Salud con Enfoque en Materno Infantil y Bienestar Familiar de Guatemala.", Guatemala, August 1987.
48. Harrison, P., "Analysis del Sector Salud de Guatemala, Un Estudio Sobre las Comadronas"; AID, November 1977.
49. Andrade, C.; "Programa Docente Asistencial de Salud Rural, San Juan Sacatepequez, Informe Annual, 1987", Facultad de Medicina, Universidad Francisco Marroquin and MOH, Guatemala, 1988.
50. "Traditional Midwives and Family Planning", Population Reports, Series J, Number 22, Population Program, The Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA, May 1980.
51. "Mothers' Lives Matter: Maternal Health in the Community." Population Reports, Issues in World Health, Series L, Number 7, Population Information Program, Center for Communication Programs, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA, September 1988.
52. Andrade, C., Palacios, J., Herman, M.O.; "Trabajo de Investigacion"; Enero, 1989.

APENDICE E

ACRONIMOS

AGES	Asociación Guatemalteca de Educación Sexual
AID	Agencia para el Desarrollo Internacional
APROFAM	Asociación Pro-bienestar de la Familia (Afiliado de IPPF)
IRA	Infección Respiratoria Aguda
ASECSA	Asociación de Servicios Comunitarios de Salud
CBHW	Trabajadores de Salud Comunitarios
CS	Supervivencia Infantil
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
GdeG	Gobierno de Guatemala
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
CAP	Conocimientos, Actitudes y Prácticas
MCH	Salud Materno/Infantil
MdeS	Ministerio de Salud
TRO	Terapia de Rehidratación Oral
PCI	Project Concern International
PRINAPS	Programa de Investigación de Adiestramiento del Promotor Rural
SINAPS	Sistema Integrado de Nutrición y Atención Primaria de Salud
TBA	Comadrona
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos

APENDICE F

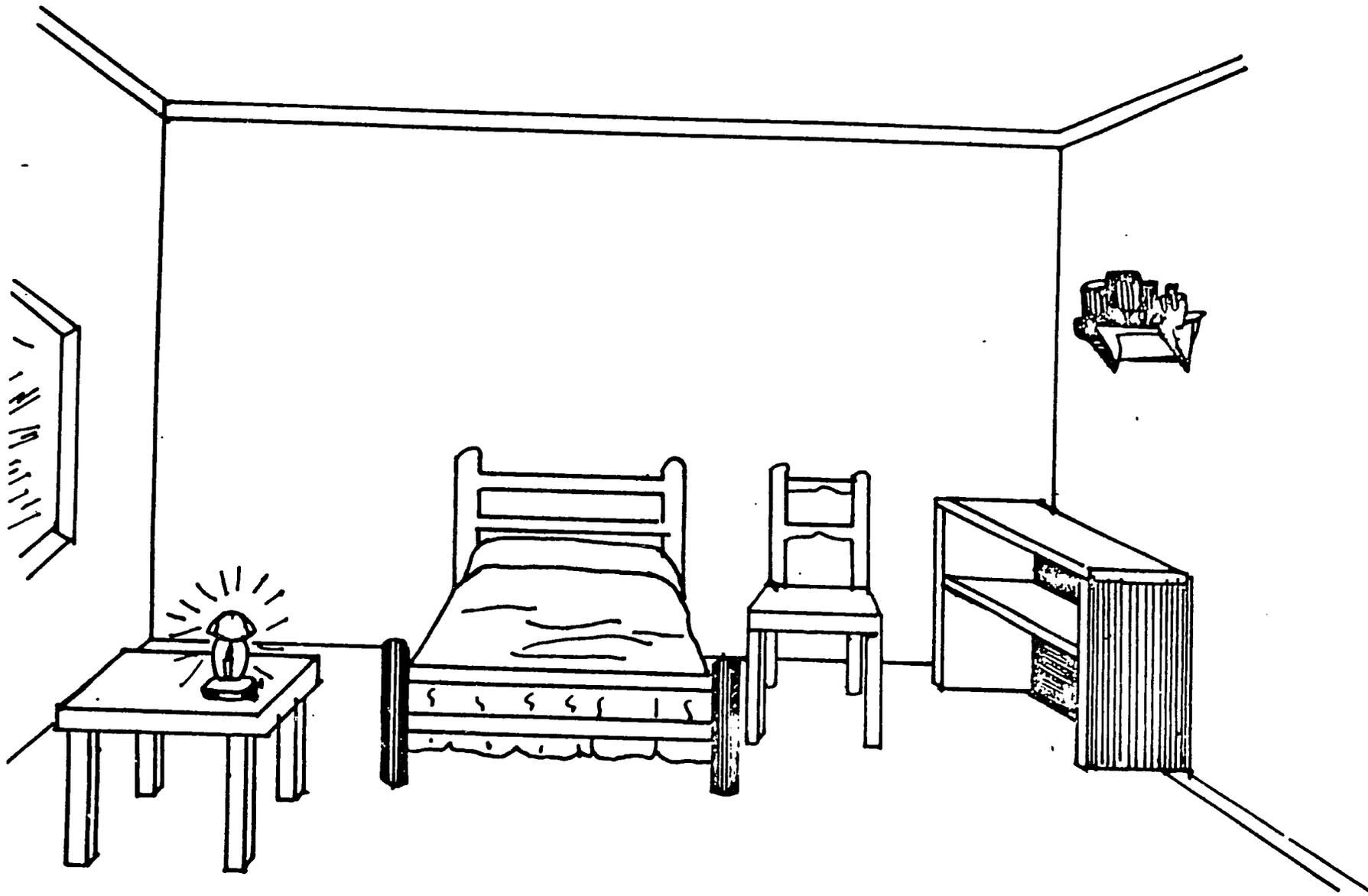
MATERIALES DE ENSEÑANZA INADECUADOS

EL PARTO



25

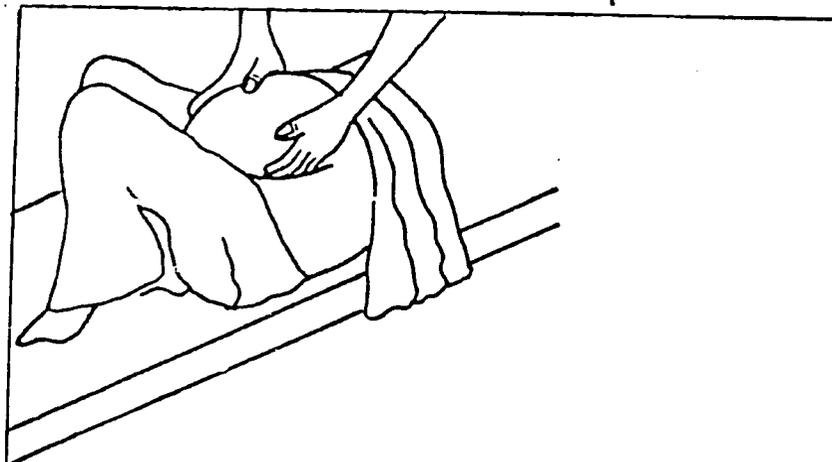
PREPARACION DEL AMBIENTE PARA LA ATENCION DEL PARTO



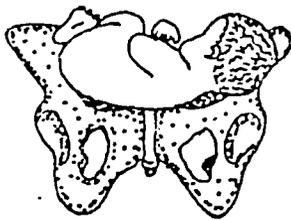
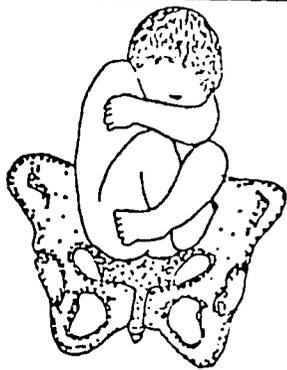
MATERIALES DE ENSEÑANZA APROPIADOS

Primer Período: Lo que hace la comadrona o persona que atiende el parto.

APPROPRIATE TEACHING MATERIALS

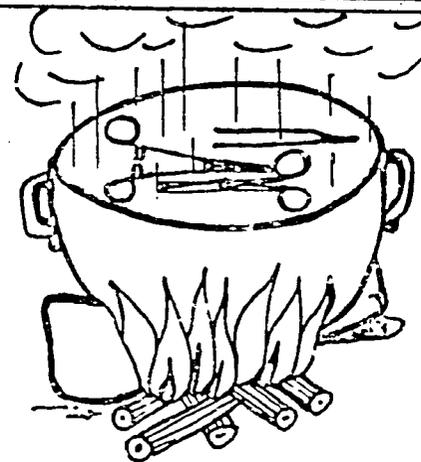


Descubre a la madre sólo lo necesario, para revisar su abdomen palpando la matriz para ver la posición del niño, si viene de cabeza, va hacer un parto normal.

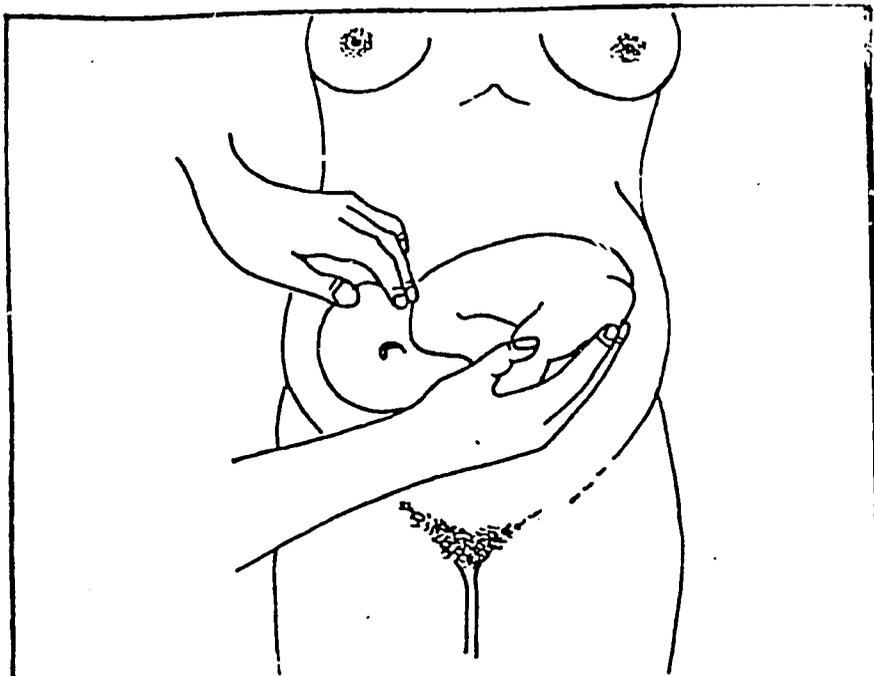


Si al palpar a la madre, encuentra que el niño está en una posición anormal: sentado o atravesado, se le llevará inmediatamente a la madre al médico o al hospital.

No tratará de voltearlo, ni le dará ninguna medicina.



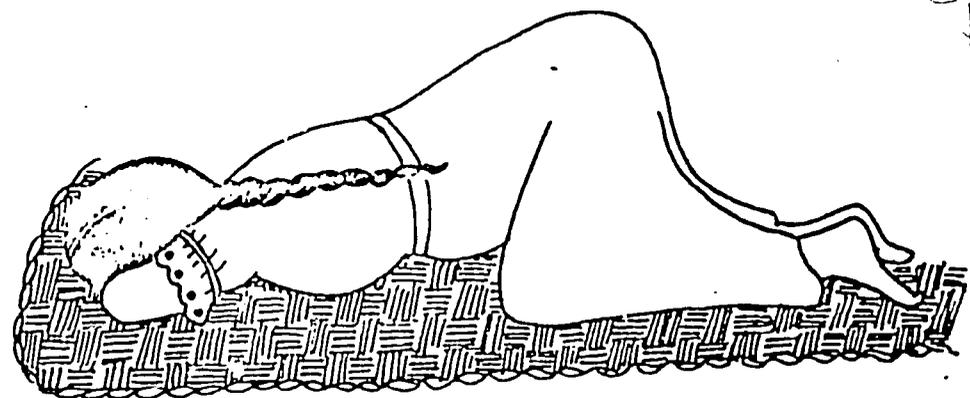
Prepara lo que va a servir para atender el parto, pone al fuego la ollita del niño, para hervir las tijeras, ligaduras para el cordón y los trapitos que le servirán.



Presentación Transversa o de Hombros

si el niño viene de hombros o atravesado se llama Presentación Transversa o de Hombros, si la señora tiene 6, 7 u 8 meses de embarazo, aconsejarle que trate de cambiar la posición del niño con los ejercicios que están al lado. Si ya no se voltea el niño o la madre tiene 9 meses ya de embarazo, aconsejarle que vaya al hospital cuando empiezan los dolores ya que tiene que operarse, si no se puede morir ella o el niño.

En estos casos "muchas veces la matriz se extiende mas a los lados y no tanto por delante". Al palpar la matriz, la cabeza no se encuentra por abajo, si no a un lado. Esta es una presentación muy peligrosa para la vida del niño y la madre si no se "OPERA"

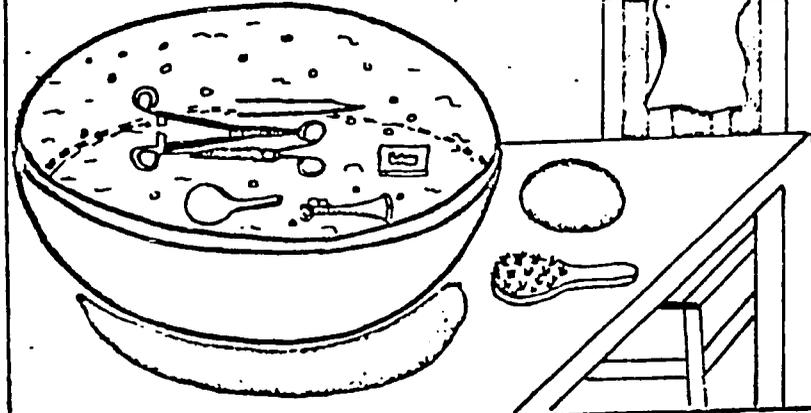


Como Puede Cambiarse la Presentación del Niño que viene sentado y Transversa

1. Entre los niños que nacen diariamente, 95 vienen de cabeza, es el nacimiento normal, más fácil para la madre y seguro para el niño.
2. Cuando descubrimos palpando la matriz en el séptimo mes que un niño viene sentado (de nalgas o atravesado) debemos aconsejar a la madre así: Ponerse de rodillas e inclinarse con la cabeza sobre los brazos en el suelo, quedarse en esta posición por 10 minutos 2 veces al día.
 - Es bueno tener una hora fija para hacer el ejercicio para no olvidarse: 10 minutos antes de almuerzo y 10 minutos antes de cena.
 - Hacer esto todos los días, hasta que el niño se ponga cabeza abajo. Por lo menos 4 a 6 semanas
 - Es la misma posición que dá alivio al dolor causado por almorranas o várices del ano durante el embarazo.
 - Si se prefiere se puede lograr lo mismo acostado con las caderas elevadas como una cuarta y media más alta que la cabeza.

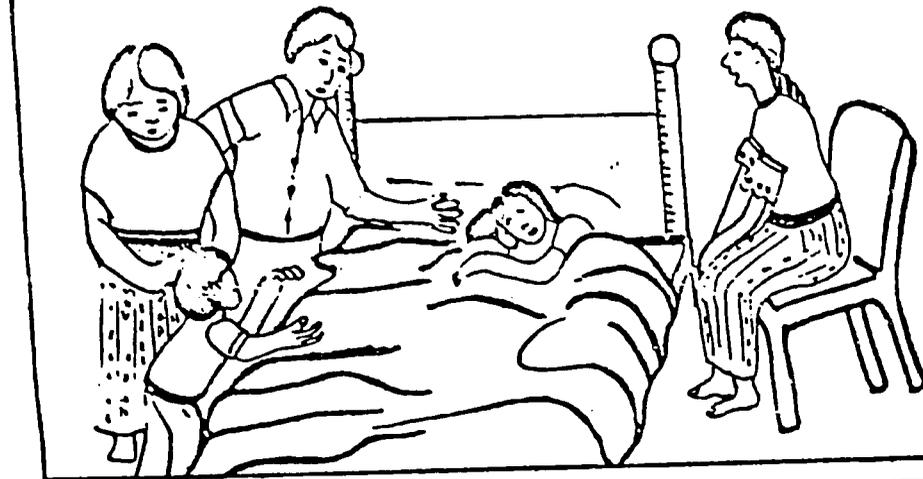
La mayoría de los niños se voltean cuando uno es fiel a los ejercicios.

Cuidados a la Madre Después del Parto o Puerperio



La comadrona, promotor o persona que atendió el parto, limpia sus instrumentos y todo lo que utilizó durante el parto, guarda en su maletín lo que le servirá para la próxima vez y tira lo sucio que tiene en la bolsa de nylon.

Trata de que la casa quede ordenado y limpio para ayudar al ambiente de la madre.



Es muy importante que la persona que atendió el parto oriente a la familia de la parturienta sobre la atención de la madre y del niño, así como de la importancia del control Post-Parto en el hospital, centro de salud o el médico.



También que dé confianza y seguridad a la madre, le de apoyo con alegría para que la madre se sienta bien y serena, además "orgullosa de su trabajo"



Presentación

Este folleto contiene conocimientos sobre el embarazo, el parto, el post-parto y otros temas de interés para la madre y el niño, todo preparado para reforzar las experiencias y los conocimientos del promotor de salud y de la comadrona; quienes cumplen un servicio grande y amplio a su comunidad. Este servicio exige mucha responsabilidad e interés por los demás, amor a la vida y conocimiento suficiente para saber qué hacer y cómo hacerlo para contribuir a una vida sana.

Convertirse en madre, en la vida de toda mujer es muy importante.... Entender y apreciar la vida y dignidad de toda persona es muy necesario...conocer el cuerpo humano y cómo funciona es normal y necesario... Contribuir al desarrollo del Programa Materno Infantil establecido en nuestro país; es una responsabilidad...

Por todas estas razones se ha preparado este folleto; teniendo como guía el folleto Materno Infantil del Programa de Promotores de Huehuetenango y resúmen de otros libros.

La mejor satisfacción es que el folleto se entienda, se use y que la comunidad alcance mejores beneficios.

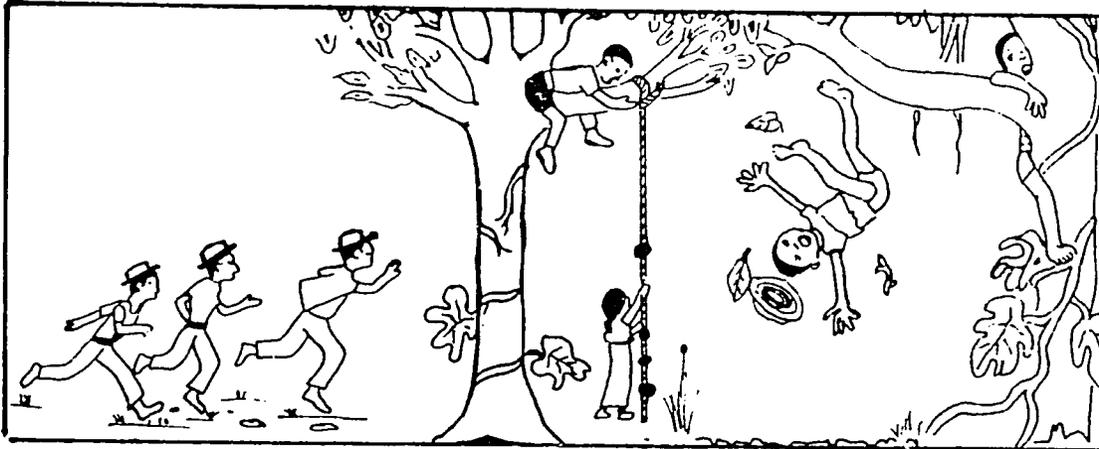
Atentamente: ASECSA

Chimaltenango 1984

Indice

	página
¿Qué es un Niño?.....	1
¿Qué es un joven?.....	3
¿Que son el Hombre y la Mujer?.....	3
Organos Reproductores Femeninos.....	7
La Regla o Mestruación.....	8
El Flujo Mucoso (Método de Ovulación).....	9
Organos Reproductores Masculinos.....	11
Concepción o Fecundación.....	12
El Embarazo.....	13
Signos Probables de Embarazo.....	15
Signos que Comprueban El Embarazo.....	15
Signos de Certeza del Embarazo.....	16
El control Prenatal.....	17
Maniobras de Leopold.....	20
Presentación del Feto.....	22
Calculando la Edad del Embarazo.....	24
Calculando la Fecha de Nacimiento del Niño.....	25
Cuidados de la Madre Durante el Embarazo.....	26
Molestias Normales Durante el Embarazo.....	30
Enfermedades que se presenta Durante El Embarazo.....	31
Peligros Durante el Embarazo.....	32
Peligros que Necesitan Atención Médica Inmediata.....	33
Parto Normal: Los Tres Períodos.....	35
Que Hace la Madre, la Familia y Comadrona.	
En el Primer Período.....	37
En el Segundo Período. Trae al Niño.....	43
En el Tercer Período.....	53
Peligros Durante el Parto Que Necesitan Ayuda Médica.....	55
Cuidados a la Madre Después del Parto.....	56
Enfermedades Congénitas o Defectos en el Recien Nacido.....	60
Problemas Para que la Madre Vaya al Hospital.....	61
Crecimiento y Desarrollo del Niño por Edades.....	64
Nutrición.....	76

¿Qué es un Niño?



Los niños son de diferente tamaño, peso y color; están dondequiera: encima, debajo, dentro, subidos colgados, corriendo y saltando.



Las mamás los adoran, los hermanos mayores los toleran, los adultos los desconocen y el cielo los protege.

Un niño es la verdad con la cara sucia, la sabiduría con el pelo alborotado y la esperanza del futuro.



Un niño tiene el hambre de un caballo, la digestión de un traga espada y la energía de una bomba atómica, la curiosidad de un gato, los pulmones de un orador, la imaginación de un escritor, la timidez de una violeta, la audacia de una trompa de acero y el entusiasmo de un juguete.

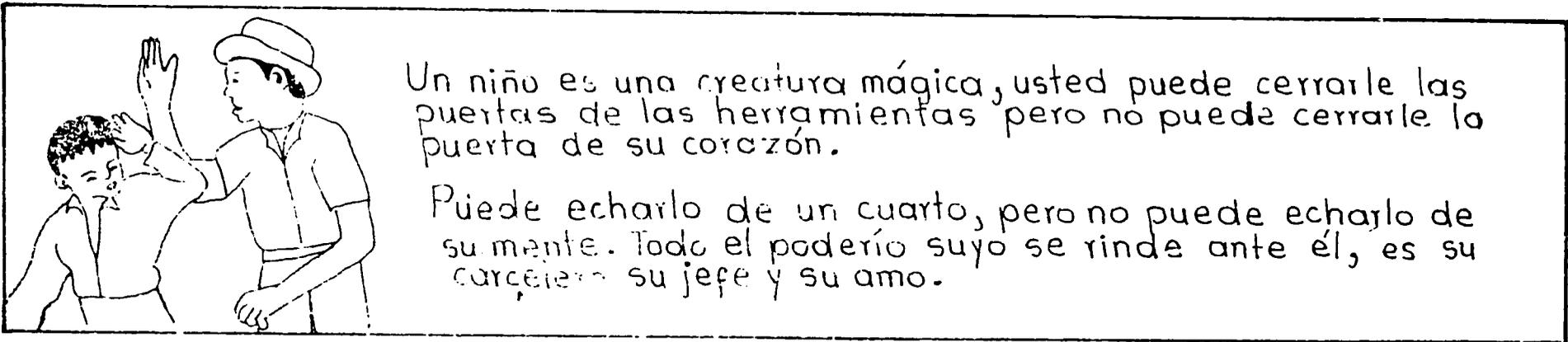
10/11



Les encantan los dulces, las navajas, las sierras, las láminas, el chico de los vecinos, el campo, el agua, los animales grandes, su papá, los trenes y los domingos.

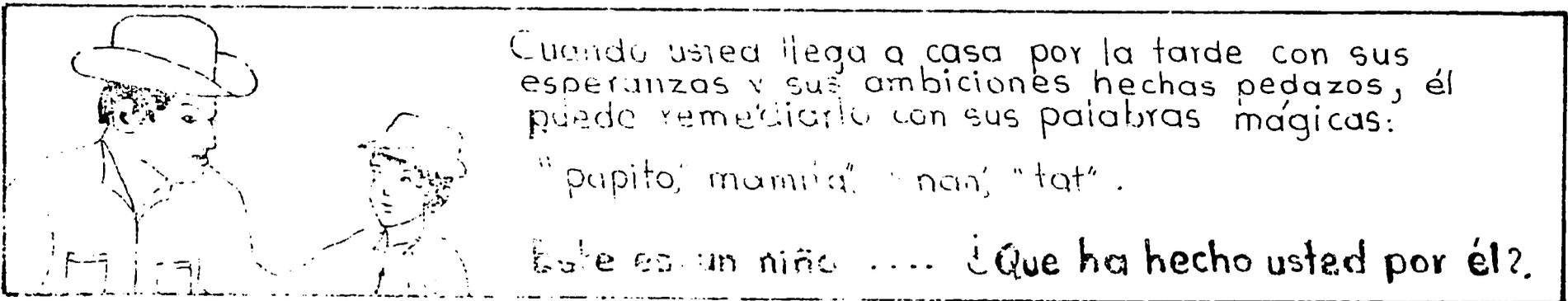
No le gustan las visitas, la doctrina, la escuela, los libros sin láminas, las lecciones de música, los adultos y la hora de acostarse.

Nadie se levanta tan temprano, ni se sienta a comer tan tarde. Nadie puede meterse en el bolsillo un lapicero viejo, una fruta mordida, medio metro de pita, dos dulces, cinco centavos y una honda.



Un niño es una criatura mágica, usted puede cerrarle las puertas de las herramientas pero no puede cerrarle la puerta de su corazón.

Puede echarlo de un cuarto, pero no puede echarlo de su mente. Todo el poderío suyo se rinde ante él, es su carcelero, su jefe y su amo.



Cuando usted llega a casa por la tarde con sus esperanzas y sus ambiciones hechas pedazos, él puede remediarlo con sus palabras mágicas:

"papito, mamá, naná, tat".

Este es un niño ¿Que ha hecho usted por él?



¿Qué es un joven?

Hace algunos años era niño, dentro de poco será un adulto, pero por ahora, como joven no tiene la responsabilidad del adulto y no ha perdido completamente su fantasía, ahora le llama la atención el otro sexo, le gusta ser, no le gusta por no comprender y se escapa de las normas familiares.

Cuando usted llega cansado y desesperanzado de la jornada del día; no siempre será la varita mágica que alivia la situación, sino muchas veces, da motivo a otro disgusto a los padres y los padres a él.



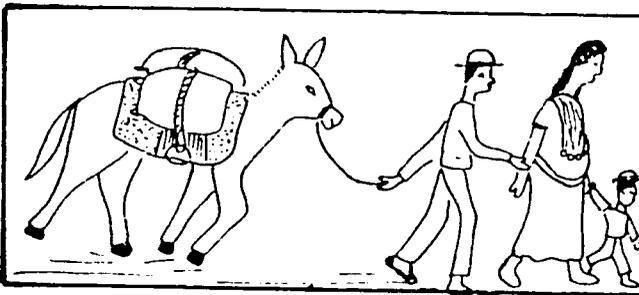
¿Qué son el Hombre y la Mujer?

El hombre y la mujer no son contrarios sino complemento. Por eso no se hablará del otro sexo como el sexo opuesto, sino como el sexo complementario, entre quienes existirá respeto y estima sobre lo que vale cada quien y de lo que es capaz de dar.



La mujer es sometida por el hombre: el padre, el hermano y el esposo; por eso trata de hacer del hijo como un reflejo del hombre leal y amoroso que no tiene y lo maltrata, llegando él a ser igual que su padre.

A la hija la trata de la misma manera que ella fué criada. De este modo se mantiene el modelo del hombre que la mujer misma ayuda a crear.

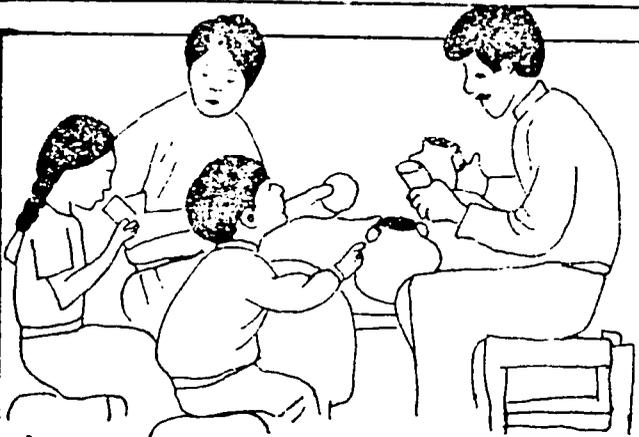


Para crear al nuevo hombre es necesario que la mujer cambie.

Sólo cuando ella se estima, se aprecia será tratada con aprecio, estima y respeto.



Cada parto enaltece a la mujer, pero no es sólo la maternidad lo que la enaltece sino toda su personalidad, toda su vida, todo su trabajo.



El lugar que el hombre ocupa en la familia y la comunidad no depende de su fuerza, su autoridad ni de la cantidad de hijos que tenga; sino del bienestar de vida que él dé a sus hijos, a sus hijas y a su esposa.

Para lograr la igualdad y lo complementario de Hombre y Mujer, es necesario quitar todas las formas de desigualdad que el niño y la niña viven desde pequeños.

Para eso sugerimos analizar parte por parte el siguiente cuadro:



Actividades Femeninas

1. Juegan con muñecas.
2. Juegan a la familia.
3. Si hay posibilidad estudian.
4. Al terminar las tareas de la escuela ayudan a cocinar.
5. Sirven y obedecen al hombre.
6. No hacen competencia.
7. Son madre y amas de casa.
8. Satisfacen a los hombres.
9. Son atractivas y sin defensa.
10. Se les paga menos su trabajo.



Actividades Masculinas.

1. Juegos con carretas y cajones
2. Juegos de escondite y competencia
3. Se hace todo lo posible para que estudie.
4. Al terminar las tareas de la escuela pueden ir a jugar y descansar.
5. Mandan a la mujer a que los sirvan.
6. Hacen competencia.
7. Son proveedores y protectores.
8. Son complacidos por la mujer.
9. Son fuertes y poderosos.
10. Se les paga mejor.



¿ Qué quiere decir Materno Infantil?

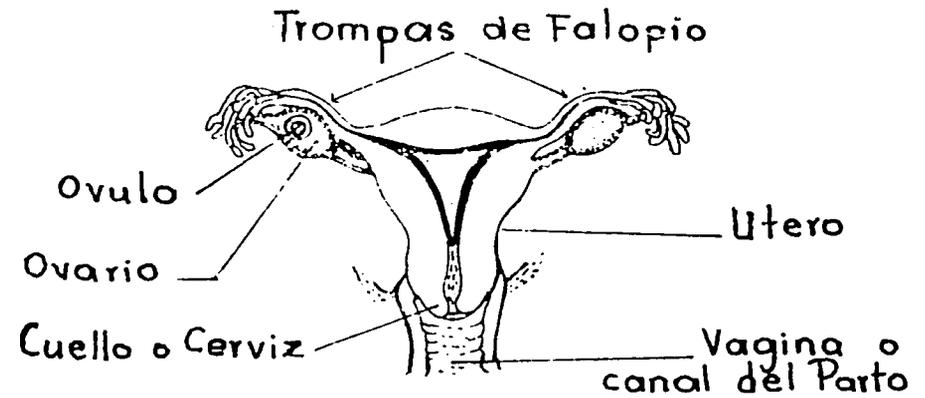
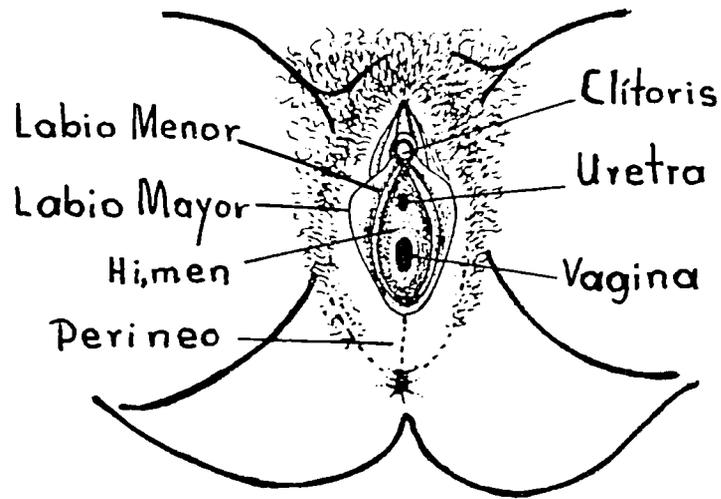
- Quiere decir Madre e Hijo.
- Es un programa de Salud del país que se dedica a atender al niño y a la madre para mejorar su estado de salud, pues actualmente mueren muchos niños antes de cumplir 5 años, y las madres sufren desnutrición, muchas dificultades en la atención del parto y varios problemas después del parto.

Las Partes del Cuerpo de la Mujer que Ayudan a la Formación del Niño se llaman: ORGANOS REPRODUCTORES FEMENINOS

Se dividen en dos:

Externos o de Afuera

Internos o de Adentro.



Labios Menores: cubren la abertura vaginal y la abertura urinaria por dentro.

Labios Mayores: cubren la abertura vaginal, la abertura urinaria y a los labios menores.

Clítoris: parte muy sensible de la mujer, en el hombre es el pene.

Uretra: está entre la abertura vaginal y el clítoris, por aquí sale la orina.

Himen: membrana delgada y en algunos casos firme, que cierra en parte la entrada a los órganos de adentro de la mujer, puede tener forma de anillo o media luna y deja salir la menstruación.

Todos estos órganos externos de la mujer es lo que se llama también **vulva**.

Óvulo: la semilla que crece para formar el nuevo ser.

Ovario: órgano donde se forman los óvulos.

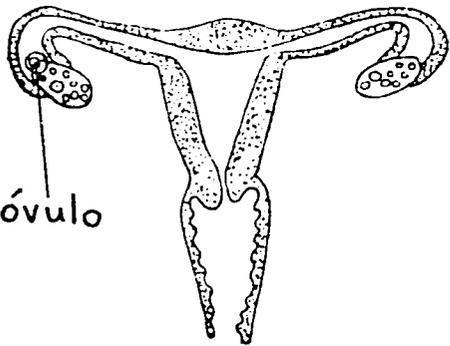
Trompa de Falopio: canales o camino por donde pasa el óvulo para llegar al útero.

Útero o Matriz: órgano vacío en forma de pera invertida, donde crece el niño después de la concepción, mide solo 7 centímetros de largo. Cuando no hay embarazo, se comunica con las trompas de Falopio en la parte de arriba y con la vagina en la parte de abajo.

Vagina: órgano en forma de tubo, sirve de entrada al útero. Por aquí entran los espermatozoides del hombre a la mujer y por aquí sale el niño al momento de nacer.

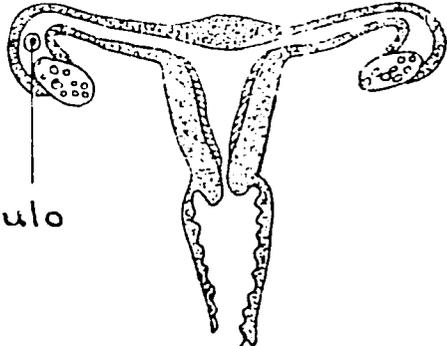
La Regla o Menstruación:

Salida de sangre que normalmente sucede cada 28 a 30 días y tarda 3 o 5 días. Es una señal de que la niña pasa a mujer y puede ya ser madre.



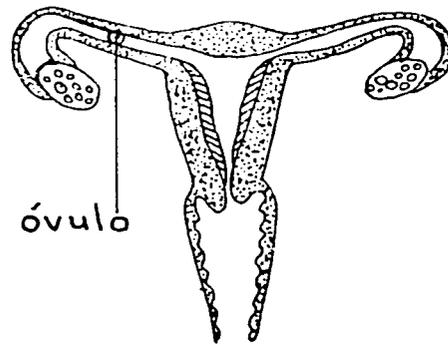
óvulo

La matriz o útero prepara su nido para esperar a una nueva criatura.



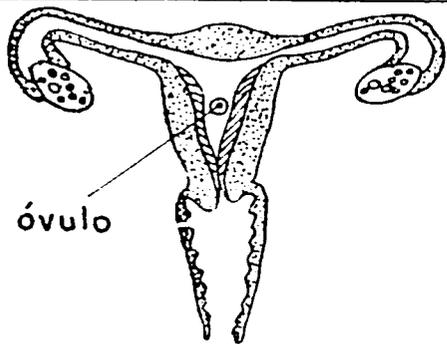
óvulo

El día de la ovulación el óvulo o semilla de la mujer sale de los ovarios y es recogido por las trompas de falopio que lo llevan hacia la matriz, esperando a la semilla del hombre para unirse (ser fecundado).



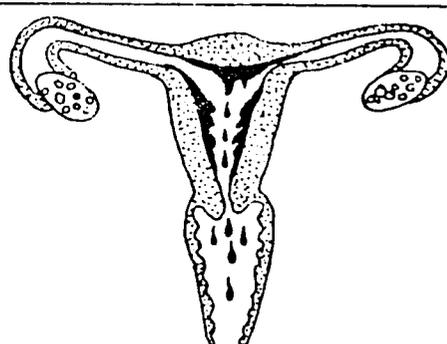
óvulo

La trompa de falopio sigue empujando al óvulo hacia la matriz, esperando a la semilla del hombre para unirse (ser fecundados)

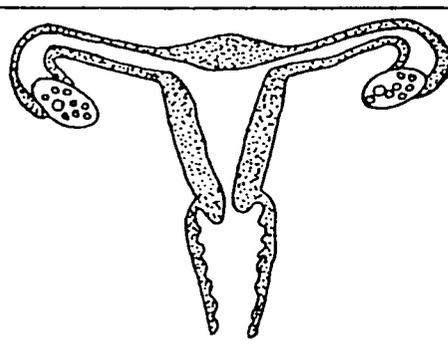


óvulo

El óvulo llega a la matriz sin encontrar la semilla del hombre o espermatozoide, no ha sido fecundado y sale por la vagina.



La matriz deshace el nido porque no hubo embarazo empieza a bajar la regla, 14 días después de la ovulación.

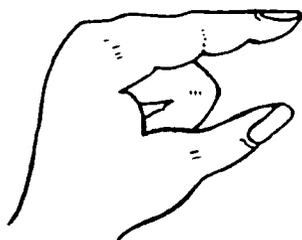


La matriz sigue vaciando hasta quedar limpio y empieza de nuevo a preparar su nido para el próximo mes.

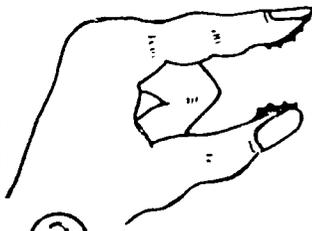
Estos días se puede comer de todo, se puede y es necesario bañarse o lavarse las partes diariamente.

El Flujo Mucoso: como signo de ovulación

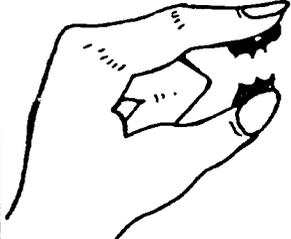
Cuando sale la semilla de su lugar para pasarse a la Trompa de Falopio se llama "ovulación"



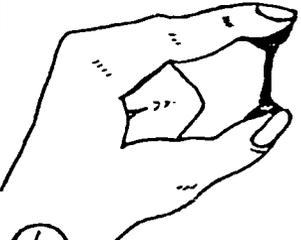
① Al principio la mujer siente seco en las partes de afuera (externas). En estos días se tiene relaciones sexuales, no hay embarazo por no haber flujo mucoso que alargue la vida del espermatozoide.



② Luego desaparece esa sequedad, la mujer se siente algo húmeda en sus partes, y si revisa antes de orinar hay flujo mucoso, levantando un poco con el pulgar y el dedo índice lo encuentra espeso y opaco, blanco o amarillento, pegajoso, pero no elástico, no corre, esto es señal de días fértiles, es probable que las relaciones sexuales resulten en embarazo o concepción.



③ Después aumenta la cantidad de flujo mucoso señalando el tiempo exacto de la ovulación que se acerca, es más blanco, algo elástico más claro, más resbaloso líquido, empieza a ser raro. Aquí las relaciones sexuales resultan en embarazo, porque se prolonga la vida del espermatozoide.



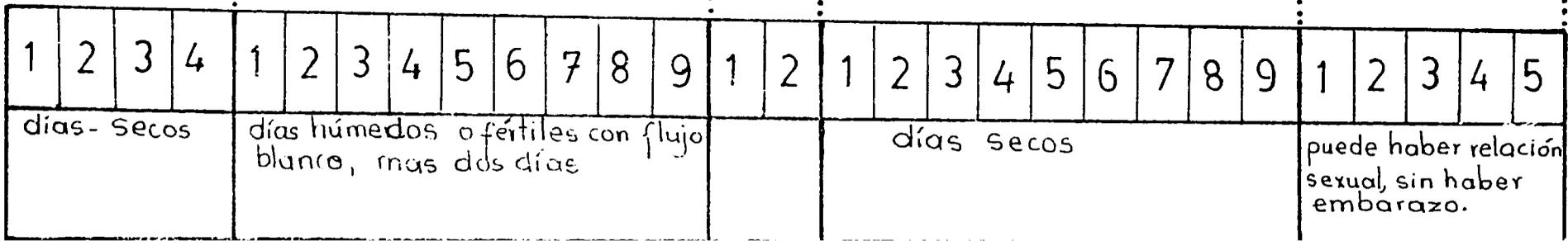
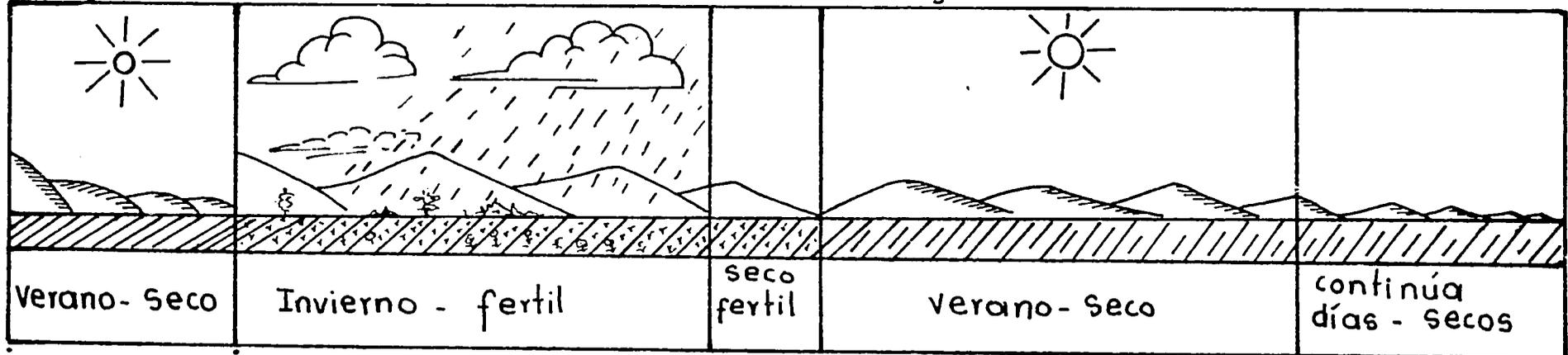
④ y por último, la señal más segura de la ovulación es: el flujo es muy claro, se puede estirar bastante, como clara de huevo resbaloso, puede durar uno o dos días; produce una sensación lubricante (resbaloso), el último día de esta sensación es el día "cumbre" ya que es el día de máxima fertilidad.

La bajada del flujo Mucoso es la base del método de Planificación familiar llamado: Método de la Ovulación.

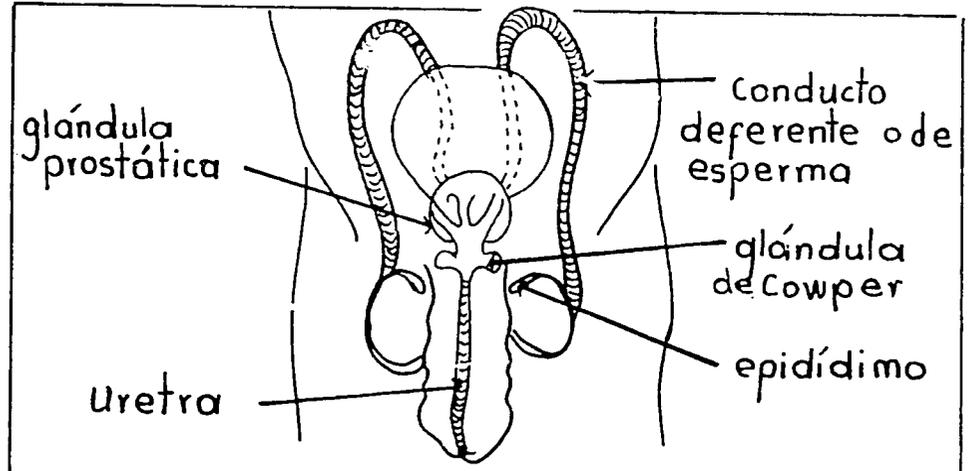
Para mayor comprensión de este método se recomienda que la mujer observe este flujo desde que tiene la primera menstruación. El flujo baja entre una menstruación y otra.

La mujer debe aprender a reconocer sus días HUMEDOS y SECOS, cada mujer es diferente.

La madre tierra tiene sus tiempos fértiles o húmedos y sus tiempos secos. La semilla brota cuando está sembrado en tierra húmeda y cuando aparenta estar seca pero por debajo esta húmeda. Lo mismo sucede con la mujer.



Las Partes del Cuerpo del Hombre que Ayudan a la Formación del Niño se llaman: ORGANOS REPRODUCTORES MASCULINOS. Estos órganos se dividen en dos: Internos o de Adentro Externos o de Afuera



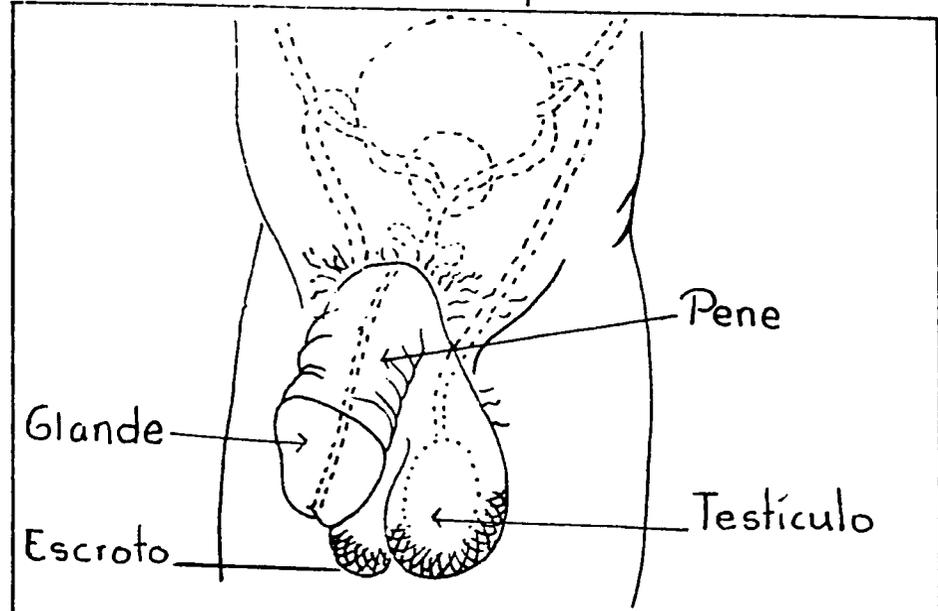
Glándula Prostática: está debajo de la vejiga, durante la relación sexual, esta glándula se contrae y agrega al semen sus propias sustancias. A veces en señores grandes esta glándula se agranda y no permite orinar.

Conducto Deferente: llevan los espermatozoides o semillas del hombre del testículo hacia afuera, pasando por la uretra.

Glándula de Cowper: tiene el tamaño de un frijol, está al lado de la uretra, abajo de la glándula prostática, produce un líquido claro y pegajoso antes de la eyaculación.

Epidídimo: están colocados arriba de los testículos. Son tubitos en forma de espiral que guardan los espermatozoides hasta que haya relación sexual y salen o son reabsorvidos por los testículos.

Uretra: es un tubito que está dentro del pene, por allí sale la orina y el semen.



Pene: le sirve al hombre para orinar y hacer la relación sexual. Cambia su tamaño normal durante la relación sexual. Adentro se encuentra la uretra.

Glande: es la punta del pene, tiene muchas terminaciones nerviosas. Está cubierta por el prepucio. Cuando quitan el prepucio se llama circuncisión.

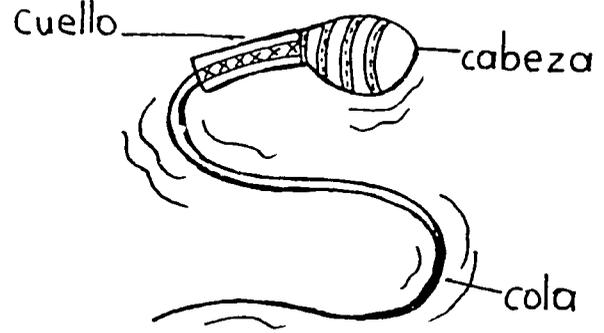
Testículo: es una glándula redonda en forma de huevo, producen células llamadas espermatozoides.

Escroto: piel que protege y envuelve a los testículos.

112

Al juntarse las células reproductoras masculina y femenina dan lugar a un nuevo ser humano. Esto es la CONCEPCION o FECUNDACION.

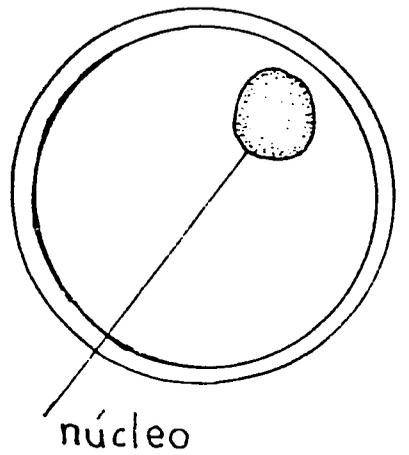
Célula Reproductora Masculina: "ESPERMATOZOIDE"



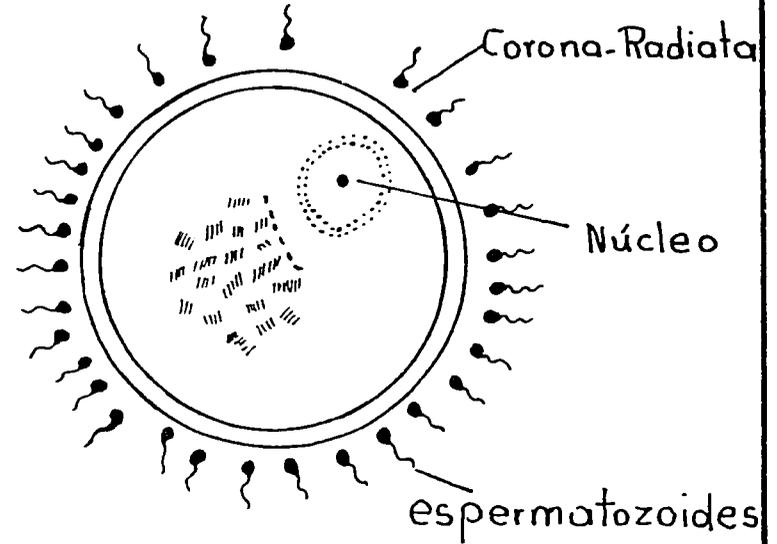
La semilla del hombre o sea el espermatozoide se divide en tres partes: cabeza, cuello, cola. Se forma en el testículo. Esta célula se ve sólo a través del microscopio.

En la cabeza lleva 23 cromosomas, éstos son los que deciden si el niño es moreno, colacho, de ojos negros, etc. La cola y el cuello le sirve para moverse y llegar al óvulo.

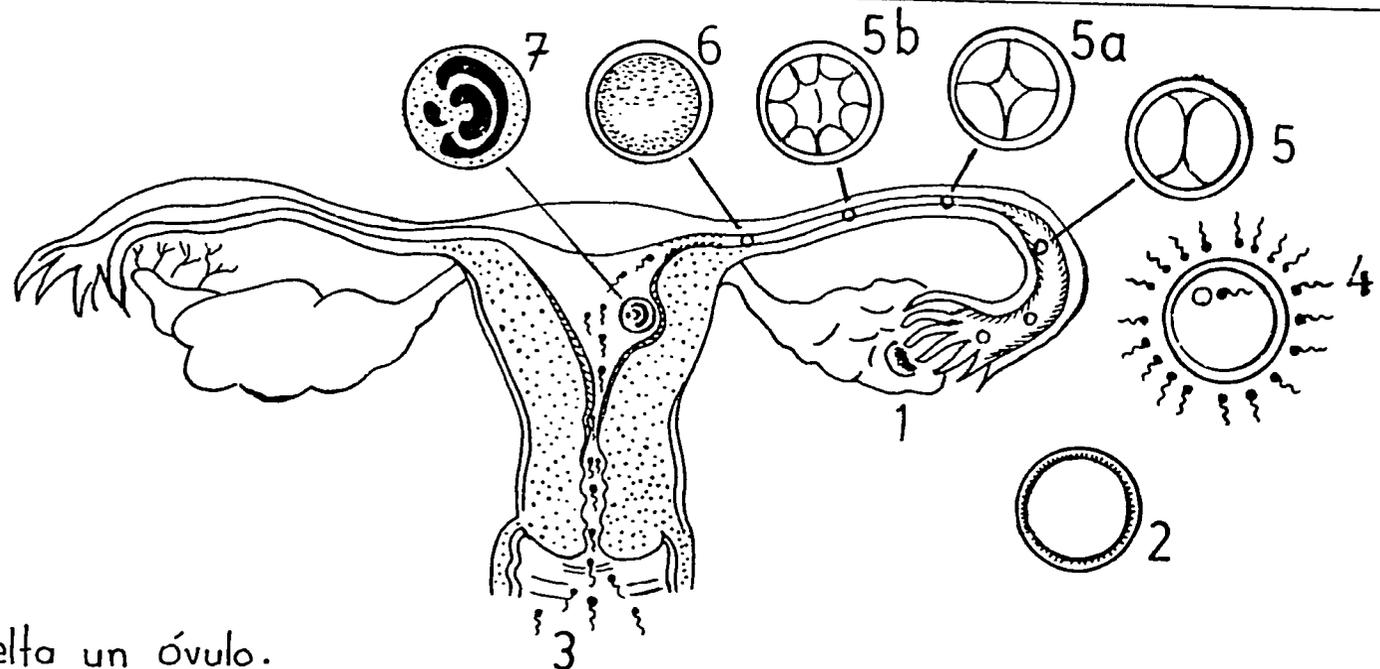
Célula Reproductora Femenino: "ÓVULO"



La semilla de la mujer o sea el óvulo: es redondo y se forma en el ovario. Es la célula humana más grande que existe y la única que podría verse casi a simple vista, porque más o menos tiene el tamaño de la punta de un alfiler. La mujer produce un sólo óvulo cada mes.



El hombre produce millones de espermatozoides en cada relación sexual, pero sólo uno es el que se une al óvulo.



- 1— El ovario suelta un óvulo.
- 2— El óvulo es recogido por la trompa de falopio.
- 3— En la trompa de Falopio vienen al encuentro del óvulo millones de Espermatozoides.
- 4— Muchos Espermatozoides tratan de entrar en el óvulo para fecundarlo, pero sólo uno logra entrar y se realiza la concepción o fecundación.
- 5— ya unidos empiezan a dividirse primero en dos, en 4, después en 8, y así empieza a crecer.
- 6— Fertilizado y dividiéndose cada vez más, baja de la trompa de falopio hacia el útero. Esto se llama ANIDACION del HUEVO.
- 7— Se pega en la pared o Endometrio. El endometrio es como una esponja, llena de sangre preparado por el organismo al suspender la menstruación.

El Embarazo: comienza con la concepción o fecundación al unirse un óvulo y un espermatozoide, éstos forman una célula o huevo, esta célula o huevo es el origen del nuevo ser humano: Un niño, el que al nacer estará formado de millones de células.

Al principio todas las células son iguales, pero poco a poco tienen que hacer tareas especiales, algunos van a formar la piel del nuevo niño, otros los músculos, otros el cerebro, otros los nervios, etc.

El niño se desarrolla en el vientre de su madre durante nueve meses.

Los tres primeros meses de desarrollo del niño se llama: EMBRION

De los cuatro a los nueve meses de desarrollo del niño se llama: FETO

Desarrollo Embrionario

A las 4 Semanas: el embrión ya tiene un pequeño cuerpo redondo con cabeza y tronco. Empieza a formarse el cerebro, la médula espinal, los huesos que lo protegen, los ojos, los oídos, la nariz, los labios, la cara, la garganta, el estómago, los intestinos, el hígado y los riñones.



A los 27 días empieza a latir el corazón.
El embrión mide 5 milímetros de largo.



A las 8 Semanas: si se le tocara las palmas de las manos ya cierra los puños. Si se le tocara las pestañas cierra los ojos. Comienza a formarse las uñas y empieza aparecer cabello sobre la cabeza. Ya se puede distinguir si es nene o nena. El riñon empieza a sacar orina.

A las 12 Semanas:

el embrión mide 8 centímetros de largo y pesa 1 onza. Tiene cerrado los ojos, ya comienza a moverse, estira sus brazos y piernas, mueve la cabeza, abre y cierra la boca. Empieza a tragar las aguas y a orinar. Después de las 12 Semanas se le llama: "Feto".



A las 16 Semanas:

El feto mide 18 centímetros de largo y pesa 5 onzas. Le sale pelo en todo el cuerpo. Empieza a endurecerse sus huesos. La madre comienza a sentir movimientos. Ya se distingue claramente si es hombre o mujer.



111

Signos Probables de Embarazo: Estos signos son normales. No son una enfermedad.



Una mujer puede sospechar que está embarazada cuando:

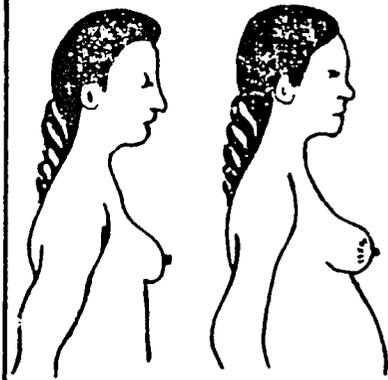
1. No hay menstruación, o regla.
2. Dolor de cabeza.
3. Falta de hambre
4. Tiene mucho cansancio sin razón.



5. Ganas de orinar a cada rato, esto en los primeros meses porque el útero crece y aplasta la vejiga.



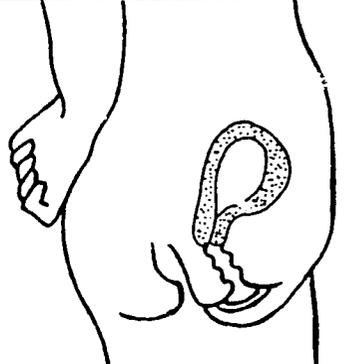
6. Malestar por la mañana, le dá asco, náusea, vómito, por largo tiempo.



7. Crecen los pechos, los pezones se ponen oscuros, da cosquilleo u hormigueo, se ponen duros.

Signos que comprueban el embarazo:

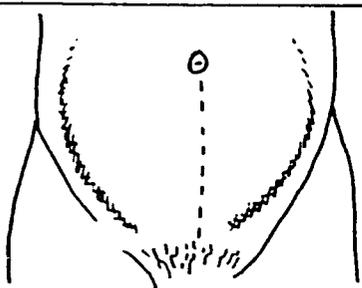
1. Crecimiento del UTERO o MATRIZ, por lo mismo el abdomen también crece.



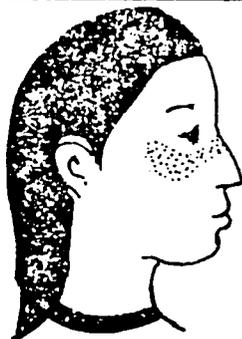
2. Salida de agua lechosa por los pechos (calostro).



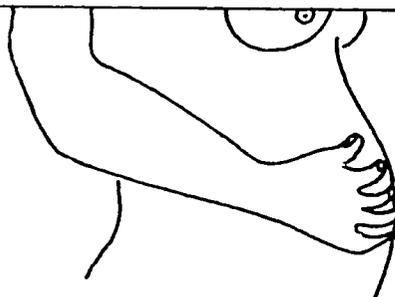
1/3



3. Aparece una línea morena más oscura que el de la piel, desde el ombligo hasta el pubis o hueso saliente del vientre.



4 A veces se oscurece la piel de la cara "paño" o cloasma.



5. La madre puede sentir sensación de movimiento

Signos de Certeza de Embarazo:

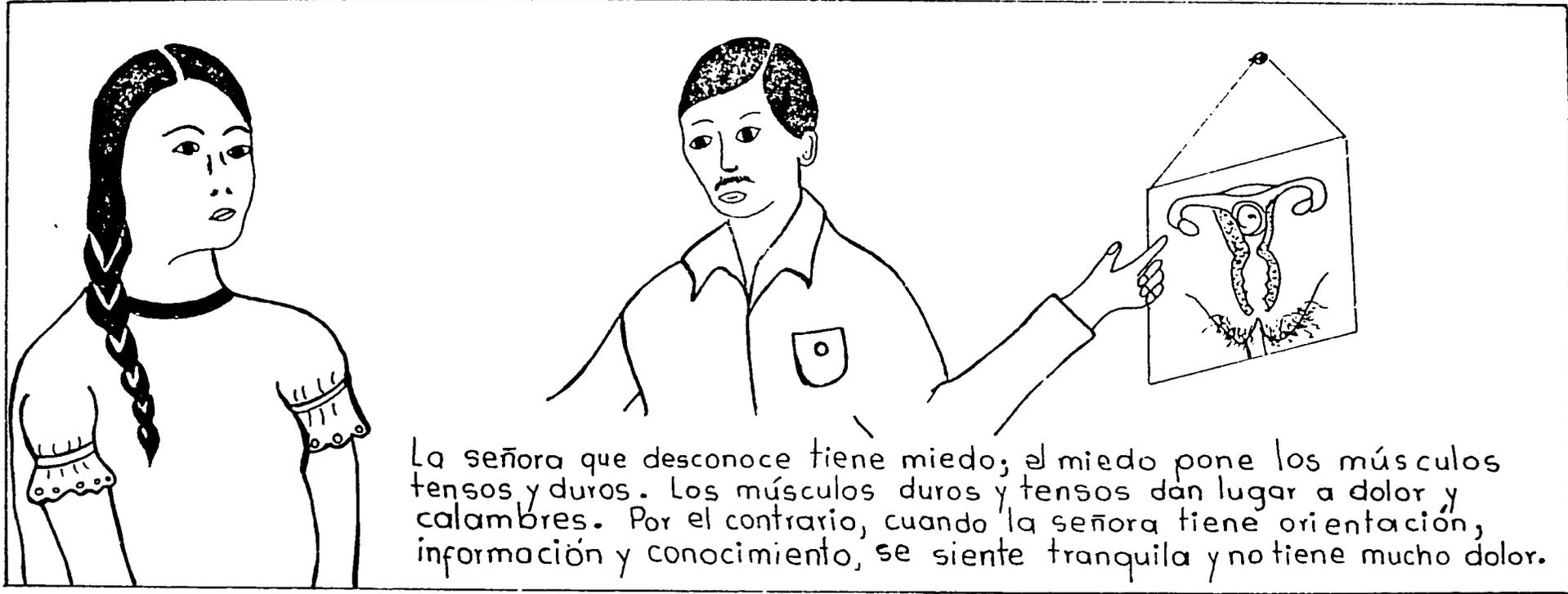
Los que nos dicen que hay embarazo sin duda son a los 5 meses o más

1. Se escucha el ruido de la placenta.



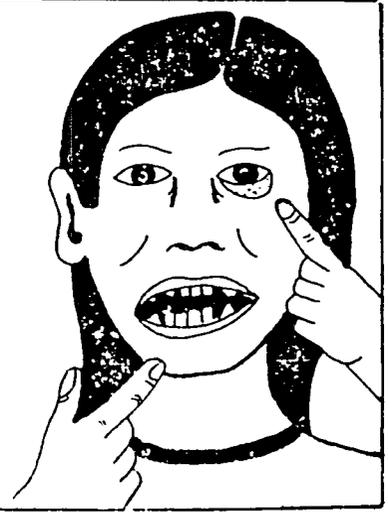
2. Se escucha foco fetal o latidos del corazón del feto. Puede sentir sensación de movimiento y puede ser palpado por el que examina.

Comunmente el embarazo se desarrolla en forma normal; pero para mayor seguridad del niño y la madre es **IMPORTANTE EL CONTROL PRENATAL**. Para orientar mejor a la madre durante el embarazo; el promotor ha de tener claridad qué malestares son normales y qué malestares son peligrosas.

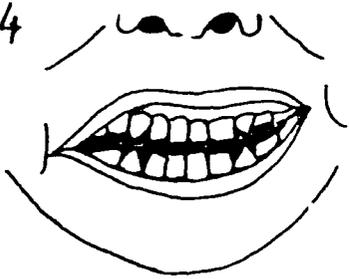


Examen Físico de la Embarazada

1. En la cara es importante examinar: la parte de adentro de los "OJOS," labios y encillas para ver su color: Si están rosados está normal, si están pálidos indican que hay anemia. Si es grave enviarla al médico; si es poco o leve, aconsejarle una buena dieta rica en hierro como hojas verdes, yema de huevo. También ver el color de las uñas.
2. Buscar cualquier inflamación que puede haber en la cara.
3. Ver si hay inchazón. Esto no es normal, es importante explicar a la señora lo peligroso de esto por algún veneno o toxina que puede causarle problema más grave después. Envíela al médico.



4



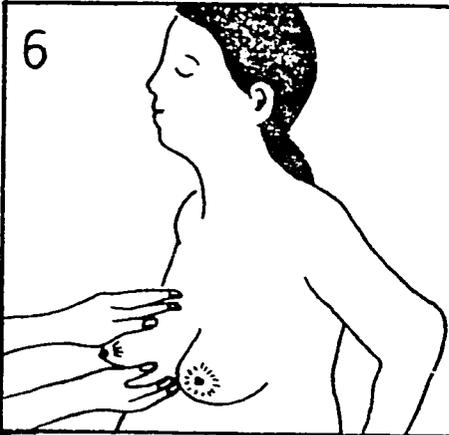
En la boca revisar los dientes, ver si hay caries, picaduras, signos de infección en las encías, inflamaciones. Aprovechando para revisar la garganta. Es importante enviarla al dentista porque el niño que viene necesita muchos minerales como el calcio de los dientes y si no hay los tomará de la embarazada y ella estará propensa a perderlos o a que se le arruinen. Es importante que la señora aprenda a cepillarse.

5



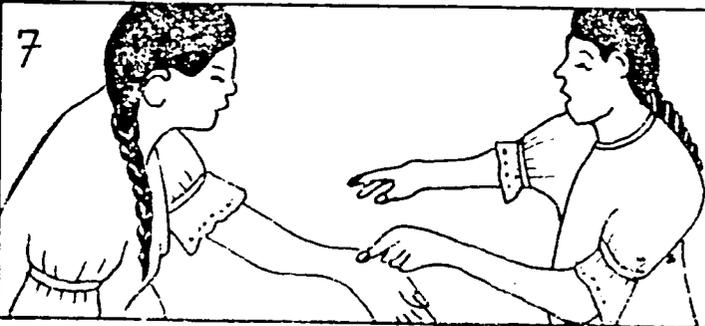
TOS: averiguar si es reciente o si ya hace mucho tiempo que lo tiene. Si es de más de 15 días enviarla a la clínica de los pulmones o a consulta médica.

6



senos (pechos): ver el tamaño, ver la areola, su color, aconsejar a la madre sobre cómo debe limpiárselos y que no es necesario que se los lave con jabón ya que puede usar solo agua. Debe secarlos bien y utilizar un buen sostén, también es importante ver como son los pezones, si no están invertidos, de ser así, enseñarle a la madre que debe pellizcarlos y darle masajes con los dedos, estirándolos y tratando de formar el pezón para que pueda dar de mamar al nacer el niño.

7



Examinar Piernas y Brazos: para buscar cualquier anomalía, como hinchazón en tobillos y dedos, granos, várices.

La señora tiene várices cuando tiene sus venas muy saltadas y se queja de dolor. Para evitar más complicaciones recomendar a la señora que se acueste durante 15 minutos con los pies en alto, 3 veces al día.

8 Mirar el abdomen sin tocarlo; si el embarazo apenas empieza no habrá ningún cambio, si tiene mas de 5 meses habrá aumento de tamaño y podrían verse movimientos fetales y tiene forma de huevo.

Si la forma del abdomen es diferente podría ocurrir lo siguiente:

- si es largo y estrecho puede pensar que el feto tiene las piernas estirados.
- si hay aumento total de la matriz hacia lo largo y lo ancho se puede pensar en gemelos.
- si el aumento es hacia los lados sospechar posición transversa.

Si el vientre se ha puesto grande y redondo y la piel es delgada, sospechar mucha agua. Esto sucede mas en señoras que han tenido muchos hijos. En las primigrávidas podría indicar que la cabeza del feto no puede pasar por la pelvis.



9 Palpar o Tocar el Abdomen (Palpación)

Después de mirar el abdomen se palpa o se toca para averiguar el tiempo de embarazo para ver en que posición está el niño o sea que parte del cuerpo tiene cerca de lo pelvis. La pelvis es el hueso por donde sale el niño al nacer. Lo normal es que cerca de la pelvis está la cabecita, pero a veces tiene el hombro, las nalgas o pies; en estos casos es peligroso para la madre y el niño.



9-a



Para palpar o tocar el abdomen hay que hacer y recordar lo siguiente:
Mandar a la señora a orinar, para que no esté aumentando el tamaño del abdomen.

9-b

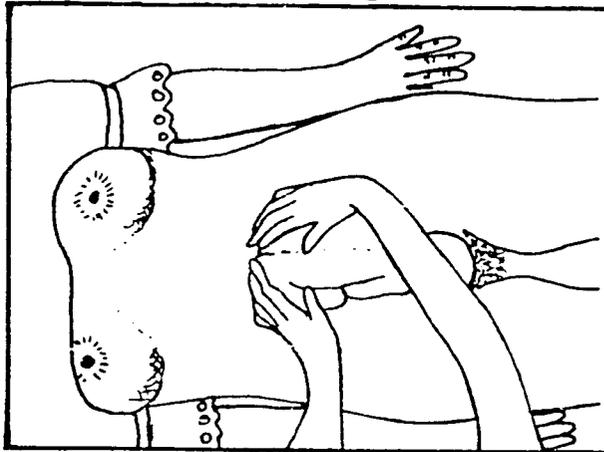


Acostar a la señora con las rodillas dobladas para que afloje los músculos del vientre.

122



Maniobras de Leopold: 0 pasos para ver cómo está colocado el niño en el útero materno. Estas maniobras son 4 y se pueden empezar a hacer a los 6 meses de embarazo o 28 semanas.

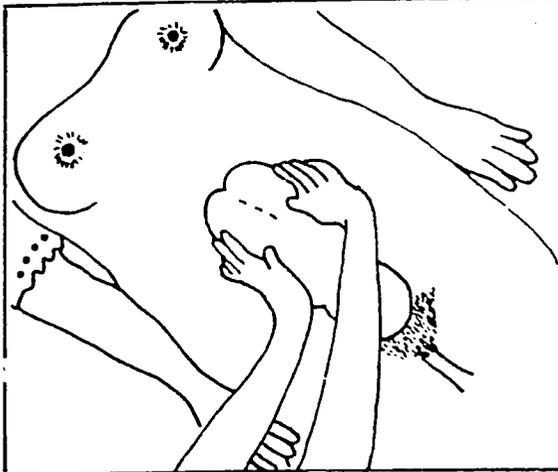


1— Primera Maniobra:

Se hace para averiguar que partes del feto están arriba en el fondo del útero.

Para hacer la primera maniobra recuerde lo siguiente:

1. Acueste a la señora con los piés estirados, sin almohada.
2. Pórese frente y al lado derecho de la señora
3. Extienda sus manos en la parte alta del abdomen de la señora, procurando dibujar al niño.

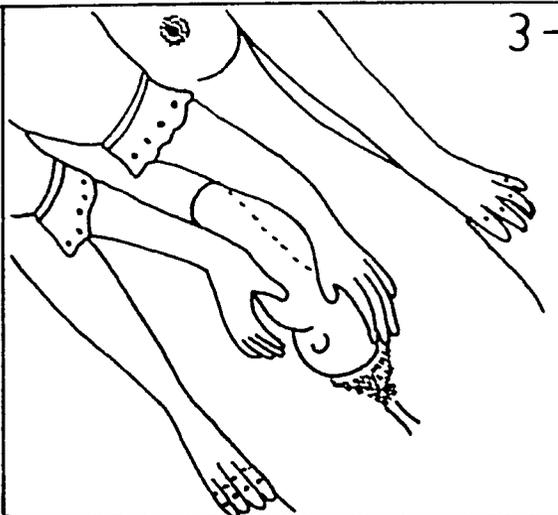


2—Segunda Maniobra:

Se hace buscando los lados del útero y encontrar el dorso (espalda) y pequeñas partes (brazos y piernas) del niño.

Para la segunda maniobra recuerde lo siguiente:

1. Manténgase de pie frente y al lado derecho de la señora
2. Hacia los lados del útero baje sus manos despacio y haciendo poca fuerza con la yema de los dedos.
3. De un lado sentirá varias partes abultadas, algo separadas entre sí que son los brazos y los pies.
4. Del otro lado sentirá un bulto grande y parejo que es la espalda del niño.



3—Tercera Maniobra:

Se hace para encontrar la cabeza del niño. Se llama de "peloteo" porque al empujar la cabeza rebota. Se recomienda hacerlo con una mano; pero la práctica ha enseñado que hacerlo con las dos manos causa menos dolor a la madre.

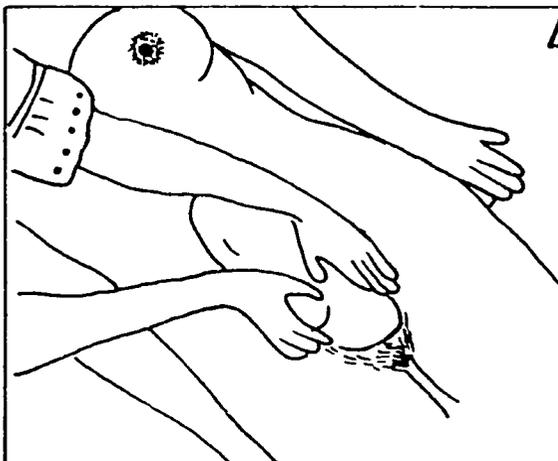
Para la tercera maniobra haga lo siguiente:

Hágalo con cuidado, sin mucha fuerza, para evitar dolor.

Manténgase frente y de lado derecho de la señora.

Con una o dos manos, toque la parte baja del abdomen de la señora. Encontrará un bulto duro, redondo como pelota, que es la cabeza del niño.

Si no encuentra el bulto duro y redondo allí, es que está en otro lugar.



4—Cuarta Maniobra:

Se hace para saber cuánto ha bajado la cabeza del niño a la pelvis.

Para la cuarta maniobra haga lo siguiente:

- Dando la espalda a la cara de la madre, haga presión con los dedos de ambas manos, una a cada lado de la cabeza en la cavidad pélvica.
- Póngase al lado derecho de la madre.
- Para poder ver el grado de encajamiento, compruebe:
 - Si la cabeza del feto ya no pelotea es porque ya está bien encajado.
 - Si la cabeza del feto está móvil es porque no ha encajado.

PRESENTACION: de acuerdo a la parte del feto que se coloca en la pelvis (parte por donde pasa el feto al nacer); hay distintas presentaciones.



Niño en Presentación Cefálica.

Si el niño viene de cabeza se llama presentación Cefálica.

Generalmente la cabeza se halla doblado para adelante, de manera que la barbilla del niño descansa sobre su pecho, ocurre en casi el 99% de los casos. Es una presentación normal.



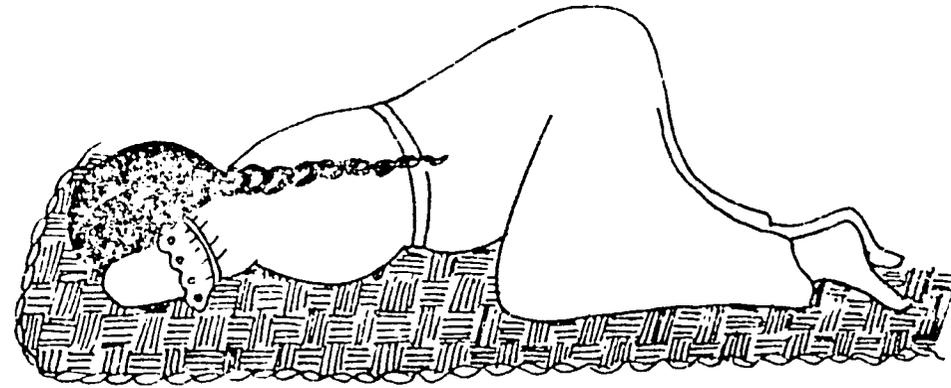
Niño en Presentación Podálica o de Nalgas.

Si el niño viene de nalgas, se llama Presentación Podálica. Una presentación podálica no sucede al final del embarazo, debido a que todos los fetos se voltean antes del séptimo mes. La presentación nalgas sucede durante los primeros meses en casi la mitad de los niños. Hay varias posiciones de nalgas, pero la más común es la siguiente: Las piernas del niño dobladas sobre el abdomen con las rodillas rectas de manera que los dedos de los pies tocan la cara y las nalgas se presentan sobre la pelvis. Si ocurre esto, aconsejar a la madre que haga los ejercicios que están en la página siguiente, si no se voltea el niño y la madre tiene ya 9 meses de embarazo aconsejarle que vaya al hospital cuando empiezan los dolores.



Presentación Transversa o de Hombros
 Si el niño viene de hombros o atravesado se llama Presentación Transversa o de Hombros, si la señora tiene 6, 7 u 8 meses de embarazo, aconsejarle que trate de cambiar la posición del niño con los ejercicios que están al lado. Si ya no se voltea el niño o la madre tiene 9 meses ya de embarazo, aconsejarle que vaya al hospital cuando empiezan los dolores ya que tiene que operarse, si no se puede morir ella o el niño.

En estos casos "muchas veces la matriz se extiende mas a los lados y no tanto por delante". Al palpar la matriz, la cabeza no se encuentra por abajo, si no a un lado. Esta es una presentación muy peligrosa para la vida del niño y la madre si no se "OPERA"

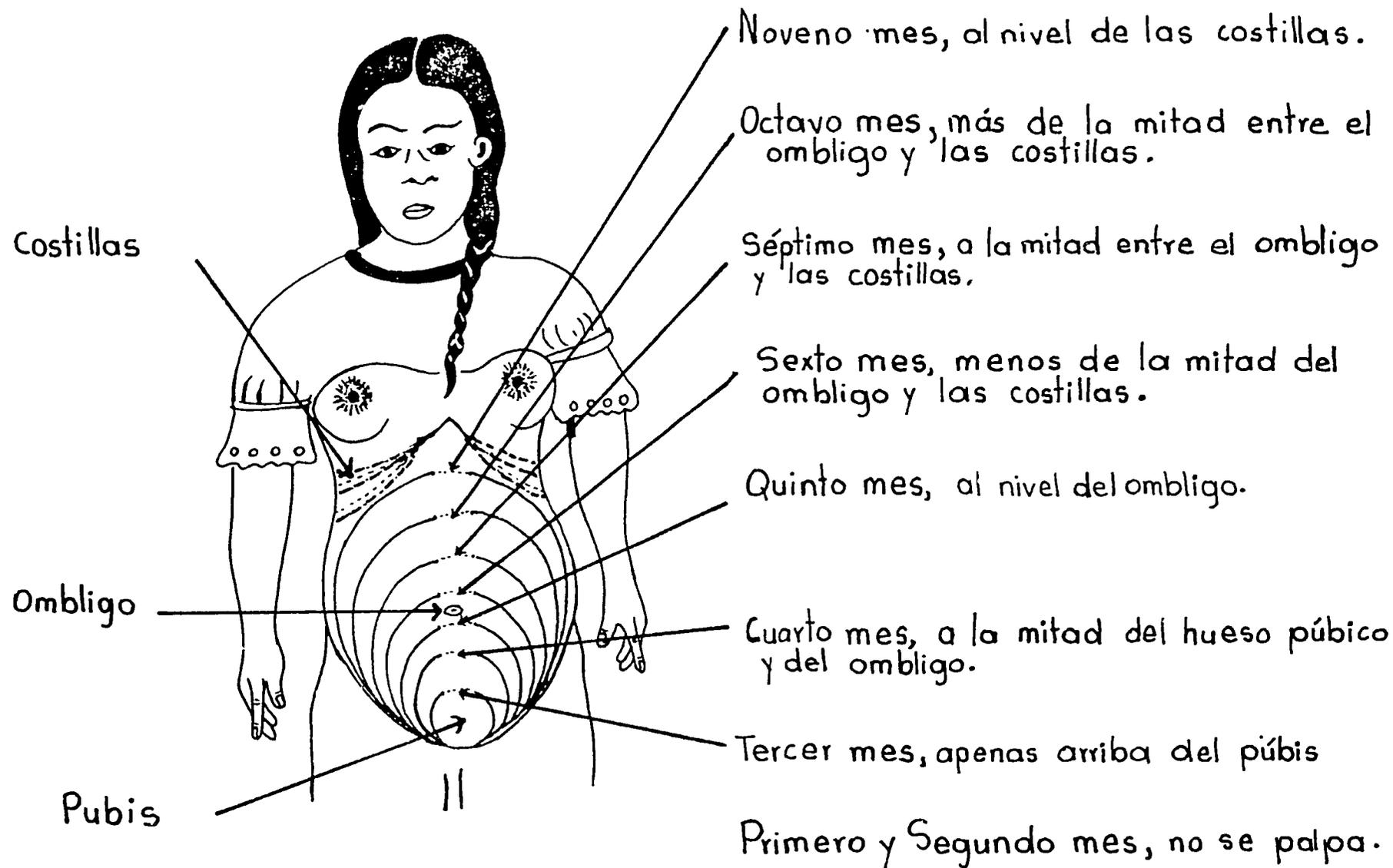


Como Puede Cambiarse la Presentación del Niño que viene sentado y Transversa

1. Entre los niños que nacen diariamente, 95 vienen de cabeza, es el nacimiento normal, más fácil para la madre y seguro para el niño.
2. Cuando descubrimos palpando la matriz en el séptimo mes que un niño viene sentado (de nalgas o atravesado) debemos aconsejar a la madre así: Ponerse de rodillas e inclinarse con la cabeza sobre los brazos en el suelo, quedarse en esta posición por 10 minutos 2 veces al día.
 - Es bueno tener una hora fija para hacer el ejercicio para no olvidarse: 10 minutos antes de almuerzo y 10 minutos antes de cena.
 - Hacer esto todos los días, hasta que el niño se ponga cabeza abajo. Por lo menos 4 a 6 semanas.
 - Es la misma posición que dá alivio al dolor causado por almorranas o várices del ano durante el embarazo.
 - Si se prefiere se puede lograr lo mismo acostado con las caderas elevadas como una cuarta y media más alta que la cabeza.

La mayoría de los niños se voltean cuando uno es fiel a los ejercicios.

Calculando la Edad del Embarazo: según la altura que alcanza el útero o matriz al palpar (tocar) el vientre de la madre; se calcula la edad del embarazo así:



Calculando la Fecha de Nacimiento de un Niño.

Preguntar a la embarazada la fecha que vio la última regla; a esta fecha que nos diga: _____ se le suman 9 meses y a esta fecha se le suman 7 días. El resultado es la fecha probable del parto.

Ejemplo:

Primer día de la última regla	más nueve meses	más siete días (esta es la fecha probable)
6 de mayo de 1982	6 de febrero	13 de febrero de 1983
26 de febrero 1982	26 de noviembre	3 de diciembre
13 de agosto 1982		
2 de diciembre de 1982		
29 de julio de 1983		
7 de Septiembre de 1983		
12 de marzo de 1983		

El año 1982:

enero- febrero- marzo- abril- mayo - junio- julio- agosto- septiembre- octubre- noviembre
diciembre.

El otro año: 1983.

enero- febrero- marzo- abril- mayo- junio- julio- agosto- septiembre- octubre- noviembre- diciembre

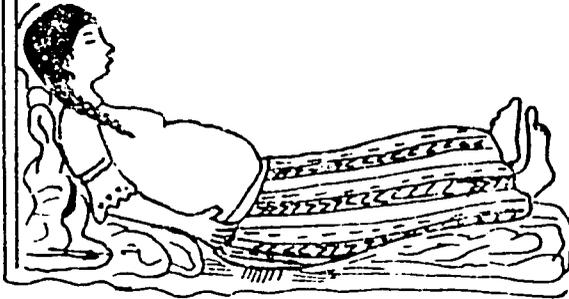
1983

26 Cuidados de la Madre Durante el Embarazo



Es muy importante que la mujer embarazada se considere una persona valiosa, porque el embarazo es una etapa especialmente significativa y emocional en la vida de toda mujer. Es por ello que debe poner todo su esfuerzo en verse y sentirse bien, y disfrutar de su experiencia al máximo. Debe estar muy clara de su sensibilidad y saberla usar, no debe hacerse la sufrida, usando su estado para tener ventajas o demasiadas atenciones de los demás.

Debe de tratar de alcanzar la salud mental a través de tener ocupada su mente por ejemplo: con alguna lectura, tejer lana, hacer bordado y caminar bastante.



Es importante orientarla sobre la conducta que debe seguir, indicarle lo que puede y no puede hacer, por ejemplo es frecuente que se canse con más facilidad que antes y debe descansar más tiempo de lo acostumbrado es mejor si lo hace acostada.



Es recomendable que se lave el pelo las veces que sea necesario para evitar parásitos (piojos y caspa). También es aconsejable peinarse todos los días y lavar el peine, especialmente cuando varios de la familia usan el mismo peine.

-Aseo General

Es mentira que la mujer embarazada no puede bañarse. Al contrario si se puede bañar todos los días es mejor, si no es posible, entonces 3 ó 4 veces por semana.

Al bañarse se cambiará de ropa. Después de bañarse o cambiarse de ropa se sentirá activa, contenta y animada a hacer el aseo del resto de su casa, especialmente de la cama para que duerma en ella cómoda y tranquilamente.

Al bañarse en los ríos, es mejor no sentarse en una reposadera sino echarse el agua con palangana para que no le entre microbios por sus partes. Las familias que tienen temascal, es recomendable mantenerlo limpio y sin cosas viejas allí guardadas.



-Cuidado con los Pezones o Punta de los Pechos.

Es muy importante que la señora aproveche el baño para la limpieza de los pezones y desde el séptimo mes del embarazo.

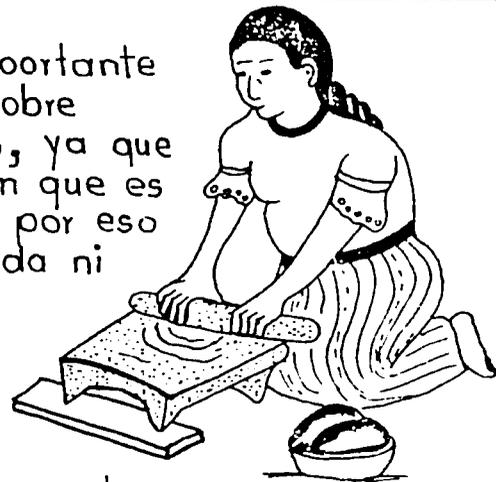
procure formarse el pezón y tener así menos problemas al dar de mamar, especialmente cuando es el primer embarazo porque es posible que tenga los pezones "invertidos" o sea hacia adentro, entonces hay que formarlos jalando la punta con los dedos para darles forma.



-Ejercicios:

Es muy importante orientar a la señora sobre lo que es un embarazo, ya que algunas mujeres piensan que es una enfermedad y que por eso ya no pueden hacer nada ni deben trabajar.

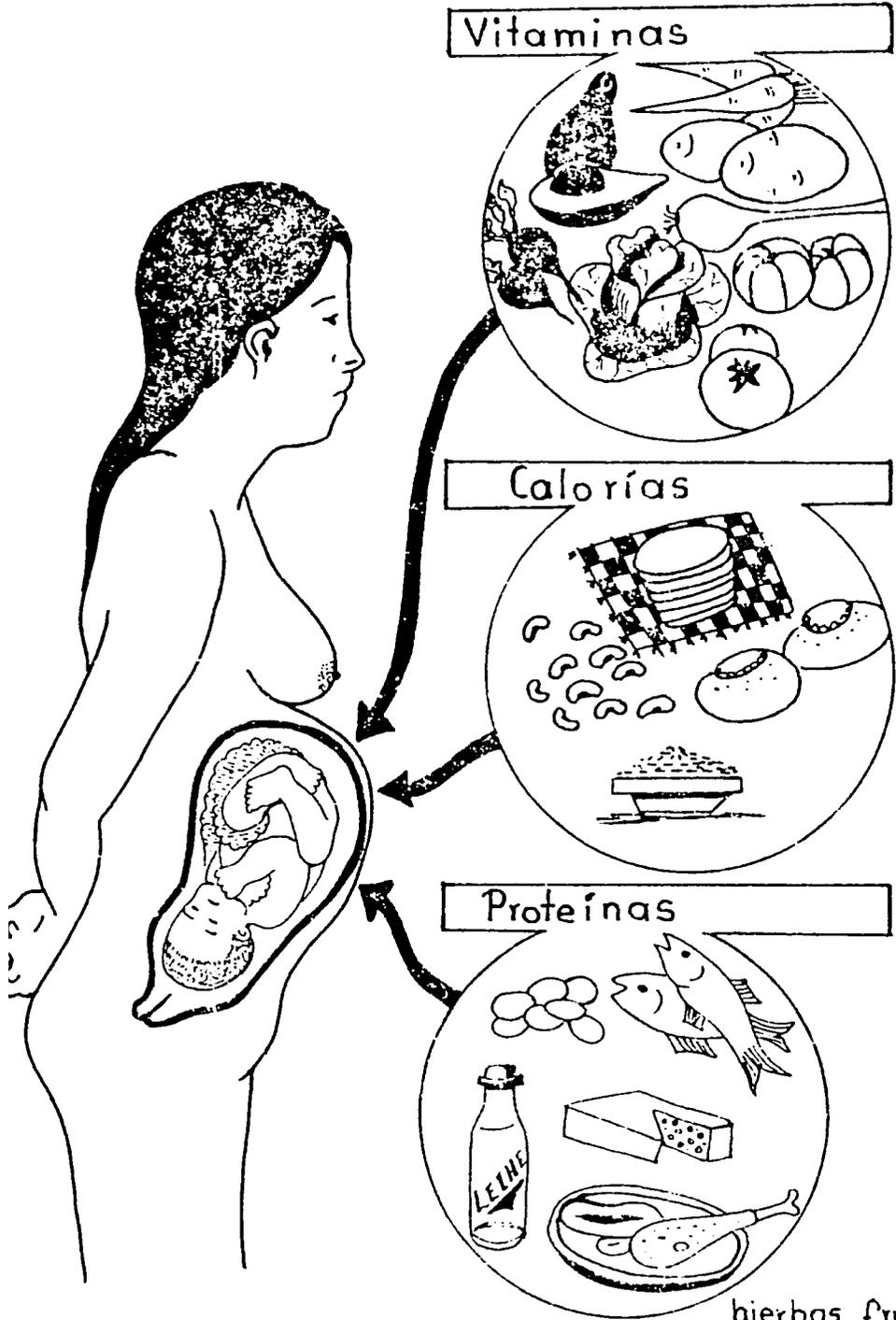
Es importante que la madre continúe haciendo sus tareas domésticas, ya que algunas le ayudan y le sirven de ejercicio.



-No levantar cosas pesadas

Tampoco se debe de abusar, porque hay tareas que la mujer embarazada no podrá hacer como los hacía antes cuando no estaba embarazada, ya que puede causarle problemas. Como ejemplo: transportar o levantar cosas pesadas.





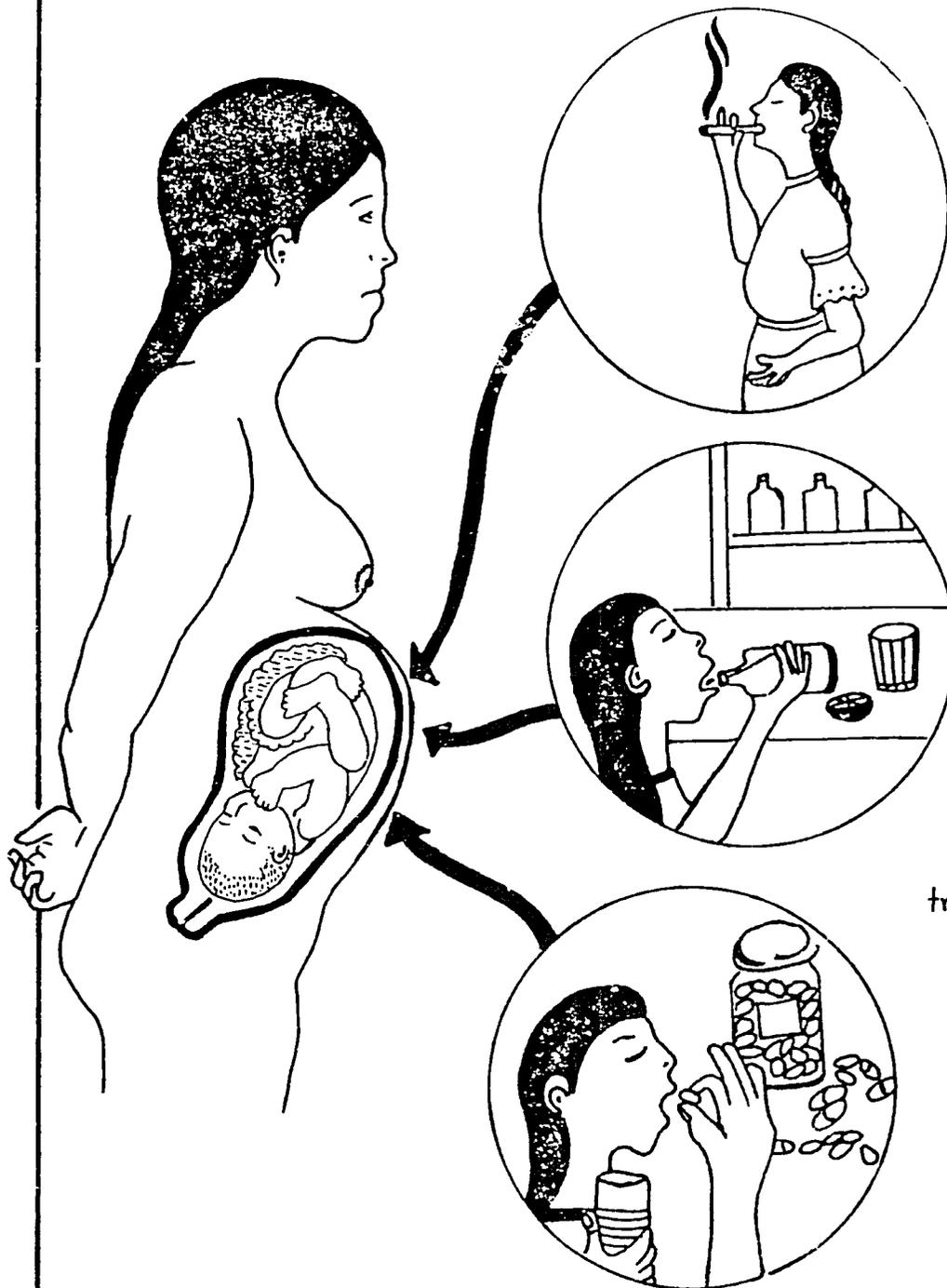
Alimentación de la Madre o lo que Necesita Comer:

Alimentarse bien no quiere decir comer mucho, algunas ideas que hay que recordar son:

1. Cuando hay un embarazo el cuerpo no sólo necesita más cantidad de alimentos, si no que también variedad de alimentos y muchos líquidos, si fuera posible leche.
2. Muchas mujeres toman vitaminas y píldoras con hierro para asegurarse que están obteniendo lo que necesitan para un buen embarazo, pero esto solo puede ser una ayuda "pero no puede reemplazar a la alimentación" "Lo más importante es saber alimentarse".
3. Nuestra comida debe tener alimentos de los tres grupos básicos: Proteínas, calorías y vitaminas.
4. Cuando la señora embarazada no tiene ganas de comer es necesario que comprenda que debe comer todo lo que pueda aunque sea en tiempos no acostumbrados (desayuno, cena etc).
5. Cuando la señora embarazada no tiene ganas de comer, las personas cercanas le animen y le den comidas que no siempre come, como: frutas, pan, frescos de frutas, tortillas tostadas.

6. Hay que animar a la embarazada a comer las hierbas, frutas que crece en su comunidad, que coma más frijol de lo acostumbrado, que tome atol de maiz, haba etc.

Debe Evitar: tomar trago, fumar cigarro y medicina innecesaria



La salud y el crecimiento del niño durante el embarazo "depende en su mayoría de lo que la madre come, ya que todo es pasado a través de la placenta al niño.

- Tomar trago o cusha seguido, no es bueno ni para la madre ni para el niño, lo mismo sucede con el cigarro, según estudios que se han hecho.
- Antes de tomar cualquier medicina la madre deberá informarse de los efectos que tal medicina podría ocasionar en el crecimiento del niño.
- Si es necesario tomar medicina es importante que avise de su estado de embarazo a la persona que le recete para ver si no es necesario hacer algún cambio.
- Usted puede vivir sin los cigarros, sin el trago y sin medicinas que no ha recetado algún médico durante su embarazo y mientras dá de mamar al niño, porque varios problemas de salud pueden venir por estas cosas que no son necesarias.

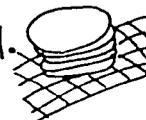
30 Molestias Normales Durante el Embarazo

Asco, náuseas o vómitos en los primeros 3 meses



Consejos

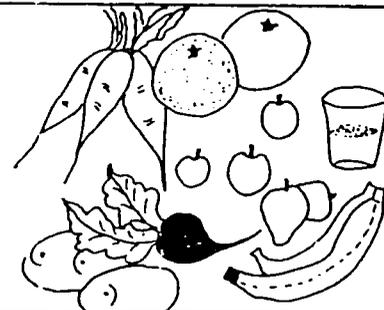
- Puede ayudarse comiendo alimentos secos como: pan, tortillas tostadas sin café antes de levantarse en la mañana.
- Comer varias veces al día en vez de 3. Puede ser mental.
- Si es por infección en la garganta que haga gárgaras de limón.
- Orientar a la señora que el asco no sigue después de los 3 Primeros meses.



Estreñimiento o dificultad para ensuciar



- Le ayuda el comer:
- Frutas y verduras frescas.
 - Tomar suficiente líquidos.
 - Hacer ejercicios.
 - No usar purgante si no es ordenado por un médico.
 - Tomar agua en ayunas.



Ardores (acidéz) en el estómago.



- Comer por poquito pero varias veces al día.
- No comer cosas con muchos irritantes como: grasas, chile, café etc.
- Tomar un antiácido.
- Tomar leche.



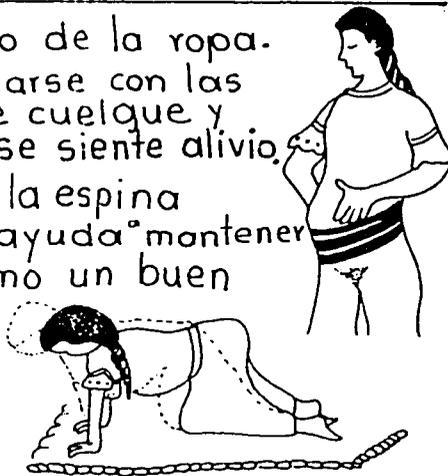
Dolor de cintura o de espalda.

- Puede ser por infección urinaria. Esta se asocia muchas veces con baja presión.

Las personas se desmayan de dolor.



Usar faja para sostener la matriz debajo de la ropa. Para el dolor de la espalda puede: hincarse con las manos en el suelo para que el vientre cuelgue y el niño se acomode, se reparte el peso y se siente alivio. Entre las dos manos se balancea sobre la espina dorsal (columna) sin forzarse. También ayuda mantener una buena postura del cuerpo así como un buen masaje en la espalda. Si hay infección urinaria, dar ampicilina 3 veces al día por 15 días 500 mg. Tomar 2 o 3 litros de líquido.



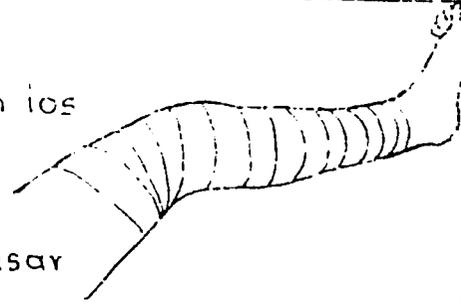
Enfermedades que se Presentan Durante el Embarazo:

Várices: (venas inchadas) en las piernas.

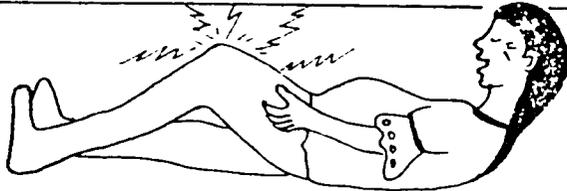


Consejos:

- Descansar varias veces al día con los pies elevados.
- Vendarlas durante el día hasta la rodilla si hay mucho dolor.
- Quitar la venda durante la noche o usar vendas elásticas.



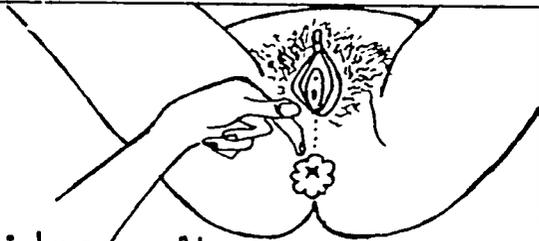
Calambres Frecuentes en las piernas.



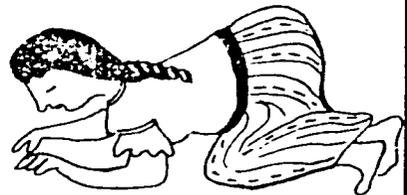
- Se puede hacer presión en la planta de los pies, con las piernas extendidas.
- Un familiar puede sobar las piernas con pomada balsámica.
- Ponerle lienzos calientes sobre la parte adolorida dos veces al día durante 15 minutos cada vez.



Hemorroides o Almorranas
(várices en las venas del ano)

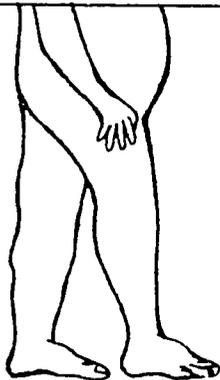


- Ponerse lienzos de agua fría o sal inglesa
- Tomar esta posición para descansar.
- Comer bastantes verduras y frutas.
- Tomar muchos líquidos para ensuavecer el popó.



Hinchazón de los pies

(si es por la tarde es normal). Si amanece con los pies hinchados avisar al médico.
- Si la hinchazón es permanente puede ser por desnutrición.

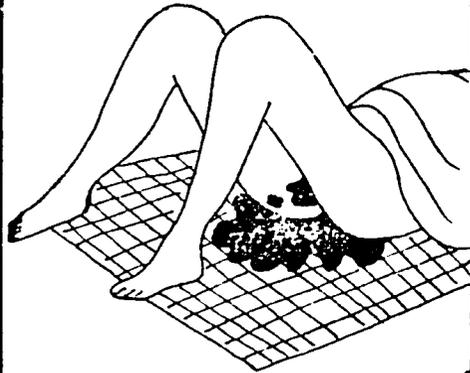


- Si es por la tarde, descansar varias veces al día con los pies en alto.
- Si amanece con la hinchazón, llevarla al médico.
- Comer huevo, carne, pescado y verduras
- Tomar multivitaminas.



Peligros Durante el Embarazo

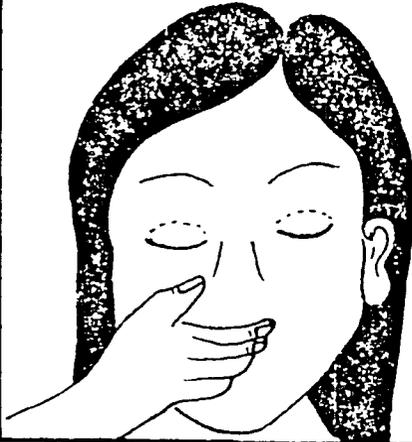
Hemorragia; por más de un día o salida de cualquier flujo o líquido. Durante los primeros dos o cinco meses.



Puede ser Amenaza de "Aborto"; hacer lo siguiente:

- Reposo absoluto en cama, hasta que ya no haya salida de sangre.
- Llevarla al médico.
- Si no hay médico darle Fenobarbital 32 miligramos una tableta pequeña 3 veces al día.
- Si no deja de sangrar se trata como parto y se lleva al hospital.

Vómitos de día y de noche que tarda más de 3 meses. Retorcijones cerca de la boca del estómago.



Hacer lo siguiente:

- Como es muy fuerte, ir al médico o al centro de salud.
- Ver que la madre se alimente.
- Vigilar por deshidratación.
- Vigilar que no resulte ser intoxicación del embarazo, de ser así repórtelo inmediatamente.

- Dolor moderado de la cabeza por falta de vitaminas y alimentos.
- Dolor muy fuerte de cabeza
- Colambres, atarantamiento en los últimos 3 meses de embarazo.
- Puede ser signo de aborto espontaneo por muerte fetal o por pre-eclampsia.



Hacer lo siguiente:

- Como es muy fuerte y no es normal llevarla al médico o al centro de salud de inmediato, puede ser pre-eclampsia, esto causa la muerte del niño y de la madre.
- La embarazada no debe tomar aspirina para el dolor. Mejor usar Acetaminofen.
- Tomar multivitaminas, 1 tableta cada día por lo menos por 1 mes.
- .. Mejorar la dieta.

Peligros que Necesitan Atención Médica Inmediata En los 3 Ultimos Meses

Toxemia o Intoxicación del Embarazo.

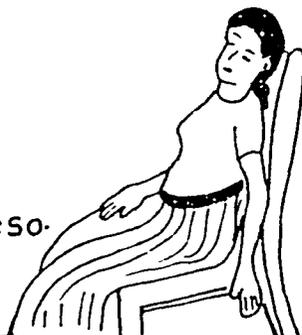
- Orina muy poco al día.
- Siente muchas molestias al orinar.
- La orina puede ser de un color muy subido.



Qué hacer:

si se hincha todo el cuerpo llevarla al médico o centro de salud.

- Aumenta la presión sanguínea.
- Puede sentir mareos y desmayos fuertes.
- Puede aumentar muy rápido de peso.



- De ser posible control constante de la presión de la sangre.

- Explicar a la embarazada que todos éstos síntomas indican un veneno, el cual puede causarle la muerte.

- Hinchazón de los tobillos, los pies, las manos, los párpados y la cara.

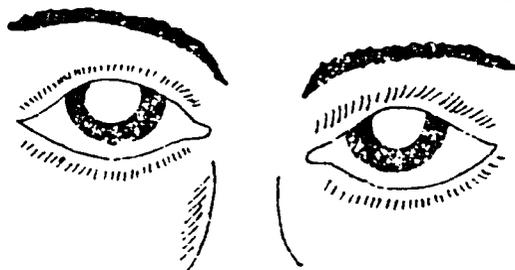


Explicar a la madre que con cualquiera de éstos síntomas ella puede convulsionar y morir.

- La partera o el promotor pueden evitar esto y salvar la vida de la madre y el niño si se la llevan de inmediato al médico.

Trastornos de la vista.

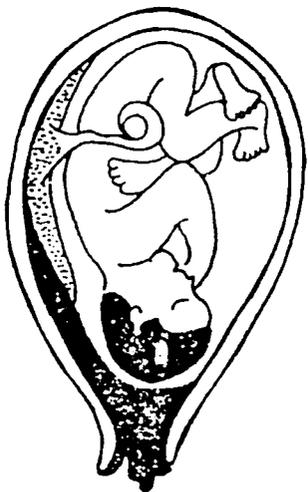
- Mancha ante los ojo
- oscurecimiento de la vista nublada o borrosa



Por esta señal junto con las de arriba, se hacen necesario llevar a la señora al médico inmediatamente.

Peligros que Necesitan Atención Médica Inmediata en los 3 Últimos Meses de Embarazo

Desprendimiento Prematuro de Placenta



Es la separación de una parte o de toda la placenta de su lugar de Implantación o donde se pegó, esto es antes de que nazca el niño. Puede producir hemorragia de la placenta total o parcialmente desprendida, o permanecer oculta la sangre. La madre siente dolor, desmayos, el útero en lugar de encontrarse blando se siente duro al tocar el abdomen.

Si está escondida la hemorragia se junta en el fondo de la matriz y no se ve, además de que la señora siente fuerte dolor de abdomen, ésta se pone cada vez más duro y tieso, el pulso es rápido y débil, la señora se pone pálida, se pone desesperada, suda frío y puede desmayarse.

Consejos y Tratamiento



- Llevarla al hospital inmediatamente.
- Colocarla en la camilla, con la cadera mas alta que la cabeza y los pies cruzados.
- Llevar líquido para que tome la señora en el camino.

Desprendimiento Prematuro de Placenta "con sangre oculta"

Placenta Previa:



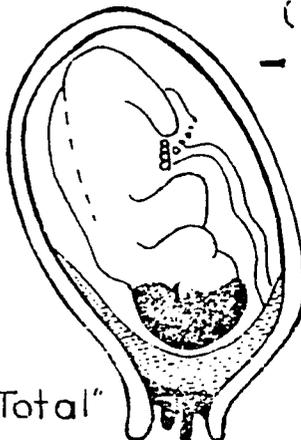
Hay sangrado vaginal, sin dolor, ni calentura.
Maneras:

Placenta Previa Parcial:
sólo se encuentra cubriendo una parte de la abertura cervical.

Placenta Previa Total:
Es la que se encuentra cubriendo toda la abertura cervical de la parte más baja del útero.

Consejos y Tratamiento

- Enviarla inmediatamente al hospital.
- Acomodarla en camilla con la cadera elevada y los pies cruzados.
- Llevar líquidos para que la madre tome en el camino.
- No poner lavados porque aumenta la hemorragia.
- No examinar vaginalmente a la paciente (no meter la mano).



- Toda paciente que sangra aunque sea (gotas o manchas) en la última mitad del embarazo, hay que llevarla de inmediato al hospital para ser atendida por un médico.

"Total"

Parto: Milagro de la vida!

Comienza cuando el embarazo termina y cuando empiezan los dolores; termina cuando nace la compañera del niño o Placenta. Todo este tiempo se llama también Trabajo de Parto.

El trabajo de Parto se divide en tres partes o períodos llamados:

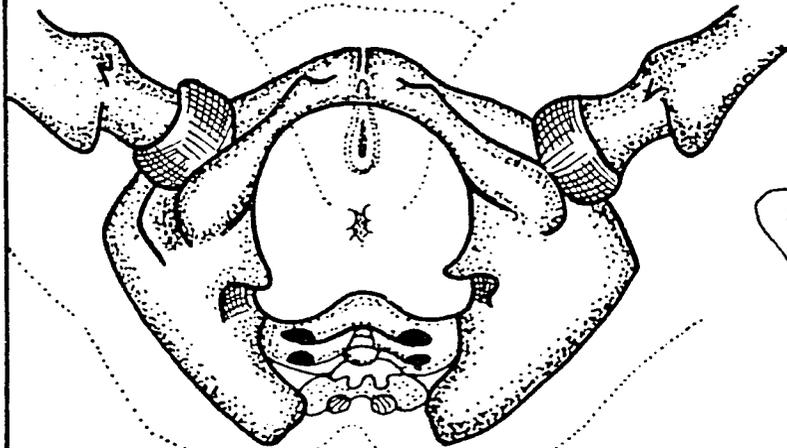
1. Primer Período
2. Segundo Período
3. Tercer Período

Primer Período:

Normalmente en las primíparas (primer niño) tarda de 12 a 24 horas y en las multiparas (varios hijos) de 8 a 12 horas. En éste período sale moco por la vagina que viene de la orilla del útero o cérvix, donde sirvió de tapón, es de color blanco-rosa, si trae sangre viva es anormal y hay que buscar ayuda médica, si se traslada a la señora hay que llevarla acostada y con las caderas levantadas.

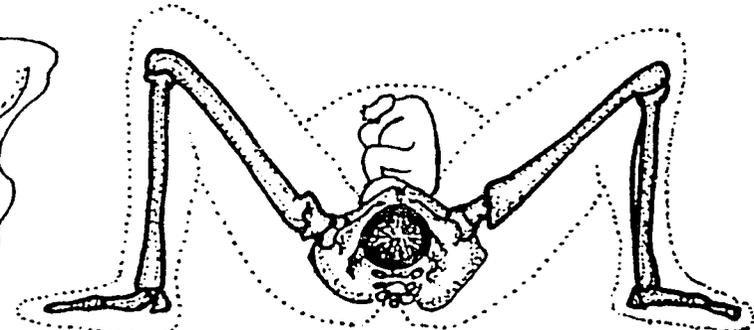
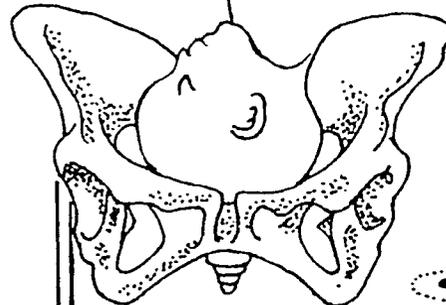
Este período comienza con las contracciones o dolores; hay contracciones falsas y contracciones verdaderas, no hay que confundirlas. Las falsas son ensayos que hace la matriz en el último mes de embarazo, es pareja la fuerza del dolor y la tardanza cada vez que se repiten; el tiempo entre dolor y dolor es disparejo. En cambio en el verdadero se repiten a tiempo parejo y va disminuyendo entre dolor y dolor, hasta llegar a 3 contracciones en 10 minutos; cada vez tarda más, cada vez duelen más.

Pelvis: hueso por donde pasa el niño para poder nacer y salir al mundo exterior

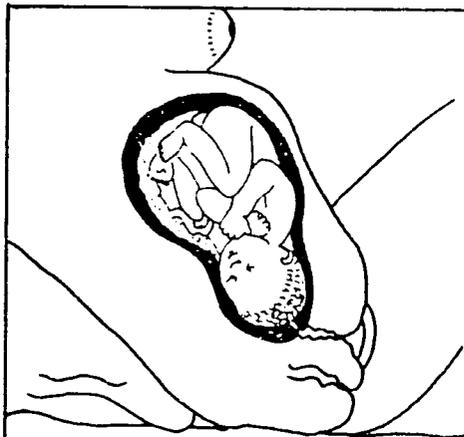


Encajamiento del Niño:

quiere decir, entrada de la cabeza del niño a la pelvis. En primíparas sucede 2 semanas antes del parto, en multiparas sucede al comenzar las contracciones o dolores.



Parto Normal



Primer Período: comienza con los primeros dolores y termina con la dilatación completa del cuello del útero. Decimos que hay dilatación completa cuando el cuello tiene 10 centímetros o más de diámetro.

1. Decimos que ha comenzado el primer período cuando empieza a dilatarse o abrirse el cuello del útero; por el poder y las fuerzas de las contracciones el niño es empujado contra el útero para poder salir.
2. Al principio las contracciones o dolores comienzan como retorcijones rápidos en la parte baja de la espalda, son suaves, cortos y corren hacia adelante.
3. Conforme va avanzando el trabajo de parto, los dolores son más fuertes, más largos, y vienen seguidos.
4. La señora debe respirar profundo cuando vienen los dolores.
5. No debe pujar.

Segundo Período: comienza con la dilatación completa del cuello, 10 centímetros o más de diámetro y termina con el nacimiento del recién nacido.

→ Se rompe la fuente o bolsa de las aguas (el líquido en el cual ha estado el niño durante los nueve meses de embarazo). No es ninguna señal para empezar a pujar, porque otras veces se rompe con 4 o 5 centímetros de dilatación y otras veces se rompe cuando ya va a salir el niño.

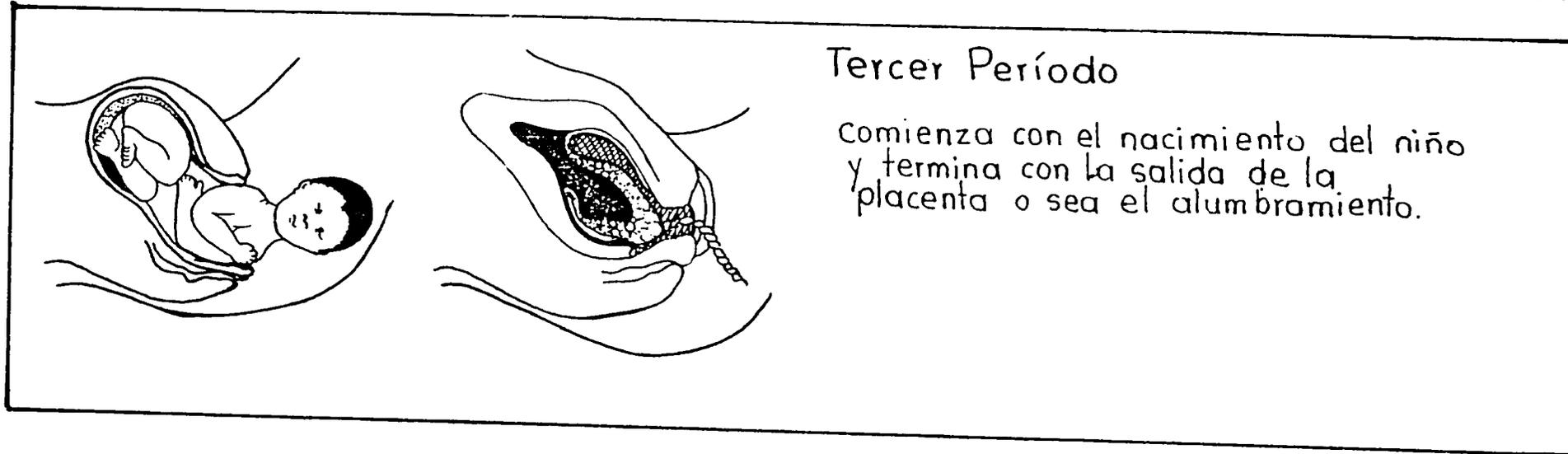


→ Unas veces la fuente se rompe y paran las contracciones, ya no sigue el trabajo del parto. Se puede esperar hasta 24 horas si no hay dolor.

- Para evitar una infección de la matriz y del feto, se puede dar 500 miligramos de ampicilina cada 8 horas después de haberse roto la fuente si el trabajo de parto no continúa.
- Cuando ya se ha roto la bolsa no se debe introducir la mano en la vagina, evitando así llevar una infección a la matriz.
- Las contracciones o dolores han hecho su trabajo, han ayudado a abrir el cuello uterino completamente (10 centímetros) el niño está listo para abandonar su nido y salir a conocer el mundo exterior.
- Cuando el cuello uterino está completamente abierto la señora tiene estas señales:

- ganas de hacer fuerza.
- Empieza a temblar.
- Los dolores vienen más fuertes y seguidos.

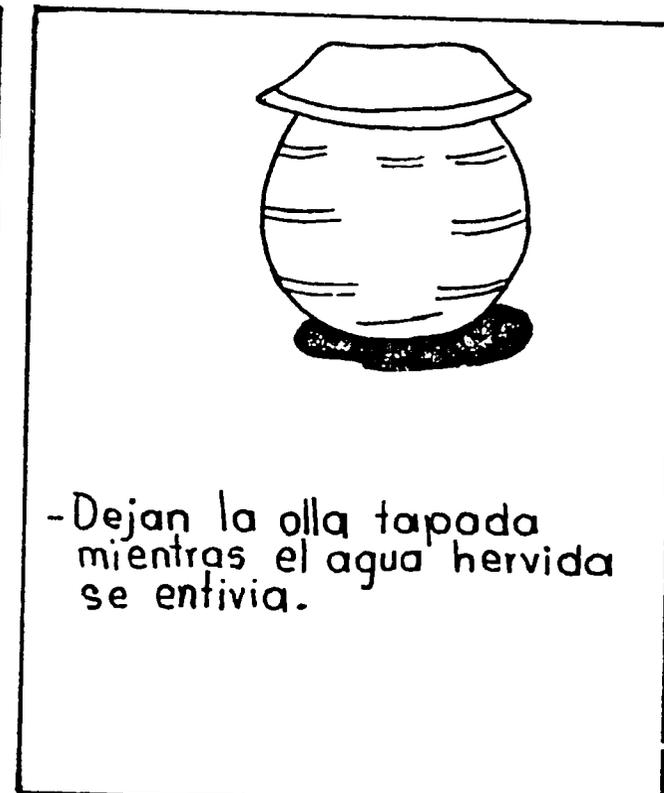
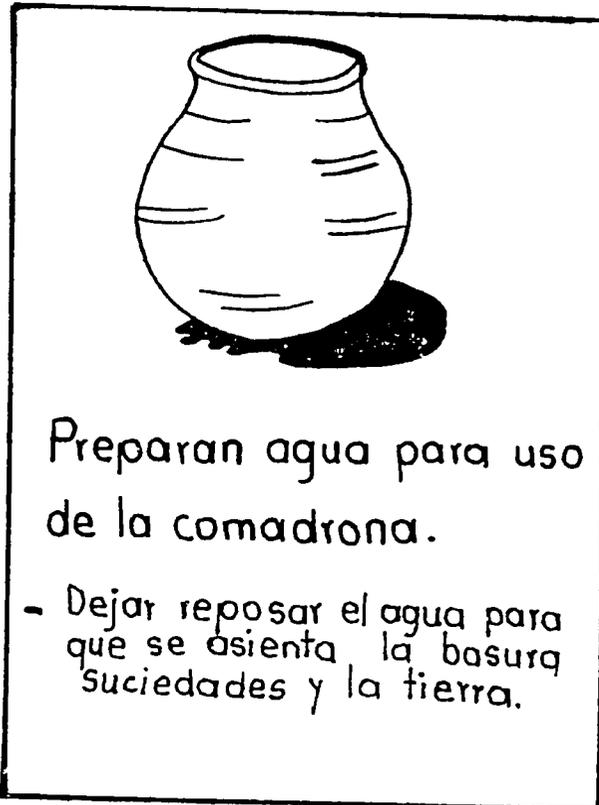
- Puede arrojar.
- Siente que va a morir.
- ganas de hacer popó.



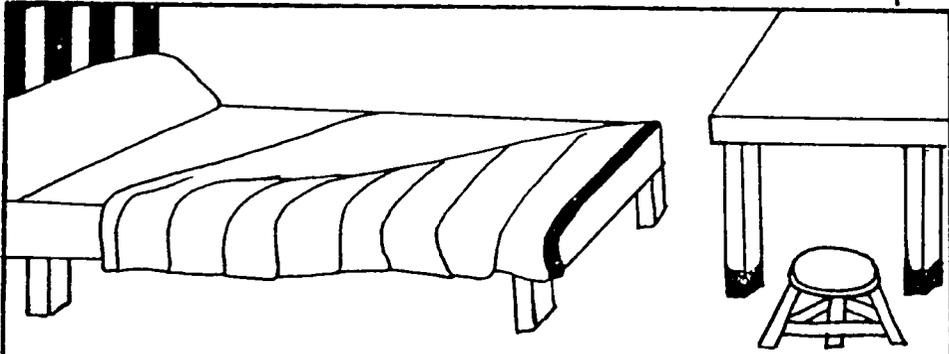
Tercer Período

comienza con el nacimiento del niño y termina con la salida de la placenta o sea el alumbramiento.

Primer Período del Parto: lo que hace la madre y los familiares.

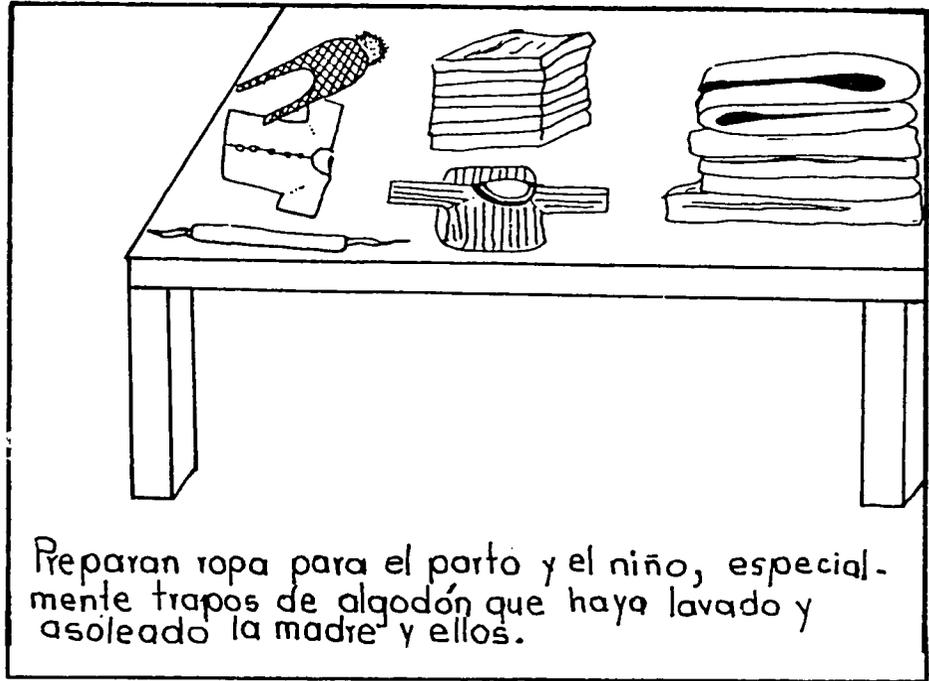


38 Primer Período: Lo que hacen los familiares.



Preparar el cuarto y la cama donde va a dar a luz la madre; así:

- limpiar
- Poner suficiente luz
- quitar las cosas que estorban a la madre y comadrona y poner una mesa o silla donde colocar el equipo a utilizarse.



Preparan ropa para el parto y el niño, especialmente trapos de algodón que haya lavado y asoleado la madre y ellos.

Primer Período: Lo que hace la madre al principiar los dolores.



La madre se baña y se pone su ropa limpia y floja (bata, camión de manta) y así estar lista y cómoda para el parto.



Toma bastante líquidos por ejemplo: atoles, limonadas, jugos de frutas si es posible alguna sopa, caldo.



Si no aumenta los dolores, que siga haciendo sus oficios como entretenimiento y no estar angustiada.

Primer Período: Lo que hace la madre cuando los dolores aumentan.



Tratará la madre en lo posible, de orinar, defecar, en este primer período, para dejar más lugar a la salida del niño.



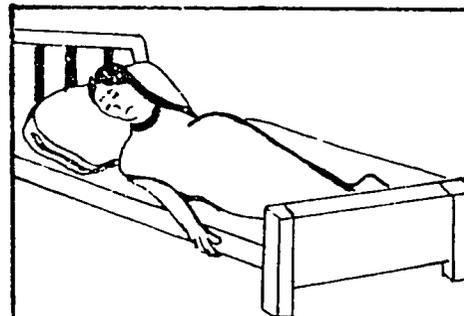
Sigue caminando, aconsejarle cuando tiene contracciones que sus respiraciones las haga despacio y profundas.

Todavía no debe hacer fuerza.



Ella trata de aflojar todo su cuerpo para facilitar el trabajo de la matriz.

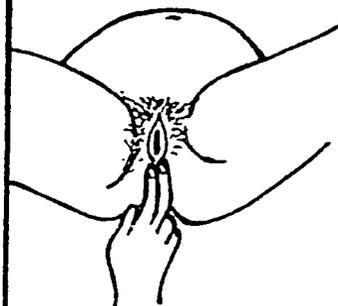
Respira hondo y despacio con cada contracción.



Al romperse la bolsa de las aguas, acostarse para evitar que pueda salirse el cordón y entren microbios.



La madre en este momento, no deberá hacer fuerzas, éstas son para el segundo período.

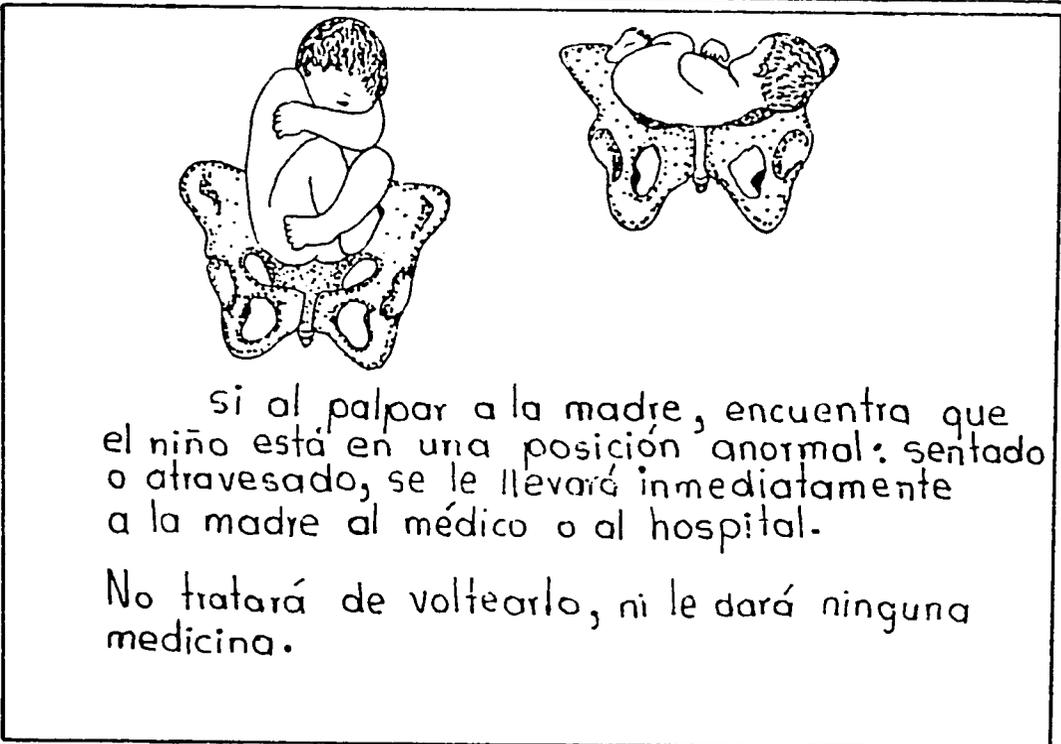
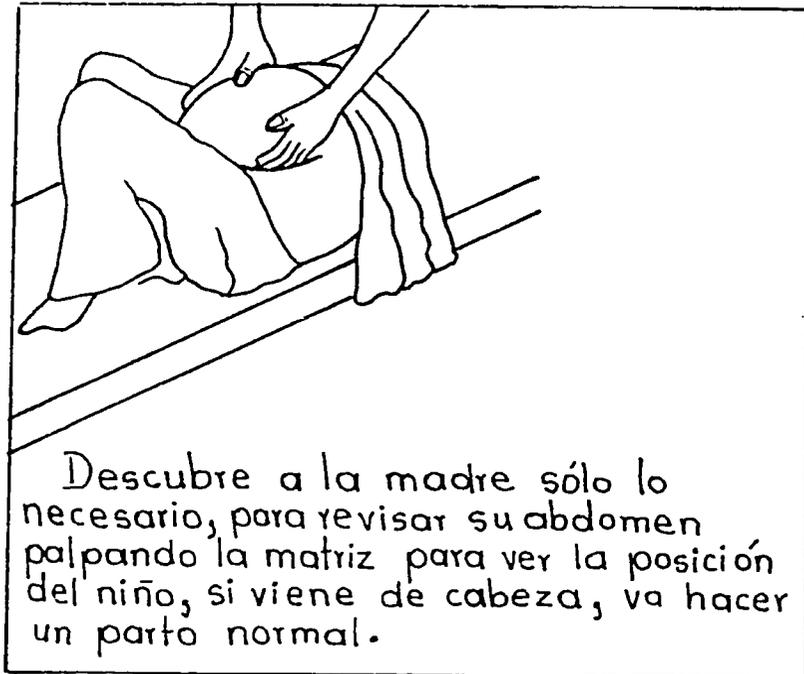


Tampoco debe permitir que la comadrona, promotor o persona que atiende el parto meta los dedos en la vagina (puede causar infección) porque la bolsa de aguas ya se rompió.



La madre ya no debe comer nada.

Primer Período: Lo que hace la comadrona o persona que atiende el parto.



Revisa su equipo: para ver si está completo y listo.



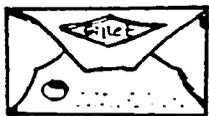
muchos trapos limpios



un jabón para limpieza de sus manos.



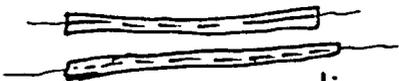
un cepillo limpio para lavarse las manos y uñas.



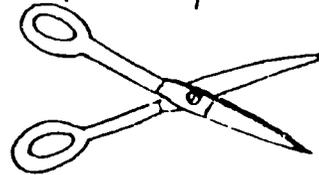
cuando no hay tijeras se usa una hoja nueva de rasurar bien hervida para cortar el cordón.



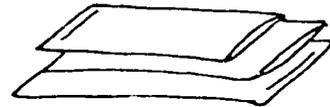
gotas para los ojos del recién nacido.
Argirol (nitrato de plata).



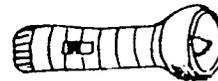
Listones fuertes de trapo limpio, seco.



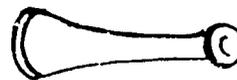
Tijeras limpias y sin moho hervirlas para poder cortar el cordón.



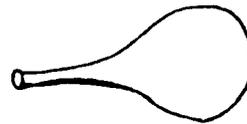
gasa esterilizadas o parches de tela bien limpios y planchados para tapar el ombligo.



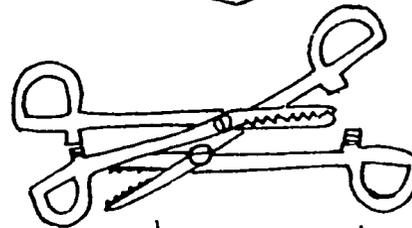
una lámpara o foco de mano, por si no hay buena iluminación.



Fetoscopio de madera, para escuchar los latidos del corazón del niño.



Perilla o bombita para chupar lo que trae el niño en la boca y nariz al nacer.



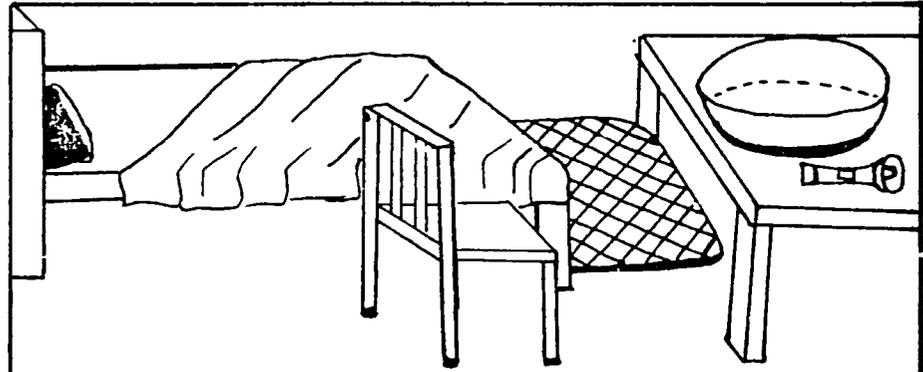
de ser posible 2 pinzas para pinzar el cordón, o para detener alguna hemorragia producida en una vena por un desgarro durante el parto.



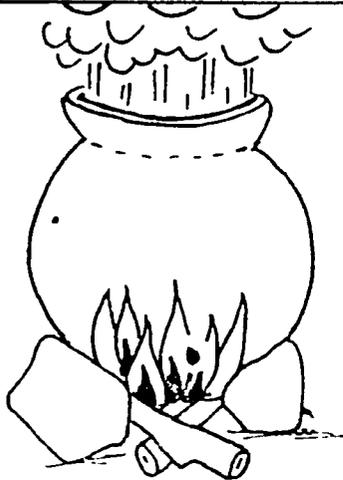
Agujas e hilo estériles para coser alguna rasgadura por si fuera necesario.



Como es natural la madre estará temerosa, la persona o comadrona que atenderá el parto la calmará, le dará confianza y seguridad, le asegura que todo va a salir bien.

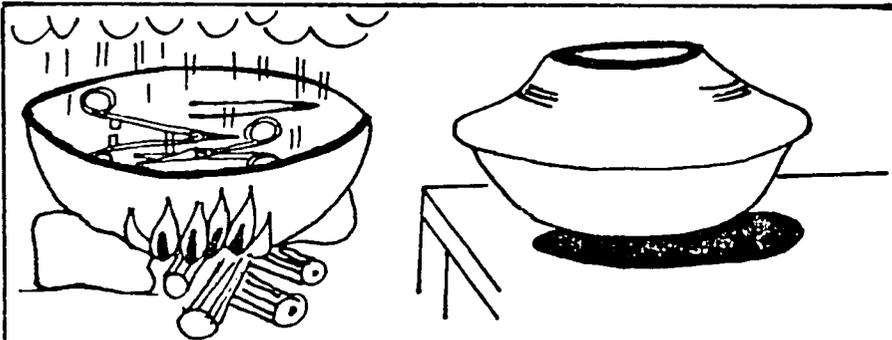


Ve y revisa que la casa esté preparada para el parto: Prepara el cuarto, la cama donde va a dar a luz la embarazada. Se fijará, de que haya luz y que sea ventilado, de ser posible amplio.



Pide ayuda a los familiares y al esposo para que haya suficiente agua caliente, para los aseos de la madre y las manos de la comadrona.

Deberá pedir que se prepare suficiente agua para utilizar después del parto, tanto para el niño como para la madre; ya que los 2 necesitan limpieza.



Después de hervir las tijeras o la hoja de rasurar y los trapitos para limpiar la boca del niño al nacer, se guarda en un trasto limpio (hervido).

Segundo Período del Parto:

- Empieza con la dilatación completa del cuello del útero o matriz y termina con el nacimiento del niño.
- En las primigestas tarda de 1 a 3 horas, en multíparas de 5 minutos a 1 hora.
- En este periodo las contracciones o dolores vienen más seguidos, más fuertes y duran más.
- En este periodo nace el niño, por eso se dice que es el periodo que Trae al Niño.

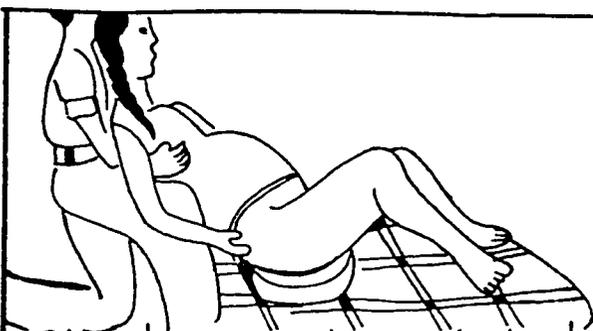


Mejor si está presente el esposo para ayudar a apoyar a la madre.



Al comenzar este período, la madre tiene estas señales:

- ganas de hacer fuerzas
- ganas de hacer popó.
- suda
- se desespera
- tiemblan las piernas.



Si este segundo período tarda mucho, la madre debe aprovechar para orinar, así dejará más espacio en su organismo para que el niño pase.

"La madre": escucha a la comadrona, para saber cuando debe de dejar de hacer fuerza y cuándo debe respirar con la boca abierta.

"Piensa en la alegría de tener a su niño, esto le ayuda a aflojar los músculos y traer al niño.



Segundo Período: Lo que hace la madre.



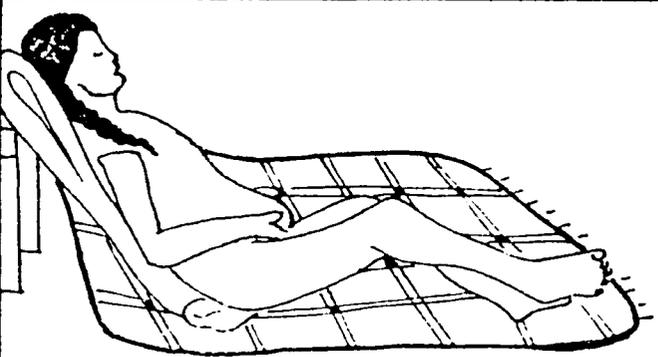
- Se va a la cama o petate y toma una posición medio sentada. Para facilitar de esa forma el nacimiento de su hijo.

El esposo puede sentarse detrás de ella para sostenerla, debe estar limpio para no contaminar el ambiente. Si no está él, se usa almohadas sobre una tabla para sostener la espalda de la madre.

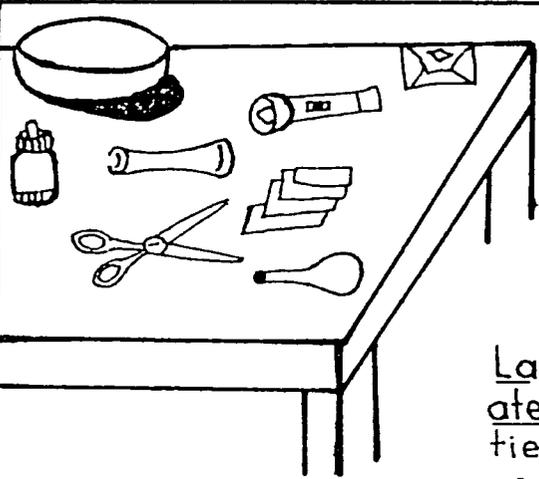


La madre: con cada contracción, respira profundamente, se coge de sus muslos, contiene la respiración y hace fuerza para abajo como que fuera a ensuciar, para ayudar así a la matriz a sacar al niño.

El esposo o quien le acompaña le limpia con trapo húmedo la cara.



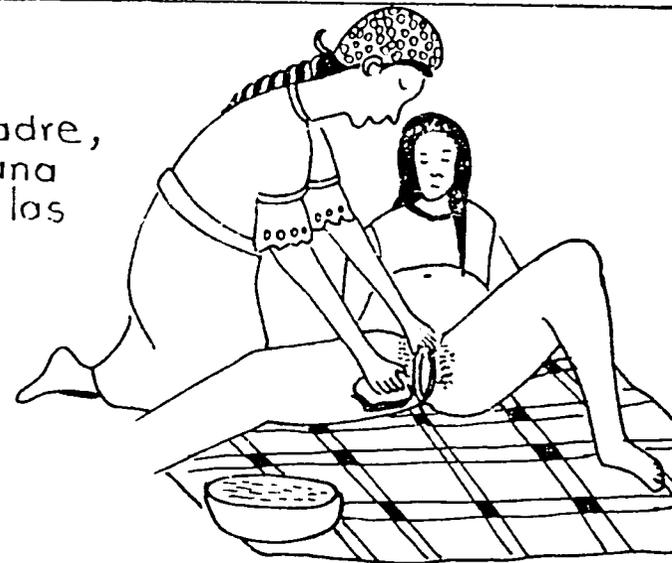
Al pasar la contracción o sea el dolor, la madre suelta sus músculos baja y estira las piernas (si quiere), respira bien y profundamente, descansa, duerme si es posible.



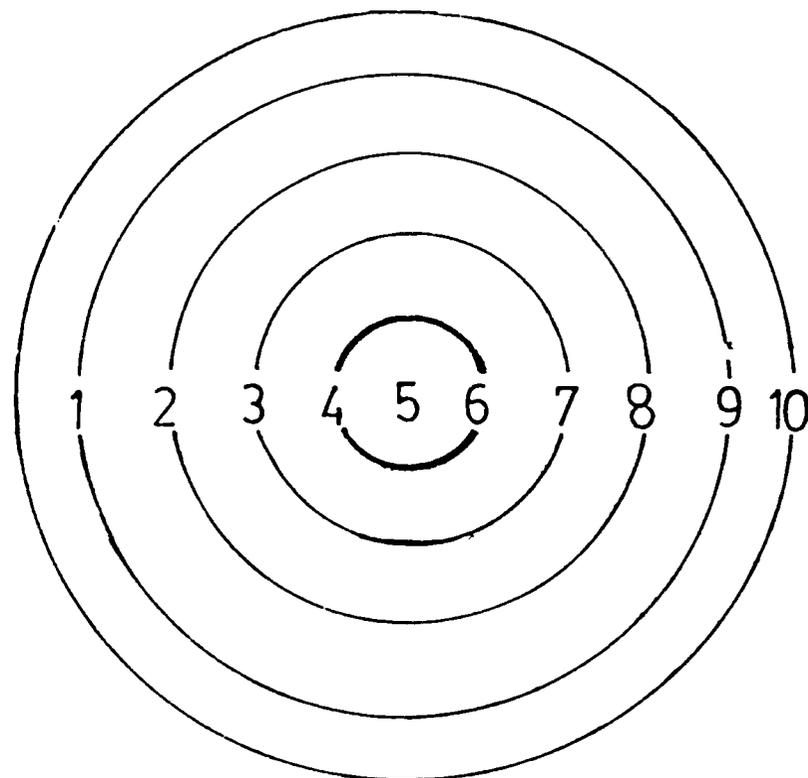
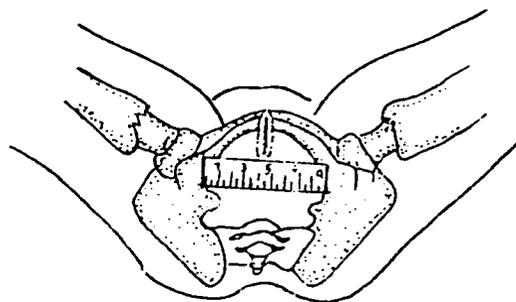
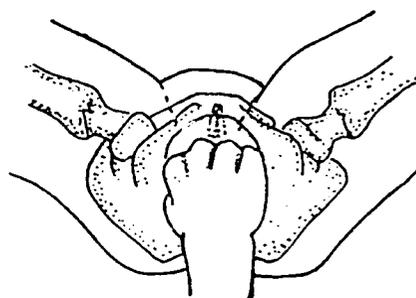
La persona que atenderá el parto: tiene todo lo que va a usar" listo o sea preparado para no correr a última hora. Tapar todo el equipo con un mantel o cualquier trapo limpio para que no se ensucie. Lo tendrá sobre una mesa o sea en alto, mientras nace el niño.

Preparación de la madre: se limpia las partes de la madre, con trapitos limpios, agua y jabón. Para esto puede usar una sábana o trapo con un nylon y colocarlo por debajo de las nalgas de la señora, para que allí caiga el agua.

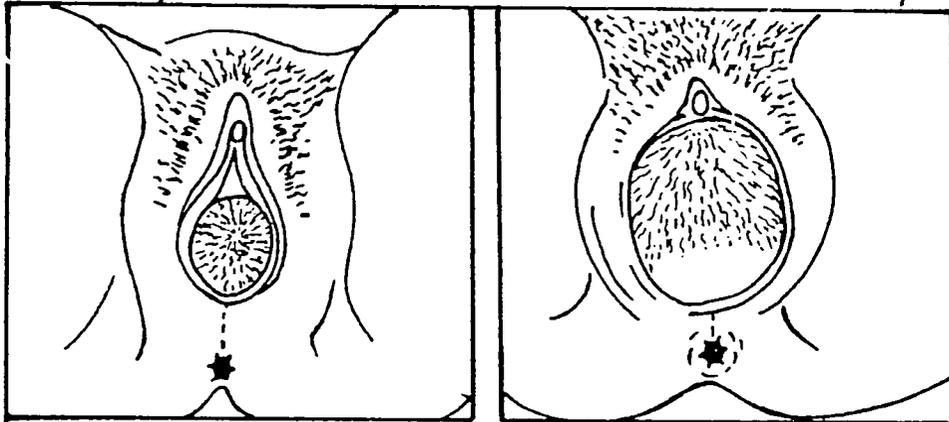
Debe hacer la limpieza de arriba hacia abajo.



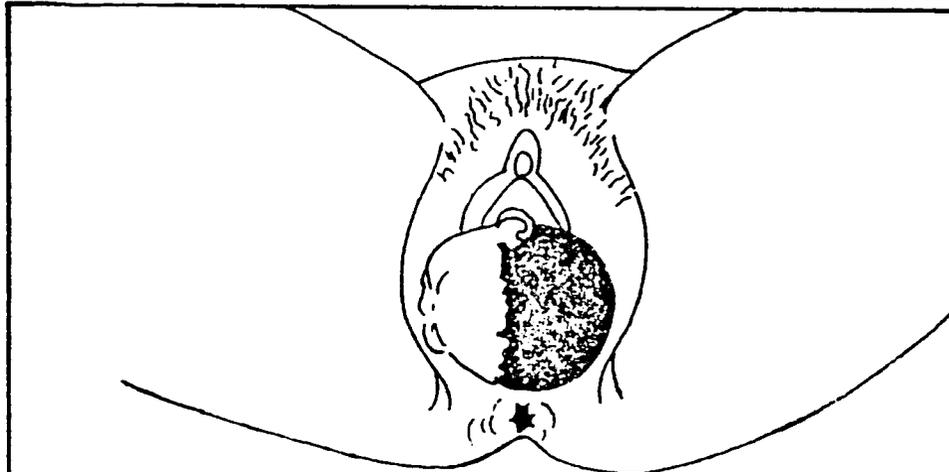
Las contracciones o dolores han hecho su trabajo, han ayudado a abrir el cuello uterino completamente (10 centímetros) el niño está listo para abandonar su nido y salir a conocer el mundo exterior.



46 Segundo Período (Trae al Niño) y lo que hace la Comadrona.



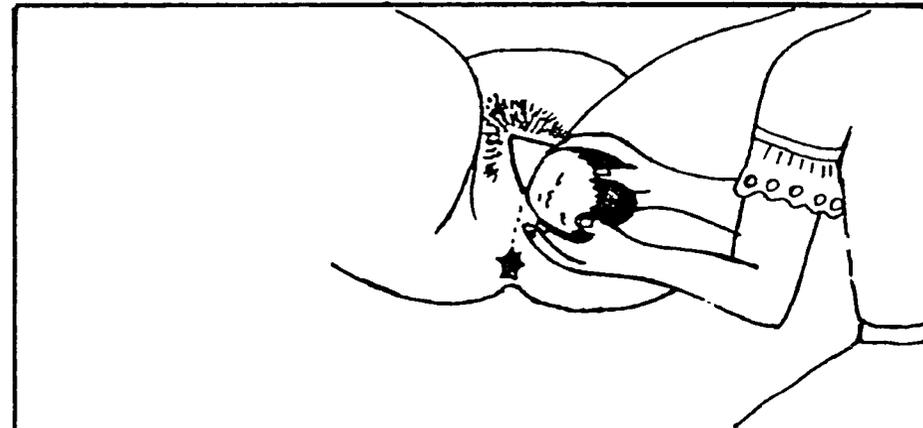
Con cada contracción o dolor se abulta la vagina y el periné, enrojece y brilla la orilla y luego aparece el pelo de la cabeza del niño, se abre el ano y se corona la cabeza del niño, esto se llama: Coronamiento. Si la cabeza ya está por salir y no se ha roto la fuente, hay que romperla con los dedos para que el niño pueda salir.



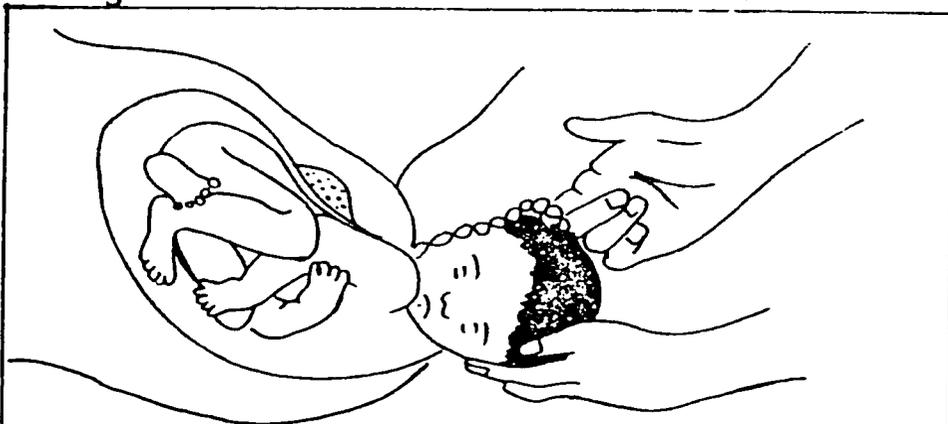
Se debe esperar a que voltee la cabeza del niño por sí solo. Recordar a la madre cuándo debe y cuándo no debe hacer fuerza. Debe seguir haciendo fuerza con los dolores y cuando no hay dolor descansar y respirar profundamente.



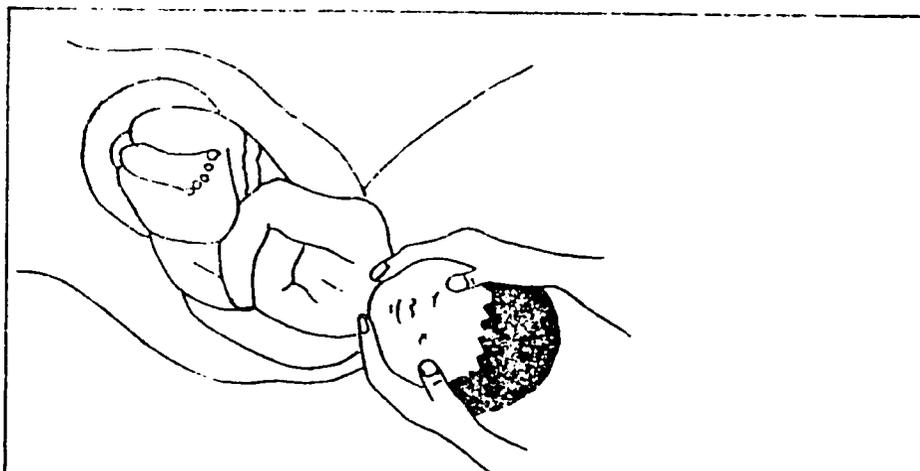
Al salir la cabeza ya no desaparece, sigue abultado el periné se apoya apretando con una mano, con trapo limpio, la parte baja del periné, para que no se rompa la piel; con la otra se detiene suavemente la salida brusca del niño. En este momento salió la cabecita boca abajo. Seguir apoyando el perineo, si salen heces, limpiar con otro trapito.



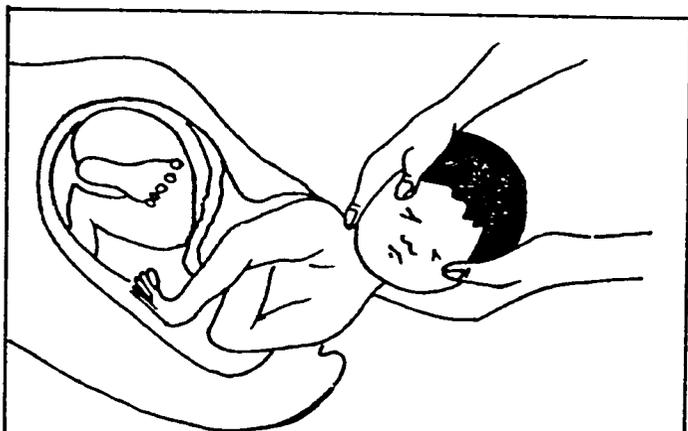
Al nacer la cabeza del niño debe sostenerla con las manos, para evitar que sangre, moco y popó puedan ensuciarlo y que lo aspire al empezar a respirar.



Si naciera con el cordón enrollado en el cuello, tratar de resbalarlo suavemente alrededor de la cabeza. Hay que tratar con mucho cuidado. El cordón no hay que jalarlo ni cortarlo.



Al voltear la cabeza, tomarlo con las dos manos, jalando suavemente para abajo liberando el hombro de arriba.



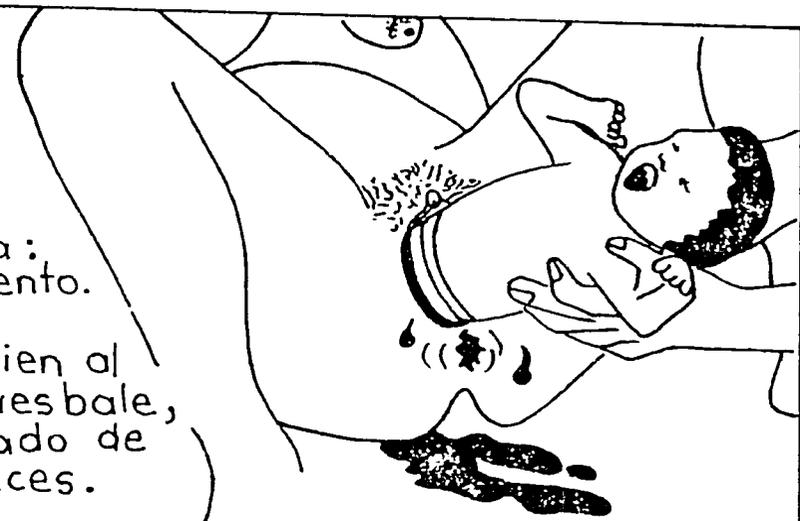
Levantarse ahora la cabeza para liberar el hombro de abajo

En seguida sale completamente el niño. Esto se llama: Trauma del Nacimiento.

Hay que cogerlo bien al niño para que no resbale, ya que viene bañado de mucho sebo a veces.

Hay que estar muy atento allanto inmediatamente que el niño nace porque esto nos indica que ha empezado a respirar, casi siempre lo hace sin problemas.

Aquí termina el segundo período del Parto.

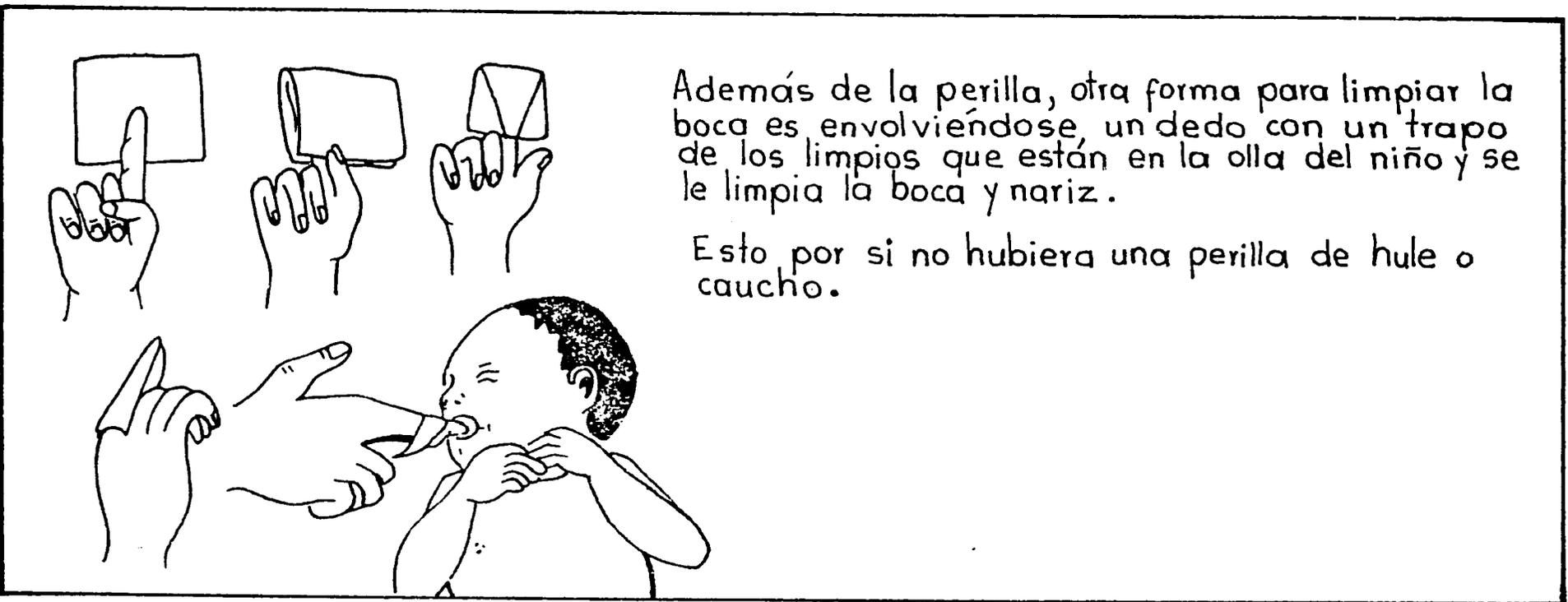


Cuidados al Recien Nacido.



Sacarle la Flema

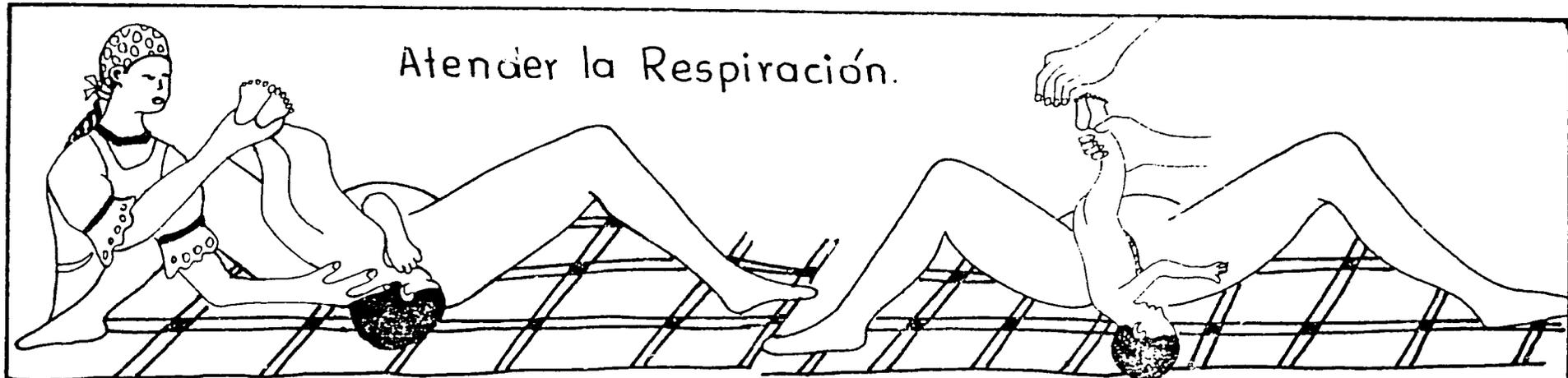
Inmediatamente que el niño nace cogerlo de los dos piés y hacia arriba con una mano; con la otra coger la perilla y sacar la flema. Para sacarle las flemas que trae el niño en el momento de nacer hay varias formas una de ella puede ser con una perilla de hule, para boca y nariz, como se ve en el dibujo. Se apacha la perilla, se le coloca al niño dentro de la nariz y se suelta poco a poco para que jale o aspire toda la flema.



Además de la perilla, otra forma para limpiar la boca es envolviéndose un dedo con un trapo de los limpios que están en la olla del niño y se le limpia la boca y nariz.

Esto por si no hubiera una perilla de hule o caucho.

Cuidados al Recien Nacido



- Casi siempre el niño al nacer llora y respira bien. Ahora si esto no sucede hay que hacer lo siguiente:
- Aspirar la flema rápido y cogiéndole los pies hacia arriba y al terminar de aspirar se le dá una palmada en la planta de los pies.
- Poner al niño en posición de drenaje inclinado, colgado de los pies, teniendo siempre cuidado porque es muy resbaloso. Lo importante aquí es inclinarlo con los pies en alto, pero no más alto que el cuerpo de la madre.

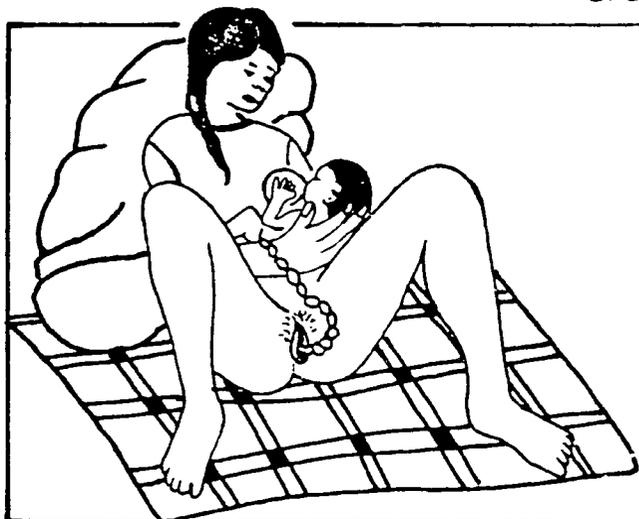
- Si no respira bien con lo anterior darle respiración artificial así:

tapando la nariz y boca del niño con la boca de la persona que atiende el parto, soplar las veces que sean necesarias; al ver que el niño respira bien dejar de soplar.

- Al dar respiración artificial al niño hacerlo suave e intermitente.
- Poner una gaza o trapo limpio sobre la boca del niño al darle respiración.



Cuidados al Recien Nacido.



Ponerle a Mamar:

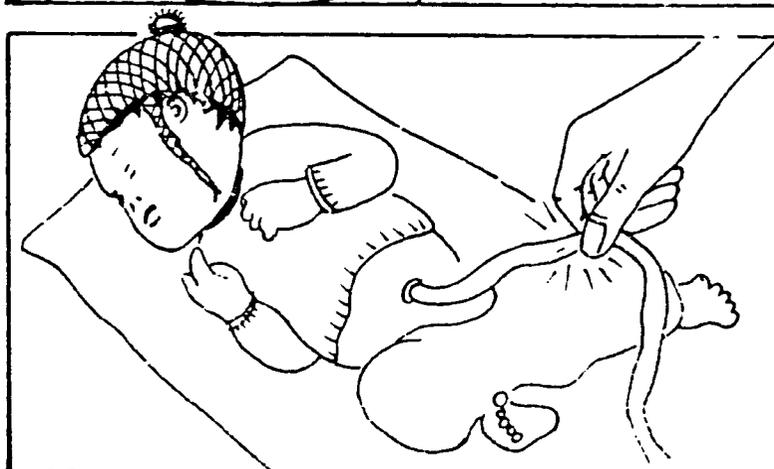
Poner a mamar al niño desde que nace para que ayude a que nazca la placenta más rápido y sentir que su madre lo quiere.

"Felicitar a la madre por su buen trabajo"



Lavarse las Manos

Antes de amarrar el cordón, lavarse las manos de nuevo para no infectar el cordón. El niño puede enfermarse y hasta morir de tétanos o el mal de los siete días, por no tener cuidado e higiene en nuestras manos y en lo que usamos, como la hoja de rasurar o tijeras que tienen que estar hervidas.

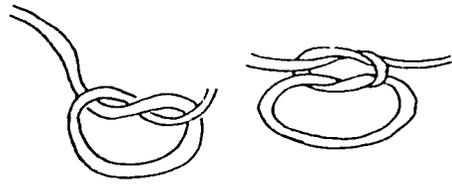


Amarrar el cordón umbilical

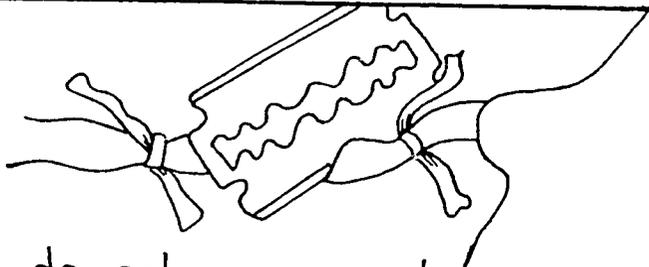
Cuando el cordón umbilical se pone blanco y deja de pulsar es que ya ha pasado toda la sangre de la placenta al niño, entonces ya se puede amarrar (ligar) y cortar, con las cintas esterilizadas (hervidas).

Tener cuidado de no jalar el cordón, ni tirar de él o poner tensión.

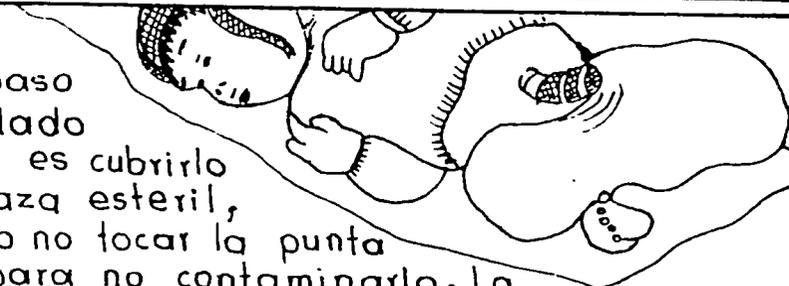
Tapar al niño con una sabanita para que no se enfríe.



amarrar el cordón a 3 centímetros arriba del ombligo, con un nudo doble cuadrado asegurándose de apretarlo bien, para que no se desate, se afloje y cause hemorragia (sale sangre). Se le hará una segunda ligadura o amarre a 3 centímetros de la primera. Revisar constantemente que el cordón no esté sangrando. Si sangra hacer otro amarre con otra ligadura o cinta.



Luego de esto con unas tijeras hervidas y de puntas redondas se procede a cortar el cordón, si no tenemos tijeras o no tenemos cómo esterilizarlos, es preferible usar una hoja de rasurar hervida que esté nuevo.



El último paso en el cuidado del cordón es cubrirlo con una gaza esteril, procurando no tocar la punta cortada para no contaminarlo. La gaza no se toca en el centro sino sólo en las orillas y se fija o se amarra con una cinta. Al bañar al niño no hay que mojar el cordón. La gaza puesta al cordón no se cambia, ésta cae con el cordón a los 8 días. Si hay hemorragia en el cordón hacer un nuevo amarre y poner otra gaza encima de primera.

Limpieza de los ojos: es necesario usar gotas de algún antibiótico para los ojos para prevenirle enfermedades, por cualquier microbio que pudiera haber estado en contacto con sus ojos al pasar por la vagina. En algunos lugares preparan gotas con limón y agua hervida en partes iguales y le hechan 2 gotas en cada ojo.

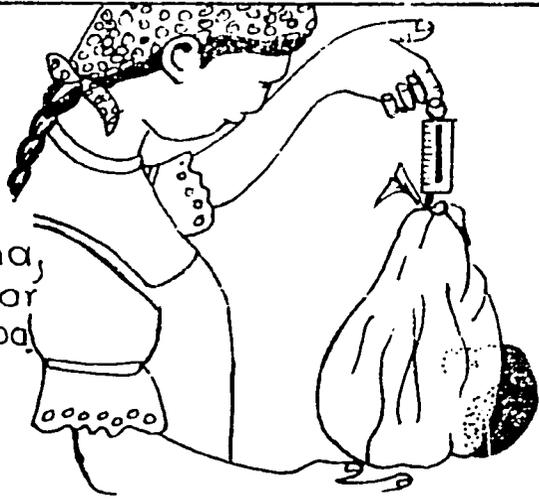
La limpieza del cuerpo: la primera limpieza que se le hace al niño es para quitarle las manchas de sangre y lavarle sus ojos, se hace con agua tibia sin jabón, no quitarle la capa blanca de grasa, por que le protege y es alimento para su piel.



El Peso al Nacer

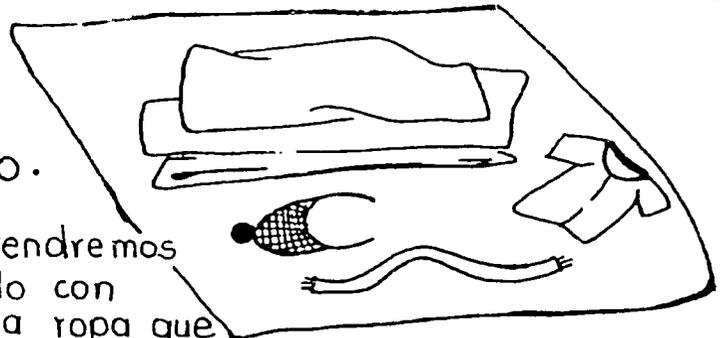
Tener listo la romana, es importante pesor al niño con poca ropa.

Si el niño pesa menos de seis y media libras es señal que necesita más atención en taparlo bien, en ver que no se ponga amarillo, que tenga buen calor y que mame bien. El peso del niño al nacer nos sirve para controlarle su crecimiento y desarrollo.



La Ropa del Recien Nacido.

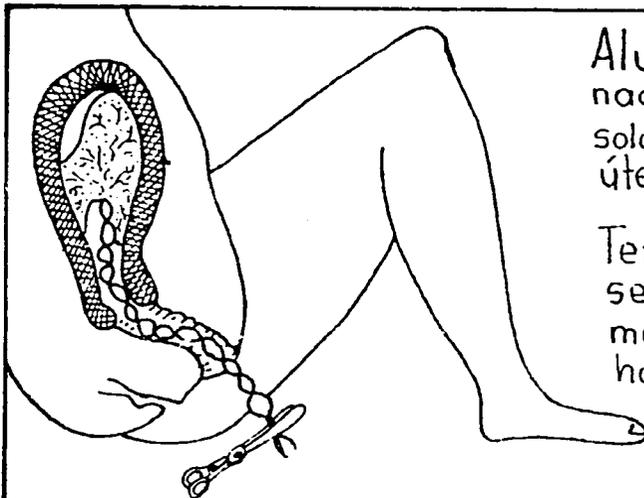
También tendremos preparado con tiempo la ropa que utilizará el niño. Hacerlos flojos, con costuras muy pequeñas para que no le lastime al niño, tiene que ser limpio. La necesidad en las comunidades de poner ropa vieja, se debe a la dificultad que se tiene de comprar nueva. No es necesario que sea nueva, lo necesario es que se le haga del tamaño adecuado y no ponerle bolsas y algunas veces mangas y que hayan sido lavados con suficiente agua y jabón, secados al sol, al aire y en alto.

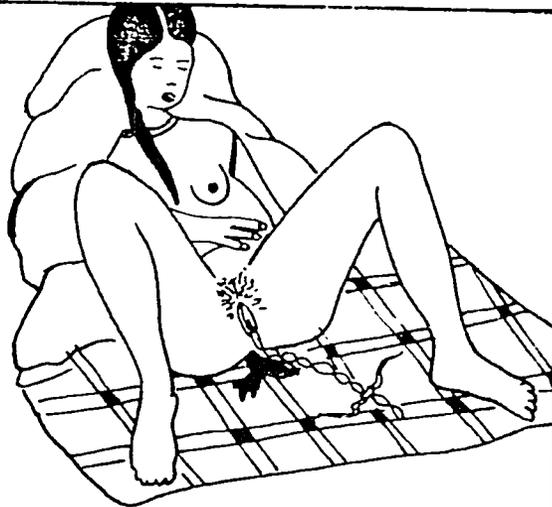


Tercer Período del Parto o sea el "Alumbramiento"

Alumbramiento: Este período comienza cuando el niño ha nacido, el cuello está borrado, la matriz abierta, ya salió el niño solo la placenta queda y empieza a separarse de la pared del útero.

Termina con el nacimiento de la placenta o compañera, también se le llama "alumbramiento", este período tarda media hora mas o menos, si pasa mas de dos horas y no nace la placenta hay que llevarla al doctor o al hospital.

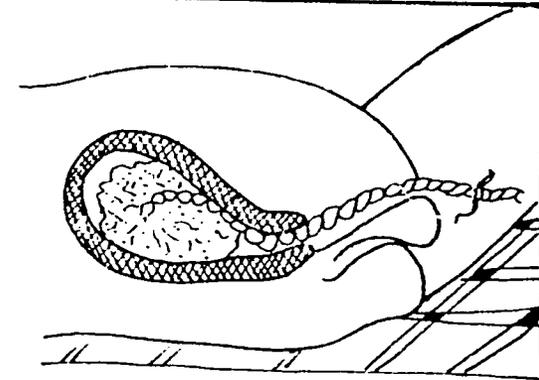




En este período se ve el "cordón", colgado por la vagina. Comienza de nuevo los dolores o contracciones, 5 o 10 minutos después del nacimiento del niño, hasta que salga la placenta.

- El cordón sale poco a poco.
- Sale mas sangre.
- Enseñarle a la madre a que sobe o se dé masajes en su abdomen, comenzando de abajo hacia arriba.
- El cordón es bien largo y no hay pena que regrese todo a la matriz.
- Si se jala el cordón se debe hacer con cuidado para no romperlo.
- Cuando no hay pinza se amarra la punta con una cinta.

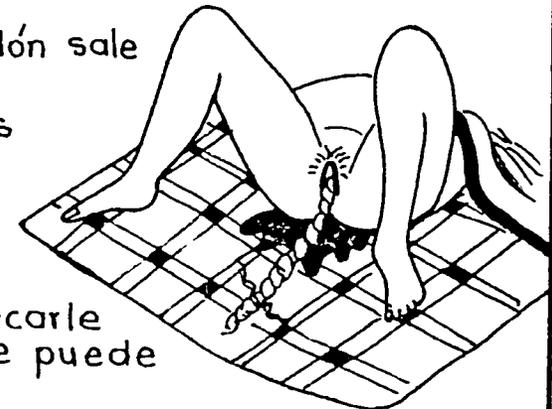
- Hacer fuerza con cada dolor o sea pujar hacia abajo, si no hay dolor, no hacer fuerza. No amarrar la cintura.
- Nunca jalar el cordón con fuerza, sino lentamente, porque puede arrancarle tiras a la placenta y causar hemorragias, cuando la madre puja se puede bajar el cordón suavemente, dándole 3 vueltas en círculo.

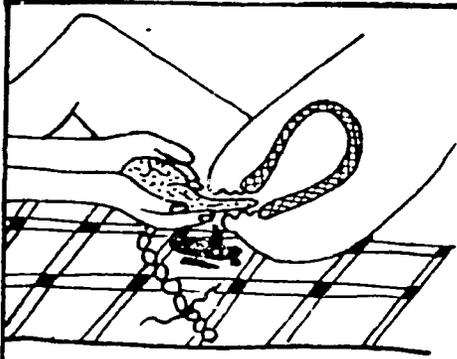


Empieza el desprendimiento de la placenta o compañera.

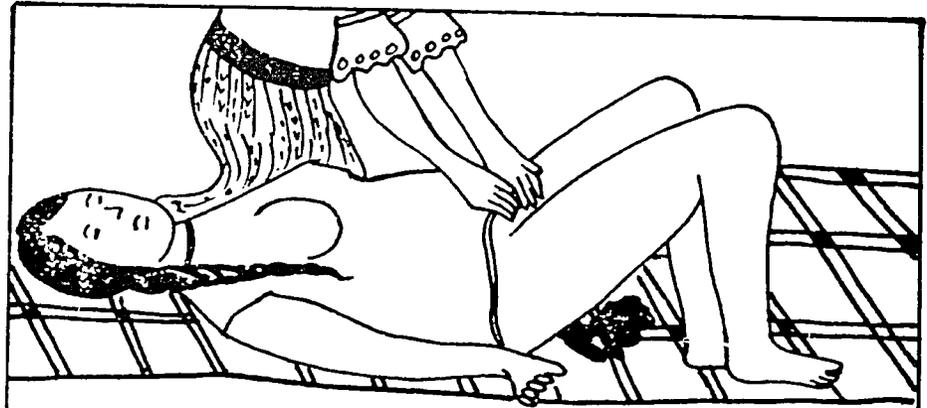
- En unas comunidades se espera hasta que salga la placenta.
- No hay pena de cortar el cordón antes de que salga la placenta, pero hay que amarrar bien la punta y hay que dejarlo lo mas largo posible para jalarlo con cuidado.
- Asi se puede atender mejor al niño y se espera tranquilamente la salida de la placenta.

- Como vimos el cordón sale más.
- sale más o menos media taza de sangre.

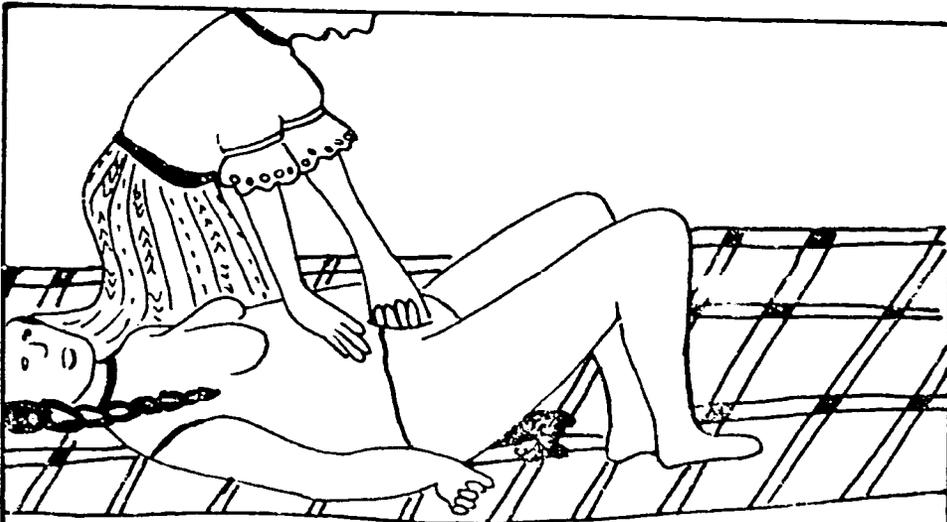




- La placenta aparece en la vagina, es parecido a hígado de res.
- La matriz se siente arriba del ombligo, como un cuerpo duro y redondo, se mueve sin resistencia de un lado a otro.



Si la placenta tarda en salir, o no hay contracciones, la comadrona, promotor o persona que atendió el parto puede sobar la matriz de la madre hacia arriba, hasta que esté lista para salir.



Nunca deberá empujar la matriz o hacer fuerza para abajo con las manos.



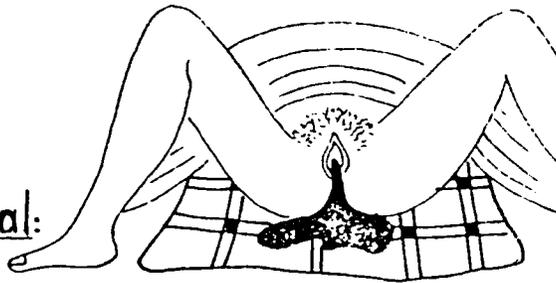
cara de la placenta que está pegada al útero.

cara de la placenta que la une con el niño.

Al salir la placenta, no olvidar revisarla para ver si salió entera (completa) o si falta algún pedazo, tener cuidado de que las telas que vienen atrás salgan todas y completas.

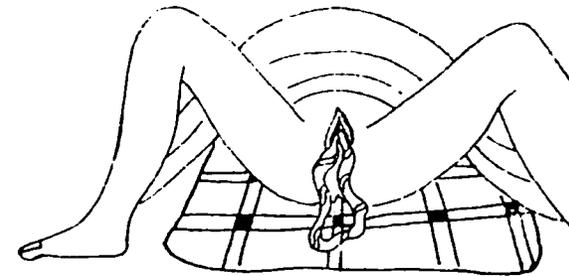
Peligros para la madre durante el parto que necesitan ayuda médica.

Hemorragia Vaginal:



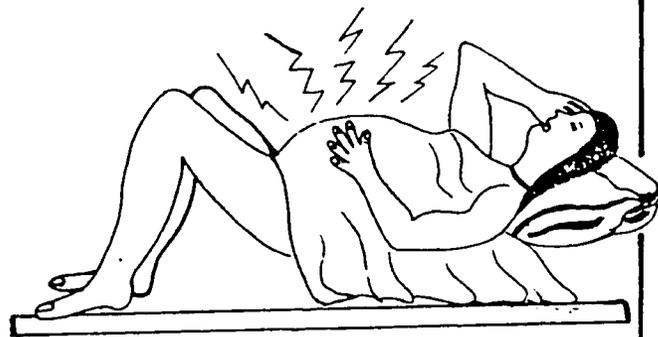
Llevarla en camilla, no se le darán ni inyecciones ni pastillas. Puede hacer daño a la madre y al niño.

Hemorragia vaginal, salida de mas de un litro de sangre fresca (no obscura) y el niño todavía no ha nacido. Darle abundantes líquidos, ponerla en posición inclinada, con las nalgas mas arriba que la cabeza, llevarla al hospital.

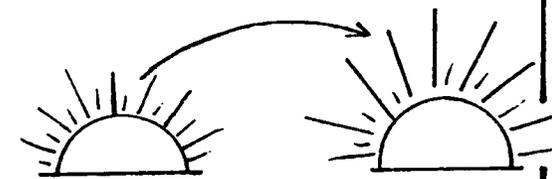


Salida del cordón primero: o sea que el niño no ha salido y el cordón ya se ve fuera de las partes de la madre.

No trate de meterlo adentro, acostar a la señora en camilla o sobre una tabla con las nalgas mas altas que la cabeza, llevarla al centro de salud u hospital.

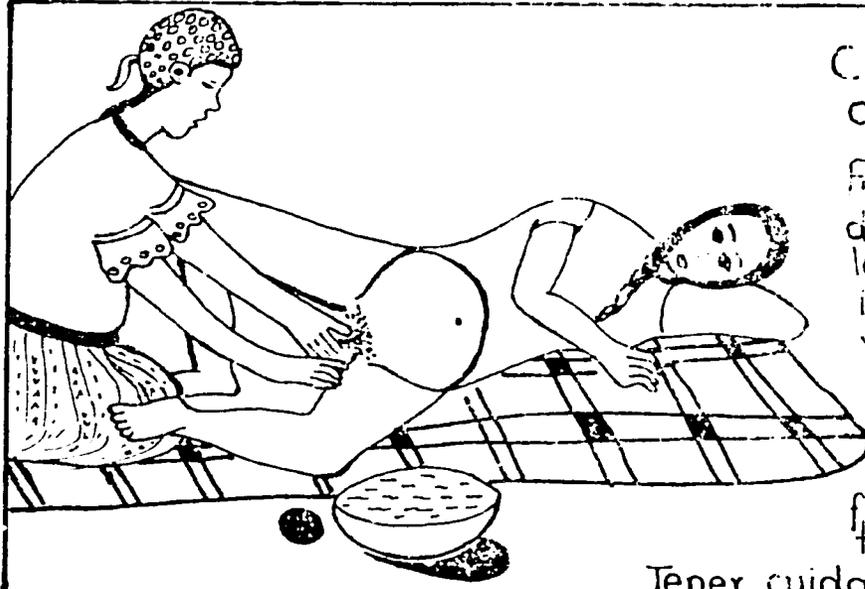


Dolores demasiados fuertes: que no se paran, el dolor continúa, al tocar la matriz se siente duro como piedra, no se pone aguado. No le dará ninguna medicina y la llevará lo mas pronto posible al hospital o Centro de Salud.



Los dolores tardan mucho tiempo, mas de un día y una noche con dolores muy fuertes y eguidos y no da a luz. Llevar al hospital o Centro de Salud, no le dará ninguna medicina, puede dañar al niño o a la madre. No ponerle ninguna inyección de parto.

Cuidados a la Madre Después del Parto (Puerperio)

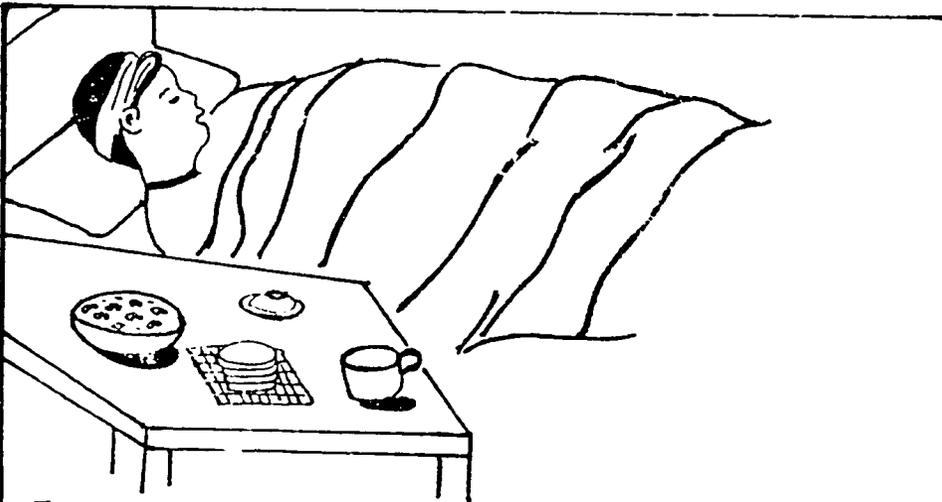


Cuidados Mediatos por Parte de la Persona que atendió el parto.

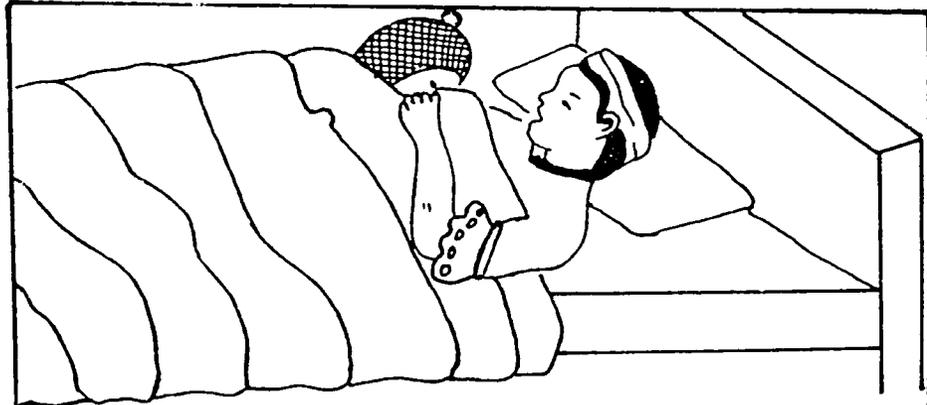
Permanecer en la casa por lo menos una hora, después del alumbramiento de la placenta para lo siguiente:

Hacerse cargo de la limpieza de la madre con agua y jabón (caliente-tibia), aprovechando para ver si la madre no sufrió algún desgarro (rasgadura) del cuello del útero o de la vagina, si estuviera sangrando, hacer presión o sea fuerza, con un trapo hervido, si fuera mucho, puede meter tiras de tela hervidas o trapos para ayudar a controlar la hemorragia.

Tener cuidado de no dejarlos adentro.



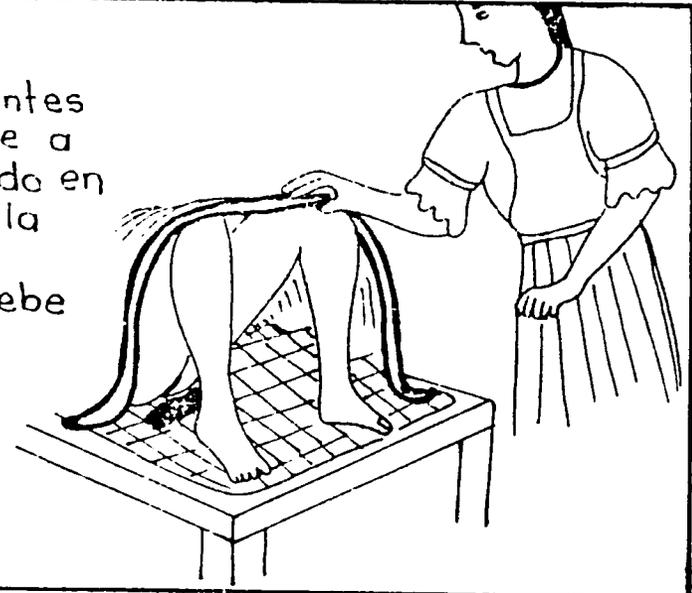
Es importante darle de comer, la madre ha trabajado mucho y duro, darle muchos líquidos y comida para que reponga fuerzas; puede comer de todo, menos tomar alcohol o sea aguardiente.



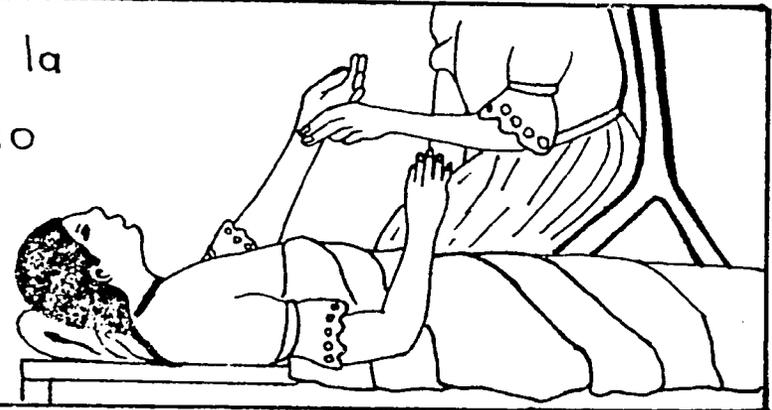
También es bueno tener el cuidado de acomodar a la madre, protegerla del frío, ya que muchas veces les da escalofríos y temblor de cuerpo después del parto, por mucho trabajo; cubrirla con suficientes ponchos.

Cuidados a la Madre Después del Parto (Puerperio)

Es muy importante que la persona que atendió el parto, antes de retirarse y como un cuidado especial: Revise y observe a cada rato el fondo de la matriz, para ver si se ha contraído en buena forma o sea para ver si está firme, puede sobar la matriz si se pone suave y aprovecha para observar la hemorragia, no perder mas de una taza de sangre y debe ser oscura, no fresca. Además ve si la madre ha orinado.

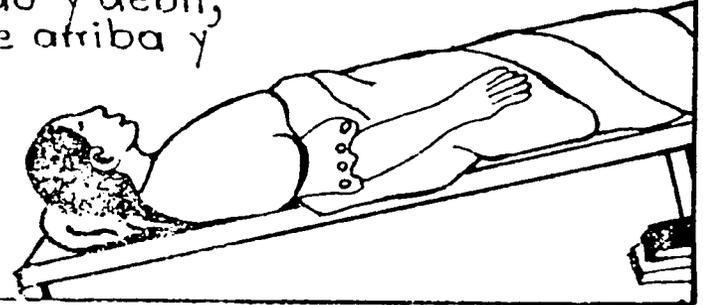


Controlar la temperatura, el pulso y la respiración de la madre para ver si está normal su estado. Antes de retirarse vigilará la hemorragia, reconocerá el fondo de la matriz, y lo aprieta para expulsar coágulos de sangre. El fondo como vimos antes debe quedar firme, sin que sangre mucho, si hubiera mucha hemorragia vigilar por shock o choque, esto se puede dar si la pérdida de sangre es mucha y no puede controlarse.

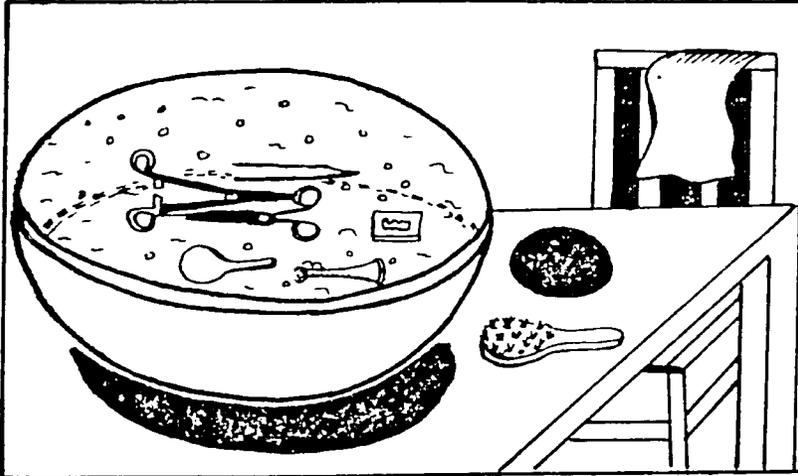


Las señales de choque son: palidez intensa, pulso rápido y débil, piel fría, perlas de sudor que se puede ver en el labio de arriba y en la frente, baja la presión arterial, hay indiferencia, desesperación.

Que hacer: mantener la temperatura normal. Hay que tratar de detener la hemorragia, subirle los pies y acostarla sobre una tabla, hasta que la cabeza quede medio metro por abajo de los pies.

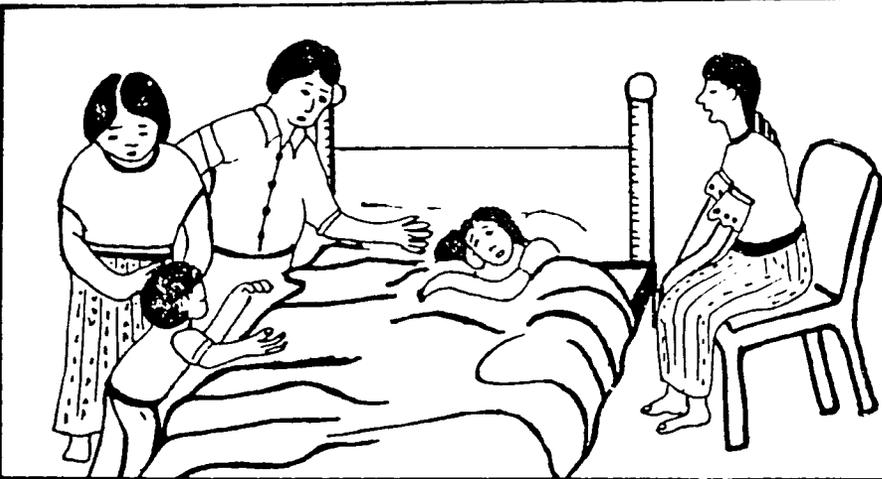


Cuidados a la Madre Después del Parto o Puerperio

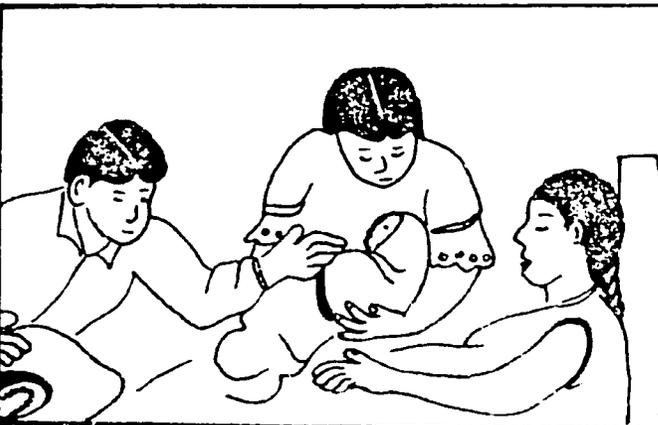


La comadrona, promotor o persona que atendió el parto, limpia sus instrumentos y todo lo que utilizó durante el parto, guarda en su maletín lo que le servirá para la próxima vez y tira lo sucio que tiene en la bolsa de nylon.

Trata de que la casa quede ordenado y limpio para ayudar al ambiente de la madre.



Es muy importante: que la persona que atendió el parto orienta a la familia de la parturienta sobre la atención de la madre y del niño, así como de la importancia del control Post-Parto en el hospital, centro de salud o el médico.



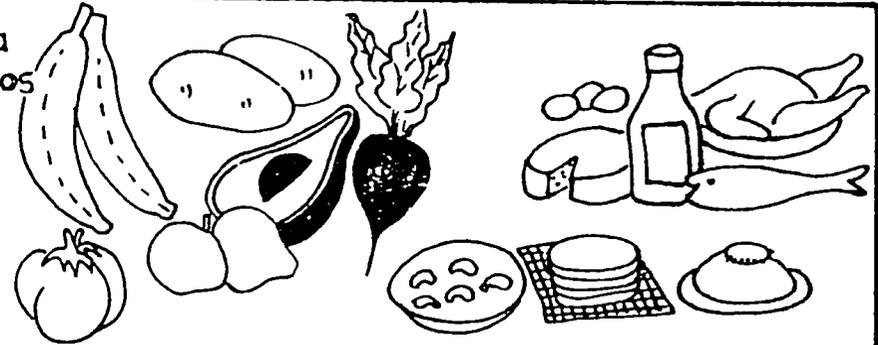
También que dé confianza y seguridad a la madre, le de apoyo con alegría para que la madre se sienta bien y serena, además "orgullosa de su trabajo"

Cuidados a la Madre Después del Parto o Puerperio.

En el post-parto o sea el puerperio, la madre tendrá que dar de mamar a su hijo, para esto debe tener cuidado con sus pechos, "la primera leche" es rala amarillenta y muy buena para el niño; baja a los 2 o 3 días, si el niño llora de hambre, se le puede dar agua hervida y azucarada hasta que baje la leche. Si la madre se tarda mucho tiempo en empezar a dar de mamar, los pechos se ponen duros hay que hacerse lienzos de agua caliente y seguir dando de mamar si no hay fiebre.



Es importante que la madre coma de todo o sea una dieta balanceada, alimentos de los 3 grupos que conocemos, además debe tomar bastantes líquidos, atoles, sopas etc. esto es para tener bastante leche, un té de anís o la alucema.



La limpieza de los pechos es muy importante: enseñar a las madres que han dado a luz que para evitar enfermedades en el niño y en sus pechos es necesario lavarlos con agua por lo menos una vez al día al bañarse y si no se baña hacerlo aparte. Si le sale mucha leche, colocarse telas y cambiarse las veces que sea necesario, no dejar que se le ponga dura la ropa por la leche.

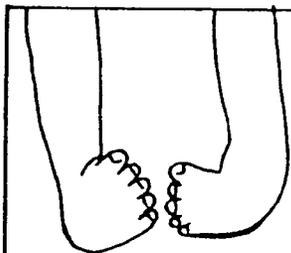
También dará orientación a la madre sobre un flujo de sangre viejo que tendrá como regla de 10 a 14 días, luego un flujo de moco por 7 días mas o menos. Esto es normal.

Si hubiera mal olor o fiebre avisar al médico o llevarla al hospital o Centro de salud.



16/2

Enfermedades Congénitas o Defectos en el Recien Nacido



Pies Torcidos

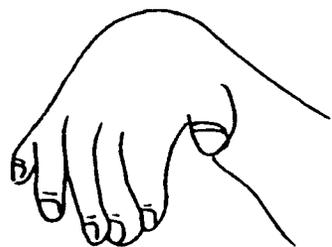
Se le llama pié equino o zambo equino. Hay que revisar si un pié o los dos están torcidos para adentro o para afuera. Hay que llevarlo al hospital en la primera semana para que el doctor le ponga yeso en la pierna torcida y lo cambia cada 2 semanas hasta que esté recto, es mas fácil cuando está suave, un niño mas grande necesita muchas operaciones para poderlo corregir.



Dedos Juntos o Pegados

Se llama también Sindactilia: revisar sus manos y piés si tienen solamente 2, 3 o 4 dedos, porque unos están juntos, llevarlo al hospital, para ver si es posible que lo operen cuando está mas grande.

"Nunca debe probar cortar los dedos con ningún objeto como por ejemplo: una hoja de rasurar".

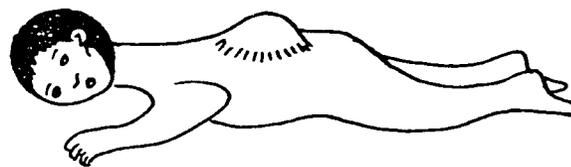


Polidactilia

Revisar si las manos o piés tienen 6 dedos, revisar si éste tiene hueso o solo es carne

si el dedo demás es de pura carne puede hacer un nudo cuadrado y apretado en la base del dedo con un hilo fuerte que fué hervido en agua 20 minutos, para cortarlo.

Si el dedo de mas tiene hueso hay que llevarlo al doctor.



Revisar su espalda, ver si tiene bolsa o algo extraño; tocar la mollera para ver si no está muy partida, más de 2 centímetros, se llama **Espina Bífida** o Mielomeningocele, proteja la bola con gaza o trapo limpio, con cuidado de no lastimarlo, nunca se le meterá nada para ayudarlo, hay que llevarlo al hospital.

Enfermedades Congénitas o Defectos en el Recién Nacido.



Labio Partido=
Labio Leporino

Revisar la boca metiendo el dedo pequeño y tocando el cielo de la boca para ver si no está muy partido el paladar. Si también tiene partido el paladar o cielo de la boca se llama **Paladar Hendido**. Si no puede mamar, la madre se saca la leche y le da con cucharaditas o gotera; se le lleva al hospital para operación si es labio leporino a los 6 meses, si es paladar hendido al año y medio.



También es importante ver si el niño hace popó, darle de mamar, revisar el ano, se le puede tomar temperatura por allí para ver si no está tapado, si está cerrado, llevarlo al hospital.

Problemas para que la Madre sea Atendida en el Hospital. se puede dar durante o después del Parto.

Madre con mucha hemorragia:

Si es porque no sale toda la placenta, darle bastantes líquidos mientras se lleva al hospital, si es por rasgadura del cuello de la matriz o de la vagina después del parto, deberá hacerse presión con un trapo hervido sobre la rasgadura, si es porque no sale la placenta, llevarla a donde el médico y darle bastantes líquidos.



Problemas para que la madre sea Atendida en el Hospital. Se pueden dar durante y después del Parto.

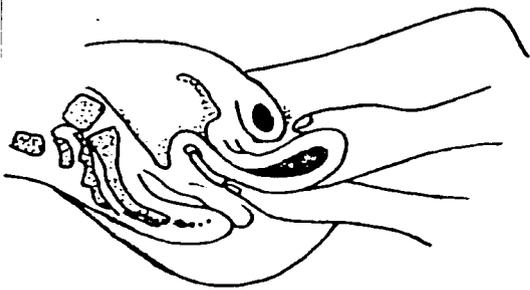


Madre con calentura, frío y dolor de Estómago (matriz).

Puede ser por infección del post-parto, puede haber salida de moco secreción como de pus por las partes de la mujer, con mal olor, hay fríos y dolor de vientre y cabeza, se llama fiebre puerperal viene por mala higiene.

Llevarla al hospital para que le den tratamiento. Se ve a los 3 o más días después del parto.

Salida de la Matriz



Fuera de la vagina: puede suceder durante el alumbramiento o sea cuando sale la placenta, porque la persona que atiende el parto jala con fuerza el cordón y la placenta todavía no ha desprendido, entonces puede jalar la matriz hacia afuera y causar la muerte de la madre en 15 minutos.

La persona que le atiende deberá lavarse rápidamente y bien las manos, empujar la matriz hacia adentro otra vez, despacio pero con presión continua, esta es la única vez que la persona que atiende el parto puede meter la mano dentro de la vagina de la madre.

Acostarla con las nalgas mas altas que la cabeza y llevarla al Hospital.

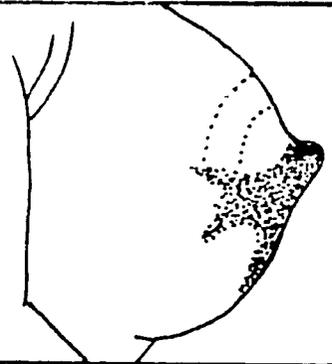
La Madre No Orina: puede ser porque no ha tomado líquidos, además los ha perdido sudando y trabajando durante el parto. Puede ser también que golpee la salida de la orina durante el parto.

Que hacer:

Darle de tomar muchos líquidos, revisar la vejiga si está grande encima de la matriz y dolorosa, sentarla y ayudarla a que camine, ponerle lienzos calientes encima del abdomen (estómago), si no orina sentarla en una tina (palangana grande) con agua caliente por 10 minutos o 15, también es bueno dejar correr agua como si fuera un chorro para que la madre tenga el deseo de orinar, si no se logra que orine, llevarla al hospital.



Mastitis o Infección del Pecho: se hincha, duele, está rojo y caliente (Nacido del pecho) se le recomienda lienzos al pecho afectado con agua caliente, que el niño siga mamando, sacar la leche (ordenarlos) debe seguir comiendo, tomar muchos líquidos, descansar. Debe ir al médico o al hospital para que la examine y vea si es necesario que le dé un antibiótico.



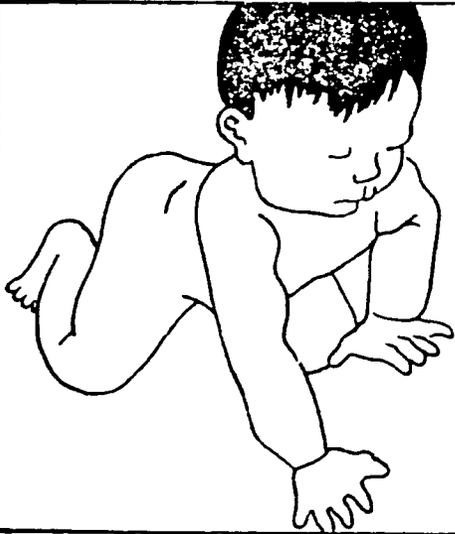
Tromboflebitis o Hinchazón de la pierna: sucede a los 10 días después del parto, hay calentura, se hincha una pierna, hay dolor, se ve blanca, muy pálida, puede haber escalofríos.

Recomendarle a la Madre: reposo absoluto, no levantarse de la cama, no puede levantarse o comer ni hacer sus necesidades, si fuera demasiado el dolor darle aspirina, lo mejor es llevarla al hospital, para que sea el médico quien le dé el tratamiento. No dejar que pase más de 4 o 5 días.

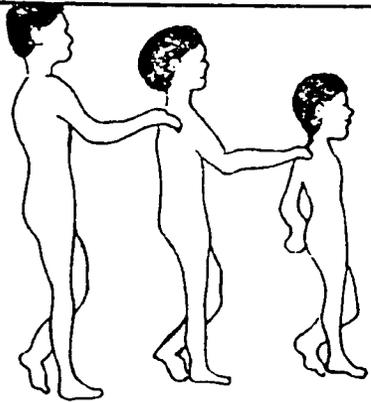


Crecimiento y Desarrollo del Niño

Para que el niño pueda crecer y desarrollar bien, es muy importante los cuidados de los padres y la familia en general respecto a la alimentación el cariño y el juego.



Algo muy importante para recordar a todos es que no se trata de buscar la competencia, la preocupación, ni el orgullo de los padres; tomando en cuenta que no todos los niños son iguales, algunos se adelantan, otros se atrazan en realizar lo que la mayoría hace en cierta edad; lo que si se busca es su orientación y responsabilidad para saber que cosas son normales, que no y cuando consultar a un trabajador de salud.



Para que este tema se entienda mejor; vamos a seguir estos cuatro pasos en cada edad.

1. Crecimiento y desarrollo:

El crecimiento son los cambios que el cuerpo va realizando, para esto es muy importante la alimentación.

El desarrollo son las distintas actividades que el niño logra hacer a medida que va creciendo, para esto es muy importante el cariño y el entretenimiento de los adultos al niño.

2. Actividades :

Aquí se pone una lista de los trabajos recomendables para entretener al niño según su edad; cada persona puede tener otras ideas y realizarlas; en estos casos hay que observar si el niño lo usa menos, igual o más que las de la lista.



Todas estas actividades se llaman: Estímulos o Educación Inicial.

3. Cuidados :

Aquí se escriben ideas que dicen cómo es el niño y los cuidados que los adultos deben tomar en cuenta para atenderlos lo mejor posible.



4. Juguetes y Materiales:

Son ideas y recomendaciones de lo que se puede usar en las distintas edades del niño; cada persona puede tener ideas sobre esto y usarlo; solo tomar en cuenta que no cause algún daño al niño y si estas nuevas ideas son menos, igual o más aceptadas y usadas que las escritas en la lista.



La Mejor Herencia para un Hijo, es el Tiempo que los Padres le Dedicar cada día ...

El Niño Desde el Nacimiento Hasta los 3 Meses.



Crecimiento y Desarrollo

Duerme la mayor parte del tiempo. Estando boca abajo aprende a levantar la cabeza así por momentos. Mira todo lo que le rodea. Sigue con los ojos las cosas que se mueven. Mira las caras y sonríe. Reconoce a su mamá, a su papá, si lo ve todos los días.

Mueve los brazos y las piernas, cuando en ellos siente dolor, comezón o frío. Apacha las cosas que le dan, hace pequeños sonidos con la boca. Es suficiente alimentarlo con la leche materna.



Actividades

- Mantener al niño cerca de la madre. Hacerle cariño.
- Dejarlo que se mueva, poniéndole pañales un poco flojos. Cantarle y hablarle.

Ayudarle a que mire lo que pasa a su alrededor.
Cuando está despierto llevarlo al lugar donde está reunida la familia.
Colgar, cerca de la cama cosas llamativas que él pueda seguir con los ojos.



Cuidados

Recordar que el niño recién nacido puede ver y reconocer lo que ve. Se comunica a su manera con las personas y cosas que están cerca de él, por eso cuando la mamá le grita, le hace

cariño o juega con él, el niño contesta asustándose, llorando, riendo, pone atención. No es necesario darle leche de bote ni usar pacha. Lavarse el pecho la madre, una vez al día. Llevarlo al control para su peso y salud.



Juguetes y Materiales

- Cosas limpias, de madera, plástico, para que los toque.
- Pedazos de tela y papel, de colores fuertes, colgados cerca de su vista.
- Borlas de lana, plantas, flores, la ropa, cuadros, círculos, sonajas, anillos para que vea distintos colores, texturas y formas.
- Cajitas de diferente material y diferente sonido.

El Niño de 3 a 6 Meses

Crecimiento y Desarrollo

- Deteniéndole con algo puede estar sentado un rato.
- Empieza a agarrar las cosas que tiene cerca.
- Alarga la mano hacia las cosas que le ofrecen.
- Se lleva las cosas a la boca.
- Busca el juguete perdido.
- Trata de mirar personas y cosas distantes.
- Se ríe a carcajadas, da gritos de alegría cuando juega con los adultos.



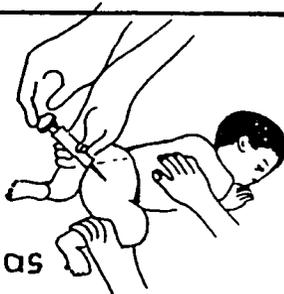
Actividades

- Todos los anteriores.
- Mantener al niño sentado, en las rodillas, durante largo rato.
- Ponerle cerca cosas que pueda agarrar y llevarse a la boca sin peligro de tragarlos o lastimarse.
- Con ayuda de almohadas ponerle entre acostado y sentado.
- Reír, cantar y jugar con el niño.
- Enseñarle cosas, cerca, lejos, izquierda, derecha abajo. Atraer su atención mediante sonidos.
- Que saque y meta juguetes de una caja, bolsa, recipiente, etc.



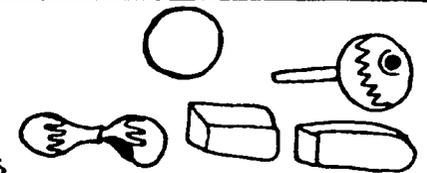
Cuidados

- Al agarrar las cosas, no usa el dedito gordo.
- Se mete a la boca las cosas que tiene cerca.
- En este tiempo, la boca le sirve mucho para conocer las cosas.
- Lavarle los juguetes diariamente.
- Vacunarlo; a los 4 meses comenzar a darle alimentos; que siga mamando.
- No darle objetos que se destiñen o se deshacen como papel.

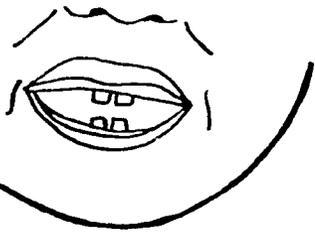


Juguetes y Materiales

- Todos los anteriores hasta que el niño los deje.
- Pequeñas cosas que no lo lastimen ni pueda tragar.
- Pedazos de madera.
- Chinchines.
- Cajas de cartón.



El Niño de 6 a 9 Meses.



Crecimiento y Desarrollo

- Puede estar sentado por ratos.
- Da vueltas para ponerse boca arriba o boca abajo.
- Puede moverse para acercarse a una persona o cosa.
- Si se le agarra, puede estar parado.
- Agarra una cosa con cada mano.
- Juega tirando cosas.
- Dice el mismo sonido varias veces, por ejemplo: "ma, ma, ma".
- Conoce a las personas de su familia y puede tener miedo a otras personas.
- Comienza a jugar con otra persona (golpear las manos, jugar a escondidas).
- Pasa una cosa de una mano a otra.
- Gatea.
- Le salen los primeros dientes.
- No es suficiente mantenerlo con leche materna.



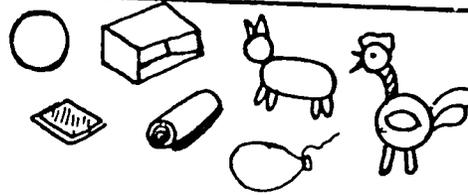
Actividades

- Todos los anteriores.
- Poner al niño sobre el petate o poncho en un lugar seguro.
- Ayudarlo para que pueda sentarse y resbalarse.
- Tenerlo cerca para que tome parte en la vida familiar. Jugar con él, devolviéndole las cosas que tira al suelo. Hablarle bien no como chiquito. Al bañarlo, cambiarle de ropa y darle de comer, hacerlo con cariño, alegría, como jugando.
- Colocar frente al espejo, sacar y meter juguetes de cajas. Poner y quitar juguetes sobre camas y mesas. Ponerle juguetes debajo de alguna tela para que él lo descubra. Vejigas infladas con dibujos que los jale y siga los movimientos.

Cuidados



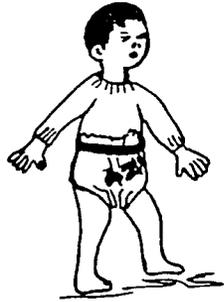
- Hay que cuidar al niño para que no se caiga.
- No dejar que el niño se meta en la boca cosas que lo puedan ahogar, envenenar o lastimar.
- Darle de comer 3 veces al día.



Juguetes y Materiales

- Todos los anteriores, hasta que el niño los deje.
- Pelotas de trapo o plástico.
- Animales de trapo. Pedazos de madera.
- Vejigas, espejo, telas, camas y mesas de la casa.

El Niño de 9 a 12 Meses.



Crecimiento y Desarrollo

- Puede pararse sin que lo ayuden.
- Si lo agarran de las dos manitas puede caminar
- Después caminará agarrado sólo de una mano o apoyándose en un mueble.
- Repite con la boca o golpeando una cosa con otro, los ruidos que oye.
- Se mueve cuando oye música.
- Entiende y hace caso cuando se le dice que haga o no haga algo.
- Se interesa por conocer todo lo que toca, oye o mira.



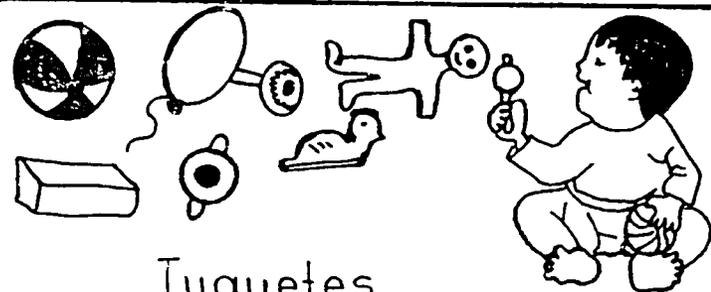
Actividades

- Dejarlo gatear, procurar que gatee mientras se le valancee para que aprenda a guardar equilibrio.
- Ayudarlo a caminar agarrándolo de las dos manos.
- Mostrarle cosas nuevas
- Ayudarlo a conocer la casa.
- Enseñarle palabras fáciles.
- Que jale juguetes, objetos detrás de una pantalla como: naylón, material de radiografía ya lavado para que él logre localizarlo.



Cuidados

- Además de los cuidados de la edad anterior (de 6 a 9 meses), no deben dejarse cosas peligrosas cerca del niño.
- Tener cuidado que el niño camine sin peligro en la casa.
- Vacunarlo contra sarampeón.



Juguetes

- Todos los anteriores, más.
- Pelota de trapo o plástico.
- Pedazos de madera. Juguetes de trapo.
- Otras cosas que no lo lastimen. Colocarle cintas o varios juguetes, para que los jale.

El Niño de 12 a 18 Meses.



Crecimiento y Desarrollo

- Camina y pasea sólo por la casa.
- Pone un pedazo de madera sobre otro, hasta llegar a tres.
- Llena de agua un trasto.
- Puede decir de cinco a diez palabras. Se pone celoso, se molesta y quiere mandar cuando juega con sus hermanos mayores.



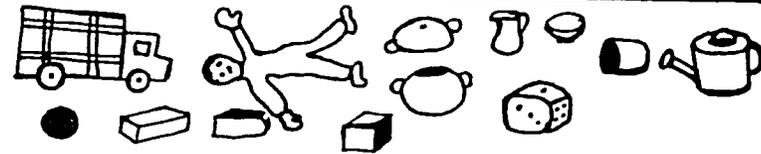
Actividades

- Enseñarle a llenar y vaciar trastos con agua o arena.
- Platicarle bastante, despacio y con palabras bien dichas.
- Contarle pequeños cuentos.
- Enseñarle qué quieren decir las palabras atrás, adelante, antes, después, aquí, allá, arriba, abajo, etc.
- Que introduzca bolas, botones en recipientes grandes, medianas, agujeros pequeños. Que encaje objetos pequeños en otros de mayor tamaño.
- Que haga o deshaga: camino, montaña etc. con arena o tierra. Que coloque objetos sobre otros, que construya.



Cuidados

- ① Tener en cuenta que el niño está aprendiendo a vivir con otras personas, es natural que se enoje fácilmente.
- Cuidar al niño para que no se caiga o se golpee.
- Ponerle los refuerzos de vacunas.



Juguetes y Materiales

- Pedazos de madera o cajas de cartón
- Trastos con piedra o arena.
- Juguetes con ruedas para jalar o empujar
- Pelotas. Muñecas de trapo.
- Fotos o dibujos de almanaques, especialmente de miembros de la familia o del ambiente del niño: plantas, animales, casas, vestuario y figuras cortadas.

El Niño de 18 Meses a 2 Años

Crecimiento y Desarrollo

- Con la ayuda de una persona mayor, sube y baja gradas.
- Pone, uno sobre otro, cuatro pedazos de madera.
- Aprende nuevas palabras.
- Come sólo.
- Empieza a avisar cuando quiere hacer sus necesidades.
- Le gusta hacer lo que hacen las personas mayores.
- Le gusta jugar con otros niños, pero a su modo y usando sus propios juguetes



Actividades

- Ayudarlo a subir y bajar gradas. Felicitarlo cuando aprende algo nuevo.
- Pedirle que señale la boca, la nariz, las orejas y dejarlo comer sólo, aunque se ensucie.
- Dejarlo que juegue con agua y arena.
- Contestar, con palabras fáciles sus preguntas. Mostrarle y decirle el nombre de las cosas.
- Tapar y destapar envases.
- Aprovechar figuras y fotos para mostrarle, enhebrar objetos con agujeros grandes.
- Inicio al garabato, que haga rayas en el suelo con sus juguetes. Que haga rodar círculos.



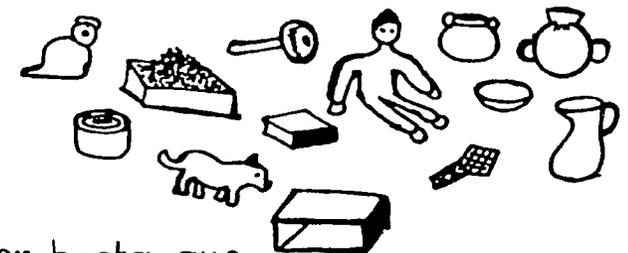
Cuidados

- Tener cuidado que no se lastime.

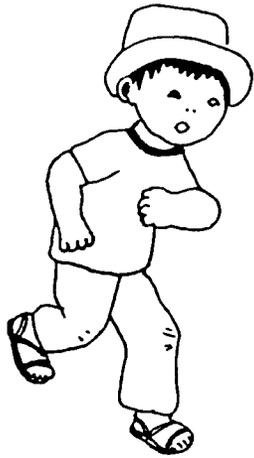


Juguetes y Materiales.

- Todo lo anterior hasta que el niño lo abandone.
- Agua y arena.
- Papeles . Muñecos.
- Pedazos de madera. Envases con tapadera, objetos con agujeros grandes, círculos.
- Album, figuras, carbón o tisa.

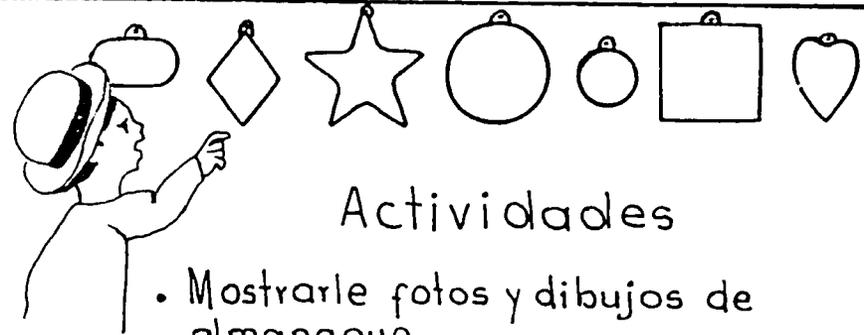


El Niño de 2 a 3 Años.



Crecimiento y Desarrollo

- Puede brincar en un pié.
- Hace preguntas y aprende nuevas palabras.
- Cuando habla usa el "yo".
- Entiende casi todo lo que le dicen.
- Puede hacer una ruedita en un papel o en el suelo.
- Le gusta jugar con otros niños.
- Comienza a entender que afuera de su casa también hay personas y cosas.



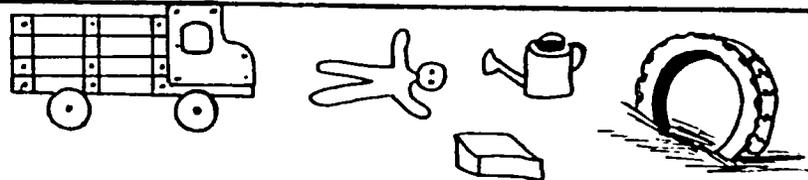
Actividades

- Mostrarle fotos y dibujos de almanaque.
- Ayudarle a conocer las cosas que usa.
- Enseñarle a conocer las cosas que usa.
- Enseñarle a decir el nombre de las cosas.
- Enseñarle a conocer las partes de su cuerpo.
- Enseñarle a comprar tamaños (grande, pequeños, largo, corto).
- Ayudarlo a que entienda que quiere decir: parado, sentado, acostado. Que forme figuras cortadas en 2, 3, 4 partes.



Cuidados.

- Algunas veces, dejarle hacer lo que quiere.
- Procurar que juegue con otros niños.



Juguetes y Materiales

- Continuar con los juguetes anteriores: papel, lápices, yeso o carbón.
- Enseñarle a hacer juguetes, rompe cabezas sencillas.

El Niño de 3 a 4 Años.



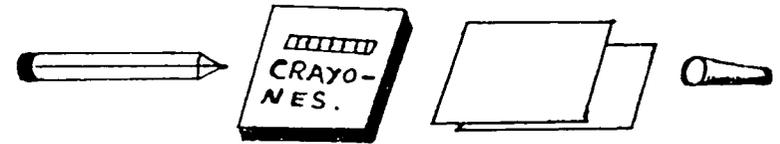
Crecimiento y Desarrollo

- Pasea sólo. Se viste y desviste sólo.
- Durante la noche ya no se orina en la cama.
- Cuando dibuja personas, ya les pone varias partes del cuerpo.
- Conoce dos o tres colores.
- Dice cómo se llama y cuántos años tiene.
- Pregunta mucho.
- Quiere saber cómo nacen los niños.
- Entiende qué es alto, bajo, atrás y adelante.
- Le gusta que le cuenten cuentos.
- Pide que le vuelvan a contar el que más le gusta.
- Es cariñoso con sus hermanos.
- Puede hacer algunos trabajos fáciles.



Actividades

- Ayudarle a correr y a brincar.
- Enseñarle nuevas palabras y ayudarle para que los diga bien.
- Darle trabajos que pueda hacer y que le guste.
- Pedirle que se lave y que se vista.
- Darle las gracias por los trabajos que haga.
- Enseñarle nuevas formas de jugar.



Juguetes y Materiales.

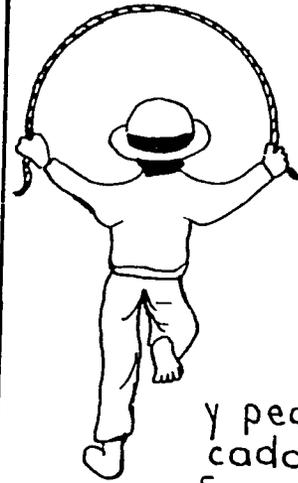
- Todo lo anterior hasta que el niño los abandone.
- Lápices, papel, yeso o carbón.
- Juguetes que él haga.

Crecimiento y Desarrollo.



- Brinca y se columpia.
- Puede subir y bajar gradas sin ayuda de otras personas.
- Cuando dibuja personas les pone casi todas las partes.
- Se le entiende bien lo que habla.
- Cuenta con los dedos. Se le queda lo que oye.
- Cuando oye palabras nuevas, pregunta qué quieren decir. No le gusta que le pongan a hacer lo que no quiere. Conoce cinco colores.
- Conoce la forma y tamaño de las cosas.
- Quiere saber que trabajos hacen las personas mayores. Hace muchas preguntas.

Actividades



- Enseñarle a brincar cuerda, a llevar un vaso con agua y a tirar y recibir una pelota.
- Ponerle a contar piedrecitas, maíces o frijoles.
- Mostrarle varios colores y pedirle que diga el nombre de cada uno.
- Enseñarle a conocer los animales las frutas y las comidas.
- Enseñarle pequeñas canciones.
- Pedirle que diga qué forma y tamaño tienen algunas cosas.
- Enseñarle a contestar preguntas fáciles.
- Enseñarle a cumplir normas familiares.

Cuidados



- Poner atención y escucharlo.
- Contestarle sus preguntas en forma sencilla, real y claro.
- Hay que platicarle mucho, para conocer lo que quiere y lo que le gusta.
- Tener hora para acostarse. Tener un lugar para su ropa. Tener lugar para los juguetes.
- No tratar mal ni con palabras, ni con hechos.



Juguetes y Materiales

- Todos los anteriores, hasta que el niño los abandone.
- Tambores y pitos.
- Otros juguetes con los que pueda jugar de varias maneras.

El Niño de 5 a 6 Años.



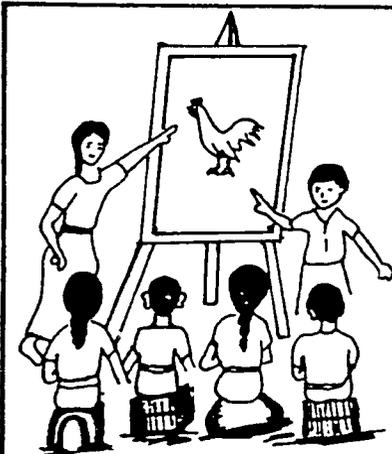
Crecimiento y Desarrollo

- Se sube a árboles pequeños.
- Baila cuando oye música.
- Puede tirar y recibir una pelota. Ya habla bien.
- Cuando dibuja personas, les pone todas las partes del cuerpo.
- Entiende qué indica: izquierda y derecha, ayer y mañana. Pregunta qué quieren decir las palabras que no entiende.
- Quiere saber cuántos años tienen las personas.
- Conoce lo dulce, lo salado, lo ácido y lo amargo.
- No le gusta que lo manden.
- Le gusta hacer trabajos fáciles.



Actividades

- Enseñarle a correr y a brincar lo más alto que pueda.
- Enseñarle a caminar sobre una viga tirada en el suelo, procurando que mantenga el equilibrio.
- Procurar que cuando vea las cosas, se fije bien cómo son.
- Contestar a todas sus preguntas, sin decirle mentiras.
- Dejarle que haga oficios de la casa, pero que no sean peligrosos.
- Enseñarle que los mejores juguetes son los que el mismo hace.



Cuidados

- En esta edad quiere aprender bastante. Por eso le gusta buscar y mirar cosas nuevas.
- Hay que cuidarlo, entonces para que no se haga daño.



Juguetes y Materiales

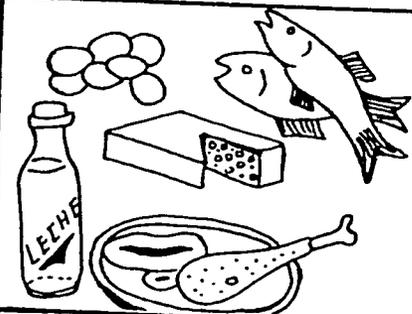
- Dejar que escoja sus juguetes, procurando que éstos lo ayuden a desarrollar su cuerpo y su mente.

Nutrición



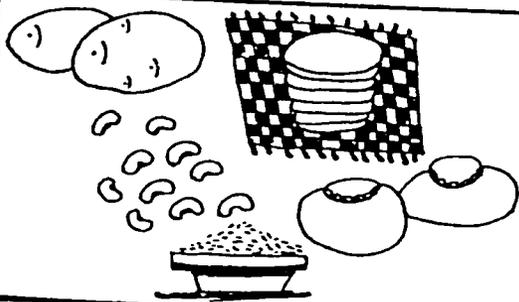
Nutrirse es comer alimentos que mantengan la vida del cuerpo y no sólo que llenen el estómago o se sientan sabrosos, nutrirse es que el cuerpo aproveche lo más que pueda los alimentos que se comen.

Cada alimento que se come ayuda al cuerpo en varias formas, pero hay una forma a la que se dedica más, por eso los alimentos se dividen en 3 grupos así:



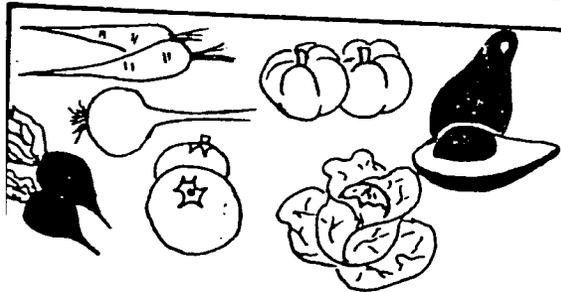
Proteínas: forman, hacen crecer y reponen el cuerpo, estos alimentos son:

manía,	pepitas de ayote,	carnes de todo animal,
incoparina,	güicoy,	la leche, y
arveja,	chilacayote,	el queso.
soya,		



Carbohidratos: dan fuerza al cuerpo para hacer actividades. Estos alimentos son:

granos y raíces: maíz, arroz, frijol, papa,
plátano, fideo, mosh, maicena.
las grasas: aceite, manteca, mantequilla.



Vitaminas y Minerales: cuidan la salud, estos alimentos son:

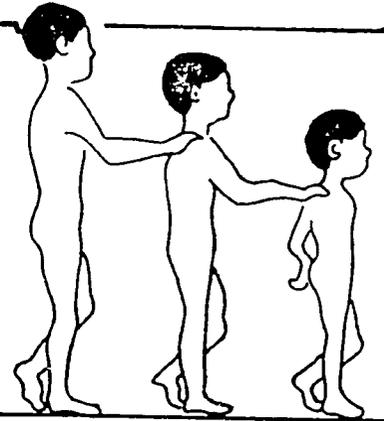
Todas las frutas: banano, manzana, ciruela, jocote etc.

Todas las verduras: güicoy, zanahoria, hojas verdes, etc.

Estos tres grupos de alimento apoyan las tres funciones básicas del cuerpo humano que son:

1. Formarse, crecer y reponerse o mantenerse:

Esta función del cuerpo queda muy bien explicado si recordamos que la concepción de un niño es la unión de dos células muy pequeñas y el niño al nacer mide de 50 a 55 centímetros; pesa de 6 a 8 libras y trae todos sus sentidos y órganos.

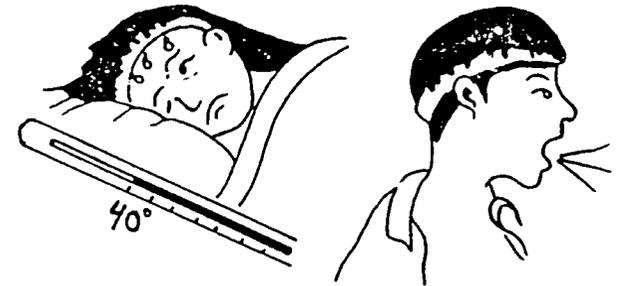


2. Tener Fuerza



Para realizar todas sus actividades de acuerdo a su edad.

3. Defenderse de las Enfermedades.



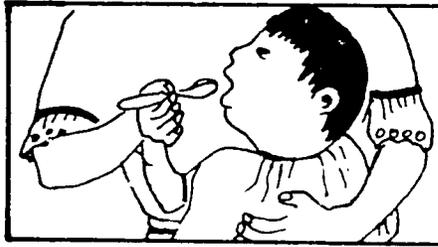
El cuerpo siempre está defendiéndose de los microbios que entran por la boca y la nariz, si el cuerpo no tuviera la función de defenderse pasaría la mayor parte de su vida enferma.

Para que el cuerpo cumpla sus Funciones es muy Necesario una Alimentación Nutritiva

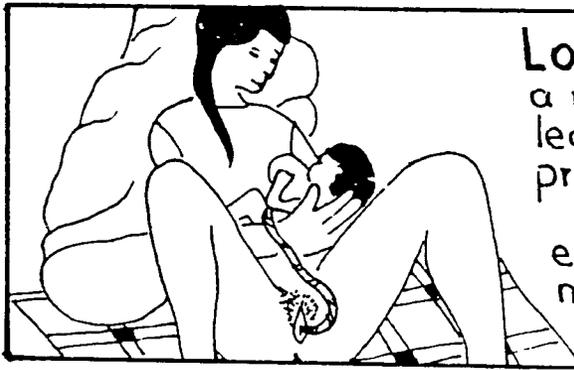
78 Los Problemas Nutricionales que hay son:



A continuación hay consejos sobre la comida directamente, pero esto no es toda la solución a los problemas de nutrición.



Alimentación del Niño en su Primer Año de Vida:
El niño es muy delicado durante el primer año de vida, depende completamente de sus padres; porque no puede caminar, hablar y alimentarse por sí mismo; por eso es necesario atenderlo cuidadosamente respecto a su alimentación y limpieza.

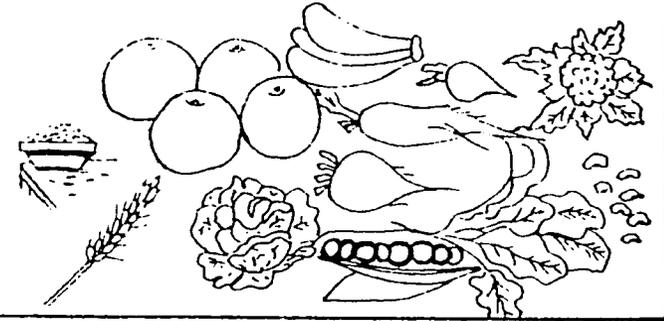


Los Primeros 4 a 6 meses: al nacer el niño, hay que ponerlo a mamar lo más pronto posible. No hay que desperdiciar la primera leche, porque ésta es mejor que lo demás: durante los primeros 4 meses, dele al niño leche de pecho nada más. La leche materna es el alimento más completo y limpio que existe, es mejor que cualquier alimento que se compra por lo nutritivo y porque es un medio de comunicación, amor y seguridad entre la madre y el niño. Protege al niño contra la diarrea y otras enfermedades infantiles.

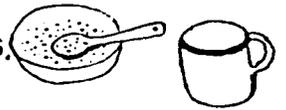


Si la madre no tiene suficiente leche debe tomar bastante líquido, comer mejor y poner al niño a mamar más seguido. Si esto no le ayuda, darle leche de vaca o de cabra, purés o atoles. Recuerde que el niño debe comer proteínas.

La leche materna: es capaz de cubrir todas las necesidades alimenticias del niño hasta los 6 meses de edad; pero a los 4 meses hay que comenzar a darle jugos y purés de frutas, verduras, cereales e incaparina, para que vaya conociendo otros sabores y esté listo a los 6 meses a comer 3 veces al día; además de seguir mamando.



Los alimentos a los 4 meses se preparan molidos, coladas o machucadas. No es necesario utilizar pacha; es mejor usar taza y cuchara.



Si el niño tiene asientos, calentura o gripe, hay que seguir alimentándolo normalmente, no hay que quitarle su bebida, comida y la leche para que no pierda su fuerza y se mejore más rápido; lo que si hay que evitar es aceite y manteca, especialmente si tiene diarrea.



Una forma de ver si la alimentación del niño está bien es que siempre está aumentando de peso; cada mes que pasa debe pesar más que el mes anterior, nunca igual ni menos; como regla general debe ser así:

a los 5 meses aumenta el doble de su peso al nacer; al año aumenta 2 veces su peso al nacer.

Ejemplo: al nacer pesa 6 libras; a los 5 meses pesará 12 libras y al año 18 libras.



¡ Cuidado con los malos hábitos alimenticios!



Muchos padres de familia acostumbran a sus hijos antes del año a comer solo galletas, aguas gaseosas, frescos de fresquitop, fruty-fruty, risitos etc. muchas veces porque estas cosas entretienen al niño ya que los padres no pueden hacerlo con juegos y la atención necesaria.

Otros padres demuestran el cariño, comprando alimentos caros porque creen que son más nutritivos, pero esa idea no es cierta, ese tipo de alimentos preparados no son necesarios en lugares en donde se cosechan frutas y verduras.

Estos malos hábitos van contra la alimentación adecuada del niño, contra la economía del hogar y contra la salud en general.



Después de un año de edad el niño puede comer las mismas cosas que los adultos, pero se le debe aumentar la proteína si es posible: incaparina, frijol, soya, leche, queso o carne; porque está creciendo rápidamente; además la mayoría deja de mamar a esta edad.



No acostumbrar a los niños a comer cosas dulces porque pierden el apetito y también se pudren los dientes. Ahora cuando la comida es muy escasa, es recomendable mezclar un poco de azúcar y aceite vegetal en los alimentos, porque ayuda al niño a aprovechar más las proteínas que come. Si al niño le dá hambre entre comidas, dele algo nutritivo como frutas, huevo y no dulces o golosinas.

Alimentación del niño después de un año: darle alimentos que reponen, que dan fuerza y que defienden el cuerpo; también es muy necesario la limpieza.

Entre uno y diez años; es muy común que el niño tiene un susto y después de este susto le da el mal del pelo espinado o (Yish wì). Lo que sucede en estos casos es que el niño tiene desnutrición y tiene desde antes señales que no le damos importancia como:

Bajo peso, según su edad y tamaño.



Poco pelo y sin brillo.



Palidez



Pasividad, Irritabilidad.



En este momento tiene el susto y lo único que aumenta a las señales anteriores es la falta de hambre, el pelo parado y algunas veces inchazón.

191

Bibliografía

1. Programa de Promotores de Salud "Materno Infantil", Cursillo 4, Jacaltenango. Huehuetenango, Guatemala 1978.
2. Eosken Fran P. William Marcia L. "Libro Universal de Ilustraciones Del Parto" Publicado por Women's International Network News 187 Grant St. Lexington, Ma. 02173 USA.
3. David Werner "Donde No Hay Doctor", México, Editorial Pax-México, 1975
4. Gally, Esther "Manual Práctico para Parteras", México Editorial Pax-México 1977.
5. Estimulación Temprana UNICEF Guatemala.
6. By Ina May Gaskin "Spiritual Midwifery" © 1980 The Book Publishing Company All Rights Reserved. Summertown, TN 38483 USA. Original Versión - 1977 ISBN #0-913990-10-8

APENDICE G

1. Harrison, 1977

- . Que se proporcione apoyo para llevar a cabo innovaciones en las estrategias de capacitación y en su contenido. Se debería proporcionar apoyo a la capacitación de supervisores y a los capacitadores, evaluación del programa, re-estructuración del curriculum y/o proyectos piloto de capacitación en áreas remotas.
- . Evaluación del impacto del programa de capacitación, especialmente en lo relacionado con las diferencias en la utilización de las comadronas capacitadas y no-capacitadas por la población.
- . Que se desarrollen dos cursos separados. Uno basado en métodos clínicos para las comadronas que están cerca de los centros de salud y los hospitales, y otro para las comadronas que viven en áreas remotas, que realmente manejan situaciones de vida o muerte.
- . Que la secuencia de capacitación sea cambiada para enfatizar primero los conceptos principales, y así asegurar el máximo beneficio para la proporción considerable de comadronas que nunca terminan el curso.
- . Que la filosofía de la capacitación sea cambiada, de tal forma que se requiera la aceptación de la idea de que la medicina moderna y tradicional no son mutuamente excluyentes.
- . Evaluación del taño potencial y de los beneficios de las prácticas tradicionales. Evaluación del impacto de las comadronas capacitadas en su práctica.

2. Reyes, 1983

- . Que los componentes insuficientemente desarrollados del sistema de capacitación, por ejemplo, se deberían desarrollar tan pronto como sea posible metodologías de evaluación y un sistema de información de capacitación. Se debería dar máxima prioridad a la completa ejecución del sistema de supervisión/información.

126

. Se debe desarrollar un plan de administración de la capacitación que esté de acuerdo con un plan de implementación del programa detallado y revisado. La capacitación debería ser descentralizada, de acuerdo con el plan de administración de los sistemas.

. Se debería dar prioridad a las metodologías de evaluación. Particularmente importantes son los métodos para pruebas preliminares, pruebas de progreso de entrevistas y pruebas posteriores del dominio de los puntos de aprendizaje claves para personal de nivel comunitario. Se debe establecer un sistema de información de adiestramiento. Este debería incluir un buen registro de los cursos, de las personas capacitadas y sus niveles de funcionamiento y la efectividad de los adiestradores mismos. El sistema de información de capacitación debería estar unido con el sistema de supervisión/información.

. Se debería desarrollar una guía de capacitación simplificada para los auxiliares. Debería enfocarse en los puntos esenciales de enseñanza y en las habilidades a ser practicadas por el adiestrado, y debería proporcionar al capacitado experiencias específicas de aprendizaje, diseñadas para enseñar el punto o la habilidad. Concomitantemente, se deben desarrollar técnicas de medición efectivas para evaluar el aprendizaje de la comadrona. Con base en la evaluación de la capacitación y el seguimiento de supervisoría, se debería revisar el curriculum para las comadronas, posiblemente reducido, y hecho más específico para habilidades esenciales.

. Se debería llevar a cabo la capacitación de auxiliares como adiestradores, ascendiendo sus habilidades, y la capacitación debería ser menos didáctica y más centrado en la experiencia y la participación.

3. MdeS, agosto 1985, Seminario/Taller de Comadronas

. "...implica considerarla como un ser que posee todo un rico bagaje caracterizado por su propia escala de valores, sus creencias, costumbres y prácticas, razón por la cual se enfatizó que es prioritario conocer profundamente su quehacer, lo cual significa sumergirse en esa riqueza."

- . Aceptar y, verdadera y formalmente incorporar a la comadrona dentro de los servicios de salud.
- . Establecer una coordinación adecuada con la división de Recursos Humanos y con las escuelas profesionales en lo relacionado con actividades de capacitación a todos los niveles.
- . Conducir actividades de planificación participativa e interdisciplinaria de comadronas.
- . Identificar las necesidades de capacitación de las comadronas, por ejemplo, su perfil ocupacional.
- . Efectuar un cambio de actitud en todos los niveles del sistema del cuidado de la salud hacia las prácticas y acciones de la comadrona.
- . Capacitar personal institucional en las metodologías y técnicas de adiestramiento, con un enfoque participativo por parte de la comunidad.
- . Crear las condiciones que estimularán y apoyarán las actividades de la comadrona.
- . En general, los servicios de salud imponen sus programas y raras veces toman en cuenta aquellos aspectos del propio sistema de creencias y valores de las comadronas.

gxa:1619t

158