

"CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y ACTITUDES DE LA OPERACION CESAREA EN MUJERES INDIGENAS

*Estudio descriptivo, realizado en mujeres
indígenas de 15-44 años de edad, de Santa Catarina
Barahona, Sacatepéquez, en el período comprendido
de Febrero 1995 a Marzo 1996*

HUGO FRANCISCO MUÑOZ HERNANDEZ

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, mayo de 1996

INDICE

	TITULO	PAGINA
I	INTRODUCCION	1
II	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III	JUSTIFICACION	3
IV	OBJETIVOS	4
V	REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI	METODOLOGIA	20
VII	PRESENTACION DE RESULTADOS	23
VIII	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	34
IX	CONCLUSIONES	37
X	RECOMENDACIONES	38
XI	RESUMEN	39
XII	BIBLIOGRAFIA	40
XIII	ANEXOS	43

I. INTRODUCCION

La operación cesárea tiene por objeto la extracción del feto a través de la incisión de las paredes del abdomen y del útero. (6).

Las estadísticas reportan que hace 100 años la operación cesárea era un procedimiento quirúrgico que resultaba mortal en un 75% de las pacientes, luego a través del tiempo la profesión médica ha adoptado la práctica de la cirugía, mejorando la técnica operatoria, y vemos en la actualidad que en todos los países del mundo incluyendo el nuestro existe una tendencia al empleo creciente de la misma, debido esto principalmente a la disminución de riesgos; por la existencia de antibióticos y bancos de sangre y, la adopción de nuevas indicaciones.

El presente trabajo es un estudio de tipo descriptivo realizado en mujeres indígenas de la comunidad de Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez, durante el período comprendido de febrero 1995 a marzo 1996.

El propósito en la realización de esta investigación es identificar los conocimientos, creencias y actitudes de la operación cesárea, tomando en cuenta exclusivamente población indígena de la comunidad.

En la metodología utilizada se entrevistó a 100 mujeres indígenas, tomando en cuenta que el promedio de embarazos al mes es de 9, lo que indica que se abarcó la población en su totalidad; para luego dar lugar a la elaboración de cuadros y gráficas que nos permitieron analizar de manera adecuada los resultados obtenidos, y de esta manera llegar a conclusiones importantes y bien documentadas en pro del grupo de estudio.

Los resultados obtenidos resaltan que el 60% de la población tiene la creencia que el parto debe ser resuelto por la comadrona, y únicamente el 40% cree que es bueno recibir atención médica durante el parto. El 51% sabe qué es la cesárea, y por qué se realiza, información que ha sido dada en el Puesto de Salud principalmente y pocas veces por la comadrona o por la suegra. Toda la población le teme a la operación cesárea ya que tienen la creencia que es un procedimiento peligroso para ellas o para el bebé.

Se estableció por último que el 100% de la población de Santa Catarina Barahona, tiene acceso a servicio médico dentro de la comunidad y acuden a éste por consulta o por su control.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

A través de los tiempos la cesárea ha sido una de las operaciones mas peligrosas. Habitualmente era considerada como último recurso y se practicaba únicamente en las mujeres que iban a morir. (25).

Después de que la paciente había estado en trabajo de parto varios días, después de muchas horas de haberse roto las membranas, y después de haberse practicado muchos exámenes vaginales, la partera habiendo agotado todos sus recursos llamaba al burdo cirujano de aquellos tiempos, y si tenía el valor suficiente hacía una cesárea, de lo cual resultaba la muerte de casi el 100% de las madres. (1, 25).

Cuando la profesión médica adoptó la práctica de la cirugía, mejoró la técnica operatoria, sin embargo a pesar de esta mejoría la cesárea continuaba siendo una operación muy peligrosa, y hasta hace 100 años moría aproximadamente el 75% de las madres. (2).

En la actualidad existe la tendencia que lleva al empleo creciente de la operación cesárea, esto debido principalmente a la disminución de riesgos en la morbi-mortalidad (menos del 2%), o por la aparición de nuevas indicaciones. (17).

En Guatemala estudios recientes demuestran que en el área urbana hay un incremento en la operación cesárea (mayor del 20%), debido principalmente a que se disminuyen los riesgos de morbi-mortalidad por la existencia de antibióticos y bancos de sangre. No así en el área rural donde el 80% de los partos son resueltos por las comadronas. (22).

Generalmente al iniciarse la sintomatología propia del embarazo, la mujer indígena consulta a la madre o a la suegra y juntas buscan la ayuda de la comadrona quien indica que hacer. La comadrona es de la propia comunidad o de una comunidad vecina, ésta examina a la paciente y establece los cambios físicos que se irán dando, esto en base a muchos años de experiencia. (22).

En el siguiente estudio se trata de identificar los conocimientos, creencias y actitudes de la operación cesárea en mujeres indígenas de Santa Catarina Barahona Sacatepéquez, período comprendido de febrero 1995 a marzo 1996.

III. JUSTIFICACION

Como es de nuestro conocimiento el 80% de los partos en el área rural son resueltos por las comadronas, y las parturientas únicamente asisten al hospital o son referidas cuando el parto se complica. (2).

Generalmente las condiciones en las que estas pacientes llegan no son las mejores, y muchas veces el feto ya está muerto; en otras ocasiones hay necesidad de realizarles una cesárea sin previa autorización de la madre y muchas veces por la rapidez de la misma ella no sabe que esta pasando y nadie se toma el tiempo para explicarle. (2).

Esto hace que posteriormente ellas tengan miedo de volver al hospital, y más de que les realicen una nueva cesárea, por esto en todos los pueblos se tiene la creencia de que a éste solo se llega para que se les realice una operación que muchas veces es mala, ya que se puede morir la madre o el niño y prefieren no acudir, sino prefieren ser vistas por la comadrona para que ella se encargue de atenderlas. (22).

El presente estudio pretende que el médico logre mediante el análisis y el estudio del comportamiento del ser humano una mejor relación con estos, y que dará como resultado mejoras en la atención ofrecida.

Es importante anotar que conocimientos, creencias y actitudes existen en un grupo determinado de pacientes, para poder adaptar los programas de atención primaria en salud, y así poder brindar una mejor atención sin dañar su modelo sociocultural existente, modificando las dañinas e inocuas y recalcando las positivas.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

1. Identificar las creencias, actitudes y conocimientos de la operación cesárea en mujeres indígenas de 15-44 años de edad, de Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez.

V REVISION BIBLIOGRAFICA

CONCEPTOS:

1. Creencia: Acción de creer en la verosimilitud o la posibilidad de una cosa. Pensar, estimar, juzgar, tener por cierto, aceptar como verdad. (6)
2. Actitud: Disposición, intención, voluntad. (6)
3. Conocimiento: Información adquirida mediante el estudio de una o varias materias. (6). Aspectos teóricos que el individuo posee. (17).
4. Raza: Grupo de individuos cuyos caracteres biológicos, son constantes y se perpetúan por herencia. (6).
5. Indígena: Originario de una determinada región de América. En Guatemala existen 22 grupos de Indígenas. (6).
6. Tradición: Transmisión de doctrinas, leyendas, costumbres, durante largo tiempo, por la palabra o el ejemplo. Costumbre transmitida de generación en generación. (6).
7. Metodo Etnográfico: Es el conjunto de técnicas de recolección de datos derivados de las técnicas características del trabajo del campo antropológico, observación y conversaciones informales y entrevistas dirigidas. (6). Las técnicas características de la investigación antropológica pueden ser cuantitativas y no cuantitativas.

MEDICINA TRADICIONAL Y OBSTETRICIA ENTRE LOS INDIGENAS GUATEMALTECOS

Todo lo hecho por el hombre puede considerarse como cultura. En Medicina Tradicional se acostumbra este calificativo a las tradiciones, normas, costumbres y demás productos del que hacer humano, relacionado con la salud. Las costumbres y tradiciones se basan en un sistema de creencias y necesidades sociales. (10).

La Medicina tradicional puede entonces ser definida como: "La suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos explicables o no utilizados para el diagnóstico, prevención, y supresión de trastornos físicos, mentales, sociales, basados exclusivamente en la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. (8).

Tradicionalmente la enfermedad siempre ha tenido algo de demoníaco, de pecado y de castigo, por eso la medicina, ha de ser sagrada y mágica. (16).

Según la generación de dioses mayas, el ser, supremo y creador del mundo fue Hunab-Kú, padre de Itzamná, a quien se llamó dios maya de la medicina, representante del sol o dios solar. Se identificó a la luna como diosa Ixchel, esposa de Itzamná y abogado de toda mujer en estado de gravidez. Esta diosa era invocada por las parturientas para que el alumbramiento transcurriera felizmente. Además era ella la que resolvía los problemas de la esterilidad. (16).

Los dioses mayas protectores de la salud, frente a los peligros de enfermedades o muerte, fueron auxiliados por individuos dotados de gracia divina para ayudar a quienes sufrieran de una enfermedad, entre esta están:

a. Las parteras: mujeres de edad avanzada que gozaban de mucho prestigio por sus conocimientos obstétricos y rituales. Curaban padecimiento de la mujer como esterilidad, cuidaban de ella en los períodos prenatal, parto y postnatal. Además existían los componen huesos, los curanderos, hombres dedicados a la medicina por mandato de Dios, revelado por sueños.

CREENCIAS Y TRADICION INDIGENA SOBRE EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO

Generalmente al iniciarse la sintomatología propia del embarazo la mujer consulta a su madre o suegra los síntomas y juntas buscan a la comadrona que ha de indicar que hacer. La comadrona es de la misma comunidad o de una comunidad vecina. Esta examina a la paciente y establece los cambios físicos que se van dando, todo esto en base a muchos años de experiencia de su oficio como comadrona.

Las visitas de la embarazada se llevan a cabo cada mes y la comadrona le instruye de como va y como evolucionará en cierto tiempo. (4)

Cumplido el tiempo de embarazo con el inicio de los dolores de parto es llamada la comadrona que llega de inmediato. Se preparan trapos limpios, se hierve agua, y los niños y otras personas son llevadas fuera de la vivienda, para evitar que se den cuenta de la situación. (4)

La partera indica a la señora que debe arrodillarse sin quitarse el corte, así mismo indica abrir las piernas para colocarle debajo los trapos y que se agarre fuerte del hocón y haga fuerzas para expulsar el niño. Después de varias horas el nuevo ser cae a los trapos y es atendido por la comadrona, inmediatamente toma al niño, mide tres dedos del cordón umbilical, hace un amarre o corta, utilizando navaja, tijeras, cuchillo, hoja de afeitar, machete o lo que tenga a la mano.

Luego a la madre se le coloca sobre un petate, cama o ponchos, para que repose en espera para que expulse la placenta, conocida como madre. La placenta sin importar el sexo del niño es enterrada cerca de la vivienda, esto debe hacerlo la comadrona en un hoyo que previamente había abierto el esposo; si la comadrona no lo hace es considerada descuidada y no será vuelta a llamar. (4).

La comadrona al día siguiente del parto vuelve a la casa y lo hace cada dos o tres días durante un mes. (4).

Si el parto es dificultoso la comadrona y las personas que estaban con ella (la madre o la suegra), toman la decisión de que debe morir. Si pasa una noche y un día y no pare, la partera la palpa nuevamente y endereza al niño (hace una versión), por si se puso atravezado, si no nace el niño se le proporciona a la madre una bebida que aumenta las contracciones uterinas y el agotamiento materno, luego la muerte fetal (la bebida es fabricada en la propia comunidad). Cuando la comadrona considera que el feto ya está muerto se traslada a la madre a otra habitación, abandonándola a su suerte.

Si muere de parto es considerada una mujer valiente; después de muerta le lavan todo el cuerpo y los cabellos, poniéndole las mejores vestiduras que tenían. Las mujeres que mueren de parto son consideradas como diosas ya que han cumplido con su deber. (2).

EL PAPEL DE LA COMADRONA DENTRO DEL PUEBLO INDIGENA

En la mayoría de los casos el trabajo de la comadrona es una tradición familiar, en otras ocasiones ha asistido a su propia hija o nuera en el alumbramiento, y creen saber lo suficiente sobre partos normales como para ofrecer su ayuda a los vecinos cuando surja la necesidad. (18).

En muchos países del mundo incluyendo en Guatemala la preferencia evidente por la medicina tradicional tiene hondos raíces culturales y económicas.

Frecuentemente la comadrona goza de gran prestigio dentro de la comunidad. Usualmente son mujeres de más o menos 40 años o más, que adquieren sus conocimientos por experiencia propia o trabajando con otras comunidades. Usualmente se inician a un llamado sobrenatural, y con interpretación de sueños enigmáticos en la adolescencia, padecimientos de una enfermedad presente, acompañada de reveliones en sueños durante la vida matrimonial, hallazgo de objetos extraños en el camino o recuperación de la salud al comenzar la práctica; generalmente son mujeres analfabetas de constitución mas o menos fuerte, generalmente han tenido hijos.

Mientras en países industrializados la obstetricia se orienta cada vez mas hacia la atención hospitalaria en los países en desarrollo se tiende a llevar los servicios de partería (comadronas) al propio hogar. (1,4)

Mediante un programa nacional se han identificado las parteras tradicionalmente en las comunidades rurales, reuniendolas para que reciban cursos de información y se mantengan después en contacto regular con el personal de salud. Su integración en el sistema nacional de atención sanitaria facilita el envío de casos difíciles a un centro de salud o institución de mayor nivel y se espera que contribuyan a mejorar la salud general de madres e hijos. (12).

El 16 de abril de 1935 quedó autorizada por acuerdo gubernativo la Comadrona Tradicional Capacitada, para ejercer su actividad amparada por la ley. (4).

En Guatemala, existe una variedad de segmentos sociales, cada uno de los cuales tiene sus propias características culturales.

COMUNIDADES INDIGENAS TRADICIONALES

Tales sociedades se encuentran principalmente en las montañas del nor-oeste y el altiplano del país. Estas comunidades han conservado una organización socio-política y religiosa distintivas.

En ellas tanto los hombres como las mujeres generalmente son monolingues (hablan solamente una lengua indígena). Se conservan en forma atenuada el calendario Maya. El temescal, y el uso de un sistema de adivinos y curanderos altamente desarrollados. (4, 12).

No se debe apartar a las curanderas (en este caso a las comadronas), del medio en el que operan, sino mejorar sus condiciones de trabajo y armonizar sus actividades con las del plan Nacional de Salud. (11).

El programa de formación de parteras tradicionales, es parte del sistema sanitario unificado nacional, encaminado a reducir la morbilidad y mortalidad de las madres y los niños. (11).

Las parteras encuentran apoyo en algunas de sus ideas y prácticas, y les resulta más fácil renunciar a las nocivas.

El curso de formación de parteras se ocupa de:

- * Anatomía y fisiología de los sistemas reproductores masculinos y femeninos.
- * Ciclo menstrual, concepción y crecimiento. Desarrollo del feto durante el embarazo.
- * Signos y síntomas del embarazo y cálculo de la fecha de probable nacimiento.
- * Precauciones que se han de tomar durante el embarazo, dieta, higiene, mitos culturales, ejercicios, atención prenatal.
- * importancia de enviar a las embarazadas al Centro de Salud para inmunizarlas contra el tétanos.
- * Signos y Síntomas del riesgo obstétrico elevado.
- * Enfermedades venéreas.
- * Preparación para el parto.
- * Signos y Síntomas de la inminencia del parto.
- * Asistencia del parto normal, expulsión de la placenta y sección del cordón umbilical.
- * Signos de parto anormal, posiciones anormales.
- * Técnicas de las inyecciones intramusculares.
- * Atención inmediata al lactante y signos de peligro.
- * Puerperio, sus características y sus complicaciones.
- * Lactancia materna.
- * Cuidados y nutrición del lactante.
- * Funciones y tareas de la comadrona tradicional en la comunidad, consejos sobre la planificación de la familia, relaciones con organizaciones populares, conocimiento general de los programas sanitarios materno-infantiles, y el envío de las pacientes a centros especializados. (14).

Tulio Tentorio señala, entre muchas definiciones utilizadas en el campo antropológico. "Que la cultura es el complejo de los modos de vida, de los usos, de las costumbres, de las estructuras y organizaciones sociales y familiares, de las creencias que se encuentran en cada agregado social, en palabras más simples y más breves toda actividad del hombre entendido como ser social". (15).

La Antropología es la disciplina de las ciencias sociales que estudia al hombre y sus obras.

La Antropología se divide en tres grandes campos:

ANTROPOLOGIA FISICA
ANTROPOLOGIA ARQUEOLOGICA Y
ANTROPOLOGIA CULTURAL

La Antropología Cultural estudia el comportamiento del hombre, los procedimientos ideados para enfrentarse a su medio circundante, ya sea natural, social o espiritual y la manera como se conserva y transmite un cuerpo de costumbres. (15).

Dentro del amplio campo de la cultura popular tradicional las creencias y prácticas y recursos médicos constituyen la importante gama de elementos culturales que se interrelacionan con factores biológicos, económicos y sociales. Estas prácticas médicas populares resultan de un conocimiento histórico acumulado, cuyo origen se remonta a épocas prehistóricas desde el momento en que el hombre se vió en la necesidad de recurrir a diferentes productos de su medio ecológico para satisfacer sus mas elementales necesidades: alimento, abrigo y salud.

En 1977 la Asamblea Nacional de la Salud robó por aclamación una propuesta para que se promovieran y se desarrollaran las investigaciones y enseñanzas de medicina tradicional. (12).

COMUNIDADES INDIGENAS MODIFICADAS

Entre los rasgos que desaparecen o que permanecen en forma débil están: la organización política-religiosa y el vestido distintivo. Todos los hombres y muchas mujeres se han vuelto bilingües, pero la lengua indígena aún se conserva como materna.

Aunque siempre aparece el uso del temescal, los adivinos y curanderos encuentran considerable competencia en los espiritistas ladinos y otros curanderos no profesionales. (12).

COMUNIDAD INDIGENA LADINIZADA

Han desaparecido los rasgos indígenas observados a simple vista. Ninguno de los sexos conserva ropa distintiva, los apellidos indígenas, ya no se usa el mecapan, ha sido sustituido por los animales de carga o bien por carga al hombro. Los hombres tienden a tomar la dirección de los grupos religiosos, se prefiere la cocina sobre él, y el grupo se encuentra principalmente en las partes orientales y suroriente del país, y áreas marginales de la capital del país. (8).

La cultura de los indígenas ladinizados o ladinos pobres aunque incorpora algunos elementos indígenas, estaba basada esencialmente en la cultura Española de los siglos XVI y XVII. También se ha conservado casi sin cambios desde aquella época, en algunas áreas rurales de Guatemala.

El ladino pobre reconoce la existencia de una diferencia de clase elevada no étnica entre él y otros guatemaltecos, y por lo general está ansioso por adoptar las costumbres de este grupo. (8).

PAPEL DE LA COMADRONA EN GUATEMALA

La existencia de "parteras", se menciona desde el período prehispánico, cuando se les consideraba como ayudantes de Ixchel la diosa maya de la luna, el parto y la fertilidad. (10).

Una comadrona tradicional, ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como: persona generalmente mujer que ayuda a la madre durante el parto y que adquiere sus habilidades por sí misma o trabajando con otras comadronas. (8).

Según estudios que se han hecho en regiones del país, se han encontrado que hay conocimientos escasos, prácticas dañinas y creencias mágico-religiosas en las comadronas que atendían a las mujeres gestantes indígenas. Lo cual influía en las elevadas tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal. (4).

Los conocimientos, o sea los aspectos teóricos que la comadrona posee sobre el control prenatal, es de suma importancia evaluarlos para determinar en que medida influyen en las prácticas o sea el ejercicio de dichos conocimientos en beneficio o no de las mujeres embarazadas que atienden.

OPERACION CESAREA

La operación cesárea tiene por objeto la extracción del feto a través de la incisión de las paredes del abdomen y del útero. (6).

FRECUENCIA:

Existe una tendencia que lleva al empleo creciente de esta operación. Ello se debe a los siguientes factores:

- a) Disminución de sus riesgos (existencia de antibióticos, bancos de sangre etc.).
- b) Nuevas indicaciones sustentadas en mejores resultados perinatales.
- c) Escasa posibilidad del operador para adquirir la habilidad en las maniobras por vía vaginal.

Se debe reprobar el uso de la cesárea cuando privan en su elección factores extramédicos que van en perjuicio de la madre y de su futura descendencia (comodidad del equipo de salud, factores económicos etc.). En los lugares en donde este hecho no ocurre la incidencia de esta operación oscila entre el 8-18%, corresponde a aquellos centros de nivel terciario con concentración de patologías y buenos resultados perinatales.

INDICACIONES:

Las indicaciones pueden ser: a. absolutas y b. relativas.

- a. ABSOLUTAS:
- * Desproporción cefalopélvica.
 - * Placenta previa oclusiva.
 - * Inminencia de ruptura uterina.
 - * Ruptura uterina.

b. RELATIVAS:

Son aquellas que eligen la cesárea como la mejor alternativa en circunstancias en que se plantea también alguna operación. Son casos que por lo tanto tendrán que ser analizados detenidamente antes de adoptar una decisión. Por ejemplo la cesárea previa es para algunos indicación de cesárea por el riesgo de ruptura de la cicatriz uterina durante el parto.

El peligro sin embargo, es pequeño por lo que para otros si no se repiten los motivos de la primera intervención, no existe otra indicación, y si la paciente ha dado anteriormente a luz a un niño de tamaño normal por vía vaginal, debería permitirse el parto normal bajo observación cuidadosa. (20).

A veces es necesario realizar una cesárea por una serie de causas asociadas, ninguna de las cuales justificaría la intervención si se considerara aisladamente. Cuando se dan varias indicaciones parciales puede haber mayor peligro en el parto por vía vaginal, de modo que a veces éstas, al sumarse crean una verdadera indicación en conjunto. (8).

Las indicaciones pueden ser: maternas, fetales, fetomaternas y ovulares.

INDICACIONES MATERNAS:

- * Distocias óseas.
- * Distocias dinámicas.
- * Distocias de partes blandas.
- * Tumores previos.
- * Ruptura uterina.
- * Cesárea anterior.
- * Plastías vaginales.
- * Herpes vaginal.
- * Toxemia.
- * Hipertensión crónica grave.
- * Nefropatía crónica.
- * Tuberculosis pulmonar grave.
- * Fracaso de la inducción.

INDICACIONES FETALES:

- * Situación transversa.
- * Situación pelviana.
- * Macrosomía fetal.
- * Sufrimiento fetal.
- * Retardo del crecimiento intrauterino.
- * Enfermedad Hemolítica fetal grave.
- * Muerte habitual del feto.

INDICACIONES MATERNO FETALES:

- * Desproporción feto-pélvica.
- * Parto detenido.

INDICACIONES OVULARES:

- * Placenta previa.
- * Desprendimiento prematuro de placenta normoincisa.
- * Procidencia del cordón.
- * Prolapso.

CONTRAINDICACIONES:

En el momento actual la cesárea no tiene virtualmente contraindicación alguna, excepto el hecho de no estar correctamente indicada. (17).

MORTALIDAD MATERNA:

El informe mas destacado sobre la seguridad de la cesárea es el emitido por el Boston Hospital for Women.

Los problemas principales que amenazan a las mujeres sometidas a cesárea son: anestesia, la sepsis grave, y los episodios tromboembólicos; y los más frecuentes son: infección, hemorragia y lesión del tracto urinario.

MORTALIDAD PERINATAL:

La frecuencia de recién nacidos muertos y de mortalidad perinatal depende naturalmente de la causa subyacente de la cesárea y de la edad gestacional del feto. (20).

PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESAREA:

No existe duda de que el parto vaginal será seguro la mayoría de veces aunque haya habido una cesárea previa.

Hay que señalar la importancia de considerar al parto vaginal sólo en las mujeres sometidas previamente a una cesarea con incisión transversal baja, y la indicación de haber realizado la misma.

El obstetra en su afán de abandonar el viejo adagio "después de una cesárea siempre cesárea", no debe dejarse embaucar por otro aún más incorrecto, "después de una cesárea nunca más una cesárea". (20).

HISTORIA DE LA OPERACION CESAREA

El origen del término con que se designa esta intervención es oscuro. Se han propuesto tres explicaciones principales:

1. Según la leyenda Julio César nació de esta forma, por lo que este procedimiento vino a conocerse con la designación de cesárea. Sin embargo son varias las circunstancias que retan con fuerza a esta explicación. En primer lugar la madre de Julio César vivió muchos años después del nacimiento de éste. Y sin embargo en los siglos XVII la intervención era casi siempre fatal. Por lo que es imposible que la madre de Julio César sobreviviera a la intervención 100 años A.C.
2. Se cree que el nombre deriva de una Ley Romana que se supone fue promulgada por Numa Pompilio, en la que se ordenaba se practicara en mujeres fallecidas durante las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al niño.
3. La palabra cesárea con que se designa a la intervención pudo derivar en algún momento de la Edad Media del verbo Caedere "cortar". Es obvio que similar es el término "cesura" que designa un corte.

Al considerar estas referencias al parto por vía abdominal en la antigüedad es pertinente indicar que semejante intervención no es mencionada por Hipócrates, Galeno, Celso, Paulo, Sorano, ni por otro escritor médico de ese tiempo.

Si la cesárea hubiera sido realizada en estos siglos, sería sorprendente en especial que Sorano, cuyo extenso trabajo realizado en el siglo II después de Cristo abarca todos los campos de la obstetricia, no se refiera a ella.

La cesárea se denominó por primera vez con su nombre actual en el célebre trabajo de Francois Rousset titulado: "Traite nouveau Thysterotomotomie cesarien", que se publicó en 1581. Rousset no había realizado o presenciado nunca la intervención y su información se basaba en cartas de amigos. El publicó 14 casos de cesárea realizados con éxito. Caso que es difícil aceptar. (4, 20).

Se ha sugerido que el término deriva de Lex Caesarea, un decreto que continuó bajo el poder de los Césares desde el tiempo de Numa Pompilio, según el cual se obligaba que antes de enterrar a la madre, el niño se extrajera del útero de cualquier mujer que muriera al final del embarazo. (25).

La primera operación registrada en una paciente viva (murió al 25 día post-operatorio), se hizo en 1610. La primera operación exitosa en Estados Unidos de Norteamérica se hizo en 1794. En las primeras operaciones cesáreas no se colocaban suturas en el útero y era posible la infección inicial de los senos uterinos abiertos. (25).

Dos informes en 1876 y 1882 contribuyeron bastante a reducir la tasa de mortalidad, la cual habrá variado en 50-85%. El primero por Porro trataba de una paciente en la cual se había extirpado el útero debido a una hemorragia incontrolable de la herida uterina. El sutureó el cerviz en el ángulo inferior de la incisión para la evacuación. Aunque la operación era extremadamente formidable proporcionó un medio para controlar la hemorragia, impidiendo el desarrollo posterior de metritis y parametritis que tan a menudo causaban peritonitis y finalmente la muerte. (25).

El segundo informe se hizo por Sanger, hizo resaltar lo deseable por suturar el defecto uterino antes de cerrar el abdomen. En la última parte del siglo XIX, el advenimiento de la anestesia y las técnicas quirúrgicas asépticas, dieron por resultado una mayor reducción en la tasa de mortalidad. (8, 25).

El punto clave en la evaluación de la Cesárea se produjo en el año 1882. Cuando Max Sanger entonces de 28 años de edad y ayudante de Crede en la Clínica Universitaria de Leipzig, introdujo la sutura de la pared uterina.

Si bien la sutura uterina disminuyó la mortalidad de la intervención por la hemorragia, subsistió como principal causa de muerte la peritonitis generalizada, de allí que se ideara diversas técnicas quirúrgicas para vencer este obstáculo.

Una modificación de vital importancia fue introducida por Kerh en el año de 1926, prefería que la incisión uterina fuera transversal en lugar de longitudinal. En la actualidad la técnica de cesárea más empleada es la de Kerh modificada por Monroe. (20).

El origen de la cesárea en Guatemala es oscuro ya que los estudios realizados sobre la misma no dan datos fidedignos de como fue que se inició, remontándose únicamente en los años 1920 a 1930 la primera operación. (24).

VI. METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO: Estudio Descriptivo.

UNIVERSO: Mujeres de 15-44 años de edad de Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez.

MUESTRA: 100 mujeres indígenas de 15-44 años de edad de Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez.

MATERIALES:

FISICOS:

- * Biblioteca Facultad de Ciencias Médicas USAC.
- * Biblioteca del INCAP.
- * Biblioteca del IGSS.
- * Biblioteca Hospital Roosevelt.
- * Biblioteca Hospital de Antigua.
- * D.G.S.S.
- * APROFAM.
- * Puesto de Salud de Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez.
- * Boleta recolectora de datos.

HUMANOS:

- * Enfermera Auxiliar del Puesto de Salud de Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez.
- * Técnico en Salud Rural de Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- * Mujeres indígenas.
- * Edad: 15-44 años.

DEFINICION DE VARIABLES:

a) INDIGENA:

Definición Conceptual: Originario de determinada región de América. En Guatemala existen 22 grupos indígenas. Originario de una región de América que conserva las características de sus ancestros. (6).

Definición operacional: En este estudio se incluyen únicamente pacientes indígenas y los datos serán anotados en la boleta recolectora.

Escala de medición: Nominal.

b) CREENCIA:

Definición Conceptual: Acción de creer en la verosimilitud o en la posibilidad de una cosa. Tener por cierto, aceptar como verdad. (6).

Definición operacional: En este estudio se tomará como creencia todos los datos que la paciente aporte en respuesta a las preguntas que contiene la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

c) ACTITUD:

Definición Conceptual: Disposición, intención, voluntad. (6).

Definición operacional: En este estudio se tomará como actitud todos los datos que la paciente aporte en respuesta a las preguntas que contiene la encuesta del mismo.

Escala de medición: Nominal.

d) CONOCIMIENTO:

Definición conceptual: Información adquirida mediante el estudio de una o varias materias.

Definición operacional: En este estudio se tomará como conocimiento los datos que la paciente aporte en respuesta a las preguntas que contiene la encuesta del mismo.

Escala de medición: Nominal.

e) ESCOLARIDAD:

Definición conceptual: Número de años asistidos a la escuela. (6).

Definición operacional: En este estudio se tomará en cuenta si la paciente es alfabeto o analfabeta.

Escala de medición: Ordinal.

f) EDAD:

Definición conceptual: Numero de años a partir del nacimiento. (6).

Definición operacional: Edad en años.

Escala de medición: De razón.

g) CESAREA:

Definición conceptual: Extracción del feto a través de la incisión de las paredes del abdomen y del útero. (6).

Definición operacional: Se tomará como cesárea todos los datos que la paciente aporte de la misma en respuesta a las preguntas que contiene la encuesta de este estudio.

Escala de medición: Nominal.

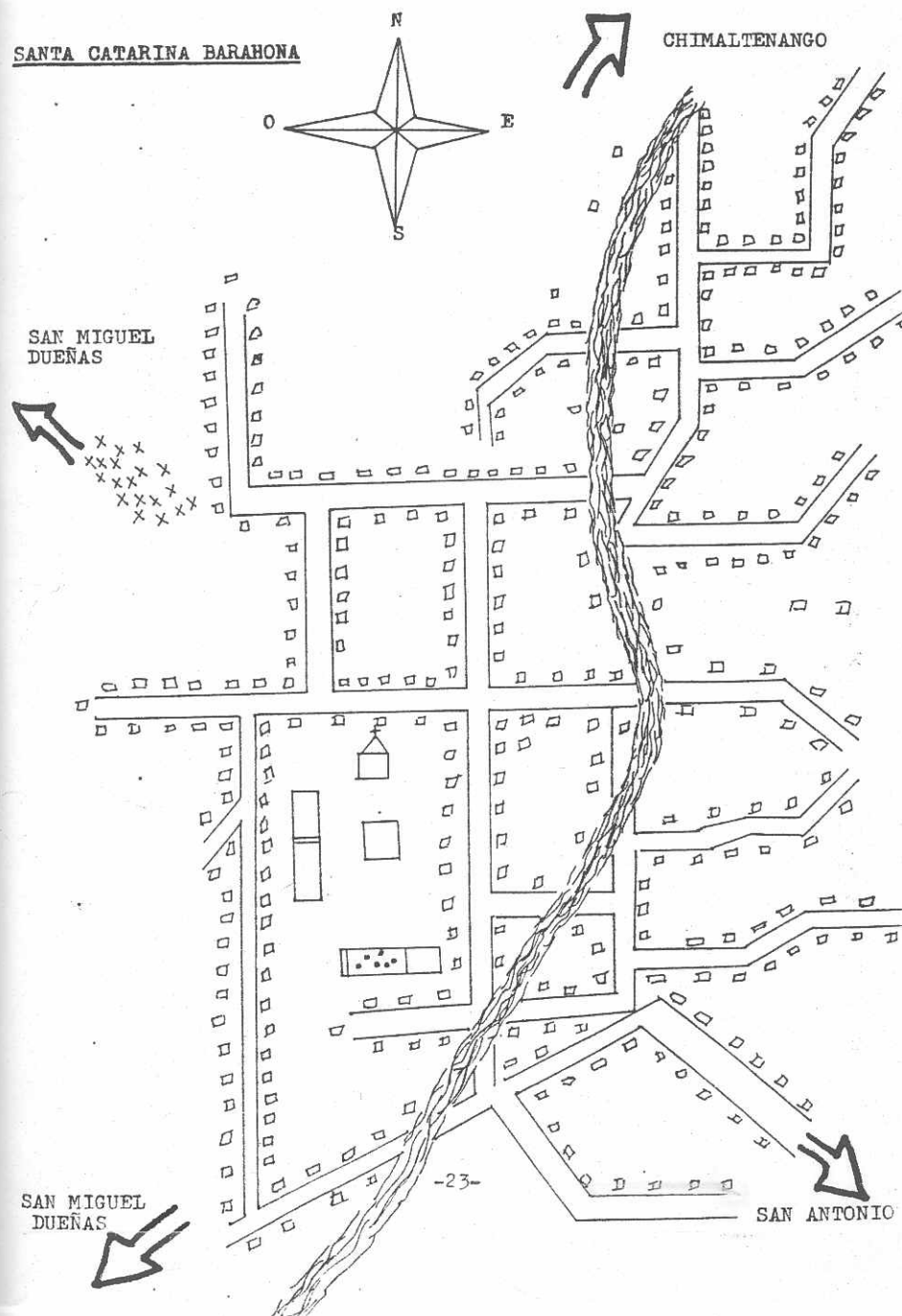
PROCEDIMIENTO:

Se utilizó el método etnográfico, para lo cual se hizo uso de formulario, con instrumentos para dirigir la información que se obtuvo de cada paciente.

Los formularios se elaboraron para obtener la siguiente información:

Nombre, edad, origen, escolaridad, paridad, con la finalidad de ver si había tenido o no hijos anteriormente, cual es la opinión de que la tenga que atender un médico, qué saben de la cesárea, y quien les ha transmitido esa información, establecer si le temen a la cesárea. A quiénes les han practicado una cesárea anteriormente y si les dijeron o no la indicación de la misma. La información que se recibe al egresar del hospital, y el acceso al servicio de salud en la comunidad, y si hacen uso de este.

Se entrevistaron un total de 100 mujeres indígenas del municipio, tomando en cuenta que el número de embarazos al mes es de 9, lo que nos da un promedio de 108 al año, lo que indica que se abarcó la población en su totalidad, y se dieron conclusiones bien documentadas y recomendaciones pertinentes en pro del grupo de estudio.



DATOS GENERALES DEL MUNICIPIO DE SANTA CATARINA

BARAHONA
SACATEPEQUEZ

DATOS HISTORICOS:

Santa Catarina Barahona fue fundada en 1530 por Don Sancho de Barahona, uno de los capitanes de Don Pedro de Alvarado, de allí el nombre de Barahona, y Santa Catalina en honor a la Santa patrona del pueblo, ya que como sabemos era costumbre de los españoles dejar implantada la religión. Se le empezó a llamar Santa Catarina por deformación del idioma.

DATOS ACTUALES:

Santa Catarina Barahona colinda al norte con Parramos Chimaltenango; al sur con San Miguel Dueñas Sacatepéquez; al este con San Antonio Aguas Calientes Sacatepéquez y al oeste con San Miguel Dueñas Sacatepéquez.

Santa Catarina Barahona tiene una extensión territorial de 12 Km. cuadrados. Población total de 2500 habitantes, siendo el 93% de la misma indígenas.

El 80% de la Población es Católica.

Cuenta con una municipalidad de tercera categoría, servicios de Puesto de Salud, una escuela pública. No existe ninguna ONG.

Sus habitantes se dedican principalmente a: 80% a la agricultura; 10% a tejidos de telares indígenas y el restante 10% a la carpintería.

Las casas en su mayoría están construídas de caña de milpa (80%), y el 99% de la población cuenta con agua intradomiciliaria.

El 75% de la población es analfabeta, ya que les interesa más trabajar que ir a la escuela a perder el tiempo.

Es importante anotar que el municipio en su totalidad es atravesado por el río Nimayá, lo cual es aprovechado por sus habitantes ya que les es de utilidad para efectuar sus riegos en las siembras

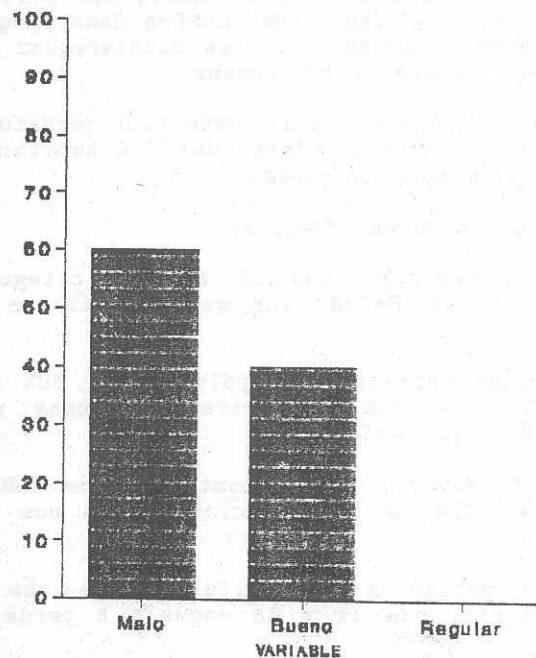
CUADRO No. 1

¿Qué opina de que la tenga que atender un Médico?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	40	40
Malo	60	60
Regular	0	0
TOTAL	100	100

Fuente: Boleta Recolectora de datos.

GRAFICA No. 1 ¿Qué opina de que la tenga que atender un Médico?



Fuente: Cuadro No. 1

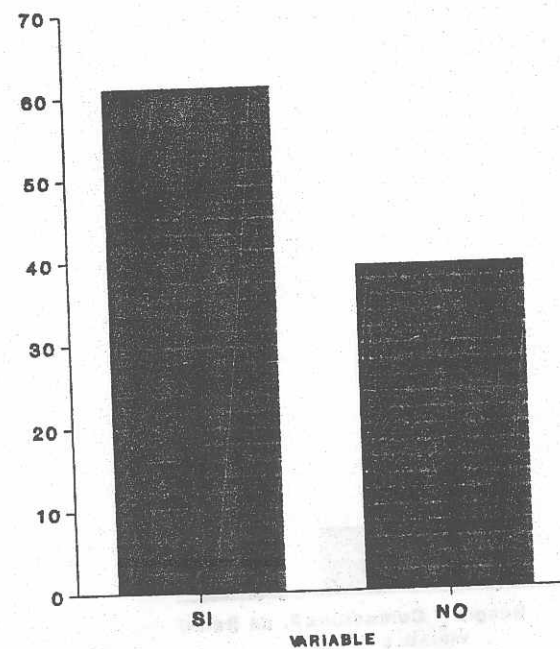
CUADRO No. 2

¿Sabe usted qué es una Cesárea?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	61	61
No	39	39
TOTAL	100	100

Fuente: Boleta Recolectora de datos.

GRAFICA No. 2 ¿Sabe usted qué es una Cesárea?



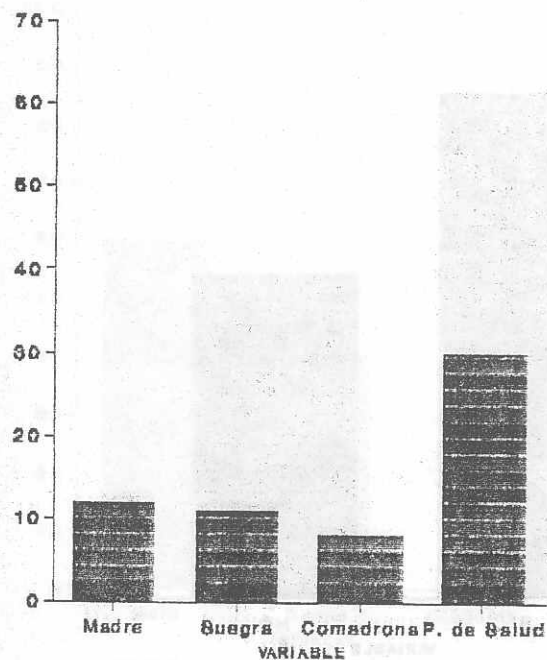
Fuente: Cuadro No. 2

CUADRO No. 3

¿Quién le ha dicho qué es una Cesárea?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Madre	12	20
Suegra	11	18
Comadrona	8	13
Puesto de Salud	30	49
TOTAL	100	100

Fuente: Boleta Recolectora de datos.

GRAFICA No. 3
¿Quién le ha dicho qué es una Cesárea?

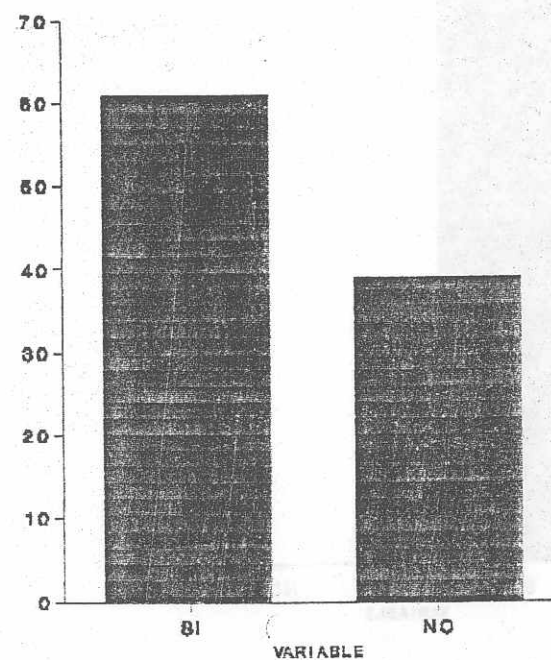
Fuente: Cuadro No. 3

CUADRO No. 4

¿Sabe por qué hacen la operación Cesárea?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	61	61
No	39	39
TOTAL	100	100

Fuente: Boleta Recolectora de datos.

GRAFICA No. 4
¿Sabe por qué hacen la Cesárea?

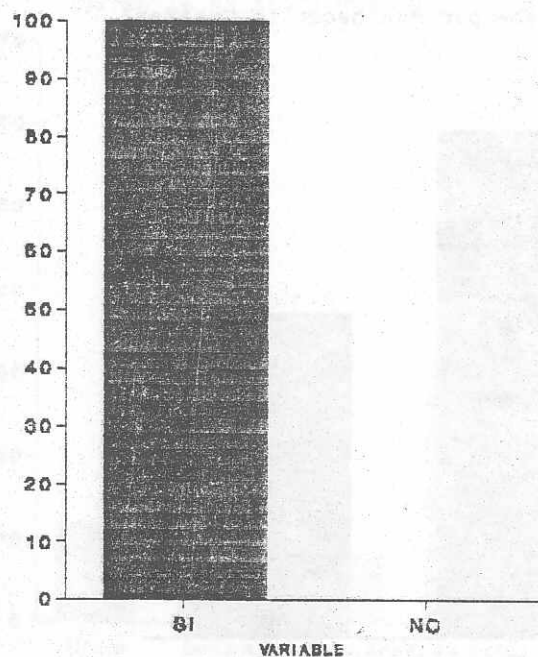
Fuente: Cuadro No. 4

CUADRO No. 5

¿Le teme a una Cesárea?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	100	100
No	0	0
TOTAL	100	100

Fuente: Boleta Recolectora de datos.

GRAFICA No. 5
¿Le teme a una Cesárea?

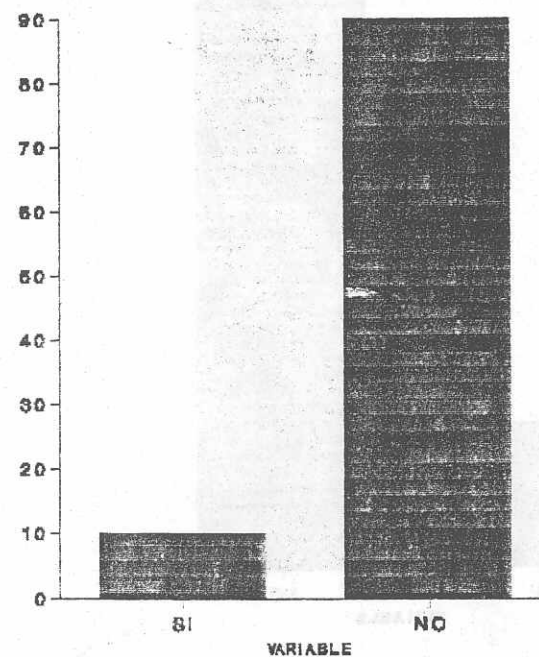
Fuente: Cuadro No. 5

CUADRO No. 6

¿Le han practicado una cesárea anteriormente y le dijeron la indicación?

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Indicación
Si	10	10	0
No	90	90	10
TOTAL	100	100	10

Fuente: Boleta Recolectora de datos.

GRAFICA No. 6
¿Le han practicado una Cesárea?

Fuente: Cuadro No. 6

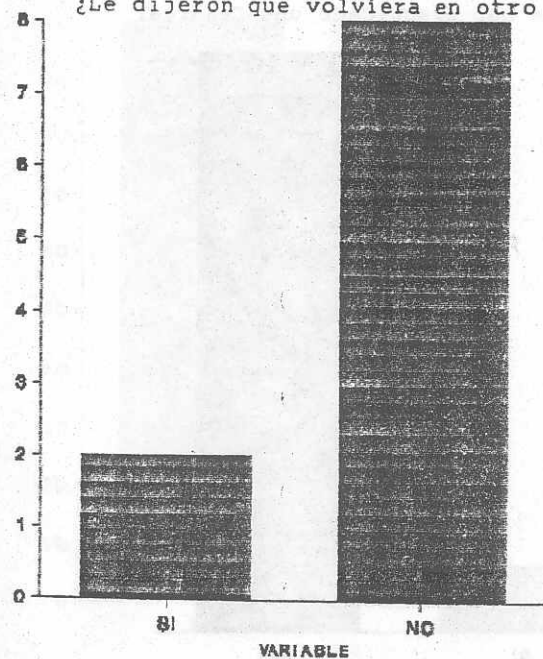
CUADRO No. 7

Si su parto es o fue resuelto por Cesárea, ¿su médico le ha dicho que acuda con su nuevo embarazo al hospital?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	20
No	8	80
TOTAL	10	100

Fuente: Boleta Recolectora de datos.

GRAFICA No. 7 Si su parto fue Cesárea
¿Le dijeron que volviera en otro parto?



Fuente: Cuadro No. 7

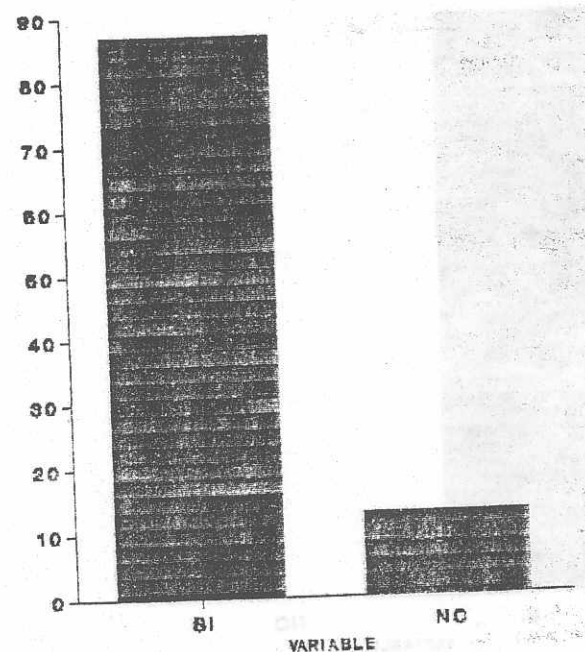
CUADRO No. 8

¿Cree usted que una Cesárea afectaría su vida futura?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	87	87
No	13	13
TOTAL	100	100

Fuente: Boleta Recolectora de datos.

GRAFICA No. 8 ¿Cree usted que una Cesárea
afectaría su vida futura?



Fuente: Cuadro No. 8

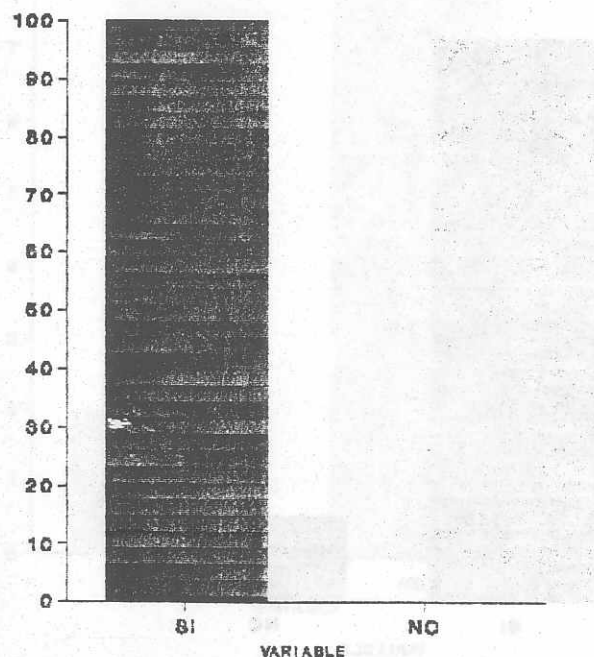
CUADRO No. 9

¿Tiene acceso al servicio médico dentro de su Comunidad?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	100	100
No	0	0
TOTAL	100	100

Fuente: Boleta Recolectora de datos.

GRAFICA No. 9 ¿Tiene acceso al servicio médico dentro de su Comunidad?



Fuente: Cuadro No. 9

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO Y GRAFICA No. 1

El cuadro y gráfica No. 1 nos demuestra que el 60% de la población estudiada tiene la creencia que es malo que las tenga que atender un médico, y únicamente el 40% cree que es bueno recibir atención médica durante el parto. Datos que concuerdan con la revisión bibliográfica del presente estudio en la que se menciona que al iniciarse la sintomatología propia del embarazo, la mujer indígena consulta a la madre o a la suegra y juntas buscan la ayuda de la comadrona, quien indica que hacer, lo que lleva a que en el área rural el 80% de los partos sean resueltos por la comadrona y únicamente el 20% de los mismos, por el médico.

CUADRO Y GRAFICA No. 2:

En este cuadro y gráfica podemos ver que el 61% de la población estudiada sabe qué es la cesárea, operación para que pueda nacer el bebé, el 39% restante no sabe que es la cesárea debido a que nunca habían oído hablar de ésta, o porque nadie se los había explicado. Se menciona en la parte teórica del presente estudio que el papel de la comadrona es una tradición familiar, y en ocasiones ha asistido a su propia hija y creen saber lo suficiente sobre partos normales, y ofrecen ayuda a los vecinos cuando surge la necesidad; y por lo tanto poseen pocos o ningún conocimiento sobre cesárea siendo incapaces de explicarles sobre la misma a sus pacientes.

CUADRO Y GRAFICA No. 3:

Los resultados obtenidos en el presente estudio, demuestran que el 61% que saben qué es la cesárea, el 49% ha recibido la información en el Puesto de Salud, ya sea en consulta o en el control. Es importante señalar en este cuadro y gráfica que la comadrona transmite pocos conocimientos sobre la cesárea ya que únicamente el 13% de la población estudiada ha recibido la información a través de ella. Como se mencionó anteriormente, se han realizado estudios en varias regiones del país, y se ha demostrado que hay conocimientos escasos, prácticas dañinas, y creencias mágico religiosas en las comadronas que atienden a las gestantes indígenas, por lo que resulta de vital importancia evaluarlas en el Puesto de Salud para determinar los conocimientos en beneficio de las mujeres embarazadas que atienden.

CUADRO Y GRAFICA No. 4:

En este cuadro y gráfica vemos que el 61% de la población estudiada sabe por qué se realiza una cesárea, información que ha sido dada en el Puesto de Salud principalmente, y pocas veces por la madre suegra o la comadrona. Se ha demostrado mediante estudios que mientras en los países industrializados la Obstetricia se orienta cada vez más a la atención hospitalaria, en los países subdesarrollados como el nuestro se prefiere a la comadrona, por lo que generalmente la mujer indígena consulta a ésta, y no transmite sus conocimientos sobre la cesárea, y únicamente lo menciona si el parto se complicara, por lo que muchas pacientes se quedan sin saber que es la cesárea.

CUADRO Y GRAFICA No. 5:

Los resultados obtenidos en el presente estudio, muestran que el 100% de la población le teme a la cesárea, ya que tienen la creencia de que es una operación peligrosa y a veces mortal para ellas o para el bebé. Se dice que a través de los tiempos la cesárea ha sido una de las operaciones más peligrosas y habitualmente era considerada como último recurso y se practicaba únicamente en las mujeres que iban a morir, estas creencias han sido transmitidas de generación en generación en las comunidades indígenas, lo que hace que persista la idea de que es una operación mortal.

Se menciona que los principales problemas que amenazan la vida de las mujeres sometidas a la cesárea son: episodios tromboembólicos, sepsis, hemorragias y lesiones del tracto urinario.

CUADRO Y GRAFICA NO. 6:

Este cuadro y gráfica nos muestra que de las 100 pacientes incluidas en el presente estudio a 10 de ellas se les ha realizado una cesárea anteriormente, y ninguna de ellas sabía la indicación de la misma. En la revisión bibliográfica del presente estudio se menciona que la población indígena acude generalmente a la comadrona, y ésta habla de la cesárea solamente si el parto se complicara, refiriéndolas al médico. Generalmente las condiciones en las que estas pacientes llegan al hospital no son las mejores, y muchas veces el feto ya está muerto, y en ocasiones hay necesidad de realizarles una cesárea sin previa autorización de la madre, y muchas veces por la rapidez de la misma ella no sabe que está pasando y nadie se toma el tiempo para explicarle.

CUADRO Y GRAFICA No. 7:

Este cuadro y gráfica nos demuestra que de la 10 pacientes a las que se les ha realizado una cesárea anteriormente, únicamente a 2 de ellas se les indicó que deberían acudir al hospital en el próximo embarazo. Aunque en la parte teórica del presente estudio se menciona que no existe duda de que el parto vaginal será seguro, tanto para la madre como para el bebé, la mayoría de las veces aunque haya habido una cesárea previa, siempre se debe recalcar como principal complicación del parto vaginal después de una cesárea la ruptura uterina. De aquí la importancia de acudir al hospital en el siguiente embarazo.

CUADRO Y GRAFICA No. 8:

En este cuadro y gráfica podemos ver que el 87% de la población estudiada tiene la creencia de que la cesárea afecta su vida futura, principalmente porque se les pueda volver a realizar otra cesárea. Como bien sabemos se han hecho estudios que demuestran que en todos los pueblos indígenas se tiene la creencia de que al hospital se llega para que se les realice una cesárea, que muchas veces es mala ya que pueden morir ellas o el bebé, lo que hace que consulten siempre a la comadrona.

CUADRO Y GRAFICA No. 9:

Los resultados obtenidos en nuestro estudio demuestran que el 100% de la población de Santa Catarina Barahona, Sacatepequez, tiene acceso a servicio médico dentro de la comunidad, y asisten a éste por control o por consulta.

Se menciona en la revisión bibliográfica que es importante anotar que conocimientos, creencias y actitudes, existen en un grupo determinado de pacientes para poder adoptar los programas de Atención Primaria en Salud, y así poder brindar una mejor atención sin dañar su modelo sociocultural existente, modificando las dañinas e inocuas y recalcando las positivas.

IX. CONCLUSIONES

1. Se estableció que el 60% de la población estudiada tiene la creencia que el parto debe ser resuelto por la comadrona, dato que se acerca a las estadísticas reportadas en la literatura, donde se menciona que el 80% de los partos en el área rural son resueltos por la comadrona.
2. Unicamente el 61% de la población estudiada sabe qué es la cesárea, y por qué la realizan, información que en un 49% ha sido dada en el Puesto de Salud, por el E.P.S. de Medicina o por la enfermera auxiliar.
3. Se demostró que el 100% de la población estudiada le teme a la cesárea, ya que tienen la creencia de que es una operación peligrosa y a veces mortal para ellas o para el bebé.
4. De las 100 pacientes incluídas en el estudio a 10 de ellas se les había realizado una cesárea anteriormente, y ninguna de ellas sabía la indicación, ya que en el hospital no se les habían explicado.
5. El 100% de la población de Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez, tiene acceso a servicio médico dentro de la comunidad y acuden a éste por consulta o por control.

X. RECOMENDACIONES

1. Que en el Puesto de Salud de Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez, se den los conocimientos sobre la cesárea a las pacientes durante su control o en la consulta.
2. Que el personal del Puesto de Salud de Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez, mantenga contacto directo con las comadronas, para poder evaluar y actualizar los conocimientos sobre la cesárea.
3. Promover que las comadronas orienten a sus pacientes sobre la posibilidad de que se les pudiera realizar una cesárea, si a la hora del parto se presentara alguna complicación.
4. Establecer que en el Hospital de Antigua Guatemala se les explique a todas las pacientes a las que se les ha practicado una cesárea, el por qué de la operación, y recalcarles la importancia de acudir a éste, en el próximo embarazo.

IX RESUMEN

El presente trabajo es de tipo descriptivo, en el que se determinó, los conocimientos, creencias y actitudes de la operación cesárea en mujeres indígenas de Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez, en el período comprendido de febrero de 1995 a marzo de 1996.

El estudio nos permitió establecer que el 60% de la población tiene la creencia que el parto debe ser resuelto por la comadrona, y únicamente el 40% cree que es bueno recibir atención médica durante el parto. El 61% de la población estudiada sabe qué es la cesárea, y por qué se realiza, información que ha sido dada principalmente por el Puesto de Salud, y pocas veces por la madre, suegra o la comadrona.

Se estableció que el 100% de la población tiene la creencia que la cesárea es una operación peligrosa y a veces mortal, para ellas o para el bebé.

En la población estudiada el 87% tiene la creencia que la cesárea afectaría su vida futura, principalmente en el próximo embarazo, ya que tienen miedo de que se les vuelva a practicar otra cesárea.

El 100% de la población tiene acceso al servicio médico dentro de la comunidad, y asisten a este por consulta o por control.

XII BIBLIOGRAFIA

1. Aitken, I.W. Kargbo. T.K. Planificación de un servicio de partería de tipo comunitario. Foro mundial de la salud. Volumen 6 1985 (pp 128-136).
2. Bravaty Castro, Lily Elizabeth. Creencias sobre embarazo y parto. Estudio Etnográfico realizado en la comunidad de Santa María de Jesús, Sacatepéquez. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. 1987. (pp. 23-26).
3. Cadwell, J.C. La Educación materna y su influencia en mortalidad infantil. Foro Mundial de la Salud. 1988. (pp. 88-90).
4. Cifuentes Espinal, Eduardo René. Prácticas y creencias de las comadronas tradicionales del grupo Pokonchi sobre embarazo, parto y puerperio. Tesis (Médico y Cirujano). 1988. (pp. 20-26).
5. Conable, Berber B. Maternidad sin riesgos. Foro Mundial de la Salud. Volumen 8 1988. (pp. 160-166).
6. Diccionario Larousse Español Moderno. Vigésimo cuarta reimpresión. Editorial Madrid, España. 1991.
7. Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. Salvat. Duodécima edición. 1990.
8. Eloesser, Leo. El embarazo, el parto y el recién nacido. México D.F. Instituto indígena Interamericano. 54. (pp. 3-46).
9. Hurtado, Elena. Manual de estudio antropológico aplicado a la salud y nutrición. 1990.
10. Morelli, Rosella. Formación de parteras tradicionales. Foro Mundial de la Salud. Volumen 7, 1986. (pp. 156-160).

11. Martínez Durán, Carlos. Las ciencias médicas en Guatemala, origen y evolución. Tercera edición. Guatemala, 1984. (pp. 21-31).
12. Mohamed Saleh, Lashari. Es posible la fusión de la medicina tradicional con la medicina moderna. Medicina tradicional. Foro Mundial de la Salud. Volumen 5, 1994. (pp. 204-206).
13. Pratinif, A.K. Atención a partos y mortalidad perinatal. Foro Mundial de la Salud. Volumen 6, 1985. (pp. 133-135).
14. Rodríguez, Francisco. Prácticas médicas tradicionales en los indígenas de Guatemala. Guatemala indígena. 1969. (pp. 56-59).
15. Ronald, Gerald Joseph. Medicina Tradicional. Tesis (Médico y Cirujano). 1988. (pp. 14-31).
16. Rubio Orbe, Gonzalo. Guatemala Indígena. Medicina indígena actual. 1980. (pp. 91-103).
17. Schuartz, Ricardo Leopoldo. Obstetricia. Cesárea. Cuarta edición. 1986. (pp. 533-544).
18. Susan, Scrimshaw. Selection traing and supervision of fiel work. Final report. Investigation Antropology. 1985. (pp. 725-731).
19. Villacorta, Jorge. La Historia y la literatura en relación con la Medicina en Guatemala. Serviprensa Centroamericana. 1984. (pp. 231-234).
20. Williams. Obstetricia. Tercera edición. 1989. (pp. 84-857).
21. Ramírez Vargas, Silvia. Conocimientos y actitudes sobre control prenatal en madres de San Bartolomé Milpas Altas. Tesis (Médico y Cirujano). 1984. (pp. 24-30).
22. López Pérez, Juan. Conocimientos, creencias y prácticas respecto al control prenatal en San Lucas Sacatepéquez. Tesis (Médico y Cirujano). 1984. (pp. 24-45).
23. Santos, Osmin. Conocimientos de la cesárea en mujeres de San Lucas Sacatepéquez. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. 1991. (pp. 35-41).
24. Alfred Beck, M.D. Práctica de Obstetricia. México. 1991. (pp. 205-245).
25. Samayoa, María del Carmen. Evaluación de la atención del parto a través de la cesárea en el Hospital Nacional de Jutiapa. Tesis (Médico y Cirujano). 1993. (pp. 22-32).
26. Benzon, Ralph. Operación Cesárea. En su tratado de Obstetricia. Cuarta edición. 1986. (pp. 234-244).

FORMULARIO

NOMBRE:

EDAD:

PARIDAD:

ESCOLARIDAD:

CESAREAS ANTERIORES:

1. Que opina que la tenga que atender un médico?
 - a. bueno
 - b. regular
 - c. malo

2. Sabe usted qué es una cesarea?
 - a. si
 - b. no

Si su respuesta es afirmativa:

3. Quién le ha dicho que es la cesarea?
 - a. madre
 - b. suegra
 - c. comadrona
 - d. en el Puesto de Salud.

4. Sabe por qué hacen la operación cesárea?
 - a. si
 - b. no

5. Le teme a la operación cesárea?
 - a. si
 - b. no

6. Le han practicado una cesárea anteriormente, y le dejaron la indicación?
 - a. si
 - b. no

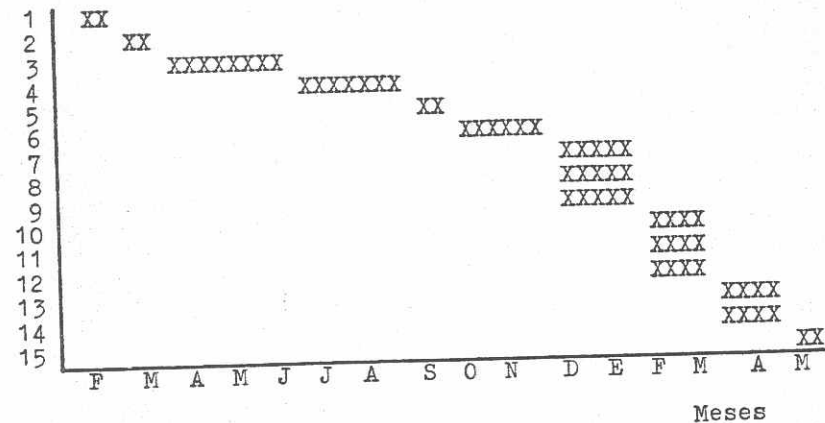
7. Si su parto es o fue resuelto por cesárea, su médico le ha dicho que acuda en su nuevo embarazo al hospital?
 - a. si
 - b. no

8. Cree usted que una cesárea afectaría su vida futura?
 - a. si
 - b. no

9. Tiene acceso a servicio médico dentro de su comunidad?
 - a. si
 - b. no

GRAFICA DE GANTT

Actividades



ACTIVIDADES:

- 1 Selección del tema de investigación.
- 2 Elección de asesor y revisor.
- 3 Recopilación de bibliografía.
- 4 Elaboración del proyecto con revisor y asesor.
- 5 Aprobación del proyecto por Jefatura de Area de Salud de Sacatepéquez.
- 6 Aprobación del proyecto por unidad de tesis.
- 7 Diseño de material para recopilación de datos.
- 8 Ejecución del trabajo de campo.
- 9 Elaboración de cuadros y gráficas.
- 10 Análisis y discusión de resultados.
- 11 Elaboración de conclusiones y recomendaciones.
- 12 Presentación de informe final.
- 13 Aprobación de informe final.
- 14 Impresión de informe final.
- 15 Examen público de defensa de tesis.