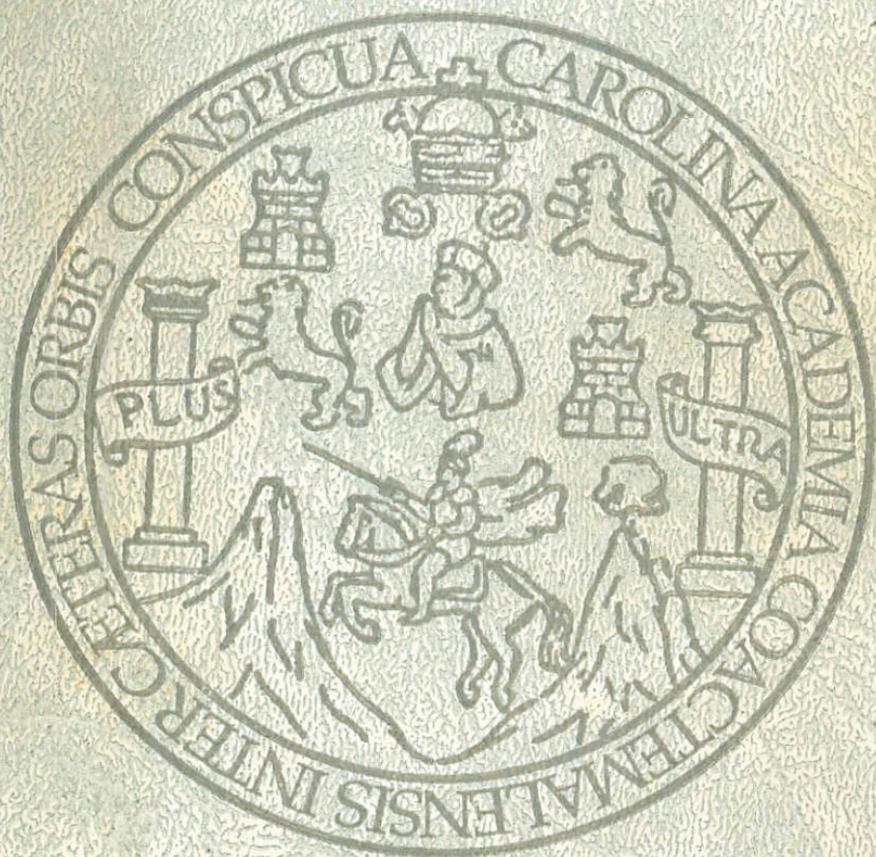


Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas

**FACTORES QUE CONDICIONAN EL CUMPLIMIENTO DE
LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA POR LA
COMADRONA TRADICIONAL COMO PARTE DEL EQUIPO
BASICO DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN
SALUD (SIAS)**



**ADAREZZA IVETTE SANDOVAL PAIZ
MÉDICA Y CIRILIANA**

TITULO

FACTORES QUE CONDICIONAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA POR LA COMADRONA TRADICIONAL COMO PARTE DEL EQUIPO BASICO DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS).

SUBTITULO

ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL SOBRE EL CONOCIMIENTO, ACEPTABILIDAD Y FACTIBILIDAD DE LAS COMADRONAS TRADICIONALES PARA CUMPLIR LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA, EN EL DISTRITO DE SAN JUAN ERMITA Y AREAS DE AFLUENCIA, DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA. ABRIL – MAYO DEL 2,000.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
FASE III

INFORME FINAL DE INVESTIGACION

**I. FACTORES QUE CONDICIONAN EL CUMPLIMIENTO DE
LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA POR LA COMADRONA
TRADICIONAL COMO PARTE DEL EQUIPO BASICO DEL
SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS)**

ASESOR: Dr. Ivan Mendoza

REVISOR: Dr. Edgar de León

I. INTRODUCCION

La mortalidad materno-infantil continúa siendo un problema muy grande en Guatemala y el resto del mundo, irónicamente el 70 % de estos casos de muerte son prevenibles.

La Comadrona Tradicional ha jugado un papel muy importante a través de la historia en cuanto a la atención materno-infantil, anteriormente su papel era el de atender a mujeres de su comunidad basada sólo en la experiencia adquirida, posteriormente el sector salud se dió cuenta de la importancia de su intervención, e inició capacitaciones eventuales para disminuir la mortalidad materno-infantil, pero no fue hasta 1,998 cuando al crearse el nuevo Modelo de Atención en Salud denominado “ Sistema Integral de Atención en Salud” (SIAS), se tomó en cuenta a la Comadrona Tradicional como parte de su equipo básico comunitario; al formar parte de este quipo se le asignó responsabilidades y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se comprometió a capacitarlas con enfoque permanente en torno a las Normas de Atención Materna.

El presente estudio evaluó los factores que condicionan el cumplimiento de las Normas de Atención Materna por la Comadrona Tradicional, tomando en cuenta el conocimiento, la aceptabilidad y la factibilidad de implementar dichas normas. El estudio se realizó en el municipio de San Juan Ermita, con las Comadronas Tradicionales de dicho distrito y sus áreas de afluencia durante los meses de abril a mayo del año 2,000.

Los resultados indican que las comadronas tienen poco conocimiento de las Normas de Atención Materna, buena aceptabilidad hacia las normas que conocen y muy poca factibilidad económica y disponibilidad de recursos para implementarlas.

Se estableció que debido al poco conocimiento que poseen las Comadronas Tradicionales en torno a las Normas de Atención Materna se debe dar mayor énfasis en las capacitaciones sobre las mismas, se recomienda fortalecer la organización comunitaria para que colabore en la referencia a un centro hospitalario de pacientes con complicaciones, todo esto para lograr un mejor cumplimiento de las Normas de Atención Materna.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La comadrona tradicional adiestrada es aquella persona que después de haber sido capacitada recibe la autorización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para dar atención a la gestante en el embarazo, parto, atención del recién nacido, y puerperio. La comadrona tradicional es además una persona que goza de liderazgo, respeto y admiración dentro de su comunidad. (12, 17)

En Guatemala la población estimada para 1,998 fue de 10,791,100 habitantes de los cuales el 21.8 % residen en la ciudad capital y 65 % en el área rural, presentando esta última una alta dispersión (14,16)

Siendo el área rural donde la comadrona tradicional juega un papel muy importante en cuanto a atención Materno-infantil; al crearse el nuevo modelo de atención en salud denominado “Sistema Integral de Atención en Salud” (SIAS) que enfatiza en el mejoramiento de la calidad de atención, extensión de cobertura y participación comunitaria se incluyó a la comadrona como parte de su equipo básico. Para ello se comprometió a capacitarla como mínimo una vez al mes y le adjudicó responsabilidades en su comunidad para mejorar la calidad de atención materno-perinatal, disminuir la mortalidad materna y perinatal por complicaciones prevenibles.

Dentro del citado Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), las funciones de la comadrona se rigen por las Normas de Atención Materna, las cuales fueron creadas para cada uno de los integrantes del equipo básico de salud tanto comunitario como institucional. Para que sean conocidas y cumplidas dichas normas de atención, el médico ambulatorio capacita a las Comadronas Tradicionales por lo menos una vez al mes.

Existen varios factores que condicionan el cumplimiento de dichas normas que van desde económicos, sociales y culturales, entre otros, los cuales afectan la calidad de atención que brinda la Comadrona Tradicional en su comunidad y por ende la salud materno-infantil; ya que si la comadrona no puede cumplir con las normas de referencia oportuna, por ejemplo embarazos y/o partos con complicaciones, afectará a la madre y a su producto, pudiéndose incluso llegar a una muerte materna, del mismo modo que con el recién nacido. Dichos factores son de gran importancia para el sector salud, ya que resulta en vano el esfuerzo de capacitar comadronas y asignarles responsabilidades, si antes no se conoce las limitantes que ellas presentan para poner en práctica las normas de atención materna; lo cual es necesario para trabajar en ellas y lograr uno de los objetivos del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) como lo es mejorar la calidad de atención materna y de esa manera colaborar con los objetivos del Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna en un 50 % para el año 2,000. (14,15)

En consecuencia, el presente estudio evaluó el conocimiento que posee la Comadrona Tradicional sobre las Normas de Atención Materna, el grado de aceptabilidad que tiene en torno a las citadas Normas de Atención Materna, como aspecto indispensable para el cumplimiento de las mismas, así mismo determinó las limitaciones que las Comadronas Tradicionales presentan para implementar dichas normas. El estudio se llevó a cabo en el distrito de San Juan Ermita y sus áreas de afluencia durante los meses de abril a mayo del presente año.

III. JUSTIFICACION

La tasa de mortalidad materna en Guatemala según la encuesta Materno-Infantil para 1,995 es de 190 X 100,000 nacidos vivos (13)

En Guatemala el 70% de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal son prevenibles, siendo las principales causas de muerte materna: complicaciones del parto, retención de placenta, sepsis puerperal, aborto (13)

La comadrona Tradicional juega un papel muy importante en la salud materna, pues es ella quien se encarga muchas veces de la atención prenatal, parto y puerperio de la madre en las comunidades donde no hay acceso a un médico. Es por lo anterior, que en el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) la comadrona tradicional forma parte del equipo básico y se le capacita una vez al mes, en base a las Normas de Atención Materna. Existen factores tanto económicos, sociales y culturales que impiden que las comadronas cumplan con su trabajo adecuadamente. (15)

Consideramos muy importante identificar esos factores que dificultan el cumplimiento de las normas por las comadronas. Este estudio pudo evaluar el conocimiento que tiene la comadrona tradicional sobre las Normas de Atención Materna, lo cual es importante para que brinden un adecuado manejo a la madre en su período prenatal, postnatal, puerperio y del recién nacido, ello implica entre otras acciones que sepan discernir situaciones de alto riesgo que ameriten una referencia oportuna.

Con la realización de esta investigación se pudo verificar el aprendizaje de las capacitaciones mensuales que les brinda el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) en consecuencia el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social tiene la oportunidad de analizar y buscar soluciones para lograr el aprendizaje deseado.

Así mismo el estudio determinó la aceptabilidad de las comadronas tradicionales en torno a las citadas Normas de Atención Materna lo cual en buena parte determina la conducta y actitud hacia su cumplimiento. Identificó aquellos factores que dificultan la implementación de las Normas de Atención Materna por la Comadrona Tradicional, ya sea por la falta de recursos materiales, aspectos culturales o de otra índole que no hacen factible el cumplimiento.

La información recabada en el estudio es de mucho beneficio para el sector salud, pues le permite conocer la realidad de los problemas que afrontan a nivel comunitario y así tiene la oportunidad de analizarlos, buscar soluciones y colaborar para que las Normas de Atención Materna puedan cumplirse sin dificultad y contribuir a mejorar la calidad de atención y a la reducción de la mortalidad materno-perinatal .

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL:

- Conocer los factores que condicionan el cumplimiento de las Normas de Atención Materna por la Comadrona Tradicional dentro del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), en el Municipio de San Juan Ermita y áreas de afluencia, departamento de Chiquimula.

B. ESPECIFICOS:

- 1- Determinar el conocimiento de las Comadronas Tradicionales en torno a las Normas de Atención Materna .

- 2- Identificar la aceptabilidad de las Normas de Atención Materna por la Comadrona Tradicional.

- 3- Identificar la Factibilidad de llevar a la práctica las Normas de Atención Materna por la Comadrona Tradicional.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. MORBIMORTALIDAD MATERNA :

ANTECEDENTES:

Todos los años mueren en el mundo 13 millones de niños antes de alcanzar la edad de 5 años. En Guatemala, según información reciente sobre el patrón de mortalidad infantil, indica que aproximadamente el 50 % de todas las muertes infantiles ocurren durante el nacimiento y antes del tercer mes de vida. La mortalidad materna constituye otro problema pues 500,000 mujeres mueren anualmente a consecuencia del embarazo y del parto, en Guatemala la tasa de mortalidad materna es de 190 por 100,000 nacidos vivos según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, (ENSMI) 1995 (17, 5, 13)

Aunque estas cifras son altas, no expresan la tragedia personal experimentada por cada familia que pierde a uno de sus miembros. La muerte de un niño representa la pérdida de sueños y esperanzas, mientras que cuando muere una madre la familia pierde su principal fuente nutricia y a menudo, el máximo elemento productor. La muerte de la madre aumenta considerablemente el riesgo de defunción del hijo lactante. La muerte de una mujer, sea o no madre, representa una pérdida importante para su familia y para la sociedad (17)

Muchas madres no tienen acceso a una asistencia sanitaria adecuada. Se estima actualmente que el 60- 80 % de los nacimientos registrados en los países en desarrollo tienen lugar fuera de los centros de asistencia médica.(19)

Las comadronas atienden aproximadamente del 60- 70 % de todos los nacimientos en Guatemala, siendo mayor cercano al 90% en algunas áreas rurales del altiplano donde las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal son mayores. (9, 5)

B. COMADRONA TRADICIONAL:

B.1. Definición :

Es aquella persona que asiste a la madre durante el embarazo, parto y puerperio y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras Comadronas Tradicionales.

La comadrona Tradicional de familia: Se entiende a la comadrona que ha sido elegida por una familia extensa para asistir los partos de sus miembros.

La comadrona Tradicional Adiestrada: Es una comadrona tradicional que ha seguido un cursillo de adiestramiento en centros modernos de asistencia sanitaria par mejorar su competencia. El período efectivo de adiestramiento no suele pasar de un mes, aunque a veces se prolonga durante más tiempo. Actualmente la capacitación tiene un enfoque permanente y se hace mensualmente. (17 , 15)

Ciertas personas, con inclusión de miembros de la familia, atienden ocasionalmente a las parturientas; sin embargo, como no se solicita regularmente sus servicios ni cuenta con ellas para asistir partos, no están consideradas como comadronas tradicionales, aunque puedan llegar a serlo eventualmente.

Una comadrona tradicional adiestrada (durante 6 meses o un año) pasa con frecuencia a formar parte del personal de atención primaria de salud, aunque puede conservar sus funciones de comadrona y seguir asistiendo a las parturientas de su comunidad cuando se lo soliciten. (17)

B.2. Características de las Comadronas Tradicionales

Aunque las características individuales de las Comadronas Tradicionales varían de unos casos a otros, hay algunos puntos comunes que no reconocen fronteras. En general, la Partera Tradicional es una mujer madura que tiene hijos vivos y forma parte de la comunidad en la que presta sus servicios. Aunque a menudo es analfabeta, habla el idioma local y no sólo comprende el sistema cultural y religioso sino que forma parte integrante del mismo. La Comadrona Tradicional suele ser una mujer ponderada e inteligente, elegida por las mujeres de su familia o aldea a causa de su sentido práctico y experiencia. Muchas Comadronas Tradicionales tienen una personalidad dinámica y disfrutan de una autoridad reconocida en la

comunidad. Su ejercicio profesional constituye una forma práctica privada en la que ellas mismas discuten su retribución con la clientela. A veces se les

-11-

paga en metálico o con donativos, y en general, su retribución entraña un alto grado de estima en el seno de su comunidad.

Muchas han sido elegidas por una familia extensa para asistir los partos de sus miembros. En las sociedades en las que así sucede, no se acepta a ninguna partera tradicional que no pertenezca a la familia por grande que sea su destreza o prestigio. En cambio, cuando no sucede así, la comadrona tradicional extrae su clientela de toda la aldea y, si su reputación es excepcional, pueden llegarle clientas de todo el distrito.

El número anual de partos asistidos por una comadrona tradicional es muy variable, en las familias extensas muy numerosas, una comadrona tradicional de familia puede llegar a asistir hasta 24 partos al año; sin embargo, lo más corriente es que no pase de cinco o seis. (17)

B.3. Limitaciones del cumplimiento de los programas de Comadronas Tradicionales

Los programas de comadronas tradicionales tropiezan con cierto número de limitaciones, entre las que figuran las siguientes:

1. El analfabetismo limita considerablemente la eficacia de las comadronas tradicionales al restarles capacidad para diversas funciones, entre ellas el mantenimiento de boletas, la comunicación escrita con el personal de salud de los casos transferidos y la prescripción de los medicamentos.

2. Si mayor parte de las comadronas tradicionales del país o distrito atienden pocos partos quizá resulte rentable el adiestramiento, toda vez que las comadronas adiestradas no podrán remozar los conocimientos adquiridos mediante una práctica regular.
3. Los programas de comadronas tradicionales resultan caros, incluso cuando las comadronas atienden gran número de partos. Si al costo de las clases se añaden los gastos de encuestas, planificación, desarrollo y producción de material docente, mejoramiento de los sistemas de envío de casos y supervisión regular, un buen programa de comadronas tradicionales puede requerir una proporción importante del presupuesto sanitario.
4. Fuera del ámbito institucional las comadronas tradicionales (incluso las mejor adiestradas) solo pueden adoptar medidas limitadas para salvar una vida por no estar a su alcance muchas funciones obstétricas esenciales que solamente tienen cabida en un centro de salud o un hospital. Cuando el sistema de transporte es insuficiente, la comadrona tradicional puede encontrarse incapacitada para salvar la vida de una madre que necesita sangre, un tratamiento intravenoso o una intervención quirúrgica.
5. La Comadrona Tradicional Adiestrada no sustituye a la Comadrona Tradicional. Aunque la Comadrona Tradicional experimentada puede adquirir confianza y destreza en la práctica de ciertas manipulaciones, la superficialidad de su adiestramiento le impide competir con la comadrona profesional a la hora de emitir un dictamen, tratar la amplia gama de complicaciones asociadas al embarazo y al parto y prevenir complicaciones

en la madre y el recién nacido mediante una educación sanitaria individualizada.

- 13 -

6. La formación de la comadrona tradicional no puede utilizarse como método único para mejorar la atención materno-infantil. El adiestramiento de la Comadrona Tradicional no puede por sí solo contribuir a mejorar apreciablemente la asistencia sanitaria si no se aplican tecnologías apropiadas y se refuerzan los sistemas de apoyo y de envío de casos. Por otra parte, no es de esperar que las comadronas tradicionales reduzcan las tasas globales de mortalidad y morbilidad si no se abordan antes los problemas que ellas presentan para cumplir adecuadamente sus funciones.

(17)

C. SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS)

C.1. Antecedentes:

Guatemala contaba para 1,996 con una cobertura 54 % lo que significa que el 46 % de la población no tenía acceso a los servicios de salud; es por ello que en la política de salud 1,996 – 2,000 planteada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- enfatiza que el aumento de cobertura y mejoramiento de la calidad de atención sólo puede ser posible con la participación comunitaria creándose un nuevo modelo de atención en Salud denominado “Sistema Integral de Atención en Salud” (SIAS), como un sistema nacional para el desarrollo sostenido de las acciones de salud en los diferentes niveles de atención y administración con la participación activa de

la comunidad y otros actores del desarrollo, para alcanzar un mejor nivel de atención .(12)

-14-

En este nuevo modelo de atención se incluye a la Comadrona Tradicional como parte del equipo básico de salud tomando en cuenta que ella es un elemento clave en cualquier programa de reducción de mortalidad materno-perinatal.(12, 14)

C.2. Definición:

Modelo de atención en salud que se define como la organización y administración de los recursos por niveles, para extender coberturas y mejorar la calidad de atención con criterios de equidad, solidaridad y uniformidad en forma sostenible y eficaz. (14)

C.3. Servicios Básicos de Salud :

Los servicios básicos de salud se brindan cumpliendo las normas de atención establecidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Estas normas han sido elaboradas por profesionales con experiencia en salud pública y validadas por personal de diferentes niveles de atención y disciplinas, además serán ajustadas periódicamente según los resultados de su aplicación a nivel nacional.

Las normas se orientan inicialmente a la prevención y atención de enfermedades que constituyen las principales causas de mortalidad;

contemplan las acciones de la familia, los líderes comunitarios (sobre todo los que manejan grupos como: sacerdotes, pastores, maestros, dirigentes) cada uno de los miembros del equipo básico de salud, de los puestos, centros y hospitales.

- 15 -

La calidad de la atención en salud se asegura a través de acciones de capacitación mensual y monitoreo, en todos los niveles.

Las organizaciones comunitarias participan en el control de la calidad, del uso de los recursos y del cumplimiento de la programación local, como parte de la fiscalización que les compete.

La efectividad de los servicios básicos de salud se demuestra con la información presentada cada dos meses en los carteles de la sala situacional a la comunidad y en los informes mensuales y bimestrales que se presentan al distrito de salud y jefatura de área. (12)

C.3.1. Finalidad :

Los servicios básicos de salud han sido planificados para cubrir al 100 % de la población que no recibía atención de salud de ninguna institución, resolviendo las limitantes de acceso. Las mayores limitantes del acceso a los servicios de salud, han sido:

ECONOMICOS: por el gasto que representa el transporte, los precios de la medicina y los honorarios médicos.

FISICOS: por la distancia de la vivienda al servicio de salud y la falta de caminos en buen estado.

SOCIALES: Por las diferencias de idioma, de cultura y la cosmovisión diferente del personal de salud y los pacientes; también hay un costo social al dejar solos a los niños y niñas y abandonar las tareas del hogar, cuando representa mucho tiempo ir al servicio.

- 16 -

En 1,998 se planteó como meta cubrir antes del año 2,000 al 46 % de la población que en 1,996 no tenía acceso a los servicios de salud.

La cobertura total solo será posible con la participación activa de la comunidad, los servicios de salud y la incorporación de las prestadoras que brindan servicios de salud en jurisdicciones descubiertas. EL Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social coordina este esfuerzo.

Además de la extensión de cobertura, se espera mejorar la calidad de la atención en los servicios de todos los niveles, con la participación del personal comunitario e institucional capacitado y supervisado.

De acuerdo con el Plan de Gobierno 1,996 – 2,000 y a los Acuerdos de Paz, se espera que para el año 2,000 se haya disminuido la mortalidad materna e infantil y que se haya mejorado el control de las enfermedades transmisibles.

(12)

C.3.2. Equipo Básico de Salud :

Es el conjunto de integrantes que se encargan de proveer los servicios básicos de salud en el primer nivel de atención como:

- Miembros de organización comunitaria que conduce los servicios básicos de salud en la comunidad
- Vigilante de salud
- Comadrona tradicional
- Facilitador comunitario

- 17 -

(ellos forman el equipo básico de salud comunitaria, en él participa además el siguiente personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social o de las prestadoras o administradoras de salud) :

- Facilitador institucional
- Médico ambulatorio (12)

C.3.3. Recursos para brindar los Servicios Básicos de Salud :

El personal de salud que atiende en los centros comunitarios, prescribe los medicamentos básicos para el tratamiento de las enfermedades y la organización comunitaria los entrega a las personas examinadas en forma gratuita.

Cuando es conveniente para la comunidad, la organización comunitaria puede manejar un botiquín rural para vender otros medicamentos a bajo costo. Para esto existe un reglamento elaborado por el Programa de Accesibilidad de Medicamentos – PROAM – del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El personal comunitario es dotado de los suministros que necesita para realizar todas sus tareas y periódicamente participa en la programación de recursos, también se le entrega lo necesario para proteger su salud al desarrollar su trabajo.

- 18 -

El médico ambulatorio y el facilitador institucional reciben los medicamentos y materiales que requieren de acuerdo con la programación que elaboran con el distrito de salud, prestadora o la administradora de servicios.

Los procedimientos administrativos para la programación de suministros están definidos en las normas administrativas, para garantizar la efectividad de los servicios y son supervisados por el distrito de salud, por la prestadora o por una administradora.

A medida que el equipo básico de salud se desarrolla, aumentan las posibilidades de ampliar los servicios básicos; a medida que la organización comunitaria se fortalece aumentan también las posibilidades de que ésta pueda convertirse en una administradora de recursos para prestar los servicios en la comunidad. (12)

C.3.4. Lugares donde se brindan los Servicios Básicos de Salud

Los servicios básicos de salud son proporcionados en la vivienda cuando la familia aplica el autocuidado de la salud, cuando el o la vigilante de salud visita a la familia cada dos meses o cuando la familia consulta al o la vigilante por alguna enfermedad.

Otro lugar de atención es el centro comunitario, que es un local preparado por la organización comunitaria, para que el facilitador institucional realice ahí la vacunación, el control de crecimiento, y el medico ambulatorio dé la consulta una vez por mes, ahí también el facilitador comunitario atiende

- 19 -

las urgencias y referencias del o de la vigilante de salud en cualquier momento.

Las personas con enfermedades graves son referidas a los centros de salud y hospitales lo más pronto posible, con el apoyo de las organizaciones comunitarias para el transporte. (12)

D. ROL DE LA COMADRONA TRADICIONAL DENTRO DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD – SIAS -

Debido a que la capacidad institucional actual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) sólo permite la atención aproximadamente del 20 % de los nacimientos, se acepta que la comadrona es un elemento clave en cualquier programa para reducir la mortalidad perineonatal y materna, especialmente en el área rural. Es por ello que al crearse el nuevo modelo de atención citado, incluye a la Comadrona Tradicional como parte del equipo básico de salud y se compromete a capacitarla una vez al mes en base a las Normas de Atención Materna .

Las comadronas Tradicionales son capacitadas por el médico ambulatorio y por enfermeras auxiliares en su comunidad o en el distrito de salud al cual pertenecen.

-20-

Dentro del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), la Comadrona tradicional tiene las siguientes responsabilidades o funciones:

La comadrona tradicional atiende por demanda a las mujeres que buscan sus servicios.

- 1- Asiste a capacitación mensual
- 2- Realiza control prenatal y promover el control con el médico ambulatorio o del servicio de salud
- 3- Promueve la aplicación del esquema completo de vacunación con el toxoide tetánico
- 4- Atiende partos, puerperio y recién nacidos normales según las normas de atención
- 5- Distribuye sulfato ferroso y ácido fólico a las embarazadas y sulfato ferroso a las puérperas
- 6- Refiere embarazadas, parturientas o puérperas con complicaciones al centro de salud o al hospital
- 7- Orienta sobre alimentación de la embarazada y lactancia materna

- 8- Registra la información sobre la atención del parto en la boleta de nacimiento
- 9- Orienta a la familia sobre el espaciamiento entre embarazos y autocuidado de la salud y vacunación del recién nacido o nacida. (12)

-21-

E. NORMAS DE ATENCION MATERNA PARA LA COMADRONA TRADICIONAL

a.) Control Prenatal :

i. Actividades:

1. Capta tempranamente a las embarazadas de la comunidad.
2. Realiza control prenatal a toda embarazada que le demanda atención..
3. Refiere a toda embarazada al centro comunitario para su primer y último control de embarazo.
4. Identifica y refiere a embarazadas con complicaciones al médico ambulatorio, centro de salud y hospital.

Distribuye sulfato ferroso 1 tableta diaria y ácido fólico 1 tableta diaria a toda embarazada.(10)

ii. Observación:

1. Estado general de la embarazada.
2. Fecha de última regla.

3. Molestias que presenta.
4. Presencia de palidez , estado anímico, condición de pezones, movimientos fetales y antecedente de cesárea.
5. Observa si hay señales de peligro: Hemorragia, edema en cara y manos, ruptura de membranas, mal presentación, cesárea anterior.

- 22 -

iii. Actuación:

1. Obtiene información de embarazadas del sector para su captación , a través del guardián de salud.
2. Examina a la embarazada y detecta riesgo.
3. Da consejería sobre : continuidad de controles, suplemento de hierro y ácido fólico y otros según datos obtenidos por observación y entrevista.
4. Acompaña a la embarazada para su primer y último control de embarazo con el médico ambulatorio.
5. Asegura el traslado inmediato de la embarazada con apoyo de la familia y comité para transporte.
6. Da consejería sobre alimentos ricos en hierro e importancia del consumo de tabletas de sulfato ferroso y ácido fólico.
7. Expende a la embarazada las tabletas de sulfato ferroso y ácido fólico que necesita.

b.) Atención del parto :

i. Actividades:

1. Atiende el parto y al recién nacido normal en el hogar.
2. Identifica a toda mujer en trabajo de parto con complicaciones .(10)

ii. Observación:

1. Verifica condiciones mínimas necesarias que aseguren atención del parto.

- 23 -

2. Hora de inicio de trabajo de parto.

iii. Actuación:

1. Mantiene el equipo e insumos necesarios para la atención del parto en condiciones higiénicas.
2. Previo a la atención del parto:
3. Palpa el abdomen para comprobar si la presentación del niño es normal.
4. Controla la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas ayuda a que la madre esté tranquila, camine, coma y evite bebidas alcohólicas.
5. No administra oxitócicos.
6. Coloca al recién nacido inmediatamente con la madre después de cortar y ligar el cordón umbilical.
- 7 Refiere al hospital inmediatamente con apoyo de la familia y organización comunitaria a toda mujer en trabajo de parto cuando:
8. Presenta más de 12 horas con trabajo de parto y no ha nacido el niño.
9. Encuentra a la palpación mal presentación del niño.
10. Salida de un miembro o del cordón umbilical.
11. Hemorragia antes del nacimiento del niño.
12. Retención de placenta por más de media hora después del parto.

c.) Atención del Recién Nacido :

i. Observación:

1. Identifica todo recién nacido/a con complicaciones.
2. Orienta a la madre sobre: Higiene, alimentación y lactancia materna exclusiva y control puerperal y del recién nacido en el centro comunitario.

- 24 -

3. Llena correctamente la boleta de nacimiento.
4. Observa: color, respiración, succión, llanto y movimiento del recién nacido.
5. Observa si presenta mal formaciones .
6. Observa tamaño del niño.

ii. Actuación:

1. Refiere al hospital inmediatamente con apoyo de la familia y organización comunitaria a todo recién nacido, cuando presenta:
 - Rerspiración irregular.
 - Llanto débil.
 - No succiona o lo hace con dificultad.
 - Está inactivo.
 - Piel violácea o amarillenta.
 - Temperatura baja.
 - Medida del perímetro braquial que cae en marca roja.
2. Explica a la madre y la familia sobre la importancia de la higiene y alimentación, lactancia materna exclusiva , control puerperal y del recién nacido.
3. Explica la importancia de la boleta de nacimiento.

d.) Puerperio :

i. Actividades:

1. Evalúa a la madre en las primeras 72 horas post- parto y durante los 40 días siguientes:

-25-

2. Refiere al centro comunitario durante los 40 días post-parto a toda madre y recién nacido para vacunación con BCG, antipolio y toxoide tetánico y evaluación post parto.
3. Expende sulfato ferroso, 1 tableta diariamente durante 3 meses después del parto.
4. Refiere al hospital toda puérpera o recién nacido con complicaciones.

ii. Observación:

1. Observa: estado general de la madre, color, cantidad, olor de loquios y presencia de dolor.
2. Observa: color, respiración, succión, llanto y movimiento del recién nacido.
3. Observa si presenta mal formaciones .
4. Observa tamaño del niño.
5. Si ha presentado fiebre, piel sudorosa y fría.
6. Si ha presentado hemorragia.

iii. Actuación:

1. Evalúa estado general de la madre.
2. Evalúa involución uterina.

3. Refiere al centro comunitario para vacunación con toxoide tetánico para la madre e inicio de vacunación del recién nacido.
4. Da consejería sobre la importancia de la alimentación y suplementación con tabletas de sulfato ferroso.

- 26 -

5. Comprueba si presenta piel fría y sudorosa , temperatura alta. Realiza masaje uterino vigoroso continuo con la palma de la mano si presenta hemorragia.
6. Traslada inmediatamente al hospital con el apoyo de la familia y organización comunitaria.
7. Continúa dando masaje uterino durante el traslado al hospital. (10)

F. APRENDIZAJE

F.1. Definición:

Modificación sistemática en la forma de reaccionar de un organismo frente a una situación experimentada precedentemente, no es un simple acondicionamiento, pues requiere además un esfuerzo positivo o negativo.

(18)

F.2. Condicionamiento y Aprendizaje :

Es un cambio del comportamiento relativamente permanente como resultado de la experiencia, algunos psicólogos opinan que el aprendizaje y el

desempeño de las personas es una misma cosa. Este enfoque tiende a concentrarse sólo en el desempeño observable para decidir si la persona tuvo un buen aprendizaje , por ejemplo en el caso del aprendizaje de las normas de atención materna por las comadronas tradicionales se puede verificar su aprendizaje por medio del cumplimiento de las mismas.

- 27 -

F.3. Variables que intervienen en el aprendizaje :

En toda situación del aprendizaje se diferencian tres componentes: el sujeto que aprende, lo que se quiere aprender y el medio en que tiene lugar el aprendizaje. Cada una de ellos son origen de variables, que con desigual presencia y peso participan en la génesis y evolución del aprendizaje .

(cuadro No. 1)

Componentes del aprendizaje

EL SUJETO QUE APRENDE

- edad
- inteligencia
- motivación
- experiencia previa

LO QUE SE QUIERE APRENDER

- grado de dificultad
- Intensidad como estímulo

EL MEDIO EN QUE TIENE LUGAR

EL APRENDIZAJE

- favorable / adverso

Cuadro. No. 1 variables que intervienen en el aprendizaje.

- 28 -

El medio en que tiene lugar la situación de aprendizaje se constituye por sí mismo en variable interviniente, facilitando o no todo el proceso, dependiendo de su naturaleza favorable o adversa.

Ahora bien, el resultado final de toda la situación de aprendizaje dependerá, en suma, de la interrelación de las variables descritas, así como del estado de la adecuación interinfluenciable de los componentes de la situación. (19, 18)

G. TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

En este estudio se utilizó una técnica de recolección de datos como lo es la técnica de grupo focal, que es poco usual, pero muy útil en trabajos de investigación social; además se utilizó una escala de medición de actitudes como lo es la escala de Lickert, las cuales se detallan a continuación.

G.1. Grupos Focales :

La sesión de grupo focal o entrevista exploratoria grupal es una técnica de investigación cualitativa frecuentemente utilizada en la investigación social. Una sesión de grupo focal es una discusión en la que un número pequeño (de seis a doce personas) de informantes, guiados por un facilitador

o moderador, hablan libre y espontáneamente sobre temas que se consideran de importancia para la investigación. Los participantes son escogidos de un “grupo objetivo” cuyas opiniones e ideas son de interés para la investigación. Usualmente, se realiza más de una sesión grupal para asegurar una buena cobertura. Se pueden conducir sesiones con varios subgrupos de la población

- 29 -

en estudio. Los participantes pueden escogerse al azar y ser entrevistados brevemente para determinar si califican o no dentro del grupo. En algunas culturas, se forman los grupos focales sin mucha planificación previa, cuando los vecinos toman parte en las entrevistas de un hogar. Es mejor no oponerse a esta tendencia, sino trabajar con estos grupos focales “naturales”.

En el estudio de patrones de comportamiento en la búsqueda de salud se pueden utilizar los grupos focales para:

1. Enfocar la investigación y formular las preguntas del cuestionario de la entrevista formal.
2. Suministrar información sobre los conocimientos, creencias, actitudes y percepciones de la comunidad acerca de la salud y los recursos de salud.
3. Desarrollar hipótesis de investigación para estudios adicionales.
4. Conocer el vocabulario local para programas de educación en salud.

La sesión de grupo focal comúnmente es grabada aunque un relator redactor también toma notas de la discusión. La discusión se conduce como una conversación abierta en la que cada participante puede comentar, preguntar a otros participantes, responder a los comentarios de los demás incluyendo al facilitador. La interrelación de los participantes se estimula a

através de los temas relevantes a la investigación. El facilitador guía las sesiones para que se cubran todos los temas de interés en profundidad.

Una sesión de grupo focal dura de una hora hasta una hora y media, generalmente, las primeras sesiones son más largas que las siguientes, porque la información es nueva.

- 30 -

En las sesiones siguientes el facilitador puede dirigir más rápidamente la discusión de los puntos que ya hayan sido tratados por otros grupos. El número de grupos que se organicen depende de la necesidad del proyecto, los recursos.

El lugar en el que se realice la reunión del grupo focal debe ser uno en el que los participantes se sientan cómodos para conversar abiertamente y neutral en términos de los intereses de la investigación.

Papel del Facilitador:

El facilitador utiliza una guía de discusión o esquema para mantener el enfoque de la sesión. La guía contiene los objetivos del estudio y usualmente uncluye preguntas generales abiertas.

1. Introducir los temas de discusión.
2. Dirigir el grupo, no dejar que el grupo lo dirija. (reaccionar neutralmente a los comentarios).
3. Observar a los participantes y estar consciente del involucramiento y las reacciones de los participantes.

4. Escuchar a los participantes cuidadosamente para poder guiar la discusión en forma lógica de un punto a otro .
5. Establecer buena relación con los participantes
6. Tener empatía con los participantes y poder entender no sólo lo que las personas dicen, sino el significado que tiene para ellas.
7. Ser reflexivo y abierto a las sugerencias, cambios, interrupciones y participación negativa.

- 31 -

8. Controlar sutilmente el tiempo dedicado a cada pregunta sin dar mala impresión.
9. Controlar el ritmo de la reunión.
10. Observar la comunicación no verbal de los participantes y responder a la misma.
11. Moderar el tono de voz. (20)

Redactor:

El redactor está presente en la sesión del grupo focal principalmente como observador y tiene las responsabilidades de tomar notas de la discusión. Al redactar la información debe tomar en consideración los siguientes puntos:

1. La fecha y hora en que inicia y termina la reunión.
2. El nombre de la comunidad.
3. El lugar donde se desarrolla la reunión.
4. El número de participantes y algunas características como sexo, edad.
5. La dinámica del grupo en general.
6. Las interrupciones y distracciones durante la reunión.

7. Lo que hace reír a los participantes.
8. Las opiniones de los participantes.djd
9. El vocabulario general de los participantes. (20)

G.2 . Escala de Likert :

La escala de Likert, presentada por su autor en una monografía publicada en 1,932, está especialmente destinada a medir actitudes; vale decir,

- 32 -

predisposiciones individuales específicos para actuar de cierta manera en contextos sociales específicos o bien a actuar a favor o en contra de personas, organizaciones, objetos, etc(a favor o en contra de la iglesia , a favor o en contra de algún grupo étnico, etc).

Desde un punto de vista aritmético la escala de Likert es una escala sumatoria, ya que el puntaje o la medida de cada persona en la actitud medida se obtiene mediante la suma de sus respuestas a diversas preguntas que actúan como estímulos.

Los pasos principales que se siguen en la construcción de una escala de Likert, son los siguientes:

- 1.Definición nominal de la actitud o variable que se va a medir.
- 2.Recopilación de ítems (proposiciones, preguntas, etc.) o indicadores de esa variable. Este paso se conoce también con el término de operacionalización de la variable.
3. Determinación de los puntajes asignados a las categorías de los ítemes.

4. Aplicación de la escala provisoria a una muestra apropiada. Cálculo de los puntajes escalares individuales.
5. Análisis de los ítemes utilizados para eliminar los inadecuados.
6. Categorización jerárquica de la escala.
7. Cálculo de la confiabilidad y validez de la escala. (1)

Esta escala comprende varias proposiciones declarativas que expresan un punto de vista sobre un tema. Se pide a las personas que indiquen el grado

- 33 -

en que concuerdan o desacuerdan con la opinión expresada, exige una respuesta graduada a cada manifestación y se expresa corrientemente en función a las cinco categorías siguientes : ACUERDO TOTAL, ACUERDO, DUDA, DESACUERDO TOTAL, DESACUERDO. Las manifestaciones individuales son claramente favorables o claramente desfavorables para puntuar la escala se califican las respuestas alternativas, 5, 4, 3, 2, 1, respectivamente desde el extremo favorable al desfavorable; por lo general las respuestas se cuantifican de manera que se les asigne una puntuación mas alta a la aceptación a las proposiciones expresadas de modo positivo o a la falta de aceptación de las proposiciones expresadas de modo positivo o a la falta de aceptación de las proposiciones expresadas de forma negativa.

La suma de las calificaciones de los elementos representa la puntuación total del individuo, que lo coloca en una actitud positiva o negativa al objeto. (1,6)

H. DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO:

MUNICIPIO DE SAN JUAN ERMITA, DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA

1.Geografía:

El municipio de San Juan Ermita pertenece al departamento de Chiquimula y se encuentra ubicado al centro del mismo. Tiene un clima templado muy agradable, colinda al norte con Jocotán y Olopa; al sur con Quetzaltepeque , y al oeste con Chiquimula y San Jacinto. Tiene una altura de 569.20 msnm, 14 grados 45 minutos y 47 segundos y la longitud de 89 grados 25 minutos y 50 segundos.

-34 -

Para llegar a la cabecera municipal de San Juan Ermita hay aproximadamente 10 Kms. Al sur-este de la cabecera departamental de Chiquimula en el kilómetro 176 de la ruta nacional No. 21 que conduce a la frontera de Honduras.

2. División Político Administrativo:

San Juan Ermita se ubica en medio de dos grandes cerros (el cerrón y las minas) en un valle angosto que es cruzado de punta a punta por el río Carcaj. Tiene 20 aldeas y 16 caseríos. La mayoría de aldeas cuenta con una escuela primaria, un oratorio, carretera y agua entubada, muy pocas con luz eléctrica.

ALDEAS

CASERIOS

- | | |
|--------------------------|-------------|
| 1. Buena Vista..... | Peñascos |
| 2. Carrizal..... | |
| 3. Caulotes..... | Zarzal |
| 4. Corral de Piedra..... | Las Muñecas |

- 5. Chancó.....La Ceiba, Achiotes
y Piletas
- 6.Chispán Jaral.....Matazano, Mojón y
Coyotes
- 7.Churischán.....Miramundo, El Cerrón y
Los López

- 35 -

- 8. Los Encuentros.....
- 9. Lagunetas.....
- 10. La Ceibita..... El Coco
- 11. Los Planes.....Vuelta El Roble y
Vivienda Nueva
- 12. Minas Abajo.....
- 13. Minas Arriba.....
- 14. Quequezque.....
- 15. Río Arriba.....
- 16. Salitrón.....
- 17. San Antonio Lajas.....
- 18. Tasharjá..... Magueyal
- 19. Veguitas.....

(7)

3. Demografía:

San Juan Ermita cuenta con una población total de trece mil trescientos treinta y ocho (13,338) habitantes predominando la raza ladina y con un alto

porcentaje de la raza Chortí, posee una pirámide poblacional de base ancha, con un 50.10 por cien de sexo masculino y un 49.90 por cien de sexo femenino.

La mayoría de sus habitantes se dedican a la agricultura.

- 36 -

4. Servicios de Salud:

San Juan Ermita cuenta con un Centro de Salud en su cabecera municipal, y un puesto de salud en la aldea Los Encuentros, que pertenece a este municipio. El equipo básico de salud comunitario está conformado por : un médico ambulatorio, 25 Comadronas Tradicionales, 14 pertenecen al puesto de salud de San Juan Ermita y 11 pertenecen al puesto de salud de la aldea Los Encuentros, 4 facilitadores comunitarios que pertenecen al puesto de salud de San Juan Ermita, 57 guardianes de salud que pertenecen al puesto de salud de San Juan Ermita y 12 a la aldea Los Encuentros.

El equipo básico institucional está conformado por : un jefe de distrito, una enfermera profesional, un inspector de saneamiento ambiental, un técnico en salud rural, cuatro auxiliares de enfermería, un facilitador institucional que pertenecen al puesto de salud de San Juan Ermita.

En la aldea de Los Encuentros se cuenta con un enfermero auxiliar y un EPS Rural para dar la consulta. (7)

VI. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGIA

1. Tipo de estudio: Descriptivo, transversal.
2. Sujeto de estudio: Comadrona Tradicional del Distrito de San Juan Ermita y áreas de afluencia.
3. Población : 25 Comadronas Tradicionales del municipio de San Juan Ermita que pertenecen a ese distrito y sus áreas de afluencia.
4. Criterios de Inclusión: Toda comadrona tradicional activa que esté incorporada al proceso de capacitación permanente y que pertenezcan al distrito de San Juan Ermita y sus áreas de afluencia.
5. Criterios de exclusión: Las comadronas tradicionales que no están activas, las comadronas tradicionales que no están incorporadas al

proceso de capacitación permanente y las comadronas que no pertenezcan al distrito de salud de San Juan Ermita y sus áreas de afluencia.

6. VARIABLES A ESTUDIAR

CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA:

Definición conceptual: acción y efecto de conocer, entendimiento,

-38-

inteligencia, razón natural, sentido, dominio de las facultades en el hombre.

Definición Operacional: dominio que poseen las Comadronas Tradicionales sobre las normas de atención materna.

Escala de Medición: Nominal

Unidad de medida: Porcentaje que lo conoce - Porcentaje que no la conoce

ACEPTABILIDAD DE LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA:

Definición conceptual: calidad de aceptable, digno de ser aceptado, aprobación, aplauso, dar por bueno, admitir con gusto.

Definición operacional: Grado de aprobación que tiene la Comadrona Tradicional hacia las normas de atención materna.

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medida: Acuerdo total, acuerdo, desacuerdo total, desacuerdo, duda.

FACTIBILIDAD DE LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA :

Definición conceptual: Condición que permite o impide el cumplimiento de una acción.

Definición operacional: factores principales que favorecen o dificultan el cumplimiento de las normas de atención materna por la Comadrona Tradicional.

Escala de medición: Nominal

Unidad de medida: Número de respuestas que cae en cada categoría de factibilidad

(favorecen o limitan) el cumplimiento de la norma.

- 39 -

FACTIBILIDAD ECONOMICA DE LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA:

Definición conceptual: Condición económica que permite o impide el cumplimiento de una acción.

Definición operacional: recursos económicos con que cuentan las comadronas tradicionales en su comunidad para implementar las normas de atención materna.

Escala de medición: Nominal

Unidad de medida: Porcentaje de normas con factibilidad económica - porcentaje de normas sin factibilidad económica.

DISPONIBILIDAD DE RECURSOS DE LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA:

Definición conceptual: Condición de bienes o medios de que se dispone para realizar algo.

Definición operacional: medio de transporte, medicamentos, equipo médico, ambiente ideal con que cuentan las comadronas en su comunidad para implementar las normas de atención materna.

Escala de medición: Nominal

Unidad de medida: Porcentaje de normas con disponibilidad de recursos -
Porcentaje de normas sin disponibilidad de recursos

- 40 -

7. INSTRUMENTOS: (ver anexo)

Los instrumentos de recolección de datos se elaboraron en base a las Normas de Atención Materna y son diferentes para cada objetivo.

EVALUACION DE CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA.

Se utilizó un cuestionario administrado por el entrevistador en el cual el entrevistador es quien hace las preguntas y escribe las respuestas, el cuestionario consta de 23 preguntas abiertas no estructuradas que tienen la ventaja de que el entrevistado se puede extender en su respuesta todo lo que desee y el entrevistador puede aclarar dudas que puedan surgir. Las preguntas están elaboradas en base a las Normas de Atención Prenatal, Parto, Puerperio y del Recién Nacido; la Comadrona Tradicional respondió a dichas preguntas de acuerdo a su conocimiento y el entrevistador anotó en el espacio

correspondiente a cada pregunta dicha respuesta. Se utilizó la escala nominal: si la conoce – no la conoce.

IDENTIFICACION DE LA ACEPTABILIDAD DE LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA POR LA COMADRONA TRADICIONAL.

Se utilizó un cuestionario administrado por el entrevistador en donde el entrevistador hace las preguntas y escribe las respuestas. EL cuestionario consta de 24 preguntas de selección múltiple con 5 alternativas: acuerdo total, acuerdo, desacuerdo total , desacuerdo, duda por medio de la escala de Lickert que es un tipo de instrumento que se utiliza para evaluar actitudes y

- 41 -

opiniones con respecto a algo, en este caso son las Normas de Atención Materna. El entrevistador leyó las aseveraciones y las opciones y el entrevistado (la comadrona tradicional) escogió la opción que le pareció para que el entrevistador anotara. La puntuación de cada respuesta va de 5 – 1 desde el extremo favorable hacia el desfavorable, el 50 % de las preguntas están en sentido positivo y el 50 % en sentido negativo con respecto de las Normas de Atención Prenatal , Parto, Puerperio, y del Recién Nacido.

IDENTIFICACION DE LA FACTIBILIDAD DE IMPLEMENTAR LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA POR LA COMADRONA TRADICIONAL

El instrumento que se utilizó fue una guía de discusión por medio de la técnica de grupo focal.

Esta guía de discusión consta de 8 normas de atención materna que fueron leídas y explicadas por el entrevistador (el moderador) y se discutió

con el grupo si hay factibilidad económica y disponibilidad de recursos para implementar cada una de estas normas, a lo que ellas respondieron si ó no según sus experiencias y opinión personal, el redactor fue un miembro del personal de salud que se encargó de tomar nota y dejar constancia de las respuestas y opiniones.

VALIDACION DE LOS INSTRUMENTOS:

Previo a iniciar el trabajo de campo se realizó un estudio piloto en el departamento de Jutiapa, con el objetivo de verificar si la boleta de recolección de datos estaba elaborada de una forma comprensible para el

- 42 -

grupo en estudio y así obtener datos para mejorar dicha boleta, posteriormente se inició la recolección de la información aproximadamente en cuatro semanas.

8. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

8.1 El presente estudio identificó los factores que condicionan el cumplimiento de las Normas de Atención Materna por la Comadrona Tradicional dentro del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) para lo cual se elaboró una lista con el nombre de las comadronas tradicionales activas que se encontraban incorporadas al proceso de capacitación permanente del Distrito de San Juan Ermita y áreas de afluencia .

8.2 Posteriormente se citó a las Comadronas Tradicionales en tres grupos según conveniencia de distancia y procedencia, en tres fechas diferentes, para la recolección de datos del conocimiento de las normas y aceptabilidad de las normas por las Comadronas Tradicionales.

8.3 Luego de tener estos resultados se citaron de nuevo, de la misma forma en tres grupos en distintas fechas para obtener la información sobre la factibilidad de implementación de normas, por medio de los siguientes instrumentos y métodos:

EVALUACION DEL CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA POR LA COMADRONA TRADICIONAL.

Este objetivo fue evaluado por medio del método de cuestionario administrado por el entrevistador, el cual consiste en que el entrevistador es quien hace las preguntas y escribe las respuestas. Sus ventajas son que puede salvar problemas de analfabetismo llegando a personas de todos los niveles

- 43 -

económicos y culturales. Se pueden cubrir casi todos los entrevistados, se obtiene información por las observaciones del entrevistador a la interpretación de las preguntas que no se entiendan.

IDENTIFICACION DE LA ACEPTABILIDADE LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA POR LA COMADRONA TRADICIONAL.

Este objetivo fue evaluado por medio del método de cuestionario administrado por el entrevistador que consiste en que el entrevistador es quien hace las preguntas y escribe las respuestas, tiene la ventaja de salvar problemas de analfabetismo y permite aclarar las preguntas que no se entiendan.

FACTIBILIDAD DE IMPLEMENTACION DE LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA POR LAS COMADRONAS TRADICIONALES

Este objetivo fue evaluado por medio de la técnica de grupo focal, la cual es una técnica de investigación social. Una sesión de grupo focal es una discusión en la que un número pequeño (6-12) personas de informantes, guiados por un facilitador o moderador, hablan libre y espontáneamente sobre temas que consideran de importancia para la investigación. En esta técnica se necesitó además de un moderador (el investigador) un redactor que se encargó de anotar la información recabada por las participantes y los puntos importantes de la reunión, en este caso se solicitó la colaboración de personal de salud para que tomara el papel de redactor.

- 44 -

8.4 PROCESAMIENTO DE LOS RESULTADOS:

Los resultados de la recolección de datos fueron procesados en función de los siguientes aspectos con respecto de las normas de atención materna:
(anexo 1, 2, 3)

1) CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS

DE ATENCION MATERNA..... Pregunta de
la 1 a la 23

(Cada pregunta tiene dos alternativas , la conoce si - no)

2) ACEPTABILIDAD DE LAS NORMAS

DE ATENCIONMATERNA.....Pregunta de la 24 a la 47

3) FACTIBILIDAD DE IMPLEMENTACION

DE LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA..... Preguntas de la 1 a la 8
de la guía de discusión.

- 45 -

B. RECURSOS:

1) Materiales:

- Hojas de papel bond, fotocopias
- Bolígrafos, lápices,
- Diskettes
- Equipo de oficina
- Computadora

2) Institucionales:

- Instalaciones del puesto de salud de San Juan Ermita
- Instituto Nacional de Centroamerica y Panamá
- Biblioteca de la Organización Panamericana de la Salud
- Biblioteca de la Dirección General de Salud

- Biblioteca de la Universidad de San Carlos Facultad Ciencias Medicas
- Direccion General del SIAS
- Oficinas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

3) Humanos:

- Investigador
- Personal del puesto de Salud de San Juan Ermita
- Comadronas tradicionales

-46-

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS:

CUADRO No. 1
PUNTAJE DE CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS DE ATENCION
MATERNA DEL SIAS POR LA COMADRONA TRADICIONAL.
DISTRITO DE SAN JUAN ERMITA, DEPARTAMENTO DE
CHIQUIMULA DURANTE LOS MESES DE ABRIL - MAYO DEL
AÑO 2,000

No. comadronas	PUNTAJE (máximo según componente)				TOTAL	
	PRENATAL (5)	PARTO (7)	RN (5)	PUERPERIO (6)	23	100 %
1	5	6	3	6	20	87 %
2	4	5	2	6	17	74 %
3	3	3	1	6	16	70 %
4	3	4	2	6	15	65 %
5	3	4	2	5	14	61 %
6	3	3	1	6	13	57 %
7	4	2	2	5	13	57%
8	2	3	1	6	12	52 %
9	3	2	2	5	12	52 %
10	3	2	1	5	11	48 %

11	2	3	2	4	11	48 %
12	3	2	2	3	10	43 %
13	1	4	0	5	10	43 %
14	2	2	0	6	10	43 %
15	2	2	2	4	10	43 %
16	1	5	0	3	9	39 %
17	2	2	1	4	9	39 %
18	1	2	2	3	8	35 %
19	3	2	1	2	8	35 %
20	2	2	1	3	8	35 %
21	2	2	1	3	8	35 %
22	1	3	0	3	7	30 %
23	2	1	1	3	7	30 %
24	2	1	0	3	6	26 %
25	1	1	0	3	5	22 %
Promedio	60	70	31	108	10.76	
Total	48 %	40 %	24.8 %	72 %	46.8%	

Fuente : Boleta de recolección de datos.

-47-

CUADRO No. 2

PORCENTAJE DE CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA DEL SIAS POR LA COMADRONA TRADICIONAL EN RELACION A LA EDAD. DISTRITO DE SAN JUAN ERMITA, DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA DURANTE LOS MESES DE ABRIL – MAYO DEL AÑO 2,000.

EDAD			Promedio del Porcentaje de conocimiento
(años)	No. CT	% CT	
< 30 Años	1	4 %	48 %
30 – 40 “	1	4%	52 %
41 – 50 “	7	28 %	49.5%

51 – 60 “	8	32 %	43.6 %
61 – 70 “	6	24 %	50.6 %
> 70 Años	2	8 %	34.5 %

- CT= Comadrona Tradicional

Fuente: Boleta de recolección de datos.

- 48 -

CUADRO No. 3

CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA DEL SIAS POR LA COMADRONA TRADICIONAL. DISTRITO DE SAN JUAN ERMITA, DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA DURANTE LOS MESES DE ABRIL - MAYO DEL AÑO 2,000.

% conocimiento de las normas de atención materna por la comadrona tradicional	No. comadronas	% comadronas
< o igual a 25%	1	4 %

26 - 50 %	15	60 %
51 - 75 %	8	32 %
> DE 75 %	1	4 %
TOTAL	25	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos

-49-

CUADRO No. 4

CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS COMADRONAS SOBRE LAS NORMAS DEL SIAS EN CUANTO A CONTROL PRENATAL, PARTO, PUERPERIO Y DEL RECIEN NACIDO. DISTRITO DE SAN JUAN ERMITA, DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA DURANTE LOS MESES DE ABRIL - MAYO DEL AÑO 2,000.

% de conocimiento de las normas de atención materna por la comadrona tradicional	PRENATAL		PARTO		PUERPERIO		R. N.	
	No.CT	%	No.CT	%	No.CT	%	No. CT	%
< o igual a 25 %	5	20	3	12	0	0	14	56

26 - 50 %	10	40	15	60	10	40	9	36
51 - 75 %	7	28	6	24	4	16	1	4
> 75 %	3	12	1	4	11	44	1	4

* CT = Comadrona Tradicional

Fuente: Boleta de recolección de datos.

-50-

CUADRO No. 5

**PUNTAJE DE ACEPTABILIDAD DE LAS NORMAS DE ATENCION
MATERNA DEL SIAS POR LA COMADRONA TRADICIONAL.
DISTRITO DE SAN JUAN ERMITA, DEPARTAMENTO DE
CHIQUMULA DURANTE LOS MESES DE MAYO - JUNIO DEL
AÑO 2,000.**

No. comadronas	PUNTAJE (máximo según componente)					
	PRENATAL (30)	PARTO (40)	R.N. (20)	PUERPERIO (30)	Total (120)	% (100)
1	26	40	19	26	111	93 %
2	30	34	20	26	110	92 %
3	30	37	20	21	108	90 %
4	27	40	16	24	107	89 %
5	29	37	16	25	107	89 %
6	23	39	20	25	107	89 %
7	30	36	17	23	106	88 %
8	28	36	16	25	105	87 %
9	27	34	17	27	105	87 %
10	30	29	19	24	102	85 %

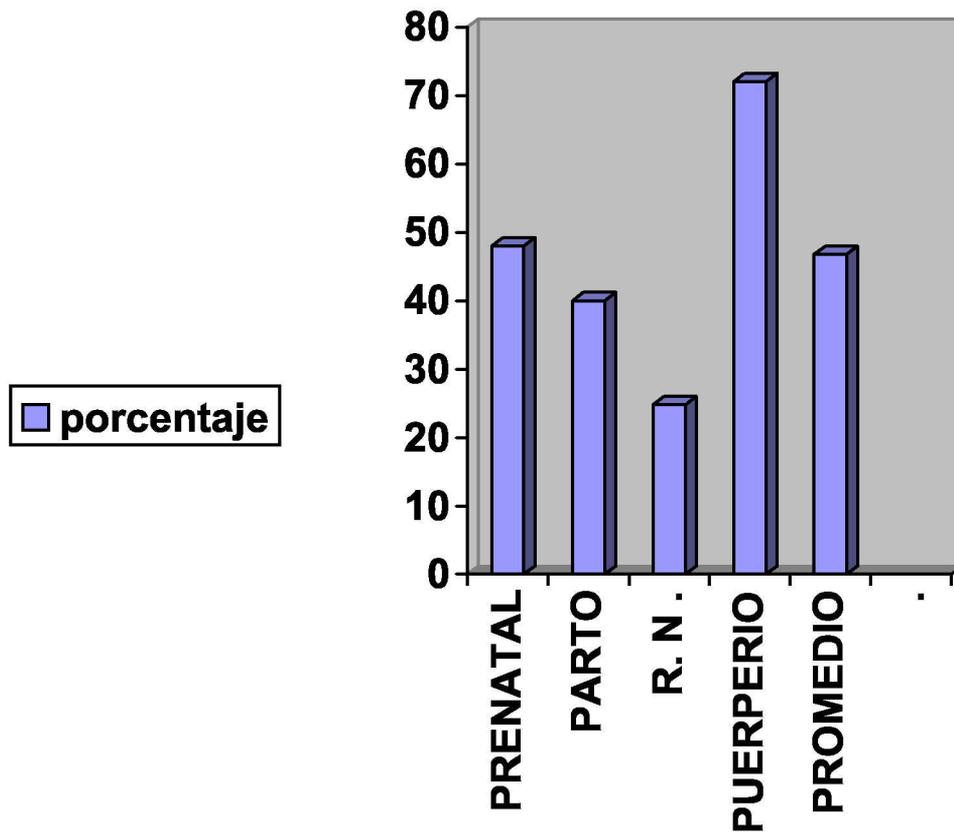
11	30	30	16	26	102	85 %
12	27	30	16	27	100	83 %
13	27	37	14	21	99	83 %
14	27	37	17	20	98	82 %
15	30	27	17	24	98	82 %
16	23	34	17	24	98	82 %
17	23	38	14	21	96	80 %
18	28	28	18	21	95	79 %
19	28	22	20	24	94	78 %
20	27	25	18	21	91	76 %
21	24	28	15	23	90	75 %
22	27	22	17	24	90	75 %
23	27	21	13	21	89	74 %
24	25	29	14	20	88	73 %
25	25	21	15	21	82	68 %
Promedio	27.12	31.92	16.84	23.36		
Porcentaje	90.4 %	79.8 %	84.2 %	77.86 %		83 %

Fuente : Boleta de recolección de datos.

- 51 -

GRAFICA No. 1

CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA DEL SIAS POR LA COMADRONA TRADICIONAL.

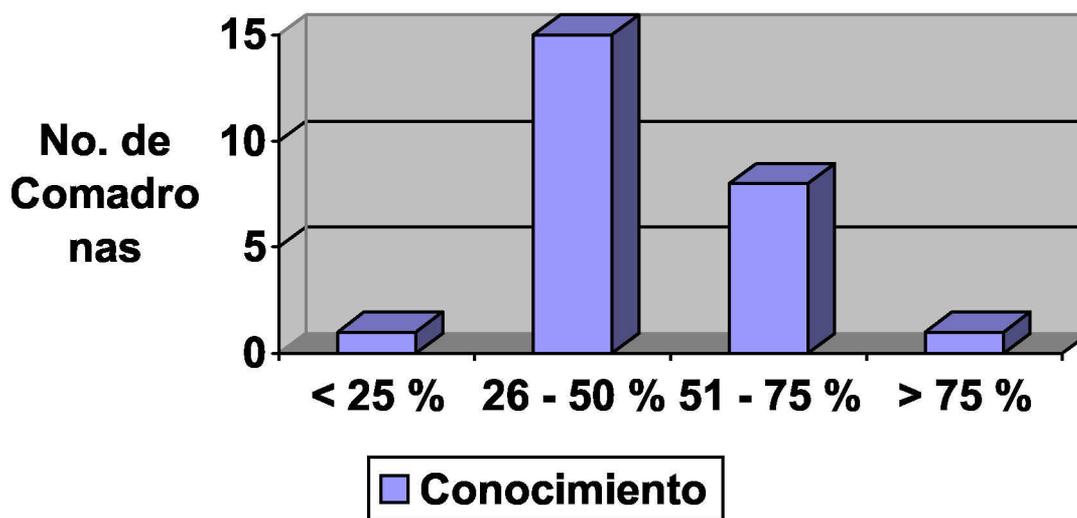


Fuente : Cuadro No. 1

- 52 -

GRAFICA No. 2

CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA

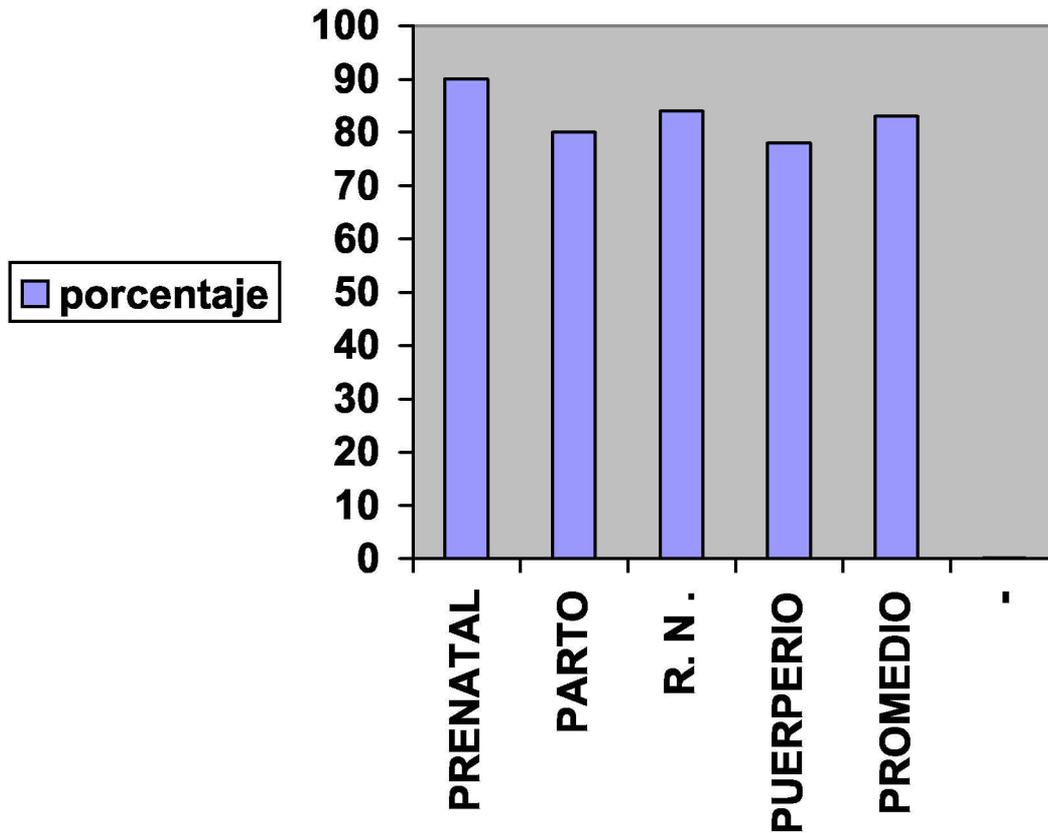


Fuente : Cuadro No. 2

- 53 -

GRAFICA No. 3

ACEPTABILIDAD DE LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA DEL SIAS POR LA COMADRONA TRADICIONAL.



Fuente : Cuadro No. 1

-54-

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente estudio de investigación realizado en el municipio de San Juan Ermita, Chiquimula con un total de 25 comadronas tradicionales que

están incorporadas al programa de capacitación con enfoque permanente del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) se pudo evidenciar que las Comadronas Tradicionales tienen poco conocimiento en torno a las Normas de Atención Materna, pues sólo el 4% de las comadronas conocen más del 75 % de dichas normas y el promedio de conocimiento sobre las mismas es del 46.8 % el cual es deficiente, y podría estar modificado por factores culturales o de aprendizaje. (Cuadro No. 1)

En el estudio se pudo observar que las comadronas conocen más sobre las Normas de Atención del Puerperio y Prenatal con un 72% y un 48% respectivamente en relación con las Normas de Atención Parto y del Recién Nacido con un 25% y 40% respectivamente, esto se debe a que en su mayoría las comadronas desconocen las señales de peligro de un Recién Nacido y de un parto de alto riesgo que ameritan referencia hospitalaria.

Se encontró que el 60 % de las comadronas se encuentran entre las edades de 41 a 60 años de edad, el 32 % entre las edades de 61 a 79 años, y solamente el 4 % era menor de 40 años de edad, lo cual podría influir negativamente debido a que la edad es una variable que interviene en el acondicionamiento del aprendizaje y por ende en el conocimiento de las Normas de Atención Materna.

- 55 -

En cuanto al grado de escolaridad el 80 % no saben leer ni escribir lo cual influye desfavorablemente en el aprendizaje y por lo tanto en el conocimiento que las comadronas pueden adquirir sobre las Normas de Atención Materna.(18,19) Se evidenció que el 36% lleva entre 10 y 20 años

de ejercer como comadrona , el 28 % entre 21 y 30 años, el 16 % entre 31 y 40 años y sólo el 8 % lleva menos de 10 años de ejercer. Al respecto del tiempo de ejercer puede ser uno de los factores que intervienen en el aprendizaje, pues este último es un cambio relativamente permanente que resulta de la experiencia y que puede influir positiva o negativamente dependiendo del desempeño bueno o malo respectivamente, realizado a través del tiempo.(19,18)

No existen folletos estructurados que se impartan a las comadronas para que puedan consultar el manejo adecuado de la atención materno-infantil, una de las causas es el alto grado de analfabetismo; sin embargo los médicos ambulatorios cuentan con un cartapacio de Normas de Atención que son específicas para Comadronas Tradicionales e incluyen las Normas de Atención Materna que enfatiza en lo que ellas deben observar, como deben actuar y cuándo deben referir a un centro hospitalario a una paciente o recién nacido.

En el estudio se encontró que el 60% ha recibido de 5 a 15 capacitaciones desde que se inició el programa de capacitaciones con enfoque permanente del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), el 28 % ha recibido de 16 a 25 capacitaciones, y solamente el 4% ha recibido más de 25

- 56 -

capacitaciones y menos de 5 capacitaciones, lo cual podría modificar favorable o desfavorablemente el porcentaje de conocimiento que adquieren las comadronas dependiendo del número y periodicidad con que las comadronas reciban las capacitaciones.

En el presente estudio no se pudo determinar si la edad, el grado de escolaridad, el número de capacitaciones y el tiempo que llevan de ejercer influye en el porcentaje de conocimiento que poseen las comadronas en torno a las Normas de Atención Materna, debido al pequeño tamaño de la población; sin embargo, de acuerdo a los resultados tan bajos de conocimiento en torno a las normas, se sugiere al SIAS tomar en cuenta los mencionados factores, para adecuar las capacitaciones a comadronas analfabetas, de edad avanzada, y con costumbres muy arraigadas en cuanto a la atención materno-infantil.

Las Normas de Atención Materna tuvieron un 83 % en promedio de aceptabilidad por el total de las comadronas, lo cual demuestra una buena aceptabilidad para las mismas. Las normas con mayor aceptabilidad fueron las de Atención Prenatal (90%) en comparación con las de Atención del Puerperio con un 78% que fueron las menos aceptadas; lo cual puede deberse a que las comadronas tienen costumbres muy arraigadas en relación al puerperio que son difíciles de modificar. Sin embargo, con las cifras anteriores se puede inferir que la aceptabilidad no es el factor que condiciona el cumplimiento de las Normas de Atención Materna por la Comadrona Tradicional, a diferencia del factor conocimiento que demostró resultados

- 57 -

deficientes en relación a las normas. Esto podría explicarse ya que la aceptabilidad es una actitud o predisposición individual que puede depender del criterio individual y es modificado voluntariamente, contrario al factor conocimiento que se ve modificado por múltiples factores como el aprendizaje

que a su vez está condicionado por otras variables como la edad, la experiencia previa, entre otras que no pueden modificarse voluntariamente y que afectan el proceso de aprendizaje y por ende el conocimiento.(1,18) Los resultados de aceptabilidad en los cuales se obtuvieron punteos altos que significan buena aceptabilidad debería interpretarse como la intencionalidad de las comadronas de dar un buen servicio. Sin embargo, como en conocimientos los resultados son deficientes, no existe la certeza de que se acepta algo que no se conoce bien.

Para identificar la factibilidad que presentaban las comadronas para cumplir con las Normas de Atención Materna, se utilizó la técnica de grupo focal, reuniéndose a las comadronas en tres grupos de acuerdo a su procedencia, durante las reuniones se discutió con las comadronas acerca de las normas y cada una de ellas aportaba una opinión en cuanto a las limitantes que presentaban en su comunidad para practicar determinada norma, el entrevistador anotaba sus respuestas, comentarios e inquietudes y los resultados para cada una de las preguntas fueron las siguientes:

Con respecto de la norma de identificación y referencia de embarazadas con complicaciones al médico ambulatorio, centro de salud u hospital, las comadronas refirieron que una de las mayores limitantes era el

- 58 -

recurso económico, pues representaba un gasto para ellas el viajar desde su aldea al centro de salud, pues en algunos casos sólo contaban con transporte particular cuyo costo era alto, además significaba que tenían que dejar sólo a sus hijos y los que haceres del hogar. Algunas mujeres refirieron que no les

gustaba ir con el médico porque se sentían avergonzadas de ser examinadas por él, sobre todo si éste era de sexo masculino.

Sobre la norma de la distribución de sulfato ferroso diaria y ácido fólico una tableta diaria a toda embarazada, la mayor limitante referida fue que algunas veces el médico ambulatorio no les dejaba tratamiento completo para un mes y cuando se les acababa dichas tabletas, no podían ir al centro de salud para pedir más, por razones económicas y de transporte, por lo que tenían que esperar hasta que el médico llegara de nuevo a la aldea.

A cerca de la norma de referencia inmediata al hospital con apoyo de la familia y organización comunitaria la mayor limitante mencionada fue que en la mayoría de aldeas no hay una organización comunitaria que preste servicio en caso de una emergencia, pues muchas veces no cuentan con ningún tipo de transporte, ni con recursos económicos necesarios para contratar un medio de transporte que permita referir a alguna paciente o recién nacido a un centro hospitalario, sobre todo en horas de la noche.

En relación a la norma de mantener el equipo e insumos necesarios para la atención del parto en condiciones higiénicas mencionaron que la mayor limitante era el factor económico, pues la mayoría son de escasos recursos y

- 59 -

sólo cuentan con lo que el centro de salud les proporciona. Refieren que se han visto en la necesidad de hacer tactos vaginales y atender partos sin guantes ya que no cuentan con ellos y son demasiado costosos para

comprarlos, también mencionan que hay aldeas en las que no hay agua y es difícil lavar los instrumentos que utilizan.

En relación a la norma de evaluar el perímetro braquial del recién nacido para observar si hay desnutrición, refirieron que la mayor limitante es que no a todas les han explicado como debe hacerse, y a otras no les han proporcionado el material para llevar a cabo esta norma.

Para la norma de referir a todo recién nacido que presenta complicaciones al nacimiento, la mayor limitante que mencionaron fue la del medio de transporte ya que muchas aldeas no cuentan con ello; además que por lo general los nacimientos ocurren en horas de la madrugada, que las madres prefieren esperar al día siguiente para llevarlos al hospital, y que la referencia de un recién nacido significa un gasto económico, ya que la madre es obligada a permanecer con él en el hospital.

Sobre la norma de expender sulfato ferroso, una tableta diaria durante tres meses después del parto, consideran que la mayor limitante a pesar que ellas como comadronas le expliquen a las puérperas que deben continuar tomando hierro, las puérperas creen que ya no la necesitan, además que en ocasiones en el centro de salud no les dan el tratamiento completo con el

- 60 -

argumento de que no hay muchas tabletas y eso las desanima y no regresan el siguiente mes, de ser así la mayoría de mujeres son de escasos recursos y no pueden comprar estas tabletas en alguna farmacia.

En relación de la norma de referencia hospitalaria de toda puérpera con complicaciones con el apoyo de la familia y organización comunitaria, mencionaron que la mayor limitante es que en la mayoría de aldeas no cuentan con una organización comunitaria que colabore con la referencia de pacientes, que es muy difícil conseguir el medio de transporte y el recurso económico necesario para enviar a una puérpera con complicaciones al hospital, además de la opinión poco favorable de las personas sobre la atención en un hospital, debido a que en el mismo las obligan a bañarse el siguiente día de dar a luz, lo cual va en contra de sus costumbres, y que el tipo de comida no es el indicado para una puérpera, entre otras.

El estudio demostró que las comadronas continúan realizando prácticas erróneas y peligrosas, siendo las más frecuentemente utilizadas: la manipulación fetal de pacientes embarazadas con situación transversa, la atención de partos en presentación podálica en la casa, el manejo de pacientes con retención placentaria en la casa, la utilización de bebidas alcohólicas para apurar el trabajo de parto, el tratamiento de la hemorragia durante y después del parto con hierbas y montes que hay en sus comunidades. Se encontró que en las capacitaciones no le dan tanta importancia a las prácticas realizadas por las comadronas en relación a la atención materna y del recién nacido y no han enfatizado en las de alto riesgo y las inofensivas.

- 61 -

IX. CONCLUSIONES

- 1.) Las Comadronas Tradicionales poseen bajo conocimiento en torno a las Normas de Atención Materna (46.8 %).
 - 2.) Las Comadronas Tradicionales poseen mayor porcentaje de conocimiento en torno a las Normas de Atención del Puerperio(72 %) y Atención Prenatal(48 %).
 - 3.) Las Comadronas Tradicionales refieren buena aceptabilidad hacia las Normas de Atención Materna.
 - 4.) Las Comadronas Tradicionales refieren que las Normas de Atención Prenatal poseen mayor factibilidad económica y disponibilidad de recursos para ser implementadas en comparación con las Normas de Atención del Parto, Puerperio y del Recién Nacido que refieren tener muy poca factibilidad de implementación.
 - 5) Las Comadronas Tradicionales que residen en el municipio de San Juan Ermita y aldeas cercanas tienen mayor factibilidad económica y disponibilidad de recursos para implementar las Normas de Atención Materna en comparación con las Comadronas Tradicionales que residen en aldeas y caseríos lejanos al municipio.
- 62 -
- 6) La edad avanzada y el bajo grado de escolaridad son factores que limitan el aprendizaje de las Normas de Atención materna y por ende el cumplimiento de dichas normas.

- 7) El medio de transporte, y la falta de organización comunitaria son la mayor limitante para poder implementar las Normas de Atención Materna por la comadrona en embarazos y partos de alto riesgo.

- 63 -

X. RECOMENDACIONES

- 1) Tomando en cuenta el poco conocimiento que las Comadronas Tradicionales poseen en torno a las Normas de Atención Materna y los factores que influyen en el grado del mismo, se insta al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y al Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) a buscar la mejor forma de lograr que las Comadronas Tradicionales mejoren el conocimiento sobre dichas normas y abandonen algunas creencias, prácticas y actitudes que ponen en peligro la vida materna y del recién nacido.
 - 2) Que se promueva y se apoye la organización comunitaria en las comunidades, sobre todo en las que tienen difícil acceso y menos recursos económicos, para que colabore, en caso de necesitar traslado de un paciente con complicaciones a un centro hospitalario.
 - 3) Que los médicos ambulatorios compartan las experiencias que tienen las Comadronas Tradicionales en sus comunidades en relación a la atención materno-perinatal y que las feliciten cuando cumplan correctamente con las Normas de Atención Materna, para mejorar su motivación.
- 64 -
- 4) Que se evalúe periódicamente a las Comadronas Tradicionales en torno a las Normas de Atención Materna para determinar las áreas deficientes en las que deben enfatizar.

- 5) Se recomienda en investigaciones posteriores utilizar un tamaño de población mayor, para poder evaluar la relación del porcentaje de conocimiento de las Normas de Atención Materna con variables como edad de la comadrona, tiempo de ejercicio, número de capacitaciones y grado de escolaridad, que debido al tamaño de la población no se pudo encontrar asociación y significancia en este estudio.

- 65 -

XI. RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó en el municipio de San Juan Ermita, durante los meses de abril a mayo del año 2,000 en el distrito de San Juan Ermita y sus áreas de afluencia; dicho estudio trata sobre el conocimiento, aceptabilidad y factibilidad que tienen las Comadronas Tradicionales para cumplir las Normas de Atención Materna dentro del “Sistema Integral de Atención en Salud” (SIAS).

Los resultados evidenciaron poco conocimiento de las Normas de Atención Materna por las Comadronas Tradicionales, buena aceptabilidad hacia dichas normas y muy poca factibilidad económica y disponibilidad de recursos para implementarlas. Las Comadronas Tradicionales aún continúan realizando prácticas erróneas con las pacientes.

Se recomienda al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y al Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) brindar más información sobre las Normas de Atención Materna en las capacitaciones e intercambiar las experiencias con las Comadronas en cuanto a creencias, actitudes y prácticas, que se les explique cuáles son las que ponen en peligro la vida de la madre y el recién nacido y cuáles son inofensivas y que pueden seguir practicando.

Se recomienda además mejorar la organización comunitaria que dificulta la referencia hospitalaria a pacientes con complicaciones.

- 66 -

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Briones, Guillermo. Métodos y Técnicas de Investigación para las Ciencias Sociales. México: Trillas, 1987. 164p.
2. INCAP/OPS/ AREA DE SALUD DE QUETZALTENANGO. Informe de la Encuesta Nacional de Salud Materno-infantil. Guatemala, 1997. 49p
3. INCAP/OPS. Libro de dibujos para comadronas sobre las principales emergencias de la madre y el recién nacido. Proyectos de Salud Materno y Neonatal de Quetzaltenango. Guatemala, 1997. 23p
4. INCAP/OPS/AREA DE SALUD DE QUETZALTENANGO. Protocolos para el manejo de las principales emergencias obstétricas y neonatales para centros y puestos de salud Proyecto de Salud Materno y Neonatal de Quetzaltenango. Guatemala, 1993. 54p
5. INCAP/OPS/ AREA DE SALUD DE QUETZALTENANGO/HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE. “ Una intervención para Reducir la Mortalidad Materna y Neonatal”. Proyecto de Salud Materno y Neonatal de Quetzaltenango. Guatemala, 1993. 54p

- 67 -

6. Lara G. Claudia. ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE AL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS). Tesis

(Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1998. 68p

7. López E. Ever Abigail. EVALUACION DEL COMPONENTE INTEGRACION COMUNITARIA AL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS). Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1999. 55p
8. MSPAS. Control prenatal, atención del parto y Recién Nacido y Puerperio. Manual de Referencia para la Aplicación de las Normas de Atención. SIAS. Guatemala, diciembre 1997. 27p
9. MSPAS. Curso de Capacitación de comadronas tradicionales de Guatemala con enfoque participativo. Guatemala, 1994. 68p
10. MSPAS. DGSS. Departamento Materno-infantil. Cartapacio de Normas de Atención. Guatemala, 1998. 25p
11. MSPAS. DGSS. Departamento Materno-infantil. GUIA DEL DOCENTE PARA LA CAPACITACION DE COMADRONAS. Guatemala, agosto 1989. 38p
12. MSPAS. DGSS. Departamento Materno Infantil. Normas de Atención Materno Infantil. Guatemala, agosto 1992. 35p

- 68 -

13. MSPAS. Plan para la reducción de la Mortalidad Materna y perinatal.
Programa Nacional Materno Infantil. Guatemala, 1997. 57p
 14. MSPAS. Proceso de Modernización, Lineamientos políticos, estrategias, líneas de acción y avances. Guatemala, Mayo de 1998. 23p
 15. MSPAS. SIAS. Servicios Básicos de Salud en el primer nivel de atención.
Guía para Capacitar Personal de Salud. SIAS, No. 1, Guatemala, 1998.
11p
 16. MSPAS. Indicadores Básicos. Situación de salud en Guatemala.
Guatemala, 1998. 7p
 - 17 . OMS, FNUAP, UNICEF. Parteras Tradicionales. Ginebra , 1993.
(declaración conjunta). 47p
 18. P. Ridruejo Alonzo. Psicología Médica. Barcelona: Interamericana, 1996.
155p
 19. Robert S. Feldman. Psicología con aplicaciones a los países de habla hispana. 3^a.ed. México: Interamericana, 1999. 210p
- 69 -
20. Scrimshaw Susan C.M.. et al . RAP Procedimientos de asesoría rápida

para programas de nutrición y atención primaria de salud. California:
Universitaria, 1988. 70p

- 70 -

XIII. ANEXOS

- 71 -

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DISTRITO DE SALUD DE SAN JUAN ERMITA, CHIQUIMULA
RESPONSABLE : ADAREZZA IVETTE SANDOVAL PAIZ

FACTORES QUE CONDICIONAN EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA POR LA COMADRONA TRADICIONAL COMO PARTE DEL EQUIPO BASICO DEL SIAS.

El presente cuestionario tiene la finalidad de identificar los Factores que condicionan el cumplimiento de las normas de atención materna por la Comadrona Tradicional dentro del SIAS. Los datos que se obtengan en esta encuesta serán de carácter absolutamente confidencial y con fines de estudio.

INSTRUCCIONES: Responda de acuerdo a sus conocimientos sobre las Normas de Atención Materna cada una de las preguntas que se le harán a continuación.

Datos generales:

Nombre: _____

Edad: _____ Dirección: _____

Escolaridad: _____

Tiempo de ejercer como comadrona tradicional: _____

¿Ha recibido capacitación? _____

¿Cuántas veces? _____

Fecha de la última capacitación: _____

- 72 -

PRENATAL:

- 1.) Mencione 5 señales de peligro que se deben detectar en una mujer embarazada : SI ____
NO ____
-
-
-
-
-
- 2) ¿ Qué debe observar y preguntar usted a una paciente embarazada que llega con usted para su primer control prenatal? SI ____
NO ____
-
-
-
-
-
- 3) ¿ Cree usted que se debe referir a toda embarazada al centro comunitario para su primer y ultimo control de embarazo? SI ____
NO ____
- 4) Mencione cuatro alimentos ricos en hierro que usted recomienda a la embarazada: SI ____
NO ____
-
-
-
-
- 5) ¿ Obtiene usted información de embarazadas de su sector a través del guardián de salud? SI ____
NO ____

- 73 -

PARTO

- 6) ¿ Qué evalúa usted en la embarazada antes de atender el parto? SI _____
NO _____
-
-
-
-
-
- 7) ¿ Administra usted algún tipo de medicamento para apurar el parto?SI _____
NO _____
- 8) ¿ Cuánto tiempo espera como máximo para la embarazada dé a luz SI _____
sin complicaciones después de iniciar el trabajo de parto? NO _____
- 9) ¿ Qué hace si al examinar a la embarazada observa mal presentación SI _____
en el niño? NO _____
- 10) ¿ Qué hace si durante el parto la madre presenta abundante SI _____
hemorragia? NO _____
- 11) ¿ Cuánto tiempo espera usted como máximo para que salga la SI _____
placenta? NO _____
- 12) ¿ Qué hace si llega con usted una paciente que al examen presenta SI _____
la salida de un miembro del niño o del cordón umbilical? NO _____

- 74 -

RECIEN NACIDO:

13) ¿ Qué aspectos debe observar en todo recién nacido? SI _____
- NO _____
-
-
-
-
-

14) ¿ Qué hace si al atender un parto , el recién nacido tiene llanto débil y respira de manera irregular , y no quiere mamar? SI _____
NO _____

15) Llena correctamente la boleta de nacimiento siempre: SI _____
NO _____

16) ¿ Qué le explica usted a la madre después de haber tenido a su hijo? SI _____
NO _____

17) Mencione 5 señales de peligro que puede presentar un recién nacido: SI _____
- NO _____
-
-
-
-

PUERPERIO

18) ¿ Qué debe observar en una paciente después de haber dado a luz? SI _____
NO _____

- 75 -

19) ¿ En qué casos refiere a un centro hospitalario a una paciente SI _____

- después del parto? NO _____
- 20) ¿ Qué hace si una paciente presenta demasiada hemorragia después del parto? SI _____
NO _____
- 21) ¿ Da usted consejería sobre la importancia de la alimentación y suplementación con tabletas de sulfato ferroso? SI _____
NO _____
- 22) ¿ Refiere a la madre al puesto de salud para su evaluación post-parto? SI _____
NO _____
- 23) ¿ Refiere a la madre al puesto de salud para su vacunación con toxoide tetánico? SI _____
NO _____

ACEPTABILIDAD DE LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA POR LA
COMADRONA TRADICIONAL

Instrucciones: Responda una de las cinco alternativas que se le mencionarán a continuación.

PRENATAL:

24) Para la captación de embarazadas de determinado sector es necesario obtener información a través del guardián de salud

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

25) En el primer y último control del embarazo es conveniente que la comadrona tradicional acompañe a la paciente para ser evaluada por el médico ambulatorio

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

26) Es conveniente que la comadrona tradicional realice control prenatal a toda paciente embarazada que le demande atención prenatal

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

27) Una paciente con un embarazo complicado debe ser atendido en casa por la comadrona tradicional

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

28) La comadrona tradicional debe dar sulfato ferroso y ácido fólico solamente cuando seas casos especiales de embarazadas.

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

29) Es poco importante que la comadrona dé consejería sobre alimentos ricos en hierro a las embarazadas

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

PARTO:

30) Para poder atender un parto la comadrona debe tener todo el equipo necesario para realizar dicha atención

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

31) Es importante decirle a la madre que evite bebidas alcohólicas durante el trabajo de parto

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

32) Cuando una embarazada lleva más de 12 horas con el trabajo de parto debe referirse al hospital

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

33) Es conveniente atender un parto en casa por la comadrona cuando hay salida de un miembro del recién nacido o del cordón umbilical

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

34) Una paciente con mal presentación fetal debe ser atendida en casa por la comadrona tradicional

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

35) Para que la placenta sea expulsada se debe esperar hasta dos horas post parto

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

36) Una paciente con hemorragia después del parto debe ser atendida en casa por la comadrona tradicional

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

37) No es necesario que la comadrona acompañe a la paciente con hemorragia post parto al hospital

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

RECIEN NACIDO

38) Un recién nacido que presenta llanto débil, no mama, piel morada y fría debe ser referido a un hospital para su atención

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

39) La boleta de nacimiento debe ser llenada correctamente por la comadrona tradicional que atendió el parto

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

40) Se debe aconsejar a la madre para que acompañe la leche materna con la leche de bote para que crezca mejor su bebé recién nacido

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

41) Un recién nacido debe esperar hasta cumplir un año para empezar su vacunación

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

PUERPERIO

42) Es necesario que la comadrona evalúe a la madre durante las primeras 72 horas después del parto y durante los 40 días siguientes

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

43) Es necesario referir al puesto de salud durante los 40 días después de parto a toda madre y el recién nacido para su vacunación con toxoide tetánico y BCG y antipolio respectivamente.

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

44) La comadrona tradicional debe referir al puesto de salud a toda paciente post parto para su evaluación

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

45) Es innecesario regalar sulfato ferroso 1 tableta al día a las pacientes después del parto por medio de la comadrona tradicional

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

46) Una paciente con fiebre después del parto puede ser atendida en casa por la comadrona tradicional

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

47) Es innecesario que la comadrona tradicional de masaje uterino a la paciente con hemorragia post parto mientras es trasladada al hospital

Acuerdo total Acuerdo Desacuerdo Desacuerdo total Duda

ANEXO 3

(Primera página de las notas del redactor)

EVALUACION DE LA FACTIBILIDAD DE IMPLEMENTAR LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA POR LA COMADRONA TRADICIONAL

Fecha:

Hora:

Inicia:

Finaliza:

Duración:

Nombre de la comunidad:

Breve descripción:

Lugar de reunión:

Breve descripción:

Numero de participantes:

Nombres y características de las participantes

Nombre

Edad

Sexo

Procedencia

GUIA DE DISCUSION

EVALUACION DE FACTIBILIDAD

- 1) Identifica y refiere a embarazadas con complicaciones al médico ambulatorio , centro de salud u hospital.

FACTIBILIDAD ECONOMICA	SI	NO
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS	SI	NO

- 2) Distribuir Sulfato ferroso 1 tableta diaria y ácido fólico 1 tableta diaria a toda embarazada.

FACTIBILIDAD ECONOMICA	SI	NO
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS	SI	NO

- 3) Referencia al hospital inmediatamente con apoyo de la familia y organización comunitaria

FACTIBILIDAD ECONOMICA	SI	NO
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS	SI	NO

- 4) Mantiene el equipo e insumos necesarios para la atención del parto en condiciones higiénicas.

FACTIBILIDAD ECONOMICA	SI	NO
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS	SI	NO

5) Evalúa la medida del perímetro braquial para observar si cae en la marca roja

FACTIBILIDAD ECONOMICA	SI	NO
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS	SI	NO

6) Refiere al hospital a todo recién nacido que presenta complicaciones como respiración irregular llanto débil, no succiona está inactivo , piel violácea o amarillenta, temperatura baja.

FACTIBILIDAD ECONOMICA	SI	NO
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS	SI	NO

7) Expende sulfato ferroso , 1 tableta diariamente durante tres meses después del parto.

FACTIBILIDAD ECONOMICA	SI	NO
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS	SI	NO

8) Refiere al hospital toda púérpera con complicaciones con el apoyo de la familia y organización comunitaria.

FACTIBILIDAD ECONOMICA	SI	NO
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS	SI	NO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
FASE III

INFORME FINAL DE INVESTIGACION

**I. FACTORES QUE CONDICIONAN EL CUMPLIMIENTO DE
LAS NORMAS DE ATENCION MATERNA POR LA COMADRONA
TRADICIONAL COMO PARTE DEL EQUIPO BASICO DEL
SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS)**

ASESOR: Dr. Ivan Mendoza

REVISOR: Dr. Edgar de León

ADAREZZA IVETTE SANDOVAL PAIZ

CARNET # 9419491