

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRACTICAS EN
COMADRONAS ADIESTRADAS Y TRADICIONALES
SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR**

Estudio realizado en el Municipio de San Lorenzo
Departamento de Suchitepequez, Guatemala
septiembre y octubre de 1995.

ESTUARDO GODOY PINEDA

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

CAPITULO	CONTENIDO	PAGINA
I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACION	4
IV.	OBJETIVOS	5
V.	MARCO TEORICO	6
VI.	MARCO METODOLOGICO	19
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	25
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	45
IX.	CONCLUSIONES	47
X.	RECOMENDACIONES	48
XI.	RESUMEN	49
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	50
XIII.	ANEXOS	52

I. INTRODUCCION

En los últimos años se viene dando cada vez más importancia a la planificación familiar como parte integrante de los servicios de salud de la familia y, en particular los de asistencia materno-infantil.

La relación de las parteras adiestradas y tradicionales con la salud del individuo, de la familia y de la colectividad ha despertado en ese personal un interés y provocado una participación cada vez mayor en los servicios sanitarios dedicados a la planificación de la familia, reproducción humana y dinámica de poblaciones.(5)

La planificación familiar en Guatemala se inicio en el año de 1960, con el primordial objetivo de garantizar la salud de la madre y el niño al proteger a la familia de embarazos de riesgo y disminuir el crecimiento demográfico. A nivel mundial, muchos estudios demuestran que la planificación es efectiva. Esto no deja a nuestro país exento, aunque las tasas de fecundidad y natalidad son altas y más a nivel rural.(1,5,8,)

Planificación familiar es un término que ayuda a una pareja a entender lo importante que es tener los hijos deseados y que pueden cuidar adecuadamente, así como espaciar los hijos de manera más apropiada usando el método moderno y efectivo que se adapte a la pareja.

Este trabajo pretende determinar el conocimiento y la actitud que existen en las parteras adiestradas y tradicionales en el municipio de San Lorenzo, departamento de Suchitepéquez acerca de la planificación familiar y prácticas que desempeñan.

En el departamento de Suchitepéquez las tasas de natalidad y fecundidad en 1994 fueron respectivamente 36.7 por cada mil habitantes y 182.25 hijos por cada mil mujeres en edad reproductiva. La tasa de mortalidad materna es de 0.55 por mil nacidos vivos. Estos resultados ayudan a evaluar indirectamente como está la acción de los programas que existen sobre la planificación familiar en la región.

Lo anterior descrito sirvió de origen para realizar el estudio en una comunidad rural, específicamente en las comadronas quienes son personajes de liderazgo que a través de los tiempos han brindado su labor al binomio madre-hijo que constituyen el grupo más susceptible y de alto riesgo en el proceso de salud y enfermedad.

El presente estudio es una investigación descriptiva sobre conocimientos, actitudes y prácticas de las comadronas sobre la planificación familiar en el municipio de San Lorenzo, departamento de Suchitepéquez. La información fue recopilada a través de una encuesta guía previamente elaborada por medio de una entrevista dirigida.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La explosión demográfica en América Latina ha descendido enormemente en la última década por el uso de métodos de anticoncepción. (2)

A nivel mundial se pretende reducir la morbi-mortalidad materna en un 50% para el año 2000. Esto representa una excelente oportunidad para las asociaciones de planificación familiar para englobar este esfuerzo. (2)

La planificación de la familia es un modo de pensar y vivir, adoptado voluntariamente por individuos y parejas, basándose en conocimientos, actitudes y prácticas; decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, a fin de promover la salud y el bienestar de la familia y contribuir así eficazmente al desarrollo social del país. La planificación familiar permite evitar embarazos no deseados, criar a niños en circunstancias que no sean adecuadas en salud, y los peligros de abortos ilegales. (16,17,21)

El crecimiento demográfico en Guatemala, que es de 3.1% anual, no debe analizarse como un fenómeno aislado, sino interrelacionarse con diferentes factores sociales. (5)

La población mayoritaria en los países en vías de desarrollo es materno infantil. Lo evitable de la mortalidad y morbilidad es una característica de este rubro de población, por lo que debe optarse de modo general por la búsqueda e implementación de los modelos alternantes a los estatales, creando tareas de salud a cargo del pueblo organizado y procurando trascender de la medicina social. (16)

El trabajo de las parteras y su actividad coordinada con el Sistema de Servicios de Salud representan un elemento vital, que constituye un grupo especial de proveedores de servicios de salud que es reconocido y aceptado por su comunidad. (17,21,22)

A nivel rural, las parteras adiestradas y tradicionales son representantes y personalidades indispensables en la prestación de los servicios de salud, en educación y consejería. Son líderes en sus comunidades; sabiendo esto no se podrá excluir a este personal en cualquier programa enfocado hacia el mejoramiento de la salud de nuestras comunidades rurales. De allí surge la interrogante sobre qué conocimiento, actitud y práctica posee la comadrona sobre planificación familiar.

El problema no consiste en definir la función de este personal de salud en el sistema de prestación de atención de salud, sino en determinar la función que puede en él desempeñar este sistema basándose en los principios de ayuda mutua y sentido humanitario.

No basta con integrarlos al sistema de salud, si no más bien que ellos mismos cambien los conceptos y prácticas tradicionales, consiguiendo a la vez que las comadronas se apropien solo de las técnicas modernas que son absolutamente indispensables. (12)

La función en planificación familiar de las comadronas adiestradas y del personal de salud voluntario es de informar de todos los métodos de anticoncepción disponibles y en algunas localidades distribuir los insumos necesarios; pudiendo ellas recomendar algunos métodos específicos como: métodos naturales, espermicidas y condones quedando otros métodos como el DIU, anovulatorios parenterales y métodos quirúrgicos, a cargo de personal con otra capacitación (médico y enfermería).

III. JUSTIFICACIÓN

El respeto hacia la vida forma parte de la enseñanza que se da a las parteras adiestradas, por lo que éstas deben reflexionar sobre la situación de las mujeres en sus aldeas y localidades, así como lo conveniente que resulta espaciar los embarazos e incentivar a educar sobre planificación familiar. (11)

Las actividades de planificación familiar no bastan por sí solas para reducir la mortalidad y morbilidad materno infantiles. Solo pueden ser eficaces si están integradas en un sistema de servicios conducente al mejoramiento de la asistencia médica, la nutrición, la inmunización contra las enfermedades infantiles, el abastecimiento de agua potable y el saneamiento ambiental. Esta integración no puede ser obra de un individuo ni referirse a disciplinas aisladas, sino ha de ser una labor colectiva de todo un equipo y concretamente, de todo el personal de salud, incluyendo a las parteras adiestradas. (5)

Se puede asumir que la comadrona adiestrada es y seguirá siendo un elemento clave en cualquier esfuerzo que se realice para reducir la morbilidad y mortalidad materno-infantil en cualquier país. Determinar la actitud y conocimiento que posee la partera o comadrona adiestrada y la tradicional sobre técnicas de planificación es muy útil para valorar indirectamente que tipo de ejecución se tiene en los programas encaminados a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, específicamente la planificación familiar a nivel rural. (16,21)

En nuestro país las comadronas son parte del sistema informal de salud. Frecuentemente ellas son consejeras en lo que respecta a la sexualidad. Es muy importante y justificable determinar qué papel ejercen a nivel de las comunidades rurales las parteras en lo que se refiere a la planificación familiar, con el propósito primordial de disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil.

IV. OBJETIVO

GENERAL:

1. Determinar el conocimiento, actitud y práctica hacia la planificación familiar que tienen las parteras adiestradas y tradicionales del municipio de San Lorenzo, departamento de Suchitepéquez.

MARCO TEORICO

A. SITUACION DE SALUD

Actualmente Guatemala cuenta con una población aproximada de doce millones y medio de habitantes, de los cuales más del 60% reside a nivel urbano y el resto en área rural. La tasa de mortalidad materna es de 248 por cada cien mil nacidos vivos. La mortalidad infantil es de 58 por cada cien mil nacidos vivos. La disponibilidad de los recursos en salud cubre solo el 60 % de la población. La población indígena representa el 42 % y se hablan 23 diferentes dialectos. La esperanza de vida al nacer es de 65 años, siendo las enfermedades prevenibles las principales causas de muertes. Las actividades enfocadas hacia la planificación llevan aproximadamente 27 años en Guatemala. Es indispensable abordar esta problemática desde el punto de vista etnográfico y socio cultural. (16,20,21,25)

El bajo grado de salud afecta fundamentalmente a los grupos más vulnerables que, como la población materno infantil, están más expuestos a enfermar y morir.

La mortalidad en países en desarrollo tiene dos características :

*Su evitabilidad potencial.

*Predominio en rubro materno-infantil.

Con el conocimiento y la tecnología existentes actualmente, las muertes en estos países podrían ser evitables.

Las mujeres más afectadas son de estratos socioeconómicos bajos y residen en zonas alejadas de los centros de asistencia. Cualquier programa o estrategia que pretenda disminuir la morbimortalidad deberá tener en cuenta estos factores. (16,21,25)

B. FUNCIONES DE LAS PARTERAS ADIESTRADAS Y ENFERMERAS EN LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA.

Las actividades de planificación de la familia no deben considerarse como un cometido especial, si no como parte de las funciones ordinarias del personal de enfermería y comadronas adiestradas, quienes pueden trabajar en los siguientes sectores:

- Prestación de asistencia directa, ya sea en los servicios específicos de planificación de la familia o en otros que, además de la asistencia sanitaria, tengan el cometido de enviar a pacientes que estén interesados a los centros especializados para una mejor atención.
- Prácticas clínicas especiales, en particular, técnicas y procedimientos relacionados con la planificación familiar.
- Administración o supervisión de actividades en los servicios de planificación.
- Instrucción de personal de salud y comadronas en relación a la planificación de la familia.
- Investigación de la planificación de la familia en los aspectos relacionados con la labor de enfermería y comadronas. (11,18)

Sea cual sea la categoría del puesto que ocupen, todas las enfermeras y comadronas podrán tener mayor o menor participación en las actividades indicadas, según la formación que se les haya dado. (11)

C. ENFERMERA Y PARTERA EN GENERAL

Dentro de los servicios de planificación de la familia, ya sea para individuos o parejas, éste personal realiza tres funciones: localización de los casos, iniciación de prácticas de planificación de la familia y asistencia ulterior. (11)

C.1 Localización de los casos

La localización de los casos es la principal función que realizan las comadronas y el personal de enfermería y consta de las siguientes actividades:

- a. Identificación de las personas que necesitan esos servicios.
- b. Información sobre la importancia sanitaria de la planificación familiar y sobre servicios existentes de la especialidad, con el fin de despertar el interés por la planificación familiar en el individuo y público en general.
- c. En relación con las personas interesadas, obtención de datos para identificarlas, preparación del historial clínico, práctica de cualquier examen físico pertinente que esté dentro de su competencia, iniciación de un registro sistemático de casos.(11)

C.1.a Identificación de personas que necesitan servicios de planificación familiar.

La primera actividad de localización de casos, que consiste en identificar a las personas que necesitan algún servicio de planificación de la familia, depende de la manera como conciben dichas necesidades los encargados de la alta dirección de los programas correspondientes, el personal que presta los servicios, público en general y los individuos en particular. (11)

Esas necesidades varían mucho según la importancia y la composición de la región o comunidad con que se trate, y sobre todo del número de mujeres en edad reproductiva. Aunque en general debe considerarse a todas esas mujeres como parte de la población a la que se destina la asistencia de planificación familiar, existen por lo menos cuatro grupos de personas que pueden necesitar o desear dicha asistencia:

- a) Parejas jóvenes que desean aplazar el tener hijos.
- b) Las parejas que desean espaciar embarazos, con el objetivo de que la madre se recupere entre uno y otro embarazo.
- c) Las que consideran suficiente su número de hijos y desean un método permanente de contracepción .
- d) Las que desean tener descendencia pero no lo consiguen.

Otros grupos interesados son:

- e) Parejas jóvenes, pues la mujer muy joven embarazada está expuesta a riesgos excesivos (períodos intergénésicos cortos) .
- f) Parejas cuya actividad sexual se prolonga pasados los cuarenta años, pues el riesgo de anomalías es grande para los hijos concebidos a esa edad.
- g) Parejas en edad de procrear pero que no están unidas en matrimonio.
- h) Personas para cuya salud el embarazo supondría un riesgo.(11)

Las comadronas adiestradas y tradicionales pueden identificar a personas de esos grupos, y establecer un contacto con ellas en muy variados lugares y situaciones.(11,16,21)

Ha de tenerse en cuenta como principio que las actividades y enseñanzas de planificación de la familia son parte fundamental de todo servicio que se ocupe de la salud o de la vida familiar.

C.1.b. Información adecuada para despertar el interés por la planificación de la familia:

La segunda actividad de la localización de los casos, encaminada a despertar el interés del público por la planificación de la familia (prevención y espaciamiento de los embarazos) es fundamental para el éxito de la planificación familiar. Ese interés se consigue cuando el individuo comprende lo suficiente acerca de la planificación ,particularmente en relación con sus propios problemas y necesidades.

La función que a ese respecto incumbe a las enfermeras y comadronas es dar enseñanza. En otras palabras, facilitar toda la información que necesite un individuo para comprender el problema y adoptar decisiones oportunas.

Los métodos de enseñanza utilizados por enfermeras y comadronas capacitadas, así como la importancia y la naturaleza de la instrucción que dispensan, dependerán de varios factores como:

- Sistemas establecidos por autoridades o instituciones: MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social), APROFAM (Asociación Probienestar de la Familia), UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), OMS (Organización Mundial de la Salud) y Organizaciones no gubernamentales, etc.

- Las tradiciones y actitudes de los individuos de una sociedad en general respecto a la fecundidad, esterilidad, aborto, contracepción, educación sexual, vida y muerte.

En Guatemala, las políticas de salud para el año 2,000 promulgan la descentralización y el enfoque multidisciplinario para mejorar en general, las políticas de salud, no estando exenta de estos programas la planificación familiar. (5,16,17,18)

Algunos factores que afectan la viabilidad de programas y políticas de planificación familiar son:

- Características propias de las personas que necesiten información, como adolescentes, parejas con o sin hijos, mujeres gestantes o en riesgo, etc.
- Conocimiento y concepto que tenga el personal de salud y las comadronas acerca de la planificación familiar, la reproducción humana y dinámica de poblaciones, así como su experiencia en materia de educación.
- El grado de instrucción de las personas y los grupos que abarquen el personal de salud y la comadrona; su dialecto o idioma.
- Los recursos materiales, locales y suministros para labor educativa.

C.1.c. Estudio de las necesidades de las parejas interesadas:

La tercera actividad que, relacionada con las personas que manifiesten interés en los servicios de planificación de la familia, consiste en determinar cuál de esos servicios responde mejor a las necesidades del caso. Para ello es preciso obtener todos los datos posibles sobre las personas o parejas a las que se trate, así como, cuando se proceda, un historial clínico completo. Otra función importante ,si el personal es competente para ello , es realizar los exámenes físicos que sean necesarios. (11,18)

D. INICIACION A LAS PRACTICAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA.

Constituye la segunda función importante asignada al personal capacitado (comadronas y enfermería), y se puede empezar provisionalmente dentro del ambiente de colectividad, con la distribución de medios contraceptivos entre las personas que deseen someterse inmediatamente a la planificación. Este personal deberá asegurarse previamente de que la persona desee que se le envíe al servicio adecuado, y que esté debidamente preparado, para someterse a la experiencia.

Una vez que este personal posea la experiencia y la formación necesarias, podrá orientar adecuadamente sobre referentes a la forma elegida para planificar la familia. (11)

E. ASISTENCIA ULTERIOR

La tercera función importante en los servicios de planificación familiar, es lograr perseverancia en el uso de los medios contraceptivos prescritos o escogidos libremente, llegando el caso de ser necesaria la aplicación de las medidas para contrarrestar la subfecundidad.

En las comunidades rurales las funciones de las comadronas capacitadas son vitales para la continuidad de la salud familiar en general. (7,11,16)

La asistencia ulterior solo será eficaz si para cada individuo se establece y se cumple un programa adecuado de exámenes, cuidados y provisión de materiales. (11)

Las actividades de planificación familiar constituyen parte del Plan Nacional de Salud Materno Infantil. Las acciones son ejecutadas por miembros del equipo de salud tanto institucional como voluntario, delegando la función --"pero no la responsabilidad"--, y son dirigidas a satisfacer las necesidades de planificación familiar. El programa materno infantil comprende: promoción, educación, prestación de servicios. (16)

F. LA COMADRONA EN GUATEMALA.

Generalmente las parteras o comadronas son mujeres de edad avanzada, residentes en la misma región y que laboran por herencia cultural, razón por la cual son identificadas como recurso propio de la comunidad en la prestación de atención del parto, salud materna e infantil.

Frecuentemente son indígenas y con mucha experiencia; generalmente son analfabetas y sus conocimientos, creencias y costumbres hacen parte del ambiente socio cultural de su propia comunidad. (20,21,25)

La comadrona capacitada es aquella persona de la comunidad que, después de haber sido instruida, recibe autorización del MSPAS para dar atención durante el embarazo, parto y puerperio. Así mismo debe estar en condiciones de brindar capacitación a la mujer en los aspectos de salud en general, riesgo reproductivo, educación sexual y "planificación familiar".

Para el adiestramiento de mujeres como comadronas, se toman en cuenta los siguientes requisitos: ser mayor de 18 años, ser alfabeta, haber atendido un mínimo de cuatro partos, buena salud física y mental, no poseer venta de licores y/o medicamentos, tener buena aceptación en su comunidad.

G. LEGISLACIÓN

El acuerdo gubernativo del 16 de abril de 1935, Artículo 98 reconoció como "una necesidad los inmediatos y activos servicios a las mujeres en el momento del parto" y puesto que no existía "en la república suficiente número de comadronas tituladas para cubrir las extensas zonas y poblaciones donde se requiere su servicio" se otorgaba a las parteras permiso para ejercer según la jurisdicción de su residencia.

En la formalización de las "NORMAS SECTORIALES PARA LA ATENCIÓN INFANTIL" en el capítulo "Atención Integral a la Mujer", bajo el encabezado "Salud Reproductiva y Planificación Familiar", al referirse al personal de salud engloba: médicos, enfermeras tituladas, practicantes de ejercicio profesional supervisado, auxiliares de enfermería, técnicos en salud rural, promotores de salud y comadronas. (16,23)

**FUNCION Y MANEJO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD
EN USUARIOS NUEVOS**

La asignación y manejo de los métodos anticonceptivos por las comadronas adiestradas y personal voluntario en salud es informar de todos los métodos y distribuir todos los insumos.

METODOS	ACTIVIDAD BASICA	PRESCRITO POR
DIU (Dispositivo intrauterino)	Información: consulta, entrevista, examen físico, inserción y registro.	Médico, enfermera, auxiliar de enfermería solamente cuando es delegado por un profesional
Anovulatorios orales. (Píldora)	Información: consulta, entrevista examen físico y registro.	Médico, enfermera o auxiliar de enfermería
Quirúrgicos	Información: consulta, examen físico, autorización escrita, pro- cedimiento y registro.	Médico.
Naturales	Información, consulta, educación del uso del método y registro.	Médico, enfermera, auxiliar de enfermería, personal voluntario (comadrona)
Otros: Espermicidas y condones	Información, consulta, educación en el uso del método, y registro.	Médico, enfermera, auxiliar de enfermería, personal voluntario (comadrona)

* Plan Nacional de Salud Materno-Infantil, agosto 1992 *

H. METODOLOGIA CONTRACEPTIVA

Los métodos que son manejados en los subprogramas de la planificación familiar en el Sistema Nacional de Salud, son clasificados así: " permanentes y temporales" (16)

I. METODOS PERMANENTES (anticoncepción quirúrgica)

I.1 Vasectomía: Consiste en seccionar el canal deferente, que es la vía normal que recorre el espermatozoide desde el testículo a las vesículas seminales. Este método se realiza en aproximadamente 20 minutos, y a veces se realiza en forma ambulatoria con anestesia local, presenta menor morbilidad y mortalidad que la esterilización de la mujer.

Un inconveniente es que la esterilización no es inmediata, la expulsión del esperma completo más allá del conducto deferente interrumpido puede tardar una semana o varios meses, dependiendo de la frecuencia de eyaculación, la incidencia de fracasos se considera en 1%. (20)

I.2. Esterilización Tubárica: Consiste en, mediante varias técnicas quirúrgicas, interrumpir la permeabilidad tubárica e impedir, por lo tanto, la unión del óvulo y el espermatozoide (la técnica más utilizada en Guatemala es la Pomeroy).

En términos médicos, la operación puede realizarse en cualquier momento. La primera parte del puerperio es un período favorable para realizarla, ya que el fondo uterino se encuentra cerca del ombligo y las trompas son accesibles directamente por debajo de la pared abdominal varios días después del parto. (16,18,20)

Actualmente los procedimientos por vía abdominal son los más utilizados: laparoscopia, minilaparotomía, colpotomía y culdoscopia, se utilizan clips o grapas, bandas de silástico o anillos de Young a través del laparoscopio, dejando a un lado el electrocauterio que puede dejar complicaciones. (18)

Con el uso de esta técnica se estima una probabilidad de 0.2 a 1 embarazos por cada 100 usuarias durante el primer año. (16)

En estos dos métodos, la intervención quirúrgica impide casi definitivamente la concepción por suspensión de las vías del tracto reproductivo. Por ello, es necesario que tanto el hombre como la mujer estén absolutamente seguros de que ya no desean procrear, y de que el someterse a la intervención no presente muchos problemas ya que la decisión que tomen será irreversible en la gran mayoría de los casos. (16)

En ambos casos no se realizará cuando exista uno o varios de los siguientes factores: inseguridad, problemas conyugales o psicológicos, diabetes u otros problemas que afecten su aplicación. En todo caso, el procedimiento generalmente podrá ser realizado si se cuenta con un hospital adecuado y personal calificado.

En la vasectomía puede darse inconvenientes como: el apareamiento de bultos, coágulos e infección, además de que no es eficaz de inmediato. Los inconvenientes de la esterilización tubárica son hemorragias, lesiones a órganos internos, molestias posoperatorias y embarazos ectópicos en casos raros. (16,22)

J. METODOS NO PERMANENTES.

J.1. PLANIFICACION NATURAL.

La planificación natural requiere dos acciones:

- a) Identificación del período fértil de la mujer, y
- b) Abstinencia de tener relaciones durante ese período fértil.

Existen varios métodos para la planificación natural, tales como el método del calendario o del ritmo, el de Billings o moco cervical, y el de la temperatura basal del cuerpo.

Cada método trata de predecir el período de fertilidad para que la pareja se abstenga de tener relaciones sexuales en ese tiempo. En general, cuando se tiene experiencia en usar este método y hay adecuada abstinencia se puede tener menor fracaso, son considerados efectivos si la pareja está de acuerdo, puede y es capaz de mantener la abstinencia durante el período fértil. (22)

Las ventajas que existen son que no producen ningún efecto secundario y son aceptables para algunos grupos religiosos que no aprueban algún otro método. (16)

Las parejas que elijan estos métodos deberán recibir por lo menos dos meses de instrucción especial y orientación. (22)

La eficacia de la planificación natural depende del interés en evitar un embarazo y de la capacidad de reconocer e interpretar los signos y síntomas de fertilidad. Los métodos naturales son menos eficaces que otros métodos: condicionan un embarazo dentro del primer año en un 5 a 25%. (16,21)

La lactancia ha sido utilizada durante el período posparto como método contraceptivo, cuando la madre no le da al niño más alimento que la leche materna. La protección alcanza aproximadamente seis meses, disminuyendo coincidentemente con la disminución de la frecuencia de lactancia. (16)

Existe un 2% de probabilidades de que una mujer quede en gestación cuando utiliza este método. (16)

El coito interrumpido consiste en la separación de la pareja antes de la eyaculación. Este método no es recomendable, ya que puede traer insatisfacción psicológica y existe la posibilidad de eyaculación precoz. Además es posible que espermias queden almacenados en los conductos de las glándulas de Cooper y al haber secreción, antes del retiro del pene, permitan el inicio de una gestación, su tasa de fracaso es elevada. (16,18).

K. CONTRACEPTIVOS ORALES.

El objetivo de las píldoras anticonceptivas orales, mixtas o combinadas, es evitar la liberación del óvulo del ovario, bloqueando la secreción hipofisaria de gonadotropina, que es indispensable para la ovulación. Además los progestágenos inhiben la movilidad tubárica y demoran el transporte de esperma y del óvulo a la cavidad tubárica. Los gestágenos inhiben la entrada del esperma, al espesar el moco cervical y hacerlo escaso. (10,16,18,22)

Los esteroides sintéticos, que semejan a las hormonas sexuales naturales de la mujer (estrógeno y progestágeno) son de cinco tipos:

- Etinilestradiol (píldora única o de la siguiente mañana) que es de 25 mg cada doce horas, por cinco días. Se administra 24 horas después del coito. Luego de 72 horas no ejerce mayor efecto. La tasa de fracaso de este método es de 2.4%. La forma comercial más utilizada es Norgestrel. (22)
- Píldora combinada (estrógeno y progestágeno) que actúa bloqueando la LH (hormona luteinizante) necesaria para la ovulación, debiendo la mujer tomar dosis diarias entre 20 y 21 días empezando el día cinco de su ciclo. (16,22)
- Píldora secuencial, que utiliza estrógeno por 15 días y luego progestágeno durante cinco días, empezando el día cinco de su ciclo, actúan bloqueando la hormona foliculo estimulante y luteinizante. (16,22)
- Píldora bifásica, que combina dosis de estrógeno y progestágeno los primeros 21 días, luego aumenta la dosis de progestágeno por once días, desde 0.5 a 1 mg. (22)
- Minipíldora, que contiene solo progestágeno; es la que menos se usa en comparación con las demás contraceptivos orales. (22)

Todas estas preparaciones pueden producir efectos secundarios náuseas, mareos, cefaleas y hemorragias irregulares impredecibles. Algunas veces pueden provocar hipertensión y hay estudios que relacionan las neoplasias obstétricas al uso de este tipo de métodos anticonceptivos aunque no es confirmado con exactitud. (16,22)

L. CONTRACEPTIVOS PARENTERALES.

Contienen tanto estrógenos como progestágenos, son de muy buena efectividad con un grado de falla de 1%.

Existen en dos tipos de actividad: de larga y corta.

Los de acción larga contienen deprimodroxiprogesterona y noretisteronennantate, que son actualmente aprobados en 40 países del mundo.

Su eficacia es alta entre 1 y 2 %, aunque muchas de estas drogas reducen la cantidad y frecuencia de menstruación, provocan cefaleas, náuseas y vómitos. (22)

Se aplican durante los primeros siete días del ciclo menstrual, y su efectividad se reduce si se aplican posteriormente. (16)

Es recomendable el uso de contraceptivos inyectados en mayores de 35 años. (16)

M. CONTRACEPTIVOS SUBDERMICOS (Norplant)

El método consiste en seis cápsulas flexibles, que liberan en forma lenta y constante la hormona levonorgestrel a la corriente sanguínea. La hormona actúa provocando espesamiento de moco cervical y reduciendo su cantidad, lo que dificulta el movimiento del esperma y suprime la ovulación en al menos la mitad de los ciclos menstruales.

Su efecto dura por cinco años y se ha comprobado que está exento de los efectos secundarios del estrógeno, requiere personal adecuado para su colocación inmediatamente debajo de la piel de la parte superior del brazo de la mujer. (6)

Los contenidos de cada cápsula son de 36 mg de levonorgestrel, que se liberan a razón de 50 ug por día durante el primer año de uso y luego 30 ug los siguientes cuatro años. Actualmente se encuentra en mucho auge y se estima que 0.2 % por cada 100 mujeres pueden quedar embarazadas durante el primer año. A partir de entonces el porcentaje es de 3.9 por cada 100 mujeres en cinco años.

La falta de eficacia de Norplant no depende de la confusión regular del uso, sino está relacionada con el peso y rango de protección: de cinco años con peso de 50 kg es de 0.2% por cada 100 mujeres; luego de 50 a 59 kg. 3.4 %; 60 a 69 kg. 5 %. Después el rango sigue creciendo. Los efectos secundarios son similares a los de la píldora con progestina solamente (minipíldoras) e inyectables con progestina solamente.

El problema más común es la alteración de los patrones de sangrado menstrual. (6,9,22)

N. CONTRACEPTIVOS DE BARRERA

N.1. PRESERVATIVOS O CONDONES

Son preservativos de látex, que se usan para enfundar el pene antes del coito. Previene efectivamente contra el embarazo, a menos que se rompan.

Su efectividad depende de su uso correcto al tener relaciones. Se estima que pueden darse entre 5 y 20 embarazos por cada 100 usuarios de este método, gran parte por el uso infrecuente, especialmente en parejas jóvenes. Aunque no previene la transmisión de virus de inmunodeficiencia adquirida, algunos estudios informan que el condón de látex con nonoxidil ejerce un efecto de protección contra la transmisión del virus VIH.

N.2. ESPERMICIDAS

(espumas, tabletas vaginales, jaleas, supositorios, lociones)

Los contraceptivos espermicidas consisten en: a) Agentes que destruyen el esperma. b) Agentes que, distribuidos en el canal vaginal y el cérvix, impiden el contacto físico del semen con el cérvix. Comúnmente los agentes usados consisten en nonoxidil, octoxinol, menfegol, cloruro de belzankoniun, que generalmente se presentan en cremas jaleas, supositorios vaginales, tabletas de espuma, en lubricantes de condones y esponjas.

La eficacia depende de la motivación que la pareja tenga al adecuado uso, al momento de tener relaciones sexuales. Los fracasos de estos métodos son altos, si no existe una adecuada instrucción, el rango de ineficacia es de 21.8 %. (23)

N.3. METODOS DE BARRERA VAGINAL

Los métodos de barrera vaginal, como el diafragma, capa o gorra cervical, y la esponja cervical previenen el embarazo cuando el esperma está por entrar al útero.

Su efectividad depende de su colocación adecuada.

Actualmente no se conoce ningún efecto adverso por el uso de estos métodos, aparte de la posibilidad de irritación local. En Europa actualmente se da mucho auge al condón femenino (22).

L. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

Se menciona que son de alta eficacia y seguridad para evitar el embarazo. Su mecanismo de acción no se conoce exactamente, pero se sugiere que actúan por reacción inmunitaria e inflamación aséptica. Existen dos tipos : los medicados y los no medicados.

Los que están medicados contienen dos hormonas que solo están autorizados en algunos países. Los modelos actuales incluyen los de forma de asa abierta (asa Lippes), espiral doble (Salf coil), de forma de T (tun-T) de número 7 (Cu-7) .

Algunos tiene cobre como el T 200, el T 220, 380 A, 375 y el nova T. (5)

Su eficacia depende de la colocación . Existen varios estudios que sugieren que producen inflamación pélvica e incremento del volumen menstrual de sangrado, considerando que en las áreas donde existe anemia endémica crean más factores de riesgo a la mujer usuaria.

Se estima que puede producirse un embarazo por cien usuarias durante el primer año. Hay estudios que relacionan el embarazo ectópico y el uso del DIU. (5,16,22)

VI. MARCO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es observacional descriptivo.

SUJETO DE ESTUDIO

Parteras adiestradas y tradicionales del municipio de San Lorenzo, departamento de Suchitepéquez.

POBLACION A ESTUDIAR

Se tomó a toda la población que reunió los criterios a estudiar, actualmente existen 15 comadronas adiestradas y 25 comadronas tradicionales de las cuales cinco no quisieron ser entrevistadas por lo que se respetó su decisión logrando una población de 35 comadronas en todo el municipio incluyendo las aldeas: La Soledad, La Providencia, Chapina, El Espino, Valle Candelaria, Canales y el casco urbano municipal.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Criterios de Inclusión:

- Ser comadrona * (partera) activa.
- Prestar servicios de partería en este municipio.
- Ser originaria o residente del municipio donde ejerce labores.
- Ser partera adiestrada ** ó tradicional ***.

Criterios de Exclusión:

- Que no sea residente y que no sea comadrona del municipio de San Lorenzo departamento de Suchitepéquez.

* Comadrona o partera: mujer (generalmente) que asiste ¹partos.

** Adiestrada: partera que ha recibido capacitación acerca de técnicas y manejo adecuado de control prenatal, parto y puerperio.

*** Tradicional : persona habitualmente mujer, que asiste a la madre en el curso del parto; que inicialmente adquirió sus aptitudes atendiendo ella misma partos o trabajando con otras parteras tradicionales.

VARIABLES A ESTUDIAR

Variable: "edad."

Definición conceptual: número de años cumplidos desde su nacimiento.

Definición operacional: años cumplidos (según consta en cédula).

Escala: ordinal

Variable: "residencia"

Definición conceptual: lugar donde vive la comadrona.

Definición operacional: casco urbano, aldea, caserío o finca, dirección.

Escala: nominal.

Variable: "alfabetismo".

Definición conceptual: saber leer y escribir castellano.

Definición operacional: si ó no .

Escala: nominal.

Variable: "adiestramiento".

Definición conceptual: comadrona que ha asistido a cursos de capacitación para embarazo, parto, puerperio y planificación familiar.

Definición operacional: de acuerdo con la información obtenida se clasificó en bueno o mal adiestramiento.

Escala: nominal.

Variable: "actitud".

Definición conceptual: disposición psíquica específica hacia una experiencia reciente mediante la cual ésta es modificada, o sea un estado de preparación para cierto tipo de actividad.

Definición operacional: de acuerdo a la información obtenida se clasificó en positiva o buena, negativa o mala actitud.

Escala: nominal.

Variable: "conocimiento".

Definición conceptual: tener la idea o noción de una persona o cosa.

Definición operacional: de acuerdo a la información obtenida se clasificó en bueno o mal conocimiento.

Escala : nominal.

Variable: " práctica".

Definición conceptual: ejercicio de un arte o facultad, destreza adquirida con ejercicio.

Definición operacional: de acuerdo a la información obtenida se clasificó en bueno o mala práctica de las comadronas.

Escala: nominal.

RECURSOS

A. MATERIALES

a. Económicos:

1. Reproducción de bibliografía.....	Q	50.00
2. Material de escritorio.....	Q	20.00
3. Reproducción de guía de entrevista.....	Q	60.00
4. Gastos de Transporte.....	Q	350.00
TOTAL	Q	480.00

b. Físicos:

1. Instalaciones del Puesto de Salud de San Lorenzo departamento de Suchitepéquez.
2. Material y equipo de escritorio.
3. Computadora.
4. Guía de entrevista elaborada por el investigador.

c. Humanos:

1. Personal paramédico y técnico en salud rural del Puesto de Salud de San Lorenzo departamento de Suchitepéquez.

B. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

Después de que se notificó a la Jefatura de Area sobre la investigación que se realizaría, se procedió luego a localizar a las comadronas adiestradas y tradicionales en sus residencias para conseguir su anuencia para ser entrevistadas, para ello se recurrió al método etnográfico, el cual consiste en un conjunto de técnicas de recolección de datos derivados de las características de trabajo de campo antropológico.

Se utilizó entrevistas semiestructuradas con una boleta y conversaciones informales, así como observación a la población a estudio.

Se elaboró una serie de preguntas evaluando el conocimiento, actitud y prácticas sobre los métodos de planificación familiar, tomando como referencia válidas las respuestas que satisficieran las siguientes características:

Métodos Naturales R/.

- Consiste en una serie de métodos que tienen como principal función y actividad la de abstenerse de tener relaciones sexuales en el tiempo cuando la mujer se encuentra en período fértil o de mayor riesgo para evitar que se dé un embarazo.

Píldoras Anticonceptivas R/.

Consisten en pastillas o tabletas que se toman a diariamente y producen el efecto que consiste en bloquear la liberación del óvulo para evitar la fertilidad en la mujer. Tratamiento con pastillas para evitar que el organismo de la mujer en el período fértil pueda quedar embarazada.

Condón o Preservativo. R/.

Es un capuchon de goma (hule) que actúa como preservante, el pene se enfunda en él para bloquear el paso de espermatozoide al órgano genital femenino.

Diafragma R/.

Es una semiesfera de goma (hule) o látex que se coloca en el cuello de la matriz, para bloquear la entrada de espermatozoide al útero, evitando que se de un embarazo.

Espermicidas R/.

Consiste en una serie de métodos que son aplicados antes de tener relaciones sexuales, con el fin de destruir al espermatozoide y evitar la concepción.

Dispositivos Intrauterinos R/.

Consiste en un pequeño objeto de plástico o mineral que es colocado dentro de la matriz de la mujer y evita que el óvulo se una con el esperma.

Vasectomía R/.

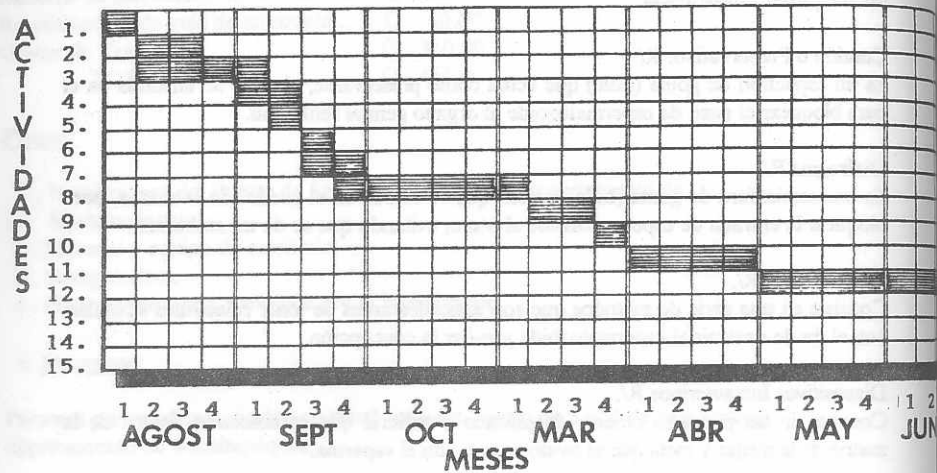
Es una intervención quirúrgica que consiste en cortar los conductos o vías reproductoras del hombre con el objeto de evitar el transporte del espermatozoide, para que no se de un embarazo.

Ligadura de Trompas R/.

Intervención quirúrgica en la cual se cortan los tubos que llevan los óvulos de la mujer al útero y luego se cierran permanentemente, para evitar que se de un embarazo.

La actitud de la planificación familiar se determino en una escala nominal tomando las respuestas como positivas, negativas y neutras. Los resultados fueron procesados en porcentajes donde posteriormente se describe y analizó la información obtenida, dando el material para las conclusiones y recomendaciones.

GRAFICA DE GANTT



VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

ACTIVIDADES:

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación del material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por la Jefatura de Área de Suchitepéquez.
6. Aprobación del proyecto por la unidad de tesis.
7. Diseño de los instrumentos que se utilizaron para la recopilación de la información.
8. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
9. Procesamientos de los resultados, elaboración de tablas y gráficas.
10. Análisis y discusión de los resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación del informe final para las correcciones.
13. Aprobación del informe final.
14. Impresión del informe final y tramites administrativos.
15. Examen público de defensa de la tesis.

CUADRO No. 1

EDADES DE LAS COMADRONAS EN EL MUNICIPIO DE SAN LORENZO
DEPARTAMENTO DE SUCHITEPEQUEZ
SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 1995

EDADES	CANTIDAD	PORCENTAJE
40-43	3	8.57
44-47	3	8.57
48-51	4	11.43
52-55	5	14.29
56-59	7	20.00
60-63	3	8.57
64-67	4	11.43
68-71	3	8.57
72-75	1	2.86
76 a más	2	5.71
TOTAL	35	100.00

Fuente guía de entrevista ver anexo No. 1

CUADRO No. 2
CAPACITACIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE COMADRONAS EN
EL MUNICIPIO DE SAN LORENZO, DEPARTAMENTO DE
SUCHITEPEQUEZ SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 1995.

No. CURSOS			CONSTANCIA		
NINGUNO	1-2	3-4	5 a mas	SI	NO
21	9	2	3	2	12
LUGAR		DADO POR			
PUESTO S.	C. SALUD	APROFAM	MÉDICO	ENFERMERIA	PROMOTOR
2	10	2	2	10	2

Fuente guía de entrevista ver anexo No. 1

CUADRO No. 3

ANTICONCEPTIVO MAS SEGURO SEGÚN LAS COMADRONAS DEL
MUNICIPIO DE SAN LORENZO, DEPARTAMENTO DE SUCHITEPEQUEZ
SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 1995

MÉTODOS	NUMERO	PORCENTAJE
Lig. Trompas	16	45.71
Píldoras	5	14.71
Ritmo	3	8.57
Inyecciones	3	8.57
Vasectomía	3	8.57
No sabe	2	5.71
Diu	2	5.71
Condomes	1	2.86
TOTAL	35	99.99

Fuente guía de entrevista ver anexo No. 1

CUADRO No. 4

EFICACIA E INEFICACIA DE LOS MÉTODOS SEGÚN LAS COMADRONAS DEL MUNICIPIO DE SUCHITEPEQUEZ SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 1995

MÉTODO	EFICAZ	INEFICAZ
Lig. De trompas	17	2
Píldora	10	8
Inyección	3	11
Natural	3	2
Diu	2	2
Lac. Materna	2	0
Condón	0	5
Espermicida	0	3
Diafragma	0	1

CUADRO No. 5

PROBLEMAS ASOCIADOS A LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES SEGÚN LAS COMADRONAS DEL MUNICIPIO DE SAN LORENZO DEPARTAMENTO DE SUCHITEPEQUEZ SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 1995

PROBLEMA	NUMERO	%
Cefalea	12	57.10
Hemorragia vaginal	9	25.71
no sabe	11	31.50
Hem. Vaginal	9	25.71
Causa Ca.	6	17.10
Nerviosismo	3	8.60
Acné	1	2.90
Suba la P/A	1	2.90

Fuente guía de entrevista ver anexo No. 1

CUADRO No. 6

CONOCIMIENTO DE ENFERMEDADES VENÉREAS EN LAS COMADRONAS EN EL MUNICIPIO DE SAN LORENZO, DEPARTAMENTO DE SUCHITEPEQUEZ SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 1995

PROFILAXIS CONDÓN		
RESPUESTA	No.	%
Saben	25	71.43
No saben	10	28.57

Fuente guía de entrevista ver anexo No. 1

CUADRO No. 7

CONOCIMIENTO DE LAS COMADRONAS DEL LUGAR DE COLOCACIÓN DEL DIAFRAGMA EN EL MUNICIPIO DE SAN LORENZO, DEPARTAMENTO DE SUCHITEPEQUEZ SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 1995

DIAFRAGMA LOCALIZACIÓN		
LUGAR	No.	%
Cervix	10	28.57
Pene	0	0
No se	25	71.43
TOTAL	35	100.00

Fuente guía de entrevista ver anexo No. 1

CUADRO No. 8

CONOCIMIENTO ADECUADO DEL USO DE ESPERMICIDAS EN LAS COMADRONAS DEL MUNICIPIO DE SAN LORENZO, DEPARTAMENTO DE SUCHITEPEQUEZ SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 1995

RESPUESTA	NUMERO	%
Si	2	5.7
No / No se	33	94.3
TOTAL	35	100

Fuente guía de entrevista ver anexo No. 1

CUADRO No. 9

CONOCIMIENTOS SOBRE LOS EFECTOS QUE PRODUCE LA VASECTOMÍA SEGÚN LAS COMADRONAS DEL MUNICIPIO DE SAN LORENZO DEPARTAMENTO DE SUCHITEPEQUEZ SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 1995

EFECTO	NUMERO	%
No sabe	18	51.43
Actividad sex. Baja	10	28.57
Ningún Efecto	5	14.29
No erección	2	5.71
TOTAL	35	100.00

Fuente guía de entrevista ver anexo No. 1

CUADRO No. 10

CONOCIMIENTO EN LAS COMADRONAS DE LA VASECTOMÍA COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO PERMANENTE DEL MUNICIPIO DE SAN LORENZO, DEPARTAMENTO DE SUCHITEPEQUEZ SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 1995

VASECTOMÍA		
PERMANENTE	No.	%
Si	15	42.86
No	2	5.71
No sabe	18	51.43
TOTAL	35	100.00

Fuente guía de entrevista ver anexo No. 1

CUADRO No. 11

CONOCIMIENTO EN LAS COMADRONAS DE LA VASECTOMÍA COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO PERMANENTE DEL MUNICIPIO DE SAN LORENZO, DEPARTAMENTO DE SUCHITEPEQUEZ SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 1995

LIG. DE TROMPAS		
PERMANENTE	No.	%
Si	21	60
No	2	5.75
No sabe	12	34.29
TOTAL	35	100.00

Fuente guía de entrevista ver anexo No. 1

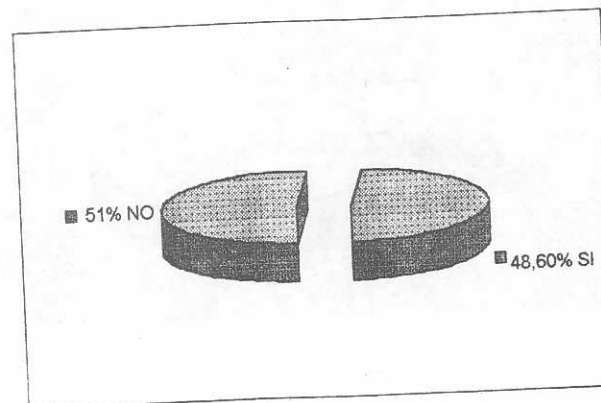
CUADRO No. 12

CONOCIMIENTO EN MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN COMADRONAS EN EL MUNICIPIO DE SAN LORENZO DEPARTAMENTO DE SUCHITEPEQUEZ SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 1995

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS MÉTODOS DE ANTICONCEPCION EN COMADRONAS									
ESCALA	NATURAL	PILDORAS	CONDÓN	DIAFRAG- MA	ESPERMI- CIDA	DIU	VASECTO- IA	LIG. TROMPAS	
BUENO	4	7	13	2	11	6	11	15	
MALO	31	28	22	33	24	29	24	20	
TOTAL	35	35	35	35	35	35	35	35	

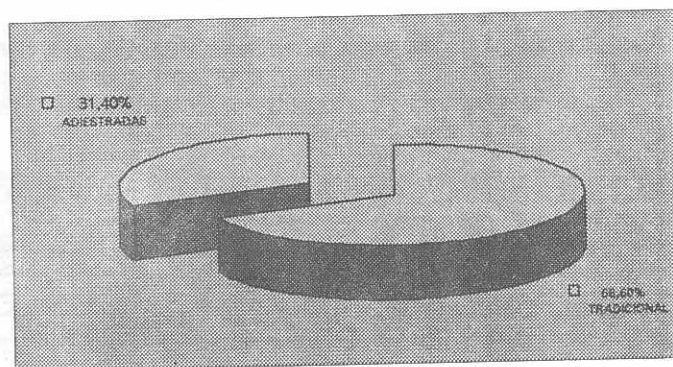
Fuente guía de entrevista ver anexo No. 1

**ALFABETISMO EN COMADRONAS
GRAFICA No 1**



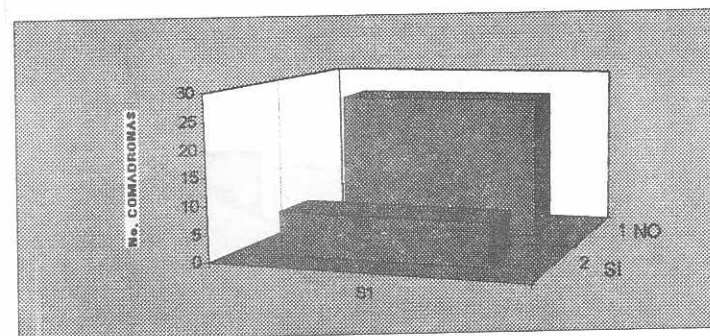
Fuente de información ver anexo No. 1

ADIESTRAMIENTO EN COMADRONA GRÁFICA N#2



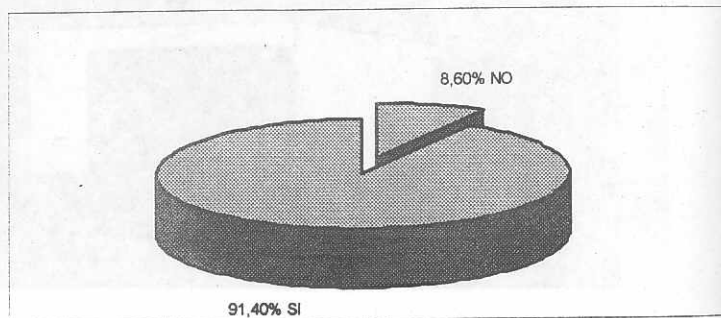
Fuente de información ver Anexo No. 1

CONOCIMIENTO SOBRE PLANIFICACIÓN GRÁFICA #3



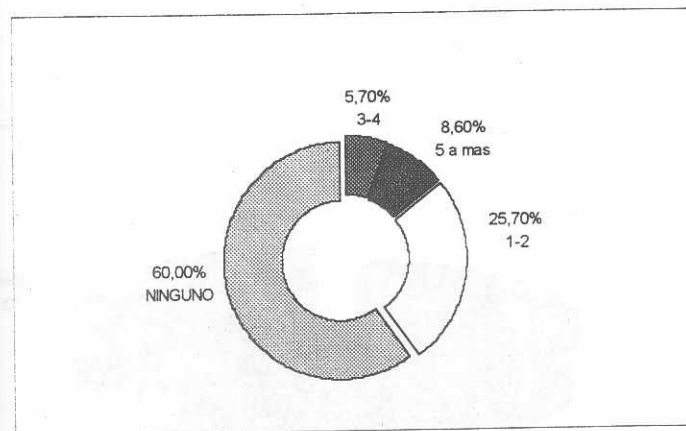
Fuente (ver anexo No. 1)

APRUEBAN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR
GRÁFICA #4



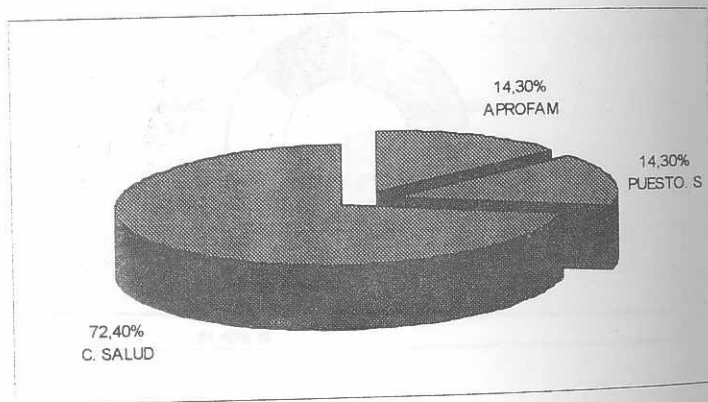
Fuente (ver anexo No. 1)

PLANIFICACIÓN FAMILIAR
CURSOS RECIBIDOS EN COMADRONAS
GRÁFICA #5



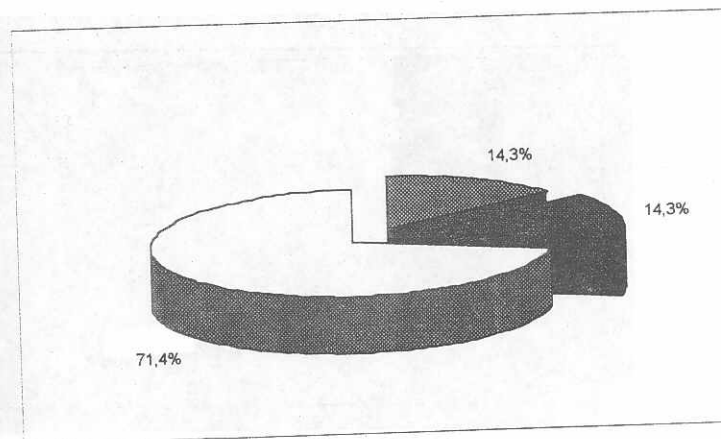
Fuente (ver anexo No. 1)

**PLANIFICACIÓN FAMILIAR
LUGAR DE ULTIMO CURSO
GRÁFICA #6**



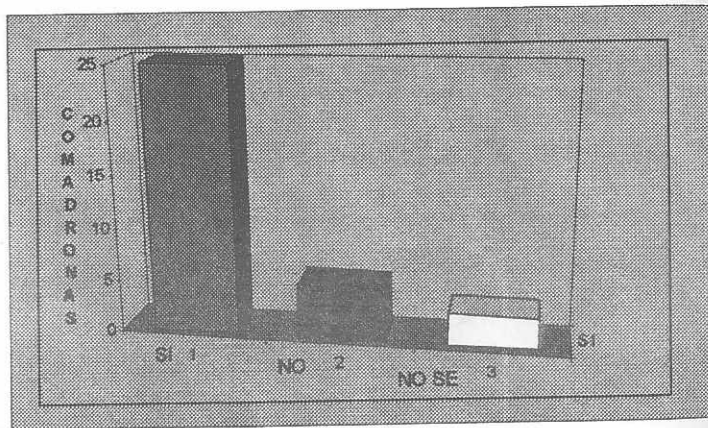
Fuente (ver anexo No. 1)
Total de comadronas 15.

**PLANIFICACIÓN FAMILIAR PERSONAL QUE
IMPARTIÓ EL CURSO
GRÁFICA #7**



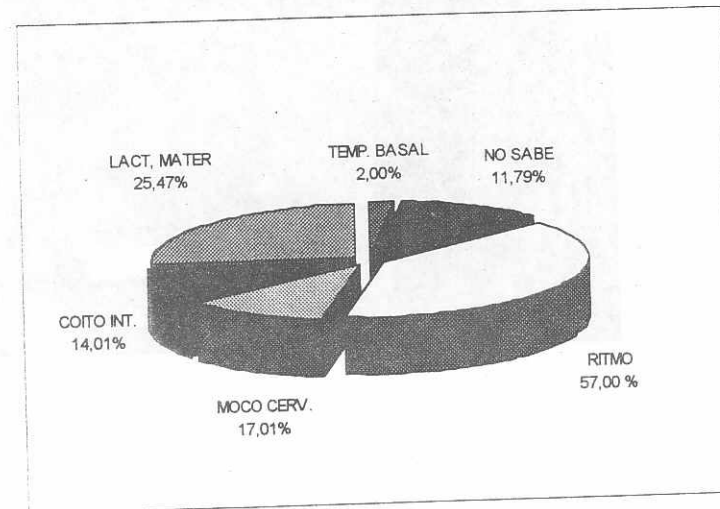
Fuente (ver anexo No. 1)

PLANIFICACIÓN FAMILIAR, CONSEJERIA
GRÁFICA #8



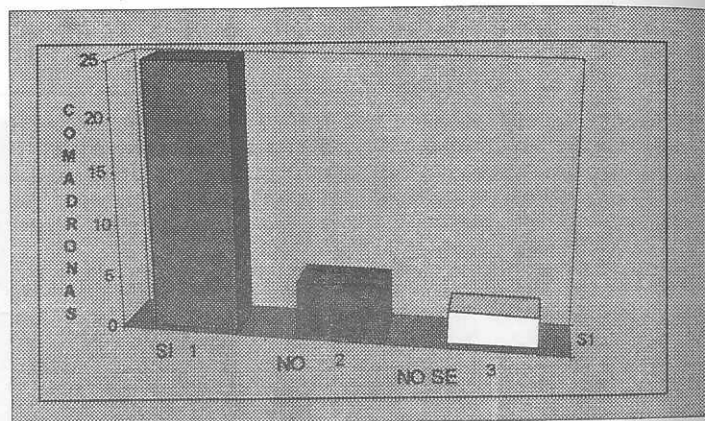
Fuente (ver anexo No. 1)

MÉTODOS NATURALES CONOCIDOS
GRÁFICA #9



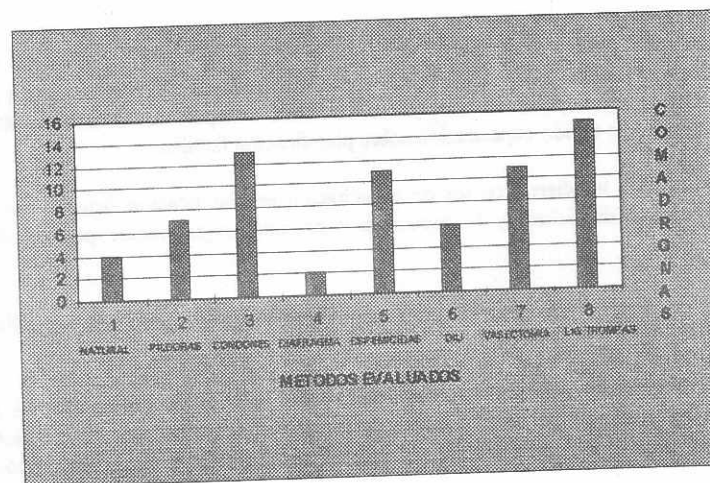
Fuente (ver anexo No. 1)

**ANTICONCEPTIVOS MAS RECOMENDADOS
GRÁFICA #10**



Fuente (ver anexo No. 1)

**MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
BUEN CONOCIMIENTO
GRÁFICA #11**



Fuente (ver anexo No. 1)

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La población objeto de estudio en la presente investigación, estuvo constituida por un total de 35 comadronas activas del municipio de San Lorenzo, departamento de Suchitepéquez, siendo el total de la población se convierte en una fuente sumamente representativa de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la planificación familiar. Se encontró que el rango de edad de mayor frecuencia es de 51 a 60 años y la edad media aritmética es de 57.6 años, confirmando que las comadronas son en mayoría de mediana a edad avanzada y que esta labor es heredada, como se describe en literatura consultada. (2,6,11,12,21)

El 51,4% de las comadronas entrevistadas son alfabetas, existiendo una mínima diferencia de alfabetismo en ellas, cosa que es notoria en una comunidad rural donde el acceso a la educación es difícil por factores económicos y culturales.

Del total de la población de comadronas once, que representa el 32% han tenido capacitación para comadronas, el resto 68% son tradicionales. En lo que respecta a planificación familiar 60% de las comadronas no han tenido charlas o cursos acerca del tema, esto refleja la poca atención que se ha dado a este personal de salud; el 40 % de las comadronas han tenido capacitación sobre planificación familiar.

El lugar donde les dieron cursos de capacitación en planificación familiar más frecuente fue el Centro de Salud, y la capacitación ha sido, regularmente por el personal de enfermería.

De las comadronas entrevistadas, 74.13 % refirieron conocer sobre la conceptualización de la planificación familiar.

El 74.29 % de las comadronas consideraron que la planificación familiar es adecuada poniendo como principal motivo solo el factor económico, olvidando que la planificación persigue y busca establecer también el mejoramiento de los factores de salud y social.

El 91 % de las comadronas aprobaba la utilización de métodos para evitar y espaciar los embarazos. Se evidencia que la actitud de las comadronas hacia la planificación familiar es muy positiva pero hay que tener en cuenta que es contradictorio ya que la mayoría no poseía conocimiento sobre métodos de planificación familiar y que eran muy pocas las que son capacitadas y orientadas sobre el tema.

El anticonceptivo que las comadronas más recomendaban fue la píldora anticonceptiva 40% y el método anticonceptivo de mayor seguridad y eficacia según ellas es la esterilización tubárica.

El método anticonceptivo de menor eficacia según las comadronas es el ritmo o calendario, en un porcentaje de 31.43 % de todas las comadronas.

Los métodos anticonceptivos naturales el orden de conocimiento (aunque existieron comadronas que refirieron conocer uno o varios métodos) fue: ritmo o calendario 57% lactancia materna 25.5 %, moco cervical o Billings 17.1% y 14.1% coito interrumpido.

En general el 88.5% de las comadronas no supieron definir con exactitud los métodos naturales.

De las píldoras anticonceptivas solo el 20 % sabía en qué consiste este método y los efectos secundarios frecuentemente asociados fueron: cefalea 57.1%, causa cáncer 1.15%, hemorragia vaginal irregular 14.3 % y alteración en el peso corporal 14.3 %.

El 31.42 % de las comadronas, al interrogarlas si conocían acerca de posibles problemas asociados a la ingestión de las píldoras anticonceptivas refirieron que no tenían idea sobre este tema, esto evidencia la poca instrucción que poseen las comadronas sobre los métodos de anticoncepción.

El 71.43 % de las comadronas sabía sobre la profilaxia de los condones para prevenir enfermedades transmisibles sexualmente al utilizar este método de planificación familiar. El 37.14 % de las comadronas refirieron no conocer bien este método de anticoncepción.

El método anticonceptivo menos conocido por las comadronas es el diafragma en un 4.28% y las comadronas que refirieron conocerlo fueron el 5.71%, el 71.43% de las comadronas no supieron el lugar donde se coloca el diafragma, demostrando que no se posee un conocimiento verdadero sobre este método de anticoncepción, lo que es de hacer notar es que este método es manejado por personal que está calificado para su aplicación.

El 31.4% de las comadronas sabían bien el uso de espermicidas y 34.28 % también sabían en que consiste la esterilización tubárica y que es el método más seguro y eficaz, aunque la gran mayoría no sabían nada acerca de este método 65.72%.

La vasectomía fue uno de los métodos que refirieron conocer mejor las comadronas en un 1.43 %, aunque ellas mismas no sabían si este método es permanente en un 51.43% se le asocio disminución de la actividad sexual en 28.57%.

Lo que se demuestra en general en este personal de salud es que hay un mal e inadecuado conocimiento y práctica en general de los métodos utilizados y aplicados en planificación familiar.

IX. CONCLUSIONES

1. En las comadronas el alfabetismo y analfabetismo se encontró en porcentajes similares, y el mayor número de comadronas evaluadas fueron del casco urbano y tradicionales no adiestradas.
2. La mayor parte de las comadronas respondieron que sí conocían y en que consistían los métodos en la planificación familiar y que estaban de acuerdo con su utilización.
3. Las comadronas consideraron que es adecuado que presten educación y consejería sobre la planificación familiar, poniendo como propósito principal mejorar el factor económico familiar.
4. La mayor parte de las comadronas del municipio de San Lorenzo no han tenido mucha capacitación ni práctica en métodos de planificación familiar.
5. El método que más recomiendan las comadronas del estudio fue la píldora anticonceptiva, en segundo lugar la esterilización tubárica y el uso de anticonceptivos parenterales en tercero.
6. El método que las comadronas consideran de mayor eficacia y seguridad es la esterilización tubárica y que es más adecuado y frecuente en mujeres con un número elevado de hijos y que no deseen procrear más.
7. El método considerado por las comadronas como de menor eficacia es el ritmo o calendario.
8. Los métodos de planificación familiar que mejor supieron definir, aunque en bajo porcentaje fueron : condones, seguido de la ligadura de trompas y por último la vasectomía.
9. Los que no supieron definir fueron : diafragma, métodos naturales, dispositivos intrauterinos, píldoras anticonceptivas.
10. La mayoría de las comadronas posee un mal conocimiento y práctica, pero una adecuada actitud sobre la planificación familiar.

X. RECOMENDACIONES

1. Capacitar más a las comadronas y el personal voluntario sobre la planificación familiar con el fin de que exista una adecuada información bidireccional en los programas nacionales de salud.
 2. Fomentar actividades en los centros de salud donde los médicos, estudiantes del ejercicio profesional supervisado rural y el personal de enfermería impartan charlas sobre la utilización adecuada de métodos de planificación familiar y aclarar las dudas existentes utilizando un lenguaje claro y sencillo.
 3. Instruir a las comadronas de como se puede obtener información sobre los dispositivos intrauterinos y métodos permanentes e indicar como se pueden obtener los métodos y en ciertas situaciones, ayudar a su distribución.
 4. Que las comadronas como personal de salud ayuden a las familias o personas que soliciten información sobre la planificación familiar de como obtener los métodos contraceptivos.
 5. Motivar a las comadronas acerca de los beneficios que son obtenidos al planificar la familia.
 6. Capacitar al personal de salud existente o que presta ayuda en las comunidades rurales sobre como lograr un mejor contacto con sus comunidades, sobre todo desde el punto de vista antropológico, con el fin de buscar la forma de que a las comadronas tradicionales, se les respete su conocimiento y se les comprenda, para así lograr establecer una adecuada relación con la medicina tradicional.
- Estimular al estudiante de la Facultad de Ciencias Médicas que continúe realizando estudios sobre los problemas que más afectan a nuestra sociedad ,siendo las áreas rurales y grupo social más afectado el maternoinfantil en Guatemala

XI. RESUMEN

La presente investigación es de tipo descriptivo, realizada en el municipio de San Lorenzo departamento de Suchitepéquez durante los meses de septiembre y octubre de 1995.

Se estudió al universo de la población constituido por 35 comadronas activas.

El objetivo de este estudio fue determinar el conocimiento, actitud y prácticas que tienen las comadronas del municipio de San Lorenzo sobre la planificación familiar.

El estudio se realizó por medio de citaciones y por visitas domiciliarias a las comadronas que no acudieron, por medio de una entrevista dirigida; se recopiló la información individualmente, utilizando una boleta guía con preguntas previamente elaboradas.

Se determinaron las prácticas, actitudes y conocimientos de lo que se puede mencionar lo siguiente: la mayor parte de las comadronas está de acuerdo con la aplicación de la planificación familiar y reconocen su importancia, también poseen una actitud muy positiva, pero su conocimiento sobre métodos de planificación familiar es inadecuado ya que un buen porcentaje de la población que se estudió no pudo describir los distintos métodos utilizados comúnmente para la planificación familiar.

El método de planificación familiar que mejor conocían las comadronas fue el condón o preservativo, seguido de la esterilización tubárica. Lo que demuestra que se ha tenido muy poca instrucción e información sobre la planificación familiar. El lugar donde más frecuentemente se les ha impartido información, es en el Centro de Salud a la comadrona capacitada.

La práctica que ejerce la comadrona en planificación familiar es casi nula, ya que al no ser instruida y al ser dejada al margen no puede ser utilizada, esto no debería ser así, ya que este personal de salud está muy relacionado con la morbimortalidad materno-infantil.

Los métodos que no conocen las comadronas son: el diafragma, métodos naturales, píldoras anticonceptivas, siendo este último método el que más recomendaban usar aunque no tengan pleno conocimiento de su adecuada utilización; lo que hace resaltar que existe en esta población que se estudió un vago y mal conocimiento sobre planificación familiar.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Calidad de la Atención en Planificación Familiar. Boletín Médico de IPPF. Tomo No 29, 2 de abril 1995.
2. Capacitación a Capacitadores de Comadronas INCAP - Mother Care Project John Snow Inc. Guatemala 1992. A.S.
3. Curso de Capacitación a Comadronas Tradicionales de Guatemala con el Enfoque Participativo. M.S.P.A.S. UNICEF año 1990.
4. Debora A. Hatcher MD. F. Guest. Tecnología Anticonceptiva. Edición Internacional. Printer matter Atlanta U.S.A. 1990.
5. Dispositivos Intrauterinos. Su Función En Planificación Familiar. Publicación Científica OPS 1989.
6. Emigdio E. Mendoza Gaitan. Evaluación de la Metodología Empleada por la Comadrona Tradicional Capacitada en la Atención de Embarazo, Parto y Puerperio. Tesis de Grado Junio de 1994. Universidad de San Carlos de Guatemala, pag 58 -59.
7. Guía de Orientación Sobre Norplant. Population Reports. K-4 Vol. XX No 3. Noviembre de 1994.
8. Guidelines For Service Delivery. Contraceptives Methods. World Health Organization. Geneva 1994.
9. J.A. Pritchard, P.C. Macdonald, N.F. Gant Willians Obstetrician. 3a Edición Salvat 1986.
10. Family Planning. Meeting Challenges: Promoting Choice. The Proceeding of the IPPF Family Planning Congress, New Delhi October 1993 Roberto S.
11. Lily M. Turnbull, Helena Ptzki. Planificación de la Familia en los Estudios de Formación de Enfermeras y Parteras. OMS enero de 1993.
12. Mangay A. Magalascas. El Potencial de las Parteras Tradicionales. OMS Ginebra 1989.
13. Manual de Planificación para Médicos. Federación de Planificación Familiar. Publicaciones Medicas de IPPF. 1990, pag 10-25.

14. Murpy Elaine. Population Reference Bureau. Seguridad de los Anticonceptivos: Rumores y Realidades. 3a publicación septiembre 1989, pag 34.
15. Networt en Español. Métodos Anticonceptivos solo de Progestina. Family Health International. Vol. No 10 julio 1995.
16. Normas de Salud Materno Infantil. Plan de Salud Materno Infantil 1992-1996 MSPAS, IGSS. Guatemala agosto 1992.
17. Parteras Tradicionales. Guía Práctica para Adiestramiento, Evaluación y Articulación de este Personal de Salud. OMS ginebra 1980, pag 7-58.
18. Population Reports. Decisiones Encaran Los Programas de Norplant the Jonh Hopkings University Vol. XX No 3 noviembre 1992 , pag 2-9.
19. Planificación Familiar . Su Efecto en las Salud de la Mujer y el Niño. Center For Population and Family Health Faculty of Medice. Columbia University N.Y. 1990.
20. Planificación Familiar. Salvando Las Vidas de Madres y Niños. IMPACT. Population Reference Bureau Noviembre 1990.
21. Resumen Ejecutivo. Valorización y Superación de Comadronas Tradicionales en la República de Guatemala. UNICEF 1992.
22. Safe Motherhood A. New Letter Of Worldwide Activity. Issue No 15 July-October 1994 ,pag 1-7.
23. Schwarz R.L. y Col. Obstetricia 4a edición.
24. The Contraception Report Volumen. V . No 3 July 1994 Baylor College of Medicine , pag 12-32.
25. Vilma O. de León B. Conocimiento, Actitud Creencias Sobre el Uso de Métodos de Planificación Familiar. Tesis de Grado Junio 1994. Guatemala Universidad de San Carlos de Guatemala, pag.3-4.

XIII. ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS
GUIA DE ENTREVISTA

I. DATOS GENERALES:

NOMBRE: _____ EDAD (Años): _____

ESTADO CIVIL : _____ LEE Y ESCRIBE: _____

RESIDENCIA: _____

II. PREGUNTAS

A. ACTITUDES Y PRACTICAS :

1. ES COMADRONA ADIESTRADA O CAPACITADA?
SI NO

2. SABE USTED QUE ES PLANIFICACION FAMILIAR?
SI NO

3. ESTA USTED DE ACUERDO CON LA PLANIFICACION FAMILIAR?
SI NO

4. HA RECIBIDO ALGUNA CHARLA O CURSO DE CAPACITACION ACERCA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR ?
SI NO

SI LA RESPUESTA ES "SI" CONTESTAR:

cuantos: _____ lugar (último curso) _____

quien lo impartió: _____

que tipo de constancia tiene: _____

CONSIDERA QUE ES ADECUADO QUE USTED ACONSEJE A PAREJAS O INDIVIDUOS ACERCA DE PLANIFICACION FAMILIAR?
SI NO NO SE

YA SEA QUE SU RESPUESTA SEA "SI NO ó NO SE" ANOTE LAS RAZONES POR LAS QUE RESPONDIO ASI? _____

8. DE LOS SIGUIENTES METODOS CUALES EL QUE USTED MAS RECOMIENDA?

- | | | |
|-----------------|-----------------------------|----------------------------------|
| A. Abstinencia | B. Lactancia prolongada | C. Retirada o coito interrumpido |
| D. DIU | E. Condones o preservativos | F. Diafragma |
| G. Espermicidas | H. Pildoras | I. Aborto |
| J. Vasectomía | K. Ligadura de Trompas | L. Inyecciones |
| M. Otros. | | |

9. QUE TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO CONSIDERA QUE ES EL MAS SEGURO PARA PREVENIR O EVITAR LOS EMBARAZOS?

- | | | |
|-----------------|-----------------------------|----------------------------------|
| A. Abstinencia | B. Lactancia prolongada | C. Retirada o coito interrumpido |
| D. DIU | E. Condones o preservativos | F. Diafragma |
| G. Espermicidas | H. Pildoras | I. Aborto |
| J. Vasectomía | K. Ligadura de Trompas | L. Inyecciones |
| M. Otros. | | |

B. CONOCIMIENTOS :

10. QUE METODO ANTICONCEPTIVO ES EL MAS "1.EFICAZ e 2. INEFICAZ" SEGUN SU CRITERIO?

1. _____
2. _____

11. SABE USTED QUE SON O EN QUE CONSISTE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS NATURAL? _____

12. QUE METODOS NATURALES PARA PREVENIR O ESPACIAR LOS EMBARAZOS CONOCE?

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------------|
| A. Ritmo o calendario | B. Moco cervical | C. Coito interrumpido o retirada |
| D. Temperatura basal | E. Lactancia prolongada. | |

13. QUE SON Y EN QUE CONSISTE LAS PILDORAS ANTICONCEPTIVAS?

- _____
- _____

14. QUE PROBLEMAS PUEDE PRESENTAR UNA PERSONA QUE ESTA TOMANDO PILDORAS ANTICONCEPTIVAS?

- | | | |
|--------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| A. Cause cancer | B. Hemorragias dolorosas vaginales | C. Produzca acné |
| D. Aumento de peso | E. Suba la presión sanguínea | F. Nauseas, dolores de cabeza. |
| G. Otros | | |

15. QUE SON LOS CONDONES O PRESERVATIVOS? _____

- _____

16. QUE METODO ANTICONCEPTIVO QUE USA EL HOMBRE PUEDE PREVENIR ENFERMEDADES VENEREAS AL TENER RELACIONES SEXUALES? _____

17. EN QUE CONSISTE EL DIAFRAGMA? _____

18. EN QUE SITIO SE COLOCA EL DIAFRAGMA PARA PREVENIR UN EMBARAZO?

- | | | | |
|--------------------------------|---------|-----------|----------|
| A. Cuello de la Matriz o útero | B. Pene | C. Vagina | D. No se |
|--------------------------------|---------|-----------|----------|

19. EN QUE CONSISTEN LOS ESPERMICIDAS? _____

20. SE PUEDE TENER RELACIONES SEXUALES INMEDIATAMENTE DESPUES DE COLOCAR ESPERMICIDAS (PILDORA VAGINAL, ESPUMA, JALEA, ETC)

- | | | |
|----|----|-------|
| SI | NO | NO SE |
|----|----|-------|

21. EN QUE CONSISTE LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)? _____

22. DEFINA EN QUE CONSISTE LA VESECTOMIA? _____

23. PUEDE EN EL HOMBRE LA VASECTOMIA PROVOCAR:

- | | | |
|------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| A. Castración | B. Disminución en su actividad sexual | C. Que no tenga erección |
| D. Ningún efecto | | |

24. ES LA VASECTOMIA UN METODO ANTICONCEPTIVO PERMANENTE?

- | | | |
|----|----|-------|
| SI | NO | NO SE |
|----|----|-------|

25. EN QUE CONSISTE LA LIGADURA TROMPAS _____

26. LA LIGADURA DE TROMPAS ES UN METODO ANTICONCEPTIVO PERMANENTE?

- | | | |
|----|----|-------|
| SI | NO | NO SE |
|----|----|-------|

MUNICIPIO DE SAN LORENZO

UBICACION, EXTENSION TERRITORIAL Y LIMITES

El municipio de San Lorenzo está situado al sur de la cabecera departamental de Suchitepéquez. Su extensión territorial es de sesenta kilómetros cuadrados, con los siguientes límites:

Al norte, el municipio de San Gabriel, al sur los municipios de Santo Domingo Suchitepéquez y Mazatenango, al este el municipio de Santo Domingo y al oeste el municipio de Mazatenango.

INTEGRACION TERRITORIAL.

Su jurisdicción municipal comprende: una población denominada San Lorenzo, que es la cabecera municipal; las aldeas La Soledad, Patut, El Espino, Panagua, Las Chapinas y Providencia; los caseríos Pacum, La Esperanza, Santa Rita, El Tular, y la Cruz del Camino, Pocitos, San Vicente, Milpas, Panorama Occidental, Santa Teresa, San Rafael Patut, Nueva Reforma, El Diamante, El Espino, Palermo # 1, Palermo # 2, Santa Rosa, Las Flores, Las Morenas, Acapulco, La Pradera, El Delirio, Vado Hondo, Caña Brava, Arizona y San Vicente.

TOPOGRAFIA, HIDROGRAFIA, ALTURAS Y VIAS DE COMUNICACION

Su topografía es generalmente plana. Sus tierras son fértiles, regadas por varias corrientes fluviales, destacando por su caudal los ríos Chitaxelea y Sis. Registra alturas desde 800 hasta 250 pies sobre el nivel del mar. La cabecera municipal está situada a una altura de 763 pies y dista siete kilómetros de la cabecera departamental y ciento sesenta y siete de la ciudad capital de la república, de los cuales son solamente siete de terracería, su vía de acceso a Mazatenango cuenta con vía asfaltada y carretera C.A.-2.

INTEGRACION ECONOMICA

Su economía depende de la agricultura y la ganadería. Los cultivos principales son de caña de azúcar, arroz, maíz, coco, piña, té de limón, café, cacao, frijol, yuca, plátano y varios frutos como: mango, naranja, nardos y chipilín.

La ganadería bovina se atiende a nivel comercial en varias haciendas importantes y en menor escala la crianza de porcinos y aves de corral. Industrialmente solo puede mencionarse una planta procesadora de té de limón en la finca La Trinidad.

CABECERA MUNICIPAL

Es una pequeña población que cuenta con algunos servicios públicos: energía eléctrica suministrada por el INDE, correos y línea telefónica, cuenta con drenajes y agua entubada. Funciona un Puesto de Salud atendido por una enfermera y EPS rural de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Hay un cementerio general.

ASPECTO GENERAL

Sobre su amplia plaza central se encuentra un pintoresco parque central, el antiguo templo católico (declarado monumento nacional), el Puesto de Salud, las escuelas nacionales urbanas de primaria y el edificio municipal.

Su nomenclatura registra 5 calles y 4 avenidas, adoquinadas y las viviendas son de modesta construcción con techo de lámina de zinc. La fiesta titular se celebra anualmente el día 2 de febrero, en honor a San Lorenzo, es de carácter religioso pero ofrece también interesantes actos sociales, eventos deportivos y diversiones populares.

ADMINISTRACION PUBLICA

El gobierno municipal lo ejerce el honorable consejo.

PERSONAL ADMINISTRATIVO

Está compuesto por: secretario municipal, oficial, jefe de policía municipal, encargado de Puesto de Salud, encargado de correos.

REFERENCIA HISTORICA

Al promulgarse la primera Constitución Política del Estado de Guatemala el 11 de octubre de 1825 y declararse los pueblos que integran su territorio, San Lorenzo quedó comprendido en el circuito de Mazatenango, correspondiente al distrito No 11, Suchitepéquez, a cuyo departamento pertenece actualmente por acuerdo gubernativo de 23 de septiembre de 1927, las aldeas Patut y Panagua fueron segregadas del municipio de Mazatenango y anexadas al municipio de San Lorenzo.