

Conocimientos y prácticas sobre el uso del tabaco en comadronas del área rural de Guatemala

Knowledge and practices about tobacco use in midwives in rural Guatemala.

Por Lic. Miguel Cuj¹ y Joaquín Barnoya²

Palabras Clave

Midwives, tobacco, rural area, Guatemala, knowledge

Key Words

Comadronas, tabaco, área rural, Guatemala, conocimientos.

Resumen

El objetivo del estudio fue evaluar los conocimientos y prácticas acerca del uso del tabaco en comadronas del área rural de Guatemala.

Se estudiaron 589 comadronas del Programa Nacional de Salud Reproductiva de diversas comunidades del área rural de origen Maya fueron evaluados sobre los conocimientos y prácticas acerca del uso del tabaco. Se realizó una entrevista estructurada, utilizando un cuestionario adaptado para comadronas y traducido al idioma local.

Los resultados muestran que pocas comadronas utilizan de forma medicinal los productos de tabaco: cigarros 0.5% ($p=0.90$), puros 3.1% ($p=0.50$), hoja 4.2% ($p<0.001$), planta 1.7% ($p=0.02$). También, 68.2% ($n=589$) están de acuerdo que el humo (activo y pasivo) del cigarro puede provocar desprendimiento prematuro de la placenta. La mayor parte tienen limitada capacidad para dar consejería acerca del tabaco en la mujer embarazada.

Las comadronas en el área rural de Guatemala tienen conocimiento limitado de los daños que produce el tabaco en la mujer embarazada y el feto. Además, los productos de tabaco que utilizan con fines medicinales son la hoja, la planta y el puro.

¹ Unidad de Cirugía Cardiovascular de Guatemala.

Abstract

To objective was assess the knowledge and practices about tobacco use on midwives of rural Guatemala.

589 midwives of the National Program Reproductive Health Care of different Maya communities were interviewed about quantitative survey based in two previously studies on tobacco and midwives. We translated to Maya languages when was necessary a translation, we worked with a Maya person.

Midwives used a little the tobacco with a focus in medicine: cigarettes 0.5% ($p=0.90$), cigar 3.1% ($p=0.50$), tobacco leaf 4.2% ($p<0.001$), tobacco plant 1.7% ($p=0.02$). Also 68.2% ($n=589$) midwives had knowledge about smoke cigarettes and second smoke hand can produce placenta abruption. The midwives had little advices about tobacco consequences.

In rural Guatemala midwives had basic knowledge about tobacco consequences in pregnant women and fetus. Besides, tobacco products that they used with a focus on medicine were: Cigar, leaf tobacco and tobacco plant.

Introducción

La epidemia de tabaquismo, tiene gran impacto en los gastos de salud pública, actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que diez millones de personas fuman. Si las tendencias actuales siguen su curso, para 2030 el tabaco matará a más de ocho millones de personas cada año (WHO, 2005). Además, el consumo está aumentando en países en vías de desarrollo (WHO, 2004). Adicionalmente, el humo de tabaco (activo y pasivo) tiene consecuencias en el embarazo, parto y el recién nacido (Abatemarco, 2007).

El Convenio Marco para el Control de Tabaco, fue realizado basado en evidencia científica y financiado por la OMS, con el objeto de disminuir el consumo de tabaco a nivel mundial, el cual entro en vigencia en el año 2005. En su Artículo .4 plantea la participación de comunidades indígenas en la elaboración de programas para el control de tabaco (WHO, 2005). En Guatemala, 39% de la población se identifica como persona Maya. De estas 74% vive en condiciones de pobreza y 24% en condiciones de extrema pobreza y en áreas rurales (aldeas, caseríos y fincas) (Myron, 2009). Esta población ha tenido poco acceso a los servicios de salud alcanzando solo 5% de cobertura (CEPAL, 2005). Generalmente las comadronas (parteras) son las principales promotoras de salud en la comunidad rural donde atienden 50% de los partos (Abatemarco, 2007). El sistema de salud guatemalteco integra la figura de la comadrona dentro de la estructura de la atención primaria (PIES, 2000). Por lo que el convenio marco en su artículo 12 refiere la necesidad de formación y concientización sobre el control de tabaco a todas aquellas personas que se encuentran en los servicios de salud, entre estos las comadronas (WHO, 2005). Guatemala actualmente está adherido a este Convenio.

² Department of Surgery, Division of Public Health Sciences. Washington University in St. Louis, School of Medicine

Sobre el uso del tabaco en el área rural de Guatemala, fuman: 22.7% hombres y 0.68% mujeres, 25.2 % de las familias del área rural tienen una persona que fuma (De ojeda, 2010). También, en culturas específicas del área rural (cultura Maya), el tabaco puede ser usado de dos formas: religioso y medicinal (Robicsek, 1978. Mosquera, 2002). Adicionalmente, 1 de cada 4 familias en el área rural de Guatemala, padece de una carga de enfermedades crónicas (hipertensión, cáncer, etc.) (Mazariegos, 2000).

Estudios antropológicos en la población del área rural exponen las dificultades en cuestión de idioma, tradiciones, creencias, deficiencias en infraestructura así como discriminación a que esta población es sometida al requerir cobertura del servicio de salud guatemalteco (Mosquera, 2006).

En Guatemala generalmente las comadronas son promotoras de salud en la comunidad rural donde atienden partos (Cosminsky, 1974). Las comadronas son mujeres que proporcionan los cuidados prenatales, atención del parto y período post-parto. Además muchas de ellas son terapeutas tradicionales, atendiendo: trastornos menstruales, esterilidad, abortos, infecciones urinarias, enfermedad reumática y otros dolores de cuerpo. Lo que les permite, en la mayoría de las comunidades, desarrollar vínculos emocionales y sociales que generan confianza entre la comadrona, la mujer y la familia (Mosquera 2002).

En la cultura Maya, la comadrona es un ser especial, designado a esta labor por el día que nació. Su prestigio y respeto en la comunidad incrementa con los años, por su experiencia y por hablar el idioma local (en Guatemala se reconocen 23 idiomas Mayas). Adicionalmente, las comadronas tienen conocimientos culturales, religiosos y de medicina tradicional pre-establecidos sobre el uso del tabaco. Sin embargo, en la actualidad su función no está siendo aprovechada en todo su potencial, como facilitadora de salud (Robicsek, 1978. Mosquera, 2002).

La finalidad de evaluar los conocimientos y prácticas de consejería en comadronas, del área rural

de Guatemala acerca del uso del tabaco, los riesgos en la mujer embarazada y el feto, es importante dada las carencias de prevención en salud a nivel rural de Guatemala.

Materiales y métodos

Determinación de la muestra

Se usó un muestro por conveniencia en función de los recursos económicos disponibles para esta investigación, por lo que se utilizó como referencia el listado nacional de comadronas del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR), en donde fueron seleccionadas 622 comadronas, con el apoyo de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) locales que trabajan en el área rural de Guatemala.

Esta selección fue cuidadosamente realizada dentro de los departamentos de Sacatepéquez, Chimaltenango, Santa Rosa, Quetzaltenango y Jalapa en función de los fondos disponibles para implementación del proyecto, por lo que los resultados obtenidos fueron interpretados dentro de este contexto.

Criterios de inclusión

El criterio para que la comadrona tuviera participación es que estuviera agremiado a un programa de capacitación de ONGs prestadoras de servicios de salud. Donde se contactó a grupos de comadronas, con su previo consentimiento. Diferentes comadronas con ascendencia Maya (K'iche', Kaqchikel) así como Ladinas fueron entrevistadas en un período de cuatro meses. Las comadronas fueron abordadas en las reuniones mensuales de entrenamiento, en las sedes de las ONG a nivel municipal y centros de salud comunitaria.

Instrumento de recolección de datos

Se utilizó una entrevista estructurada previamente validada en el área rural de Guatemala con comadronas de

Santiago Sacatepéquez, (Myron, 2009. Steyn 2010). La entrevista contenía setenta y tres preguntas para comadronas. Dividido en cuatro secciones:

- Información Demográfica.
- Uso del tabaco.
- Conocimientos sobre los daños del tabaco.
- Prácticas de consejería.

El tiempo estimado por entrevista fue de 40 minutos por comadrona.

Recolección de información

Estas entrevistas fueron realizadas en el idioma local, cuando la comadrona era monolingüe por medio de los promotores de salud locales los cuales fueron entrenados previamente, por asistentes de investigación. Se utilizó la infraestructura de estas instituciones (ONGs) para la convocatoria de participación en las entrevistas. La participación fue voluntaria y no hubo ninguna compensación por parte de los investigadores.

La recolección de la información fue realizada por parte asistentes de investigación en coordinación con los promotores de salud locales. El periodo de recolección de datos fue de cuatro meses estimados.

Análisis de datos

Estadística descriptiva fue utilizada en el análisis de datos: frecuencia, media y desviación estándar. Así como, análisis bivariados con prueba estándar de X². Los resultados fueron reportados en un intervalo de confianza de 95%. Se utilizó el programa estadístico STATA 11.2. ®

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado, para su ejecución por el comité de ética ZUGUEME, como investigación de mínimo riesgo. Además, fue proporcionada una boleta de información acerca del estudio, como consentimiento informado. Comadronas que eran analfabetas les fue

leída la boleta de información en su idioma local, con apoyo de una persona que era traductor del idioma local.

Se realizó el esfuerzo de incluir en esta investigación a mujeres comadronas el cual ha sido una población históricamente excluido por diversas razones sociales y culturales. Participaron todas las mujeres comadronas sin importar etnia, idioma materno y nivel socioeconómico

Resultados

Fueron entrevistadas 589 comadronas de un total de 622 (94.5 % porcentaje de respuesta). Las comadronas que rehusaron participar, en su gran mayoría manifestaron que era por la ubicación de sus comunidades o por escasez de tiempo. El grupo participante tuvo un promedio de edad de 55 (+/-12.7 D.S.) años y un promedio de 20 (+/-13.3 D.S.) años de ser comadronas. La tabla 1, describe las características demográficas de la muestra en estudio, en donde destaca mayoritariamente con ascendencia Maya Kaqchikel (43.3 %) de las comadronas del área rural.

Tabla No. 1

Características demográficas

(n=589)		n (%)
Tipo de formación	No tradicional	196 (33.3)
	Tradicional	393 66(7)
Escolaridad	Analfabetas	321 (54.5)
	Algún grado de primaria	234 (39.7)
	Algún grado de secundaria	34 (5.8)
Etnia	Kaqchikel	255 (43.4)
	Kiche	79 (13.4)
	Ladino	217 (36.8)
	Otros	38 (6.5)

Del grupo de comadronas 18.4% han experimentado fumar, de las cuales 0.5% fuman actualmente y la edad promedio en que iniciaron a fumar fue 18.4 (+/- 7.4 D.S.) años. Además, en la tabla 2, se puede resaltar Los productos que utilizan las comadronas de forma medicinal: la hoja, la planta y los puros de tabaco. De los cuales tiene significativa estadística la hoja y la planta.

Además, 12.3% han atendido a hombres que fuman y 3.5% comadronas han participado en reuniones sobre las consecuencias del tabaco, con líderes comunitarios. Adicionalmente, en la tabla 3, se describe los conocimientos en temas relacionados a los daños de uso del tabaco por parte de las comadronas. En donde destaca el 95.4% de la muestra (n=589) reconoce problemas respiratorios relacionados con el recién nacido con el uso del tabaco.

Tabla No. 2

Uso de productos del tabaco con el paciente

(n=589)			
Producto	Uso con el paciente	n (%)	P
Cigarros	Medicinal	3 (0.5)	0.90
	Religioso	1 (0.2)	
	No utiliza	585 (99.3)	
Puros	Medicinal	18 (3.1)	0.50
	Religioso	3 (0.5)	
	No utiliza	568 (96.4)	
Hoja	Medicinal	25 (4.2)	<0.001
	Religioso	0 (0)	
	No utiliza	564 (95.8)	
Planta	Medicinal	10 (1.7)	0.02
	Religioso	0 (=)	
	No utiliza	579 (98.3)	

Tabla No. 3

Conocimientos sobre los daños del tabaco

(n=589)		Acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
		n (%)	n (%)	n (%)
Embarazo	Parto prematuro	470 (79.8)	86 (14.6)	33 (5.6)
	Aborto	454 (77.1)	81 (13.8)	54 (9.1)
	Desprendimiento prematuro de la placenta	401 (68.2)	134 (22.7)	54 (9.1)
	Problemas respiratorios	562 (95.4)	23 (3.9)	4 (0.7)
Recién Nacido	Malformación congénita	505 (85.7)	57 (9.7)	27 (4.6)
	Bajo peso al nacer	484 (82.3)	72 (12.2)	32 (5.5)

Tabla No. 4

Temas que abordan con la mujer embarazada que fuma

	Siempre	Algunas veces
(n=36)	n (%)	n(%)
Deja de fumar	33 (91.6)	2 (5.5)
Beneficios para la madre	32 (88.8)	3 (8.3)
Beneficios para el bebe	30 (83.3)	5 (13.8)
Dificultades para dejar de fumar	31 (86.2)	3 (8.3)
Acudir al medico	26 (72.2)	3 (8.3)

Discusión

Las características demográficas de las comadronas son semejantes y concuerdan con la referencia de la población de comadronas del área rural. Dado que estudios previos describen que la comadrona en el área rural de Guatemala aprende el oficio de forma heredada (66% tradicional, ver tabla 1) (Mosquera 2006). Adicionalmente, el grupo mayoritario de comadronas se identifica como población con ascendencia Maya. Estas características grupales pueden condicionar la atención en salud que proporcionar las comadronas y por lo tanto sus conocimientos y prácticas relacionadas al tabaco.

El consumo de tabaco en el grupo de comadronas es bajo, en comparación con otros grupos de proveedores de salud de Guatemala, 18% de los médicos en Guatemala fuman. Sin embargo es de considerar que como promotoras de salud, esta práctica puede tener un impacto social comunitario dado la responsabilidad que tienen (Barnoya, 2002).

Los productos que utilizan las comadronas de forma medicinal son: la hoja, la planta y los puros de tabaco, ver tabla 2. Esto puede estar condicionado a la disponibilidad y el precio que tienen estos productos en el área rural. Además, el cigarro está disponible en pequeñas tiendas y en ventas ambulatorias de Guatemala (De Ojeda, 2010). Adicionalmente, los conocimientos terapéuticos tradicionales de poblaciones con ascendencia Maya asocian el uso del tabaco para curar diferentes padecimientos culturales en salud y como método de limpieza espiritual en ceremonias Mayas (Mosquera, 2006).

Las comadronas poseen mayor conocimiento sobre los riesgos específicos que causa el humo de tabaco (activo y pasivo) en el recién nacido, que en la mujer embarazada, esto puede tener un impacto social en la salud reproductiva y en los gastos de salud pública Ver, tabla 3. Especialmente en el área rural donde la cobertura en salud es escasa. En países desarrollados un estimado de 141,000 abortos espontáneos, 61,000 neonatos con bajo peso al nacer y 4,800 muertes por desórdenes perinatales, están asociados como consecuencias de madres fumadoras y la exposición al humo de segunda mano.

Además, un estimado de 2,200 muertes por síndrome de muerte súbita del lactante (Klerman, 1999. Thyrian, 2006) Por lo tanto se debe considerar la función de prevención en la salud reproductiva y neonatal, a través de la comadrona que funge generalmente como único personal de salud en el área rural de Guatemala.

El conocimiento relacionado a la norma que consideran menos efectiva, a nivel poblacional para disminuir el consumo de tabaco es el aumento en el precio de productos de tabaco. Según expertos esta medida es la más efectiva para disminuir el tabaquismo a nivel poblacional (WHO, 2005). Por lo que las comadronas subestiman las medidas poblacionales para disminuir el consumo de tabaco.

Los temas que abordan las comadronas con la mujer embarazada que fuma es básico dado que 34 comadronas (6%), tienen conocimientos sobre algunos temas puntuales del daño en tabaco, ver tabla 4. Una propuesta para entrenar comadronas certificadas en la lucha contra el tabaquismo es la estrategia de consejería de cinco pasos (Preguntar, Aconsejar, Evaluar, Asistir y Seguimiento) (Thompson, 2011).

Las comadronas generalmente atienden a otras personas de la comunidad, no solo a la mujer en gestación. Australia un país que tiene un índice alto de fumadores aborígenes, ha propuesto entrenar a personal aborigen sobre las consecuencias del tabaco, tomando en cuenta sus capacidades de liderazgo comunitario, lenguaje de la región y características particulares de cada población (Power, 2009. Price, 2008). Por lo que actualmente se encuentran herramientas para proporcionar capacitación en las comunidades rurales con un enfoque preventivo.

Agradecimientos:

Este trabajo fue financiado por Research for International Tobacco Control (RITC) of the international Development Research Center (IDRC), Ottawa, Canada. Con apoyo adicional de la American Cancer Society.

Bibliografía

- Abatemarco, D. Steinberg, M. Delnevo, C. (2007) Midwives' Knowledge, perceptions, Beliefs, and Practice Supports Regarding tobacco Dependence treatment. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 52, 451-457
- Asociación de Prevención, Investigación y Educación en Salud PIES de occidente ONG. (2000). El rol de la comadrona en su contexto cultural. Guatemala. PIES de occidente
- Barnoya, J. Glantz, S. (2002). Knowledge and use of tobacco among Guatemalan physicians. *Cáncer Causes and Control* 13: 879-881
- Comisión Económica Para América Latina (CEPAL, ONU). (2005) América Latina: proyecciones de población urbana y rural: Boletín Demográfico. Vol. 58.
- Cosminsky, S. Et. Al. (1980). "Medical pluralism on Guatemala plantation". *Social Science and Medicine*. U.S. Vol 14B. pp. 267-278
- De Ojeda, A. Prevalence of single cigarette sales in Guatemala. (2010) Unidad de Cirugía Cardiovascular de Guatemala. In preparation for publication.
- Klerman, L. Rooks, J. (1999). A simple, effective method that midwives can use to help pregnant women stop smoking. *Journal of Nurse Midwifery*. 44:118-122
- Mazariegos, M. (2000) *Cronos Maya*. Guatemala CONCYT 2000.
- Mosquera, M. (2006). Lógicas y racionalidades: entre comadronas y terapeutas tradicionales. Guatemala. IDEI
- Mosquera, M. (2002). La articulación de saberes populares y bio-médicos entre las comadronas Rabinal, Baja Verapaz, Guatemala. España: Universidad Rovira I Virgilia.
- Myron, R. (2009). Smoking prevalence, attitudes about tobacco and secondhand smoke in rural Guatemala. Unidad de Cirugía Cardiovascular de Guatemala. In preparation for publication.
- Power J, G. Rintoul, D. (2009). Tobacco interventions for indigenous Australians: a review of current evidence. *Health Promotion Journal of Australia*. 20, 186-194.
- Price, J. Mohamed, I. Jeffrey, J. (2008). Tobacco intervention Training in American College o Nurse- Midwives Accredited Education Programs. *JMWH*. 53: 68-74.
- Robicsek, F. (1978). *The Smoking Gods: Tobacco in Maya Art. En: History, and Religion*. United States. University of Oklahoma Press. Chapter; 1-6: 30-125.
- Steyn, K. De Feijter, E. Everett, K. Peterson, Z. Fourie, J. (2010) A survey among midwives working at public sector antenatal clinics regarding the provision of anti-smoking advice for pregnant women. In preparation for publication
- Thompson, M. (2011). The best bang for our buck: Recommendations for the provision of training for tobacco action workers and indigenous health workers. *Contemporary Nurse*. 37: 90-91.
- Thyrian, J. Hannover, W. Roske, K. Scherbarth, S. Hapke, U. (2006) Attitudes to counseling women about their smoking behavior during pregnancy and postpartum. *Midwifery*. 22: 32-39
- World Health Organization (2004). *Tobacco and poverty*. Ginebra: WHO
- World Health Organization. (2005). *MPOWER, Six policies to reverse the tobacco epidemic*. Ginebra: WHO.
- World Health Organization. (2005). *Framework Conventional Tobacco Control*. Ginebra: WHO