

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

**ESTUDIO REALIZADO EN EL CENTRO DE SALUD CENTROAMÉRICA DEL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE GUATEMALA**

**GESTIÓN Y TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO EN LA ATENCIÓN
PRENATAL DE ADOLESCENTES PRIMIGESTAS: PRIMERA DEMORA**

Hilda Elena Valencia Marroquín de Abril

TUTOR

Dr. Julio César Díaz Argueta

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Doctorado en Salud Pública
Para obtener el grado de
Doctor en Salud Pública

Guatemala, junio 2015



ORDEN DE IMPRESIÓN DE TESIS DOCTORAL

Nombre del Doctorando: Hilda Elena Valencia Marroquín

No. De Carné: 1006193

Título de la Tesis: Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora

Nombre del Tutor: Dr. C. Julio César Díaz Argueta

Nombre del Revisor y Oponente: Dr. C. José Miranda Gómez

El Director de la Escuela de Estudios de Postgrado, considerando que ante mí se presentan los siguientes documentos: el acta de Examen de Defensa de Tesis donde constan que la sustentante ha sido Aprobada al defender su tesis antes titulada y el dictamen de la Coordinación Académica dónde se indica que se ha cumplido con los requisitos necesarios para impresión de tesis, como exige el programa de Doctorado en Salud Pública.

Por tanto, se **autoriza** la impresión del documento final, con las características que se establecen en los lineamientos para la presentación de la tesis de Doctorado en Salud Pública.

Guatemala, 2 de junio de 2015.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes, MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado



DICTAMEN DEL COORDINADOR ACADEMICO DEL DOCTORADO EN SALUD PUBLICA

Nombre del Doctorando: Hilda Elena Valencia Marroquín.

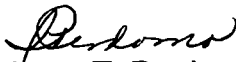
No. de Carné: 1006193

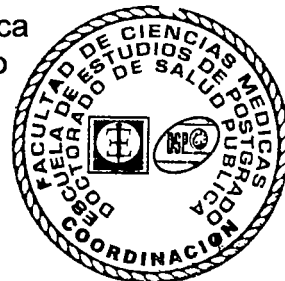
Título de la Tesis: Gestión y transferencias del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora.

La coordinadora académica del doctorado en Salud Pública, en base al acta de defensa de tesis donde consta la aprobación del examen de defensa por unanimidad del tribunal examinador, entrega de la publicación de dos artículos derivados de la tesis doctoral en su calidad de autor, documentación que respalda la calidad de la tesis y satisfacción de las recomendaciones finales, manifiesta que se ha cumplido con los requisitos necesarios para autorizar la impresión de la tesis doctoral.

Guatemala, 2 de junio de 2015

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dra. C. Itene T. Perdomo Victoria
Coordinadora Académica del Doctorado en Salud Pública
Profesora Afiliada a la Escuela Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas



C.c. Dr. Carlos Vargas, Director de la escuela de estudios de postgrado, Archivo

ACSA DE EXAMEN DE DEFENSA DE TESIS
Doctorado en Salud Pública

ACSA No. 4

En la ciudad de Guatemala, siendo las 8:30^{am} horas del día 18 del mes de marzo del año dos mil quince, reunidos en sede de la Facultad de Ciencias Médicas para practicar examen de Defensa de Tesis del Doctorado en Salud Pública de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, los abajo firmantes, todos miembros del tribunal examinador, nombrados para realizar el ejercicio académico en mención previa.

Se declara haber realizado examen a Hilda Elena Valerón Marroquín de Abril con número de carné 1006193, quien defendió la tesis titulada Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primer
semestre
 cuyo tutor es Dr. Julio César Díaz Arqueta

El tribunal habiendo previamente valorado la tesis presentada, expuso sus críticas e interrogantes al doctorando, se otorgó la palabra al público presente y considerando las proposiciones expuestas por el Candidato a Doctor, tanto en su documento escrito como verbalmente, se le otorga la calificación de NO apto () aprobado () aprobado notable () aprobado sobresaliente (X), por votación de la mayoría () unánime (X) de los miembros examinadores.

Acto seguido, el Presidente del tribunal examinador pronunció las palabras de cierre e indicó las recomendaciones necesarias para el documento escrito final.

El sustentante queda enterado que en término no mayor de ocho (8) días hábiles se le notificará por escrito sobre el resultado y recomendaciones pertinentes para que se pueda proceder al acto de graduación.

En fe de lo cual, se firma la presente ACSA, en el mismo lugar y fecha al inicio indicados, siendo las 10:40 horas.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

P. P. Hilda Elena Valerón Marroquín de Abril

Nombre y firma del presidente

P. JOSÉ ESTUARDO MIRANDA LÓPEZ

Nombre y firma del vocal I

P. Ana María Calvez González An M/1

Nombre y firma del secretario

P. Dr. Carlos Vargas Reyes

Nombre y firma del Director de la Escuela de Estudios de Postgrado



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Humanidades

Guatemala,
25 de mayo de 2015

Dr. Carlos Vargas
Director
Escuela de Posgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Su despacho.

Señor Director:

Por medio de la presente me permito informarle que he revisado el estilo, ortografía y redacción de la tesis doctoral titulada ***Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora***, presentada por la profesional **Hilda Elena Valencia Marroquín de Abril**, para optar al grado de Doctora en Salud Pública.

Como resultado de la revisión mencionada, se plantearon sugerencias y enmiendas para mejorar el informe, las cuales fueron aceptadas e incorporadas por la Doctora Marroquín de Abril.

Dado que el informe de tesis ha sido corregido por la autora, se emite **dictamen favorable** para que este informe de investigación pueda continuar el proceso administrativo pertinente.

Sin otro particular, suscribo respetuosamente,

Dra. Elsa Nuila Paredes
Colegiado No. 2324
Profesora Titular
Directora del Departamento de Letras



Guatemala, 16 de septiembre de 2014

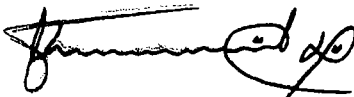
Maestro
Carlos Vargas Reyes
Director de Escuela de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Estimado Maestro Vargas:

Me dirijo a usted con un saludo atento, para informarle que culminó su proceso de asesoría de tesis la Maestra Hilda Elena Valencia Marroquín de Abril, identificada con el número de carné 1006193. El título del trabajo presentado es "Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora" en el programa de Doctorado en Salud Pública que se imparte en su Unidad Académica.

Cabe mencionar que el resultado final es satisfactorio, motivo por el cual se emite la presente nota de aprobación del informe de investigación para continuar con los trámites respectivos.

Sin otro particular, me es grato suscribir la presente cordialmente.



Dr. Julio César Díaz Argueta
Colegiado Activo 3286

c.c. Dra. Irene Perdomo; archivo

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS

A Dios

Al Colegio Bautista de Santa Ana, El Salvador

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

A la Dirección General de Investigación

A la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba

A mi tutor, agradecimiento eterno por su rigor académico, conocimientos y motivaciones

A Dra. Nereida Rojo por su apoyo académico incondicional

Al Centro de Salud Centroamérica, en especial a su directora Dra. Mirna Téllez Orellana

DEDICATORIA

Dedico esta tesis

A Dios,	por su infinita gracia y misericordia
A mi padre,	por su apoyo y por ser ejemplo de perseverancia, esfuerzo y dedicación
A la memoria de	Mami, Dn. Guayo y del Reverendo Eugenio Cedarholm porque aunque se adelantaron en el camino, su ejemplo vive en mí eternamente
A mi esposo,	por su comprensión, amor, apoyo y paciencia
A mis hijas e hijo,	por ser el motivo y razón de mi vida
A mis nietas y nietos,	por ser el bálsamo que ha venido a reconfortar y alegrar esta parte de mi vida
A mis hijos políticos,	por su espíritu de perseverancia y amor
A mi hermana,	por su ejemplo de fortaleza y coraje para enfrentar situaciones en la vida
A mis profesoras y profesores en el doctorado,	por habernos conducido en cada etapa de este camino universitario, ayudándonos, apoyándonos con sus asesorías y esclareciéndonos dudas con su alto nivel académico
A mis compañeras y compañeros del doctorado,	por su apoyo y su amistad en especial a Ruty
A mis compañeras y compañeros de DIGI,	por el apoyo oportuno y acompañamiento en especial a Sucel e Inga. Liuba
Y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis	

¡Muchas gracias a todos ustedes!

Resumen

La gestión del conocimiento, es vital para el desarrollo del capital humano y creación de una cultura organizacional que permita alcanzar altos estándares en producción de bienes y servicios.

Actualmente, existen tres grandes tendencias: la de los autores y teorías que enfatizan el manejo efectivo de la información para incrementar el conocimiento; la de quienes enfatizan la gestión de tecnologías y, finalmente, quienes priorizan y valoran el recurso humano provocando su interacción, para promover la creación de un sentido de comunidad entre usuarios y proveedores para mantenerlos actualizados en su campo de conocimiento.

Lo anterior es fundamental en las instituciones de salud, porque las hace eficaces y eficientes.

El objetivo general del estudio fue describir cómo se gestiona y transfiere el conocimiento en la atención prenatal dirigida a adolescentes primigestas y sus implicaciones en la primera demora.

El abordaje fue multimodal. El método utilizado en el enfoque cualitativo fue la etnometodología y el alcance del enfoque cuantitativo fue descriptivo.

Como resultado, se encontró que la gestión del conocimiento en la institución es incipiente, existe captura de datos pero no hay interacción del componente humano con la información para procesarla, utilizarla y desarrollar acciones orientadas en función de objetivos y visión de largo plazo.

La institución posee cultura de aprendizaje continua y compartición de conocimiento muy limitada. Las actividades se basan en el conocimiento adquirido en la formación y experiencia personal. Las intervenciones establecidas en la primera demora no están institucionalizadas ni

contextualizadas; se prioriza la atención a la demanda desde un enfoque biologicista.

Palabras clave. Gestión del Conocimiento en Salud. Transferencia del conocimiento. Comunicación en Salud. Emociones. Valores. Adolescentes. Atención prenatal.

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN	13
CAPITULO I Fundamentación teórica para el estudio de la gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal	26
1.1 Gestión del conocimiento	26
1.1.1 Delimitación conceptual del conocimiento	26
1.1.2 Clases de conocimiento	28
1.1.3 La sociedad del conocimiento y capital intelectual	30
1.1.4 Objetivo y beneficios de la Gestión del Conocimiento	31
1.1.5 Gestión del conocimiento	35
1.1.6 Modelos de gestión del conocimiento	42
1.1.7 El ciclo de vida del conocimiento	49
1.1.8 Elementos de la gestión del conocimiento	51
1.1.9 La gestión del conocimiento en el marco de la salud pública	53
1.2 Transferencia del conocimiento	67
1.2.1 Transferencia del conocimiento en el sector público	69
1.2.2 Mecanismos utilizados para la transferencia del conocimiento.	71
1.2.3 Caracterización de la transferencia del conocimiento en la atención prenatal	74
1.2.4 Factores que influyen en la transferencia del conocimiento	76
1.3 Modelo de las demoras para análisis de la muerte materna en Guatemala	83
1.3.1 Situación de la muerte materna en Guatemala	83
1.3.2 Definición y características del modelo de las demoras	90
1.4 Atención pre natal personalizada y reenfocada	93
1.4.1 Definición	95
1.4.2 Objetivos de la atención prenatal	95
1.4.3 Elementos de cada control prenatal	99
1.5 Interculturalidad	99
1.6 Pertinencia cultural en salud	100
1.7 Adecuación cultural en salud	102
1.8 Emociones y valores como ejes motivacionales	104
 Capítulo II Contexto de la investigación y diseño metodológico	 114
2.1 Metodología de la investigación	115
2.2 Proceso de selección de los participantes en el estudio	119
2.3 Tipo de Estudio	121
2.4 Enfoque cualitativo	122
2.4.1 Metodología	124
2.4.2 Muestra	125
2.4.3 Rigor metodológico	126
2.4.4 Instrumento	127
2.4.5 Técnicas	127
2.4.6 Revisión de literatura	128
2.4.7 Visitas a la institución	128
2.4.8 Inmersión al campo	129
2.4.9 Registro y notas en el diario de campo	131
2.4.10 Interpretación contextual	131

2.4.11 Observación participante	132
2.4.12 Grupo Focal	134
2.4.13 Entrevista a profundidad	136
2.4.13.1 Entrevistas a profundidad con proveedores	138
2.4.13.2 Entrevista a profundidad con proveedores del servicio	139
2.4.13.3 Entrevista a profundidad a adolescentes primigestas	140
2.4.13.4 Realización de la entrevista	141
2.4.13.5 Recolección de datos	141
2.4.13.6 Análisis de cada entrevista	141
2.4.13.7 Proceso de análisis de información	143
2.5 Procedimientos utilizados para el análisis de la información	144
2.6 Triangulación de datos	144
2.7 Enfoque cuantitativo	146
2.7.1 Técnicas utilizadas	146
2.7.2 Elaboración del instrumento para la encuesta y la definición del tratamiento estadístico.	146
2.7.3 Cuestionario	147
2.7.4 Selección de expertos para validación de instrumento cinco y seis	151
2.7.5 Selección de adolescentes para prueba piloto	151
2.7.6 Validación con juicio de expertos	151
2.7.7 Técnicas y procedimientos estadísticos	153
2.7.8 Análisis e interpretación de resultados	154
2.8 Regulaciones éticas	155
 Capítulo III Presentación, análisis y discusión de resultados	 157
3.1 Los proveedores del servicio de atención prenatal	159
3.1.1 Características del proveedor del servicio que realiza la gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal	159
3.2 Mecanismos que se dan en el proceso de la transferencia del conocimiento, desde la perspectiva de los actores involucrados	167
3.3 Pregunta de investigación: ¿Cómo se transfiere el conocimiento en la atención prenatal dirigida a adolescentes primigestas?	168
3.3.1 Dominio 1. La atención prenatal es para el personal de salud una oportunidad para gestionar y transferir el conocimiento a la adolescente primigesta	175
3.3.2 ¿Quién o quienes gestionan y transfieren el conocimiento?	181
3.3.3 ¿Quién o quienes producen el conocimiento utilizado?	184
3.4 Aplicar las normas de atención en la práctica es la meta del personal de salud en la atención prenatal	187
3.5 La gestión del conocimiento es importante para el personal del servicio para mejorar la calidad de la atención prenatal	194
3.6 Características de las adolescentes que recibieron la atención prenatal	200
3.7 Percepciones de las adolescentes primigestas y el proveedor del servicio en la transferencia del conocimiento en la atención prenatal	210
3.8 ¿Cómo se recibe la información para el auto cuidado durante el embarazo?	212
3.9 Importancia que la adolescente primigesta da a la información recibida para su auto cuidado durante el embarazo.	216
3.10 Consolidado de la información obtenida mediante las técnicas de grupo focal y de entrevista a profundidad realizadas a adolescentes primigestas.	218

3.11 Objetivo 2: identificar las emociones y valores que experimentan las adolescentes primigestas en la atención prenatal	238
3.11.1 Emociones que experimentan las adolescentes primigestas en la transferencia del conocimiento en la atención prenatal.	239
3.11.2 Distribución de adolescentes según grupos de edad e información explicada comprensible	240
3.11.3 Distribución de adolescentes según grupos de edad y emoción: gratitud	242
3.11.4 Distribución de adolescentes según grupos de edad y emoción: reconocimiento	243
3.11.5 Distribución de adolescentes según grupos de edad y emoción: estímulo	244
3.11.6 Distribución de adolescentes según grupos de edad y emoción: tranquilidad	245
3.11.7 Adolescentes según grupos de edad y emoción: entusiasmo	246
3.11.8 Distribución de adolescentes según emoción: satisfacción y grupos de edad	247
3.11.9 Distribución de adolescentes según grupos de edad y emoción: preocupación	248
3.11.10 Adolescentes según grupos de edad y emoción: confusión	250
3.11.11 Adolescentes según grupos de edad y emoción: intranquilidad	251
3.12. Valores de las adolescentes en la interacción con el personal de salud	252
3.12.1 Principales valores y emociones de las adolescentes según conglomerado de clasificación	256
3.13 Actitud de la adolescente ante el embarazo	261
3.14 Objetivo 3. Proponer elementos de un modelo para la transferencia del conocimiento en la atención prenatal a la adolescente en los servicios de salud	268
3.14.1 Modelo propuesto para la transferencia del conocimiento en la atención prenatal a la adolescente primigesta	268
3.15 Objetivo 4. Proponer elementos para la conversión del conocimiento tácito a explícito en la gestión del conocimiento en la atención prenatal.	273
3.16 Mecanismos de la gestión del conocimiento para la atención integral de la adolescente primigesta	275
CONCLUSIONES	278
RECOMENDACIONES	282
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	283
ANEXOS	297
Anexo 1. Croquis Centro de Salud Centroamérica.	298
Anexo 2. Valores de las adolescentes en la interacción para la transferencia del conocimiento	300
Anexo 3. Instrumentos utilizados para la recolección de información	304
Anexo 4. Consentimiento informado	311
Anexo 5. Ejemplo de página Web para el Centro de Salud Centroamérica (contenidos sugeridos)	314
Anexo 6. Esquema de las fases de la investigación	317

Índice de Figuras

Figura 1. Procesos en la gestión del conocimiento	33
Figura 2. Mecanismos del conocimiento organizacional	36
Figura 3. Comparación de características del Modo I y II de Gibbons	39
Figura 4. Conversión del conocimiento tácito a explícito	42
Figura 5. Modelos de gestión del conocimiento	44
Figura 6. Mecanismos del conocimiento	45
Figura 7. Interacción entre conocimiento tácito y explícito	47
Figura 8. Etapas de la gestión del conocimiento	51
Figura 9. Factores clave de éxito en la Gestión del Conocimiento	66
Figura 10. Modelo de las cuatro demoras	92
Figura 11. Periodicidad del control prenatal	96
Figura 12. Contenido guía uno utilizada en la entrevista a profundidad	138
Figura 13. Contenido guía dos utilizada en la entrevista a profundidad	139
Figura 14. Contenido guía cuatro para ser utilizada en la entrevista a profundidad	140
Figura 15. Tipo de relaciones semánticas según James Spradley	143
Figura 16: Mecanismos que se dan en el proceso de transferencia del conocimiento en la atención prenatal desde la perspectiva de los actores involucrados	145
Figura 17. Actitud y motivación de la adolescente de acuerdo a como se transfiere el conocimiento durante el proceso del embarazo	265
Figura 18: Propuesta de modelo para la transferencia del conocimiento en la atención prenatal de la adolescente primigesta	270
Figura 19. Cuadro explicativo de la conversión del conocimiento tácito a explícito para la gestión del conocimiento en la atención prenatal a la adolescente primigestas	273
Figura 20. Mecanismos de la gestión del conocimiento para la atención prenatal de la adolescente	277

Índice de Cuadros

Cuadro 1. Contenido instrumento cinco para ser utilizado en la encuesta dirigida a adolescentes embarazadas	149
Cuadro 2. Contenido instrumento seis para ser utilizado en la encuesta dirigida a adolescentes embarazadas	150
Cuadro 3. Características del proveedor de salud que realiza la gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal	159
Cuadro 4. Características de las adolescentes primigestas	200
Cuadro 5. Adolescentes primigestas según grupos de edad y nivel de escolaridad	202
Cuadro 6. Distribución de adolescentes primigestas según grupos de edad y estado civil	203
Cuadro 7. Adolescentes primigestas según grupos de edad y ocupación	204
Cuadro 8. Adolescentes primigestas según religión que profesa	205
Cuadro 9. Sentimiento de la adolescente por estar embarazada	219
Cuadro 10. Adolescentes y uso método planificación familiar	220
Cuadro 11. Opinión de las adolescentes sobre métodos de planificación	221
Cuadro 12. Adolescentes y orientación para el cuidado del bebé	222
Cuadro 13. Importancia de lo enseñado	224
Cuadro 14. Significado por parte de la adolescente a la expresión “comer bien”	226
Cuadro 15. Importancia de la Atención Prenatal para la Adolescente	227
Cuadro 16. Forma de enseñanza	229
Cuadro 17. Oportunidad de resolver dudas	230
Cuadro 18. Preocupaciones y temores durante el embarazo	232
Cuadro 19. Importancia identificación señales de peligro	233
Cuadro 20. Conocimiento del ¿Por qué? Acudir al control prenatal	234
Cuadro 21. Cuidados necesarios durante el embarazo	236
Cuadro 22. Orientaciones que le han sido de mayor utilidad	237
Cuadro 23. Adolescentes según grupos de edad e información comprensible	240
Cuadro 24. Adolescentes según grupos de edad y agradecimiento por la importancia de su autocuidado	242
Cuadro 25. Adolescentes según grupos de edad y gratitud hacia quienes le dieron la información	243
Cuadro 26. Adolescentes según grupos de edad y motivación de auto cuidarse	244
Cuadro 27. Adolescentes según grupos de edad y confianza - serenidad al dar la información	245
Cuadro 28. Adolescentes según grupos de edad y optimismo por la importancia de la información para su autocuidado	246
Cuadro 29. Adolescentes según grupos de edad y coincidencia de las expectativas y necesidades con la información	247
Cuadro 30. Adolescentes según grupos de edad e inquietud y temor por la información	248

Cuadro 31. Adolescentes según grupos de edad e inquietud y falta de claridad o de orden en la información	250
Cuadro 32. Adolescentes según grupos de edad y nerviosismo o angustia por la información proporcionada	251
Cuadro 33. Principales características de las adolescentes según conglomerado de clasificación	256

Introducción

El conocimiento es la mezcla de experiencia, valores, información y “saber hacer” que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información y es útil para la acción.
(Davenport y Prusak, 1999)

I. Importancia de la gestión del conocimiento en el ámbito de la salud pública

El enfoque de la gestión del conocimiento, en su inicio, estuvo dirigido a la creación y mantenimiento de contenedores de información. Posteriormente resaltó la importancia en las personas y la cultura de la institución. En la actualidad, la institución es un aliado de la generación del conocimiento individual de sus empleados y su énfasis está en compartir los elementos que hacen posible la generación del conocimiento. (Archanco, 2013, p. 5-6)

La importancia de la gestión del conocimiento en la salud pública está relacionada con las “capacidades de los individuos de actuar y resolver problemas con la información disponible y con la creación de flujos de información y comunicación altamente flexibles y cambiantes.” (Urra, 2008, p. 11)

Lo anterior, “exige una respuesta de los actores involucrados y un ciclo de creación de conocimientos para la acción, en forma mucho más rápida a partir de nuevos conocimientos creados”. Es decir, se trata de un “balance entre la eficiencia y la eficacia para resolver sus problemas usando la información y el conocimiento.” (Urra, 2008, p. 11)

Por consiguiente, de acuerdo con Urra, la gestión del conocimiento en una institución busca perfeccionar en forma continua la infraestructura técnica, logística y organizacional; garantiza su uso eficiente y seguro; fortalece la interacción de una red intra e interinstitucional; logra la sostenibilidad del

sistema mediante actualización de recursos y su uso racional; controla y evalúa en forma sistemática los avances de acuerdo con metas establecidas como elemento natural de los procesos (Urra, 2008, p. 110).

Otro aspecto importante de mencionar es que la gestión del conocimiento propicia mecanismos que facilitan el establecimiento de una red de relaciones adecuadas, mediante la cual se posibilita la activación de la dimensión colectiva del conocimiento y, con ello, la promoción de su generación y transferencia en forma contextualizada y con pertinencia cultural.

La gestión del conocimiento produce la interacción de los individuos lo que permite la articulación del conocimiento explícito y tácito, promoviendo la creación de un sentido de comunidad entre los usuarios, usuarias y proveedores, ayudándoles a mantenerse actualizados en su campo de conocimiento.

Por su parte, la transferencia como elemento de la gestión del conocimiento consiste en un “proceso sistémico que implica flujos y direcciones diversas de circulación del conocimiento con la participación de múltiples proveedores de la institución.” (Zozaya, 2006, p. 4)

Como proceso, el objetivo de la transferencia del conocimiento en la sociedad “no es solo informar y difundir, sino es transformar el entorno en la búsqueda del quehacer innovativo, creativo y de la multidisciplinariedad.” (Zozaya, 2006, p. 4)

II. Planteamiento del problema

Guatemala cuenta con una población de 14,636,487 habitantes, compuesta por 48.9% hombres y por 51.1% mujeres. La población entre los 10 y 14 años es de 1,981,231 que equivale al 13.54 % de la población, mientras que en las

edades de 15 a 19 años, el total es de 1, 728,635 que equivale al 11.81 % de la población (INE, 2014, pp. 6-9).

Con relación a la fecundidad, en el grupo etario de 15 a 19 años, en Guatemala, en los “años 1988-1993 se encontró que fue de 129 nacimientos por 1000 y para el período 2003 – 2008 la fecundidad en este mismo grupo, bajó a 101 nacimientos.” (MSPAS, 2009, p. 82)

En ese mismo período, en el “grupo de 10 a 19 años, (que representa un 12.3% del total de la población), reportó un 21 % estar embarazada o ya haber tenido al menos un hijo o hija” (MSPAS, 2009). Es decir, que en este grupo se observó un inicio prematuro de relaciones sexuales y con ello un incremento a los riesgos de embarazos no deseados, mortalidad materna y neonatal.

En el año 2011, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia reportó que el 50% de las mujeres jóvenes inicia una unión formal o consensual antes de los 20 años y que la gran mayoría de mujeres unidas de 15 a 19 años no desea tener un hijo en los dos años siguientes, sin embargo solo el 18% usa un método anticonceptivo efectivo.” (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011, p. 1)

En el año 2009, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala –MSPAS-, “reportó 206,947 partos, de los cuáles el 19.3% fue en adolescentes (39,928) y de éstos el 0.77% (1,601) ocurrió en niñas entre los 10 y 14 años.” (MSPAS, 2010, p.10)

En aspectos nutricionales, las “anemias por deficiencia de hierro en mujeres en edad reproductiva, es de 23%, con mayor prevalencia en las adolescentes (15 - 19 años) y en embarazadas 24%.” (MSPAS, 2010, p. 10)

Las Naciones Unidas han considerado la mortalidad materna como un problema de salud pública. Guatemala ocupa el tercer lugar en razón de mortalidad materna en la región de las Américas. Entre el “año 2000 al 2007 la Razón de

Mortalidad Materna (RMM) varió desde 153 a 139.7 mujeres fallecidas x 100,000 nacidos vivos.” (MSPAS, 2003, p. 29)

En países desarrollados como “Canadá y EEUU la Razón de Mortalidad Materna –RMM- es de 9 mujeres fallecidas por 100,000 nacidos vivos”; observándose un gran contraste en comparación con otros contextos como “Guyana y Haití que reportan 280 y 350 mujeres fallecidas por 100,000 nacidos vivos”, respectivamente (CEPAL, 2010, p.1).

Se define la muerte materna como:

... la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independientemente del sitio y la duración del mismo, debida a cualquier causa relacionada o agravada con el embarazo, o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (MSPAS, 2010, p. 10).

“Las causas de mortalidad materna más frecuentes son: hemorragia durante el parto y puerperio inmediato, hipertensión inducida por el embarazo y sepsis y complicación de aborto en condiciones de riesgo.” (MSPAS, 2010, p.10)

Las “adolescentes entre los 10 a los 19 años de edad son en la actualidad uno de los segmentos poblacionales de mayor riesgo biológico y vulnerabilidad social”. Expuestas a experimentar “partos prematuros, bajo peso de neonatos, mortinatos, aborto e incluso la muerte representando altos costos para el sistema de salud en lo que concierne a su funcionamiento y recursos.” (Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, 2010, p. 25)

En Guatemala existen leyes nacionales que otorgan un significativo grado de “protección legal a las mujeres y que contribuyen a la prevención de las muertes maternas; entre ellas está la Ley de Maternidad Saludable” que declara:

... de urgencia nacional apoyar acciones para reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal, con el interés de mejorar la salud y calidad de vida de mujeres y recién nacidos a través del acceso universal, oportuno y gratuito a información y servicios de calidad”.
(Decreto 32-2010: artículo 2)

Por otra parte el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, posee el Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010 – 2015; Normas de Atención del Embarazo, Parto y Puerperio; Guía para la implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal (calificada con enfoque de género y con pertinencia cultural, en los servicios institucionales de atención del parto). Documentos actualizados que dictan pautas y directrices para la prestación de atención del embarazo, parto y puerperio en la red de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Para el abordaje del problema de la mortalidad materna y neonatal, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, adoptó el “Modelo de las Demoras” que es el Modelo de Maine modificado con cuatro demoras, que tienen como finalidad identificar las barreras que encuentran las mujeres para acceder y utilizar los servicios.

En este modelo, la primera demora se refiere al desconocimiento que tienen las mujeres, familias y comunidad de los signos y señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres durante el embarazo, parto, post parto y del recién nacido.

La segunda, a la oportunidad de la decisión y de la acción en caso de identificar riesgo; la tercera, al acceso a la atención y a la logística de referencia y la cuarta, a la calidad de la atención (MSPAS, 2010).

Las intervenciones y acciones por realizar en la primera demora comprenden temas relacionados con maternidad saludable, mediante estrategias de información, educación y comunicación (MSPAS, 2010, p. 11).

De acuerdo con las normas de cuidado del segundo nivel de atención, se debe informar a la mujer sobre las señales de peligro, explicar la importancia de las pruebas de VIH y sífilis, además de ayudar a la embarazada a preparar su plan de emergencia familiar y comunitario.

El presente estudio se orientó a identificar los mecanismos de cómo se realiza la gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal dirigida a la adolescente primigesta, considerando el contenido establecido en las intervenciones y acciones que se deben realizar en la primera demora.

Es importante mencionar que los determinantes y condicionantes de la muerte materna no solo corresponden a factores médicos, sino también a factores sociales, económicos, culturales, cognoscitivos, actitudinales y cuya ocurrencia se relaciona también con el entorno político. Por ello, se necesitó conocer el contexto en el que se realiza la práctica y la forma cómo se gestiona y transfiere el conocimiento desde la perspectiva de los actores involucrados, que son los proveedores del servicio y la adolescente primigesta.

El problema de estudio se expresó con las preguntas siguientes:

- ¿Cómo se gestiona y transfiere el conocimiento en la atención prenatal dirigida a adolescentes primigestas?
- ¿Quién o quiénes producen el conocimiento utilizado?
- ¿Quién o quiénes transfieren el conocimiento?
- ¿Cómo utiliza la usuaria el conocimiento transferido?
- ¿Cuáles son las motivaciones para la transferencia del conocimiento?
- ¿Qué tipos de mecanismos de gestión y transferencia deben ser utilizados en la atención prenatal de la adolescente primigesta?

- ¿Cuáles son los elementos para la conversión del conocimiento tácito a explícito en la gestión del conocimiento en la atención prenatal?
- ¿Cuáles son los elementos de un modelo para la transferencia del conocimiento en la atención prenatal de la adolescente primigesta?

El lugar donde se realizó el estudio fue en el Centro de Salud Centroamérica, tipo B, que pertenece al segundo nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y que abarca un área de influencia popular en la ciudad de Guatemala.

III. Objetivos de la investigación

Objetivo General

El objetivo general de la investigación fue: describir cómo se realiza la gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal dirigida a adolescentes primigestas.

Objetivos Específicos

Los objetivos específicos fueron: identificar los mecanismos que se dan en el proceso de la gestión y transferencia del conocimiento, desde la perspectiva de los actores involucrados. Identificar las emociones y valores que experimentan las adolescentes primigestas en la atención prenatal. Proponer elementos de un modelo para la transferencia del conocimiento en la atención prenatal a la adolescente en los servicios de salud. Proponer elementos para la conversión del conocimiento tácito a explícito en la gestión del conocimiento en la atención prenatal.

IV. Justificación

La justificación de esta investigación radicó en la importancia de la gestión y la transferencia del conocimiento, como herramientas que permiten la movilización de capacidades de los proveedores, la institución y la comunidad para facilitar a las mujeres embarazadas los conocimientos e información para utilizarlos efectivamente y, de esta forma, responder a las necesidades de su salud, fomentando el autocuidado durante el embarazo.

La atención prenatal es la oportunidad que tienen los proveedores para informar a la embarazada cómo identificar los signos y señales de peligro durante el embarazo, prepararlas para el parto e informarlas sobre el cuidado del recién nacido. También es el espacio donde las mujeres embarazadas pueden resolver dudas, aprender a identificar factores de riesgo, recibir asesoría, ubicar los servicios a donde pueden acudir en caso de emergencia.

El grupo sujeto de estudio estuvo constituido por proveedores del servicio de atención prenatal y adolescentes primigestas que acudieron al centro de salud solicitando este servicio y que dieron su consentimiento informado para participar.

V. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación correspondió a un enfoque multimodal. Este tipo de abordaje en la investigación en salud, a pesar de pertenecer a paradigmas diferentes su combinación permite una comprensión más profunda del fenómeno en estudio.

El diseño implicó la recolección y análisis de datos cualitativos, construcción del instrumento cuantitativo, obtención y análisis de datos cuantitativos.

La recolección y análisis de datos cuantitativos se construyó sobre la base de los resultados cualitativos, su triangulación y de la revisión de literatura realizada.

VI. Enfoque Cualitativo

La etnometodología fue el método que se utilizó en el enfoque cualitativo. Se seleccionó porque “considera los hechos y el mundo de la vida, para dar palabra al actor y a las circunstancias en donde él actúa.” (Gil, 2007, p. 90)

Este acercamiento etnometodológico permitió identificar la realidad de los elementos y circunstancias en las que se provee la atención prenatal en el servicio de salud en donde se realizó la investigación.

El estudio posibilitó el análisis de las realidades subjetivas de los proveedores del servicio de atención prenatal y de las adolescentes primigestas, lo que propició el abordaje a profundidad de significados encontrados. Mediante la individualización de la acción y a través de las palabras se pudo saber que la práctica fue ejecutada en circunstancias únicas.

El modelo de investigación utilizado para recolección y análisis de información obtenida con los proveedores de salud fue el desarrollado por Spradley entre 1979 y 1980, llamado Secuencia de Desarrollo de la Investigación, el cual pone de manifiesto la recolección y análisis de datos entrelazándose durante todo el proceso investigativo y se describe en el capítulo II.

VII. Técnicas cualitativas

Las técnicas utilizadas fueron visitas a la institución, observación, grupo focal, entrevistas a profundidad que requirieron varias sesiones. Se seleccionaron en virtud del contexto, la necesidad de entablar una comunicación y de crear relaciones tanto con los miembros del servicio como con las adolescentes

primigestas. Se consideraron cinco fases de la investigación cualitativa y se desarrollaron en forma horizontal y entrelazada. Estas fases se describen en forma detallada en el capítulo II y su esquema se adjunta en anexos.

Se consideraron tres momentos para el análisis cualitativo. En el primer momento se revisó la literatura y la inmersión en el campo, la interpretación contextual, elaboración de preguntas e instrumentos y realización del grupo focal. En el segundo momento se obtuvieron los datos cualitativos mediante entrevistas a profundidad y su análisis e interpretación correspondiente. Luego se dio otro momento que consistió en la utilización de los resultados para generar otras preguntas y volver al campo para obtención de la información respectiva.

VIII. Abordaje Cuantitativo

El abordaje cuantitativo fue descriptivo, no se formularon hipótesis porque no se requería pronosticar un hecho o un dato; sino dar respuesta al segundo objetivo específico que requería la identificación de las emociones y valores que experimentan las adolescentes primigestas en la atención prenatal.

El instrumento cuantitativo utilizado abarcó categorías emergentes que fueron las emociones y valores, que luego se constituyeron en las variables y los segmentos de contenido, es decir los reactivos por cada categoría; se validó y se administró el instrumento, tabularon datos, se interpretaron y analizaron resultados cuali y cuantitativos, procediendo a la elaboración del informe final. La investigación se condujo básicamente en un ambiente natural.

IX. Técnica cuantitativa

La técnica cuantitativa utilizada fue la encuesta, las fases desarrolladas fueron cinco y se describen en el capítulo II. Su esquema se adjunta en anexos.

Para el procesamiento de datos se utilizó el *software SPSS*. Se resumieron las variables estudiadas mediante porcentajes y promedio. Para identificar los valores y las emociones de las adolescentes según grupos de edad se relacionaron todas las variables estudiadas y se analizó el comportamiento de las mismas, a fin de caracterizarlas.

Se realizó análisis de Clúster Jerárquico para identificar la existencia de grupos de adolescentes con características similares. Posteriormente se aplicó el método de *Ward*, que garantizó la formación de grupos homogéneos internamente y heterogéneos entre los mismos y como medida de distancia se tomó la Euclidiana al cuadrado. Para caracterizar cada uno de los conglomerados se estimaron proporciones de todas las variables estudiadas y se determinó dentro de cada grupo la característica más frecuente. Los resultados se presentaron en cuadros.

Este estudio fue pertinente porque la mortalidad materna en el grupo de adolescentes es una realidad que debe ser cambiada y una de las intervenciones preventivas para la evitabilidad de la muerte materna es el adecuado control prenatal, el cuál debe iniciarse en el primer trimestre de embarazo y para ello se requiere conocer subjetividades de las usuarias y del prestador de servicios de salud, así como aspectos en la práctica médica que deben transformarse en la prestación de servicios en función de la salud de la adolescente primigesta.

X. Actualidad y novedad de la investigación

Lo novedoso, original, relevante e inédito consistió en adoptar la gestión del conocimiento como proceso aplicado a la salud pública para usar y crear conocimiento en una dinámica orientada a la promoción, prevención y/o solución de problemas de salud en la adolescente primigesta.

La gestión del conocimiento es un tema de actualidad y creciente importancia para aumentar la competitividad de la empresa y la eficacia del sector público.

En el presente estudio se explora desde el ámbito de los servicios de salud y se considera como el aprovechamiento sistemático de la información y la experiencia para innovar, mejorar la práctica, la calidad y productividad del servicio.

A través del estudio de la gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas se innovó la orientación de otros investigadores en su intento de generar marcos interpretativos y explicativos de la mortalidad materna en Guatemala.

XI. Aportes de la tesis

El estudio propone la gestión y la transferencia del conocimiento como herramientas que permiten generar conocimiento y capacidades tanto de infraestructura, procesos y recursos humanos mediante una dinámica de interacción entre proveedores y usuarias, orientada a la prevención y/o solución de problemas de salud, que en el caso de este estudio fue la atención prenatal dirigida a adolescentes primigestas y relacionado con la primera demora.

Se plantean los mecanismos encontrados en la institución, para la gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal correspondiente a la primera demora; como parte de las intervenciones y acciones propuestas en el Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna y neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva 2010 - 2015.

Se identificaron factores que favorecen y obstaculizan la transferencia del conocimiento en la atención prenatal dirigida a la adolescente.

Se proponen elementos para la construcción de un modelo de transferencia del conocimiento para la prestación de servicio en la atención prenatal a la adolescente, mediante la utilización y reutilización del conocimiento contextualizado y con pertinencia cultural, lo que conlleva a la transformación de la práctica médica.

Se sugieren elementos para la conversión del conocimiento tácito a explícito en la atención prenatal, producto del establecimiento de una red de relaciones institucionales que facilitan la creación de conocimiento colectivo de forma contextualizada y con pertinencia cultural.

Se propone la gestión del conocimiento como herramienta que favorece el aprendizaje organizacional, partiendo de activos intangibles para generar capital intangible o capital intelectual. Mediante la conversión del conocimiento tácito en explícito.

Se identificaron emociones y los valores de las adolescentes en la atención prenatal, que pueden ser factores de riesgo o ejes motivacionales, conocimiento fundamental para generar estrategias que permitan incidir en forma positiva a mejorar la situación de salud de las adolescentes primigestas ofertando una atención ética, humanizada, contextualizada y con pertinencia cultural.

CAPITULO I

Fundamentación teórica para el estudio de la gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal

Este capítulo aborda la fundamentación teórica de la gestión del conocimiento desde su inicio hasta la actualidad. Se expone el concepto y mecanismos de la transferencia del conocimiento como elemento de la gestión. Para abordar las estrategias para la reducción de la mortalidad materna se presenta el modelo de las demoras por medio del cual se analiza la muerte materna en Guatemala. Se describe la atención prenatal personalizada y reenfocada que se presta en un servicio de salud. Se definen, además, los conceptos de interculturalidad, pertinencia cultural y la adecuación cultural en salud. Asimismo, se aborda la importancia de las emociones y valores como ejes motivacionales en la adolescencia.

1.1 Gestión del conocimiento

1.1.1 Delimitación conceptual del conocimiento

El conocimiento es el “conjunto de experiencias, valores, información, percepciones e ideas que crean una estructura mental para evaluar e incorporar nuevas experiencias, ideas e información, siempre que permita comparar consecuencias, conectar y conversar.” (Davenport y Prusak, 1998, p. 5)

Un dato por sí mismo no tiene relevancia o propósito. A diferencia de los datos, la información tiene significado. “Los datos se convierten en información cuando se les añade valor”, es decir “cuando se contextualizan, categorizan, se analizan matemática o estadísticamente, o se resumen de forma concisa.” (Davenport y Prusak, 1998, p. 5)

Cada sociedad confiere al “conocimiento un significado producto de construcciones sociales, que articuladas con sus contenidos axiológicos

generan esquemas de decisión que son utilizados por los sistemas sociales para administrar el saber, lo que permite valorar, estimular, censurar o reprimir ciertas formas de conocimiento.” (Planea, 2009, p. 88)

En los últimos años, el mundo no solo ha cambiado sus métodos y técnicas para gestionar el conocimiento, sino también sus criterios de cómo valorarlo.

La palabra gestión se define como “el proceso mediante el cual se obtiene, despliega o utiliza una variedad de recursos básicos para apoyar los objetivos de la organización.” (Koontz, Weihrich, 1994, p. 32)

En la práctica, es complejo trazar una línea divisoria entre la gestión de la información y la gestión del conocimiento. La gestión de información es todo lo que tiene que ver con “obtener la información correcta, en la forma adecuada, para la persona indicada, al costo adecuado, en el momento oportuno, en el lugar indicado para tomar la acción precisa.” (Woodman,1985, p. 145)

Hill (2000) indica que la gestión de la información debe garantizar que esté disponible para cada persona de la organización en el momento requerido.

Para lo anterior, menciona las siguientes tareas:

- implantar sistemas para conservar, organizar y recuperar información interna: de carácter técnico, informes, o cualquier tipo de información
- garantizar el acceso a la información externa ya sea en formato electrónico o no, incluyendo el acceso a la Web
- mantener sistema de expertos sobre la información actualizada en lo referente a limitaciones, legislación, condiciones de uso, explotación de la información por lo concerniente a propiedad intelectual y protección de datos
- desarrollar sistemas modernos y flexibles de diseminación selectiva de la información

- crear y mantener sistemas de comunicación rápida y eficaz entre los miembros de la organización
 - evaluar continuamente el sistema de información para mantener la calidad esperada y eliminar los recursos de información subutilizados.
- (Hill, 2000, s/n)

En la página web de la *Enciclopedia Cubana en la Red* –ECURED- se define la gestión de la información como el proceso mediatizado por un conjunto de actividades que permite la obtención de información, lo más pertinente, relevante y económica posible, para ser usada en el desarrollo y el éxito de una organización.

De acuerdo con la literatura revisada, hay autores que supeditan la gestión de la información a la gestión del conocimiento, pero la autora de este estudio considera que ambas se complementan.

1.1.2 Clases de conocimiento

Según Foray y Lundvall, (1996), se distinguen cuatro diferentes clases de conocimiento: saber qué, saber por qué, saber cómo, saber quién. Situación importante de especificar en un proceso de transferencia del conocimiento. A continuación se describen:

El **saber qué** para ellos es cercano a lo que conocemos como información, se refiere a hechos. Este conocimiento es indispensable para profesiones tal es el caso de los médicos y abogados (Foray y Lundvall, 1996, p. 20).

El **saber por qué**, comprende el conocimiento científico de principios y leyes de movimiento en la naturaleza, en la mente humana y en la sociedad. Este conocimiento es importante para el desarrollo tecnológico. El acceso a este conocimiento requiere del avance de la

tecnología y la reducción de la frecuencia de errores en pruebas de ensayo y error.

Según Foray y Lundvall, su producción y reproducción es llevada a cabo por organizaciones especializadas, a través del reclutamiento de personal entrenado científicamente o en laboratorios o universidades (Foray y Lundvall, 1996, p. 20).

Saber cómo, se refiere a aptitudes, es decir a la habilidad de hacer algo. Se puede relacionar con la producción, pero también en otras actividades del ámbito económico como es el hombre de negocios que juzga las perspectivas del mercado para un nuevo producto o el gerente de personal que selecciona y entrena trabajadores (Foray y Lundvall, 1996, p. 20).

Saber quién, se refiere a la mezcla de diferentes clases de habilidades, entre ellas las llamadas habilidades sociales; que permiten tener acceso al experto y usar su conocimiento eficientemente. Implica información acerca de quién sabe qué y quién sabe cómo hacer qué (Foray y Lundvall, 1996, p. 20).

El dominio de estas clases de conocimiento se realiza por medio de diversos canales para la externalización del conocimiento. El desarrollo del saber qué y el saber por qué puede obtenerse mediante lectura de libros, accediendo a bases de datos, asistiendo a lecciones, congresos, investigación e innovación.

El saber cómo, es producto de relaciones del tipo maestro-aprendiz, que puede implicar trabajo de campo y de laboratorio; o a través de años de experiencia en la práctica cotidiana, mediante el aprender-haciendo y el aprender interactuando con colegas (Foray y Lundvall, 1996, p. 21).

El saber quién se basa en la experiencia a través de la práctica social, también a través de la educación especializada, como lo es por medio de intercambio de información con los colegas, o mediante comunidades de expertos que mantienen relaciones informales, reuniones de alumnos, sociedades profesionales (Foray y Lundvall, 1996, p. 20-21).

1.1.3 La sociedad del conocimiento y capital intelectual

Según Argote (2000), a partir del último decenio del siglo veinte se ha venido configurando un nuevo modelo de sociedad, denominada sociedad del conocimiento y se caracteriza por “incorporar como uno de los principales componentes de las relaciones de producción al conocimiento organizacional inclusive más allá de la Tierra (Recursos Naturales), el Capital (Recursos Financieros) y el Trabajo (Recursos Humanos), tradicionales variables de la función de producción” (p. 151).

Taichi Sakaiya en 1995, popularizó la expresión sociedad del conocimiento para describir su visión de la estructura de la sociedad venidera, en una anticipada historia del futuro (Boisier, 2002, p. 60).

El saber hacer siempre ha sido un activo altamente valorado en la sociedad y en las empresas pero nunca como ahora. En tal sentido, Grant (1996), explica que en el nuevo siglo se introdujo de lleno en la cultura del conocimiento, debido a que cada día adquiere más valor el patrimonio intelectual, entendido este como el conjunto de informaciones que reportan ventajas competitivas sobre los demás (p. 375).

Según Sveiby (2000), “el principal valor de las empresas ya no reside en su capital tangible, sino en lo que se coincide en llamar capital intelectual o capital intangible.” Este es un nuevo valor que le “proporciona una clara ventaja competitiva sobre las demás y justifica la diferencia, entre su valor en el

mercado y su valor contable.”La cualificación de los empleados de una empresa (como capital intangible) estará “directamente relacionada con el valor de mercado de la misma” (p. 73).

Con relación al capital intelectual, Ordoñez (1999) refiere que se compone de múltiples factores que giran en torno a un nuevo concepto, “el de la información, y el del conocimiento.” Se trata de “activos poco cuantificables, como la formación técnica o especializada de los empleados, su experiencia, los índices de fidelidad de sus clientes, la propiedad intelectual, las patentes, las nuevas formas de hacer negocios o las técnicas para captar nuevos clientes, o de proveer servicios” (p. 2).

La organización para ser competitiva de forma sostenida en el tiempo, deberá “identificar, crear, almacenar, transmitir y utilizar de forma eficiente el conocimiento individual y colectivo de sus trabajadores” (Serradell y Pérez, 2003) y de esta forma poder resolver problemas, mejorar procesos o servicios y sobre todo, aprovechar nuevas oportunidad de negocio (p. 11).

Con base en lo anterior, la producción de conocimiento sobre los condicionantes y determinantes de la situación de salud, debe ser base fundamental en los procesos de toma de decisión sobre prioridades y asignación de recursos.

1.1.4 Objetivo y beneficios de la Gestión del Conocimiento

Según Sakaiya (1991), la gestión del conocimiento nace como consecuencia de cambios que aparecen en el escenario social y empresarial en donde una ética y una estética diferentes conducen a una sociedad a nuevos paradigmas. La sociedad de la información existe y significa abundancia de saber y quienes crean el conocimiento como valor son los propietarios y los trabajadores. El

conocimiento requiere ser personalizado, por lo que la gestión burocrática de la organización será reemplazada por el manejo del mercado (pp. 241-264).

El desarrollo de la gestión del conocimiento ha sido gradual y sistemático con un objetivo claro: proporcionar valores añadidos a las empresas.

El objetivo básico de la gestión del conocimiento es la creación del valor, independientemente del capital intelectual, de difícil cuantificación en los balances. La gestión del conocimiento persigue mejorar los resultados de la empresa en el corto, mediano y largo plazo, en definitiva obtener mayores beneficios.

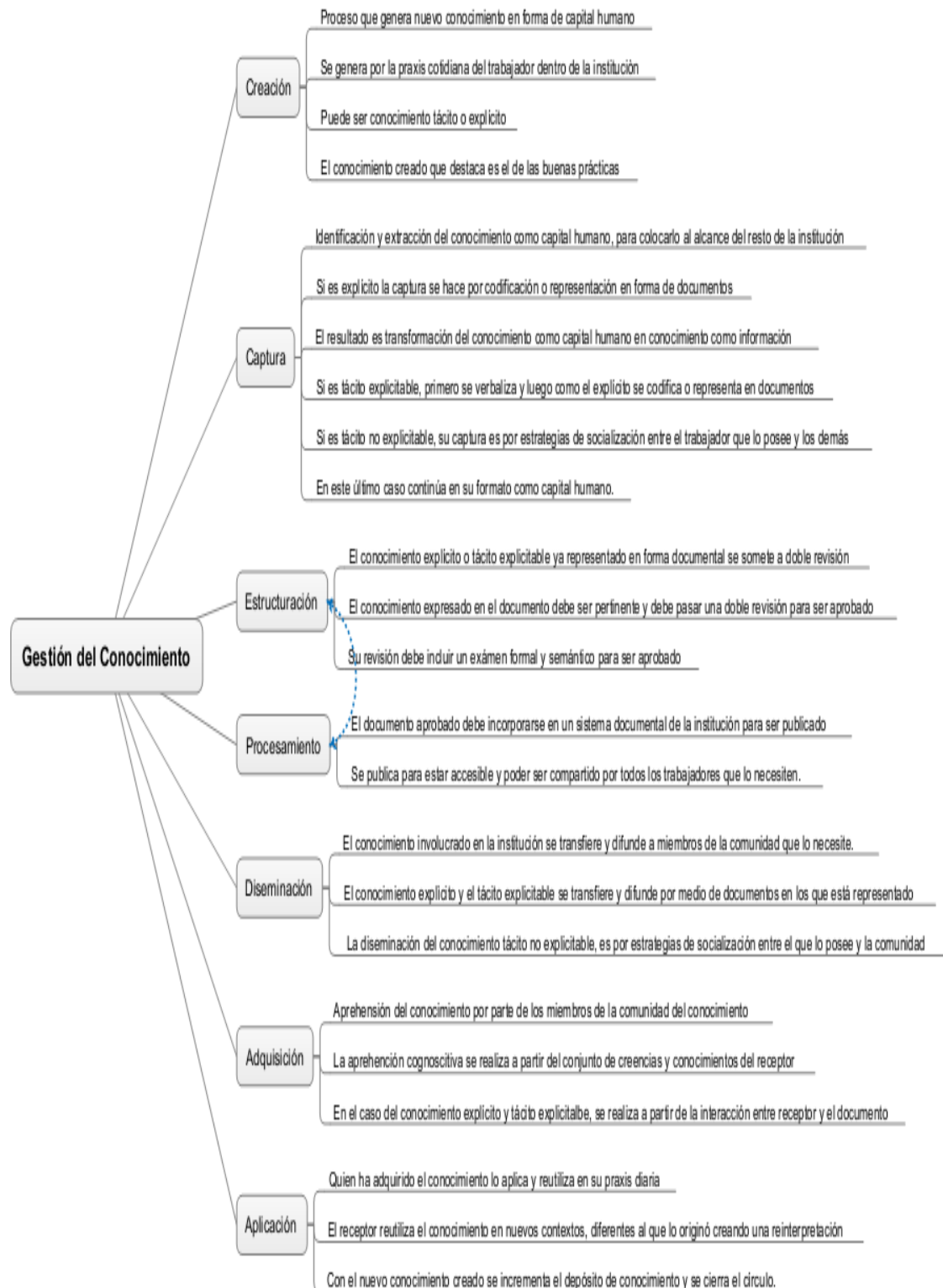
El valor que proporciona permite una eficaz circulación de las ideas o las informaciones y, muy especialmente, del llamado conocimiento tácito, que es la verdadera fuente de competitividad y sostenibilidad de las empresas y de progreso en las sociedades avanzadas.

Una de las tareas prioritarias de la gestión del conocimiento, según Roldán (2000) es la definición de los beneficios que se pueden alcanzar y que suelen variar en función de las estrategias de cada organización y que fundamentalmente se basan en los siguientes objetivos: mejorar procesos, generar innovación y desarrollo de nuevos servicios y productos, mejorar relación con los clientes.

Las aportaciones que la gestión del conocimiento ha dotado a las empresas son las siguientes:

Fomento de la Investigación y el Desarrollo I + D y orientación hacia la innovación. Mayor conocimiento e información de los mercados y de los clientes. Valoración de las personas y el fomento de la cultura corporativa. Alineación de los procesos y sinergias con la estrategia del negocio (Martínez, 2011, p. 24).

Figura 1. Procesos en la gestión del conocimiento.



Fuente: Elaboración propia. Adaptado de (Pérez-Montoro, 2005, p 11).

En el campo de la salud pública, la producción de conocimientos en los servicios de salud, “debe de ser permanente y en función a los problemas observados en el quehacer cotidiano y a la elaboración, aplicación y evaluación de soluciones para dichos problemas.” (OPS, 1992, p. 41)

Por consiguiente, la gestión del conocimiento en un servicio de salud debe identificar y caracterizar el conocimiento existente ya sea tácito o explícito.

Un ejemplo de lo anterior, aplicado a la Nueva Salud Pública, se encuentra en el desarrollo que ha tenido la Oficina Sanitaria Panamericana. Después de la emisión, aprobación y ratificación del Código Sanitario Panamericano en 1924, se comienzan a “generar dinámicas de necesidad de nueva información y conocimiento para responder a problemas en salud pública”, que en “gestión de información y conocimiento generan nuevas formas de organización, planificación y dirección.” (Parra, 2005, p. 8)

El surgimiento de esta organización es con “responsabilidad colectiva con conocimiento colectado, creado, discutido, acordado y difundido”, puesto en práctica por todos los países de la región, haciendo crecer de esta forma la espiral del conocimiento hacia una retroalimentación (Parra, 2005, p. 8).

Toda la información local, estadísticas nacionales y el saber logrado por experiencias nacionales y locales se han convertido en saber e información universal.

El “poder del conocimiento se ve reflejado en las resoluciones emanadas de las conferencias que han servido como referentes a medidas sanitarias de países miembros que asumen” este conocimiento como propio para mejorar la salud pública (Parra, 2005, p. 9).

La calidad de la comunicación y el manejo de la información y el conocimiento ha demostrado también cómo la comunidad de las Américas ha sabido aprovechar la comunicación humana como un activo.

La gestión del conocimiento y de la información le ha permitido a las organizaciones obtener resultados de procesos efectivos como son: “tener la capacidad de operar con autonomía, tener resultados positivos en el control de enfermedades, contar con evidencias de cambios ocasionados en países miembros.” (Parra, R. 2005, p. 10)

1.1.5 Gestión del conocimiento

La gestión del conocimiento se refiere a un “proceso sistémico y específico de una organización, cuya finalidad es adquirir, organizar y comunicar, tanto el conocimiento tácito como el explícito de los empleados” (Gil, López, Molina y Bolio, 2011). Con el objetivo de ser utilizado por otros empleados y de esta forma ser más productivos y eficaces en su trabajo (p. 232).

Lo anterior, implica un proceso que permite determinar las necesidades de conocimiento en la actualidad y en el futuro de la organización, identificar y suplir las carencias; garantizar la aplicación del mismo con eficacia y eficiencia de manera productiva; contribuyendo al alcance de las metas y objetivos planteados para la transformación de la realidad objetivo.

La gestión del conocimiento requiere conocer las capacidades institucionales y la “estrategia de la organización donde va a ser desarrollado.” (Agencia Nacional de Infraestructura, 2012, p. 10)

En todo tipo de empresas la transferencia efectiva de conocimiento tácito juega un importante rol para alcanzar las metas de desempeño. “La transferencia del conocimiento tácito es facilitada por la relación interpersonal intensiva, a diferencia del conocimiento explícito.” (Guaderrama y Arroyo, 2011, p.10)

La gestión del conocimiento: “...es un hecho social con base en la experiencia colectiva de sus empleados.” Comprende los “procesos estratégicos de producción, difusión, transferencia y popularización.” En la producción de conocimientos es importante la “recopilación de datos, procesamiento, clasificación y documentación.” (Davenport y Prusak, 1998, p. 5)

Para la difusión y transferencia del conocimiento organizacional, se debe identificar ¿cómo se disemina el conocimiento?, ¿cómo se realizan los procesos de enseñanza aprendizaje y el intercambio de experiencias?.

Posterior a esta identificación de mecanismos, se valida este conocimiento por medio de la aplicación práctica, donde se realiza la incorporación, provocando con ello una adopción, oficialización y registro de los mismos. En este momento puede generarse una innovación con respecto a lo establecido.

Davenport y Prusak (1998), definen el mecanismo del conocimiento dentro de las organizaciones como un proceso y lo dividen en tres etapas: codificación del conocimiento, transferencia del conocimiento y generación del conocimiento, como se presentan a continuación:

Figura 2. Mecanismos del conocimiento organizacional



Fuente (Davenport y Prusak, 1998, p 93).

Las organizaciones que desarrollan una gestión del conocimiento presentan rasgos comunes como los siguientes:

- Capacidad de cohesionar y generar sentimiento de identidad
- Sensibilidad al entorno con el fin de aprender y adaptarse
- Tolerancia con el pensamiento y la experiencia no convencional
- Precaución financiera, para retener los recursos que aseguran la flexibilidad imprescindible en el entorno (Fernández, 2000, p. 64).

Gibbons, et al, (1994) proponen dos modos en la producción del conocimiento que a continuación se definen:

Modo I: este modelo distingue entre lo fundamental y lo aplicado; esto implica una distinción operacional entre el núcleo teórico y otras áreas del conocimiento, tales como las ciencias de la Ingeniería donde las ideas teóricas se traducen en aplicaciones.

De esta manera, estas comunidades tratan de que sus teorías se vuelvan marcos de referencia obligados para todos los trabajadores de un campo determinado (Gibbons, et al, 1994, p. VII).

Modo II: el contraste relevante aquí es entre la solución de problemas siguiendo los códigos y la práctica a una disciplina en particular y la solución de problemas que se organizan alrededor de una aplicación particular. Las características de este modo son:

Contexto de aplicación: el conocimiento no será producido a menos y hasta que los intereses de varios actores estén incluidos. El conocimiento es útil a alguien. La producción se difunde a través de la sociedad.

Transdisciplinariedad: el conocimiento implica la integración de diferentes habilidades y la construcción de los marcos de conocimiento que se valen y van más allá de los campos disciplinarios.

Heterogeneidad: consiste en habilidades y experiencias que el personal proporciona. La composición del equipo de trabajo que se aboca a un problema cambia a través del tiempo, a medida que los requerimientos evolucionan.

No implica coordinación por parte de ningún organismo central sino se caracteriza por el incremento potencial de sitios en donde el conocimiento puede ser generado.

Flexibilidad: los grupos de trabajo están firmemente institucionalizados, el personal de enfermería se reúne en equipos temporales y en redes que se disuelven cuando el problema es resuelto o redefinido. A pesar de que los problemas son pasajeros y los grupos son de corta vida, el patrón de organización y comunicación persiste como una matriz a partir de la cuál futuros grupos y redes dedicados a problemas diferentes, serán conformados (Gibbons, et al, 1994, p. VII).

De acuerdo con lo expuesto por Gibbons, el Modo II, caracteriza de una mejor forma el quehacer en un servicio de salud pública, porque es interactivo, transdisciplinario, es reflexivo, fundamentado en valores e intereses de los grupos, su difusión es dirigida a diferentes contextos y su evaluación es en función a controles de calidad.

Figura 3. Comparación de características del Modo I y II de Gibbons

Características	Modo I	Modo II
	Modelo Lineal	Modelo Interactivo
Identificación necesidades para generar conocimiento	Problemas definidos en el ámbito académico	Se produce en un contexto de aplicación
Carácter	Es disciplinario	Es transdisciplinario
Forma organizacional	Formas de organización rígidas por las normas de la ciencia	Es heterogéneo y se da en formas de organizaciones diversas
Responsabilidad social	No es responsable socialmente	Es responsable socialmente y reflexivo (valores e intereses de otros grupos)
Formas divulgación del conocimiento	Se transmite en formas de publicación académica	Difusión sobre una amplia gama de lugares potenciales para la producción de conocimiento y de diferentes contextos de aplicación
Evaluación del conocimiento generado	Validado y evaluado por la comunidad de especialistas	Control de calidad (dimensiones cognitivas, sociales, económicas, ambientales y políticas)

Fuente: (Gibbons, 1994, p VII).

Basado en el análisis de la experiencia japonesa, relacionada con el enfoque organizacional, Ikujiro Nonaka e Hirotaka Takeuchi, en el año 1995, consideraron tres características para la creación de conocimiento en las empresas y se relacionan con la manera en que lo “tácito” pueda hacerse “explícito” y éstas son:

Expresar lo inexpresable

Diseminar el conocimiento

El nuevo conocimiento nace entre la bruma de la ambigüedad y la redundancia.

El conocimiento implícito o tácito es el conocimiento que no se ha documentado ni lo ha hecho implícito quien lo usa y controla. El conocimiento “codificado es potencialmente conocimiento compartido mientras el no codificado permanece individual hasta que se haya aprendido mediante interacción directa con el poseedor.” (Nonaka y Takeuchi, 1995, p. 82)

El objetivo de la “codificación del conocimiento es colocarlo en alguna forma legible entendible y organizada, para que pueda ser utilizado por todas las personas que necesiten de él.” (Rodríguez, 2006, p. 15)

Para Nonaka y Takeuchi, el contexto del trabajo “permite la construcción de un escenario de aprendizaje real, en el que los actores involucrados mediante la aplicación de la teoría en la práctica validan el conocimiento o producen conocimiento nuevo.” (Nonaka y Takeuchi, 1995, p. 82)

El “descubrimiento” del conocimiento es el “proceso que permite ampliar en cantidad y calidad un almacén de conocimiento” y se puede llevar a cabo a través de una “serie de eventos que incluyen la lectura, conferencias, escritura, trabajo en equipo, sueños diarios o trabajo en un equipo directivo.” (Cope, 2001, p. 12)

Un establecimiento de salud se convierte en un laboratorio de enseñanza-aprendizaje donde los proveedores y usuarios, en el caso de este estudio es la adolescente primigesta, son quienes mediante la relación práctica, al combinar información, contexto y experiencia convierten el conocimiento tácito en explícito y viceversa.

En el caso de la atención prenatal el proveedor transfiere el conocimiento tácito en la prestación del servicio y también el explícito al proveer información importante a la adolescente para su autocuidado y para la identificación de signos y síntomas de riesgo en su embarazo.

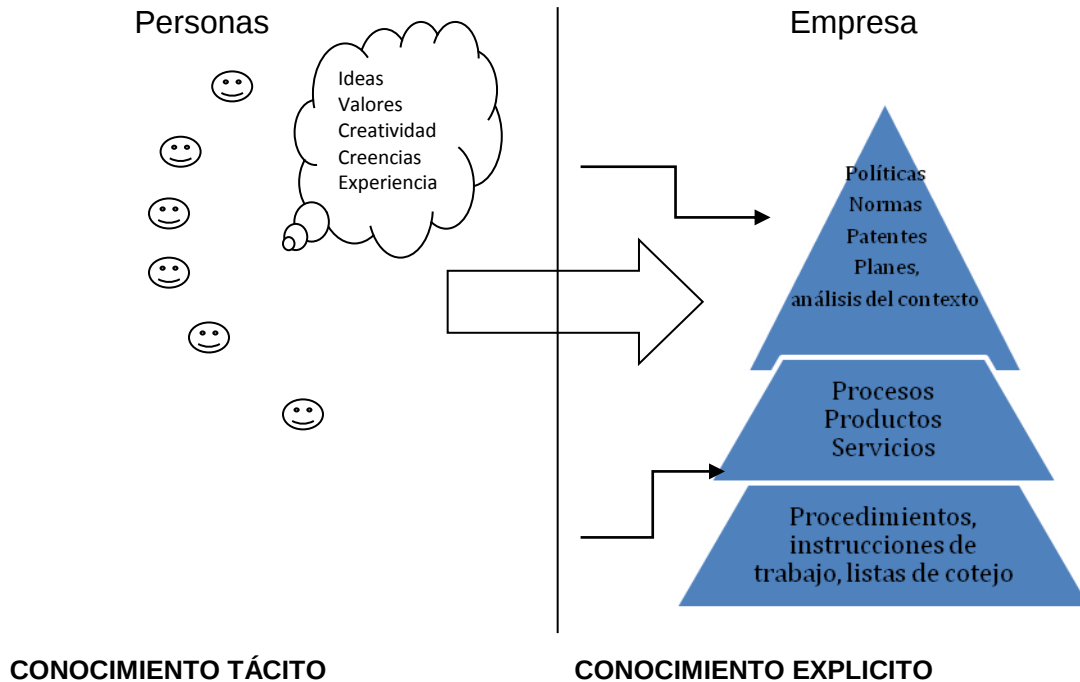
De igual forma sucede con la adolescente primigesta debido a que la importancia que dé a la información recibida va a depender del tipo de atención

proporcionada, la empatía con el personal que le atendió y si lo referido es acorde a su cultura, valores y creencias.

Todo servicio de salud debe de contar con un análisis sociocultural de la población de su área de influencia para comprender las diferencias, sus conocimientos, elementos terapéuticos y con base a ese conocimiento proporcionar los servicios de atención prenatal; de tal forma que la transferencia se desarrolle en forma efectiva.

A continuación se presenta el proceso de conversión del conocimiento tácito a explícito, de acuerdo con la propuesta efectuada por Nonaka y Takeuchi, en el año 1995. En esta gráfica se muestra cómo el conocimiento individual, pasa a formar parte del conocimiento colectivo de la empresa.

Figura 4. Conversión del conocimiento tácito a explícito



Fuente: (Nonaka, 2007, p.166).

Según Cope (2001) el descubrimiento del conocimiento es el proceso mediante el cual se amplía la cantidad y calidad del contenido de conocimiento y la difusión es el proceso que se genera para compartirlo con el objetivo de ampliar o mejorar el valor y la calidad del mismo.

1.1.6 Modelos de gestión del conocimiento

De acuerdo con el diccionario de español en línea, the free dictionary, un modelo es un esquema teórico que representa una realidad compleja o un proceso complicado y que sirve para facilitar su comprensión.

Para establecer un modelo es necesario definir elementos conceptuales, las propiedades y relaciones entre ellos.

Los modelos de gestión del conocimiento se complementan con otros que se fundamentan en la medición del capital intelectual, los cuales pretenden conocer con detalle el valor intangible de una organización a través de la cuantificación del capital intelectual en sí mismo para, una vez conocido éste, actuar consecuentemente con los objetivos de rentabilidad de la empresa u organización.

En la revisión bibliográfica los modelos de gestión del conocimiento encontrados son: KPMG Consulting (1987); Creación del Conocimiento (1995); Socio técnico (1998); Dinámico de rotación del conocimiento (1999); Integración de tecnología (2000). Uno de los objetivos de estos modelos es generar valor en las organizaciones.

Otros modelos encontrados se enfocan en la clasificación y medición del capital intelectual, entre ellos se mencionan: Balanced Business Scorecard (1992); Navigator de Skandia (1997); Technology Broker (1996); Canadian Imperial Bank (1996), Universidad de West Ontario (1996); Canadian Imperial Bank (1996); Dirección por competencias (1998); Intellect (1998); Nova (2000), entre otros.

Con excepción del modelo propuesto por I. Nonaka y H. Takeuchi, el resto de modelos coinciden, con mayor o menor dispersión y claridad, en establecer tres fases básicas en la implantación de cualquier sistema de gestión del conocimiento, estas son:

- a) Diagnóstico organizacional
- b) Diseño y desarrollo del sistema para la creación y gestión del conocimiento
- c) Evaluación y seguimiento de los resultados.

Figura 5. Modelos de gestión del conocimiento

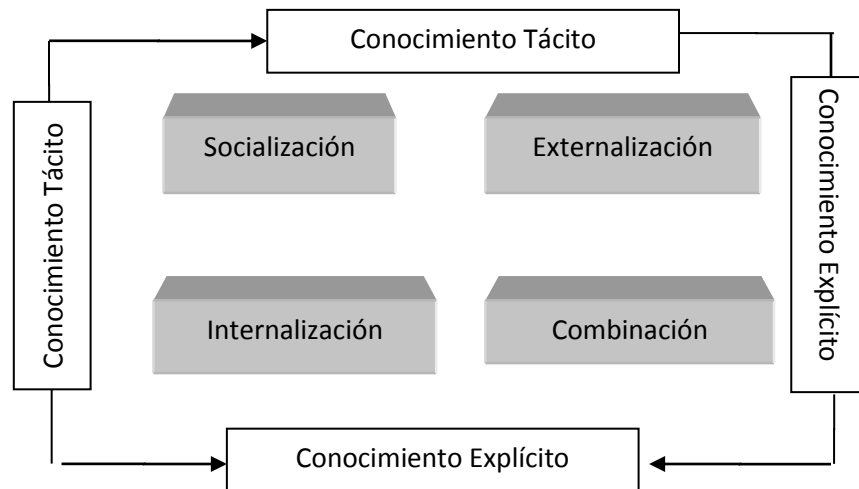
Modelo	Autor	Fecha	Características
Creación del conocimiento	Nonaka y Takeuchi	1995	Basado en la conversión del conocimiento y la creación de conocimiento organizacional Fases conversión del conocimiento. Sigue cuatro fases: Socialización, Externalización, Combinación, Interiorización. Propone la creación de mapas de conocimiento, equipos auto organizables, sesiones de diálogo grupal para compartir el conocimiento tácito
KPMG Consulting	Tejedor, Aguirre	1998	Factores que condicionan el aprendizaje de una organización y se ocupa de los resultados que produce el aprendizaje. Considera la interacción de todos los elementos en el sistema. Los factores que configuran la capacidad de aprender de una empresa son: compromiso firme, mecanismos de aprendizaje a todo nivel, desarrollo de infraestructura
Knowledge Management Assessment Tool (KMAR)	Andersen y APQC	1999	El modelo propone cuatro facilitadores: liderazgo, cultura, tecnología y medición, que favorecen el proceso de administrar el conocimiento organizacional

Fuente: Elaboración propia con base en la literatura consultada.

A diferencia de los anteriores, el modelo de creación del conocimiento de Nonaka y Takeuchi, se fundamenta en la existencia de una interacción social y un intercambio entre conocimiento tácito y el explícito durante las actividades creativas de las personas. De esta forma, el conocimiento humano se crea y

expande. Esta interacción se denomina conversión de conocimiento (Nonaka & Takeuchi, 1995, p. 82).

Figura 6. Mecanismos del conocimiento. Modelo planteado por Ikujiro Nonaka y Hirotaka Takeuchi



Fuente: Ciclo SECI.(Nonaka y Takeuchi, 1995, p 82).

Los mecanismos para la creación de conocimiento personal, consisten en una serie de pasos críticos donde se producen combinaciones de conocimiento **tácito y explícito**. Este proceso se genera por medio del Aprendizaje Organizacional.

Los pasos críticos dentro del proceso de conversión de conocimiento son:

... **exteriorización** transferir conocimiento (de **tácito** a **explícito**), el conocimiento se articula de una manera tangible a través del diálogo o la reflexión colectiva. *“A menos que el conocimiento compartido se vuelva explícito, no puede ser potenciado fácilmente por la compañía en*

su conjunto.” El conocimiento creado es conceptual (Nonaka y Takeuchi, 1995, trad.1999, p. 13).

... La **interiorización**, transferir conocimiento (de **explícito** a **tácito**) analiza las experiencias adquiridas en la puesta en práctica de los nuevos conocimientos y que se incorpora en las bases de conocimiento tácito de los miembros de la organización en la forma de modelos mentales compartidos o prácticas de trabajo (Nonaka y Takeuchi, 1995, trad.1999, p. 13).

... **socialización** transferir conocimiento (de **tácito** a **tácito**), los aprendices trabajan con sus maestros y aprenden un oficio, no a través del lenguaje sino a través de la observación, imitación y la práctica. La clave para obtener conocimiento tácito es la experiencia (Nonaka y Takeuchi, 1995, trad.1999, p.13).

... **combinación**, transferir conocimiento (de **explícito** a **explícito**) proveniente de cierto número de fuentes, mediante el intercambio de conversaciones telefónicas, documentos, reuniones, correos, etc. y se puede categorizar, confrontar y clasificar para formas de bases de datos para producir conocimiento explícito. Es un proceso de sistematización de conceptos con el que se genera un sistema de conocimiento (Nonaka y Takeuchi, 1995, trad.1999, p.13).

El proceso de creación del conocimiento de Nonaka y Takeuchi (1995), se constituye en una espiral permanente de transformación ontológica interna de conocimiento, desarrollada mediante el seguimiento de las cuatro fases.

En este modelo, los individuos internalizan el conocimiento de los documentos en su propia experiencia, este proceso está muy relacionado con aprender haciendo.

El sentido de la dirección en este modelo es la “esencia de cómo aplicar de la mejor forma posible un conocimiento existente para poder crear otro conocimiento nuevo o reciclado.” (Druker, 1993, p. 40)

Figura 7. Interacción entre conocimiento tácito y explícito. Modelo de Ciclos de Producción del Conocimiento



Fuente: (Nonaka, 2007, p. 166)

En este modelo la interacción entre el conocimiento tácito y explícito es fundamental para ir generando los ciclos de producción del conocimiento. En la socialización es importante compartir experiencias. En la externalización se genera mediante la creación de metáforas. En la combinación se comparte el

conocimiento sistemático. En la internalización el conocimiento se aplica mediante el aprender haciendo.

Las dificultades y limitaciones que pueden suscitarse en el desarrollo de procesos para la creación y gestión del conocimiento, durante la implementación de la gestión del conocimiento según los siguientes autores (Suresh; Davenport y Prusak, 1998; Pérez, Montes y Vázquez, 2004) son:

- Ausencia de objetivos

- Falta de planificación

- Responsabilidad difusa

- Contextualización

- Confusión conceptual

- Falta de una cultura adecuada (Davenport y Prusak, 1998, p 69).

El ciclo del conocimiento específico de la empresa y el horizonte de tiempo deben considerarse para la selección del modelo y de las actividades al implementar la gestión del conocimiento.

Por ello es claro que el “modelo debe de estar ajustado a las metas de largo y corto plazo”. “Los modelos cíclicos son preferidos más que los lineales”. Las actividades deben tener sentido dentro del contexto de la gestión, además de establecer metas (Agencia Nacional de Infraestructura, 2012, p. 31).

Por consiguiente y de acuerdo con Peter Senge (1990), las organizaciones que aprenden poseen cinco características principales: sistemas de pensamiento, dominio personal, modelos mentales, visión compartida, aprendizaje en equipo (Agencia Nacional de Infraestructura, 2012, p. 17).

1.1.7 El ciclo de vida del conocimiento

El ciclo de vida del conocimiento se relaciona con el intercambio del conocimiento entre los individuos de la organización y se puede estructurar en un conjunto de operaciones interdependientes: creación, captura, procesamiento, diseminación, adquisición y aplicación. El ciclo se cierra e inicia al retroalimentar el sistema.

A continuación se define cada una de las operaciones que integran el ciclo de vida del conocimiento.

Creación: proceso en el que se genera nuevo conocimiento en la mente de los miembros de la organización. (está involucrado el conocimiento explícito y el tácito).

Captura: difiere según el tipo de conocimiento. Para el conocimiento explícito, se hace mediante su codificación o representación en forma de documentos. Para el conocimiento tácito explicable, se lleva a cabo por medio de la verbalización y luego se codifica en forma de documentos. Si el conocimiento es tácito, es decir no explicable, su captura se realiza a través de estrategias de socialización entre el sujeto que lo posee y el resto de la comunidad.

Procesamiento: valora si la información es pertinente para la consecución de los objetivos de la organización. Se somete el documento al análisis documental de forma y contenidos. Se incorpora el documento a un sistema documental para facilitar el acceso a los miembros de la organización.

Diseminación: operaciones realizadas para que el conocimiento de la organización llegue a los miembros de la comunidad de acuerdo con sus necesidades.

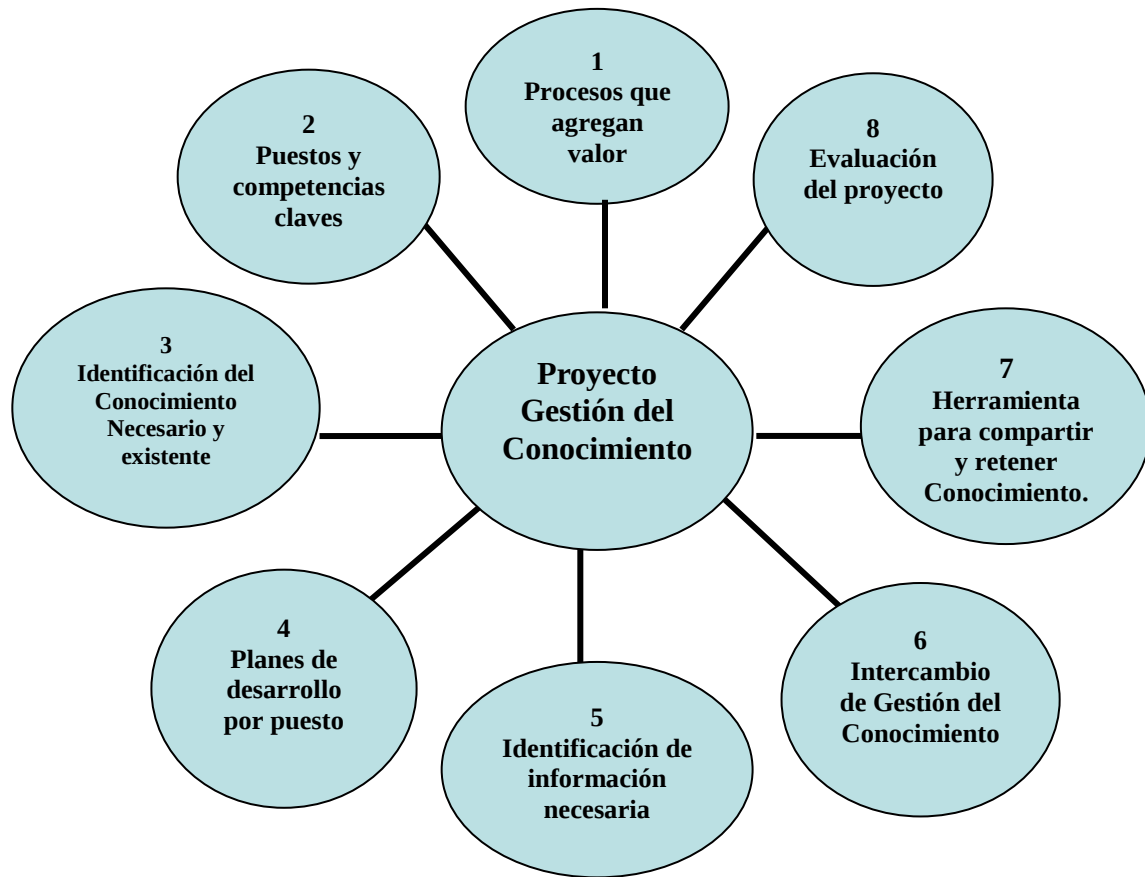
Adquisición: se centra en la forma como los individuos asimilan y comprenden el conocimiento de la organización. Puede ser resultado de la lectura de documentos o por socialización.

Aplicación: el conocimiento adquirido es aplicado y reutilizado en la práctica diaria por los miembros de la organización. La reutilización puede ser en contextos diferentes al que se originó el conocimiento en este proceso se realiza una reinterpretación que facilita la creación de nuevo conocimiento.

El “conocimiento operativo en una organización se genera a través de una estrategia organizacional que comprende tanto los procesos como la competencia de sus trabajadores, normativas y tecnología existente.” (Bürkli, 2011, p. 16)

El “conocimiento asociado a una persona y a una serie de habilidades personales se convierte en sabiduría”. El “conocimiento asociado a una organización y a capacidades organizativas se convierte en capital intelectual.” (Bürkli, 2011, p. 28).

Figura 8. Etapas de la gestión del conocimiento



Fuente: Tomado de INICTEL (Bürkli, 2011, p. 58).

1.1.8 Elementos de la gestión del conocimiento

Los elementos de la gestión del conocimiento son: el capital intelectual, la cultura organizacional y la tecnología de la información.

El **capital intelectual**: es el “valor tangible de la organización.” Sus “elementos básicos son los objetivos, recursos y el entorno organizacional”. El “liderazgo es la herramienta fundamental de enlace entre los objetivos y los recursos.” (Bürkli, 2011, p. 32)

El **capital total** de una empresa lo “compone el capital tangible y el capital intangible (intelectual).” (Bürkli, 2011, p. 32)

El **capital humano**: su “valor son los empleados en su capacidad de agregar valor a los objetivos de la empresa.” Está “compuesto principalmente por dos elementos: competencias y la actitud.” (Bürkli, 2011, p. 32)

Las competencias es el “conjunto de habilidades y destrezas que generan valor en la organización. La actitud tiene tres componentes: afectivo, cognoscitivo y del comportamiento.” (Bürkli, 2011, p. 32)

El afectivo son sentimientos, emociones, disposición de ánimo, ideas, acontecimientos. El cognoscitivo comprende creencias, opiniones, conocimiento o información de la persona y el del comportamiento se refiere a la predisposición de actuar de acuerdo con una evaluación favorable o desfavorable de algo (Bürkli, 2011, p. 37).

El **capital estructural** es el “Saber cómo” de la empresa, es decir el método para cumplir las tareas que apuntan a sus objetivos. “En el capital estructural se reconocen las relaciones que son conexiones con el entorno que permiten lograr transformaciones orientadas a los objetivos organizacionales.” Los procesos que son actividades concatenadas para el logro de los objetivos y el desarrollo de propiedades intelectuales (Bürkli, 2011, p. 38).

El **capital social** lo componen el “conjunto de elementos de la realidad que configuran la sensación de seguridad de los empleados.” (Bürkli, 2011, p. 38)

El **capital cliente o usuario** “mide la imagen que él tiene con relación a la empresa u organización.” (Bürkli, 2011, p. 39)

La **cultura organizacional** es un patrón complejo de creencias, expectativas, ideas, valores, actitudes y conductas compartidas por los integrantes de una organización. El personal los tiene incorporado en sus mentes y corazones. La cultura refleja la visión, estrategias y experiencias de los empleados al ponerlas en práctica.

El **clima laboral** es diferente a la cultura porque el primero se “enfoca a la satisfacción del empleado con el trato de la empresa y mide el nivel de confianza, respeto, justicia y orgullo, así como las relaciones con los líderes de la organización.” (Bürkli, 2011, p. 42)

Tecnología de la información y comunicación es el “conjunto de avances tecnológicos que proporciona la informática, las telecomunicaciones y que comprenden los desarrollos relacionados con los ordenadores, internet, telefonía, entre otras.” (Bürkli, 2011, p. 43)

La tecnología se refiere a la aplicación de los conocimientos científicos para facilitar la realización de las actividades humanas. Información abarca los datos a los cuales se les ha dado un sentido y es útil para los humanos. Comunicación es la transmisión de mensajes y la realimentación de los contenidos.

1.1.9 La gestión del conocimiento en el marco de la salud pública

Una institución de salud debe tener la capacidad de generar nuevos conocimientos y de difundirlos entre sus miembros para materializarlos en productos, servicios y sistemas que permitan solucionar los problemas de salud prevalentes.

El conocimiento como factor de producción debe buscar el desarrollo de tecnologías, metodologías y estrategias para que su medición, creación y difusión se convierta en prioridad para la organización como integrante de la sociedad del conocimiento. Así, el conocimiento se transforma en un elemento indispensable para su desarrollo económico y social.

Los procesos de reforma del sector de la salud, en el ámbito de la Salud Pública de las Américas han centrado su interés, principalmente, en cambios estructurales, financieros y organizacionales de los sistemas de salud y en “ajustes a la prestación de servicios de atención a las personas; descuidando la salud pública como responsabilidad social e institucional” (Muñoz, 2000, p. 126).

La estructura del modelo de Nonaka y Takeuchi difiere completamente de los procesos establecidos anteriormente; porque se basa en el capital intelectual de las personas que conforman la institución y de la interacción generada entre ellos para la generación de un conocimiento colectivo, que se convierte en un valor agregado de la institución.

Históricamente, la salud y la salud pública se han desarrollado dentro del paradigma positivista. Se han caracterizado porque su visión se ha centrado en la enfermedad y no en la salud. “Expresado en un pensamiento hegemónico en salud que reduce su compleja determinación social a clásicos factores de riesgo convirtiendo a la epidemiología en contabilidad de casos y muertes.” (Feo, 2012, p. 2)

... este pensamiento hegemónico en salud, desnaturaliza conceptos, desvirtúa categorías importantes como Derecho a la Salud o Determinación Social y las reduce a palabras usadas como moda y lenguaje políticamente correcto, perdiendo con ello su capacidad explicativa y su potencialidad transformadora. Ejemplo de ello,

conceptos de enorme riqueza como Atención Primaria en Salud (APS) termina entendiéndose como primer nivel de atención, o lo que es peor, como atención primitiva para pobres (Feo, 2012, p. 2).

En el año (1913), el doctor Hibbert Winslow Hill presentó su libro “The New Public Health” (La Nueva Salud Pública), en donde “la vieja salud pública se ocupaba del ambiente y la nueva se ocupó del individuo. ”Sesenta y ocho años después, John Ashton y Howard Seymour se refirieron a la “nueva salud pública más allá de la comprensión de la biología humana y reconocieron que los problemas de salud son causados por los estilos de vida”. Es decir es visto como algo social, más que problemas individuales.

Este modelo “considera los servicios sanitarios en la protección de la salud y dentro de los factores ambientales destacan los factores de riesgo. ”Se originó en el “informe Lalonde, de donde surge la estrategia Salud para todos de la Organización Mundial de la Salud.” (García, 1994, p. 103)

Con base en lo anterior, se evidencia que la “Nueva Salud Pública”, es una actualización de viejas ideas que se disipan, producto de las críticas a la efectividad del modelo curativo y a su eficiencia, lo que ha permitido que se genere el desarrollo de nuevas propuestas de la Salud Pública.

Actualmente, Oscar Feo (2012), expresa que la “Nueva Salud Pública debe estar fundamentada en una concepción de salud como derecho humano y social fundamental a ser garantizado por el Estado”, expresado como pensamiento contrahegemónico (p. 2).

... lo anterior significa asumir a la salud como un espacio para el acercamiento e integración de pueblos y naciones a nivel internacional en un mundo globalizado, cobrando importancia la salud internacional. A nivel local se requiere de un nuevo tipo de gestión, ampliamente participativa, con pensamiento y planificación estratégicos, con

capacidades para administrar con eficiencia y transparencia, los recursos dedicados al sector y por consiguiente mejorar la salud de la población (Feo, 2012, p. 12).

El “nivel local, en los servicios de salud se convierte en un lugar estratégico de construcción del orden social”. Por ello, es necesario “desplazar capacidades de articulación y conducción del nivel central de la institución para que esta instancia no solo responda a la satisfacción de demandas y necesidades específicas sino sea un mecanismo de articulación con la sociedad civil.” (Romero, 2013, p. 4)

Esta salud pública requiere una “descentralización, o en su caso de la desconcentración de actividades de un nivel central a uno local”, esto implica la “transferencia de conocimientos, competencias y servicios contextualizados a otros niveles regionales y locales.” Por esta razón, la transferencia se enfoca en una “visión integral de la cultura, valores y costumbres de cada comunidad; así como a la comprensión e interpretación de los determinantes sociales, dinámicas y procesos de su contexto.” (Romero, 2013, p. 3)

En la Carta de Ottawa de 1986 se afirma que “la salud se crea en el contexto de la vida cotidiana”. En ella se reconoce la relevancia de las decisiones políticas de la salud, de la importancia de aunar esfuerzos y recursos sectoriales y de fortalecer la participación social en la búsqueda de un cambio en el estilo de vida y de la necesidad de “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.” (Romero, 2013, p.3)

Esta formulación del concepto de promoción de la salud que se presenta en la Carta de Ottawa significa “construir políticas públicas saludables, crear un ambiente de apoyo, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar aptitudes personales, y reorientar los servicios de salud.” (OPS, 2001, p. XVI)

La promoción de la salud requiere de información por lo que su actividad

consiste básicamente en “transferir resultados de investigación a los agentes sociales y en gestionar procesos.” (García, 2003, p.155)

Los retos de la sociedad del conocimiento en la promoción de la salud son: la integración de conocimiento en un entorno globalizado; “la dinámica especialización-interdisciplinariedad; el filtrado y modulado de la información; el conocimiento de calidad; el aprendizaje continuo; la gestión de las redes del conocimiento.” (García, 2003, p. 157)

De acuerdo con García (2003) el reto del experto en promoción de la salud es cada vez más “custodiar y comunicar conocimientos de calidad, diversos, distintos, pero integrados, dirigidos a receptores específicos en entornos de aprendizaje e innovación continuos con una estructura compleja (múltiples nodos y niveles) gestionados por expertos” (p. 157).

En el campo de la salud pública, la demanda de servicios de salud en el mundo se ha incrementado en proporción directa con el crecimiento de la población y los problemas que la aquejan. La oferta de servicios, en cambio, constituye una tarea compleja y ardua, dada la escasez de recursos financieros, las barreras tecnológicas y a un factor cada vez más importante, la pérdida de competencias y desempeño del personal.

También incide en este aspecto la insuficiente capacidad gerencial de los gestores, además de la necesidad de que el servicio esté adaptado a las características culturales de cada país o nación.

Entonces, la gestión del conocimiento que se ha venido aplicando en el mundo empresarial se va asumiendo en el sector salud para mejorar la competencia y el desempeño de los individuos, los grupos y las instituciones.

Es decir que su finalidad es optimizar el recurso humano para crear un capital humano o intelectual que unido a la gestión de calidad y otras herramientas

gerenciales permitan obtener servicios óptimos de salud, es decir, más calidad, accesibilidad y eficiencia. Consecuentemente, el estado de salud de la población se eleva pero el costo para las personas y las instituciones es menor.

Para comprender la realidad actual de las organizaciones de salud, en (1970) Mintzberg, introdujo en la literatura administrativa una tipología organizacional con una visión innovadora para caracterizar y comprender las exigencias del trabajo en el sector salud y que se desprenden de lo siguiente:

Las organizaciones de salud son organizaciones especializadas, cuyo funcionamiento depende principalmente de sus miembros de más alto nivel –los profesionales médicos- más leales a la profesión que a la organización. Los profesionales tienen una gran autonomía, pues son los únicos que disponen de los conocimientos necesarios para llevar a cabo el trabajo.

Por lo general existen dos estructuras jerárquicas, una para los profesionales y otra para el resto de los trabajadores.

El objeto de trabajo tiene dimensiones biofísicas y psicosociales, cuya definición varía de acuerdo con la representación del proceso salud-enfermedad de cada grupo de usuario, donde cada problema se torna único e irrepetible.

El servicio se realiza sobre personas en una estrecha interrelación entre el que brinda el servicio y el que lo recibe. El consumidor contribuye y es parte del proceso de salud. Por eso las embarazadas no pueden verse solo como entes pasivos que reciben servicios.

El trabajo es de naturaleza emergente y da poco margen a ambigüedades y errores porque tiene perjuicios graves para la salud de la población.

Aunque existe normalización de habilidades no se visualizan mecanismos de coordinación entre los profesionales, personal técnico y de apoyo.

El proceso de trabajo está compuesto por un conjunto de actos fragmentados que deben ser integrados y cuya medición es difícil.

Segmentación de las profesiones de salud, situación que profundiza desigualdades entre sus integrantes al interior de una misma categoría.

Para lograr una “gerencia de calidad existe la eminente necesidad de organizar los servicios de salud con eficiencia y efectividad.” (Navarro, 2004, p. 25)

El óptimo que los sistemas de prestación deben alcanzar es la salud, mientras que los servicios obran, fundamentalmente, sobre la enfermedad.

... los servicios de salud son considerados espacios de realización de múltiples intereses, el desempeño del personal no puede regirse por reglas fijas y rutinas burocráticas en el marco del paradigma administrativo tradicional, porque allí confluyen instancias e intereses diversos de usuarios, profesionales, gestores, dirigentes políticos, gubernamentales, empresarios, suministradores de materias primas y la comunidad (Rojo, 2003, p. 3).

El conocimiento organizativo en un servicio de salud se debe de crear, almacenar, difundir y reutilizar en el ámbito de toda la organización.

Este pensamiento está refrendado por lo referido por Valhondo en el año 2003, donde propone un ejemplo que diferencia el conocimiento como saber de la habilidad, la cual identifica como saber hacer. Menciona que se puede explicar cómo hacer algo pero carecer de la habilidad para ejecutarlo.

En la esfera del servicio de salud se identifican cuatro tipos de conocimientos: el profesional, popular, epidemiológico, el de organización y administración de los recursos. Que a continuación se describen:

El Saber profesional comprende: ¿Qué hacer?, ¿Qué no hacer?, ¿Cómo hacer?

El Saber popular comprende: actitudes, creencias, comportamientos basados en la experiencia y práctica histórico-cultural. Es un saber no formalizado, ni regido por normas del método científico.

El Saber epidemiológico: identificación de los conjuntos sociales expuestos a riesgos diferenciales.

El Saber administrativo: ¿Con qué recursos?, ¿A qué costos?, ¿A través de qué tipo de organización? Este saber considera el uso de tecnologías (OPS/OMS. 1995, p. 37).

La gestión del conocimiento implica por tanto, una mirada profunda hacia el interior de la organización de salud, de su personal calificado, de su desempeño y actitudes.

El análisis de la prestación del servicio de atención, permite identificar brechas relacionadas con el parámetro, que son las normas de atención vigentes. Estas se pueden vincular con la necesidades de capacitación, normalización, de infraestructura, equipo, o de uso de tecnologías de información para el desempeño deseado del personal de salud que proporciona la atención.

En un servicio de salud es de suma importancia la creación de su capacidad organizativa porque con ello se apoya la determinación, documentación, almacenamiento, distribución de recursos cognitivos, la capacidad de aprendizaje y de competencias que se generan y que son utilizadas por los individuos que la integran y comunidades en su área de influencia, en sus diferentes contextos profesionales.” (OECD, 2003, p. 2)

Soto y Barrios en el año 2006, señalan que las tareas a desarrollar en cada

acción de los procesos en una organización o institución están sujetas a las condiciones creadas y de ello dependerán las diversas técnicas y procedimientos a utilizar. Por ejemplo, para la realización del diagnóstico institucional se pueden mencionar la reingeniería, la matriz DAFO, entre otros.

El proceso diagnóstico, permite la identificación de los recursos institucionales que expresarán el conocimiento existente, su utilización y es por medio del análisis del resultado de esta etapa como se podrán proponer los elementos que permitan la representación del conocimiento organizacional, su aprovechamiento y uso en el mejoramiento cualitativo de la organización.

De acuerdo con Soto y Barrios (2005), el proceso de diagnóstico abarca el “análisis de la situación actual, establecimiento de definiciones prácticas, establecimiento de la posición estratégica actual, análisis de recursos, análisis de requerimientos” (p. 4).

Todos los elementos anteriores indican que gerenciar la salud requiere de conocimientos especializados, de un nivel de profesionalidad científico-técnico, valores éticos y humanísticos y ubicuidad con la realidad económico-social que se intenta servir o brindar en el servicio.

Para el presente estudio se considera el servicio de salud similar a una organización en la que se oferta la atención prenatal, como una actividad de la promoción de la salud, dirigida a la adolescente primigesta.

De acuerdo con la revisión de literatura, Gómez-Llera y Pin en el año 1993 definieron la organización como: “un conjunto ordenado de personas que aportan sus recursos para obtener un fin común. “Esta acepción se aplica totalmente a un centro de salud por lo cual, el desarrollo de metodologías, estrategias y tecnologías para la creación, medición y difusión del conocimiento debe ser de importancia creciente como factor de producción.” (p. 24).

El conocimiento en un servicio de salud, es generado como producto de la interacción de la “información y un componente humano que la procesa.” Pero de acuerdo con Nonaka y Konno, el “conocimiento es intangible, ilimitado, dinámico y su valor depende de su utilización en un momento y lugar específico.” (Nonaka & Konno, 1998 p. 41)

Para completar el concepto anterior es importante considerar lo expresado por Pavez, con relación a que “no solo son importantes las interacciones desarrolladas sino también la historia operativa del servicio o de la organización”; debido a que ésta es la base para la generación del conocimiento y el desarrollo de cada una de sus acciones, las cuales deben responder y ser orientadas a los objetivos y la visión de largo plazo institucional (Pavez, 2012, p. 1).

La gestión del conocimiento como “proceso sistemático que encuentra, selecciona, organiza, extrae y presenta la información de manera comprensible para un sector o un área específica de interés de miembros de la organización”, debe desarrollar tres grandes procesos: “generación, codificación y transferencia de conocimientos.” (Davenport y Prusak, 2000, p. 35)

Para Daft (1992), la gestión del conocimiento es el “esfuerzo sistemático de encontrar, organizar y dar acceso al capital intelectual de la organización”; pero posteriormente adicionó a esta definición otro elemento que fue la necesidad de una “cultura de aprendizaje continuo y de compartición”, de tal forma que las actividades de la organización se basan en el saber existente.

Alavi y Leidner en el (2001) la definieron como el proceso sistemático en el ámbito organizacional para crear, transferir, almacenar y aplicar el conocimiento de los empleados, de forma tal que otros puedan utilizarlo para ser más eficaces y productivo en sus trabajos (Arceo, 2009, p. 22).

Con base en la literatura citada, la autora de este estudio la define como: el proceso sistemático que propicia espacios de interacción de su recurso humano mediante el establecimiento de una red de relaciones que permite crear, organizar, transferir, almacenar y dar acceso al conocimiento generado, para su utilización; permitiendo con ello una cultura de aprendizaje continuo entre los prestadores del servicio y con las usuarias, de tal forma que al utilizarlo se desarrollen competencias y capacidades para ser eficaces, productivos y portadores de una atención con calidez, contextualizada y de calidad.

De acuerdo con lo expuesto por Alavi y Leidner, (1999), en una organización donde se implementan sistemas de gestión del conocimiento:

- ... se mejora y acelera la comunicación
- se obtienen opiniones del personal más visibles
- se incrementa la participación
- se reduce el tiempo de resolución de problemas,
- se disminuye el tiempo de propuestas
- se aceleran resultados
- se acelera la entrega del servicio,
- en fin se obtiene una mayor eficacia global.

Según la Organización para la Co-operación y Desarrollo Económico de París (Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD-) algunos de los hechos que justifican la importancia de la implementación de procesos de gestión del conocimiento son:

- retener los conocimientos del personal,
- mejorar la satisfacción de los usuarios,
- incrementar los beneficios,
- acortar los ciclos de desarrollo de productos,
- proporcionar espacios de trabajo (Rodríguez, 2006, p. 28)

Otros logros organizativos financieros producto de la gestión del conocimiento son: incremento en las ventas o servicios y disminución de los costes.

El marketing, “permite mejorar el servicio, la atención se enfoca en el cliente o usuario del servicio, con lo cual se logra marketing proactivo.” (Rodríguez, 2006, p. 28)

En el año 1986, se realizó en la ciudad de Ottawa, la primera Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud, en esta actividad se propuso “transitar hacia una Nueva Salud Pública en donde los servicios sanitarios deben ser reorientados hacia la promoción de la salud ” (p. 1).

En esta carta, se reconoce que la salud no es “producto de trastornos médicos sino un problema integral determinado por un conjunto de factores sociales y ambientales”; que se debe trascender de proporcionar servicios clínicos y médicos hacia una prestación de servicios orientados a la “satisfacción de necesidades culturales de los individuos y comunidades; se indica la necesidad de creación de vías de comunicación entre el sector sanitario, sectores sociales, políticos y económicos.” (Carta de Ottawa, 1986, pp. 1-4)

Esta re-orientación de los servicios exige generación de conocimiento para “promover cambios en la educación y formación profesional; produciendo con ello cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios.” (Carta de Ottawa, 1986, p.1)

Los elementos que pueden determinar el éxito de un proceso de gestión del conocimiento son muchos y variados. De acuerdo con la experiencia de los autores, los factores clave de éxito están orientados a la interacción establecida con el usuario, el liderazgo del personal directivo, que es sumamente importante para la direccionalidad de las acciones.

A continuación se presenta un cuadro resumen con los factores clave e interrelacionados como posibles condicionantes del éxito de un proyecto de gestión del conocimiento según autor:

Figura 9. Factores clave de éxito en la Gestión del Conocimiento

Autor/a	Factores claves de éxito
Davenport y Prusak, (1998,69)	Cultura orientada al conocimiento. Infraestructura técnica e institucional Respaldo del personal directivo Vínculo con el valor económico o valor de mercado Orientación del proceso (Davenport y Prusak, 1998:180) Claridad de objetivo y lenguaje Prácticas de motivación Estructura de conocimiento Múltiples canales para transferencia de conocimiento
Sallis y Jones (2002)	Situar el cambio en el contexto cultural Confianza de los miembros en su organización Liderazgo del personal directivo Considerar escenarios alternativos Producir estrategias coherentes
Rivero (2002)	Partir de un modelo común sobre Gestión del Conocimiento Creación de una cultura común de conocimiento Asegurar la existencia de suficiente base cultural Disponer de un soporte tecnológico común Evitar caer en la tentación de limitarse a “la cosmética”
Alavi y Leidner (1999)	Procurar que los datos sean utilizables, actuales, correctos y pertinentes Asegurar la confidencialidad del cliente Actualizar la información Fomentar una cultura del conocimiento Establecer responsabilidades en la Gestión del Conocimiento Determinar los requisitos de la infraestructura (actualizada, seguridad)

Fuente: Elaboración propia con base en la literatura revisada.

1.2 Transferencia del conocimiento

La transferencia del conocimiento es el “proceso mediante el cual el conocimiento -propiedad de una persona, grupo o entidad- es comunicado a otra persona, grupo o entidad, quien tiene una base común o conocimiento similar.” (Valencia, 2010, p. 2)

La transferencia puede ser “directa cuando el conocimiento se transfiere por medio de interacciones directas entre las personas”. Es “indirecta cuando el conocimiento especializado es transformado en información que pueda ser comprendida por otros.” (Valencia, 2010, p. 2)

En la transferencia, el proceso clave es la “intermediación del conocimiento a través de su captura en información presentada en documentos, planos, instructivos y otros medios impresos o digitales.” (Dawson 2000)

Para que se realice la transferencia de conocimientos es importante en primer lugar “identificar las características del contexto socio-cultural en el que se desarrolla su acción.” (Dawson 2000)

Esto implica, comprender los procesos sociales, económicos, culturales que influyen en la vida de la población; así como el “conocimiento de las diferentes culturas y subculturas populares existentes y en especial los modelos conceptuales” con los que la población explica la enfermedad, relacionados con el desequilibrio humano en el mundo físico y sobrenatural (Kroeger, 1987, p. 22).

En consecuencia, la “transferencia de conocimiento está íntimamente relacionada con el aprendizaje organizativo”, dado que una de las manifestaciones prácticas más predominantes y efectivas del mismo es precisamente la transferencia de conocimientos (Valencia, 2007, p. 7).

La transferencia del conocimiento tácito es susceptible de ser enseñada, si bien no puede articularse fácilmente. Para que este “conocimiento pueda ser transmitido es necesario que los individuos aprendan mediante la imitación o la emulación del comportamiento”, lo cual significa que su transferencia se realiza mediante la comunicación verbal cara a cara y la práctica en el centro de trabajo (Zapata, 2004).

Además, la eficiencia para añadir nuevo conocimiento al ya existente puede aumentar cuando este es expresado en un lenguaje común. Por ello, es importante localizar mecanismos para codificar y transferir el conocimiento tácito en un lenguaje accesible para el receptor.

De hecho, el Ministerio de Salud Pública debe propiciar la activación de la dimensión colectiva del conocimiento para generar una red de relaciones adecuada para la generación y transferencia del conocimiento en todos los niveles de atención de la institución, de tal manera, que influyan en la forma en que se diseñan los puestos y los procesos de trabajo.

Dada una revisión de los trabajos que han abordado el tema de la gestión del conocimiento y cómo contribuye éste al logro de la ventaja competitiva de la institución, es importante enfocarse en los tres aspectos, siguientes:

Primero, es necesario “generar conocimiento a través de los individuos dentro de la empresa.” (Nonaka & Takeuchi, 1999; Grant, 1996; Zapata, 2006, p. 6)

Segundo, el conocimiento que ha sido “creado dentro de la institución por algunos de sus miembros, debe ser transferido a otros individuos para que de esta forma sea conocido por todos.” (Zapata, 2006, p 6)

Tercero, estos dos aspectos, separados de conocimiento, una vez transferido y recibido, “deberán estar integrados con el conocimiento organizativo ya existente.” (Zágarra, 2003, 81; Zapata, 2006, p. 6)

1.2.1 Transferencia del conocimiento en el sector público

La transferencia de conocimiento en el sector público puede llevarse a cabo a través de los medios de comunicación (indirecta) y de persona a persona (directa).

Syed-Ikhsan y Rowland en (2004), generaron tres preguntas importantes con relación a la transferencia del conocimiento en el sector público:

- ¿Cuál es la rapidez en la que se transfiere el conocimiento?
- ¿Cuál es la precisión de esta transferencia de conocimiento?
- ¿Qué tan seguro o de confianza es el conocimiento para las adolescentes primigestas? (p. 99)

Es importante tener en cuenta que la confianza de la información y el conocimiento transferido es fundamental en el sector público, porque si no son “precisos se pueden tener problemas e inconvenientes futuros de credibilidad con las usuarias de los servicios de salud”, debido a que la provisión es a las mujeres embarazadas, por lo que se debe “minimizar cualquier debilidad que impida mantener u optimizar su función.” (Syed-Ikhsan, Rowland, 2004, p. 95.

La cultura de compartir es el elemento más importante para la transferencia del conocimiento en una institución. Si las normas culturales no son adecuadas, no habrá esfuerzo suficiente ni buenas intenciones para promover el conocimiento en la atención prenatal dirigida a la adolescente primigesta y será muy poco lo que se pueda transferir como resultado.

Sin embargo, algunos proveedores tienen la tendencia a “utilizar el conocimiento como fuente de poder.” (Agencia nacional de Infraestructura, 2012, p. 32)

Tanto la información y el conocimiento pueden ser vistos por algunos proveedores como un activo que necesita protección y por lo tanto puede ser guardado por cada individuo en lugar de transmitirlo a las usuarias o a otros proveedores.

Dado lo anterior, los directivos deben identificar dentro de sus instituciones dónde reside el conocimiento y diseñar estrategias que promuevan su utilización. En el caso de este estudio, el conocimiento reside en los profesionales y personal técnico que provee la atención prenatal a las adolescentes que por primera vez están embarazadas.

El contenido que se debe está explícito en las Normas de Atención Integral para primero y segundo nivel y en la Guía para la implementación de la atención integrada materna y neonatal calificada con enfoque de género y con pertinencia cultural.

Es importante que todos los proveedores tengan acceso a todo tipo de conocimiento, sin importar si está disponible dentro de la institución o se encuentra afuera. Si está “afuera se pueden hacer los contactos o suscripciones a revistas electrónicas o a instancias que puedan proporcionar el conocimiento específico necesitado.” (Agencia nacional de Infraestructura, 2012, p. 32)

Al ser considerado el conocimiento como elemento importante de competitividad de una institución debe identificarse, capturarse, codificarse y difundirse para ser utilizado.

Es recomendable capturar el conocimiento tácito en una institución porque después se debe transferir a los nuevos empleados. Existen tres elementos a considerar en la gestión del conocimiento en el sector público: la gente, la tecnología y los procesos.

En conclusión se puede mencionar que:

Son claves para conseguir una transferencia efectiva: la organización del conocimiento, las relaciones entre los distintos contenidos y la presentación de los resultados de las búsquedas dentro del sistema.

Es importante recordar que el conocimiento es acumulativo, crece cuanto más se transmite y comparte, evolucionando muy rápidamente porque pasa por el filtro de otras personas quienes le aportarán una visión y experiencias distintas.

En consecuencia, la “transferencia de conocimiento está íntimamente relacionada con el aprendizaje organizativo” (Valencia, 2007), dado que una de las manifestaciones prácticas más predominantes y efectivas del mismo es precisamente la transferencia de conocimientos (p. 7).

Además, la eficiencia para añadir nuevo conocimiento al ya existente puede aumentar cuando éste es expresado en términos de un lenguaje común. Por ello, es importante localizar mecanismos por los cuales se pueda codificar y transferir el conocimiento tácito en un lenguaje accesible para el receptor.

1.2.2 Mecanismos utilizados para la transferencia del conocimiento.

Es importante recordar que en la transferencia del conocimiento cada receptor tiene contextos diferentes que pueden influir en la transmisión. Esto depende de su capacidad de absorción, del tipo de habilidades para trabajo en equipo, en la utilización de herramientas tecnológicas, experiencia en el área de trabajo,

entendimiento del lenguaje y el tipo de conocimiento que requiere (general, directivo o técnico).

La semejanza de la tarea y el contexto entre el grupo fuente y el grupo receptor y la capacidad de absorción de este último son factores decisivos en la determinación del tipo de método de transferencia que será más eficaz.

De acuerdo con la transferencia, el conocimiento se agrupa en dos categorías, a saber:

Conocimiento tácito: en esta categoría responde a preguntas sobre cómo se hacen las cosas:

- ¿Cómo se resuelven problemas?
- ¿Cuándo resolverlos?
- ¿De dónde se obtienen los recursos para poder solventarlos?
- Está orientado a la experiencia y tiene un motor consciente y otro inconsciente: por eso, es difícil hacerlo explícito en su totalidad.
- Este saber engloba todas las habilidades que tienen las personas y se transfiere de manera informal.

El término “conocimiento tácito aparece por primera vez en dos obras de Polanyi en los años 1958 y 1974.” (Reber, 1993, p. 15)

Sin embargo, el concepto implícito en el término de “proceso intelectual (cognitivo) y emocional (de conducta) que cuenta con dos niveles de percepción, el consciente y el inconsciente”, es una idea formulada por Lashley en 1956 (Lashley, 1956, p. 18).

La otra categoría es el **conocimiento explícito**, también llamado conocimiento convencional, es aquel que ya está representado o documentado y se utiliza

como medio para transmitir los procedimientos que se han que seguir para resolver de forma óptima cualquier trabajo, problema o proceso, en general.

Por tanto, este conocimiento está orientado conscientemente a la resolución de problemas. Se encuentra siempre representado, lo que hace que se pueda acceder a él conscientemente.

Otro término que identifica el mismo concepto englobado en gestión de conocimiento explícito es la gestión de contenidos, ambos términos son utilizados en forma indistinta.

Grant en (1996) identificó tres mecanismos principales para integrar el conocimiento en una capacidad o ventaja organizativa:

Directivas: que se refiere al conjunto específico de reglas, estándares, procedimientos o instrucciones desarrolladas a través de conversión de conocimiento tácito de especialistas a un conocimiento explícito e integrado para una comunicación eficiente con los no-especialistas.

Rutinas organizacionales: que son referidas al desarrollo de patrones de coordinación y realización de tareas, protocolos de interacción y especificaciones de procesos que permite a las personas aplicar e integrar su conocimiento especializado sin tener que comunicar a otros lo que ellos saben. Estas rutinas pueden ser simple o altamente complejas

Equipos de trabajo auto-gestionados: que se constituyen equipos conformados por personas con conocimientos determinados para solucionar problemas en situaciones en las que la incertidumbre y complejidad de la tarea impide la especificación de directivas y rutinas organizacionales (Grant, 1996, pp. 114 – 115)

La transferencia del conocimiento se lleva a cabo durante la atención prenatal a la adolescente primigesta. Entonces, se comparte el conocimiento mediante las habilidades profesionales y técnicas de los proveedores del servicio. Esta transferencia se hace mediante comunidades de práctica, formación entre pares, capacitación en el lugar de trabajo liderazgo transformador.

La ciencia utiliza, sobre todo, el lenguaje como mediador del conocimiento estructurándolo y representándolo. La tecnología desarrolla artefactos que son productos derivados de conceptualizaciones cognitivo-lingüísticas. Los desarrollos tecnológicos son aparatos o máquinas resultantes de pensamientos organizados con un objetivo concreto.

En este sentido, se podría decir que, en parte, cualquier “máquina es una aplicación de conocimiento especializado” y por tanto, una representación aplicada del conocimiento (Cámara, 2004, p. 6).

1.2.3 Caracterización de la transferencia del conocimiento en la atención prenatal

La eficacia de la “transferencia de conocimiento se refleja en dos factores: la velocidad y viscosidad”. La “velocidad se refiere a la rapidez y amplitud con que la que se difunde”, encuentra o se tiene acceso al conocimiento en una organización (Davenport, 1996).

Por otra parte, la “viscosidad hace referencia a la riqueza o espesor del conocimiento transferido”, con relación a ¿cuánto de lo que intentamos comunicar se abstrae y se emplea en la realidad? ¿en qué medida el conocimiento original se ve reducido? ¿lo que se abstraído se parece a lo que intentamos transmitir o conserva muy poco de su valor original? (Arceo, 2009, p. 43).

El “conocimiento transferido mediante una relación duradera de aprendizaje o asesoramiento posiblemente tendrá una gran viscosidad”, con el paso del tiempo, el receptor obtendrá una cantidad inmensa de conocimiento detallado y sutil. El “conocimiento recuperado de una base de datos en línea o adquirido mediante la lectura de un artículo será mucho más ligero.” (Arceo, 2009, p. 43)

Davenport (1996), señala que los inhibidores más comunes que demoran o evitan la transferencia y posiblemente socavan el conocimiento a medida que éste intenta avanzar en la organización son:

- Falta de confianza

- Distintas culturas, vocabularios, marcos de referencia, idioma

- Falta de tiempo y lugares de reunión; escasa noción de trabajo productivo

- Reconocimiento y recompensas inadecuados de los poseedores de conocimiento

- Falta de capacidad de absorción de conocimiento de los receptores

- Intolerancia para los errores o la necesidad de obtener ayuda.

La transferencia del conocimiento debe ser uno de los procesos que sustentan la gestión del conocimiento institucional y debe ser un aspecto clave en el logro de ventajas competitivas. Por eso, la “institución debe requerir saber cómo transferirlo y utilizarlo para crear nuevos servicios.” (Nonaka y Takeuchi, 1995; Grant, 1996)

En esta línea, Argote et al. (1990) concluyen que las empresas (en este caso los servicios de salud) que “son capaces de transferir el conocimiento efectivamente de una unidad a otra, son las más productivas y tienen mayores probabilidades de supervivencia”.

De acuerdo con Davenport y Prusak (1998), la transferencia del conocimiento implica dos acciones: “transmisión, que consiste en el envío o la presentación

del conocimiento a un receptor potencial; y en la absorción, que implica su asimilación”. De este modo, si el conocimiento no se absorbe, no se ha producido la transferencia. Por ello, el facilitar la disponibilidad del conocimiento no garantiza de por sí la utilización del mismo.

Para que exista un proceso de transmisión del conocimiento en la atención prenatal a la adolescente primigesta primero se debe identificar: ¿cuál es el conocimiento que debe ser transferido?, tomando en cuenta al receptor es decir, ¿a quién debe transferirse el conocimiento? y también al emisor, ¿quién debe transferirlo?, de igual forma se debe seleccionar ¿cómo se debe transferir el conocimiento? y por consiguiente tener claro ¿con qué efecto debe ser el conocimiento transferido?

De acuerdo con las preguntas anteriores, la transferencia del conocimiento debe ser el punto de encuentro entre dos procesos fundamentalmente diferentes: la investigación y la acción.

En el proceso de transferencia del conocimiento en la atención prenatal, la autora, considera importante identificar las emociones, valores y actitudes que este proceso genera tanto en el proveedor del servicio como en la adolescente primigesta usuaria del mismo; de igual forma el contexto en donde se desarrolla la acción.

1.2.4 Factores que influyen en la transferencia del conocimiento

La transferencia del conocimiento es un “proceso complejo que requiere tiempo, esfuerzo y recursos internos, específicamente en la parte receptora, para asimilarlo.” (Nonaka et al, 2000, p. 7)

Desde el punto de vista de Williams y Gibson (1990) y Albino, et al (2001), la transferencia del conocimiento debe “conceptualizarse como un proceso de comunicación, en el que los vacíos entre los entornos del emisor y del receptor afectarán a la eficiencia de la comunicación”. Szulanski (2000) también remarca la consideración de la transferencia como “proceso” y no como acto puntual en el tiempo (Gouza, 2007, p. 31).

Gupta y Govindarajan (2000), conceptualizan la transferencia de conocimiento en términos de cinco elementos:

Valor percibido de la fuente de conocimiento. Las personas juzgan la información y el conocimiento que obtienen principalmente sobre la base de quién es la persona que lo proporciona (Davenport, 1996).

Disposición motivacional de la fuente para compartir el conocimiento

Existencia y riqueza de canales de transmisión

Disposición motivacional de la unidad receptora de conocimiento

Capacidad de absorción de la unidad receptora, capacidad definida como la habilidad para adquirir, asimilar y usar el conocimiento (Gupta y Govindarajan, 2000, p. 473).

Con base en lo anterior, la transferencia implica dos acciones: “la transmisión, envío o presentación del conocimiento a un receptor potencial y la absorción por parte de dicha persona o grupo” equivalentes a los procesos de exteriorización y combinación y socialización e interiorización, respectivamente. Un conocimiento no ha sido transferido, si no ha sido absorbido (Vega, 2005, p. 46).

Las organizaciones “para reinventar y actualizar su conocimiento en forma continua deben encontrar maneras eficaces para transformar en conocimiento su experiencia, creando conocimiento común”, el cual es fortalecido al ser transferido a través del tiempo y del espacio (Vega, 2005, p. 46).

La transformación de la experiencia en conocimiento no sucede en forma automática en una organización y el funcionamiento de un método de transferencia del conocimiento dependerá de los tres criterios siguientes:

Quien es el receptor propuesto del conocimiento en términos de similitud de tareas y contexto

La naturaleza de la tarea en términos de cuán rutinaria y frecuente es

El tipo de conocimiento que se está transfiriendo (Arceo, 2009, p. 41).

El hecho de “presentar información, no es transferencia del conocimiento”, de igual forma, si la transmisión y absorción no tienen ningún valor útil, es decir, “si el conocimiento nuevo no genera cambio en conducta” o si el desarrollo de una nueva idea no conduce a una nueva conducta (Vega, 2005, p. 46).

En la “transferencia del conocimiento cada receptor tiene contextos diferentes que influyen positiva o negativamente dependiendo de los siguientes factores: su capacidad de absorción”, sus tipos de habilidades para el trabajo en equipo o en la utilización de herramientas tecnológicas, experiencia en el área de trabajo, entendimiento del lenguaje y el tipo de conocimiento que requiere, sea éste, general, directivo o técnico (Vega, 2005, p. 6).

Un elemento que en la transferencia cobra suma importancia es la traducción del conocimiento porque mediante este proceso, el conocimiento producido se envía a un público determinado. De esta manera se tiende un puente entre el conocimiento generado por las instituciones y las necesidades de un sector específico de la sociedad. Por eso, se debe tomar en cuenta, incluso, la sintaxis, para lograr obtener el mensaje deseado.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos en la traducción del conocimiento, hay momentos en los que no se encuentran términos más amigables, entonces, deben tenerse en cuenta los términos técnicos.

En la atención de salud, el “análisis sociocultural es importante, debido a que promueve la pertinencia cultural”; lo que implica la “caracterización de los diferentes pueblos, la comprensión de sus sistemas de salud basados en percepciones y valores que determinan los procesos de mantenimiento, restauración de la salud y el aprovechamiento de sus recursos comunitarios.” (MSPAS, 2011, p. 7)

Los análisis convencionales tienden a homogenizar a la población y a considerar que el sistema de salud es cerrado, basado en los principios biomédicos de la medicina convencional/occidental.

La pertinencia cultural en salud, deriva del principio del "derecho a la diferencia" y quiere decir "adecuado a la cultura". En la prestación de servicios públicos en salud, busca que éstos sean “conceptualizados, organizados e implementados; tomando como referentes los valores de la cosmovisión de los pueblos indígenas, de tal forma que los servicios públicos de salud se adapten y respeten la forma de vida de los pueblos indígena.” (MSPAS, 2011, p 7)

La pertinencia cultural desarrolla el reconocimiento, respeto y la comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos y elementos terapéuticos en el mejoramiento de la salud de la población.

... la interculturalidad en salud implica, la generación de conocimiento y paradigmas que amplíen los marcos conceptuales y faciliten el entendimiento del conocimiento indígena y su incorporación en la formación y desarrollo de recursos humanos; de igual forma la adecuación cultural en salud, comprende un conjunto de acciones integradas y continuas, orientadas a promover cambios de comportamiento, actitudes y esquemas mentales del personal institucional del sistema oficial de salud (MSPAS, 2011, p. 8).

La transferencia del conocimiento en los servicios de salud debe estar orientada a promover cambios para que respondan a la cultura de los pueblos.

De acuerdo con las ideas antes desarrolladas, los aspectos importantes en la transferencia del conocimiento en las organizaciones son: “la semejanza de la tarea; el contexto entre grupo fuente y grupo receptor; el conocimiento de sus características individuales o grupales; su capacidad de absorción para determinar la eficacia del tipo de método de transferencia.” (Vega, 2005, p. 47)

Vega (2005) menciona que para seleccionar un mecanismo de transferencia de acuerdo a quién es el receptor propuesto, se deben evaluar los siguientes criterios:

- ... cuán parecidos son la tarea y el contexto del o de los equipos receptores y aquellos del equipo fuente

- La identificación de la capacidad de absorción de el o los receptores (experiencia, conocimiento técnico y lenguaje común) necesaria para implantar lo que el equipo fuente ha desarrollado (Vega, 2005, p 48).

En el caso del centro de salud en donde se realizó el estudio, el receptor es la adolescente primigesta, que tiene un contexto diferente a quien provee el servicio de atención prenatal, de igual forma es diferente la tarea. La capacidad de absorción depende del nivel educativo del receptor, así como del idioma y el conocimiento previo que tenga del tema.

Otro factor influyente es la cultura y los valores de la adolescente debido a que prefieren pasar a consulta con la médica que con el médico, sin importar que este último sea especialista.

El canal utilizado en la transferencia del conocimiento frecuentemente es la vía oral.

Un mecanismo de transferencia debe de corresponder a la naturaleza de las tareas, por lo que es importante evaluar:

...cuán a menudo hay que realizar la tarea

Si es una tarea rutinaria o no rutinaria y si hay pasos claros y permanentes o cada paso es variable.

Tipo de conocimiento que se está transfiriendo

La naturaleza de la tarea (Vega, 2005, p. 48).

El tipo de conocimiento, ya sea tácito o explícito y su alcance, son factores importantes en la manera como puede transmitirse.

Antes de seleccionar un mecanismo de transferencia que corresponda al tipo de conocimiento que se desea transferir, es importante evaluar

...el conocimiento del equipo fuente (tácito o explícito)

A cuántas áreas funcionales de la organización afectará la implantación del conocimiento (a un equipo, a una división, a toda la organización)

La identificación de las características del receptor del conocimiento (Vega, 2005, p. 50).

Carballo (2006), resalta la importancia del lenguaje oral, pero no se trata de hablar por hablar, sino de hablar comprometiéndose y ayudando, por lo que puntualiza tres estilos de hablar que, partiendo de la generosidad del emisor, tienen que ayudar al receptor:

Lenguaje positivo: Evitar que el receptor cierre su mente sino piense alternativamente. Evitar palabras cargadas de intenciones, emociones y dobles mensajes.

Unicidad del mensaje: El emisor debe procurar que cada mensaje transmita una sola forma de entenderlo.

Objetivación del conflicto o crítica constructiva: Se refiere a la manera de llamar la atención a una persona cuando su comportamiento no es, a nuestro juicio, el adecuado.

Es importante que los métodos de transferencia del conocimiento coincidan con la cultura institucional y nacional. También deben reconocer tanto el “valor de los contactos personales como el de los electrónicos propiciando que ambos se produzcan.” (Arceo, 2009, p. 42)

Nonaka y Takeuchi (1995) con sus áreas “redundantes” o superpuestas de las experiencias adquiridas y Allen (1986) con la “desigualdad cultural” como barrera para la transferencia de tecnología, reconocen la importancia del interés común. Por ello, un factor importante en el éxito en la transferencia de conocimiento es el “idioma común de los participantes y se refiere más que a una lengua, sino a capacitaciones, intereses y experiencias prácticamente idénticas.” (Arceo, 2009, p. 43)

Es posible transferir el conocimiento explícito con una precisión razonable, en procedimientos o representado en documentos, bases de datos. El “conocimiento tácito requiere de un amplio contacto personal y esta relación de transferencia viene dada con el aprendizaje.” (Arceo, 2009, p. 43)

Con base en lo anterior se concluye que:

- El conocimiento parte de los conocimientos tácito y explícito.
- El conocimiento es investigado desde una perspectiva de procesos.
- El conocimiento no se puede gestionar como otros recursos, lo que se gestiona es el proceso en el que se intercambia y crea el conocimiento.

La efectiva creación del conocimiento depende del contexto, lo que Nonaka y Konno (1998) definen como esencial y denominan *Ba*. Para Habermas era el mundo de la vida. Lo interpretó como el lugar trascendental donde se encuentran el hablante y el oyente, donde de modo recíproco reclaman que sus posiciones encajan en el mundo y donde pueden criticar o confirmar la validez de las pretensiones, ponen en orden sus discrepancias y llegan a acuerdos. En este contexto, se presentan factores o actitudes que deben asegurar, en lo posible el éxito de la gestión del conocimiento.

En el presente estudio, los mecanismos de cómo se transfiere el conocimiento en la atención prenatal dirigida a adolescentes primigestas y sus implicaciones en la primera demora serán estudiados desde la perspectiva de los actores involucrados, tomando como referencia lo expresado por Grant y con base al modelo de creación de conocimiento (Nonaka y Takeuchi, 1995).

1.3 Modelo de las demoras para análisis de la muerte materna en Guatemala

1.3.1 Situación de la muerte materna en Guatemala

Guatemala, es un “país pluricultural y multilingüe”, se reconocen oficialmente “23 idiomas diferentes hablados por grupos étnicos distintos, cuenta con una población total equivalente a 15, 438,384 habitantes. De ese total, la población comprendida entre los 10 a 14 años es de 1, 798,262 y de 15 a 19 años corresponde a 1, 510,147.” (INE, 2010, p. 1)

La Ciudad de Guatemala, se encuentra localizada en el área sur-centro del país. De acuerdo con la proyección realizada por el Instituto Nacional de Estadística, “para el año 2013, la habitan 993,552 personas”; pero considerando su área metropolitana alcanza, “de acuerdo a estas estimaciones,

un total de 3, 257,616 habitantes.” (INE, 2013, p 1). Lo que la convierte en la aglomeración urbana más poblada y extensa de América Central.

Según el Fondo de Población de Naciones Unidas –UNFPA-, la situación de la mortalidad materna en Guatemala ha colocado al país en el renglón de índices más alarmantes de Latinoamérica. Para “el 2011, Guatemala ocupaba el cuarto lugar de los países con las más elevadas tasas de mortalidad materna de la región”.

Las muertes maternas ocurren, generalmente, 24 horas después de la resolución del embarazo. Más de la mitad mueren en el hogar y cuatro de cada diez mueren en un servicio hospitalario.

Las causas más frecuentes de mortalidad materna son: hemorragia durante el parto y puerperio inmediato, hipertensión inducida por el embarazo y sepsis”, que son consecuencia de necesidades insatisfechas de educación y acceso oportuno a los servicios y que podrían prevenirse y evitarse con intervenciones sencillas mediante un control prenatal adecuado (MSPAS, 2009, p.10).

Al momento del “parto, seis de cada diez madres que fallecen, han sido atendidas por comadrona, por un familiar o por ellas mismas” y “solamente tres de cada diez reciben atención por un proveedor de salud.” (OSAR, 2011, p. 3)

En la mayoría de casos, las muertes maternas son consecuencia de la existencia de condicionantes y determinantes que se constituyen en desventajas sanitarias, sociales y económicas; lo lamentable es que la mayoría de estas muertes pudieron evitarse.

Los indicadores socioeconómicos muestran “altos índices de disparidad y desigualdad entre hombres y mujeres de las diferentes regiones, en un mismo territorio”. Uno de ellos, lo constituye la “razón de mortalidad materna, (RMM), cuyo valor es de 139 por 100,000 nacidos vivos” para toda la nación (SEGEPLAN, 2011, p. 12).

La razón de mortalidad materna observada en el “año basal (1989) fue de 219 por cada 100,000 nacidos vivos”, esta cifra reflejó en la década de los años 90 del siglo XX, cambios positivos con una reducción del 30%.

De acuerdo la “Línea Basal de Mortalidad Materna, realizada en el año 2000, en Guatemala, la Razón de mortalidad Materna (RMM) fue de 153 mujeres fallecidas x 100,000 nacidos vivos.” (SEGEPLAN, 2011, p. 12)

Para el año 2007, de acuerdo al Resumen Hallazgos y conclusiones Estudio Nacional Mortalidad Materna realizado por el Ministerio de Salud Pública y SEGEPLAN, “la razón de Mortalidad Materna (RMM) fue de (139.7); con una velocidad de descenso de 1.2% anual.” (SEGEPLAN, 2011, p. 12)

En el mismo estudio, se encontró que hay dos departamentos en los cuales la “Razón de Mortalidad Materna por ocurrencia es mayor a la Razón de Mortalidad Materna por residencia”: Guatemala (159.4 vs 65.9) y Quetzaltenango (132 vs 95.5). “Lo que representa diferencias porcentuales de 141.9 % y 38.2 % respectivamente.” (SEGEPLAN, 2011, p. 52)

En el año 2007 se documentó que el “35% de las muertes ocurrió en la primera demora que consiste en la falta de reconocimiento a tiempo de las señales de peligro durante el embarazo.” (Segeplan, 2010, p. 18)

En comparación con países que tienen los menores y mayores valores de Razón de Mortalidad Materna –RMM- en el continente, “Guatemala tiene en la actualidad un valor similar al que tenía Estados Unidos hace más de 50 años.”

“Canadá y Estados Unidos reportaron en el año 2010 una Razón de Mortalidad Materna de 9 mujeres fallecidas por 100,000 nacidos vivos”; a diferencia con “Chile y Uruguay, con 26 y 27 muertes por cada 100, 000 nacidos vivos” y “Guyana y Haití con 280 y 350 muerte respectivamente.” (SEGEPLAN, 2011, p. 43), (CEPAL, 2010, p. 1)

Para alcanzar el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM 5), los países deben tener una reducción de la RMM en un 75%, entre 1990 y 2015, lo anterior significa una “reducción anual del 5.5% a partir de 1990.” (SEGEPLAN, 2011, p. 43)

A pesar de las reducciones, Guatemala aún se encuentra alejada de la Meta 2015 que se sitúa en 55 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos. (Segeplan, 2010, p 18) Esto significó tener entre 1990 y 2015 una reducción de la RMM en un 75%, es decir, una reducción anual del 5.5%.

Guatemala se encuentra muy distante de lograr ese nivel de reducción a pesar de haber incrementado los esfuerzos para el mejoramiento de la salud reproductiva en el país (SEGEPLAN, 2011, p. 43).

En cuanto a la edad en la que ocurre la Mortalidad Materna se encontró que en un 61.8% es en el grupo de 20 a 34 años, pero se incrementa en ambos extremos de la edad reproductiva: tiene un alto nivel en niñas de 10-14 años y luego se incrementa en forma constante hasta que alcanza su máximo en el grupo de 40 a 44 años (SEGEPLAN, 2011, p. 56).

En Guatemala, el 24% de la población nacional está comprendida entre los 10 y 19 años de edad. Según informe del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el 30% de los y las adolescentes que reportaron haber tenido su primer relación sexual entre los 15 y 17 años fue con algún familiar.

Lo anterior implica un grado de consanguinidad que está directamente relacionado con los riesgos de una malformación congénita; es decir, las parejas con hijos que tiene un alto grado de consanguinidad presentan una tasa de transmisión de anomalías genéticas mayores que las parejas sin parentesco (Médicos del Mundo, 2010, p. 5).

La tasa de fecundidad en adolescentes es alta, 114 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años, (Unicef, 2011: 1). El 44% de las mujeres de 20 a 24 años son madres antes de los 20 años (UNICEF, 2011, p. 1).

Los servicios de salud en Guatemala se caracterizan por su deficiencia y poca cobertura a sus habitantes. La pobreza no permite que las familias tengan los recursos necesarios para ofrecerles salud a todos sus miembros, siendo las niñas y adolescente las más afectadas (UNICEF, 2011, p.1).

El embarazo de mujeres adolescentes es un problema de salud pública, según las estadísticas 24,258 mujeres entre los 10 y 24 años estuvieron embarazadas durante el año 2008, 483 entre los 10 y 14 años; 10,563 entre 15 y 19 años; 13,212 en el rango de 20 a 24 años (UNICEF, 2011, p. 2).

En países en vía de desarrollo, la maternidad es una de las principales formas de realización personal de las mujeres, en particular quienes no tienen acceso a educación y que son provenientes de sectores pobres.

En el país, no está permitido el aborto y, según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, un 51.3 % de adolescentes menores de 15 años no utilizó anticonceptivo en su primera relación debido a que no conocía ningún método (MSPAS, 2010, p199). En el rango de 15 a 17 años, no usaron en un 39.4%, por igual motivo.

Las razones para no utilizar ningún método en la primera relación sexual, son: en primer lugar el desconocimiento de los métodos (37.4 %); en segundo, el deseo de tener un hijo o hija (25.9 %) y en tercer lugar porque las relaciones sexuales fueron inesperadas o no planificadas (10.3%). Las relaciones sexuales no planificadas ocurrieron en las jóvenes con educación superior (45.7%) (ENSMI, 2008-2009, p. 199).

En la región metropolitana se registra el mayor número de nacimientos anuales que en el área urbana en general, mostrándose en las mujeres con educación una mayor tendencia a la prevención (Médicos del Mundo, 2010, p. 6).

El embarazo adolescente o embarazo a temprana edad se produce en mujeres de 10 a 19 años de edad. La mayoría de estos embarazos es no deseado, pues no han sido planificados, previstos o deseados.

En 2010 se registraron 47, 559 partos en adolescentes, que equivale al 19.9 % de los partos a nivel nacional, 11.3 de ellos fue en adolescentes de 10 a 15 años y el 88.7 en adolescentes de 16 a 19 años.

El incremento porcentual en relación a 2009 fue de 10.8% en adolescentes de 10 a 15 años y de 15% en adolescentes de 16 a 19 años, evidenciando estas cifras una urgencia de realizar intervenciones para su prevención (Médicos del Mundo, 2010, p. 6).

La multiplicidad de factores asociados a las muertes maternas complejiza las acciones del sector salud dirigidas a reducirlas, y también dificulta la obtención de los resultados esperados. La prevalencia de anemia en las mujeres embarazadas de 15 a 49 años de edad, 29.1% es mayor que la observada para las mujeres no embarazadas 21.4 % (ENSMI, 2008-2009, p. 317).

Un déficit nutricional en el bebé puede afectar su crecimiento y desarrollo psicomotriz, y su capacidad para explorar y desarrollar las capacidades cognitivas. La deficiencia de ácido fólico, puede causar defectos congénitos graves en el cerebro y la médula espinal, conocidos como defectos del tubo neural.

En la madre, la falta hierro tiene como consecuencia una deficiente oxigenación y un cansancio que puede prolongar el período expulsivo del bebé durante el parto, porque la mujer tiene menor fuerza y un mayor riesgo de pérdida sangre.

Elevar las opciones de atención de las complicaciones, es un desafío que debe enfrentarse con acciones dirigidas a la ampliación de la atención obstétrica esencial de manera oportuna, calificada, con enfoque de género y pertinencia cultural, así también, el facilitar en el control prenatal la educación en salud para reconocer los signos de peligro tempranamente, promover la búsqueda de atención oportuna y considerar la relevancia que tienen la salud sexual y reproductiva mediante la planificación familiar como una decisión prioritaria de la pareja (OSAR, 2011, p. 3).

Para el gobierno guatemalteco la maternidad saludable ha sido prioridad, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha tomado diversas acciones entre ellas: el fortalecimiento de la vigilancia activa de la embarazada, atención del parto y posparto específicamente fortaleciendo la capacidad de atención de urgencias y complicaciones asociados a estos.

Asimismo, implementó la notificación inmediata de los casos de muertes maternas y neonatales para tomar las acciones correspondientes (SEGEPLAN, 2011, p. 15).

En el Plan Operativo del gobierno de Guatemala, entre los resultados esperados se encuentra reducir en un 10% la mortalidad materna y neonatal, en los 166 municipios priorizados para el año 2015 y como resultados intermedios: incrementar la atención prenatal desde el primer trimestre del embarazo, mejorar el estado nutricional de las mujeres gestantes, incrementar el acceso a los métodos de planificación familiar, reducir el embarazo en adolescentes, mejorar la referencia y contra referencia materna neonatal.

Como conclusión, la situación de la mortalidad materna en Guatemala es el resultado de las inequidades existentes y su costo social es sumamente elevado. Detrás de una muerte materna, posiblemente, se encuentra una familia desprotegida, niños y niñas huérfanos cuyos factores afectivos, sociales y

económicos adversos a su desarrollo y, como consecuencia, un futuro incierto de protección, afecto y sustento.

La solución al problema de la mortalidad materna y neonatal “necesita una respuesta integrada e integral y efectiva, que involucre la sensibilidad de los hombres y el empoderamiento de las mujeres con la participación comunitaria.” (MSPAS, 2010, p.11)

Además de la respuesta eficiente de los proveedores de servicios de salud para la “promoción, prevención, y atención en la salud reproductiva, con adecuada y oportuna atención a las emergencias obstétricas y neonatales”; con personal institucional “capacitado y motivado, acceso a la planificación familiar y servicios con pertinencia cultural. “ (MSPAS, 2010, p.11)

1.3.2 Definición y características del modelo de las demoras

Para la implementación de estrategias y la definición de acciones de intervención para la prevención de la mortalidad materna y neonatal, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social adoptó el “Modelo de las Demoras”.

Este modelo tiene como base el marco conceptual del modelo de McCarthy y Maine (1992) y sostiene que para “reducir las muertes maternas se debe intervenir: reduciendo las probabilidades que las mujeres se embaracen; reduciendo las probabilidades que desarrollen una complicación durante el embarazo y el parto; reduciendo las probabilidades de morir entre las que desarrollan una complicación.” (Ábalos, 2010, p. 2)

El Modelo de Maine, permite “analizar las fallas relacionadas con cualquiera de los factores involucrados y en cada uno de los contextos en donde surgen las demoras.” (Ábalos, 2010, p. 2)

En la primera demora es importante el acceso al servicio y al conocimiento, mediante la información obtenida por medio del personal de salud o por otros medios de comunicación establecidos para este efecto. Otro aspecto por considerar es la periodicidad de la atención durante el embarazo y las apropiadas decisiones médicas en cada situación específica.

Las diferentes demoras están también relacionadas al acceso al conocimiento de los derechos en salud de la embarazada, al reconocimiento de riesgos y a la calidad de atención en todos los servicios en las instituciones donde la embarazada solicita atención.

Al igual que las intervenciones del Modelo de las Demoras, aplicando lo referido por Nonaka y Takeuchi, el proceso de generación de conocimiento tiene lugar dentro de la comunidad de interacción de la institución, desde el nivel del individuo, pasando por comunidades más amplias y complejas, cruzando los límites de las secciones, las áreas funcionales y las divisiones; así como sus propios límites para ser creado y diseminado.

Las intervenciones y acciones por desarrollar en la primera demora son fáciles de implementar, pero requieren de voluntad y decisión política para priorizarse. En los servicios de salud, la demanda de atención es alta y el recurso humano y logístico, escaso. Es evidente que se requiere de una planificación estratégica que permita la reorganización de los servicios en función de objetivos estratégicos propuestos a alcanzar.

De acuerdo con el Plan de Acción para la Reducción de Mortalidad Materna y Neonatal y al Modelo de Maine modificado, las cuatro demoras comprenden:

Figura 10. Modelo de las cuatro demoras

Demora	Condicionante s y determinantes	Intervenciones y acciones	Contenido /Promoción Prevención
Primera Demora: reconocimiento del problema. desconocimiento que tienen las mujeres, familias y comunidad de los signos y señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres durante el embarazo, parto, pos parto y del recién nacido	Las condicionantes en esta primera demora son socio-culturales, de conocimiento y prácticas	Maternidad saludable (información, educación y comunicación – IEC- a la población mediante guías que identifiquen signos y señales de peligro). Información, Educación, y Comunicación: verbal, escrita, visual, radio tv, local nacional y otros	Los signos y síntomas de peligro en el embarazo que comprenden: hemorragia vaginal, presencia de flujo vaginal (fétido, color amarillo, verde o blanco espeso), molestias urinarias, fiebre, dolor tipo cólico en región pélvica, dolor de cabeza, presión arterial mayor o igual a 140/90 mm/Hg o elevación de más de 15 mm/Hg en la presión sistólica y más de 10 mm/Hg en la presión diastólica, comparada con la presión anterior, trastornos visuales (se le nubla la vista, ve puntos negros o puntos de luz, disminución o ausencia de movimientos fetales)
Segunda Demora: oportunidad de la decisión y de la acción. Comprende situaciones en las que aunque la mujer reconozca los signos de peligro, la inequidad de género no le permite asumir su derecho y ejercer la toma de decisión por sí misma, sino que debe ser decidido por su pareja o familiar cercano (padres, suegros, comadrona, entre otros)	Factores sociales y culturales, cognitivos, actitudinales	Promocionar con la comunidad la creación de planes de emergencia familiar que permita estar preparados al presentarse complicaciones y tomar decisiones y acciones oportunas	Concientización a la pareja por medio de IEC: verbal, escrita, visual, radio, tv, local, nacional y otros. Elaboración Plan de Emergencia individual y comunitario

Demora	Condicionantes y determinantes	Intervenciones y acciones	Contenido Promoción Prevención
Tercera Demora: acceso a la atención/logística de referencia. Limitantes que existen por falta de acceso a las vías de comunicación y medios de transporte para acceder a los servicios de salud	Factores geográficos socioeconómicos	Asegurar el traslado de la futura madre en riesgo Implementación de casas maternas (Hogares Maternos) cercanas al centro de atención de la salud, aseguramiento de centros de atención obstétrica	Plan comunitario, formación y funcionamiento de Redes de paternidad y maternidad responsable, comités de emergencia, organizaciones juveniles
Cuarta Demora: calidad de atención atención institucional deficiente e inoportuna por varias causas, entre las que se pueden destacar la falta de competencia (conocimientos, destrezas habilidades y actitudes) de proveedores de servicios de salud falta de insumos medicamentos y equipo adecuado	Factores económicos, cognitivos, actitudinales	Manejo de emergencia obstétricas y garantizar la competencia técnica de los proveedores institucionales para la atención del parto limpio y seguro, atención oportuna del posparto y del recién nacido, con calidad, calidez, dignidad y humanismo	competencia (conocimientos destrezas, habilidades y actitudes) de proveedores de servicios de salud, insumos, medicamentos y equipo adecuado

Fuente: (MSPAS, 2010, p. 11-12) (Maine, 1994, p 109-110) Elaboración propia

1.4 Atención pre natal personalizada y reenforcada

Una de las intervenciones preventivas para la evitabilidad de la muerte materna es el adecuado control prenatal. Este debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo. En Guatemala esto no se lleva a cabo porque la madre acude tarde a los servicios de salud; casi siempre acude en los últimos meses de embarazo.

Una adolescente primigesta es la que por primera vez está embarazada (primigesta), es decir, es primera experiencia en su trayectoria de vida y por lo que el bagaje de conocimiento con relación al control prenatal, es el aprendido en el hogar, escuela o es el que ha oído o ha sido reproducido por los medios de comunicación o por su grupo de pares.

En el presente estudio se abordó el proceso de gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal que se oferta en un servicio de salud, de un segundo nivel de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y se circunscribe a la primera demora.

La transferencia del conocimiento permite que las adolescentes comprendan mejor la importancia de reconocer las señales de peligro durante el embarazo y de ser identificado algún riesgo, saber dónde buscar atención oportunamente.

La oferta del servicio de atención prenatal en un centro de salud tiene como objetivo captar a la mujer embarazada en forma oportuna para identificar algún riesgo durante la gestación, proveerle hierro, ácido fólico, proporcionar educación en salud, enseñarle y hacer con ella un Plan de Emergencia Familiar durante el trabajo de parto. Lo anterior tiene como propósito evitar las complicaciones durante el embarazo.

En esta prestación de servicio es muy importante conocer el significado que el proveedor da a esta actividad y el significado para la usuaria de recibir esta asistencia.

Es de conocimiento general que la calidad de atención en instituciones públicas, donde la solicitud de servicio es masiva, genera estrés en los proveedores del servicio (médicos, enfermeras) por la carga de trabajo que se genera. Es importante evidenciar estos aspectos porque de ello depende la atención de

calidad, la cual permitirá la identificación del riesgo en forma oportuna y evitará la muerte materna.

La gestión del conocimiento aplicada a la atención prenatal permite capturar y hacer uso del conocimiento colectivo de los expertos en la institución; ver sus procesos como procesos de conocimiento, hacer de la creación de conocimiento, disseminación, actualización y aplicación, toda una metodología para mejorar el desempeño del recurso humano involucrado y de alcanzar, como consecuencia, sus metas y objetivos planificados.

Todo salubrista sabe que la muerte materna puede prevenirse y que su ocurrencia afecta la integridad del núcleo familiar y, como consecuencia, la estructura social en general.

1.4.1 Definición

La atención prenatal, de acuerdo con la Guía para la implementación de la atención integrada materna y neonatal:

... consiste en los cuidados y acciones que recibe la mujer durante el embarazo, identificando tempranamente las complicaciones, los signos de peligro, a través del auto-cuidado y la participación de la familia para lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y el niño/a. Según esta guía y la norma de atención, todo embarazo se considera de riesgo (MSPAS, 2011, p. 9).

1.4.2 Objetivos de la atención prenatal

Los objetivos de la atención o control prenatal son:

promover y mantener la salud física, mental y social de la madre y el bebé
detectar las señales de peligro o complicaciones

estabilizar y referir oportunamente a un nivel de mayor capacidad resolutive

dar seguimiento a la respuesta; preparar en conjunto un plan de emergencia familiar y comunitaria

educar a la madre en lactancia materna; educar a la madre para un postparto normal y para el cuidado del recién nacido

brindar consejería sobre prácticas saludables durante el embarazo y el parto

promover el espaciamiento de los embarazos

identificar y tratar madres con VIH y sífilis

detectar otras enfermedades como diabetes, tuberculosis, hipertensión, malaria, infecciones del tracto urinario, anemia, desnutrición, entre otras (MSPAS, 2011, p. 9).

Para el segundo nivel que corresponde a un Centro de Salud, la Norma de Atención recomienda cuatro atenciones prenatales en las madres que no presenten una patología que amerite otra frecuencia de visita al servicio.

La periodicidad del control prenatal, según la evolución del embarazo, se encuentra visualizada en el siguiente cuadro:

Figura 11. Periodicidad del control prenatal

CONTROL PRENATAL	
Primera Consulta	12 semanas
Segunda Consulta	26 semanas
Tercera Consulta	32 semanas
Cuarta Consulta	36-38 semanas

Fuente: Normas de Atención. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010).

El personal de salud, durante la atención prenatal, debe explicar a la mujer los signos y síntomas de peligro, como hemorragia vaginal, visión borrosa, fiebre, dolor abdominal, salida de líquido por la vagina, ausencia de movimientos fetales.

Lo importante es indicar a la mujer que de presentarse una o más de estas señales no debe esperar, sino “acudir de inmediato al servicio de salud más cercano.” (MSPAS, 2011, p. 12)

En el Centro de Salud, el personal debe explicar a la mujer embarazada la importancia de realizar las pruebas de VIH y SIFILIS.

El personal de salud y la persona embarazada deben identificar las señales de peligro durante el primer trimestre, por ejemplo: hemorragia vaginal, presencia de flujo vaginal, molestias urinarias, fiebre.

En el segundo trimestre, los síntomas pueden ser: hemorragia vaginal, dolor de cabeza frecuente, flujo vaginal, molestias urinarias, presión arterial alta, sensación de múltiples partes fetales, salida de líquido por la vagina; disminución o ausencia de movimientos fetales, fiebre.

En el tercer trimestre, pueden presentarse: hemorragia vaginal; dolores tipo parto; edema de cara y manos; salida de líquido por la vagina; presión arterial alta; dolores de cabeza; disminución o ausencia de movimientos fetales; fiebre.

Durante la consulta de control prenatal, el proveedor debe explicar, en un lenguaje claro y sencillo, a qué se refiere cuando se le pregunta si ha tenido hemorragia vaginal, visión borrosa, fiebre, dolor abdominal, salida de líquido por la vagina, ausencia de movimientos fetales.

En la mayoría de ocasiones la mujer embarazada no está familiarizada con un lenguaje técnico y no comprende la pregunta. Por ello, es el momento preciso para atraer la atención de la paciente y transmitir la información básica que le permita realizar acciones que beneficien su salud y la del bebé que espera.

De acuerdo con la Norma, es el personal del servicio de salud quien debe “apoyar a la adolescente embarazada para elaborar el plan de emergencia familiar y el del parto”. Informándole de la importancia de su elaboración y explicando los elementos fundamentales a tomar en cuenta para su elaboración (MSPAS, 2011, p.12).

Todo embarazo en la adolescencia, según la Norma de Atención, “es considerado de alto riesgo”, por lo que indica que las adolescentes de 10 a 14 años deben ser consideradas pacientes de alto riesgo y se deben de referir a un servicio de salud con gineco –obstetra (MSPAS, 2010, p. 24).

El componente administrativo también es importante durante control prenatal. Este aspecto involucra al personal de salud que provee la atención directa. Esta actividad rutinaria consiste en el llenado de la ficha de vigilancia de la mujer embarazada del Centro Nacional de Epidemiología; registro en los instrumentos del Sistema de Información Gerencial en Salud –SIGSA- de las pacientes atendidas, llenado de la ficha clínica, llenando de la boleta de referencia si se requiere, respuesta a toda paciente referida de un servicio del sistema de salud si es el caso y el llenado de la receta médica si procede.

Es evidente que el sector salud se ha quedado rezagado en el tiempo y como fue escrito desde el año 1992 en el texto “Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud”, la asignación de tareas se realizan sin considerar las características de quienes las desempeñarán. Por ello, se continúan realizando rutinas de trabajo

reiterativas, desmotivantes provocando insatisfacción profesional y baja productividad (OPS.1992, p. 99).

1.4.3 Elementos de cada control prenatal

Los elementos a incluir en la consejería de cada control prenatal son:

... signos y señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido; orientación pre y post prueba de VIH y sífilis; plan de emergencia familiar y plan de parto; parto limpio y seguro; importancia del control post parto y del recién nacido; planificación familiar; alimentación y micronutrientes; lactancia materna temprana y exclusiva; efectos del uso de tabaco, drogas y medicamentos durante el embarazo; violencia doméstica; referencia para examen buco-dental (MSPAS, 2010, p. 24).

1.5 Interculturalidad

Guatemala es un país multicultural, multilingüe y multiétnico en el cual habitan cuatro pueblos: Mayas (23 comunidades lingüísticas) Garífunas, Xincas y Mestizos la comunicación efectiva es indispensable. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, el 40% de la población general está constituido por pueblos indígenas (INE 2002), con cosmos- percepciones diferentes con relación al proceso salud enfermedad (MSPAS, 2011, p. 7).

La interculturalidad en salud intenta desarrollar el reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos y sus recursos en el mejoramiento de la salud de la población implica, la generación de conocimiento y paradigmas que amplíen los marcos conceptuales y faciliten el entendimiento del conocimiento indígena y su incorporación en la formación y desarrollo de recursos humanos (MSPAS, 2011, p. 7).

Los indicadores de salud según la última ENSMI demuestran que la población indígena del país es la que tiene menos acceso a los servicios de salud por múltiples razones, entre las que se pueden citar: inaccessibilidad geográfica, económico, cultural (idioma), razón por la cual es importante que la atención en los servicios de salud sea adaptada a las diferentes culturas.

En la atención de salud, el análisis sociocultural promueve la pertinencia cultural en salud. Es decir, la caracterización de los diferentes pueblos, la comprensión de los sistemas de salud indígenas basados en sistemas de percepciones y valores que determinan los procesos de mantenimiento, restauración de la salud y el aprovechamiento de los recursos comunitarios (MSPAS, 2011, p. 7).

En general, los análisis convencionales tienden a homogenizar a la población y a considerar al sistema de salud como un sistema cerrado, basado en los principios biomédicos de la medicina convencional/occidental (Haeussler, 2003).

1.6 Pertinencia cultural en salud

Pertinencia cultural deriva del principio de "derecho a la diferencia" y quiere decir "adecuado a la cultura".

En el caso de su aplicación a la prestación de servicios públicos en salud busca que estos sean conceptualizados, organizados e implementados tomando como referentes los valores de la cosmovisión de los pueblos indígenas, de tal forma que los servicios públicos de salud se adapten y respeten la forma de vida de los pueblos indígenas (MSPAS, 2011, p. 7).

El conocimiento, entendido como una “mezcla de experiencia, valores, información y saber hacer”, sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información, y debe ser útil para la acción (Davenport, 1998).

La “obtención, diseminación, comunicación y colaboración entre las personas que poseen el conocimiento es facilitada por la gestión”; pero la transformación de la experiencia en conocimiento no sucede automáticamente en una organización (Dixon, 2001).

Freire en *Pedagogía de la Autonomía*, plantea como criterio principal “que la educación no es una transmisión de conocimientos, sino que es la creación de posibilidades de producción de este conocimiento.” (Freire, 2004, p.16)

He aquí la importancia de la relación parental del educador y el educando, equipo fuente y receptor en este caso, pues lo que Freire propone es que “debe existir un intercambio de saberes, los cuales tengan significancia para ambos, siendo estos saberes las bases en el crecimiento de ambos, debido a que tanto el educador como el educando conocen algo que el otro individuo desconoce”, por tal motivo el ser humano se encuentra en un crecimiento y aprendizaje constante (Freire, 2004, p. 16).

En la atención prenatal a la adolescente primigesta, el propósito del proveedor de salud debe ser sensibilizar a la adolescente y apoyarla mediante la consejería para que sea autosuficiente en el cuidado de su salud y la de su bebé.

Debe generar confianza, mediante un trato humanitario proporcionando una atención de calidad y con calidez; procurando el respeto como persona. El proveedor de salud debe de ser un facilitador dispuesto a aclarar dudas y a apoyar la toma de decisiones, haciendo del corto momento de la consejería en salud una transmisión de saberes para analizar lo expresado por la

adolescente. De esta manera puede identificar sus valores, costumbres, creencias y posibles barreras que limiten el alcance de los objetivos de las actividades de la promoción de la salud en el componente materno y neonatal.

El proveedor de servicios, mediante la transferencia de su conocimiento tácito a explícito, externaliza su conocimiento. Lo mismo sucede con la adolescente primigesta al expresar su conocimiento tácito. Si para la consejería es utilizado material impreso, se está propiciando una interiorización debido a que se están analizando experiencias adquiridas en la puesta en práctica de los nuevos conocimientos y se incorpora en la base del conocimiento tácito.

En la transferencia del conocimiento no puede prescindirse de lo ético. Es la eticidad lo que permite que la adolescente primigesta, una vez informada, pueda decidir, optar, escoger, pues su libertad se desarrolla en la cultura que forma parte de la historicidad. De esta manera, la adolescente adquiere cierta autonomía en cuanto a la transferencia del conocimiento, debido a que el conocimiento no está limitado, puede ir más allá en la medida que la adolescente se plantee preguntas y desarrolle dudas.

Esta autonomía debe ser respetada por el prestador del servicio de atención prenatal. Es el prestador de servicio quien debe motivar a la adolescente a plantearse dudas y hacerse preguntas, como manera de ayudar en el desarrollo de su autonomía y de la libertad que goza la adolescente.

1.7 Adecuación cultural en salud

De acuerdo con las normas de atención, la adecuación cultural en salud es:

un conjunto de acciones integradas y continuas, orientadas a promover cambios de comportamiento, actitudes y esquemas mentales del personal institucional del sistema oficial de salud., orientados a

promover cambios que respondan a la cultura de los pueblos. Es la aplicación de la interculturalidad para la salud en Guatemala (MSPAS, 2011, p. 7).

Basado en las normas de atención, entre las premisas de atención intercultural en salud se mencionan:

- respetar la cosmos-percepción que cada usuaria tiene sobre: embarazo, parto, puerperio y recién nacido
- la atención debe ser con respeto hacia los cuatro pueblos: Maya, Garífuna, Xinca y Mestizo
- se debe llamar a la usuaria por su nombre
- se debe de atender a la usuaria en su idioma materno
- se debe de cuidar no hacer los gestos y expresión corporal en la atención
- no asumir actitudes discriminatorias ni excluyentes
- permitir que la usuaria (si lo desea), esté acompañada durante la consulta médica
- permitir a usuaria decidir en qué posición quiere que se le atienda el parto.
- respetar el querer ser atendida con su ropa indígena o ropa institucional adecuada culturalmente
- independientemente de la posición elegida por la usuaria para tener su parto, el personal institucional está obligado a llenar adecuadamente el partograma durante la labor de dicha paciente, así mismo, deberá practicarse el manejo activo de la tercera etapa del parto –MATEP- oportunamente a la usuaria
- en los servicios de salud, se debe de respetar los elementos simbólicos que portan las usuarias de los pueblos indígenas, por ejemplo pulseras rojas, bolsitas con piedras, cintas rojas, collares, plantas medicinales en el cuerpo, ocote, limones, entre otros. Los servicios de salud deben garantizar o permitir el uso de tés (Generadores de leche) de la región o permitir a la ajiyon

(abuela comadrona) o madre de la usuaria, para ingresar la bebida ya preparada por ellas

- evaluar la ingesta de ixbut (también conocida como hierba lechera, Besmut, Sapillo). La ingesta de esta planta ayuda a mejorar la producción de leche en la puérpera (Ver vademécum de plantas medicinales)
- promover la lactancia materna exclusiva e inmediata (MSPAS, 2011, p. 7).

1.8 Emociones y valores como ejes motivacionales

La experiencia emocional en parte depende de nuestras experiencias anteriores, “pero siempre que sentimos algo, está relacionado de alguna manera con el entorno.” (Muñoz, 2012, p. 11)

Esa relación que co-crea la experiencia emocional genera diversas implicaciones:

La persona no es totalmente responsable de lo que siente, es corresponsable con aquello que ayudó a provocar su reacción emocional

Cuando otro siente algo en donde hemos estado involucrados somos co-responsables de ese sentimiento (Muñoz, 2012, p. 11).

Las emociones son las que dan “significado personal a nuestra experiencia, no solo guían, sino ayudan a mejorar la toma de decisiones y la resolución de problema.” Nos informan de aquello “que nos es significativo, aquello por lo que estamos interesados”. Son el resultado de un “proceso de construcción complejo que sintetiza muchos niveles de procesamiento de la información.” (Greenberg y Palvio, 2007, p. 23)

Desde el funcionalismo, las emociones son consideradas como “procesos de valoración cognitiva, activadoras, motivadoras y organizadoras de la conducta, es decir pueden llegar a regular el comportamiento.” (Plutchik cit. Ulich, 1986)

Según la gestalt, las emociones y sentimientos son básicamente: informar del estado del campo organismo-entorno, proveer orientación en el campo, señalar una necesidad, informar de lo que nos es significativo y nos interesa, organizar para la acción, son adaptativas, nos motivan y mueven, comunican, clarifican el pensamiento y toma de decisiones, son generadoras de comportamientos éticos (Muñoz, 2009).

El estudio de las emociones, valores y actitudes con relación a la prestación de un servicio de salud es una línea de estudio actual y novedosa para reducir brechas existentes que no permiten alcanzar coberturas, mejorar la atención y la calidad de vida de las adolescentes.

Las emociones son estructuras funcionales netamente diferenciadas, que dan información sobre el estado de la relación organismo-entorno. Es una reacción espontánea del organismo, por lo mismo es amor al. No podemos dejar de sentir lo que sentimos, ni de necesitar lo que necesitamos. Lo que hacemos es ejercer nuestra libertad en la elección de lo que queremos hacer con ello (Muñoz, 2012, p. 16).

Las características más importantes de la emoción son:

Precede al sentimiento, depende de las sensaciones y de las percepciones.

Es parte del sentir del proceso emocional, que se hace pública en acciones o movimientos, se puede ver en conductas específicas de tipo no verbal.

Suele ser intensa pero de corta duración.

Es resultado de evaluación de la situación por parte del organismo.

Está al servicio de la supervivencia.

Cada emoción primaria tiene un objetivo específico de supervivencia.

(Muñoz, 2012, p. 16)

El interés y el deseo son consecuencias posteriores a la emoción. Es lo que lleva a la emoción a interesarse por algo o desear algo (Muñoz, 2012, p. 19).

Hay cinco emociones universales comunes en los humanos que están al servicio de la supervivencia y que son innatas. Estas son: miedo, enojo, tristeza, alegría y afecto.

La vergüenza surge de experiencias devaluatorias al estar en contacto con el entorno. Lo mismo sucede con la culpa, arrogancia, aversión, confianza. La alegría aparece cuando estamos en proceso de satisfacer una necesidad o cuando ya ha sido satisfecha (Muñoz, 2012, p. 19).

El interés y el deseo, son consecuencia posterior a la emoción misma. El miedo surge cuando necesitamos protegernos de algo que nos parece amenazante y la reacción inmediata es huir de ese algo (Muñoz, 2012, p. 19).

Los sentimientos son elaboraciones y representaciones cognitivas de cualquiera de las siguientes experiencias: sensación, emoción, percepción, recuerdo y los pensamientos. Los sentimientos son elaboraciones humanas para facilitar el descubrimiento de necesidades psicológicas y de trascendencia. Promueven el desarrollo e implican un proceso más sofisticado que la emoción (Muñoz, 2012, p. 20).

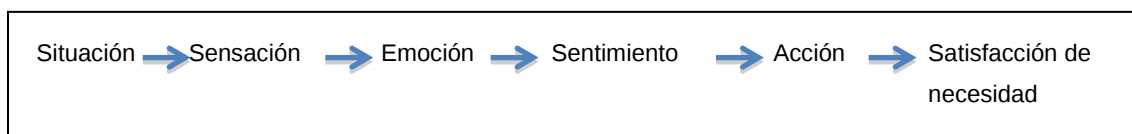
Cuando hay una elaboración cognitiva de la experiencia emocional, surgen los sentimientos; siguiendo la lógica, las cinco emociones se convertirán en cinco sentimientos básicos al haber una significación cognitiva de las mismas:

Existen dos tipos de sentimientos: los de desarrollo y los de deterioro. Los de desarrollo favorecen el desarrollo del potencial humano, son constructivos, impulsan hacia la corriente del fluido vital, mantienen un equilibrio entre las tendencias hacia la novedad y seguridad (Muñoz, 2012, p. 22).

Los de deterioro, van en detrimento de la estima y valoración de la persona; son producto de experiencias traumáticas, promueven la involución, entorpecen y bloquean el fluido vital, se expresa en ellos una polarización hacia la novedad y hacia la seguridad, lanzan experiencias muy riesgosas o paralizantes (Muñoz, 2012, p. 22).

“En el proceso emocional está implicada la persona en forma holística: corporal, psicológica, cognitiva y espiritualmente siempre co-construyendo la experiencia con el entorno.” (Muñoz, 2010, p. 59)

Como seres humanos tenemos capacidad de significar las emociones a partir de la capacidad de simbolizarlas mediante el lenguaje verbal, es decir, de convertir las emociones en sentimientos pasando por las siguientes fases:



Se tiene un “proceso emocional que es natural y que se llama “organísmico”, que puede sufrir interrupciones y convertirse en “disfuncional””, debido al cúmulo de influencias que hemos tenido en el transitar de nuestra existencia. Podemos sintetizar esto en “tres fuentes donde se produce la interrupción o “flexión” del proceso natural de sentir: introyectos, experiencias obsoletas y asuntos inconclusos.” (Muñoz, 2012, p. 26)

Este proceso disfuncional lo generan por bloqueos que surgen ante la amenaza

de vivirlos y por situaciones de la propia experiencia, y toman tres formas: represión, negación y desensibilización.

No puede haber comportamiento ético si la emoción se bloquea, ella nos da pistas muy certeras de lo que ocurre en el entorno y nos permite tener noción de la existencia del otro.

La concepción constructivista de las emociones facilita la exploración y profundización en las relaciones entre emoción y contexto. Esta “perspectiva permite también sondear vías para comprender las relaciones entre emociones, aprendizaje y valores sociales presentes en la atención prenatal dirigida a las adolescentes primigestas.” (Rebollo, 2008, p. 2)

Los resultados de investigaciones sobre emociones y aprendizaje aconsejan la incorporación del afecto y la emoción en el diseño y desarrollo de entornos de aprendizaje. La “concepción histórica cultural de las emociones concibe a los procesos educativos como procesos de andamiaje emocional.” (Rebollo, 2008, p. 4)

Esta perspectiva científica de las emociones se sustenta en las siguientes consideraciones:

La emoción se construye socialmente y están mediadas por instrumentos clave para la construcción de nuestra identidad y recursos culturales de naturaleza simbólica que nos proveen los contextos sociales.(autoestima, estilo afectivo, entre otros).

Los sentimientos suponen indicadores de la relación que se establece con los contextos y encarnan determinados valores culturales por lo que actuamos en relación con ellos privilegiándolos o rechazándolos (Rebollo, 2008, p. 4).

La importancia de estudiar las emociones en los procesos relacionados con el aprendizaje se debe a que son “modos de actuar y de relacionarse con el sistema de valores que encarnan los contextos y los mediadores culturales que los caracterizan.” (Rebollo, 2008, p. 5)

Los valores están presentes desde los inicios de la humanidad. “Para el ser humano siempre han existido cosas valiosas: el bien, la verdad, la belleza, la felicidad, la virtud. Sin embargo el criterio para darles valor ha variado a través de los tiempos.” (Valencia, 2000, p. 27)

Se pueden valorar de acuerdo con criterios estéticos, esquemas sociales, costumbres, principios éticos, por el costo, utilidad, bienestar, el placer, el prestigio.

Los valores son producto de cambios y transformaciones a lo largo de la historia. Surgen con especial significado y cambian o desaparecen en distintas épocas.

... la visión sociocultural del concepto de valores se deriva de la convicción acerca de que los grupos sociales crean sus propios valores y su propia cultura a partir de un proceso dialéctico de reproducción y transformación. En este proceso de creación social intervienen opciones y prácticas cotidianas que son objeto de escogencias y decisiones grupales las cuales están influidas por el “ethos” colectivo (Santana 2000).

A menudo, se suele confundir los conceptos de actitud y valor, por lo que conviene diferenciarlos. Ambos son imágenes mentales que afectan su comportamiento respecto a algo.

Todos los programas que atienden adolescentes tienen un objetivo común el cual es prevenir problemas específicos. Cuando se trabaja con adolescentes

debe tenerse en cuenta que es un grupo de población distinto, lo cual necesita ser visto de una forma diferenciada e integral que le permita atender sus necesidades de manera aceptable para ellos, coherente con sus valores.

Esto cobra especial importancia para el establecimiento de procesos que permitan la participación activa de los y las adolescentes y la oportunidad de desarrollar aptitudes y actitudes que les proporcionen el fundamento para afrontar su sexualidad, sobre la base de sus valores y no de antivalores.

Considerando que los valores son elementos que impulsan las acciones, estas puedan enfrentar a los individuos con la posibilidad de padecer daños reversibles o irreversibles. Consecuentemente, también la posibilidad de tener que emprender retos para superar éstos, así los conceptos de riesgo se aplican y cobran sentido en el tema de valores.

Las actitudes son disposiciones positivas o negativas de los sujetos, situaciones o conductas por parte del individuo, evaluaciones que le predisponen a reaccionar de una forma determinada:

Los valores por su parte se refieren a modos de conducta y a estados finales de existencia de tal modo que si una persona posee un “valor”, cree firmemente que determinada conducta o estado final de existencia es preferible a cualquier conducta o estado final.

Así los valores nos guían acerca de cómo obrar, qué actitudes mantener, nos dan la posibilidad de juzgarnos y compararnos con los demás. Los valores impregnan todos los aspectos de la vida y se aprenden de la interacción social (familia y amigos) (Valencia, 2000, p. 38).

En Guatemala, por ser un país plurilingüe y multicultural, los receptores (que en este caso son las adolescentes primigestas) poseen contextos diferentes y de igual forma su capacidad de absorción.

Desde el ámbito del prestador de servicios también se encuentran diferencias relacionadas con los tipos de habilidades que desarrolla el personal multidisciplinario de salud para el trabajo en equipo. Esto mismo sucede en la utilización de herramientas tecnológicas, además de su experiencia en el área de trabajo, entendimiento del lenguaje y el tipo de conocimiento que posee y que requiere transferir (general, directivo o técnico).

Por lo anterior, los factores decisivos en la determinación del tipo de método que se utilizará en la transferencia de conocimientos en la atención prenatal dirigida a la adolescente primigesta están relacionados con: la capacidad de absorción, el contexto, cultura, idioma y conocimientos previos.

Desde la perspectiva del proveedor de servicios los factores están relacionados con la semejanza de la tarea, periodicidad de la misma, el contexto entre el prestador de servicio de atención prenatal y el grupo receptor. Los proveedores poseen conocimiento tácito y explícito relacionado con la atención prenatal. El conocimiento tácito permite al médico o a la médica con experiencia diagnosticar con precisión, sin consultar otra fuente.

El conocimiento aprendido a partir de la experiencia en las organizaciones es una combinación del conocimiento tácito y el explícito, por ejemplo: el realizar el ingreso de una usuaria, el registro de información, el realizar un procedimiento médico, entre otros, son procesos que partieron de conocimiento explícito y fueron adquiriendo la habilidad por medio de la experiencia, convirtiéndose en un conocimiento tácito.

Por ello, el mecanismo que se utilizará para transferir el conocimiento dependerá del tipo de conocimiento que se desea transferir, de la evaluación del tipo de conocimiento del equipo fuente, la identificación de las características del receptor y las áreas funcionales de la organización que afectará la implantación del conocimiento. Por eso, es importante recordar que mientras más particular sea el efecto propuesto, más complejo debe ser el conocimiento requerido.

El “valor, es una imagen mental que afecta o favorece el comportamiento con respecto de algo.” (Valencia, 2002, p. 38)

Los valores, se refieren a modos de conducta y a estados finales de existencia, de tal modo que si una persona posee un “valor”, cree firmemente que determinada conducta o estado final de existencia es preferible a cualquier conducta o estado final. Los valores se aprenden de la interacción social (familia, amigos), luego nacen y dependen de la cultura.

En una concepción constructivista, las emociones permiten explorar y profundizar en las relaciones entre emoción, valor, actitud y el contexto en donde se desarrolla en forma cotidiana; esta relación, permite en esta perspectiva sondear vías para comprender las relaciones entre emociones, valores, actitudes presentes en los recursos, contenidos y el contexto del servicio.

Las emociones, valores y actitudes han sido estudiados desde la perspectiva del campo educativo, relacionado con el rendimiento, el éxito y el fracaso académico; reconociendo Pekrun (2005) el escaso conocimiento del que se dispone sobre la ocurrencia, frecuencia y fenomenología de las emociones en diferentes entornos de aprendizaje.

Teorías sociales como el feminismo y el postmodernismo han supuesto referentes teóricos que incorporan concepciones respecto a la persona y al acto educativo. Estas teorías han estado restringidas en el campo de la salud, donde ha existido una invisibilidad social y científica de las emociones y valores presentes en las intervenciones relacionadas a la salud.

Las emociones y los sentimientos se relacionan con sensaciones, cambios fisiológicos, con estados cognitivos y con actitudes evaluativas, incluyendo experiencias, deseos, así como expresiones conductuales típicas o diversas, algunas están conectadas más con creencias, otras con acciones, pero siempre con necesidades. Se sitúan en tiempo presente pero las hay que miran al futuro –imaginan- o hacia el pasado –evocan- (Ortony et al., 1996; Hansberg, 2009; Damasio, 2010).

Su “función es básicamente adaptativa haciendo un balance consciente de la situación rastreando necesidades.” (Marina, 2006; Greenberg y Palvio, 2007)

Capítulo II

Contexto de la investigación y diseño metodológico

En este capítulo se describe el centro de salud Centroamérica el cual constituyó el contexto del trabajo de campo. Por la naturaleza de los objetivos planteados, el abordaje fue multimodal. En el enfoque cualitativo el método utilizado fue la etnometodología y las técnicas consistieron en visitas a la institución, observación participante, grupo focal, entrevistas a profundidad. Se describe la forma de inmersión al campo, interpretación contextual, elaboración de preguntas, recolección de datos, análisis e interpretación de resultados.

En la indagación cualitativa, se consideraron varios actores, los proveedores del servicio que fueron profesionales que abarcaron las diversas disciplinas con las que cuenta el servicio de salud para proveer la atención prenatal y el grupo de adolescentes primigestas. De igual forma se utilizaron varias técnicas para la recolección de la información. Esto permitió realizar la triangulación de los datos mediante la utilización de diferentes fuentes, técnicas y métodos de recolección por lo que se obtuvo una mayor riqueza, amplitud y profundidad en el análisis de la información.

En el enfoque cuantitativo el abordaje fue descriptivo y la técnica utilizada, la encuesta, a través de cuestionarios con escala Likert para explorar valores y emociones en adolescentes. Se describe la elaboración del instrumento para la encuesta y su tratamiento estadístico, validación del instrumento, recolección de datos, análisis e interpretación de resultados y la elaboración del informe final con los resultados del análisis tanto cualitativo como cuantitativo obtenido.

La triangulación también se realizó mediante la recolección y análisis simultáneo de datos cuantitativos y cualitativos, de igual forma durante la interpretación y discusión para explicar los resultados obtenidos.

Se abordó el estudio de la transferencia como componente de la gestión del conocimiento desde el “significado de las experiencias” de los proveedores del servicio de atención prenatal y desde la perspectiva de la adolescente primigesta que lo solicita, por ello el “ambiente natural en donde ocurre este fenómeno” fue el centro de salud Centroamérica en donde se buscó una perspectiva cercana de los participantes, tal y como lo refiere (Hernández Sampieri, Fernández, Baptista, 2010, p. 368).

2.1 Metodología de la investigación

La tesis fue realizada en un establecimiento de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del segundo nivel de atención, que corresponde a centros de salud.

Se tomó como sujetos de estudio a mujeres adolescentes entre 10 a 19 años, primigestas, que acudieron al centro de salud Centroamérica para atención prenatal.

También se recopiló información de proveedores del servicio de atención prenatal para completar y enriquecer la información. Estos datos no se utilizaron para realizar un análisis comparativo, sino para obtener información significativa relacionada con los actores que intervienen en la gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal.

Ambos sujetos de estudio participaron previo consentimiento informado.

Se consideraron ambos actores en este estudio para poder caracterizar de mejor manera ¿cómo se gestiona y transfiere el conocimiento en la atención prenatal? Específicamente, lo relacionado con la primera demora; porque al identificar ambas perspectivas se pudo establecer la dinámica que el servicio de

salud ofrece a este sector de la población donde la relación proveedor – usuaria se presenta de forma contrastante y obedece al modelo técnico de servicio definido como una relación pragmática, operativa y funcional; dirigida a la obtención de información para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la condición a tratar.

Este modelo de relación caracteriza tanto la práctica médica general, como a las especialidades médicas y responde a un paradigma biomédico.

Esta relación proveedor – paciente, sigue siendo por encima de los avances de la ciencia y tecnología, importante para la práctica médica. Debido a que es a través de esta relación como el personal de salud aplica sus conocimientos teóricos y técnicos, necesita establecer un diálogo con el enfermo. De este diálogo dependerá en gran parte el éxito terapéutico.

Esta relación ha sufrido deterioros a través del tiempo tanto por la utilización hipertrófica de medidas técnicas – administrativas, como por la masificación asociada con tendencias socializadoras y preventivas de la medicina en los últimos años.

Para identificar la forma cómo se gestiona y transfiere el conocimiento en la atención prenatal se aplicó la etnometodología como método, el cual se considera una perspectiva sociológica que toma en cuenta los procedimientos con los que los seres humanos, integrantes de la sociedad dan sentido a la vida cotidiana o cómo actúan en ella, desde la consideración de que el orden social está determinado por los continuos actos interpretativos de los sujetos implicados.

La selección del establecimiento de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social se realizó después de una revisión documental de la situación de la mortalidad materna en Guatemala y la participación del grupo de

adolescentes en las estadísticas de esta problemática nacional; por lo que se ubicó un servicio que tuviera en su radio de influencia áreas urbano marginales, que son poblaciones de riesgo por la situación socioeconómica y ambiental en la que viven.

Otro aspecto importante para seleccionarlo fue el hecho de que contara con personal administrativo, multidisciplinario y de apoyo contratado, porque de acuerdo con la literatura internacional relacionada con el tema de atención a la adolescente, debe de proveerse en forma integral y diferenciada, por situaciones psicosociales propias de la edad.

Así, se seleccionó el Centro de Salud Centroamérica. El establecimiento está ubicado en la microrregión municipal, cubre un promedio de 20,000 habitantes; está clasificado como tipo “B”. Carece de encamamiento y brinda atención ambulatoria a las personas con consultas en horario de 7:00 a 15:30 horas. En este tiempo cubre, por demanda, las necesidades de salud de mujeres, hombres y niños de las zonas 7 y 11 de la Ciudad de Guatemala.

El centro de salud está situado en la Colonia Centroamérica, cuenta con un espacio para parqueo y una pequeña área verde al costado. La construcción del establecimiento son dos rectángulos, uno anterior donde se encuentra el área administrativa, registro médico y clínicas. En el área posterior está el laboratorio, una sala de espera, las clínicas odontológicas, baños, comedor y un ancho corredor que se convierte en salón de usos múltiples.

El centro de salud está situado en un sector donde, en los últimos años, han proliferado los asaltos a mano armada y robo de vehículos. Se cuenta con guardiana durante las noches y un agente de seguridad contratado por la Dirección de Área de Salud, que permanece en la puerta durante el día. A este personal, la Directora informó de la actividad que se estaría realizando, durante el trabajo de campo.

El personal de salud no puede dejar expuesto el equipo porque también se han registrado robos dentro del establecimiento.

Entre los servicios de salud que se ofrecen está el control prenatal y del recién nacido, control del crecimiento y desarrollo, planificación familiar, consulta externa, saneamiento básico, consulta psicológica, consulta médica y dental, también se realizan pruebas de laboratorio para el apoyo diagnóstico.

Paralelamente a la ubicación del lugar donde se realizó la investigación se gestionó el aval del Comité Nacional de Ética del Ministerio de Salud Pública y, con la respuesta favorable, por teléfono, se le solicitó una entrevista a la Directora del establecimiento seleccionado para presentar el protocolo de la investigación, el consentimiento informado y la solicitud (por escrito) de autorización para realizar el estudio en el lugar.

En esa reunión se obtuvo información de lo ofertado en el servicio en cada control prenatal, factores de riesgo por detectar, procedimientos realizados, exámenes de laboratorio que se ordenan, consejería pre-prueba VIH, lugares a donde se envían referencias. También se abordó las funciones del personal responsable de proveer la atención prenatal.

Es importante mencionar que durante la realización del trabajo de campo, aumentó la carga de trabajo del personal de salud porque se realizaron jornadas de vacunación. Para llevar a cabo esta actividad participa el personal de enfermería, auxiliares de enfermería, trabajadora social, psicóloga y personal médico (si amerita). Generalmente, desarrollan las actividades fuera del establecimiento para cubrir el área asignada. En ese mismo período dos de los médicos se encontraban de vacaciones.

Con la autorización (por escrito) de la Directora del servicio de salud, se realizó otra reunión para definir horarios y forma de trabajo, tanto con el personal de

servicio como con las adolescentes primigestas. También se determinó la forma de comunicación de los avances del trabajo de campo en el lugar. Conjuntamente con la Directora del establecimiento se acordaron las fechas y hora para la realización del trabajo de campo, procurando no obstaculizar las actividades y rutinas diarias de la institución.

Es importante evidenciar la buena disposición de la Directora y el apoyo brindado para llevar a feliz término la investigación. La funcionaria expresó su deseo porque los resultados de esta investigación sirvieran como medio de obtención de información útil para la toma de decisiones en función de brindar mejor atención a las usuarias y satisfacer sus necesidades.

2.2 Proceso de selección de los participantes en el estudio

Para seleccionar a los proveedores de atención prenatal en el servicio, se solicitó una reunión con la Directora de la institución, con quien se abordó, nuevamente, el tema de la provisión del servicio de atención prenatal dirigida a las adolescentes primigestas. La Doctora dio a conocer por menores de esta atención. Manifestó que se atiende de la misma manera a todas las mujeres embarazadas que demandan atención prenatal. Definió con claridad, los procedimientos establecidos para realizar cada control prenatal, el personal involucrado y la función que cumple cada uno. Asimismo, aportó información relacionada con la temática que se investigó.

Posteriormente, la Directora presentó a la investigadora y expuso el objetivo que justificó su permanencia en el servicio durante tres meses. Explicó que, durante los últimos dos meses y medio, el horario de la investigadora de 7:00 a 13:00 horas, porque los primeros quince días los utilizó para establecer contactos y seleccionar los sujetos de estudio.

Durante este tiempo se tuvo la oportunidad de observar, de diferente manera, la dinámica dentro del servicio, al mismo tiempo recabar la información necesaria para la investigación.

Durante la primera semana de trabajo se abordó a cada uno de los proveedores involucrados para solicitarles una cita en la cual se presentó la investigación y se programaron las entrevistas a profundidad. Lograr las entrevistas mencionadas fue difícil porque se debieron realizar de acuerdo con el tiempo disponible, dada la demanda de consulta diaria.

La entrevista con la trabajadora social se pospuso en dos ocasiones debido a los compromisos de trabajo en la campaña de inmunizaciones y, específicamente, en las actividades de promoción.

La selección se realizó de acuerdo con su rol en el servicio y de su función en la atención prenatal. Se seleccionaron a ocho profesionales de la salud que laboran en el Centro donde se realizó la investigación. Los profesionales seleccionados fueron una médica (Directora del servicio de salud), un médico gineco-obstetra, dos médicas generales que atienden consulta prenatal, una trabajadora social que realiza actividades con adolescentes en el nivel comunitario, una psicóloga clínica que presta atención en el servicio, una enfermera graduada que coordina el trabajo de enfermería, una auxiliar de enfermería que proporciona consejería en VIH/SIDA.

Con base en la dinámica del servicio, la información de la Directora y de los proveedores se elaboró una estrategia para identificar adolescentes primigestas y solicitar su consentimiento informado para participar en el estudio. Esta estrategia consistió en abordarlas en su cita para recibir la consejería pre prueba de VIH y realización de los laboratorios clínicos de rutina. En estas actividades se evidencia mayor afluencia en el servicio. También se solicitó a la

pre-consulta que las refirieran al lugar asignado a la investigadora para aplicar las técnicas de recolección de información con las adolescentes.

Los criterios de selección para participar en el estudio fueron: ser adolescente primigesta que dio su consentimiento informado para participar en el estudio en el período comprendido del trabajo de campo. El total de adolescentes que participaron en esta actividad fueron 25.

2.3 Tipo de Estudio

El diseño de la investigación correspondió a un enfoque multimodal o multimétodos, este tipo de abordaje enriquece la investigación en salud, porque permite una comprensión más profunda del fenómeno en estudio.

El diseño multimodal es realista y, aunque tiene un sentido parcialmente positivista, permite la recolección de datos, tanto cuantitativos como cualitativos del grupo sujeto de estudio y da respuesta a las categorías emociones y valores correspondientes al objetivo específico dos del presente estudio.

Con este diseño se promovió la complementariedad de saberes al combinar los recursos y prácticas para potenciar la significación de la información hacia el saber de la gestión del conocimiento y, específicamente, el componente de la transferencia en la atención prenatal de la adolescente primigesta.

En el campo de la salud pública los estudios multimodales han ido multiplicándose aceleradamente, a pesar de que sus aproximaciones al problema responden a paradigmas diferentes.

La historia de la investigación en salud pública y en servicios de salud se ha centrado, principalmente, en el uso de metodologías cuantitativas, pero el interés demostrado por la combinación de métodos responde a diferentes

razones: una es el aumento en el rigor metodológico del enfoque cualitativo; otra son los aportes de la investigación cualitativa para el estudio y comprensión de los procesos de la salud y enfermedad. Esto último es importante en los problemas de salud pública donde las enfermedades de la población no responden únicamente a aspectos biomédicos, sino a factores sociales, políticos, económicos.

La complejidad de los problemas de salud requiere de abordajes diferentes para aproximarse desde diferentes perspectivas a los mismos y buscar en ellos propuestas de solución.

El enfoque multimodal se define como un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio, para responder al planteamiento del problema o a las preguntas de investigación. Como lo refiere Tashakkori y Teddlie, un estudio mixto lo es en el planteamiento del problema, recolección, análisis de datos y el informe del estudio.

En el modelo mixto el “enfoque es aplicado más allá de los métodos utilizados en la investigación, pudiendo recaudar tanto o más información que la recopilada por los enfoque de forma separada.” (Muñoz, 2013, p. 219)

El enfoque mixto consiste en un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio para dar respuesta a un planteamiento del problema o para responder a preguntas de investigación (este último fue el motivo en esta investigación).

2.4 Enfoque cualitativo

En el diseño de este estudio, se utilizó la etnometodología como método cualitativo. Se seleccionó este método porque el tema de estudio es la

gestión y la transferencia del conocimiento. En esta actividad, el “papel del lenguaje y la interacción es fundamental y tiene su razón de ser. Además este método considera los hechos y el mundo de la vida, para dar palabra al actor y a las circunstancias en donde él actúa.” (Gil, 2007, p. 90) Este enfoque permitió responder a las preguntas de investigación formuladas.

El acercamiento etnometodológico identificó la realidad de los elementos y circunstancias en las que se provee la atención prenatal. Se analizaron realidades subjetivas de los proveedores del servicio de atención prenatal y de adolescentes primigestas. Esto permitió el abordaje a profundidad de significados. La individualización de la acción a través de las palabras dió lugar a percibir que la práctica fue ejecutada en circunstancias únicas.

Esto también coincidió con lo expresado por Henrique Gil (2007), en relación con los estudios etnometodológicos, y lo sostenido por Garfinkel en 1952 en su tesis doctoral sobre la percepción del otro.

Otra razón por lo cual se consideró, en esta tesis, el uso del método etnometodológico fue porque las personas posibilitan la producción de hechos sociales en su práctica social cotidiana.

La autora considera que los estudios etnometodológicos analizan las actividades cotidianas como método que permite al investigador hacer que las actividades objeto de estudio sean visibles y reportables.

La etnometodología considera la práctica humana un proceso que solo es posible descubrir y conocer en la acción y las explicaciones de ella solo la proporcionan los propios miembros que la componen y constituyen. Este método permite el análisis de las interacciones cotidianas, caracterizadas por el compromiso emocional de sus participantes, con sus procedimientos interpretativos y expectativas.

Es importante mencionar que las herramientas de la etnometodología son:

Indicación: parte de la creencia de que la vida social se construye a través de la utilización del lenguaje y del significado de una palabra o expresión, en el marco de un contexto en particular y la combinación de palabras y contexto es lo que da sentido a una expresión. En el caso de esta investigación fue en la atención prenatal ofertada en un servicio del segundo nivel del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Reflexividad: destaca el hecho de que una descripción es una referencia a algo y al mismo tiempo, forma parte de su construcción.

Descripciones: toda acción es descriptible, manifiesta, relatable y analizable. No se limita al uso lingüístico sino que se refiere a toda la acción social.

Miembros: convertirse en miembro de un grupo no es solo adaptarse, sino participar activamente en su construcción. Es corresponsable de su construcción cuando participa en el grupo. El miembro es una persona dotada de un conjunto de procedimientos, métodos y actividades que le hacen capaz de inventar dispositivos de adaptación para dar sentido al mundo que le rodea.

2.4.1 Metodología

Se utilizó la metodología presentada por Spradley, que se orienta a describir significativamente actitudes de la comunidad dentro de una situación específica. En este estudio se trata de descubrir un tipo de conocimiento diferente al que se tiene. El límite entre la etnografía y la etnometodología es muy difusa, por lo que la autora parte de la premisa “no sé cuáles son las creencias, valores, emociones de las adolescentes con relación a la atención prenatal”, de igual forma “no sé cuáles son los mecanismos para la transferencia del conocimiento en la atención prenatal.” (Spradley, 1983)

De esta forma al identificar las creencias, valores, emociones de las adolescentes, relacionados con la atención prenatal y los mecanismos para la transferencia del conocimiento, se puede generar conocimiento para formular estrategias basadas en la realidad desde la perspectiva del sujeto y no del investigador.

La investigación cualitativa fue utilizada en esta investigación por admitir una visión holística del hecho a estudiar y que requiere una actitud flexible del investigador para profundizar el estudio mismo hasta llegar a una interpretación lo más cercana a la realidad, respetando la individualidad y particularidad del ser en su esencia cultural.

2.4.2 Muestra

La muestra es teórica porque el estudio es cualitativo. La constituye la información proporcionada en el grupo focal en el cual participaron ocho primigestas adolescentes seleccionadas. La muestra escogida se limita en número hasta la saturación de la información de acuerdo con la pregunta de investigación.

El personal de salud entrevistado incluyó a la Directora del establecimiento, ocho proveedores del servicio de atención prenatal (cuatro médicos, una enfermera profesional, una auxiliar de enfermería, una psicóloga clínica, una trabajadora social).

Para la conformación de la muestra se consideraron dos criterios:

Pertinencia: que se refiere a la selección de adolescentes informantes clave, que aportaron al estudio y aseguraron el atributo de la información específica

del estudio “Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora”

Se seleccionó el grupo de adolescentes primigestas porque es su primer embarazo, por lo que la información que tiene sobre el tema y su conocimiento está en función de las creencias, cultura, valores y emociones basadas en su experiencia y contexto de vida.

Adecuación se refiere a la obtención de suficiente información para lograr una descripción detallada del motivo de investigación.

2.4.3 Rigor metodológico

Para asegurar el rigor de la investigación se adoptaron los criterios de Castillo y Vásquez, considerados para la evaluación científica de la investigación cualitativa: la *dependencia*, *credibilidad*, *auditabilidad* y *la transferibilidad*. (Salgado, 2007, p. 74)

Dependencia. También se le llama consistencia lógica. Esta ha generado resultados equivalentes en otras investigaciones relacionadas con la gestión del conocimiento, la transferencia del conocimiento, emociones y valores en adolescentes, donde se identifican emociones, valores y mecanismos, tomados de su cultura y otros que han sido producto de experiencia propia. Se contó con la justificación para cada uno de ellos.

Credibilidad. Los resultados se contrastaron con notas de campo y resultados de investigaciones relacionadas con el tema de estudio. Por ello, en la investigación se contrarrestó la perspectiva del investigador, cuya función principal se circunscribió a la escucha y observación del evento investigado.

Se mantienen las notas de campo, transcripciones completas de las entrevistas realizadas. La credibilidad se logró por medio de la confrontación de las interpretaciones de las participantes en el estudio y el acompañamiento del tutor que contribuyó a cambiar la perspectiva inicial de la investigadora.

Los efectos del observador se tuvo en cuenta cuando se reconoció que, a pesar de no estar de acuerdo con verbalizaciones o escritos de los participantes, su actitud fue imparcial. En una entrevista todo debe ser grabado y después de leer el texto sin correcciones, se debe seleccionar lo necesario para la investigación.

Auditabilidad o confirmabilidad. Se llevó a cabo mediante el seguimiento de la ruta de la investigación, dado que se grabaron las entrevistas y se transcribió textualmente de las mismas. De igual manera se realizó una descripción de las usuarias entrevistadas.

Transferibilidad o aplicabilidad. Se facilitó en la medida que se describió de manera detallada el diseño y marco de análisis para que otros investigadores repliquen el estudio con otras poblaciones y otros contextos culturales.

2.4.4 Instrumento

En este tipo de estudio el instrumento es el investigador con apoyo de la observación participante, las notas de campo, visitas a la institución, guía del grupo focal y la entrevista a profundidad.

2.4.5 Técnicas

Las técnicas utilizadas fueron: revisión de literatura, visitas a la institución, interpretación contextual, inmersión en el campo, observación participante, grupo focal, entrevistas a profundidad.

2.4.6 Revisión de literatura

La revisión de literatura fue “útil para detectar conceptos claves para la investigación, de igual forma permitió identificar procedimientos para la inmersión en el campo, la utilización de técnicas, recolección de datos y para el análisis de los mismos.” (Hernández, 2010, p. 263)

Es importante aclarar que la revisión de literatura en esta fase, por corresponder al enfoque cualitativo, fue menos intensiva al inicio pero se consideró como apoyo para el planteamiento cualitativo inicial y consulta durante la investigación.

La literatura revisada correspondió al tema de gestión del conocimiento, transferencia del conocimiento, capital intelectual, metodología de la investigación, métodos y técnicas estadísticas, hermenéutica, enfoques y métodos de investigación, emociones, valores, normas de atención, documentos que proporcionan lineamientos para desarrollar la práctica en el servicio de salud, normas APA, salud pública, modelos mixtos de investigación, interaccionismo simbólico, atención prenatal, atención integral y diferenciada en adolescentes, salud sexual y reproductiva, etnografía, etnometodología, software estadísticos, entre otros.

Además de la búsqueda y lectura de la bibliografía correspondiente a cada tema, se revisó también por autor, debido a que hay clásicos en los temas que se investigaron.

2.4.7 Visitas a la institución

Los propósitos de las visitas fueron diversos, según se describe a continuación: elegir el contexto, evaluar vínculos con el contexto, lograr el acceso y a los participantes, contactar a los vigilantes que guardan el acceso al servicio de

salud, realizar una inmersión completa en el contexto y evaluar si es adecuado al planteamiento de la investigación, lograr que los participantes respondan a las solicitudes de información, realizar el proceso del consentimiento informado, decidir en dónde se recolectarán los datos, plantear qué tipo de datos se van a recolectar, desarrollar los instrumentos para recolección de datos.

2.4.8 Inmersión al campo

Se logró de acuerdo con los requisitos del rigor metodológico, que si bien comprueba el marco de diseño propuesto y se basa en el marco teórico y referencial, es la puesta en marcha de la investigación para reconocer falencias y fortalecer la habilidad del investigador en la metodología propuesta a través de la formulación de preguntas descriptivas, estructuradas y de contraste.

La inmersión en el campo se logró de la siguiente manera: primero se seleccionó el lugar de realización de la investigación de acuerdo con los criterios mencionados anteriormente; luego, se realizó una exploración del contexto seleccionado para tener certeza de que era el adecuado y para considerar la relación del investigador en ese ambiente.

Con base en lo indicado por Esterberg (2002), se respondió a las siguientes interrogantes: ¿me conocen en dicho ambiente?, si me conocen ¿cómo puedo manejarlo sin afectar la investigación?, ¿soy diferentes a los participantes del estudio?, ¿mi cotidianidad se relaciona con la del ambiente de la investigación?, si es así ¿cómo puedo manejarlo?, ¿qué significados tiene para mí el contexto? ¿Se habla el mismo idioma?

Otro aspecto importante que se consideró fue el establecimiento del tiempo que abarcaría el trabajo de campo. Esta información se utilizó cuando se solicitó el permiso ante la dirección del establecimiento de salud para realizar la fase de recolección de datos, entrevistas a profundidad al personal del servicio, a las adolescentes y para la realización del grupo focal.

La solicitud de permisos se realizó mediante una nota donde se requirió una cita para presentar el estudio y entregar el protocolo para su revisión.

En la entrevista se expuso el estudio, se indicó quienes serían los participantes, si proporcionaba su consentimiento informado, se entregó el protocolo en cuyo anexo se encontraba el consentimiento informado el cuál fue leído por la Directora del servicio de salud. De igual forma se entregó la nota con el aval que se había obtenido del Comité Nacional de Ética del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (gestión que se realizó previamente de contactar con el establecimiento de salud).

Se realizó la inmersión mediante la cual se ganó la confianza del personal de salud y de los participantes. En este proceso prevaleció la honestidad y la sinceridad al exponer los motivos de la presencia en el lugar. Mediante la observación participante se detectaron las informantes tanto dentro de los proveedores como a las adolescentes primigestas. Todas las personas que participaron en el estudio lo hicieron previo consentimiento informado.

Se compartió conocimiento a partir de experiencias en el servicio con los proveedores y a las adolescentes se les proporcionó la información requerida, relacionada con la investigación. Finalmente, si algún usuario requería información del servicio se les proporcionaba.

Posterior a toda la exposición y acuerdos, se evidenció la apertura de la Directora, quien vio como una oportunidad el contar con información confiable que permitiera evidenciar elementos que condujeran a la toma de decisiones en pro de mejorar la prestación del servicio en su institución.

Al transcribir la entrevista se desglosaron términos incluidos, relación semántica y dominios.

Mediante la inmersión al campo, se pudo identificar que el centro de salud carece de un lugar privado donde se pueda atender a la adolescente, de forma

integral y diferenciada. Tampoco cuenta con un espacio para recibir consejería; ya que los ambientes disponibles para el trabajo carecen de privacidad.

La inmersión al campo facilitó la adecuación de aspectos logísticos para la realización de técnicas planteadas en la investigación.

2.4.9 Registro y notas en el diario de campo

Se realizó grabación de notas de voz de cada entrevista, previa firma de consentimiento informado. En cada una de las entrevistas se realizó registro de observación en el diario de campo.

2.4.10 Interpretación contextual

Los resultados obtenidos de la inmersión en el campo fueron: la identificación del contexto en general, ubicación del recurso humano que labora en el servicio, horarios de atención, características del personal, características de las adolescentes que acuden al servicio, rutinas de atención, formas de convivencia en el servicio, relaciones laborales establecidas, mecanismos de coordinación, entre otros.

También se identificó el tipo de datos que se podían recolectar de quienes serían la muestra del estudio, cuándo y dónde se realizarían las entrevistas y el tiempo disponible para realizarlas. Con esta información se elaboró una planificación, de acuerdo con el tiempo disponible y el número de proveedores por entrevistar. Posteriormente, se realizó cita con cada uno de ellos.

Se planificó el número posible de entrevistas a adolescentes primigestas que, por ser un grupo específico, el número de atenciones diarias fue de 2 a 3, aunque en ocasiones se logró entrevistar a cuatro personas.

Se entrevistó a las adolescentes que dieron su consentimiento de participar en el estudio y que acudieron al servicio a solicitar la atención prenatal. También se programaron días en el servicio orientados solo para observar lo que sucedía en la práctica diaria.

2.4.11 Observación participante

Esta técnica involucra la integración social entre investigador y el informante (Mayan, 2001, p 12).

La observación participante contempla tres momentos: el primero, comprende la inmersión en el escenario cultural, el investigador escucha y observa para tener una imagen completa y de esta forma se familiarice con el medio y el proceso. En el segundo se intensificó la observación con cierto grado de participación, lo que permitió un estudio sistemático de reacciones y, como consecuencia, un mayor aprendizaje. En el tercer momento, se reflexionó sobre el proceso.

La investigación se desarrolló como un proceso con fases interconectadas lógicamente, en forma secuencial y dinámica. Este momento de investigación cualitativa comprendió: fase I, revisión de literatura e inmersión en el campo; fase II interpretación; fase III elaboración de preguntas; fase IV recolección de datos, entrevistas a profundidad, grupo focal; fase V análisis e interpretación de resultados.

Con relación a lo cuantitativo, la fase VI consistió en la elaboración del instrumento para ser autoadministrado mediante encuesta a 25 adolescentes seleccionadas mediante muestreo por conveniencia; fase VII validación de los instrumentos de recolección de datos mediante grupo de expertos y prueba piloto; fase VIII recolección de datos; fase IX análisis e interpretación de resultados y elaboración informe final. En todo momento de la investigación se realizó la triangulación de resultados.

La observación participante permitió una mejor comprensión del contexto y del objeto de estudio. Se logró identificar la organización del servicio de salud, la interrelación entre los prestadores de servicio y con las adolescentes, se identificaron comportamientos del personal y de las adolescentes. La forma de interacción dentro de la cultura organizacional y su interacción con las personas que acompañaban a las adolescentes.

Para la observación se elaboró una guía que incluyó ambiente físico, proveedores del servicio, adolescentes, registrando los hallazgos observados en el cuaderno de campo.

Para la transferencia del conocimiento, se identificó el contenido, forma y procedimientos de cómo se realiza la atención prenatal; la disposición y conductas del personal de salud para proveer la atención; su forma de actuar y de proporcionar la consejería. Se registró la secuencia desde que ingresa una adolescente al servicio, la espera, la atención y su traslado al laboratorio, hipodermia o farmacia.

La observación participante permitió el registro de significados simbólicos, comunicación no verbal tanto de proveedores como de adolescentes, así como situaciones extraordinarias en los servicios y que inciden en la atención a la adolescente.

Como resultado de la aplicación de las técnicas anteriores se logró la identificación del contenido, la forma, los procedimientos de transferencia del conocimiento y del perfil del personal que realiza la transferencia del conocimiento en la atención prenatal en el servicio de salud donde se realizó el estudio. También se identificó la actitud, disposición y conductas del personal proveedor en cuanto a la prestación de servicios.

2.4.12 Grupo Focal

Antes de realizar el grupo focal, se revisó el documental de la técnica. Posteriormente, se planificó y se desarrolló en el área de usos múltiples del centro de salud. En él, participaron ocho adolescentes primigestas que acudieron ese día a examen de laboratorio y dieron su consentimiento informado para participar.

Se eligió el grupo focal porque es una técnica que involucra aspectos cualitativos y permite que los y las participantes se expresen con libertad y espontáneamente sobre temas de importancia para la investigación.

El grupo focal permitió explorar el conocimiento que las adolescentes poseían acerca de “saberes para el autocuidado durante su embarazo y con el recién nacido”. De igual forma, se exploró lo aprendido durante las consultas prenatales de acuerdo con la Norma de Atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en cuanto a la primera demora que es la identificación de las señales de peligro y a dónde acudir si es el caso se llegaron a identificar por parte de la embarazada.

Las edades del grupo osciló entre los 17 y 19 años. El estado civil que reportaron fue de dos unidas, dos casadas y cuatro solteras. La mayoría de ellas cuenta con apoyo familiar. Actualmente, solo tres de ellas trabajan, una estudia y cuatro son amas de casa. Refirieron no haber tenido información de cómo cuidar su salud y la de su bebé.

Previo realización del grupo focal, la Directora autorizó el espacio físico para llevarlo a cabo. Una vez reunidas las personas participantes, se les dio la bienvenida y se les explicó los objetivos de la investigación. A continuación, se

realizó la solicitud de consentimiento informado y grabación del audio de sus intervenciones para su participación.

La investigadora moderó el desarrollo del grupo focal. Para ello, utilizó el instrumento número tres que corresponde a la guía de discusión con preguntas generadoras relacionadas con temas sobre el embarazo, orientación para el cuidado de la salud, importancia de la información transferida, motivo por el cuál ha sido importante la información recibida, aplicación de la información recibida, forma cómo se les ha transmitido la información, contenido informado y utilidad de la información proporcionada.

La guía de discusión se basó en los objetivos del estudio e incluyó preguntas de discusión abierta. Las preguntas generadoras fueron las siguientes:

1. ¿Cómo se sienten al estar embarazadas?
2. ¿Se les ha proporcionado orientación acerca de cómo cuidar su salud y la del bebé durante el embarazo?
3. ¿De lo que se les ha enseñado qué es lo que considera importante y Por qué?
4. ¿Por qué es importante para ustedes la consulta prenatal?
5. ¿Cómo se les han enseñado? , ¿ha sido esta información clara y comprensible y aplicable?
6. ¿Han tenido oportunidad de preguntar y le han esclarecido dudas?
7. ¿Cómo les han enseñado a identificar señales de peligro, y si identifican alguna es importante para ustedes? ¿Por qué?
8. ¿Cuándo reciben la atención prenatal, les explican por qué deben tener los controles prenatales durante su embarazo?
9. ¿Cuál o cuáles de las orientaciones recibidas les han sido de mayor utilidad?

En el grupo focal se mantuvo una actitud cordial, de respeto hacia las ideas expresadas por las participantes. En esta actividad, la investigadora contó con el apoyo de un relator y una observadora quienes, al finalizar, expusieron la información recabada y estructuraron conclusiones para cada uno de los temas discutidos.

Al concluir la discusión de la totalidad de las preguntas, se hizo un cierre con el resultado obtenido, informando de la importancia de sus aportes para realizar propuestas que faciliten en acceso a la información para su autocuidado. Posteriormente, se agradeció y se concluyó la actividad. La información obtenida se analiza y discute en el capítulo III.

2.4.13 Entrevista a profundidad

Algunos autores la denominan entrevista abierta. Mediante esta técnica se obtuvo información, a través de una conversación profesional con los proveedores del servicio de atención prenatal y con adolescentes primigestas que demandaron la atención (Ruiz, 2007).

La entrevista a profundidad consistió en encuentros reiterados, cara a cara, entre la investigadora y la Directora del servicio de salud, los proveedores del servicio seleccionados. El objetivo de estos encuentros fue la comprensión de las perspectivas que tenían los informantes relacionadas con la transferencia de conocimientos en la atención prenatal, sus experiencias y vivencias, expresadas con sus propias palabras.

Esta técnica se caracteriza por el establecimiento de una comunicación de doble vía, donde interacciona el investigador con el entrevistado. La conversación tomó la forma de relato y fue narrado por la persona identificada como actor clave en la prestación de servicios de atención prenatal.

Se realizaron preguntas descriptivas, estructurales, de contraste.

Durante el proceso de comunicación hubo recogida de información, registro de información y transcripción de la misma. El tipo de entrevista fue individual, dirigida y el tema tratado fue el relacionado con la transferencia de conocimientos en la atención prenatal.

Los informantes se seleccionaron mediante la aplicación de los criterios siguientes: el rol que ocupa en el servicio de salud con relación a la prestación de servicios de atención prenatal, disposición de cooperar, capacidad de comunicación, imparcialidad y que comprendiera los propósitos del investigador.

El instrumento número uno es una guía para llevar a cabo la entrevista a profundidad. Esta entrevista se sostuvo con la Directora del centro de salud, para identificar la forma cómo se transfiere el conocimiento en la institución. A continuación se presenta la pregunta generadora y las específicas.

Con base en la revisión de literatura de documentos institucionales que orientan la prestación del servicio y de la información obtenida a través del grupo focal, se elaboraron las siguientes guías para entrevistas semiestructuradas dirigidas a los diferentes actores seleccionados a entrevistar.

La guía número tres corresponde a la del grupo focal y se encuentra en el apartado de Anexos.

Figura 12. Contenido guía uno para ser utilizada en la entrevista a profundidad

No. Instrumento	Actor a ser entrevistado	Pregunta generadora	Preguntas Específicas
1	Directora del centro de salud	¿Cómo se transfiere el conocimiento en la atención prenatal dirigida a la adolescente primigesta?	¿Cuál es el contenido? ¿Cuál es la forma? ¿Cuáles son los medios utilizados y las posibilidades de transferencia del conocimiento relacionado con la primera demora, a la adolescente primigesta en la institución? ¿Cómo se ha institucionalizado la transferencia del conocimiento en la atención prenatal? ¿Cuál es el perfil del recurso humano que realiza la transferencia del conocimiento en la institución? ¿Quién lo califica? ¿Cómo se sistematiza? ¿Hay evidencia de vidas salvadas como resultado de la transferencia del conocimiento relacionado con la primera demora dirigido a adolescentes primigesta, en la institución?

Fuente: elaboración propia con base a los objetivos propuestos en la investigación.

Los formatos originales de estos instrumentos están disponibles en este documento en el apartado de ANEXOS.

2.4.13.1 Entrevistas a profundidad con proveedores del servicio de atención prenatal

El instrumento dos es una guía para la entrevista a profundidad con el personal médico y de enfermería que realiza la transferencia del conocimiento en la atención prenatal. Sus propósitos son identificar experiencia en el trabajo con adolescentes y el valor que para ellos significa proveer la atención prenatal; asimismo, identificar factores que facilitan u obstaculizan la transferencia del

conocimiento. A continuación se presenta la pregunta generadora y las específicas.

Figura 13. Contenido guía dos para ser utilizada en la entrevista a profundidad

No. Instrumento	Actor a ser entrevistado	Pregunta generadora	Preguntas Específicas
2	Personal médico y de enfermería que realiza la transferencia del conocimiento en la atención prenatal	¿Cómo valora la actividad de transferencia del conocimiento en la atención prenatal? ¿Qué experiencias relevantes tiene Ud. o la institución en la transferencia del conocimiento?	¿Cuáles son los factores que potencian la transferencia del conocimiento en la atención prenatal? ¿Cuáles son las dificultades encontradas en la transferencia del conocimiento en la atención prenatal? ¿Cuáles son sus motivaciones para la transferencia del conocimiento en la atención prenatal de la adolescente primigesta?

Fuente: elaboración propia con base a los objetivos propuestos en la investigación.

2.4.13.2 Entrevista a profundidad con proveedores del servicio de atención prenatal

El instrumento cuatro, es una guía para la entrevista a profundidad con el personal médico y de enfermería que realiza la transferencia del conocimiento en la atención prenatal. Con ella se identificó la importancia y relevancia de la atención prenatal. A continuación se presenta la pregunta generadora y las específicas.

Figura 14. Contenido guía cuatro para ser utilizada en la entrevista a profundidad.

No. Instrumento	Actor a ser entrevistado	Pregunta generadora	Preguntas Específicas
4	Personal médico y de enfermería que realizan la transferencia del conocimiento en la atención prenatal	¿Cuál es la importancia y relevancia de la transferencia del conocimiento en la atención prenatal? ¿Por qué?	¿Cuál es su prioridad como proveedor de servicio de atención prenatal para que la adolescente primigesta identifique las señales de peligro? ¿Por qué? ¿Cuál es el aspecto más importante que debe conocer la adolescente primigesta? ¿En qué repercute la falta de orientación de las adolescentes primigestas?

Fuente: elaboración propia con base a los objetivos propuestos en la investigación.

2.4.13.3 Entrevista a profundidad a adolescentes primigestas

Esta entrevista tuvo como objetivo abordar temas y obtener información que permitiera ampliar la información obtenida a través del grupo focal. Las preguntas realizadas coincidieron con las trabajadas en el grupo focal. Esta información fue muy útil para identificar emociones, valores, creencias y actitudes de la adolescente primigesta.

2.4.13.4 Realización de la entrevista

Todas las entrevistas se realizaron en el servicio de salud. Se entrevistó a médicos, enfermera profesional, auxiliar de enfermería, trabajadora social, psicóloga clínica. Para llevar a cabo la entrevista se contó con la autorización de la persona entrevistada para grabar la conversación. En esta interacción se recogió la información pertinente a la investigación.

El realizar las entrevistas en el lugar de trabajo permitió reconocer el contexto cotidiano de los informantes clave “proveedores del servicio de atención prenatal”.

Cada entrevista duró un promedio de 30 minutos la primera vez y, posteriormente, dependiendo del tiempo del proveedor se fue acoplando el tiempo disponible.

2.4.13.5 Recolección de datos

Los datos fueron proporcionados por los proveedores del servicio, las adolescentes primigestas, la Directora del centro de salud y la revisión de documentos que tenían los lineamientos generales para la atención prenatal. En este enfoque los datos que interesan fueron percepciones, conceptos, interacciones, procesos, vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes.

2.4.13.6 Análisis de cada entrevista

Spradley la describe como la búsqueda de partes y sus relaciones, tal como son emitidos por el informante, es una guía para descubrir la organización del conocimiento personal y cultural.

El análisis, según Spradley, condujo a identificar el significado personal y cultural con ayuda del reconocimiento de símbolos usados por el informante, para referirse a una cosa y establecer relaciones entre ellos. La investigadora utilizó esta técnica para interpretar lo expresado por las entrevistadas.

El análisis de Spradley incluye: dominios, taxonomías, análisis componencial y temas.

La unidad de análisis en la investigación es el dominio, categoría simbólica que incluye otras que comparten, como mínimo una característica de significado. Descubrir dominios implica buscar similitudes existentes entre los términos.

El análisis de dominio implica utilizar las relaciones semánticas (ver tabla) a partir de la búsqueda de términos que resultan del análisis minucioso y sistemático de los datos para determinar las partes, las relaciones entre las partes y sus relaciones con el todo.

Partiendo de las relaciones semánticas es posible organizar taxonomías para luego realizar el análisis taxonómico. Las taxonomías son una aproximación de las púerperas adolescentes al conocimiento cultural en torno a la maternidad.

Figura 15. Tipo de relaciones semánticas según James Spradley

Relación semántica	Expresión
Relación causa efecto	X es el resultado de Y
Relación medio fin	X es una manera de tener Y
Relación de inclusión estricta	X es una clase de Y
Relación de justificación o de razón	X es una razón de Y
Relación de atribución	X es una característica de Y

Fuente: (Spradley, J. 1979, p. 11)

2.4.13.7 Proceso de análisis de información

- Grabación y transcripción textual de las entrevistas
- Transcripción total de cada una, identificándola correspondientemente.
- Revisión de las entrevistas y búsqueda de términos incluidos comunes en cada una de ellas, a través de las frases o expresiones de las adolescentes.
- Establecimiento de relaciones semánticas
- Agrupación de términos con similares características bajo un dominio
- Planteamiento de interrogantes para ampliar información a través de preguntas descriptivas, estructurales y de contraste
- Agrupación de dominios semejantes con la misma relación semántica para establecer categorías y luego los dominios similares con diferentes relaciones semánticas para construir la taxonomía.

Al completar la muestra teórica, es decir lograr la saturación, se agruparon los dominios que se repetían o eran similares y se agruparon en un tema.

2.5 Procedimientos utilizados para el análisis de la información

Los datos e información para la identificación y descripción de los mecanismos que se suscitan en el proceso de la gestión y transferencia del conocimiento desde los proveedores del servicio de atención prenatal se consiguieron a través de las entrevistas a profundidad, grupo focal y la observación participante.

Otra perspectiva la proporcionó la revisión de Normas de atención y documentación bibliográfica y una tercera son parte del receptor, es decir, las adolescentes primigestas. Con el análisis de la información obtenida en estas tres perspectivas se elaboró un mapa de cómo se da la gestión del conocimiento en el servicio de salud en atención prenatal de igual forma para la transferencia del conocimiento.

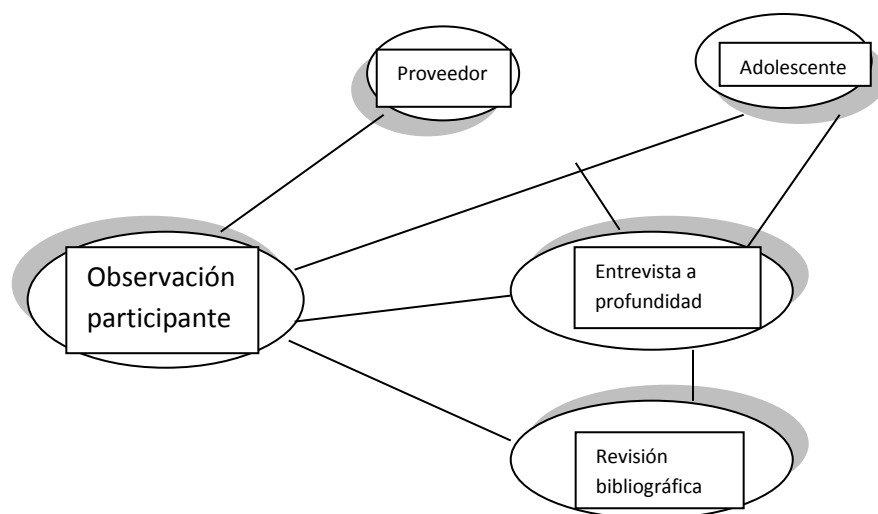
2.6 Triangulación de datos

Consistió en la utilización de dos o más fuentes desde donde se obtuvieron los datos. De igual forma, la utilización del enfoque cualitativo y cuantitativo permitió también realizar la triangulación de los resultados obtenidos a través de las técnicas utilizadas.

Se utilizaron diferentes referentes teóricos para el análisis y explicación del problema que generó el estudio. La triangulación posibilitó la aprehensión de la complejidad del fenómeno en estudio, permitió observar de manera crítica el material, identificar sus debilidades y replantear nuevas observaciones o planteamientos no contemplados.

Los datos obtenidos mediante las diferentes técnicas, en el objetivo uno y mediante el análisis realizado, propiciaron las respuestas a las interrogantes que iniciaron este estudio relacionadas con la identificación de los mecanismos que intervienen en el proceso de la transferencia del conocimiento desde la perspectiva de los actores involucrados.

Figura 16: Proceso de obtención mecanismos que intervienen en el proceso de transferencia del conocimiento en la atención prenatal desde la perspectiva de los actores involucrados



Fuente: elaboración propia, con base en literatura revisada y al diseño de la investigación.

El contenido del conocimiento transferido, la forma como se transfiere el conocimiento, quienes lo transfieren, si es respetada la autonomía, como lo utiliza la usuaria ¿Quién o quiénes producen el conocimiento utilizado?, la respuesta a esta interrogante se estructuró mediante la triangulación de la revisión documental, las entrevistas a profundidad y por observación de la dinámica de trabajo en el servicio. La respuesta a estas interrogantes se presentan en el capítulo III.

2.7 Enfoque cuantitativo

El abordaje cuantitativo fue descriptivo. No se formularon hipótesis porque no se requería pronosticar un hecho o un dato, sino responder al segundo objetivo específico que requería la identificación de las emociones y valores que experimentan las adolescentes primigestas en la atención prenatal.

2.7.1 Técnicas utilizadas

Se aplicaron dos cuestionarios para la identificación de emociones y valores respectivamente, por parte de las adolescentes primigestas entrevistadas. Estos fueron autoadministrado, es decir se les proporcionó directamente a las participantes en el estudio quienes marcaron las respuestas de acuerdo a su criterio. Se verificó la calidad del llenado de los cuestionarios por parte de la investigadora.

2.7.2 Elaboración del instrumento para la encuesta y la definición del tratamiento estadístico.

En esta fase se construyeron los instrumentos cuantitativos con base en la información cualitativa obtenida a través del grupo focal, con apoyo de teoría encontrada en las referencias bibliográficas revisadas.

El informe “Una hipótesis humanística sobre la emoción” del Instituto Nacional de Investigación en Desarrollo Humano de México, elaborado por la Dra. Myriam Muñoz Polit fue muy útil en esta investigación. El informe en mención es producto de 30 años de investigación, además de investigaciones consultadas en el ámbito educativo.

Para el instrumento para la evaluación de valores en las adolescentes se consideró la información obtenida en el grupo focal y de abordajes de

investigaciones en el tema de evaluación de valores en adolescentes, como las investigaciones del Dr. Álvaro Tamayo de la Universidad Católica de Brasilia.

Los instrumentos sirvieron para obtener información de la adolescente, relacionada con la emoción sentida durante la atención prenatal.

La escala de Likert sirvió para evaluar las emociones y los valores. Se utilizaron los criterios: nunca = 0; casi nunca= 1; frecuentemente = 2; siempre =3 puntos.

2.7.3 Cuestionario

Se estructuraron dos cuestionarios, uno que contenía un listado de emociones y el otro de valores, que la adolescente primigesta debió seleccionar de acuerdo con su experiencia en la transferencia de conocimiento en la atención prenatal. Se aplicó para identificar las emociones y valores más frecuentes en la interacción para la transferencia de conocimiento en la atención prenatal.

A estos cuestionarios les corresponden los números cinco y seis, que se encuentran en Anexos y comprenden tres secciones que tienen la siguiente estructura: datos generales de la adolescente, instrucciones, listado de 10 emociones.

El instrumento seis presenta la misma estructura e incluye 9 valores. El procedimiento consistió en proporcionar ambos cuestionarios a cada adolescente que participó en el estudio. Se les indicó que asignaran un valor de acuerdo con la frecuencia con la que habían generado la emoción y/o el valor.

Para valorar la frecuencia de cada emoción y cada valor se utilizó la siguiente escala: nunca =0, casi nunca =1, frecuentemente =2, siempre=3.

El procedimiento consistió en solicitar a la adolescente que evaluara aplicando la escala arriba indicada la frecuencia del valor percibido al recibir la atención prenatal.

A continuación se describe el instrumento número 5, cuyo objetivo fue evaluar la frecuencia del valor percibido por la adolescente en la atención prenatal:

Cuadro 1. Contenido instrumento cinco para ser utilizado en la encuesta dirigida a adolescentes embarazadas

No. Instrumento	Actor a ser entrevistado	Variable	Reactivos	Emoción
5	Adolescentes primigestas	Emociones	¿Cuándo le dieron la información para mantener la salud durante el embarazo sintió que se hizo en forma correcta?	Orientación
			¿Sintió agradecimiento cuando le fue dada la Información importante para mantener la salud durante el embarazo?	Gratitud
			¿Sintió ilusión, ánimo, interés y motivación cuando le fue dada la información para mantener la salud durante el embarazo?	Estímulo
			¿Sintió confianza, acompañamiento y serenidad cuando le fue dada la información para mantener la salud durante el embarazo?	Tranquilidad
			¿Sintió satisfacción cuando le fue dada la información?	Reconocimiento
			¿Sintió alegría y optimismo cuando le fue dada la información para su auto cuidado?	Entusiasmo
			¿Sintió bienestar o placer cuando le fue dada la información para mantener su salud durante el embarazo?	Satisfacción
			¿Sintió inquietud, temor o tranquilidad cuando le fue dada la información para mantener la salud durante el embarazo?	Preocupación
			¿Sintió falta de claridad cuando le fue dada la información para mantener la salud durante el embarazo?	Confusión
			¿Sintió falta de confianza o indecisión cuando le fue dada la información para mantener la salud durante el embarazo?	Intranquilidad

Fuente: elaboración propia con base a la información obtenida en el grupo y revisión de literatura e investigaciones en el tema. Guatemala. 2013.

Cuadro 2. Contenido instrumento seis para ser utilizado en la encuesta dirigida a adolescentes embarazadas

No. Instrumento	Actor a ser entrevistado	Variable	Reactivos	Valor
6	Adolescentes primigestas	Valores	¿Se sintió comprendida por parte del personal de salud que le atendió?	Comprensión
			¿Sintió confianza en la capacidad del personal de salud durante el embarazo?	Seguridad
			¿Se sintió respetada por el personal de salud que le dio la información para mantener su salud durante el embarazo?	Respeto
			¿Sintió que el personal que le dio información para mantener su salud durante el embarazo?	Sinceridad
			¿Sintió que el personal de salud estuvo siempre pronto para aclararle dudas cuando le dieron información para mantener la salud durante el embarazo?	Disponibilidad
			¿Siente compromiso de cuidarse durante el embarazo?	Responsabilidad
			¿Se cuida para prevenir riesgos durante el embarazo?	Prevención
			¿Cree usted que el personal de salud que le dio la información para que Ud. esté sana durante el embarazo, tiene la capacidad de ponerse en su lugar y sentir lo que Ud. siente o incluso lo que puede estar pasando?	Empatía
			¿Valora la información que le dan en la consulta prenatal para que su bebé nazca saludable?	Maternidad

Fuente: elaboración propia con base a información obtenida en el grupo focal, revisión de literatura e investigaciones en el tema. Guatemala. 2013

2.7.4 Selección de expertos para validación de instrumento cinco y seis

Se seleccionaron siete expertos de diferentes profesiones para realizar la validación del instrumento. El grupo estuvo conformado por dos médicos, una antropóloga, una psicóloga, una trabajadora social, dos enfermeras.

2.7.5 Selección de adolescentes para prueba piloto

La actividad para validar los instrumentos cinco y seis se realizó en una maternidad cantonal perteneciente a la red de servicios del Ministerio de Salud Pública. Los criterios de selección para participar fueron: ser adolescente primigesta que dio su consentimiento informado para participar en la actividad en el momento en el que se realizó este trabajo de campo. El total de adolescentes que participaron en esta actividad fueron quince.

2.7.6 Validación con juicio de expertos

El procedimiento para obtener el juicio de expertos consistió en seleccionar siete profesionales de diferentes ramas del conocimiento. Se tomó en cuenta su experiencia profesional e investigativa en el campo de las Ciencias Médicas y Ciencias Sociales.

A los expertos se les entregó en forma personal la solicitud de colaboración, los instrumentos cinco y seis, el formato de validación que contenía los criterios establecidos para el análisis y evaluación y un documento con instrucciones generales.

Se solicitó a los expertos que sugirieran modificaciones pertinentes relacionadas con la exclusión o inclusión de interrogantes.

Los expertos sugirieron lo siguiente: con relación a la apariencia general del cuestionario, sugirieron extender las explicaciones para centrar formato al margen derecho. En claridad del contenido, señalaron que las variables están redactadas como afirmaciones y se sugiere cambiar a preguntas por ejemplo: ¿qué sintió?, ¿qué experimentó?

Consideraron adecuada la extensión de la encuesta. Al revisar la gramática, sintaxis y redacción, sugirieron mejorar la redacción de las instrucciones y de los criterios utilizando un lenguaje más cotidiano para las adolescentes que por su bajo nivel de escolaridad pudiese ser que no comprendieran los criterios: excelente, deficiente; así como el vocablo primigesta.

Con relación a lo adecuado de las escalas, sugirieron aclarar la temporalidad si es al final o antes de la atención.

En la escala de los instrumento cinco y seis del protocolo discreparon los expertos consultados. Para unos fue adecuada y para otros sugirieron adecuar la temporalidad en función de parámetros temporales, como nunca, a veces, seguido, siempre.

Indicaron que las variables/criterios deberían ser redactados en forma comprensible para las adolescentes. Se sugirió colocar primero las variables positivas y luego las negativas, es decir ordenarlas ya sea de menos a más o viceversa.

Uno de los expertos sugirió agrupar las emociones, colocando seguidamente la opuesta: orientación-confusión, tranquilidad- intranquilidad-preocupación para facilitar de la adolescente, considerando que la mayoría de ellas cuenta con escolaridad baja o nula.

En esta etapa se realizó las gestiones correspondientes ante la Directora del servicio de salud seleccionado para realizar la investigación.

Con base en la revisión bibliográfica y la consulta a expertos se construyó la definición de los conceptos que se utilizaron en la investigación como: gestión del conocimiento y transferencia del conocimiento. En esta etapa se realizó la gestión para solicitar el aval bioético del Comité Nacional de Ética del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien dictaminó en forma favorable.

Se realizó el trabajo de campo, de acuerdo con el cronograma establecido. Luego, se conformaron las bases de datos. De acuerdo con lo observado en el servicio y con base en el modelo de Nonaka y Takeuchi se elaboró un mapa mental del proceso de atención integral a la adolescente primigesta en correspondencia también a Normas de Atención vigentes en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

2.7.7 Técnicas y procedimientos estadísticos

Se aplicaron los cuestionarios para la evaluación de emociones y valores de las adolescentes primigestas encuestadas. Se les informó que su participación era voluntaria y anónima y se les garantizó la confidencialidad en el manejo de la información.

Se elaboró una base de datos, recogiendo las respuestas de las emociones y valores expresados en el cuestionario. El procesamiento de la información se realizó utilizando el paquete de programa SPSS versión 17.00.

Se resumieron las variables estudiadas mediante porcentajes y del promedio. Para identificar el comportamiento de las adolescentes, según grupos de edad se relacionaron todas las variables estudiadas con esta, para analizar el

comportamiento de las mismas, a fin de caracterizar los valores y las emociones.

Para determinar si existían grupos de adolescentes con características similares, se utilizó un análisis de Clúster Jerárquico, al que se le dio un rango de soluciones de 2 a 4 conglomerados.

Al trabajar con variables cuantitativas y ordinales de 4 niveles, puede que el nivel del valor de unas variables dé más peso a la misma, al hacer las agrupaciones, los valores de esta pueden ser mayores que el resto. Para evitarlo se estandarizaron previamente los valores.

Posteriormente, se aplicó el método de Ward, que garantiza la formación de grupos homogéneos internamente y heterogéneos entre los mismos y como medida de distancia la Euclidiana al cuadrado.

Finalmente, para caracterizar cada uno de los conglomerados obtenidos se estimaron las proporciones de todas las variables estudiadas, y se determinó dentro de cada grupo la característica más frecuente. Los resultados se presentaron en cuadros.

2.7.8 Análisis e interpretación de resultados

El tratamiento de la información y su interpretación, estuvo en función a su representatividad, significatividad y periodicidad en la gestión y transferencia de conocimiento. Para el tratamiento de la información de los cuestionarios cinco y seis se elaboraron cuadros de frecuencias, calculando el porcentaje y relaciones de porcentaje para identificar las emociones y valores presentes con mayor frecuencia en la interacción para la transferencia del conocimiento en la atención prenatal de la adolescente.

2.8 Regulaciones éticas

Los aspectos éticos del estudio se cumplieron de acuerdo con las pautas internacionales para la investigación establecidas.

Es importante mencionar que se cumplió con lo requerido con los Principios éticos y el Código de conducta de la American Psychological Association (2003), siguientes:

- se informó del propósito de la investigación, el uso que se hará de los resultados de la misma, los riesgos y consecuencias que puede tener en sus vidas.
- podían negarse a participar en el estudio y abandonarlo en cualquier momento que así lo consideraban conveniente, así como negarse a proporcionar información, aunque hubiesen firmado un consentimiento informado.
- al utilizar la información suministrada por ellos o que involucra cuestiones individuales, su anonimato debe ser garantizado y observado por el investigador
- durante todo el proceso de la investigación y socialización de los resultados se asegurará la confidencialidad de la información proporcionada por todos y cada uno de los participantes de la investigación.
- previo a participar se proporcionó amplia información a todos los participantes sobre los objetivos, alcances y uso de la información que dé como resultado de la investigación; con el objeto de que tengan la información necesaria que les permita participar libre y voluntariamente.
- se solicitó a cada uno los participantes que leyera el consentimiento informado, redactado en lenguaje sencillo, debidamente explicado, y aclaradas todas las dudas que surgieron en los y las participantes. La firma del consentimiento fue libre y debidamente esclarecido.

- los participantes no fueron objeto de regalías que indujeran por sus necesidades a la firma del consentimiento, no hubo coacción por estar en tratamiento en la institución en donde se realizó el estudio y en ningún momento se les negó el tratamiento si no firman el documento y no ingresaban al estudio.
- los participantes conservaron el derecho de recibir la atención que estuvo disponible en el lugar en donde se realizó la investigación.

Capítulo III

Presentación, análisis y discusión de resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos por cada uno de los objetivos de la investigación. Se realiza su análisis y discusión considerando los datos y hallazgos encontrados en la información obtenida; así como los criterios de la investigadora. Se tomaron en cuenta resultados de investigaciones realizadas en adolescentes y en gestión del conocimiento; así como lo reportado en la literatura revisada.

Objetivo 1: identificar los mecanismos que se dan en el proceso de la gestión y transferencia del conocimiento, desde la perspectiva de los actores involucrados.

La información fue obtenida mediante las técnicas de grupo focal y entrevistas a profundidad. Esta información corresponde a la temática considerada en la primera demora, la cual debe de ser gestionada y transferida a las adolescentes primigestas para que identifiquen signos y señales de peligro durante el embarazo. Su análisis se realizó a la luz de tres elementos fundamentales propuesto por Spradley y que consisten en la formulación de preguntas de tipo descriptivo, estructural y de contraste.

Las interrogantes planteadas recogen las respuestas obtenidas de los conocimientos y prácticas que buscan reconocer actitudes en las adolescentes y en el personal de salud para realizar la gestión y transferencia de información y del conocimiento; así como los mecanismos utilizados en la atención prenatal para transferir la información correspondiente a la primera demora a la adolescente primigesta.

Se analizaron las emociones y valores identificados por las adolescentes con mayor frecuencia en la interacción para la transferencia del conocimiento en la

atención prenatal de la adolescente. El análisis se realizó con base en el marco conceptual de la atención integral y diferenciada a la adolescente, identificando las emociones y los valores de riesgo y los protectores que se convierten en ejes motivacionales en las adolescentes primigestas.

3.1 Los proveedores del servicio de atención prenatal

Para estudiar de manera ordenada los aspectos principales que caracterizan a los proveedores del servicio de atención prenatal se elaboró un cuadro que a continuación se presenta. Este fue la base para analizar los roles que los proveedores adquieren y/o adoptan en su función, esto dio lugar a tener un marco referencial del cual se partió para verificar y analizar por profesión su caso, así como en conjunto.

Los aspectos que se presentan en el cuadro muestran un ordenamiento lógico para desglosar las diferentes características que cada profesional entrevistado mencionó. Esta información se presenta para realizar un análisis de la forma como se gestiona y transfiere el conocimiento en la institución.

3.1.1 Características del proveedor del servicio que realiza la gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal

Cuadro 3. Características del proveedor de salud que realiza la gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal

	01-2013	02-2013	03-2014	04-2013	05-2013	06-2013	07-2014	08-2013
Edad	50 años	50 años	57 años	47 años	47 años	67 años	40 años	49 años
Escolaridad	Médico y Cirujano	Médico y Cirujano	Médico y Cirujano	Médico Especialista	Enfermera Profesional	Auxiliar de Enfermería	Psicóloga Clínica	Trabajadora Social
Tiempo de trabajar en el servicio	12 años	10 años	27	5 años	15 años Como enfermera 1 año	Jubilada y contratada hace 1 año para consejería.	4 años	12 años
Horario de contratación	8 horas	8 horas	6 horas	4 horas	8 horas	8 horas	6 horas	8 horas
Experiencia de trabajo con adolescentes	No	No	Si Diplomado de atención integral a los y las adolescentes	No	No	Hace 1 año Diplomado en adolescencia Inducción consejería en VIH	Atención al adolescente, salud reproductiva, violencia física psicológica a niños y adolescentes	Hace 2 años Diplomado en adolescencia
Actitud hacia la importancia de transferir conocimiento a adolescente	Positiva	Positiva pero refiere limitaciones por el tiempo asignado a cada paciente	Positiva	Positiva pero refiere limitaciones por el tiempo asignado a cada paciente y su tiempo contratado.	Positiva	Positiva está contratada para consejería pre y post prueba de VIH	Positiva Refiere que toda consulta de adolescentes debe de ser referida a psicología odontología, trabajo social por rutina	Positiva Refiere importancia de trabajar con grupos comunitarios

Fuente: entrevistas a profundidad. Elaboración propia. Guatemala. 2013.

Con base en la la información recolectada, en el centro de salud, donde laboran dos médicos, cinco médicas, dos enfermeras graduadas, una trabajadora social, una psicóloga clínica, dos odontólogos, dos técnicos de laboratorio, seis auxiliares de enfermería, dos inspectores en saneamiento ambiental y personal administrativo.

Se entrevistó al personal relacionado directamente con la provisión de la atención prenatal y que se encontraba laborando en el período que se realizó el trabajo de campo.

Como se muestra en la figura, el perfil del personal que atiende la consulta prenatal es multidisciplinario, con muchos años de experiencia en los servicios de salud, con aproximadamente 13 años promedio de trabajar en los servicios de salud, a excepción del gineco-obstetra que tiene cinco años en la institución y comparte su tiempo con la práctica privada. De igual forma, es quien tiene el menor tiempo contratado (4 horas).

De acuerdo con la Norma de Atención Prenatal, todo embarazo en adolescente debe ser tratado como de riesgo y evaluado por un especialista. Este tratamiento no se cumple en este servicio, porque la adolescente que llegue después de que el especialista contratado por cuatro horas concluye su horario de trabajo, es atendida por un médico general.

Importante es plasmar el apoyo decidido brindado por el personal proveedor del servicio de atención prenatal, el cual fue accesible en todo momento y en sus tiempos disponibles accedieron sin ningún problema a participar en el estudio.

Con relación a la práctica profesional, se pudo observar que no se realiza en forma holística, integral y diferenciada. Persiste la práctica individualizada, medicalizada y aislada del contexto real de las adolescentes primigestas.

A pesar de ser común en los proveedores entrevistados manifestar una actitud positiva hacia la atención integral y diferenciada de la adolescente no se operacionaliza el concepto. Predomina el modelo de práctica biologicista con un marcado enfoque clínico característico de su formación que lo capacita para enfrentar problemas médicos bien diferenciados y en etapas de evolución que

requieren de una atención curativa. La atención está centrada en las disposiciones médicas y las otras profesiones le están subordinadas.

El modelo identificado corresponde a la formación médica, en el cual se tiende a limitar la información al paciente. Por ello, como comunicador, el médico tiene una participación individual y social mínima. Se establece una relación médico – paciente individual y paternalista con predominio del modelo contractual que tiene menor influencia sobre la conducta de las usuarias y sus estilos de vida.

El recurso humano de enfermería, interviene también en otros programas prioritarios para la institución como es el Programa Nacional de Inmunizaciones. Por este motivo durante algunos períodos deben ir a la comunidad a vacunar para alcanzar las metas trazadas en las coberturas de vacunación. Igual sucede con el personal de trabajo social, quien tiene a su cargo la promoción de acciones del servicio en la comunidad.

De los ocho proveedores entrevistados, tres poseen diplomado de atención integral a los y las adolescentes y refirieron que años atrás intentaron implantar este programa pero por la forma como evalúan el desempeño laboral, (número de consultas/ tiempo contratado) tuvieron que abandonar la idea, porque la atención integral y diferenciada requiere de mayor tiempo de consulta y casi exclusividad con la usuaria.

La consulta prenatal, durante el período del trabajo de campo fue atendida por cinco médicos, uno tiene especialidad en gineco-obstetricia, cuatro son médicos y cirujanos generales.

De los cinco médicos dos son hombres y tres mujeres. La atención prenatal se oferta todos los días durante las ocho horas que atiende el servicio, de acuerdo con la demanda.

Además del personal médico existe personal multidisciplinario pero no atiende de rutina los controles prenatales; entre ellos está una enfermera, una trabajadora social, una psicóloga, una auxiliar de enfermería y una odontóloga.

El personal multidisciplinario entrevistado cumplió con el criterio de proveer la atención prenatal a adolescentes o estar relacionado con esta atención, se entrevistó también a personal administrativo del establecimiento, responsable de la recepción de la adolescente, su registro y su asignación al médico correspondiente.

Los médicos entrevistados mencionaron que, definitivamente, la transferencia del conocimiento en la atención prenatal:

(....) debe ser el aspecto más importante y al que se debe dedicar el tiempo necesario para transmitir todos los conocimientos y la experiencia a las usuarias que se atienden; de tal forma que durante el periodo del embarazo tenga los cuidados se le instruya sobre los riesgos que puede tener y de esta manera evitar una serie de complicaciones que conducen no solo a mortalidad materna o materno neonatal, sino a gastos en los que incurren los servicios de salud en la atención de urgencias obstétricas.... (personal de salud entrevistado)

En general, la actitud del personal del servicio de salud entrevistado fue positiva, evidenciando la importancia del contacto de la adolescente con el servicio en los primeros meses de su embarazo. Esta atención al inicio del embarazo es esporádica porque la adolescente debe solventar múltiples problemas antes de acudir a solicitar la atención. Dos de los entrevistados opinaron que:

(....) el acceso a la información debe de proveerse en otros ámbitos como es en colegios, escuelas, institutos y si hubiese oportunidad a nivel comunitario sería mejor.... (Personal de salud entrevistado)

Para los y las proveedores del servicio de atención prenatal la transferencia del conocimiento es lo más importante en la consulta pero desafortunadamente se carece del tiempo necesario para realizarla porque el desempeño del profesional se mide por número de consulta y no por la calidad de ésta.

Otro proveedor de servicio relacionado con la atención prenatal es la enfermera profesional. En la institución trabajan dos enfermeras. La persona entrevistada tiene quince años de laborar para el Ministerio de Salud. Tiene cuarenta y siete años de edad, inició sus labores en la institución como auxiliar de enfermería, luego se graduó y asumió sus funciones como enfermera profesional. Su tiempo contratado es de ocho horas.

Tiene una amplia experiencia en salud pública aunque su trabajo no ha sido con grupos de adolescentes. También se evidenció una actitud positiva y presta a colaborar con esta investigación. Durante la entrevista expresó la importancia de la transferencia del conocimiento en la atención prenatal, e incluso refirió estar dispuesta a colaborar si hubiese necesidad de dar información a las adolescentes. Mencionó que puede tener momentos durante la pre consulta para transmitir información a la adolescente embarazada.

La siguiente entrevista fue a una auxiliar de enfermería, a quien hace un año el área de Salud la contrató exclusivamente para apoyar la consejería pre y post de la prueba de VIH /SIDA. Tiene 67 años, es jubilada y también apoya en el servicio otras actividades; ya que no atiende solo a pacientes que solicitan la prueba sino se ha establecido por rutina, que la prueba y consejería pre y post se realiza también a toda mujer embarazada.

Su actitud es positiva, pero tiene como limitación la carga de trabajo, porque si hay necesidad en el servicio y por ser auxiliar de enfermería se le asignan funciones extras a las de su contrato. Por ello, también apoya otros programas que se desarrollan en la institución.

Una limitación que tiene para desarrollar su trabajo es que no cuenta con un espacio propio y adecuado para transferir la información. Actualmente el lugar que se le ha destinado es un escritorio en un corredor que da acceso a otros servicios del Centro de Salud, por lo cual carece de privacidad para realizar su trabajo.

La trabajadora social es otra de las profesionales entrevistadas. Tiene cuarenta y nueve años de edad y está contratada por ocho horas. Cuenta con un historial laboral en salud de doce años. Refirió, durante la entrevista, que hace dos años cursó un Diplomado en adolescencia. Tiene a su cargo funciones en el servicio y en el nivel comunitario, apoya también actividades de promoción en la comunidad.

Durante la entrevista refirió trabajar con grupos de adolescentes pero por necesidades en otros programas y a la falta de tiempo no pudo continuar. Ha apoyado programas dirigidos a adolescentes que han sido desarrollados por organizaciones no gubernamentales cuya área de influencia está dentro de la del Centro de salud Centroamérica.

Es evidente que tiene conocimiento del contexto y de la situación del grupo de adolescentes en su área de influencia. Por iniciativa analizaba información recolectada de la atención a adolescentes e identificó procedencia de las adolescentes embarazadas, posteriormente no pudo continuar por tener asignadas otras funciones.

La licenciada en Psicología Clínica posee capacitación en atención al adolescente, por una Organización Internacional llamada Médicos del Mundo. También se ha capacitado en salud sexual y reproductiva en el Área de Salud Guatemala Central.

Por interés propio ha asistido a congresos y a actividades relacionadas con temas de violencia física, psicológica a niños y adolescentes realizadas por el Ministerio Público. Ha laborado en la institución durante cuatro años y su contrato es de seis horas. Expresó su disposición de trabajar en forma coordinada con los otros profesionales del servicio para proveer atención psicológica a las adolescentes que acuden a demandar la atención.

Como conclusión, los proveedores del servicio de atención prenatal son profesionales de diversas disciplinas, con amplia experiencia en los servicios de salud, que proveen una atención prenatal de acuerdo con el modelo con el cual fueron formados. La mayoría está capacitada para el trabajo con adolescentes pero la práctica no ha sido desarrollada como un equipo multidisciplinario en forma integrada.

El significado de la salud integral del adolescente debe ser visto desde el punto de su trascendencia, como un elemento fundamental para el desarrollo social de los países. Esto fue visto por voceros de países durante la Asamblea Mundial 42 de la Organización Mundial de la Salud en el año 1989 y, lamentablemente, a la fecha no se han generado cambios en el abordaje de los programas dirigidos a los y las adolescentes.

Lo anterior significa que no se han tomado medidas efectivas y permanentes para promover y preservar la salud integral de los y las adolescentes; sino al contrario, se continúa trabajando sobre los daños y el deterioro psicosocial.

El marco conceptual de la salud integral del adolescentes, difundido por el Programa Regional de Salud Materno Infantil de la Oficina Panamericana de la Salud y la Oficina Mundial de la Salud, que es claro en referir que quien trabaja con grupos de adolescentes no importando la profesión de origen, debe conocer las características básicas del grupo, tener una clara disposición hacia el trabajo participativo y estar consciente de su función dentro de un contexto doctrinario de programa y misión. (Donas, 1992, p 13)

La atención a una adolescente primigesta debe ser diferente al que se le brinda a una mujer de otros grupos etarios y múltipara.

Los desafíos para el trabajo, según el Marco de Referencia para la Promoción de Salud Integral del Adolescente, propuesto por Health and Welfare de Canadá, no difieren con los desafíos que deben ser trabajados en el país: reducción de desigualdades en oportunidades, aumento de niveles de prevención, fortalecimiento de satisfacción de necesidades.

En ese mismo Marco de Referencia, las propuestas de los mecanismos de promoción de salud, bienestar y desarrollo que se sugiere deben de ser desarrollados son: el autocuidado, ayuda mutua, ambientes saludables y la promoción de estilos de vida saludables. Estos mecanismos pueden ser integrados a la práctica de los servicios de salud para transformar la situación del grupo de adolescentes con el objetivo de disminuir los embarazos en este grupo etario.

Por lo anterior, los servicios deben prodigarse sin excepciones. Ellos deben alcanzar a las adolescentes en donde estén y utilizar las facilidades y organizaciones de la comunidad como elementos básicos del sistema.

3.2 Mecanismos que se dan en el proceso de la transferencia del conocimiento, desde la perspectiva de los actores involucrados

Para responder al objetivo número uno, se realizó un abordaje cualitativo aplicando como método la etnometodología. Se indagó sobre métodos, mecanismos y procedimientos que los proveedores del servicio utilizan para cumplir, de acuerdo con su experiencia y con las normas establecidas, los contenidos y procedimientos para realizar la atención prenatal a adolescentes primigestas.

Se analizó la prestación del servicio en forma integral y respetando el contexto donde surgen las acciones, como un proceso y una actividad social que solo es posible descubrir y conocer en la acción y mediante las explicaciones que de ella dieron los actores involucrados que la componen y la construyen.

El análisis de los datos recolectados se realizó en el momento de concluir cada episodio de recogida de información. El propósito principal de ello fue la identificación de categorías que surgieron de la lectura repetida del material recolectado.

La premisa básica de este enfoque fue que la realidad social se crea y recrea de forma constante en las interacciones sociales de los miembros de una sociedad y por este motivo, para entender esa realidad es preciso analizar en detalle los “procedimientos” que los individuos emplean en sus interacciones.

Uno de los procedimientos utilizados fue describir o “categorizar el entorno social” en el que participan de manera más o menos directa. Lo anterior de acuerdo con Titcher et al. (2000, p 100), parte del conocido ejemplo de Sacks (1972) *The baby cried. The mommy picked it up.*

Este mecanismo se basa en la existencia de categorías para la descripción de objetos, personas o colecciones de categorías que su percepción es el estar

relacionadas entre sí; de igual forma las actividades relacionada con ciertas categorías.

En el análisis también se utilizó el concepto de Spradley (1979), el cual incluye dominios, taxonomías, análisis componencial y temas. Spradley considera un dominio también como una categoría.

Cada vez que se realizó una entrevista, se transcribió, se leyó varias veces buscando categorías y relaciones semánticas, lo cual facilitó la conformación de dominios. Este ejercicio permitió el análisis crítico de las informaciones con lo que se generaron nuevas preguntas, cuyas respuestas se encontraron en las entrevistas siguientes.

Las preguntas realizadas al personal de salud fueron de tipo descriptivo, estructural y de contraste. Por este medio se pudo obtener la saturación teórica de ideas y patrones recurrentes y, finalmente, se delimitaron los grandes temas.

3.3 Pregunta de investigación: ¿Cómo se transfiere el conocimiento en la atención prenatal dirigida a adolescentes primigestas?

Términos incluidos /Actividades	Relación semántica	Dominio /Categoría
Atención prenatal	Constituye un	Mecanismo utilizado para la transferencia del conocimiento
Aplicación de normas de atención		
Gestión de la información		

Con base en la información obtenida, mediante las técnicas aplicadas en el estudio, se encontró que en su mayoría la transferencia del conocimiento se realiza en forma verbal y asistemática.

La transferencia se da en la atención prenatal, en la aplicación de normas de atención y en la gestión de la información.

La adolescente acude a su control prenatal y no se le da seguimiento a la condición encontrada. Por lo que se vuelve a tener contacto con ella cuando asiste a su próximo control.

El proveedor del servicio tampoco analiza la información recolectada de las consultas realizadas; la misma solo pasa a ser estadística de producción del servicio.

Esta situación no permite la interacción con otros profesionales por lo que no se analizan las condiciones encontradas, para plantear estrategias que permitan cambiar la situación encontrada. El personal se dedica a proveer la atención, cubrir la demanda. No percibe la necesidad de identificar los valores y emociones, creencias subyacentes de una sociedad y la cultura en concreto.

La importancia del capital social en una sociedad fue comentada por Francis Fukuyama, en la compilación “La cultura es lo que importa”, realizada por Samuel P. Huntington y Lawrence E. Harrison. En ella se define el capital social como un conjunto de normas y de valores que comparten los miembros de una comunidad. Hace énfasis en que debe imperar la confianza para que una sociedad logre el desarrollo.

Este punto debe ser considerado en la práctica del personal proveedor del servicio, para comprender que lo que la adolescente dice o hace, no sucede en forma arbitraria o espontánea, sino que es consistente con lo que la

adolescente de su cultura valora y cree. Por ello, al conocer los valores de la adolescente y sus creencias, se puede esperar o predecir su comportamiento.

Una vez que la adolescente o el proveedor acepten que se comportan de tal manera y que lo hacen por alguna razón, cualquiera que sea su opinión sobre ella, se estará en camino hacia una adaptación cultural. En este momento la práctica estará contextualizada con las necesidades sentidas de la adolescente desde su perspectiva cultural.

Conocer de dónde proviene el comportamiento de las adolescentes, no significa que el proveedor debe aceptarlo, sino que ya no se sorprende y será el inicio de la interacción para el intercambio de información y de conocimientos, la promoción de su difusión y la creación de un nuevo conocimiento que aporte a solventar o coadyuvar al alcance de una situación deseada para la adolescente.

Los mecanismos para la transferencia del conocimiento se varían de acuerdo con el tipo de transferencia realizado, según los hallazgos de este estudio.

Lo anterior se explica de acuerdo con lo referido por Valencia, en el año 2010, donde indica que la transferencia del conocimiento puede ser directa o indirecta.

Es indirecta cuando no encuentra interacción ni contacto personal entre el proveedor del servicio y la usuaria. En este caso, la intermediación se realiza a través de documentos, situación que en el centro de salud se da con poca frecuencia.

Con referencia al concepto anterior, el mecanismo que se encontró en el servicio de salud para realizar la transferencia, fue **directa**, porque se proporciona durante la atención, o durante la consejería pre- prueba de VIH.

Para identificar otro tipo de mecanismo, se consideró la clasificación realizada por Grant en 1996, que consiste en mecanismos principales para integrar el conocimiento en una capacidad o ventaja organizativa.

En el grupo de profesionales entrevistados, solo tres de los ocho poseían documentos relacionados con temas de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, normas de atención y de análisis de la situación de salud de los y las adolescentes del sector.

En este caso, el mecanismo que se encontró fue por instrucciones, es decir mediante **directivas explícitas** por medio de documentación escrita, como son las normas de atención, procedimientos, manuales operativos, planes y programas de producción del servicio, estudios o tendencias relacionadas con el tema, o por reuniones de directivos.

Una ventaja en este tipo de transferencia es que este conocimiento explícito es fácil almacenar, organizar y recuperar. En la mayoría de casos este mecanismo presenta una estructura lógica y efectiva.

Esta forma de mecanismo es efectivo cuando se acompaña con interacción directa entre personas como forma de rutinas inter- organizacionales. Este no el caso del servicio donde se realizó el estudio, porque no se encontró un sistema de monitoreo y evaluación institucional que evidencie el análisis de la información producida. Los datos son consolidados y enviados al nivel central. Se mencionó que se efectúan salas situacionales pero no se pudo constatar su realización en forma sistematizada.

Es interesante lo expuesto por una de las entrevistadas, quien refirió que por iniciativa propia analizó la información recolectada por el Sistema Integrado y Gerencial de Salud, para identificar de dónde procedían las adolescentes embarazadas y se encontró que provenían de la Colonia San Martín y el Rodeo.

Son migrantes del interior de la República; se casan y se vienen con el esposo a trabajar a la capital en maquilas y regresan a su lugar de origen para procrear. Sus procedencias son Quiché y San Marcos. Este tipo de análisis es el que genera conocimiento nuevo que permite replantear las acciones en función de situaciones reales y de esta forma obtener el impacto esperado.

En estas poblaciones indígenas la edad para casarse es 15 años, de tal manera que vienen casadas a la capital. En la ciudad, la mayoría están unidas de hecho. Esto se interpretó de acuerdo con el enfoque de género, debido a que considera las oportunidades diferentes que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los papeles distintos que socialmente se les asignan. A la luz de estas construcciones sociales también se encuentran los valores, las creencias incluyendo las religiosas y las normas culturales que son de cumplimiento diferente entre hombres y mujeres.

Por ejemplo en todas las sociedades, la principal responsabilidad de la crianza de los hijos la asumen las mujeres. Asimismo, se encargan del cuidado de los ancianos y enfermos y llevan a cabo la mayor parte del trabajo doméstico.

En las actividades de las mujeres interfiere su vida reproductiva. Esta misma circunstancia afecta su salud, merma sus oportunidades y limita su acceso a la educación y empleo. En las sociedades donde las mujeres se casan muy jóvenes y a una edad inferior que la del hombre, la subordinación de ésta al marido es más significativa y, sin lugar a dudas, condiciona fuertemente sus posibilidades de educación y de trabajo retribuido.

Los riesgos en la salud de la mujer son directamente proporcionales con su biología reproductiva. Siendo más frágil durante el embarazo.

Otro mecanismo que se encontró pero de forma aislada, comúnmente para situaciones administrativas y en otros casos apoyada por agentes externos,

está en función de la educación permanente del profesional médico y fueron las **rutinas** que son usadas para transmitir conocimiento explícito. Estas rutinas no son implementadas por el servicio como parte de su estrategia administrativa. En lugar de ello, dependen de la acreditación solicitada por el Colegio de Médicos y Cirujanos, pero los temas no están relacionados a la atención prenatal sino a enfermedades crónicas.

En estas rutinas explícitas, las interacciones y el contacto personal son de baja frecuencia e intensidad, estas rutinas pueden ser cursos de capacitación y conferencias.

De acuerdo a Dyer y Nobeoka, 2000; Dawson, 2000; Inkpen y Dinur, 1998; las **rutinas** son el único modo de transferencia de **conocimiento tácito**, mediante interacciones y contacto personal frecuente e intenso en forma de cursos de entrenamiento, talleres prácticos, asistencia técnica, equipo de mejoramiento e incluso transferencia de empleados.

Las rutinas tácitas, como mecanismo de transferencia del conocimiento no fueron encontradas. Este tipo de transferencia es directa alta y requiere de interacciones y contacto personal directo y con frecuencia de intensidad elevada.

Este tipo de rutinas son patrones regulares de interacción entre actores, diseñadas para facilitar conocimiento especializado tanto explícito como tácito (modelos mentales, creencias y perspectivas) entre los miembros de la relación.

En la atención prenatal este tipo de rutina con interacción entre proveedor y adolescente primigesta son fundamentales para propiciarla generación de conocimiento para la innovación en la atención.

Contar con mecanismos para la transferencia del conocimiento institucionalizados hace más efectiva la organización porque consigue crecer y obtener recursos del entorno mediante una disposición a los cambios.

Como conclusión, se observó que en el ámbito formal existen documentos que norman la atención prenatal y la atención integral y diferenciada; pero en el nivel operativo la prestación del servicio se realiza bajo las características de su formación y que corresponde a un modelo biologicista.

El proveedor del servicio atiende la demanda pero la mayoría de las veces el número de pacientes es superior al rendimiento establecido según norma para el proveedor con relación a su tiempo contratado.

La institución carece de planificación estratégica y apoyo tecnológico que le permita facilitar procesos en función a resultados; de esta forma la administración está en función de la razón de ser del servicio que es proveer una atención de calidad.

La práctica en el servicio está desarticulada al contexto y a lo referido por la norma de atención, debido al modelo de prestación de servicios instituido. Para implementar la norma, se deben de establecer procesos que permitan desde lo técnico -administrativo gerenciar la prestación y evaluarla en función a resultados.

Se utilizó el método de análisis desarrollado por Spradley llamado Secuencia de Desarrollo de la Investigación, por medio del cual se conformó un proceso cíclico que inició con la selección del tema, el planteamiento de las cuestiones, la recolección de datos, análisis de los mismos y cuyos resultados generaron nuevas cuestiones, continuando con el ciclo para su análisis.

Durante la fase de análisis de las taxonomías y cuestiones de contraste se organizaron las categorías a partir de relaciones semejantes y se contrastaron basándose, la investigadora, en el conocimiento de la situación, mientras que el análisis de componentes buscó las dimensiones del contraste creando paradigmas para lograrlo. En el análisis de temas se buscaron relaciones entre los dominios encontrados y, por último, se realizó una lista o inventario de dominios hasta crear la redacción con los datos recopilados.

El Dominio 1, como categoría de significado incluyó otras subcategorías. Todos los elementos incluidos en una categoría tienen algún rasgo de significado común. Una taxonomía es un conjunto de categorías también pero relacionadas sobre la base de una relación semántica. Su análisis muestra la relación entre los términos incluidos, además de presentar diferentes niveles. Los temas son conceptos usados para conectar los dominios culturales encontrados.

3.3.1 Dominio 1. La atención prenatal es para el personal de salud una oportunidad para gestionar y transferir el conocimiento a la adolescente primigesta

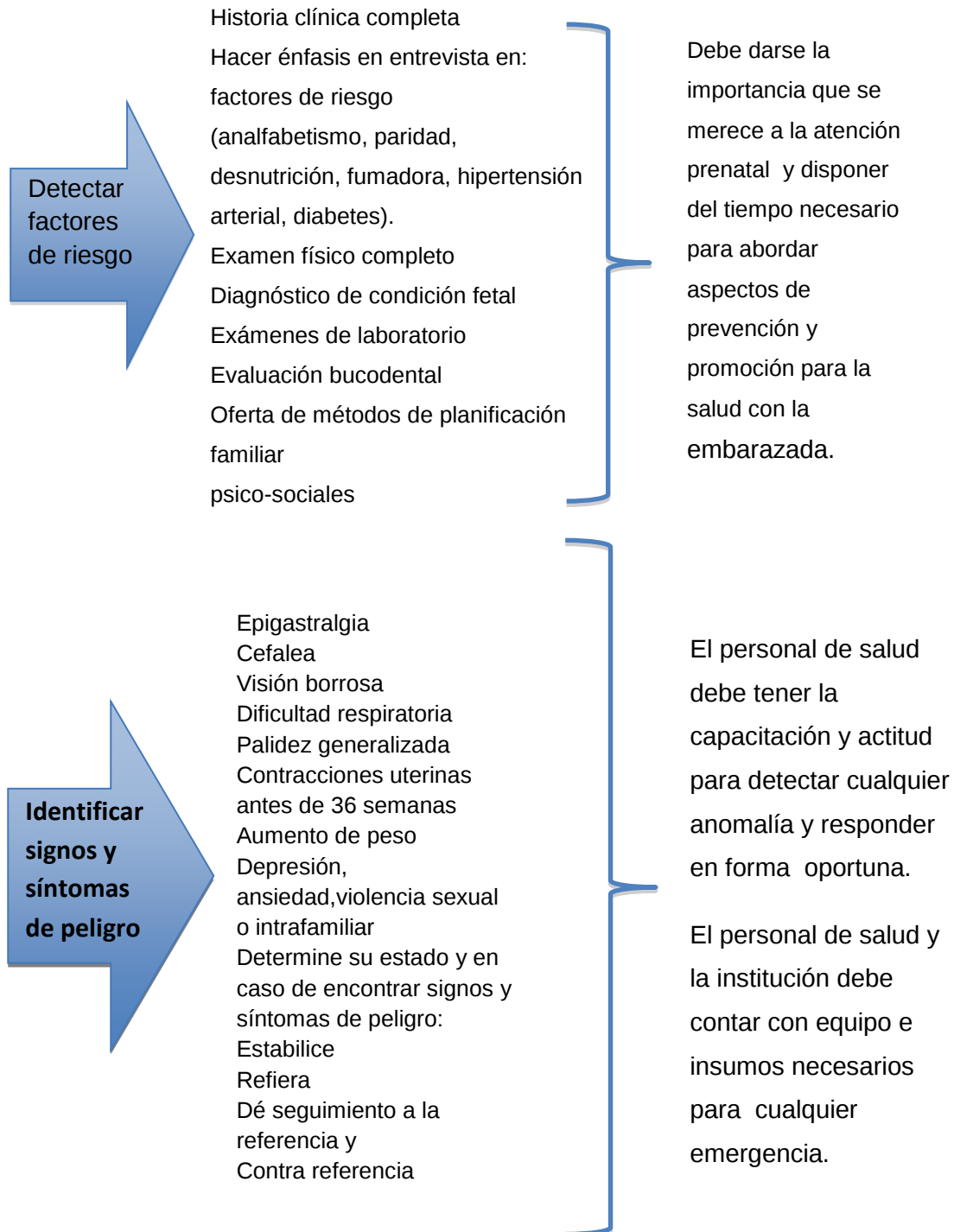
Relación semántica medio – fin

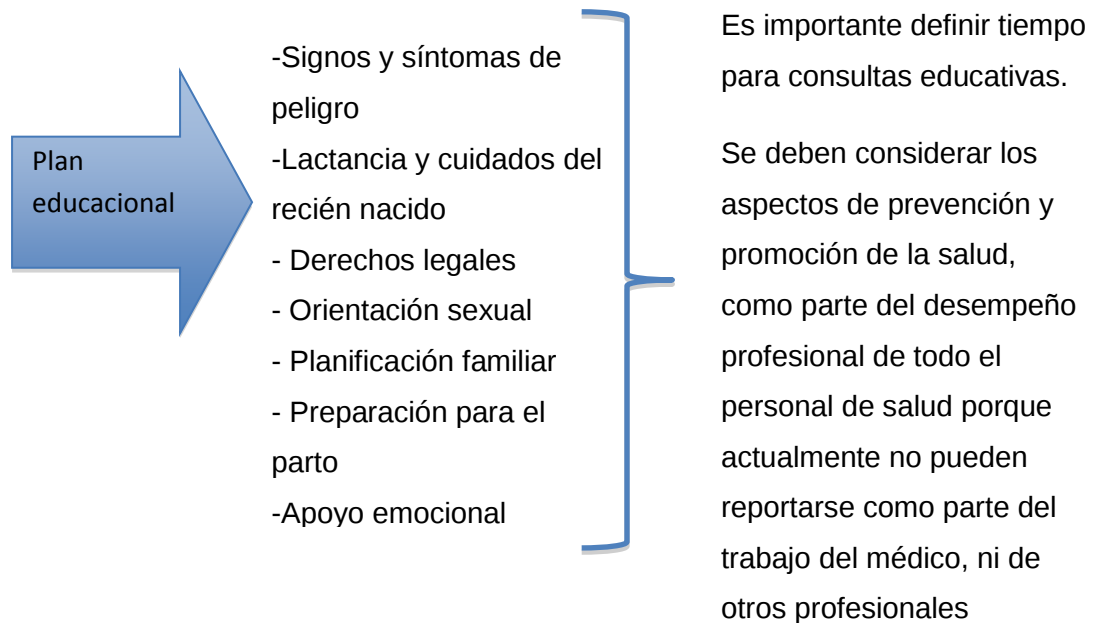
Forma: X es una manera de Y

Acciones en la atención prenatal, consideradas en la primera demora

Términos incluidos	Relación semántica	Dominio
Detectar factores de riesgo	Es una acción en la	Atención Prenatal
Identificar las señales de peligro y complicaciones		
Dar Plan educacional		

Taxonomía 1. Para detectar factores de riesgo en la atención prenatal el personal de salud realiza una serie de prácticas





La atención prenatal es para el personal de salud importante y una oportunidad para gestionar y transferir el conocimiento a la adolescente primigesta

Para el personal médico que proporciona la atención prenatal, la gestión y transferencia del conocimiento son de suma importancia porque ese es quizás, el único momento cuando tendrá contacto con la adolescente embarazada. Por ello, se tiene que aprovechar el instante de su consulta para informarle de los riesgos que puede tener durante un embarazo y de la importancia de identificar los síntomas y signos. De esta forma estará preparada e informada para la toma de decisiones y acudir al servicio de salud más cercano a consultar en el caso de que ocurra una emergencia obstétrica.

En todas las expresiones del personal entrevistado se refleja la importancia que para ellos significa la atención prenatal tanto para adolescentes como para la mujer embarazada no importando el grupo etario al cuál corresponda.

(...) que me motiva a dar un plan completo.... (.....se escuchan niños llorando todo el tiempo en el servicio de salud...), es saber que uno está trabajando bien. Si uno trabaja bien es una recompensa y eso lo hace sentirse cómodo, además cuando uno explica se fija conocimiento también. (Personal de salud entrevistado).

El personal médico consideró de importancia en la transferencia del conocimiento a la adolescente embarazada, el prepararlas biológica y psicológicamente para el parto; así como informarles de los síntomas y signos que deben identificar de riesgo y que sepan a dónde acudir si llegaran a presentarse.

(...) por ejemplo si se evalúa a una primigesta y no se le dice que si llega a tener menstruación eso es grave, el tiempo de esa consulta está perdido, aunque se haya medido, pesado, tomado la presión, realizado exámenes, el hecho de no haberle transmitido la información indispensable de conocer en forma oportuna, se puede considerar que el tiempo en esa consulta fue perdido, hasta se pudo haber perdido una vida y ni cuenta se dio el proveedor de haber obviado algo tan importante e indispensable.(Médica del centro de salud que atiende control prenatal).

(....) el objetivo de un control prenatal es una mamá sana y un niño sano. Ella debe saber primero que está embarazada, que su embarazo llegue a tiempo, pero ella y su niño lleguen sanos. Qué identifique en forma temprana, signos y síntomas para que acuda al servicio. Que identifique factores para prevenir, sino trasladar a un hospital con suficiente oportunidad en ella y el niño. (Médico entrevistado).

(....) se aprovecha para explicarles cómo prepararse para el momento en el que debe de ser llevada a dónde acudir para la atención de su parto.... Si tiene ese apoyo. Sino es de aprovechar de que tome

conciencia de cómo será ese momento.... (Personal de salud entrevistado)

Los entrevistados mencionaron que una paciente, si es constante y acude al servicio por lo menos unos cuatro o seis controles, en ese tiempo ya ha tenido la oportunidad de evaluar cómo está su estado general, o por lo menos ya se tienen dos ultrasonidos y esto permite indicarle la posición del bebé y orientarla para el tipo de parto que puede tener. Por ejemplo, si el bebé se encuentra sentadito puede orientársele a que se prepare porque puede ser una cesárea, que tendrá que tener reposo y contar con el apoyo de alguna persona porque necesitará quien la cuide.

(....) lo importante que debe de saber: primero, que está embarazada...que el control prenatal está enfocado en que su embarazo llegue a término, ella sana y su niño sano... y luego... si no se puede por la edad y problemas que puedan surgir que se identifiquen las complicaciones en forma temprana... que ellas sepan cosas que son importantes para que regrese con uno:no se está moviendo el niño, me estoy hinchando..., tengo dolor de cabeza...visión borrosa... cosas por el estilo... (Personal de salud entrevistado).

La información obtenida en el grupo focal y las entrevistas realizadas con las adolescentes, dan cuenta de que durante los primeros meses no sabían que estaban embarazadas y, al saberlo, no supieron cómo decírselo a sus padres.

Esta situación concuerda con lo encontrado en otras investigaciones con este grupo etario, según refiere Rojas (1992), “las adolescentes presentan ambivalencia hacia el hecho de estar embarazadas; muchas veces niegan el embarazo. Gran parte de la dificultad proviene del rechazo que anticipan del medio al reconocer su condición”. “Entran en pánico de la incertidumbre de cuál será la reacción de su familia y cuál es su situación con el padre de su bebé”.

(...) el problema que se tiene es que la adolescente llega cuando tiene 8 meses de gestación o llega a saber que está embarazada pero como le pegaron en su casa ya nunca regresó a consulta, todos estos factores son con los que el médico se choca a diario en la prestación del servicio". (Médico del centro de salud)

Otro aspecto importante que optimizaría la consulta prenatal, expresaron los entrevistados, sería concientizar a la adolescente de lo que es un control prenatal. Refieren que es posible con el apoyo de trabajo social y de esta forma se podría interesar y motivar a la adolescente embarazada antes de que pase a consulta. De esta forma podría preparar sus preguntas, dudas, inquietudes, para el momento de consulta y hacer que este espacio sea provechoso.

(...) porque pueden ser 10 minutos de consulta, pero si se habla lo que se debe hablar se alcanzarían los objetivos deseados. (Médica del centro de salud)

A pesar del limitado tiempo disponible que, según uno de los entrevistados es aproximadamente ocho minutos por paciente, tratan de proporcionarles información. Sin embargo, el personal de salud identifica las barreras lingüísticas como limitantes para la comunicación con las personas que consultan.

Refieren que no solo tienen el tiempo limitado sino también muchas de las pacientes de ascendiente maya acuden con traductor y eso dificulta la transferencia de información a la embarazada. Igual sucede con adolescentes con bajo nivel educativo quienes cuesta explicarles y hacerse entender.

(...) también sucede que al ser las embarazadas muy jóvenes llegan con mucha pena y vergüenza, situación que requeriría de tiempo para lograr establecer confianza mediante una conversación de doble vía que

permitiera alcanzar una comunicación efectiva. (Médico del centro de salud)

Lo anterior se explica considerando lo expresado por Clyde Kluckhohn “La cultura consiste en patrones de pensamientos, sentimientos y reacciones. El punto central y esencial de la cultura consiste en ideas tradicionales y especialmente, en sus valores anexos”.

(...) ese momento es fundamental. Conoce uno el trasfondo. Si viene con voluntad o no. Es el momento de hacer un diagnóstico de cómo viene al servicio. ... Ella está enfrentando todo un cambio... en base al diagnóstico, le permite a uno orientarla.... Si no está con su consentimiento... allí se entera uno porque vino tarde al servicio... puede ser que esperaba cómo decirlo a sus padres.... (Personal de salud entrevistado).

Es decir que el motivo por el cual cualquier comportamiento tiene sentido es simplemente porque es consistente con lo que esa persona cree o aprecia. Esto significa que se debe comprender de dónde viene el comportamiento, para entender por qué la adolescente se comporta como lo hace. Esto solo se logra cuando se conocen sus valores, emociones, creencias, actitudes.

3.3.2 ¿Quién o quienes gestionan y transfieren el conocimiento?

De acuerdo con la investigación, en el servicio de salud donde se realizó el estudio, el personal médico realiza esta actividad.

La auxiliar de enfermería contratada por el Programa de VIH /SIDA lo realiza como apoyo, no en forma sistemática. La función de esta profesional es aconsejar antes de la prueba de VIH y después de ella. La enfermera

profesional gestiona la información de los programas que se ejecutan en el servicio.

La transferencia se realiza cara a cara, mediante lenguaje verbal y no verbal. El lugar designado para llevarla a cabo no cumple con la privacidad requerida. Se realiza en un corredor que es utilizado como sala de espera para la consulta odontológica y de laboratorio.

Las adolescentes y las mujeres que consultan el servicio, reciben la atención con agradecimiento y en la mayoría de veces son conscientes de que el médico no les provee información para su salud por falta de tiempo. De igual manera, ellas no le preguntan sus dudas porque ven que tienen muchos pacientes por atender.

El médico, al proveer la información, no se cerciora de que sea comprendida y aprehendida por la adolescente. en muchas ocasiones los términos utilizados no corresponden al mismo nivel del lenguaje de la paciente y tampoco a su contexto.

Refirieron algunos de los entrevistados que anteriormente hubo programa de adolescentes y en esa oportunidad la trabajadora social también desarrollaba un componente comunitario en el ámbito de la prevención y promoción de la salud sexual reproductiva de los y las adolescentes.

Sin embargo, por causas administrativas del nivel central, al personal de salud, no le cuenta en su desempeño la producción de servicios en ese componente sino en otros correspondiente a la prestación de atención curativa. En el caso de los médicos y la trabajadora social suma en su desempeño, el apoyo que brinde a las jornadas de vacunación.

El personal de enfermería atiende otras funciones como la pre consulta, hipodermia, consejería en planificación familiar, inmunizaciones. Su función

corresponde a trabajos administrativos y de coordinación de todo el servicio, esto implica todos los programas, campañas de inmunizaciones, e informes mensuales que se inician el 26 de cada mes y cierran el 25. Los informes abarcan todos los servicios desde la farmacia hasta la última actividad realizada.

No realiza coordinación con las otras disciplinas para la conformación de equipos multidisciplinarios en la atención de las adolescentes primigestas.

(...)...todo inicia con el médico... es él quien tiene que insistir para que venga a sus controles....Si el médico decide pasarla a psicología....se pasa (personal de salud entrevistado).

El personal de salud utiliza el canal oral para la comunicación. El visual es escaso y el auditivo no está disponible en el servicio. Las adolescentes también utilizan ese mismo canal y, en ocasiones, visual por exámenes que lleva para su interpretación.

(..) acá en el centro no hay quien esté dando información a las embarazadas. A veces dan charlas pero se enfocan en otros temas. Acá vienen de todas las edades y de otros problemas, por ello los temas que se abordan son variados. (Personal de salud entrevistado).

En la atención prenatal, existe transferencia de contenidos, si existe una representación previa del conocimiento. En el ámbito de la ingeniería del conocimiento, las interfaces de los sistemas expertos sirven para transferir el conocimiento que se desea obtener del sistema.

3.3.3 ¿Quién o quienes producen el conocimiento utilizado?

En esta interrogante es necesario evidenciar que el personal de salud por instancias personales busca especializarse. No hay rutinas, ni espacios de trabajo que permitan la producción del conocimiento a nivel local ni institucional.

Aunque algunos miembros del personal de salud han estudiado diplomados y especializaciones con beca de organizaciones internacionales o del propio Ministerio, el trámite es en forma individual y no institucional.

Tres de los cuatro médicos entrevistados no tienen formación y/o actualización de conocimientos en atención integral y diferenciada a adolescentes.

De acuerdo con la información obtenida, el Ministerio de Salud no realiza actualizaciones o capacitaciones para personal responsable de proporcionar una atención integral y diferenciada, como lo dictan las normas de atención vigentes.

Tampoco provee incentivos para el personal, sino al contrario, la saturación de exigencias administrativas ocasionan malestar y descontento. Es evidente la inversión de tiempo que esto les genera, sobre todo cuando se sienten presionados por el número de pacientes asignados y que es frecuente se eleve al número estipulado según las horas de contratación.

Es importante mencionar que la prestación del servicio está determinado exclusivamente por la práctica médica. Esto se evidencia porque a pesar de contar con profesionales de ámbitos multidisciplinarios no se trabaja en el servicio como un equipo.

Al solicitar atención una adolescente, las consultas son dirigidas al médico y es raro que éste lo refiera a psicología, trabajo social o a odontología, solo en

casos excepcionales. Por ello, no se visualiza como una fortaleza la existencia de personal multidisciplinario que pueda proporcionar una atención integral y diferenciada a los y las adolescentes. Tampoco se han constituido en un grupo gestor del conocimiento en la institución para optimizar los recursos existentes y mejorar la calidad de la atención.

Como se mencionó anteriormente, el modelo biologicista es el prevalente en el servicio, esto se evidencia en su concepción mecanicista basada en la eliminación del síntoma, en el daño o en el riesgo.

También se refleja en la conducción en los niveles centrales donde lo importante es el número de pacientes atendidos y no el análisis de la situación de salud prevalente en la localidad, para invertir los recursos existentes donde más se necesiten con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población.

La inclusión de una psicóloga en el servicio, debe considerarse una fortaleza ya que la problemática psicosocial es la más relevante en el grupo de adolescentes. También debe considerarse que el mayor riesgo en una adolescente embarazada son las cargas psicosociales que en la mayoría de los casos un embarazo no deseado desencadena en el grupo familiar, con la pareja o con el grupo de pares.

Según lo indicado, no todos los casos son tratados en forma integral y como equipo multidisciplinario. Cuando es referida a psicología se trabaja orientación del manejo de cuidados, autoestima, empoderamiento, métodos de planificación familiar, y se brinda ayuda en el área emocional (ya que la mayoría de adolescentes atendidas son madres solteras).

En caso de violencia intrafamiliar, el Ministerio Público realiza el seguimiento, dependiendo el caso. Si es adolescente y vive con pareja solo llega a consulta

médica, si dice estar traumatada y necesita consulta psicológica se da seguimiento por parte de psicología.

A la adolescente embarazada, en su último control prenatal, se le entrega una hoja de referencia para que su parto sea atendido en forma institucional, ya sea en una maternidad o en hospital.

“(...) las adolescentes en este país, es en el camino como van arreglando sus situaciones, ya que las madres no hablan de ciertos temas con las hijas y a veces son las amigas quienes le comunican las cosas y muchas de esas veces están tergiversadas y no es la verdad, lo que provoca una desorientación en lugar de orientarles” (Médico del centro de salud)

En esta expresión se evidencia que las adolescentes no realizan un proyecto de vida, la experiencia del personal médico hace ver que las situaciones se presentan de igual forma y se está acostumbrado a ello. De similar forma sucede con la actitud de las adolescentes entrevistadas, no toman responsabilidad en sus vidas, sino dejan que sea el tiempo quien resuelva sus situaciones.

Otro fenómeno social referido por el personal entrevistado es que la abuela cuida al bebé de la adolescente en la mayoría de casos. Pero como no le cuesta a la adolescente este cuidado, inmediatamente se embaraza de otro hijo. La orientación a la adolescente para prevenir embarazos no se contempla en ninguna institución.

El embarazo en adolescentes se debe abordar desde diferentes contextos, como el familiar, laboral y social. Una adolescente con un hijo, sin el apoyo de la familia o de la pareja no le es posible realizarse.

De la información obtenida podemos concluir que existen brechas que impiden la atención de calidad. Por esta razón, es importante hacer cambios en la parte administrativa del sistema a fin de contar con más tiempo por paciente para transferir el conocimiento en forma sistemática.

Es necesario un cambio de paradigma en la atención de la adolescente embarazada y enfocar el interés en las acciones de prevención y promoción. Por ello, es indispensable elaborar indicadores de desempeño orientados a registrar actividades enfocadas en esta línea.

Es importante generar procesos educativos que permitan al personal de salud motivarles y actualizar sus conocimientos para mejorar su desempeño profesional. Por último es ineludible tener capacidad instalada en la institución que facilite actuar en forma eficaz y eficiente ante una emergencia obstétrica.

DOMINIO 2

3.4 Aplicar las normas de atención en la práctica es la meta del personal de salud en la atención prenatal

Relación semántica medio – fin

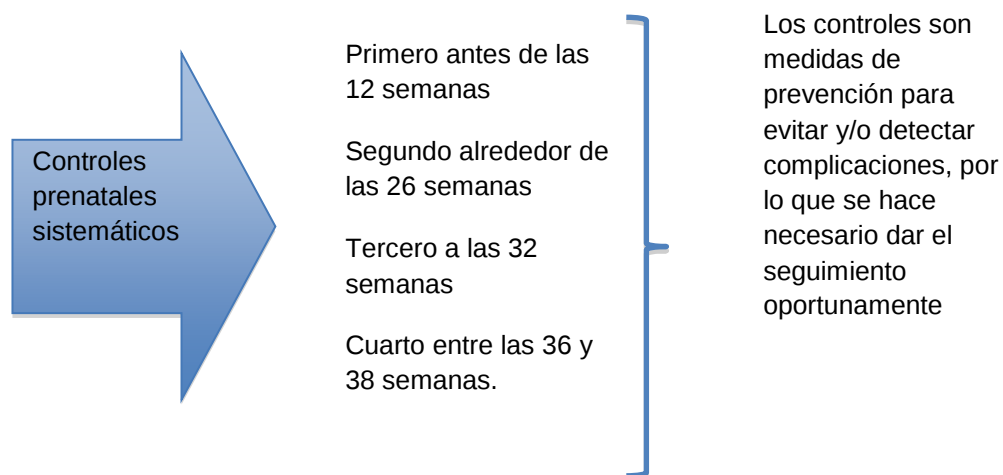
Forma: X es una manera de Y

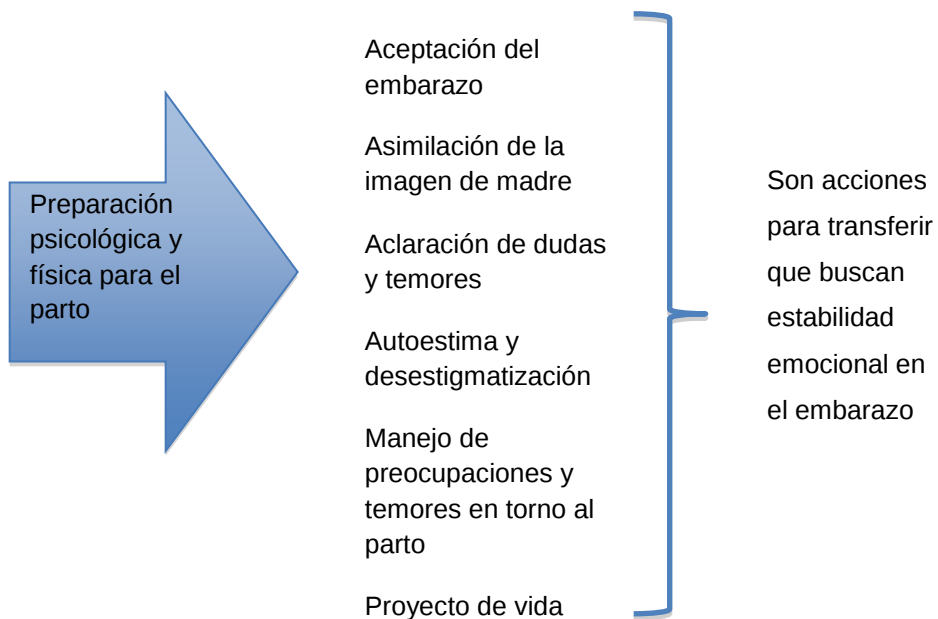
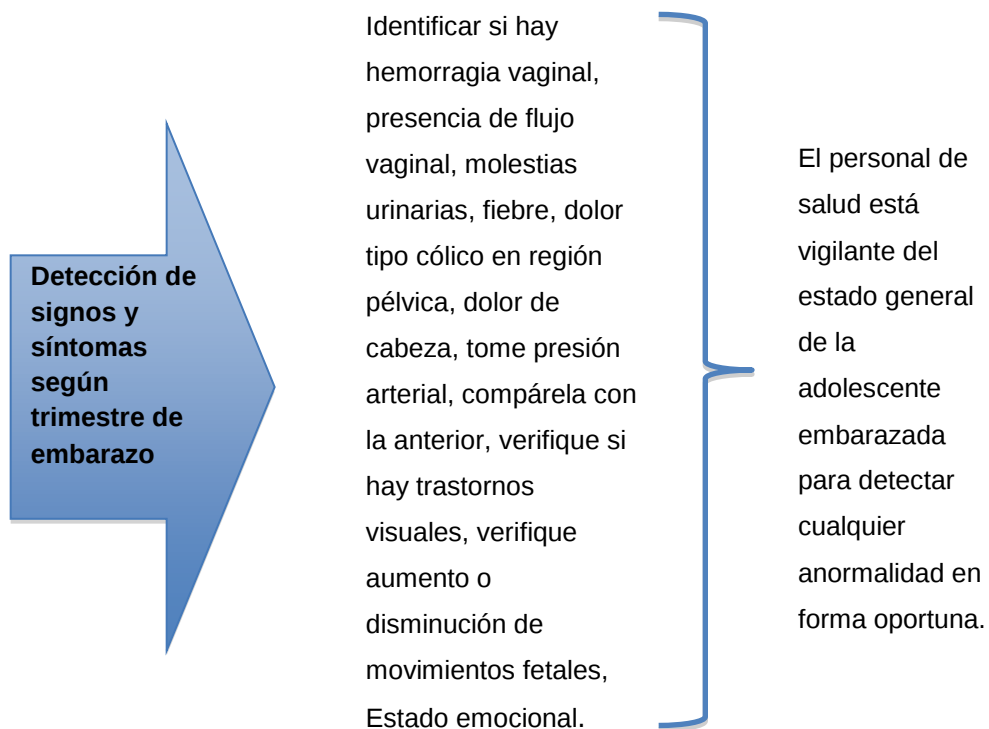
Acciones para aplicar las normas de atención.

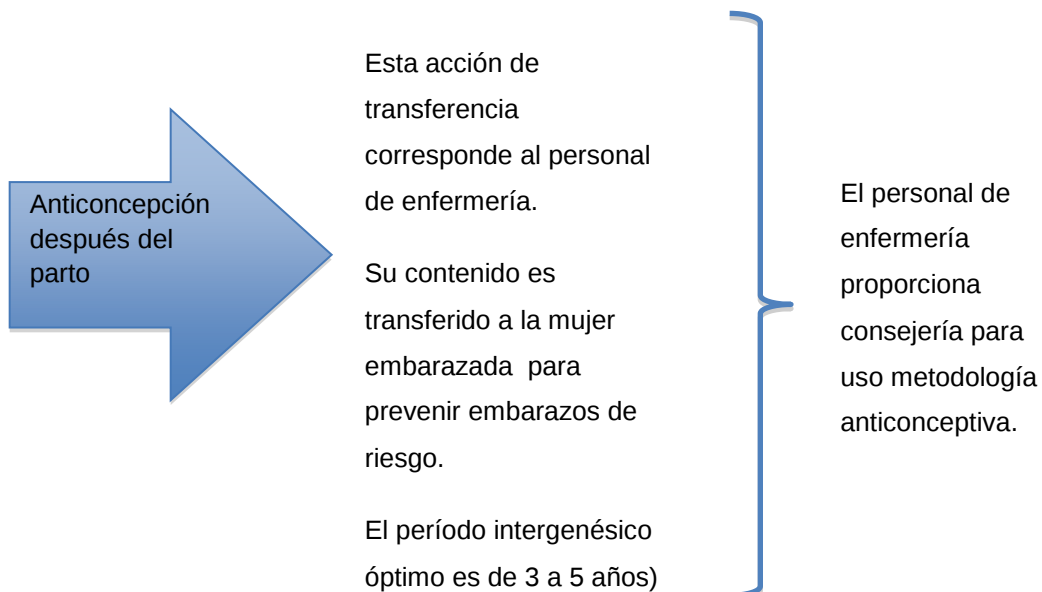
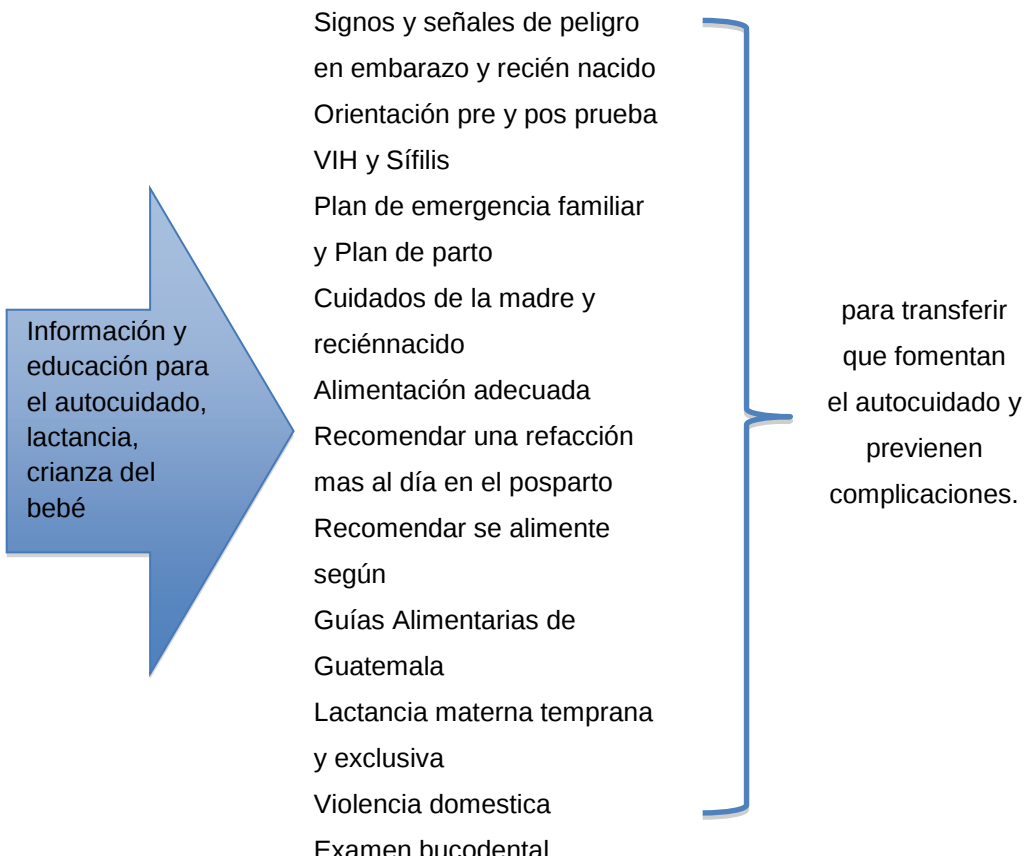
Términos incluidos	Relación Semántica	Dominio
Controles prenatales sistemáticos	Es una acción para	Aplicar las normas de atención
Detección de signos y síntomas según trimestre de embarazo		
Preparación psicológica y física para el parto		
Información y educación para el autocuidado, lactancia, crianza del bebé		
Anticoncepción después del parto		

Los controles prenatales sistemáticos, detección de signos y síntomas según trimestre de embarazo, preparación psicológica y física para el parto, información y educación para el autocuidado, lactancia, crianza del bebé y anticoncepción después del parto son acciones para aplicar la norma de atención. Sin embargo, aunque el personal de salud posea el conocimiento, esto no se realiza porque se impone la carga administrativa a la normativa técnica. Esto demuestra que la administración prevalece en el modelo de gerencia en la institución.

Taxonomía 2







Aplicar las normas de atención en la práctica de la atención prenatal es la meta que el personal de salud desarrolla

La atención prenatal, de acuerdo con las normas de atención, tiene como propósito promover y mantener la salud física, mental y social de la madre, proporcionando educación sobre nutrición, higiene personal y en el proceso de embarazo, parto y puerperio; así como el cuidado del recién nacido.

Una de las acciones previstas en estas normas es preparar un plan conjunto de emergencia familiar y comunitario; educar a la madre en lactancia materna temprana y exclusiva, para un postparto normal y para el cuidado del recién nacido.

Brindar consejería sobre prácticas saludables durante el embarazo y el parto con participación de la familia; promover el espaciamiento de los embarazos a través de la oferta de los métodos de planificación familiar; identificar y tratar madres con VIH y Sífilis para prevenir la transmisión madre-hijo; detectar otras enfermedades como diabetes, TB., hipertensión, malaria ITU, anemia, desnutrición son otros de los aspectos a considerar para conservar la salud durante el embarazo.

Los contenidos que se deben transferir, los expresados por los entrevistados, corresponden a los plasmados en la normas, como temas que deben ser abordados pero no se apoyan en la práctica como procesos educativos que garanticen cambios de conducta en el grupo objetivo.

Por observación, la aplicación de la norma es en forma individual, no existen procesos que verifiquen su implementación, entrevistados refirieron que hubo

actividades para darlas a conocer, pero no se conoció la forma cómo se dio seguimiento.

La investigadora opina que las actividades que se realizan para desarrollar estos temas la mayoría de veces son verticales, aisladas, sin productos u objetivos definidos.

Se pudo constatar que se carece de material audio-visual o escrito o cualquier otra alternativa que permita apoyar procesos educativos en el tema de la atención de la adolescente embarazada y apoye la fijación del conocimiento.

El uso de tecnologías de información debe verse como una oportunidad para la prevención y promoción de la salud. Esta misma acepción se debe tener con las nuevas carreras, como la mercadotecnia, que promueve e implementa estrategias que ejecutan acciones a grupos objetivo para sensibilizarlos y generar cambios de actitud y comportamiento.

La era de la informática está en las comunidades y esto fue expresado por adolescentes entrevistadas:

(...)al doctor me da pena preguntarle. Porque...lo veo muy ocupado. Si tengo dudas lo busco en internet, hay una página que se llama...."beibicenter"(babycenter)....y allí si quiero llevo mi control prenatal y me resuelven dudas.... (Adolescente entrevistada).

Es muy importante avanzar a sistemas más abiertos que permitan a grupos poblacionales obtener el conocimiento, mediante la utilización de las tecnologías de información y comunicación aplicando estrategias que permitan a grupos de la población consultar en líneas algunos programas o resolver dudas relacionadas con las necesidades de información, sus tratamientos o condiciones de salud. Son espacios que permiten dar seguimiento a grupos de población cuyos casos están siendo llevados dentro del sistema.

Los temas contemplados en los servicios y en las consultas de atención prenatal, podrían desarrollarse por medio de estas tecnologías para cumplir con la norma de atención y compartirlas con grupos, como el de las adolescentes embarazadas, por ejemplo, en temas como el de elaboración del Plan de emergencia familiar y comunitario.

El personal de enfermería proporciona la consejería en el tema de la anticoncepción después del parto, pero también se proporciona por demanda. Esta temática no forma parte de una oferta sistemática de los servicios que la institución provee, por lo cual se pierde la oportunidad de proporcionar la información a toda adolescente que consulte los servicios por cualquier otro motivo.

Un aspecto importante observado en el servicio y relacionado con las normas de atención, fue que no se encontró como material de consulta para todo el recurso humano que labora en el servicio. Está disponible en forma “inmediata” pero con un mínimo de ejemplares (1 o 2) para todo el personal que allí labora.

De igual forma sucede con la operativización de enfoques como son los de interculturalidad y género. Son definidos en un material guía, pero el personal no es capacitado para operativizar estos conceptos en la realidad del lugar de trabajo.

Es importante que este aspecto se aborde metodológicamente, debido a que debe ser provisto de forma simplificada. Esta actividad tampoco debe considerarse como una carga de trabajo más, para que no impida su institucionalización como una convicción compartida intersubjetivamente de forma tal que se contextualice en función de sus necesidades más urgentes.

Se debe tomar en cuenta que la formación del personal médico recibe influencia del modelo biologicista en el que fue formado, y aunque su actitud sea positiva

para apoyar en informar a la adolescente, no cuenta con habilidades como comunicador ni orientador, aspectos que limitan captar la atención, sensibilizar y motivar a la adolescente hacia un cambio de actitud que le permita ser responsable de su salud y la de su bebé.

En conclusión, y con base a la información cualitativa obtenida y analizada, el valor que la institución en la práctica da a la atención prenatal es el de preservar la salud pero atendiendo la enfermedad.

El personal de salud, básicamente se concentra en su quehacer, aplicando el conocimiento obtenido en su formación y el desarrollado en la experiencia profesional, atendiendo a las pacientes que le son asignadas.

DOMINIO 3

3.5 La gestión del conocimiento es importante para el personal del servicio para mejorar la calidad de la atención prenatal

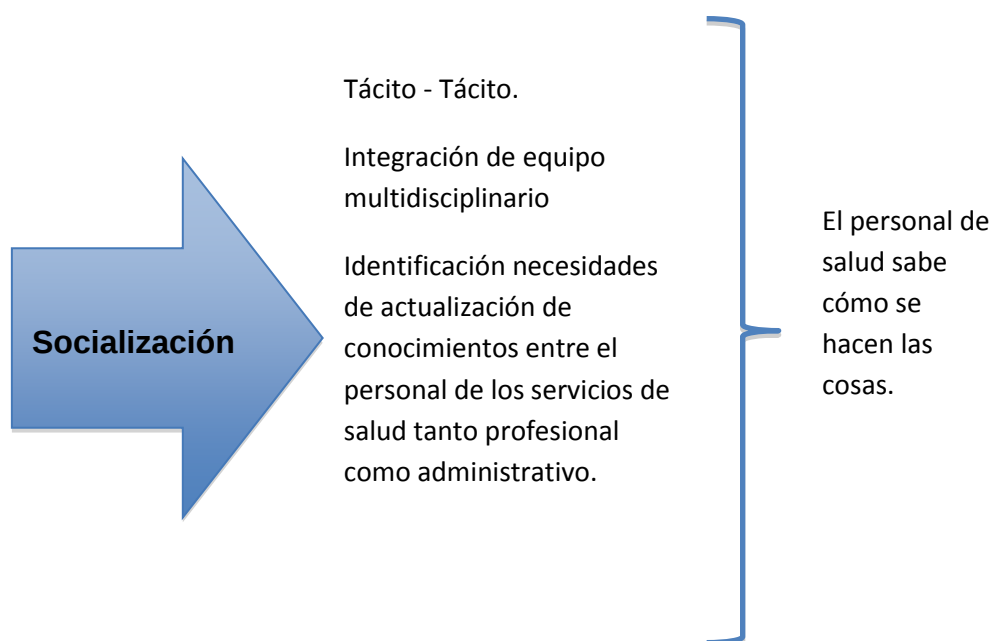
Relación semántica medio – fin

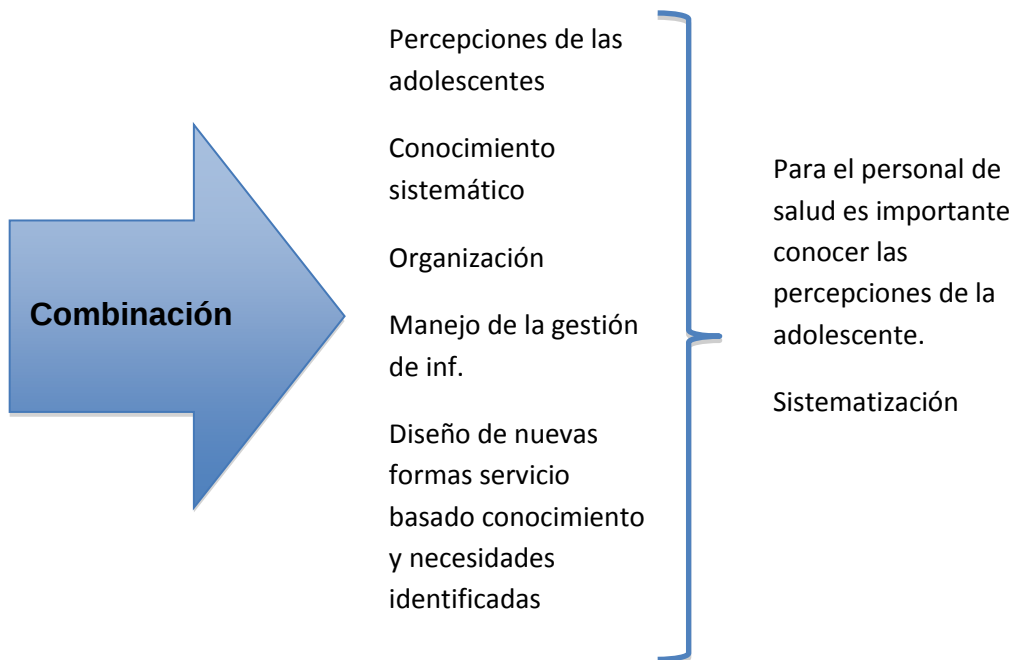
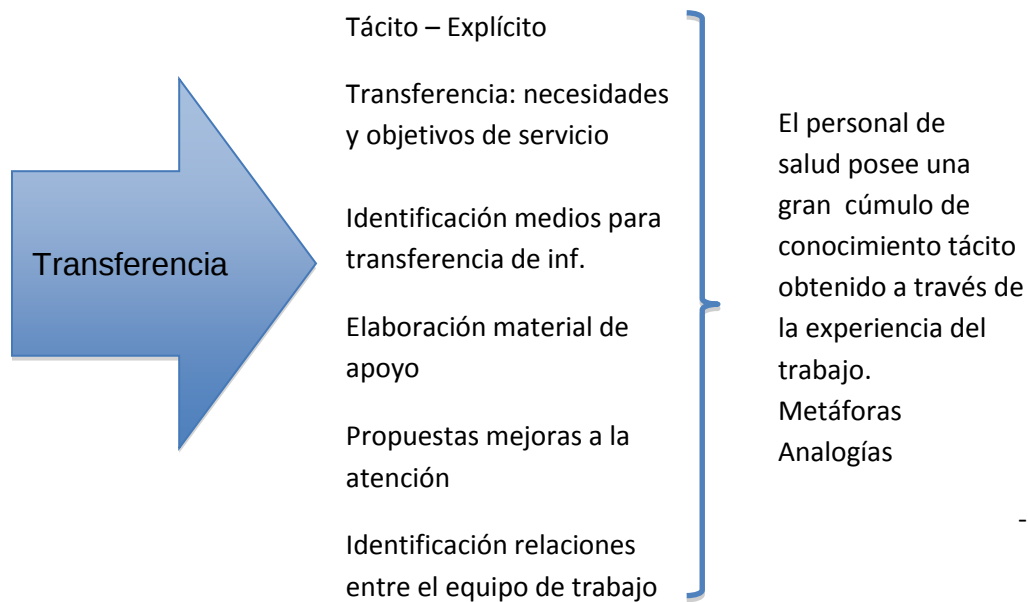
Forma: X es una manera de Y

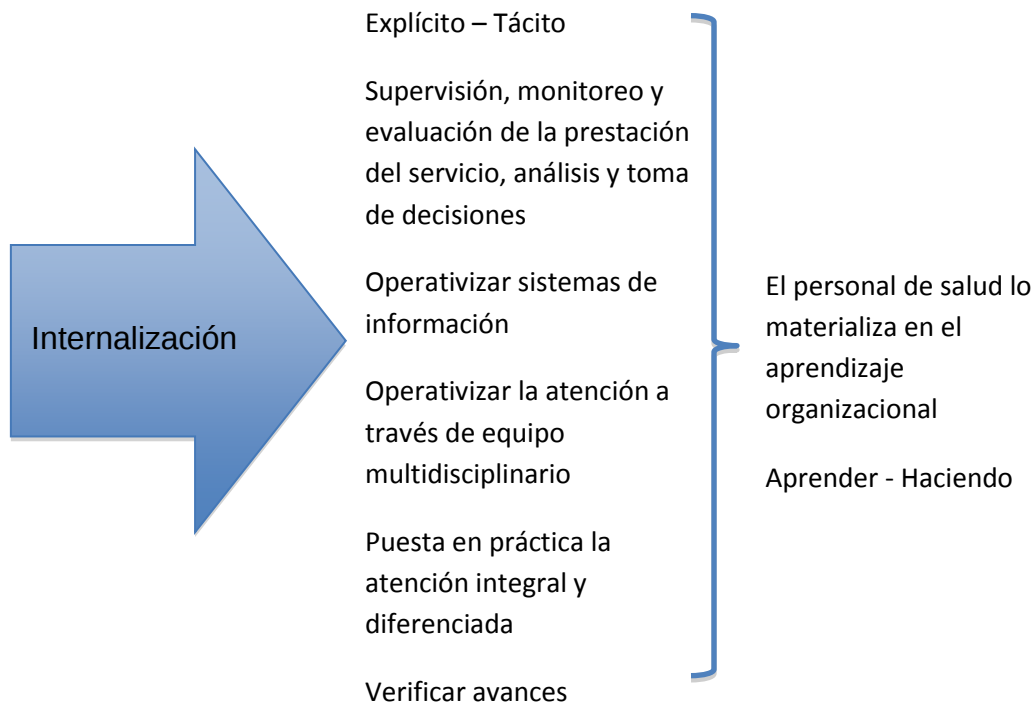
Acciones para la gestión del conocimiento para mejorar la calidad de la atención prenatal

Términos incluidos	Relación Semántica	Dominio
Socialización: conocimiento de proveedores	Es una acción para la	Gestión del conocimiento
Transferencia: necesidades y objetivos del servicio		
Combinación: percepciones y actitud de las adolescentes		
Internalización: supervisión, monitoreo y evaluación de la prestación del servicio, análisis y toma de decisiones		

Taxonomía 3







La gestión del conocimiento como herramienta para mejorar la calidad de la atención prenatal

Durante las entrevistas hubo inquietudes expresadas por el personal médico, con relación a la importancia del momento de la consulta, pero se preguntaban: ¿qué hay detrás de un embarazo en adolescentes?, ¿dónde está la orientación que deben brindar los centros educativos?, ¿la orientación familiar?, porque en los servicios reciben el producto de una situación no solventada en otras instancias.

Por esta razón, es importante abordar este problema desde una instancia interinstitucional y con un abordaje multidisciplinario porque la atención médica, muchas veces, no resuelve la situación sino necesita el abordaje de otras profesiones como lo es el apoyo psicológico, social y económico.

Es criterio de la investigadora que la gestión del conocimiento implica una mirada profunda hacia el interior de una organización, de su personal con experiencia, de su desempeño y actitudes. Por ello, un análisis de la prestación del servicio de atención permite identificar las brechas existentes para pasar de un estado B a un estado A, y de esta forma poder impactar en la salud de un grupo poblacional como es el de la adolescente embarazada.

Estas brechas pueden estar relacionadas con necesidades de capacitación, insumos, equipo e incluso conocimiento de una realidad en un grupo poblacional o en la comunidad.

De acuerdo con lo expuesto por Soto y Barrios, en una institución se requiere partir de un análisis de situación actual, definición de prácticas, establecimiento de estrategias, análisis de recursos y requerimientos. No se puede estar todo el tiempo atendiendo una consulta por demanda y no cambiar la situación de salud de la población.

El conocimiento en un servicio de salud es generado como producto de la información y un componente humano que la procesa; esta actividad es realizada por el servicio en forma mensual pero no llega analizarse y mucho menos a elaborar estrategias y planes operativos a corto plazo que permitan ir modificando las situación encontrada.

En conclusión, la transferencia interna del conocimiento se caracteriza por emplear mecanismos directos en su interrelación con la adolescente. También se observaron mecanismos formales, como los documentos de trabajo, manuales, normas y reuniones de trabajo generados. Existe una cultura organizacional que norma la realización de informes periódicos, pero solamente son utilizados como registro estadístico de la producción del servicio ya que el equipo de proveedores que ofertan el servicio no los analiza.

Los entrevistados expresaron de forma reiterada que no cuentan con el tiempo suficiente para realizar la interacción con la adolescente, ni para abordarla e ir ganando la confianza que le permita expresar dudas con relación a su embarazo. Tampoco tienen el tiempo para documentar y caracterizar a las adolescentes que demandaron la atención prenatal.

Las reuniones de trabajo son importantes para los miembros de la institución como una forma de transferir conocimientos y están apoyadas por una cultura organizacional que norma la realización de reuniones de coordinación para discutir sobre aspectos administrativos y del servicio. Pero no se realizan con periodicidad, ni se tiene seguimiento de lo acordado. Se tienen reuniones entre el personal del servicio y la Dirección del Área de Salud.

No existen mecanismos de soporte tecnológico que permitan el establecimiento de una red entre el personal del servicio, las instrucciones se dan cara a cara o por escrito. El correo electrónico es personal y no se cuenta con una herramienta que una a los miembros de la organización que están laborando en un mismo lugar o en diferentes lugares, para recibir notificaciones relacionadas a la función para la cual están contratados.

Retomando lo indicado por Zapata, es importante que los gerentes tengan un estilo directivo que propicie el uso de canales que creen los espacios para posibilitar la comunicación (Zapata, 2004, p118).

Los elementos organizacionales que influyen en la gestión y en la transferencia interna del conocimiento son la cultura organizacional, el estilo directivo y la disponibilidad de tiempo.

El personal de salud, con sus años de experiencia y conocimiento tácito acumulado, sabe cómo hacer las cosas; pero no conoce las percepciones de la adolescente, brechas que deben ser abordadas y materializadas por medio de

la institucionalización de una estrategia que posibilite el aprendizaje organizacional.

3.6 Características de las adolescentes que recibieron la atención prenatal

Cuadro 4. Características de las adolescentes primigestas

Código	Edad	Tiempo de gestación	Escolaridad	Estado civil	¿Quién le motivó acudir al control prenatal?	¿Con Quien vive?	Actitud ante el embarazo
01-2013	18 años	6 meses	Básicos	Unida	Su familia	Su pareja	Positiva
02-2013	18 años	7 meses	Diversificado	Unida	Su pareja	Su pareja	Positiva
03-2013	16 años	5 meses	Primaria	Unida	Su familia	Su familia	Positiva tiene el apoyo de la familia
04-2013	17 años	8 meses	Básicos	Soltera	Su familia	Su pareja	Positiva pero le preocupa el parto
05-2013	17 años	7 meses	Diversificado	Unida	Su pareja	Su familia	Le preocupa el parto.
06-2013	18 años	6 meses	Básicos	Casada	Su esposo	Su esposo	Positiva
07-2013	18 años	8 meses	Diversificado	Casada	Su esposo	Su esposo	Positiva
08-2013	18 años	7 meses	3º. Primaria	Casada	Su esposo	Su esposo	Positiva
09-2013	18 años	8 meses	1º. Básico	Soltera	Su mamá	Sus Padres	Negativa. No esperaba estar embarazada. Fue violada y sufrió violencia en su hogar al saberlo su Papá.
10-2013	19 años	8 meses	3º. Básico	Unida	Su pareja	Su pareja	Positiva. Es una experiencia única
11-2013	19 años	8 meses	2º. Básico	Unida	Su familia	Sus padres	Positiva

Código	Edad	Tiempo de gestación	Escolaridad	Estado civil	¿Quién le motivó acudir a control prenatal?	¿Con quien vive?	Actitud ante el embarazo
12-2013	19 años	8 meses	Bachiller en Mecánica y Técnico en Chef	Soltera	Su mamá	Sus padres	Al inicio Negativa pero por el apoyo de sus padres ahora es positiva. El papá de su hija le apoya pero no viven juntos
13-2013	16 años	7 meses	2º. Básico	Unida	Su tía	Su pareja	Positiva
14-2013	19 años	8 meses	Secretaria	Casada	Su esposo y su mamá	Sus padres	Positiva
15-2013	19 años	8 meses	Secretaria	Unida	Su cuñada	Su suegra	Tiene problemas con sus padres por el embarazo
16-2013	19 años	8 meses	Primer semestre de derecho	Unida	Su tía	Su pareja	Positiva, si tiene dudas busca información en internet
17-2013	19 años	8 meses	Perito Contador	Soltera	Su familia	Sus padres	Nerviosa el embarazo fue de imprevisto
18-2013	17 años	8 meses	6º. Perito Contador	Soltera	Su familia	Sus padres	No siente alegría. No se siente responsable Siente enojo
19-2013	17 años	6 meses	6º. Primaria	Soltera	Su patrona	La familia en donde trabaja	No le ayuda el papá de su bebé
20-2013	19 años	6 meses	6º. Primaria	Soltera	Su familia	Su familia	Positiva
21-2013	19 años	9 meses	2º. Básico	Unida	Su pareja	Su pareja	Preocupada por el parto
22-2013	17 años	8 meses	6º. Primaria	Unida	En donde trabaja	Su pareja	Positiva
23-2013	18 años	7 meses	6º. Primaria	Soltera	Su patrona	Familia en donde trabaja	Positiva
24-2013	19 años	7 meses	3º. Básico	Unida	Su esposo	Su pareja	No esperaba quedar embarazada.
25-2013	18 años	8 meses	3º. Básico	Unida	Su patrona	Su pareja	Positiva

Fuente: información obtenida de las entrevistas y grupo focal realizado en el Centro de Salud Centroamérica. Guatemala. 2013.

Cuadro 5. Adolescentes primigestas según grupos de edad y nivel de escolaridad

Nivel de Escolaridad	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Primario	3	42.85	3	16.67	6	24.00
Básico	2	28.57	8	44.44	10	40.00
Diversificado	2	28.57	6	33.33	8	32.00
Universitario	0	0.0	1	5.55	1	4.00
Total	7	99.99	18	99.99	25	100.0

Fuente: base de datos de las entrevistas realizadas en el Centro de Salud Centroamérica. Guatemala. 2013.

Se entrevistó a 25 adolescentes primigestas que acuden a los servicios en el Centro de Salud Centroamérica, cuyas edades oscilan entre 16 y 19 años.

Los datos anteriores indican que el mayor número de adolescentes ha llegado al nivel básico de escolaridad. La cantidad de personas en los niveles académicos disminuye paulatinamente, en la medida en que se llega al nivel universitario en el cual solo una adolescente inició la educación superior pero por su embarazo interrumpió sus estudios.

La entrevista se realizó luego de su consulta prenatal. Las adolescentes entrevistadas acudieron por primera vez al servicio de salud después del cuarto mes de embarazo.

Con frecuencia, la adolescente embarazada solo asiste a uno de los controles prenatales, o a un máximo de dos reconocimientos antes del parto. De acuerdo con este patrón, la norma de atención se incumple, puesto la misma indica que el primer control prenatal debe realizarse a las 12 semanas; la segunda consulta a las 26 semanas; la tercera, a las 32 semanas y la cuarta consulta a

las 36-38 semanas. Luego del parto, la mujer debe volver a las 24-48 horas para otro reconocimiento.

La mayoría de las adolescentes indicó que su estado civil es unida, es decir, viven en unión libre, generalmente, en la casa de la familia de origen de alguno de ellos. Esta unión libre no fue planificada, sino ha sido la única opción para solventar temporalmente la situación del embarazo.

Cuadro 6. Distribución de adolescentes primigestas según grupos de edad y estado civil

Estado civil	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Soltera	3	42.85	5	27.8	8	32.0
Unida	4	57.1	9	50.0	13	52.0
Casada	0	0.0	4	22.2	4	16.0
Total	7	100.0	18	100.0	25	100.0

Fuente: base de datos de entrevistas realizadas. Centro de Salud Centroamérica. Guatemala. 2013

La mayoría de las adolescentes han vivido situaciones conflictivas con sus familias. Algunas han abandonado sus hogares obligadas por sus padres y su única alternativa ha sido vivir a casa de los suegros, cuñadas u otro familiar.

La información obtenida a través de las entrevistas a profundidad y el grupo focal coincide con lo referido por Kaplan en 1986 y en 1997, quien indica que las adolescentes enfrentan el embarazo con un doble trabajo porque deben resolver, simultáneamente, conflictos relacionados con su adolescencia y con su maternidad, en un ámbito social que los constituye y del cual ellos participan construyendo sus significados y prácticas sociales.

De las adolescentes entrevistadas, veinte no estudia actualmente y cinco refirieron sentir que el mundo se había acabado para ellas al enterarse de su embarazo. Sin embargo, al pasar el tiempo, sus familias las han apoyado. De esta manera, han superado el conflicto.

Cuadro 7. Adolescentes primigestas según grupos de edad y ocupación

Ocupación	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Ama de casa	9	36.00	4	16.00	13	52.00
Trabaja	3	12.00	3	12.00	6	24.00
Estudia	3	12.00	1	4.00	4	16.00
Estudia y trabaja			1	4.00	1	4.00
Estudia y es ama de casa			1	4.00	1	4.00
Total	15	60.00	10	40.00	25	100.00

Fuente: base de datos de entrevistas realizadas. Centro de Salud Centroamérica. Guatemala. 2013.

Las adolescentes que estudian y las que trabajan manifestaron dos posiciones relacionadas con la continuidad de sus actividades luego del parto. Unas refirieron que volver a sus actividades dependía del apoyo que sus familiares les brindaran para el cuidado del bebé y otras opinaron que no continuarían porque su obligación es el cuidado de su hijo o hija.

El análisis de estas opiniones, a partir del enfoque de género evidencian cómo la vida de las mujeres resulta afectada al ingresar a la vida reproductiva. El acceso a la educación, empleo, ingresos propios para ella y su familia se ven limitados con el embarazo. De igual manera, esta condición las relega al ámbito doméstico, dada la práctica de ideologías patriarcales que no solo delimitan las diferencias entre hombres y mujeres sino que presenta a la mujer como un ser inferior biológicamente inherente o natural.

Lo mismo sucede con las adolescentes que se casan con hombres mayores que ellas, sus posibilidades de educación y de trabajo retribuido es condicionada por el grado de subordinación al marido.

La mayoría de las adolescentes provenían del interior de la República, pero viven en el área de influencia del centro de salud, porque sus parejas trabajan en maquila o en empresas de la capital. Refirieron que cuando el parto estuviera próximo, se irían a sus lugares de origen para dar a luz, luego de los 40 días, regresarían a la capital.

Cuadro 8. Adolescentes primigestas según religión que profesa

Religión que profesa	No.	Porcentaje
No profesa ninguna	4	16.00
Católica	10	40.00
Evangélica	11	44.00
Total	25	100.00

Fuente: entrevistas realizadas. Centro de salud Centroamérica. Guatemala. 2013.

Diecinueve de las adolescentes entrevistadas desconoce la edad idónea para embarazarse, casi igual número refirió desconocer la edad biológica para embarazarse por primera vez. Quince de las adolescentes ignora la edad conveniente para sostener la primera relación sexual y nueve respondieron que la edad podría ser entre los 16 y los 20 años de edad.

Nueve de las adolescentes entrevistadas, antes del embarazo ignoraba los peligros que esta condición representa.

Se indagó si habían recibido información para identificar riesgos y señales de peligro durante su embarazo, (siguiendo el modelo de las demoras). Ante ello, evidenciaron desconocer el significado de las palabras riesgo y señales de peligro. Tampoco las relacionaron con condiciones que afecten su salud.

Al explicarles su significado, indicaron que para ellas era malo durante el embarazo “levantar cosas pesadas”, “no comer bien”, “brincar”, “hacer ejercicio pesado”. Refirieron que durante el embarazo “no deben dormir demasiado para evitar la anemia”, “no deben fumar”, “no beber alcohol”, “no comer comidas picantes”, “no tomar cualquier medicina”.

Es importante mencionar que en ningún momento identificaron como riesgo para ellas síntomas como mareos, visión borrosa, flujo vaginal, fiebre, dolor de cabeza, vómitos, anemia, ausencia de movimientos fetales.

El cuidado lo relacionan con alimentarse bien y tomar prenatales. Es importante mencionar que en el centro de salud les proveen de ácido fólico. Al preguntarles acerca de la nutrición durante el embarazo, respondieron que en el servicio de salud les indicaban que deben comer bien, pero al indagar a las entrevistadas, qué entendían por “comer bien”, mostraban gestos como agachar la cabeza, quedarse en silencio, ver a todos lados o volver a repetir: “comer bien”.

De la observación se puede interpretar que carecían de respuesta para esa pregunta y el referente del tema es parte de lo aprendido en otras instancias, pero no lo que debe de ser informado en el servicio de salud. Finalmente, indicaron que les habían sugerido comer verduras, atoles y carne.

Al plantearles la interrogante ¿cuáles complicaciones pueden darse en el embarazo?, respondieron que: abortos, infecciones, deformaciones del bebé, hemorragias, enfermedades venéreas, muerte de la madre o del bebé, daños psicológicos.

Quince de las veinticinco adolescentes embarazadas indicaron que en la atención prenatal no había recibido información para su auto-cuidado y el de su bebé. Hubo adolescentes que, después de la consulta prenatal, informaron que persistían sus dudas acerca de los síntomas que sentían o de alguna información que querían obtener, pero que no habían tenido oportunidad de preguntarle al médico.

Las adolescentes expresaron que no formulan las interrogantes, entre otras causas por: pena, porque no saben cómo preguntar o no consideran importante la pregunta porque no saben si es normal lo que sienten y temen que al plantear una interrogante ociosa, sean sancionadas por ello.

La información anterior evidencia que la adolescente no es consciente de la importancia de su autocuidado. Tiene dudas pero no trata de resolverlas con la ayuda del médico o del personal de salud. Tampoco identifica la relación entre madre e hijo y su condición de interdependencia. Ellas esperan que sea el médico les informe si están bien o su embarazo corre algún riesgo.

Lo anterior obedece al papel histórico del médico en la sociedad. Las personas visitan al médico para que los ayude a subsanar sus necesidades más urgentes, como aliviar el dolor y el sufrimiento, recuperar la salud y el bienestar.

Las adolescentes intuyen que se están suscitando cambios en su organismo, cuando refieren haber sentido síntomas y signos que las afectaron. Ante ello, acuden al médico para que les indique si están bien, pero no le refieren sus

problemas de salud. Entonces, ¿cómo sabrán si lo que les sucede está bien o no?

Al respecto González Rey, menciona que el sentido subjetivo nunca aparece explícito, sino está implícito en todas las expresiones humanas que tienen que ver con experiencias vividas y cargadas de sentidos para las personas.

Como ejemplo, refirieron haber padecido de dolores de cabeza, flujo vaginal, infecciones urinarias, aspectos que son considerados como señales de peligro durante el embarazo en la primera demora.

Entre las necesidades de información identificadas en el grupo de adolescentes primigestas están las relacionadas con la preparación para el parto y crianza del bebé y, en este último aspecto, les preocupa lactancia materna y cuidados del recién nacido.

De igual forma señalaron, con mucha seguridad, que les hubiera interesado que les enseñaran cómo no quedar embarazadas. Esta declaración evidencia la conciencia de la pérdida de oportunidades y las intervenciones inefectivas del Ministerio de Educación, de los servicios de salud pública, y asistencia social en el trabajo con adolescentes.

Como resultado del contacto con la adolescente primigesta y de la información proporcionada por ellas puede destacarse la importancia del apoyo psicológico como parte de la asistencia prenatal. De esta manera se les ayudará a enfrentar situaciones psicosociales los ámbitos de sus vidas.

El apoyo psicológico referido por Rojas, consiste en:

(...) identificar que está embarazada y en la forma cómo pueden dar a conocer la noticia a la familia y a la pareja; aceptar la situación de su

embarazo; tomar responsabilidades correspondientes al control prenatal; en lo relacionado a nutrición y auto cuidado; manejo del stress, asimilación de la imagen de madre; aclaración de dudas y temores en relación con el bebé; autoestima, ayuda para la desestigmatización; manejo de preocupaciones y temores en torno al parto y apoyarles para que comprenda el proceso del parto (Rojas, 1990, 106).

De acuerdo con la información obtenida de las entrevistas a profundidad y al grupo focal con las adolescentes, el embarazo las enfrenta a situaciones relacionadas con esa etapa de vida, entre ellas las realidades no asimiladas.

La mayor parte de adolescentes viven en unión libre. Casi igual número de adolescentes son católicas y evangélicas. La actitud positiva de la adolescente hacia el embarazo es el resultado del apoyo que la familia le brinda. De esta manera este proceso se asimila de mejor manera.

Una de las adolescentes refirió que por haber enfrentado problemas con sus papás decidió terminar con el “novio”. Después de esta decisión se enteró de su embarazo. Ante ello, los padres no fueron tolerantes y la sacaron de su casa. Actualmente está viviendo con la cuñada. Sin embargo, el “novio” no permanece en la casa porque trabaja en el interior del país. Esta adolescente enfrenta una problemática psicosocial sumada a la condición de su embarazo. Las circunstancias del embarazo no se abordaron durante el control prenatal, el cual se circunscribió a la atención médica enfocada a su desarrollo gestacional.

Es importante mencionar que el personal de salud refirió que las adolescentes embarazadas, de edad entre los 14 y 16 años, siempre llegan acompañadas de una persona que no es el papá del niño, sino de un familiar, como la madre, hermana, tía, cuñada o suegra. Igual situación se observó con las adolescentes entrevistadas de 16 años de edad.

3.7 Percepciones de las adolescentes primigestas y el proveedor del servicio en la transferencia del conocimiento en la atención prenatal

Es importante identificar las percepciones de las adolescentes en la atención prenatal porque permite seleccionar, organizar e interpretar los estímulos recibidos para darles significado.

La percepción de la adolescente primigesta se obtuvo de las entrevistas a profundidad. Se le preguntó acerca de sus expectativas, la satisfacción de sus necesidades y los resultados obtenidos en la atención prenatal recibida. El proveedor también aportó información relacionada con la importancia de la atención prenatal.

Con la entrevista en profundidad dirigida a las adolescentes se investigaron sus percepciones, sentimientos profundos, motivaciones para asistir al control prenatal y de los comportamientos de los proveedores del servicio. La entrevista fue semiestructurada, cuyo conjunto de preguntas estaba relacionado con una temática, pero se facilitó la respuesta libre.

Las preguntas fueron las mismas que se abordaron con el grupo focal, pero con el objetivo de cerrar vacíos de información encontrados en la información obtenida con la técnica antes mencionada.

Las preguntas fueron las siguientes: ¿cómo se sienten al estar embarazadas? ¿se les ha orientado con relación a cómo cuidar su salud y la del bebé durante el embarazo?. De lo que se les ha enseñado, ¿qué es lo que considera importante? ¿por qué? ¿cómo se les han enseñado? ¿ha sido esta información clara y comprensible y aplicable? ¿han tenido oportunidad de preguntar y le han aclarado dudas? ¿cómo les han enseñado a identificar señales de peligro, y si identifican alguna es importante para ustedes? ¿por qué?. Cuando reciben la atención prenatal, ¿les explican por qué debe tener los controles prenatales

durante su embarazo?, ¿cuál o cuáles de las orientaciones recibidas les han sido de mayor utilidad?.

La importancia de la evaluación de la percepción de la adolescente primigesta permitió identificar conceptos y actitudes relacionados con la atención prenatal recibida. De esta manera se visibilizaron brechas en la calidad de los servicios recibidos y en la satisfacción de las necesidades de atención de las adolescentes.

La mayoría de las adolescentes refirieron sentirse “bien” de estar embarazadas, pero su respuesta conlleva un sentimiento de “no tener otra alternativa” sino de culminar el estado que en ese momento están viviendo. En ellas, es inexistente el anhelo de superar lo que están viviendo, proyecta una imagen de resignación, de sobrellevar las consecuencias de lo actuado.

En sus gestos y palabras se se manifiesta una nostalgia de su forma de vida antes del embarazo, sobre todo si existen problemas aún con los padres y no han tenido el apoyo de la pareja.

Toda percepción incluye la búsqueda para obtener y procesar cualquier información, de igual manera la asimila y la interioriza para después utilizarla en su cotidianidad. En ningún momento se evidenció que lo enseñado en el servicio fuese aplicable para ellas.

Las adolescentes entrevistadas perciben el servicio como el momento en el que les informan si su bebé está bien, por ello es que acuden a la consulta prenatal, en ningún momento relacionan la salud de la madre con el bienestar del bebé en formación.

Las situaciones psicosociales no resueltas, ya sea con su familia o sus parejas, genera inseguridad, por lo que acudir al servicio en los primeros meses de su

embarazo no es importante para ellas. Cuando por fin acceden a la atención llegan con mucho temor y pena.

Estas emociones no permiten una comunicación eficiente con el proveedor del servicio que, regularmente, está agobiado de la carga de trabajo asignada diariamente no solo por la consulta sino todos los registros estadísticos y médicos que tiene que llenar en tan poco tiempo.

3.8 ¿Cómo se recibe la información para el auto cuidado durante el embarazo?

La mayoría de las adolescentes se sintieron comprendidas por el personal de salud, también refirieron haber sentido confianza por la capacidad del personal. Aunque los calificaron de sinceros; mencionaron que no todos están dispuestos a aclararles dudas.

Relataron sentirse comprometidas a cuidarse, pero es evidente que no saben cómo. Con relación a lo que consideran importante de lo que se les han enseñado en el servicio, les fue difícil recordar en forma inmediata una respuesta a lo preguntado. Algunas respondieron que tomar las prenatales, otras lo relacionaron a la alimentación pero en ningún momento expresaron información completa con referencia al tema.

Algunas respuestas a la pregunta relacionada con la alimentación recomendada son las siguientes: tomar atoles, comer frutas, verduras. Pero se evidenciaba que lo hacían para responder porque al profundizar el tema lo desconocían. En las adolescentes se percibió inquietud e intranquilidad al realizar preguntas específicas.

Las adolescentes primigestas opinaron que la información debe dárseles por medio de metodologías que no les cueste comprender. Los contenidos de igual

forma deben de estar adaptados a su idioma. Consideran que una charla no es atractiva, la califican de aburrida. Un cartel o una lámina educativa la consideran más interesante porque les permite visualizar el mensaje a través de figuras. La mayoría de adolescentes indicó que preferían el uso de internet como parte de las tecnologías de información y comunicación actuales.

En el ambiente del centro de salud, durante la consulta se percibe mucho ruido y por la cantidad de personas que asiste. Por esta razón, abundan las distracciones que dificultan la escucha de la información que se quiere transmitir. Las adolescentes pueden manifestar interés y una actitud propia para la recepción de la información, pero las barreras impiden una comunicación efectiva.

Durante las entrevistas, las adolescentes mencionaron que se valen de la tecnología para solventar sus dudas, porque tienen acceso a páginas web, desde las cuales pueden llevar el control de su embarazo y encontrar información para su autocuidado. Señalaron que les parece más accesible y de mejor comprensión para ellas porque está cuando ellas lo necesitan y pueden consultarlo en forma anónima. Otras formas que facilitan la comunicación son las redes sociales.

Es importante considerar que la opción anterior no es para todo estrato, pero se debe tomar en cuenta para diferentes audiencias. Es de todos sabido que la tecnología ha roto esquemas con la telefonía celular. En la actualidad es difícil encontrar un lugar donde no se tenga acceso a ella y puede ser un medio para la transferencia del conocimiento y la información en el tema de atención prenatal a este grupo etario.

Otro aspecto que las adolescentes indicaron que limita la atención prenatal es el lenguaje que usan los médicos y el personal de salud. Expusieron que, en ocasiones, no entienden lo que el médico les dice. Esta información es

importante para considerar la codificación de los mensajes, en aras de establecer una comunicación efectiva con las adolescentes.

Con relación a la identificación de las orientaciones recibidas para su autocuidado, las adolescentes no respondieron en forma correcta. Hubo silencio y, posteriormente, respondieron mensajes obtenidos de su familia, pareja, suegra o de la patrona. De igual forma sucedió cuando se preguntó de las orientaciones que les han sido de mayor utilidad.

Lo anterior, evidencia que no se está cumpliendo con lo establecido en la primera demora cuyas intervenciones y acciones son de información, educación y comunicación de temas relacionados con la identificación de signos y síntomas de peligro durante el embarazo, cuidado del recién nacido, espaciamiento de embarazos, elaboración de planes de emergencia a nivel individual y comunitario. Sin los insumos respectivos es imposible que la adolescente pueda prevenir riesgos durante el embarazo.

La observación y la información obtenida a través de la entrevista a profundidad con el personal médico permitió saber que la atención prenatal está fundamentada en la práctica biomédica y dirigida a la realización del examen gineco-obstétrico, no es integral ni integrada ni está contextualizada al adolescente, no se realiza con enfoque intercultural e interétnico. Pero la actitud del proveedor del servicio es positiva hacia el proporcionar una atención de calidad.

Para el proveedor de servicio la transferencia del conocimiento es importantísimo, aunque consideran que se tuvo que haber prevenido ese embarazo y al servicio ya se llega con la consecuencia de no haber intervenido en la escuela, en la familia o en la comunidad. Consideran importante que se evidencie la necesidad de promover esa transferencia de conocimiento que

permita a la adolescente tomar sus propias decisiones en función de su salud y la de su bebé.

Muchas de las indicaciones que realiza el personal de salud, lo efectúa en un acto involuntario, en un “mundo de la vida” que no es común al del adolescente. Además utilizan un lenguaje técnico y olvidan que su interlocutor, o no entiende o su significado puede ser diferente del hablante.

Lo anterior corresponde a lo que Habermas menciona en la racionalidad comunicativa y su confrontación y derrota con una nueva racionalidad de tipo científico –técnico.

Para el proveedor del servicio hay información fundamental contemplada en la primera demora, que da por hecho es del conocimiento de la usuaria. Esta acepción es incorrecta, porque las adolescentes manifestaron interés por cuidar de su embarazo; pero no saben cómo.

Señalaron que no se han sentido acompañadas porque hay información que necesitan saber debido a que tienen muchas dudas. Una de esas interrogantes es ¿cómo es un embarazo normal? Indicaron que para ellas es importante saber qué es lo normal para identificar qué es lo malo.

En este contexto mencionaron que, eventualmente, sienten dolores pero que desconocen “si es normal o no”. Por lo que necesitan se les explique por qué les duele. Estas interrogantes evidencian indicios de incertidumbre de la situación que están viviendo y que puede ser exacerbada por la situación emocional y familiar que acontece en ese mismo instante de su vida.

Es importante plasmar que las adolescentes señalaron que no preguntan sus dudas al doctor porque él no les pregunta a ellas si las tienen. Esta situación evidencia la poca interacción que se da en la consulta, en donde se mantiene una jerarquía entre el médico que sabe y la adolescente que acude a solicitar el

servicio con la única motivación de escuchar el corazón de su bebé y que lo único que espera que le digan, es si está bien.

(...) solo “....ordena los exámenes o el ultrasonido pero no hay espacio para más” (Adolescente entrevistada)

(...).“la consulta es demasiado rápida y no da tiempo para preguntar”.
(Adolescente entrevistada)

Lo anterior es la expresión del modelo mediante el cuál ha sido formado el recurso humano en salud y que debe modificarse para lograr el fomento de una práctica de reflexión sobre la experiencia y de tal forma que le permita producir un conocimiento crítico de la realidad para ser generador del cambio.

De igual forma es necesario proveer que el profesional de salud cuente con herramientas que faciliten la comunicación efectiva, la integración de un equipo multidisciplinario de trabajo que interaccione y tenga espacios de reflexión y análisis de la práctica realizada, para propiciar cambios que mejoren la calidad de atención de acuerdo a las necesidades de la adolescente.

3.9 Importancia que la adolescente primigesta da a la información recibida para su auto cuidado durante el embarazo.

“Cuando me dijeron que estaba embarazada tuve preocupación por lo que le iba a decir mi mamá pero ella estuvo contenta porque ya tengo edad para quedar.”

“No tenía otros intereses en mi vida, solo trabajar”. “Gracias a Dios puedo tener niños, porque hay otras que no pueden tener”.

(Adolescente entrevistada)

Considerando lo referido por la adolescente entrevistada, que no difiere del contenido de lo expresado por la mayoría, se evidencian las inequidades producidas por el modelo patriarcal imperante en nuestras sociedades. Es en la adolescencia cuando el ser humano planea su proyecto de vida, trazando

estrategias y acciones que le permitan alcanzar “el sueño” y transformarlo en realidad.

Las adolescentes entrevistadas demostraron que no cuentan con un proyecto de vida. Cuando se les preguntó por la información que les ayudaría a su autocuidado, algunas tardaron en responder. Esto evidenció incertidumbre. Por el contrario, quienes expresaron contar con el apoyo familiar, de su patrona o de su pareja ya tenían planificado lo que iban a hacer al tener a su bebé.

Muchas veces el proyecto de vida era el de su pareja, pero se evidenciaba emoción en la entrevistada en cuanto a los planes futuros, aunque estos no fueran propios.

La situación anterior encuentra similitud con lo expresado por Rojas en 1990, en cuanto a la estabilidad emocional de la adolescente que está muy relacionada con la estabilidad de la relación de su pareja y por la calidad de apoyo familiar.

Es importante hacer notar que este aspecto no se aborda actualmente en la atención prenatal. La atención se circunscribe al aspecto biológico del embarazo. Sin embargo, es necesario brindar apoyo en área psicológica para la construcción del proyecto de vida de la adolescente embarazada. De esta manera se le prepara para el parto y para cuando nazca su bebé. Esta forma de acompañamiento fortalece su estado emocional y evita sentimientos de frustración que puedan ocasionar impaciencia e intolerancia hacia los requerimientos de cuidados del recién nacido, con el consecuente posible maltrato físico o abandono.

En este caso, como en otros, la familia no propicia otros roles sociales para la mujer. De ahí la necesidad de concientizar a quienes toman decisiones para orientar y proporcionar herramientas a las adolescentes que les faciliten la construcción de sus vidas a través de la visión de lo que quieren llegar a ser

cuando sean adultas. No se requiere solo de proporcionarles información para mantener su salud durante el embarazo, ni que se les proporcione una atención integral y diferenciada sino que les sea dada la oportunidad de aspirar a otros estilos de vida que sean saludables.

La situación emocional en la que se encuentra una adolescente es fundamental para generar motivaciones positivas en cuanto al embarazo. El apoyo y oportunidades que se le proporcionen fomentarán su autoestima y motivación para enfocarse en su autocuidado y el del bebé.

Un proyecto de vida en la adolescencia es un factor protector frente a los riesgos de salud de la adolescente. Una ausencia de proyecto de vida conduce a frustraciones, insatisfacción y estilos de vida de alto riesgo.

En conclusión, para que la adolescente dé importancia a la información proporcionada para su autocuidado dependerá del apoyo psicosocial que le proporcione la familia, pareja e instituciones, ya que las circunstancias de vida por las que atraviesa requieren de la resolución de conflictos simultáneos relacionados con la adolescencia y la maternidad.

3.10 Consolidado de la información obtenida mediante las técnicas de grupo focal y de entrevista a profundidad realizadas a adolescentes primigestas.

Al proceso de recogida, codificación y análisis de datos siguió el método de la secuencia de desarrollo de la investigación elaborado por Spradley en 1979. En este método las fases de recogida, codificación y análisis se van entrelazando a lo largo de toda la investigación en un proceso dialéctico.

La primera pregunta que se hizo a las adolescentes fue: ¿Cómo se sienten al estar embarazadas?. Las respuestas generadas por el grupo están consolidadas en el siguiente cuadro:

Cuadro 9. Sentimiento de la adolescente por estar embarazada

Razón del sentimiento	¿Qué siente la adolescente?	¿Qué hace?	¿Para qué lo hace?	Resultado
Miedo de la reacción de los padres	Tristeza	No decir nada	Para evitar ser castigada física y emocionalmente	Posterga la noticia y con ello su control prenatal
	Al inicio fue difícil porque no lo esperaba	Informarle a su novio, pero no se hace responsable	Para no estar sola en esos momentos	Es castigada y sacada de su casa. Vive con una tía
Miedo al futuro	Que todo se derrumbaba, que la vida se acababa	Ocultar la noticia	Para evitar enfrentar el problema. Para no ser castigada	Inició tarde su control prenatal. Preguntó a amigas qué tenía que hacer
Vergüenza	Al inicio no sabía qué hacer	Le contó a su patrona	Porque no quería decirlo a su familia	Su patrona la envió al centro de salud para su control
No tener apoyo de nadie	Resignación. Le daba por llorar	Buscar trabajo	Para tener cómo mantener a su bebé	Continuará trabajando hasta la fecha de parto que se irá a casa de familiares en San Marcos
Alegría porque su esposo quería resultara esperando	Alegría	Ir a control prenatal porque su esposo le dice que vaya	Para ver si el bebé está bien	Acude a sus controles de acuerdo a cita

Fuente: base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

En sus respuestas se identifica una gran carga emocional. El embarazo lo lleva la adolescente con gran estrés, temor, angustia, vergüenza y sobre todo, miedo por tener un futuro incierto, que solo podrán superarlo si tienen el apoyo que necesitan.

De la pregunta anterior se originó la siguiente interrogante: ¿Usaban algún método para evitar el embarazo?

Cuadro 10. Adolescentes y uso método planificación familiar

Razón de su respuesta	¿Qué responde la adolescente?	¿Qué hace?	¿Para qué lo hace?	Resultado
Con base a su experiencia	Cinco adolescentes responden que no los ha usado Había oído de ellos pero no sabía si podía usarlos Me arrepiento de no usarlos	Suben los hombros. Hablan del tema con timidez	Demuestran su experiencia con relación al tema	Frustración, arrepentimiento por no haber tenido o no haber buscado la información antes
	Sí. Responden tres adolescentes Usaba condones pero resulté embarazada	Responden con afirmación pero a la vez duda porque aun usándolos quedaron embarazadas	Demuestran insatisfacción e incertidumbre	Insatisfacción e incertidumbre porque para unas de ellas no tuvieron la información y otras si la tuvieron, los usaron pero no fueron efectivos

Fuente: base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

La información obtenida es muestra de las necesidades insatisfechas relacionadas con los métodos de planificación familiar. La información no es accesible para la adolescente, o si cuentan con ella, la información es incorrecta, porque hubo adolescentes que usaron el condón como método de planificación familiar, pero este método presenta un alto índice de falencia. Las adolescentes están confundidas porque la insatisfacción y la incertidumbre son

producto de la carencia de una información veraz y no haber utilizado el método para un uso correcto, que es el de protección contra de infecciones de transmisión sexual.

Otra pregunta surgida de la anterior: ¿Qué piensan ustedes de los métodos para no quedar embarazada?

Cuadro 11. Opinión de las adolescentes sobre métodos de planificación

Razón de su respuesta	¿Qué responde la adolescente?	¿Qué hace?	¿Para qué lo hace?	Resultado
Basado en el conocimiento con relación al tema	Una adolescente responde que no los conoce Tres adolescentes responden que son buenos Dos adolescentes responden que son malos Dos adolescentes responden que son buenos pero también son malos	Responden con timidez, agachando la cabeza Dos adolescentes responden con la mirada al frente pero suben los hombros como queriendo responder sin involucrar su opinión	Para responder pero no se involucran con la respuesta	Desconocimiento del tema. No tienen formada una opinión, esquivan expresarse con referencia al tema Hay dualidad en su respuesta
Al preguntarles. ¿Qué método han usado? La respuesta fue condones (tres adolescentes que respondieron haber utilizado métodos).				

Fuente: base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

Esta pregunta se relaciona con el comentario anterior. En las adolescentes hay dualidad porque se considera que el método fue el que falló; por lo que indica que aún hay desconocimiento del tema. Con esta información se identifica una necesidad de capacitación dirigida a las adolescentes primigestas.

¿Se les ha orientado con relación a cómo cuidar su salud y la del bebé durante el embarazo?

Cuadro 12. Adolescentes y orientación para el cuidado del bebé

Razón de su respuesta	¿Qué responde la adolescente?	¿Qué hace?	¿Para qué lo hace?	Resultado
Cuatro de las adolescentes no manejan una información confiable	No me han dicho nada	Tomarse las manos Subir los hombros Inquietarse	Se evidencia que no tiene información para responder. Maneja seguridad	Existe incertidumbre en cinco de las adolescentes que participan en el grupo Tres de las adolescentes muestran seguridad en sus respuestas porque tienen apoyo y opciones de ayuda para solventar dudas
Tres de las adolescentes se apoyan en familiares o en su patrona para resolver dudas	Si tengo dudas le pregunto a mi patrona, Si tengo dudas le pregunto a mi suegra o a mi tía. Si tengo dudas le pregunto a mi cuñada, porque mis papás no me hablan	No responder a la pregunta sino desviar la misma y responder en función de la ayuda que tienen para resolver sus dudas	Reduce incertidumbre al sentirse con algún apoyo.	No tienen la información en el momento. Esto es muestra que van resolviendo sus necesidades de información de acuerdo al momento de necesitar respuestas
Una adolescente no tiene la respuesta pero refiere con seguridad que de tener dudas busca la información en internet	Si tengo dudas busco en internet en la página de babycenter. Si quiero llevar el control de mi embarazo también en esa página lo puedo llevar	A adolescente que respondió buscar la información en internet, se muestra segura. Responde directamente y con seguridad	Demuestra estar familiarizada y saber utilizarla tecnología para solventar dudas.	No se preocupa si surgen dudas porque sabe cómo resolverlas Las otras adolescentes se interesan al conocer la existencia de sitios que tienen información
Seis de las ocho adolescentes tienen celular.				

Fuente: base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

De acuerdo con la información obtenida, es evidente que la adolescente que tiene apoyo de su familia, su pareja o a alcanzado un nivel educativo básico, tiene herramientas para solventar sus dudas relacionadas con el cuidado de su bebé, el parto, post parto o cualquier información que necesite.

La tecnología ha permitido que las personas tengan acceso a la información, pero se debe tener el conocimiento para seleccionar sitios confiables donde generen información veraz.

Otras adolescentes que no tienen acceso a tecnologías han resuelto sus dudas, en el proceso del embarazo, de la forma como puedan, de acuerdo con las alternativas que encontraron. En este último grupo se debe intervenir porque la información inmediata se las proporcionará alguien de su comunidad, su trabajo o sus amigas, pero no se garantiza que sea confiable para tomar decisiones sobre su salud y la de su bebé.

De lo que se les ha enseñado ¿qué es lo que considera importante y por qué?

Cuadro 13. Importancia de lo enseñado

Razón de su respuesta	¿Qué responde la adolescente?	¿Qué hace?	¿Para qué lo hace?	Resultado
Temor de ser descubierta por no saber la respuesta	Qué coma bien Qué no levante cosas pesadas Que no fume ni tome alcohol Que no brinque No dormir demasiado para evitar la anemia, no usar ropa apretada. No comer comida picante, no tomar cualquier medicina	Balbupear al responder Responder a la pregunta realizada, con información que ha obtenido con familiares o por otros medios	Para no evidenciar que no sabe la respuesta. Valida el conocimiento adquirido en su contexto.	Inseguridad al contestar, no manejan el tema Persiste la información recibida en el medio en el que se desenvuelve y no el que pudo haber recibido en el servicio de salud El conocimiento está en función al contexto de vida de la adolescente
Las ocho adolescentes al responder el ¿Por qué? Fue con relación a que su bebé nazca bien				

Fuente: base de datos de la investigación Gestión del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

Según información de la Oficina Panamericana de la Salud, (2005), se ha estimado que durante la adolescencia (10-19 años) la anemia es el principal problema nutricional, por ello la importancia de prevenirla con acciones de información y educación durante la atención prenatal.

La anemia en una embarazada incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad materna. De igual forma incrementa la incidencia de problemas en el bebé y tiene un impacto negativo sobre el hierro corporal del lactante. Debido a sus efectos en el rendimiento cognitivo y laboral, la anemia produce un impacto en la productividad económica (p1).

En el embarazo, debe de tratarse y prevenir las infestaciones parasitarias, porque pueden tener efectos sobre la anemia materna y sobre el feto. Otra medida preventiva es la suplementación preventiva con hierro durante el embarazo y el proponer y apoyar la lactancia materna exclusiva para mantener las reservas corporales de hierro después del parto. Pero lo obtenido en este estudio evidencia que la información y educación en este aspecto no está llegando a la adolescente; sino al contrario prevalece lo obtenido a través de su experiencia de vida o lo recomendado por familiares y amigas.

Por la respuesta anterior se les pregunta: ¿Qué significa “comer bien”?

Cuadro 14. Significado por parte de la adolescente a la expresión “comer bien”

Razón de su respuesta	¿Qué responde la adolescente?	¿Qué hace?	¿Para qué lo hace?	Resultado
No encuentran otro contenido al término “Comer bien”	Comer verduras y todo eso Comer bien Tomar caldos Comer yerbas Comer frutas Ninguna expresó en forma concreta el significado de “Comer bien”	Subir los hombros, mirarse y responder “Comer bien”, sin saber su significado	Para no profundizar en lo que significa el término. Dan por hecho que es claro, aunque no puedan expresar su contenido	Persiste la información obtenida por otros medios y no la recibida en el servicio de salud La información no llega a la adolescente. Ni ella demuestra interés en conocer o profundizar en el tema. Parece tener tácito el significado de su de interpretación

Fuente: base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

Al carecer de experiencias anteriores, su expresión no estuvo fundamentada en un conocimiento previo; al contrario, sus respuestas son producto de creencias y costumbres adquiridas en su convivencia familiar y con su comunidad. Por ello, es indispensable abordar esta temática con las adolescentes, porque en su estado es una población en riesgo.

La baja talla de la madre es un factor de riesgo para el trabajo de parto obstruido. La anemia tiene efectos directos en la supervivencia materna, aumenta el riesgo de complicaciones post parto. Para el bebé la anemia representa un riesgo mayor, para “nacimientos de bebés con bajo peso al nacer, partos prematuros y deficiencia de hierro en la infancia, afectando de

manera negativa y a veces irreversible el desarrollo cognitivo.” (Lozoff, 2006, p 1109)

¿Por qué es importante para ustedes la atención prenatal?

Cuadro 15. Importancia de la Atención Prenatal para la Adolescente

Razón de su respuesta	¿Qué responde la adolescente?	¿Qué hace?	¿Para qué lo hace?	Resultado
Identifican el bienestar de su bebé	Porque me ayudan a mí y a mi bebé Son necesarios para la salud del bebé Son de ayuda para que el bebé nazca bien	Sus gestos son de protección al bebé Sus gestos son de timidez, temor	Demuestra la importancia de proteger su embarazo	Tiene un sentimiento de protección pero no identifican la importancia del control prenatal No cuentan con la información necesaria para su autocuidado
Al preguntarles quien las envió al control prenatal, respondieron que la patrona, el esposo, la mamá, la tía. Ninguna indicó que fue por ella misma				

Fuente: base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

Algunas adolescentes son introvertidas, muy tímidas y temerosas. Durante la entrevista, se evidenció la creencia de que el acudir al servicio es una condición a cumplir para otros pero no para la salud de ellas. Consultan el servicio porque las envía la patrona, el esposo, la mamá, la tía; pero no es por ellas mismas. No identifican la importancia del control prenatal.

De acuerdo con la información obtenida de los proveedores, se sabe que la adolescente acude tardíamente a los servicios para su atención prenatal. Según las adolescentes, esto se debe a que desconocen que están

embarazadas o no saben cómo decírselo a sus padres. Esta información coincide con los hallazgos de otras investigaciones realizadas en Costa Rica, por Rojas (1993), Nicaragua (2012) y que refieren que muchas adolescentes viven sus embarazos con miedo y tristeza.

Después del primer trimestre, los inicios del movimiento fetal aumentan las ansiedades y generan muchas preguntas, pero a la vez facilitan el reconocimiento del bebé como un hecho concreto. Antes, solo sentía las molestias, ahora lo siente, lo escucha. En este momento surge un gran conflicto porque deja de ser necesitada de cuidado y atención y pasa a ser proveedora de los mismos.

En esta etapa la adolescente necesita el apoyo psicológico para aceptar su rol maternal. En este momento inician las preocupaciones expresadas por las adolescentes entrevistadas cuando sus gestos son de protección al bebé, de timidez, temor.

¿Cómo se les han enseñado? , ¿Ha sido esta información clara, comprensible y aplicable?

Cuadro 16. Forma de enseñanza

Razón de su respuesta	¿Qué responde la adolescente?	¿Qué hace?	¿Para qué lo hace?	Resultado
Desmotivación Falta de sensibilización de ser responsable de su autocuidado durante el embarazo	“No es siempre pero cuando han dado pláticas es una enfermera la que las da” Pero eso es aburrido	Hace gestos de aburrimiento	Demuestra falta de interés para informarse No considera ese un momento útil para resolver dudas	No da importancia a ese momento de información porque no está consciente que de ella depende conservar su salud y la de su bebé No demuestra que es útil la información proporcionada No está institucionalizada la atención de acuerdo como lo refiere la norma de atención
No se cumple con lo establecido en la primera demora, según los documentos que rigen la atención prenatal				

Fuente: base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

Estudios realizados han demostrado que la educación de la sexualidad es un factor protector frente a los embarazos en la adolescencia.

Para atraer el interés de la adolescente, estas acciones deben partir de un abordaje integral y positivo de la sexualidad, no solo enfocando los riesgos, sino los aspectos agradables que a la adolescente interesa. De esta forma los mensajes se estructuran utilizando los códigos que a ese público objetivo interesan. La cultura también influye para que los mensajes surtan el efecto

deseado. Las normas sexuales y de género, construidas socialmente exponen a la adolescente haciéndola vulnerable frente a embarazos no deseados.

¿Han tenido oportunidad de preguntar? ¿Les han resuelto sus dudas?

Cuadro 17. Oportunidad de resolver dudas

Razón de su respuesta	¿Qué responde la adolescente?	¿Qué hace?	¿Para qué lo hace?	Resultado
Basado en su experiencia	Dos adolescentes han preguntado al médico y él les ha resuelto dudas Cuatro adolescentes respondieron que cuando preguntan ellos les responden de acuerdo al tiempo disponible que tengan. Pero la mayoría coincidió que los médicos siempre están bien ocupados y les da pena quitarles más tiempo	Relatan con afirmación su experiencia	Compartir lo sucedido	Están satisfechas con lo actuado

Fuente: base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

Las adolescentes se han expresado de acuerdo con las experiencias de la infancia o de las que están viviendo por su embarazo. La agresividad con la que la familia, pareja o pares las incriminan a raíz de un acto tildado de "incorrecto" que influye en su autoestima.

La alegría no es frecuente en la adolescente embarazada. Generalmente, está distraída y es evidente que su interés por asistir al control es verificar si su bebé

está creciendo bien. Les entusiasma escuchar los latidos del corazón de su bebé, para ellas significa que está bien.

De igual forma expresan credibilidad en el personal que les atiende, aunque siempre está el temor de que cómo será la persona que les atenderá cuando llegue el momento de su parto. Esta información coincide con investigaciones realizadas con este grupo etario con relación a embarazos en adolescentes.

Se le planteó la interrogante: ¿cuáles han sido sus preocupaciones y temores durante el embarazo?

Cuadro 18. Preocupaciones y temores durante el embarazo

Razón de su respuesta	¿Qué responde la adolescente?	¿Qué hace?	¿Para qué lo hace?	Resultado
Basado en sus temores	Abortar Que el bebé no nazca bien Que el bebé no nazca completo Miedo a abortar Miedo a perderlo o tener alguna complicación Que no me sepa cuidar bien Que no tenga leche para cuando nazca Miedo por los dolores o que salga mal el bebé Muy pesado Perder al bebé, perder la vida Que la persona que me atienda sepa hacerlo Que no me dé una infección o un mal control y me provoque un aborto Como va a ser el día que tenga a mi bebé	Muestran preocupación y aflicción Se tocan las manos, demuestran intranquilidad Fue la pregunta que respondieron en forma fluida y sin dificultad	Aprovechan el espacio para sacar sus miedos y temores	Demuestran el tema que les gustaría abordar para solventar dudas y disminuir temores

Fuente: base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

Es evidente el miedo. Las adolescentes lo han manifestado de viva voz. Esta emoción se incrementa a medida que se acerca la fecha de parto. Es interesante identificar que las causas del miedo están relacionadas con su bebé, pero ninguna de las adolescentes entrevistadas, mencionó tener miedo de que le pase algo a ella. Su mayor miedo es a lo que desconocen, muchas veces, esto se suma a otras emociones por la situación inestable en su familia, su pareja y en la mayoría de los casos solas.

¿Cómo les han enseñado a identificar las señales de peligro?, y si identifican alguna, ¿es importante para ustedes ¿Por qué?

Cuadro 19. Importancia identificación señales de peligro

Razón de su respuesta	¿Qué responde la adolescente?	¿Qué hace?	¿Para qué lo hace?	Resultado
No ser común a su lenguaje el término.	¿Qué quiere decir eso?	Sus gestos son de no entender el término	Expresa un desconocimiento del concepto preguntado	El término “señales de peligro” no está contextualizado.
Por la respuesta obtenida, se fueron abordando cada uno de los signos o síntomas descritos en la Norma de Atención y que corresponden a la primera demora, pero tampoco identificaron su contenido. Al mencionar los signos o síntomas, dos de las adolescentes refirieron haber padecido de infección urinaria en los últimos días, condición que no fue tratada en ese servicio de salud, ni fue reportada al médico en el control prenatal respectivo.				

Fuente: base de datos de la investigación Gestión del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

Desconocen el contenido de este tema y no le dan la importancia que se merece. En la entrevista dos de las adolescentes refirieron haber padecido de infección urinaria, pero que no le había notificado al médico que las había atendido en su control prenatal, porque notaron que estaba muy ocupado.

Además ya se sentían bien. La familia les había sugerido una medicina y así se habían curado.

Ante esta información es importante evidenciar que las intervenciones y acciones definidas en la primera demora no se están realizando, por lo que no es posible esperar que se alcancen las metas previstas a alcanzar en la reducción de la muerte materna en Guatemala.

¿Cuándo reciben la atención prenatal, les explican por qué debe tener los controles prenatales durante su embarazo?

Cuadro 20. Conocimiento del ¿Por qué? acudir al control prenatal

Razón de su respuesta	¿Qué responde la adolescente?	¿Qué hace?	¿Para qué lo hace?	Resultado
Timidez, Miedo, Vergüenza, suponen que el médico es quien debe indicarles la información y no ser ellas quienes pregunten	Dos de las adolescentes respondieron que el médico si les ha dado información Cuatro responden que mejor aclaran sus dudas con familiares o en internet porque ven que el doctor que les atendió está muy ocupado Dos no respondieron	Las adolescentes a pesar de haber pasado consulta, tenían dudas con relación a síntomas sentidos en las últimas semanas	No preguntan al Médico, porque lo ven ocupado. Otras adolescentes respondieron tener miedo que se enojara si le preguntaban	La adolescente no resuelve sus dudas durante la consulta prenatal
En su totalidad las adolescentes mencionaron que es importante para saber si el bebé se encuentra bien y fue en consenso que es el médico quien se los confirma.				

Fuente: base de datos de la investigación Gestión del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

Durante la entrevista, corroboró lo referido por el especialista, relacionado con las barreras que encuentra el proveedor del servicio. En este sentido, al tiempo limitado para la consulta se suman emociones expresadas por las adolescentes que impiden la comunicación en doble vía. Por ello, es importante saber acerca de las emociones para interpretar lo que está experimentando la adolescente en la consulta prenatal.

Al analizar las emociones expresadas y sentidas por la adolescente, se tomó como base teórica la hipótesis humanista sobre la emoción presentada por la Dra. Myriam Muñoz Polit, en su publicación del Instituto Nacional de Investigación en Desarrollo Humano en México, en el año 2012.

En este estudio clasifica al miedo, enojo, tristeza, alegría y afecto como emociones universales. Estas son comunes a los seres humanos, están al servicio de la supervivencia y son innatas.

La autora separa la vergüenza de este grupo, porque explica que no nacemos con ella, sino surge con las experiencias devaluatorias al estar en contacto con el entorno. Por esta razón, en este caso, es un sentimiento.

Esta misma argumentación es válida para la culpa, arrogancia, aversión y la confianza.

El proveedor de servicios de atención prenatal debe de saber que el miedo surge cuando la persona necesita protegerse de algo que le parece amenazante y la reacción más inmediata es la de huir de ese algo. En la situación psicosocial que está viviendo la adolescente, si su embarazo es no deseado, estos sentimientos serán de deterioro y no de desarrollo, por lo que esta persona necesita ser atendida por un equipo multidisciplinario que le apoye en forma holística y que la ayuden a abordar su problemática a nivel familiar, como adolescente, a nivel de pareja y a nivel del bebé que espera.

De la pregunta anterior derivó la siguiente: ¿Cuáles consideran ustedes que deben de ser los cuidados necesarios en su embarazo?

Cuadro 21. Cuidados necesarios durante el embarazo

Razón de su respuesta	¿Qué responde la adolescente?	¿Qué hace?	¿Para qué lo hace?	Resultado
Está consciente que debe cuidarse pero no expresa ni sabe cómo hacerlo	Debo cuidarme, alimentarme para el bienestar de mi hijo y mío Hay que tener cuidado para prevenir un aborto. No tengo que poner en riesgo a mi bebé No sé. Respondieron tres adolescentes Todos los cuidados son necesarios. Tengo que cuidarme mucho para que mi bebé nazca bien Son para la salud de mi bebé Tengo que cuidarme mucho para que mi bebé nazca bien.	Trata de convencerse con su respuesta que debe cuidarse. Pero no expresa cómo hacerlo. Da por hecho que sabe cómo pero no lo expresa. Piensa en el hoy en el momento que vive en su embarazo pero no está consciente en lo próximo del parto y el cuidado que necesitará el bebé.	Expresa convencimiento de que debe cuidarse para que el bebé nazca bien. Lo expresa con seguridad y se involucra con relación al bienestar de su bebé para que nazca bien.	Da por hecho que se ha cuidado y que debe seguir haciéndolo pero no tiene información de cómo hacerlo. No evidencia pensar en el futuro. Sino en lo inmediato.

Fuente: base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

En el cuadro anterior se plasmó lo que la adolescente expresó acerca del conocimiento que tiene del tema desde la perspectiva de la cultura y el contexto en el que se desenvuelve. Es la información y el conocimiento del que ha

tenido acceso y será el que tomará como válido para fundamentar una toma de decisiones.

¿Cuál o cuáles de las orientaciones recibidas les han sido de mayor utilidad?

Cuadro 22. Orientaciones que le han sido de mayor utilidad

Razón de su respuesta	¿Qué responde la adolescente?	¿Qué hace?	¿Para qué lo hace?	Resultado
Incertidumbre No saben qué contestar	Se quedan calladas, balbucean pero no saben qué responder	Divaga su mirada para todos lados y baja su cabeza	Con sus gestos indican no tener ninguna respuesta a la pregunta y trata de ignorar ese momento escapando para pasar a otra pregunta	No responden a la pregunta, aunque se ve su incomodidad por no poder responderla. Al motivarlas responden “Comer bien”
	Que no levante cosas pesadas	Responde con la mirada baja y se comprende lo hace para no seguir la conversación y responde otra adolescente	Para no encontrar contacto visual que permita una mejor comunicación	No responde a la pregunta porque no sabe la respuesta

Fuente: base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

Con lo anterior, se confirma que la transferencia, cuando se realiza en forma verbal, pero no se planifica y organiza de manera tal que llame la atención el contenido a la adolescente, que lo vea útil para conservar su salud durante el embarazo.

La adolescente no identifica la importancia del control prenatal durante su embarazo.

Los temas a abordar en la primera demora son desconocidos por la adolescente primigesta. No sabe reconocer signos y síntomas de riesgo. No reconoce el término “señales de peligro”.

Identifican al personal médico como la persona que identificará algún problema durante su embarazo y no existe una visión ni el interés de ser ellas autores y protagonistas de su propia salud.

El médico, por la carga de trabajo, difícilmente estará dispuesto a manifestarle a la adolescente su situación. De tal forma que, mientras no exista un diálogo fluido entre usuaria y prestador del servicio, la atención prenatal se seguirá proporcionando sin involucrarse con las necesidades de la adolescente primigesta.

Las emociones expresadas por la adolescente y que necesitan ser tratadas para que no se conviertan en factores de riesgo son: temor al dolor, temor a lo desconocido, temor a posibles complicaciones del bebé, vergüenza, incertidumbre.

3.11 Objetivo 2: identificar las emociones y valores que experimentan las adolescentes primigestas en la atención prenatal

A continuación se presentan las emociones y valores que experimentan las adolescentes primigestas en la atención prenatal. Esta información fue obtenida a partir de cuestionario elaborado con base a la información adquirida previamente con técnicas cualitativas que consistieron en entrevistas a profundidad, grupo focal, entrevista personal a adolescentes.

El procesamiento fue utilizando el software SPSS. Se resumieron las variables estudiadas mediante porcentajes y del promedio. Para identificar el comportamiento de las adolescentes, según grupos de edad, se relacionaron todas las variables estudiadas con esta, para analizar el comportamiento de las mismas, a fin de caracterizar los valores y las emociones.

Con la finalidad de identificar si existían grupos de adolescentes con características similares, se utilizó un análisis de Clúster Jerárquico, al que se le dio un rango de soluciones de 2 a 4 conglomerados. Posteriormente, se aplicó el método de Ward, que garantiza la formación de grupos homogéneos internamente y heterogéneos entre los mismos y como medida de distancia la Euclidiana al cuadrado.

Finalmente, para caracterizar cada uno de los conglomerados obtenidos se estimaron las proporciones de todas las variables estudiadas, y se determinó dentro de cada grupo la característica más frecuente de la misma.

Los resultados se presentaron en cuadros.

3.11.1 Emociones que experimentan las adolescentes primigestas en la transferencia del conocimiento en la atención prenatal.

Con relación a las emociones encontradas en la atención prenatal, un 80% de las adolescentes encuestadas manifestaron haber recibido la información para mantener su salud durante el embarazo en forma clara y comprensible. Situación que no concuerda con lo obtenido mediante técnicas cualitativas. Con base en lo observado y al resultado del grupo focal, aunque la adolescente pudo haber recibido alguna información prevaleció su conocimiento basado en la experiencia o lo mencionado por algún familiar, la vecina, tía, entre otros.

Es necesario motivar a la adolescente, sensibilizarla para que comprenda la utilidad de la información proporcionada en el servicio de salud, porque le

ayudará a prevenir riesgos durante el embarazo. Los procesos educativos deben ser en códigos que le son comunes a la adolescente para que le sean familiares y comprensibles.

3.11.2 Distribución de adolescentes según grupos de edad e información explicada comprensible

Cuadro 23. Adolescentes según grupos de edad e información comprensible

Información explicada en forma comprensible	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Casi nunca	0	0.00	1	5.55	1	4.00
Frecuente	1	14.28	3	16.66	4	16.00
Siempre	6	85.71	14	77.77	20	80.00
Total	7	99.99	18	99.98	25	100.00

Fuente: base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

Las adolescentes interpretan la orientación como la atención prenatal o el suministro de la vacuna del toxoide antitetánico. También interpretan de esta forma cuando son atendidas por el laboratorio o se les presenta la consejería en VIH /SIDA.

Con base en la información cualitativa obtenida, las adolescentes indicaron no haber recibido información contenida como básica en la primera demora. Tampoco respondieron adecuadamente cuando se les preguntó con relación a su nutrición en el embarazo, lactancia materna, signos y señales de peligro, elaboración de Plan de emergencia, entre otros.

Las adolescentes señalaron tener dudas relacionadas con el parto y manifestaron interés por recibir esa información. Expresaron su temor por lo que les pudiese pasar a ellas o a su bebé.

En otro apartado se indicó que también las adolescentes refirieron tener dudas, pero por pena, olvido o por no tener oportunidad de preguntar al médico prefieren quedarse con dudas de síntomas que han tenido y desconocen si son normales en su estado.

La adolescente manifiesta incertidumbre durante su embarazo y no aclara sus dudas con el personal de salud. Se evidenció la existencia de barreras que no permiten establecer una interacción entre ambos actores para propiciar un ambiente de confianza para externar dudas y preocupaciones. Esas barreras son el idioma, contextos diferentes, el tiempo destinado para la atención, entre otros. Su asistencia al control prenatal es para asegurarse que su bebé crece en forma normal.

3.11.3 Distribución de adolescentes según grupos de edad y emoción: gratitud

Cuadro 24. Adolescentes según grupos de edad y agradecimiento por la importancia de su autocuidado

Agradecimiento hacia quienes le orientaron para su autocuidado	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Casi nunca	1	14.28	0	0.0	1	4.00
Frecuente	0	0.0	1	5.55	1	4.00
Siempre	6	85.71	17	94.44	23	92.00
Total	7	99.99	18	99.99	25	100.00

Fuente: base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

El 92 por ciento de las adolescentes manifestó su agradecimiento cuando le fue dada información para mantener la salud durante el embarazo. De igual forma se sienten agradecidas cuando se está desarrollando la consulta prenatal y pueden escuchar el corazón del bebé. No les importa la espera, que en la mayoría de ocasiones se extiende por la demanda de la consulta de adultos. Es importante mencionar que en el centro de salud se atiende a toda persona que solicita la consulta.

3.11.4 Distribución de adolescentes según grupos de edad y emoción: reconocimiento

Cuadro 25. Adolescentes según grupos de edad y gratitud hacia quienes le dieron la información

Gratitud hacia quienes le dieron la información	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Frecuente	2	28.57	5	27.77	7	28.00
Siempre	5	71.42	13	72.22	18	72.00
Total	7	99.99	18	99.99	25	100.00

Fuente: base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

La gratitud de la adolescente va acompañada del reconocimiento por haber sido atendida. La adolescente primigesta acude a primera hora al servicio para poder ser atendida por el especialista. Después del horario de contratación del especialista, la atiende un médico general. Es importante mencionar que no hay un horario exclusivo para atención de la adolescente por lo que el ambiente para atenderla es el mismo que el de la consulta general.

La adolescente se cohibe ante esta situación no solo durante la espera, sino en la consulta médica. Es importante mencionar que las emociones que una adolescente percibe son básicas porque son ejes motivacionales para favorecer o desfavorecer la asistencia de la adolescente a la consulta prenatal.

3.11.5 Distribución de adolescentes según grupos de edad y emoción: estímulo

Cuadro 26. Adolescentes según grupos de edad y motivación de auto cuidarse

Motivación de auto cuidarse	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Casi nunca	1	14.28	0	0.0	1	4.00
Frecuente	0	0.0	2	11.1	2	8.00
Siempre	6	85.71	16	88.9	22	88.00
Total	7	99.99	18	100.0	25	100.00

Fuente: base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

Las adolescentes valoraron la emoción estímulo y la expresaron como la ilusión, ánimo, interés y motivación, esto corrobora lo mencionado por las adolescentes con relación a que el motivo real para asistir al control prenatal es escuchar el corazón de su bebé. Esto sumado a la opinión del médico les da la tranquilidad de saber que su bebé está creciendo y desarrollándose.

Los temores durante su embarazo están relacionados con el aborto, que el bebé tenga anomalías congénitas o que nazca con alguna enfermedad. Hay mucha incertidumbre en las adolescentes durante los meses de gestación de su bebé.

3.11.6 Distribución de adolescentes según grupos de edad y emoción: tranquilidad

Cuadro 27. Adolescentes según grupos de edad y confianza - serenidad al dar la información

Confianza y serenidad del proveedor al dar la información	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Casi nunca	1	14.28	1	5.55	2	8.00
Frecuente	1	14.28	3	16.66	4	16.00
Siempre	5	71.4	14	77.77	19	76.00
Total	7	100.0	18	99.98	25	100.00

Fuente: base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

Un 92% siente gratitud por la información importante que le dieron para mantener la salud durante el embarazo. Un 88% se sintió estimulada, ilusionada con ánimo, interés y motivación para mantener la salud durante el embarazo.

De acuerdo con la información obtenida en el grupo focal, las adolescentes mencionaron no haber recibido información. Esto se constató al realizar preguntas con contenidos en la primera demora y que no supieron responder. El conocimiento que prevaleció fue el transmitido por la madre, familiares, familia política o la patrona.

Las adolescentes no identificaron el significado de la expresión “señales de peligro”, utilizada en el lenguaje médico para abordar un tema incluido en la primera demora y de suma importancia para que la adolescente identifique

signos y síntomas que pueden ser de riesgo para su salud y la de su bebé.

3.11.7 Adolescentes según grupos de edad y emoción: entusiasmo

Cuadro 28. Adolescentes según grupos de edad y optimismo por la importancia de la información para su autocuidado

Optimismo por la importancia de la información recibida	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Frecuente	1	14.28	3	16.7	4	16.00
Siempre	6	85.71	15	83.3	21	84.00
Total	7	99.99	18	100.0	25	100.0

Fuente: base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

El entusiasmo es una expresión de alegría en las adolescentes. Surge cuando está en proceso o ya alcanzó la satisfacción de alguna necesidad. Este momento está cargado de endorfina que hace sentir a la adolescente vital y energética.

Una causa de alegría, expresada por la mayoría de las adolescentes primigestas fue escuchar por primera vez los latidos del corazón de su bebé o ver la imagen del bebé mediante el ultrasonido.

3.11.8 Distribución de adolescentes según emoción: satisfacción y grupos de edad

Cuadro 29. Adolescentes según grupos de edad y coincidencia de las expectativas y necesidades con la información

Coincidencia de las expectativas y necesidades con la información	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Casi nunca	0	0.0	1	5.55	1	4.00
Frecuente	1	14.28	4	22.22	5	20.00
Siempre	6	85.71	13	72.22	19	76.00
Total	7	99.99	18	99.99	25	100.00

Fuente: base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

La satisfacción produce sentimiento de alegría por haber satisfecho una necesidad. En la adolescente esto es básico debido al proceso que está viviendo. Por esta razón, necesita concluir círculos en su vida y satisfacer las necesidades propias y las del bebé que espera.

Esta emoción precede al sentimiento, suele ser intensa pero es de corta duración, está al servicio de la supervivencia. La satisfacción produce sensaciones placenteras, por lo que se constituye en un factor protector para la adolescente primigesta.

3.11.9 Distribución de adolescentes según grupos de edad y emoción: preocupación

Cuadro 30. Adolescentes según grupos de edad e inquietud y temor por la información

Inquietud y temor por la información recibida	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Nunca	4	57.14	11	61.11	15	60.00
Casi nunca	0	0.00	2	11.11	2	8.00
Frecuente	1	14.28	4	22.22	5	20.00
Siempre	2	28.57	1	5.55	3	12.00
Total	7	99.99	18	99.99	25	100.00

Fuente: base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

La preocupación genera inquietud, temor, ansiedad. Los diccionarios se refieren a ansiedad como: “estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo” (DRAE). La ansiedad se produce cuando hay pérdida de confianza y tranquilidad. La incertidumbre ante el futuro, la gestación sin la certeza de lo pasará en el momento del parto, genera estrés en las adolescentes. Esto induce con más determinación el miedo.

En las adolescentes primigestas el embarazo, la maternidad, el matrimonio, o la pérdida de la pareja y de sus padres, son estresores que se combinan y potencializan en este grupo etario que no tienen la madurez psicológica y en la mayoría de ocasiones apoyo social para enfrentarlos.

Un estado de inquietud, temor y ansiedad limita las posibilidades de decidir, en este caso la adolescente no sabe cuál es la mejor opción. El objeto de deseo se

vuelve difuso que paraliza esa capacidad de decisión y no se sabe qué es lo mejor.

Por ello para que la adolescente pueda decidir sobre su autocuidado debe de recibir una atención no solo médica sino integral y diferenciada para que al sentirse apoyada, tenga confianza de sí misma y en los demás. Con ello se propicia una mejor actitud para la interacción con el personal de salud para esclarecer dudas que se presenten relacionadas a su estado.

Con relación a la emoción preocupación, un 60% mencionaron no haber sentido inquietud, temor o intranquilidad pero un 40% expresó sentirse preocupada. Lo anterior concuerda con lo expresado en otro inciso con relación a los temores, miedos y preocupaciones que la adolescente percibe relacionados con su salud durante el embarazo o en el parto, de igual forma con la salud de su bebé.

Los cambios fisiológicos que provoca el embarazo, el desarrollo del feto, los movimientos fetales, la incertidumbre relacionada al parto y a la condición del bebé al nacer, entre otros, aumentan las ansiedades, provocando en las adolescentes períodos de estrés, confusión y temor que fueron expresados por las adolescentes estudiadas.

3.11.10 Adolescentes según grupos de edad y emoción: confusión

Cuadro 31. Adolescentes según grupos de edad e inquietud y falta de claridad o de orden en la información

Falta de claridad o de orden en la información	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Nunca	3	42.85	9	50.00	12	48.00
Casi nunca	0	0.0	4	22.22	4	16.00
Frecuente	4	57.14	5	27.77	9	36.00
Total	7	99.99	18	99.99	25	100.00

Fuente: Base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

La confusión, expresada como falta de claridad o de orden en la información que le fue dada para cuidar de su salud durante el embarazo, fue valorada por nueve adolescentes como frecuente.

Esto coincide con lo obtenido en la información cualitativa, donde refirieron no entender el lenguaje del médico o del proveedor del servicio. Esta información corresponde a lo referido por Habermas con relación a que el lenguaje y la cultura son constitutivos del mundo de la vida mismo. En este ámbito es donde el hablante y el oyente se entienden porque está debidamente estructurado.

3.11.11 Adolescentes según grupos de edad y emoción: intranquilidad

Cuadro 32. Adolescentes según grupos de edad y nerviosismo o angustia por la información proporcionada

Nerviosismo o angustia por la información	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Nunca	4	57.14	10	55.55	14	56.00
Casi nunca	0	0.00	2	11.11	2	8.00
Frecuente	2	28.57	5	27.77	7	28.00
Siempre	1	14.28	1	5.55	2	8.00
Total	7	99.99	18	99.98	25	100.00

Fuente: base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

Un 48% de adolescentes, refirieron no haber sentido confusión en cuanto a la información recibida, pero un 52% sintió estar con confusión. Esta situación coincide con las percepciones referidas, donde el miedo y la pena no les permiten obtener la información que necesitan para la resolución de dudas. El tiempo disponible del proveedor también es un factor importante que limita la transferencia en el tiempo de la atención.

Las emociones, de acuerdo con lo que refiere (Rebollo, 2008, 5), son modos de actuar y de relacionarse con el sistema de valores que encarnan estos contextos y los mediadores culturales que los caracterizan. Es importante considerar lo anterior en la atención de la adolescente debido a que se convierte en una barrera que obstaculiza la interacción entre el adolescente y el proveedor del servicio, evitando de esta forma una comunicación efectiva.

3.12. Valores de las adolescentes en la interacción con el personal de salud

Las emociones y los valores se construyen socialmente. Están mediados por instrumentos y recursos culturales de naturaleza simbólica que proveen los diferentes contextos sociales. Estos instrumentos son clave para construir la identidad, la autoestima, el estilo afectivo entre otros. Por ello la importancia de identificar las emociones y los valores como ejes motivacionales en la atención prenatal de las adolescentes primigestas.

Los valores, como principios que orientan nuestro comportamiento en función de lo que realizarnos como personas, nos proporcionan pautas para formular metas y propósitos individuales o colectivos. Lo expresado por Jiménez en su estudio realizado en el año 2008 coincide con los aspectos abordados. Los valores expresan y reflejan nuestros intereses, sentimientos y convicciones más importantes.

El presente estudio se realizó con 25 adolescentes primigestas comprendidos entre los 16-19 años de edad que consultaron el centro de salud Centroamérica para atención de control prenatal.

En esta etapa de la vida se aumenta la capacidad de razonar y se vuelven críticos y cuestionadores de la sociedad y de los adultos. En este período deben reforzar los factores protectores como base para consolidar sus valores, cobrando importancia en lo que corresponde a la prevención primordial.

Después de la aplicación del instrumento para la evaluación de los valores de las adolescentes primigestas en la atención prenatal, se resumieron las variables estudiadas mediante porcentajes. Para identificar el comportamiento de las adolescentes, según grupos de edad, se relacionaron todas las variables

estudiadas con esta y se analizó el comportamiento de las mismas, a fin de caracterizar los valores.

Se seleccionaron los valores cuyo porcentaje de respuesta es igual o mayor de 80% ya que estos se considera que tienen un peso importante en el grupo estudiado. Estos valores se presentan en orden de mayor a menor frecuencia: con igual punteo de (92%) sinceridad y respeto, seguido también con igual punteo (88%) maternidad y seguridad.

Este resultado hay que interpretarlo dentro del marco epidemiológico-conceptual de la salud integral del adolescente propuesto por Solum Donas en el año de 1992, donde se evidencia la relevancia que tiene la estructura social y los valores de la sociedad para prevenir o facilitar la aparición de factores protectores.

El respeto fue valorado por un 100% del grupo de 16 a 17 años y fue expresado como atención recíproca en la interacción en la atención prenatal y la sinceridad como autenticidad de sentimientos y acciones por parte del personal de salud que le facilitó la información para mantener su salud durante el embarazo.

Este valor se convierte en factor protector que favorece la comunicación entre adolescentes y proveedores del servicio. Igual sucedió con el valor sinceridad evaluado en un 100% como importante por el grupo de 16 a 17 años. Esta interacción se convierte en un factor protector para la adolescente, quien valora la sinceridad por parte del personal de salud y de esta forma tener la credibilidad en el mismo.

El valor maternidad fue importante en un 100% para el grupo de 16 a 17 años; este porcentaje disminuyó en el grupo de 18 a 19 años (83.3%). Con relación al valor maternidad una adolescente que corresponde al 4% expresó no importarle

esta información. Aquí se puede identificar un posible factor de riesgo en las adolescentes incluida en el estudio.

Los valores maternidad y seguridad categorizados fueron evaluados por el total de adolescentes participantes con un (88%). La seguridad fue evaluado en forma más homogénea en ambos grupos etarios (85.7%) por el grupo de 16 a 17 años y 88.9% por el de 18 a 19. El valor maternidad fue expresado como el valor que la adolescente da a la información obtenida en el control prenatal para que su bebé nazca saludable.

El valor seguridad estuvo orientado hacia la confianza en la capacidad profesional del personal de salud que provee la atención. Esto último corresponde con la confianza expresada por la adolescente en el médico que la atiende para que le indique si su bebé está creciendo y desarrollándose en forma normal. Este valor evidencia la credibilidad que la adolescente posee de quien la atiende en la consulta prenatal.

El valor empatía fue evaluado con menor porcentaje por el grupo de 18 a 19 años (38.9%), pero no así por el grupo de 16 a 17 años (71.4%); entendido como la capacidad que tiene el proveedor de sentirse en el lugar de la adolescente. Este valor sería desfavorable para mejorar la interacción entre adolescente y proveedor del servicio de salud.

Si los proveedores no poseen esta habilidad no serán capaces de obtener gran cantidad de información de los adolescentes a partir de su lenguaje no verbal, palabras, tono de su voz, postura y expresión facial. Los sentimientos y emociones son generalmente un reflejo del pensamiento, por lo que son capaces de deducir lo que el otro puede estar pensando.

Las adolescentes refirieron haber encontrado siempre comprensión en la interacción para la transferencia del conocimiento pero la evaluaron con un

68%; manifestando un 4 % nunca haberse sentido comprendidas. Este valor puede ser analizado conjuntamente con el correspondiente a la empatía.

El 100% de las adolescentes sienten compromiso de cuidarse ellas y su bebé durante el embarazo. De igual forma un 96% se cuida para prevenir riesgos durante su embarazo solo una adolescente que corresponde a un 4 % no lo hace. Este valor nos indica que algo está sucediendo con esa adolescente, por lo que es importante aplicar el enfoque biopsicosocial y de esta forma detectar riesgos psicosociales en la adolescente y proporcionarle una atención diferenciada en forma oportuna.

La importancia de identificar los valores en la atención prenatal de la adolescente primigesta se debe a que los valores son una fuerza de motivación que dan significado e importancia a un objeto o a un sujeto. Los valores proporcionan un sentido de satisfacción, congruencia y quietud; aspectos de suma importancia que proveen una estabilidad emocional en la adolescente embarazada.

Como producto del análisis estadístico descrito al inicio del capítulo, se conformaron dos grupos (conglomerados), uno constituido por 14 adolescentes y el otro por 11. La caracterizaron de cada uno de los conglomerados fue mediante las proporciones obtenidas de las variables estudiadas determinando dentro de cada grupo la característica más frecuente y los resultados se analizan a partir del cuadro que se presenta a continuación:

3.12.1 Principales valores y emociones de las adolescentes según conglomerado de clasificación

Cuadro 33. Principales características de las adolescentes según conglomerado de clasificación

Variables	Conglomerados					
	1 N=14			2 N=11		
	Principal característica	No.	%	Principal característica	No.	%
Escolaridad	Básica	7	50.0	Diversificado	6	54.5
Estado civil	Unida	9	64.3	Soltera	5	45.5
Orientación	Siempre	13	92.9	Siempre	7	63.6
Gratitud	Siempre	14	100.0	Siempre	9	81.8
Estimulo	Siempre	13	92.9	Siempre	9	81.8
Tranquilidad	Siempre	13	92.9	Siempre	6	54.5
Reconocimiento	Siempre	14	100.0	Frecuente	7	63.6
Entusiasmo	Siempre	14	100.0	Siempre	7	63.6
Satisfacción	Siempre	13	92.9	Siempre	6	54.5
Preocupación	Nunca	12	85.7	Frecuente	4	36.4
Confusión	Nunca	10	71.4	Siempre	8	72.7
Intranquilidad	Nunca	12	85.7	Frecuente	7	63.6
Comprensión	Siempre	12	85.7	Frec/Siempre	5	45.5
Seguridad	Siempre	14	100.0	Siempre	8	72.7
Respeto	Siempre	12	85.7	Siempre	11	100.0
Sinceridad	Siempre	14	100.0	Siempre	9	81.8
Disponibilidad	Siempre	10	71.4	Siempre	6	54.5
Responsabilidad	Siempre	14	100.0	Frecuente	6	54.5
Prevención	Siempre	12	85.7	Frec/Siempre	5	45.5
Empatía	Siempre	9	64.3	Frecuente	5	45.5
Maternidad	Siempre	14	100.0	Siempre	8	72.7
Edad media/años	18.00			18.10		

Fuente: Base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

De acuerdo con los resultados obtenidos, presentados en el cuadro 19, se evidencia que, en general, las adolescentes tienen un comportamiento adecuado. Sin embargo llama la atención que en el conglomerado número uno

conformado por 14 adolescentes, tiene casi todas las características favorables en forma más frecuente.

Con relación a la escolaridad en este grupo el nivel básico fue más frecuente y es importante mencionar que en este grupo se encuentra la única adolescente que tiene un nivel educativo universitario.

En el conglomerado 2, se evidencia que en general hay menores porcentajes de respuestas adecuadas y predominan emociones no favorables como son: preocupación, intranquilidad y confusión, esta última con la escala “siempre” y “frecuente”.

De acuerdo con estos resultados se agruparon los valores y emociones que experimentan las adolescentes en la atención prenatal en función de la ponderación recibida en la evaluación, la frecuencia con la que experimentaron esa emoción o valor en su atención prenatal.

Los valores que experimentaron las adolescentes en la atención prenatal y que fueron experimentados siempre por el 100% de las adolescentes del conglomerado uno fueron: gratitud, reconocimiento, entusiasmo, seguridad, sinceridad, responsabilidad y maternidad.

Los valores percibidos por un 93% fueron: orientación, tranquilidad, estímulo, satisfacción, respeto, prevención, comprensión, intranquilidad.

Importante es considerar que la empatía fue evaluada por un 64% de las adolescentes como “nunca”. Es decir que ese valor no fue experimentado en su atención prenatal. En otras palabras, nunca percibieron que el personal de salud tuvo la capacidad de ponerse en su lugar y sentir lo que ellas sentían o incluso podían estar pasando en su embarazo.

Lo anterior es un aporte significativo porque este valor debe ser revisado y analizado por el personal de salud. El proveedor del servicio de atención prenatal puede aumentar su capacidad de empatía observando con más detenimiento a la adolescente mientras habla con ellos. Debe prestar atención y a los mensajes que la adolescente transmite y esforzarse por ponerse en su lugar y comprender lo que siente.

El personal de salud no empático carece de la posibilidad de ponerse en el lugar del otro y le da igual lo que pasa a su alrededor. Esto se convierte en barrera para la transferencia del conocimiento dirigido a la adolescente primigesta y se presenta como un obstáculo para el alcance de los objetivos planteados en la atención prenatal dirigida a la adolescente.

Si todo embarazo en este grupo etario es considerado como de riesgo, la empatía debe de ser uno de los valores que permita al personal de salud relacionarse con la adolescente con facilidad y con agrado.

La empatía se convierte también en la capacidad que debe tener el personal de salud para cumplir con lo establecido en las intervenciones y acciones de la primera demora.

Con relación al conglomerado dos, el 100% de las adolescentes experimentaron el respeto siempre en la atención prenatal.

El 82% de las adolescentes, mencionaron que los valores que frecuentemente percibieron en la atención prenatal fueron: gratitud, estímulo, sinceridad. Un 73% de las adolescentes refirieron: maternidad, seguridad, confusión.

En el conglomerado dos, se percibió que valores fundamentales en la atención prenatal como responsabilidad, disponibilidad, satisfacción, tranquilidad,

comprensión, empatía, prevención, no fueron reportados por las adolescentes. Lo anterior se manifiesta también cuando se encontró en un 64% valores como la orientación, reconocimiento, entusiasmo, que siempre deben prevalecer en la atención prenatal, como ejes motivacionales que permitan la adquisición de herramientas que apoyen el autocuidado de la adolescente y el del bebé.

Es importante mencionar que en este grupo el nivel de escolaridad es más bajo que el del conglomerado uno; pero es preocupante porque esta información indica que las adolescentes no han experimentado responsabilidad, disponibilidad, satisfacción, comprensión, empatía y prevención por parte del personal del servicio en la atención prenatal.

Esta información es muy importante, ya que este conocimiento generado debe de ser la base para la toma de decisiones y elaboración de un plan de acción que permita transformar la práctica de acuerdo al contexto y a las necesidades de las adolescentes.

Lo que la adolescente ha estado experimentando de acuerdo con lo registrado, son antivalores, por lo que se convierten en barreras que impiden el cumplimiento de las intervenciones y acciones definidas en la primera demora, que consiste en transferir a la adolescente o a la mujer embarazada la información para que identifique los signos y señales de peligro durante el embarazo. Asimismo, que cuando los indentifique, actúe inmediatamente y sepa a dónde acudir.

La adolescente necesita ser escuchada, comprendida, tener credibilidad del personal que le está proporcionando la atención. En este grupo, también se evidenció que las adolescentes han experimentado intranquilidad y preocupación.

Estos valores se convierten en factores de riesgo, porque en el servicio de salud estas intranquilidades y preocupaciones deben abordarse y tratarse para reducir la ansiedad, nerviosismo en las adolescentes, situación que no está siendo resuelta en el servicio.

La información anterior concuerda con lo referido por las adolescentes por medio de otras técnicas cualitativas realizadas, en cuanto a no entender lo que se les informa, la inquietud o temor a lo desconocido; porque no han tenido experiencias con relación al parto.

La intranquilidad que experimentan las adolescentes influencia sus valores y emociones, porque tiene indecisiones en esta etapa de su vida y no cuenta con el conocimiento o información que le permita una toma de decisión informada.

El miedo que la adolescente experimenta, de acuerdo con lo expresa la Teoría Humanista de la Emoción, propuesta por la Dra. Myriam Muñoz Polit del Instituto Nacional de Investigación en Desarrollo Humano, está relacionado con la confusión, intranquilidad, preocupación; emociones que tienen como objetivo la supervivencia. (Muñoz, 2012, p 19)

Los antivalores, como factores de riesgo, van en detrimento de la estima y valoración de la persona, porque son producto de experiencias traumáticas, y llegan a entorpecer y bloquear la interacción entre las personas.

Al realizar las entrevistas a las adolescentes, se encontraron aspectos psicosociales que conjuntamente con el proceso del embarazo, afectan el ámbito emocional de la adolescente ante la presencia de situaciones no resueltas en su vida; en algunos casos con sus padres y en otros con su novio o pareja.

Es importante no olvidar que la adolescencia no es un proceso biológico sino también social, por lo que asume características diferentes en las diversas clases y estructuras sociales.

Por ello, el estudio de los valores y las emociones es de suma importancia para identificar los ejes motivacionales que permitan el abordaje biopsicosocial, dentro de un marco epidemiológico conceptual de la salud integral de la adolescente.

Como conclusión del análisis y discusión se encontró que en el conglomerado dos, los valores que se convierten en factores protectores experimentados en la atención prenatal fueron percibidos en menor porcentaje de adolescentes que en el conglomerado uno.

Es preocupante que los valores y emociones calificados más bajos en el conglomerado dos, son los que intervienen en forma directa como ejes motivadores para el autocuidado de la adolescente primigesta.

Lo anterior indica que la adolescente no está siendo motivada para su autocuidado; por lo que la información para la identificación de signos y señales de peligro, la elaboración de un plan de emergencia familiar y comunitario, información para el cuidado del recién nacido no está llegando al grupo objetivo. Por esta razón no se está incidiendo en la prevención para la reducción de la muerte materna, como está establecido en la primera demora.

3.13 Actitud de la adolescente ante el embarazo

De acuerdo con algunos criterios de autoridad, las actitudes se forman a través de la experiencia, lo que significa que éstas son aprendidas. Los valores forman hábitos y estos se transforman en las actitudes. Una vez desarrolladas las actitudes se convierten en parte integrante del individuo.

Por lo anterior, es importante de estudiar el elemento afectivo en una adolescente, debido a que el sentimiento emocional está asociado con la actitud.

Es decir que si el objeto de la actitud agrada o desagrada, causará felicidad o tristeza o inspirará amor u odio.

En las embarazadas pertenecientes a la etapa de la adolescencia avanzada (17 – 19 años) se evidencia la adaptación al impacto de su realidad; pero en una forma mediata, porque ve con suma preocupación temas relacionados con su estado, como es el tener miedo a abortar, al parto o a que el bebé nazca con deformaciones.

Su preocupación está en función al proceso y desenlace del embarazo; pero no en cuanto a la necesidad de construir un proyecto de vida conjuntamente con su bebé. Su futuro se enfoca al cuidado del recién nacido, aunque en la mayoría de ellas sus futuros son inciertos.

Para analizar estos datos se debe recurrir al enfoque de género y las construcciones sociales correspondientes. El estereotipo de mujer se relaciona con el cuidado de los hijos y el del hombre, con el de proveedor. A la madre soltera, la sociedad la estigmatiza por considerar que actuó mal. Por esta razón si una adolescente embarazada no cuenta con el apoyo de su familia tendrá que enfrentar obstáculos que serán barrera para encontrar su estabilidad económica, social y laboral.

“Al principio como que no...me dio pena y miedo pero ahora me siento bien..., contenta..., feliz. Cuando tenía 3 meses superé el temor cuando se los dije a mis papás. Mi patrona me envió a control prenatal...”

Adolescente entrevistada

Comparando estos resultados con investigaciones realizadas, estos conflictos generan en la adolescente una gran necesidad de afecto y de sentirse que es importante para alguien, por lo que muchas veces no pueden canalizar este sentimiento por ausencia o carencia de padres, pareja o familia. Agudizando en ellas los sentimientos de soledad y desprotección (Rico de Alonso, 1986)

La adolescente ve en su embarazo, la posibilidad de alcanzar alguna estabilidad emocional, al sentir que tienen a alguien en la vida a quien cuidar y dar afecto.

Por otra parte, el embarazo como única alternativa de vida puede estar asociado a las características del llamado “modelo de alto riesgo”, que de acuerdo con Davis, (1989) consiste en la tríada de: baja situación económica, hogar de madre sola y bajo logro y habilidad académica en la adolescente. (p690)

Los resultados encontrados en esta investigación coinciden con lo observado por Rojas en (1990), con respecto a la relación inestable y negativa de la adolescente con el padre del niño. Esto fue referido por una de las adolescentes entrevistadas:

“(....) Cuando me enteré que estaba esperando, yo ya había terminado con mi novio, pero cuando mi mamá se enteró, me corrió de la casa, ahora vivo donde una mi cuñada...pero él no se mantiene en la casa porque trabaja fuera y los fines de semana le llevan un hijo que tiene con otra mujer....”

Con relación a lo expresado por Rojas, hay similitud en cuanto a que la relación sexual en algunos casos no es vivida como algo gratificante en sí. La perciben como un desencanto de sus ilusiones románticas y la llegan a mantener como mecanismos para protegerse del rechazo de la pareja; algunas de ellas expresan abiertamente su sentimiento de haber sido engañadas.

Una de las adolescentes entrevistadas refirió haber sido violada, acudió a consulta acompañada de su mamá, quien expresó que aún era difícil hablar del tema porque no solo había sufrido la agresión, sino su papá la había agredido por lo sucedido. En esta adolescente era evidente el rechazo hacia el embarazo, pero refirió no tener otra opción más que tenerlo, aunque en ella no existía ningún sentimiento de afecto.

La mayoría de adolescentes refirieron haber vivido en el primer trimestre del embarazo una etapa difícil ya que no esperaban esa noticia y pasaron muchas dificultades que les afectó emocionalmente mientras conoció la noticia de su embarazo su familia y la pareja.

De acuerdo con la información obtenida en la investigación, la adolescente llega tarde al servicio a solicitar su primera consulta prenatal, muchas de las veces es porque no sabe que está embarazada y en otras porque aún no ha asimilado la noticia del embarazo y está emocionalmente involucrada para encontrar formas de informar la noticia a familia y a la pareja.

Ante lo anterior es importante referir que en el primer trimestre de embarazo, la adolescente necesita apoyo profesional en el área psicosocial para encontrar elementos que le permitan comunicar su estado a la familia y de esta forma encontrar alternativas a su situación, aceptar que está embarazada, cambiar patrones de alimentación, uso de licor, fumado u otras sustancias que inciden en la salud del bebé.

En la siguiente figura se explica el proceso del embarazo, cómo debe transferir el conocimiento el proveedor del servicio y la actitud y motivación (en general) de la adolescente, según el trimestre del embarazo. Esta información fue recabada por investigaciones realizadas. (Rojas ,1990)

Figura 17. Actitud y motivación de la adolescente de acuerdo a como se transfiere el conocimiento durante el proceso del embarazo

Proceso del embarazo	Cómo se da la transferencia del conocimiento	Actitud y /o motivación de la adolescente
Primer trimestre	Por parte de la evaluación realizada por el médico para: Identificar Hemorragia vaginal, presencia de flujo vaginal, molestias urinarias, fiebre	Incertidumbre de su futuro. Inestabilidad emocional Preocupación por el rechazo. Temor de enterar a la pareja y a la familia de su embarazo
Segundo trimestre	Por parte de la evaluación realizada por el médico para: Hemorragia vaginal, dolor de cabeza frecuente, flujo vaginal, molestias urinarias, presión arterial alta, sensación de múltiples partes fetales, salida de líquido por la vagina, disminución o ausencia de movimientos fetales, fiebre	Ansiedad por los cambios corporales Pérdida de familia y de su grupo de pares. Pérdida de su vida anterior, de sus intereses, ilusiones. Frecuentemente son estigmatizadas por lo que se aíslan de su grupo de pares
Tercer trimestre	Por parte de la evaluación realizada por el médico para: Hemorragia vaginal, dolores tipo parto, edema de cara y manos, salida de líquido por la vagina, presión arterial alta, dolores de cabeza, salida de líquido por la vagina, disminución o ausencia de movimientos fetales, fiebre	Miedo a lo desconocido, miedo a los dolores, a morir o a que el personal de salud que las atiende no tenga el conocimiento y no las atiende bien. Duda y temor con relación al cuidado del bebé

Fuente: base de datos de la investigación Gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de adolescentes primigestas: primera demora. Guatemala. 2013.

Aproximadamente un 48% de las adolescentes se encontraban en el último trimestre de embarazo cuando se entrevistó y expresaron tener dudas y temores en torno al parto y al cuidado del bebé.

Este aspecto coincide con los hallazgos de Rojas en 1990, por lo que el apoyo requerido en estas circunstancias se relaciona profundamente con el área psicosocial para fomentar la autoestima en estas adolescentes. Para ello se les debe ayudar a evitar la estigmatización social. Asimismo, se les debe proveer información para aclarar su dudas y superar su temores relacionados con el bebé. La orientación debe dirigirse a que comprendan la ambivalencia emocional hacia su hijo o hija.

En este último trimestre de embarazo las adolescentes entrevistadas expresaron tener diferentes temores, entre ellos: tener un aborto, que les suceda algo durante el parto, que el bebé nazca con deformaciones, con alguna enfermedad. Mencionaron también tener miedo a los dolores, a morir, o que el personal de salud que les atienda no tenga el conocimiento y no las atienda bien.

Lo propuesto como intervención y acción en la primera demora, apoyaría a la adolescente a los procesos del parto, post parto y el cuidado del recién nacido; ayudándole resolviendo sus dudas y con ello disminuir el estrés que le provoca enfrentarse a algo para ella desconocido.

La gestión del conocimiento en un servicio de salud, se constituye en un proceso integrador en el que converge la gestión de la información, la tecnología y los recursos humanos y su implementación se orienta a perfeccionar los procesos de mayor impacto.

Para ello, explora el conocimiento en función de los procesos esclarecidos y su distribución en toda la organización sobre la base de uso intensivo de las redes

y la tecnología, lo que provocaría alcanzar coberturas en la población adolescentes para hacer llegar la información en forma oportuna, en códigos entendibles para la usuaria y de acuerdo a sus necesidades reales.

Por lo anterior, es indispensable en un servicio de salud la producción de conocimientos, mediante la recopilación de datos, procesamiento, clasificación y documentación, difusión y transferencia del conocimiento organizacional.

Se deben vincular eficientemente los siguientes elementos: adecuada gestión de la información; uso apropiado e intensivo de las tecnologías de información, enfoques novedosos de la práctica de la comunicación, correcta y moderna gestión de los recursos humanos.

Es importante para la difusión y transferencia del conocimiento organizacional, primero se debe identificar cómo se disemina el conocimiento, cómo se realizan los procesos de enseñanza aprendizaje y el intercambio de experiencias. Luego, se debe validar este conocimiento por medio de la aplicación práctica en donde se realiza la incorporación, provocando con ello una adopción, oficialización y registro de los mismos, momento en el que puede darse una innovación con respecto a lo establecido.

En la práctica es complejo trazar una línea divisoria entre la gestión de la información y la gestión del conocimiento. Al respecto Woodman (1985) plantea que “la gestión de información es todo lo que tiene que ver con obtener la información correcta, en la forma adecuada, para la persona indicada, al costo adecuado, en el momento oportuno, en el lugar indicado para tomar la acción precisa”.

Para alcanzar a la población adolescente a través de la transferencia de información útil y precisa, se debe plasmar en un lenguaje sencillo, entendible

para cualquier mujer que desee y difundirse por medio atractivo para la adolescente y que le sirva para comunicarse con el servicio de salud.

En el apartado de anexos se presenta una propuesta de página web para el centro de salud Centroamérica, como medio de acceder información a las adolescentes, para el cuidado de su salud y la de su bebé.

Con esta propuesta se solventaría, en parte, la limitante que se tiene con el tiempo real de la consulta prenatal, el cual se orienta a la realización del examen físico obstétrico y al cumplimiento de los requerimientos administrativos. El tiempo disponible para analizar los datos obtenidos y para informar sobre las señales de peligro es muy breve. Esto impide que se le brinde a la mujer, información sobre su plan de emergencia familiar y comunitario como lo expresa la norma de atención y la primera demora.

3.14 Objetivo 3. Proponer elementos de un modelo para la transferencia del conocimiento en la atención prenatal a la adolescente en los servicios de salud

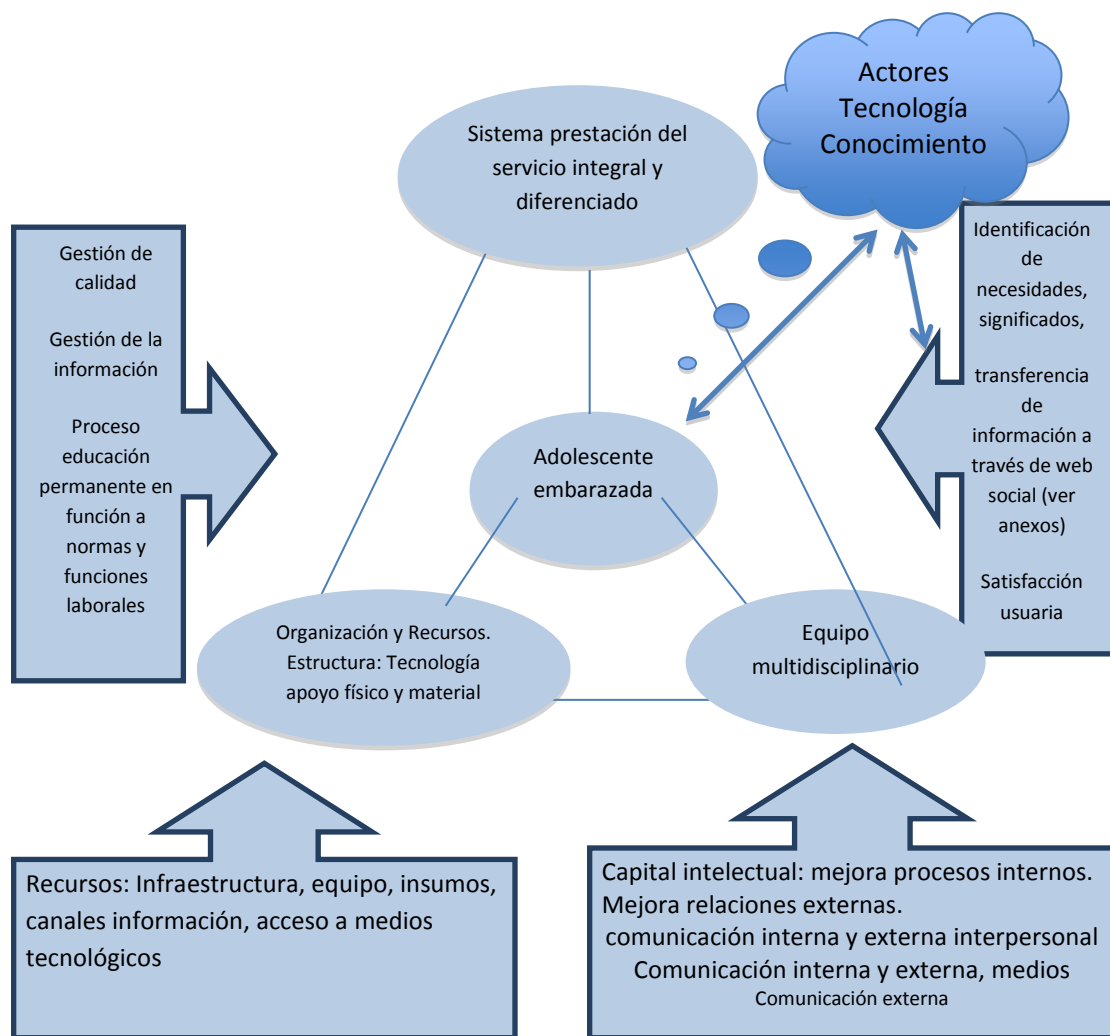
3.14.1 Modelo propuesto para la transferencia del conocimiento en la atención prenatal a la adolescente primigesta

Al aplicar la teoría general de los sistemas, según Eiglier y Langeard (1998), el esquema para la producción de servicios, es similar al del sector de producción de bienes, en donde se necesitan: los recursos humanos que tiene relación directa con el usuario, el soporte físico que implica la infraestructura y equipo; el cliente o usuario que es el elemento principal y el servicio como cuarto elemento en el sistema.

Con base en los resultados de la investigación, a la revisión bibliográfica y el criterio de la autora, se presenta una propuesta de modelo para lograr una transferencia del conocimiento en la atención integral a la adolescente primigesta. Esta herramienta metodológica permite enriquecer las acciones realizadas en un servicio de salud con el objetivo de satisfacer las necesidades de la usuaria en función a una atención prenatal integral, diferenciada y de calidad. El motivo de alcanzar esta satisfacción conlleva a que la adolescente use la información adquirida para incorporarla tanto en su auto cuidado como en el de su bebé.

La propuesta se ha realizado con base al triángulo del servicio que incluye aspectos clave del sistema de calidad y está en función de la satisfacción de la usuaria que surge de la interacción de la estrategia que responde al concepto del servicio, integración de equipo multidisciplinario funcional y de la estructura del sistema de prestación del servicio.

Figura 18: Propuesta de modelo para la transferencia del conocimiento en la atención prenatal de la adolescente primigesta



Fuente: elaboración propia. Adaptado de ISO, 1991 y Albrecht K. 1992.

Para la operativización del modelo, es indispensable: definir las necesidades de la adolescente embarazada, integrar el equipo multidisciplinario y hacerlo funcional, mediante la estandarización y sistematización de la atención; retomando lo expuesto por Varo en 1994 y aplicándolo en este modelo se requiere de la realización de análisis de desempeño con el objetivo de identificar brechas y reducirlas por medio de la elaboración de un plan de acción

que esté basado en parámetros establecidos en las normas y protocolos de atención existente.

Para este proceso es indispensable la aplicación de tecnologías que permitan la transferencia del conocimiento y el desarrollo de habilidades del recurso humano que provee la atención prenatal.

La transferencia de tecnología consiste en provocar el movimiento de información, o del conocimiento desde un proveedor hacia un receptor que en el caso de este estudio es la adolescente embarazada.

Mediante el uso de tecnologías de información y comunicación se pueden generar cambios porque se accesa la comunicación y la información a las adolescentes, con intervenciones y acciones propuestas en la primera demora,

Lo anterior permite alcanzar mejores coberturas y la difusión de mensajes pueden realizarse en forma interactiva, mediante redes sociales que actualmente son medios de comunicación en el grupo de adolescentes.

De esta forma se puede presentar la información en forma atractiva a las adolescentes y apoyarlas para que tengan conocimiento de cómo mantener su salud, identificar riesgos en forma oportuna y tomar decisiones informadas.

Con esas mismas herramientas tecnológicas también se pueden aclarar dudas o realizar cursos a distancia con contenido solicitados por ellas y de esta forma ir fomentando la salud de las adolescentes y del recién nacido.

Todas las fases del proceso deben estar acompañadas de un sistema de supervisión, monitoreo y evaluación que custodie el proceso implantado, permitiendo la toma de decisiones en forma oportuna en función del análisis de la información.

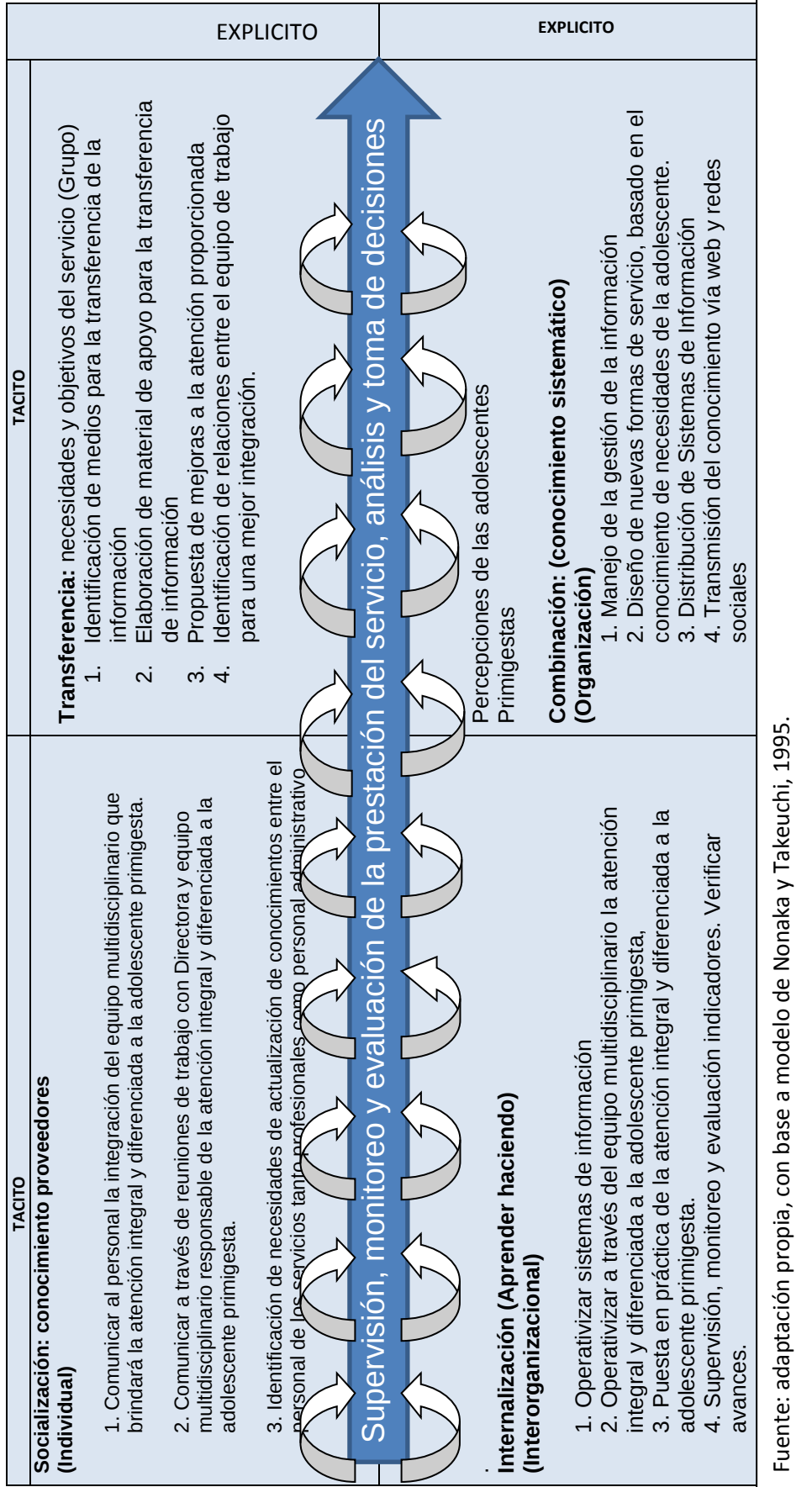
La gestión del conocimiento necesita de una adecuada gestión de la información, del uso apropiado de las tecnologías de información, de una correcta gestión de los recursos humanos y de enfoques novedosos de la práctica de la comunicación.

El modelo propuesto permite la movilización de las capacidades individuales y colectivas para acceder a la información y conocimientos; haciendo uso de los mismos para abordar los problemas de salud desde una perspectiva poblacional. El modelo propuesto responde a las reflexiones hechas por Pedro Urra en los años 2008, en torno a la gestión del conocimiento en salud. El conocimiento no puede estar desligado a la práctica ni a las necesidades de los grupos poblacionales.

Considerando el modelo de gestión del conocimiento de Nonaka y Takeuchi, 1995, a continuación se describe la forma de conversión del conocimiento tácito a explícito en la atención prenatal a adolescentes en un servicio de salud:

3.15 Objetivo 4. Proponer elementos para la conversión del conocimiento tácito a explícito en la gestión del conocimiento en la atención prenatal.

Figura 19. Cuadro explicativo de la conversión del conocimiento tácito a explícito para la gestión del conocimiento en la atención prenatal a la adolescente primigestas.



El cuadro anterior explica las formas de conversión del conocimiento en una institución que provee servicios de atención prenatal. Es lo que Nonaka en (1995), explicó como la espiral del conocimiento. Está fundamentada en las posibilidades que ofrecen los cuatro modos posibles de interacción o conversión entre las distintas categorías o tipos de conocimiento definidos por el autor.

De tácito a tácito corresponde a la socialización, que consiste en adquirir el conocimiento tácito por medio de experiencias, como exposiciones orales, documentos, manuales y tradiciones. Esta forma de conocimiento es novedosa para la base colectiva de la organización. (La estrategia inicial es la conformación de un equipo de trabajo multidisciplinario y la actualización de necesidades de conocimiento)

De explícito a explícito, es la combinación y consiste en el proceso que crea conocimiento explícito al reunirlo de cierto número de fuentes, mediante intercambio de conversaciones telefónicas, reuniones, correos. Se puede categorizar y clasificar para formar base de datos que producen conocimiento. (Manejo de la gestión, innovación de servicios, sistemas de información, transmisión vía Web.)

De tácito a explícito, es la exteriorización. Radica en convertir conocimiento tácito en conceptos explícitos, los cuáles se hacen tangibles por medio del uso de metáforas. Este es un conocimiento difícil de comunicar, pero se integra en la cultura de la organización. La actividad esencial en este proceso es la creación del conocimiento. (Comprende la identificación de medios para la transferencia, materiales, establecimiento de relaciones dentro del equipo, elaboración material de apoyo)

De explícito a tácito, es la interiorización, en este proceso se incorpora conocimiento explícito en conocimiento tácito, es decir, se analizan experiencias adquiridas en la práctica de nuevos conocimientos y se incorporan en las bases

de conocimiento tácito de los miembros de la organización en forma de modelos compartidos o prácticas de trabajo.

3.16 Mecanismos de la gestión del conocimiento para la atención integral de la adolescente primigesta

Los mecanismos de la gestión del conocimiento para la atención prenatal de la adolescente primigesta, se basan en el modelo creado para ser utilizado a nivel empresarial por Nonaka y Takeuchi.

El modelo está fundamentado en las posibilidades que ofrecen cuatro modos posibles de interacción o conversión entre distintas categorías o tipos de conocimiento que son una combinación del conocimiento tácito y explícito, generando con ello una espiral del conocimiento.

Este proceso es dinámico y el conocimiento es creado a través de la interacción de la información, el contexto y la experiencia, que considera además las creencias, juicios, expectativas y también metodologías que desarrollan los individuos a partir de su propia experiencia.

Esta interacción inicia en los sentidos, pasa al entendimiento y termina en la razón, porque el conocimiento es producto de una relación entre el sujeto y objeto dentro de un proceso eminentemente cognitivo.

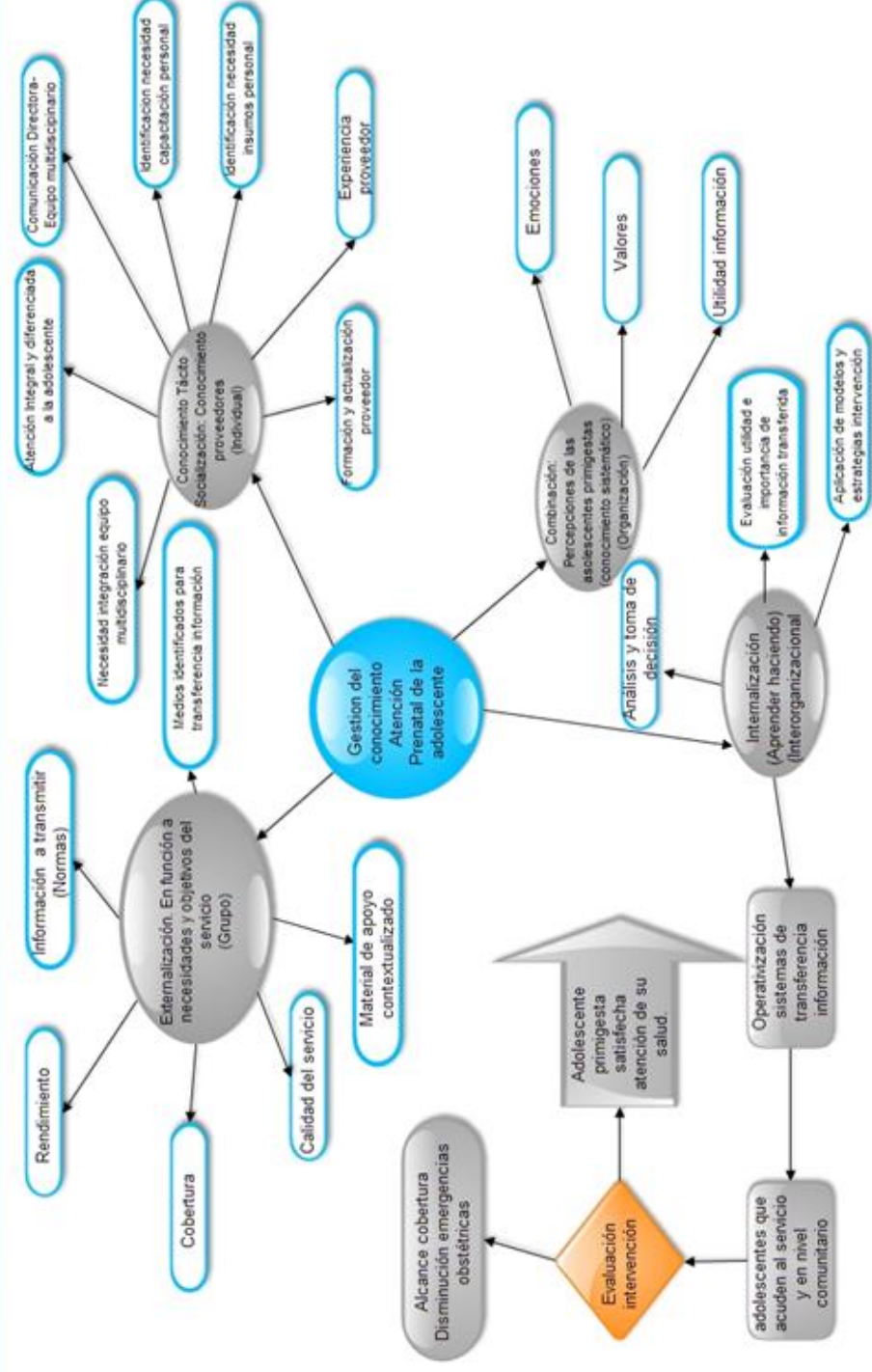
Cada categoría tiene un proceso y mecanismos que les permite adquirir, compartir y generar conocimiento. Estos mecanismos se encuentran en el cuadro explicativo para la conversión del conocimiento tácito a explícito.

El cuadro que a continuación se presenta; considera un enfoque organizacional basado en tres características de la creación de conocimiento en las empresas japonesas y que consiste en: expresar lo inexpressable, diseminar el

conocimiento y crear nuevo conocimiento entre la bruma de la ambigüedad y redundancia.

Este enfoque organizacional genera un contexto de trabajo que permite la construcción de un escenario de aprendizaje real, donde los actores involucrados, mediante la aplicación de la teoría en la práctica, validan el conocimiento existente o producen uno nuevo.

Figura 20. Mecanismos de la gestión del conocimiento para la atención prenatal de la adolescente



Fuente: adaptado del modelo de Nonaka y Takeuchi, Gutiérrez, Juan y Blanco, E. Elaboración propia.

Conclusiones

De los resultados obtenidos del grupo focal donde intervinieron las adolescentes primigestas y los derivados de las entrevistas dirigidas a personal proveedor del servicio de atención prenatal y los emanados de la observación participante, se concluye alrededor de un tema macro, relacionado con la gestión del conocimiento en la atención prenatal y las formas de conversión del conocimiento adaptado del modelo propuesto por Nonaka y Taekuchi.

El embarazo en adolescentes es un reto que se debe enfrentar, aunque exige transformaciones en la práctica médica en función a necesidades y objetivos de un servicio de atención prenatal contextualizado y con adecuación cultural que sea pertinente con la población objetivo.

Desde las percepciones de las adolescentes primigestas es importante considerar sus emociones, valores y actitudes de tal forma que la información técnicamente construída y expuesta en los documentos que orientan la práctica médica, se institucionalicen y sea transferida a las adolescentes en forma comprensible utilizando la tecnología de forma tal que el mensaje se transmita con los mismos simbolos y canales de comunicación preferidos por este grupo etário.

En el grupo de adolescente primigestas es urgente abordar procesos de motivación social, es decir la presencia de otras personas que influyan de forma importante en su motivación y en la ejecución de la conducta motivada en función de su responsabilidad con relación al autocuidado.

Mediante la aplicación de esta estrategia de intervención se está internalizando el conocimiento interorganizacional y se va implementando y desarrollando como trabajo en equipo, mediante un proceso de educación en forma permanente.

Con esta estrategia se disminuyen emociones como el miedo, soledad, intranquilidad, incertidumbre que son actualmente factores de riesgo para la salud de la adolescente primigesta.

Al encontrar la adolescente en el servicio de salud un espacio en donde se sienta comprendida, apoyada e informada, se convertirá el momento de su atención prenatal en una experiencia satisfactoria motivadora que provoque realizar cambios en la búsqueda de su desarrollo tanto culturalmente como el establecido en su rol de futura madre; pero en ese momento tendrá todo un bagaje de conocimientos que le permitan actuar en su momento con propiedad ante este nuevo rol de vida.

De esta manera, surge un modelo que, a través de la gestión del conocimiento se promueve la transformación del servicio, brindando un cuidado especializado con calidad y calidez, que involucre a la adolescente en un proceso que la legitime a ejercer la maternidad con responsabilidad porque se encuentra debidamente capacitada y apoyada para enfrentar los nuevos retos que ello conlleva.

Teniendo en cuenta lo anterior se formulan conclusiones generales evidenciadas en esta investigación:

De acuerdo con la información analizada, en la mayoría de casos la adolescente enfrenta el embarazo sola, lo que suscita en ella inseguridad, miedo con relación a su futuro, incertidumbre. Las anteriores emociones la inmovilizan y desmotivan para buscar opciones que le permitan salir adelante tanto ella como persona, como con su bebé.

En el servicio de salud no se realiza transferencia del conocimiento en forma sistematizada intra ni interinstitucional. Los mecanismos establecidos son precarios y no constituyen procesos que permitan generar nuevo conocimiento en la institución.

En el servicio de salud se cuenta con el recurso necesario para la implementación de un proceso de gestión del conocimiento a nivel institucional, cuenta con profesionales de diferentes áreas de la salud, por lo que se requiere únicamente de voluntad política y capacitación para la integración de un equipo de trabajo multidisciplinario que facilite una atención médica integral y diferenciada.

Para la implementación de un proceso de gestión del conocimiento, la institución requiere de medios para la transferencia de la información, un grupo de profesionales multidisciplinaria y la generación de una cultura organizacional que involucre a su recurso humano en la creación, difusión y uso del conocimiento.

La información contemplada en las intervenciones y acciones propuestas para la primera demora no son efectivas en el nivel de los servicios de salud; debido a que la demanda de atención es considerable al igual que la demanda administrativa lo que reduce el tiempo disponible para proporcionar una atención adecuada.

La adolescente tiene el reto de demostrar que es capaz de asumir un nuevo rol en su vida, lo que genera incertidumbre con relación a su futuro. Esta situación se complica cuando no cuenta con el apoyo familiar y de instituciones que velen por proporcionarle información de calidad y oportuna para solventar sus necesidades.

La adolescente aún está en proceso de aceptar su embarazo, cuando llega su momento del parto, que en la mayoría de ocasiones lo enfrenta sin información ni conocimiento que le apoye por si tiene que tomar decisiones.

El acudir una adolescente primigesta a su control prenatal (cómo se realiza en la actualidad) no le garantiza satisfacer sus necesidades psicológicas y sociales que se constituyen como primordiales en ese momento de su vida.

Por lo anterior, los servicios de salud deben propiciar mecanismos que activen la dimensión colectiva del conocimiento para generar una red de relaciones adecuada que permita la generación y transferencia del conocimiento en todos los niveles de atención de la institución, de esta forma poder influir en la forma como se diseñan los puestos y procesos de trabajo en función de una planificación estratégica realizada con objetivos concretos para lograr impactar y transformar la salud de las adolescentes primigestas.

La propuesta se ha realizado con base al triángulo del servicio que incluye aspectos clave del sistema de calidad y está en función de la satisfacción de la usuaria que surge de la interacción de la estrategia que responde al concepto del servicio, integración de equipo multidisciplinario funcional y de la estructura del sistema de prestación del servicio.

Recomendaciones

- Optimizar las tecnologías alternativas como mecanismos para la transferencia del conocimiento, de esta forma innovar el acceso a la información para fomentar el autocuidado en el grupo de adolescentes.
- Diseñar estrategias utilizando Tecnologías de Información, Educación y Comunicación –TICS- para transferir el conocimiento, propuesto en la primera demora, y dirigido a las adolescentes primigestas con la eficiencia y eficacia institucional.
- Implementar un proyecto de intervención basado en el modelo de gestión del conocimiento en la atención prenatal de la adolescente primigesta de tal forma que contribuya a optimizar recursos y alcanzar la eficiencia y eficacia en las acciones implementadas.
- Capacitar al personal multidisciplinario responsable de proveer el servicio de atención integral y diferenciada a la adolescente en técnicas de comunicación eficaz y efectiva.
- Implementar procesos de educación permanente en la institución para cerrar las brechas de conocimiento encontradas según diagnóstico de necesidades identificadas.
- Contextualizar la atención prenatal, considerando la cultura, percepciones y valores de las adolescentes que acuden al servicio, a fin de contribuir a satisfacer las necesidades sentidas de las adolescentes con relación a su salud sexual y reproductiva.
- Implementar un sistema de atención con base a resultados que impacten la situación real de salud de las adolescentes.

Referencias Bibliográficas

- Abou-Zeid, E. (August 2005). A culturally aware model of inter-organizational knowledge transfer. *Knowledge Management Research & Practice*, 3, 146–155. doi: 10.1057/palgrave.kmrp.8500064
- Agencia Nacional de Infraestructura. (2012). Guía para la gestión del conocimiento. Código Gi-12. Bogotá: Autor. Recuperado de http://www.ani.gov.co/site/default/files/gi-12_guia_para_la_gestion_del_conocimiento_v1_ani_0.pdf
- Alavi, M., & Leidner, D. (1999). Knowledge management systems: Issues, challenges and benefits. *Communications of the association for information systems*, 1(2), 1-35. Recuperado de <http://blog.ub.ac.id/izuaf/files/2013/11/Knowledge-Management-Systems-ISSUES-CHALLENGES-AND-BENEFITS.pdf>
- Alavi, M., & Leidner, D. (2001). Review: Knowledge management and knowledge management systems: Conceptual foundations and research issues. *Journal Management Information Systems*, 25(1), 107-136. Recuperado de <http://misq.org/review-knowledge-management-systems-conceptual-foundations-and-research-issues.html?issues.html?SID=dffltcmt0dph2ajkgb15870o81>
- Albrecht, K. (1990). *Service within solving the middle management leadership crisis*. Homewood, Ill: Irving, Edición en castellano: *Servicio al cliente interno*. Barcelona: Paidós. Recuperado de <http://karlalbrecht.com/books/chapters/SA01.pdf>
- Alchian, A., & Demsetz, H. (December 1972). Production, information costs, and economic organization. *American Economic Review*, 62, 665-697. Recuperado de <https://www.aeaweb.org/aer/top20/62.5.777-795.pdf>
- Alegre-Vidal, J. (2004). *La gestión del conocimiento como motor de la innovación: Lecciones de la industria de alta tecnología para la empresa*. Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I.
- Amaro, H., Zuckerman, B., & Cabral, H. (1989). Drug use among adolescent mothers: Profile of Risk. *Pediatrics*, 84(1), 144 - 151. Recuperado de <http://pediatrics.aappublicacations.org/content/84/1/144.short>
- Arbonés, Á. (2006). *Conocimiento para innovar: Cómo evitar la miopía en la gestión del conocimiento*. España: Díaz de Santos. Recuperado de http://opac.udea.edu.co/cgiolib/?sf_entry=Conocimiento+para+innovar&style=tiau&infile=presearch.glue&searcher=tiau.glue&sf_entry2=&name_srcht=1&nh=20&beforedate=&afterdate=

- Arbonés, Á., & Aldazabal, J. (2005). *Identificación y evaluación de flujos de conocimiento en las organizaciones*. España: Mik. Recuperado de <http://www.madrimasd.org/revista/revista30/bibliografias/bibliografia1.asp>
- Arceo, G. (2009). *El impacto de la gestión del conocimiento y las tecnologías de información en la innovación: Un estudio en las Pyme del sector agroalimentario de Cataluña*. (Tesis doctoral). Universidad Politécnica de Catalunya, Departamento de Organización de Empresas, España.
- Archanco, R. (2013). *Breve guía no convencional para la gestión del conocimiento empresarial*. España. Recuperado de www.papelesdeinteligencia.com
- Argote, L., & Ingram, P. (2000). Knowledge transfer: A basis for competitive advantage in firms. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 82, 150-169. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749597800928930>
- Ashton, J., & Howard, S. (1988). *The new public health: The Liverpool experience*. Buckingham, Inglaterra: Open Universty Press.
- Barrios, M. (2010). *El derecho a la salud de la adolescencia guatemalteca. Una mirada a su vulnerabilidad*. Guatemala: Médicos del Mundo.
- Boisier, S. (2002). Sociedad del conocimiento, conocimiento social y gestión territorial. *Revista del Cesla*, 4, 60-94. Recuperado de http://www.cesla.uw.edu.pl/www/images/stories/wydawnictwo/czasopisma/Revista/Revista_4/60-94_Boisier.pdf
- Bueno, E. (2002). *La gestión del conocimiento científico y técnico en la comunidad de Madrid*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Bueno, E. (2003). *Gestión del conocimiento en universidades y organismos públicos de investigación*. Madrid: Ediciones de la Dirección General de Investigación - Consejería de Educación. Recuperado de http://www.madrimasd.org/informacionidi/biblioteca/publicacion/doc/16_GestionConocimientoUniversidadesOPIS.pdf
- Carballo, R. (2006). *Innovación y gestión del conocimiento*. Madrid: Díaz de Santos.
- Comisión Económica para América Latina. (2010). *Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la CEPAL*. Santiago. Recuperado de <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36625/S2010505es.pdf?sequence=1>
- Daft, R. L. (1992). *Organizational theory and design*. St. Paul, MN: West.
- Davenport, T., & Prusak, L. (1998). *Conhecimento empresarial: Como as organizações gerenciam o seu capital intelectual*. Rio de Janeiro: Campues.

- Davenport, T., & Prusak, L. (2000). *Working knowledge: how organizations manage what they know*. Boston: Harvard Business School Press.
- Davenport, T., & Prusak, L. (2001). The rese of knowledge towards attention management. *Journal of Knowledge Management*, 5(3), 212-221. doi: 10.1108/13673270110400816
- Davis, S. (1989). Pregnancy in adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 36(3), 665-80.
- Darr, E., & Kurtzberg, T. (2000). An investigation of partner similarity dimensions on knowledge transfer. *Organization Behavior & Human Decision Processes*, 82, 28-44. Recuperado de [http:// www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749597800928851](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749597800928851)
- Decreto del Congreso de la República de Guatemala número 32.2010. Art. 2. *Ley de Maternidad Saludable*. Diario de Centroamérica, No 41, 7 de octubre 2010.
- Driedger, S. M., Cooper, E. J., & Moghadas, S. M. (2014). Developing model-based public health policy through knowledge translation: The need for a “communities of practice”. Canadá. *Public Health*, 128(6), 561-567.
- Drucker, P. (1993). *Post-capitalist society*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Eiglier, P. y Langeard E. (1998). *Servucción: El marketing de los servicios*. España: McGraw Hill.
- Elster, A., McAnarney, E., & Lamb, M. (1983). Parental behavior of adolescent mothers. *Pediatrics*, 71(4), 494-503. Recuperado de <http://pediatrics.aappublications.org/content/71/4/494.short>
- Esterberg, K. (2002). *Qualitative Methods in Social Research*. Massachusetts, USA: McGraw-Hill higher education.
- Feo, O., Feo, C. y Jiménez, P. (2012). *Pensamiento contrahegemónico en salud*. Maracay, Venezuela: Universidad de Carabobo.
- Fernández J. (2000). Los campos de acción de la gestión del conocimiento. *Capital Humano*, 124, 64-5.
- Fernández, C., Guerra, M. y Soler, S. (2009). Estrategia educativa para gestión del conocimiento sobre embarazo ectópico en atención primaria de salud. *Revista Médica Electron*, 31(2). Recuperado de <http://scieloprueba.sld.cu/pdf/rmed/v31n2/spu010209.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). *La adolescencia. Datos y cifras de Guatemala*. Guatemala: Autor. Recuperado de <http://www.unicef.org.gt>

/1_recursos_unicefgua/publicaciones.html

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2012). Estudio sobre los mecanismos, costos y formas de financiamiento para disminuir la mortalidad materna en Guatemala. *Boletín*, 9. ¡Quiero crecer con mamá!. Recuperado de <http://icefi.org/contamos-9-quiero-crecer-con-mama%E2%80%A8/>
- Foray, D., & Lundval, B. (1996). *From the economics of knowledge to the learning economy en OCDE, employment and growth in the knowledge-based economy*. Paris: Autor.
- García, F. (1994). La epidemiología “moderna” y la “nueva” salud pública. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68, Monográfico,101-105. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL68/68:m:101.pdf
- García, F. (2003). La gestión del conocimiento: aplicación a la promoción de la salud. *Scire*, 9(1), 151-170.
- Gibbons, M., Limoges, C., Nowothy, H., Schwartzman, S., Scott, P. y Trow, M. (1997). *La nueva producción del conocimiento. La dinámica de la ciencia y la investigación en las sociedades contemporáneas*. Barcelona: Pomares-Corregidor.
- Gil, H. (2007). El enfoque etnometodológico en la investigación científica. *Liberabit*, 13, 89-91. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a11v13n13.pdf>
- Gil-Montelongo, M., Rojas, G., Molina, C. y Bolio, C. (2011). La gestión de la información como base de una iniciativa de gestión del conocimiento. *Ingeniería Industrial*, 32(3), 231-237.
- Gómez-Llera, G. y Pin. J. (1993). *Dirigir es educar*. Madrid: McGraw Hill.
- González, Y. (2010). Gestión del conocimiento en el área de investigación de las Universidades Públicas. Caso Luz. Venezuela: *Revista electrónica de Humanidades, Educación y Comunicación Social*, (8), 18-31. Recuperado de http://www.urbe.edu/publicaciones/redhecs/histórico/pdf/edicion_8/12-gestion-del-conocimiento-en-el-area-de-investigacion-pdf
- Gouza, A. (2007). *Los factores determinantes de la transferencia del conocimiento dentro de las spin –offs universitarias*. (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Departamento de Economía de la Empresa, España.
- Grant, R. (1991). A resource-based theory of competitive advantage: Implications for strategy formulation. *California Management Journal*, 33(3), 114-135.
- Grant, R. (1996). Prospering in dynamically competitive environments: Organizational

- capability as knowledge integration. *Organization Science*, 7(4), 375-388.
- Grant, R. (1996). Toward a knowledge-based theory of the firm. *Strategic Management Journal*, Winter Special Issue, 17, 109-122. Recuperado de http://gul.gu.se/public_courses/course40530/published/1298469899850/resourceId/15964758/content/Grant%20-%20SMJ%201996%20-%20Theme%203.pdf
- Grant, R. (1999). *Dirección Estratégica (original: Contemporary strategy analysis: concepts, techniques, applications)*. Madrid: Civitas.
- Greenberg, L. y Paivio. S. (2007). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Guaderrama, A. y Arroyo, J. (2011). Conocimiento tácito: Su transferencia dentro de la organización, como fuente de ventaja competitiva sostenible. (Español). *Administración y Organizaciones*, 14(26), 9-26.
- Gupta, A., & Govindarajan, V. (2000). *Knowledge flows within multinational corporations*. *Strategic Management Journal*, 21(4), 473 – 496. Recuperado de [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)10970266\(200004\)21:4%3C%3E1.0.CO;2-L/issuetoc](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)10970266(200004)21:4%3C%3E1.0.CO;2-L/issuetoc)
- Hill, H. (1913). *The New Public Health*. Minneapolis, Minnesota: Journal-Lancet. Recuperado de <https://archive.org/details/b21358801>
- Hill, M. (2000). *The impact of Information on Society: An examination of its nature, value and usage*. London: Bowker–Saur.
- Instituto Nacional de Estadística. (2014). *Caracterización República de Guatemala*. Guatemala: Autor. Recuperado de <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/02/26/L5pNHMXzxy5FFWmk9NHCrK9x7E5Qqvvy.pdf>
- Jiménez, J. (2008). *El valor de los valores en las organizaciones*. Caracas, Venezuela: Comunicaciones. Recuperado de <http://www.libroscograf.com/valores/losvalores/elvalordelosvalores.pdf>
- Kaplan, L. (1986). *Adolescencia. El adiós a la infancia*. Buenos Aires: Paidós
- Kaplan, R., & Norton, D. (September/October 1992). Putting the balanced scorecard to work. *Harvard Business Review*, (September/October), 134-47. Recuperado de <http://maaw.info/Article Summaries /ArtSumKaplanNorton93.htm>
- Koontz, H. y Weihrich, H. (1998). *Administración una perspectiva global*. México, D.F: McGraw-hill. Recuperado de <http://dspace.universia.net/bitstream/2024/940/1/Administracion+-+Una+perspectiva+global+-+11va+Ed.-+H.+Koontz.pdf>
- Krauskopf, D. (2000). *Participación social y desarrollo en la adolescencia*. San José,

- Costa Rica: Fondo de población de las Naciones Unidas. Recuperado de <http://codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Participación%20Social%20y%20Adolescencia%20Dina%20Krauskopf.PDF>
- Lara, S. (2013). *Mapa de conocimiento*. Tudela, Navarra: Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado de <http://sugestion.quned.es/conocimiento/ficha/def/conocimiento>.
- Lévy, J., Varela, J. (2003). *Análisis multivariable para las ciencias sociales*. Madrid: Prentice Hall.
- Lozoff, B. Jiménez, E., & Smith, J. (2006). Double burden of iron deficiency in infancy and low socioeconomic status: a longitudinal analysis of cognitive test scores to age 19 years. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(11), 1108-1113. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1866361/>
- Martínez, M. (2011). *Desarrollo de un modelo de gestión del conocimiento en la cadena de suministro de la industria agroalimentaria*. (Tesis doctoral). Recuperada de http://oa.upm.es/6199/1/MOISES_ENRIQUE_MARTINEZ_SOTO.pdf
- McCarthy, J., & Maine, D. (1992). Framework for analyzing the determinants of maternal mortality. *Studies Family Planning*, 23(1), 23-33. Recuperado de <http://worldwidefistulafund.org/wp-content/uploads/2011/06/Framework-for-analyzing-VVF-determinants-2012.pdf>
- Mintzberg, H. (1970). Structured observation as a method to study managerial work. *Journal of Management Studies*, 7(1), 87-104. doi: 10.1111/j.1467-6486.1970.tb00484.x
- Muñoz, C. (2013). *Métodos mixtos: Una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud*. *Revista Chilena de Salud Pública*, 17(3), 218-223. Recuperado de <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/28632/30389>
- Muñoz, F., López-Acuña, D., Halverson, P., Guerra, C., Hanna, W., Larrieu, M., ... Zeballos, J. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: Un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Publica/PanAmerican Public Health*, 8(1-2), 126-134. Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700017
- Muñoz, M. (2009). *Emociones, sentimientos y necesidades. Una aproximación humanista*, México: Instituto Nacional de Investigación en Desarrollo Humano. Recuperado de

- <http://www.inidh.org.mx/documentos/cuaderno6.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2003). *Informe final línea basal de mortalidad materna para el año 2000*. Guatemala: Autor.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2009). *Encuesta nacional de salud materno infantil 2008-2009*. Guatemala: Autor.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010a). *Normas de atención en salud Integral para primero y segundo nivel*. Guatemala: Departamento de Regulación de los Programas de atención a las Personas/ DRPAP. Recuperado de [http://mspas.gob.gt/libreacceso/images/stories/datos/2012/diciembre/Manual%20de%20Normas%20de%20Atención%20\(numeral%206\).pdf](http://mspas.gob.gt/libreacceso/images/stories/datos/2012/diciembre/Manual%20de%20Normas%20de%20Atención%20(numeral%206).pdf)
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010b). *Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna y neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva 2010-2015*. Guatemala: Autor. Recuperado de <http://www.osarguatemala.org/userfiles/ERMM%202010-2015.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2011a). *Guía de prevención del embarazo en la adolescencia en Guatemala*. Guatemala: Autor. Recuperado de <http://www.codajic.org/node/282>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2011b). *Guía para la implementación de la atención integrada materna y neonatal. Calificada con enfoque de género y con pertinencia cultural*. (2ª. ed.). Guatemala: Programa Nacional de Salud Reproductiva. Recuperado de www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2011 c). *Modelo de atención integral en salud*. Guatemala: Autor. Recuperado de <http://mspas.gob.gt/decap/files/descargas/bibliotecaVirtual/Documentos%20de%20salud/Modelo%20atención%20salud.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2008). *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo*. Santiago: Ministerio de Salud. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf>
- Mintzberg, H. (1970). Structured observation as a method to study managerial work. *Journal of Management Studies*, 7(1), 87-104.
- Navarro, R. (2004). *Factores socio-laborales que caracterizan la fluctuación laboral real*. (Tesis de maestría). Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba. Recuperado de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/tesisray.pdf>
- Nonaka, I., & Konno, N. (1998). The concept of “ba”: building a foundation for knowledge

- creation. *California Management Review*, 40(3), 40-54. Recuperado de http://14.63.170.163/v1/AUTH_078229b7-f0f5-49f9-9a0b-08fef890f216/KOCW/document/2014/Chungbuk/KimSangWook/10-1.pdf
- Nonaka, I., & Takeuchi H. (1995). *The knowledge-creating company*. Oxford: Oxford University Press. Recuperado de <http://www3.uma.pt/filipejmsousa/ge/Nonaka>
- Nonaka, I., & Takeuchi H. (1999). *La organización creadora de conocimiento. Cómo las compañías japonesas crean la dinámica de la innovación*. México, DF: Oxford University Press.
- Nonaka, I., Toyama, R., & Nagata, A. (2000). A Firm as a knowledge-creating entity: A new perspective on the theory of the firm. *Industrial and Corporate Change*, 9(1), 1-20. Recuperado de <http://down.cenet.org.cn/upfile/47/2007512104524189.pdf>
- Nonaka, I., Umemoto, K., & Senoo, D. (1996). From information processing to knowledge creation: a paradigm shift in business management. *Technology In Society*, 18(2), 203-218. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0160791X96000012,%201991.pdf>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (1996). *The knowledge-based economy*. París: Autor. Recuperado de <http://www.oecd.org/sti/sci-tech/1913021.pdf> tech/
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2000). *Competition in local services: Solid waste management*. Paris: Autor. Recuperado de [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DAFFE/CLP\(2000\)13&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DAFFE/CLP(2000)13&docLanguage=En)
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2003). *Measuring knowledge management in the business sector: first steps*. Paris: Autor. Recuperado de <http://213.253.134.29/oecd/pdfs/browseit/9603021E.PDF>
- Observatorio de Salud Reproductiva. (2012). *Flujograma de denuncia y derivación para la implementación de la ruta crítica de abordaje de los embarazos en menores de 14 años de edad*. Guatemala: OSAR. Recuperado de <http://www.osarguatemala.org/userfiles/RUTA%OVERSION%20FINAL2.pdf>
- Observatorio de Salud Reproductiva. (2011). *Plan de acción ciudadana*. Chimaltenango, Guatemala: Autor. Recuperado de <http://www.osarguatemala.org/userfiles/PlanVigilancia.pdf>

- Ordoñez, P. (12 -14 de Septiembre 1999). *Gestión del conocimiento y medición del capital intelectual*. Trabajo presentado en el IX Congreso Nacional de la Asociación Científica de Economía y Dirección de la Empresa, Burgos.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Derecho a la salud. (Nota descriptiva N°323). Media Center. Geneva: Autor. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Banco Mundial. (2005). Mortalidad materna en 2005: Estimaciones elaboradas por la OMS, Fondo para la infancia de las Naciones Unidas, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Banco Mundial. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/97892435962>
- Organización Panamericana de la Salud. (1992). *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La administración estratégica*. Washington, D.C: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Informe anual del director. Promoción de la salud en las Américas*. (Documento oficial No. 302). Washington, D.C: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud, primera conferencia internacional sobre promoción de la salud. Ottawa, Canadá: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. (1996). *Evaluación de servicios de atención ambulatoria de adolescentes. Estimación de complejidad, condiciones de eficiencia*. Washington, D.C: Fundación W.K.Kellogg.
- Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. (1998). Protección, riesgo y vulnerabilidad, sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los/las adolescentes. Caracas: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. (2012). *Las normativas de atención en salud desde la salud internacional. Sala interactiva de salud internacional*. Guatemala: Autor. Recuperado de http://www.ssi.campusvirtual.org/guatemala/?page_id=638.
- Ozofsky, J., Culp. A., & Ware, L. (September 1988). Teen mothering behaviors and interventions. *Journal of Adolescent Health Care*, 443-448.
- Parra, R. (2005). *Gestión de información y conocimiento en salud pública y la usabilidad en la Web en comunicación para el desarrollo*. Trabajo presentado en el Congreso Internacional Online TIC vida. Bogotá, Colombia.

- Peláez, J. (1997). Adolescente embarazada: Características y riesgos. Hospital Docente Materno Infantil "10 de Octubre". *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 23(1), 13-17. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol231_97/gin03197_.htm
- Pérez, A. (1985). *Universidad, política y sociedad*. Buenos Aires: Eudeba. Recuperado de http://www.terras.edu.ar/biblioteca/7/7SIST_PerezLindo_1_Unidad_5.pdf
- Pérez, A. (1993). *Teoría y evaluación de la educación superior*. Buenos Aires, Argentina: Aique.
- Pérez, A. (2004). Gestión del conocimiento en la Universidad. *Eduvim*, 4, 92- 111, Recuperado de http://rapes.unsl.edu.ar/Congresos_realizados/Congresos/IV%En+cuentro%20-%20Oct-2004/eje1/19.htm
- Pérez, A. (2008). *Conceptos y posibilidades de la gestión del conocimiento en la Universidad*. Buenos Aires, Argentina: Gestión Universitaria. Recuperado de http://www.gestuniv.com.ar/gu_01/v1n1a2.htm.
- Pérez-Montoro, M. (2005). Sistemas de gestión de contenidos en la gestión del conocimiento. *BiD: Textos universitaris de biblioteconomia i documentació*, (14) Recuperado de <http://bid.ub.edu/14monto2.htm>
- Polanyi, M. (1966). *The Tacit dimension*. London: Routledge. Recuperado de http://monoskop.org/images/1/11/Polanyi_Michael_The_Tacit_Dimension.pdf
- Probst, G., Raub, S. y Romhardt, K. (2001). *Administre el conocimiento*. México, DF: Pearson Educación.
- Reber, A. (1993). *Implicit learning and tacit knowledge: an essay on the cognitive unconscious*. New York: Oxford University Press.
- Red colombiana de investigación en política y sistemas de salud. (2009). *La gestión del conocimiento para la salud pública. Plan estratégico de Antioquia*. Colombia: Autor. Recuperado de <http://www.es.slideshare.net/radarik/la-gestion-del-conocimiento-para-la-salud-publica>
- Revere, D., Turner, A. M., Madhavan, A., Rambo, N., Bugni, P. F., Kimball, A., & Fuller, A. (2007). Understanding the information needs of public health practitioners: A literature review to inform design of an interactive digital knowledge management system. *Journal of Biomedical Informatics*, 40(4), 410-421. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1532046407000020>
- Rico, A. (1986). *Madres solteras adolescentes*. Bogotá: Plaza y Janes.

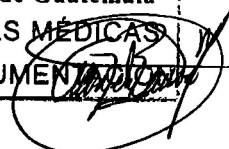
- Riege, A., & Lindsay, N. (2006). Knowledge management in the public sector: stakeholder partnerships in the public policy development. *Journal of knowledge Management* 10(3), 24-39. Recuperado de <http://lpis.csd.auth.gr/mtpx/km/material/JKM-10-3b.pdf>
- Rodríguez, D. (2006). Modelos para la creación y gestión del conocimiento: una aproximación teórica. *Educar*, 37, 25-39. Recuperado de <http://ddd.uab.cat/pub/educar/0211819Xn37/0211819Xn37p25.pdf>
- Rojas, L. (1990). *Problemática psicosocial de la madre adolescente. Programa atención integral del adolescente*. Costa Rica: Caja del Seguro Social.
- Rojo, N. (2003). Administración de recursos humanos. Generalidades en salud. En O. Carnota (Ed.) *Biblioteca Virtual para formación postgraduada de directivos del sector salud* [CD]. La Habana, Cuba: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Roldán, J. (2000). *Sistemas de información ejecutivos (EIS): Un estudio descriptivo sobre la situación en España*. Trabajo presentado en el I Encuentro Iberoamericano de Finanzas y Sistemas de Información. Universidad de Cádiz, Jerez de la Frontera, España.
- Romero, M., Ramos, S. y Ávalos, E. (2010). Modelos de análisis de la morbilidad materna Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. *Hoja Informativa OSSyR*, 3. Recuperado de <http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojasinformativas/hoja3.pdf>
- Romero, C. (2013). *La construcción social de la salud y los gobiernos locales*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Recuperado de www.binasss.sa.cr/revistas/ts/63/art3.htm/04/2014
- Ruíz, C. (4 de noviembre, 2013). Conocimiento y gestión del conocimiento. [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://carlos.ruez2010.wordpress.com/2013/11/04/conocimiento-y-gestion-del-conocimiento>
- Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. (2010). *Informe avance. Objetivos de desarrollo de milenio*. Guatemala: Autor. Recuperado de http://www.segeplan.gob.gt/downloads/Nota_conceptual_ODM_%20SEGEPLAN_271009.pdf
- Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2011). *Estudio nacional de mortalidad materna 2007*. Guatemala: Autor. Recuperado de [Estudio_nacional_de_mortalidad_materna_2011-3.pdf](http://www.segeplan.gob.gt/downloads/Estudio_nacional_de_mortalidad_materna_2011-3.pdf)

- Sakaiya, T. (1991). *The knowledge-value revolution or a history of the future*. Tokio, Japan: Kodansha. doi:10.2307/2059891
- Sakaiya, T. (1995). *Historia del futuro. La sociedad del conocimiento*. Santiago de Chile: Andrés Bello.
- Serradell, E. y Pérez, A. (2004). *La gestión del conocimiento en la nueva economía*. España: Universitat Oberta de Catalunya. Recuperado de <http://www.uoc.edu/dt/20133.pdf>
- Soto, M., y Barrios, C. (2006a). Gestión del conocimiento. Parte I. Revisión Crítica del estado del arte. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 14(2). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol14_2_06/aci04206.htm
- Soto, M. y Barrios, C. (2006b). Gestión del conocimiento. Parte II. Modelo de gestión por procesos. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 14(3). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol14_3_06/aci05306.htm
- Sveiby, K. (1997). *The new organizational wealth: Managing & measuring knowledge-based assets*. San Francisco: Berrett-Koehler. Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=xKNXlgaeCjAC&oi=fnd&pg=PR9&dq=The+New+Organizational+Wealth:+Managing+%26+measuring+knowledge-based+assets&ots=9VHigpA3g4&sig=YNIvSPQLWZpnxrxj-T5BtCV6ncU#v=onepage&q=The%20New%20Organizational%20Wealth%3A%20Managing%20%26%20measuring%20knowledge-%20based%20assets&f=false>
- Sveiby, K. (2001). A knowledge-based theory of the firm to guide strategy formulation. *Journal of Intellectual Capital*, 2(4). Recuperado de <http://www.sveiby.com/articles/knowledgetheoryoffirm.htm>
- Sveiby, K., & Lloyd, T. (1987). *Managing knowhow*. London, England: Bloomsbury.
- Syed-Ikhsan, S., & Rowland, F. (2004). Benchmarking knowledge management in a public organization in Malasia. *Benchmarking: An International Journal*, 11(3), 238-266. doi: 10.1108/14635770410538745
- Thaddeus S., & Maine, D. (1994). Too far to walk: maternal mortality in context. *Society ScienceMedical*, 38(8), 1091-1110. Recuperado de http://www.researchgate.net/profile/Deborah_Maine/publication/46505614_Too_far_to_walk_Maternal_mortality_in_context/links/00b495283bb7b3ece3000000.pdf
- Tyagi, S., Xianming, C., Yang, K., & Chambers, T. (2015). Lean tools and methods to support efficient knowledge creation. *International Journal of Information Management*, 35(2), 2004-2014. Recuperado de <http://www.researchgate.net/>

- profile/Satish_Tyagi_PhD/publication/269818504_Lean_tools_and_methods_to_support_efficient_knowledge_creation/links/54b3f2760cf28ebe92e445fc.pdf
- Traynor, R., DeCorby, K., & Dobbins, M. (2014). Knowledge brokering in public health: a tale of two studies. *Journal of the Royal Institute of Public Health*, 128(6), 533-44. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24684852>
- Ulich, D. (1986). *El sentimiento. Introducción a la psicología de la emoción*. Barcelona: Herder.
- Urra, P. (2008). *Reflexiones en torno a la gestión del conocimiento en salud*. Trabajo presentado en el Congreso Internacional INFO 2008, La Habana, Cuba. Recuperado de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/urra.pdf>
- Urra, P. (2011). *Sistemas de información en salud: diálogo con Pedro Urra González*. *Salud Colectiva*, 7(1), 99-111. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73118413008_2
- Valencia, M. (2013). Generación y transferencia de conocimiento. *Ingeniería Industrial*, 34(2), 178-187. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1815-59362013000200007&script=sci_arttext
- Valhondo, D. (2010). *Gestión del conocimiento: Del mito a la realidad*. Madrid: Díaz de Santos. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/165775318/Gestion-Del-Conocimiento-Valhondo-Solano-Domingo#scribd>
- Van der Spek, R., Hofer-Alfeis, J., & Kingma, J. (2003). *The knowledge strategy process. Handbook on Knowledge Management*. Springer, Berlín: Holsapple. Recuperado de http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-540-24748-7_20#page-1
- Vega, L. (2000). *La salud en el contexto de la nueva salud pública*. México, D.F: El Manual Moderno. Recuperado de http://saludpublica.univalle.edu.co/Logros/Publicaciones/443_franjalasaludenelcontextocapt.3.011.pdf
- Woodman, L. (1985). *Information management in large organisations. Information management from strategies to action*. London: B. Cronin.
- Wiig, K. M. (1994). *Knowledge management: the central management focus for intelligent-acting organizations*. Texas: Schema Press. Recuperado de <http://www.krii.com>
- Wiig, K. M. (1995). *Knowledge management methods: practical approaches to managing knowledge*. Arlington, TX: Schema Press.
- Wiig, K. M. (1997). Knowledge management: Where did It come from and where will It go?. *Journal of Expert Systems with Applications*, 13(1), 1-14. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0957417497000183>

- Wiig, K. M. (1999). *Comprehensive knowledge management*. Working paper KRI#1999-4 Revisión 2. Knowledge Research Institute. Recuperado de <http://www.krii.com>
- Zágarra, C., & García-Falcón, J. (2003). Factors favoring knowledge management in work teams. *Journal of knowlwdge Management*, 7(2), 81-93.
- Zapata, L. y Pineda, J. (2006). Generación y transferencia de conocimiento en pequeñas empresas: estudio de casos en el sector de las tecnologías de la información. *Revista Estudios de Administración*, 13(1), 1-35. Recuperado de http://estudiosdeadministracion.negocios.uchile.cl/estudios/Collection_files/Vol.%2013,%20N°1,%20Otoño%202006,%20Zapata,%20Pineda.pdf
- Zozaya, V. (2006). Las redes y la transferencia de conocimiento. *Boletín GC Redes Culturales*, 14, 1-9. Recuperado de <http://www.gestioncultural.org/boletín/2006/bgc14-VZozaya.pdf>

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
OPCA, UNIDAD DE DOCUMENTACIÓN



ANEXOS

Anexo 1. Croquis Centro de Salud Centroamérica.

Croquis Centro de Salud Centroamérica

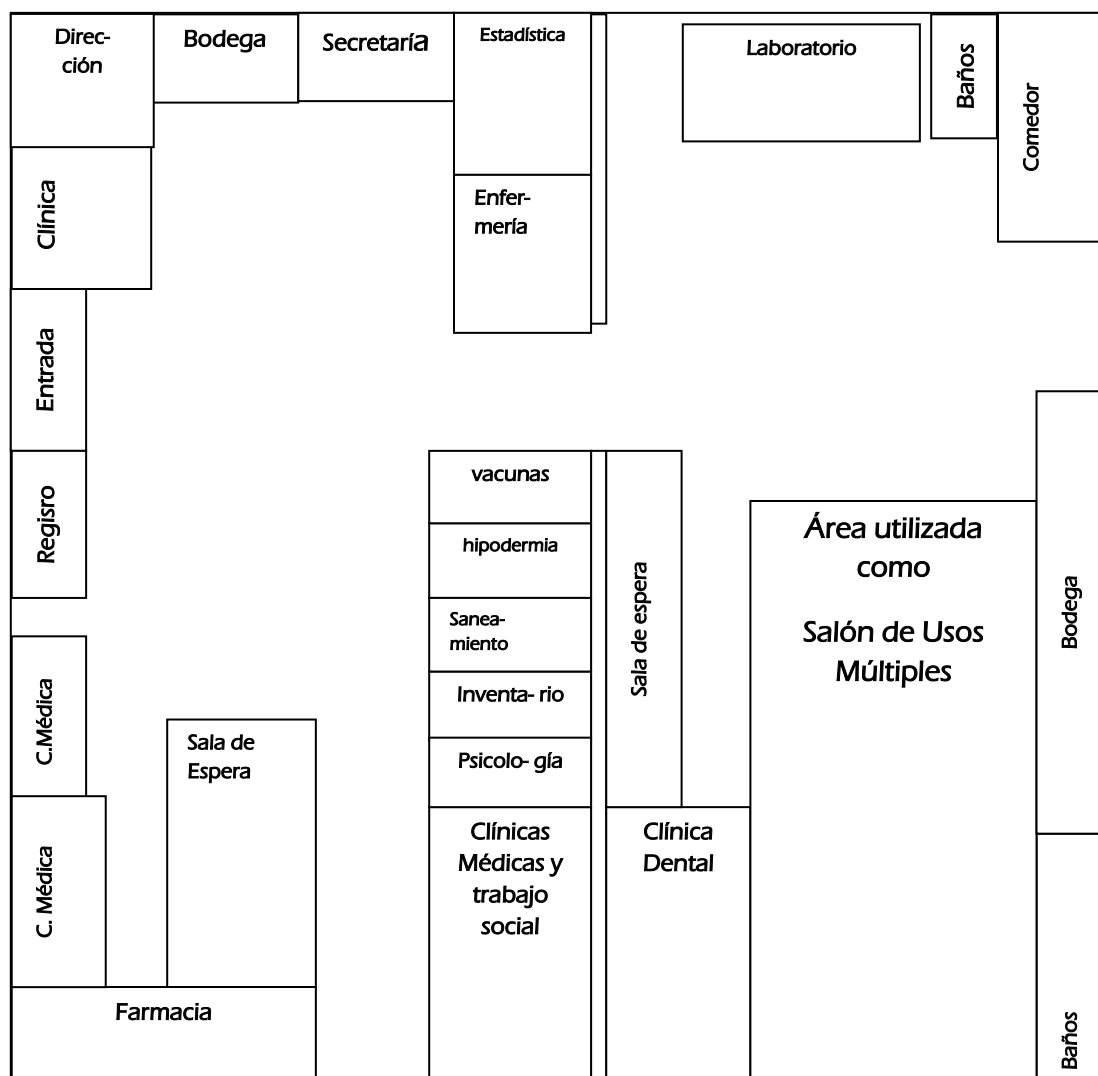


Figura 1.1 Fuente: archivos Centro de Salud Centroamérica y actualización por observación de la autora.

**Anexo 2. Valores de las adolescentes en la interacción
para la transferencia del conocimiento**

Distribución de adolescentes según grupos de edad y capacidad para entender los sentimientos y opiniones de las adolescentes. Valor: Comprensión

Capacidad entender	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Nunca	1	14.3	0	0.0	1	4.0
Frecuente	2	28..6	5	27.8	7	28.0
Siempre	4	57.1	13	72.2	17	68.0
Total	7	100.0	18	100.0	25	100.0

Cuadro 2.1 Fuente: base de datos generada por la encuesta realizada en la investigación.

Distribución de adolescentes según grupos de edad y confianza en la capacidad de ser tratado por personal de la institución. Valores: Seguridad

Confianza en la capacidad	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Frecuente	1	14.3	2	11.1	3	12.0
Siempre	6	85.7	16	88.9	22	88.0
Total	7	100.0	18	100.0	25	100.0

Cuadro 2.2 Fuente: base de datos generada por la encuesta realizada en la investigación.

Distribución de adolescentes según grupos de edad y atención recíproca en interacción durante la transferencia del conocimiento. Valores: respeto.

Atención recíproca	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Frecuente	0	0.0	2	11.1	2	8.0
Siempre	7	100.0	16	88.9	23	92.0
Total	7	100.0	18	100.0	25	100.0

Cuadro 2.3. Fuente: base de datos generada por la encuesta realizada en la investigación.

Distribución de adolescentes según grupos de edad y autenticidad de sentimientos y acciones en la interacción durante la transferencia del conocimiento. Valores: sinceridad.

Autenticidad	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Nunca	0	0.0	1	5.6	1	4.0
Frecuente	0	0.0	1	5.6	1	4.0
Siempre	7	100.0	16	88.9	23	92.0
Total	7	100.0	18	100.0	25	100.0

Cuadro 2.4. Fuente: base de datos generada por la encuesta realizada en la investigación.

Distribución de adolescentes según grupos de edad y solventar dudas durante la interacción en la transferencia del conocimiento. Valor: Disponibilidad

Solventar dudas	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Nunca	1	14.3	0	0.0	1	4.0
Frecuente	2	28.6	6	33.3	8	32.0
Siempre	4	57.1	12	66.7	16	64.0
Total	7	100.0	18	100.0	25	100.0

Cuadro 2.5. Fuente: base de datos generada por la encuesta realizada en la investigación.

Distribución de adolescentes según grupos de edad y capacidad de compromiso o de cuidado durante el embarazo. Valor: Responsabilidad.

Capacidad compromiso	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Frecuente	1	14.3	5	27.8	6	24.0
Siempre	6	85.7	13	72.2	19	76.0
Total	7	100.0	18	100.0	25	100.0

Cuadro 2.6. Fuente: base de datos generada por la encuesta realizada en la investigación.

Distribución de adolescentes según grupos de edad y cuidados necesarios para prevenir riesgos durante el embarazo. Valor: prevención

Cuidados necesarios	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Nunca	0	0.0	1	5.6	1	4.0
Frecuente	2	28.6	5	27.8	7	28.0
Siempre	5	71.4	12	66.7	17	68.0
Total	7	100.0	18	100.0	25	100.0

Cuadro 2.7. Fuente: base de datos generada por la encuesta realizada en la investigación.

Distribución de adolescentes según grupos de edad y sintonía intelectual - emocional con la persona que da la atención prenatal. Valor: empatía.

Sintonía intelectual- emocional	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Nunca	1	14.3	1	5.6	2	8.0
Casi nunca	1	14.3	0	0.0	1	4.0
Frecuente	0	0.0	10	55.6	10	40.0
Siempre	5	71.4	7	38.9	12	48.0
Total	7	100.0	18	100.0	25	100.0

Cuadro 2.8. Fuente: base de datos generada por la encuesta realizada en la investigación.

Distribución de adolescentes según grupos de edad e importancia que se da al cuidado durante el embarazo. Valor: Maternidad.

Importancia al cuidado durante el embarazo	Grupos de edad				Total	
	16 a 17		18 a 19			
	No.	%	No.	%	No.	%
Nunca	0	0.0	1	5.6	1	4.0
Frecuente	0	0.0	2	11.1	2	8.0
Siempre	7	100.0	15	83.3	22	88.0
Total	7	100.0	18	100.0	25	100.0

Cuadro 2.9. Fuente: base de datos generada por la encuesta realizada en la investigación.

**Anexo 3. Instrumentos utilizados para la
recolección de información**

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
ESCUELA DE POSTGRADOS.
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA.
INVESTIGADORA: Hilda E. Valencia de Abril

INSTRUMENTO 1
ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

*“Gestión y transferencia del conocimiento en la Atención Prenatal
a adolescentes primigestas”*

INFORMACIÓN GENERAL.

Lugar en donde se realiza la entrevista: _____

Nombre del (a) persona entrevistada: _____

Edad: _____ Cargo dentro de la institución: _____

Tiempo de laborar en la institución: _____

Duración de la Entrevista: _____

Presentación:

A continuación se presentan interrogantes, con las cuales se desarrollará la entrevista a profundidad con la Directora del Centro de Salud Centroamérica ubicado en la zona 7 de la Ciudad de Guatemala.

La entrevista será gravada con autorización de la persona entrevistada y luego se transcribirá para que posteriormente esta información se organice en una matriz.

La información obtenida en esta primera entrevista será la base para la realización de una segunda y tercera entrevista de ser necesario, de tal forma que se logre saturar los contenidos.

PREGUNTA GENERADORA:

¿Cómo se gestiona y transfiere el conocimiento en la atención prenatal dirigida a la adolescente primigesta?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS:

¿Cuál es el contenido?

¿Cuál es la forma?

¿Cuáles son los mecanismos?

¿Cuáles son los medios utilizados y las posibilidades de transferencia del conocimiento relacionado con la primera demora, a la adolescente primigesta en la institución?

¿Cómo se ha institucionalizado la gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal?

¿Cuál es el perfil del recurso humano que realiza la transferencia del conocimiento en la institución?

¿Quién lo califica?

¿Cómo se sistematiza?

¿Hay evidencia de vidas salvadas como producto de la transferencia del conocimiento relacionado con la primera demora dirigido a adolescentes primigesta, en la institución?

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

ESCUELA DE POSTGRADOS.

DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA.

INVESTIGADORA: Hilda E. Valencia de Abril

INSTRUMENTO 2

ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

“Gestión y transferencia del conocimiento en la Atención Prenatal a adolescentes primigestas”

INFORMACIÓN GENERAL.

Lugar en donde se realiza la entrevista: _____

Nombre del (a) persona entrevistada: _____

Edad: _____ Cargo dentro de la institución: _____

Tiempo de laborar en la institución: _____

Duración de la Entrevista: _____

Presentación:

La entrevista a profundidad está dirigida al personal médico y de enfermería que realiza la transferencia del conocimiento en la atención prenatal en el Centro de Salud Centroamérica ubicado en la zona 7 de la Ciudad de Guatemala.

La entrevista será gravada con autorización de la persona entrevistada y luego se transcribirá para que posteriormente esta información se organice en una matriz.

La información obtenida en esta primera entrevista será la base para la realización de una segunda y tercera entrevista de ser necesario, de tal forma que se logre saturar los contenidos.

PREGUNTA GENERADORA:

¿Cómo valora la actividad de gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal?

¿Qué experiencias relevantes tiene Ud. o la institución en la gestión y transferencia del conocimiento?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS:

¿Cuáles son los factores que potencian la gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal?

¿Cuáles son las dificultades encontradas en la gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal?

¿Cuáles son sus motivaciones para la gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal de la adolescente primigesta?

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
ESCUELA DE POSTGRADOS.
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA.
INVESTIGADORA: Hilda E. Valencia de Abril

INSTRUMENTO 3 GRUPO FOCAL

*“Gestión y transferencia del conocimiento en la Atención Prenatal
a adolescentes primigestas”*

INFORMACIÓN GENERAL.

Lugar y fecha en donde se realiza el grupo focal: _____

Número de adolescentes primigestas que participan: _____

Duración de la actividad: _____

Presentación:

El grupo focal está constituido por adolescentes primigestas que acuden a su control prenatal al Centro de Salud Centroamérica. El número de participantes será entre 8 a 12 adolescentes que cumplan con los criterios de inclusión en la investigación.

La temática a desarrollar con este grupo focal es la siguiente:

1. ¿Cómo se sienten al estar embarazadas?
2. ¿Se les ha orientado con relación a cómo cuidar su salud y la del bebé durante el embarazo?
3. ¿De lo que se les ha enseñado qué es lo que considera importante y Por qué?
4. ¿Por qué es importante para Uds. la consulta prenatal?
5. ¿De lo que se les ha enseñado qué es lo que considera importante? ¿Por qué?
6. ¿Cómo se les han enseñado? , ¿Ha sido esta información clara y comprensible y aplicable?
7. ¿Han tenido oportunidad de preguntar y le han esclarecido dudas?
8. ¿Cómo les han enseñado a identificar señales de peligro, y si identifican alguna es importante para Uds.? ¿Por qué?
9. ¿Cuándo reciben la atención prenatal, les explican por qué debe tener los controles prenatales durante su embarazo?
10. ¿Cuál o cuáles de las orientaciones recibidas les han sido de mayor utilidad?

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
ESCUELA DE POSTGRADOS.
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA.
INVESTIGADORA: Hilda E. Valencia de Abril

INSTRUMENTO 4
ENTREVISTA A PROFUNDIDAD
*“Gestión y transferencia del conocimiento en la Atención Prenatal
a adolescentes primigestas”*

INFORMACIÓN GENERAL.

Lugar en donde se realiza la entrevista: _____

Nombre del (a) persona entrevistada: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Funciones dentro de la

Institución: _____

Tiempo de laborar en la institución: _____

Duración de la Entrevista: _____

Presentación:

A continuación se presentan varias interrogantes, con las cuales se desarrollará la entrevista a profundidad con el personal médico y de enfermería que realizan la transferencia del conocimiento en la atención prenatal en el Centro de Salud Centroamérica ubicado en la zona 7 de la Ciudad de Guatemala.

La entrevista será gravada con autorización de la persona entrevistada y luego se transcribirá para que posteriormente esta información se organice en una matriz.

La información obtenida en esta primera entrevista será la base para la realización de una segunda y tercera entrevista de ser necesario, de tal forma que se logre saturar los contenidos.

PREGUNTA GENERADORA:

¿Cuál es la importancia y relevancia de la gestión y transferencia del conocimiento en la atención prenatal? ¿Por qué?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS:

¿Cuál es su prioridad como proveedor de servicio de atención prenatal para que la adolescente primigesta identifique las señales de peligro? ¿Por qué?

¿Cuál es el aspecto más importante que debe conocer la adolescente primigesta?

¿En qué repercute la falta de orientación de las adolescentes primigestas?

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
ESCUELA DE POSTGRADOS.
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA.
INVESTIGADORA: Hilda E. Valencia de Abril

INSTRUMENTO 5 ENCUESTA

"Gestión y transferencia del conocimiento en la Atención Prenatal
a adolescentes primigestas"

INFORMACIÓN GENERAL.

Lugar en donde se realiza la entrevista: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Estudios realizados: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Presentación: Este cuestionario tiene como objetivo estudiar las emociones que se generan durante la experiencia de la adolescente de haber obtenido información importante para mantener la salud durante el embarazo. A continuación encontrará una lista de emociones, seguidas de una explicación para comprender su significado y valor. El apoyo que nos proporcionará consiste en expresar la emoción sentida durante la consejería que le fue proporcionada en la atención prenatal recibida. Para valorar cada emoción utilice la siguiente escala:

Nunca	Casi Nunca	Frecuentemente	Siempre
0	1	2	3

Orientación	¿Cuándo le dieron la información para mantener la salud durante el embarazo sintió que se hizo en forma correcta y comprensible?	_____
Gratitud	¿Sintió agradecimiento cuando le fue dada la información importante para mantener la salud durante el embarazo?	_____
Estímulo	¿Sintió ilusión, ánimo, interés y motivación cuando le fue dada la información para mantener la salud durante el embarazo?	_____
Tranquilidad	¿Sintió confianza, acompañamiento y serenidad cuando le fue dada la información para mantener la salud durante el embarazo?	_____
Reconocimiento	¿Sintió satisfacción cuando le fue dada la información para mantener la salud durante el embarazo?	_____
Entusiasmo	¿Sintió alegría y optimismo cuando le fue dada la información para su auto cuidado?.	_____
Satisfacción	¿Sintió bienestar o placer cuando le fue dada la información para mantener su salud durante el embarazo?	_____
Preocupación	¿Sintió inquietud, temor o tranquilidad cuando le fue dada la información para mantener la salud durante el embarazo?	_____
Confusión	¿Sintió falta de claridad cuando le fue dada la información para mantener la salud durante el embarazo?	_____

Intranquilidad ¿Sintió falta de confianza o indecisión cuando le fue dada la información para mantener la salud durante el embarazo _____

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

ESCUELA DE POSTGRADOS.

DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA.

INVESTIGADORA: Hilda E. Valencia de Abril

INSTRUMENTO 6

ENCUESTA

"Gestión y transferencia del conocimiento en la Atención Prenatal a adolescentes primigestas"

INFORMACIÓN GENERAL.

Lugar en donde se realiza la entrevista: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Estudios realizados: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Presentación: Este cuestionario tiene como objetivo estudiar los valores de las adolescentes en la interacción para la transferencia del conocimiento. A continuación encontrará una lista de valores, seguidos de una explicación para comprender su significado al que deberá colocar una valoración de acuerdo a la escala construida. El apoyo que nos proporcionará consiste en expresar la importancia que cada valor tiene para usted. Entendiendo que un valor es un principio o creencia que orienta la vida de las personas. Para evaluar cada valor utilice la siguiente escala:

Nunca	Casi Nunca	Frecuentemente	Siempre
0	1	2	3

Comprensión: ¿Se sintió comprendida por parte del personal de salud que le atendió? _____

Seguridad: ¿Sintió confianza en la capacidad del personal de salud que le dio información para mantener la salud durante el embarazo? _____

Respeto: ¿Se sintió respetada por el personal de salud que le dio la información para mantener su salud durante el embarazo? _____

Sinceridad: ¿Sintió que el personal que le dio información para mantener su salud durante el embarazo? _____

Disponibilidad: ¿Sintió que el personal de salud estuvo siempre pronto para aclararle dudas cuando le dieron información para mantener la salud durante el embarazo? _____

Responsabilidad: ¿Siente compromiso de cuidarse durante el embarazo? _____

Prevención: ¿Se cuida para prevenir riesgos durante el embarazo? _____

Empatía: ¿Cree Ud. que el personal de salud que le dio la información para que Ud. esté sana durante el embarazo, tiene la capacidad de ponerse en su lugar y sentir lo que Ud. siente o incluso lo que puede estar pasando? _____

Maternidad: ¿Valora la información que le dan en la consulta prenatal para que su bebé nazca saludable? _____

Anexo 4. Consentimiento informado

Consentimiento Informado para Participantes de la Investigación

El propósito del estudio es describir la forma como se gestiona y transfiere el conocimiento en la atención de la adolescente que por primera vez está embarazada. Gestionar significa cómo se crea, organiza, difunde y utiliza el conocimiento. Transferir el conocimiento quiere decir la forma como Ud. como médico o como enfermera le da información e indicaciones a la adolescente para que comprenda lo que sucede durante su embarazo, la importancia de su cuidado en este período, la importancia de tener un Plan de Emergencia ya sea para la atención de cualquier riesgo identificado como para la atención de su parto. Todo lo anterior, para evitar riesgos que afecten su salud y la del recién nacido.

Si accede a participar en este estudio, se le hará unas entrevistas dirigidas hacia la comprensión de las perspectivas que tiene Ud. como informante respecto de su experiencia en la atención prenatal. Para lo anterior será importante conocer cómo se da la atención prenatal, cuál es su significado y percepción como trabajador de salud y proveedor de este servicio.

Es importante también conocer los contenidos que para Ud. son de importancia, la forma cómo se difunde esta información, los medios utilizados para la transferencia y el valor que tiene este proceso en la atención prenatal. De igual forma es importante conocer la relevancia e importancia de todo el proceso de la transferencia del conocimiento en la atención prenatal.

La entrevista tendrá una duración de 30 minutos máximo la primera vez, siendo esta entrevista repetitiva en otra fecha por si hubiese algún tema que se tenga que profundizar.

No recibirá ningún beneficio directo por su participación, pero el estudio pretende realizar un análisis basal para conocer el modelo que este servicio tiene para este tipo de atención, pudiendo de esta forma identificar factores que la potencian o dificultades que limitan esta transferencia.

Su participación en esta investigación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario son anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, retirarse en cualquier momento o no acceder a responder el cuestionario sin que esto perjudique en ninguna forma su actividad con este servicio de salud. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene el derecho de hacérselo saber al investigador o no responderlas.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Dra. Hilda Valencia de Abril.

He leído el presente documento y realizado las preguntas que a mi juicio creí pertinentes por lo cual confirmo mi consentimiento y deseo de participar en forma libre y voluntaria en la investigación.

Nombre, apellido, firma – Testigo

Fecha

Nombre del Investigador Principal

Fecha

Consentimiento Informado para Participantes de grupos focales

El propósito de la actividad es identificar la importancia que para Ud. tiene el control prenatal. Así mismo de identificar el conocimiento que les ha sido dado para el cuidado de la salud durante el embarazo. La importancia que para Ud. tiene la información que les ha sido proporcionada por el personal de salud. También es importante conocer qué se les han enseñado y cómo se les ha enseñado, de igual forma si lo enseñado les ha sido fácil de comprender y si les ha sido útil. Identificar si en algún momento Ud. tuvieron duda, les fue aclarada en forma pronta, clara, entendible. Identificar cuál o cuáles contenidos que les han sido dado, les ha sido de mayor utilidad durante su embarazo.

Por lo anterior, si accede a participar en el grupo focal, se le citará para participar en la actividad que comprenderá la siguiente agenda: introducción, presentación de los participantes y registro en hoja de asistencia, explicación de lineamientos de participación que consistirán en: permanecer durante toda la actividad, responder a preguntas concretas relacionadas a la importancia de la información generada durante la atención prenatal dirigida a adolescentes primigestas por parte del personal del servicio.

La reunión tendrá una duración de 45 minutos. De participar en esta actividad se le solicita mantener el secreto de lo conversado y tratado en la reunión.

No recibirá ningún beneficio directo por su participación, pero con la información obtenida se pretende realizar una propuesta de modelo de la forma cómo debe de dar la información para que esté en capacidad de identificar algún riesgo en su embarazo, de cómo cuidar de su salud y dar respuesta a necesidades de información que tenga en esta etapa de su vida y que esta información sea debidamente explicada y entendida.

Su participación en esta actividad es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, podrá retirarse en cualquier momento o no acceder a responder la pregunta sin que esto perjudique en ninguna forma su actividad con el servicio. Si alguna de las preguntas durante la actividad le parece incómoda, tiene el derecho de hacérselo saber al investigador o no responderlas.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Dra. Hilda Valencia de Abril

He leído el presente documento y realizado las preguntas que a mi juicio creí pertinentes por lo cual confirmo mi consentimiento y deseo de participar en forma libre y voluntaria en la investigación.

Nombre, apellido, firma – Testigo

Fecha

Nombre del Investigador Principal

Fecha

**Anexo 5. Ejemplo de página web para el
Centro de Salud Centroamérica
(contenidos sugeridos)**

http://centrodesaludcentroamerica.gt /embarazo/esta-embarazada/complicaciones-embarazo.html

Centro de Salud Centro América **CSCA**

Llame a la Línea de Ayuda de CSCA: 800-997-9662
Lunes a viernes, 9:00 a.m.-6:00 p.m. (GT)

Inicio Temas de salud de la A-Z Noticias Publicaciones Contáctenos

Tamaño texto | Imprimir | Facebook | Twitter | YouTube

Embarazo

- Antes de quedar embarazada: Información para todas las mujeres
- Está embarazada - ¿Y ahora qué?**
- Etapas del embarazo

Pruebas y atención prenatal

- Gemelos, trillizos y otros nacimientos múltiples
- Cuidar la salud y la seguridad
- Cambios en el cuerpo y molestias
- Complicaciones del embarazo
- Pérdida del embarazo
- Conozca los derechos de la mujer embarazada

Prepárese para tener un bebé

El parto y más allá

Herramientas para las futuras mamás

Inicio > Embarazo > Está embarazada - ¿Y ahora qué?

Embarazo

[Esta información en inglés \(in English\)](#)

Complicaciones del embarazo

- ↓ Problemas de salud antes del embarazo
- ↓ Problemas relacionados con el embarazo
- ↓ Infecciones durante el embarazo
- ↓ Cuándo llamar al médico
- ↓ Más información sobre las complicaciones del embarazo



Las complicaciones del embarazo son los problemas de salud que se producen durante el embarazo. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé o de ambos. Algunas mujeres tienen problemas de salud antes del embarazo que podrían dar lugar a complicaciones. Otros problemas surgen durante el embarazo. Tenga en cuenta que, ya sea una complicación frecuente o rara, existen formas de manejar los problemas que surgen durante el embarazo.

Problemas de salud antes del embarazo

Antes del embarazo asegúrese de conversar con su médico sobre sus problemas de salud presentes o del pasado. Si está recibiendo tratamiento para tratar un problema de salud, quizás su médico quiera cambiar la forma de manejar su problema de salud. Algunos medicamentos utilizados para tratar problemas de salud pueden ser perjudiciales si se toman durante el embarazo. Al mismo tiempo, dejar de tomar los medicamentos que necesita puede ser más perjudicial que los riesgos en caso de quedar embarazada. Tenga la seguridad de que es probable que tenga un bebé normal y saludable si los problemas de salud se encuentran bajo control y recibe una buena atención prenatal.

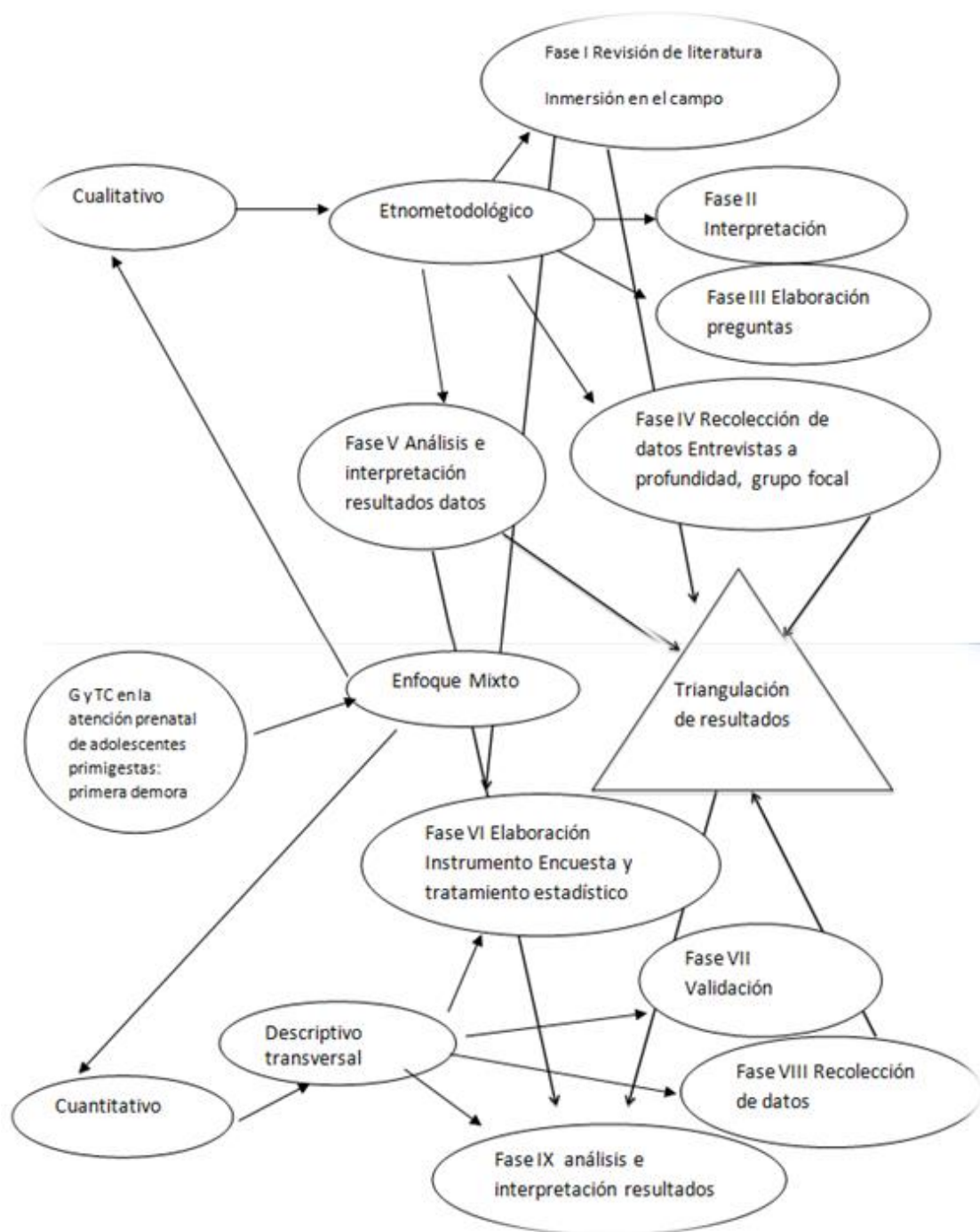
Problemas de salud antes del embarazo

Condición	Cómo puede afectar el embarazo	Dónde obtener más información
Asma	El asma mal controlado puede aumentar el riesgo de	Enfermedades

Extraído de: www.Womenshealth.gov.es, el 10/9/2014.

Anexo 6. Esquema de las fases de la investigación.

Fases de la investigación



Fuente: Construcción propia tomando como referencia a Hernández, R.,

Fernández, C. (2010). Metodología de la investigación. McGraw-Hill. México. ISBN: 978-607-15-0291-9