

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS**



MAYRA MERCEDES LEON TIUL

TESIS

**Presentada a las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas,
Maestría en Enfermería Materno neonatal.
Para obtener el Título de
Maestra en Enfermería Materno Neonatal**

Septiembre 2014

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS**



MAYRA MERCEDES LEON TIUL

TESIS

**Presentada a las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas,
Maestría en Enfermería Materno neonatal.
Para obtener el Título de
Maestra en Enfermería Materno Neonatal**

Septiembre 2014



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Licenciada: Mayra Mercedes León Tiul.

Carné Universitario No.: 200321410

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Artes en Enfermería Materno Neonatal, el trabajo de tesis "**Conocimientos y Actitudes del Personal Médico y de Enfermería en la Atención del Parto con Pertinencia Cultural**".

Que fue asesorado: Licda. María Eugenia de León Hernández Mg.

Y revisado por: Licda. Rutilia Herrera Acajabón Msc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para septiembre 2014.

Guatemala, 25 de agosto de 2014


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala
Tels. 2251-5400 / 2251-5409
Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com



Guatemala, 08 de Agosto de 2014

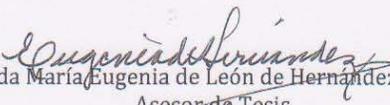
Licenciada:

Rutilia Herrera Acajabón MSc.
Coordinadora Específica
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Licenciada Herrera:

Por este medio le informo que asesoré el contenido del informe final de tesis con el título "Conocimientos y actitudes del personal médico y de enfermería en la atención del parto con pertinencia cultural" de Mayra Mercedes León Tiul de León, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente;


Licenciada María Eugenia de León de Hernández MA.
Asesor de Tesis
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Doctor
Luis Alfredo Ruíz Cruz MSc.
Coordinador General, Maestrías y Especializaciones
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Doctor Ruíz:

De manera atenta me dirijo a usted que revise el contenido del informe final de tesis con el título "Conocimientos y actitudes del personal médico y de enfermería en la atención del parto con pertinencia cultural" de Mayra Mercedes León Tiul de León, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente;


Licenciada Rutilia Herrera Acajábón,
Revisor de Tesis
Coordinación Específica
Escuela de Estudios de Postgrado



AGRADECIMIENTO

A DIOS porque es Fiel y me bendice grandemente, con cariño a mi esposo Raúl Josué de León López por su amor, comprensión y apoyo, a mis amados hijos José Ángel, Josué David y Jared Osdahi, por existir y ser mi mayor motivación.

NOTA DE AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

Enfermería de Guatemala agradece en grande manera a la Agencia Española de cooperación internacional para el desarrollo –AECID- y a la Fundación para el Desarrollo de Enfermería –FUDEN-, España, el apoyo brindado al conceder 30 becas a Licenciados en Enfermería de Alta y Baja Verapaz para nuestra formación como Maestros en Enfermería Materno Neonatal.

Quienes hemos alcanzado las competencias para el desempeño en todos los ámbitos de la salud materno neonatal, desarrollo local, investigación y gerencia de los servicios en cualquiera de los niveles de atención.

Presentamos nuestros respetos y gratitud a tan prestigiosa Agencia y Fundación, quedando con el compromiso de trabajar por el desarrollo integral de la población.

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	2
	2.1 Definición Teórica.....	2-23
III.	OBJETIVOS	24
	3.1 General.....	24
	3.2 Específicos.....	24
IV.	MATERIAL Y METODOS.....	25
	4.1 Tipo de estudio.....	25
	4.2 Unidad de análisis.....	25
	4.3 Muestra.....	25
	4.4 Criterios de inclusión y exclusión	25
	4.5 Definición y operativización de las variables.....	25-28
	4.6 Aspectos éticos.....	28
V.	RESULTADOS	29
	5.1 cuadro No. 1 y 2.....	29
	5.2 Cuadro No. 3 y 4.....	30
	5.3 Cuadro No. 5 y 6.....	31
	5.4 Cuadro No. 7 y 8.....	32
	5.5 Cuadro No. 9 y 10.....	33
	5.6 Cuadro No. 11 y 12.....	34
	5.7 Cuadro No. 13 y 14.....	35
	5.8 Cuadro No. 15.....	36
VI.	DISCUSION Y ANALISIS.....	37
	6.1 Resultados de intervención.....	37
	6.2 Conclusiones.....	39
	6.3 recomendaciones.....	40
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	41
VIII.	ANEXOS.....	44

INDICE DE CUADROS

Cuadro No. 1.....	29
Cuadro No. 2	29
Cuadro No.3.....	30
Cuadro No.4.....	30
Cuadro No.5.....	31
Cuadro No.6.....	31
Cuadro No.7.....	32
Cuadro No.8.....	32
Cuadro No.9.....	33
Cuadro No.10.....	33
Cuadro No.11.....	34
Cuadro No.12.....	34
Cuadro No.13.....	35
Cuadro No.14.....	35
Cuadro No.15.....	36

RESUMEN

El objetivo general del estudio fue determinar los conocimientos teóricos y actitudes del personal médico y de enfermería que brinda atención del parto con pertinencia cultural en los servicios de salud

Para dicho estudio se elaboró un cuestionario de 17 preguntas abiertas y cerradas, seguidamente se procedió a tabular la información realizando cuadros con porcentaje, descripción de disciplinas, servicios de salud y el análisis respectivo.

El personal encuestado fueron 6 médicos, 6 enfermeras profesionales y 25 auxiliares de enfermería, participando en total 35 proveedores de salud.

Los resultados demuestran que el 52% del personal es de recién ingreso a los servicios y que son rotados constantemente por diferentes áreas de trabajo, el 43% indican que han sido capacitados sobre la atención del parto con pertinencia cultural, el resto poseen conocimientos, que han obtenido al leer la guía y/o protocolo,

En relación a la atención del parto con pertinencia cultural han atendido un número muy bajo, en los servicios de salud no se cuenta con salas adaptadas para este tipo de atención, sin embargo están en la disposición de poder ofertar el servicio al contar con salas adaptadas y equipadas

Se realizan recomendaciones de acuerdo a los resultados, principalmente: establecer un programa de capacitación sobre la atención del parto con pertinencia cultural, con temas de sensibilización, base legal, glosarios de definiciones, etc., así como la evaluación de la implementación de salas o espacios para la atención del parto en vertical en los servicios de salud.

I. INTRODUCCION

La atención del parto con pertinencia cultural es un conjunto de acciones o actividades que se realizan desde que la paciente con trabajo de parto es atendida en la entrada de los servicios de salud, El presente estudio sobre conocimientos y actitudes del personal médico y de enfermería sobre atención del parto con pertinencia cultural es importante porque evaluará si las premisas establecidas se conocen y se cumplen al ofertar la atención del parto con pertinencia cultural. El 10% de la población altaverapacence está constituida por la etnia pocomchi ¹ , altamente rural, pobre y analfabeta.

En la atención de salud, el análisis sociocultural promueve la pertinencia cultural en salud, es decir 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. En general los análisis convencionales tienden a homogenizar a la población y a considerar al sistema de salud con un sistema cerrado, basado en los principios biomédicos de la medicina convencional/occidental.²

Es importante identificar el conocimiento del marco legal que ampara a las mujeres, enfatizando el derecho que tiene a la salud y la atención integral que debe recibir en los servicios de salud, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y otras instituciones, así como la libre elección sobre la atención del parto, ya sea en forma, manera o posición, y en relación a quien desea que lo atienda, comadrona, partero, medico, enfermera, es la paciente quien decide si desea un acompañante a la hora del parto y puede ser el esposo, comadrona, mamá, o la suegra.

Instituciones que velan por la salud materna, grupos sociales, y en algunos protocolos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, (MSPAS) hablan de la atención del parto con pertinencia cultural, sin embargo dentro de los servicios de salud del área pocomchi no se ha realizado un estudio indicando si existe o no personal competente para este tipo de atención, si se han dado los procesos de sensibilización o de aceptación. Todos los servidores de salud deben estar sabidos y orientados en que la atención del parto con pertinencia cultural conlleva ofrecer o aceptar una variedad de formas, modos, actitudes culturales, no es el sólo hecho de aceptar un parto en vertical, sino de aprender todo un proceso cultural o ritos que los diferentes grupos indígenas practican a la hora del parto.

II. ANTECEDENTES

1. Area Pocomchi

El grupo indígena poqomchi' está asentado en los poblados de San Cristóbal Verapaz, Santa Cruz, Tactic, Tamahú y parte de Tukurú, en el departamento de Alta Verapaz. y una parte en Purulhá, Baja Verapaz, además una parte de San Miguel Uspantán en el departamento de Quiché.

a) Historia

Hasta hace algunos años, todos los lingüistas afirmaban que el poqomchi' era uno de los idiomas mayas que más conservaba su forma primitiva. Según Erick Thompson, los mayas poqom probablemente fueron quienes dominaron el centro de Guatemala 2000 años antes de la época formativa de Kaminal Juyú.

En la época postclásica, los mayas poqom se refugiaron y se desarrollaron creando centros ceremoniales y ciudadelas (recinto fortificado en el interior de una ciudad) que hoy llevan los nombres de Mogote, Choloxcoc, Panprisión, Kajyup y Chuitinamit o Tzaq Poqoma.

Durante muchos años, la comunidad poqomchi' compartió el mismo territorio con los rabinaleb', con los cuales convivieron en armonía. Más tarde, debido a algunos problemas de tierras se dividieron. Los poqomchi'es se establecieron en unas montañas cercanas al pozo Chi'choj. Al tiempo, fueron invadidos por los k'iche'es, quienes reclamaron las tierras que ellos estaban ocupando, por lo que decidieron ubicarse en los márgenes del pozo, en el lugar llamado Kaqkoj, hoy conocido como San Cristóbal.

El pozo creció y en la actualidad es una laguna, por lo que algunos habitantes tuvieron que emigrar a otras tierras y se asentaron en los lugares, donde se encuentran actualmente las poblaciones de Santa Cruz, Tactic, Tamahú y una parte de Tucuru y Purulhá.³

b) Número de habitantes del Area Pocomchi

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) para el 2014 la población pocomchi es de 163,607 habitantes.

c) Departamento y Municipios del Área Poqomchi

San Cristóbal Verapaz, Santa Cruz Verapaz, Tactic, Tamahú, forman parte del departamento de Alta Verapaz,



d) Área geográfica

1400 kilómetros cuadrados aproximadamente (incluida la zona bilingüe con el idioma Q'eqchi').

e) Cosmovisión

Con varios siglos de riqueza cultural, la comunidad poqomchi' ha transmitido sus vivencias, tradiciones y creencias de una generación a otra.

En cada barrio existe un grupo de personas llamadas "principales" consideradas sagradas; son las encargadas de la conservación y transmisión de la cultura poqomchi'. Por otra parte, para los miembros de la comunidad, la Luna juega un papel preponderante: tiene una relación directa con la Tierra, por lo que tiene gran influencia en el carácter de las personas.

Relacionan cada fase de la Luna con las etapas de la vida. La luna nueva representa la niñez; el cuarto creciente, la madurez, el cuarto menguante, la vejez, y relacionan la luna llena con el embarazo y el alumbramiento.

f) Indumentaria

Actualmente el hombre de la comunidad ya no porta el traje tradicional, viste pantalones y camisas contemporáneas. El traje femenino está compuesto por güipil, corte y una cinta que se trenza y usa en el cabello.

El huipil es un fino tejido elaborado en telar de cintura. Está compuesto de tres piezas tejidas, una pechera que es la parte del centro y dos mangas.

La pechera es de color rojo, sobre ella se bordan pequeños puntos de dos en dos. Las mangas son de color blanco y llevan diversos bordados que simbolizan tinajas, jarras y puntas de aretes. Los colores más usados son azul, rojo, verde y morado.

En el cabello usan una cinta llamada en idioma poqomchi' *tupú* y que se enrolla alrededor de la cabeza. Es de color rojo con pequeños bordados de diversos colores y diseños.

g) Festividades Patronales

Virgen de la Asunción, patrona del municipio de Táctic se celebra del 11 al 16 de agosto. El 15 es feriado en el municipio.

Santiago Apóstol, patrono del municipio de San Cristóbal Verapaz, se celebra del 21 al 25 de julio. El 25 es feriado en el municipio.

La Santa Cruz, celebración del 1 al 5 de mayo del municipio de Santa Cruz Verapaz. El 3 es feriado en el municipio.⁴

Apóstol San Pablo, patrono del municipio de Tamahú se celebra del 25 de enero es feriado del municipio.

h) Comunidades y organizaciones

Las comunidades pocomchis se encuentran organizadas por Barrios, Colonias, Aldeas, Caserío, Residenciales, Villas, Paraje y Fincas, están organizadas por distintas agrupaciones conocidas como Comités de Desarrollo Comunitario y otras comisiones como salud, educación, agua, etc. Realizan festines de proyectos con instituciones, convocan a asambleas comunales de información de avances, así como la gestión de nuevos proyectos.⁵

i) Religión

Los pocomchíes son en un elevado porcentaje de religión Católica que es profesada por el 52% de la población y la religión Evangélica que es profesada por el 48% de la población. Dentro de la Iglesia Católica existen grupos de Cofradías, Catequistas, Juveniles y de encuentros.

j) Recursos naturales y turismo

El área pocomchi se encuentra ubicada en una región boscosa, verdosa, por lo que ofrece ambientes naturales que pueden aprovecharse como centros turísticos. Desde Tamahú hacia San Cristóbal Verapaz, se encuentra el Eco centro Holanda en donde se aplica conceptos de ecoturismo, entre otras piscinas El manantial, las azufradas, Chichen, y la espectacular laguna Chichochochoc.

k) Clima de la Región

Las precipitaciones pluviales del municipio están en el orden de 2284 mm. El clima que predomina es el templado, Con variaciones en la temperatura, se presentan un invierno benigno y una estación seca bien definida. La clasificación dentro de la jerarquía de humedad: es muy húmedo. Se manifiestan temperaturas promedio entre los 17 y 18° Grados centígrados con una humedad relativa del 87%. La vegetación del municipio es natural, con presencia de selvas.

La época lluviosa está bien marcada y se inicia en mayo culminando en octubre. Los meses de noviembre a enero se manifiestan la época más fría en donde predominan las lloviznas durante casi todo el día. La altura de los municipios varía de los 600 a 2000 metros de altura sobre el nivel del mar.

Posee cuatro zonas de vida según el sistema de clasificación de zonas de vida para Guatemala elaborado por Holdridgüe, siendo estas:

- Bosque Subtropical Húmedo.
- Bosque Subtropical muy Húmedo.
- Bosque montaña baja
- Bosque montaña baja muy húmedo

2. Servicios de Salud

Es el conjunto de entidades encargadas de las intervenciones en la sociedad que tienen como propósito principal la salud, estas intervenciones o acciones de salud abarcan la atención a las personas y al entorno, realizada con la finalidad de promover, proteger o recuperar la salud.

a) Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI)

Establecimiento de salud para la atención integral con prioridad al grupo materno infantil, cubriendo emergencias las 24 horas. Cuenta con servicios de consulta externa, atención, estabilización y referencia de urgencias. Sus acciones están dirigidas a las personas, la familia y la comunidad, prestando los servicios de promoción, prevención, vigilancia, recuperación y rehabilitación de la salud, con pertinencia cultural y enfoque de género e interculturalidad, de acuerdo a lo establecido en las normas de atención. Estos centros, están habilitados para la atención del parto eutócico simple y la resolución quirúrgica del parto, además llevan todos los programas del Ministerio de Salud Pública.

b) Centro de Atención Permanente (CAP)

Con atención las 24 horas, los 365 días del año, ofrece los siguientes servicios: de lunes a viernes consulta externa, en horario de 8:00 a 16:30 y en el área de emergencia y maternidad con atención permanente, servicio de atención del parto eutócico simple con personal competente.

3. Multiculturalidad

La multiculturalidad hace referencia a la coexistencia de diferentes culturas en un espacio territorial. En este contexto mantener la cohesión social

Los acuerdos de paz firmados en la década de los noventa reconocen a Guatemala como una nación formada por pueblos con identidad y culturas propias. En este sentido, los acuerdos no han hecho más que ratificar una realidad imposible de ocultar. Para tal efecto un primer paso que se debe dar es conocer y reconocer que Guatemala culturalmente es un país diverso. Hay que reconocer la diversidad, es decir la multiculturalidad y darle a cada pueblo un lugar igual, un mismo respeto, un mismo trato, un lugar en la determinación de nuevas perspectivas del país.⁶

4. Interculturalidad

Concepto que describe la interacción entre dos o más culturas de modo que ninguna de ellas se encuentre por encima de la otra, lo cual favorece la integración y la armonía de todos los individuos.

Para lograr que la interculturalidad sea exitosa se debe respetar y aceptar la vida del otro, tener igualdad de oportunidades inclusión a todos los grupos culturales.

La interculturalidad reconoce la diversidad, pero además establece vínculos, relación, convivencia entre los pueblos culturalmente diferentes. La OPS señala “la interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avanzar, sino de concertar, de tolerar”.

La interculturalidad está estrechamente asociada con la vivencia de los valores y actitudes universalmente reconocidos como:

- Respeto
- Solidaridad
- Equidad
- Libertad
- Tolerancia
- Empatía, entre otros.

La interculturalidad:

- Tiene en cuenta las diferencias entre personas y grupos, las convergencias entre ellos,
- Los vínculos que unen la aceptación de los derechos de los pueblos, de los valores compartidos.
- Las normas de convivencias ya legitimadas y aceptadas,
- Las instituciones comúnmente utilizadas aunque requieran adaptación y mejora,
- Los intereses comunes en desarrollo local,
- La identidad nacional en algunos casos y otros puntos en común.

La incorporación de la interculturalidad a la vida diaria promueve cambios y actitudes dirigidas a lograr:

En el ámbito de salud:

- La adecuación personalizada en lo personal, lo familiar y en lo comunitario por parte del personal que brinda atención en salud.
- El reconocimiento de las diversas concepciones y prácticas en salud en el contexto guatemalteco.
- El reconocimiento de concepciones y prácticas de salud de otras culturas.⁷

5. Género

El término género hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres. El término distingue los aspectos atribuidos a hombres y mujeres desde un punto de vista social de los determinados biológicamente. A diferencia del sexo biológico, los *roles de género* y los comportamientos y relaciones entre hombres y mujeres (*relaciones de género*) pueden cambiar con el tiempo, incluso si ciertos aspectos de estos roles derivan de las diferencias biológicas entre los sexos.

5.1 Equidad de Género

Por equidad de género se entiende el trato imparcial de mujeres y hombres, según sus necesidades respectivas, ya sea con un trato equitativo o con uno diferenciado pero que se considera equivalente por lo que se refiere a los derechos, los beneficios, las obligaciones y las posibilidades. En el ámbito del desarrollo, el objetivo de lograr la equidad de género, a menudo exige la incorporación de medidas específicas para compensar las desventajas históricas y sociales que arrastran las mujeres.

6. Política Pública

Las políticas públicas son las respuestas que el Estado puede dar a las demandas de la sociedad, en forma de normas, instituciones, prestaciones, bienes públicos o servicios. En este sentido, está ligado directamente a la actividad del Estado en tanto ejecutor, es decir, aludiendo a la Administración del Estado, centralizada o descentralizada. Involucra una toma de decisiones y previamente un proceso de análisis y de valorización de dichas necesidades.

Este concepto de acuerdo a diversos académicos se puede entender como lo siguiente:

- Dye (2008) define a la política pública «es todo lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer».
- Aguilar Villanueva (1996) en tanto, señala que una política pública es «en suma: a) el diseño de una acción colectiva intencional, b) el curso que efectivamente toma la acción como resultado de las muchas decisiones e interacciones que comporta y, en consecuencia, c) los hechos reales que la acción colectiva produce». (Villanueva, 1996).
- Finalmente, Kraft y Furlong (2006) plantean que una política pública es un curso de acción o de inacción gubernamental, en respuesta a problemas públicos: «Las políticas públicas reflejan no sólo los valores más importantes de una sociedad, sino que también el conflicto entre valores. Las políticas dejan de manifiesto a cuál de los muchos

diferentes valores, se le asigna la más alta prioridad en una determinada decisión» (Kraft y Furlong, 2006).

6.1 Situación de políticas y programas del MSPAS en la prestación de Servicios de Salud con pertinencia cultural

a. El Convenio 169

Se refiere a los derechos de los pueblos indígenas y tribales en países independientes, fue adoptado el 27 de junio de 1989, por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo –OIT-, en su 76ª reunión. Fue aprobado por el Decreto 9-96 del Congreso de la República el 5 de marzo de 1996, y ratificado por el gobierno el 10 de abril del mismo año, inicio su vigencia para Guatemala a mediados del año 1997.

Sobre el desarrollo de la Medicina Maya, el Convenio dice:

Artículo 25.

a. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

b. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

c. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

d. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

b. Constitución Política de la República de Guatemala

Establece en su artículo 93 que todos tenemos derecho a gozar de la salud y el estado debe velar por la salud de todos.

En su artículo 257 indica que “el ingreso de las municipalidades, se debe distribuir el 90 % en programas y proyectos de educación, salud preventiva, obras de infraestructura y servicios públicos que mejoren la calidad de vida de los habitantes.”⁸

c. El Código de Salud

En sus artículos 1 y 3 indica: “todos los habitantes de la república tenemos derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna”, “todos estamos obligados a velar, mejorar y conservar la salud personal, familiar y comunitaria”.

En el artículo 4 habla de la obligación del Estado, pero también deja claro que, solo será gratuito para aquellas personas cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios de salud prestados.

Más adelante, el Código de Salud solamente habla de la importancia de las comadronas y promotores de salud pero no indica nada más en relación al resto de especialidades médicas que existen y se practican en la medicina indígena del país pero si habla de su regulación.⁹

d. El Código Municipal

En su artículo 40 incisos h) y s) establece: “la promoción y desarrollo de programas de salud y saneamiento ambiental, prevención y combate de enfermedades, en coordinación con las autoridades respectivas”, “la prestación de servicios de aseo, barrido de calles, recolección, disposición final de basuras y tratamiento de desechos sólidos”. Lo anterior para darle cumplimiento al artículo 257 de la Constitución Política de la República arriba mencionado, pero en la práctica son muy pocas las municipalidades que cumplen y priorizan esta acción de mandato constitucional.

e. Ley Marco de los Acuerdos de Paz

En agosto del 2005 se emitió el decreto 52-2005 del Congreso de la República, en el cual se indica que dicha ley tiene por objeto establecer normas y mecanismos que regulen y orienten el proceso de cumplimiento de los Acuerdos de Paz, como parte de los deberes constitucionales del Estado; y que su naturaleza es regir los procesos de elaboración, ejecución, monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones del Estado para el cumplimiento de los Acuerdos de Paz.

Esta ley reconoce a los Acuerdos de Paz el carácter de compromisos de Estado, pero al mismo tiempo lo reconoce como un proceso gradual y sujeto a lo que el Congreso de la República le asigne de fondos y lo que el Consejo Nacional de los Acuerdos de Paz pueda gestionar.

Lo importante de esta ley marco de los acuerdos de paz es que siendo marco, permite la aprobación de leyes específicas que favorezcan el cumplimiento de los acuerdos de paz y por otro lado, convertir a dichos acuerdos en compromisos de Estado demanda del estado, mayor responsabilidad en el cumplimiento de dichos acuerdos.

Sin embargo, ha pasado más de un año luego de la entrada en vigencia de dicha ley y se siguen en las mismas acciones ya planificadas previamente y con pocos avances en la integración real y participativa del consejo nacional de los acuerdos de paz.¹⁰

f. Los Acuerdos de Paz

En cuanto a la promoción y respeto de los derechos fundamentales para los diversos pueblos que conviven en Guatemala, en diversos apartados se refieren a la salud como uno de los derechos de los pueblos indígenas; el más preciso en cuanto a la medicina indígena es el Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, cuando en el apartado de salud, en el numeral 23, inciso (f), se refiere a la “medicina indígena y tradicional”, expresando: “Valorándose la importancia de la medicina indígena y tradicional, se promoverá su estudio y se rescatarán sus concepciones, métodos y prácticas.”

El Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas se refiere a instrumentos legales que regulan la Medicina Maya, de igual forma, se hace referencia a derechos para los pueblos indígenas que se desarrollarán en el ámbito legal nacional e internacional, para fortalecer la promoción de las estructuras nacionales y locales que generen las condiciones político legales, para impulsar condiciones apropiadas para el desarrollo de la Medicina Maya.

g. Anteproyecto de Ley del Sistema de Salud Popular Tradicional

La primera vez que el país conoce de una propuesta de ley a favor de la salud de los pueblos indígenas es precisamente la iniciativa 3289 que con fecha 01 de agosto de 2005 conoció el pleno del Congreso de la República. Dicha iniciativa de ley pretendería el reconocimiento, respeto y aplicación de normas de vida de todos los pueblos que constituyen la nacionalidad guatemalteca, considerando que dentro de dichas modalidades

se encuentran los diversos sistemas de salud tradicional popular, más las modalidades de medicina alternativa que no solo constituyen formas de atención en salud sino también aspectos de identidad, cultura, conocimientos, valores sacros y profanos y organización social de dichos pueblos incluyendo ideas, prácticas, recursos e instituciones. Dicho anteproyecto también indica que es un instrumento normativo adecuado para articular acciones entre la práctica de la medicina popular tradicional y los servicios prestados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por clínicas y seguros médicos privados, por organizaciones no gubernamentales, por promotores rurales de salud, comadronas y por el mismo sistema popular tradicional de salud ya existente, cuyo primer proveedor es el propio núcleo familiar.

Como se observa, la propuesta contiene voluntad política y conceptos desde la medicina occidental oficial y la necesidad de normar la práctica de la medicina indígena.

Al mismo tiempo y fecha que fue conocida por el pleno del Congreso de la República, se trasladó a la Comisión de Salud y Asistencia Social para su estudio y dictamen correspondiente. Dicha comisión la archiva y no se mostró voluntad política para estudiarla y dictaminarla a pesar de haber sido presentada por su entonces presidente, Víctor Manuel Gutiérrez Longo y el diputado Edgar Armando Aragón González. Durante el año 2006, el presidente de la comisión de paz y desminado del Congreso de la República, diputado Víctor Sales, quiso aglutinar esfuerzos políticos de los representantes indígenas en el congreso para promover la aprobación de dicha iniciativa de ley. Para lo cual convocó a dos reuniones a representantes de la sociedad civil, a las comisiones de pueblos indígenas y salud del congreso pero, dicha iniciativa para reimpulsar la ley del Sistema de Salud Popular Tradicional no prosperó. De parte de la sociedad civil y según consta en propuesta específica del colectivo de medicina maya de Guatemala, estudió y analizó dicho anteproyecto de ley e hizo las observaciones y recomendaciones que consideró pertinente para mejorar dicha propuesta, fue entregada a la comisión de paz y desminado quien a su vez se comprometió a entregar a la Comisión de salud pero, no se supo más de lo que pasó con tales propuestas.

h. Anteproyecto de Ley Marco de Salud

El Ministerio de Salud durante los últimos 2 años ha estado trabajando en una propuesta de agenda nacional de salud para los siguientes 15 años, lo que pretendían elevarlo de manera íntegra a iniciativa de ley para que se constituyan en políticas de Estado, pero se olvidaron

de que no controlaban la viabilidad política que se encuentra en los partidos políticos mayoritarios representados en el Congreso de la República.

De esta cuenta, los partidos políticos reunidos en su foro durante el año 2006, elaboraron un programa compartido para la legislación parlamentaria y crearon el plan de trabajo que le denominaron “Plan Visión de País” que básicamente abarca cuatro aspectos de la vida nacional como lo son:

- a. El desarrollo rural
- b. La salud
- c. La educación.
- d. La seguridad ciudadana

En este marco se conformó una comisión específica de trabajo denominada “plan visión de país” que empuja leyes particulares para cada uno de los aspectos que contempla. Un anteproyecto de “ley marco de salud” ha sido ingresado en el Congreso de la República y del pleno se envía a las comisiones de “seguridad alimentaria”, “plan visión de país” y “de salud” para su respectivo estudio, análisis y dictamen conjunto.

Dicha ley ingresado por la comisión extraordinaria “Plan Visión de País” indica que los partidos políticos representados en el Congreso de la República, con fundamento en los postulados constitucionales que atañen a la salud y la nutrición, los compromisos asumidos en los Acuerdos de Paz, la Agenda Nacional Compartida, el Foro Permanente de Partidos Políticos y las convenciones internacionales signadas por el Estado de Guatemala, recientemente suscribieron el Plan Visión de País, que contiene un acuerdo político al más alto nivel de su dirigencia, por cuyo medio se promueve la institucionalización de políticas públicas permanentes, dinámicas y con visión de largo plazo. Esas políticas trascendentes tienen como objeto brindar una orientación general del camino a seguir para mejorar la deplorable e inaceptable situación imperante, caracterizada por la crisis aguda y crónica que en materia de salud, seguridad social y nutrición vive la población guatemalteca.

También en su parte de justificación indica que a ese esfuerzo, se suma la Agenda Nacional de Salud, promovida por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que fuera consensuada con diversos sectores públicos y privados vinculados con la salud, en la cual se prioriza el cumplimiento de los Acuerdos de Paz y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Bajo esta óptica, la ejecución del Plan Visión de País en salud y nutrición, debe sustentarse

en un marco legal estable, de largo plazo y coherente con la realidad de Guatemala, dentro de una institucionalidad fuerte, transparente, moderna, integral y coordinada¹⁰

7. Identidad cultural

Es un conjunto de valores, orgullos, tradiciones, símbolos, creencias y modos de comportamiento que funcionan como elementos dentro de un grupo social y que actúan para que los individuos que lo forman puedan fundamentar su sentimiento de pertenencia que hacen parte a la diversidad al interior de las mismas en respuesta a los intereses, códigos, normas y rituales que comparten dichos grupos dentro de la cultura dominante.

8. Interculturalidad en Salud

La OPS en 1997 define: "la interculturalidad en salud como la capacidad de moverse entre los distintos conceptos de salud y enfermedad, los distintos conceptos de vida y muerte, los distintos conceptos de cuerpo biológico, social y relacional... en el plano operacional se entiende la interculturalidad como potenciar lo común entre el sistema médico occidental y el sistema médico indígena....respetando y manteniendo la diversidad"¹¹

9. 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.¹²

El término pertenencia es aquel que hace referencia a la acción de pertenecer, de formar parte de o de ser poseído por alguien. El verbo pertenecer en sí significa al mismo tiempo integrar algo o ser parte de algo así como también ser posesión de otro, es decir, corresponder a sus órdenes o mando. Sin embargo, el término pertenencia es normalmente relacionada con la primera de las dos acepciones que tienen que ver con la idea de sentirse parte de algo, de algún fenómeno o circunstancia, de algún grupo de personas o de algún espacio.

a) Pertinencia Cultural en Salud

Desarrolla el reconocimiento, el 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.

b) Pertinencia intercultural en Salud

La pertinencia intercultural en salud se define como el proceso de adecuación de las intervenciones sanitarias a la cultura local, con perspectiva a desarrollar un proceso de complementación-articulación de los diferentes marcos conceptuales y práctica en salud que existan tanto en el ámbito institucional como comunitario¹³

En tal sentido, el propósito del enfoque intercultural en salud, se refiere a la adecuación personalizada a la persona, la familia y a la comunidad que incluye la aceptación, respeto, comprensión de la multiculturalidad y la búsqueda de una relación equitativa.¹⁴

Los factores que favorecen y dificultan la interculturalidad en salud en Guatemala

Favorecen:

- La confianza
- Reconocimiento mutuo
- Comunicación efectiva
- Aprendizaje mutuo
- Cooperación
- Convivencia social

Dificultan:

- Marcos conceptuales diferentes
- Formas de enseñanza/aprendizaje no adecuado
- Discriminación
- Estereotipos
- Prejuicios

c) Premisas de la atención intercultural en salud

- Respetar la cosmopercepción que cada usuaria tiene sobre: embarazo, parto, puerperio y recién nacido.
- La atención debe ser con respeto hacia los 4 pueblos: Maya, Garifuna, Xinka y Mestizo.
- Llamar a la usuaria por su nombre
- Atender a la usuaria en su idioma materno.
- Cuidar los gestos y expresión corporal en la atención

- No asumir actitudes discriminatorias ni excluyentes.
- Toda la consejería o explicación de procedimiento que se le brinde a la paciente deberá hacerse en el idioma materno en forma clara y amplia (explicando tanto las ventajas como desventajas), esto le permitirá a la usuaria tener más confianza, mejora la comunicación en los servicios de salud y el trabajador de salud contará con más elementos para el diagnóstico y tratamiento.
- Permitir que la usuaria (si lo desea), pueda tener un acompañante durante la consulta médica o atención del parto; a menos que sea una emergencia obstétrica en la que esté contraindicado su presencia.
- Permitir a usuaria decidir en qué posición quiere que se le atienda el parto.
- Respetar si la usuaria desea ser atendida con su ropa indígena o ropa institucional adecuada culturalmente, (bata larga debajo de la rodilla, en los lugares fríos: bata de franela, de colores vistosos como amarillo, verde claro, azul claro). Si por emergencia es necesario quitarle la ropa, es importante explicarle en forma clara y en su idioma el motivo.
- 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 MATEP oportunamente a la usuaria.
- En los servicios de salud, 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. Si el trabajador de salud necesita retirarlos por algún procedimiento, deberá explicarle en forma clara y en su idioma materno sobre el motivo por el cual realizará tal acción y procederá con respeto. Si la mujer se encuentran inconsciente podrá retirarlos, los guardará o entregará a la familia o acompañante.
- 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.
- Promover la lactancia materna exclusiva e inmediata.¹⁵

10. Atención del Parto

a) Parto

Es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor que 500g y más de 22 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.

b) Parto con Pertinencia cultural

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.¹⁶

c) Parto en Vertical natural

Es aquel parto que se atiende en posición sentada, hincada, de cuclillas, en sus diferentes variantes:¹⁷

i. Indicaciones del parto vertical

- Usuaria sin complicación obstétrica
- Presentación cefálica del feto.

ii. Contraindicaciones del parto vertical

- Cesárea anterior.
- Desproporción céfalo-pélvica.
- Sufrimiento fetal.
- Feto en podálica.
- Embarazo gemelar.
- Distocia de presentación.
- Distocia de cordón.
- Inadecuado trabajo de parto
- Macrosomía fetal.
- Prematurez.
- Hemorragia del III trimestre (placenta previa ó desprendimiento prematuro de placenta).
- Ruptura prematura de membranas sin encajamiento
- Embarazo post término.

- Pre-eclampsia, eclampsia.
- Antecedente de parto complicado.

iii. Posiciones del parto vertical

- Posición de cuclillas: variedad anterior.
- Posición de cuclillas: variedad posterior.
- Posición de rodillas.
- Posición sentada.
- Posición semi sentada.
- Posición sostenida de sábanas o lazo.
- Posición rodillas y manos (cuatro puntos de apoyo).

iv. Ventajas de la variedad de posiciones

- Menor dolor en la primera etapa del trabajo de parto
- Las mujeres informan menor intensidad de las contracciones de dolor en la primera y segunda etapa del trabajo de parto
- Puede disminuir la duración de la segunda etapa
- Reduce la necesidad de episiotomías
- Menores patrones anormales de frecuencia cardiaca fetal
- Mayor sensación de control sobre el trabajo de parto de la paciente.

d) Posición de cuclillas: variedad anterior

Es una de las posiciones de mayor preferencia por las mujeres de la zona rural, facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros pélvicos, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto. El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda (arrodillado, en cuclillas o sentado en un banquito bajo) Se debe verificar que la mujer en trabajo de parto mantenga las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis. Posteriormente adecuarlo para realizar el alumbramiento. Recuerde pinzar el cordón umbilical cuando deje de pulsar o 2 a 3 minutos después del nacimiento.¹⁸

e) Posición de cuclillas: variedad posterior

El acompañante debe estar parado y abrazará a la mujer en trabajo de parto por debajo de la región axilar, permitiendo que la mujer en trabajo de parto se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante.

El personal de salud se colocara por detrás de la paciente y realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le permita proteger el periné y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento. Recuerde pinzar el cordón umbilical cuando deje de pulsar o 2 a 3 minutos después del nacimiento.¹⁹

f) Posición de rodillas

El personal de salud se colocara detrás de la mujer en trabajo de parto, cuidando el periné para que no tenga rasgaduras realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo, posteriormente se adecuara para realizar el alumbramiento, Recuerde pinzar el cordón umbilical cuando deje de pulsar o 2 a 3 minutos después del nacimiento. El acompañante puede estar hincado de frente a la paciente, abrazará a la usuaria por la región del tórax permitiendo a la usuaria apoyarse en los muslos del acompañante.

En esta posición la mujer en trabajo de parto va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente, con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad.

g) Posición sentada y semi-sentada

El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas, abrazará a la mujer con trabajo de parto por la región del tórax, permitiendo que se apoye en los muslos, en esta posición la mujer en trabajo de parto, se encontrará sentada en una silla baja (debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde del banco, cuidando que la colchoneta este ubicada debajo de ella.

El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento. **Recuerde pinzar el cordón umbilical cuando deje de pulsar o 1 a 3 minutos después del nacimiento.**

En la posición semi sentada la mujer en trabajo de parto se apoyará sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama, esta posición relaja y permite que la pelvis se abra.

h) Posición sostenida de una sábana o de un lazo

El personal de salud se colocará frente a la mujer en trabajo de parto, realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuarán para realizar el alumbramiento. El acompañante se colocará detrás y la sostendrá para que no se mueva. Recuerde pinzar el cordón umbilical cuando deje de pulsar o 2 a 3 minutos después del nacimiento. La mujer en trabajo de parto se sujeta de un lazo o sábana que está suspendido de un tronco o una viga del techo. El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal del parto suave y calmadamente. Esta posición podría dificultar las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón.²⁰

i) Posiciones, en cuatro puntos, (Posición rodillas y manos)

Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda. El personal de salud se colocará detrás de la mujer en trabajo de parto cuidando el periné para evitar rasgaduras. Realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.

Algunas prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyada hacia delante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento en que el parto es inminente se deberá adoptar una posición más reclinable con el fin de facilitar el control del parto. La recepción del bebé se realizará por detrás de la mujer.

El personal de salud o comadrona que atiende el parto natural/vertical, deberá instruir a la mujer en trabajo de parto, para que realice jadeo superficial, relajar el cuerpo y respirar por la boca; y en el momento del pujo, hacerlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza con los músculos del abdomen.

Esta posición brinda una buena exposición y acceso. Asegúrese de sacar primero el hombro anterior (por debajo de la sínfisis del pubis, más cerca del suelo).

El pasar al recién nacido (a) para que la madre lo tome en sus brazos al inicio puede ser complicado, pero con la práctica se aprende fácilmente.

Ventajas

- Puede ayudar en las variedades de posición Occipito Posterior u Occipito Transverso al momento de la rotación.
- Es menos probable que ocurra trauma perineal que en las posiciones supinas.
- Puede realizarse sobre la cama de parto o en el suelo.
- La persona que atiende el parto tiene una fácil visualización.
- Esta posición ayuda en la distocia de hombro -fácil acceso al brazo posterior.

Desventajas

- El proveedor de servicios puede no estar familiarizado con recibir a un bebé estando la mujer en esta posición²¹

11. Cuidados Culturales: Teoría de la Diversidad y la Universalidad

LEININGER, es la fundadora y líder de la teoría de la enfermería transcultural, fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria que obtuvo un premio en antropología cultural y social, nació en Sutton Nebraska y comenzó su carrera como enfermera después de haberse diplomado en la escuela de enfermería de San Anthony Denver.

a. Fuentes Teóricas

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería. Definió la enfermería transcultural como un área principal que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados específicos para la cultura. La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables. Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica que reflejará los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basarán en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas; este saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermeras.

Leininger defiende que, así como la enfermería es significativa para los pacientes, el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para

orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces.²²

b. Enfermería Transcultural

Se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica transcultural.

c. Enfermería Intercultural

Se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médicos o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación.

Según Leininger, la enfermera transcultural es una enfermera diplomada, que es capaz de aplicar conceptos generales principios y prácticas de la enfermería transcultural.

Leininger defiende y promueve una teoría nueva y diferente, y no la teoría tradicional de la enfermería, que normalmente se define como un conjunto de conceptos relacionados entre sí de forma lógica y proposiciones hipotéticas que se pueden probar a fin de explicar o predecir un hecho, fenómeno o situación. En cambio, Leininger defiende la teoría como el descubrimiento sistemático y creativo del conocimiento de un campo de interés o de un fenómeno que parecen relevantes para entender o explicar fenómenos desconocidos.

Leininger, creo la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tienen sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. La cultura representan los modelos de su vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y acciones. por tanto, la teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran el conocimiento acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y práctica, todo con la ética adecuada.

No obstante Leininger anima a obtener el conocimiento del interior de las personas o culturales, ya que este conocimiento tiene mayor credibilidad. La teoría no tiene que ser necesariamente intermedia ni una gran teoría, aunque si se debe interpretar como una teoría holística o como una teoría de campos específicos de interés.

d. Los claros de la Enfermería Transcultural

La enfermería puede entenderse y abordarse como una disciplina claramente dualista. Por una parte corresponde al universo de las ciencias de la salud como objeto propio de conocimiento, pero por otra parte los sujetos de la disciplina, son objeto de las ciencias sociales y humanas. La enfermería no sólo pertenece al mundo de las ciencias cartesianas, del empirismo, del estudio de lo natural, lo biológico. La enfermería también es una ciencia de lo humano, holística, de lo probabilístico, de lo cultural. De aquella definición dada por la antropología sobre el ser humano, como un ser sujeto a unas tramas de significación tejidas por él, vemos al pensar en la enfermería como ésta participa, está sujeta a unas tramas, a unos saberes que elabora, que construye, que reconstruye y participa, a veces activamente y otras veces pasivamente. Lo que se plantea es la naturaleza dual de la enfermería la que por un lado otorga a la disciplina su particularidad, una particularidad llena de claros, aunque también es poseedora de oscuros.

La dualidad de la enfermería es gestionada a su vez desde pares conceptuales como salud-enfermedad, biológico-cultural, individual-comunitario, diagnosticar-curar, técnica-cuidados...Y otros que podríamos y que de manera directa en algunos casos e indirecta en otros están presentes en el imaginario común de la disciplina. La enfermería siempre ha tenido una vocación holística (aunque no haya sido reconocida en sus orígenes como disciplina). Por esto la dualidad de la enfermería se nutre de las aportaciones de otras disciplinas y saberes como la medicina, la biología, la psiquiatría, la bioquímica, la farmacia, la psicología, la sociología e, importante en el caso que nos ocupa, la enfermería transcultural, la antropología.

III. OBJETIVOS

A. GENERAL

Determinar los conocimientos y actitudes del personal médico y de enfermería sobre atención del parto con pertinencia cultural.

B. ESPECIFICOS

- Identificar los conocimientos que tiene el personal médico y de enfermería acerca de la atención del parto con pertinencia cultural.
- Identificar la aceptación que el personal médico y de enfermería tiene en la atención del parto con pertinencia cultural.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo cuantitativo porque permite un análisis estadístico comparativo por servicio y disciplina, y descriptivo porque permite describir los conocimientos y actitudes que el personal médico y de enfermería (EP, A.E) poseen sobre la atención del parto con pertinencia cultural, su corte es transversal porque se realizó en un tiempo determinado.

4.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

Médicos y Enfermeras de los CAP y CAIMI del Área Pocomchi.

4.3 MUESTRA

Participaron 6 Médicos, 6 Enfermeras Profesionales, y 23 Auxiliares de enfermería que laboran en las salas de labor y partos y maternidad de los CAP y CAIMI de los Distritos de Salud del Área Pocomchi (Tamahú, Tactic, Santa Cruz y San Cristóbal Alta Verapaz)

4.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

a) Criterios de Inclusión

Personal Médico, Enfermeras Profesionales y Auxiliares de Enfermería que laboran en los servicios de labor y partos, maternidad en los Centros de Atención Permanente y CAIMI de los Distritos de salud de Tamahú, Tactic, Santa Cruz y San Cristóbal Alta Verapaz y que aceptaron participar.

b) Criterios de Exclusión

Personal médico y de Enfermería que no desean participar en el estudio.

Personal médico y de Enfermería que están ausentes por diversas causas.

4.5 DEFINICION Y OPERATIVIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES

1. Conocimientos del personal médico y de Enfermería sobre la atención del parto con pertinencia cultural.
2. Actitudes o aceptación de la atención del parto con pertinencia cultural.

VARIABLE	OPERACIONALIZACION		TIPO	INSTRUMENTO
	CONCEPTUAL	OPERACIONAL		
Conocimientos que posee el personal de enfermería y medico sobre la atención del parto con pertinencia cultural	Elementos teóricos que tiene el personal médico y de enfermería acerca de la atención del parto con pertinencia cultural	Bases teóricas acerca parto vertical y pertinencia cultural	cuantitativa	CUESTIONARIO 1. Municipio en el que labora: San _____ Cristóbal Verapaz _____ Santa Cruz _____ Verapaz _____ Tactic _____ Tamahú _____ 2. Servicio de Salud donde se desempeña CAIMI _____ CAP _____ C/S _____ 3. Que profesión/oficio tiene? Medico _____ Enfermero@ profesional _____ Auxiliar de Enfermería _____ 4. Tiempo de laborar en el servicio de salud Menos de 5 años _____ De 5 a 10 años _____ De 10 a 20 _____ De 20 a más _____ 5. Cuentan con la 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. SI _____ NO _____ 6. Los conocimientos que posee sobre atención del parto con pertinencia cultural los ha obtenido: Por capacitaciones recibidas Por conocimientos empíricos Por lectura de protocolo No tiene conocimientos de este tipo de atención 7. A atendido partos en su servicio, brindando atención con pertinencia cultural? SI _____ NO _____
Actitud del personal de enfermería y medico acerca de la atención del parto con pertinencia cultural	Manera, forma o inclinación del personal médico y de enfermería ante la atención del parto con pertinencia cultural	Disposición Aceptación	cuantitativa	

			<p>8. Cuantas pacientes le solicitan la atención del parto en vertical anualmente? Ninguna _____ De 1 a 3 _____ De 4 a 6 _____ De 7 a mas _____</p> <p>9. Cuantos partos a atendido con pertinencia cultural anualmente? Ninguno _____ De 1 a 3 _____ De 4 a 6 _____ De 7 a mas _____</p> <p>10. Cuál cree que es la definición de pertinencia cultural: a) Principio fundamental del derecho a la diferencia y quiere decir adecuado a la cultura. b) Atender a la paciente, con amabilidad y respeto en su idioma materno, a y b son correctas</p> <p>11. Escriba las dos indicaciones para la atención del parto vertical: _____</p> <p>12. Escriba tres contraindicaciones para la atención del parto vertical: _____</p> <p>13. Escriba las posiciones en vertical que puede adoptar la mujer en trabajo de parto: _____</p> <p>14. Escriba tres ventajas de las variantes de posición vertical _____</p> <p>15. Enumere tres premisas de atención del parto con pertinencia cultural: 1. _____ 2. _____ 3. _____</p> <p>16. El servicio donde labora, cuenta con un área adecuada para la atención del parto en vertical: SI _____ NO _____</p>
--	--	--	--

				17. Está usted de acuerdo en que en su servicio tenga un área para la atención del parto vertical: SI _____ NO _____ PORQUE _____
--	--	--	--	--

4.6 ASPECTOS ETICOS

a) Derecho a la autodeterminación

Las participantes tuvieron la posibilidad de decidir si participaba en el estudio o no, se les informó de los objetivos de la investigación y si deseaban abandonar el estudio podrían hacerlo cuando lo consideraran, se les entregó una carta de consentimiento informado.

b) Derecho al anonimato y a la confidencialidad

Tomando como base el derecho a la intimidad se les dio a conocer que su nombre no sería revelado y que la información que proporcionaron será de carácter confidencial.

c) Carta de consentimiento informado

Se elaboró una carta de consentimiento en la que se explicó a los sujetos el objetivo del estudio y si aceptaban participar que la firmara.

Se solicitó autorización por escrito a las autoridades de los servicios de salud en donde se realizó la investigación.

V. RESULTADOS

CUADRO No. 1

Descripción del personal encuestado según Municipio, Servicio de Salud y Disciplina

DESCRIPCION	CAIMI SAN CRISTOBAL	CAP TAMAHU	CAP SANTA CRUZ	CAP TACTIC	TOTAL	PORCENTAJE
Medico	2	0	3	1	6	17.00
Enfermera Profesional	3	0	1	2	6	17.00
Auxiliar de Enfermería	4	7	7	5	23	66.00
TOTAL	9	7	11	8	35	100.00

CUADRO No.02

Tiempo de laborar en el servicio de salud.

DESCRIPCION	MEDICO	ENFERMERA PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TOTAL	PORCENTAJE
MENOS DE 5 AÑOS	2	3	13	18	52.00
DE 5 A 10 AÑOS	1	1	10	12	34.00
DE 10 A 20 AÑOS	1	0	0	1	3.00
DE 20 A MAS	2	2	0	4	11.00
TOTAL	6	6	23	35	100.00

CUADRO No.03

Cuenta con la guía/protocolo para la implementación de la atención integral materna y neonatal calificada con enfoque de género y con pertinencia cultural en los servicios institucionales con atención del parto.

DESCRIPCION	SI	%	NO	%
MEDICO	4	11.00	2	6.00
ENFERMERA PROFESIONAL	4	11.00	2	6.00
AUXILIAR DE ENFERMERIA	14	40.00	9	26.00
TOTAL	22	62.00	13	38.00

CUADRO No.04

Los conocimientos que posee sobre atención del parto con pertinencia cultural los ha obtenido:

DESCRIPCION	MEDICO	ENFERMERA PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TOTAL	PORCENTAJE
POR CAPACITACIONES	1	2	12	15	43.00
CONOCIMIENTOS EMPIRICOS	2	0	3	5	14.00
POR LECTURA DE PROTOCOLOS	3	2	4	9	26.00
NO POSEE NINGUN CONOCIMIENTO	0	2	4	6	17.00
TOTAL	6	6	23	35	100.00

CUADRO No.05

Ha atendido partos en su servicio brindando atención con pertinencia cultural

DESCRIPCION	SI	%	NO	%
MEDICO	4	11.00	2	6.00
ENFERMERA PROFESIONAL	5	14.00	1	3.00
AUXILIAR DE ENFERMERIA	17	49.00	6	17.00
TOTAL	26	74.00	9	26.00

CUADRO No.06

Cuántas pacientes le solicitan la atención del parto en vertical anualmente.

DESCRIPCION	MEDICO	ENFERMERA PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TOTAL	PORCENTAJE
NINGUNA	4	1	8	13	37.00
DE 1 A 3	2	5	15	22	63.00
DE 4 A 6	0	0	0	0	0
DE 7 A MAS	0	0	0	0	0
TOTAL	6	6	23	35	100.00

CUADRO No.07

Cuantos partos atiende anualmente con pertinencia cultural

DESCRIPCION	MEDICO	ENFERMERA PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TOTAL	PORCENTAJE
NINGUNO	3	1	9	13	37.00
DE 1 A 3	3	5	14	22	63.00
DE 4 A 6	0	0	0	0	0
DE 7 A MAS	0	0	0	0	0
TOTAL	6	6	23	35	100.00

CUADRO No.08

Definición de pertinencia cultural

DESCRIPCION	MEDICO	ENFERMERA PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TOTAL	PORCENTAJE
PRINCIPIO FUNDAMENTAL DEL DERECHO LA DIFERENCIA Y QUIERE DECIR ADECUADO A LA CULTURA.	5	6	23	34	97.00
ATENDER A LA PACIENTE, CON AMABILIDAD Y RESPETO EN SU IDIOMA MATERNO.	0	0	0	0	0.0
NO RESPONDIERON	1	0	0	1	3.00
TOTAL	6	6	23	35	100.00

CUADRO No.09

Descripción de indicaciones de atención del parto en vertical

DESCRIPCION	MEDICO	ENFERMERA PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TOTAL	PORCENTAJE
USUARIA SIN COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA Y PRESENTACIÓN CEFÁLICA DEL FETO	3	5	8	16	46.00
RESPUESTA INCORRECTA	1	1	12	14	40.00
NO RESPONDIERON	2	0	3	5	14.00
TOTAL	6	6	23	35	100.00

CUADRO No.10

Descripciones de contraindicaciones para la atención del parto en vertical

DESCRIPCION	MEDICO	ENFERMERA PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TOTAL	PORCENTAJE
CESAREA ANTERIOR, DCP, SF, DISTOCIAS	6	4	15	25	71.00
RESPUESTA INCORRECTA	0	2	5	7	20.00
NO RESPONDIERON	0	0	3	3	9.00
TOTAL	6	6	23	35	100.00

CUADRO No.11

Descripción de las posiciones en vertical que puede adoptar la mujer a la hora del parto.

DESCRIPCION	MEDICO	ENFERMERA PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TOTAL	PORCENTAJE
POSICION DE CUCLILLAS, RODILLAS, SENTADA.	6	6	17	29	82.00
RESPUESTA INCORRECTA	0	0	3	3	9.00
NO RESPONDIERON	0	0	3	3	9.00
TOTAL	6	6	23	35	100.00

CUADRO No.12

Descripción de las ventajas de las variantes de la atención del parto en posición vertical.

DESCRIPCION	MEDICO	ENFERMERA PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TOTAL	PORCENTAJE
MENOR DOLOR EN 1RA ETAPA DEL PARTO, REDUCE LA NECESIDAD DE EPISIOTOMIAS, ETC	4	6	15	25	71.00
RESPUESTA INCORRECTA	1	0	6	7	20.00
NO RESPONDIERON	1	0	2	3	9.00
TOTAL	6	6	23	35	100.00

CUADRO No.13

Descripción de premisas de atención del parto con pertinencia cultural.

DESCRIPCION	MEDICO	ENFERMERA PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TOTAL	PORCENTAJE
CORRECTA	3	4	7	14	40.00
INCORRECTA	0	2	1	3	9.00
NO RESPONDIERON	3	0	15	18	51.00
TOTAL	6	6	23	35	100.00

CUADRO No.14

El servicio donde labora cuenta con área adecuada para la atención del parto en vertical.

DESCRIPCION	MEDICO	ENFERMERA PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TOTAL	PORCENTAJE
SI	0	0	3	3	9.00
NO	6	6	20	32	91.00
TOTAL	6	6	23	35	100.00

CUADRO No.15

Está de acuerdo en que los servicios tengan un área para la atención del parto vertical.

DESCRIPCION	MEDICO	ENFERMERA PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TOTAL	PORCENTAJE
SI	5	6	21	32	91.00
NO	1	0	2	3	9.00
NO RESPONDIERON	0	0	0	0	0
TOTAL	6	6	23	35	100.00

VI. DISCUSION Y ANALISIS

6.1 Resultados de intervención

EL 66% de personas encuestadas es personal de enfermería distribuido en los cuatro servicios, del total de médicos que laboran en el servicio únicamente 6 aceptaron participar. Se distribuyeron 13 encuestas por servicio de salud, 3 participantes médicos, 3 enfermeros profesionales y 7 auxiliares de enfermería, el servicio que mayor respuesta dio a dicha investigación fue el CAP de Santa Cruz, respetando la decisión de un 50% de médicos que decidieron no participar.

El 52% del personal tiene menos de 5 años de laborar en los servicios de salud, lo que evidencia rotación de personal.

Es evidente que 62% (22 personas) que respondió que cuenta con la guía para la atención materna neonatal se encuentran en ventaja sobre el grupo que respondió que no cuenta con ella, ya que no contar con ese instrumento los limita a brindar atención del parto libre de riesgos, con pertinencia cultural.

Respecto a cómo el personal encuestado a adquirido sus conocimientos acerca de la atención del parto con pertinencia cultural el 40% evidencia deficiencia en conocimiento ya que la fuente de adquisición a sido de forma empírica o por lectura de protocolos, existe un 17% que no poseen este tipo de conocimientos.

En un 74% los proveedores de salud, han atendido partos en posición vertical y él 26% indica que no atiende, se hace necesario que los proveedores de salud tengan el conocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos y elementos terapéuticos en el mejoramiento de la salud de la población

El 63% del personal respondió que un promedio de 1 a 3 usuaria/pacientes solicitan este servicio, en la mayoría de casos si no se oferta la paciente no lo solicita, muchas veces por desconocimiento de sus derechos o porque ya se sabe que la atención es en una camilla.

El 63% del personal médico y de enfermería, atiende en promedio de 1 a 3 partos en vertical y con pertinencia cultural anualmente, el cual ofertan o es solicitado por las pacientes en su mayoría multíparas que han tenido sus partos en casa asistidas por comadrona, el 37% no

oferta este tipo de atención, por falta de conocimiento y algunos casos porque no es requerido por las usuarias.

Es evidente que el personal médico y de enfermería tiene conocimientos sobre la atención del parto en vertical sin embargo en relación a la atención con pertinencia cultural los proveedores de salud, desconocen las premisas, las que consisten en una sistematización de pasos para cumplir con este tipo de atención.

La mayor parte del personal respondió que no se cuenta con el área para atender parto en posición vertical, sin embargo cuando es requerido por las paciente s utilizan el mismo ambiente de la sala de parto, habilitan una colchoneta, refieren que la posición que más adoptan las usuarias es de cuclillas.

El 91% del personal está de acuerdo en que todo servicio debe contar con el área adecuada para atención del parto en vertical ya que la mayor parte de embarazadas son del área rural y tienen la costumbre de que su parto sea en posiciones acordes a su cultura y la medicina basada en la evidencia ha demostrado las múltiples ventajas para la madre al optar por el parto vertical, entre ellas menos dolor y hemorragia.

También es importante recalcar que al contar con el área de la atención del parto en vertical se promocionaría, y probablemente se incrementaría la demanda de pacientes con trabajo de parto, existe evidencia en servicios de salud que cuentan con la sala de atención de parto en vertical que la demanda del parto institucional se incrementó de un año a otro, en el servicio de salud del municipio de Cahabon.²³

6.2 Conclusiones

- 1.** Según resultados del estudio el personal médico, y de enfermería poseen los conocimientos teóricos sobre la atención del parto con pertinencia cultural, principalmente posiciones en vertical, indicaciones y contraindicaciones, elementos importantes de conocer y practicar para el cumplimiento de la adecuación cultural en salud.
- 2.** No se oferta la prestación del servicio con pertinencia cultural a usuarias con trabajo de parto, por desconocimiento y porque no lo consideran importante
- 3.** El 91% del personal (32 personas) indican que no existe en el servicio en donde laboran un área adecuada para la atención del parto en vertical lo que imposibilita la atención del parto con pertinencia cultural. El personal esta anuente a que se implementen las salas de atención del parto con pertinencia cultural dentro de los servicios de salud, para su oferta a las usuarias, los que evidencia la disponibilidad del personal al cambio.

6.3 Recomendaciones

A la Dirección y Jefatura de Enfermería de los Distritos de Salud del Área Pocomchi de Alta Verapaz.

- 1.** Presentar los resultados de la investigación al personal médico y de enfermería de los Distritos de Salud
- 2.** Implementar o adecuar la sala de partos con el equipo y los insumos necesarios para la atención del parto vertical.
- 3.** Desarrollar un taller de atención del parto con pertinencia cultural cada 3 meses con personal de los distritos de salud del área pocomchi.
- 4.** Implementar programa de monitoreo y evaluación de la atención del parto en vertical, así como la promoción del mismo.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. PNUD. Informe de Desarrollo Humano. Cifras para desarrollo humano Alta Verapaz. Guatemala 2011. (fascículo No.16)
2. Haeussler, Rafael. Modelo de Atención intercultural en salud en Guatemala.2003
3. <http://www.leopl.com/estudios-sociales/4771/pocomchi/attachment/pocomchi1>.
4. Plan de Acción Forestal Maya. Proyecto ALA. Diagnóstico de los municipios de Santa Cruz Verapaz, Tactic, San Cristóbal Verapaz y Tamahú Alta Verapaz.
5. <http://www.leopl.com/estudios-sociales/4771/pocomchi/attachment/pocomchi1>
6. ASINDI REX WE. Diagnóstico de la medicina mayo pocomchi´. San Cristóbal Verapaz. Guatemala;
7. Bastos S, Cumes A, Lemus L. Mayanización y vida cotidiana, La Ideología Multicultural en la Sociedad Guatemalteca. Guatemala: FLASCO-CIRMA-Cholsamaj; 2007.
8. <http://www.quetzalnet.com.constitucion.htm>s. Constitución Política de la República de Guatemala.
9. <http://portaldelmsapas.gob.gt/>:Código de Salud.
10. Acuerdos sobre aspectos socioeconómicos y situación Agraria, acuerdos de Paz. Guatemala, mayo 1996.
11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Modulo de sensibilización Conociendo la medicina maya en Guatemala, Guatemala, 2,003.
12. Organización Panamericana de Salud/ Organización Mundial de Salud. Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema Convencional en las Américas. Washington D.C: 2003
13. Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente.INS-2002.
14. Conociendo la Medicina Maya en Guatemala, módulo de sensibilización MSPAS, Ciudad de Guatemala, 2003.
15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 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. Segunda edición. Guatemala 2011. Pag.8 y 14
16. Ibid pag. 22
17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia social. Manual de adecuación Cultural del Parto Natural/Vertical y sus distintas posiciones en el Marco Multicultural de Guatemala. Guatemala. 2011.
18. Ibid.

19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 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. Guatemala: 2011
20. Ibid. Pag.24 y 25
21. Ibid. Pag. 26
22. Ann Marriner Tomey y Martha Raile Alligood. Modelos y teorías en Enfermería. Cuarta edición. España. HarcourtBrace de España 1999.
23. Médicos del Mundo Guatemala, Informe de Resultados de Atención con Pertinencia Cultural, después de la adecuación de las salas con atención del parto en vertical, Cahabón, A.V año 2013.
24. Bastos S. "Análisis Conceptual de la Diversidad étnico-cultural en Guatemala". Texto preparado para Informe de Desarrollo Humano 2005 del PNUD. Guatemala: CIRMA; agosto 2005.
25. Cabezas, Horacio. Metodología de la Investigación. 2ºda. Edición. Guatemala. 2,000.
26. Comelles J M. El regreso de lo cultural. Diversidad cultural y practica medica en el s. XXI. Universidad Rovira-Virgilia. Tarragona 2003: 3 (1): 6-24.
27. Carbone D R. Parto Ancestral: Al rescate del nacimiento tradicional. Octubre 2012; programa orígenes.
28. Chávez Zepeda, Juan José. Módulo de Autoaprendizaje. Elaboración de Proyectos de Investigación. Guatemala, 1,992.
29. Fanny Cisneros G. Introducción a las Teorías y Modelos de Enfermería <http://artemisa.unicausa.educ.co/> (agosto 2,012).
30. Gordillo Castillo, Enrique. Guía General de Estilo para la Presentación de Trabajos Académicos. Guatemala: Centro de Estudios Urbanos y Regionales. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala, 2,002.
31. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Guía para la adecuación cultural de los servicios de salud. Ecuador: 2006.
32. Mercer H. "investigación Social aplicada al campo de la salud" en educación, medicina y salud. Vol. 9, No.4, 1975.
33. Organización Panamericana de la Salud. Informe ejecutivo taller subregional mesoamericano. Pueblos Indígenas y Salud. 1994

34. Organización Panamericana de Salud/ Organización Mundial de Salud. Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema Convencional en las Américas. Washington D.C: 2003.
35. Sadler M, Nuñez Z P. Revisión del parto personalizado herramientas y experiencias en Chile: editorial: Programa Chile crece contigo. Chile: 2009.
36. Secretaria de la Paz. Agenda Pública hacia los pueblos indígenas en el marco de los Acuerdos de Paz 2005-2012. Guatemala.
37. www.sepaz.gob.gt. Acuerdos de Paz.
38. Xitimul P L. La medicina tradicional en los sistemas de salud pública. Una mirada desde Guatemala. Universitas Forum. 2011; julio; 2 (2); 1-4.

VIII. ANEXOS



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA**



A:

Dr. Emilio Ortega

Dr. Ever Yes

Dr. Hugo Hernández

EP. Patricia García

Directores de Distrito de Salud

Licda. Erika Morales

Licda. Amada Pinto

Atentamente me dirijo a ustedes, deseándoles éxitos en sus actividades diarias.

El motivo de la presente es para solicitarles su valioso apoyo en cuanto a la autorización para la realización de un estudio con el nombre de conocimientos y actitudes del personal médico y de enfermería sobre la atención del parto con pertinencia cultural, el cual estoy realizando en los servicios de salud del área pocomchi, y para ello pasando un cuestionario a dicho personal.

Es espera de su valioso apoyo y agradeciendo desde ya, me suscribo de ustedes, cordialmente,

Mayra Mercedes León Tiul
Licenciada en enfermería
Colegiado EL-710



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA**



Mi nombre es Mayra León, Licenciada en Enfermería, actualmente me encuentro realizando un estudio concerniente a Conocimientos y actitudes del personal Médico y de Enfermería sobre la atención del parto con pertinencia cultural, en los servicios de salud del área pocomchí, del departamento de Alta Verapaz.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por lo anterior expuesto, solicito su colaboración, de manera que pueda participar en el estudio, respondiendo preguntas relacionadas con el tema en mención. La información que usted proporcione es totalmente confidencial, por lo que su identidad no será revelada, usted podrá tomarse el tiempo que crea necesario para responder a cada pregunta y suspender su participación si así lo desea en cualquier momento, sin embargo es necesario que firme la presente hoja, como constancia de su participación y disposición en este estudio.

Se le recomienda que sus respuestas sean totalmente veraces, para que la investigación sea eficaz.

Gracias por su participación

Firma.



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA



CUESTIONARIO

Conocimientos y actitudes del personal Médico y de Enfermería en la atención del parto con pertinencia cultural, en los servicios de salud del área pocomchí, del departamento de Alta Verapaz.

INSTRUCCIONES

A continuación se le presentan una serie de preguntas las cuales deberá contestar correctamente, marcando una X o subrayando en la respuesta que usted crea verdadera o completando las mismas.

1. Municipio en el que labora:
San Cristóbal Verapaz _____
Santa Cruz Verapaz _____
Tactic _____
Tamahú _____

2. Servicio de Salud donde se desempeña
CAIMI _____
CAP _____
C/S _____

3. Que profesión/oficio tiene?
Medico _____
Enfermero@ profesional _____
Auxiliar de Enfermería _____

4. Tiempo de laborar en el servicio de salud
Menos de 5 años _____
De 5 a 10 años _____
De 10 a 20 _____
De 20 a más _____

5. Cuentan con la 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.
SI _____ NO _____

6. Los conocimientos que posee sobre atención del parto con pertinencia cultural los ha obtenido:
- a) Por capacitaciones recibidas
 - b) Por conocimientos empíricos
 - c) Por lectura de protocolo
 - d) No tiene conocimientos de este tipo de atención
7. A atendido partos en su servicio, brindando atención con pertinencia cultural?
SI _____ NO _____
8. Cuantas pacientes le solicitan la atención del parto en vertical anualmente?
- Ninguna _____
 - De 1 a 3 _____
 - De 4 a 6 _____
 - De 7 a mas _____
9. Cuantos partos a atendido con pertinencia cultural anualmente?
- Ninguno _____
 - De 1 a 3 _____
 - De 4 a 6 _____
 - De 7 a mas _____
- 10.Cuál cree que es la definición de pertinencia cultural:
- a. Principio fundamental del derecho a la diferencia y quiere decir adecuado a la cultura.
 - b. Atender a la paciente, con amabilidad y respeto en su idioma materno,
 - c. a y b son correctas
11. Escriba las dos indicaciones para la atención del parto vertical:
- 1. _____
 - 2. _____
12. Escriba tres contraindicaciones para la atención del parto vertical:
- 1. _____
 - 2. _____
 - 3. _____
13. Escriba las posiciones en vertical que puede adoptar la mujer en trabajo de parto:
- 1. _____
 - 2. _____
 - 3. _____
 - 4. _____

14. Escriba tres ventajas de las variantes de posición vertical

1. _____
2. _____
3. _____

15. Enumere tres premisas de atención del parto con pertinencia cultural:

1. _____
2. _____
3. _____

16. El servicio donde labora, cuenta con un área adecuada para la atención del parto en vertical:

SI _____ NO _____

17. Está usted de acuerdo en que en su servicio tenga un área para la atención del parto vertical:

SI _____ NO _____

PORQUE? _____

Gracias por su colaboración!

PERMISO DE AUTORA PARA COPIAL EL TRABAJO

La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la presente tesis, para propósitos de consulta académica, se debe hacer referencia cuando se cite de forma parcial o total los contenidos de esta y tesis, sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala, lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.
