

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

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a person, possibly a saint or scholar, seated and holding a book. Above the figure is a crown. The figure is flanked by two lions. Below the figure are two mountains. The entire scene is enclosed within a circular border containing the Latin text "CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER CETERAS ORBIS CONSPICUA".

**DETERMINANTES QUE AFECTAN LA SALUD DE LAS MUJERES
EMBARAZADAS**

Mélida Manuel Martín

Tesis:

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrados 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

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a person, possibly a saint or scholar, seated and holding a book. Above the figure is a crown. The figure is flanked by two lions. Below the figure are two mountains. The entire scene is enclosed within a circular border containing the Latin text "CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER CETERAS ORBIS CONSPICUA".

**DETERMINANTES QUE AFECTAN LA SALUD DE LAS MUJERES
EMBARAZADAS**

Mélida Manuel Martín

Tesis:

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrados de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría En Enfermería Materno Neonatal
Para obtener el título de
Maestra en Enfermería Materno Neonatal

Septiembre 2014



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 "Determinantes que afectan la salud de las mujeres embarazadas" de Melida Manuel Martín, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica e 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.

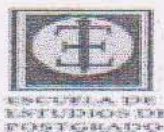
Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente;

Dr. Luis Alfredo Ruíz Cruz.

Asesor de Tesis

Escuela de Estudios de Postgrados

Facultad de Ciencias Médicas USAC



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Doctor

Luis Ruíz Cruz

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 "Determinantes que afectan la salud de las mujeres embarazadas" de Melida Manuel Martin, 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 MSc
Revisor de Tesis
Coordinación Específica
Escuela de Estudios de Postgrado



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Licenciada: Mérida Manuel Martín.

Carné Universitario No.: 200518546

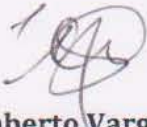
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Artes en Enfermería Materno Neonatal, el trabajo de tesis **"Determinantes que Afectan la Salud de las Mujeres Embarazadas"**.

Que fue asesorado: Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

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

NOTA DE AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

Enfermería de Guatemala agradece en grande manera a la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y a la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería –FUDEN-España, el apoyo brindado al conceder 30 becas a licenciados en Enfermería de Alta Verapaz 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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida, por darme salud e inteligencia para lograr mis objetivos, por los triunfos, los momentos difíciles, por su infinita bondad y por su gran amor.

A mi Padre Tomas (+)

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que en vida me demostró.

A mi madre

Por darme su apoyo, comprensión incondicional en todo momento, por sus consejos, sus valores, y la motivación constante que me ha permitido ser una persona de éxitos.

A mis Hermanos Helin y Tomás

Por tener paciencia en los momentos de mi ausencia, por ser mi fuente de inspiración, que mi triunfo les sirva de motivación para conseguir las metas que se tracen en la vida.

A las docentes

Por haber contribuido durante mi preparación en la maestría por la adquisición de nuevos conocimientos.

A la Escuela Nacional de Enfermería de Guatemala

Por los conocimientos adquiridos, por enseñarme la importancia de la humanidad en nosotras las enfermeras y por contemplar uno de los muchos estudios que podemos realizar en beneficio de las personas que necesita de nuestra atención.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

En especial a la Facultad de Ciencias Médicas, por permitirme ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país.

A la escuela de Estudio de Post Grado

Por la oportunidad de ampliar mis conocimientos a través de la preparación Académica de la Maestría.

A la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería

Por la iniciativa de la Maestría Materno Neonatal en Guatemala

INDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	Pagina
RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	6
III. OBJETIVOS.....	44
IV. MATERIALES Y METODOS.....	45
V. RESULTADOS.....	53
VI. DISCUSION Y ANALISIS.....	62
6.1 RESULTADOS DE INTERVENSIÓN	65
6.2 CONCLUSIONES.....	69
6.3 RECOMENDACIONES.....	71
VII. REFEEFENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	72
VIII. ANEXO.....	75
Anexo 1.....	75
Anexo 2	80
Anexo 3.....	81
Anexo 4.....	82

INDICE DE CUADROS

	Pagina
CUADRO No. 1.....	53
CUADRO No. 2.....	55
CUADRO No. 3.....	57
CUADRO No. 4.....	59

INDICE DE TABLAS

	Pagina
TABLA NO.1.....	61

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar las determinantes que afectan la salud de las mujeres embarazadas de la jurisdicción Chisec Central, Chisec Alta Verapaz, durante los meses de Febrero y Marzo 2,014. **METODOLOGIA:** estudio prospectivo, realizado con la población real al momento de la investigación, es de tipo descriptivo con una dimensión transversal porque los datos se recolectaron en un solo momento determinado en el mes de marzo 2014, su propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado en una muestras de 100 embarazadas, tuvo como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables de la población. **RESULTADOS:** se realizó un estudio prospectivo con un total de 92 embarazadas de la jurisdicción Chisec central, de los cuales se obtuvo lo siguiente: la edad media de las pacientes entrevistadas es de 24 años, de ellas el 47% sabe leer y escribir, el 43% no tiene ninguna escolaridad, el 37% tiene un ingreso familiar de menos de quinientos quetzales, la edad promedio en que se casaron es del rango de 16 a 19 años, la edad media en quedaron embarazadas es de 18 años, la edad media del primer embarazo corresponde a los 18 años, el 30% de embarazadas es primigesta y de ellas el 50% asistió a su primer control, del total de embarazadas, el 67% espero menos de una hora para ser atendida, el 35% indico que la consulta prenatal duro de 10 a 15 minutos. **CONCLUSIONES:** el 63% de mujeres embarazadas están siendo afectadas por las determinantes asociadas al sistema de salud.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Identify the determinants that affect the health of pregnant women of Central Chisec, Alta Verapaz Chisec, jurisdiction during the months of February and March 2014.

METHODOLOGY: prospective study, conducted with the actual population at the time of research, is descriptive, with a transversal dimension because the data were collected at a single point in the month of March 2014, its purpose was to describe variables and analyze its impact and interrelationships at a given moment in a sample of 100 pregnant, it aimed to investigate the incidence of modalities or levels of one or more variables in the population.

RESULTS: we performed a prospective study with a total of pregnant 92 of Chisec central jurisdiction, which was the following: the average age of the patients interviewed 24 years, of which 47% is literate, 43% do not have any schooling, 37% have a household income of less than five hundred quetzals, the average age when they married is in the range of 16 to 19 years old, the average age in they were sanding is 18 years, the average age of first pregnancy is 18 years, 30% of pregnant women is primigesta and of them 50% attended their first controlthe total of pregnant women, 67% expect less than an hour to be served, 35% Indian that you query prenatal hard for 10 to 15 minutes. **CONCLUSIONS:** 63% of pregnant women are affected by the determinants associated with the health system.

I. INTRODUCCION

Investigación realizada en el municipio de Chisec, en la Jurisdicción Chisec Central durante los meses de Febrero y Marzo del 2014, la jurisdicción cubierta por el programa de extensión de cobertura a través de Fundemi Talita Kumi, dicha investigación fue dirigida a 100 mujeres embarazadas de la Jurisdicción, con el objetivo de describir los componentes de los determinantes de la salud entre ellos características sociodemográficas, características biológicas del grupo de embarazadas, características culturales relacionados a la toma de decisiones a nivel del hogar de las mujeres y también se consideró muy importante las características del sistema de salud y de la atención a nivel comunitario en la jurisdicción.

La investigación enfocada a determinantes de la salud se realizó tomando en cuenta que la buena salud de la población en general es uno de los pilares fundamentales del progreso social y económico de las comunidades, municipios y país. Existe una estrecha interrelación entre buena salud, reducción de la pobreza y, en el largo plazo, desarrollo económico. En los países de bajo ingreso la mala salud de un pueblo, también conocida como carga de enfermedad, es una barrera que impide romper el círculo de la pobreza y progresar en el crecimiento de sus economías.

Guatemala está entre los países que suscribieron la declaración del Milenio, entre ello Alcanzar los objetivos del milenio (ODM) en salud, en particular, es uno de los objetivos fundamentales del sistema de salud guatemalteco. En una investigación a cargo Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), se demostró que Guatemala no alcanzará los ODM si sus políticas de crecimiento no se combinan con políticas distributivas en el campo de la inversión social.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, también conocidos como Objetivos del Milenio (ODM), son ocho propósitos de desarrollo humano fijados en el año 2000, que 189 países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para el año 2015. Estos objetivos tratan problemas de la vida cotidiana que se consideran graves y/o radicales.

En la Declaración del Milenio hace énfasis referentes a la erradicación de la pobreza, la educación primaria universal, la igualdad entre los géneros, la mortalidad infantil, materna, el avance del VIH/sida y el sustento del medio ambiente. Para el abordaje de los determinantes

que condicionan la salud de las mujeres embarazadas se relacionan con cuatro objetivos del milenio los cuales son:

Para el objetivo uno es Erradicar la pobreza extrema y el hambre entre los años 1990 y 2015¹, así como también conseguir pleno empleo productivo y trabajo digno para todos, incluyendo mujeres y jóvenes, la pobreza extrema condiciona aún más la vida de una mujer embarazada a nivel comunitario, porque es únicamente el esposo quien provee el sustento diario del hogar con un mínimo ingreso que no está contemplado dentro del rango de un salario mínimo.

Para el tercer objetivo del milenio es promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer el cual consiste en eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de finales de 2015.

El Objetivo cuatro consiste en reducir la mortalidad infantil.² lo cual consiste en reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años, aunado a ello el Objetivo cinco el cual requiere que se Mejore la salud materna enfocado a reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna, así como también el acceso universal a la salud reproductiva, este objetivo está muy relacionado a la investigación que se realizó en el municipio de Chisec, las acciones ayudaran a que en mínima parte se logre el objetivo a nivel local.

¹http://www.undp.org.ec/odm/II_informe_nacional.pdf, objetivos del milenio ONU, consultado el 8 de febrero 2014.

²http://www.undp.org.ec/odm/II_informe_nacional.pdf ubicado objetivos del milenio ONU, consultado el 8 de febrero 2014

La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio - económicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los Objetivos para el Milenio. "Paradójicamente, existe suficiente evidencia, particularmente proveniente de países desarrollados, de acciones posibles para disminuir dichas inequidades, principalmente través de la implementación de políticas e intervenciones de salud que actúen sobre los determinantes sociales"³

Para la mayoría de las mujeres del mundo la buena salud y el bienestar siguen siendo difíciles de alcanzar. A lo largo de todo su ciclo vital, las mujeres de muchos países no tienen un acceso equitativo a los servicios básicos de salud. Las niñas a menudo reciben menos atención que los niños en la prevención y el tratamiento de las enfermedades infantiles. En la adolescencia y a lo largo de sus años de fecundidad, la mujer carece de asesoramiento adecuado y de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. El resultado es un aumento del riesgo de embarazos no deseados y a edad prematura, así como de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual y de abortar en condiciones peligrosas.

A nivel local es importante conocer las determinantes de salud que afectan directamente a las embarazadas, el departamento de Alta Verapaz tiene una característica que difiere en relación a otros departamentos, relacionado a la cultura que predomina, la concepción del embarazo desde los mitos y creencias, al acceso geográfico que es muy distante, las características demográficas y las distancias que hay desde el hogar a un servicio de salud más cercano.

En la jurisdicción Chisec Central ubicado en el municipio de Chisec, departamento de Alta Verapaz, cubierta con los servicios de salud a través de un equipo de trabajo que está bajo el contrato con FUNDEMI /Talita Kumi, tiene sus características, es que es una jurisdicción

³http://www.paho.org/equity/index.php?gid=49&option=com_docman, comisión sobre determinantes sociales de la salud, consultado el 08 de febrero 2014

bastante extensa, con una población de 14,833 habitantes, comprendido por seis centros de convergencias, 32 comunidades, con una población de mujeres en edad fértil de 4342, durante el año 2,013 tuvo una característica especial que no es común, en el que ocurrieron 4 muertes maternas para lo cual la jurisdicción tuvo una razón de (Números de casos ocurridos/ nacidos vivos X 100,000) $(4/423 \times 100,000=945,626)$ lo que significa que si no se identifica el problema que está causando las muertes maternas, esto continuara, es por ello que dentro de mi investigación considero muy importante el abordaje de las determinantes de salud que afecta principalmente a las mujeres embarazadas y quizás a través de ello poder identificar si los determinantes que interfieren en la salud de las mujeres embarazadas, el estudio va dirigido a todas las mujeres embarazadas de la jurisdicción, no importando la edad en años ni la edad gestacional, sin discriminación se abordara a toda mujer embarazada.

Esta investigación es importante porque aportará información del contexto socio-político al municipio de chise, para que las autoridades locales contribuyan a la disminución de las mismas y que se realicen acciones al enfoque de determinantes del estado de salud de las embarazadas y que exista una participación multidisciplinaria para que todos los sectores se involucren y no específicamente sea el sector salud el responsable directo.

La mortalidad materna es multi causal, multi disciplinario, por lo que se requiere la participación social para poder contribuir a la disminución de las mismas.

La investigación es relevante porque aporta datos para la toma de decisiones en incluir acciones de proyectos a nivel municipal, así como la integración de otras entidades cooperantes interesados de disminuir la mortalidad materno-neonatal.

Es conveniente para identificar si las determinantes de salud afectan al desarrollo del embarazo de la mujer, esto ayudaría a resolver un problema real y trascendental dando respuesta a las necesidades del nivel comunitario.

La investigación es factible porque se realizara en el área laboral, cubriendo así las necesidades que se identificarán en el estudio y que al mismo tiempo es un aporte valioso hacia la población femenina específicamente de la más vulnerable, la población en estado de gestación.

Es novedosa porque a nivel departamental no existe ningún estudio de tal índole y puede ser el origen de otras investigaciones.

La investigación es viable porque el área a estudiar corresponde al área de desarrollo laboral, se calcula realizar el estudio de campo en el periodo de un mes, es factible porque se cuenta con el recurso económico para ingresar a las comunidades y el recurso humano que será de apoyo para la realización de esta investigación.

Se necesita saber y conocer la magnitud de las determinantes por la cuales las consecuencias de la vida de la mujer embarazada culmina en una muerte materna.

Hace falta abordar un estudio sobre las determinantes sociales y cuanto impactan en la vida de la mujer embarazada principalmente en un embarazo a término y lo que sucede en todo el trayecto hasta el nacimiento.

II. ANTECEDENTES

2.1. SALUD

La definición más ambiciosa de la salud es la que propuso la OMS en 1948: “salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad”.⁴ Esto permite que la persona sea consciente de sus propias capacidades, afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad, porque una persona enferma no es productiva para el país y menos ante la sociedad.

Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1946 Décadas más tarde se complementa este enfoque en la siguiente definición, indicando que la “Salud es la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente.” OMS. 1985.

En 1947, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el término “estado de salud” como “el estado de bienestar completo, físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad.” Con esta definición, la OMS reconoce que el estado de salud de un individuo no depende únicamente de su bienestar físico, sino también de la satisfacción de sus necesidades mentales y sociales.

Entre una y otra definición existe relación en sus conceptos debido a que es la misma percepción para definir lo que comprende la salud en la población.

Otra definición que complementa el Concepto de Salud “La Salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa así mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la propia vida y de asegurar que la sociedad en la que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.” “La Salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo” Carta de Ottawa Canadá, 1986.⁵

⁴Naciones Unidas (1987) Boletín N°23/24, “Medición del Estado de Salud”.

⁵<http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>, carta de Ottawa, consultado el 23 de junio 2014.

2.2. MEDICION DEL ESTADO DE SALUD

Entre los indicadores de salud más utilizados se encuentran la mortalidad (por ejemplo, la mortalidad infantil o la esperanza de vida al nacer) y, también, las tasas de morbilidad, es decir, la presencia de enfermedades de distinta índole. Aunque estos indicadores son útiles, tomados cada uno por separado sólo proporcionan parte de la información acerca de la salud de una población.

De allí surge la necesidad de buscar indicadores más integrales y completos que puedan medir el estado de salud como un estado de bienestar completo (como lo define la OMS). Un avance importante en esta línea ha sido el desarrollo de una nueva generación de indicadores, llamados «indicadores agregados de salud», que combinan los datos de mortalidad, con los de morbilidad y la calidad de vida. Estos nuevos indicadores incluyen: años de vida ajustados por discapacidad, esperanza de vida ajustada por salud, años de vida ajustados por calidad, entre otros. Se tiene un mejor panorama si los indicadores medibles en la definición más acertada de la salud, basada en ello se obtienen un mejor resultado para el análisis del entorno de la salud, máximo es un grupo vulnerable.

La parte de la población que puede contraer una enfermedad se denomina “población expuesta al riesgo y puede definirse según factores demográficos, geográficos o ambientales”⁶. Así, las lesiones y enfermedades profesionales solo afectan a las personas que trabajan en el medio correspondiente, por lo que la población expuesta al riesgo es la población laboral activa. A nivel comunitario existen grupos etáreos de la población expuestos a más riesgos como lo son los niños y las mujeres embarazadas, ya que la oportunidad de tener una salud completa se torna difícil debido a diferentes condicionantes que en determinado momento afecta el desarrollo completo de la salud.

La medición del estado global de salud y la identificación de las relaciones entre el estado de salud de la población y sus determinantes pueden conllevar el cumplimiento de un conjunto

⁶http://www.publications.paho.org/spanish/PC+629+Cap_2.pd , Medición del estado de Salud y de la Enfermedad, capítulo 2, consultado el 15 de febrero 2014

de propósitos generales, aun análisis crítico basado en la vigilancia epidemiológica en series de tiempo, y realizando análisis descriptivo de lo que corresponde a la salud materna neonatal en ello está comprendido: mujeres embarazadas con riesgo obstétrico en control prenatal y acciones preventivas que reduzcan el riesgo de muerte materna, conocimiento que el personal posee para la atención de los riesgos obstétricos, atención del parto institucional y razón y tasa de mortalidad materna.

2.3. EL CONTEXTO DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD⁷

La salud, y la posibilidad de alcanzar el mayor grado de salud que se pueda lograr, constituyen derechos universales de las personas, que además resultan fundamentales para la sociedad en su conjunto, ya que el gozar de buena salud, posibilita la participación de los individuos en la sociedad y puede derivar en consecuencias potencialmente positivas para el rendimiento económico. En este marco se inscribe la mirada de equidad en salud, cuyo propósito central es que las personas alcancen su potencial de salud, independiente de sus condiciones sociales y económicas.

No obstante, en la actualidad persisten drásticas desigualdades en materia de salud, tanto entre los diferentes países como al interior de los mismos, las que se vinculan a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud, que tienen las personas en función de distintos aspectos, tales como su clase social, sexo, territorio o etnia, y que determinan las condiciones en las que crecen, viven, trabajan y envejecen.

⁷ Esta aproximación conceptual está basada en los textos: **Subsanar las desigualdades en una generación**, de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS; **Lograr la equidad en salud desde las causas iniciales a los resultados justos**, de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS; **A conceptual framework for action on the social determinants of health**, de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS; **Priorities for research to take the health equity policy agenda**, de WHO Taskforce on research priorities for equity in health & the WHO equity team; **Las políticas públicas para disminuir las desigualdades en salud**, de Carme Borrell y Lucía Artazcoz; **Desafíos en salud pública de la reforma: equidad y determinantes sociales de la salud**, de Patricia Frenz; y las presentaciones **Determinantes sociales y equidad en salud**, de Amit Prasad (OMS), y **Enfoque de determinantes sociales de salud: orientaciones para la agenda social**, de la doctora Jeannette Vega (Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL).

En este sentido, las desigualdades en la forma en que está organizada la sociedad, hacen que las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud, estén mal distribuidas dentro de una misma sociedad y entre las distintas sociedades.

Desde esta perspectiva, y de acuerdo a los planteamientos de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), disminuir las inequidades en salud es un imperativo ético, un tema de justicia social que se fundamenta en argumentos técnicos y políticos, cuyo principio ético rector es la equidad en salud, definida como la ausencia de injusticia evitable y remediable o las diferencias en salud entre grupos sociales. La responsabilidad primaria de resguardar la equidad en salud recae en los gobiernos.

2.4. MARCO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES DEL ESTADO DE SALUD

En los últimos quince años la literatura ha desarrollado modelos para mostrar los mecanismos a través de los cuales los Determinantes Sociales (DES) afectan el estado de salud de la sociedad. Estos modelos explican la relación entre los diferentes tipos de determinantes sociales y permiten identificar los puntos estratégicos en los que deben actuar las políticas. Además, dichos modelos son particularmente importantes en el análisis de las inequidades en salud, pues las desigualdades en las condiciones de vida de los individuos se traducen en desigualdades en su estado de salud. “La comisión sobre los determinantes sociales de la salud según la (OMS, 2008) distingue entre tres tipos de Determinantes Sociales (DES)”⁸:

- Determinantes estructurales
- Determinantes individuales.
- Determinantes asociados al sistema de salud.

2.5. EL ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.

⁸ <http://www.Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. consultado el 28 de Febrero 2014.>

Los Determinantes Sociales de la Salud, en cuya visión “el contexto mundial afecta la forma en que las sociedades prosperan mediante su impacto en las políticas públicas y normas tradicionales, y las relaciones internacionales. Esto a su vez determina la manera en que la sociedad organiza sus asuntos en el nivel local y el nivel nacional, lo que da origen a formas de jerarquía y posicionamiento social. El lugar que ocupan las personas en la jerarquía social afecta las condiciones en que crecen, aprenden, viven, trabajan y envejecen: su vulnerabilidad a las enfermedades; y las consecuencias para la mala salud”.

Los determinantes estructurales y las condiciones de vida ya en su conjunto, constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades de salud entre los países”⁹ y dentro de cada país, y que son posibles de intervenir a través del establecimiento de las políticas sociales y de salud.

Se define que considerando las determinantes de tipo estructural (económico, político, cultural y social) y de tipos intermedios o intermediarios (circunstancias materiales, factores biológicos, conductuales y psicosociales), y su relación con la equidad en la salud y el bienestar de las personas. Así mismo, se plantea la incidencia la salud en los determinantes sociales, ya que “enfermedades y lesiones tienen un impacto indirecto en la posición socioeconómica de las personas. Desde la perspectiva de la población, la magnitud de ciertas enfermedades puede repercutir directamente en los principales factores contextuales”.

El diseño de políticas basadas en el enfoque de determinantes sociales de la salud, coloca a la salud pública ante un gran reto, que difícilmente logre cumplir con los objetivos del milenio, principalmente el objetivo número cuatro que describe la disminución de la mortalidad materno neonatal, ya que implica pasar del paradigma biomédico centrado en los problemas de salud, con énfasis en el ámbito sanitario, a otro que requiere de un alto compromiso político, y de la participación de todas las áreas del gobierno y de la ciudadanía, en la priorización de los problemas, su diagnóstico, diseño de programas, implementación y

⁹ http://www.epi.minsal.cl/.../determinantes...salud/revision_conceptual_de_dss.doc, diagnósticos regionales de salud pública basados en el enfoque de los determinantes sociales de la salud., consultado el 15 de febrero 2014.

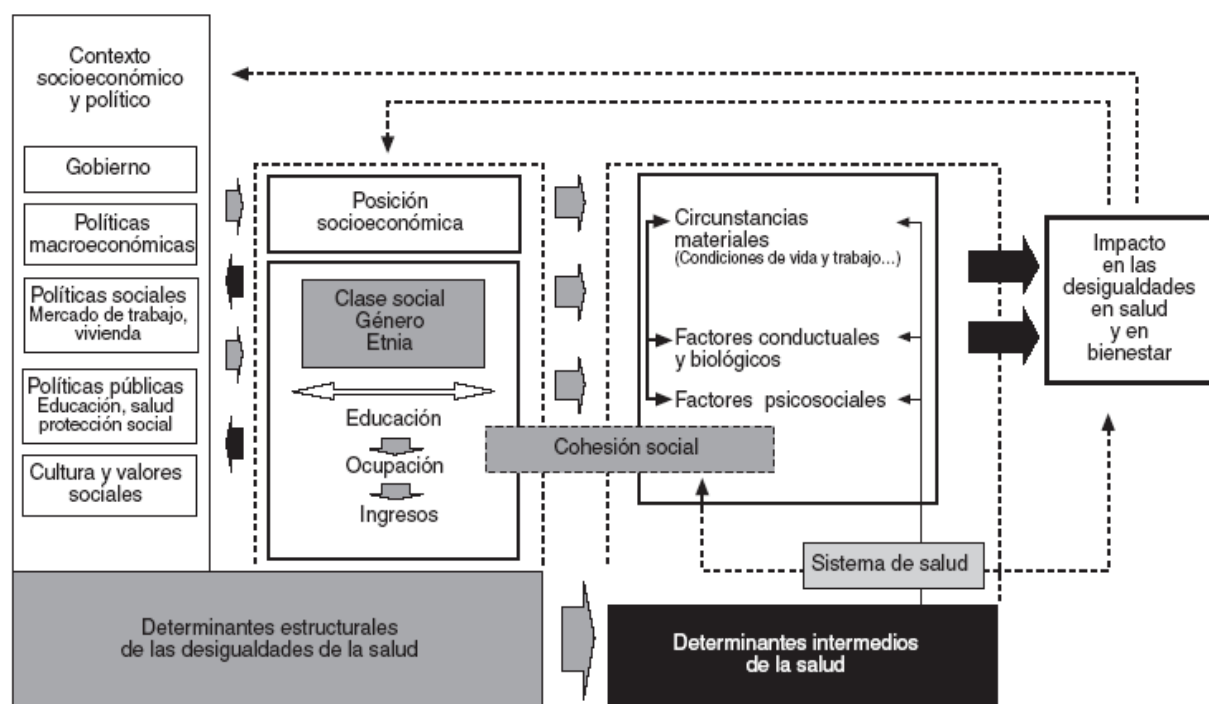
evaluación, ya que la realización del derecho humano a la salud, implica el empoderamiento de las comunidades desfavorecidas, con el objetivo de que puedan ejercer el mayor control posible sobre los factores que determinan su salud.

De una manera resumida el enfoque de determinantes sociales de la salud pública involucra tomar en cuenta las condiciones sociales y su impacto en exposición, vulnerabilidad y consecuencias diferenciales, para planificar e implementar políticas de salud. Así como, actuar no solo con el objetivo de mejorar el nivel promedio, sino que explícitamente para reducir las inequidades en salud, a través de políticas que incorporen acciones sobre los determinantes sociales que provocan estas inequidades.

Cuadro No.1.

Esquema conceptual de los determinantes sociales de la salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud.



Fuente: Comisión de Determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud.

2.6. DETERMINANTES ESTRUCTURALES

Los determinantes estructurales, indican la forma de contemplar el estudio de los mecanismos que conducen a la creación de inequidades socio-económicas. Algunas de las variables incluidas en este grupo son: ingreso, educación, género y etnia. La ubicación de una persona dentro de esta clasificación, de acuerdo a sus características socioeconómicas, es un determinante de todas aquellas oportunidades que tendrá el ser humano para satisfacer sus necesidades de salud y por tanto, es un determinante de su estado de salud.

2.7. INGRESO

La salud se deteriora cuando no hay oportunidades para demostrar habilidades y se tiene poca autoridad decisoria. Las recompensas inadecuadas, ya sea en términos de dinero, estatus o autoestima. Desempleo y subempleo están asociados con mala salud. “El impacto del desempleo en la salud se traduce en muerte temprana, muerte materna, tasas más altas de suicidio”¹⁰ en los que han estado desempleados por una cantidad significativa de tiempo; problemas emocionales de las esposas e hijos, especialmente en los adolescentes.

2.8. EDUCACIÓN

En promedio, las personas con mayores niveles educativos, tienen mayores probabilidades de: ser empleados, tener trabajos con más alto estatus social y tener ingresos estables. La educación: incrementa las elecciones y oportunidades disponibles, la seguridad y satisfacción en el trabajo, mejora la “alfabetización en salud”, aumenta la seguridad financiera y brinda a las personas las habilidades necesarias para identificar y resolver problemas individuales y grupales.

Ambiente físico¹¹.

2.9. GÉNERO

¹⁰Bitran y Asociados para PHR , Determinantes del Estado de Salud en Guatemala,. Plus, pag. 3, 2012. proporcionado en Maestría en enfermería, Universidad Mariano Gálvez.

¹¹Ibid.

El género se refiere al orden de los roles socialmente determinados, rasgos de personalidad, Actitudes, conductas, valores, poder e influencia relativos que la sociedad adscribe a ambos sexos sobre una base diferente, más que a sus diferencias biológicas. Muchas cuestiones de salud son función de roles o estatus basados en el género.

a) El enfoque de género.

El enfoque de género considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan.” esto significa imparcialidad y justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre hombre y mujeres. el impulsar la igualdad y equidad de género y el empoderamiento de la mujer, es asegurar que las mujeres cuenten con la capacidad de controlar su propia fecundidad, ambos son los pilares de los programas relaciones con la población y el desarrollo”¹². Todas estas cuestiones influyen en el logro de las metas, las políticas y los planes de los organismos nacionales e internacionales y por lo tanto, repercuten en el proceso de desarrollo de la sociedad. Género se relaciona con todos los aspectos de la vida económica y social, cotidiana y privada de los individuos y determina características y funciones dependiendo del sexo o de la percepción que la sociedad tiene de él.

El sexo se refiere a las características biológicas que entre otras, son comunes a todas las sociedades y culturas. Género, en cambio, se relaciona con los rasgos que han ido moldeándose a lo largo de la historia de las relaciones sociales. Las divergencias biológicas son el origen de las que se producen en materia de género, pero los modos en que se determina el papel que desempeñan mujeres y hombres van más allá de las particularidades físicas y biológicas que distinguen a cada sexo. Las diferencias en materia de género se construyen socialmente y se inculcan sobre la base de la percepción que tienen las distintas sociedades acerca de la diversidad física, los presupuestos de gustos, preferencias y capacidades entre mujeres y hombres. Es decir, mientras las disimilitudes en materia de sexo son inmutables, las de género varían según las culturas y cambian a través del tiempo para responder a las transformaciones de la sociedad.

¹²Fundemi Talita Kumi, Enfoque de Género, capítulo II, Marco legal del proyecto de Esferas del bienestar de la Mujer y la familia 2013, pag. 4.

Las relaciones de género derivan de los modos en que las culturas asignan las funciones y responsabilidades distintas a la mujer y al hombre. Ello a la vez determina diversas formas de acceder a los recursos materiales como tierra y crédito, o no materiales como el poder político. Sus implicaciones en la vida cotidiana son múltiples y se manifiestan por ejemplo, en la división del trabajo doméstico y extra-doméstico, en las responsabilidades familiares, en el campo de la educación, en las oportunidades de promoción profesional, en las instancias ejecutivas, etc.

b) Género en la agenda internacional.

Durante los últimos años, los gobiernos y los organismos internacionales han subrayado la importancia de dar prioridad a la problemática de género en la planificación de políticas y estrategias de desarrollo. De esta forma, las últimas Conferencias Mundiales han definido objetivos y mecanismos específicos en las áreas de desarrollo sostenible y cooperación internacional y han establecido metas y tácticas para asegurar la igualdad entre hombres y mujeres en materia de distribución de recursos y acceso a las oportunidades de la vida económica y social. Igualmente, se ha llegado a un consenso acerca del vínculo fundamental existente entre la temática de género y el desarrollo sostenible.

“La Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo celebrada en Río de Janeiro en 1992 abordó explícitamente aspectos relativos al género en la Agenda 21, Plataforma de la Cumbre de la Tierra para futuras acciones. También en la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, Viena, 1993, se lograron importantes adelantos en el reconocimiento de los derechos de la mujer”¹³. Se reafirmó el principio que los derechos de las mujeres y las niñas son parte integral, inalienable e indivisible de los derechos humanos universales. Este principio fue asimismo uno de los objetivos básicos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994. La temática relativa género se colocó en el centro del debate y la Conferencia reconoció la importancia de fortalecer el poder de la mujer para alcanzar el desarrollo. A este propósito se declaró que “el objetivo es promover la igualdad de género y alentar -y permitir- que los hombres asuman

¹³ <http://www.fao.org/docrep/004/x2919s/x2919s04.htm>. enfoque de Género Capítulo II, consultado el día 15 de Febrero 2014.

sus responsabilidades respecto a su comportamiento sexual y reproductivo, así como en sus funciones sociales y familiares".

En la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social de Copenhague en 1995, la problemática relativa al género fue el eje de todas las estrategias para lograr el desarrollo social, económico y la conservación del medio ambiente. Por último, La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en 1995 en Beijing, reforzó estos nuevos enfoques y estableció una agenda que tuvo por objetivo fortalecer la posición de la mujer. Allí se adoptó la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing en materia de eliminación de todos los obstáculos para lograr la igualdad entre mujeres y hombres y asegurar la participación activa de la mujer en todas las esferas de la vida. En la conferencia se instó a los gobiernos, a la comunidad internacional y a la sociedad civil, incluyendo a las organizaciones no gubernamentales (las ONG) y al sector privado a participar en las soluciones a las siguientes problemáticas críticas¹⁴.

- Persistente y creciente carga de la pobreza sobre la mujer.
- Acceso desigual e inadecuado a la educación y capacitación;
- Acceso desigual e inapropiado a los servicios de sanitarios y afines;
- Violencia contra las mujeres;
- Efectos de los conflictos armados y de otra clase sobre las mujeres;
- Desigualdad en las estructuras políticas y económicas, en todas las formas de actividad productiva y en el acceso a los recursos;
- Disparidad entre mujeres y hombres en el ejercicio del poder y la toma de decisiones en todos los niveles de autoridad:
- Mecanismos insuficientes para promover la superación de la mujer;
- Inadecuada promoción y protección de los derechos humanos de la mujer.
- Estereotipos sobre la mujer y desigualdad en su acceso y participación en todos los sistemas de información, en especial los medios masivos de comunicación:
- Desigualdades en materia de género, en el manejo de los recursos naturales y la protección del medio ambiente;
- Persistente discriminación y violación de los derechos de las niñas.

¹⁴<http://www.fao.org/docrep/004/x2919s/x2919s04.htm>. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres, Beijing, 4-15 de septiembre 1995; Cap III: Áreas críticas, punto 44, pag 23, Naciones Unidas.

2.10. CULTURA Y ETNIA

Son productos de la historia personal y de factores sociales, políticos, geográficos y económicos. Son importantes para determinar:

- El modo en que la gente interactúa con el sistema de salud.
- Su participación en programas de prevención y promoción.
- El acceso a la información de salud.
- La comprensión del proceso salud-enfermedad.

Los valores culturales “dominantes” determinan el medio social y económico de las comunidades. Por lo tanto, algunos grupos enfrentan mayores riesgos de salud debido a: marginación, pérdida/ devaluación de la cultura y el lenguaje y falta de acceso a servicios de salud culturalmente apropiados.

a) Interculturalidad.

“Guatemala es un país en que predomina multicultural, multilingüe y multiétnico en el cual habitan 4 pueblos, que son los siguientes: mayas, (22 comunidades lingüísticas) que son las Garífunas, Xincas y mestizos. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, de la población General el 40% está constituido por pueblos indígenas (INE 2002), con cosmovisiones diferentes en relación a proceso salud Enfermedad”¹⁵.

Los indicadores de salud según la última Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, demuestra que la población indígena del país es que tiene menos acceso a los servicios de salud por múltiples razones, entre las que se puede citar; inaccesso geográfico, 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

¹⁵José Eusebio GuozEsquit, consultado en: eje transversal: multiculturalidad e interculturalidad Guatemala junio del 2007 eas.europa.eu/delegations/Guatemala/documents/.../presentación._es.pdf, consultado el día 15 de febrero 2014.

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.

i. pertinencia cultural en salud¹⁶

“se origina del principio de “derecho a la diferencia” y significa “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 adopten y respeten la forma de vida de los pueblos indígenas”.

“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 paradigma”¹⁷que amplíen los marcos conceptuales y faciliten el entendimiento del conocimiento indígena y su incorporación en la formación y desarrollo de recursos humanos.

ii. Adecuación cultural en salud.

Se identifica como las acciones integrales y continuas orientadas a promover cambios de comportamientos, actitudes y esquemas mentales del personal institucional del sistema oficial de salud. “los servicios de salud estarán orientados a promover cambios para que respondan a la cultura de los pueblos”¹⁸, es la aplicación de la interculturalidad para la salud en Guatemala.

iii. Premisa de atención intercultural en la salud materna.

¹⁶Ministerio de Salud Pública y Asistencial, Acuerdo Ministerial 1632-2009.

¹⁷ OPS/OMS. Armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional en las Américas. lineamientos Estratégicos para la incorporación de las perspectivas, Medicinas y Terapias indígenas en la Atención de Salud.

¹⁸Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Acuerdo Ministerial 1632-2,009

“A continuación se dan a conocer las prácticas de la atención intercultural de la salud materna en un servicio de salud”¹⁹

- respetar la cosmovisión que cada usuaria tiene sobre: Embarazo, parto, puerperio y recién nacido.
- llamar e identificar a la usuaria por su nombre.
- atender a la usuaria con su idioma materna, de preferencia el personal que atiende debe de ser local, para evitar la barrera idiomática.
- cuidar de los gestos faciales y expresión corporal en la atención.
- no actuar discriminatoriamente ni excluyente.
- la consejería proporcionada de procedimientos que se le brinde a la paciente debe realizar en el idioma materno de forma clara y amplia, esto genera aún más confianza en la embarazada y el proveedor de salud contará con más elementos para el diagnóstico y el tratamiento.
- permitir que la usuaria pueda tener un acompañante durante la consulta médica o atención del parto; a menos que sea situación de emergencia obstétrica, en la que se contraindica su presencia.
- permitir a la paciente que decida en qué posición quiere que se le atienda el parto.
- respetar si la paciente quiere que sea atendida con su ropa indígena o ropa institucional adecuada culturalmente.
- si la usuaria elige la posición de atención del parto, el proveedor de salud está obligado a llenar adecuadamente el partograma durante el trabajo de parto.
- en los servicios de salud respetar los elementos simbólicos que portan las usuarias de los pueblos indígenas, por ejemplo pulsera roja, bolsitas con piedras, cintas rojas, collares, plantas medicinales, en el cuerpo, ocote, limones.
- los servicios de salud deben garantizar o permitir el uso de Tés (generadores de leche) de la región o permitir a la abuela comadrona o madre de la usuaria, para ingresar la bebida ya preparada por ellas.
- evaluar la ingesta de ixbut, esta planta ayuda a mejorar la producción de leche en la puérpera.
- promover la lactancia materna y exclusiva.

¹⁹Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guía para la implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal, con enfoque de género y pertinencia cultural en los servicios de salud. Pág. 8.

2.11. DETERMINANTES INDIVIDUALES

Incluyendo determinantes específicos del estado de salud de las personas; estas son características particulares de su modo de vida que determinan qué tan vulnerable es el individuo a sufrir enfermedades por ejemplo: el pertenecer a un grupo de mayor riesgo de enfermedad (recién nacidos, mujeres embarazadas, adolescentes, entre otros), las condiciones de vida (acceso a agua potable, salubridad, disponibilidad de alimentos), los estilos de vida, la educación.

Además de la asesoría que debe brindarse sobre higiene, y dietética en general es importante insistir en los siguientes aspectos: evitar embarazos en edades extremas del periodo fértil, antes de los “20 años y después de los 35 años, las adolescentes presentan mayor incidencia de anemia, restricciones en el crecimiento fetal y parto de pre término, en la madres mayores de 35 aumentan especialmente la enfermedades crónicas y malformaciones congénitas”²⁰.

Evitar intervalo intergenésico corto, advertir sobre los efectos perinatales adversos de los embarazos con menos de 24 a 36 meses de intervalo entre la finalización de uno parto o aborto y el inicio del próximo.

a) Factores que influyen en el crecimiento

A grandes rasgos se puede afirmar que, dentro de los factores que influyen en el crecimiento, la herencia determina el potencial del niño, mientras que el entorno influye en el grado de desarrollo que se consiga de este potencial. Estos dos factores están tan íntimamente relacionados entre sí que se podría hablar de ellos como de entidades virtuales imposibles de separar. Sin embargo, a pesar de esa relación, sí que se pueden diferenciar distintas variables dentro de cada grupo, como se expondrá a continuación.

²⁰Schwarcz Ricardo, Obstetricia, , 6ta edición, editorial El Ateneo, pag. 175.

b) Factores endógenos.

Entre los factores endógenos que influyen en el crecimiento en la etapa prenatal se encuentran:

- Factores genéticos (herencia y constitución): como su nombre indica, están constituidos por el potencial transmitido por los progenitores al niño²¹. Las circunstancias personales, familiares raciales y sexuales desempeñan, por tanto, un papel importantísimo en ellos. Resulta evidente, además de existir multitud de estudios que así lo demuestran, que la talla que alcanzará un individuo en su etapa adulta está en relación con la talla de la familia; toda esta información está presente en los genes y determinará en gran medida aunque no en su totalidad- el futuro crecimiento del niño. Estos factores son genéticos y, por tanto, no modificables artificialmente, y constituyen la base principal sobre la que se desarrollará el crecimiento del nuevo ser humano en esta etapa.

Circunstancias gestacionales y generacionales: en general, los hijos de madres muy jóvenes o de edad avanzada suelen tener pesos y tallas menores que la media. De igual modo, los primogénitos suelen ser más pequeños que sus hermanos.

c) Factores exógenos.

Entre los factores externos y, por tanto, modificables, que influyen en el crecimiento en la etapa prenatal se encuentran:

La situación socioeconómica de la familia: posiblemente sean éstos los factores más influyentes, ya que engloban un determinado régimen de vida, alimentación, tratamiento y

²¹Bernedo, I.: "Factores de riesgo en el embarazo y en el parto que pueden incidir en el desarrollo posterior", en <http://www.ieev.uma.es/psicoev>, fecha de consulta 13 de enero de 2014

prevención efectiva de enfermedades, higiene, ejercicio por parte de la madre, etc. Todo esto influye en el crecimiento del feto y se puede evidenciar en países con clara diferencia de clases sociales donde se ve que los ricos, al nacer, son en general más altos que los pobres. A medida que el nivel socioeconómico aumenta se produce un mayor crecimiento, llamado crecimiento secular, que implica que la talla de las sucesivas generaciones va siendo mayor. Sin embargo, se ha demostrado que estas diferencias tienen un límite, lo que indica que la influencia de estos factores es limitada. Dentro de esta situación socioeconómica como factor exógeno importantísimo en el crecimiento en la etapa intrauterina hay que destacar el factor alimentación (de la madre), ya que el feto se alimentará mejor o peor en función de las posibilidades que la madre le ofrezca. En resumen, se puede decir que, aunque el potencial del ser humano viene marcado por sus genes, la materialización de este potencial, es decir, su expresión en mayor o menor medida, vendrá determinada por una serie de factores entre los cuales los socioeconómicos tendrán gran trascendencia. Sin duda, la familia, la sociedad y la cultura tienen la facultad de promover o inhibir el crecimiento prenatal.

Factores climatológicos y estacionales: existen mecanismos desconocidos que ejercen influencia sobre el crecimiento prenatal en diferentes períodos estacionales. Así, los fetos concebidos en el hemisferio norte tienen una tasa de crecimiento máxima en los meses de la primavera, mientras que es mínima durante el otoño.

Factores ambientales-teratogénicos: el medio ambiente –entendido como tal y no como circunstancias socioeconómicas- también influye de una forma clara en el crecimiento intrauterino. Existen factores teratogénicos (agentes externos, como los virus, los fármacos, los productos químicos, contaminantes medioambientales y ciertos tipos de radiación) que se encuentran en mayor medida en ciertos ambientes que pueden perjudicar el desarrollo prenatal y producir anormalidades, discapacidades o incluso la muerte. Todos ellos constituyen factores de riesgo, pero no factores de destrucción ineludible, ya que la posibilidad de que un factor teratógeno concreto dañe a un embrión o a un feto en particular depende de otros muchos factores, como la secuencia y la cantidad. Por ejemplo, si el daño se produce, será de mayores consecuencias si la madre ha estado expuesta al principio del embarazo, ya que el periodo crítico coincide con las primeras ocho semanas del desarrollo, cuando se están formando los órganos y las estructuras corporales fundamentales (organogénesis) y es menos probable si la futura madre está sana y bien alimentada, ya que una mujer gestante bien nutrida, independientemente de actuar como una primera línea de

defensa contra el bajo peso al nacer, actúa como una pantalla protectora contra diferentes defectos al nacimiento.

El índice más alto de complicaciones de nacimiento en madres jóvenes puede ser, principalmente, el resultado directo de dietas inadecuadas y desequilibradas de muchas chicas adolescentes. Por lo cual se vuelve a observar cómo los distintos factores tienen un grado de correlación muy alto y que su interdependencia es clara.

Por otro lado, y dentro de este grupo de factores, la influencia del tabaco en el embarazo también es recogida por diversos autores ⁽³⁾ como perjudicial, causando de media una reducción de 180 gramos en el peso de feto y un 30% de aumento de mortalidad del mismo. El tabaco posiblemente afecta a la sangre contenida en la placenta y a la nutrición del feto. El alcohol ingerido por la madre, por otra parte, parece afectar reduciendo igualmente el peso y causando un desorden conocido como “síndrome de alcohol fetal”, descrito por el equipo del profesor David Smith en la Universidad de Washington en Seattle ⁽⁴⁾.

Factores afectivos: si bien estos factores son aún discutidos, parece ser que un adecuado soporte afectivo facilita el crecimiento, mientras que la falta de estímulos afectivos frena el crecimiento (por ejemplo, en el llamado enanismo afectivo el niño crece en el hospital y no en su casa). Estos factores, sin embargo, afectarían sobre todo al desarrollo psicológico del niño ⁽⁵⁾.

El papel del padre es importante, ya que su relación con la madre afectará a ésta que, a su vez, transmitirá dicha influencia al feto. Dentro de estos factores se pueden incluir aquéllos relacionados con los deseos de la madre consciente o inconsciente que tendrán su influencia tarde o temprano en el comportamiento del niño.

Factores psicofísicos: las perturbaciones orgánicas importantes y mantenidas (cardiopatías, nefropatías, etc.) por parte de la madre afectan, sin duda, en sentido negativo al crecimiento del feto. Estos factores no englobarían a los relativos a las circunstancias ambientales, sino a las propias deficiencias orgánicas de la madre por su estado físico. Sin embargo, pueden a su vez verse afectados por otros como el tabaquismo, consumo de alcohol, etc., ya estudiados anteriormente dentro de otro grupo, lo que reincide en la alta correlación de unos con otros, y de la delgada línea de separación entre todos ellos.

2.12. DETERMINANTES ASOCIADOS AL SISTEMA DE SALUD

Son las condiciones de acceso, de oferta de salud y de calidad de los servicios de salud, entre otros criterios. La OMS sostiene que el sistema de salud debiera jugar un rol activo en la reducción de las inequidades en salud, considerando que éstas son el resultado de otras inequidades materiales y sociales. Por tanto, el Sistema de salud no solo debe preocuparse de ofrecer un acceso equitativo a servicios de salud de calidad; sino también, debe coordinar acciones multisectoriales que combatan los distintos factores determinantes del estado de salud de un individuo.

La definición de cada una de las determinantes de salud es importante para relacionarlo con la salud de la mujer durante el proceso de embarazo, de cómo cada uno influye para que se produzca un embarazo, sano y saludable, para ello es importante definir lo que sucede durante el embarazo.

Éstos incluyen el estudio de las condiciones de acceso, de oferta de salud, de calidad de los servicios de salud, entre otros criterios. La OMS sostiene que el sistema de salud debiera jugar un rol activo en la reducción de las inequidades en salud, considerando que éstas son el resultado de otras inequidades materiales y sociales. Por tanto, también, debe coordinar acciones multisectoriales que combatan los distintos factores determinantes del estado de salud de un individuo.

Resumiendo, la vulnerabilidad de un individuo, que es el resultado de los determinantes Intermedios y del desempeño del sistema de salud; está estrechamente vinculada con la posición socioeconómica del individuo, dada por los determinantes estructurales. El modelo sustenta que los miembros de grupos socioeconómicos más bajos viven en circunstancias menos favorables y tienen estilos de vida que hacen más probable el surgimiento de problemas de salud.²²

²²http://www.pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadh416.pdf determinantes asociados al sistema de salud en Guatemala, pagina 6. consultado el día 16 de marzo 2014.

2.13. EMBARAZO.

Se comprende como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos. El embarazo humano **dura un total de 40 semanas, equivalente a 9 meses calendario.** ²³

2.14. ATENCIÓN PRENATAL

Son los cuidados y las acciones que recibe la mujer durante el embarazo identificando tempranamente las complicaciones, los signos de peligro, a través del autocuidado y la participación de la familia para lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y el niño/a, en enfoque debe de ser “TODO EMBARAZO TIENE RIESGO”²⁴.

El objetivo de la atención es promover y mantener la salud física mental y social de la madre y el bebé, detectar señales de peligro, preparar en conjunto con la madre, familia el plan de emergencia familiar y comunitaria, educar a la madre sobre la lactancia materna temprana y exclusiva, brindar consejería de prácticas saludables durante el embarazo y parto, promover el espaciamiento de los embarazos a través de la oferta de los métodos de planificación familiar, detectar enfermedades de transmisión sexual y otras enfermedades como diabetes, tuberculosis, hipertensión, malaria, infección urinaria, anemia y desnutrición.

2.15. CONTROL PRENATAL

²³<http://www.definicionabc.com/salud/embarazo.php#ixzz2hLuZtlrC>. Salud en el Embarazo.

²⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, “Guía para la Implementación de la Atención Materna y Neonatal, 2011.

El control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos entrevistas, o visitas programadas de la embarazada con integrantes de equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño.

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenido y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar. Dotado con estas características y orientaciones es un fenómeno reciente y de gran desarrollo en los últimos treinta años. Aplicado en forma rutinaria y extensiva, juntamente con otras medidas, como la atención institucional de nacimiento, el empleo de criterios de riesgo para determinar referencia y niveles de asistencia, y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes, lesiones maternas y perinatales.

Además de la reducción de las tasas de “mortalidad perinatal y materna que puedan lograrse con la inclusión del control prenatal extensivo en los programas, hay posibles efectos adicionales de impacto difíciles de mediar pero no menos importantes”²⁵. Algunos de estos son: disminución de las dudas, miedos y tabúes en las gestantes, mayor acercamiento y confianza hacia el sistema de salud; actitud positiva hacia la maternidad, mejores hábitos de vida familiares, mejor disposición para el control del crecimiento y del desarrollo del niño por nacer, actitud positiva hacia la lactancia natural, conocimiento sobre métodos modernos de contracepción para el espaciamiento de futuros embarazos

La atención prenatal óptima inicia cuando se cree que una mujer está embarazada, deben tomarse en consideración los siguientes aspectos:

- Detección de factores de riesgos ante la concepción y valoración de los antecedentes, lo que incluye antecedentes reproductivos, familiares y personales patológicos, los antecedentes genéticos de los padres.
- estado nutricional.
- Exposición ambiental y ocupacional y aspectos sociales.

²⁵Schwartz Ricardo, Obstetricia, , 6ta edición, editorial El Ateneo, pág. 175

- medicamentos que actualmente consume la paciente
- uso de sustancias toxicas, lo que incluye el alcohol, tabaco y drogas ilegales.
- Preparación psicológica y física de la adolescente para el nacimiento de la o él bebe.
- Información y educación para el autocuidado, lactancia, crianza de la o el niño y proyecto de vida
- Alimentación durante el embarazo
- Prevención de uso de drogas y alcohol
- Modificaciones corporales en los diferentes trimestres
- Paternidad y maternidad responsable
- Anticonceptivos después del parto
- Reinserción al núcleo familiar y social y cultural.

El cuidado prenatal temprano y adecuado al embarazo asegura un bebé más saludable. El fumar, uso de alcohol, abuso de drogas debe desaconsejarse duramente, y los métodos de apoyo deberían ofrecerse para ayudar a la adolescente embarazada a llevar tales comportamientos. La alimentación adecuada debe asegurarse mediante la educación y la disponibilidad de recursos sociales. El ejercicio apropiado y el sueño adecuado deberían también ser informado adecuadamente. La información anticonceptiva y los servicios son importantes. Las adolescentes deben de ser aconsejadas y ayudadas para permanecer en la escuela o en programas educativos que les permitirán encargarse de un niño financieramente, además de que es más saludable emocionalmente.

a) Número y frecuencia del control prenatal.

Para el nivel I y II se recomiendan cuatro controles prenatales, para aquellas madres que no presenten una patología que amerite otra frecuencia de visita al servicio de salud.

- Primero antes de las 12 semanas.
- Segundo alrededor de las 26 semanas
- Tercero a las 32 semanas

- Cuarto entre las 36 y 38 semanas²⁶

Lo mínimo son 4 controles prenatales; según normas del Ministerio de Salud Pública.

b) Cambios fisiológicos en el primer trimestre del embarazo.

Este periodo abarca desde la última menstruación hasta las primeras 12 a 13 semanas de embarazo.

Síntomas y signos.

- Nauseas.
- Fatiga.
- Dolor mamario a la palpación.
- Poco aumento de volumen del abdomen (útero permanece en la pelvis)

c) Complicaciones en el primer trimestre del embarazo.

“Ocurre sangrado en el primer trimestre en casi el 25% de todos los embarazos”²⁷; en la mitad de estos embarazos ocurre aborto espontaneo y la otra mitad continua sin problemas, los cólicos y sangrados uterinos en el primer trimestre del embarazo sugieren más amenaza de aborto que el Sangrado o el dolor aislados.

d) Cambios fisiológicos durante el segundo trimestre del embarazo.

Este periodo se extiende desde la semana 14 a la 27 de embarazo

Signos y síntomas:

²⁶Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Normas de Atención en Salud Integral del primer nivel de atención, Módulo I. Embarazo, parto y puerperio 2010 pag.17.

²⁷ MorganMark, Ginecología y Obstetricia National Medical Series, Quinta Edición. pág. 22.

- Bienestar general. El segundo trimestre a menudo es el más cómodo para la mujer embarazada porque los síntomas del primer trimestre desaparecieron y aun no se presenta las molestias del tercer trimestre.
- Dolor. Conforme el útero aumenta de tamaño, hay cierto desplazamiento y tracción de estructuras pélvicas. Es común el dolor del ligamento redondo, que es ocasionado por la distensión de ligamento en sus puntos de inserción en la porción superior del útero con la pared pélvica correspondiente.
- Contracciones. Hay contracciones uterinas palpables (de braxtonHicks) que son leves e irregulares y puede iniciar durante el segundo trimestre.
- Hemorragias: la placenta de inserción baja, que causa hemorragia, en esta etapa por lo general se aleja del cuello uterino conforme crece el útero.
- Feto. El feto alcanza un peso cercano a 1,000 gramos cerca de la semana 28 del embarazo.
 - Movilidad. Los primeros movimientos fetales inician entre las 16 y 20 semanas de embarazo.
 - Viabilidad. Los partos al final del segundo trimestre tienen una posibilidad de supervivencia del recién nacido de 80 a 90%. Si ocurre la muerte, por lo común es la causa de insuficiencia respiratoria por inmadurez pulmonar.

e) Complicaciones del embarazo del segundo trimestre.

“Incluyen insuficiencia del cuello uterino (dilatación indolora del cuello uterino en el segundo trimestre). Los trastornos ocasionados por esta complicación incluyen”:²⁸

- Rotura de membranas. Puede ocurrir sin trabajo de parto o con insuficiencia del cuello uterino y ocasionar infecciones bacterianas graves tanto a la madre y al feto.
- Trabajo de parto prematuro. Que puede ocurrir sin insuficiencia del cuello uterino. Cuando hay dilatación o borramiento del cuello uterino, se necesitan fármacos tocolíticos para evitar el parto.

f) Cambios fisiológicos en el tercer trimestre del embarazo.

²⁸MorganMark, Ginecología y Obstetricia National Medical Series, Quinta Edición. pág. 23.

“Este periodo se extiende desde la semana 28 hasta el término del embarazo o hasta las 40 semanas de embarazo”.²⁹

Síntomas:

- las contracciones de BraxtonHicks, se forman más aparentemente en el tercer trimestre.
- el dolor en la porción baja de la espalda y piernas a menudo es causado por la presión sobre los músculos y nervios que ejercen el útero y la cabeza fetal, que ocupan la totalidad de la pelvis en este momento.

Fetos:

- peso. el feto aumenta de peso a una tasa cercana a 224 gramos por semana por al menos cuatro semanas y tiene un peso promedio al momento del parto de 3,300 gramos.
- movimientos.
- por lo común ocurre disminución en los movimientos fetales por el tamaño del feto y por la falta de espacio en la cavidad uterina. no obstante, la disminución de la actividad fetal puede indicar compromiso fetal por insuficiencia útero placentario.
- la tasa de mortalidad disminuye de 44/1000 a 10/1000 utilizando el método de detección de movimientos fetales, requiere que la madre perciba al menos 10 movimientos fetales en 2 horas al día durante el tercer trimestre.

Hemorragias:

- el tapón mucoso es una combinación de sangre y moco, que se origina por el adelgazamiento y distensión del cuello uterino y es un signo del inicio del trabajo de parto.
- la hemorragia intensa sugiere un trastorno más grave como placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta.
- la rotura de membranas, ya sea de forma súbita e intensa o como fuga lenta de líquido amniótico puede ocurrir en cualquier momento sin previo aviso.

²⁹ MorganMark, Ginecología y Obstetricia National Medical Series, Quinta Edición. pág. 23.

- el líquido de color pardo o verdoso puede representar tinción del líquido amniótico con meconio, que es un signo de evacuación fetal y que puede o no representar sufrimiento fetal.
- en el embarazo a término, el parto por lo general inicia en las 24 horas siguientes de la rotura de membranas.
- en el embarazo a término, está indicada la inducción del trabajo del parto si el trabajo de parto no inicia en las 6 a 24 horas siguientes, la rotura de membranas o si hay datos de infección (corioamnioitis)

Parto:

- contracciones que ocurren a intervalos cada vez menores con mayor intensidad y que son ocasionadas por la dilatación progresiva y borramiento del cuello uterino.

g) Factores Protectores Durante el Embarazo³⁰

- Apoyo de la familia y de la pareja
- Continuar con la educación
- Estado de salud y nutrición adecuada.

Cuando la madre está embarazada es muy importante el apoyo de la familia y el de la pareja es muy fundamental. Cuando se asume esta nueva responsabilidad, la madre deberá prepararse física y psicológicamente para poder salir airosa de la experiencia que la marcará a ella y a su hijo para toda la vida.

h) Factores de Riesgo en la Mujer Embarazada

- Edad menor o igual a 14 años.
- Sin apoyo de pareja o familia.
- Baja escolaridad.
- No aceptación del embarazo.

³⁰Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de Atención en Salud Integral del primer nivel de Atención. Módulo 1 Embarazo, Parto y Puerperio.

- Problemas de salud asociadas.
- Embarazo producto de abuso sexual o violación³¹
- Estatura menor de 1.50 metros.
- Adicciones a las drogas.
- Conductas sexuales de riesgo.
- Antecedentes Gineco obstétricos que afecten el embarazo.

i) Alto riesgo materno-perinatal.

El embarazo del alto riesgo es aquel en que la madres, el feto y/o neonato tiene una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto. el concepto de riesgo es probabilístico y no deterministas.

El concepto de riesgo es un método de trabajo en la atención de la salud de las personas, las familias y las comunidades basadas en el concepto de riesgo. El fundamento es que no todas las personas, las familias y las comunidades tienen las mismas probabilidades o riesgo de enfermar sino que para algunos esta probabilidad es mayor que para otros.

La mayoría de daños que puede contribuir a la mortalidad es perinatal 80%, embarazo 55% y parto 25%, esto ocurre en un sector reducido de la población de mujeres que son portadoras de uno o más factores de riesgo, posteriormente el daño perinatal, se explicaría, según la situación por la falta de cuidados prenatales, por su mala calidad o por una falla de los procedimientos diagnósticos de tamizaje para predecir con exactitud, en qué casos se desarrollara un evento desfavorable durante la etapa perinatal.

Para minimizar lo imprevisible, las embarazadas aunque estén sanas (75%), también deben ser bien controladas desde el comienzo de la gestación y recibir, a lo largo del embarazo, el número de controles prenatales recomendado para su condición de embarazadas con bajo riesgo perinatal, el gradiente de necesidades de cuidado va desde un mínimo de 5 controles prenatales para las mujeres con bajo riesgo de presentar un daño, hasta el necesario

³¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de Atención en Salud Integral del primer nivel de Atención. Módulo 1 Embarazo, Parto y Puerperio.

requerido para las madres con alto riesgo perinatal. el mismo gradiente de necesidades se debe aplicar también para el momento de la atención del parto y del recién nacido, para complementar la prevención prenatal los cuidados del parto son fundamentales para ello, todos los nacimientos debería ocurrir en instituciones formales de baja complejidad pero donde estén garantizadas las condiciones obstétricas y neonatales.

j) Factores de riesgo perinatal:³²

Los factores de riesgo son características que presentan una relación significativa con un determinado daño. Estas relaciones pueden ser de tipo:

Preconcepcional(su aparición precede al inicio del embarazo):

- bajo nivel socioeconómico.
- analfabetismo.
- malnutrición materna
- baja talla.
- obesidad.
- madre adolescente de 10 a 19 años.
- edad materna avanzada mayor de 35 años.
- gran multiparidad.
- corto intervalo intergenésico.
- hábito de fumar.
- alcoholismo.
- drogadicción.
- malos antecedentes genéticos.
- malos antecedentes obstétricos.
- patologías previas.
- violencia doméstica o sexual.

³²www.paho.org/clap, Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS Embarazo en la adolescencia.

Del embarazo (su aparición se produce cuando el embarazo este en curso

- anemia.
- mal control prenatal.
- poca ganancia de peso.
- excesiva ganancia de peso.
- hábito de fumar.
- alcoholismo.
- drogadicción.
- pre eclampsia, eclampsia,
- embarazomúltiple.
- hemorragias.
- Restricción del crecimiento fetal.
- Rotura prematura de membranas.
- infección ovular

Del parto (su aparición se produce durante el trabajo de parto y parto)

- inducción del parto.
- amenaza de parto de pretermino.
- presentación pelviana.
- trabajo de parto prolongado.³³
- insuficiencia cardiorrespiratoria.
- distocia de contracción.
- parto atendido por personal no calificado.
- sufrimiento fetal.
- macrosomia fetal.

Del recién nacido:

³³www.paho.org/clap, Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS Embarazo en la adolescencia.

- depresión neonatal.
- pequeño para la edad gestacional
- pre término.
- malformaciones.
- infecciones
- enfermedad de membrana hialina.
- hemorragias peri e intraventricular.

Del posparto:

- hemorragias.
- inversión uterina.
- infección puerperal.

Es indispensable determinar el riesgo obstétrico de una mujer en cualquiera de estas etapas para poder tomar oportunamente las medidas de prevención y tratamiento que correspondan.³⁴

k) Riesgos del embarazo en adolescentes.

El embarazo en la adolescencia se asocia con mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el niño. La muerte por violencia es la segunda causa principal de muerte durante el embarazo para adolescentes y es mayor en adolescentes que en cualquier otro grupo.³⁵

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de morir o sufrir complicaciones médicas graves como:

- Placenta previa

³⁴<http://perinatal.bvsalud.org/> consultado el 29 de junio 2014.

³⁵www.paho.org/clap, Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS Embarazo en la adolescencia.

- Hipertensión inducida por el embarazo
- Parto prematuro
- Anemia grave
- Toxemia

Los bebés nacidos de adolescentes tienen una probabilidad de 2 a 6 veces más de tener bajo peso al nacer que aquellos cuyas madres tienen 20 años o más. La prematuridad juega el mayor papel en el bajo peso al nacer, pero el retraso en el crecimiento intrauterino (crecimiento inadecuado del feto durante el embarazo) también es un factor.

Las madres adolescentes tienen más probabilidad de mostrar comportamientos malsanos, los cuales dejan al bebé en mayor riesgo de presentar crecimiento inadecuado, infección o dependencia de sustancias químicas. Igualmente, cuanto más joven sea la madre por debajo de los 20 años, mayor será el riesgo para el bebé de morir durante el primer año de vida.

El control prenatal oportuno y adecuado es de vital importancia para las adolescentes embarazadas.

2.16. MODELO CONCEPTUAL DE DOROTHEA OREM, TOERIA DEL DEFICIL DEL AUTOCUIDADO.

El fundamento del modelo de enfermería de Orem, organizado en torno a la meta de la enfermería, es el concepto de autocuidado, considerado como el conjunto de actividad que realiza una persona por si misma (cuando puede hacerlo) y que contribuyen a su salud. Tales actividades se aprenden conforme el individuo madura y son afectadas por creencias culturales, hábitos, y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, la etapa del desarrollo, y el estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado.³⁶

³⁶Tomey Ann Marriner, Modelos y teorías en Enfermería cuarta edición. pág. 175

Orem, ve el modelo del déficit del autocuidado, como una teoría general compuesta por tres subteorías interrelacionadas que describen lo siguiente:

- el autocuidado (cómo y por qué se cuidan las personas.
- el déficit del autocuidado (por qué la enfermería puede ayudar a las personas.
- los sistemas de enfermería (qué relaciones deben crearse y mantenerse para que exista enfermería.

a) Autocuidado.

El autocuidado es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar el bienestar.³⁷

b) Requisitos del Autocuidado.

- Factor que se debe controlar u orientar para mantener el funcionamiento y desarrollo humano con arreglo a las normas compatibles con la vida, la salud y bienestar personal.
- la naturaleza de la acción necesaria, los requisitos del autocuidado formulados abiertamente constituyen el fin formal del mismo y expresan los resultados deseados o pretendidos, es decir, las metas que persiguen.

c) Requisitos del Autocuidado Universal.

Esta teoría propone seis requisitos que comparte el hombre, La mujeres, y los niños.

- el mantenimiento de un consumo de aire, agua y alimento suficiente.
- la prestación de la asistencia que se asocia con los procesos de eliminación y los excrementos.
- la preservación de un equilibrio entre actividad y reposo.
- el mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social.
- la prevención de los riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal.

³⁷ibid. pag. 177

d) Demanda del Autocuidado Terapéutico.

Se encuadran todas las medidas sanitarias necesarias en momentos concretos o a lo largo de un periodo de tiempo para satisfacer las necesidades del autocuidado conocidas del individuo, que depende en particular de cada enfermedad y de las circunstancias y requieren la aplicación de métodos apropiados para :

- controlar o gestionar factores identificados en las necesidades de valor obligatorio para el funcionamiento del organismo, aire, agua, y suficiente alimento
- cumplir con el elemento de la actividad de la necesidad, por ejemplo, mantenimiento, promoción, prevención y provisión.

La persona que se compromete a realizar una serie de acciones o que tiene poder para hacerlo.

e) Supuestos Principales.

En este modelo identifica cinco premisas básicas que describen una teoría general de la enfermería.

- los seres humanos necesitan estímulo continuos deliberados que actúen sobre ellos y sobre su entorno para seguir vivos y proceder de acuerdo con la naturaleza.
- la actividad del hombre, la capacidad de actuar de forma deliberada, se ejerce a través de los cuidados que se prestan a uno mismo o a los demás, para identificar las necesidades y crear los estímulos precisos.
- las personas maduras experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción a la hora de cuidar de si mismas o de los demás, mediante aportaciones que permiten el mantenimiento de la vida y la regulación de las funciones vitales.
- la actividad humana se ejerce mediante el descubrimiento, desarrollo y transmisión a los de más de formas o métodos que ayuden a identificar las necesidades y a conseguir estímulos para uno mismo y para los demás.
- los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignaciones responsabilidades para prestar ayuda a los miembros del grupo que padece privaciones y aportar estímulos necesarios para uno mismo y para los demás.

f) Actividad de Enfermera.

Conjunto de aptitudes que desarrollan las personas con formación de enfermeras para poder asumir su papel dentro de un marco de relación interpersonal legítima con el fin de actuar, conocer y ayudar a las personas, satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y regular el desarrollo o ejercicio de la actividad de autocuidado.

2.17. TEORÍA DE LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL DE RAMONA T. MERCER.

Ramona T Mercer inició su carrera profesional en enfermería en 1950, cuando se tituló en la escuela de enfermería de St. Margaret, en Montgomery, Alabama.

Mercer tiene la adopción del rol maternal como un proceso. Sobre esta base, definió cinco intervalos de recopilación de datos dentro de su estudio: puerperio, 1 mes, 4 meses, 8 meses y 1 año.³⁸

Entre las variables maternas se incluyen la edad en el primer parto, la experiencia en partos, la separación precoz de los niños, el estrés social, el apoyo social, los rasgos de personalidad, el auto concepto, las actitudes de seguimiento del niño y la salud. También considera el temperamento del bebé y su estado de salud.

a) Supuestos principales:³⁹

- Enfermería

Mercer se refiere a las enfermeras, como los profesionales sanitarios que mantienen una interacción más intensa y sostenida con las mujeres en el ciclo de la maternidad.

³⁸Tomey Ann Marriner, Modelos y teorías en Enfermería cuarta edición. pág. 407

³⁹Tomey Ann Marriner, Modelos y teorías en Enfermería cuarta edición. pág. 409.

Así mismo menciona que la enfermería obstétrica, conste en el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas e de mujeres y hombres a los problemas de la salud reales o potenciales que surgen durante el embarazo, el parto y el periodo de posparto.

- Persona

Mercer se refiere a la persona como “el sí mismo” y “el núcleo del sí mismo”. El núcleo del sí mismo evoluciona dentro de un contexto cultural y determina el modo de definir y modelar las situaciones.

- Salud

En su teoría Mercer, define el estado de la salud como la percepción que tienen la madre y el padre de su salud anterior y actual, su salud general, su resistencia-susceptibilidad a la enfermedad, su preocupación sobre las cuestiones de la salud, su orientación de la enfermedad su rechazo al rol de enfermo.

- Entorno.

Mercer, no define el entorno. En cambio describe la cultura individual, la pareja, la familia y/o la red de apoyo y su dimensión como aspectos relacionados con la adopción del rol maternal. El amor y el apoyo por parte del cónyuge con factores importantes que ayudan a una mujer a asumir el papel de madre.

- Supuestos Principales

El compañero en el rol, el hijo, refleja la competencia de la madre en el desempeño de su rol a través de su crecimiento y desarrollo.

Además de la socialización de la madre, en sus respuestas conductuales influyen el nivel de desarrollo y las características innatas de su personalidad.

- Aplicación Teórica

La teoría puede servir como marco de trabajo para concebir, planificar, implantar y evaluar la asistencia de enfermería prestada a las nuevas madres y sus hijos. Su síntesis y consecuencias son de extraordinaria utilidad para la práctica de la enfermería en numerosos ámbitos de la asistencia materno infantil.

2.18. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

- a) Sobre la teoría de Virginia Henderson⁴⁰. En 1955 revisó un libro de enfermería escrito por Bertha Harmer que había definido la enfermería en 1922 diciendo que la enfermería estaba para ayudar a la humanidad. Es en este año que Virginia Henderson Formuló una definición propia de la Enfermería. Esta definición fue un punto de partida esencial para que surgiera la enfermería como una Disciplina separada de la medicina. Es decir Trabajó en definir la profesión y qué eran los cuidados de enfermería....
- b) Función propia de la enfermería. Para ella la enfermería es: “Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible”. La prioridad de la Enfermera es ayudar a las personas y sus familiares (que ella consideraba como una unidad). Por lo tanto la enfermera es dueña de la atención. En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera.
- c) Tendencia y modelo: Para Henderson, la enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar, pero esa labor no la hace en solitario sino formando parte del equipo sanitario. Es una profesión que precisa y posee conocimientos biológicos y en ciencias sociales. La enfermera también sabe hacer frente a las nuevas necesidades de salud pública y sabe evaluar las necesidades humanas.
- d) Método de aplicación del modelo.
- Valoración: se determina el grado de dependencia-independencia en la satisfacción de las 14 necesidades; las causas de dificultad en su satisfacción; las interrelaciones de unas necesidades con otras; la definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.
 - Planificación: Se formulan los objetivos de independencia en base a las fuentes de dificultades identificadas, en la elección del modo de intervención

⁴⁰Tomey Ann Marriner, Modelos y teorías en Enfermería cuarta edición. pág. 99

(ayuda-suplencia) y en la determinación de las actividades a realizar. Esos criterios guiarán la puesta en marcha del plan de cuidados en la intervención.

- Evaluación: Se comparan los criterios de niveles de independencia que se establecieron en el plan de cuidados con el grado de independencia conseguido.

e) Distintos elementos del metaparadigma de enfermería⁴¹

- Salud: definida a partir de la capacidad del individuo de realizar por si sólo y sin ayuda las 14 necesidades básicas; la salud es el máximo grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico (satisfacciones) y a nivel fisiológico (emocional). La salud es la independencia.
- Entorno: todas las condiciones externas que influían en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano. Es el lugar donde la persona aprende su patrón vital.
- Persona: hace dos definiciones:

Es un ser *bio-psico-social*, es decir, la persona además de una estructura biológica, posee una psicológica y también se relaciona; y esto es lo que define a la persona como ser integral.

El paciente es el ser bio-psico-social al que se le ayuda para que logre su independencia; la mente y el cuerpo son inseparables; el paciente y la familia forman una unidad.

- Enfermería: Es la asistencia temporal a una persona que carece de la capacidad, fortaleza o conocimientos para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, hasta que esa persona pueda volver a realizarlas de manera independiente. Los cuidados de enfermería irían dirigidos a recuperar esa independencia.

⁴¹Tomey Ann Marriner, Modelos y teorías en Enfermería cuarta edición. pág. 100

f) Necesidades humanas básicas

Revolucionó el mundo de la enfermería redefiniendo el concepto de la misma y catalogando las 14 necesidades básicas, con las cuales hoy en día aún se trabaja, tratando cubrir completamente las necesidades del paciente en el modo en que sea posible; necesidades que serían comunes a toda persona, enferma o sana. Las primeras nueve necesidades se refieren al plano fisiológico. La décima y decimocuarta son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje. La undécima necesidad está en el plano moral y espiritual. Finalmente las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo. Para Henderson es básica y fundamental la independencia del paciente en la medida de lo posible, y orienta sus cuidados a que este la consiga del modo más rápido posible. El paciente, según Virginia tiene que ser ayudado en las funciones que él mismo realizaría si tuviera fuerza, voluntad y conocimientos.

g) Necesidades básicas

- Respiración y circulación.
- Nutrición e hidratación.
- Eliminación de los productos de desecho del organismo.
- Moverse y mantener una postura adecuada.
- Sueño y descanso.
- Vestirse y desvestirse. Usar prendas de vestir adecuadas.
- Termorregulación. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
- Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.
- Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).
- Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- Creencias y valores personales.
- Trabajar y sentirse realizado.
- Participar en actividades recreativas.

- Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL.

Identificar las determinantes que afectan la salud de las mujeres embarazadas de la jurisdicción Chisec Central, Chisec Alta Verapaz, durante el mes de Febrero 2,014.

3.2. OBJETIVO ESPECIFICO

3.2.1. Identificar las características sociodemográficas de las mujeres embarazadas.

3.2.2. Describir las determinantes biológicas de las mujeres embarazadas

3.2.3. Describir las determinantes culturales relacionadas a la toma de decisiones a nivel del hogar de las mujeres embarazadas.

3.2.4. Describir las características del sistema salud y de la atención en salud que reciben las mujeres embarazadas.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1. Tipo y Diseño de la Investigación.

Es un estudio prospectivo.

4.2. Población.

Pacientes embarazadas de 15 a 49 años que asistieron a sus controles prenatales respectivos a 6 centros de convergencia de la jurisdicción Chisec Central, en el municipio de Chisec, del Departamento de Alta Verapaz, durante los meses de Febrero y Marzo 2014.

4.3. Sujetos de estudio:

Pacientes embarazadas que asistieron a sus controles prenatales respectivos a los centros de convergencia.

4.4. Calculo de la muestra:

Es muestra probabilística

Población de embarazadas 350

Total de la muestra 100

Erro máximo aceptable 5%

Porcentaje estimado de la muestra 100%

Nivel deseado de confianza 95%

4.5. criterios de inclusión:

- Embarazadas que acepten voluntariamente participar en la investigación.
- mujeres embarazadas que llegaron a su control prenatal el día de la entrevista, al centro de convergencia.

4.6. Criterios de Exclusión:

- Embarazadas que rehúsen participar en la investigación.
- Mujeres embarazadas y que en el momento de la investigación ocurra el parto.
- embarazadas que no llegaron a su control prenatal el día de la entrevista.

4.7. Descripción del proceso de selección y tamaño de la muestra: Técnicas, procedimientos e instrumentos para la recolección de datos.

Técnica

- Para el presente estudio se utilizó la entrevista.

Procedimiento

- se solicita el permiso institucional para la realización del estudio, el cual es aprobado.
- para realizar el estudio inicialmente se realizó un estudio piloto en un área con las mismas características de los sujetos de estudio.
- de acuerdo a ello cambiaron de alguna forma los objetivos y el cuestionario que fue el instrumento validado a nivel de campo.
- al obtener el total de la muestra de los sujetos de estudio se realizó el instrumento para el total de mujeres a entrevistar.
- se estructura el consentimiento informado adjunto a la boleta de la entrevista.
- se fijaron fechas para la aplicación de la entrevista en los diferentes centros de convergencias de la jurisdicción Chisec central, ubicada en el municipio de Chisec, el tiempo que llevo para la aplicación de las entrevistas fue de aproximadamente 15 días calendario, lo suficiente para cumplir con la muestra, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión.
- La información se obtuvo a través de un cuestionario en el que se tabuló la información en una base de datos de Excel, los cuales se presentaron en tablas con información cuantitativa y descriptiva, para su respectivo análisis. posteriormente realizó un análisis por cada tabla, ya que en ello está incluido cada variable que se investigó.

Instrumentos

- Se utilizó el cuestionario que fue donde se recolectaron los datos generales.

4.8. Definición y Operacionalización de Variables

- **Dependiente:** Salud de la Embarazada
- **Independiente:** Determinantes de la salud

Cuadro de Operacionalización de las Variables

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION (VARIABLES CONTENIDAS EN LA DEFINICION CONCEPTUAL)	INDICADORES DEFINICION OPERACIONAL	No. ITEM
Identificar y Describir las Determinantes que afectan la salud de las mujeres embarazadas	Relación entre Determinantes de la salud y la salud de la mujer embarazadas.	Los determinantes de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.	Es un Conjunto de factores biológicos, sociales, culturales y características de los servicios de salud, que determinan el estado de salud de las mujeres embarazadas, individuos y las Poblaciones.	Socio-demográficas.	1. Edad en años actualmente. 2. Nivel de escolaridad 3. Estado civil 4. Ingreso económico.	1. No. 1 2. No. 3 y 4 3. No. 5 y 6. 4. No. 7, 8 y 9
				Biológicos	5. Antecedentes de embarazo anterior. 1. Edad de unión de hecho o casamiento. 2. edad del primer embarazo 3. Número del embarazo actual 4. Numero de control prenatal.	5. No. 10, 6. No. 11. 7. No. 12. 8. No. 13. 9. No. 14
				culturales	1. Grupo étnico. 2. conocimiento de la señales de	10. No. 2. 11. 15.

					peligro durante el embarazo. 3. toma de decisiones por signos y señales de peligro durante el embarazo 4. víctima de violencia física. 5. lugar de preferencia de atención del parto . 6. atención calificada del parto.	12. No. 16 y 17. 13. No. 18 14. No 19 15. No. 20.
				Sistema de Salud	1. distancia al servicio de salud más cercano. 2. Acceso al servicio de salud 3. Servicio de salud más cercano. 4. Tiempo de espera para la atención. 5. Tiempo aproximado que duro la consulta. 6. la atención brindada fue en el idioma	16. No. 21. 17. No. 22 18. No. 23 19. 24 20. 25 21. 26

4.9. Análisis Estadístico

Procesamiento de los datos:

- Al haber obtenido la información necesaria mediante el instrumento de recolección de datos se tabulo de forma manual y posteriormente se realizó el procesamiento de datos, y luego se analizó la información.

Análisis de datos:

- primero se hizo una análisis que corresponde a la variable sociodemográfica, esta variable incluye información de: edad, nivel de escolaridad, estado civil, ocupación e ingreso familiar mensual, estimando la proporción (%) de cada una de ellas, se realizó un análisis de estos datos en relaciona a la situación de la embarazada.
- después se realizó un análisis que corresponde a la variable biológica, la cual incluye información de: antecedentes del embarazo anterior, edad en que se unió con su pareja, edad del primer embarazo, número actual de gesta, numero de control prenatal que actualmente tiene.
- se realizó también un análisis de las variables culturales relacionados a la toma de decisiones ante emergencias obstétricas a nivel del hogar de la embarazada, esta variable describe información de: grupo étnico, conocimiento sobre signos y señales de peligro en el embarazo, la persona a quien le consulta si la embarazada llegara a tener señales de peligro, la persona que toma decisión ante la emergencia a nivel del hogar, si la paciente ha sido víctima de violencia física o psicológica, lugar donde le gustaría tener su parto y persona que prefiere que atienda su parto.
- finalizando se realizó un análisis de determinantes asociados al sistema de salud. esta fase viene a complementar los análisis y su relación con las anteriores variables, esta variable describe información de: distancia de la casa de la embarazada al servicio de salud más cercano, vía de acceso al servicio de salud, servicio

de salud más cercano, el tiempo que la embarazada espero para ser atendida, el tiempo que duro la consulta prenatal y si la atención brindada fue en el idioma Qéqchi.

- se realizó análisis definiendo que determinante de la salud afectaba más a la salud de la embarazada, concluyendo que la variable sociodemográfica afecta un 37%, la variable biológica afecta un 40%, la variable cultural afecta un 62% y la variable asociada con las determinantes del sistema de salud, afecta un 63% haciendo énfasis en la atención que recibe la embarazada en el centro de convergencia.

4.10. Aspecto Éticos

Este estudio se clasifico como Categoría I (sin riesgo), ya que en esta investigación se utilizó exclusivamente el cuestionario para la recolección de datos, se aseguró la privacidad de la entrevistada y los datos obtenidos en el cuestionario, no se divulgo la información de datos personales de las pacientes, los datos que se obtuvieron en la investigación fue manejado únicamente por la investigadora, respetando la confiabilidad de las mismas, no utilizado para otros fines que no sean planteados en los objetivos de la investigación, los resultado se dieron a conocer a las autoridades correspondientes.

Para la recolección de datos en las pacientes incluidas en el estudio se valoró el respeto a la dignidad de la persona por trabajarse con pacientes con embarazo, con feto vivo, se tomó en cuenta 10 aspectos éticos.

- **Validez Científica:** obteniéndose datos confiables a partir de fuentes fidedignas.
- **Selección Equitativa de los Sujetos:** todas las pacientes embarazadas no importando la edad gestacional, ni el número de gestas o control prenatal, se seleccionó sin discriminación alguna.

- **Proporción Favorable del Riesgo-Beneficio:** la realización de la presente investigación no implicó ninguna clase de riesgo o complicaciones para las pacientes participantes en el estudio.
- **Condición de Dialogo Autentico:** se centró en dialogo con las pacientes para establecer si desean o no estar incluidas en el estudio dando a conocer los beneficios y los riesgos hacia su persona, así mismo se resolverán las dudas que pudiesen surgir en ese momento.
- **Evaluación Independiente;** La persona investigadora de este estudio de investigación no tuvo el potencial de conflicto de intereses.
- **Respeto a los sujetos Inscritos:** Existió la posibilidad de cambiar de decisión aun cuando se hay aceptado participar en el estudio sin ninguna sanción o recriminación, haciendo de su conocimiento que dicha información es confidencial.
- **Derecho a la intimidad:** Se les dio a conocer a todas las participantes que tienen el derecho a decidir el momento, la cantidad de información y las circunstancias generales, y que la información que proporcionen será manejada con fines científicos
- **Derecho al anonimato y a la confidencialidad:** Tomando como base el derecho a la intimidad se les dará a conocer que su nombre no será revelado y que la información que proporcionen será de carácter confidencial.
- **Derecho al tratamiento justo:** Basado en el principio ético de justicia a todos los participantes se les tratará con justicia y con igualdad sin distinción de raza o credo.
- **Carta de consentimiento informado:** Se elaborará una carta de consentimiento informado la que previamente será leída analizada y autorizada por cada sujeto de estudio.

4.11. Recursos Humanos, Materiales y Financieros

a. RECURSOS HUMANOS

- Responsable de la investigación
- 1 licenciada en enfermería como asesora.
- 1 revisor
- auxiliares de enfermería en los centros de convergencia.

b. RECURSOS MATERIALES

Materiales y Suministros

- Cuestionarios.
- hojas.
- lapiceros.
- Tinta para impresora.
- Fotocopias.
- Folders.
- Libros de obstetricia.
- Internet.

Mobiliario y Equipo

- Computadora.
- Escritorio.
- Silla de escritorio.
- Impresora

Financieros

- los gastos económicos fueron cubiertos por la responsable de la investigación.

V. RESULTADOS

CUADRO 1

Distribución de características sociodemográficas de las mujeres embarazadas de la jurisdicción Chisec-Central del Municipio de Chisec, Alta Verapaz de Febrero a Marzo 2014.

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA	FRECUENCIA	%
EDAD EN AÑOS ACTUALMENTE		
10 a 13 años	1	1.00
14 a 16 años	9	9.00
17 a 19 años	17	17.00
20 a 24 años	24	24.00
25 a 29 años	17	17.00
30 a 34 años	12	12.00
35 a 39 años	7	7.00
40 a 44 años	5	5.00
No respondieron	8	8.00
TOTAL	100	100
SABE LEER Y ESCRIBIR		
Si	47	47.00
No	45	45.00
No respondieron	08	08.00
TOTAL	100	100
NIVEL DE ESCOLARIDAD		
Ninguno	43	43.00
Primaria	40	40.00
Secundaria	09	09.00
No respondieron	08	08.00
TOTAL	100	100
ESTADO CIVIL		
Unida	36	36.00
casada	56	56.00
No respondieron	08	08.00
TOTAL	100	100

TIENE ESPOSO		
si	90	90.00
no	02	02.00
No respondieron	08	08.00
TOTAL	100	100
OCUPACION, PROFESION Y OFICIO		
Ama de casa		
No respondieron	92	92.00
	08	08.00
TOTAL	100	100
SE DESEMPEÑA EN UN TRABAJO FORMAL		
No	92	92.00
No respondieron	08	08.00
TOTAL	100	100
INGRESO FAMILIAR		
Menos de Q500.00	37	37.00
De Q500.00 a Q1,000.00	35	35.00
De Q1,000.00 a Q 2,000.00	19	19.00
De Q2,000.00 a Q3,000.00	1	01.00
No respondieron	8	08.00
TOTAL	100	100

CUADRO 2

Distribución de características biológicas de las mujeres embarazadas de la jurisdicción
Chisec-Central del Municipio de Chisec, Alta Verapaz de Febrero a Marzo 2014

VARIABLE BIOLOGICA	FRECUENCIA	%
ANTECEDENTES DEL EMBARAZO ANTERIOR		
si	09	09.00
No	83	83.00
No respondieron	08	08.00
TOTAL	100	100
EDAD EN QUE SE CASO O UNIO CON SU PAREJA		
De 10 a 13 años	27	27.00
De 13 a 16 años	19	19.00
De 16 a 19 años	28	28.00
De 20 a 25 años	13	13.00
De 25 años a mas	5	05.00
No respondieron	08	08.00
TOTAL	100	100
EDAD DEL PRIMER EMBARAZO		
Antes de los 14 años	03	03.00
15 años	18	18.00
16 años	10	10.00
17 años	12	12.00
18 años	19	19.00
20 años	17	17.00
20 a 25 años	13	13.00
No respondieron	08	08.00
TOTAL	100	100

NUMERO DE EMBARAZO ACTUAL		
Primera gesta		
Segunda gesta	30	30.00
Tercera gesta	19	19.00
Cuarta gesta	14	14.00
Quinta gesta	11	11.00
Sexta gesta a mas	06	06.00
No respondieron	12	12.00
	08	08.00
TOTAL	100	100
NUMERO DE CONTROL PRENATAL ACTUAL		
ninguno	6	06.00
Primer control	50	50.00
Segundo control	16	16.00
Tercer control	14	14.00
Cuarto control	6	06.00
No respondieron	08	08.00
TOTAL	100	100

CUADRO 3

Distribución de características culturales relacionadas a la toma de decisiones a nivel comunitario en las mujeres embarazadas de la jurisdicción Chisec-Central del Municipio de Chisec, Alta Verapaz de Febrero a Marzo 2014

VARIABLE CULTURA Y TOMA DE DECISIONES	FRECUENCIA	%
GRUPO ÉTNICO		
Maya q'eqchi	92	92.00
No respondieron	08	08.00
TOTAL	100	100
CONOCE LOS SIGNOS Y SEÑALES DE PELIGRO EN EL EMBARAZO		
si		
no	55.	55.00
No contestaron	37.	37.00
	08	08.00
TOTAL	100	100
SI SE LLEGARA A PRESENTAR CUALQUIER SIGNO DE PELIGRO A QUIEN LE CONSULTARÍAN		
ninguno	01	01.00
comadrona	51	51.00
Facilitador comunitario	12	12.00
curandero	03	03.00
Auxiliar de enfermería	22	22.00
medico	03	03.00
No respondieron	08	08.00
TOTAL	100	100
QUIEN TOMA LAS DECISIONES A NIVEL DEL HOGAR ANTE UNA EMERGENCIA OBSTÉTRICA		
Esposo	63	63.00
padres	05	05.00
yo	22	22.00
comadrona	02	02.00
No respondieron	08	08.00
TOTAL	100	100

HA SIDO VICTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA		
si	7	07.00
no	85	85.00
No respondieron	08	08.00
TOTAL	100	100
LUGAR DONDE LE GUSTARÍA TENER SU PARTO		
En su casa	57	57.00
Casa de la comadrona	02	02.00
Centro de salud	21	21.00
hospital	06	06.00
Centro de convergencia	06	06.00
No respondieron	08	08.00
TOTAL	100	100
PERSONA QUE PREFIERE QUE ATIENDA SU PARTO		
esposo	6	06.00
Comadrona	59	59.00
Auxiliar de enfermería	14	14.00
medico	13	13.00
No respondieron	08	08.00
TOTAL	100	100

CUADRO 4

Distribución de características asociadas al sistema de salud de las mujeres embarazadas de la jurisdicción Chisec-Central del Municipio de Chisec, Alta Verapaz de Febrero a Marzo 2014

VARIABLE DEL SISTEMA DE SALUD	FRECUENCIA	%
DISTANCIA DE SU CASA AL SERVICIO DE SALUD MÁS CERCANO		
De media hora a una hora	26	26.00
De una hora a dos horas	07	07.00
De dos horas a tres horas	01	01.00
De tres horas a cuatro horas	01	01.00
No respondieron	08	08.00
TOTAL	100	100
ACCESO AL SERVICIO DE SALUD		
vereda	03	03.00
camino	24	24.00
Carretera de terracería	65	65.00
No respondieron	08	08.00
TOTAL	100	100
SERVICIO DE SALUD MÁS CERCANO		
Centro comunitario	12	12.00
Centro de convergencia	62	62.00
Centro de salud	18	18.00
No respondieron	08	08.00
TOTAL	100	100
CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDA		
Menos de una hora		
Una hora	67	67.00
Dos horas	21	21.00
No respondieron	04	04.00
	08	08.00
TOTAL	100	100

CUANTO TIEMPO DURO LA CONSULTA		
Menos de 10 minutos	14	14.00
De 10 a 15 minutos	35	35.00
De 16 a 30 minutos	27	27.00
Más de 30 minutos	16	16.00
No respondieron	08	08.00
TOTAL	100	100
LA ATENCIÓN QUE LE DIERON FUE EN SU IDIOMA		
si		
No respondieron	92	92.00
	08	08.00
TOTAL	100	100

Tabla No.1

Diagnóstico del antecedente del embarazo anterior de las mujeres embarazadas de la jurisdicción Chisec-Central del Municipio de Chisec, Alta Verapaz de Febrero a Marzo 2014

Diagnóstico del Embarazo Anterior	No. de Casos	Porcentaje (%)
Muerte fetal previa	1	11.11
Antecedentes de 3 o más abortos	4	44.44
Parto prematuro	2	22.22
Óbito fetal)	2	22.22
TOTAL	9	100%

VI. DISCUSION Y ANALISIS

Se realizó un estudio cuantitativo entrevistando a una muestra de 100 mujeres embarazadas de la jurisdicción Chisec Central del Municipio de Chisec, Departamento de Alta Verapaz.

De las pacientes estudiadas el rango de edad media es de 20 a 24 años con un 24%, un 22% de mujeres se encuentra más en riesgo que representan a las adolescentes y a partir de los 35 a 44 años, de ellas el 43% no posee ningún grado de escolaridad, situación que condiciona aún más la vida de la mujer embarazada, en relaciona a antecedentes el embarazo anterior únicamente el 9% de mujeres embarazadas han tenido complicaciones como muerte fetal previa, antecedentes de 3 o más abortos parto prematuro y óbito fetal, por lo que los cuidados y las acciones que debe recibir la mujer durante el embarazo deber ir enfocados identificando tempranamente las complicaciones, los signos de peligro, a través del autocuidado y la participación de la familia para lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y el niño/a, el enfoque debe de ser “TODO EMBARAZO TIENE RIESGO”⁴². así también la mayor parte de embarazadas esta comprendida en edades de 18 años con el primer control prenatal siendo ellas el 50% de primigestas. El control prenatal cumple con la serie de contactos entrevistas, o visitas programadas de la embarazada con integrantes de equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño.

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenido y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar, juntamente con otras medidas, como la atención institucional de nacimiento, el empleo de criterios de riesgo para determinar referencia y niveles de asistencia, y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes, lesiones maternas y perinatales.

Además de la reducción de las tasas de “mortalidad perinatal y materna que puedan lograrse con la inclusión del control prenatal extensivo en los programas, hay posibles

⁴²Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social GUIA PARA LA IMPLEMENTACION DE LA ATENCION INTEGRAL MATERNA Y NEONATAL, calificada con enfoque de género y con pertinencia cultural en los servicios institucionales de atención del parto.. 2011.

efectos adicionales de impacto difíciles de mediar pero no menos importantes”⁴³. Algunos de estos son: disminución de las dudas, miedos y tabúes en las gestantes, mayor acercamiento y confianza hacia el sistema de salud; actitud positiva hacia la maternidad, mejores hábitos de vida familiares, mejor disposición para el control del crecimiento y del desarrollo del niño por nacer, actitud positiva hacia la lactancia natural, conocimiento sobre métodos modernos de contracepción para el espaciamiento de futuros embarazos.

El cuidado prenatal temprano y adecuado al embarazo asegura un bebé más saludable. El fumar, uso de alcohol, abuso de drogas debe desaconsejarse duramente, y los métodos de apoyo deberían ofrecerse para ayudar a la adolescente embarazada a llevar tales comportamientos. La alimentación adecuada debe asegurarse mediante la educación y la disponibilidad de recursos sociales. El ejercicio apropiado y el sueño adecuado deberían también ser informado adecuadamente. La información anticonceptiva y los servicios son importantes. Las adolescentes deben de ser aconsejadas y ayudadas para permanecer en la escuela o en programas educativos que les permitirán encargarse de un niño financieramente, además de que es más saludable emocionalmente.

Por todo lo anterior relacionado a las variables biológicas es muy importante realizar con adolescentes espacios saludables y amigables en escolares y no escolares a manera de prevenir los embarazos de jovencitas a una edad muy temprana, a prolongar su primera relación sexual, así también a prolongar el primer embarazo, el espacio intergenesico, para disminuir el riesgo de la morbilidad materno neonatal.

Al evaluar el conocimiento de las embarazadas únicamente el 55% de mujeres embarazadas conoce los signos y señales de peligro en el embarazo, tiene una alta preferencia para la atención del parto a la comadrona a nivel del hogar, y al momento de una referencia por emergencia obstétrica el 63% respondió que es el esposo quien decide si trasladar o no a un servicio de salud.

Al analizar las determinantes asociadas al sistema de salud, el 57% indican que la distancia de su casa al servicio de salud más cercano queda a media hora, el acceso es a

⁴³SchwarczRicardo , Obstetricia, , 6ta edición, editorial El Ateneo, pag. 175

través de camino de terracería, y el servicio de salud más cercano para recibir los servicios de salud es a través del centro de convergencia, lo preocupante del resultado de esta variable es que el 67% de pacientes espero media hora para ser atendida y la consulta prenatal únicamente duro de 10 a 15 minutos, es por ello que se observa importante fortalecer esta parte en el personal de enfermería para brindar un control prenatal de calidad.

6.1. RESULTADO DE INTERVENCION

El proyecto denominado “Programa de Maternidad Saludable” consta de 4 fases.

La primera fase comprende de educación permanente para enfermeros ambulatorios y auxiliares de enfermería con un programa educativo respecto a temas de obstétrica, en el mes de mayo se inició con el tema Anatomía de los órganos femeninos de la reproducción, en junio se brindó el tema de origen y desarrollo del embarazo, en cada mes se capacitaron a 48 auxiliares de enfermería y 8 enfermeros ambulatorios en cada mes son las mismas personas que han participado; del mes de julio a diciembre 2014 aún quedan pendientes de desarrollar los siguientes temas: Canal de parto y móvil Fetal, modificaciones de la anatomía y fisiología maternas producidas por el embarazo, examen de la mujer embarazada, alto riesgo materno perinatal, Cuidado prenatal, Embarazo patológico, enfermedades maternas inducidas por el embarazo o que lo complican, el parto normal, Parto Patológico, distocias, distocias de la contractilidad uterina, sufrimiento fetal agudo (anoxia, Asfixia fetal intraparto), retención placentaria, hemorragias del alumbramiento o del tercer periodo del parto, síndrome infeccioso del puerperio, como respuesta al objetivo número cuatro dentro de las características del sistema salud y de la atención en salud que reciben las mujeres embarazadas el control prenatal carece de muchos conocimientos, por lo que se consideró necesario fortalecer la parte de conocimientos del personal que atiende a las embarazadas, tomando como referencias los libros de obstetricia de Ricardo Swarch y Enfermería Materno Infantil de Reeder, Martin.

La segunda fase comprende de un desarrollo de temas que se está brindando a comadronas tradicionales, debido a la demanda, que tiene a nivel comunitario en la atención del parto, también se consideró muy importante fortalecerlas con temas que no son muy comunes en la temática, debido a que se tiene un plan de capacitación anual, pero aún carece de conocimientos básicos que debe de tenerla comadrona tradicional a nivel comunitario: durante el mes de mayo se dio a conocer el tema, Motivo de referencia de toda gestante 2 veces durante el embarazo, una al inicio y otra en la 37 semana de gestación. durante el mes de junio se capacito sobre características de la pre eclampsia, eclampsia y hemorragia vaginal durante el embarazo, del mes de julio a diciembre quedan pendientes de desarrollar los siguientes temas: parto limpio y seguro, promoción del parto institucional en toda primigesta menor de 20 años, tres periodos del parto, progreso de los periodos del trabajo de parto, Periodo de exámenes vaginales, Características del Líquido

amniótico, contracciones del trabajo de parto y sus características, Importancia del masaje uterino abdominal, examen de los desgarros, parto vertical natural, atención pos natal y puerperal y Cuidados Rutinarios del Recién nacido, esta acción es para responder al objetivo número tres relacionado a las determinantes culturales en la atención del parto en la que prefieren que sea a nivel del hogar en compañía de la comadrona, por lo que se pretende fortalecer el conocimiento a nivel comunitario para reducir y prevenir la muerte materna en la primer y segunda demora. , tomando como referencia bibliográfica la GUIA PARA AL IMPREMENTACION DE LA ATENCION INTEGRAL MATERNA Y NEONATAL, calificada con enfoque de género y con pertinencia cultural en los servicios institucionales de atención del parto. 2011 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

La tercera fase, es para la realizar espacios saludables con adolescentes escolares y no escolares, comprende de un desarrollo de temas que se está brindando a los adolescentes, debido a la edad muy temprana que se están embarazando las adolescentes, con ello se pretende que tenga un proyecto de vida exitoso y que retrasen su primera relación sexual de tal forma que se prologue la edad para que el riesgo disminuya durante el embarazo; durante el mes de mayo se realizó el espacio con el tema de salud sexual y reproductiva y en junio se a bordo del tema y las consecuencias de la violencia intrafamiliar y autoestima, quedado pendiente de Julio a Diciembre 2014 los siguientes temas: Relaciones de Género, Noviazgo y Formación prematrimonial, Desintegración familiar, Maternidad y Paternidad responsable, Embarazo en adolescentes y Muerte Materna, proyecto de vida, Substancias adictivas, VIH y otras ITS, Para Talleres de Capacitación sobre Adolescencia , Juventud, Sexualidad y Salud Sexual y Reproductiva , Derechos Reproductivos, con énfasisen la prevención del VIH y la Equidad de Género"estos temas se tomaron como base del módulos del proyecto esfera para el bienestar de la mujer y la familia y se complementó con algunos temas que educadoras/as sugirieron agregar en base a la experiencia de trabajo del año pasado, el orden temático también fue consensuado con el grupo.Estas acciones dan respuesta al objetivo número tres relacionadas a las determinantes biológicas de las mujeres embarazadas con el fin de disminuir el riesgo materno neonatal

La cuarta fase comprende de un espacio de mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil abordando temas de prevención de la muerte materna entre ellos experiencias vividas de complicaciones obstétricas principalmente para las primigestas, así también

aquellas mujeres en edad fértil que han tenido una experiencia desfavorable en su maternidad servirá para fortalecer la toma de decisiones y el conocimiento a nivel comunitario, esta acción durante el mes de julio se iniciara con su ejecución.

La quinta fase comprende de los cuidados preconcepciones de parte de los enfermeros, con toda la gama de conocimientos que van a ir adquiriendo, estarán realizando la consejería preconcepcional dirigida a la mujer en edad fértil, con el fin de evitar el riesgo obstétrico o preparar a la mujer que quiera embarazarse para que no tenga complicaciones.

El cuidado preconcepcional es reconocido como un componente crítico en la atención sanitaria de las mujeres en edad reproductiva. El mismo se define como un conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo.

La consulta preconcepcional se define como: la entrevista programada entre una mujer (o una mujer y su pareja) con el equipo de salud, previo al embarazo, con el objetivo de corregir eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. La meta del asesoramiento preconcepcional es que la mujer y su pareja reciban toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo

“el momento ideal para el asesoramiento es previo a la gestación”

En algunas comunidades más de la mitad de las gestaciones no son programadas y la identificación del embarazo ocurre una o dos semanas luego del retraso menstrual, cuando ya transcurrió una etapa crítica del desarrollo embrionario, de esta forma el embrión puede haber estado expuesto a agentes nocivos.

Entre las mujeres que planifican una gestación un alto número de ellos no pueden acceder a una orientación preconcepcional apropiada que les permita afrontar el embarazo en mejores condiciones. Algunas, específicamente acuden en búsqueda de asesoramiento pero, generalmente éste no está pautado o es limitado. Por todo ello es

necesario asistir preconcepcionalmente a las mujeres en edad fértil y asesorarlas sobre los factores que aumentan sus probabilidades de enfermar o morir ella o sus hijos.

Se propone entonces aplicar en la consulta preconcepcional el clásico enfoque de niveles de prevención de Level y Clark (prevención primaria, secundaria y terciaria).

Es conveniente aclarar que el enfoque según niveles de prevención se estará aplicando al mismo tiempo a dos individuos, la mujer que quiere ser madre por un lado y el niño que se gestará por otro. En este caso recomendaciones o acciones de un nivel de prevención secundaria para la mujer podrán representar un nivel de prevención primaria para el niño, por ejemplo, efectuar un tratamiento correcto para la diabetes en una mujer puede prevenir la aparición de complicaciones más severas derivadas del mal control metabólico o del daño vascular producido por dicha enfermedad (prevención secundaria), al mismo tiempo que el uso adecuado de la insulina (para mantener la glicemia) protegería de sufrir defectos congénitos al embrión a gestarse (prevención primaria)

La consulta preconcepcional procura lograr el bienestar materno y el nacimiento de un niño sano. El estado de salud es un concepto sumamente amplio, con definiciones que han ido evolucionando desde el concepto de ausencia de enfermedad, hasta los enfoques actuales más integradores, a la vez que complejos. Este capítulo incluye recomendaciones tendientes a evitar la pérdida del estado de salud de la mujer, de los fetos y recién nacidos; considerando desde evitar su muerte u otros daños.

6.2. CONCLUSIONES

- 6.2.1. De acuerdo a la información obtenido en el estudio, en respuesta a los objetivos que midieron las determinantes sociodemográficas se concluye que la edad de las mujeres embarazadas, corresponde al rango de 20 a 24 años de edad con un 24%, seguidamente el rango de 17 a 19 años así como de 25 a 29 años se ubican con un 17%, el 47% de embarazadas no saben leer ni escribir, así también el mismo porcentaje para el nivel de escolaridad, 92% son amas de casas, el mismo porcentaje dependen económicamente del esposo ya que únicamente trabajan en el hogar y el 37% reciben un ingreso menos de Q500.00, así también el 35% tiene un ingreso familiar de Q500 a Q1,000.00, todos estos aspectos mencionados viene a condicionar la vida de la mujer embarazada, directa o indirectamente influyen en la prevención de la muerte materna si incondicionalmente se cumple positivamente.
- 6.2.2. En relación a las variables biológicas: el 83% de embarazadas no han tenido antecedentes de complicaciones obstétricas, únicamente el 9% si tuvo complicaciones como muerte fetal previa, antecedentes de 3 o más abortos, parto prematuro y óbito fetal, la edad en que se casaron con su pareja oscila de 16 a 19 años un 28%, de 10 a 13 años un 27% lo que significa que a una edad muy temprana han decidido hacer su vida de esposos. La edad en que surgió el primer embarazo corresponde a los 15 años que también se considera una edad muy prematura para el embarazo, en relación al embarazo actual el 30% es primigesta, un 50% tiene de segunda gesta a quinta gesta y un 12% tiene más de 6 gestas, lo que también con lleva a un riesgo mucho mayor, y el 50% tienen únicamente su primer control prenatal.
- 6.2.3. Las determinantes culturales relacionados a la toma de decisiones a nivel del hogar de las mujeres embarazadas, un 55% si conocen los signos y señales de peligro, un 51% de las mujeres consultarían a la comadrona si se llegara a presentar cualquier emergencia obstétrica, a nivel del hogar cuando surge una emergencia, un 63% es el esposo quien decide si sacar oportunamente a la paciente a un servicio de resolución rápida un 57% prefieren que su parto sea atendido en su casa de preferencia por la comadrona tradicional, del total de

embarazadas entrevistadas un 85% no ha sido víctima de violencia física y psicológica.

- 6.2.4. De las características del sistema de salud y de la atención en salud que reciben las mujeres embarazadas concluye que un 57% respondió que la distancia de su casa al servicio más cercano queda a media hora, a través de carretera de terracería, siendo el servicio el centro de convergencia, al llegar las pacientes al servicio de salud, un 67% esperaron menos de media hora para ser atendidas por el auxiliar de enfermería, del tiempo de espera para ser atendidas fue aproximadamente de media hora, y el tiempo que duro la consulta del control prenatal duro de 10 a 15 minutos por lo que el tiempo se considera insuficientes para poder cumplir con todos los requisitos de un buen control prenatal y la todas las asistentes fueron atendidas en el idioma Queqchi.

6.3. RECOMENDACIONES

- 6.3.1. Continuar con los espacios saludables y amigables con jóvenes escolares y no escolares con temas preventivos al embarazo precoz.
- 6.3.2. Continuar con la realización de círculos de embarazadas y grupos de mujeres en edad fértil acompañadas de sus esposos en el que se aborden temas relacionados a planificación familiar, espacio intergenesico, riesgo del embarazo a una edad prematura y eslongada, importancia del control prenatal, toma de decisiones ante signos y señales de peligro durante el embarazo parto y puerperio.
- 6.3.3. Continuar con el fortalecimiento del conocimiento de las comadronas tradicionales activas para la atención del parto limpio y seguro a través de pasantillas en el centro de salud de Chisec, así como el fomento del parto institucional a toda paciente primigesta.
- 6.3.4. Fortalecer las competencias del personal auxiliar de enfermería y enfermero profesional para la atención preconcepcional, la atención prenatal, puerperio y recién nacido a nivel comunitario.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Burns, Nancy y susan K, Grove, Investigación en Enfermería. Madrid. España, Tercera edición. Editorial SaudersCompany, anElsevier Imprint.
2. Banco Mundial, Evaluación de la pobreza en Guatemala. Guatemala PovertyAssessment GUAPA, 2003, Castro, J, Desarrollo de un modelo para la predicción y costeo del cumplimiento de los Objetivos del Milenio en Guatemala. Centro de Investigaciones, Universidad del Pacífico, Lima – Perú, 2011.
3. Bezares Marroquín, et al, Enfermedad periodontal como factor de riesgo de la pre eclampsia, Guatemala 2014, Trabajo de posgrado (ginecológica y obstetricia), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, área de Ginecoobstetricia.
4. Consejo Nacional de Enfermería. código de Ética, Guatemala, primera edición, C.A. Mayo 1995.
5. Castro, J, Desarrollo de un modelo para la predicción y costeo del cumplimiento de los Objetivos del Milenio en Guatemala. Centro deInvestigaciones, Universidad delPacífico, Lima – Perú, 2011.
6. Denis F. Polit, Ph D. Investigacióncientífica en Ciencias de la Salud. México, Tercera edición, D.F, McGraw-Hill Interamericana.
7. De León Méndez, Julio.Guía para la preparación de referencias bibliográficas según estilo Vancouver, Guatemala, 2011.
8. Estudio Nacional de Mortalidad Materna, Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia Ministerio de Salud Pública y Asistencia social informe final, noviembre Guatemala 2,011. Pág. 12.
9. Flores, W. 2006. Inequidades en la mortalidad materna en Guatemala durante el período 1989-2000: implicaciones para las metas del milenio. Reporte elaborado para el proyecto PRRAC-Salud, documento mimeo. 2008.

10. Gordillo Enrique, Guía General del estilo para la presentación de trabajo académico, Guatemala: Centro de estudios Urbanos y Regionales Universidad de San Carlos de Guatemala, febrero 2012.
11. Hernández Sampieri, Roberto y Colaboradores. Metodología de la Investigación, Chile, Tercera Edición, editorial McGraw-Hill, Interamericana, Editores. S.A. 2011
12. López-Moreno, S., Corcho-Berdugo, A., López-Cervantes, M., La hipótesis de la compresión de la morbilidad: un ejemplo de desarrollo teórico en epidemiología. México, Salud pública, 2011, volumen 40, tomo 5, p. 442-449.
13. [Losdeterminantes de la saludpercibida en España-E-Printseprints.ucm.es/11024/1/T32155.pdf](http://losdeterminantes.de.la.saludpercibida.en.España-E-Printseprints.ucm.es/11024/1/T32155.pdf). por P Girón Daviña - 2010 - [Mencionado por 2 - Artículos relacionados](#). LOS DETERMINANTES DE LA SALUD. PERCIBIDA EN ESPAÑA. Tesis Doctoral. Doctorando: Pedro Girón Daviña. Director: Dr. José Luis Pacheco Del Cerro.
14. Mac Mahón, B., Trichopoulos, D., Epidemiología. (Edición en español de: Epidemiologia: príncipes and methods. 2ª edición). Madrid, Marbán Libros, 2010
15. Manual de la Enfermería Materno neonatal, OcéanoCentrum 2011
16. Marmot, M., "Economic and social determinants of disease". Bull World Health Organ, 2001, tomo 79, volumen 10, p. 988-989.
17. Mark Morgan Sam, Quinta Edición, Ginecología y Obstetricia, Quinta Edición, McGraw Hill.
18. Normas de Atención en Salud Integral, para primero y segundo nivel, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Regulación de los programas de atención a las personas.
19. Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna –neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva–, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010-2015.

20. PNUD, Informe de Desarrollo Humano para Guatemala: «Diversidad étnico cultural: la ciudadanía en un Estado plural», 2011.
21. PNUD, Informe de Desarrollo Humano para Guatemala: «Una Agenda para el desarrollo humano», 2003. PNUD, Informe de Desarrollo Humano para Guatemala: «Desarrollo Humano, mujeres y salud», 2002.
22. Fundemi Talita Kumi, Enfoque de Género, capítulo II, Marco legal del proyecto de Esferas del bienestar de la Mujer y la familia 2013, pag.
23. Róvere, M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Serie Desarrollo Recursos Humanos N° 96. Washington DC: OPS; 1993.
24. Ricardo Schwartz, Obstetricia, editorial el ateneo, 6ta edición. 2,010.
25. Reeder, Martin, et al. Enfermería Materno Infantil, 19 edición, McGrawHill.
26. Torres Silvia, González Ana et al, Cita y Referencia Bibliográfica: Guía basada en las normas APA, 3ª edición, rev. y ampl. Buenos Aires, 2013.
27. Flores, W. 2006. Inequidades en la mortalidad materna en Guatemala durante el período 1989-2000: implicaciones para las metas del milenio. Reporte elaborado para el proyecto PRRAC-Salud, documento mimeo.
28. ENCOVI 2011. Instituto Nacional de Estadística, Guatemala. C.A, disponible en: www.ine.gob.gt/np/encovi/encovi2011.htm, consultado el día 24 de mayo 2,013.
29. El Sistema de Salud en Guatemala, 4: ¿Así... funcionamos? Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Guatemala. Garcés, A. y Garcés, C. El Sistema de Salud en Guatemala, 5: ¿A quién acudimos cuando buscamos salud? Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala.
30. Informe BID/OPS-OMS/MSPAS “Estudio Básico del Sector Salud” Guatemala 1991. Pág. 8.
31. TESIS PARA OPTAR A TITULO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA. PRESENTADO relación de las determinantes sociales de la salud con el embarazo.
32. Tomey Ann Marriner, Modelos y teorías en Enfermería cuarta edición.

VIII. ANEXOS

Anexo 1

ENTREVISTA DE RECOLECCION DE DATOS

Código _____

1. Edad en años actualmente.
 - a) 10 a 13 años.
 - b) 14 a 16 años.
 - c) 17 a 19 años.
 - d) 20 a 24 años
 - e) 25 a 29 años
 - f) 30 a 34 años
 - g) 35 a 39 años
 - h) 40 a 44 años

2. Grupo étnico al que pertenece?
 - a) Mestizo.
 - b) Maya.
 - c) Otros. _____

3. Sabe Leer y escribir.
 - a) Si
 - b) No

4. Nivel de escolaridad.
 - a) Ninguno
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Diversificado.
 - e) Universitaria.

5. Tiene Esposo
 - a) Si.
 - b) No

6. Estado civil.
- a) unida
 - b) madre soltera.
 - c) Casada.
 - d) Viuda
 - e) Divorciada
7. Ocupación, profesión u oficio.
- a) Ama de casa.
 - b) Profesional _____
8. Usted se desempeña en un trabajo por el cual recibe un pago
- a) Sí.
 - b) No.
9. Cuál ha si sido el Ingreso familiar en los últimos 6 meses.
- a) menos de Q 500.00
 - b) Q. 500 a Q1,000.00
 - c) Q. 1,000 a Q 2,000.00
 - d) de 2,000 a 3,000.00
10. ha tenido alguna complicación en sus embarazos anteriores?.
- a) Muerte fetal o muerte neonatal previa
 - b) Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos
 - c) Antecedentes de 3 o mas gestas
 - d) Peso al nacer del ultimo bebe de 5.8 libras
 - e) Peso al nacer del ultimo bebe de 9.14 libras
 - f) Antecedentes de hipertensión o preclampsia
 - g) Cesáreas previas
 - h) Parto prematuro.
 - i) Retención placentaria.
 - j) Placenta previa.
 - k) Atonía Uterina
 - l) Óbito fetal.
 - m) Embarazo ectópico
 - n) ninguno.
11. Edad de unión de hecho o casamiento?
- a) 10-13
 - b) 13-16

- c) 16-19
- d) 20-25
- e) 25 a más.

12. ¿A qué edad fue su primer embarazo?

- a) antes de los 14 años.
- b) 15 años.
- c) 16 años.
- d) 17 años.
- e) 18 años
- f) 20 años.
- g) 20 a 25 años

13. Numero de embarazo actual

- a) Primero
- b) Segundo
- c) Tercero.
- d) Cuarto
- e) Quinto
- f) Sexto o mas

14. Numero de control prenatal que tiene actualmente.

- a) Ninguno
- b) Primer control
- c) Segundo control.
- d) Tercer control.
- e) Cuarto control.

15. usted conoce los signos y señales de peligro en el embarazo?

- a) si
- b) No.
- c) Cuáles_____

16. Si usted presentara hemorragia vaginal y dolor de cabeza, con quien consultaría?

- a) ninguno
- b) comadrona.
- c) Facilitador comunitario.
- d) Curandero.
- e) auxiliar de enfermería.

f) doctor.

17. Quien toma las decisiones a nivel ante una emergencia o enfermedad por el embarazo?

- a) esposo
- b) Padres.
- c) Abuela/o
- d) Suegro
- e) Yo
- f) Comadrona.
- g) Facilitador comunitario

18. Alguna vez ha sido víctima de violencia física o psicológica por su esposo?

- a) si.
- b) No.
- c) todavía no llega ese momento

19. Lugar donde le gustaría tener su parto.

- a) En su casa
- b) Casa de la comadrona.
- c) Centro de salud
- d) Hospital
- e) centro de convergencia.

20. Persona que prefiere que atienda su parto.

- a) Esposo.
- b) Suegro/a
- c) Comadrona
- d) Auxiliar de enfermería
- e) Medico

21. Distancia de su casa al servicio de salud más cercano

- a) Media hora
- b) Media hora a una hora.
- c) Una hora a dos horas.
- d) Dos horas a tres horas.
- e) Tres horas a cuatro horas

22. Acceso al servicio de salud

- a) Vereda.
- b) Camino.
- c) Carretera de terracería.

23. Servicio de salud más cercano.

- a) Centro comunitario.
- b) Centro de convergencia.
- c) Centro de salud.

24. cuanto tiempo espero para ser atendido

- a) menos de una hora.
- b) una hora.
- c) dos horas.
- d) tres horas.
- e) más de tres horas

25. ¿cuánto tiempo aproximadamente duro la consulta?.

- a) menos de 10 minutos.
- b) 10 a 15 minutos.
- c) 16 a 30 minutos.
- d) más de 30 minutos.
- e) más de una hora.

26. La atención que le brindaron fue en su idioma.

- a) sí.
- b) no

Anexo 2

	 Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala	 F U D E N FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO Y LA INVESTIGACIÓN	
---	--	---	---

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA –USAC–
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: **DETERMINANTES QUE AFECTAN LA SALUD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DE LA JURISDICCION CHISEC-CENTRAL , CHISEC, ALTA VERAPAZ, DURANTE EL MES DE ENERO 2,014.**

La licenciada en enfermería Mérida Manuel, quien se identifica con carné 2,00518546, actualmente estudia las determinantes que afectan la salud de las mujeres embarazadas de la jurisdicción Chisec-central, durante el mes de enero 2014.

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por la licenciada que asesora el curso de investigación.

El procedimiento incluye:

1. Responder el cuestionario respondiendo a través de una entrevista, la participación va a tomar un tiempo aproximado de 30 minutos.
2. La participación es voluntaria, no implica obligación, tiene derecho a abandonarlo cuando quiera si así lo desea, la información obtenida será codificada para que no pueda relacionarse con usted, su identidad no se publicará en ningún momento y no será compartida.

Me han leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento participar en este estudio

Firma de la personas investigada	Fecha
He explicado el estudio a la persona arriba representado y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.	
Firma de la investigador	Fecha



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA –USAC–
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

Licda: Liseth Rosales Reynoso
Gerente del Departamento de Servicios Comunitarios
FUNDEMI/TALITA KUMI

Es un gusto poder saludarle por este medio, a la vez deseándole lo mejor en el desarrollo de sus actividades diarias.

El motivo de la presente es para exponerle que yo Mérida Manuel, me identifico con Carné No. 2,005-18546, extendida por la Universidad de San Carlos, estudiante de la Maestría Materno Neonatal.

Actualmente estoy realizando un Estudio de investigación que forma parte del protocolo de pensum de la Maestría, investigación que debe ser desarrollada en el entorno laboral, la investigación se titula: **DETERMINANTES QUE AFECTAN LA SALUD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DE LA JURISDICCION CHISEC-CENTRAL, CHISEC, ALTA VERAPAZ, DURANTE EL MES DE ENERO 2014.** 1

Motivo por el cual solicito a usted pueda autorizar la aplicación del instrumento de investigación que va dirigido a las embarazadas de la jurisdicción, adjunto el consentimiento informado y el instrumento de recolección de datos, así como también solicito de la misma manera responder por escrito la presente.

En espera de sus buenos comentarios se suscribe.

Licda. Mérida Manuel Martín
Estudiante de la Maestría Materno Neonatal
carnet. 2,00518546.

Mérida Manuel Martín
LICENCIADA EN ENFERMERIA
COLEGADO No. 12,054

DEPARTAMENTO DE SCC
RECIBIDO
3:07 pm
06/02/14
FUNDEMI TALITA KUMI, CARCHA A 1

Anexo 4



Fundación para el Desarrollo y Educación de la Mujer Indígena
FUNDEMI-TALITA KUMI
Fortaleciendo familias, Cambiamos vidas

Respeto * Responsabilidad * Equidad * Servicio * Humildad * Innovación



Gobierno de Guatemala
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social

San Pedro Carcha Alta Verapaz
Febrero 10 de 2014.
DESCO/vlrr/Talita_Kumi/Oficio No. 010-2014

Licda:
Melida Manuel Martin
Estudiante de Maestría Materno Neonatal –USAC–
Cobán, A.V.

Apreciable licenciada:

Reciba un fraternal saludo de parte de la Familia de la Fundación para el Desarrollo y Educación de la Mujer Indígena “FUNDEMI TALITA KUMI”, acompañado de los mejores deseos de éxito para el desarrollo de sus actividades.

Por medio de la presente se le autoriza la realización del estudio de investigación que se titula: **DETERMINANTES QUE AFECTAN LA SALUD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DE LA JURISDICCION DE CHISEC CENTRAL, CHISEC, ALTA VERAPAZ, DURANTE EL MES DE FEBRERO 2,014.**

Considerando la importancia que tiene esto en los proyectos de salud que ejecuta FUNDEMI TALITA KUMI. Para el bienestar de la población que se atiende el municipio de chisec, Alta Verapaz específicamente en la jurisdicción de Chisec Central, pudiendo tener a la vista aspectos importantes que enmarcan la salud materna de las mujeres atendidas en esta jurisdicción.

Deferentemente,



Vilma Liseth Rosales Reynoso
Gerente DESCO
FUNDEMI TALITA KUMI



Km. 218 ruta Cobán-Carchá, Apartado Postal 29, San Pedro Carchá, A.V. 16009, Guatemala, C.A.
E-mail: fundemi@fundaciontalitakumi.org Página Web: www.fundaciontalitakumi.org
PBX: 7951 6016 FAX: 7951 5610

C.C. Archivo DESCO

PERMISO DE LA AUTORA PARA COPIAR EL TRABAJO

La autora concede permiso para reproducir total o parcial y por cualquier medio la presente tesis, para propósitos de consulta académica, así como debe hacerse referencia correspondiente cuando se cite de forma parcial o total los contenidos de esta 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 parcial