

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA (FDS)

FACTORES QUE INCIDEN EN LA BAJA COBERTURA DEL PARTO INSTITUCIONAL

(ESTUDIO REALIZADO EN EL CANTÓN DE SAN LUIS SIBILÁ, MUNICIPIO DE SANTA LUCÍA LA  
REFORMA, TOTONICAPÁN, GUATEMALA. DURANTE LOS MESES DE ABRIL A JUNIO DEL  
AÑO 2014)  
TESIS DE GRADO

**CLEMENTE MARCELINO LOPEZ VASQUEZ**  
CARNET 15322-06

QUETZALTENANGO, NOVIEMBRE DE 2014  
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA (FDS)

FACTORES QUE INCIDEN EN LA BAJA COBERTURA DEL PARTO INSTITUCIONAL

(ESTUDIO REALIZADO EN EL CANTÓN DE SAN LUIS SIBILÁ, MUNICIPIO DE SANTA LUCÍA LA  
REFORMA, TOTONICAPÁN, GUATEMALA. DURANTE LOS MESES DE ABRIL A JUNIO DEL  
AÑO 2014)

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

**CLEMENTE MARCELINO LOPEZ VASQUEZ**

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO Y GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

QUETZALTENANGO, NOVIEMBRE DE 2014  
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

## **AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**

RECTOR:	P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA:	DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN:	DR. CARLOS RAFAEL CABARRÚS PELLECCER, S. J.
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA:	P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO:	LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL:	LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

## **AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

DECANO:	DR. CLAUDIO AMANDO RAMÍREZ RODRIGUEZ
VICEDECANO:	MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO
SECRETARIA:	MGTR. SILVIA MARIA CRUZ PÉREZ DE MARÍN
DIRECTORA DE CARRERA:	LIC. MAUREEN ADILIA REYES COLINDRES DE HERRERA

## **NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN**

MGTR. ROSARIO YADIRA PUAC CANO

## **TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN**

MGTR. ALMA GUICELA LIMA DE SANCHEZ

LICDA. AURA FABIOLA BAUTISTA GOMEZ

LICDA. CONSUELO ANABELLA ESCOBAR ESCOBAR

## **AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO**

DIRECTOR DE CAMPUS: ARQ. MANRIQUE SÁENZ CALDERÓN

SUBDIRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JOSÉ MARÍA FERRERO MUÑIZ, S.J.

SUBDIRECTOR DE GESTIÓN GENERAL: P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLÍS, S.J.

SUBDIRECTOR ACADÉMICO: ING. JORGE DERIK LIMA PAR

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO: MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ

Quetzaltenango 18 de octubre del 2014

Licenciada:

Fabiola Bautista.

Coordinadora de las Carreras de Enfermería

Universidad Rafael Landívar

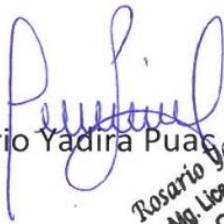
Campus de Quetzaltenango.

A través de la presente le extiendo un afectuoso saludo, por este medio le informo que asesore el curso de Tesis II al estudiante: Clemente Marcelino López Vásquez con carné No. 1532206 Con la tesis titulada: **Factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional (estudio realizado en el cantón de San Luis Sibila, municipio de Santa Lucia La Reforma, Totonicapán, Guatemala. Durante los meses de abril a junio del año 2014)**

Luego de hacer las observaciones y correcciones pertinentes extiendo la presente como constancia de aprobación y consentimiento para los trámites que correspondan. Se extiende la presente como constancia de que esta satisfactoriamente aprobado.

Agradeciendo el favor de su atención.

Deferentemente:

Mg. Rosario Yadira Puac Cano  
  
Rosario Yadira Puac Cano  
Mg. Licenciada en Enfermería  
Colegiado EL-044

cc.

Archivo

Estudiante



Universidad  
Rafael Landívar  
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
No. 09268-2014

### Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado del estudiante CLEMENTE MARCELINO LOPEZ VASQUEZ, Carnet 15322-06 en la carrera LICENCIATURA EN ENFERMERÍA (FDS), del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 09610-2014 de fecha 20 de noviembre de 2014, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

FACTORES QUE INCIDEN EN LA BAJA COBERTURA DEL PARTO INSTITUCIONAL  
(ESTUDIO REALIZADO EN EL CANTÓN DE SAN LUIS SIBILÁ, MUNICIPIO DE SANTA LUCÍA LA REFORMA, TOTONICAPÁN, GUATEMALA. DURANTE LOS MESES DE ABRIL A JUNIO DEL AÑO 2014)

Previo a conferírsele el título y grado académico de LICENCIADO EN ENFERMERÍA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 24 días del mes de noviembre del año 2014.

  
MGTR. SILVIA MARIA CRUZ PEREZ SECRETARIA  
CIENCIAS DE LA SALUD  
Universidad Rafael Landívar

## **Agradecimientos**

A Dios. Por darme la oportunidad de penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber. El señor de mi respuesta en la necesidad, mi refugio en la tormenta, mi consuelo en la tristeza, mi fortaleza en la debilidad.

A todas las docentes de la carrera de enfermería, de la Universidad Rafael Landívar Campus Quetzaltenango por compartir los conocimientos y ser parte del proceso del aprendizaje y formación de profesionales del éxito.

A mis compañeros de trabajo, de una u otra manera me brindaron su apoyo incondicional.

Señor sin ti nada soy, por ti soy lo que soy y gracias a ti dos tesoros tengo, la salud y mi familia. Gracias Dios por todo lo que me has dado, gracias por no soltar mi mano y mantenerme a tu lado contra vientos y marea.

## **Dedicatoria**

**A mis Padres:** Por brindarme su apoyo durante mi carrera, en especial a mi madrecita.

**A mis Abuelos:** Por apoyarme y motivarme en mi carrera.

**A mi Esposa Rosa**

**Dominga Cux Cux:** Por el amor y la comprensión que me brindó en todo momento durante mi carrera

**A mis Hijos Francisco**

**López y Guadalupe**

**López:** Por su comprensión y ternura. Son los mejores regalos que Dios nos ha regalado, ellos son parte de este logro.

**A mis Hermanos**

**y Hermanas:** Por el apoyo brindado durante mi carrera.



## Índice

	Pág.
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>2</b>
<b>III. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>4</b>
3.1 Parto.....	4
3.2 Tipos de parto.....	5
3.2.1 Clasificación de los distintos tipos de parto.....	5
3.2.2 Causas del inicio del trabajo de parto.....	7
3.2.3 Fuerzas del trabajo de parto.....	9
3. 2.4 Duración del trabajo de parto.....	10
3.2.5 Signos premonitorios del trabajo de parto.....	11
3.2.6 Trabajo de parto verdadero o falso.....	12
3.2.7 Opérculo.....	12
3.2.8 Trabajo de parto verdadero.....	12
3.2.9 Ruptura de membranas.....	13
3.2.10 Las cuatro etapas del trabajo de parto.....	13
3.2.11 Atención del parto.....	13
3.2.15 Parto institucional.....	14
3.2.16 Parto domiciliario.....	14
3.2.17 Atención en el parto institucional.....	16
3.3. Factores que intervienen en la aceptación del parto institucional.....	18
3.3.7 Factores personales.....	20
3.4 Servicios de salud.....	21
3.5 Santa Lucía La Reforma, Totonicapán.....	22
<b>IV. ANTECEDENTES.....</b>	<b>25</b>
<b>V. OBJETIVOS.....</b>	<b>32</b>
5.1 General.....	32
5.2 Específicos.....	32

<b>VI.</b>	<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>33</b>
<b>VII.</b>	<b>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>35</b>
7.1	Tipo de investigación.....	35
7.2	Sujetos de estudio.....	35
7.3	Contextualización geográfica y temporal.....	35
7.4	Variables.....	35
7.5	Definición de variables.....	36
<b>VIII.</b>	<b>MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.....</b>	<b>37</b>
8.1	Selección de los sujetos de estudio.....	37
8.2	Recolección de datos.....	37
<b>IX.</b>	<b>PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....</b>	<b>39</b>
9.1	Descripción del proceso de digitación.....	39
9.2	Plan de análisis de datos.....	39
9.3	Métodos estadísticos.....	39
9.4	Aspectos éticos.....	39
<b>X.</b>	<b>PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>40</b>
<b>XI.</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>68</b>
<b>XII</b>	<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>69</b>
<b>XIII.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>70</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>73</b>
	Encuesta.....	73
	Consentimiento informado.....	78

## Resumen

El objetivo principal de este estudio es identificar los factores que incidieron en la baja cobertura del parto institucional del Cantón San Luis Sibilá, municipio de Santa Lucía la Reforma, departamento de Totonicapán, con el propósito de indagar por qué un alto porcentaje de mujeres indígenas no utilizan los servicios de salud. La baja cobertura del parto institucional, en una población con porcentajes altos de fecundidad y embarazos, creó la necesidad de indagar acerca de las motivaciones y razones para no aprovechar un recurso gratuito que oferta el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Es un estudio descriptivo retrospectivo, la cual fue dirigida a las mujeres que no asistieron a la atención del parto institucional en el segundo semestre 2013 a febrero 2014. El estudio se llevó a cabo a través de una encuesta, la cual fue administrada y traducida al idioma de los participantes si era necesario, mismo que se realizó durante los meses de abril a junio del presenta año. La información obtenida permitirá promover los servicios de una manera culturalmente aceptable. Además de proporcionar a los trabajadores de salud, los conocimientos necesarios en torno al tema, para generar recomendaciones que permitan la aceptación del servicio de salud por parte de las mujeres, familias y la comunidad en general para la aceptación del parto institucional. De acuerdo a los resultados obtenidos reflejan que los factores que tienen relación con la baja cobertura del parto institucional, son los siguientes: educativos, sociales, económicos, geográficos, culturales e institucionales.

## I. INTRODUCCIÓN

El estudio titulado: Factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional, es un estudio realizado en el Cantón de San Luis Sibilá, del Municipio de Santa Lucía la Reforma, del departamento de Totoncapán. El propósito de este trabajo fue indagar por qué un alto porcentaje de mujeres indígenas no utilizan los servicios públicos de salud, conocer cuáles son los factores, percepciones y/o prácticas de las mujeres indígenas sobre la atención del parto.

La baja cobertura del parto institucional, en una población con porcentajes altos de fecundidad y embarazos, creó la necesidad de indagar, cuáles son las motivaciones y razones para no aprovechar un recurso gratuito que oferta el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para generar recomendaciones que permitan la aceptación del servicio por parte de las mujeres, sus familias y la comunidad.

Es un estudio descriptivo de corte retrospectivo ya que se indagó a las mujeres que no asistieron a la atención del parto en el servicio de salud. La información obtenida permitirá promover los servicios de una manera culturalmente aceptable. Además de proporcionar a los trabajadores de salud, los conocimientos necesarios en torno al tema, para generar nuevas prácticas que inviten a las usuarias y sus familias a acercarse a los servicios de salud.

Para avanzar en el estudio fue necesario abordar la problemática, a través de un marco teórico y antecedentes sobre el tema, que permitieron tener una panorámica de la situación y la manera más apropiada de abordarla.

Los hallazgos en el presente estudio, indican que los factores que inciden para la baja cobertura del parto institucional son: educativos, sociales, económicos, geográficos, culturales e institucionales. Por lo que se recomienda fortalecer los procesos educativos, agilizar la atención de las usuarias y disminuir las brechas asociadas a las determinantes estructurales entre ellas el acceso geográfico.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud es el resultado de diversos factores individuales, económicos, sociales y culturales que determinan los perfiles de salud/enfermedad. Los sistemas de salud de Guatemala, reflejan que la mayoría de mujeres mayas utilizan los servicios de una comadrona tradicional, los cuales reportan que casi la mitad de los nacimientos en el país son atendidos por ellas.

La oficial Encuesta Nacional de Salud Materno infantil 2008-2009 indicó que el 48.3% de los embarazos en el país eran atendidos en casa de la embarazada o de la comadrona, cifra que algunos departamentos, con mayoría indígena, alcanzó 79%. También confirmó esa medición que 43.4% de los nacimientos son atendidos por los servicios estatales de salud y solo 7.9 % se producían en hospitales o clínicas privadas.

Según la Encuesta Nacional, afirma que en relación con las condiciones de vida que el 54% de los 14 millones de guatemaltecos viven en la pobreza y 13 por ciento de ellos en la indigencia, enraizada en particular en los territorios indígenas, carentes de servicios de salud y educación.

Esto ocurre porque muchas veces la mujer embarazada no habla español y solo usa un idioma maya. En el distrito de salud del municipio de Santa Lucía la Reforma, actualmente no ha habido producción en la atención de parto institucional, únicamente se han atendido un promedio de seis a ocho partos mensuales y ha sido muy difícil elevar la producción de partos en el distrito de salud. En las comunidades, las señoras no asisten a los puestos de salud para la atención del parto y desde luego que esta situación afecta directamente el distrito de salud.

La mayoría de señoras con trabajo de parto, prefieren ser atendidas en su domicilio por una comadrona y no por un médico o en el distrito de salud que cuenta con el equipo necesario. Estas condiciones cada vez más, ponen en riesgo la vida de la

madre y al recién nacido. Aumentado el riesgo de infecciones tanto en la madre como en el niño, como: retención placentaria, trabajos de partos prolongados, hemorragia vaginal, hipertensión inducida por el embarazo, shock hipovolémico, sepsis neonatal, e inclusive puede provocar una muerte materna neonatal.

En el año dos mil doce hubo 754 nacimientos en el municipio, de los cuales el 7.2% fueron atendidos por médicos institucionales; el 5.3% fueron atendidos en hospitales y el 87.5% fueron atendidos en domicilio por comadronas tradicionales.

Estos datos reflejan que la mayoría de señoras prefieren ser atendidas en sus domicilios, pero también hay que mencionar que la mayoría puede ser por factores culturales, el machismo, falta de recursos, el analfabetismo, la toma de decisiones, inaccesibilidad, dispersión de las comunidades, y sobre todo la pobreza que según el INE para el año 2002, en Santa Lucía la Reforma, era de 94.5%, dentro de éstos, la población que se debatía en la extrema pobreza era de 55.4%. Evidentemente es el municipio más pobre del departamento y esto se debe a ciertos factores como desempleo generalizado, producción manual sin mayor generación de valor agregado, agricultura marginal de subsistencia.

Todo lo anteriormente descrito se constituye en determinantes que afectan la salud de la paciente y reincidencia de enfermedades maternas e infantiles que cada vez, son más frecuentes en las comunidades rurales, por lo que es muy importante conocer las causas y realizar acciones o intervenciones para sensibilizar las futuras madres que su parto sea atendido en los servicios de salud en donde serán respetadas con pertinencia cultural y una atención especializada.

Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación,  
¿Cuáles son los factores que influyen en la baja cobertura del parto institucional en el Cantón San Luis Sibilá, Santa Lucía la Reforma, Totonicapán, Guatemala?

### III. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Parto

##### 3.1.1 Definición de parto.

El trabajo de parto se refiere a la serie de procesos mediante los cuales la madre expulsa a los productos de la concepción. Es un esfuerzo físico que se aplica para alcanzar una meta específica. Otros términos para este proceso son nacimiento, expulsión, extracción. El nacimiento real del niño se denomina expulsión.

En general, el inicio del trabajo de parto se produce cuando el feto tiene la madurez suficiente para afrontar las condiciones extrauterinas, pero no demasiado grande como para ocasionar dificultades mecánicas durante la expulsión. Aun no se han identificado con claridad los mecanismos que en realidad dan inicio al proceso. (1) El parto puede ser:

- a. Parto a término: el que se produce entre las 37 y 41 semanas completas de amenorrea.
- b. Parto pos término: el parto que se produce entre la semana 42 o más tarde.
- c. Parto pre término: el que se produce antes de las 37 semanas.

##### Elementos de abordaje

- a. Conocimientos básicos en la atención de un parto: conocimiento estricto de la asepsia y antisepsia, responsabilidad y capacidad para asistir partos y manejo conservador para obtener el mayor número de partos espontáneos.
- b. Conducta al inicio del parto: examen minucioso y completo de la parturienta.
- c. Examen físico general, temperatura, hidratación, pulso y presión arterial. Examen Obstétrico. (2)

## 3.2 Tipos de parto

### 3.2.1 Clasificación de los distintos tipos de parto.

- a. **Parto abdominal.** Nacimiento de un niño a través de una incisión quirúrgica practicada en el abdomen. El método utilizado puede ser cualquiera de los diversos tipos de cesárea.
- b. **Parto activo.** Desarrollo normal del proceso del parto, con contracciones uterinas, dilatación del cuello y descenso del feto al canal del parto.
- c. **Parto artificial.** Parto inducido, como el provocado con fármacos o ayudas mecánicas.
- d. **Parto complicado.** Todo parto complicado por una desviación del procedimiento normal.
- e. **Parto con fórceps.** Intervención obstétrica en la que se utilizan instrumentos para extraer al feto. Se realiza para solventar distocias o acelerar partos en los que existe sufrimiento fetal. Algunos tipos de partos con fórceps son: fórceps alto, fórceps bajo y fórceps medio. Aunque actualmente se evita, por el riesgo de daño que puede experimentar el niño.
- f. **Parto de feto muerto.** Nacimiento de un feto que murió antes o durante el parto.
- g. **Parto de feto vivo.** Nacimiento de un neonato independientemente de la duración de la gestación, que muestre cualquier signo de vida, como respiración, latido cardíaco, pulso umbilical o movimientos de los músculos voluntarios.
- h. **Parto podálico.** Presentación de nalgas es aquella en la que el polo pélvico o caudal del feto se relaciona con el estrecho superior de la pelvis materna y el polo



cefálico se ubica en el fondo del útero. Se le denomina también presentación pélvica, durante el parto sale los pies o rodillas es considerado complicado.

- i. **Parto detenido.** Interrupción del proceso del parto que puede deberse a una obstrucción pélvica o la falta de contracciones uterinas.
- j. **Parto espontáneo.** Nacimiento vaginal que se produce sin la ayuda mecánica de fórceps obstétricos.
- k. **Parto falso.** Contracción de Braxton Hicks. Contracción irregular del útero de la embarazada que comienza en el primer trimestre y aumenta de frecuencia, duración e intensidad a medida que progresa el embarazo. Cuando la gestación está próxima al término, estas contracciones son tan fuertes que con frecuencia son difíciles de diferenciar de las contracciones del parto verdadero.
- l. **Parto precipitado.** Nacimiento que se produce a tal velocidad o en una situación tal que no se pueden hacer los preparativos habituales.
- m. **Parto prematuro.** Parto que se produce antes de lo normal, ya sea antes de que el feto haya alcanzado los 2.000 a 2.500 g o antes de la 37 a 38 semanas de gestación. No existe una medida única del peso fetal o de la edad gestacional, que se utilice universalmente para considerar un nacimiento como prematuro; la política local o institucional dictará cuáles de las distintas normas se aplicarán.
- n. **Parto prodrómico.** Período inicial del parto antes de que las contracciones uterinas sean enérgicas y lo suficientemente frecuentes como para provocar dilatación progresiva del cuello uterino.
- o. **Parto repentino.** Nacimiento que se produce de forma accidental o precipitada, dentro o fuera del hospital, sin la adecuada preparación técnica ni obstétrica. Los signos y síntomas de un parto inminente son: pérdida sanguínea creciente, contracciones frecuentes y fuertes, deseo por parte de la madre de agacharse,

como si tuviera ganas de defecar, abombamiento visible de la bolsa de aguas o coronación de la cabeza del niño en el introito vaginal. (2)

### **3.2.2 Causas del inicio del trabajo de parto**

Durante el embarazo, el útero está formado de gran número de células musculares lisas muy hipertrofiadas. Cada célula se activa mediante una serie de reacciones químicas para iniciar contracciones rítmicas de manera coordinada y con fuerza tal que el cérvix se dilata y se expulsa al feto. La pregunta fundamental es qué estimula a estas células uterinas (en un momento preciso en la mayoría de los embarazos) para que se inicien las contracciones del trabajo de parto. Se proponen diversas teorías para explicar el inicio de este proceso. Parece que varios mecanismos participan para dar inicio y mantener el trabajo de parto; cada uno tiene importancia variable, según las circunstancias individuales. (1)

#### **a. Teoría de la privación de progesterona**

Esta teoría propone que la progesterona, hormona esencial para preservar el embarazo que es secretada en primer lugar por el cuerpo lúteo y después por la placenta, actúa para inhibir la contractilidad uterina. El inicio del trabajo de parto se debería a la supresión de progesterona en un momento en que hay relativa dominancia de estrógeno. El papel del “bloqueo de progesterona” para mantener y dar por terminado el embarazo sigue siendo controvertido. Aunque un investigador reportó un descenso de progesterona en circulación y un aumento continuo de estrógenos en las mujeres durante las cinco semanas que anteceden al trabajo de parto, esta teoría se fundamenta en estudios realizados sobre todo en animales. En seres humanos, se carece de evidencia sustancial para demostrar que exista supresión de progesterona cuando se inicia el trabajo de parto. (1)

#### **b. Teoría de la oxitocina**

Esta teoría sugiere que la oxitocina estimula las contracciones del útero de manera directa sobre el miometrio e indirectamente al aumentar la producción de prostaglandinas en la decidua. El útero se hace cada vez más sensible a la oxitocina

al avanzar el embarazo. Las observaciones en diversas investigaciones proporcionan apoyo incongruente a esta teoría. Aunque en algunos estudios se correlaciona el aumento de niveles de oxitocina con el inicio del trabajo de parto, otros no indican que dichos niveles aumenten antes del trabajo de parto ni durante la primera etapa. Se observa mayor concentración de actividad similar a la oxitocina en sangre durante la segunda etapa del trabajo de parto. Como los seres humanos, inician trabajo de parto en forma normal cuando se elimina o destruye la hipófisis, la cual secreta oxitocina, es poco probable que esta hormona por sí sola sea la iniciadora de dicho proceso. Sin embargo, tal vez desempeñe un papel significativo en combinación con otras sustancias. (1)

#### **c. Teoría del control endocrino fetal**

Se propone que en un momento determinado de madurez fetal, las suprarrenales del feto secretan esteroides corticales que desencadenan los mecanismos que conducen el trabajo de parto. Se sugiere que el mecanismo de acción es que los esteroides fetales estimulan la liberación de precursores de las prostaglandinas, que a su vez producen las contracciones uterinas del trabajo de parto. Un poco antes de que se inicie éste, aumenta la sensibilidad de las suprarrenales fetales a la hormona adrenocorticotropica (ACTH) producida por la hipófisis. Como resultado, aumenta la producción de cortisol. Se sugiere que la liberación de corticosteroides durante periodos de estrés es una causa del trabajo de parto prematuro. Esta puede ocurrir en situaciones en que el feto esté comprometido, como preeclampsia o sobre distensión uterina debido a embarazos múltiples o hidramnios (1)

#### **d. Teoría de las prostaglandinas**

Esta teoría propone que el trabajo de parto en los seres humanos se inicia mediante una secuencia de eventos que incluyen liberación de precursores de lípidos, tal vez desencadenada por acción de esteroides; liberación de ácido araquidónico a partir de precursores, probablemente en el sitio de las membranas fetales; aumento en la síntesis de prostaglandinas a partir de ácido araquidónico, y aumento en las contracciones uterinas como consecuencia de la acción de las prostaglandinas sobre

el musculo uterino. El estudio de los mecanismos de síntesis de las prostaglandinas demuestra que el ácido araquidónico, precursor obligatorio de la prostaglandina, se incrementa de manera notable en comparación con los demás ácidos grasos en el líquido amniótico de las mujeres durante el trabajo de parto.

Las investigaciones demuestran que las prostaglandinas son eficaces para inducir contracciones uterinas en cualquier etapa de la gestación. Estas sustancias se forman en la decidua uterina, en el cordón umbilical y el amnios; su concentración en líquido amniótico y sangre de la mujer se eleva justo antes y durante el trabajo de parto y el parto. (1)

### **3.2.3 Fuerzas del trabajo de parto**

Tres elementos son necesarios para el trabajo de parto y la expulsión: canal de parto, feto y fuerzas o potencia. Como parte de los fenómenos del trabajo de parto, se describen las fuerzas a continuación. (1)

#### **a. Contracciones uterinas**

Para expulsar los contenidos de la concepción, el útero experimenta una serie de contracciones (acortamiento intermitente de un músculo). Cada contracción presenta tres fases: un periodo durante el cual la intensidad de la contracción aumenta (incremento), un periodo durante el cual la contracción se encuentra en el máximo (acmé) y un periodo de disminución de intensidad (decremento).

La contracción del útero durante el trabajo de parto es intermitente, con periodos de relajación intermedios, por lo que se asemeja en este aspecto a la sístole y la diástole del corazón. El intervalo entre contracciones disminuye en forma gradual desde alrededor de 10 minutos a principios del trabajo de parto a hasta dos o tres minutos en la segunda etapa. Estos periodos de relajación no solo proporcionan reposo a los músculos uterinos a la madre, sino que son fundamentales para el bienestar del feto. Las contracciones que no cesan pueden interferir con las funciones placentarias y la falta de oxígeno resultante ocasiona sufrimiento fetal.

Las contracciones del trabajo de parto son involuntarias; su acción es independiente de la voluntad materna y del control nervioso extrauterino.

Durante el trabajo de parto, el útero se diferencia en dos posiciones identificables, el segmento uterino superior y el inferior. El segmento superior se conoce como fondo y es la posición activa o contráctil del útero, contiene la mayor concentración de las células del miometrio. Su función es expulsar el contenido del útero. El útero presenta un gradiente de intensidad de contracciones que disminuye desde el fondo hacia abajo.

Al progresar el trabajo de parto se desarrolla un segmento inferior pasivo. En cada contracción, las fibras musculares del segmento superior se retraen y se acortan a medida que el feto desciende. En consecuencia, el segmento superior se engruesa. Las fibras del segmento inferior se elongan, como resultado, este se adelgaza. El límite bien definido entre el segmento superior e inferior del útero se denomina anillo de retracción fisiológico.

El grado de incomodidad durante el trabajo de parto varía de manera considerable de una a otra persona. En general, las mujeres que participan por primera vez de esta experiencia, suelen sentir más dolor que las que están bien preparadas para aceptarla con normalidad. Con el fin de reducir el temor, es conveniente referirse a las contracciones uterinas como contracciones y no como dolores. La duración de estas contracciones es de 45 a 90 segundos con un promedio de un minuto. (1)

### **3. 2.4 Duración del trabajo de parto**

Aunque en general se observa cierto grado de variación en los diversos trabajos de parto. La duración promedio del primer trabajo de parto es de más o menos 14 horas, de las cuales 13 corresponden a la primera etapa, una hora a la segunda y 10 minutos a la tercera.

La duración promedio del trabajo del parto en multíparas es de alrededor 6 horas menos en primíparas (es decir, dura 7 horas y 20 minutos en la primera etapa, media hora en la segunda etapa y 10 minutos en la tercera).

Durante la primera etapa del trabajo de parto, se logra la dilatación total de cérvix (10 cm), pero la mayor parte del tiempo, el progreso de la dilatación cervical es lento. La primera etapa del trabajo de parto se divide en fase latente (trabajo de parto prodrómico) y fase activa. La fase latente se inicia cuando comienzan las contracciones uterinas, dura muchas horas y en ellas efectúan el ablandamiento cervical, el borramiento y una ligera dilatación. Al iniciarse la fase activa, la dilatación cervical se efectúa con mayor velocidad y después alcanza una fase de desaceleración, poco antes de la segunda etapa del trabajo de embarazo.

El cérvix se dilata los primeros 4 centímetros durante la fase latente, que es lenta. El resto de la dilatación cervical se lleva a cabo con mayor rapidez en la fase activa. Así como la paciente tiene 5 centímetros de dilatación se encuentra más allá del punto intermedio del trabajo de parto aunque la dilatación total sea de 10 centímetros. De hecho, en ese punto el trabajo de parto promedio avanzó dos terceras partes en período activo se inicia con la fase de aceleración, pasa a la fase de máxima pendiente y termina en la fase de desaceleración. En la fase activa del trabajo de parto, el cérvix de la nulípara dilata por lo menos 1.2 centímetros por hora y el cérvix de la multípara por lo menos 1.5 centímetros por hora. (1)

### **3.2.5 Signos premonitorios del trabajo de parto**

En las últimas semanas del embarazo, diversos cambios indican que el trabajo de parto se aproxima. El “aligeramiento” o descenso se produce de 10 a 14 días antes del parto, en particular en las primigrávidas. Esta alteración se debe a que la cabeza fetal desciende a la pelvis, lo que ocurre en cualquier momento durante las últimas cuatro semanas, y en ocasiones no se produce hasta que se inicia el trabajo de parto. El aligeramiento se efectúa de manera repentina, de modo que la futura madre

se levanta una mañana y ya no siente el abdomen distendido ni la presión en el diafragma que experimentaba con anterioridad.

Pero el alivio en este sentido se acompaña de signos de mayor presión en las regiones inferiores, como dolores que descienden por las piernas debido a la presión en los nervios ciáticos y aumento de las secreciones vaginales y micción frecuente, por la presión sobre la vejiga. En madres que ya han dado a luz, el aligeramiento suele producirse después que inicia el trabajo de parto. (1)

### **3.2.6 Trabajo de parto verdadero o falso**

Las contracciones falsas suelen iniciarse hasta tres o cuatro semanas antes de que termine el embarazo. Sólo son una exageración de las contracciones uterinas intermitentes que hubo durante todo el periodo de gestación, pero ahora se ven acompañadas de incomodidad. (1)

### **3.2.7 Opérculo**

Otro síntoma del trabajo de parto inminente es el “opérculo” rosado. Tras la salida del tapón mucoso que se encuentra en el canal cervical durante el embarazo, la presión de la parte de presentación descendente del feto ocasiona que los capilares diminutos del cérvix se rompan. Esta sangre se mezcla con mucosidad y, por tanto, produce un tinte rosado. Debe diferenciarse de la salida real de sangre, que puede indicar alguna complicación obstétrica. (1)

### **3.2.8 Trabajo de parto verdadero**

El trabajo de parto verdadero comprende:

- a. Dilatación progresiva del cérvix
- b. Incomodidad en espalda y abdomen
- c. Las contracciones ocurren a intervalos regulares
- d. Aumento progresivo de la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones.

### **3.2.9 Ruptura de membranas**

En ocasiones, la ruptura de membranas es la primera indicación de que el trabajo de parto es inminente. Antes se consideraba que era un signo grave, ya que el trabajo de parto se prolongaría por ser seco, pero las estadísticas actuales indican que no es cierto. Sin embargo, es preciso notificar al médico de inmediato; en estas circunstancias, se aconseja que la paciente ingrese al servicio de salud de inmediato. Después de que se rompen las membranas, siempre existe posibilidad de prolapso del cordón umbilical si la parte de presentación no cabe en forma adecuada en la entrada pélvica. Esto es más probable cuando el feto tiene presentación de pies o de hombros, o en la presentación de vértice cuando la cabeza fetal no ha descendido lo suficiente hacia la pelvis verdadera antes de que se rompan las membranas. (1)

### **3.2.10 Las cuatro etapas del trabajo de parto**

El proceso de trabajo de parto se divide en cuatro etapas:

- a. La primera etapa del trabajo de parto o etapa de dilatación se inicia con la primera contracción verdadera y termina con la dilatación completa del cérvix. Esta etapa se subdivide en fase latente y fase activa.
- b. La segunda etapa del trabajo de parto o etapa pélvica, se inicia con la dilatación total del cérvix y termina con el nacimiento del niño.
- c. La tercera etapa del trabajo de parto o etapa placentaria se inicia con nacimiento del niño y termina con el alumbramiento de la placenta.
- d. La cuarta etapa del trabajo de parto, o primera hora del puerperio se inicia con el alumbramiento de la placenta. Es un periodo crítico para la madre y el recién nacido.

### **3.2.11 Atención del parto**

La atención del parto en Guatemala se da en domicilio, Centros de Atención Permanente CAP, Hospitales nacionales y privados.



### **3.2.12 Lugar del parto:**

En Guatemala según los resultados de la ENSMI-2008-2009 muestran que casi la mitad de los partos son atendidos en la casa de la embarazada o de la comadrona (48.3 por ciento), en segundo lugar son atendidos en la red de servicios de salud del Ministerio de Salud (35 por ciento), el IGSS solo atiende el 8.4 por ciento de partos, y las clínicas privadas el 7.9 por ciento. (3)

### **3.2.13 Tipo de parto:**

El 16.3 % de partos son vía cesárea y el 83.7 % son partos vaginales. La vía de resolución del parto según se trate del área urbana o de la rural en donde residan las mujeres; en la urbana una cuarta parte de los partos son resueltos por cesárea, mientras que en la rural uno de cada diez partos son resueltos por este procedimiento. (3)

### **3.2.14 Persona que atiende el parto:**

Según la ENSMI 2008-2009, el 51.3% de partos es atendido por médico o enfermera, habiendo más atención calificado en la áreas urbanas (77%) que en áreas rurales (36.5%) y más en población no indígena (70%) que en población indígena (29.5%) donde la mayoría de partos aún es atendida por comadronas, familiares o no cuenta con ningún atención. (4)

### **3.2.15 Parto institucional:**

El parto institucional está comprendido por el parto en servicio y por el parto en domicilio atendido por personal de salud. (2)

### **3.2.16 Parto Domiciliario:**

Es aquel parto atendido por una partera o familiar ajena al servicio de salud. (2) Para que la mujer pueda dar a luz en casa el embarazo no debe ser de riesgo. El plan de nacimiento debe establecerse antes de la semana 28 de gestación, y el alumbramiento debe tener lugar entre las semanas 37 y la 42. No puede practicarse

en embarazos múltiples, ni cuando el bebé viene de nalgas. La mujer debe seguir estrictamente sus controles de embarazo. (5)

Frente a la creciente tecnificación del parto, existe una corriente que avala la necesidad de recuperar el alumbramiento natural. Al respecto, la OMS (Organización Mundial de la Salud) sugiere que se ha de respetar el derecho de la mujer a elegir el parto que desee.

Se aboga por que la naturaleza siga su propio curso siempre que las cosas vayan bien, sin más intervención médica que la precisa para garantizar la salud de la madre y del bebé. Teóricamente, con ello, ambos se responsabilizan del nacimiento, asistidos por una partera y acompañados sólo por los parientes o amigos deseados. Los expertos avanzan que este tipo de fórmulas descubre los instintos fisiológicos de la mujer y su intimidad, además de reforzar el vínculo especial que unirá a madre e hijo.

El parto domiciliario exige el cumplimiento de una serie de requisitos. En primer lugar, las comadronas que atienden estos partos excluyen los casos que pudieran presentar riesgo para la madre o el hijo. El seguimiento de la gestación debe ser, como en cualquier otro caso, por medio de pruebas y controles. También es obligatoria la cercanía del hogar a un hospital para atender cualquier emergencia.

Recientes estudios realizados en Suiza y Holanda, y publicados en la edición especializada *British Medical Journal*, revelan que el riesgo de parir en casa no es mayor que el de hacerlo en el hospital, siempre que se realice tan sólo en los casos exentos de complicaciones y con la ayuda de especialistas. (6)

Uno de los inconvenientes más importantes que se da con los avances técnicos en la gestación es la pérdida del protagonismo de la mujer. En muchos de los centros sanitarios existen normas preestablecidas en las que la opinión de la madre no cuenta. Desde estos alertan de que, por ejemplo, en relación a la episiotomía incisión

quirúrgica que se practica en el periné para facilitar la expulsión del bebé, cuya práctica sistemática es injustificada para la OMS, los profesionales señalan que con estas técnicas se evitan futuros problemas de salud en la madre o que se reduce el sufrimiento del bebé.

Durante los últimos veinte años la mortalidad peri natal ha disminuido mucho, y los médicos lo atribuyen a que los partos tienen lugar en los hospitales. No hay ninguna prueba de que esto sea cierto. La evidencia científica es que mueren menos bebés porque hay una mejor nutrición, una mayor salud en la mujer, mejores condiciones de vivienda, y algo muy importante, porque las mujeres tienen menos hijos y los tienen cuando los desean a través de la planificación familiar. Esta es probablemente la mejor razón por la que mueren menos niños que hace veinte años. La explicación está en lo que hacen las mujeres, no los médicos. (7)

### **3.2.17 Atención en el parto institucional**

#### **a. Posición para la expulsión y alumbramiento**

Generalmente se utiliza la posición de litotomía o ginecológica, para brindar comodidad al personal de salud que atiende el parto.

Sin embargo para la atención del parto se puede colocar a la madre en diferentes posiciones; en el área rural es común escuchar que atienden a la madre sentada, sujeta de una cuerda que atan en lo alto del techo de la casa o bien acostada, semi acostada, en cuclillas, entre otros.

La comodidad proporcionada a los agentes de salud, es considerada como una barrera para la aceptación del parto institucional, ya que muchas mujeres refieren tener más dificultad para resolver el parto en esa posición.

### **b. Personas que participan en el proceso**

Generalmente en los servicios de salud, participa el personal médico, enfermera/o y el auxiliar de enfermería. Sin permitir el ingreso de ningún familiar, ni siquiera el padre, en, aunque en la actualidad se debe permitir la participación de la comadrona, esta práctica aún sigue siendo rechazada, por muchos agentes de salud. Se constituye por lo tanto en una desventaja, si se considera que, generalmente en el hogar la madre se sentirá más apoyada, fortalecida porque su familia está con ella y la acompaña.

Muchas veces el esposo está presente en el periodo expulsivo, sujetándola, dándole ánimos para seguir adelante. Es común que siembren en el piso, un tronco del cual la madre se sujeta para hacer fuerza durante el nacimiento del niño y en fin, el nacimiento es, entonces, un acontecimiento en el que todos los adultos participan.  
(3)

### **c. Vaciamiento de la vejiga**

De ser necesario realizar un cateterismo vesical, como la vejiga está por encima del útero y detrás del hueso púbico, puede ocasionar problemas de retener la orina y causar molestias por el paso de la cabeza del feto por el canal del parto durante el nacimiento del bebé.

La mayor complicación puede ser que la madre sufra lesiones en la vejiga por la presión que ejerce la cabeza del feto sobre la vejiga llena y que se estanque el descenso del feto por el espacio que ocupa la vejiga llena.

Es importante, entonces, evitar complicaciones posteriores y mantener la vejiga vacía al momento de dar a luz.

En el área rural, como no se cuenta con el equipo necesario para vaciar la vejiga, como podría ser un equipo de cateterismo, el riesgo de complicaciones en el domicilio se incrementa. (3)

#### **d. El tacto vaginal**

El tacto vaginal se efectúa mediante la introducción de los dedos índice y medio de la mano enguataada con guantes estériles, se realiza con el propósito de controlar la dilatación y borramiento del cuello del útero y poder determinar con claridad el momento en que la madre, debe iniciar a pujar.

Cuando se atiende el parto en casa, difícilmente puede realizar este procedimiento; las comadronas acostumbran a observar y controlar a las parturientas en su trabajo de parto sin tocarlas e incluso a veces, sin ver sus genitales. Esto es complicado, pero se debe a patrones culturales muy arraigados en las familias y las comunidades.

El tacto no puede ser realizado de forma muy frecuente, se aconseja cada 4 a 6 horas o según evolución del trabajo de parto. Si no se poseen las condiciones y material necesario para su realización se aconseja esperar a que la cabeza del feto sea visible para verificar que todo lo previsto se esté llevando a cabo de una manera normal. Es un procedimiento que requiere práctica y mucho cuidado para no provocar mayores molestias a la madre. Debe hacerse con toda privacidad. (3)

#### **e. Manejo activo del tercer periodo del parto en la comunidad**

El tercer periodo del parto va desde la expulsión del feto, hasta el alumbramiento de la placenta y requiere de un manejo activo de parte de quien atiende el parto; manejo activo quiere decir que no se debe esperar pasivamente a que la placenta sea expulsada sin ayuda ni control.

Sin embargo, es muy importante que sólo las personas con experiencia y capacitación puedan efectuar las actividades que aquí se describe, ya que si son efectuadas por personas inexpertas pueden hacer que la madre esté en mayor riesgo, por las complicaciones que se pueden ocasionar. (3)

### **3.3. Factores que intervienen en la aceptación del parto institucional.**

#### **3.3.1 Definición de factor**

Un factor, es cualquier característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido. (8)

Los factores para la temática se describen a continuación:

#### **3.3.2 Factores culturales**

Se refiere al conjunto de valores, creencias, normas, símbolos, prácticas y modos de vida de individuos, grupo o instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra. (9)

#### **3.3.3 Factores educativos**

Los programas educativos formales y no formales, la utilizan de medios audiovisuales para transmitir la información y otras formas de docencia y difusión del conocimiento son ejemplos de los factores educativos que se relacionan con el significado del cuidado.

#### **3.3.4 Factores físicos**

Los factores físicos se relacionan con el estado físico del ser, incluidos los patrones biológicos y mentales. Como la mente y el cuerpo están interrelacionados, cada uno de los patrones influyen en el otro.

#### **3.3.5 Factores socioculturales**

Algunos ejemplos de factores socioculturales son la etnicidad y la estructura familiar, la relación con amigos y familia, la comunicación, la interacción, y el apoyo social, el conocimiento de las interrelaciones, la participación y la familiaridad, y las estructuras de grupos culturales, comunidad y sociedad.

### **3.3.6 Factores económicos**

Los factores relacionados con el significado del cuidado incluyen dinero, presupuestos, sistemas de seguros, limitaciones y directrices impuestas por las organizaciones de cuidado dirigido y, en general, la asignación de recursos humanos y materiales escasos para mantener la viabilidad económica de la organización. Se debe considerar el cuidado como un recurso interpersonal, así como los bienes, el dinero y los servicios. (10)

### **3.3.7 Factores personales**

Incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad, el equilibrio, la autoestima, la automotivación y el estado de salud percibido. (11)

### **3.3.8 Factores geográficos**

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el acceso físico adecuado a un servicio de salud es aquel que queda a menos de 60 minutos de viaje. Desde este punto de vista, en Guatemala, existen profundas desigualdades en el acceso a la oferta de servicios. Según una mayor proporción de no indígenas contaban con acceso físico adecuado a los servicios de salud (12.2%), en comparación con los indígenas (7.3%). En el año 2002, apenas el 19% de las mujeres indígenas tuvieron su parto atendido por médico o enfermera, mientras que entre las no indígenas, el 57% fueron asistidas por personal biomédico. (12)

### **3.3.9 Factores institucionales.**

#### **a. Cuidado**

El cuidado se define como un proceso relacional transcultural complejo asentado en un contexto ético y espiritual. El cuidado es la relación entre la caridad y la acción correcta, entre el amor como compasión en respuesta al sufrimiento y la necesidad, y la justicia o la equidad en relación con lo que se debe hacer. El cuidado tiene lugar en una cultura o en una sociedad, incluida la cultura personal, la cultura organizativa del hospital y la cultura de la sociedad y la global.

## **b. Cuidado espiritual-ético**

La espiritualidad incluye la creatividad y la elección, y se revela en el apego, el amor y la comunidad. Los imperativos éticos del cuidado se asocian al aspecto espiritual y están relacionados con las obligaciones morales hacia los demás. Esto significa no tratar nunca a las personas como un medio para obtener un fin o como un fin en sí mismas, sino como seres que tienen la capacidad de tomar decisiones. El cuidado espiritual-ético en enfermería se centra en cómo se pueden o se deben facilitar las elecciones para el bien de los demás. (13)

## **3.4 Servicios de Salud**

El sistema o red pública de servicios de salud en el centro urbano del municipio incluye: un CAP (Centro de Atención Permanente) anteriormente era un Centro de Salud tipo "B", este centro brinda atención durante los 365 días del año; cuenta con un edificio moderno recién construido; además existen cuatro Puestos de Salud Fortalecidos, en Pamaria, San Luis Sibila, Arroyo San Juan, Pabaquit y una unidad mínima que funcionara próximamente en paraje de Patulup..

El Centro de Atención Permanente atiende a la mayor parte de las comunidades, mientras que los puestos de salud, atienden a los habitantes de sus respectivos lugares y de lugares circunvecinos.

El recurso humano existente consta de cuatro médicos turnistas que laboran las cuarenta y ocho horas, tres enfermeras profesionales, una que actualmente es directora interina del distrito, ya que no se cuenta con director del distrito de salud, además laboran 20 auxiliares de enfermería y el personal administrativo correspondiente.

El problema más notorio, es la inaccesibilidad, la dispersión de las comunidades, en el caso de enfermedades de otro tipo y que requieren tratamiento y equipo especial, las personas deben trasladarse a hospitales regionales o pagar los servicios médicos privados. (14)



### **a. Movilidad**

Debido a la distancia hacia la cabecera departamental y al estado de la red vial del municipio, los pobladores se desplazan hacia el departamento del Quiché, municipio de Momostenango y al departamento de Totonicapán y Quetzaltenango en busca de atención médica y servicios especializados.

### **b. Mortalidad infantil y materna**

En cuanto a la tasa de mortalidad materna al 2009, se reporta una muerte materna, evidentemente se refleja que se debe trabajar más para brindar una apropiada atención del parto por parte del personal comunitario, situación que se considera importante si se compara con la razón materna a nivel departamental, que supera la media nacional. La tasa de mortalidad infantil (niños menores de 1 año) es de 15.69/1,000 nacidos vivos y en la niñez (niños entre 1 a 4 años) de 29.41/1,000 nacidos vivos, reportando 8 y 15 defunciones respectivamente. (15)

## **3.5 Santa Lucía La Reforma, Totonicapán.**

El Municipio de Santa Lucia La Reforma, ubicado en la parte noreste del departamento de Totonicapán pertenece a la Región VI. Situado en el altiplano sur occidental de Guatemala, a una altura de 1,890 metros sobre el nivel del mar, posee un área de 136 kilómetros cuadrados, y junto con el municipio de Santa María Chiquimula y a la cabecera municipal, son de los municipios más grandes del departamento. Con latitud norte 15° 07' 38" y longitud oeste 91° 14' 08". Distancia de la cabecera municipal a 68 kilómetros, mientras que a la ciudad capital es necesario recorrer una distancia de 238 kilómetros.

Limita al norte con el municipio de Huehuetenango; al sur con los municipios de Santa María Chiquimula y Momostenango del departamento de Totonicapán; al este con el municipio de San Pedro Jocopilas, del departamento del Quiché; y al Oeste con los municipios de Momostenango, San Bartolo Aguas Calientes del mismo departamento de Totonicapán y Malacatancito del departamento de Huehuetenango.

En cuanto a la división política administrativa se conforma de un pueblo (cabecera municipal), 6 aldeas y/o cantones; la aldea Pamaria que cuenta con trece parajes, el Cantón Sacasiguan tiene veintitrés parajes, en el caso de Ichomchaj tiene diez parajes, Gualtux con diez parajes, Chiguan con siete parajes, Oxlajuj con siete parajes y San Luis Sibila con seis parajes. Se identifican dos microrregiones: la microrregión I conformada por Pamaria, Patulup y San Luis Sibila; la microrregión II se conforma de Gualtux, Ichomchaj, Oxlajuj y Chiguan.

**a. Demografía.**

Según el XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación, realizado por el Instituto Nacional de Estadística –INE- en el año 2002, la población de Santa Lucía la Reforma era de 13, 479 habitantes, de los cuales 6,392 hombres y 7,087 mujeres, estas últimas representan el 53% del total de dicha población.

Respecto a la población según su lugar de asentamiento, en el área urbana se ubican 1,120 habitantes lo que corresponde al 9% y en el área rural 12,359 habitantes que equivales al 91%. Se observa que del año 2002 al 2010 la población del municipio aumento de 13,479 a 20,519 habitantes, lo que significa que creció 4.36%, teniendo una proyección de habitantes para el año 2021 de 31,466 (INE, 2002).

Los habitantes del municipio, son población joven ya que de 0 a 19 años son un promedio de 8,362 jóvenes y representan un 62% del total de la población. La población de 20 a 29 años es de 1,872 personas; la población de 30 a 49 años son 2,067 personas y población de 50 años y más 1,178 personas. La mayor parte de la población del municipio pertenece a la comunidad lingüística K'iché del pueblo maya en un 99% y el 1% a la población no indígena (INE, 2002).

**b. Condiciones de vida**

Santa Lucía la Reforma, es un municipio cuyo principal flagelo es la pobreza, según el INE para el año 2002 la pobreza general era de 94.5%, dentro de éstos, la

población que se debatía en la extrema pobreza era de 55.4%. Evidentemente es el municipio más pobre del departamento.

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano del PNUD 2002, el Índice de Desarrollo Humano del municipio está ubicado en 0.427%; dicho indicador está definido por otros tres indicadores, el de salud que es de 0.547%, el de educación 0.243 y el de ingresos económicos 0.492%. En su conjunto y en coincidencia con el mapa de la calidad de vida, reflejan que dichas condiciones de vida son muy bajas y que se refleja en una serie de condicionantes adversas que no les permite mejorar su calidad de vida. (14)

#### IV. ANTECEDENTES

Según estudios realizados en relación al tema, se mencionan los siguientes hallazgos:

El estudio realizado sobre la atención prenatal, parto institucional y atención postparto en el Perú: investigó sobre los efectos individuales y de la comunidad a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (DHS 2000) del Perú, con la Encuesta Nacional de Infraestructura Socioeconómica Distrital (ENISED-1999). Afirma que la atención materna estaría asociada a factores individuales y contextuales, aunque con mayor efecto individual. (16)

En un estudio titulado “Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogotá” realizado en Colombia. Dice que: el parto en casa o parto institucional tiene como marco la salud materna y perinatal, la cual ha experimentado cambios importantes en su conceptualización, al pasar de la mirada del binomio madre hijo y el control de la natalidad al análisis de la salud sexual y reproductiva, integrando aspectos sociales, culturales, demográficos de desarrollo y de género. El paradigma ha girado en torno a que una de las condiciones importantes en el cuidado materno es la atención institucional tanto de la gestación como del parto, el puerperio y el recién nacido. El parto domiciliario atendido en condiciones deficientes acarrea un riesgo importante para la salud de la madre, del neonato ó de ambos. La mortalidad materna ocurrida en casa se ha relacionado principalmente con complicaciones del parto, hemorragias y sepsis. (17)

El estudio titulado: Atención Prenatal, parto institucional y atención post-parto en el Perú: Efectos individuales y de la comunidad, realizado en Perú, presenta las siguientes conclusiones: La educación de la madre, es considerada una variable de estatus de la mujer, resultó ser un fuerte predictor de la atención materna, y provee apoyo para la perspectiva de empoderamiento. La educación estaría afectando el acceso y la utilización de los servicios de la salud, por cuanto la mujer con mayor nivel educativo, sabrá más acerca de la disponibilidad de los servicios de salud,

como de los beneficios que producen su uso. El acceso a hospital, y el nivel socioeconómico de la madre son otros de los predictores significativos y muestran una fuerte asociación con la atención materna. Esta asociación es similar a la encontrada en estudios que muestran la misma relación con la mortalidad materna. (18)

El estudio titulado: El trabajo con las parteras empíricas, realizado en la región Andina, indica que: La baja cobertura o ausencia de servicios médicos en las zonas rurales sirve para un programa efectivo de control pre y posnatal y para la atención del parto. Además existen barreras culturales y económicas que impiden la utilización de los servicios existentes, especialmente durante el parto. Se observó en las poblaciones andinas que el mayor rechazo al personal de salud era debido a su falta de respeto; es decir, a la costumbre de destapar las partes íntimas de la mujer sin respetar su pudor. El abandono de la asistencia obstétrica tradicional se produjo en el siglo pasado, como consecuencia de la expansión de la medicina hospitalaria; esto relegó la atención tradicional. Pero el proceso científico-tecnológico condujo al olvido de los aspectos socioculturales. Esta “descomunicación” no se va a resolver con un incremento en el número de médicos, sino más bien mediante una revaloración de las prácticas obstétricas tradicionales. (19)

Al respecto en el estudio titulado: Percepciones y satisfacción de la mujer rural en la atención del parto institucional y tradicional, realizada en Perú, se analizó un registro que en los 5 últimos años el Ministerio de Salud ha iniciado una ampliación de la cobertura de sus servicios “incrementándose en las zonas rurales principalmente de la sierra de 33 a 56%”. A su vez, el número de profesionales se incrementó a través de la intervención de proyectos nacionales de “Focalización y Salud Básica para Todos”. Pero los partos siguen siendo en las comunidades y atendidos por otras formas de atención tradicional. A pesar del esfuerzo realizado por el Programa Nacional de Salud Reproductiva y otras cooperantes como el Banco Mundial, aun se presenta limitaciones en su efectividad, reflejándose esto en la persistencia de altas tasas de mortalidad materna y partos que son atendidos en comunidad. (20)

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil en Guatemala: El 57.9% de los partos aún son atendidos en los hogares. Sin embargo, es importante señalar que las diferencias en la atención del parto en casa son mayores según el orden de nacimiento, pues a partir del sexto parto 76.8% son atendidos en casa, mientras que cuando es el primero solo 39.3% nacen en casa. Situación similar ocurre según el nivel de educación de la madre, las mujeres que no tienen ningún nivel de educación 78.5% de sus partos ocurren en su propia casa, mientras que en las mujeres con educación secundaria o superior esta situación sólo sucede en 10.7% de los partos. En la región nor occidente, 8 de cada 10 partos son atendidos en casa y en la mujer indígena el porcentaje es el doble de que el porcentaje en la mujer ladina. La comadrona continua siendo el personal de salud comunitario que en algunas regiones es el principal recurso para la atención de los partos, tal es el caso de la nor occidente donde atienden 72.3 % de los partos y en la sur occidente con 63.1%. El médico es el que menos partos atiende en esas mismas regiones. (4)

La Encuesta citada anteriormente además indica que: en los últimos años se ha observado una tendencia a la reducción de los niveles de mortalidad general, a excepción de la mortalidad neonatal, la cual se asocia a la escasa cobertura de atención institucional del embarazo y el parto por personal competente. Guatemala y Bolivia son los países en América Latina donde las mujeres reciben menor atención por personal calificado durante su periodo del embarazo y el parto. En Guatemala, aunado a un bajo porcentaje de atención prenatal por personal calificado, se agrega la brecha existente entre la atención prenatal y la atención del parto; esta brecha se mantiene igual. (4)

El Informe de Desarrollo Humano, realizado en Guatemala indica: que 48,3% de los embarazos en el país eran atendidos en casa de la embarazada o de la comadrona, cifra que en algunos departamentos, con mayoría indígena, alcanzó 79% confirma esa medición que 43,4 % de los nacimientos eran atendidos por los servicios estatales de salud y solo 7,9 % se producían en hospitales o clínicas privadas. El Ministerio de Salud reportó que 45,7% por ciento de los 115.997 nacimientos

registrados de enero a octubre de 2011 fueron atendidos por comadronas. El acceso de las embarazadas a la atención médica durante la gestación ha aumentado desde 1987 (año en que el 25.5% de partos fue atendido por un médico) a 2008-2009, año en el que fueron atendidas cinco de cada diez. En los grupos etarios de 15 a 19 años y de 20 a 29 años, un 50.7 y un 48%, respectivamente, fueron atendidos por un médico, y un 38.4 a 42.2% por comadrona. La atención por parte de una comadrona es más alta entre las mujeres indígenas, las que viven en áreas rurales y las que tienen bajos niveles educativos. (21)

El informe anterior además refiere que: la atención por parte de una comadrona es más alta entre las mujeres jóvenes indígenas, las que viven en áreas rurales y las que tienen bajos niveles educativos. Se reporta además que en las áreas rurales de Guatemala, que coinciden con las zonas más pobres y habitadas en su mayoría por grupos indígenas, a pesar de que el 80% de las mujeres embarazadas recibe algún control prenatal, sólo el 36% de ellas tiene un parto institucional. El papel de las comadronas está inmerso en un contexto etnocultural, en el cual generalmente brindan a las jóvenes y otras mujeres el servicio de salud acompañado de tranquilidad, seguridad y pertinencia lingüística y cultural antes, durante y después del alumbramiento. Las comadronas gozan de reconocimiento en sus comunidades debido a sus habilidades y conocimientos. A partir de los Acuerdos de Paz, en el contexto del reconocimiento de la pluralidad de modelos de atención en salud, se crea en 2009 la Unidad de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (21)

En el reporte del estudio realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo de Guatemala, refiere que las áreas rurales de Guatemala, que coinciden con las zonas más pobres y habitadas en su mayoría por grupos indígenas, a pesar de que el 80% de las mujeres embarazadas recibe algún control prenatal, sólo el 36% de ellas tiene un parto institucional. El resto da a luz en sus casas, atendidas por algún familiar o partera tradicional. Es decir, sólo una de cada tres embarazadas, recibe atención en un servicio de salud, el quintil más pobre de la población, tiene su hijo en un

ambiente adecuado y con personal capacitado para cualquier eventualidad que pueda surgir en el parto. Tan bajo uso de los servicios obstétricos, obedece a barreras existentes tanto por el lado de la oferta como por el lado de la demanda. Es por ello, que no solo adquiere relevancia la disponibilidad de los mismos, sino también el generar incentivos para reducir las brechas de acceso de sus potencialidades usuarios. Entre las principales dificultades o barreras existentes por el lado de la demanda, se destacan las siguientes: accesibilidad económica, información, educación y barreras culturales. (22)

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) firma que en Guatemala en el año 2003, la mayor parte de las muertes maternas ocurrió entre mujeres indígenas. Lo anterior debido a que para este grupo, se encuentran las condiciones de vida más precarias, tasas de fecundidades más altas y menor porcentaje de nacimientos asistidos por personal biomédico. La razón de mortalidad materna para el grupo de mujeres indígenas es tres veces mayor (211 por cada 100.000 nacimientos) que para el grupo no indígena. Como también el ingreso familiar está relacionado con la salud por su efecto directo en las condiciones materiales necesarias para el cuidado y prevención de la salud. La demanda efectiva de servicios de salud depende en gran medida del estrato socioeconómico. El ingreso precario y la condición de pobreza limitan el acceso a servicios de salud, aunque sean gratuitos, debido a los costos directos e indirectos que éste implica. Aproximadamente el 6,4% del ingreso de los hogares se destina a pago de atenciones de salud, lo que equivale anualmente al 3,5% del PIB (de 1999). La porción más importante de este gasto se destina al pago de bolsillo al proveedor y compra de medicamentos. (12)

Para la Organización Mundial de la Salud, en el artículo titulado “Determinantes asociados al sistema de salud”, refiere que el acceso físico adecuado a un servicio de salud es aquél que queda a menos de 60 minutos de viaje. Desde este punto de vista, en Guatemala, existen profundas desigualdades en el acceso a la oferta de servicios. Según la ENCOVI 2000, una mayor proporción de no indígenas contaban



con acceso físico adecuado a los servicios de salud (12,2%), en comparación con los indígenas (7,3%). En el año 2002, apenas el 19% de las mujeres indígenas tuvieron su parto atendido por médico o enfermera, mientras que entre las no indígenas, el 57% fueron asistidas por personal biomédico. (12)

Un estudio realizado sobre la maternidad temprana en Guatemala, afirma que la mitad de las mujeres embarazadas de 15 a 24 años cuenta con la asistencia de un profesional en el parto en instituciones médicas públicas o privadas. Las mujeres jóvenes sin escolaridad y las indígenas tienen pocas probabilidades de tener un parto atendido por profesionales médicos (25% y 23%), y por ende, es más probable que den a luz en su casa (donde ocurre el 54% de las muertes maternas). Las mujeres jóvenes más desfavorecidas tienen una probabilidad elevada de quedar embarazadas y mayor probabilidad de no contar con el acceso al cuidado que su embarazo requiere. Algunas razones que existen además de la carencia de acceso geográfico y económico a instituciones médicas, ayudan a explicar por qué las jóvenes indígenas optarían en primera instancia por la familiaridad cultural de las comadronas tradicionales y los nacimientos en el hogar. Por ejemplo: pueden desconfiar del sistema médico que es su mayoría no indígena y masculino, lo cual a menudo es percibido como insensible y ofensivo, y sus maridos y familias podrían preferir que no acudan a médicos masculinos debido a los estándares imperantes de recato. (23)

En el informe denominado "Situación de Salud Materno Infantil" refiere que la atención del parto en Guatemala, la cobertura de atención del parto por personal médico o de enfermería es de 41%, el 65% de los partos atendidos por el personal de salud son en el área urbana, mientras en el área rural sólo el 29.5%; la cobertura de atención del parto en mujeres ladinas es de 57% y en mujeres indígenas es de 19.5% lo que evidencia una brecha importante en cuanto al acceso a los servicios de salud. La atención postparto de las madres sólo ocurrió en 2 de cada 10 mujeres que tuvieron su parto en los últimos cinco años. El seguimiento del recién nacido sólo sucedió en 4 de cada 10 niños/as, lo que evidencia que se le da poca importancia a

la atención de la madre y al niño, aunque menos a la madre, en comparación con la que se le da a su hijo/a. (3)

En un estudio realizado en el 2004 sobre “la percepción y satisfacción de la mujer rural en la atención del parto institucional y tradicional y la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó y publicó, en la Conferencia Internacional de Fortaleza (Brasil) en abril de 1985, veintiuna Recomendaciones sobre los Derechos de la mujer embarazada y del bebé. "Toda la población debería estar informada sobre las diversas formas de asistir al parto, para que cada mujer pudiera elegir la que más le convenga en el momento oportuno". El Programa de Salud Reproductiva y Planificación familiar, realizó un análisis de la actual realidad nacional, identificando que la alta mortalidad materna y peri natal afectaba sobre todo a las mujeres y recién nacidos más pobres, que viven en áreas rurales, y a determinados grupos étnicos y culturales. Problemática en la cual vienen interviniendo. (20)

## **V. OBJETIVOS**

### **5.1 General**

Describir los factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional del Cantón San Luis Sibila, Municipio de Santa Lucia La Reforma, Totonicapán, Guatemala.

### **5.2 Específicos**

- a) Describir las características personales de las mujeres que no resolvieron su parto institucionalmente.
  
- b) Identificar los factores que inciden en la no aceptación del parto institucional.

## VI. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación se seleccionó al observar que a nivel de Distrito de Salud Municipal, la cobertura de atención de parto institucional han sido bajas, teniendo una producción promedio de 6 a 8 partos mensuales. En el año 2012 nacieron 754 niños, 54 fueron atendidos por el distrito de salud y 685 fueron atendidos por comadronas y clínicas privadas. Los resultados de la investigación servirán para implementar acciones de promoción, dirigida a las mujeres gestantes sobre la importancia del parto institucional.

Con ello se busca evitar o reducir consecuencias lamentables como la muerte materna y neonatal, sepsis perinatal, partos prolongados, así como también sensibilizar a las señoras, familias y comunidad para que utilicen los servicios de salud que se prestan en el Cantón de San Luis Sibila, municipio de Santa Lucia la Reforma.

El presente estudio procura determinar los principales factores que impiden a las mujeres en estado de gestación asistir al parto institucional del Cantón San Luis Sibila, Santa Lucia la Reforma, Totonicapán. Es importante toda vez que se ha identificado que en ocasiones las usuarias solicitan los primeros controles prenatales para luego abandonarlos, presentándose solo al registro y a reclamar el certificado de vacunas, lo cual se constituye en una pérdida de recursos en los servicios de salud, en donde se cuenta con el personal y la logística necesaria para su atención.

Pero por otra parte, hay un importante número de mujeres que consulta con los servicios de salud sólo una vez antes del parto y que no demandan atención posterior ni en el parto, debido a que solo buscan verificar si el niño se encuentra en buenas condiciones. El control prenatal con frecuencia se utiliza para determinar si el bebé está en buena posición, para tener seguridad suficiente para el parto en domicilio, debido a que tienen mayor confianza y tranquilidad cuando son atendidas por familiares o comadronas dentro de su contexto cultural.

El presente estudio tiene como objetivo generar mayores coberturas el parto institucional, como se plantea en la investigación a emprender, es preciso entender y atender el comportamiento y concepción de diversos factores de las usuarias a través de la incorporación del lenguaje intercultural, respeto a su dignidad humana y que connote un mejor servicio en la calidad de atención en los puestos de salud y como también el Centro de Atención Permanente de Santa Lucía La Reforma, Totonicapán, disminuyendo la brecha que existe entre el concepto teórico ideal de atención de la biomedicina y el que perciben las mujeres en estado de gestación respecto al parto institucional.

En consecuencia por lo expuesto y planteado es fundamental lograr niveles de confianza, comunicación, empatía y satisfacción dentro este grupo más vulnerable, para que continúen recurriendo al puesto de salud y al Centro de Atención Permanente para solucionar problemas de riesgo en el embarazo y así evitar la mortalidad materna infantil.

El estudio aporta información relacionada a los factores que indican para la poca aceptación del parto institucional en una comunidad con características, demográficas, sociales, económicas, educativas y otras determinantes, muy específicas, que permitan establecer estrategias de acercamiento a las comunidades y/o realizar cambios oportunos dentro de los servicios de salud, con el propósito de aumentar y garantizar el bienestar y la calidad de vida no solo del binomio madre-hijo, sino además de su familia y de la comunidad.

La muerte de la madre, por complicaciones, supone una devastadora tragedia, a sus otros hijos, esposo y colabora a perpetuar las injusticias y la inequidad. Razón por la cual se hace necesario, buscar los elementos que intervienen desfavorablemente entre los servicios de salud y la comunidad, con respecto al parto. El estudio da la oportunidad de generar nuevos conocimientos que permitan a los profesionales de enfermería, tomar decisiones con evidencia científica, además de contribuir a la construcción de conocimientos de la disciplina y de servir como antecedente para futuros estudios.

## **VII. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

### **7.1 Tipo de investigación**

Investigación descriptiva, retrospectiva, la cual fue dirigida a las mujeres que resolvieron su parto en su domicilio.

### **7.2 Sujetos de estudio**

Mujeres que resolvieron su parto en el segundo semestre 2013 a febrero 2014.

### **7.3 Contextualización Geográfica y temporal**

El desarrollo de la investigación se llevó a cabo en el puesto de salud y domicilio de las pacientes del Cantón San Luis Sibila, Santa Lucia la Reforma Totonicapán.

### **7.4 Variables.**

- Características personales
- Factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional.

### 7.5 Definición de variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Características personales	Son los atributos personales que tiene una persona y que lo distinguen de otras.	Las características personales y los factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional fueron medidos a través de una encuesta construida por el investigador	Edad Procedencia Nivel académico Estado civil. Comunidad lingüística. Religión.	De razón
Factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional	Un factor, es cualquier característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido derivado de la atención del parto fuera de las instituciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.		Factores físicos. Factores educativos. Factores sociales. Factores económicos. Factores geográficos. Factor institucional. Factor espiritual y/o religioso. Factor cultural.	De razón

Fuente: Elaboración propia 2014

## **VIII. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS**

### **8.1 Selección de los sujetos de estudio**

#### **8.1.1 Criterios de inclusión**

Usuarías que resolvieron su parto en el domicilio durante el segundo semestre del año 2013 al mes de febrero del año 2014.

#### **8.1.2 Criterios de exclusión**

Mujeres que no aceptaron participar voluntariamente en el estudio

Mujeres que no se localizaron por dirección inexacta y que no fueron reconocidas en la comunidad.

#### **8.1.3 Cálculos estadísticos de la muestra.**

No fue necesario realizar ningún cálculo, ya que se estudió al universo que son un total de 42 señoras que fueron atendidas en sus domicilios.

#### **8.1.4 Identificación de los sujetos de estudio.**

Para el estudio se identificó a las señoras, a través de las fichas clínicas de posparto.

### **8.2 Recolección de datos.**

#### **8.2.1 Metodología para la recolección de datos**

El estudio se llevó a cabo a través de una encuesta, la cual fue administrada y traducida al idioma de los participantes si era necesario, esto se realizó si se captaban en los servicios de salud y se realizaron visitas domiciliarias.

#### **8.2.3 Validación de los instrumentos**

La validación del instrumento se realizó en el Cantón de Xequemeya, municipio de Momostenango, Totonicapán, y se tomó en cuenta al 10% de la población que



corresponde a 4 pacientes. Después de haber realizado la validación se tuvo que modificar algunas preguntas en el instrumento ya que algunas preguntas se repetían.

## **IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

### **9.1 Descripción del proceso de digitación**

Durante la digitación el proceso fue manual y digital, el primero se llevó a cabo durante el trabajo de campo y el siguiente durante la elaboración de la matriz de datos y elaboración de tablas y gráficas, para ello se realizó en el programa Microsoft Word, Office 7, a través del cual se procedió a realizar el análisis de los datos obtenidos.

### **9.2 Plan de análisis de datos**

Los resultados obtenidos durante la recopilación de la información se tabularon en un programa de computo "Microsoft Excel", de la siguiente manera.

- a) Numerar las boletas.
- b) Ingresar datos a la matriz de datos.
- c) Elaborar cuadros y gráficos estadísticos.
- d) Análisis y discusión de los resultados.

### **9.3 Métodos estadísticos**

En la metodología estadística de la investigación se utilizaron frecuencias, porcentajes, tablas y gráficas para la presentación, descripción y análisis de los resultados obtenidos durante la recopilación de la información, se utilizó una estadística descriptiva.

### **9.4 Aspectos éticos.**

**9.4.1 Confidencialidad:** Se aplicó a través de resguardar las comunicaciones e información de los datos recolectados, así como de los datos personales de los participantes.

**9.4.2 Consentimiento informado:** Este criterio se llevó a cabo por medio de la socialización del consentimiento informado.

## X. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS FACTORES PERSONALES DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

Tabla No.1

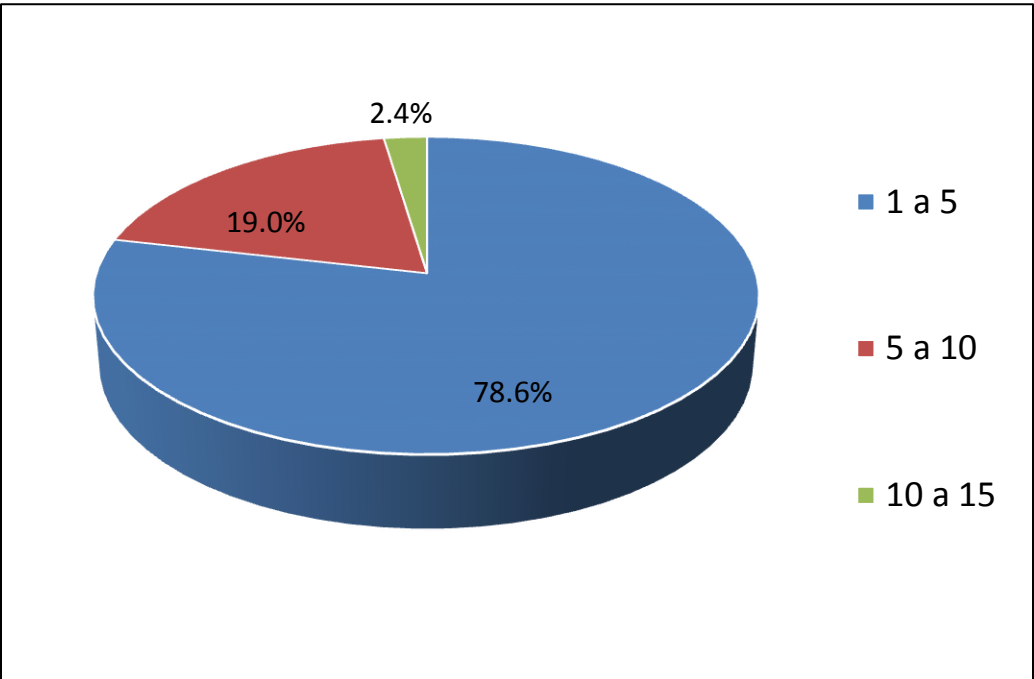
Preguntas de la 1 a la 5	Frecuencias	Porcentaje
<b>Edad</b>		
10 a 20 años	03	07.14%
21 a 30 años	27	64.29%
31 a 40 años	09	21.43%
Mayor de 40 años	03	07.14%
Total	42	100%
<b>Procedencia</b>		
Urbana	00	00
Rural	42	100%
Total	42	100%
<b>Nivel académico</b>		
Ninguno	22	52.38%
Primaria	18	42.86%
Básico	01	02.38%
Diversificado	01	02.38%
Total	42	100%
<b>Estado civil</b>		
Casada	13	30.95%
Unida	29	69.05%
Total	42	100%
<b>Comunidad lingüística</b>		
Quiché	24	57.14%
Quiché y español	18	42.86%
Total	42	100%
<b>Religión</b>		
Católica	13	30.95%
Evangélica	22	52.38%
Ninguna	07	16.67%
Total	42	100%

Fuente: Boleta de encuesta 2014

En los factores personales se pudo observar que la mayoría de señoras entrevistadas tienen de 21 a 30 años, según las normas de atención sin riesgos, pertenecen al área rural. Factor determinante es el nivel académico, 52% no saben leer ni escribir, el resto no terminaron el nivel primario únicamente cursaron entre primero a tercero primaria, en relación a su estado civil el 69% están unidas, la mayoría hablan el Quiché y la mayor parte de ellas pertenecen a la iglesia evangélica con 52%.

Pregunta 6. Número de embarazos y partos que reportan las señoras encuestadas.

Gráfica No.1



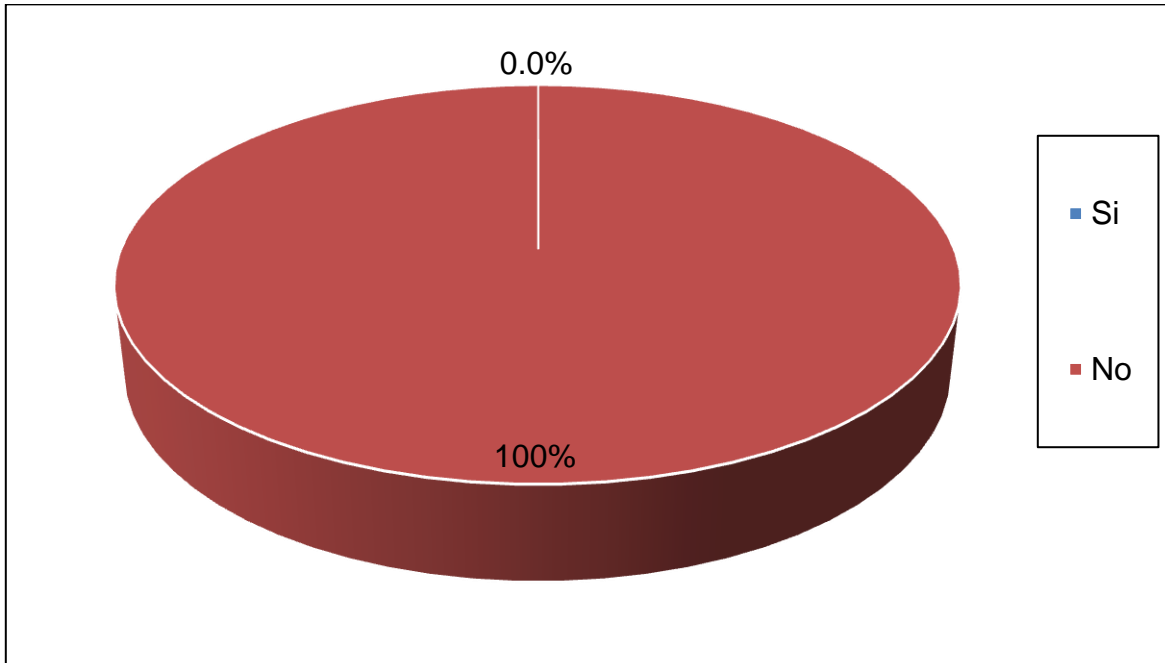
Fuente: Encuesta de campo 2014

Respecto a los antecedentes obstétricos, el mayor porcentaje de señoras tienen de uno a cinco embarazos, situación que cada día pone en riesgo la vida de las señoras. A pesar de ello siguen siendo atendidas en sus propias casas sin pensar en las consecuencias que pudiera surgir durante el trabajo del parto, las cuales causarían una muerte materna o complicaciones temporales o permanentes tanto para el niño como para la madre.

## FACTORES FÍSICOS

Pregunta No.7 ¿Tiene alguna dificultad para escuchar, hablar o mirar?

Gráfica No. 2



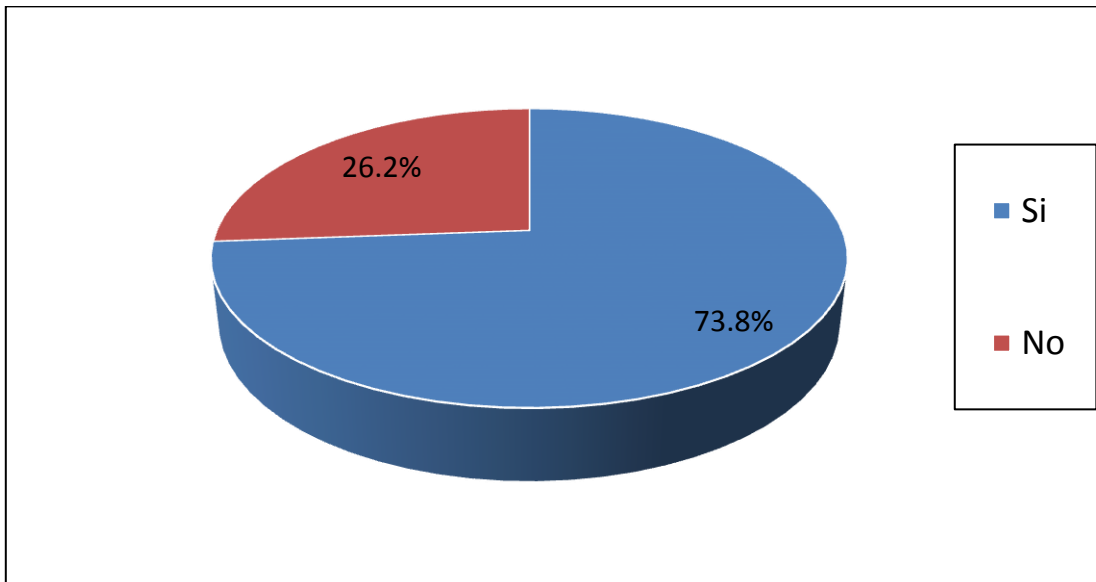
Fuente: Encuesta de campo 2014

En la mayoría de señoras encuestadas no se encontró hallazgo que indique que alguna de ellas tenga dificultad para escuchar, hablar o mirar. Ya que las señoras colaboraron y contestaron la mayor parte de preguntas establecidas en el instrumento de manera fluida y sin mayor retroalimentación. Por lo tanto se puede afirmar que los factores físicos asociados al funcionamiento de los cinco sentidos no tienen relación con la decisión de la mujer de resolver su parto en su domicilio.

## FACTORES EDUCATIVOS

Pregunta 8. ¿Ha escuchado usted por algún medio de comunicación, información acerca de los servicios de atención del parto, que proporciona el Centro de Atención Permanente?

Gráfica No. 3

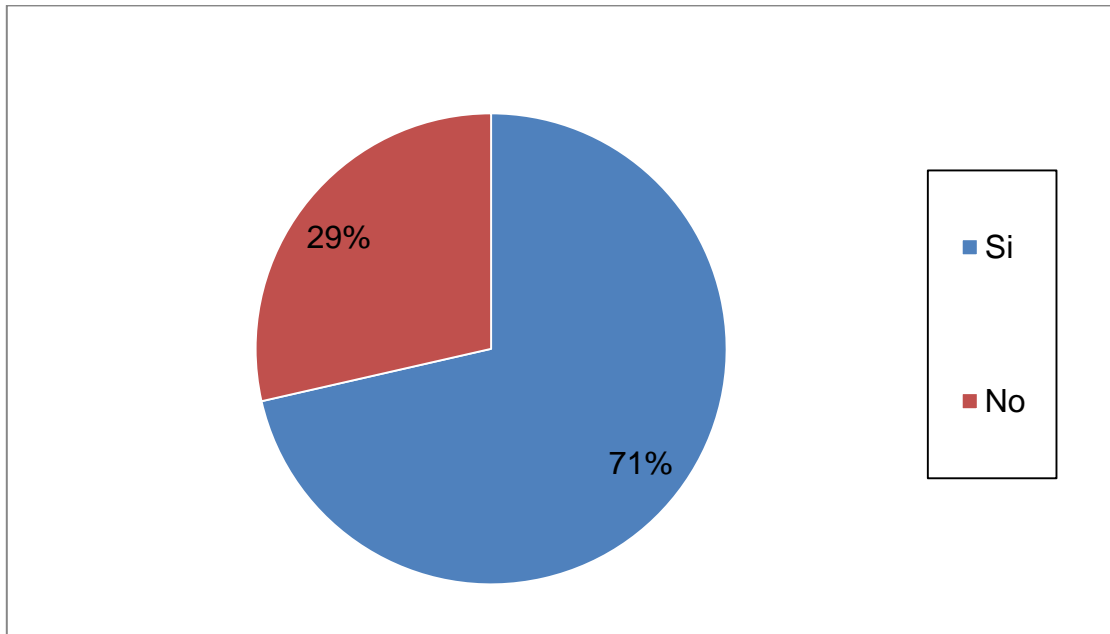


Fuente: Encuesta de campo 2014

En relación a la información, la mayoría de señoras manifestaron que se han enterado por algún medio acerca de la atención del parto que brinda el Centro de Atención Permanente. Sin embargo sus partos han sido atendidos en sus casas, eso evidencia que están conscientes del tipo de atención que pueden recibir en los servicios de salud, pero no prestan mayor importancia a los riesgos que pudieran surgir en el parto. Las señoras que mencionaron no haber escuchado o no conocer los servicios que se presta en el Centro de Salud corresponde a un 26.2%, porcentaje que crea la necesidad de informar a las usuarias que en el servicio de salud se atiende partos las 24 horas del día, ya que una buena información y educación contribuye al desarrollo del ser humano. Por lo tanto aunque existe divulgación de los servicios que se ofertan es necesario seguir fortaleciéndolos para llegar a toda la población meta.

Pregunta No. 9. ¿Conoce algunas de las complicaciones que se dan durante el parto?

Gráfica No. 4



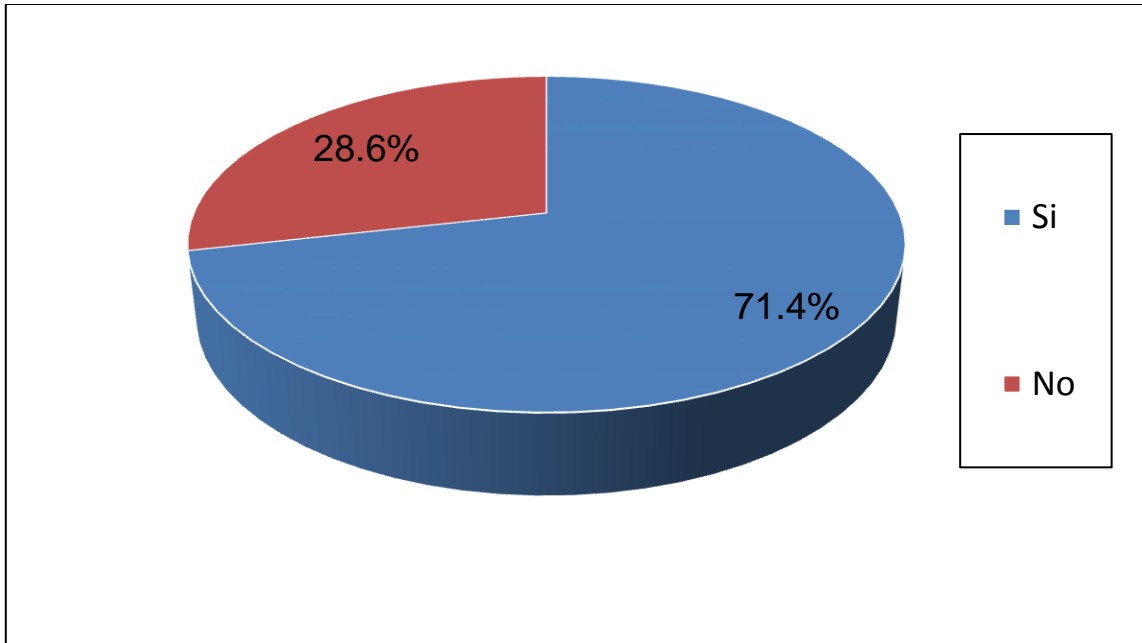
Fuente: Encuesta de campo 2014

De las señoras entrevistadas el 71% manifestaron que conocen algunas de las complicaciones que pueden presentarse durante el trabajo de parto y el resto aducen no conocer las complicaciones que se dan durante el mismo. Esto significa que aumentaría los riesgos de una muerte materna por el desconocimiento de las complicaciones obstétricas, aun cuando las mujeres conocen algunas de las complicaciones puede que no busquen ayuda, lamentablemente existen factores sociales, culturales y sobre todo económicos que influye al momento de quedarse en casa, por ello es importante la información, las señoras tendrían una mejor perspectiva a cerca de los servicios de salud que se da en los Centros de Atención Permanente y sobre todo de los riesgos que se corren en su salud y la del niño. Sobre todo porque en muchas ocasiones se vive lejos de los servicios de salud.

## FACTORES SOCIALES

Pregunta No. 10. ¿Tuvo la oportunidad de elegir donde tendría a su niño?

Grafica No. 5



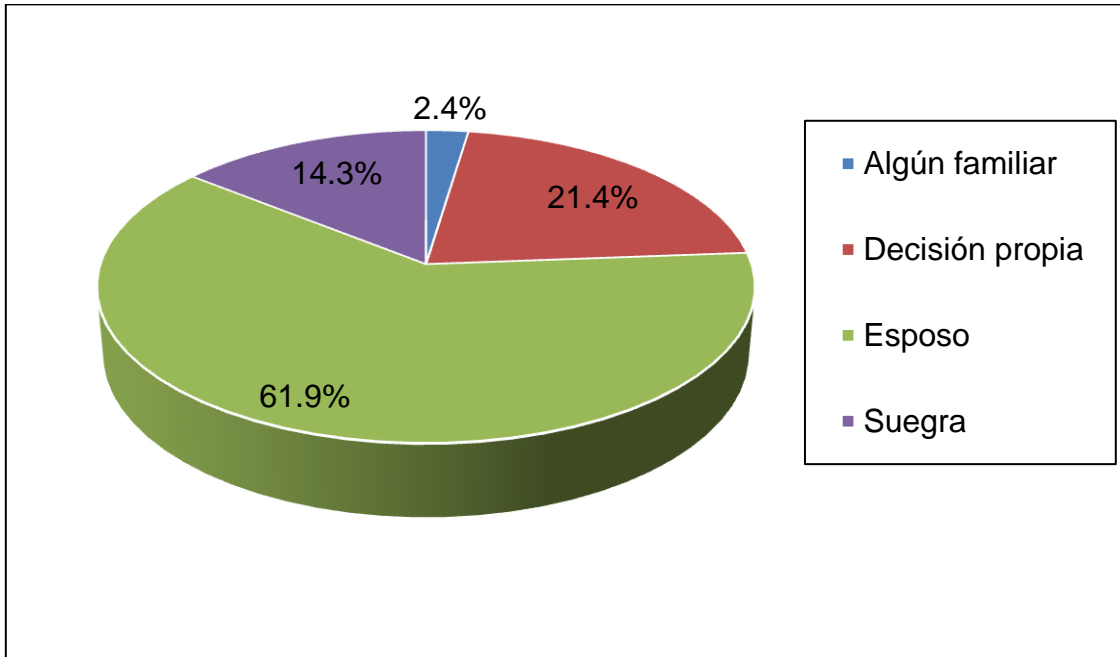
Fuente: Encuesta de campo 2014

El 71.4 % de señoras entrevistadas manifestaron que ellas mismas eligieron donde tendrían a su niño. El 28.6% no tuvieron la opción de elegir el lugar en donde acudirían a resolver su parto, asumiendo que fueron otras las personas quienes intervinieron en la elección del lugar de la atención del parto, este grupo de mujeres se expusieron a las complicaciones obstétricas porque no pudieron decidir, al excluirlas en la toma de decisiones. En el caso de las mujeres que pudieron elegir, llama la atención que decidieron quedarse en casa.



Pregunta No. 11. ¿Quién tomó la decisión de buscar la persona que le atendió su último parto?

Gráfica No. 6



Fuente: Encuesta de campo 2014

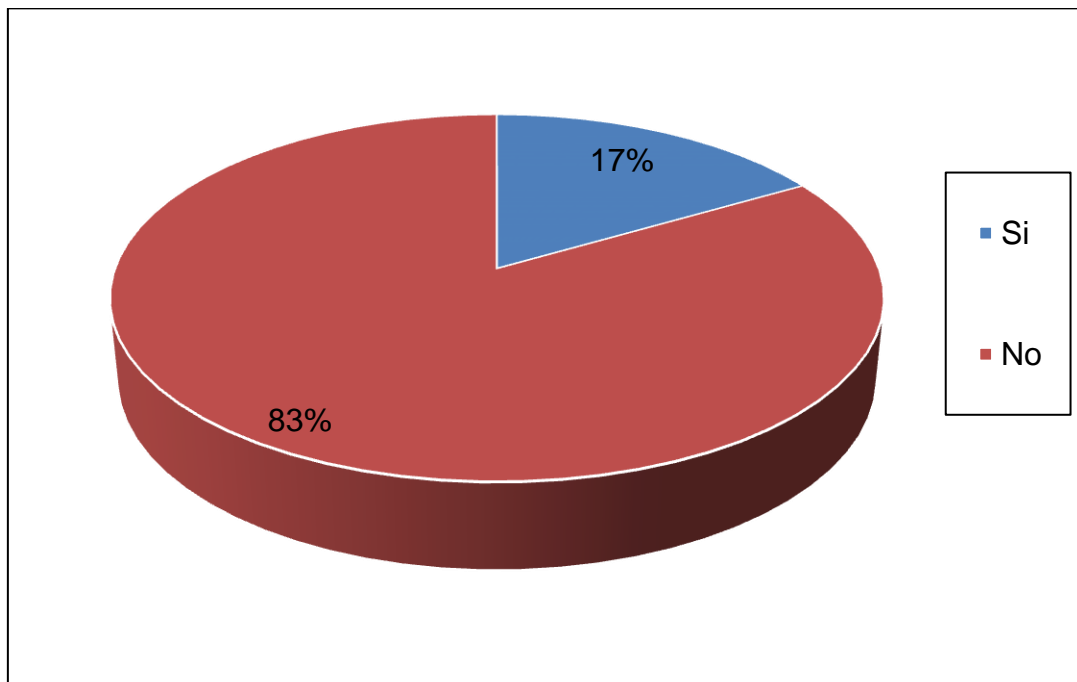
En cuanto a quién tomó la decisión de buscar la persona que atendió el último parto, las señoras refieren que el esposo tiene la última decisión expresada por el 62%. La señoras señalan que también tiene influencia en la toma de decisión aunque el porcentaje sea menor, esto significa que la mujer tiene el derecho de elegir dónde y cómo dar a luz, ella interviene en el momento oportuno, es decir que ella misma decide sobre su atención, situación que es muy importante en la atención pre y posnatal.

Según la gráfica, la suegra también interviene en la toma de decisión, sin embargo es necesario mencionar que existen otros familiares que intervinieron en la elección de la persona que atendió el parto.

## FACTORES ECONÓMICOS.

Pregunta No. 12 ¿Estaba trabajando cuando tuvo a su niño?

Gráfica No. 7

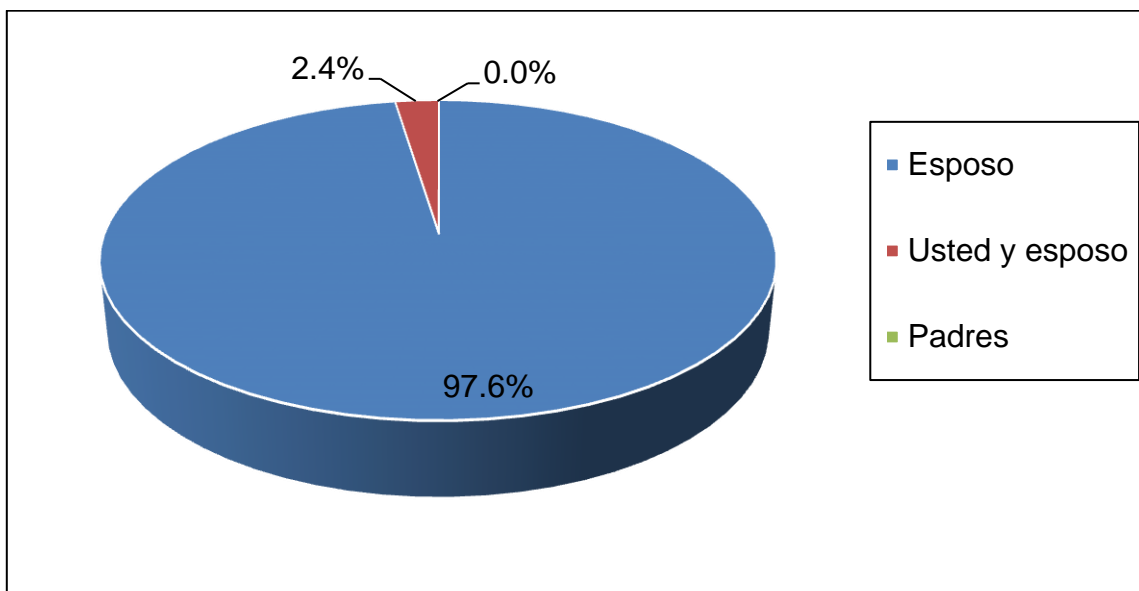


Fuente: Encuesta de campo 2014

Respecto a las condiciones socioeconómicas, el 83 % de mujeres no trabajaban, es un porcentaje alto, las cuales se dedicaban a las tareas domésticas en donde no les genera ningún ingreso económico. Ya que la mayoría de la población del área rural es indígena, por su condición las oportunidades de empleo son casi nulas, sobre todo en el área geográfica en donde se llevó a cabo el estudio. Respecto al 17% que respondió que sí realizaba trabajos en el campo, ayudando su esposo a la siembra u otros trabajos agrícolas, pero no recibía ningún tipo de gratificación u honorarios.

Pregunta No. 13. ¿Quiénes colaboraban con los gastos de la familia, cuando tuvo a su niño?

Gráfica No. 8

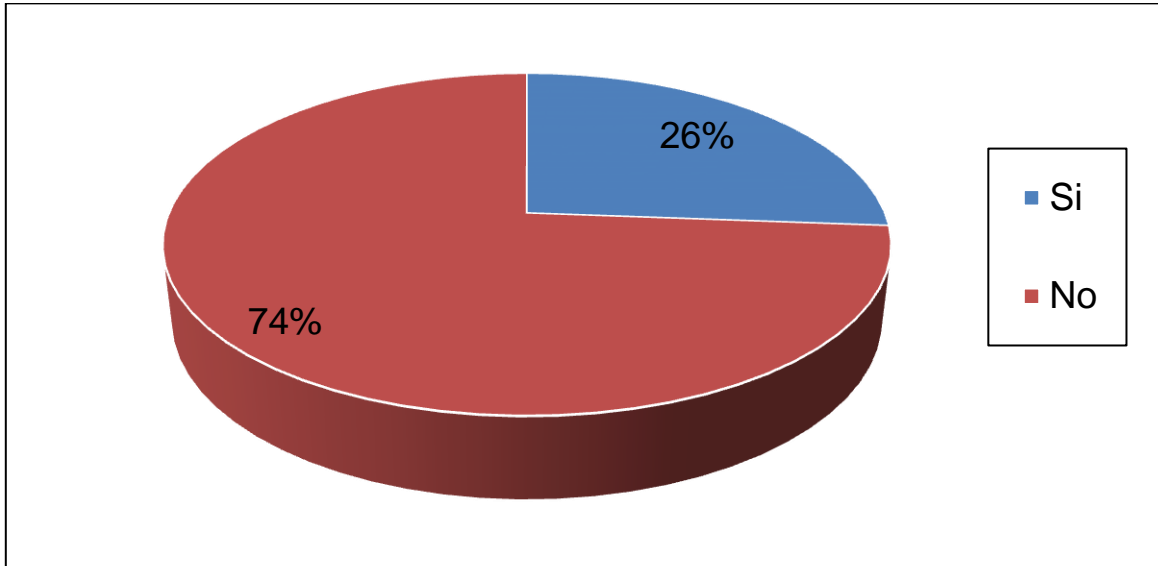


Fuente: Encuesta de campo 2014

Respecto a los gastos de la familia, según los datos reflejan que en el 97.6 % el esposo fue quien cubrió los gastos derivados durante la atención del parto domiciliario, ya que la esposa no trabajaba. Puede por lo tanto considerarse como un factor que pudo predisponer a la decisión de quedarse en casa para la atención del parto.

Pregunta No. 14. ¿Su esposo tenía trabajo fijo, cuando tuvo su parto?

Gráfica No. 9

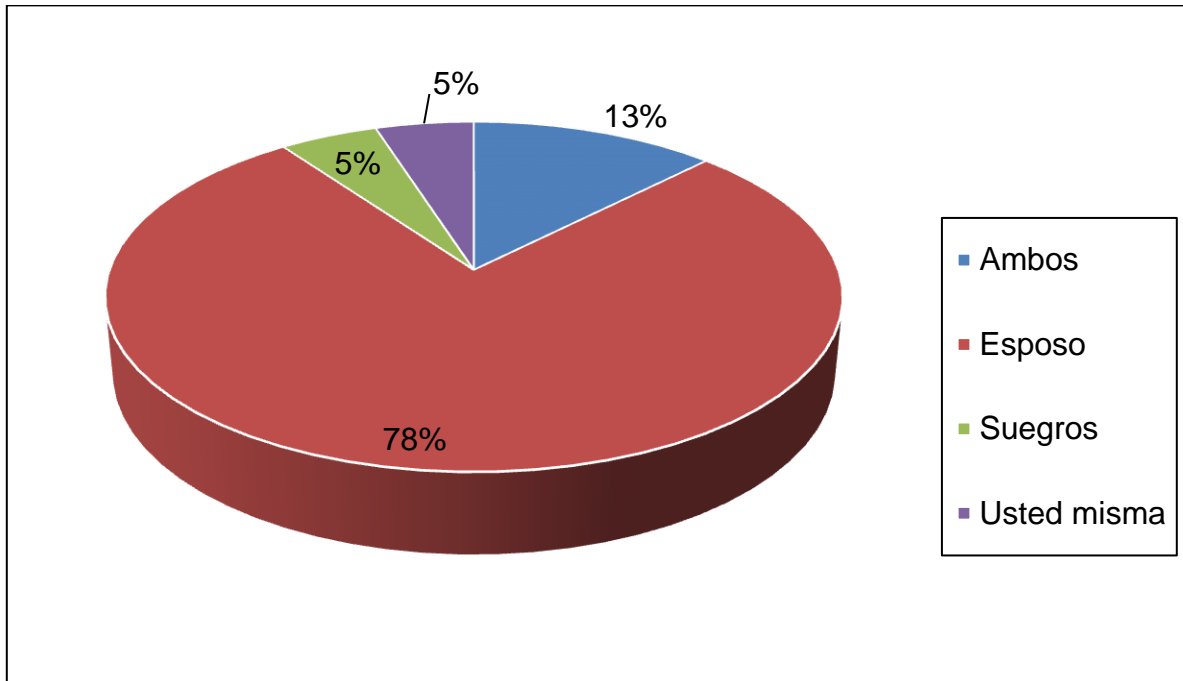


Fuente: Encuesta de campo 2014

Situación significativa es que el 74% de los hombres no contaban con trabajo fijo. Entre las principales actividades económicas de los hombres de la comunidad es la agricultura, la elaboración de copal y la mayoría de familias adquirieron sus recursos económicos a través de la economía informal. Y el 26% de ellos si tenía un trabajo fijo lo que favorece la estabilidad económica de la familia.

Pregunta No. 15 ¿Quién manejaba el dinero en el hogar?

Gráfica No. 10



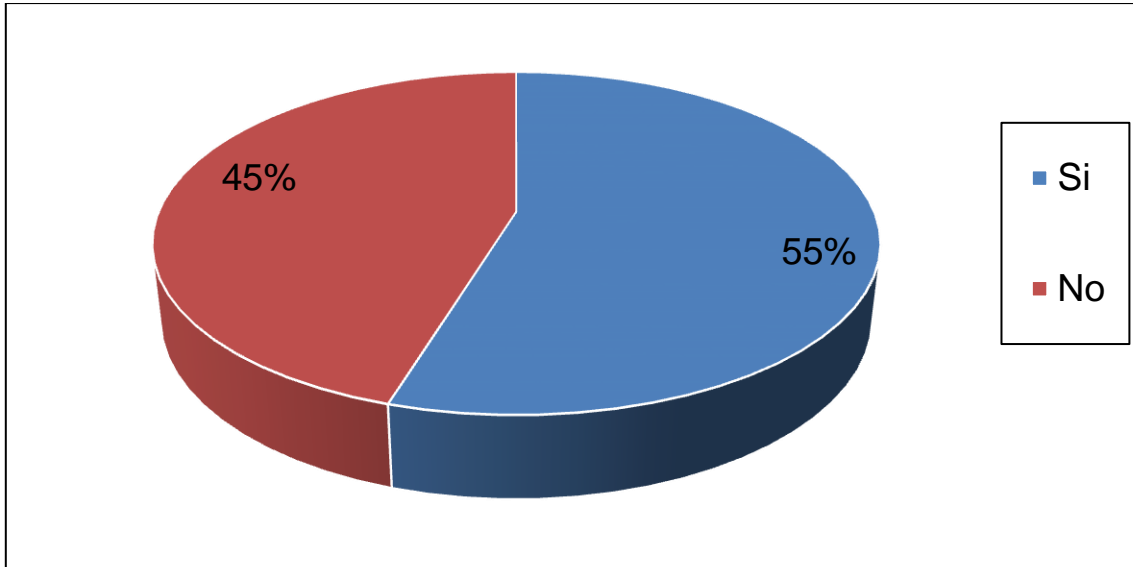
Fuente: Encuesta de campo 2014

Se pudo observar que el 78% de los hombres administran la economía del hogar, mientras el resto es un porcentaje muy bajo en la administración del mismo. En este aspecto se puede observar que la mujer en el área rural no tiene acceso al dinero, situación que la coloca en desventaja en relación con el hombre. Esto podría en un momento dado afectar la toma de decisiones en relación a la atención del parto. Lo ideal es que la administración financiera debería ser compartida, sin embargo los patrones culturales y la tradición en las comunidades rurales hacen que el hombre mande y distribuya los recursos económicos, ya que la mujer no aporta recursos económicos.

Se observó además en el manejo del dinero, que un porcentaje del 5% son los suegros quienes tienen injerencia en este aspecto, lo cual puede repercutir en la toma de decisiones que realiza la pareja. Esto evidencia las desigualdades en salud que experimenta en muchas ocasiones la mujer del área rural.

Pregunta No. 16 ¿Durante el parto, en caso surgiera alguna emergencia contaba con dinero disponible para ir a algún centro asistencial para evitar complicaciones?

Gráfica No. 11



Fuente: Encuesta de campo 2014

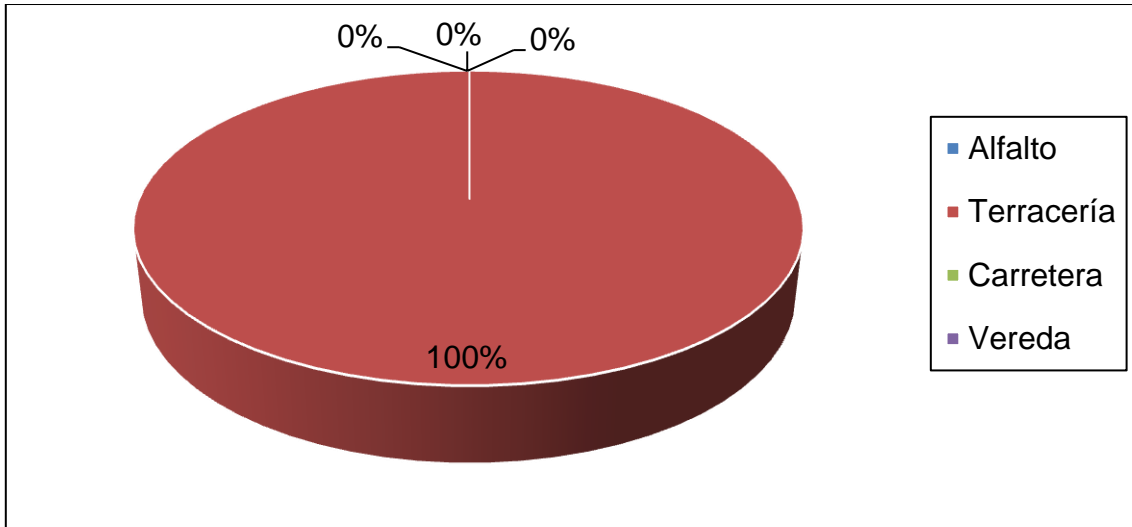
El 55% de las señoras entrevistadas manifestaron que desde el embarazo venían preparando un ahorro para el momento del parto. Sin embargo esto no corresponde a todo el grupo y existió un 45% que no contaba con ningún tipo de ahorro, que les hubiera podido ayudar en caso que surgieran complicaciones y tuvieran que trasladar a la señora a un servicio de salud. Lo anterior porque son familias eminentemente pobres. La condición de vida es de muy baja y se refleja en una serie de condiciones adversas que no les permite mejorar su calidad de vida.

No obstante las entrevistadas indicaron que si se presentará alguna complicación obstétrica podían conseguir el dinero aunque sea prestado e irían a algún centro asistencial.

## FACTORES GEOGRÁFICOS

Pregunta No. 17. ¿El camino de su casa al servicio de salud es de?

Gráfica No. 12

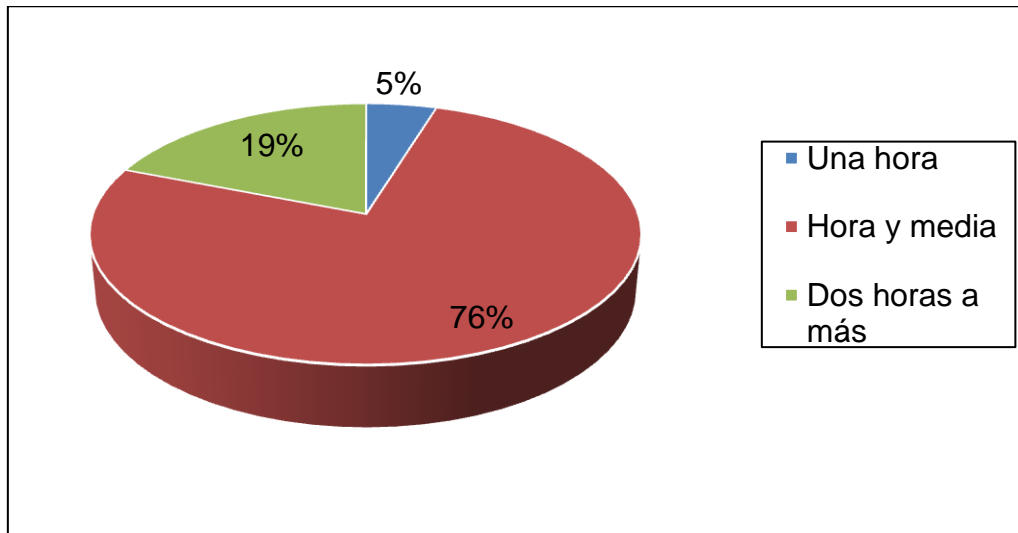


Fuente: Encuesta de campo 2014

Respecto a los factores geográficos, en el área rural se observa que el total de las mujeres que participaron en el estudio se evidencia que para llegar al servicio de salud o cabecera municipal, deben transitar por un camino de terracería el cual en el invierno es intransitable, por lo que se dificulta la movilización de un lugar a otro, especialmente si surgiera alguna emergencia obstétrica, la familia opta por quedarse en el hogar por esta situación geográfica.

Pregunta No. 18. Tiempo que le lleva llegar al Centro de Atención Permanente

Gráfica No. 13



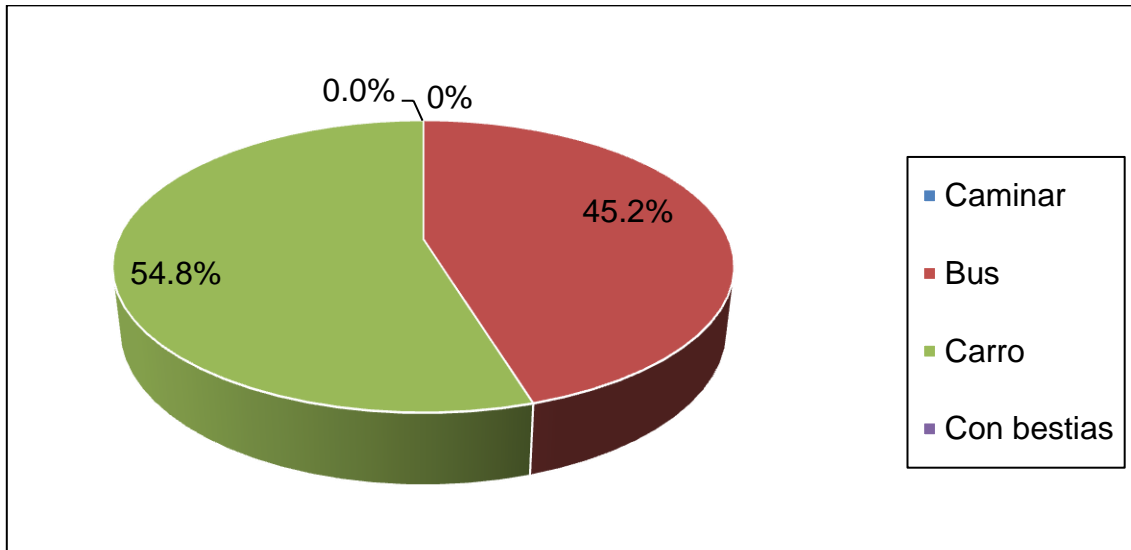
Fuente: Encuesta de campo 2014

El 76% de señoras entrevistada refieren que les lleva entre hora y media para llegar al servicio de salud. El tiempo es determinante para la atención oportuna de la salud materna, el acceso es de terracería, en el invierno se toma más tiempo y es intransitable lo que le dificulta el acceso al servicio de salud. Se puede afirmar que no existe cobertura geográfica de los servicios de salud, La salud de las mujeres se pone en riesgo aún más por estas condiciones, por lo que las señoras optan por quedarse en casa, aunque tengan el riesgo de complicaciones ella y el recién nacido



Pregunta No. 19 ¿Para llegar al servicio de salud lo hace a través de?

Gráfica No. 14



Fuente: Encuesta de campo 2014

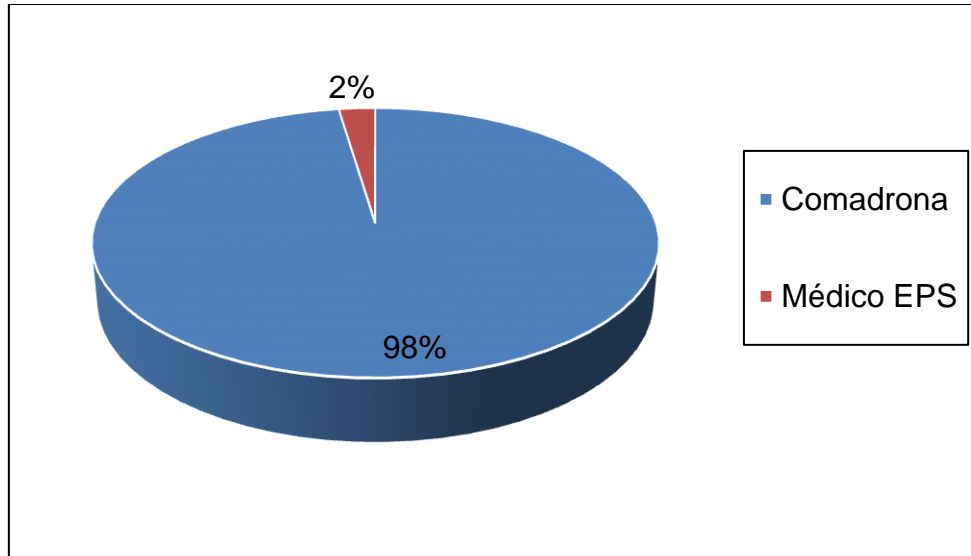
Las condiciones geográficas son intransitables, la mayoría de señoras manifiestan que al llegar al Centro de Atención Permanente lo hacen a través de un carro cuando se presenta alguna emergencia, y la otra parte refiere que al llegar a la cabecera municipal lo hacen a través del medio de transporte que circula cada ocho días. La accesibilidad es un factor determinante, en especial durante las emergencias obstétricas que la gente no tiene como llegar al servicio de salud, siendo un riesgo para la atención materna oportuna.

Y aunque se tenga la información de los servicios que ofertan los servicios de salud, de las complicaciones y riesgos que se corren en casa, muchas familias se ven limitadas por los recursos económicos y geográficos que tienen y optan por hacer uso de los recursos comunitarios con que cuentan. De aquí la necesidad de fortalecer las prácticas de las comadronas con capacitaciones constantes, que permitan garantizar una práctica segura de la atención del parto, que disminuya el riesgo de enfermar y morir por causas prevenibles en el binomio madre-hijo.

## FACTOR INSTITUCIONAL

Pregunta No. 20 ¿Quién fue la persona que le atendió su último parto?

Gráfica No. 15

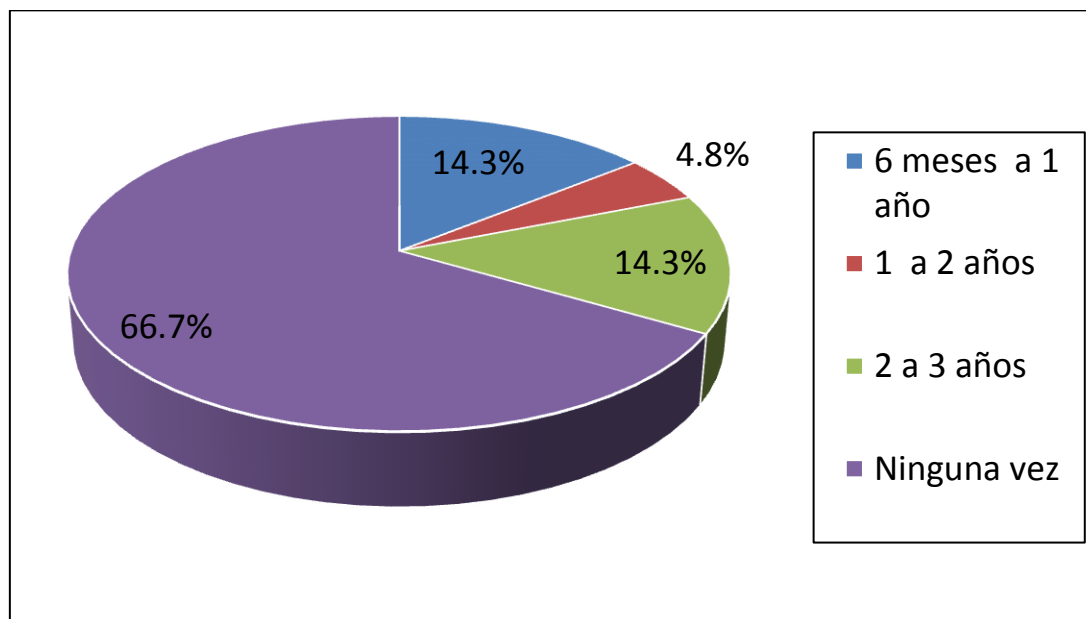


Fuente: Encuesta de campo 2014

De todas las señoras encuestadas se pudo percibir que a nivel domiciliario se atendieron la mayoría por comadronas tradicionales. La atención por parte de una comadrona es mas alta entre las mujeres rurales y las que tiene bajos niveles educativos. Seguido por un 2% que fue atendido por médico EPS por complicaciones obstetricas, situación que evidencia el riesgo constante al que se enfrenta las parturientas.

Pregunta No. 21 ¿Cuándo fue la última vez que utilizó el Centro de Atención Permanente?

Gráfica No. 16

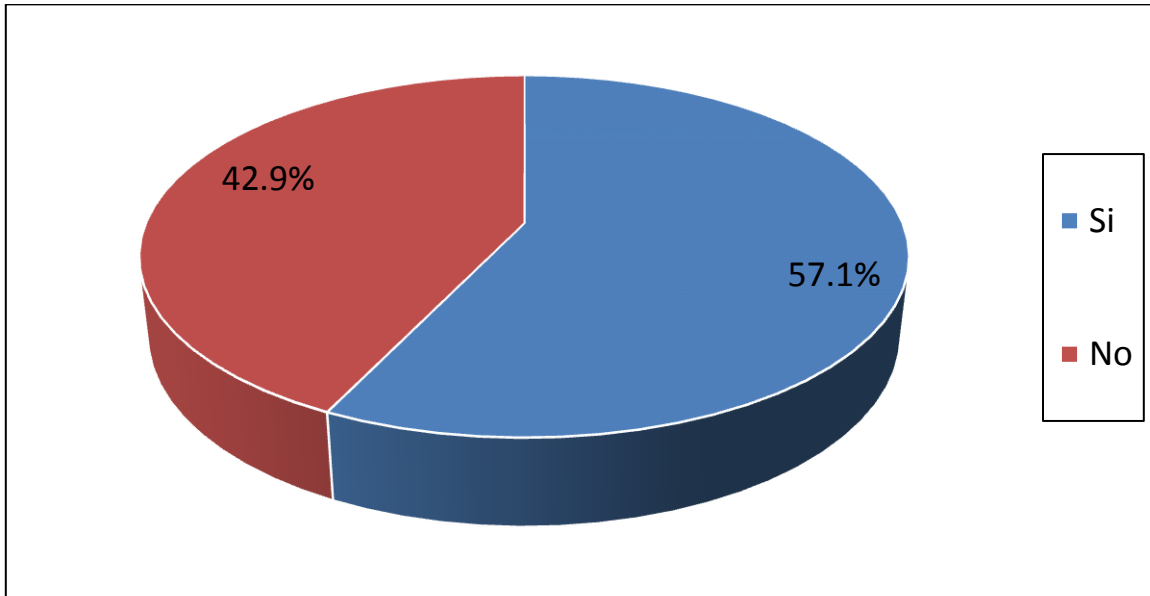


Fuente: Encuesta de campo 2014

Un 67% de las señoras encuestadas manifiestan que no han utilizado ninguna vez el Centro de Atención Permanente, ni siquiera conocen la ubicación de mismo. Mientras que el 14% lo han utilizado por vacunación, complicaciones durante el puerperio y por enfermedades. Se observa que debido a los costos de transporte, la distancia al Centro de Atención Permanente, está relacionado con la asistencia en los servicios de salud. Se evidencia la poca accesibilidad que existe a los servicios de salud.

Pregunta No. 22 ¿En el Centro de Atención Permanente, le han atendido en su propio idioma?

Gráfica No. 17

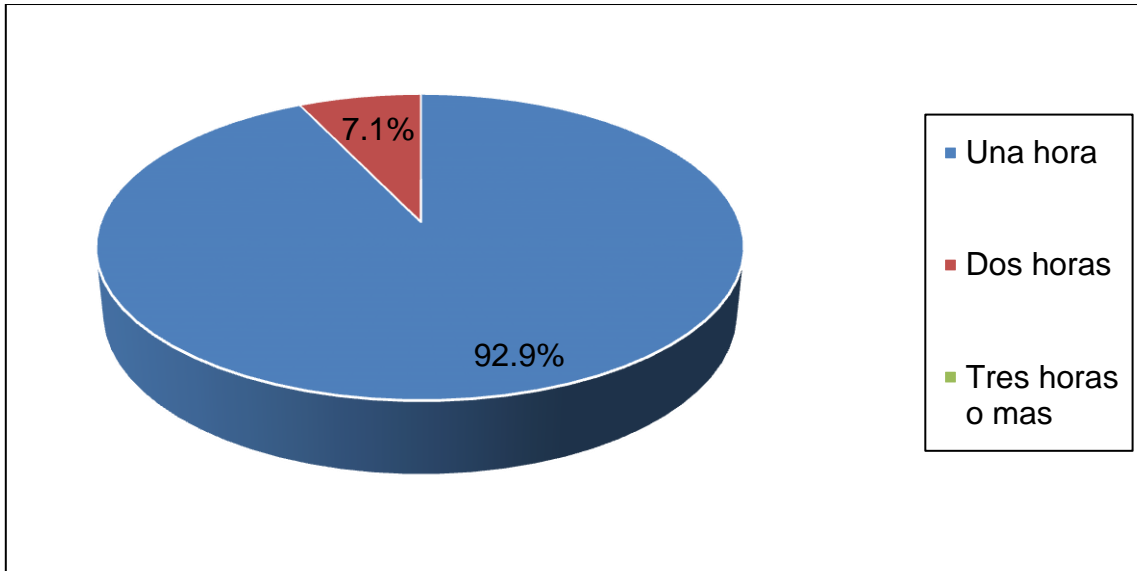


Fuente: Encuesta de campo 2014

De las señoras que han utilizado el Centro de Atención Permanente 57% indican que les han atendido en el idioma Quiché. Por lo anterior el personal bilingüe influye positivamente en la salud de la población como en la aceptación de los diferentes servicios de salud. Otro 42% de las mujeres experimentaron una barrera relacionada al idioma, siendo evidente el riesgo asociado a la barrera idiomática, surgiendo una barrera en la comunicación.

Pregunta No. 23 El tiempo de espera, para su atención fue de:

Gráfica No. 18

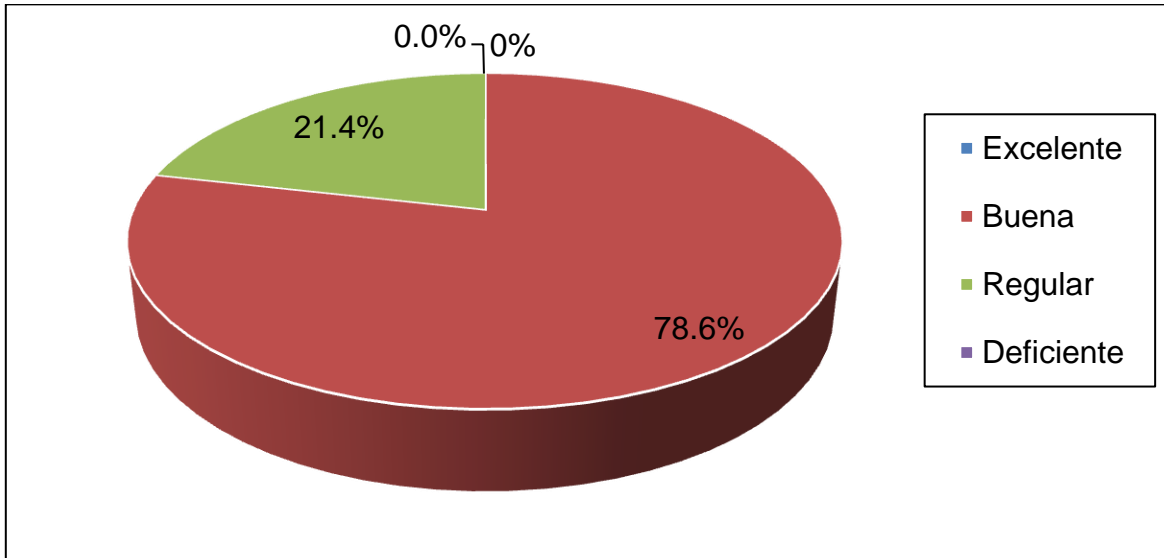


Fuente: Encuesta de campo 2014

Respecto al tiempo de espera, se evidencia que no se tuvo demora en la atención recibida. El 93% de las señoras entrevistadas manifestaron que esperaron una hora de atención, considerando que el tiempo de espera es aceptable. Sin embargo se observa que el 7% aducen haber esperado dos horas para su atención en el servicio de salud, por lo que es importante seguir fortaleciendo los procesos de atención para continuar agilizando y minimizando en todos los usuarios el tiempo de espera.

Pregunta No. 24 ¿Cómo califica la atención que recibió en el Centro de Atención Permanente?

Gráfica No. 19

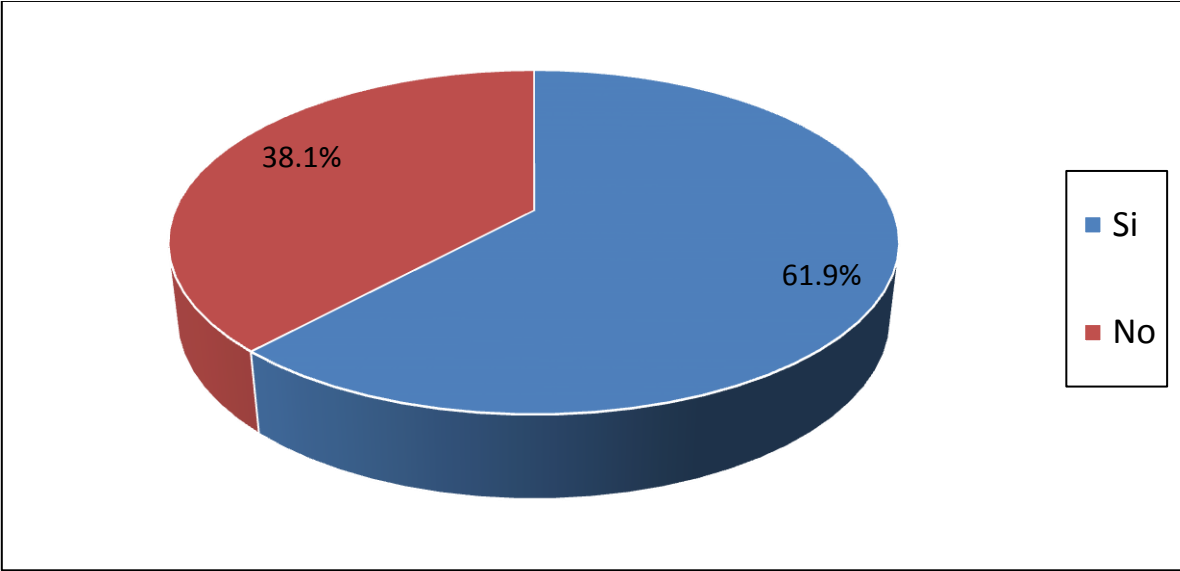


Fuente: Encuesta de campo 2014

Respecto a la atención recibida, la mayoría la calificaron de buena. A pesar de haber esperado una hora o más para la atención, no tuvieron ninguna percepción de la atención recibida, sin embargo un 21% la evaluó como regular, es importante mencionar que ninguna de las usuarias que ha asistido al servicio, evaluó los servicios como malo o deficiente. Lo cual indica que el trato que han recibido les ha ayudado a satisfacer las necesidades o causas de consulta.

Pregunta No. 25 ¿Conocía que el Centro de Atención Permanente atienden partos las 24 horas del día?

Gráfica No. 20



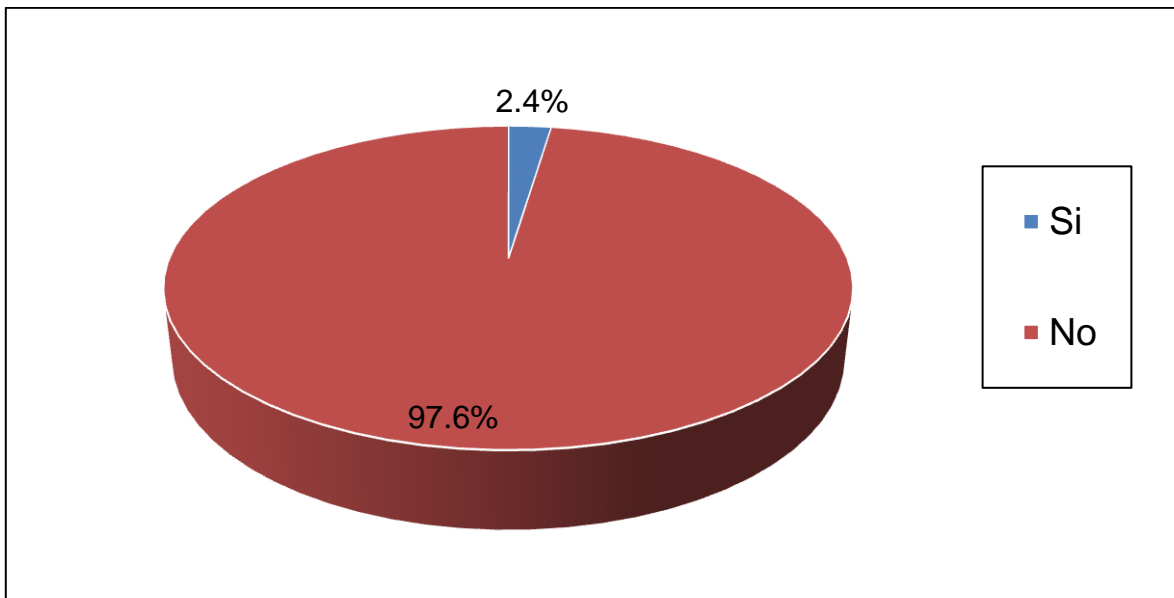
Fuente: Encuesta de campo 2014

El 61.9% si conocen que se atienden partos en el Centros de Atención Permanente y el 38% reportan que no lo sabían. Por lo tanto, si se conoce los servicios que se presta. En este contexto, los factores que influyen significativamente que limitan la utilización del servicio de salud, está la condición económica, cuanto más pobre es la familia, mayor es la probabilidad que la atención del parto sea en casa. La inaccesibilidad y la falta de transporte que no les permite ir al servicio de salud o que el parto sea institucional.

## FACTOR ESPITIRUAL Y RELIGIOSO

Pregunta No. 26 ¿Sus creencias religiosas la han motivado a que su parto sea atendido en casa?

Gráfica No. 21



Fuente: Encuesta de campo 2014

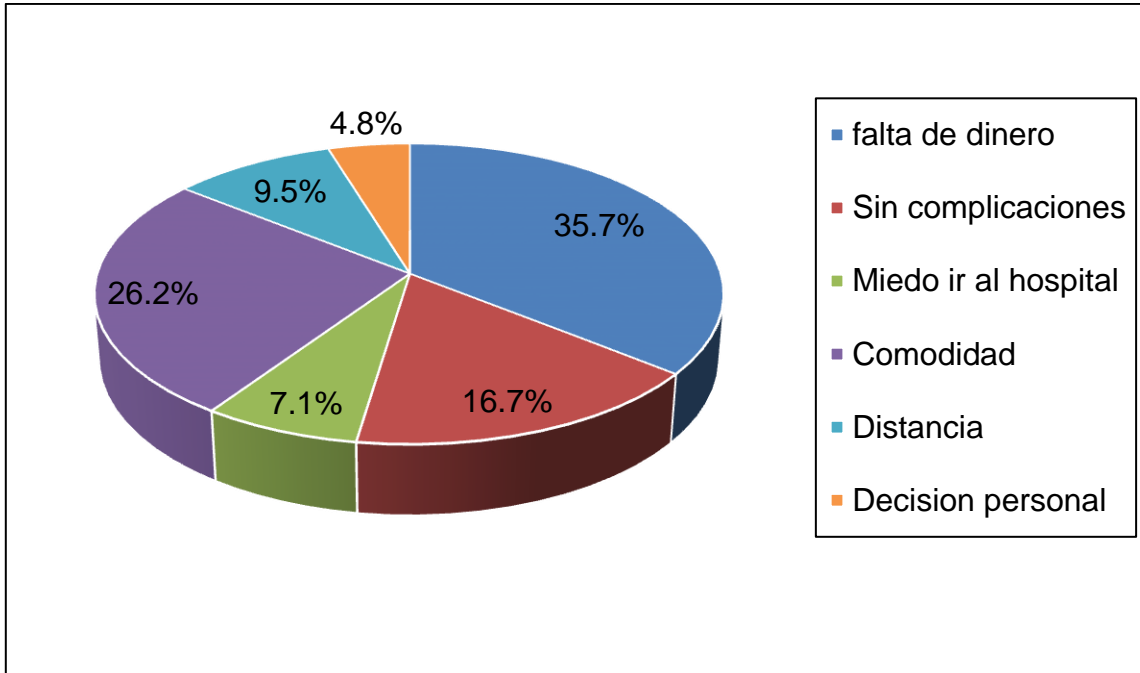
Se puede afirmar que las creencias religiosas, no influye en la atención del parto institucional las, situación que se da por decisiones propias de la parturienta, como también de la familia que se empodera en la atención del parto domiciliario, sin embargo el 2% refiere que al quedarse en casa, lo hacen con mucha fe y los miembros de la iglesia llegan a visitar a la señora a motivarle que ore para que todo le salga bien en casa.



## FACTORES CULTURALES

Pregunta No. 27 ¿Por qué decidió que su parto fuera atendido en su casa?

Gráfica No. 22



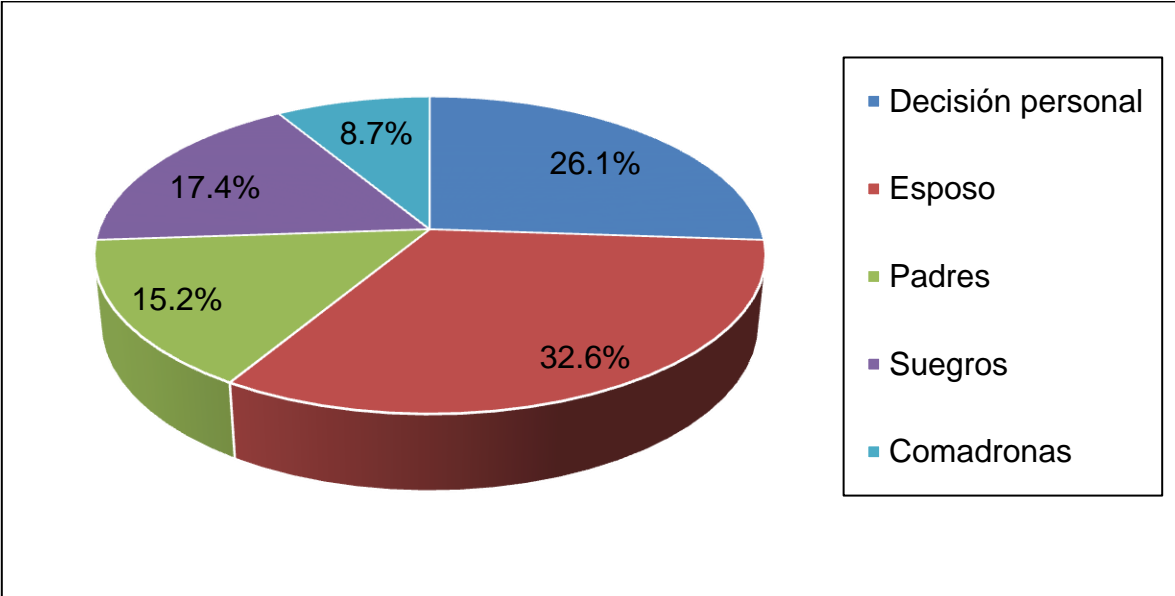
Fuente: Encuesta de campo 2014

Respecto a la decisión del parto atendido en casa. El 35.7% mencionó que fue por la falta de recursos económicos, luego el 26.2% dice que fue por comodidad. El 16.7% se queda en casa porque no presentó ninguna complicación en la atención del parto domiciliario.

Existen sin embargo determinantes sociales, económicas y factores geográficos, que impiden el aprovechamiento de los recursos de salud. Lo cual puede incrementar el riesgo de complicaciones del binomio madre-hijo, además que algunas madres mencionaron que han escuchado que en los hospitales roban niños lo que les provoca temor y por esa razón prefieren quedarse en casa.

Pregunta No. 28 ¿Qué personas le animaron a que su parto fuera atendido en su casa?

Gráfica No. 23

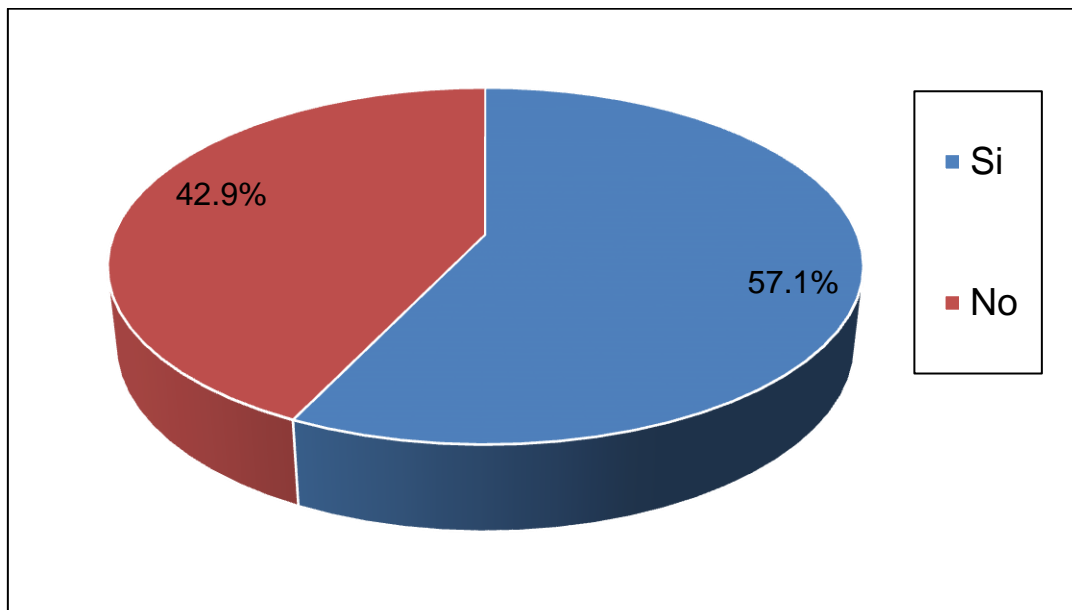


Fuente: Encuesta de campo 2014

Es importante resaltar que en las comunidades rurales, regularmente el esposo y la parturienta son los principales personajes en la toma de decisiones con un 32.6% y el 26.1% que fue por decisión personal, dejando por un lado la participación de la demás familia como: padres, suegros, y comadronas tradicionales. Sin embargo la decisión no se toma en pareja, sino son los esposos en su mayoría, quienes deciden el lugar para la atención del parto de la parturienta.

Pregunta No. 29 En su último parto, ¿Elegió la posición que adoptó durante el procedimiento?

Gráfica No. 24

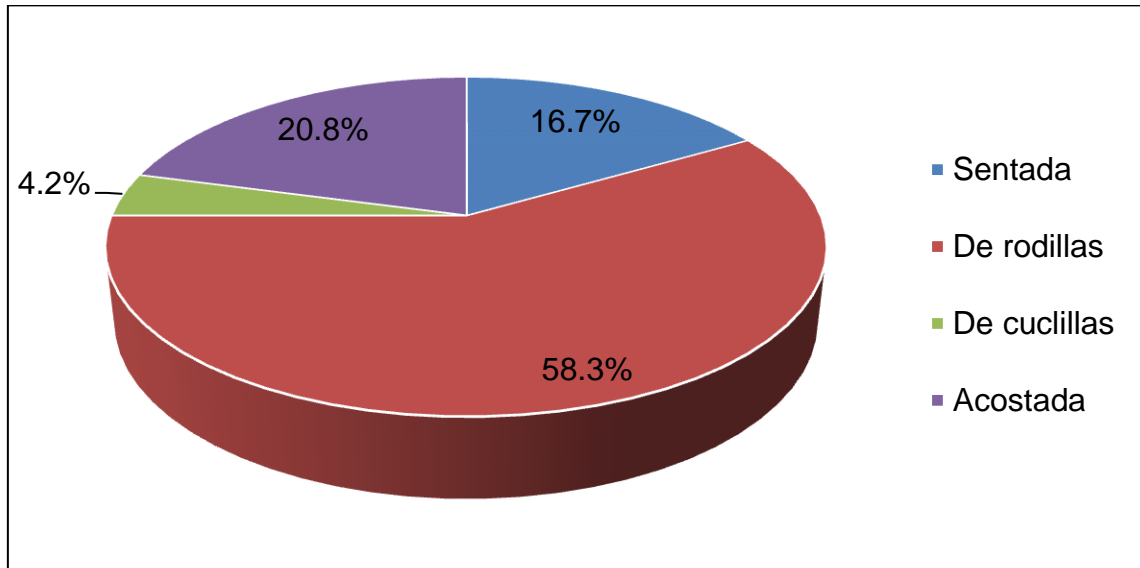


Fuente: Encuesta de campo 2014

De acuerdo a la gráfica el 57.1% de las señoras entrevistadas manifestaron que ellas eligieron la posición que adoptaron durante el parto. Las comadronas atienden los partos de acuerdo a requerimiento de las señoras mediante las prácticas culturales. Mientras el 42% de las señoras indicaron que fue la comadrona quien tomó esta decisión. Por lo tanto el hecho de que el parto sea atendido en casa, no garantiza que la mujer pueda elegir la posición a usar en el momento del parto.

Pregunta No. 30 ¿Cuál posición eligió durante el parto?

Gráfica No. 25

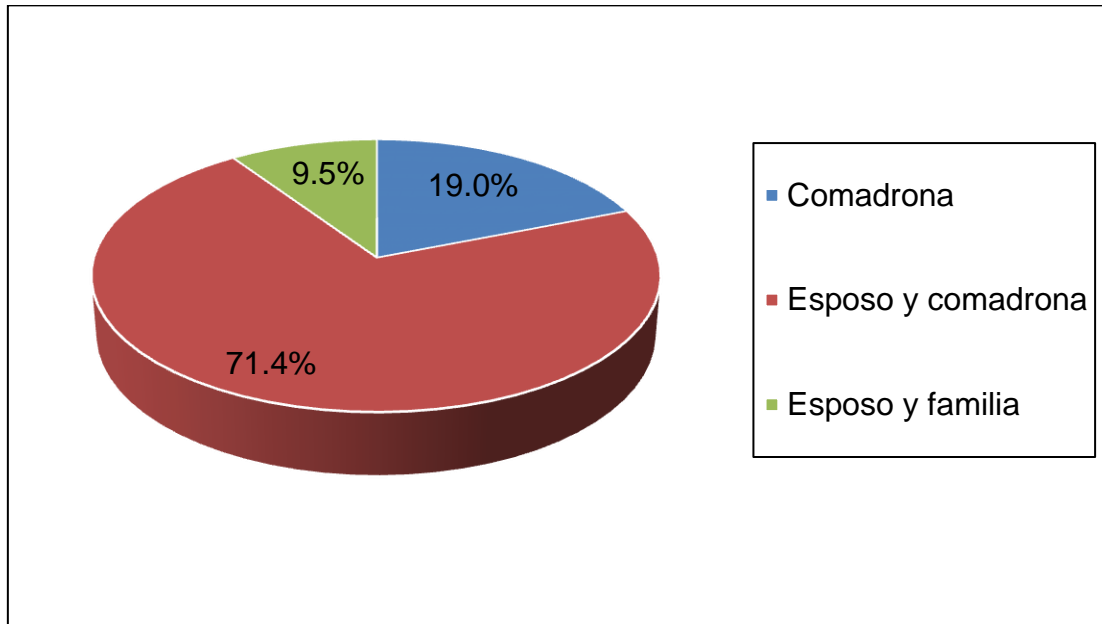


Fuente: Encuesta de campo 2014

Según las usuarias entrevistadas expresaron que cuando dan a luz lo hacen en sus propias casas, ya que eligen la posición que ellas desean. Según el resultado la mayoría adopta la posición de rodillas, mientras que el 20% lo hacen acostada y el resto lo hacen sentada y de cuclillas. Las señoras continúan requiriendo los servicios de una comadrona ya que ellas desempeñan dentro de la cultura indígena y respeta sus propias culturas.

Pregunta No. 31 ¿Quién le acompañó durante su parto?

Gráfica No. 26

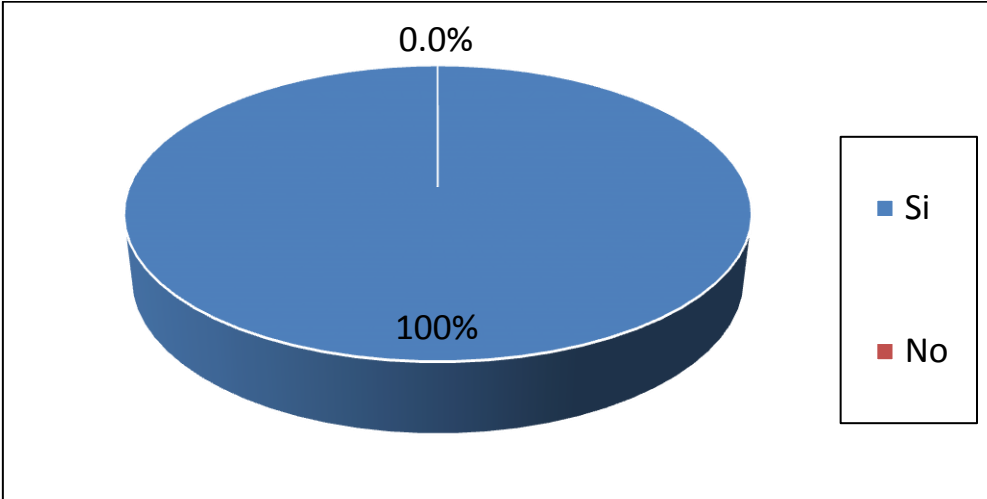


Fuente: Encuesta de campo 2014

Entre las señoras encuestadas el 71.4% que dieron a luz en sus casas, mencionaron la que durante el parto el esposo y la comadrona estuvieron con ella, aducen sentir más confianza, comodidad y tranquilidad en casa, por la presencia del esposo y comadrona. Cabe destacar que la comadrona tiene un papel muy importante en la comunidad, de ser una persona conocida por ellas mismas y le tienen confianza antes y después del parto, debido a la forma que ella atiende. Es determinante para la atención del parto domiciliario.

Pregunta No. 32 ¿Cree que la persona que atendió su parto, respetó sus costumbres y creencias?

Gráfica No. 27



Fuente: Encuesta de campo 2014

El 100% de señoras encuestadas indican que les fueron respetados sus costumbres y creencias, como por ejemplo: hay quienes mencionan que utilizan el temascal durante el parto, no las descubrieron por completo, mantener su individualidad, la respetan, les proporcionaron bebidas calientes después del parto, el acompañamiento de la comadrona durante los primeros días postparto, le dan caldo de gallina en el momento del nacimiento del bebé, son aspecto importante de la cultura y costumbres del área rural. Las cuales en la mayoría de veces no se acerca siquiera a cubrirse en los servicios de salud.

## XI. CONCLUSIONES

1. Entre los aspectos personales que tiene relación con las bajas coberturas del parto institucional se menciona los siguientes: las señoras encuestadas en su mayoría están comprendidas entre las edades de 21 a 30 años, son de procedencia rural, respecto al nivel académico de las madres la mayoría no saben leer ni escribir, mientras el resto sí sabe. Respecto al estado civil solo una pequeña porción de personas que están casadas, lo que representa el 30.95%. la mayoría monolingües, dominan el idioma Quiché, por temor no asisten a los servicios de salud. de acuerdo la religión predomina la evangélica. Tienen entre 1 a 10 hijos.
2. En cuanto a los factores que intervienen en la no aceptación del parto institucional, se concluye en lo siguiente: Factores educativos (son analfabetas o cursaron hasta tercero primaria) Factores sociales (La decisión de quedarse en casa fue tomada por el esposo, suegra u otro familiar) Factores económicos (Las mujeres no trabajaban, solo el esposo trabaja y generan sus ingresos en la economía informal, el ingreso precario y la condición de pobreza limitan el acceso a servicios de salud, debido a los costos directos e indirectos que implica. Los factores geográficos (la accesibilidad está asociada al tipo de carretera, el camino es de terracería, el cual es intransitable en época de invierno, deben trasladarse por más hora y media, el costo del transporte para trasladarse de un lugar a otro con una distancia de 25 kilómetros. La comunidad es muy dispersa) Factores culturales (fue por comodidad, pudo elegir la posición durante la expulsión la cual fue de rodillas, la mayoría contaron con el acompañamiento de su esposo y comadrona) Finalmente existen Factores institucionales (como: nunca han utilizado los servicios de salud, ni siquiera conocen la ubicación, debido a la inaccesibilidad, la distancia y la falta de transporte, el idioma en que se le habla a las señoras).

## XII RECOMENDACIONES

1. Buscar estrategias de enseñanza que faciliten la comprensión de la usuaria. También es importante agilizar la atención de los usuarios con el propósito de disminuir el tiempo espera y que el personal que se encuentre de turno en el servicio de salud atienda a las señoras en el idioma Quiché. Además de promocionar el parto vertical y el acompañamiento social de la madre. Diseñar los procesos educativos con metodologías adecuadas al nivel educativo de las usuarias e incluir temas como: servicios que oferta el Centro de Atención Permanente, planificación familiar.
2. La capacitación de las comadronas debe ser permanente en los servicios de salud, ya que las usuarias siguen confiando en la atención que brindan en las comunidades. Incorporar a las comadronas tradicionales dentro de los servicios de salud, como parte de personal que apoya las acciones de salud preventiva, con el propósito de disminuir las complicaciones durante el trabajo de parto inclusive una muerte materna. Realizar acciones de capacitación a comadronas para la atención del parto domiciliario y la del recién nacido. e implementar los conocimientos en la identificación de los factores de riesgo para la referencia oportuna de casos complicados en el segundo y tercer nivel de atención.
3. Aumentar la relación con sectores sociales y religiosos para promover los servicios de salud con pertinencia cultural, el acceso gratuito de los servicios y divulgar la existencia de la ambulancia para el traslado en caso de emergencias.



### XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. REEDER, MARTIN Y KONIAK. Enfermería MaternoInfantil. Philadelphia, Pennsylvania, USA : Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V., 1995. 0-397-54813-3.
2. Universidad Mayor de San Andrés. Investigación y Propuesta de Intervención. [En línea] 2006. [Citado el: 25 de Octubre de 2013.] <http://bibliotecadigital.umsa.bo:8080/rddu/bitstream/123456789/3606/1/T-PG-528.pdf>.
3. Desarrollo Temático del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería. Situación de salud materno infantil capítulo I . Atención Integral de enfermería a la madre y el neonato. Guatemala : Magna Terra Editorres, junio, 2009.
4. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil en Guatemala. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Guatemala : Oscar de León Palacios, 2002.
5. Yuste, Miguel. Ediciones el país S.L. [En línea] 07 de 2010.
6. Asistencia y acompañamiento en el embarazo, parto/nacimiento y posparto. [En línea] 26 de marzo de 2010. [Citado el: 18 de Septiembre de 2013.] <http://partoencasa.blogspot.com/>.
7. Loli, Jessica Sanchez. Parto en Casa Dejando un Instinto en Libertad. Asistencia y acompañamiento en el embarazo, parto/nacimiento y posparto. [En línea] 26 de Marzo de 2010. [Citado el: 21 de Noviembre de 2013.] <http://partoencasa.blogspot.com/>.
8. Oficina regional de la OMS para Europa simposio sobre la identificación de personas de alto riesgo y grupos de población. El enfoque de riesgo en la atención a la salud capítulo II. El enfoque de riesgo. Europa : s.n., 1971.
9. Leininger, Madeleine M. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. [aut. libro] Ann Marriner Tomey Martha Raile Alligood. Modelos y teorías en enfermería, Séptima edición. España : EdiDe, S.L., 2011.
10. Ray, Marylyn Anne. Teoría de la atención burocrática. [aut. libro] Ann Marriner Tomey Martha Raile Alligood. Modelos y teorías en enfermería, Séptima edición. España : EdiDe, S.L., 2011.
11. Pender, Nola J. Modelo de la promoción de la salud. [aut. libro] Ann Marriner Tomey Martha Raile Alligood. Modelos y teoría en enfermería, Séptima edición. España : EdiDe, S.L., 2011.
12. Karen Delgado, Ricardo Bitran y Asociados para PHRplus. Determinantes del Estado de Salud en Guatemala. [En línea] 2001. [Citado el: 20 de Octubre de 2014.] [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnadh416.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadh416.pdf).

13. Ray, Marylyn Anne. Teoría de la atención burocrática. [aut. libro] Ann Marriner Tomey Martha Raile Alligood. Modelos y teorías en enfermería, Séptima edición. España : EdiDe, S.L., 2011.
14. Consejo Municipal de Desarrollo. Plan de Desarrollo Santa Lucia la Reforma, Totonicapan Guatemala: SEGEPLAN/DPT. [En línea] Diciembre de 2010. [Citado el: 02 de Octubre de 2013.] [www.segeplan.gob.gt](http://www.segeplan.gob.gt).
15. Vásquez, Clemente Marcelino López. SIGSAWEB. 2013.
16. Fondo de la Poblacion de las Naciones Unidas (UNFPA). Family Care International. El Enfoque Interculturalidad en las Normas de Salud Materna de Peru. [En línea] Mayo de 2010. [Citado el: 5 de Marzo de 2014.] <http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/Peru%202011%20AECID/EL%20ENFOQUE%20INTERCULTURAL%20EN%20LAS%20NORMAS%20DE%20SALUD%20MATERNA%20DE%20PERU%20C3%9C%201994-2009.pdf>.
17. Villegas, Catalina Borda. Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogota D.C. [En línea] julio de 2001. [Citado el: 20 de octubre de 2013.] [http://www.google.com.gt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.unal.edu.co%2Findex.php%2Frevsaludpublica%2Farticle%2Fdownload%2F18673%2F19569&ei=T64XU9CiBYTtkQfm\\_4CgCg&usq=AFQjCNFht\\_Mh4LVBD1c\\_\\_r1qFoIFS0](http://www.google.com.gt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.unal.edu.co%2Findex.php%2Frevsaludpublica%2Farticle%2Fdownload%2F18673%2F19569&ei=T64XU9CiBYTtkQfm_4CgCg&usq=AFQjCNFht_Mh4LVBD1c__r1qFoIFS0).
18. Falcon, Vilma Sandoval. Atencion prenatal, parto institucional y atencion posparto en el Peru: efectos individuales y de la comunidad. [En línea] [Citado el: 15 de Noviembre de 2013.] <http://iussp2005.princeton.edu/papers/50273>.
19. Axel Kroeger, Ronaldo Luna. El trabajo con las parteras empíricas (comadronas) capitulo XI. Atencion Primaria de Salud. America Latina : Pax México, Libreria Carlos Césarman, S.A., Enero de 1992.
20. Sánchez, Silvia Valderama. Percepciones y satisfacción de la mujer rural en la atención del parto institucional y tradicional en la provincia Sanchez Carrion. [En línea] 2 de 3 de 2008. [Citado el: 23 de septiembre de 2013.]
21. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Nacional de Desarrollo Humanoo. Guatemala, Centroamérica : Isabel Aguilar Umaña, 2011-2012. 978-9929-606-00-5.
22. Brun, M.Claudia. Iniciativa de salud mesoamericana 2015 (Gu-G1001). [En línea] [Citado el: 19 de Octubre de 2013.]

23. Guttmacher institute. Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante. [En línea] noviembre de 2006. [Citado el: 19 de septiembre de 2013.]

[www.guttmacher.org/pubs/2006/11/09/rib](http://www.guttmacher.org/pubs/2006/11/09/rib).

24. Zamora. Manual de Enfermería Zamorra. Colombia : Zamora Editores LTDA., 2006. ISBN Obra Completa 958-677-364-7.

## ANEXOS



Campus de Quetzaltenango.  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Licenciatura en Enfermería

### Encuesta

***Guía de entrevista dirigida a las mujeres del Cantón San Luis Sibilá, Santa Lucía la Reforma Tonicapán, quienes tuvieron un parto en el segundo semestre del año 2013 y primer trimestre del año 2014, que fueron atendidos en sus domicilios.***

La presente encuesta es desarrollada por el enfermero: Clemente Marcelino López Vásquez, Estudiante de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Rafael Landívar de Quetzaltenango. Con ello se busca identificar los factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional en el Centro de Atención Permanente (CAP) de Santa Lucía la Reforma, Tonicapán. Sí usted acepta participar en la investigación, la información que usted proporcione será confidencial y será utilizada con fines de estudio. Deberá responder a lo que se le pregunta a continuación.

FECHA: \_\_\_\_\_

núm. de encuesta: \_\_\_\_\_

Localidad/Paraje: \_\_\_\_\_

#### I. FACTORES PERSONALES

1. Edad:  años                      Procedencia: Urbana                       Rural
  
2. Escolaridad: Ninguna  Primaria  Básico  Diversificado   
Universitaria
  
3. Estado Civil: Soltera  Casada                       Unida                       Viuda   
Divorciada
  
4. Comunidad lingüística: Quiche  Quiché-Español  Otro
  
5. Religión: católica  evangélica  Otra
  
6. Antecedentes obstétricos: Gestas:                       Partos:

Fecha de último parto: \_\_\_\_\_

## II. FACTORES FÍSICOS

7. Tiene algún problema para:

- Escuchar: Si\_\_\_ No\_\_\_\_\_
- Mirar: Si\_\_\_ No\_\_\_\_\_
- Hablar: Si\_\_\_ No\_\_\_

Si alguna respuesta es afirmativa ¿Cuál?\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## III. FACTORES EDUCATIVOS

8. Ha escuchado por algún medio de comunicación información acerca de los servicios de atención del parto, que proporciona el Centro de Atención Permanente?      Sí

No                         

Si su respuesta es sí, ¿Cuál?

Radio                          Tele**o**n                       Periódico                       Harlas

9. ¿Conoce algunas de las complicaciones que se dan durante el parto?

Sí                          No   

Si la respuesta anterior es si, cuales considera usted:

Hemorragia                          Retención placentaria                          Parto prolonga**d**   

Shock hipovolémico                          Hipertensión inducida por el embar**o**   

Preeclampsia   

Otra, especificar \_\_\_\_\_

## IV. FACTORES SOCIALES

10. ¿Tuvo la oportunidad de elegir donde tendría a su niño?    Sí    No                         

Si la respuesta es No, ¿Quién tomo la decisión por usted?

Esposo        Suegros                          Pa**d**res                      Q**u**eados                      Líder de la comunidad   

Otro, especificar \_\_\_\_\_

11. ¿Quién tomó la decisión de buscar la persona que le atendió su último parto?

Decisión propia        Esposo        uegra    Ma**d**re                       Papá

Algún familiar  otro, especificar \_\_\_\_\_

#### V. FACTORES ECONÓMICOS

12. ¿Estaba trabajando cuando tuvo a su niño? Sí

Si la respuesta es Sí, ¿recibía un sueldo por el trabajo que realizaba?

Sí  No

¿En que trabajaba?

En el campo  En  casa  Vendiendo

Otros, especificar \_\_\_\_\_

13. ¿Quiénes colaboraban con los gastos de la familia, cuando tuvo a su niño?

Su esposo  Usted y su esposo  Padres

Otros, especificar \_\_\_\_\_

14. ¿Su esposo tenía trabajo fijo, cuando tuvo su parto? Sí

15. ¿Quién manejaba el dinero en el hogar?

Esposo  Usted misma  Ambos  Otro,

especificar \_\_\_\_\_

16. ¿Durante el parto, en caso surgiera alguna emergencia contaba con dinero disponible para ir a algún centro asistencial para evitar complicaciones?

SI  NO

Si la respuesta anterior es negativa, especifique ¿porque? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### VI. FACTORES GEOGRÁFICOS

17. El camino de su casa al servicio de salud es de:

Asfalto  Terrac  a  Carretera

Vereda

18. Tiempo que le lleva llegar al servicio de salud:

30 minutos  1 hora  Hora y med

Dos horas o más

19. Para llegar al servicio de salud lo hace a través de:

Caminar  Bus  Carro  Con bestias

Otros, especificar \_\_\_\_\_

#### VIII FACTORES INSTITUCIONALES

20. ¿Quién fue la persona que le atendió su último parto?

Comadrona  Esposo  Madre  Algún familiar

Usted misma  Otra, especificar \_\_\_\_\_

21. ¿Cuándo fue la última vez que usted utilizó el Centro de Atención Permanente?

0 a 6 meses  6 meses a 1 años  1 año a 2 años

2 años a 3 años  Ninguna vez

22. ¿En el Centro de Atención Permanente, le han atendido en su propio idioma?

SI  NO

Si la respuesta es no, ¿Cuál es su opinión al respecto? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. El tiempo de espera, para su atención fue:

Una hora  2 horas  3 horas o más

24. ¿Cómo califica la atención que recibió en el Centro de Atención Permanente?

Excelente  Buena  Regular  Deficiente

25. ¿Conoce que en el Centro de Atención Permanente atienden partos cualquier hora del día y noche? Sí  No

#### IX. FACTOR ESPIRITUAL O RELIGIOSO:

26. ¿Sus creencias religiosas le han motivado a que su parto sea atendido en casa?

Sí  No

Si la respuesta es afirmativa ¿Por qué? \_\_\_\_\_

X. FACTORES CULTURALES:

27. ¿Por qué decidió que su parto fuera atendido en su casa?

---

---

28. ¿Qué personas le animaron a que su parto fuera atendido en su casa?

Esposo  Padres  Suegros  Líderes   
Decisión personal  Otros, especificar \_\_\_\_\_

29. ¿En su último parto, eligió la posición que adoptó durante el procedimiento?

Sí  No  ¿Cuál?

Sentada  De rodillas  De pie, con el apoyo de alguien

De cuclillas  Sostenida o con el apoyo de lazos  Acostada

30. ¿Quién le acompañó durante su parto?

Sola  Esposo  Familia  Comadrona

Otro, especificar \_\_\_\_\_

31. ¿Cree que la persona que atendió su parto, respetó sus costumbres y creencias?

SI  NO

Porqué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### Consentimiento informado

*ENCUESTA DIRIGIDA A MUJERES DEL CANTÓN SAN LUIS SIBILÁ, SANTA LUCÍA LA REFORMA TOTONICAPÁN, QUE RESOLVIÓ UN PARTO DE JUNIO 2013 A MARZO 2014 QUE NO FUERON ATENDIDAS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE DEL MUNICIPIO*

Por medio de la presente hago constar que se me ha explicado que esta encuesta consiste en responder preguntas de forma verbal.

Se me ha informado detalladamente sobre la importancia de mi participación en este estudio, lo que no representa ningún riesgo y llena las siguientes condiciones: tiempo para completar 30 minutos, el formato no incluye ningún dato personal, la información obtenida será confidencial para el investigador, la información recolectada será guardada en una base de datos en forma segura. Al presentar los resultados de esta investigación no habrá ninguna información que me identifique.

Puedo participar voluntariamente y retirarme en cualquier momento si lo quisiera, sin ninguna consecuencia.

Nombre y firma o huella digital de la entrevistada: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de entrevistador: \_\_\_\_\_