

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

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO CULTURAL DE LA GESTANTE

AMANDA MARÍA PASTOR ALVAREZ



Tesis

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

Junio 2015



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

Licenciada: Amanda María Pastor Alvarez

Carné Universitario No.: 200720223

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Enfermería Materno Neonatal, el trabajo de tesis **“Prácticas de autocuidado cultural de la gestante en la aldea Tierra Blanca, municipio de San Bartolo Aguas Calientes”**

Que fue asesorado: Mirna Isabel García MSc.

Y revisado por: Licda. Rutilia Herrera Acajabón MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para junio 2015.

Guatemala, 01 de junio de 2015


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


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

/lamo

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad de San Carlos de Guatemala

Quetzaltenango, 08 de Mayo de 2015

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

Licenciada Herrera:

Por medio de la presente, me permito infórmale que se ha realizado la revisión del informe final titulado "Prácticas de autocuidado cultural de la gestante en la aldea Tierra Blanca, municipio de San Bartolo Aguas Calientes"; trabajo realizado por Amanda María Pastor Alvarez.

Trabajo de tesis que llena los requisitos de la Escuela de Postgrado de la Universidad de San Carlos de Guatemala por lo que permito presentar el presente dictamen favorable, para que la interesada se le autorice continuar con el proceso correspondiente.

Sin otro particular deferentemente,


Msc. Mirna Isabel García Arango
Asesora

Guatemala, 15 de Mayo de 2015

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

Doctor Ruíz:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que REVISE el contenido del informe final de la tesis con el título "Prácticas de autocuidado cultural de la gestante en la aldea Tierra Blanca, municipio de San Bartolo Aguas Calientes". Elaborada por Amanda María Pastor Alvarez con número de carné 200720223. El cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente,


Licda. Rutilla Herrera Acajábón, Msc.
REVISORA

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

EXCELENCIA DE LA SABIDURIA

Hijo mío, si recibieras mis palabras, Y mis mandamientos guardares dentro de ti.
Haciendo estas atento tu oído a la sabiduría; Si inclinares tu corazón a la prudencia,
Si clamares a la inteligencia, Y a la prudencia dieres tu voz;
Si como a la planta la buscares, Y la escudriñares como a tesoro,
Entonces entenderás el temor a Jehová, Y hallarás el conocimiento de Dios.
Porque Jehová da la sabiduría, Y de su boca viene el conocimiento y la inteligencia.

PROVERBIOS: Capítulo 2, Versículos 1-6

A MIS PADRES:

Claudio Bartolo Pastor García y Juana Alvarez Pastor por el apoyo incondicional en el logro de mis objetivos estudiantiles

A MI HERMANO Y HERMANAS:

Sergio, Amelia y Maritza de apellidos Pastor Alvarez por incentivar me a mi superación como persona.

A MI CUÑADO, SOBRINO Y SOBRINAS:

Domingo Hamilton Gómez Gonzales, Hamilton, Julissa y Génesis de apellidos Gómez Pastor por ser mi inspiración a cada momento para salir adelante.

A MI ASESORA Y REVISORA:

Licda. Mirna Isabel García Arango MSc.

Licda. Rutilia Herrera Acajabón MSc.

Por compartir sus conocimientos para la elaboración de mi trabajo de investigación.

A TODOS MIS DOCENTES:

Por cimentar día a día mi desarrollo como profesional y persona.

Guatemala, Junio de 2015

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES	5
2.1	Prácticas	10
2.2	Cultura	10
2.3	Prácticas de cuidados	12
2.4	Prácticas de cuidado cultural	12
2.5	Gestante	13
2.6	Cambios durante el embarazo	13
2.7	Autocuidado	18
2.8	Autocuidado de la embarazada	20
2.9	Necesidades de la embarazada	20
III.	OBJETIVOS	26
IV.	MATERIAL Y METODOS	27
4.1	Tipo del estudio	27
4.2	Población	27
4.3	Selección y tamaño de la muestra	27
4.4	Unidad de análisis	27
4.5	Criterios de inclusión y exclusión	28
4.7	Procedimientos para la recolección de la información	28
4.8	Procedimientos para garantizar aspectos eticos de la Investigación	30
4.9	Procedimientos de análisis de la información	30
V.	RESULTADOS	31
5.1	Alimentos que consume la gestante	31
5.2	Realización de ejercicio	33
5.3	Reposo	33
5.4	Cuidados (No levantar cosas pesadas)	34
5.5	Higiene personal	35
5.6	Vestuario y cambio de ropa	35

5.7	Visita al servicio de salud	36
5.8	Control prenatal con la comadrona	37
5.9	Influencia	40
VI.	DISCUSIÓN Y ANALISIS	42
6.1	Análisis	42
6.1.1.	Alimentos que consume la gestante	42
6.1.2	Realización de ejercicio	45
6.1.3.	Reposo	47
6.1.4	Cuidados (No levantar cosas pesadas)	48
6.1.5.	Higiene personal	48
6.1.6	Vestuario y cambio de ropa	49
6.1.7.	Visita al servicio de salud	50
6.1.8	Control prenatal con la comadrona	52
6.1.9.	Influencia	57
6.2	Conclusiones	58
6.3	Recomendaciones	61
6.4	Proyecto de vigilancia de la embarazada	62
6.4.1	Justificación	62
6.4.2	Objetivos	63
6.4.3	Actividad	64
6.4.4	Estrategias Metodológicas	64
6.4.5	Material y Método	64
6.4.6	Ciclo de la Vigilancia Epidemiológica	66
6.4.7	Base Legal	70
6.4.8	Evaluación	71
6.4.9	Monitoreo	71
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	72
VIII.	ANEXOS	77

RESUMEN

Esta investigación fijo como objetivo describir las prácticas de autocuidado cultural de las gestantes de la aldea Tierra Blanca, San Bartolo Aguas Calientes realizadas con nueve madres en período de gestación utilizando un muestreo probabilístico aleatorio, lo cual se utilizó en los casos en las cuales la población no es homogénea.

El tipo de investigación es de carácter cualitativo, etnoenfermería. La opción de tipo cualitativo da la oportunidad de comprender el conocimiento de la realidad humana y de la vida misma. Es de tipo etnografía, la cual se refiere a los estilos de vida de una persona, selectiva para enfermería. Se ocupa de describir una cultura y para ello el investigador debe realizar descripciones narrativas e interpretaciones del fenómeno cultural, dentro del contexto que ocurren las situaciones. Utilizando una entrevista no estructurada realizando una pregunta clave que guio la investigación ejecutando diversas visitas domiciliarias a cada gestante que participaron en el estudio, previó consentimiento informado, hasta lograr la saturación de información.

Ante el enorme cambio social y cultural, el profesional de enfermería debe buscar el modelo de cuidado más acorde para una sociedad cada vez más pluricultural. Al modelo elegido debe añadir los conceptos de transculturalidad, de la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados. Por todo ello el presente trabajo analiza las diferentes perspectivas en el marco teórico del proceso de cuidado, realizando un repaso de los puntos más importantes de la enfermería transcultural y su fundadora, Madeleine Leininger. El profesional de enfermería debe comprender mejor las creencias, prácticas y problemas de salud propios de personas procedentes de su cultural.

I. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación se presentan diversas perspectivas del autocuidado que practican las gestantes de la aldea Tierra Blanca San Bartolo Aguas Calientes considerando trascendental dicho conocimiento porque toda mujer embarazada es considerada de riesgo por lo que el autocuidado cultural, permite un manejo adecuado y asertivo en el servicio de salud.

Guatemala es un país con diversidad cultural se manifiesta también en las formas particulares de cada pueblo de entender y abordar los problemas de salud enfermedad. Esto significa la existencia de diferentes manifestaciones culturales, idiomas, diversas formas de interpretar la vida y de resolución de problemas.

Estudios realizados al tema: están el de la organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 15% de las embarazadas pueden experimentar un alto riesgo de complicaciones del embarazo o del parto, y ésta puede ser lo suficientemente grave como para amenazar la vida. La mortalidad materna es como una muestra, ya que por cada muerte materna se estima que hay de 20 a 30 mujeres que sufren morbilidad materna extrema además de ser un problema de Salud Pública a nivel nacional y mundial se considera una prioridad nacional, los esfuerzos realizados en el sector salud aún no se han logrado una reducción acelerada de las cifras en nuestro país.

En Guatemala la atención del parto se da principalmente por las comadronas tradicionales, personas que con base en la práctica empírica han obtenido conocimientos y experticia para brindar esta atención. “Las comadronas tradicionales atienden el 53.45% del total de partos, los médicos y enfermeras atienden el 26.41% otras personas totalmente empíricas atiende un 15.33% y el 4.81% lo atienden las mismas parturientas o con ayuda de algún familiar.”¹

Las comadronas para atender a las mujeres durante su control prenatal y el parto, han aprendido de su abuela, madre y otras mujeres de la familia que les dan la oportunidad

¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2003. Línea Basal de la situación materno infantil. Guatemala.

de atender su parto la orientación es en base a sus valores, creencias y costumbres, convirtiéndose en práctica de cuidado cultural.

“Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) correspondientes a 2002, 84% de las embarazadas notificaron haber efectuado algún tipo de control prenatal. La atención prenatal muestra diferencias según el grado de escolaridad de la madre: 76% de las mujeres sin educación formal, 87% de las mujeres con educación primaria y 97% de las mujeres con educación secundaria o superior. Del total de partos, 41,4% son atendidos por el personal capacitado (37% por médicos y 4,4% por enfermeras/os), y 47,5% por comadronas, el análisis por grupo étnico revela que hay atención por personal capacitado en 16,4% de los partos del grupo étnico indígena, en comparación con 52,0% en la población no indígena. Durante el puerperio, 20% de las mujeres tuvieron atención a nivel nacional.”²

En Guatemala los departamentos más afectados por la mortalidad materna son los que tienen los más elevados niveles de pobreza, ruralidad y población indígena, principalmente maya, así como baja escolaridad y alta fertilidad los cuales se ubican en su mayoría, en el altiplano del país. “La mortalidad materna es inaceptablemente alta, cada día mueren en todo el mundo una 800 mujeres por complicaciones relacionadas al embarazo o el parto en el 2013 murieron 289,000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos, prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingreso bajo y la mayoría de ellos podrían haberse evitado. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo.”³ Los siete departamentos con la razón más alta de mortalidad materna (superior a la media nacional) fueron, en orden descendente: Alta Verapaz, Sololá, Huehuetenango, Totonicapán, Izabal, El Quiché y El Petén. El “resultado obtenido del estudio nacional de mortalidad materna 2011. Razón de Mortalidad Materna de 139.7 por 100,000 nacidos vivos, se documenta una reducción de 8.7 por ciento de Mortalidad Materna, con descenso promedio anual de 1.2 %.”⁴

² Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo, Informe Nacional de Desarrollo Humano Guatemala, 2005, Pág. 398

³ Organización Mundial de la Salud, centro de prensa. Nota descriptiva No. 348 mayo de 2014. Consultado 6 de junio 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

⁴ Secretaría de Planificación y programación de la presidencia. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estudio Nacional de Mortalidad Materna Informe Final. Pág. 12. Consultado el 06 de Abril de 2015 disponible en: www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_k2&view...id...

Comparando los resultados del estudio de Línea Basal de Mortalidad Materna del año 2000, en el que se registró la “Razón de Mortalidad Materna de 153 por 100,000 nacidos vivos”⁵, en toda la República.

Totonicapán tiene Razón de Mortalidad Materna mayor a la nacional con “un rango 275.3 teniendo población predominantemente indígena rural, con altos niveles de pobreza e inequidad y reducido acceso a los servicios de salud.”⁶

“Aunque la definición de ruralidad es todavía un tema pendiente en el país, se estima que en 2010, tres de cada cinco personas habitan en el áreas rurales. Además, según proyecciones de la población el 51% de los habitantes son mujeres. Debido a la exclusión histórica de la que han sido objeto los pueblos indígenas.”⁷ La pobreza es un fenómeno multidimensional que admite diversos enfoques muy vinculados al concepto de pobreza está el de desigualdad.

Los indicadores de salud según la última ENSMI de muestra que la población indígena del país es la que tiene menos acceso a los servicios de salud por múltiples razones, entre las que se pueden citar: acceso geográfico, económica, cultural razón por la cual es importante que la atención en los servicios de salud sea adoptado a las diferentes culturas.

El planteamiento del problema está basado en la experiencia de la investigadora al observar la influencia de las costumbres, tradiciones ancestrales en las gestantes por tal motivo; Se planteó la investigación titulada conocer las prácticas de autocuidado cultural de las gestantes de dicha comunidad.

El objetivo del estudio fue describir las prácticas de autocuidado cultural de las gestantes el cual es cualitativo de tipo etnográfico “Etimológicamente, el término etnografía significa la descripción (grafé) del estilo de vida de un grupo de personas habituadas a vivir juntas (ethnos), Por lo tanto, el ethnos, que sería la unidad de análisis para el investigador no

⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000 pág. 7. Disponible en: cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t79/seccionc3.pdf

⁶ Estudio Nacional de Mortalidad Materna Informe Final, Op. Cit., pág. 46.

⁷ PNUD Cifras para el desarrollo Humano Totonicapán. Colección estadística departamental. 08 fascículos. Pág. 3 y 7 2009 y 2010. consultado el 02 de abril de 2014. Disponible en: <http://desarrollohumano.org.gt/sites/default/files/08%20Fasciculo%20Totonicapan.pdf>

podría apenas ser una nación, un grupo lingüístico, una región o una comunidad, sino también cualquier grupo humano que constituya una entidad cuya relaciones estén reguladas por las costumbres o tal vez por ciertos derechos y obligaciones recíprocos.”⁸

A través de la etnografía se tiene acceso a las creencias y a las prácticas de una cultura. Es una forma de observar en donde se describe e interpreta el comportamiento cultural; implica describir lo que las personas de un sitio o lugar, estrato o contexto determinado hacen de manera habitual, y explican los significados que le atribuyen a ese comportamiento realizado en circunstancias comunes o especiales, presentando sus resultados de manera que éstos resalten las regularidades que implica un proceso cultural.

“La etnografía se ocupa del estudio de los diferentes componentes culturales de las personas en su medio: las relaciones con el grupo, sus creencias, sus símbolos y rituales, los objetos que utilizan, sus costumbres y sus valores, entre otros.”⁹

La investigación se realizó con una muestra de nueve gestantes que asisten a su control prenatal al puesto de salud se les solicito su participación en el estudio a quienes se les dio a conocer el consentimiento informado y estableciendo fecha para la visita domiciliaria donde se utiliza la observación y la entrevista teniendo como referencia una pregunta clave la cual se describe a continuación ¿Cuénteme que prácticas de autocuidado realiza durante su embarazo?

Esta investigación ofrece una plataforma a los profesionales de enfermería para realizar algunos cambios y ajustes para dirigir el cuidado a las gestantes, fortaleciendo las prácticas beneficiosas y negociar aquellas que requieren un cambio.

⁸ Monticelli, Marisa et. al. Etnografía: Bases Teórico-Filosófico y Metodológicas y sus aplicaciones en enfermería. Capítulo 10. Washington, D.C. OPS 2008. Pág. 131.

⁹ Ibid. Pág. 132

II. ANTECEDENTES

La diversidad y la universalidad de los cuidados, fue ampliamente investigada por la Teorista Madeleine Leininger “Las principales razones para estudiar los cuidados es en primer lugar, el constructo que de los cuidados es algo crítico para el crecimiento, y desarrollo de los seres humanos y lo ha sido desde el comienzo de la vida humana. La segunda razón es la de explicar y hacer entender realmente el papel del cuidador y del receptor de los cuidados en las diferentes culturas para proporcionar así unos cuidados culturalmente congruentes. En tercer lugar, los cuidados deben estudiarse para preservarlos y emplearlos como componentes esenciales para la curación y bienestar, y la supervivencia de las personas y de sus culturas a través del tiempo.”¹⁰

Los cuidados son grandes retos para la gestante sin embargo deben ser empleados de forma plena, de modo que el cuidado a la gestante sea integral y eje principal para que el beneficio sea para el binomio madre-hijo.

Existiendo diferentes estudios sobre las prácticas de autocuidado que realizan las gestantes culturalmente dentro de ellas se puede mencionar las siguientes:

Rendon (2012)¹¹ realizó la investigación sobre significado de las prácticas de cuidado cultural que realizan las gestantes consigo mismas y sus hijos por nacer en el control prenatal, fue un estudio cualitativo con enfoque de la etnoenfermería realizado en el hospital de San Antonio de Villamaría-Caldas Colombia dentro de las principales conclusiones están: Los profesionales de enfermería tienen cada día una mayor variedad de personas a quienes deben cuidar que provienen de diferentes regiones y culturas, razón por la cual deben reconocer que el cuidado se debe dar de manera diferente, debido a que las prácticas de cuidado, en este caso de las gestantes, tienen semejanzas y diferencias, que deben de ser identificadas y comprendidas para que las enfermeras puedan ofrecer a las

¹⁰ Marriner Tomey, Ann. Modelos y Teorías en enfermería. Tercera Edición. Madrid, Barcelona.2007 Pág. 429.

¹¹ Rendon, Blanca Jeannette. Significado de las prácticas culturales que realizan las gestantes consigo mismas y sus hijos por nacer en el control prenatal. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Postgrados Unidisciplinares. 2012. Pág. 92.

gestantes y sus hijos por nacer un cuidado culturalmente congruente con su cultura y su condición de salud.

Las prácticas de cuidado de las gestantes de esta investigación están orientadas y tienen gran significado hacia la protección de sus hijos por nacer, algunas dependen de los conocimientos y las experiencias transmitidas por sus madres y otros familiares, y otras provienen de los cuidados enseñados por los profesionales de salud, encaminadas bien sea a fortalecer factores protectores presentes en la gestación que favorecen el desarrollo de hijos por nacer, o a modificar algunos factores de riesgo, que pueden alterar el curso de la misma y dificultar el trabajo de parto y el nacimiento.

Argueta (2002)¹² realizó un estudio titulado prácticas de cuidado, que realizan consigo mismas las gestantes en la etapa prenatal, mediante diseño cuantitativo, descriptivo, exploratorio y transversal, con el propósito de que los resultados sirvan para fortalecer el cuidado de enfermería maternoperinatal. Entre las principales menciona los siguientes: Se nota falta de conocimiento de las gestantes sobre los beneficios de la estimulación del bebé intrauterino para un mejor desarrollo. En su mayoría la actividad física de las gestantes está relacionada con el cumplimiento de actividades rutinarias, dentro de los quehaceres domésticos y la alimentación de la embarazada está constituida por fuentes de carbohidrato y energía, siendo menos el consumo de alimentos ricos en proteína y vitaminas, también debido a las molestias gastrointestinales dejan de consumir alimentos como pollo, leche y huevos.

Carranza (2004)¹³ realizó un estudio titulado Prácticas que realizan las gestantes consigo mismas y con el hijo por nacer, Fue un estudio descriptivo, exploratorio, transversal; el instrumento empleado para la recolección de datos fue un cuestionario semiestructurado. Los resultados del estudio proporcionan grandes aportes entre ellos las gestantes realizan actividades física al desempeñar las actividades domésticas del hogar entre otras, barrer,

¹² Argueta Coca, José Benjamin. Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas gestantes del Departamento de Morazán en el Salvador. Proyecto de tesis para optar el título de maestría en enfermería, Universidad Nacional de Colombia 2002. Citado en Investigación en Enfermería XXIII congreso Nacional pág. 42.

¹³ Carranza Rodriguez, Francea Janett. Prácticas de cuidado que realizan las gestantes consigo mismas y con el hijo por nacer, Honduras. Proyecto de tesis para optar el título de maestría en enfermería, Universidad Nacional de Colombia 2004. Citado en Investigación en Enfermería XXIII congreso Nacional pág. 75.

trapear, lavar y cocinar. Ninguna de las entrevistadas realiza ejercicio durante el periodo de gestación, situación que evidencia el desconocimiento de la importancia de la actividad física.

A pesar de la gran importancia que tiene la alimentación y la nutrición de la madre, ésta se ve afectada por factores que tienen que ver con el ingreso económico, la educación, la falta de producción y los hábitos culturales, aspectos que limitan el acceso a una alimentación balanceada y entre las prácticas no beneficiosas se encontró que algunas de las gestantes no realizan estimulación prenatal, actividad que es de mucho beneficio para el desarrollo del feto.

Tistoj (2013)¹⁴ realizó el estudio cuantativo, titulado: Factores relacionados con el autocuidado que practican las embarazadas que asisten al centro de atención permanente, de Nahuala Sololá los factores fueron socioculturales, educativos, económicos, patológico y familiar lo que concluyó: el factor sociocultural tiene mayor influencia en el autocuidado de la embarazada debido a que las creencias y costumbres culturales se encuentran fuertemente cimentados.

“Madeline Leininger afirma que los cuidados culturales constituyen la teoría de enfermería más ampliamente holística debido a que toma en consideración la totalidad de la vida humana y su existencia a lo largo del tiempo, incluyendo la estructura social, la visión del mundo, los valores culturales, los contextos ambientales, las experiencias lingüísticas y los sistemas populares y profesionales. Todo ellos constituyen las bases críticas y esenciales para descubrirlos los conocimientos sobre los cuidados como esencia de la enfermería y para practicar una enfermería terapéutica.”¹⁵

“Algunas de las presunciones o supuestos fueron las siguientes (Leininger & McFarland, 2002).”¹⁶

¹⁴ Tistoj Cush, Yolanda Josefina. Factores relacionados con el Autocuidado que practican las embarazadas que asisten al centro de atención permanente de Nahualá municipio de departamento de Sololá. Tesis de Licenciatura en Enfermería Universidad de San Carlos de Guatemala. Escuela Nacional de Enfermería de Occidente. Quetzaltenango. Facultad de Ciencia Médicas. Guatemala 2013. Pág. 87.

¹⁵ Marriner Tomey, Ann. Op. Cit. Pág. 428.

¹⁶ Leninger, Madeleine. Teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural y la evolución del método de etnoenfermería. Capítulo 1. Pág. 16.

- El cuidado es la esencia y el foco central, dominante, distintivo y unificador de la enfermería.
- El cuidado científico y humanístico es esencial para el crecimiento humano, el bienestar, la salud, la supervivencia y para enfrentar la muerte y las discapacidades.
- El cuidado (atención) es esencial para curar o sanar por lo que no puede haber curación sin atención. (Esta presunción fue sostenida para tener relevancia profunda mundialmente).
- El cuidado cultural es la síntesis de dos constructos importantes que guían al investigador a descubrir, explicar y considerar la salud, el bienestar, expresiones de cuidado y otras condiciones humanas.
- Las expresiones, significados, patrones, procesos y formas estructurales de cuidados culturales son diversas pero existen algunos aspectos comunes (universalidades) entre las culturas.
- Los valores, creencias y prácticas de cuidado cultural están influenciados por e imbuidos en la visión del mundo, factores de la estructura social. (ej. Religión, filosofía de vida, parentesco, política, economía, educación, tecnología y valores culturales) y los contextos etnohistóricos y ambientales.
- Toda cultura tiene cuidados genéricos (laicos, folclóricos, naturalísticos; principalmente étnico) y usualmente profesionales (éticos) para ser descubiertos y usados para prácticas de cuidado cultural culturalmente congruentes.
- El cuidado culturalmente congruente y terapéutico ocurre cuando los valores, creencias expresiones y patrones de cuidado cultural son explícitamente conocidos y usados apropiada, sensitiva y significativamente con gente de cultura diversas o similares.
- Los tres modos teóricos de cuidado de Leininger ofrecen formas terapéuticas nuevas, creativas y diferentes para ayudar a la gente de diferentes culturas.
- Los métodos cualitativos paradigmáticos ofrecen importantes medios para descubrir conocimientos y prácticas de cuidado ampliamente imbuídas, encubiertas, epistémicas y odontológicas.
- La enfermería transcultural es un disciplina con un cuerpo de conocimientos y prácticas para alcanzar y mantener la meta de cuidados culturalmente congruentes para la salud y el bienestar.

Para Leininger la evaluación del cuidado cultural se refiere a la identificación sistemática, de las creencias, significados, valores, símbolos y prácticas de cuidado cultural del individuo dentro de una perspectiva holística.

La transmisión de prácticas de autocuidado durante la gestación ha sido de generación en generación entre las mujeres y comadronas, el autocuidado es básico en las diferentes etapas de la vida, especialmente en el período de gestación para asegurar el bienestar del binomio madre-hijo; la mujer se encuentra vulnerable a contraer ciertas enfermedades por los diferentes cambios que experimenta el organismo.

Teniendo claro que la muerte materna es posible disminuir los indicadores a través de un autocuidado “El prefijo auto se refiere al ser humano completo, integral y cuidado como serie de actividades que necesita el ser humano para el mantenimiento de la vida, salud y desarrollo en un ser humano normal.”¹⁷

Una buena práctica de autocuidado en la gestante evitar complicaciones durante el proceso de gestación y hasta la resolución de la misma.

Enfermería transcultural “Es un área formal de conocimiento de la disciplina que tiene como propósito reconocer las formas en que las diferentes culturas cultivan la salud, el cuidado de está y la curación de las enfermedades. Forma parte de la afirmación de que cada cultura ha construido sus propios valores y creencias culturales en torno a las formas de perseverar la vida. Por esto la enfermería transcultural pretende avanzar en el descubrimiento de las prácticas de cuidado, y desde un enfoque comparativo entre las diferentes culturas, establecer los patrones de cuidado cultural específicos y generales para sí acercar el cuidado profesional, establecer los patrones de cuidado específicos y generales para así acercar el cuidado profesional de enfermería de manera respetuosa y coherente a cada individuo, comunidad y familia.”¹⁸

¹⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, et. al. Modelos de Enfermería Comunitaria. El Salvador. 2005. Pág. 40.

¹⁸ Leininger M. Trascultural Nursing Concepts, Theories, Research & Practices, 2th ed. New York: McGraw-Hill citado en revista cubana de enfermería v. 24 n. 3-4 Ciudad de la Habana Jul-dic. 2008 disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192008000300010&script=sci_arttext&tlng=en

La cultura permanece en toda las esferas de la vida y está íntimamente relacionada con el ambiente o contexto social, político, económico histórico de la humanidad. La cultura también determina una visión particular del mundo para cada grupo o colectivo humano que, aunque diferente de la científica, se cimienta en una base filosófica estructurada y lógica que explica muchas de las concepciones, significados, valores y creencias de un pueblo.

Orem define autocuidado como “la realización de actividades que las personas inician y ejecutan personalmente para sí misma con el fin de mantener la vida, salud y bienestar.”¹⁹ Son acciones aprendidas y que se van modificando de acuerdo con los conocimientos adquiridos por el entorno.

2.1 Practicas

Las prácticas son “actividades que las personas hacen por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, manteniendo su salud, atender sus enfermedades y conservar sus bienestar.”²⁰ Se parte del principio que las personas tienen su propia forma de cuidarse, bajo comportamiento que están fuertemente cimentados en un sistema de creencias y tradiciones culturales, difícilmente reemplazados por nuevos conocimientos y además desconocidos.

Las prácticas son actos guiados por creencias y valores, que varían considerablemente según los grupos sociales y los sistemas familiares, económicos y sociales. “En términos generales pueden considerarse la manera como las personas afrontan y solucionan algunas necesidades.”²¹

2.2 Cultura

Existen diferentes definiciones de este término sin embargo para fines de estudio se tomara el término utilizado por la teorista de enfermería Madeleine Leininger quien la define

¹⁹ Campo, Cecilia. Policopiado. La teoría del autocuidado. Escuela Nacional de enfermería de Occidente. Quetzaltenango, Guatemala. 1993. Pág. 5

²⁰ Muñoz de Rodríguez L, Vásquez M. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. Colombia médica. Universidad de Valle. ISSN (versión en línea): 1957-9534 Colombia. Vol. 38 No 004. Pag.97-12. Citado por Ramos Lafont, Claudia Patricia. Universidad Nacional de Colombia. Maestría en Enfermería.

²¹ Ibid. Mirando el Cuidado Cultural desde la óptica de Leininger. Pag.97-12. Citado por Ramos Lafont. Claudia Patricia. Universidad Nacional de Colombia. Maestría en Enfermería

como los valores, creencias, normas, símbolos, prácticas y modos de vida de individuos, grupos o instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra.

“Leininger ha desarrollado varios términos que son relevantes para su teoría a continuación se definen.”²²

Cuidados Culturales que son los actos de prestación de cuidados de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás, centrados en necesidades evidentes o anticipadas para la salud o el bienestar del cliente o para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas.

Diversidad en los cuidados culturales: Hace referencia a las variables y/o diferencias de los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados en o entre colectivos, relacionadas con las experiencias de asistencia, apoyo o capacitación en los cuidados a las personas.

Universalidad de los cuidados: se refiere a la similitud o uniformidad en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan el cuidado como una humanidad universal.

Dimensiones culturales y de la estructura social: Hace referencia a los modelos y características dinámicas, holísticas e interrelacionadas de los factores de estructura y organización de una cultura (o subcultura) determinada, donde se incluye la religión (espiritualidad), parentesco (sociedad), características políticas (ley), economía, educación, tecnología, valores culturales, filosofía, historia y cultura.

Contexto del entorno: Se refiere a la totalidad de un entorno (físico, geográfico y sociocultural), situación o hecho con experiencia relacionadas, que otorgan significados que guíen las expresiones y decisiones humanas con referencia a un entorno o situación particular.

Dentro de la Teoría Leininger se menciona supuestos y dentro los que se resalta:

²² Ibid. Pág. 478-479.

Los cuidados culturales forman el medio holístico más amplio para saber, explicar interpretar y predecir los fenómenos de los cuidados enfermeros y de este modo, guiar la práctica de éstos.

Los valores, creencias y prácticas de los cuidados culturales tienden a estar arraigados y están influidos por los contextos del punto del mundo, lengua, filosofía religión (o espiritualidad), parentesco, sociedad, política, educación, economía, tecnología, etnohistorias y entornos de la cultura.

2.3 Practica de cuidado

“Las prácticas de cuidado provienen de los antepasados, familiares o comunidad, evidencia que existen costumbres de cuidado y un conocimiento popular, el cual se contempla dentro de la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural.”²³

Las prácticas de cuidado son las actividades que las gestantes hacen por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, manteniendo su salud, atender sus enfermedades y conservar su bienestar. Se parte del principio que las personas tiene su propia forma de cuidarse, bajo comportamientos que están fuertemente arraigados en un sistema de creencias y tradiciones culturales, difícilmente remplazados por nuevos conocimientos y además en varias ocasiones desconocidos por los profesionales de enfermería que son las que proporcionan cuidados.

2.4 Practica de cuidado cultural

“Acciones de cuidados basados en las costumbres y creencias culturales realizadas por mujeres gestantes pertenecientes a una comunidad específica, que según la teoría del cuidado cultural de Leininger.”²⁴

²³ Santos E. Prácticas de cuidado que realizan consigo mismo y con el hijo por nacer un grupo de gestantes adolescentes de Saravena, Arauca; Agosto-Octubre 2004. Tesis para optar al Título de magister en enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2005.

²⁴ Leininger M. Transcultural Nursing: Development, Focus, Importance, and Historical Development. Transcultural Nursing Concepts, Theories, Research & Practices Inc. College Costom New York: ed. Second Mc Graw-Hill, Series. 1,995. citado por Rendon. Blanca Jeannette. Pág. 18.

Guiando una forma de vida que permitan los eventos de salud, enfermedad y las prácticas de cuidado para un determinado grupo humano resultado de la diversidad cultural y las creencias de las comunidades.

2.5 Gestante

“Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno; abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los períodos embrionario y fetal.”²⁵

Se han usado varios términos diferentes para definir la duración del embarazo y, por tanto la edad fetal. La edad gestacional o menstrual corresponden al tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación, momento que en realidad precede a la concepción. Ese tiempo de inicio que suele ser de casi dos semanas antes de la ovulación y fecundación y casi tres antes de la implantación del blastocito, se ha utilizado por lo general porque casi todas las mujeres saben de su último periodo menstrual. Los embriólogos describen el desarrollo embrionario y fetal en edad ovulatoria o el tiempo en días o semanas transcurridas a partir de la ovulación.

2.6 Cambios durante el embarazo

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se puede identificar que durante el transcurso del embarazo pueden presentarse algunas complicaciones o signos que pueden servir de alarma para identificar alguna anomalía en el transcurso del mismo.

a) Primer trimestre del embarazo

Comienza antes de las doce semanas de gestación.

- Hiperémesis Gravídica

“En las primeras doce semanas de embarazo se define como la presencia de más de tres vómitos por día iniciando desde la semana 4-8.”²⁶

²⁵ Sharp, Merck, et al. Dohme. Manual Merk. 17ª. Edición. Editorial Océano, Barcelona. Volumen uno. 1997. Pág. 856.

²⁶ Sibana Muños, Lorna. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXVIII. (599) 441-445 2011. Ginecología y Obstetricia. 2011. Consultado el 20 de agosto de 2014. Dponible en: www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art10.pdf

“Según Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.”²⁷

- **Desnutrición**

El manejo del estado nutricional en el embarazo puede ser diagnosticado por medio de la circunferencia media del brazo, si este es mayor o igual a 23 centímetros quiere decir que la gestante tiene buen estado nutricional, esta medida se hace solo durante el primer trimestre del embarazo. Si no se brindó control prenatal a la gestante durante el primer trimestre de gestación el estado nutricional se valora por medio del índice de masa corporal. El resultado debe ser evaluado en la gráfica para evaluación nutricional de la embarazada según índice de masa corporal y las semanas de gestación.

- **Prehipertensión Arterial en el Embarazo**

Embarazada con cifras de presión arterial sistólica 120-139 y diastólica 80-89.

- **Hipertensión Arterial crónica y Embarazo**

Paciente con hipertensión crónica que presenta embarazo. Se define como la Hipertensión arterial (igual ó mayor de 140/90 que está presente y es observable previa al embarazo o que se diagnostica antes de la 20 semanas de gestación.

La Hipertensión que se diagnostica desde el comienzo del embarazo y que persiste más allá del día 42 posterior al parto también debe clasificarse como Hipertensión crónica.

La mayoría de las mujeres embarazadas con Hipertensión crónica grado I tiene muy baja tasas de complicaciones cardiovasculares en el transcurso del embarazo y mayoritariamente dan a luz niños(as) a términos y saludables.

No obstante, las hipertensas grávidas presentan un riesgo aumentado para el desarrollo de Preeclamsia con el aumento morbi-mortalidad fetal restricciones del crecimiento intrauterino.

²⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Norma de atención en Salud Integral para primero y segundo nivel. Guatemala. 2010. Pág. 18-21.

Dado la disminución de los niveles tensionales que ocurren en las hipertensas durante el primer trimestre del embarazo es importante no confundir como Preclamsia a la hipertensas crónicas.

- Anemia

Es una de las enfermedades carenciales causada por las deficiencias nutricionales, en la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos. Evaluar de acuerdo a los siguientes parámetros: Adolescentes de 12 a 19 años Hemoglobina menor de 12, Hematocrito menor de 36. Adulto de 20 o más Hemoglobina menor de 11 y Hematocrito menor de 33.

- Anemia Grave

Palidez palmar y de mucosas intensas. Hemoglobina menor de 7 g/dl.

Según F. Gary Cunningham et. al. en su obra titulada Obstetricia de Williams 2006. Requerimientos de hierro: los requerimientos de hierro durante el embarazo normal alcanzan casi 1,000 mg. en total. Alrededor de 300mg. se transportan de manera activa al feto y la placenta casi 200 mg. se pierde durante las diversas vías de excreción sobre todo en el tubo digestivo. Estas son perdidas obligatorias y ocurren incluso cuando la madre tiene deficiencia de hierro. Por tanto, los requerimientos de hierro aumentan mucho durante la segunda mitad de la gestación. La cantidad de hierro absorbida de la dieta junto con el extraído de las reservas suele ser insuficiente para cubrir las demandas maternas impuestas por el embarazo. Si la embarazada sin anemia no recibe hierro complementario, su concentración de hierro y ferritina sérica declina durante la segunda mitad del embarazo.

- Infecciones de las Vías Urinarias

Durante en el embarazo se produce modificaciones anatómicas y funcionales que aumenta el riesgo a padecer una infección urinaria entre ellas se destacan: la hidronefrosis del embarazo, el aumento del volumen urinario en los uréteres que produce una columna líquida continua que ayuda a la propagación de la infección desde la vejiga al riñón, disminución del tono uterino y vesical que se asocia a un aumento del volumen urinario en la vejiga aumenta su capacidad vesical y disminuye su vaciamiento (estasis urinaria), obstrucción parcial del uréter por el útero grávido y rotación hacia la derecha.

“Si no existen enfermedades concomitantes, el riesgo es mayor en las embarazadas de mayor edad, multípara y de bajo nivel socioeconómico, pero sobre todo en aquellas con historia de infección urinaria. Del 2 al 10% de las embarazadas sin antecedentes, desarrollan bacteriuria asintomática y sin tratamiento. El 30 al 50% evolucionaran a pielonefritis, está por su parte puede asociarse a insuficiencia renal aguda, sepsis y shock séptico.”²⁸

“La infección urinaria constituye una de las infecciones bacterianas más frecuentes durante la gestación. El compromiso infeccioso del tracto urinario durante el embarazo puede asociarse a complicaciones maternas y perinatales. La bacteriuria asintomática no tratada por ejemplo puede evolucionar a pielonefritis aguda por su parte puede asociarse a insuficiencia renal aguda, sepsis-shock séptico y parto prematuro.”²⁹

b) Segundo trimestre del embarazo

Comienza en la semana 13 y termina al finalizar la semana 26. Las enfermedades como la hipertensión arterial inducida por el embarazo, las infecciones del tracto urinario, pueden aparecer en cualquier momento y estar presentes durante el embarazo.

- Manejo Básico de Hipertensión inducida por embarazo Según Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala:

Preeclamsia: Hipertensión arterial y proteinuria (2 cruces en muestra de orina al azar) después de las 20 de embarazo. Se manifiesta con dolor de cabeza (cefalea), visión borrosa, dolor en la boca del estómago (epigastralgia), edema de cara y manos se clasifica como:

²⁸ Alvarez, Gilda Lorena et. al. Infección Urinaria y Embarazo. Diagnóstica y Terapéutica. Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina. No. 155. Marzo 2006 pág. 20 a 23. Consultado 26 de agosto de 2014. Disponible en: http://kinesio.med.unne.edu.ar/revista/revista155/6_155.pdf

²⁹ Abarzúa Fernando et. al. Reevaluación de la sensibilidad antimicrobiana de patógenos urinarios en el embarazo. Rev. Chil Obstet Ginecol. Universidad Católica de Chile 2002 Pág. 226. Consultado 10 de agosto de 2014. Disponible en: www.scielo.cl/pdf/rchog/v67n3/art11.pdf

Moderada: Presión arterial sistólica mayor de 140 mm/Hg y diastólica mayor o igual a 90 mm/Hg ó evaluación de 15mmHg de a presión diastólica y de 10mm/Hg de la sistólica por encima de la presión basal.

Presencia de proteína 2 cruces ó 1g/Lt en examen de orina de muestra al azar con tira reactiva, o 300 mg/Lt en orina de 24 horas.

Severa: Presión arterial sistólica mayor de 160 mm/hg y sistólica mayor o igual a 110 mm/Hg ó bien hipertensión arterial sistólica igual o mayor de 140mm/Hg diastólica mayor o igual a 90 mm/Hg más cualquiera de estos síntomas; Dolor de cabeza severo, dolor abdominal severo y presencia de proteína 3 cruces o más de 3 gr/Lt en muestra de orina al azar, con tira reactiva, o más de 3 gr/Lt en orina de 24 hrs.

Eclamsia: Presencia de signos de preeclamsia más convulsiones y/ò coma.

- Leucorrea

Muchas embarazadas emiten una secreción vaginal abundante que no suele ser anormal. Sin duda, un factor que contribuye a este cuadro es hipersecreción de moco a través de las glándulas cervicales como respuesta a la hiperestrogenemia. Otras veces la leucorrea es consecuencia de una infección vulvovaginal por tricomoniasis o levadura.

- Parto pretérmino

Según la OMS define como pre termino aquel nacimiento de más de 22 semanas y menos de 37 semanas de gestación contando desde la FUR. La prematuridad se considera la primera causa de muerte perinatal. Presenta el 7 al 9% de todos los partos. Prematuridad extrema: parto menor de 28 semanas de gestación (5% de todos los partos pre términos). Prematuridad Severa: Entre 28.1 y 31.6 semanas (15% de todos los partos pre término). Prematuridad Moderado: Entre 32 y 33.6 semanas (20%de los partos pre término). Prematuridad Leve: Entre las 34 y 36.6 semanas (60% de los partos pre término).

Etiología del parto pre término: Edades extremas, antecedentes de parto pre término, trauma, esfuerzo físico excesivo y anemia.

c) Tercer trimestre del embarazo

Inicia en la semana 27 y concluye al finalizar el embarazo, se considera el punto de viabilidad del feto.

- Dificultad para respirar

A medida que el feto crece y ocupa el espacio de la cavidad abdominal empujando todo su contenido, se restringe los movimientos del diafragma, aparece en las últimas semanas de embarazo, afecta la comodidad para dormir horizontalmente. Estas molestias se alivian al encajarse el feto a la cavidad pélvica y desaparece después del nacimiento del su hijo.

- Dolores de espalda y cadera

A medida que progresa el tercer trimestre, el aumento de peso puede incrementar los dolores de espalda. Mantener la mecánica corporal y postural adecuada son factores importantes para evitar que se presenten incomodidades durante el embarazo. Al sentarse y al caminar debe de mantener la columna recta para evitar deformación o dificultad respiratoria por la posición que adopte.

2.7 Autocuidado

“Dorotea Orem autora del modelo de autocuidado refiere que es consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para la regulaciones funcional y del desarrollo.”³⁰

Orem dentro de su modelo tiene tres teorías grandes son el déficit de autocuidado, autocuidado y la teoría de sistemas de enfermería.

³⁰ Campos, Cecilia. Op. Cit. Pág. 5.

Dentro del autocuidado menciona la autora que hay requisitos de autocuidado que los define como “acciones que deben llevar acabo las personas porque son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano. Ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas.”³¹

- **Requisitos del autocuidado universales**

“Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del siglo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños.”³²

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas.

Estos requisitos son aplicables a cualquier grupo de personas especialmente en periodo de gestación.

³¹ Tomey, Ana Marriner.et. al. Op. Cit.pág. 270.

³² Ibid. 270.

2.8 Autocuidado de la embarazada

La gestante tiene un rol importante, desde el período pre-concepcional, concepcional debe fomentar las acciones de autocuidado, es importante que la gestante realice una serie de actividades con el objeto de mantener la salud del binomio.

Situación por la cual, se eligió la aldea de Tierra Blanca, municipio de San Bartolo Aguas Calientes por la experiencia de la investigadora la población es eminentemente descendencia maya las cuales realizan diversas prácticas culturales durante la gestación.

Es un enorme desafío la complejidad de las condiciones demográficas, étnicos culturales, socioeconómicos, ambientales, epidemiológicos y alimentarios que actúan como determinantes del estado de salud de las gestantes.

En Guatemala, las cifras oficiales del Instituto Nacional de Estadística muestran que en Totonicapán más de la mitad de la población es indígena. La población del puesto de salud de la aldea Tierra Blanca “98% es indígena.”³³ El autocuidado es esencial en todas las etapas de la vida, pero especialmente en la gestante por los requerimientos de nutrientes del binomio ya que la inmunidad de la gestante se encuentra más vulnerable a contraer alguna enfermedad por los múltiples cambios que experimenta el organismo, una práctica adecuada y oportuna de autocuidado favorece el bienestar y evita complicaciones.

2.9 Necesidades de autocuidado de la embarazada

Es trascendental que la gestante ejecute una serie de actividades con el objetivo de mantener la salud óptima y disminuir los riesgos.

Las actividades de autocuidado que debe realizar la gestante según Reeder son las que a continuación se describen:

³³ Diagnostico comunitario Censo Poblacional 2013-2014 puesto de salud de la aldea Tierra Blanca. Totonicapán. Guatemala.

a) Nutrición:

Toda mujer embarazada necesita de una buena alimentación balanceada para asegurar los requerimientos nutricionales que garanticen un óptimo crecimiento y desarrollo del nuevo hijo. “Una nutrición adecuada agiliza la recuperación de las madres después del parto. Las complicaciones del embarazo como la toxemia (eclampsia y pre eclampsia), el parto prematuro y la anemia, pueden originarse de una dieta insuficiente o inadecuada.

Alimentación adecuada o equilibrada significa comer alimentos variados y en cantidades suficientes que provean energía, proteína, minerales y vitamina.”³⁴

Uno de los síntomas característico en el embarazo son las náuseas y vómitos son trastornos frecuentes en la primera mitad del embarazo las náuseas y vómitos tienden a ser peores por la mañana. El tratamiento de las náuseas y vómitos del embarazo rara vez es completamente satisfactorio, pero a menudo es posible reducir al mínimo las molestias e incomodidad. Una medida útil es consumir raciones pequeñas a intervalos frecuentes deteniéndose antes de la saciedad.

- Olla Familiar para Guatemala:

El icono de la guía alimentaria está representado por una olla lo que debe contener siete grupos de alimentos:

Grupo 1. Cereales, granos y tubérculos: es el grupo de alimentos de los cuales se debe consumir en mayor proporción todos los días en todos los tiempos de comida, éstos se encuentran en la franja inferior de la olla, estos alimentos contienen en mayor cantidad carbohidratos y fibra.

Grupos 2 y 3. Frutas, hierbas y verduras: de estos alimentos se deben comer todos los días, en cualquier tiempo de comida. Este grupo se observa en la franja superior al grupo 1 de la olla y tienen un alto contenido de fibra, vitaminas A y C, además de minerales como potasio y magnesio.

³⁴ Instituto de nutrición de Centro América y Panamá INCAP/OPS Cadena Contenido Actualizado de Nutrición y Alimentación. Alimentación de la madre embarazada y en periodo de lactancia. Modelo IV. Pág. 2

Grupo 4. Leche y derivados: además de la leche e Incaparina, se incluyen en este grupo: huevos, yogurt y queso, de los cuales se recomienda consumir por lo menos 3 veces a la semana en cualquier tiempo de comida. Este grupo se presenta por encima del grupo de frutas. Son alimentos fuente de proteínas y calcio, principalmente.

Grupo 5. Carnes: en este grupo se incluyen todo tipo de carnes: pescado, pollo, res, hígado, conejo u otro animal comestible. Se recomienda consumirlos en cualquier tiempo de comida, por lo menos dos veces por semana. Este grupo se observa por encima del grupo de las hierbas y verduras, son alimentos fuente principal de proteínas y hierro.

Grupo 6 y 7. Azúcares y grasas: estos grupos se localizan en la parte superior de la olla; deben consumirse en pequeñas cantidades. Los azúcares son fuente de carbohidratos simples y los aceites, crema y semillas como: manías, pepitoria, etcétera son fuente de grasa.

La alimentación se basa en una combinación de nutrientes en cantidades unas mayores que otras pero todas necesarias para una salud óptima del binomio, entre las vitaminas el ácido fólico aumenta la demanda en el embarazo por el crecimiento del feto y aumento del volumen sanguíneo materno. Entre los minerales está el hierro componente principal de la hemoglobina, para la sangre de la madre y el hijo, que durante el tercer trimestre requiere de fuertes cantidades, que no es capaz de cubrirse con la alimentación y reservas del organismo por lo que es importante consumir fumarato ferroso lo que prescribe el servidor de salud al mismo tiempo el uso de sal yodada pero con moderación.

- b)** El agua ingerida por la madre se utiliza para la producción de líquido amniótico y para el desarrollo y función de los tejidos fetales. Las células del sistema nervioso central son particularmente sensibles al déficit de agua. A medida que avanza el embarazo, las necesidades de agua aumentan, lo que hace necesario incrementar su aporte exógeno.

En el (2013)³⁵, se realiza una reunión de especialistas en pediatría y nutrición sobre el uso del agua natural para mantener un buen estado de salud. Los factores

³⁵ Acta Pediátrica. Consumo de agua en el embarazo y la lactancia Volumen 34. Número 1. México. Enero-Febrero 2013. Pág 103 Consultado el 16 de junio de 2014

que incrementen las necesidades de agua en el embarazo y la son a) actividad física: si ocasiona sudoración, se necesitará incrementar la ingesta de agua para compensar la pérdida; b) condiciones ambientales: un clima caliente o húmedo incrementa la pérdida de agua, lo que requiere reponer está perdida; c) náuseas y vómitos de la gestación; las embarazadas, principalmente durante el primer trimestre, suelen experimentar náusea y vómito, problemas que limitan la ingesta de agua y aumentan las pérdidas de líquido; d) tipo de dieta; las embarazadas con una dieta de alto contenido energético, necesitarán mayor cantidad de agua, debido al incremento de los procesos metabólicos que ocasiona la dieta, así como por mayores necesidades de eliminación de metabolitos.

La ingesta adecuada de agua durante la gestación y una correcta hidratación de la madre, permite mantener un volumen normal y estable de líquido amniótico. También permite reducir los síntomas relacionados con el estado gestacional, como la náusea el vómito, la constipación, la predisposición a infecciones urinarias y las alteraciones en el volumen de líquido amniótico.

- c)** Realizar ejercicio durante el embarazo mejora la circulación de los miembros inferiores, mejora el tono muscular, se evita fatiga, distrae, reduce la ansiedad y la tensión, tranquiliza la mente, ayuda a dormir, a reducir el estreñimiento, estimula el apetito y aumenta el bienestar físico.

El grado de ejercicio depende de cada persona, del estado físico y edad de embarazo, mientras transcurre el embarazo se limita el ejercicio, el mejor ejercicio es caminar pero se debe evitar la fatiga, tener períodos de reposo para logra mejorar resultados.

- d)** Reposo, relajarse y sobre todo el dormir es fundamental para la salud; las embarazadas se cansan con más facilidad, por lo que es recomendable tomar una siesta de treinta minutos en la mañana y por la tarde, pero si no es posible, es recomendable tomar períodos cortos de reposo varias veces al día, puede acostarse o sentarse para que su cuerpo descanse, la mente y los músculos abdominales, las piernas y las espaldas.

- e) Cuidados: La mayor parte de embarazadas siguen trabajando con normalidad pero debe evaluarse si debe continuar trabajando de acuerdo al tipo de trabajo que desempeña, las actividades físicas, los riesgos ambientales, los peligros ocupacionales y estados de salud de la embarazada para evitar riesgos para la madre y su hijo, es importante evitar la exposición de sustancias fetotóxicas, Evitar además esfuerzos excesivos, o que este de pie por períodos largos de tiempo por el aumento de resistencia periférica y aumento de peso.

“Los trabajos que requieren que la persona esté de pie largo períodos, que se incline y doble la espalda, que suba y baje escaleras y que levante cosas pesadas producen mayor número de infartos a la placenta y niños con bajo peso al nacer.”³⁶

- f) Higiene personal: para la realización del baño durante el embarazo no existe contraindicación por lo que debe realizarse todos los días.

“Durante el embarazo se produce de manera natural una disminución de la respuesta inmunológica que hace que las mujeres embarazadas tengan mayor riesgo de contraer infecciones. Es por ello que el embarazo es un momento crucial en la vida de las mujeres en cuanto a la higiene se refiere, pues repercute no solo en ellas sino también en el feto y posteriormente en el recién nacido muy vulnerable a infecciones.”³⁷

Las glándulas sudoríparas tienen mayor actividad durante el embarazo, produciendo más sudoración en consecuencia irritación y mal olor, la mayor parte de productos de desechos se eliminan a través de la piel, es recomendable tomar un baño de regadera diariamente, puesto que estimula la circulación sanguínea, proporciona relajación y es refrescante. Evitar el baño en tina porque puede producirse accidente.

³⁶ Reeder, Sharon J. et. al. Enfermería Maternoinfantil. Décima séptima edición. México. Edición Interamericana. 1995. Pág. 426.

³⁷ Libro Blanca de la Higiene diaria. Consultada el 26 de agosto de 14 dettol.es/pdf/Libro-Blanco-de-la-Higiene-diaria.pdf

- g)** Utilizar ropa cómoda, no muy ajustada porque puede impedir el movimiento o circulación materna o fetal, evitar el uso de cinturones que opriman en exceso, calcetas o medias que compriman las piernas o vestimenta que opriman el abdomen, estas pueden disminuir la circulación en las piernas o dificultad de movimientos del feto, causar edemas de piernas y pies y producir estasis venosa. Se debe evitar el uso de prendas ajustadas, pantimedias o pantalones.

En relación a los zapatos se aconseja utilizar con tacón ancho y bajo proporcionando buen apoyo al arco a los lados del pie de manera que resulte cómodo, por el aumento de tamaño del abdomen puede causarle dolor de espalda y fatiga.

- h)** El control prenatal ayuda a identificar tempranamente factores de riesgo, signos y síntomas de peligro y atender las complicaciones de manera oportuna. Se debe considerar en el control prenatal que todo embarazo conlleva un riesgo debiendo informar de signos y señales de peligro a la embarazada y su familia para contribuir a la toma de decisión y su traslado oportuno.

El control prenatal tiene que realizarse de una manera completa para identificación de antecedentes personales, familiares algunos de estos factores pueden predisponer más a la embarazada.

III. OBJETIVO

3.1. OBJETIVO GENERAL

Describir las prácticas de autocuidado cultural de las gestantes de la aldea Tierra Blanca, San Bartolo Aguas Calientes.

3.2. OBJETIVO ESPECIFICO

En base a los resultados obtenidos elaborar una propuesta de mejora de salud materno neonatal en las gestantes.

IV. MATERIAL Y METODO

4.1. Tipo de estudio

El tipo de investigación es de carácter cualitativo, etnoenfermería. La opción de tipo cualitativo da la oportunidad de comprender el conocimiento de la realidad humana y de la vida misma. La etnoenfermería es una derivación de la teoría de Madeleine Leininger, se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas.

Es un tipo etnografía, la cual se refiere a los estilos de vida de una persona selectiva para enfermería. Se ocupa de describir una cultura y para ello el investigador debe realizar descripciones narrativas e interpretaciones del fenómeno cultural, dentro del contexto que ocurren las situaciones.

4.2. Población

Gestantes de determinada edad gestacional de cualquier paridad y periodo intergenésico que asistió a control prenatal identificada en el Puesto de Salud de la aldea Tierra Blanca durante el mes de Abril de 2014.

4.3. Selección y tamaño de la muestra

Se utilizó un muestro probabilístico aleatorio, lo cual se utilizó en los casos en las cuales la población no es homogénea.

4.4. Unidad de análisis

Madres en período de gestación de cualquier paridad en la aldea Tierra Blanca del municipio de San Bartolo Aguas Caliente durante el mes de Abril 2014.

4.5. Criterio de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

Gestantes de cualquier paridad, periodo intergenésico y edad gestacional que asistieron a su control prenatal que no presentaron un alto riesgo en la cual necesite hospitalización. Gestantes originarias del lugar, que tuvo disponibilidad para participar en el estudio y se encontró entre el intervalo de edad de acuerdo a la segmentación estadística.

Criterios de exclusión:

Gestantes que asistan al servicio de salud por alguna emergencia obstétrica, gestantes que no quieran participar y las que no cumplan los criterios de inclusión.

4.6. Instrumento utilizado para la recolección de la información

Se utilizó una entrevista no estructurada realizando una pregunta clave que guio la investigación. Se realizó diversas visitas domiciliarias a cada gestante que participaron en el estudio, previó consentimiento informado, hasta lograr la saturación de información.

4.7. Procedimiento para la recolección de información

- Se solicitó la autorización del Director de distrito de San Bartolo Aguas Calientes del departamento de Totonicapán para ejecutar el estudio titulado Prácticas de autocuidado cultural de la gestante de la aldea Tierra Blanca del mismo municipio antes mencionado.
- Se realizó una prueba piloto entrevistando a comadronas con diferentes edades. Con el fin de estandarizar el procedimiento se realizó diversas anotaciones de la entrevista al mismo tiempo de los gestos. Se elabora una primera categorización.
- Se realizó la entrevista a las gestantes de diferente edad gestacional que cumplieran con los criterios de inclusión planteados en el presente estudio, previa realización se les solicito el consentimiento informado de cada participante.

- Se contactó a cada una de las gestantes en su domicilio, se dio a concretar el objetivo de la investigación, se procedió a realizar entrevista y se transcribió al finalizar y se depuro la información; donde se encontró vacíos y volvió a entrevistar a la gestante hasta saturar la información.
- Se solicitó un espacio a la gestante para la privacidad en caso de hacinamiento se realizó al aire libre.
- En el contacto inicial se estableció un ambiente agradable en cada momento se trató de ganar la confianza de la gestante para que se sintiera cómoda y motivada a expresarse.
- Se formuló las preguntas de manera informal, evitando el tono de lectura o interrogación.
- La pregunta clave fue: ¿Cuénteme que prácticas de autocuidado realiza durante su embarazo? se le aclara que significa la palabra autocuidado y algunas entrevistas fueron respondidas en idioma Kiche.
- Se da a la gestante el tiempo suficiente para pensar en sus respuestas, y se realizó la entrevista al ritmo que permitió el entrevistador.
- Las entrevistas fueron transcritas en un tipo no mayor de 48 horas después de realizarlas, se registraron los datos para una mejor organización de las mismas.
- El promedio de tiempo por cada entrevista completa desde el tiempo para la realización, revisión y transcripción fue de más o menos 15 a 24 horas. Y el promedio de tiempo de análisis fue de 8 a 10 horas por entrevista.
- Se realizó un proceso de escucha y de transcripción buscando la reducir el margen de error que en determinado momento se pudiera incurrir en el estudio.
- Se realizó verificaciones de escucha y lectura dirigida en varias ocasiones a las diferentes transcripciones de cada entrevista.

4.8. Procedimiento para garantizar aspectos éticos de la investigación

En el desarrollo de todo el proceso de la investigación se aplicaron principios éticos entre estos:

- a) **Autonomía:** En el estudio en todo momento se respetó la dignidad, derecho a la autodeterminación de participación, conocimiento del contenido del consentimiento informado y objetivos del estudio previo a la realización de la entrevista. Enfatizando que la participante puede renunciar en cualquier momento.

- b) **Justicia:** se veló en el cumplimiento del derecho a la privacidad de la información y los diferentes beneficios que proporcionara la información proporcionada de forma clara y sencilla utilizando el idioma materno cuando lo amerite al mismo tiempo se resolvieron dudas que se presentaron durante el desarrollo de la investigación.

- c) **Beneficencia:** Se informó a las participantes el motivo de la investigación y que solo es con fines de mejorar la atención de salud de la madre.

No se trasgredió a la gestante y familia con respectiva ideas, creencias, valores y prácticas entre otros.

- d) **Confidencialidad:** En ningún momento se pidió que las gestantes revelaran su nombre y se informó que los datos tiene fines educativos.

4.9. Procedimiento de análisis de la información

El proceso del análisis inicio con la transcripción literal de las diferentes entrevistas evitando al máximo el margen de error.

Se Categorizo las entrevistas en un cuadro matriz para su análisis.

V. RESULTADOS

A continuación se presentan los hallazgos más relevantes con el respectivo análisis, en el cual se partió de la caracterización de las gestantes.

5.1. Alimentos que consume la gestante

Caso 1 E1: Como el tiempo de ahora no se consigue hierva no hay nada a veces nosotros cosechamos pero a veces se termina también entonces nosotros lo sembramos pero a veces no alcanza y la carne lo consumimos solo una vez a la semana porque solo eso nos alcanza nuestro gasto. Así nos dicen en el puesto de salud el café no nos trae beneficio porque imagínese si tomamos mucho café también es decir es una desnutrición.

Caso 1 E2: Así como ahorita yo a veces cuando empiezo a comer el desayuno un mi vaso de agua antes del desayuno o dos vasitos de agua antes del desayuno vaya después de ahí se va mi atolito pero más de masa y desayuno de una vez.

Caso 1 E3: La fruta la compramos porque aquí con nosotros no hay fruta por eso solo lo consumo dos veces por semana, Atolito de masa eso es lo que más me pasa unos tres a cuatro vasos de atol cada tiempo a veces la incaparina, desayuno como tres tamalitos, en el almuerzo seis o siete tortillas en la cena una cuatro tortillas en el día aproximadamente quince tamalitos como al día. Y como frijol o huevito o queso lo que haya pero solo una clase porque lo que compramos es para una semana.

Caso 2 E1: Solo dos veces al día como porque por lo económico no cenó porque estamos un poco de escaso para la refacciones consumo café o agua. A veces carne, a media mañana tomó café, o atol de masa sin azúcar.

Caso 2 E1: Tomó café sé que es malo pero lo consumo porque estamos escasos es lo único que hay.

Caso 3 E1: En la cena es en vez en cuando cuándo nos da ganas de tomar café entonces lo preparamos.

Caso 3 E2: Comer balanceado como fruta todos los días verdura, hierba, lavar las cosas que uno consume. No consumo carne porque no me gusta.

Caso 4 E1: consumo agua pura, pero más es atol.

Caso 4 E1: Tengo que alimentar tengo que comer hierbita dijo mi mamá, cómo más ahora que estoy embarazada lo que más consumió más tamalito, más comida, más es atol de masa.

Caso 5 E1: alimentarme que incluya frutas verduras todo eso pero en nuestro caso casi consumimos la fruta y la carne una vez a la semanas lo que más consumo es atol de masa si azúcar y hierba o frijol.

Caso 6 E1: Para que el bebé nazca saludable comer cosas saludables así como frutas, verduras pero menos la carne porque es solo para un rato nada más para mí la carne no tiene tanta vitamina por eso solo una vez consumo carne a la semana, la fruta lo consumo en vez en cuando ahora verdura si consumo diario.

Caso 6 E1: No consumir café porque hace daño durante el embarazo lo que más consumo es atol de masa sin azúcar y agua pura.

Caso 6 E1: Yo no consumo cosas frías como aguas frías porque hace mal en el estómago y se enfría el bebé, el agua pura me da fuerza por eso lo tomé.

Caso 7 E1: Como de todo pero lo que me prohibió la comadrona es el rábano porque es duro y le hace daño al bebé, Consumir frutas solo lunes, verdura cuatro veces a la semana, la hierba si casi lo consumo a día, la carne solo consumo una vez a la semana.

Caso 8 E1: uno tiene que hacer todo lo posible por comerlas por ejemplo ahora consumo de todo la carne lo consumo una vez a la semana, la verdura y frutas todo los días.

Caso 9 E1: Mi abuela me dice que como estoy embarazada tengo que comer más gracias a Dios ahora si ya no vomito por eso yo trato de comer constantemente durante todo el día entonces de esa forma mi bebé no va nacer pequeño.

5.2. Realización de ejercicio

Caso 1 E1: No hago ejercicio no aguanto pararme mucho, caminar mucho no aguanto.

Caso 2 E1: Yo no salgo a hacer ejercicio pero si salgo a caminar cuando voy a la iglesia hago ejercicio porque si queda un poco retirado casi a 45 minutos.

Caso 3 E1: no hago ejercicio pero si camino media hora para ir a pastorear todos los días.

Caso 4 E1: no ejercicio no únicamente caminaba, caminaba nada más así nada más. Yo no trabajo pero si ayuda en la cocina en la cocina si hago la comida, envuelvo los tamales, realizo la barrida todavía lavo en los tres meses más después ya no, ya no lavo ya no porque me duele la cintura.

Caso 5 E2: no hago ejercicio porque no me da tiempo trabajo tres días pico la fruta y lo coloco en la bandeja y lo vendo yo trabajo el lunes en Pologua, miércoles Momostenango y viernes en San Francisco el Alto usted no carga la una canasta lleno de fruta la señora ella también me dice levantas cosas pesadas porque eso es malísimo para ti que estas embarazada me dice la señora.

Caso 6 E2: no practico ejercicio porque no aguanto y puedo provocar el parto.

Caso 7 E2: No realizo ejercicio porque al realizar los oficios en la casa estoy haciendo ejercicio.

Caso 9 E2: No realizo ejercicio, yo camino cuando realizo mis oficios y hacer ejercicios yo creo que le puede ser daño al bebé.

5.3. Reposo

Caso 1 E1: no aguanto pararme mucho, caminar mucho no aguanto lo que hago rápidamente vengo me siento y cuando me siento tranquila se me quita todo el dolor lo

que tengo y después ya empiezo a ser lo que tenía que hacer otra vez también pero mientras que así parada no aguanto.

Caso 2 E1: descanso una media hora después del desayuno y almuerzo.

Caso 3 E1: descanso cuando mis ovejas están comiendo entonces me siento de tres a cuatro hora al mismo tiempo aprovecho a enseñarle a leer a mi nena.

Caso 7 E3: Tres o cuatro veces al día descanso media hora vengo a descansar.

Caso 9 E3: En las tardes descaso de una a dos horas.

5.4. Cuidados (No levantar cosas pesadas)

Caso 1 E1: Al poner mi maíz sobre el juego así, yo ya no aguanto bajarlo a veces les pasa a las señoras levantan una cosa pesada; de una sola vez hacen aborto.

Caso 2 E2: No levantar cubetas grandes, pero si acarreo agua para bañarme.

Caso 3 E2: Así baños así pesados dicen que hace mal pero si cargo y abrazo a mi nena que pesa 35 libras. La cargo diario por unos treinta minutos porque hay frío por las mañanas.

Caso 5 E1: no levantar cosas pesadas, no hacer mucha lavada grande.

Caso 6 E1: Cosas pesadas como leña. Lo más que uno puede cargar son unas 20 libras.

Caso 7 E1: lavo mis cortes la ropa de mis hijos lo único que ya no lavo son las chamarras porque son pesadas.

Caso 9 E1: Yo sé que no hay que ser peso, pero voy a trabajar con mi esposo calzar el terreno.

5.5. Higiene personal

Caso 2 E1: Cada dos días si me baño diario le pega aire al bebé o se enfría mucho me ha dicho mi mamá.

Caso 2 E1: Cada dos días porqué como estoy yo cuesta acarrear el agüita calentarla queda un poco retirada el agüita.

Caso 3 E2: Ahora que estoy embarazada me baño en el temazcal, hasta ahora porque antes de estar embarazada yo calentaba mi agua pero ahora me baño en el temazcal porque si no me empieza a doler el estómago y lo realizo dos veces por semana porque dice mi abuelo qué si me meto más se quema al bebé.

Caso 4 E1: antes de estar embarazada la costumbre es entrar siempre al temazcal con la única diferencia que ahora lo realizo a cada ocho días y acompañada de mi comadrona para que me chuje, me sobe y me sople para que salga el aire porque si no le va ser daño al bebé y después de temazcal me baño con agua caliente.

Caso 5 E1: Cada tres días me baño a veces en temazcal si tenemos tiempo en el temazcal ahora si no solo con agua caliente.

Caso 6 E3: me baño tres veces a la semana llega mi comadrona el día sábado yo me baño el día miércoles o jueves otra vez.

Caso 9 E3: me baño cada semana porque nosotros no tenemos mucha leña, y si me baño diario se termina rápido la leña y es el que nos sirve para cocinar.

5.6. Vestuario y cambio de ropa

Caso 1 E1: Mi ropa es floja así como nosotros usamos corte yo el caso mío, yo ya no amarro bien mí corte, solo lo enredo mi faja atrás de mi corte ya no es igual estoy bien si bien apretadito el estómago pero ahorita ya no porque imagínese al pesar también como yo hasta arriba pongo mi corte si lo pongo bien hasta abajo hay Dios yo ya no aguanto siento que me ahogo. Ya tiene que ser flojo porque siento que me hace mal cuando está

bien apretado la ropa porque incluso veo, cuando apretó bien el estómago me agarra el dolor y también cuando ya ella o él, se mueve también ta no le gusta también cuando le aprieta mucho como ya desde una costumbre desde que se ha venido pues el caso mío no lo amaro mucho mi corte ese tiene que ser flojo.

Caso 2 E1: Si utilizo ropa más cómoda, si utilizo las mismas me queda apretada y no desarrolla bien el bebé dentro de mí.

Caso 3 E2: Me dicen que a veces no es bueno porque uno no deja crecer al bebé, o no nacen bien así físicamente.

Caso 4 E1: Mi corte lo cambio así diario lo demás pues un día sí y un día no así como el suéter y mi ropa interior pues eso.

Caso 5 E2: cada dos días cambio mi ropa y mi ropa interior diario.

Caso 6 E1: Yo no amarro mucho el corte porque me aprieta demasiado y siento que me tapa la respiración igual al bebé le aprieta dentro del vientre.

Caso 7 E3: Señó yo me cambio mi ropa cada tres días y la ropa interior cada dos días.

Caso 9 E1: El uso de ropa uno lo siente no lo puedo apretar mucho porque yo no me siento cómoda ni muy flojo es lo normal el uso de ropa muy apretada le hace daño a los bebé cuando se aprieta mucho el estómago.

5.7. Visitas al servicio de salud

Caso 1 E1: También los doctores en el puesto también, ellos se han dado cuenta como esta también si está bien o está atravesado pero yo agarro dos personas del puesto y mi comadrona, al puesto de salud asisto a cada mes.

Caso 2 E1: Los controles prenatales son importantes porque me dicen cómo está el bebé y para que me den mis prenatales para que el bebé tenga más desarrollo me hay dicho que tengo que ir a cada mes.

Caso 3 E1: Los controles prenatales son importantes porque me dicen cómo está el bebé y para que me den mis prenatales para que el bebé tenga más desarrollo me han dicho que tengo que ir a cada mes.

Caso 7 E1: El doctor me dijo que el ácido fólico ayuda al bebé y el hierro es para nosotros.

Caso 9 E1: En el puesto de salud me dan hierro y otras pastillas para que le bebe nazca bien, voy a cada mes porque me dicen como esta mi bebé.

5.8. Control prenatal con la comadrona

Caso 1 E1: Mi comadrona viene a cada quince días a chujearme, sobarme y soplarme, yo le tengo mucha confianza porque ella me dice como está el bebé. Mi comadrona me ha cuidado con mis cuatro hijos y ella me deja dicho de qué lado me tengo que acostar y si me chujea cada quince o cada ocho día.

Caso 3 E1: Ya hablé con mi comadrona lo cual dice que hasta los seis meses va venir a atenderme porque hasta ahí se ve más como está el bebé si está bien o si está atravesado, la comadrona lo va arreglar.

Caso 4 E1: A partir de los cinco meses viene hacer el examen yo le digo que siempre me duele un lado entonces ella me dice que todo está bien y ella me viene a sobar ella me comienza a agarrar de aquí (señala el estómago) lo arregla.

Caso 5 E1: Siempre viene la comadrona es que es así es un contrato que se hace cuando se va ir a decir a la comadrona uno es lo que quiere si cada ocho días o cada quince días.

Caso 7 E1: La comadrona a veces lo siente que está atravesado entonces me dice que lado me tengo que dormir para que se arregle el bebé.

5.8.1. Sobada de abdomen

Caso 1 E2 Mi comadrona me realiza la sobada de abdomen y me indica cómo se encuentra el bebé las sobadas de abdomen también me realiza cuando tengo dolor ya que me ayudan a calmarlo y sí el bebé no está normal realiza la sobada para arreglarlo y poder tener mi parto normal en mi casa gracias a Dios mis otros ocho partos anteriores los he tenido en la casa y me ha atendido la misma comadrona.

Caso 4 E1: usa aceite y lo soba y comienza dura cada sobada dura 20 a 30 minutos. Cuando la comadrona viene arreglar entonces ya no me comienza a doler.

Caso 4 E 2: hay días que yo le pido solo sobada nada más a la comadrona.

Caso 5 E1: La comadrona en el temazcal me chujea, me soba en el temascal la chujeada y la sobada siempre lo acostumbramos iniciar a los tres; La comadrona inicia con la chujeada y después la sobada de abajo hacia arriba. Así no hace siempre ya que yo tengo dos niños ya y así me ha hecho la comadrona al mismo tiempo utiliza jabón negro para que se suavice los huesos y después me empieza a sobar todo el estómago para que me arregle el bebé. y después me baño y me salgo.

Caso 7 E1: La sobada lo realiza después de la chujeada la comadrona utiliza jabón negro porque es el que suaviza pero inicia en los pies porque a veces a uno le duele entonces inicia de los pies hasta el estómago. La sobada dura unos diez minutos lo tiene que sentir como está el bebe si está atravesado, sentado en que forma está el bebé ella nos va decir este lado esta haces favor de acostarte del otro lado. La comadrona por ejemplo me ha dicho que tengo que acostarme a mi derecha.

Caso 9 E3: La sobada es bueno porque la comadrona ella lo siente como está el bebé por lo que es bueno la comadrona viene cada quince cada ocho. La comadrona ella entra con nosotros a chujearnos.

5.8.2. Bajo

Caso 1 E3: la comadrona sopla que es lanzar vapor en mi parte pero cada quince días porque se puede quemar la cara de mi bebé.

Caso 5 E3: En mi estado la comadrona viene a sobar y a hecha el bajo que es muy importante ya que lavamos y se enfría el bebé.

Caso 8 E3: Yo siempre acostumbro entrar en temazcal pero la diferencia se encuentra que cuando uno está embarazada la comadrona viene a sobar y a hecha el bajo que es muy importante ya que lavamos y se enfría el bebé.

Caso 9 E3: la comadrona sopla que es lanzar vapor en mi intima pero cada quince días porque se puede quemar la cara de mi bebé.

5.8.3. Uso de temazcal

Caso 1 E1: Mi comadrona dice nosotros ya no estamos chujeando mucho dice la comadrona porque hay muchas personas que se están muriendo en el chuj, dice ella eso es lo que nos dice en las capacitaciones que estamos recibiendo nosotros que ya ni que se chujé a las mujeres porque las señoras a veces se desmayan porque si es cierto es realidad si la persona no come, si no tiene algo para comer o no es suficiente la comida o no le pasa la comida.

Caso 1 E1: En el chuj vale más en el caso mío cuando me baño solo así en agua caliente me agarra el dolor del estómago, cuando me baño en el chuj (Temazcal) ahí si es bien tranquilo porque el cuerpo bien caliente y así también incluso nos bañamos en agua caliente pero yo siento que no es igual.

Caso 1 E1: Así más que todo se ha hecho un ollo ahí se hecha la leña y después de cuando ya termina la leña ya solo la brasa queda y de ahí ya entramos nosotros y nos chujeamos adentro como el vapor cuando viene el vapor, o sea que nos sudamos, nos sudamos y de ahí nos empezamos a bañar con agua caliente.

Caso 3 E2: Ahora que estoy embarazada me baño en el temazcal, hasta ahora porque antes de estar embarazada yo calentaba mi agua pero ahora si no me baño en el temazcal me empieza a doler el estómago; por eso entro dos veces por semana porque dice mi abuelo que qué si me meto más quema al bebé.

Caso 4 E1: En temazcal la comadrona me comienza a sobar unos 15 minutos también me arregla mi bebé y después me baño normalmente.

Caso 6 E1: Cada ocho días porque si me entro mucho al temazcal se puede ahogar el bebé me dice la comadrona.

Caso 6 E2: La comadrona utiliza jabón negro la siguiente vez aceite de oliva y así sucesivamente desde los seis meses fui a habla a la comadrona y desde ahí empecé a entrar en el temazcal pero solo a vapor porque no tan fuerte porque no es bueno solo con vapor como si fuera agua caliente.

Caso 7 E1: En el temazcal entro cada ocho días ya que viene la comadrona primero lo que yo hago es calentar el temascal y el agua ya está caliente cuando viene la comadrona entramos gateando al temascal la comadrona me chujea Sakche.

5.9. Influencias

Caso 1 E1: Pues el caso de nosotros como desde el principio se ha venido con los ahuelos más que todo es la que nos enseñaron desde el principio no es que nosotros lo aprendimos ahora es se ha venido durante el tiempo desde los ahuelas más que todo, más que todo eso es una costumbre pero más que todo en el caso de nosotros tenemos que entrar en el chuj.

Caso 1 E2: Nosotros aquí no es porque acaba de iniciar esto no desde el principio se ha venido dando adelante los ahuelas los antiguos más que todo que sí es necesario como nos dice pues ahora como dice ahora ya no es mucho entra uno en el chuj, pero es que ya nos acostumbramos.

Caso 1 E1: No tomas los prenatales porque los prenatales engordan mucho al bebé dice mi suegra.

Caso 5 E1: mi mamá me ha recomendado de las comadronas cuando por ejemplo ya tengo tres meses de embarazo entonces ya es tiempo de ir a visitar a la comadrona, contratar la comadrona que me venga a ver pues la comadrona viene cada quince días.

Caso 7 E2: La comadrona ella me dice como esta mi bebé porque atiende mucha señoras porque mi suegra me recomendó la comadrona siempre ella le atendió el parto a ella y nunca le paso nada.

Caso 7 E3: Cuando uno tiene siete u ocho meses ya no tenemos relaciones sexuales porque mi suegra me dice que le puede ser daño al bebé.

VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS.

6.1. ANALISIS

6.1.1. Alimentos que consume la gestante

Una mujer embarazada debe consumir una alimentación completa, saludable, variable y culturalmente aceptable por el perfil epidemiológico de las gestantes, así como la accesibilidad y disponibilidad de los alimentos, los hábitos culturales y el poder adquisitivo de las gestantes.

“Los factores culturales puede ejercer una influencia importante, en especial en ciertos sectores de la población de los países en desarrollo. Muchas creencias prohíbe la ingestión de determinados productos durante el embarazo, dando lugar a tabús y restricciones que varían mucho de unos lugares a otros, incluso en zonas muy próximas.”³⁸

Las necesidades nutritivas maternas durante el primer trimestre el feto es pequeño y los requerimientos nutritivos de la madre son ligeramente superiores a los de un individuo normal; Los tres últimos meses de embarazo constituyen un periodo de ganancia de peso para la gestante.

“El estado nutricional de la mujer cuando se queda embarazada y durante el embarazo puede tener una influencia importante en los resultados sanitarios del feto, el lactante y la madre. La deficiencia de micronutrientes como el calcio y el hierro, la vitamina A o el yodo puede producir malos resultados sanitarios para la madre y ocasionar complicaciones en el embarazo, poniendo en peligro a la madre y al niño.”³⁹

Un aumento insuficiente del peso de la madre durante el embarazo debido a una dieta inadecuada aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y defectos congénitos.

³⁸ Organización Mundial de la Salud Serie de Informes Técnicos No. 302 La nutrición durante el embarazo y la lactancia. Ginebra. 1965. Pág. 12 y 13. Consultado 30 de mayo de 2014. whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_302_spa.pdf

³⁹ Organización Mundial de la Salud. Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo. Fundamento biológico, conductual y contextual. Universidad de Tufts. Estados Unidos y Universidad de Sidney (Australia). Julio de 2013. Consultado 07 de Abril de 2014. Disponible en: www.who.int/elena/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/es/

El estado nutricional de la gestante ejerce una influencia decisiva en el bienestar del hijo o hija que va a nacer. En consecuencia, es importante tanto el estado nutricional previo, como la adecuada ganancia de peso durante la gestación, por cuanto esta es la medida más certera para prevenir el bajo peso al nacer. Es común escuchar por parte de la abuelas, madres que al quedar en período de gestación se debe comer por dos, lo que favorece que ellas aumenten de peso de manera excesiva. Por tal razón las gestantes se cuidan mucho con relación a su peso.

a) Los alimentos y los nutrientes

Alimentos (OMS) Sustancia o producto de carácter natural o artificial apta para el consumo humano. Es cualquier sustancia que aporta la materia y la energía necesaria para realizar nuestras funciones vitales.

Nutrientes (OMS) Son componentes químicos de los alimentos que se pueden utilizar una vez se han ingerido y se han absorbido. Comprende los factores dietéticos de carácter orgánico e inorgánico contenido en los alimentos y que tiene una función específica en el organismo.

Existiendo dos clases de nutrientes: Nutrientes mayores (Macronutrientes) y nutrientes menores (Micronutrientes).

• Nutrientes mayores

Son aquellas que el cuerpo necesita en mayores cantidades siendo éstos: Carbohidrato, proteínas y grasas.

- Carbohidrato: son los que proporcionan energía, indispensable para el funcionamiento y desarrollo de las actividades diarias; por ejemplo: caminar, trabajar y estudiar. Los alimentos fuentes de carbohidratos son; granos, cereales, papas, pan, yuca, plátano, azúcar entre otros.
- Proteínas: Su función principal es la formación de todos los tejidos en el organismo, por ejemplo: músculos, cabello, piel y uñas, entre otros. Además son necesarios para el crecimiento adecuado. Las proteínas pueden ser de origen:
 - Animal: entre ellas están todo tipo de carne, leche y huevo.

- Frijoles, soya, así como las mezclas de harina (incaparina y otros similares).
- Grasas: Son una fuente concentrada de energía, Son constituyentes de la pared celular, ayuda a la formación de hormonas y membranas. Útiles para la absorción de las vitaminas liposolubles. Las grasas pueden ser de origen.
 - Animal: como la manteca de cerdo, crema, mantequilla entre otros.
 - Vegetales: aceites y margarinas.

- **Nutrientes menores**

- Vitaminas: Ayuda a regular las diferentes funciones del organismo. El cuerpo humano solo las necesita en pequeñas cantidades, pero si no se consume afecta la salud del individuo. Las vitaminas se encuentra en pequeñas cantidades en casi todo los alimentos, principalmente en las frutas, hierbas, verduras y productos de origen animal.
- Minerales: Al igual que las vitaminas, los minerales se necesitan en pequeñas cantidades. Estos forman parte de los tejidos y participan en funciones específicas del organismo.

El nivel económico de las gestantes es bajo por lo que refieren consumir solo dos porciones de alimentos durante el día cuando sus requerimientos nutricionales son altos y al mismo tiempo indica consumir poca proteína de origen lo que da como resultado una malnutrición por déficit de alimentos adecuados.

“El incremento de peso al final del embarazo debe oscilar entre 9 y 12 kilogramos. Tan perjudicial es para la gestación un aumento excesivo como un escaso incremento.”⁴⁰

“San Bartolo Aguas Calientes, es un municipio que en su mayoría de habitantes 65% se dedican al desarrollo agrícola, mientras que un 35% se dedica al comercio. El ingreso diario oscila en Q. 50.00 siendo un promedio de Q. 1,000.00 mensuales, habiendo personas que obtienen mayor ingreso por dedicarse al comercio. Es importante mencionar que este

⁴⁰ Berutí, Ernesto. Instructivo para embarazadas. Hospital Universitario Austral. Pág. 5. Disponible en <http://www.hospitalaustral.edu.ar/wp-content/uploads/2014/10/embarazadas.pdf> Consultado el 25 de abril de 2015.

municipio se sostiene económicamente para su desarrollo con ingreso de sus baños termales."⁴¹ Hay personas que obtienen mayor ingreso por dedicarse al comercio. En este municipio la población no recibe el salario mínimo establecido en la Constitución Política de Guatemala debido a que se dedican más a la agricultura en sus propias tierra o alquiladas. En algunas ocasiones migran por el nivel económico precario y al regresar traen hábitos alimenticios de otros países, consideran que las comidas rápidas es el mejor alimento.

"La proteína su principal función es la formación de todos los tejidos en el organismo, por ejemplo músculo, cabello, piel, uñas, entre otros. Además son necesario para el crecimiento adecuado."⁴²

Las gestantes manifiestan consumir hierbas pero por las épocas del año en ocasiones no se consigue por lo que no pueden consumir teniendo como fuente más cercana. El uso tradicional de ciertas hojas de color verde oscuro entre comunidades rurales es otra práctica benéfica que se debe estimular. Estas hojas son fuentes ricas de caroteno, ácido ascórbico, hierro y calcio; además, contienen cantidades útiles de proteína.

En las diferentes visitas domiciliarias realizadas a las gestantes manifiestan consumir frutas y verduras todos los días pero lo que se pudo observar es todo lo contrario. Por lo que se encuentra latente el círculo vicioso de la desnutrición en la cual nacen recién nacidos de bajo peso. Es el RN con un peso menos de 2,500 gramos al nacer y restricción del crecimiento intrauterino pequeños para edad gestacional estableciéndolo de acuerdo a la curva de peso para edad gestacional, y corresponde a la del recién nacido que se ubica por su peso debajo o en el percentil 10 en relación a la edad gestacional.

6.1.2. Realización de ejercicio

El estudio realizado ha establecido que las gestantes tienen sus propias prácticas ancestrales, dentro de ellas el evitar realizar ejercicio estos cuidados se han transmitido de generación en generación, manifiestan no realizar ejercicio porque tiene la creencia de causar algún daños al feto provocando un aborto o parto prematuro.

⁴¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria de labores. San Bartolo Aguas Calientes 2012.

⁴² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Et al. Guías Alimentarias para Guatemala. Marzo 2012.

“El ejercicio regular durante el embarazo, a partir del segundo trimestre, ayuda a controlar el peso, prepara para la experiencia física del parto y contribuye a una pronta recuperación después del nacimiento. Se aconseja los deportes que no impliquen un esfuerzo intenso o movimientos bruscos. Así por ejemplo la caminata y natación. Deben en cambio evitarse los que exigen un esfuerzo corporal excesivo, como por ejemplo el tenis, el esquí. No se debe iniciar deportes a los que no se esté acostumbrada.”⁴³

En cuanto a la práctica de ejercicio físico “éste mejora la condición cardiovascular y muscular, así mismo disminuye las molestias digestivas y el estreñimiento, aumenta el bienestar psicológico reduciendo la ansiedad, la depresión y el insomnio y crea hábitos de vida saludables.”⁴⁴

Lienferman (2000)⁴⁵ documentó los efectos benéficos de la actividad física antes de la gestación y durante ella sobre el pronóstico del embarazo y el feto, mostrando que las mujeres que se ejercitan tienen hijos con peso más adecuado, y además las gestantes que realizan actividad física recreacional tienen una reducción del riesgo de preeclampsia de un 35%.

Los actuales centros para el control y la prevención de Enfermedades y del Colegio Americano de Medicina deportiva la recomendación para el ejercicio, “cuyo objetivo es mejorar la salud y el bienestar de las mujeres sugiere que una acumulación de 30 minutos o más de ejercicio moderado al día, si no todo, los días de la semana se recomienda para mujeres embarazadas. Caminar es una de las formas más fáciles y más accesibles de ejercicio, por lo tanto se recomienda a todas las mujeres sanas.”⁴⁶

⁴³ Op. Cit. Berutí, Ernesto. Instructivo para embarazadas. Hospital Universitario Austral. Pág. 6.

⁴⁴ Palacios Gil Altuñano. Beneficios del ejercicio físico durante el embarazo. Citado por: Blanca Jeannette Redon pág. 71

⁴⁵ Lowdermilk D, Perry S. Bobak I Enfermería Materno Infantil, Editorial Océano, Barcelona 2000. citado en: Forma de cuidarse las gestantes Adolescentes y adultas de las comunas una y cinco en Santa Marta. Pág. 34 Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4788141.pdf

⁴⁶ Centro para la salud y la educación de la mujer. Boletín práctico clínico y de gestión para proveedores de atención médica. Educación subyacente prevista de Salud de la Mujer y el Centro de Educación. Consultado: 02 de mayo de 2015. Disponible en: <http://www.womenshealthsection.com/content/obssp/obs031.php3>

El aumento de peso excesivo durante el embarazo puede dar lugar a las comorbilidades asociados a la obesidad.

6.1.3. Reposo

En los diferentes testimonios las gestantes manifiestan reposar de una o dos veces al día. Ninguna de las gestantes entrevistadas ejecuta un trabajo formal.

“El feto crece y se desarrolla de día y de noche, de tal manera que su metabolismo no se desacelera al llegar la noche. Esto significa que la madre suministra al feto alimento y oxígeno sin interrupción, por lo cual no puede frenar su metabolismo, lo que se deja a menudo en incapacidad para dormir.”⁴⁷

El descanso, es una herramienta natural para conservar las energías y evitar la fatiga durante el período de gestación, partiendo del hecho que se modifican algunas funciones del organismo y que la sensación de cansancio y fatiga es normal durante este período, por este motivo la madre debe tener períodos de descanso, recostarse en un sillón, cómodo, o haciendo siestas y durmiendo ocho horas diarias, aunque puede resultar difícil dormirse o el sueño puede ser irregular a lo largo de los nueve meses.

“En común que durante el primer trimestre la gestante no pueda resistirse al sueño, por el contrario en el transcurso de los últimos meses resultará un poco más difícil conciliarlo. A partir del quinto o sexto mes, estas condiciones ideales desaparecen paulatinamente, hay más dificultades para encontrar una postura para dormir confortablemente. Es probable que se produzcan pesadillas durante la noche los movimientos del bebé no permiten a la madre dormir.”⁴⁸

También es necesario que la gestante atienda sus necesidades de descanso y duerma más de seis horas durante la noche y tome períodos de descanso durante el día.

⁴⁷ Stoppard, Miriam. Nuevo libro del embarazo y nacimiento. Bogotá. Facultad Ciencias Médicas Edición Norma. 2000 pág. 140-141 books.google.es/books?isbn=9580458499

⁴⁸ Vasquez Munive, Mirith Marina. Comparación de las prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con sus hijos por nacer gestantes adolescentes y gestantes adultas, residentes en las comunas uno y cinco de la ciudad santa marta. Tesis para optar el título de Magister en enfermería con énfasis en cuidado Materno-Perinatal Universidad Nacional de Colombia. 2006. Citado por Blanca Jeannette Rendón Pág. 68

Olds (2000)⁴⁹, En su libro Enfermería Materno infantil, manifiesta que el colegio Americano de obstetricias, recomienda que la gestante duerma más de ocho horas, siempre en decúbito lateral izquierda, descansa durante el día.

6.1.4. Cuidados (No levantar cosas pesadas)

“Al realizar un esfuerzo físico considerable, hay un compromiso de todo el organismo, porque también se verá afectado el útero y el feto. A medida que progresa el embarazo, la mujer está menos capacitada para realizar ejercicios físicos, así como para levantar pesos, subir escaleras, puesto que el gasto cardíaco, las pulsaciones y el consumo de oxígeno es mayor que en caso de no existir embarazo.”⁵⁰

En los diferentes testimonios las gestantes manifiestan que tiene el conocimiento de no realizar actividades en las cuales implique levantar cosas pesadas, pero por lo que ellas indicaron para ella cosas pesadas consiste en ir leñar, o ir a trabajar con el esposo en el terreno calzar la siembra.

6.1.5. Higiene personal

Es la ciencia de la salud y su conservación. El término también se refiere a las prácticas que conducen a una buena salud. La buena higiene personal es importante para la salud general de la gestante. Además, suele referirse a las medidas que toma una persona para conservar su piel y apéndices. La piel sana, sin alteraciones, es la primera línea de defensa del cuerpo contra infecciones y lesiones de los tejidos subyacentes. La piel también es importante para la regulación de la temperatura del organismo además, es un medio para la excreción de sus desechos.

La piel está formada por dos capas principales: una externa delgada o epidermis, y la interna más gruesa o dermis. Debajo de esta capa se encuentra el tejido subcutáneo y el

⁴⁹ Olds S. London M. Enfermería Materno Infantil, Editorial Interamericana VI edición. Madrid 2003. Citado por Forma de cuidarse las gestante adolescentes y adultas de las comunas uno y cinco de Santa Marta. Disponible <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/690/649>

⁵⁰ Cuixarf, Silvia Nogareda et. al. Carga de trabajo y embarazo. Instituto de trabajo y asuntos sociales España. Consultado el 10 de Julio de 2014. www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/.../ntp_413.pdf

adiposo. La epidermis en sí tiene cuatro capas en todas las regiones del cuerpo, excepto las palmas de las manos y las palmas de los pies.

Pelo es el término que se aplica a los apéndices filiformes de la piel que abunda en el cuero cabelludo, y la área pubis y axila. La raíz, el pelo recibe su nutrición de la sangre que riega los tejidos de la piel.

Los cuidados personales durante la gestación proporcionan comodidad, y están destinados a cuidar la salud del binomio madre-hijo. La relevancia del adecuado aseo de genitales está comprobado al establecer que la primera causa de amenaza de parto pre término son las infecciones de vías urinarias, provocadas por el aseo inadecuado de los genitales y que muchas de las rupturas prematuras de membranas obedecen igualmente a las infecciones de vías urinarias y al uso de duchas vaginales en menos proporción.

En los diferentes testimonios de las gestantes refirieron que desde sus ancestros el uso del temazcal es un elemento terapéutico especial en el período de gestación ya que según su creencia las protege de varias enfermedades el más mencionado por las gestantes es que el bebé no se enfría. Por costumbre el baño lo realizan cada tres, cuatro o hasta los siete días en el temazcal acompañada de la comadrona.

6.1.6. Vestuario y cambio de ropa

“La embarazada debe evitar cualquier tipo de ropa o accesorios que impida el movimiento o la circulación. No debe utilizar cinturones apretados o medias que aprieten las piernas o que opriman el abdomen. Es importante evitar aquellas prendas que restrinjan la circulación de las extremidades inferiores, como los ligeros redondos y las medias que presionan mucho. Esto puede agravar las varices, causar edema de piernas y pies, y produciré estasis venosa.”⁵¹

La población de la aldea Tierra Blanca conserva la utilización del traje típico en especial las mujeres, dichos trajes contienen diferentes texturas pero en su mayoría de veces es grueso. Las gestantes realizan diversas actividades cotidianas y en el proceso de embarazo aumenta la producción de sudor. En las participantes se observa un déficit de

⁵¹ Reeder. Sharon. Op. Cit. pág. 428.

higiene personal que afecta a una salud óptima del binomio madre-hija. Favoreciendo la proliferación de microorganismos dando lugar a altas tasas de morbilidad materna. De ahí la importancia del cambio de ropa, las gestantes hacen énfasis que utilizan la ropa más floja es uno de los aspectos en que las gestantes refirieron más atención, porque existe la creencia de que pueda generar daños y malformaciones en el bebé al mismo tiempo indican que no se permite que se mueva libremente; por lo que utilizan su faja para sostener el corte más floja para permitir los movimiento adecuados del bebé.

6.1.7. Visitas al servicio de salud

Durante el siglo XVII se creía que el cuerpo humano estaba constituido por 4 humores: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra, y que la salud provenía del equilibrio de éstos. También, debido a la alta tasa de morbilidad y mortalidad materna, se creía que en el embarazo era una enfermedad y, por tanto debía ser tratado como tal. Razón por la que, durante este siglo, el único tratamiento antenatal fue la exanguinación, la cual se practicaba realizando una incisión con bisturí o con una lancera a nivel de una vena y dejando que salieran de 500 a 1000cc de sangre. Esta terapia fue utilizado de rutina, entre una y tres veces, en las mujeres embarazadas de algún pueblo de Austria y Baviera. El caso más representativo lo constituyó el de la reina Carlota, de Inglaterra, en 1762, quien durante si primer embarazo presentó mareos, palpitaciones, disnea y dolor en hipocondrio, por lo que su cirujano le practico la exanguinación de 6 onzas.

La idea del control prenatal regular fue John William Ballantine (1861.1923), En 1993, en Inglaterra, quien después de publicar importantes trabajos acerca de las enfermedades y deformaciones del feto, sugiere crear un “hotel pro-maternidad”, con el fin de estudiar la filosofía y la calidad del embarazo. Sin embargo, la primera clínica para control prenatal ambulatorio fue creada por Haig Ferguson (1862-1934), en 1915, en Edimburgo, que sirvió de modelo para todas las demás clínicas de control prenatal en Reino Unidos.

El desarrollo y divulgación general de la atención prenatal en Inglaterra y parte del mundo occidental, se debe principalmente a Janet Campbell, quien fue la responsable de iniciar el Servicio Nacional de Clínicas Antenatales y uniformar los parámetros de visita y rutina que se debían seguir durante el control prenatal. Gracias a su trabajo, se logró que del 40% de las embarazadas que recibían control prenatal antes de la segunda guerra mundial se pasara a 100% después de la misma (O`Dowd and Phillipp, 1994).

El control prenatal se define como el cuidado que proporciona el equipo de salud a la mujer gestante, con el objetivo de garantizar las mejores condiciones de salud para ella y el feto durante la gestación y, posteriormente, una óptima atención del parto. Esta actividad debe ser una responsabilidad de carácter institucional, a través de un grupo pequeño y estable de profesionales de la salud, adecuadamente capacitados, que se presta una atención directa a la gestante; que permita integrar la atención brindada antes del embarazo con la actual, durante la gestación, y luego con el parto y postparto.

Las normas de atención del primero y segundo nivel las cuales mencionan que son cuatro controles como mínimo el primero alrededor de las doce semanas, segundo alrededor de las veintiséis semanas, el tercero cerca de las treinta y dos semanas y el cuarto entre las treinta y seis y treinta y ocho semanas de gestación. Lo recomendable es que la gestante inicie antes de las 12 semanas su primer control prenatal e incluso es recomendable que asista a un servicio de salud previo a embarazarse para prepararse para este período tan importante para el binomio madre e hijo con estas acciones se estaría previniendo complicaciones.

En algunas ocasiones las gestantes realizan el control prenatal al final del embarazo, únicamente para verificar la presencia del feto antes de ser atendido en la casa. Debido a la falta de confianza y vergüenza hacia el personal de salud, a pesar que ha aumentado el número de embarazadas que asisten a las instituciones de salud, aún siguen buscando a la comadrona, quien generalmente es una persona adulta mayor, habla el mismo idioma, llega a atender a la casa, la mayoría de ellas es analfabeta o con nivel educativo bajo, pero comparte la misma cultura y las formas de cuidar. Dichos aspectos son confirmados por Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011/2012, el cual indica que “el papel de las comadronas están 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.”⁵²

⁵² Informe Nacional de Desarrollo Humano. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala. 2011/2012. Pág. 71 citado por Tistoj Cush, Yolanda Josefina. Estudio titulado Factores relacionados con el autocuidado que practican las embarazadas que asisten al centro de atención permanente de Nahuala municipio del departamento de Sololá. Abril 2013. Pág. 42.

Al mismo tiempo las gestantes manifiestan en su testimonio asistir a los servicios de salud y con la comadrona refiriendo que es importante tener dos opiniones y estar seguras acerca del estado de salud de su hijo y de ella, al mismo tiempo desean que su hijo esté y nazca bien, anhelando que las examinen bien, otras refieren que quieren confirmar la presentación de su hijo para que el parto sea atendido en casa. Usualmente acostumbran a realizar controles prenatales, lo cual es positivo ya que se puede realizar un diagnóstico oportuno.

6.1.8. Control prenatal con la comadrona

Una comadrona tradicional ha sido definida por la Organización Mundial de la salud “una persona (por lo general una mujer) que ayuda a la madre en el parto por si misma o trabajando con otras comadronas tradicionales.”⁵³

“Aun así la Comadrona Tradicional representa un valioso recurso en el sistema de salud del país, son ellas las encargadas de atender una gran parte de los partos en las áreas rurales, además de proporcionar seguimiento a las pacientes durante el embarazo a través del control prenatal y en el post parto con visitas domiciliarias. Esto hace hincapié en la necesidad de capacitación especializada, oportuna y con pertinencia cultural a las personas que tienen el oficio de Comadronas Tradicionales.”⁵⁴

Organización y recurso de la medicina maya Itonil, Iyom (comadrona) para la atención del parto tiene significado social y no solo en el nacimiento; la familia realiza una función y la comadrona organiza. Para atender una gestante la comadrona tiene que tener el destino o don y los conocimientos. Después del parto se atiende a la mujer y su hijo/a durante tres o cuatro baños. Alrededor del nacimiento se mantienen prácticas particulares: tratamiento de placenta, cordón umbilical, la familia se distribuye tareas.

⁵³ Organización Mundial de la salud, Informe para la revisión y análisis de la información citado por Elena Hurtado Estudio de las características y prácticas de las comadronas Tradicionales en una comunidad indígena de Guatemala.

<http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2011/etGuate/10.pdf> consultado Mayo 2014

⁵⁴ Chávez Colon, Keren Susana. Conocimientos y Prácticas de las comadronas Tradicionales del Centro de Salud de Antigua Guatemala acerca del control prenatal. Tesis de Licenciatura en enfermería. Universidad de San Calos de Guatemala- Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 2006. Pág.3. Consultado Mayo 2014.
www.eneg.edu.gt/sites/.../Karen%20Susana%20Chavez%20Colon.pdf

Durante el parto el esposo sostiene a la esposa, apoyando la mamá o la suegra u otro familiar. La comadrona prepara los instrumentos la ropa del bebé y de la madre en algunas ocasiones agua de plantas medicinales y el temazcal.

“A partir del tercer mes de embarazo las mujeres acuden una vez al mes a la partera para asegurarse que su bebé se encuentra en la posición correcta, es decir, con orientación cefálica. Para diagnosticar su posición, la partera presiona el vientre de la mujer y detecta la cabeza. El reposicionamiento se produce a través de la manipulación y arrastre del bebé, y puede durar cuarenta, cincuenta minutos, o más. La sesión incluye también masaje en otras zonas, piernas, brazo y espalda.”⁵⁵

En Guatemala las mujeres indígenas buscan ayuda de la comadrona, ella juega un papel importante en la salud materna y neonatal del país, es una persona con experiencia que pertenece a la comunidad, que aprendió de acuerdo a sus intereses y necesidades quienes son madres de familia también y que tienen entre siete y diez hijos; son aceptadas y reconocidas por las personas del lugar en donde residen, ellas responden a aquellos estímulos que le permiten practicar lo aprendido apoyar a las mujeres de su comunidad a resolver su trabajo de parto y brindar consejería en salud reproductiva.

En la comunidad indígena K'iche` se le da el nombre de comadrona a las mujeres encargadas del cuidado de las gestantes aunque ellas no tiene ninguna educación profesional al respecto; las comadronas son mujeres mayores de la comunidad que han recibido el legado de sus madre y abuela, algunas otras comadronas indicado que es un don ya que han soñado atender a una mujer en su trabajo de parto y al mismo tiempo recibir al bebé. Cuentan con una gran aceptación y credibilidad en las comunidades para las gestantes es indispensable consultarlas durante el período gestacional para estar seguras y tranquilas con respecto a la evolución de su embarazo y el bienestar de su hijo. Las gestantes acude con la comadrona para “sobarse la barriga” para que el bebé no se atravesase así evitar la cesaría.

⁵⁵ Asociación de investigaciones Etno-Antropológicas y Sociales de Trieste Videomante Onlus Unidad de Ciencias Sociales. Centro de Investigación Regional. UADY. Consultado el 10 de Enero 2015. Disponible en: <http://www.mayas.uady.mx/exposiciones/exp11.html>

Entre los factores que menciona Leininger en su modelo del sol naciente, se puede hacer referencia a los valores cultural aprendidos y compartidos derivados de las creencias y estilos de vida que pasan de generación en generación dentro del contexto ambiental, dando sentido a las expresiones humanas, a las interpretaciones simbólicas y de vida que favorecen un estado de bienestar en las prácticas de cuidado cultural dadas en las diferentes culturas. “La diversidad de cuidado se refiere a las diferencias o variaciones entre los seres humanos con respecto a los significados, patrones, valores, estilos de vida, símbolos y otras características del cuidado cultural relacionadas con proporcionar beneficios de cuidado a los pacientes de una cultura designada.”⁵⁶

6.1.8.1. Sobada

A partir del tercer o cuarto mes las gestantes acuden a solicitar a la comadrona para que las atienda, las comadronas llega al domicilio de la gestante en cada visita la comadrona deja fecha de la próxima visita es para que las gestantes ya tengan preparado el temascal ya que la sobada se lo realizan después de chujearla (atraer el vapor con una planta), la frecuencia depende de la edad gestacional de la paciente; entre las 20 a 30 semanas a cada mes 30 días de 30 a 40 semanas a cada quince días algunas comadronas refirieron a cada ocho días.

Las mujeres refieren que las comadronas les indican cómo se encuentra el bebé si es la posición correcta, es decir para diagnosticar su posición, las comadrona presiona el vientre de la mujer para detectan la cabeza. Si ésta ubicada a la derecha, a la izquierda, arriba o abajo con respecto al ombligo, es necesario componer al bebé; es decir, llevarlo hacia el centro del vientre con la cabeza hacia abajo El reposicionamiento se produce a través de la manipulación y arrastre del bebé, y puede durar 20 minutos o más en cada sesión.

La sobada se realiza dentro del temascal después de haber atraído el vapor con una planta las comadronas refieren que atraen el vapor por 10 minutos para que los huesos de la mujer se suavicen con el calor acompañado con el jabón de coche o en su efecto aceite de oliva e indica diagnosticar la posición del feto. Se efectúa para acomodar al feto de realiza dentro del temascal en el suelo, sobre pino. Las mujeres se encuentran en posición supina y

⁵⁶ Leininger M. Transcultural al Nursing Concepts, Theories, Research & Practices, New York, McGraw-Hill, Inc. College Costom Series, Second Edition. 1,995.

la comadrona se encuentra a su lado hincada. La sesión comprende también un masaje en otras zonas desde la cabeza, hombros, brazos, espalda y les levantan las piernas para que puedan masajearlas de abajo hacia arriba.

Las comadronas indican que cuando el feto tiene una posición errada, que se explica por los esfuerzos habituales que las mujer realiza durante sus actividades diarias. Si la comadrona localiza al feto en una posición adecuada, procede de todos modos a sobarla, la intención de mantener la posición cefálica porque refieren que si no lo realizan el feto puede perder la posición adecuada; las comadronas al mismo tiempo les indican a las gestantes si se deben acostar de su lado derecho o izquierdo.

La sobada para componer al niño es, por lo tanto una práctica compleja que cumpla distintas funciones la de posicionar, o la de mantener y la de prevenir. Es una forma de control físico y al mismo tiempo de control simbólico de la salud de la mujer y del bebé. Sometiéndose con regularidad a la sobada, las mujeres, permiten efectivamente que el ojo experto de las parteras vigile el desarrollo del embarazo y al mismo tiempo se mitigue psicológicamente temores difundidos con el de la cesaría, el del aborto o el de un parto con complicaciones. La sobada es, desde esta perspectiva, un mecanismo importante de sostén emotivo que evita que las mujeres tengan que afrontar situaciones de angustia (Jordan,1983, 1989, Good, 1995).

Para verificar la saturación de la información se realizó entrevista a las comadronas lo cual refieren que en su mayoría la sobada la realizan después de chujeada (jalar el vapor por unos 20 minutos) y después continúan con la sobada adentro del temazcal

6.1.8.2. Bajo

Comadrona refiere realizarlo porque el bebé se enfría adentro por lo que se puede enfermar o la gestante padecer de muchos dolores, tomando en cuenta que la boca es uno de los órganos más contaminados del ser humano lo cual puede predisponer a la patología

6.1.8.3. Uso del temazcal

El baño de vapor indígena, comúnmente se le conoce en el área con el nombre de Temazcal, cuya voz proviene del náhuatl temascalli: -Tema- baño y Cali-casa (Cresson

1938; 954). En Guatemala recibe los siguientes nombres: Chu en el área Kacchí, Chuj en área Mam y Tuj en el área Quiché.

El empleo generalizado del término temazcal, no significa por supuesto que su introducción en el área Maya se ha producido a partir de la influencia náhuatl, sino que éste como otros términos, lo introducen los españoles del periodo colonial. Luego las diferentes comunidades le dan un nombre propio de acuerdo a sus diferentes demarcaciones geográficas lingüísticas, como hemos visto anteriormente.

Historia del temascal en Mesoamérica y Área Maya: al respecto la teoría más aceptable hasta el momento es que el hombre llegó a América utilizando la vía de paso de Estrecho de Behring, desarrollando una cultura si no ajena, un tanto distinta a la del viejo Mundo Kirchhoff (1960), dice que el baño de vapor indígena es un elemento característico de la cultura Mesoamérica, rasgo que compartió con algunos grupos de cultura de cazadores. Recolectores del Norte y Sur de América, el baño de vapor, como se ha planteado, llegó a Mesoamérica como parte de esa difusión desde el Noroeste de Europa.

Antes de la llegada de Cristóbal Colón, algunos navegantes, pudieron llegar a las costas orientales de América, sea voluntariamente o en forma accidental. Tales contactos no fueron lo suficientemente trascendental tales para poder modificar de una u otra manera la evolución de la civilización indias. Esta hazaña no pasó de ser un acto puramente occidental, sin consecuencia para la evolución de la cultura (Rivet: 1960, 56).

El baño de vapor indígena es una costumbre antigua y de uso común en América, es posible que su uso se deba a un desarrollo regional que llegó a Mesoamérica con la primera migración que ocuparon, extendiéndose hacia las zonas periféricas.

Girón (1985)⁵⁷ realizó un estudio titulado El temascal un estudio arqueológico y su trascendencia contemporánea, mediante diseño cuantitativo, descriptivo, exploratorio y transversal, concluye con respecto al origen del baño a vapor, ninguna de las teorías planteadas son contundentes porque no tiene el suficiente número de pruebas y argumentos valederos, el uso viene desde época pre-hispánica y a pesar de este largo tiempo y al

⁵⁷ Girón Méndez, Idalia de Jesús El Temascal un estudio Arqueológico y su Trascendencia Contemporánea. Arqueóloga en el grado de Licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala. Septiembre 1985.pág. 99

sometimiento e influencia de la cultura occidental, el tuj continua siendo utilizado como un valioso recurso terapéutico, en especial en la mujer en período de embarazo, parto y post parto al mismo tiempo es un valioso recurso en la medicina tradicional. Un baño a vapor cuyo calor es relajante, pasa los 35 grados centígrados, produce dilatación a plenitud de los capilares y abre los poros, aumenta el calor del cuerpo y acelera el pulso, la elevación de la temperatura del cuerpo.

Entre las actividades de autocuidado más comunes referidas por las embarazadas está el baño en el temazcal (baño de vapor acompañado de sacudidas con plantas, sobadas, masajes y para finalizar un baño con agua caliente) generalmente lo realizan por las tardes para acostarse y ya no encontrar el frío.

6.1.9. Influencia

Culturalmente en las comunidades del área rural son los hombres quienes deciden cuántos hijos debe tener la mujer, y quien debe de cuidarla en cualquier estadio de la gestación y si debe o no acudir a los servicios de salud, por lo que la mujer depende esencialmente de los conocimientos que tenga su pareja en cuanto a lo que se refiere a la salud reproductiva, la ocurrencia de partos atendidos en el domicilio es de 68% y quienes atienden los partos en su mayoría son comadronas, para un 60% a nivel nacional.

6.2. CONCLUSIONES

- 6.2.1.** El estado de la gestante crea necesidades nutricionales más altas, en el estudio realizado se ha logrado evidenciar en ellas un patrón alimenticio inadecuado, ya que su alimentación se da a base del consumo de carbohidratos sin establecer variaciones en su alimentación, razón por la que se presenta una deficiencia en el consumo de proteínas, frutas, verduras así como de micronutrientes como calcio, hierro, yodo y vitaminas; de lo que se origina consecuencias negativas en el desarrollo del embarazo y complicaciones en el parto poniendo en peligro al binomio madre e hijo. Existiendo un riesgo elevado en predisponer a una futura anemia o desnutrición, o bien agravar la existencia de dicha patología, empeorando el círculo vicioso de la desnutrición en el cual los recién nacidos reflejan secuelas a causa de la malnutrición.
- 6.2.2.** El estudio realizado ha establecido que las gestantes tienen sus propias prácticas ancestrales, dentro de ellas el evitar realizar ejercicio estos cuidados se han transmitido de generación en generación, manifiestan no realizar ejercicio porque tiene la creencia de causar algún daños al feto, provocando un aborto o parto prematuro, circunstancia que se ha demostrado en otros estudios que realizar ejercicio moderados es beneficioso.
- 6.2.3.** Las gestantes manifiestan que evitan hacer oficios que requieran de ellas un esfuerzo físico mayor tal como cargar cosas pesadas ya que al realizar dicha actividad puede comprometer el proceso de gestación, lo que puede dar como resultado alguna complicación materna o fetal.
- 6.2.4.** Los cuidados personales durante la gestación proporciona comodidad, y están destinados a cuidar la salud, en el estudio realizado se determinó una inadecuada higiene siendo las causas de altas tasas de morbilidad como infecciones de vías urinarias. No existe ninguna contraindicación para la realización del baño diario, sino por el contrario tiene muchos beneficios ya que durante el embarazo existe una disminución de las respuesta inmunológica,

pero, en el estudio se estableció que las gestantes no realizan el baño diario por sus creencias y costumbres el baño lo realizan en el temazcal incluyendo la intervención de la comadrona, realizándolo dos veces por semana o en su efecto una vez por semana circunstancia que indican que si lo realizan diario se enfría el feto.

- 6.2.5.** Se observa un déficit en el cambio de ropa de las gestantes refiriéndose que el cambio de la vestimenta lo realizan cada tres días siendo la idiosincrasia, como el conjunto de elementos personales y sociales que determina las prácticas de autocuidado de las gestantes.

- 6.2.6.** Las gestantes manifiestan realizar sus controles prenatales en el servicio de salud para la detección oportuna de alguna complicación materna o fetal pero siempre acuden a la comadrona.

- 6.2.7.** La comadrona es reconocida como un recurso terapéutico que han recibido el legado ancestral para cuidar a las gestantes de la comunidad, ellas cuentan con una gran aceptación y credibilidad ya que son las encargada del control prenatal, les indican el desarrollo del embarazo; también realizan prácticas de sobada de abdomen entre otras partes del cuerpo cuando existen síntomas de dolor, con estas maniobras afirman las gestantes que les ayuda a disminuir el dolor y al mismo tiempo acomodan el feto para un parto normal; otros de los beneficios que mencionan es que están cerca, habla el idioma atiende el parto con pertinencia cultural, además de realizar el baño en el temazcal. El temazcal continua siendo utilizado como un valioso recurso terapéutico, en especial en las mujeres en gestación, parto y cuidados posparto.

- 6.2.8.** Las prácticas de autocuidado de las gestantes resultan de los conocimientos y las experiencias transmitidas por su madre y otros familiares. Culturalmente las gestantes del área rural manifiestan su preferencia por la comadrona para la atención del parto. Siendo otra evento determinante el hecho de que el esposos o suegros son quienes deciden donde atender el parto.

- 6.2.9.** A través de la presente investigación podemos comprender las prácticas de autocuidado que realizan las gestantes, es decir que se llega al conocimiento de la cultura de las madres.
- 6.2.10.** De la materialización del proyecto denominado “Vigilancia de la embarazada” cuya aplicación se origina y concatena con el objeto de estudio del presente trabajo de investigación, logrando con su aplicación concreta beneficios claramente perceptibles para las gestantes; teniendo entre los resultados más satisfactorios y evaluados por la propia Jefatura de Área de Salud del departamento de Totonicapán, mediante el Programa de Salud Reproductiva los siguientes: la mejora de los indicadores de muertes maternas con acciones como dar acompañamiento a la comadrona en la atención de parto por personal calificado, monitoreo de condiciones de referencia, al mismo tiempo acompañado a la familia en la toma de decisión oportuna y activando el plan de emergencia comunitaria para su traslado a un servicio de mayor capacidad resolutive.

6.3. RECOMENDACIONES

- 6.3.1.** Se hace necesario la estructuración de una política de salud especialmente para la prevención y detección temprana de las alteraciones de la gestación, puesto que las políticas públicas entra en conflicto con las costumbres y creencias culturales de la comunidad. Dichas políticas deben elaborarse con base al contexto cultural, costumbres y creencias de la comunidad, especialmente en el área materna, teniendo en cuenta la visión de las gestantes y el cuidado ancestral que han conservado a través de los tiempos que son propios de su cultura, en busca de un cuidado materno neonatal integral ajustada a su autocuidado en virtud que Guatemala es un país con multiplicidad de culturas, debe estimarse que dichas circunstancias han sido reguladas por la Ley para la Maternidad Saludable; Decreto No. 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala, pues siendo una regulación con disposiciones precisas, su aplicación no ha cumplido con las aspiraciones planteadas con su creación por lo tanto se hace necesario que su aplicación se concrete en ser orientadas en un sentido de adaptación a los distintos contextos tal como se ha dicho.
- 6.3.2.** Socialización de los resultados de la investigación con el personal del puesto de salud de la aldea Tierra Blanca, San Bartolo Aguas Calientes.
- 6.3.3.** La implementar acciones de vigilancia epidemiológica para disminuir la incidencia de morbi-mortalidad materna de parte de la enfermera profesional y su equipo de trabajo del puesto de Salud de la aldea Tierra Blanca.
- 6.3.4.** Establecer un programa de educación permanente dirigido a las comadrona, lo que permita apoyar todas aquellas prácticas beneficiosas, negociar las que no son beneficiosas y convencer de que no las deben practicar ya que son perjudiciales para la conservación de una salud óptima del binomio madre e hijo.
- 6.3.5.** Que la Enfermera profesional del Puesto de Salud de la aldea Tierra Blanca del municipio de San Bartolo Aguas Calientes trabaje activamente en la sostenibilidad del proyecto.

6.4. PROYECTO DE VIGILANCIA DE LA EMBARAZADA

6.4.1. Justificación

Uno de los objetivos del milenio es la reducción de las muertes maternas en tres cuartas partes para el año dos mil quince, Las muertes maternas ha sido una prioridad dentro de las políticas de salud a nivel gubernamental, lo cual se ha reflejado en diferentes estrategias, instrumentos y protocolos de atención que cada cuatro años son renovados, readaptados y cambiados.

El Ministerio como rector de la salud asume su papel en este tema, y reconoce que para lograr los objetivos del milenio cuatro y cinco (reducción de la Mortalidad Materna Neonatal e Infantil) es necesario e indispensable el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de las mujeres y el empoderamiento de las mismas para la toma de decisiones informadas, así como el fortalecimiento de los servicios de salud con enfoque de género e interculturalidad en base a las necesidades de las usuarias.

Para lograr el quinto objetivo requiere mayor énfasis en la mejora de atención a las usuarias, incluida la prevención de embarazos no planeados y abortos en condiciones de riesgo y la prestación de alta calidad en el embarazo y parto.

La mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad existente entre hombres y mujeres de diferentes áreas geográficas y sociales de un mismo país. La magnitud del problema refleja la posición y condición de las mujeres en la sociedad, su limitado acceso a los servicios sociales, sanitarios, nutricionales y las condiciones económicas precarias. La importancia y gravedad del problema quedaron establecidas en los resultados de la Línea Basal de la Mortalidad Materna.

6.4.2. Objetivos

6.4.2.1. Objetivo General

Desarrollar una vigilancia activa que permita la identificación de embarazadas con condiciones de riesgo que ameriten vigilancia estrecha y/o referencia oportuna a un servicio con mejor calidad de respuesta.

6.4.2.2. Objetivo Especifico

Identificar y registrar a toda mujer embarazada, para detectar oportunamente factores de riesgo o señales de peligro.

6.4.3. Actividades

- Gestionar recursos económicos para implementación de la vigilancia.
- Capacitar al personal sobre el manejo y seguimiento de la vigilancia.
- Capacitar a las gestantes sobre la importancia del autocuidado.

6.4.4. Estrategias Metodológicas

- Coordinación.
- Gestión.
- Capacitación.
- Evaluación.

6.4.5. Material y Método

6.4.5.1. Vigilancia epidemiológica

Tipo de vigilancia: Activa y Pasiva y permanente.

6.4.5.1.1. Universo de vigilancia

Toda mujer embarazada independiente de su Edad gestacional.

6.4.5.1.2. Criterios de inclusión

Casos registrados de mujeres embarazadas.

6.4.5.1.3. Criterio de exclusión

Mujeres que no asistan al puesto de salud a su control prenatal.

6.4.5.1.3.1. Criterios de la ficha de Vigilancia Epidemiológica

a) Antecedentes

- Muerte fetal o neonatal previa.
- Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos.
- Antecedentes de más de 3 gestas.
- Peso al nacer del último bebé < 2500gms. (5 libras 8 onzas).
- Peso al nacer del último bebé > 4500gms. (9 libras 9 onzas).
- Antecedente de hipertensión, preeclampsia, eclampsia en el último embarazo.

b) Embarazo actual

- Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple.
- Menos de 20 años de edad.
- Más de 35 años de edad.
- Paciente Rh Negativa.
- Hemorragia vaginal.
- VIH Positiva
- Presión arterial diastólica >de 90mmhg.
- Anemia clínica y/o de laboratorio.

c) Antecedentes médicos

- Diabetes Mellitus.
- Enfermedad Renal.
- Enfermedad del corazón.

6.4.6. Ciclo de la Vigilancia Epidemiológica

6.4.6.1. Captura e Identificación de Caso

Desarrollarlo rutinariamente.

6.4.6.2. Plan de Emergencia en la primera visita

Proporcionarle un plan de emergencia a cada embarazada en su primera visita se le anota el nombre y se le pedirá que lo mantenga en un lugar visible como un calendario ya que le puede ser útil en cualquier momento.

6.4.6.3. Mapeo

Implementación del mapeo y la actualización constante que ayudara a conocer cuántas embarazadas se encuentran en más riesgo para realizarle las intervenciones correspondientes a cada caso, la ubicación en el mapeo se utiliza colores del semáforo de color rojo las embarazadas de más alto riesgo, de color amarillo las que presentan riesgo y de color verde las embarazadas con mínimo riesgo.

6.4.6.4. Fichero materno

Implementación del fichero materno lo cual se encuentra clasificado por mes y por comunidad con separadores utilizando diferentes archivadores, identificándolos por comunidad, las fichas se ordenará en los archivadores según fecha probable de parto realizarle la visita el día que resuelva parto según su fecha probable de parto utilizando la regla de Naegele. Para identificar factores de riesgo y la realización de acciones oportunamente.

6.4.6.4.1. Formato de Fichero Materno

No. de Ficha:		Fecha de ultima regla:		Fecha probable de parto:	
Nombre:				F.N.:	Edad:
Nombre del responsable:				Teléfono:	
Dirección:					
Gesta:	Partos:	Aborto			Cesaria
Controles Prenatales Establecidas por las Normas de Integral para primero y segundo nivel cuatro					
Primero antes de las 12 semanas			Segundo alrededor de las 26 semanas		
Tercero a las 32 semanas			Cuarto entre las 36 y 38 semanas		
Fecha de la visita					
SIGNO O SINTOMA DE PELIGRO					
SIGNOS VITALES					
Presión Arterial					
Temperatura corporal					
Pesos en libras					
Respiración por minuto					
Frecuencia cardiaca materna					
EXAMEN GENERAL					
ESTADO GENERAL	Normal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Examen buco dental					
EXAMEN OBSTETRICO					
Altura Uterina					
Presencia de movimientos fetales					
FCF					
Presencia por Leopold					
EXAMEN GINECOLOGICO					
LABORATORIO					
MEDICAMENTOS					
CONSEJERIA					
PRENATAL					
Describe: Problemas detectados y las intervenciones que realizo:					
Responsable					
POSPARTO					
Fecha de atención de parto:			Donde fue atendido el parto:		
Quien atendió el Parto:			Involución Uterina:		
Describe: hallazgos patológicos y características de loquios. episorafia, etc.					

6.4.6.5. Calendario

Implementación y actualización del calendario para registro de las embarazadas con fecha probable de parto. Colocando su nombre, dirección, teléfono entre otros.

6.4.6.6. Visitas Domiciliarias

Implementación de la realización de visitas domiciliarias a las embarazadas lo más cercano al día probable de parto, para realizar las siguientes acciones para dar acompañamiento a la comadrona en la atención de parto por personal calificado, monitoreando condiciones de referencia al mismo tiempo acompañado a la familia a la toma de decisión oportuna y activando el plan de emergencia comunitaria para su traslado a un servicio de mayor capacidad resolutive.

6.4.6.7. Rotafolio Materno

Realización de un Rotafolio Materno con pertinencia cultural enfocándose a dar respuesta a las conclusiones del estudio Titulado prácticas de autocuidado cultural que realizan las gestantes de la aldea Tierra Blanca.

6.4.6.8. Realizar un taller con las comadronas

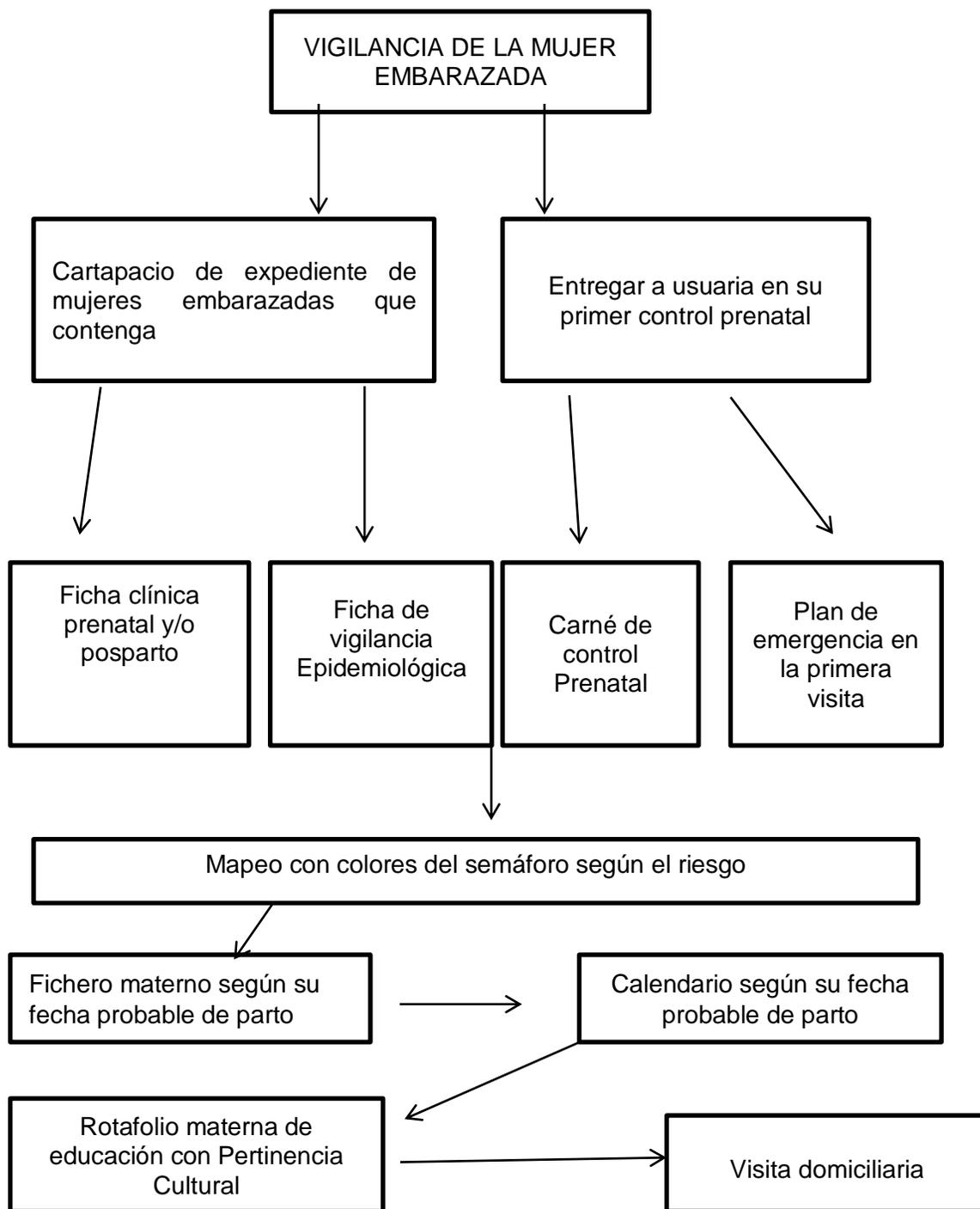
Realización de un taller con las comadronas dando a conocer las diferentes conclusiones obtenidas del estudio titulado prácticas de autocuidado cultural que realizan las gestantes.

Estableciendo un programa de educación permanente dirigido a las comadrona, lo que permita apoyar todas aquellas prácticas beneficiosas, negociar las que no son beneficiosas y convencer de que no las deben practicar ya que son perjudiciales para la conservación de una salud óptima del binomio madre e hijo.

6.4.6.9. Club de embarazadas

Implementación del programa educativa dirigido al club de embarazadas realizado las reuniones a cada mes.

6.4.6.10. FLUJOGRAMA DE LA VIGILANCIA EMBARAZADA



6.4.7. Base Legal

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social reconoce que el desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional del país dependen de la salud de la población.

El presente proyecto está sustentado en las siguientes bases legales:

6.4.7.1. Constitución Política de la república

En el Artículo 52 Establece que la maternidad tiene la protección del estado, el que velará en forma especial por restricto cumplimiento de los derechos y obligaciones que de ella se deriven.

Artículo 93. Derecho a la salud.

6.4.7.2. Objetivos del Milenio

6.4.7.2.1. Objetivo No. 4: Establece reducir la mortalidad infantil.

6.4.7.2.2. Objetivo No. 5 Establece mejorar la salud materna.

6.4.7.3. Ley de Desarrollo social (decreto 42-2001)

6.4.7.3.1. Capítulo III: en su Artículo 10.inciso 5

Reducir las tasas de mortalidad con énfasis en el grupo materno infantil.

6.4.7.3.2. Sección II: Artículo 26, inciso 5

La vida y la salud de las madres e hijos son un bien público, por la maternidad saludable es un asunto de urgencia nacional. Se promoverán, apoyaran y ejecutaran acciones que disminuyan efectivamente la tasa de mortalidad materna infantil, incluyendo cuando menos las siguientes:

- Fortalecer la prestación de los servicios preventivos.
- Promover programas de divulgación orientados a la atención y cuidados del recién nacido.

6.4.7.4. Ley de la Maternidad Saludable (decreto 32-2010) considera

Capítulo 1, artículo 2 inciso d: Garantizar el acceso universal oportuno y de calidad a los servicios materno-neonatales, incluida la planificación familiar, la atención diferenciada en adolescentes, respetando la pertinencia cultural y la ubicación geográfica d mujeres guatemaltecas entre otras.

6.4.7.5. Ley de dignificación y promoción integral de la mujer

En su Artículo 15. Establece que a través de las instituciones del sector público desarrolle acciones tendientes a promover la salud de la mujer que incluye aspectos de salud reproductiva.

6.4.8. Evaluación

Se hará a través de un cronograma de seguimiento a personal y a pacientes a través de las diferentes actividades del proceso.

6.4.9. Monitoreo

- Inmediato: Se realizara al finalizar cada actividad.
- Mediata: Se hará al finalizar el proyecto a través de indicadores.

VII REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Alvarez, Gilda Lorena et. al. Infección Urinaria y Embarazo. Diagnóstica y Terapéutica. Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina. No. 155. Marzo 2006 pág. 20 a 23. Consultado 26 de agosto de 2014. Disponible en: http://kinesio.med.unne.edu.ar/revista/revista155/6_155.pdf.
2. Abarzúa Fernando et. al. Reevaluación de la sensibilidad antimicrobiana de patógenos urinarios en el embarazo. Rev. Chil Obstet Ginecol. Universidad Católica de Chile 2002 Pág. 226. Consultado 10 de agosto de 2014. Disponible en: www.scielo.cl/pdf/rchog/v67n3/art11.pdf
3. Argueta Coca, José Benjamin. Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas gestantes del Departamento de Morazán en el Salvador. Proyecto de tesis para optar el título de maestría en enfermería, Universidad Nacional de Colombia 2002. Citado en Investigación en Enfermería XXIII congreso Nacional pág. 42.
4. Acta Pediátrica. Consumo de agua en el embarazo y la lactancia Volumen 34. Número 1. México. Enero-Febrero 2013. Pág 103 Consultado el 16 de junio de 2014. http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatrica/acta_ped13.pdf
5. Asociación de investigaciones Etno-Antropológicas y Sociales de Trieste Videomante Onlus Unidad de Ciencias Sociales. Centro de Investigación Regional. UADY. Consultado el 10 de Enero 2015.
6. Disponible en: <http://www.mayas.uady.mx/exposiciones/exp11.html>
7. Berutí, Ernesto. Instructivo para embarazadas. Hospital Universitario Austral. Pág. 5. Disponible en: <http://www.hospitalaustral.edu.ar/wp-content/uploads/2014/10/embarazadas.pdf> Consultado el 25 de abril de 2015.
8. Carranza Rodriguez, Francea Janett. Prácticas de cuidado que realizan las gestantes consigo mismas y con el hijo por nacer, Honduras. Proyecto de tesis para optar el título de maestría en enfermería, Universidad Nacional de Colombia 2004. Citado en Investigación en Enfermería XXIII congreso Nacional pág. 75
9. Chávez Colon, Keren Susana. Conocimientos y Prácticas de las comadronas Tradicionales del Centro de Salud de Antigua Guatemala acerca del control prenatal. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Universidad de San Calos de Guatemala-Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 2006. Pág.3. Consultado Mayo 2014. Disponible en: www.eneg.edu.gt/sites/.../Karen%20Susana%20Chavez%20Colon.pdf
10. Campo, Cecilia. Policopiado. La teoría del autocuidado. Escuela Nacional de enfermería de Occidente. Quetzaltenango, Guatemala. 1993. Pág. 5
11. Cunningham, Gary. et. al., Enfermedades Hematológicas. Editorial Panamericana, México, 2,002, Pág. 1107.

12. Centro para la salud y la educación de la mujer. Boletín práctico clínico y de gestión para proveedores de atención médica. Educación subyacente prevista de Salud de la Mujer y el Centro de Educación. Consultado: 02 de mayo de 2015. Disponible en: <http://www.womenshealthsection.com/content/obssp/obs031.php3>
13. Cuixarf, Silvia Nogareda et. al. Carga de trabajo y embarazo. Instituto de trabajo y asuntos Sociales España. Consultado el 10 de Julio de 2014 www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/.../ntp_413.pdf
14. Diagnostico comunitario Censo Poblacional 2013-2014 puesto de salud de la aldea Tierra Blanca.
15. Girón Méndez, Idalia de Jesús El Temascal un estudio Arqueológico y su Trascendencia Contemporánea. Arqueóloga en el grado de Licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala. Septiembre 1985.pág. 99.
16. Informe Nacional de Desarrollo Humano. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala. 2011/2012. Pág. 71 citado por Tistoj Cush, Yolanda Josefina. Estudio titulado Factores relacionados con el autocuidado que practican las embarazadas que asisten al centro de atención permanente de Nahuala municipio del departamento de Sololá. Abril 2013. Pág. 42.
17. Instituto de nutrición de Centro América y Panamá INCAP/OPS Cadena Contenido Actualizado de Nutrición y Alimentación. Alimentación de la madre embarazada y en periodo de lactancia. Modelo IV. Pág. 2
18. Leninger, Madeleine. Teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural y la evolución del método de etnoenfermería. Capítulo 1. Pág. 16.
19. Leininger M. Transcultural Nursing Concepts, Theories, Research & Practices, 2th ed. New York: McGraw-Hill citado en revista cubana de enfermería v. 24 n. 3-4 Ciudad de la Habana Jul-dic. 2008 disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192008000300010&script=sci_arttext&tlng=en
20. Leininger M. Transcultural Nursing: Development, Focus, Importance, and Historical Development. Transcultural Nursing Concepts, Theories, Research & Practices Inc. College Costom New York: ed Second Mc Graw-Hill, Series. 1,995. citado por Rendon. Blanca Jeannette. Pág. 18.
21. Libro Blanca de la Higiene diaria. Consultada el 26 de agosto de 14 dettol.es/pdf/Libro-Blanco-de-la-Higiene-diaria.pdf.
22. Leninger M. Transcultural al Nursing Concepts, Theories, Research & Practices, New York, McGraw-Hill, Inc. College Costom Series, Second Edition. 1,995.
23. Lowdermilk D, Perry S. Bobak I Enfermería Materno Infantil, Editorial Océano, Barcelona 2000. citado en: Forma de cuidarse las gestantes Adolescentes y adultas de las comunas una y cinco en Santa Marta. Pág. 34 Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4788141.pdf

24. Muñoz de Rodríguez L, Vásquez M. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. Colombia médica. Universidad de Valle. ISSN (versión en línea): 1957-9534 Colombia. Vol. 38 No 004. Pag.97-12. Citado por Ramos Lafont, Claudia Patricia. Universidad Nacional de Colombia. Maestría en Enfermería
25. Monticelli, Marisa et. al. Etnografía: Bases Teórico-Filosófico y Metodológicas y sus aplicaciones en enfermería. Capítulo 10. Washington, D.C. OPS 2008. Pág. 131.
26. Marriner Tomey, Ann. Modelos y Teorías en enfermería. Tercera Edición. Madrid, Barcelona.2007. Pág. 429.
27. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, et. al. Modelos de Enfermería Comunitaria. El Salvador. 2005. Pág. 40
28. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2003. Línea Basal de la situación materno infantil. Guatemala.
29. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000 pág. 7. Disponible en: cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t79/seccionc3.pdf
30. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Norma de atención en Salud Integral para primero y segundo nivel. Guatemala. 2010. Pág. 18-21
31. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria de labores. San Bartolo Aguas Calientes 2012.
32. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Et al. Guías Alimentarias para Guatemala. Marzo 2012.
33. Organización Mundial de la salud, Informe para la revisión y análisis de la información. citado por Elena Hurtado Estudio de las características y prácticas de las comadronas Tradicionales en una comunidad indígena de Guatemala. <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2011/etGuate/10.pdf> consultado Mayo 2014
34. Olds S. London M. Enfermería Materno Infantil, Editorial Interamericana VI edición. Madrid 2003. Citado por Forma de cuidarse las gestante adolescentes y adultas de las comunas uno y cinco de Santa Marta. Disponible <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/690/649>
35. Organización Mundial de la Salud, centro de prensa. Nota descriptiva No. 348 mayo de 2014. Consultado 6 de junio 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
36. Organización Mundial de la Salud Serie de Informes Técnicos No. 302 La nutrición durante el embarazo y la lactancia. Ginebra. 1965. Pág. 12 y 13. Consultado 30 de mayo de 2014. whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_302_spa.pdf

37. Organización Mundial de la Salud Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo. Fundamento biológico, conductual y contextual. Universidad de Tufts. Estados Unidos y Universidad de Sidney (Australia). Julio de 2013. Consultado 07 de Abril de 2014. Disponible en: www.who.int/elena/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/es/
38. Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo, Informe Nacional de Desarrollo Humano Guatemala, 2005, Pág. 398
39. PNUD Cifras para el desarrollo Humano Totonicapán. Colección estadística departamental. 08 fascículos. Pág. 3 y 7 2009 y 2010. consultado el 02 de abril de 2014. Disponible en: <http://desarrollohumano.org.gt/sites/default/files/08%20Fasciculo%20Totonicapan.pdf>
40. Palacios Gil Altuñano. Beneficios del ejercicio físico durante el embarazo. Citado por: Blanca Jeannette Redon pág. 71
41. Rendon, Blanca Jeannette. Significado de las prácticas culturales que realizan las gestantes consigo mismas y sus hijos por nacer en el control prenatal. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Postgrados Unidisciplinarios. 2012. Pág. 92.
42. Reeder, Sharon J. et. al. Enfermería Materno-infantil. Décima séptima edición. México. Edición Interamericana. 1995. Pág. 426.
43. Siqueira KM, Barbosa MA, Brasil VV, Oliveira, LMC, Crenças populares. Citado en Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: Representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú pág. 684. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a12v16n4> consultado el 25 de abril de 2015.
44. Secretaría de Planificación y programación de la presidencia. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estudio Nacional de Mortalidad Materna Informe Final. Pág. 12. Consultado el 06 de Abril de 2015 disponible en: www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_k2&view...id...
45. Sharp, Merck. et. al. Dohme. Manual Merk. 17ª. Edición. Editorial Océano, Barcelona. Volumen uno. 1997. Pág. 856.
46. Santos E. Prácticas de cuidado que realizan consigo mismo y con el hijo por nacer un grupo de gestantes adolescentes de Saravena, Arauca; Agosto-Octubre 2004. Tesis para optar al Título de magister en enfermería- Universidad Nacional de Colombia. 2005.
47. Sibana Muños, Lorna. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXVIII. (599) 441-445 2011. Ginecología y Obstetricia. 2011. Consultado el 20 de agosto de 2014. Dponible en: www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art10.pdf
48. Sandoval. C. (1996). Investigación Cualitativa Módulo 4. Especialización en Teoría, Método y Técnica de investigación Social. ISBN: 958-9329-09-8 Obra completa ISBN: 958-9329 pág. 7-18. Bogotá.

49. Stoppard, Miriam. Nuevo libro del embarazo y nacimiento. Bogotá. Facultad Ciencias Médicas Edición Norma. 2000 pág. 140-141
books.google.es/books?isbn=9580458499
50. Tistoj Cush, Yolanda Josefina. Factores relacionados con el Autocuidado que practican las embarazadas que asisten al centro de atención permanente de Nahualá municipio de departamento de Sololá. Tesis de Licenciatura en Enfermería Universidad de San Carlos de Guatemala. Escuela Nacional de Enfermería de Occidente. Quetzaltenango. Facultad de Ciencia Médicas. Guatemala 2013. Pág. 87.
51. Vasquez Munive, Mirith Marina. Comparación de las prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con sus hijos por nacer gestantes adolescentes y gestantes adultas, residentes en las comunas uno y cinco de la ciudad santa marta. Tesis para optar el título de Magister en enfermería con énfasis en cuidado Materno-Perinatal Universidad Nacional de Colombia. 2006. Citado por Blanca Jeannette Rendón Pág. 68

VIII ANEXOS



**UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA DE OCCIDENTE
QUETZALTENANGO**



A. Consentimiento Informado

Mi nombre es Amanda María Pastor Alvarez, Licenciada en enfermería, estudiante de la Maestría Materno Neonatal, actualmente me encuentro desarrollando el estudio titulado “Prácticas de Autocuidado Cultural de las gestantes”. Para poder Describir las prácticas de autocuidado cultural de las gestantes de la aldea Tierra Blanca, San Bartolo Aguas Calientes, Totonicapán.

La información que proporcione en las diferentes entrevistas será gravada debido a la naturaleza del estudio con una duración aproximadamente de dos horas. Esto se realizará previa autorización de usted la información obtenida, servirá para formular una propuesta para mejorar la salud materno neonatal en las gestantes.

Por lo anterior expuesto, solicito su colaboración para participar en el estudio contando las prácticas de autocuidado que realiza durante su gestación. La información que usted proporcione será totalmente confidencial, por lo que su identidad no será revelada, sin embargo es necesario que firme la presente hoja, como constancia de disposición para participar en este estudio.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede negarse a seguir proporcionando información en cualquier momento. Licenciada encargada de la investigación podrá dar por terminada su participación en la misma, en caso de considerar que su aporte ha sido suficiente.

F. _____
Firma o Huella Digital

Tierra Blanca _____ de _____ 2014

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

PERMISO DE LA AUTORA PARA COPIAR EL TRABAJO

La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "Prácticas de Autocuidado Cultural de la Gestante" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.