

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS COMADRONAS
ADIESTRADAS EN RECONOCER SEÑALES DE PELIGRO
EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO”**

**Estudio descriptivo transversal realizado en comadronas de los distritos
de salud de San Martín Jilotepeque y San Juan Comalapa
del departamento de Chimaltenango**

diciembre 2015

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Alvaro José Carlos Ovando Barrientos
Sigfrido Josué Rodas Penedo
Edwin Josué Trejo Hernández
Karla Alejandra Rosalío Herrera**

Médico y Cirujano

Guatemala, abril de 2016

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Alvaro José Carlos Ovando Barrientos	200717662
Sigfrido Josué Rodas Penedo	200717882
Edwin Josué Trejo Hernández	200817224
Karla Alejandra Rosalío Herrera	200830896

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS COMADRONAS
ADIESTRADAS EN RECONOCER SEÑALES DE PELIGRO
EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO”**

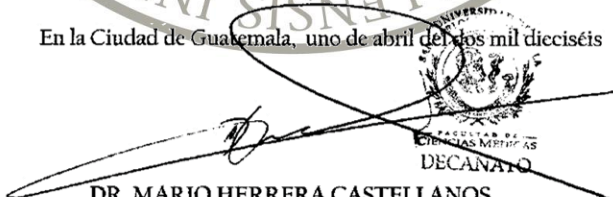

Estudio descriptivo transversal realizado en comadronas de los distritos
de salud de San Martín Jilotepeque y San Juan Comalapa
del departamento de Chimaltenango

diciembre 2015

Trabajo asesorado por el Dr. Vicente Arnoldo Aguirre Garay y revisado por el Dr. Julio Alberto Palencia Palomo, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, uno de abril de dos mil dieciséis



DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO

El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Alvaro José Carlos Ovando Barrientos	200717662
Sigfrido Josué Rodas Penedo	200717882
Edwin Josué Trejo Hernández	200817224
Karla Alejandra Rosalio Herrera	200830896

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS COMADRONAS
ADIESTRADAS EN RECONOCER SEÑALES DE PELIGRO
EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO”**

Estudio descriptivo transversal realizado en comadronas de los distritos
de salud de San Martín Jilotepeque y San Juan Comalapa
del departamento de Chimaltenango

diciembre 2015

El cual ha sido revisado por la Dra. Ada Beatriz Reyes Juárez y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se les autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el uno de abril del dos mil dieciséis.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5.950

Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR

Guatemala, 1 de abril del 2016

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinación de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informo que nosotros:

Alvaro José Carlos Ovando Barrientos

Sigfrido Josué Rodas Penedo

Edwin Josué Trejo Hernández

Karla Alejandra Rosalío Herrera

Presentamos el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS COMADRONAS
ADIESTRADAS EN RECONOCER SEÑALES DE PELIGRO
EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO”**

Estudio descriptivo transversal realizado en comadronas de los distritos
de salud de San Martín Jilotepeque y San Juan Comalapa
del departamento de Chimaltenango

diciembre 2015

Del cual como asesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la
pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Asesor
Dr. Vicente Arnaldo Aguirre Garay
Firma y sello

Revisor
Dr. Julio Alberto Palencia Palomo
Firma y sello
Reg. de personal 12283

Julio Alberto Palencia Palomo
Médico Cirujano
Colegiado 3492

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

ACTO QUE DEDICO:

A Dios, por permitirme llegar a este punto, por acompañarme y darme tu fortaleza en todo momento, a ti sea todo el poder, honor y toda la gloria.

A mis padres, Alvaro José Guillermo y Aura Patricia quienes me apoyaron incondicionalmente en todo momento de la carrera, quienes desde niño me guiaron con un impecable ejemplo como padres y profesionales, todo su amor y esfuerzo se ve reflejado en este momento, este triunfo es suyo.

A mis hermanos, Quique, mi mejor amigo toda una vida compartida llena de anécdotas y gratos recuerdos, Keyla mi alegría y mi consentida, a ustedes por el apoyo y motivación que me brindaron a lo largo de esta etapa, ¡gracias hermanos!

A mi abuelito, gracias por tu consejo y apoyo que me ha acompañado desde niño, y tu amor tan grande que he tenido la dicha de recibir.

A mi familia, tíos, Ramiro, Anabela, Belinda, Mynor, Nancy, Erick, Patricia, Ma. Rene, Luis, Fulvia, Denise, Adrián y Paty, Julieta y sus respectivas familias, a mis primos y a Vicky por todos los consejos, ayuda y el cariño expresado al siempre estar pendientes de mí.

A mis amigos, con quienes compartí 12 años en el Liceo Guatemala, y con quienes tengo la dicha de aun mantener esta amistad.

A mis amigos con quienes compartí esta gran aventura, algunos con quienes inicié mis estudios en la facultad y otros a quienes fui conociendo al largo de la carrera, la oportunidad de conocer a excelentes personas que se volvieron grandes amigos, e hicieron de esas largas jornadas momentos inolvidables dentro y fuera del hospital, si alguno de los lectores se siente aludido seguramente forma parte de este grupo, mi aprecio y agradecimiento para ustedes.

A mis profesores, residentes, internos, externos y toda persona que formó parte de mi formación académica, con quienes tuve la oportunidad de compartir aulas, rotaciones, turnos y hospitales, gracias por sus enseñanzas y tiempo invertido.

A la Iglesia Ciudad de Restauración, a su congregación y en especial al pastor Valdimiro Zuñiga y la pastora Oly de Zuñiga, por su cariño y aprecio.

A nuestros asesores, Dr. Vicente Aguirre, Dr. Julio Palencia y Dra. Ada Reyes por su valioso tiempo y disposición, que permitieron la culminación exitosa del presente trabajo.

A mis compañeros de internado y tesis, Karla A. Rosalio por su apoyo y amistad, Edwin J. Trejo y Sigfrido J. Rodas con quienes tuve la dicha de compartir desde los primeros años de la carrera, externado e internado, y a lo largo de varios años de amistad he llegado a considerarlos como hermanos, un gran aprecio por ellos y sus familias.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala y a la Facultad de Ciencias Médicas.

Alvaro José Carlos Ovando Barrientos

ACTO QUE DEDICO:

Le agradezco a Dios porque sin Él y su amor nada soy. Y todo es posible por su gracia y misericordia.

"Todo lo puedo en Cristo que me fortalece." Filipenses 4:13

A mi familia.

Gracias a mi papá Dr. Sigfrido Rodas Díaz por ser mi ejemplo a seguir como hombre, esposo, padre, doctor, oftalmólogo, maestro, líder emprendedor y amigo. Por su incondicional amor, paciencia, dirección, apoyo y motivación.

A mi mamá Julia Araminta Penedo Román de Rodas por su ejemplo, su amor, delicadeza, paciencia, dedicación, apoyo y constante motivación.

A mis hermanos Arq. Juan José Rodas Penedo y Lic. Pablo David Rodas Penedo. Por su apoyo incondicional, motivación constante y ejemplo de superación en todos los ámbitos.

A mi abuelita Lic. Enriqueta Díaz Lanuza, por su amor, apoyo y oraciones diarias.

A mis cuñadas y hermanas: Ana Kristina Gaitan Díaz de Rodas y Sara Michelle Monge Ortiz de Rodas por su cariño, detalles, apoyo y motivación.

A mis tíos y tías en especial Dr. Ulises Rodas, Dr. Oscar Rodas, Dr. Roberto Penedo, Emperatriz de Monterroso, Mario Monterroso, Erick Penedo, Vinicio Camposeco, Lic. Emilio Penedo, Salvador Penedo, Rosalinda de Rodas y Víctor Penedo. Y a mis primos y primas. Gracias por su apoyo y motivación.

Gracias mi patria Guatemala. Por la oportunidad de estudiar en la Universidad San Carlos de Guatemala.

A mis grandes amigos: José Humberto Mata Pérez, Julio Efre Giorgis Garzaro, Diego Francisco Mazariegos Reyes, Jorge Alberto Chacón Benítez, Alejandro José Girón Lainfiesta, Luis Arturo Soto López, José Rafael Gálvez Molina, Estevan David Mazariegos Reyes, Edwin Francisco Catalán Corado, Jesús Benjamin Reyes Ruiz, Ricardo Alejandro Giorgis, Jorge Raúl Arana Saca, Stephanie Cruz de Arana, Manola Medina Pinetta, Natalia Yurrita Flores, Katherine Marie Micheo Vidal y Pablo Manuel Muñiz. Gracias por su intervención en mi formación de una u otra forma por su apoyo y continua motivación. Al resto de amigos y compañeros que siempre han sido parte de este logro.

A Julia María Cardona Argueta, Rosa Cecilia Alejandrina Sosa Martínez y Lisa María Giordano Lainfiesta por su apoyo, ayuda, motivación y comprensión. A sus familias que fueron siempre excelentes conmigo y me ayudaron de una u otra forma para lograr este éxito.

A mi futura esposa e hijos por y para quienes me seguiré esforzando.

A la Iglesia Cristiana Verbo Zona 9 y los miembros de su congregación, en especial a Axel Helmer Ramírez Barrios por su amor y cariño.

A todos mis familiares y amigos que están en la presencia de Dios y que formaron en mí el carácter y amor por las personas para llegar a ser un médico de bien con la intención de ayudar siempre.

A nuestros asesores: Dr. Vicente Arnoldo Aguirre Garay, Dr. Julio Alberto Palencia Palomo y Dra. Ada Reyes. Por su tiempo, paciencia, disposición y dedicación.

A los doctores: Dr. Juan Carlos García de la Riva, Dr. José Manuel del Cid, Dr. Ramin Tayani, Dr. Peter Joson, Dr. Juan Belisario Caballeros y Dr. Junior

A mis compañeros de Tesis: Edwin Josué Trejo Hernández, Alvaro José Carlos Ovando Barrientos, Karla Alejandra Rosalío Herrera. Por su paciencia, ayuda, dedicación, regaños, risas, pleitos, "vacileos" y gran amistad. Espero que nunca nos alejemos.

Sigfrido Josué Rodas Penedo

ACTO QUE DEDICO:

A Dios por darme la vida y la oportunidad de ser un instrumento de él en esta hermosa carrera. Gracias señor por darme la serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, el valor para cambiar las cosas que si puedo, y la sabiduría para reconocer la diferencia.

A mi padre Edwin Josué Trejo Salazar, gracias por todo el apoyo incondicional que me has brindado, porque aunque sé que ha sido un camino largo y difícil, nunca dejaste de creer en mí. Gracias por enseñarme a hacer bien las cosas, por educarme y cuidarme, porque sé que has hecho cualquier sacrificio por mi bienestar. Gracias por ser un hombre y padre ejemplar, estoy agradecido con Dios por el padre que me regalo. Te quiero con todo mi corazón.

A mi madre Mayra Liseth Hernández Estrada, por todo el apoyo y amor, por todo el cariño que me has dado. Por estar ahí cuando más te he necesitado. Porque siempre he recibido de ti palabras de amor y motivación. Gracias mami te amo.

A mis hermanas Ana, Ligia y Amanda, gracias por compartir mis momentos de alegría y tristeza, gracias por todos los consejos y el apoyo, las quiero mucho nenas.

A mi Esposa, Nidia María Mencos, te amo mi amor, gracias por ser mi amiga, mi compañera, mi novia y esposa, estaré eternamente agradecido por todo el apoyo que me has brindado estos años, por motivarme a ser una mejor persona, por comprenderme en todos esos turnos y desvelos en los que siempre encontré en ti un apoyo incondicional, gracias por nunca dejar de creer en mí, este triunfo es de los dos. Te amo.

A mis abuelas Mamaflory y mamamanda, por su cariño y estar siempre pendiente de su nieto, las quiero mucho, a mis abuelos Papito y Papagil, sé que en el cielo este día están celebrando por esta meta alcanzada. Daría todo por que estuvieran acá junto a nosotros, los extraño mucho.

A mis tíos y tías, a primos, a mi cuñado Gabriel Gaitán, a mi sobrina Ana Gabriela y todos mis familiares, que siempre encontré en ustedes el apoyo y cariño que necesitaba.

A todos mis amigos, en especial a Alejandra, Alvaro y Sigfrido, ustedes han sido como unos hermanos durante estos años, gracias por todos los momento inolvidables que hemos compartido. Sepan que siempre cuentan conmigo en todo momento, y que tienen a un amigo sincero que los aprecia mucho.

Al Dr. Aguirre, Dr. Palencia y Dra. Reyes, gracias por brindarnos su experiencia y ayuda en nuestra tesis, son doctores respetables, un ejemplo de vida. Gracias.

Por ultimo este logro se lo dedico a mi Hijo, Edwincito, Gracias hijo porque desde el momento en que supe que sería tu papá llenaste de alegría y amor mi corazón, y supe que tendría que dar lo mejor de mí. Gracias por ser mi motivación cada día, por ser la luz que ilumina mis ojos, por regalarme esa sonrisa y abrazo cada mañana, Te amo Hijo.

Edwin Josué Trejo Hernández

ACTO QUE DEDICO:

A Dios todopoderoso por darme la vida y mostrarme su amor misericordioso, por iluminar mi mente y guiar mi mano, por proporcionarme el intelecto para poder estudiar esta carrera. Gracias por los milagros que me mostraste y también por los momentos difíciles, de eso también aprendí.

A mi padre Eliseo Rosalío Barreno quien sin escatimar esfuerzo alguno sacrificó gran parte de su vida para educarme, porque siempre ha velado por mi bienestar. Gracias porque no conozco otra persona que de tan sabios consejos y no hay manera de agradecer todo lo que has hecho por mí.

A mi madre Vilma Elizabeth Herrera Pérez a quien agradezco con toda mi alma y corazón por su infinito apoyo y confianza por defender mis ideales y por su amor incondicional. Gracias por tu paciencia y por tu valor, te admiro y te amo sos una bendición de Dios.

A mis hermanos Jorge Mario y Vilma Gabriela quienes han viajado por la vida junto a mí desde que tengo memoria, dándome su confianza, apoyo y amor. Quiero que sepan que mis logros han sido también inspirados en ustedes. Los amo muchísimo Plenpla y Gumys.

A mis abuelos Papá Gregorio y Mamá Izabel quienes se adelantaron y están en el cielo, pero seguramente felices de verme concluir este proyecto que ellos vieron iniciar. Les dedico todo mi esfuerzo. Les agradezco porque siempre confiaron en mí, toda la vida los extrañaré.

A mi bisabuelita Mamá Ele porque a diario me lleva en sus oraciones. La quiero mucho mamá Ele. A mi abuelita Mamá Miriam quien de distintas maneras ha sido clave en mi vida profesional y personal y que siempre me ha mostrado su calidez y amor incondicional. Siempre te llevo en mi mente y corazón.

A mis tíos y tías Ulises Calderón, Estuardo Calderón, Claudia Calderón, Ana Herrera, Luis Herrera, Julio Rosalio y todos los demás quienes me han brindado grandes manifestaciones de afecto y han sido siempre una gran bendición. Y a toda la familia en general quienes han sido parte de mi motivación constante. A mis primos y primas quienes siempre me han apoyado. Y especialmente a mi primo Julio Estuardo quien está en el cielo.

A mi alma mater la Universidad San Carlos de Guatemala y a la Facultad de Ciencias Médicas por haberme abierto sus puertas para poder estudiar y formarme como Médica y Cirujana. A los innumerables docentes que me brindaron sus conocimientos y experiencias durante todos los años de mi formación académica.

A mis buenos amigos y amigas: Bárbara Myshell Girón, Katherine Gamboa, Claudia Gómez, Jorge Baján, Michelle Castro Rouanet. Gracias por tantos consejos y llenarme de infinitas alegrías. A todos mis compañeros y amigos que conocí en el Colegio Americano, la Universidad, el Hospital Roosevelt, y en todo el camino, los llevo en mi mente y corazón. A mis amigos de tesis e internado: Edwin Josué Trejo, Sigfrido Josué Rodas, Álvaro José Carlos Ovando B. porque juntos equilibramos el trabajo y la diversión. Los aprecio mucho gracias por ser un buen grupo.

A mis asesores de tesis, Dr. Vicente Aguirre, Dr. Julio Palencia y Dra. Ada Reyes, quienes son doctores respetables, destacados y admirables. Les agradezco por brindarnos sus conocimientos, paciencia, tiempo y motivación durante el proceso de realización de este trabajo.

Karla Alejandra Rosalío Herrera

RESUMEN

OBJETIVOS: Describir los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las comadronas adiestradas en reconocer las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio, en el municipio de San Martín Jilotepeque y San Juan Comalapa, del departamento de Chimaltenango, durante el mes de diciembre del 2015. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo transversal. Se realizó una entrevista estructurada basada en las guías del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), constó de 4 series. La primera de datos generales, la segunda evaluó conocimientos, la tercera actitudes, la cuarta prácticas. Para su evaluación se utilizó desviaciones estándar y escala de Likert. Participaron un total de 101 comadronas adiestradas, ubicadas en los cascos urbano y rural de los municipios mencionados previamente. **RESULTADOS:** De las entrevistadas 58 eran analfabetas, con una edad media de 59 años. Se realizó la evaluación de conocimientos de las señales de peligro durante el embarazo, en donde el 58% obtuvo una calificación “regular”; al evaluar conocimientos del parto el 50% obtuvo una calificación de “regular”, y el 53.47% obtuvo una calificación de “bien” al evaluar conocimiento del puerperio. En lo que corresponde a las actitudes 87.16% fueron “muy adecuadas” y las prácticas el 61.39% obtuvo una calificación de “muy adecuado” **CONCLUSIONES:** Las comadronas adiestradas por el MSPAS presentan un nivel de conocimiento “regular” respecto a señales de peligro durante el embarazo y parto; respecto al puerperio se clasificó como “bien”. En lo referente a actitudes y prácticas presentan un nivel “muy adecuado”.

PALABRAS CLAVE: Comadronas, embarazo, parto, puerperio, conocimiento, actitudes, práctica.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS.....	3
2.1 Objetivo general.....	3
2.2 Objetivos específicos.....	3
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1 Contextualización de la salud materna	5
3.2 Salud materna y mortalidad materna.....	9
3.3 Conocimientos, actitudes y prácticas.....	16
3.4 Caracterización de la población y área de estudio.....	16
3.5 Comadrona tradicional	20
3.6 Características de las comadronas.....	20
3.7 Requisitos para ejercer como comadrona	20
3.8 Marco jurídico de las comadronas adiestradas.....	21
3.9 Programa nacional de capacitación de comadronas.....	22
3.10 El parto.....	23
3.11 Fases del parto.....	23
3.12 Acciones preventivas del parto	23
3.13 Acciones preventivas del puerperio	25
3.14 Atención del embarazo, parto y puerperio	28
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS.....	33
5. RESULTADOS	43
6. DISCUSIÓN.....	47
7. CONCLUSIONES	51
8. RECOMENDACIONES	53
9. APORTES.....	55
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
11. ANEXOS.....	61

1. INTRODUCCIÓN

Guatemala es uno de los países con más altos índices de mortalidad materna en Latinoamérica¹. Chimaltenango es uno de los departamentos más afectados del país. Dentro de las causas más frecuentes de la muerte materna se encuentra la hemorragia e infecciones, las cuales son consideradas por la organización mundial de la salud como causas prevenibles², por lo que se debe garantizar que todas las mujeres tengan acceso a la atención prenatal y servicios especializados durante el parto y apoyo durante el puerperio, ya que es de gran importancia que todos los partos sean atendidos por personal sanitario especializado³. En Chimaltenango un 76% de los partos son atendidos en casa o en casa de las comadronas, quienes también son las que brindan la atención de control prenatal y son las encargadas después de vigilar a las pacientes durante el puerperio⁴.

Por esto se generó la interrogante, ¿Qué conocimientos, actitudes y prácticas tienen las comadronas adiestradas en reconocer señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio?, siendo el conocimiento el conjunto de información almacenada mediante la experiencia, el aprendizaje o mediante la introspección, se trata de la posición de múltiples datos relacionados entre sí, ya que al ser tomados por si solos poseen menor valor, incluye la capacidad de representarse y la propia forma de percibir. Las actitudes, determinadas por el estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinada situación. La actitud es un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la experiencia que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones. Y las prácticas, que son: comportamientos o acciones de un individuo en respuesta al estímulo, es decir que son el aspecto concreto, son la acción y es la manera en que las personas aplican sus conocimientos y actitudes con relación a un tema.

Por lo cual se llevó a cabo el estudio de tipo transversal, descriptivo. Se realizaron entrevistas estructuradas, a un total de 101 comadronas, con el objetivo de describir los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las comadronas adiestradas en reconocer las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio. Dicho estudio se llevó a cabo en los distritos de salud de San Martín Jilotepeque y San Juan Comalapa en el departamento de Chimaltenango en el mes de diciembre del año 2015.

En el estudio el conocimiento se clasificó en 6 categorías, utilizando la desviación estándar de la calificación obtenida en la entrevista, las actitudes se evaluaron mediante 5 categorías por medio de la escala tipo Likert, las prácticas fueron también evaluadas mediante 5 categorías con la escala tipo Likert.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

- 2.1.1** Describir los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las comadronas adiestradas en reconocer las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio en los distritos de salud de San Martín Jilotepeque y San Juan Comalapa del departamento de Chimaltenango, en el mes de diciembre 2015.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar:

- 2.2.1** El nivel de los conocimientos de las principales señales de peligro que reconocen las comadronas durante embarazo, parto y puerperio.
- 2.2.2** Las actitudes que tienen las comadronas al momento de encontrar una señal de alarma en el embarazo, parto y puerperio.
- 2.2.3** Las prácticas utilizadas por las comadronas ante las señales de alarma en el embarazo, parto y puerperio.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Contextualización de la salud materna

Cada día mueren aproximadamente 800 mujeres en el mundo por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, un 99 % de ellas corresponde a países en desarrollo como el nuestro, la mortalidad materna es mayor en zonas rurales que en urbanas y la atención especializada durante y después del parto puede salvarles la vida. En el 2013 murieron 289,000 mujeres durante el embarazo y el parto y después de ellos.³

Guatemala tiene una razón de mortalidad materna de 139.7 por 100,000 nacidos vivos según el último estudio de línea basal realizado en el año 2012 y con lo cual se posiciona en el puesto número 65 de 184 países a nivel mundial, siendo más de la mitad de los primeros puestos ocupados por países del África Subsahariana y casi un tercio por Asia Meridional.⁵

La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 230 por 100,000 nacidos vivos, mientras en países desarrollados es de 16 por 100,000. El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya la diferencia entre ricos y pobres, aunque también hay grandes disparidades en un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos y entre población rural y urbana. Además, nuestro país ocupa un cuarto lugar en Latinoamérica, únicamente precediéndolo Haití con 380, Guyana con 250 y Bolivia con 200 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos³.

Los resultados de la encuesta nacional de salud materno infantil (ENSMI) realizada en el 2008 y 2009, muestra que casi la mitad de los partos son atendidos en la casa de la embarazada o de la comadrona (48.3%), en segundo lugar, en la red de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (35%) el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) solo atiende el 8.4% de los partos y las clínicas privadas el 7.9%. Los partos son atendidos por médicos o enfermeras cuando las mujeres pertenecen al grupo no indígena y residen en el área urbana y cuentan con un mayor nivel de educación, en cambio la situación es totalmente a la inversa cuando las mujeres residen en el área rural, son indígenas y no cuentan con educación. De todos los partos atendidos solo una cuarta parte reciben atención postparto y el porcentaje aún es menor en el área rural, datos que comprometen la salud materna en nuestro país⁴.

Existen estudios que se han llevado a cabo con comadronas, a diferencia de otros, el presente se basa en conocimientos, actitudes y prácticas de señales de peligro durante embarazo, parto y puerperio, los estudios de "conocimientos, actitudes y prácticas" (CAP) son una alternativa conceptual para acercarse a la complejidad del fenómeno en el área de la salud reproductiva. La propuesta de los estudios tipo CAP plantea un acercamiento integral para entender los comportamientos con respecto a la salud de las personas a través de sus tres elementos; y sus resultados han sido base fundamental de los diagnósticos para la creación, ejecución y evaluación de programas sanitarios.⁶ Una entrevista CAP es un estudio cuantitativo de una población específica que reúne información sobre lo que la gente sabe cómo se siente y cómo se comporta con relación a un tema en concreto. Por lo cual es importante y relevante llevarlo a cabo.

Cabe mencionar la tesis realizada en el año 2010 por estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala; quienes entrevistaron a 10 comadronas del municipio de San Martín Jilotepeque ubicado en Chimaltenango, y 10 comadronas del municipio de San Martín Sacatepéquez ubicado en Quetzaltenango, la cual tenía como objetivo describir las prácticas utilizadas durante la atención del trabajo de parto, en donde el 62% de las comadronas eran mayores de 41 años y un 11% mayor a 51 años, en este se concluye que las comadronas llegan a ejercer esa labor por necesidad de atender a su comunidad, bien sea por el difícil acceso a los servicios de salud o por carecer de recursos para los mismos⁷.

Además de otro estudio descriptivo realizado en Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá en el año 2014 con 41 comadronas, que asisten a capacitación en el centro de salud; en donde se evaluaron los conocimientos y las prácticas sobre los signos de peligro en el embarazo, parto, puerperio y recién nacido en comadronas tradicionales, con una edad media de las comadronas de 63 años, donde el 75.6% se encuentra en el rango de 51 a 87 años, de estas 79.7% son analfabetas. En este estudio se encontró una diferencia de conocimientos según la edad de las comadronas, y se identificó que un 80.6% de ellas posee un conocimiento general de las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio, de cual un 48.8% se considera bueno. El 100% de las comadronas refiere a las pacientes que presentan estas señales, pero ninguna supo mencionar en que consistían estas últimas.⁸

El informe de la salud del mundo reiteró la importancia de las comadronas para evitar y solucionar varios problemas presentados durante el parto, reduciendo la mortalidad materna a niveles sorprendentemente bajos y mejorando la salud de la madre y el recién nacido, sobre todo en aquellas regiones donde el acceso a los servicios de atención de salud es insuficiente. A nivel mundial, las comadronas han evitado el 61% de las muertes maternas, el 49% de las defunciones fetales. En América Latina las comadronas tradicionales atendieron aproximadamente el 23% de los partos registrados en el año 2000 y el 16% en el 2005.⁹

Los países cercanos al nuestro, por ejemplo, en México, el cual es uno de los países del mundo más larga tradición en partería (o partos atendidos por comadronas). En el 2005 se tenían registradas 12, 464 parteras tradicionales, 17, 929 en el 2007 y alrededor de 22 mil parteras en el 2010. Anualmente atienden más de 300 mil partos principalmente en las comunidades rurales de los estados de Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Tabasco, Yucatán, Veracruz y Puebla. La labor de las comadronas en ese país ha sido premiada por su calidad y metas alcanzadas en la reducción de la mortalidad materno-infantil. En esta situación es relevante analizar las prácticas y recursos terapéuticos utilizados por las comadronas tradicionales que pueden contribuir a mejorar la atención del parto dentro de un modelo de atención integral en nuestro país.⁹

En septiembre 2012 en La Antigua Guatemala se realizó un estudio cuantitativo el cual se describieron conocimientos y prácticas de las comadronas tradicionales del centro de salud de La Antigua Guatemala acerca del control prenatal. De las comadronas entrevistadas el 64.1% se encuentra en el rango de 40 a 50 años. En este estudio se concluye que encuentran limitantes para que el aprendizaje sea significativo en las comadronas, entre los cuales se encuentra: el analfabetismo que corresponde al 56.4% de las comadronas entrevistadas, bajo nivel de escolaridad, además que un 25.6% de las comadronas pertenecen a la tercera edad. Datos en este estudio reflejan que comadronas tradicionales desconocen aspectos relevantes para la prevención de factores de riesgo que incide en morbilidad y mortalidad materna. La mayor parte de las comadronas tradicionales no pueden utilizar instrumentos, cuando realizan examen obstétrico. El 89.7% de las comadronas no conocen las cuatro demoras en la atención de las mujeres embarazadas.¹⁰

En el 2014 la revista de Médicos y Cirujanos de Guatemala publica el estudio “conocimientos, actitudes, percepciones y prácticas de comadronas y mujeres acerca del parto en posición vertical”, en el cual se realizó un estudio cualitativo en los meses de agosto y septiembre 2012 en el departamento de Chimaltenango en el municipio de Santa Apolonia, donde se utilizó un muestreo tipo avalancha para identificar a las participantes y aplicar técnica de grupo focal (con comadronas) y entrevistas individuales (con las mujeres atendidas con trabajo de parto vertical) en donde comadronas indicaron que las embarazadas que no pueden ser atendidas en casa son referidas al hospital general y son las que evidencian presentación anómala del feto, hemorragia antes del parto, signos de preeclampsia y ruptura prematura de membranas ovulares.¹¹

De abril a septiembre del 2011 se realizó un estudio “Conocimiento de las comadronas sobre señales de peligro de mortalidad perinatal” en comadronas que reciben capacitación por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en los distritos de salud en San Pedro Jocopilas, Pachalum, Sacapulas, Cunen, Uspantán, Santa Cruz y Quiché, del departamento de Quiché, el cual consistió en un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo. Se encuestó un total de 369 comadronas capacitadas con una media de edad de 53 años de las cuales se encontraron 185 comadronas con analfabetismo, obteniendo un promedio de 66 puntos en las preguntas específicas de conocimientos generales. Concluyendo que las comadronas capacitadas por el MSPAS del departamento de Quiché, Se determinó que el 95% de las comadronas tienen la capacidad de reconocer las principales señales de peligro durante el trabajo de parto, dentro de las características epidemiológicas se encuentra una edad media de 53 años, prevaleciendo el analfabetismo con el 77.8%, y del tiempo de asistencia de la capacitación de 1 a 4 años.¹²

En el año 1998 en el mes de noviembre se realizó un estudio descriptivo tipo transversal no experimental en el municipio de San Cristóbal Acasaguastlán y sus áreas de influencia departamento de El Progreso. Se contó con un total de 25 comadronas tradicionales adiestradas. Donde se evaluó los conocimientos que poseen las comadronas tradicionales adiestradas sobre el control, prenatal, atención del parto y puerperio inmediato. Donde se concluyó: que las comadronas en su mayoría no conocen cuales son los cuidados prenatales que se deben brindar a las embarazadas. Así como solo un 56% de las comadronas conocen los signos de peligro que se pueden presentar durante el embarazo. Las técnicas de

asepsia y antisepsia que se deben de tomar antes de atender un parto son puestas en práctica solamente por un 64% de las comadronas. Únicamente un poco más de la mitad de comadronas conocen a cabalidad en que momento o en qué situaciones deben de referir a la parturienta a un centro asistencial adecuado. Los cuidados que se deben brindar a la parturienta durante el puerperio inmediato no se conocen en su totalidad por las comadronas. Las comadronas durante su capacitación no se interesan sobre otros conocimientos que no sean sobre el embarazo, parto o puerperio.¹³

3.2 Salud materna y mortalidad materna

La salud materna se refiere a la consecución del más alto nivel posible de salud de las mujeres durante el periodo del embarazo, parto y puerperio. Por otra parte y en contraposición a esto, la muerte materna se ha definido como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.” La Organización Mundial de la Salud ha considerado que la mayoría de las muertes maternas son evitables.²

La mejora en salud materna es el quinto de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio que fueron adoptados por Guatemala en la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 2000, la cual considera dos indicadores: el primero es la tasa de mortalidad materna para lo cual se utiliza la razón de muerte materna (RMM), que relaciona el número de defunciones de mujeres debido a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, con el número total de nacidos vivos para el año o periodo a estudiar. El segundo indicador se refiere a la proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado. Para el caso de Guatemala, este personal comprende la figura del médico y la enfermera, o comadronas adiestradas y se mide por el porcentaje de nacimientos atendido por recurso humano que recibió formación o entrenamiento apropiado para supervisar, cuidar y orientar mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, pero que, además, cuenta con el equipamiento y medicamentos necesarios.¹⁴

3.3 Conocimientos, actitudes y prácticas

3.3.1 Los conocimientos

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección. En el sentido más amplio del término se trata de la posición de múltiples datos relacionados que al ser tomados por si solos, poseen menor valor cualitativo. Representa un conjunto de cosas conocidas, incluye la capacidad de representarse y la propia forma de percibir. El grado de conocimiento constatado permite situar los ámbitos en los que son necesarios realizar esfuerzos en materia de información, educación y salud.⁶

3.3.1.1 Medición del conocimiento

Para lograr la evaluación del conocimiento, se han seleccionado indicadores y criterios, se precisa recoger datos para efectuar la misma. Los datos deben ser recopilados sistemática y científicamente o sea utilizando los procedimientos y los instrumentos que aseguran al máximo la veracidad de los datos obtenidos. La característica más importante de un procedimiento o instrumento es su validez. La validez, en general, se define como: el grado en que una prueba mide lo que pretende medir.

Existen dos clases de procedimientos, individuales y colectivos. Se diferencian en cuanto a la forma de aplicación. En la primera se evalúa a cada persona por separado, y en la segunda se permite la aplicación del instrumento al grupo. Dentro del procedimiento colectivo, existen diferentes tipos de instrumentos para la evaluación del conocimiento, en este estudio se realizarán pruebas objetivas del tipo alternativas, estas pruebas presentan a las comadronas una aseveración a la cual debe responder eligiendo una alternativa; de las cuales podrá elegir entre falso o verdadero.¹⁵

La construcción de ítems para la prueba de alternativas debe hacerse según las normas:

- Formular el ítem expresando solamente una idea clave. Si se enuncian varias ideas, puede ser que una sea verdadera y otra falsa o

que la comadrona así lo considere, y no sabría a cuál de los elementos responder.

- Evitar la inclusión de calificativos como: siempre, nunca, generalmente, ninguno, todos. Estos términos pueden señalar generalizaciones que admiten excepciones y también sugerir las respuestas.
- Elaborar el ítem con oraciones breves y sencillas, sin detalles superfluos ni informaciones que sean innecesarias para aclarar su sentido. Mientras más larga es la afirmación se corre mayor el riesgo de mezclar varias ideas, con lo cual crea confusiones.
- Presentar las afirmaciones honestamente evitando engaños deliberados que pueden confundir a las comadronas en la situación de la prueba, que está sujeta a cierta tensión. En esta circunstancia, la lectura rápida del ítem hace que pasen por alto detalles que constituyen verdaderas “trampas” y que afectan la validez del instrumento.
- Evitar el uso de trozos literales de los textos de estudio en la formulación del ítem, con lo cual se refuerza un aprendizaje memorístico.
- Al construir la prueba debe tratarse de incluir igual número de aseveraciones falsas y verdaderas, y distribuirlas al azar, sin patrones que orienten a la comadrona hacia la respuesta.
- Otra forma que constituye una pista para responder correctamente la prueba, aunque no se conozca la respuesta, es la diferente longitud de las aseveraciones. Algunas veces se tiene a ser más larga las afirmaciones verdaderas o las falsas y las encuestadas pueden percibirlo.
- Los espacios para responder o las alternativas que se deben marcar se colocan en columna al lado derecho del ítem.
- La evaluación del conocimiento se presenta en la sección 2 del instrumento de evaluación, la cual se divide en tres segmentos: A, B, C. Siendo A= Embarazo B= Parto Y C= Puerperio constando de cada parte con 10 aseveraciones teniendo dos opciones cada una entre verdadero y falso, de las cuales se les da una puntuación de 10 puntos a cada respuesta correcta.

- Posterior a la recolección de los resultados de las encuestas, y de la puntuación de cada encuestada, se utilizarán esos datos para obtener la media. Utilizando la puntuación total según cada segmento (A, B y C) que fue evaluado.¹⁵
- Luego para asignar calificaciones a las puntuaciones que se obtiene, por medio de la prueba, se debe tomar la media como punto de referencia. Por medio de la siguiente fórmula:¹⁶

$$Media \mu = \frac{\sum xf}{\sum f}$$

Después de establecer la media se obtendrán las desviaciones estándar por medio de las siguientes fórmulas:

$$Varianza \sigma^2 = \frac{(mc - \mu)^2 * fr}{fr} \quad Desviación \sigma = \sqrt{\sigma^2}$$

En donde:

σ^2	= Varianza
σ	= Desviación Estándar
mc	= Media de intervalos
μ	= Media
fr	= Frecuencia

- se realiza una escala de evaluación fundamentada en los estadígrafos de tendencia central y desviación típica de los puntos obtenidos, y de allí se deriva la escala.¹⁵

Tabla 3.1
Escala de clasificación por desviación estándar para evaluación de los conocimientos

Clasificación	Punteo Situado Entre
Excelente	2 σ y 3 σ
Muy Bien	1 σ y 2 σ
Bien	m y 1 σ
Regular	m y -1 σ
Deficiente	-1 σ y -2 σ
Muy Deficiente	-2 σ y -3 σ

Fuente: Evaluación del aprendizaje Temas fundamentales

3.3.2 Las actitudes

Es un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones. Las actitudes no son susceptibles de observación directa, sino que han de ser inferidas de las expresiones verbales; o de la conducta observada. Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas en las que partiendo de una serie de afirmaciones, proposiciones o juicios, sobre los que los individuos manifiestan su opinión, se deducen o infieren las actitudes.¹⁷ La actitud es un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la experiencia que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones.

3.3.2.1 Medición de las actitudes

El tipo de escala de medición más frecuentemente utilizado en el estudio de actitudes sociales son las escalas aditivas, las cuales están constituidas por una serie de ítems ante las cuales se solicita la reacción del sujeto, el interrogado señala su grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem (muy de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo y muy en desacuerdo). A cada respuesta se le da una puntuación favorable o desfavorable. La suma algebraica de las puntuaciones de las respuestas del individuo a todos los ítems de su puntuación total que se entiende como representativa de su posición favorable y desfavorable con respecto al fenómeno que se mide. El tipo más frecuente de escala aditiva utilizado en el estudio de las actitudes sociales es el de Likert.¹⁷

3.3.2.2 Escala tipo Likert

La escala de Likert es una escala ordinal y como tal no mide en cuanto es más favorable o desfavorable una actitud, es decir que si una persona obtiene una puntuación de 60 puntos en una escala, no significa que su actitud hacia el fenómeno medido sea doble que la de otro individuo que obtenga 30 puntos, pero si nos informa que el que obtiene 60 puntos tiene una actitud más favorable que el que

tiene 30 puntos, de la misma forma que 40°C no son el doble de 20, pero si indican una temperatura más alta.

A pesar de esta limitación, la escala de Likert tiene la ventaja que es fácil de construir y de aplicar, y además proporciona una buena base para una primera ordenación de los individuos en la característica que se mide.

La construcción de esta escala comporta los siguientes pasos:

1. Se recoge una larga serie de ítems relacionada con la actitud que queremos medir y se seleccionan, aquellos que expresan una posición claramente favorable o desfavorable.
2. Se selecciona un grupo de sujetos similar a aquel al que piensa aplicarse la escala, estos responden, eligiendo en cada ítem la alternativa que mejor describa su posición personal.
3. Las respuestas a cada ítem reciben puntuaciones más altas cuanto más favorable son a la actitud, dándose a cada sujeto la suma total de las puntuaciones obtenidas.
4. Para asegurar la apreciación de la escala se seleccionaran el 25% de los sujetos con puntuación más alta y el 25% con puntuaciones más bajas, y se seleccionan los ítems que discriminan a los sujetos de estos dos grupos; es decir aquellos con mayor diferencia de puntuaciones medias entre ambos grupos.
5. Para asegurar la fiabilidad por consistencia interna, se haya la correlación entre la puntuación total y la puntuación de cada ítem para todos los individuos, seleccionándose los ítems con coeficiente más alto.
6. Al conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide una reacción de las participantes. Se expone cada afirmación y se solicita a la persona que elija uno de los cinco puntos o categorías de la siguiente escala. Para lo cual a cada punto se le asigna un valor numérico. De esta manera la participante obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.

Tabla 3.2
Escala de puntuación tipo Likert

Muy de acuerdo	5 puntos
De acuerdo	4 puntos
Indeciso	3 puntos
En desacuerdo	2 puntos
Muy en desacuerdo	1 punto

La puntuación es considerada alta o baja según el número de ítems que contiene cada serie.

Por ejemplo: un cuestionario que contenga 10 ítems el valor máximo sería de 50 puntos y el valor mínimo de 10 puntos.¹⁷

Por lo tanto, en este estudio las clasificamos de la siguiente manera, según los datos obtenidos de los investigadores. Con respecto a las actitudes en donde se evaluarán por medio de 15 ítems, en donde el valor máximo será 75 puntos y el mínimo de 15 puntos. Se utilizará la siguiente escala de clasificación:

Tabla 3.3
Escala de clasificación tipo Likert para las actitudes

Muy Inadecuada	15 puntos
Inadecuada	16 - 30 puntos
Indiferente	31 - 45 puntos
Adecuada	46 - 60 puntos
Muy Adecuada	61 - 75 puntos

3.3.3 Las prácticas

Las prácticas o comportamientos son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo; es decir que son el aspecto concreto, son la acción. Es la manera en la que las personas aplican los conocimientos y las actitudes con relación a un tema en concreto por medio de sus acciones.⁶ La escala de medición que se utilizará para evaluar las prácticas es la escala de Likert, debido a que es de fácil construcción y aplicación y se especifica en la evaluación de las actitudes. Con una variante en la escala de clasificación.

En donde se evaluará con 12 ítems, en donde el valor máximo será de 60 puntos y el mínimo de 12 puntos.

Tabla 3.4
Escala de clasificación tipo Likert para las prácticas

Muy Inadecuada	12 puntos
Inadecuada	13 - 24 puntos
Indiferente	25 - 36 puntos
Adecuada	37 - 48 puntos
Muy Adecuada	49 - 60 puntos

3.4 Caracterización de la población y área de estudio

Guatemala (en náhuatl: Quauhtlemallan, “lugar de muchos árboles”), a pesar de su relativamente pequeña extensión territorial, cuenta con una gran variedad climática, producto de su relieve montañoso que va desde el nivel del mar hasta los 4220 metros sobre este nivel. Esto propicia que en el país existan ecosistemas tan variados que van desde los manglares de los humedales del Pacífico hasta los bosques nublados de alta montaña. Limita al oeste y al norte con México, al este con Belice, el golfo de Honduras (mar Caribe) y la República de Honduras, al sureste con El Salvador, y al sur con el océano Pacífico.¹⁸

El país posee una superficie de 108 889 km². Su capital es la Ciudad de Guatemala, llamada oficialmente «Nueva Guatemala de la Asunción». El idioma oficial es el español, aunque existen veintitrés idiomas mayas, los idiomas xinca y garífuna este último hablado por la población afrodescendiente en el departamento caribeño de Izabal. Según el censo del 2014 el país cuenta con una población de 16, 051, 208 habitantes con una densidad poblacional de 142.6 hab /km². Además se encuentra dividido en 22 departamentos y 337 municipios.¹⁸

3.4.1 Chimaltenango

El departamento de Chimaltenango se encuentra situado en la región central de Guatemala. Limita al norte con los departamentos de El Quiché y Baja Verapaz; al este con Guatemala y Sacatepéquez; al sur con Escuintla y Suchitepéquez, y al oeste con Sololá. La cabecera departamental es Chimaltenango, está a una distancia de aproximada de 54 kilómetros de la Ciudad Capital de Guatemala.

El nombre Chimaltenango se puede descomponer de la siguiente forma: Chimal = escudo, broquel o rodela, y tenango = lugar amurallado, lo que daría La muralla de escudos.¹⁹

Su cabecera es Chimaltenango y el idioma oficial es el kakchiquel y el español, y se subdivide en 16 municipios, su población para el 2014 se estimaba en 666,938 habitantes y la densidad poblacional de 337 hab/km².¹⁹

La cabecera departamental de Chimaltenango cuenta con un hospital departamental, un total de 13 distritos de salud, que agrupan los centros y puestos de salud. Con un total de 70 servicios, el departamento cuenta con 12 centros de salud tipo B y 57 puestos de salud.²⁰

Este departamento tiene una cifra de 60.5% de la población en pobreza y a un 19.3% en pobreza extrema, lo cual lo coloca dentro de los departamentos que reporta más inequidad en el acceso a servicios de salud.

Chimaltenango según el Estudio Nacional de Mortalidad Materna para el 2011 tenía una razón de 157.5 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos que lo coloca arriba de la media nacional que es 139.7, de donde los dos municipios más afectados son San Martín Jilotepeque y Tecpán con 4 y 9 casos respectivamente.⁵

3.4.2 San Martín Jilotepeque

San Martín Jilotepeque es el municipio de mayor extensión territorial del departamento de Chimaltenango, doscientos cincuenta y un kilómetros cuadrados. El municipio cuenta con un centro de salud ubicado en la cabecera municipal y cuenta con: la jefa de distrito quien actualmente es la doctora Gloria Quiroa, una enfermera profesional, tres enfermeras auxiliares, 3 secretarías, 1 digitador, 1 laboratorio clínico.

Actualmente el municipio cuenta con 120 comadronas de las distintas aldeas y caseríos quienes reciben capacitación un día en el mes y asisten al centro de salud. Además también cuentan con una organización no gubernamental que se denomina Red Global la cual se encarga de realizar ultrasonidos a mujeres embarazadas y de llevar un monitoreo de las embarazadas del municipio.

Según el Estudio Nacional de Mortalidad Materna este municipio se encuentra en el puesto número 28 en el cuadro que describe las muertes

maternas por municipio de residencia en donde ocurre el 50% de los casos nacionales ⁵, lo cual ha tenido en alerta a todas las autoridades de salud para poder reducir esa cifra. Lastimosamente en este año 2015 ya se reportó la primera muerte materna en el mes de agosto en el caserío tierra colorada.

3.4.3 San Juan Comalapa

El municipio de San Juan Comalapa tiene una extensión territorial de 78 km². Según el censo poblacional del Instituto Nacional de Estadística (INE) 2002, para el departamento de Chimaltenango, indica que San Juan Comalapa es el quinto municipio más poblado, después de Chimaltenango, Tecpán, San Martín Jilotepeque y Patzún. El 93% de la población es indígena, y del total de la población el 49% son mujeres y el 51% son hombres, para una densidad poblacional de 454 habitantes por km², habitan un 97% de población kakchiquel y el 3% de población ladina. ²¹ Se podría caracterizar que actualmente el sector de salud en el municipio de San Juan Comalapa es de naturaleza mixta, está conformado por el MSPAS, el IGSS, el sector privado y un significativo sector de medicina comunitaria tradicional. En el municipio existe un centro de salud tipo B, 7 puestos de Salud en Paraxaj, Pamumus, Panabajal, Patzaj, Xiquin, Sanahi, Paquixic, Simajhuleu, y dos centros de unidad mínima de salud. El personal que cuentan en estas unidades son 2 médicos, 1 enfermera profesional, 11 enfermeras auxiliares, 1 inspector de saneamiento, 2 técnicos de salud rural, 1 trabajadora social, 122 vigilantes de salud y 70 comadronas adiestradas por el centro de salud de Comalapa. En el municipio la mayoría de los partos son atendidos por comadronas, lo que refleja en las altas tasas de mortalidad materno-infantil reportadas.²¹

3.5 Historia de las comadronas

Entre las comunidades mayas en Guatemala, la comadrona ha tenido "tradicionalmente" un lugar de alto nivel en la comunidad. Su papel como comadrona era visto como un mandato divino a través de señales enviadas por Dios tales como; estar cubierto con membrana amniótica al nacer, sueños mediante los cuales se les enseñaba como atender un parto, el padecimiento de enfermedades crónicas y sería hasta que ella aceptara sus responsabilidades como comadrona. La comadrona era casi invariablemente casada y madre. Su

papel como comadrona involucraba el rompimiento de numerosos tabús tradicionales en la conducta femenina, incluyendo tener que viajar sola, tener que tocar cosas sucias como los órganos genitales femeninos, sangre y loquios, entre otras actitudes.²²

La primera escuela de comadronas estuvo adscrita a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos la cual funcionó del 1 de julio del año 1895 al año de 1956, las clases se iniciaron el primero de agosto de 1895 con tres alumnas. De esta escuela de comadronas, se graduaron con grado de universitario las parteras profesionales que atendían los partos de la sala de maternidad del Hospital San Juan de Dios, la Maternidad "Joaquina", del Hospital Materno Infantil del IGSS.²²

La etapa de estudios en la escuela de comadronas, comprendía una duración de 2 años, posteriormente en el año de 1923 durante el gobierno de José María Orellana, estos fueron ampliados y modificados con un plan de estudios de dos tipos, a las del segundo tipo consistía en un plan de estudios de tres años y a las de primer tipo de cuatro años, entre las diferencias que existían eran que las comadronas de primera clase podrían hacer ciertas intervenciones quirúrgicas, incluyendo episiotomía, la aplicación de fórceps y la sutura de perineo.²²

Las mujeres graduadas como comadronas de la escuela de comadronas, fueron quienes en el mes de agosto del año 1924 formaron la Asociación de Parteras Profesionales de Guatemala "Dr. Juan J. Ortega", que a la presente fecha aún se encuentra vigente.

Desde 1935 el Gobierno de Guatemala ha intentado regular la partería tradicional y ligarla a la capacitación mediante un programa de licenciamiento. Con la creación de la División de Salud Materno-Infantil del MSPAS en 1969, se dio más ímpetu y un mayor enfoque al programa de capacitación de comadronas. Para 1975, 6,000 comadronas habían sido capacitadas.

En 1980 el MSPAS con la asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), revisó su manual de capacitación para comadronas y exigió que el MSPAS reconociera, capacitara, y autorizara a las comadronas.²²

3.6 Comadrona tradicional

La comadrona tradicional adiestrada, es aquella persona de la comunidad que después de haber sido capacitada recibe la autorización del MSPAS para dar atención a la gestante en el embarazo, parto y puerperio.

Para la capacitación de las comadronas el personal de salud deberá tomar en cuenta; ser mayor de edad, alfabeta, haber atendido un mínimo de 20 partos, buena salud física y mental, no poseer venta de bebidas alcohólicas, medicamentos y ser aceptada por su comunidad. El tiempo de duración de la capacitación para comadrona tradicional es de 15 días hábiles de cada principio de mes y serán desarrollados en forma continua o alterna a las características y disponibilidad del personal local. Los contenidos y lineamientos generales deben basarse en el Programa Nacional de Capacitación de Comadronas.²³

Por otro lado, las comadronas tradicionales encontraran en los centros de atención permanente un establecimiento de salud donde se compartan conocimientos y habilidades y prácticas, entre el proveedor y la comadrona y a la vez ambas partes, continuar fortaleciendo sus competencias.²⁴

3.7 Características de las comadronas

La comadrona debe cumplir con ciertas características generales, ser una mujer madura que tiene hijos vivos y forme parte de la comunidad en la cual presta servicio. A menudo es analfabeta y debe hablar el idioma o dialecto local, comprender el sistema sociocultural y religioso de la comunidad.²⁴

3.8 Requisitos para ejercer como comadronas

- Originaria del municipio
- Mayor a 18 años y menor de 65 años
- Registrada en el Distrito Municipal de Salud
- Reconocida por la comunidad de origen
- Capacitada por la enfermera profesional del distrito municipal
- Que identifique las señales de alerta y peligro en el embarazo, parto y puerperio
- Experiencia mayor a 2 años en atención de partos.
- Asistir a las 5 sesiones del programa de capacitación durante un año para que se le otorgue el carnet que la acredita como comadrona tradicional adiestrada.²⁴

3.9 Marco jurídico de las comadronas adiestradas

Para el 9 de mayo de 1935, se estableció el Decreto No. 74, el cual incluía políticas sobre las comadronas, artículo 15 inciso F mencionaba: “Extender certificación de autorización a las comadronas tradicionales, previo examen de aptitud.”

Acuerdo Gubernativo del 16 de abril de 1935, Artículo 98 que literalmente dice:

“Artículo 98: Siendo una necesidad urgente prestar los inmediatos y activos servicios a las mujeres en el momento del parto, y no existiendo en la república suficiente número de comadronas tituladas para cubrir las extensas zonas y población donde se requieren sus servicios, la Dirección General de Servicios de Salud, por medio de sus delegados sanitarios departamentales concederán permiso para ejercer como comadronas tradicionales adiestradas a las personas que cumplen con los requisitos establecidos. La circunstancia del examen y la extensión del permiso se haga constar en un acta levantada en la delegación sanitaria correspondiente en el papel sellado de la ley, con la firma del médico director del centro de salud, alcalde municipal y del gobernador departamental.

Artículo 99: Toda comadrona tradicional que al ser citada para que reciba su adiestramiento no acudiera al mismo, queda desautorizada para el ejercicio del oficio”.²⁴

En septiembre del año 2010 se aprueba la Ley para la Maternidad Saludable, decreto número 32-2010 que por un lado se valora, considerando que sus objetivos, fines y principios están enmarcados en declarar la maternidad saludable asunto de urgencia nacional; apoyar y promover acciones para reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal; especialmente porque dos mujeres mueren cada día por causas relacionadas con el embarazo, parto o posparto, siendo las mujeres indígenas y rurales las más afectadas.²⁵

"En lo referente a las comadronas en el artículo 5 la ley la considera como una “proveedora” que debe ser “certificada”, “calificada” y “técnicamente competente”.

El artículo 17 menciona: formular en coordinación con las organizaciones de comadronas, una política que incluya definición del rol de comadronas, sus funciones, su relacionamiento con los servicios de salud, así como establecer un programa de “transición” para la formación de comadronas capacitadas y certificadas a nivel técnico.”²⁵

Por lo que se estable que toda comadrona debe estar certificada para ejercer su práctica como tal, y que debe asistir a las capacitaciones mensuales al distrito de salud correspondiente.

3.10 Programa Nacional de Capacitación de Comadronas

El MSPAS, desarrollo este programa encargado de fortalecer la práctica de la atención materna e infantil brindada por las comadronas tradicionales en el ámbito comunitario. En el proceso de capacitación se parte del conocimiento y experiencia de las comadronas respetando y valorando sus prácticas tradicionales, para estimular y promover las prácticas positivas y disminuir la incidencia de las prácticas negativas que pueden provocar riesgo a la madre y al infante.²⁴

El programa contempla la coordinación efectiva con el sistema nacional de salud para mejorar la relación entre personal de los servicios locales de salud y las comadronas y la implementación de un sistema funcional de referencia y respuesta entre el ámbito comunitario y el institucional.

En el programa se investiga y sistematiza los diferentes roles que tiene la comadrona en su comunidad, su proceso de selección, formación y reproducción en el marco de la cultura maya. También se sistematiza el desarrollo del programa en la formación y capacitación de las comadronas para posteriormente difundir la experiencia a nivel institucional y comunitario, buscando reproducir el planteamiento metodológico sistematizado por la asociación y de esta manera contribuir a que se reconozca y valore el papel de las comadronas como agentes tradicionales en el cuidado de la salud de las madres y recién nacidos y fortalecer el proceso de reproducción del sistema tradicional de atención materno-infantil.²⁴

El 90% de distritos de salud capacitan a las comadronas cada mes. En las capacitaciones se tratan temas como; señales de peligro en el embarazo, parto, puerperio, y del recién nacido, retención placentaria, preeclampsia y eclampsia, espaciamiento de embarazos con métodos naturales y artificiales, las cuatro demoras, el parto prolongado, el aborto, derechos sexuales y reproductivos.

A las comadronas que asisten a la capacitación mensual se les proporciona un carnet, el cual lleva la firma del director de distrito, único documento que las avala como comadronas tradicionales capacitadas para ejercer su cargo.²⁴

3.11 El parto

El nacimiento corresponde al periodo comprendido entre el inicio de las contracciones uterinas regulares y la expulsión de la placenta. El proceso por el cual esto ocurre con normalidad se denomina trabajo de parto.²⁶

El transcurso del parto humano normal incluye compleja relación entre varios parámetros dinámicos que incluyen contracciones uterinas, dilatación cervical, descenso del feto y tiempo transcurrido. Tras haber hecho correctamente el diagnóstico del parto para identificar alteraciones y aplicar intervenciones eficaces.²⁷

3.12 Fases del parto

El parto reconocible se divide en tres fases, la primera fase del parto abarca el tiempo entre el inicio de las contracciones regulares asociadas al cambio cervical y la dilatación cervical completa. La primera fase se subdivide en las fases latente y activa, la latente se caracteriza por una velocidad más lenta de dilatación cervical, aunque haya contracciones uterinas regulares e intensas. La fase latente puede durar hasta 14 horas en las mujeres multi grávidas y hasta 20 horas en las nuligrávidas. En la fase activa del parto hay un cambio más rápido de la dilatación cervical. Las pacientes pueden alcanzar rápidamente en el parto activo, aunque el límite inferior de la normalidad para el cambio cervical es de aproximadamente 1 cm por hora en las mujeres nulíparas. La segunda fase del parto se define como el intervalo entre la dilatación cervical completa y la expulsión del niño. Esta fase se caracteriza por el descenso de la parte presentada del feto, sensación materna de presión pélvica a medida que avanza este descenso, y esfuerzos expulsivos que de forma concertada con las contracciones uterinas dan lugar a la expulsión del niño. La duración de la segunda fase varía con la paridad, la etnia, el tamaño fetal y el uso o no de anestesia regional, y puede variar desde sólo unos minutos hasta tres horas. Finalmente, la tercera fase del parto es el tiempo entre la expulsión del niño y la expulsión de la placenta, y puede durar hasta 30 minutos, aunque habitualmente es mucho más corta.²⁷

3.13 Acciones preventivas del parto

- Privacidad durante la atención del parto.
- Ambiente limpio y seguro
 - Equipo estéril y lugar limpio para la atención del parto.

- Mantener a la mujer en ropa limpia, así como sábanas y colchón limpios.
- Atención calificada del parto
 - Dar oportunidad a que paciente exponga sus dudas sobre lo que va a experimentar durante el parto, para que emocionalmente esté preparada para enfrentar el momento de manera natural, y fortalecida con la información previa.
 - Haga énfasis en que el nacimiento de su hija o hijo, es una oportunidad para auto realizarse como mujer y madre.
 - Deje que la mujer camine si así lo quiere (respetando criterios obstétricos)
 - Deje y/o apoye a que tome líquidos, culturalmente permitidos y que no afecten negativamente a la madre y al feto, y que estén científicamente comprobados.
 - Parto atendido por proveedor o proveedora a nivel institucional (obstetra, médico, enfermeras, auxiliar de enfermería y comadrona calificada), con habilidades y destrezas para:
 - Utilizar el partograma adecuadamente. El registro gráfico del parto, debe iniciarse en la fase activa, cuando el cuello uterino tiene 4 cm de dilatación.
 - Garantice prácticas beneficiosas para un parto limpio y seguro, en la posición que la mujer elija.
 - No rasure.
 - No haga enema evacuador.
 - Episiotomía restringida (Utilizarla en casos muy necesarios).
 - Pinzar el cordón umbilical, cuando deje de latir y esté aplanado (después del nacimiento), y en caso de sufrimiento fetal, rotura o desgarro del cordón pince y corte de inmediato (pinzamiento tardío del cordón 2 a 3 minutos).
 - Coloque al recién nacido piel a piel sobre el abdomen de la madre.
 - Maneje activamente el tercer periodo del parto.
 - Atención normal de la o el recién nacido, que incluya el apego inmediato y lactancia materna en la primera media hora de vida.
 - Reconocer la aparición de complicaciones maternas y neonatales.

- Comunique a la madre el estado del recién nacido, sexo, peso, longitud y hora de nacimiento.
- Anote en el libro de nacimientos.
- Realice las intervenciones esenciales, oportunas, tratamiento de las emergencias obstétricas y de la o el recién nacido y/o refiera a otro centro de mayor complejidad y resolución si no existe la capacidad a nivel local.
- Refiera a un establecimiento de mayor capacidad resolutive a toda paciente con las siguientes características:
 - Primigesta, si el parto no se resuelve en 12 horas.
 - Multípara, si el parto no se resuelve en 8 horas.
 - Si la placenta no sale 30 minutos después del parto.
 - La referencia de mujeres en trabajo de parto debe ser de acuerdo a la evolución del partograma.
- Permita la presencia de un acompañante que brinde apoyo emocional.
- Atención del parto en la adolescente:
 - Apoyo emocional.
 - Explique lo que está sucediendo.
 - Dele trato diferenciado (edad, etnia y nivel de escolaridad)²⁸

3.14 Acciones preventivas del puerperio

- Vigilancia del puerperio inmediato:

Se recomienda observar a la mujer cada 15 minutos durante 2 horas, como mínimo después del parto:

 - Pregunte, observe y verifique que no presente signos y síntomas de peligro:
 - Hemorragia vaginal, convulsiones, cefalea fuerte, visión borrosa, o dolor fuerte en la boca del estómago
 - Dificultad para respirar
 - Temperatura mayor de 38° C
 - Involución uterina (palpar que el útero esté duro y debajo del ombligo)
 - Desgarres en región perineal
 - Hipertensión arterial (diastólica arriba de 90 mm/Hg)
 - Si presenta señales de peligro se debe estabilizar, iniciar tratamiento de acuerdo al problema encontrado y referir a un

Informarle a la pareja y familia sobre el acompañamiento y cuidados de la o el recién nacido.

- Oriente sobre:
 - Importancia del control del puerperio y del recién nacido
 - Cuidados personales
 - Paternidad y maternidad responsable
 - Espaciamiento intergenésico (espaciamiento entre cada embarazo)
 - Alimentación y micronutrientes
- Recomendarle un desayuno, refacción, almuerzo, refacción y cena
- Recomiende que se alimente basándose en las “Guías Alimentarias para Guatemala”, haciendo énfasis en el consumo de alimentos ricos en hierro (hígado y otras vísceras, moronga, carne, pollo, hojas de color verde intenso, frijol acompañado de cítricos).
- Beneficio de la lactancia materna temprana y exclusiva hasta los 6 meses.
- Riesgos por el uso de tabaco, drogas y medicamentos durante la lactancia.
 - Salud bucodental
 - Prevención de violencia
 - Fortalecer los factores protectores a las madres adolescentes
- Planificación familiar
 - Oferte todos los métodos anticonceptivos disponibles en los servicios de salud(naturales, orales, de barrera, dispositivos intrauterinos, inyectables, quirúrgicos y Jadelle).
 - Asegure que la paciente y su pareja tomen una decisión voluntaria e informada sobre el método anticonceptivo que más se adecúe para ellos, a través de la consejería.
 - Informe y resuelva dudas de los o las pacientes sobre métodos anticonceptivos: cómo actúan, efectividad, ventajas, desventajas, precauciones, efectos secundarios y cuando volver, de acuerdo con “Guías Nacionales de Planificación Familiar”.
 - Provea métodos de planificación familiar (en establecimiento donde existe capacidad instalada, ofertar y proveer anticoncepción quirúrgica femenina y masculina).
 - Identifique pacientes con efectos secundarios y trate según “Guías de Nacionales de Planificación Familiar.”²⁸

3.15 Atención del embarazo, parto y puerperio

3.15.1 Las cuatro demoras

La disminución de la mortalidad materna es un indicador de desarrollo social. La mortalidad materna puede prevenirse, abordando el enfoque de las 4 demoras:

- Primera demora: falta de reconocimiento de señales de peligro.
- Segunda demora: falta de toma de decisiones para búsqueda de atención oportuna.
- Tercera demora: falta de acceso a una atención oportuna.
- Cuarta demora: falta de una atención oportuna y de calidad.²⁸

3.15.2 Atención de la embarazada según las normas de atención

La atención a la embarazada consiste en:

A. Brindar atención integral bio-psico-social y diferenciada, con calidad y respeto a su discapacidad, si la tiene, con enfoque de género y pertinencia cultural.

B. Historia clínica completa:

En la entrevista hacer énfasis a:

- Factores de riesgo (analfabetismo, paridad, antecedentes de cesáreas, desnutrición, fumadora, hipertensión arterial, diabetes y otras)
- Control prenatal, atención del parto institucional y control del puerperio.
- Estado emocional y psicológico, violencia intrafamiliar, sexual, adicciones, depresión, ansiedad.
- Consumo de alimentos.
- Micronutrientes como hierro, ácido fólico, etc.
- Evaluación de Papanicolaou o IVAA, tamizaje de detección del cáncer cervical.

C. Revisar carné y esquema de vacunación.

D. Examen físico completo.

E. Requiera o evalúe exámenes de laboratorio.

F. Examen bucodental.

G. Ofertar los métodos de planificación familiar para lograr espacios intergenésicos óptimos.

H. Ofertar detección temprana de cáncer de cérvix.

I. Informar y orientar sobre el autoexamen de la glándula mamaria.

J. Informar y orientar sobre problemas encontrados y acciones preventivas.

K. Referir oportunamente si el caso lo amerita (por signos encontrados durante la evaluación clínica o interconsulta a especialistas).

L. Realizar las acciones de vigilancia epidemiológica, si el caso lo amerita.

M. Orientar sobre planes de emergencia familiar y comunitarios.

N. Acordar con la paciente la próxima cita.

Ñ. Ofertar la cartera de servicios al paciente y/o acompañantes.

O. Registrar adecuadamente y completar los formularios del sistema de información gerencial en salud (SIGSA) y carné.²⁸

3.15.3 Acciones preventivas en el embarazo

A. Controles prenatales

- Primero antes de las 12 semanas
- Segundo alrededor de las 26 semanas
- Tercero a las 32 semanas
- Cuarto entre las 36 y 38 semanas

B. Hacer énfasis en las consultas en lo siguiente:

- Signos Vitales
- Peso y talla
- Altura uterina después del 3er. Mes de embarazo, calcular edad gestacional y estimar la fecha probable de parto
- Posición fetal de las 36 semanas en adelante
- Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal de las 20 semanas en adelante

- Movimientos fetales de las 18 semanas en adelante en multíparas y de las 22 semanas en adelante en primigesta
- Aumento de peso por arriba de lo esperado
- Detecte signos y síntomas de peligro:
 - Epigastralgia (dolor en la boca del estómago)
 - Cefalea (dolor fuerte de cabeza que no cede con analgésicos)
 - Visión borrosa
 - Dificultad respiratoria
 - Palidez generalizada
 - Contracciones uterinas antes de las 36 semanas
 - Aumento de peso por arriba de lo esperado para esa edad gestacional
 - Depresión, ansiedad, violencia sexual, violencia intrafamiliar
- Toda paciente adolescente de 14 años o menos debe ser referida a un servicio de salud con capacidad resolutive.

3.16 Signos y síntomas de peligro en el embarazo

Tabla 3.5
Signos y síntomas de peligro en el embarazo

1er. Trimestre	2do.Trimestre	3er Trimestre
* Hemorragia vaginal	* Hemorragia vaginal	* Hemorragia Vaginal
* Presencia de flujo vaginal (fétido, de color amarillo, verde o blanco, espeso)	* Dolor de cabeza Frecuente	* Dolores tipo parto
* Molestias urinarias	* Molestias urinarias	* Salida de líquido por la vagina
* Fiebre	* Presión arterial mayor o igual a 140/90 mm/Hg o elevación de más de 15 mm/Hg en la presión sistólica y más de 10 mm/Hg en la presión diastólica, comparada con la presión anterior	* Presión arterial alta mayor o igual a 140/90 mm/Hg o elevación de más de 15 mm/Hg en la presión sistólica y más de 10 mm/Hg en la presión diastólica, comparada con la presión anterior
* Dolor tipo cólico en región pélvica	* Sensación de múltiples partes fetales	* Dolores de cabeza
	* Salida de líquido por la Vagina	* Trastornos visuales (se le nubla la vista, ve puntos negros o puntos de luz)
	* Disminución o ausencia de movimientos fetales	* Disminución o ausencia de movimientos fetales
	* Fiebre	* Fiebre

Fuente: Normas de atención de salud integral para primero y segundo nivel de atención 2010.

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de investigación

Descriptivo, transversal.

4.2 Unidad de análisis

Unidad primaria de muestreo: comadronas capacitadas que laboran en los distritos de San Martín Jilotepeque y San Juan Comalapa, del departamento de Chimaltenango.

Unidad de análisis: conocimientos, actitudes y prácticas de las señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio, registrados en el instrumento diseñado para la recolección de datos.

Unidad de información: entrevistas estructuradas realizadas a comadronas capacitadas que laboran en los distritos de San Martín Jilotepeque del departamento de Chimaltenango.

4.3 Población

Comadronas capacitadas del casco urbano y rural, que laboran en el distrito de San Martín Jilotepeque y San Juan Comalapa del departamento de Chimaltenango.

4.4 Selección de Sujetos a Estudio

4.4.1 Criterios de inclusión

- Comadronas que laboran en el distrito de San Martín Jilotepeque.
- Comadronas capacitadas por programas del MSPAS.
- Comadronas acreditadas por programas del MSPAS.
- Comadronas de 25 a 80 años de edad.
- Comadronas que asistieron a la reunión de capacitación que se lleva a cabo mensualmente en el Centro de Salud de su Municipio.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Comadronas que no hablabancastellano.
- Comadronas que no quisieron participar en el estudio.
- Comadronas que no se encontraron presentes al momento de la entrevista estructurada.

4.5 Enfoque y diseño de la investigación

4.5.1 Enfoque

Cuantitativo

4.5.2 Diseño de la investigación

Estudio descriptivo transversal

4.6 Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Criterios de Clasificación
Conocimientos	Conjunto de información almacenada durante la experiencia o el aprendizaje de la persona que atiende a la mujer en el embarazo, durante el parto, y el puerperio	Saber adquirido mediante la Capacitación como parte del Programa Nacional de Salud Reproductiva impartido por el MSPAS a las comadronas	Cualitativa	Ordinal	Se presenta en la sección 2 del instrumento de evaluación, la cual se divide en tres segmentos: A, B, C. Siendo A= Embarazo B= Parto Y C= Puerperio constando de cada parte con 10 aseveraciones teniendo dos opciones cada una; pudiendo elegir entre verdadero y falso, de las cuales se les da una puntuación de 10 puntos a cada respuesta correcta. Para luego utilizar la media de todas las puntuaciones obtenidas por cada comadrona y obtener la desviación estándar para asignarle una escala de evaluación la cual es la siguiente: Excelente: 2σ y 3σ Muy Bien: 1σ y 2σ Bien: m y 1σ Regular : m y -1σ Deficiente: -1σ y -2σ Muy Deficiente: -2σ y -3σ
Actitudes	Estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia frente a determinadas personas, objetos o situaciones.	Reacción adquirida mediante la capacitación como parte del programa nacional de salud reproductiva impartido por el MSPAS a las comadronas	Cualitativa	Ordinal	Se presenta en las secciones 3 y 4 en donde se evalúan las actitudes y prácticas se utilizará la escala de Likert en donde se asignará un valor para cada ítem respondido. La sección 3 que consta de 15 ítems y en la sección 4 que consta de 12 ítems. Muy de acuerdo: 5 puntos De acuerdo: 4 puntos Indeciso: 3 puntos En desacuerdo: 2 puntos Muy en desacuerdo: 1 punto
Prácticas	Acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo. La manera en que las personas aplican sus conocimientos y actitudes con relación a un tema en concreto.	Acciones aplicadas por las comadronas, en la atención durante embarazo, parto y puerperio.	Cualitativa	Ordinal	

4.7 Técnicas, procesos e instrumentos

4.7.1 Técnica de recolección de datos

En la primera fase de la investigación se validó el instrumento (entrevista estructurada) aplicando una prueba piloto a 10 comadronas que no formaban parte de la población a estudiar. La entrevista estructurada constó de 4 secciones, la primera evaluó los datos generales de las comadronas. La segunda sección, fue sobre el conocimiento de señales de peligro en cada una de las etapas se utilizó una serie de verdadero falso para determinar su conocimiento. La tercera serie fue acerca de las actitudes de las comadronas al evidenciar una señal de alarma, siendo casos específicos y si la comadrona refiere o no. Por último la cuarta serie fue sobre las prácticas que toman las comadronas en cada una de las etapas embarazo, parto y puerperio, por medio de preguntas específicas con respuesta afirmativa o negativa.

4.7.2 Procesos

Se llevó a cabo mediante entrevista estructurada hacia las comadronas que asistieron a la reunión mensual de capacitación en los municipios de San Martín Jilotepeque y San Juan Comalapa, en el casco urbano y rural de cada municipio. Por lo cual los cuatro investigadores asistieron a dicha reuniones en donde se llevaron a cabo las entrevistas estructuradas, y en donde estuvo presente el equipo del centro de salud quienes capacitan a las comadronas.

4.7.3. Procesamiento de datos

El método que se utilizó para el procesamiento y codificación de datos fue Microsoft Excel, para la sección de conocimientos se utilizó un procedimiento colectivo, un instrumento del tipo alternativa con aseveraciones.

4.7.4 Instrumento de medición

El instrumento de medición se basó en las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio, el cual consiste en una entrevista estructurada (ver anexo 11.3) El cual constó de 4 series:

4.7.4.1 Sección 1

Que se basó en una serie de cuatro preguntas relacionadas a datos sociodemográficos y que se utilizó para caracterización epidemiológica de los resultados, en donde se pidió la edad, escolaridad, el municipio y el casco al que perteneció la comadrona a la cual se le realizó la encuesta.

4.7.4.2 Sección 2

En esta sección se evaluaron los conocimientos de las comadronas por lo cual se subdividió en 3 segmentos. A, B y C; mismos que correspondieron a aseveraciones relacionadas al embarazo, parto y puerperio respectivamente. Cada segmento constó de 10 preguntas, con dos opciones de respuesta (verdadero y falso), en donde cada respuesta acertada tuvo una puntuación de 10 puntos y las no contestadas o erróneas con puntuación de 0 puntos.

4.7.4.3 Sección 3

En esta parte se evaluaron lo relacionado a las actitudes de las comadronas con respecto a los temas de embarazo, parto y puerperio; esta sección constó de 15 ítems o aseveraciones en donde las encuestadas pudieron tener un valor mínimo de 15 puntos y un valor máximo de 75 puntos. Y se utilizó la escala de Likert como método de medición. Y se midió que tan de acuerdo y desacuerdo se encuentra la persona evaluada con respecto a la actitud que se le mencionó.

4.7.4.4 Sección 4

Esta sección evaluó específicamente las prácticas que realizan las comadronas, y en donde constaba de 12 ítems relacionados a las mismas que se subdividieron en aseveraciones del embarazo, parto y puerperio. Y también se utilizó la escala de Likert como método de medición, y a la vez se evaluó que tan de acuerdo y desacuerdo se encontraron las participantes con respecto a las prácticas que realizan. En esta sección la puntuación mínima fue de 12 puntos y la máxima de 60 puntos.

4.7.4 Análisis de datos

Para el análisis de los datos obtenidos por medio del instrumento de recolección de datos. Primero la evaluación del conocimiento se llevó a cabo en la sección 2 del instrumento de evaluación, la cual se dividió en tres segmentos: A, B, C. Siendo A= embarazo B= parto Y C= puerperio. En donde se realizaron pruebas objetivas del tipo alternativas a las comadronas, que constó de aseveraciones de las cuales debieron responder eligiendo una alternativa; entre falso o verdadero. Constó en cada segmento A, B Y C con 10 aseveraciones cada uno, de las cuales se les dio una puntuación de 10 puntos a cada respuesta correcta, para hacer un total de 100 puntos.

Posterior a la recolección de los resultados de las encuestas, se obtuvo la media, utilizando la puntuación total obtenida en cada segmento.

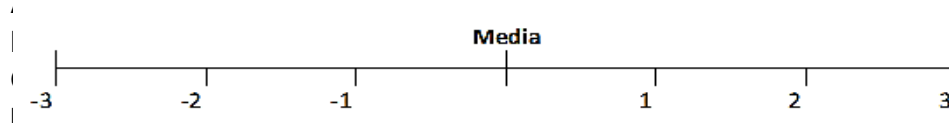
Luego para asignar calificaciones a las puntuaciones que se obtuvieron, por medio de la prueba, se tomó la media como punto de referencia. Por medio de la siguiente fórmula: ¹¹

$$Media x = \frac{\sum xf}{\sum f}$$

Después se calculó la media y se obtuvieron las desviaciones estándar por medio de la siguiente fórmula:

$$Varianza \sigma^2 = \frac{(mc - \mu)^2 * fr}{fr} \text{ Desviación } \sigma = \sqrt{\sigma^2}$$

Se realizó una escala de evaluación fundamentada en los estadígrafos de tendencia central y desviación típica de los puntos obtenidos, y de allí se derivó la escala.¹⁵



Se obtuvieron los valores de las desviaciones estándar se estimaron los rangos de clasificación, y se agrupó los resultados de las comadronas

Tabla 4.1
Escala de clasificación por desviación estándar para evaluación de los conocimientos

Clasificación	Punteo Situado Entre
Excelente	2σ y 3σ
Muy Bien	1σ y 2σ
Bien	m y 1σ
Regular	m y -1σ
Deficiente	-1σ y -2σ
Muy Deficiente	-2σ y -3σ

Fuente: Evaluación del aprendizaje temas fundamentales

En la sección 3 y 4 en donde se evaluaron las actitudes y prácticas se utilizó la escala de Likert en donde se asignó un valor para cada ítem respondido. En donde la sección 3 que constó de 15 ítems, en la sección 4 de 12 ítems.

Tabla 4.2
Escala de puntuación tipo Likert

Muy de acuerdo	5 puntos
De acuerdo	4 puntos
Indeciso	3 puntos
En desacuerdo	2 puntos
Muy en desacuerdo	1 punto

La puntuación fue considerada alta o baja según el número de ítems que tuvo cada serie. Por ejemplo:

Un cuestionario de 10 ítems el valor máximo sería de 50 puntos y el valor mínimo de 10 puntos.¹⁷

En la sección 3 se evaluaron las actitudes, con 15 ítems que se evaluaron con el cuadro que se presentó anteriormente en donde 15 fue la puntuación mínima y 75 la puntuación máxima, por lo cual se utilizó la siguiente escala para presentar los resultados:

Tabla 4.3
Escala de clasificación tipo Likert para las actitudes

Muy Inadecuada	15 puntos
Inadecuada	16 - 30 puntos
Indiferente	31 - 45 puntos
Adecuada	46 - 60 puntos
Muy Adecuada	61 - 75 puntos

Referente a la evaluación de las prácticas se utilizaron 12 ítems relacionados al tema, en donde la puntuación máxima fue 60 puntos y la mínima 12 puntos. Y se utilizó la siguiente escala para los resultados:

Tabla 4.4
Escala de clasificación tipo Likert para las prácticas

Muy Inadecuada	12 puntos
Inadecuada	13- 24 puntos
Indiferente	25 - 36 puntos
Adecuada	37 - 48 puntos
Muy Adecuada	49 - 60 puntos

4.8 Límites de la investigación

4.8.1 Obstáculos

- Poca colaboración e interés por parte de las comadronas adiestradas para responder el instrumento de recolección de datos.
- Dificultad de acceso al punto de reunión con comadronas adiestradas.
- Problemas de comprensión del instrumento de recolección de datos.
- Tiempo prolongado en cada entrevista con cada comadrona.
- Pocos recursos humanos para una población grande de comadronas en casco urbano y en casco rural.
- Que las comadronas solo hablen el idioma maya de donde sean originarias.

4.8.2 Alcances

El presente estudio describió el nivel de los conocimientos que tienen las comadronas adiestradas para reconocer los signos de alarma durante el embarazo, parto y puerperio, y las acciones que estas toman al respecto, esta investigación se basó en comadronas que laboran en el distrito de San Martín Jilotepeque del departamento de Chimaltenango y son adiestradas y certificadas por el MSPAS.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

Esta investigación utilizó como instrumento de recolección de datos una entrevista estructurada, por lo que se catalogó a esta dentro de la categoría I (sin riesgo), no se realizó ninguna intervención con las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las comadronas participantes, se respetaron los principios de autonomía, privacidad y confiabilidad de la información obtenida, se adjuntó un consentimiento informado para la autorización de llevar a cabo la entrevista.

5. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a través del instrumento de recolección de datos, realizado a 101 comadronas, distribuidas dentro de los municipios de San Martín Jilotepeque y San Juan Comalapa en los cascos urbanos y rurales, del departamento de Chimaltenango, en el mes de diciembre del 2015.

Tabla 5.1
Características epidemiológicas de las comadronas entrevistadas en los municipios de San Martín Jilotepeque y San Juan Comalapa del departamento de Chimaltenango

Comadronas (n= 101)	
Edad en años (media \pm SD)	59 \pm 11.90
Lugar de Residencia (%) San Martín Jilotepeque San Juan Comalapa	58 (58) 43 (43)
Ubicación (%) Casco urbano Casco rural	42 (41.6) 59 (58.4)
Grupos de edad (%) 30 – 47 48 – 65 66 – 83 Mayor de 83	14 (13.86) 53 (52.47) 33 (32.67) 1 (0.99)
Alfabetismo (%) Alfabeta Analfabeta	43 (42.5) 58 (57.4)
Grado de Escolaridad (%) Ninguna Primaria Básica Diversificada Universitaria	54 (53.46) 42 (41.58) 2 (1.98) 3 (2.97) 0 (0)

Tabla 5.2
 Conocimientos de las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio de las comadronas entrevistadas en los municipios de San Martín Jilotepeque y San Juan Comalapa y del departamento de Chimaltenango

Conocimientos en el embarazo		
	Número de comadronas	Porcentaje
Excelente	0	0
Muy Bien	11	10.89
Bien	28	27.72
Regular	39	38.61
Deficiente	19	18.82
Muy Deficiente	4	3.96
Conocimientos en el parto		
Excelente	3	2.97
muy bien	9	8.91
Bien	27	26.73
Regular	51	50.50
Deficiente	10	9.90
Muy Deficiente	1	0.99
Conocimientos en el puerperio		
Excelente	0	0
Muy Bien	9	8.91
Bien	54	53.47
Regular	27	26.73
Deficiente	8	7.92
Muy Deficiente	3	2.97

Tabla5.3

Actitudes de las señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio, de las comadronas entrevistadas en los municipios de San Martín Jilotepeque y San Juan Comalapa del departamento de Chimaltenango

Actitudes	Número de Comadronas	Porcentaje
Muy Adecuado	88	87.13
Adecuado	12	11.88
Indiferente	1	0.99
Inadecuado	0	0
Muy Inadecuado	0	0
Total	101	100

Tabla5.4

Prácticas de las señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio, de las comadronas entrevistadas en los municipios de San Martín Jilotepeque y San Juan Comalapa del departamento de Chimaltenango.

Prácticas	Número de comadronas	Porcentaje
Muy Adecuado	62	61.39
Adecuado	38	37.62
Indiferente	1	0.99
Inadecuado	0	0
Muy Inadecuado	0	0
Total	101	100

6. DISCUSIÓN

A nivel mundial las comadronas ejercen un papel muy importante en la atención de la mujer embarazada, parto y puerperio. El 23% de partos, en Latinoamérica, fueron atendidos por comadronas, en Guatemala este porcentaje se triplica principalmente en áreas rurales en donde la atención por parte de personal médico especializado, es de difícil acceso.⁹ En el departamento de Chimaltenango el 76% de los partos son atendidos en los hogares de las embarazadas, por comadronas, quienes brindan atención prenatal y vigilancia durante el puerperio⁴. Por lo que fue relevante realizar este estudio con el objetivo de evaluar los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las comadronas adiestradas, por el MSPAS, en los municipios de San Juan Comalapa y San Martín Jilotepeque, del departamento de Chimaltenango, en el mes de diciembre del 2015. Por medio de una entrevista estructurada como instrumento de recolección de datos, a un total de 101 comadronas.

Las comadronas adiestradas son aquellas mujeres que residen dentro de la comunidad en donde brindan la atención además reciben capacitación y certificación por parte del MSPAS para desempeñar su labor. Del total de comadronas entrevistadas; 58 pertenecieron al municipio de San Martín Jilotepeque, ubicando a un 62% en el casco rural y 38% urbano. Las 43 comadronas restantes se localizaron en San Juan Comalapa, ubicando un 53% en el casco rural y 47% urbano. Estos datos se esperaban debido a que San Martín Jilotepeque duplica en extensión territorial y población a San Juan Comalapa; según los datos de la ENSMI los partos en el área rural son atendidos en su mayoría por comadronas en donde se ubican la mayoría de la población de estudio.

De acuerdo a los datos recolectados en la tabla 10 las comadronas entrevistadas se encuentran en una edad promedio de 59 años (± 11 años). Con respecto al rango de edad se observó el 53% siendo la mayor parte de ellas en el grupo etario de 48 a 65 años, seguido por el grupo de 66 a 83 años, y solamente se encontraron 14 en el de 30 a 47 años. Cabe resaltar que dentro de los requisitos para ejercer como comadrona certificada se debe ser mayor de 18 años y menor de 65 años, por lo que 34 comadronas no cumplen con este requisito. Los resultados obtenidos en el estudio se asemejan a otras investigaciones realizadas en nuestro país y en distintos departamentos, por ejemplo en Quetzaltenango en donde el 62% de comadronas fue mayor de 41 años, en Sololá se obtuvo una edad media en 63 años, en Antigua Guatemala el 64% de comadronas en un rango de 40 a 50 años¹⁰ y Quiché en donde de un total de 369 comadronas la edad media

se estableció en 53 años.¹²En México, un estudio realizado con un total de 1224 comadronas entrevistadas la edad promedio fue de 57 años (\pm 13 años), ubicándose el 87% entre los 40 y 79 años.⁹Cabe resaltar que las comadronas de mayor edad generalmente tienen muchos más años desempeñando esta profesión y por lo tanto mayor experiencia, pero que esto también limita la capacidad de aprendizaje en las reuniones de capacitación.

Es importante que todas las comadronas sean alfabetas o tengan algún grado de escolaridad, con el fin de facilitar el fortalecimiento del aprendizaje y brindar una mejor atención a las mujeres embarazadas durante el embarazo, parto y puerperio, sin embargo en la tabla 10, se evidenció que el 57% de las comadronas encuestadas, son analfabetas, lo cual es una barrera limitante para el aprendizaje, debido a que al no poder leer ni escribir las comadronas pierden el interés del contenido de las capacitaciones impartidas en el distrito de salud. Respecto al nivel de escolaridad en la tabla 10 se muestra que el 53% no tuvo ningún grado de escolaridad, el 41% asistió a algún grado de nivel primario, y apenas un 2 % y 3 % cumplieron algún grado de secundaria y diversificado, ninguna comadrona asistió a la universidad. Estos datos no son distintos a otros estudios realizados en Sololá el 79% de 41 comadronas fueron analfabetas⁸ y en Antigua Guatemala en donde el 56.4% de comadronas estudiadas fueron analfabetas.¹⁰

La evaluación de los conocimientos de las señales de peligro durante el periodo del embarazo, parto y puerperio se evidencian en la tabla 11. Iniciando con el embarazo, el periodo que transcurre desde la implantación del cigoto hasta el momento del parto en donde ocurren cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos los cuales pueden poner en riesgo la vida de la mujer. En lo referente a conocimientos del embarazo el 38.6% de las comadronas obtuvieron una calificación de regular, un 10.8% se situó en muy bien y un 3.9% muy deficiente. Los datos recolectados en la tabla 11 en lo referente al conocimiento durante el parto fue que un 50.5% de las comadronas se clasifican como conocimientos regulares y el 38.6% la supera.

Por lo cual se observó que posee los conocimientos suficientes para reconocer las señales de peligro durante este periodo, es importante resaltar que en este periodo es donde surgen las mayores complicaciones y riesgo de mortalidad para la mujer embarazada, es por eso que es de suma importancia tener los conocimientos sobre las señales de peligro durante esta etapa para poder brindar una atención oportuna. El puerperio; periodo que consiste inmediatamente después del parto hasta los 42 días, los

cuales son necesario para volver a las condiciones pre gestacionales, existen ciertos cuidados y señales que debe de reconocer la comadrona, para lo que ha sido capacitada por el MSPAS, y los cuales fueron evaluados en la entrevista estructurada y se recolectan los resultados al final de la tabla 11 que muestra la clasificación de los conocimientos de las señales de peligro durante el puerperio, en donde el 53% se encontraron clasificadas como bien y un 9% en la clasificación de muy bien, por lo que el 62% posee los conocimientos necesarios para brindar la atención adecuada a las puérperas.

Se realizó una revisión de estudios anteriores al nuestro, en donde se encontró que cada uno nombra las diferentes actitudes y prácticas, pero no se clasifican exactamente mediante escalas los conocimientos, las actitudes y las prácticas. Por ejemplo, en el estudio realizado con 41 comadronas en Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá se evidenció que un 48.8 % de ellas se consideraron con un buen conocimiento con respecto a las señales de peligro durante las tres etapas.⁸

Las comadronas poseen un estado de disposición psicológica, adquirida, y organizada, a través de su propia experiencia la cual es evaluada por medio de las actitudes que toman durante los periodos de embarazo, parto y puerperio. En la tabla 12 se presentan los resultados, los cuales evidencian que el 87% de las comadronas se encuentran muy adecuadas lo que indica que la mayoría de las comadronas poseen las actitudes necesarias frente a las señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio. Esto beneficia a la comunidad de influencia para prevenir las complicaciones y así disminuir la mortalidad materna.

Las prácticas son las acciones mediante las cuales las comadronas aplican sus conocimientos y actitudes, frente a las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio. En la tabla 13. Muestra que el 61.3% de las comadronas se encuentra en la clasificación muy adecuada, seguido por el 38% calificadas como adecuadas, lo que nos da un total de 99.3% de las comadronas quienes poseen las prácticas más adecuadas en el momento de atender a las mujeres en las diferentes etapas: embarazo, parto y puerperio. Este dato también beneficia a la comunidad de influencia, ya que las comadronas realizan las prácticas correctas ante las señales de peligro.

7. CONCLUSIONES

- 7.1** Se identifica en la evaluación de los conocimientos del embarazo y el parto que la mayoría de las comadronas se clasifican como “regular”. Respecto al puerperio se clasifica el conocimiento de las comadronas como “bien”.

- 7.2** Se evidencia que ninguna comadrona demuestra actitudes “inadecuadas” o “muy inadecuadas” y casi el total de las entrevistadas demuestra una actitud “muy adecuada” o “adecuada” respecto a la atención de la mujer embarazada, el parto y puerperio.

- 7.3** Se identifica que la mayoría de las comadronas demuestra prácticas clasificadas como “muy adecuadas” en la atención del embarazo, parto y puerperio, y que ninguna de las comadronas demuestra prácticas clasificadas “inadecuadas” o “muy inadecuadas”.

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- Implementar un programa de evaluación efectivo, destinado a las comadronas, sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas ante las señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio, con el objetivo de identificar las deficiencias de estos y fortalecerlos en las capacitaciones mensuales.
- Velar por que se cumplan los requisitos establecidos por el MSPAS para formar parte del programa de comadronas y ser acreditada como tal, como por ejemplo la edad máxima para formar parte de este grupo e implementar nuevos requisitos tales como un nivel de escolaridad mínimo para poder ejercer.
- Fomentar programas de formación de comadronas en las comunidades, especialmente con mujeres jóvenes.

8.2 A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

- Implementar un programa de capacitación para las comadronas, a cargo de los estudiantes que cursan el ejercicio profesional supervisado rural, que incluya el reconocimiento de señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio y su evaluación clínica en cada una de estas etapas.
- Crear programas para los estudiantes de ejercicio profesional supervisado en conjunto con médicos del MSPAS para el fortalecimiento en investigación de salud materna en las comunidades donde realizan su práctica.

9. APORTES

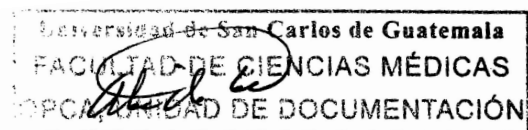
- 9.1** Se elaboró un informe final para dar a conocer los resultados obtenidos de las entrevistas estructuradas realizadas a las comadronas, el cuál fue entregado a los directores y encargados de los programas de comadronas de los centros de salud de San Martín Jilotepeque y San Juan Comalapa.
- 9.2** Se estableció nuevas relaciones entre el personal encargado de los programas de capacitación a las comadronas del MSPAS y la Facultad de Ciencias Médicas, en vista de creación de futuros estudios en conjunto.
- 9.3** Se elaboró un informe final el cual puede ser utilizado como referencia, o aplicarse en otras comunidades a nivel nacional, o ser utilizado como comparación en futuras investigaciones.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Subcomisión de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico. Áreas y prioridades de Investigación para la Salud en Guatemala 2014-2019. Guatemala. Centro Didáctico de la División de Desarrollo Académico; 2014.
2. Chávez Vargas L. Salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. Revista de Derechos Humanos - dfensor (México) [en línea] 2012 Jun [citado 29 Ago 2015]; Año X (6):60-64. Disponible en: http://cdhdfbeta.cd hdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/05/dfensor_06_2012.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa [en línea] Ginebra: OMS; 2015 [actualizado Nov 2015; citado 1 Dic 2015]. Mortalidad Materna. [aprox. 4 pant.]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/#>
4. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. V Encuesta nacional de salud materno infantil 2008-2009. MSPAS.INE. CDC; 2010.
5. Guatemala. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estudio nacional de mortalidad materna 2007. Guatemala: Serviprensa; 2011.
6. Laza Vásquez C, Sánchez Vanegas G. Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. Enferm. glob [en línea] 2012 Abr [citado 3 Oct 2015]; 11 (26): 408-415. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/141371/133691>
7. Mendoza Miranda M, Quemé Figueroa A. Prácticas utilizadas por comadronas durante la atención del trabajo de parto: Estudio realizado en el municipio de San Martín Sacatepéquez, Quetzaltenango y San Martín Jilotepeque, Chimaltenango. [en línea] [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2010. [citado 29 Ago 2015]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8732.pdf
8. Herrera Castillo E. Conocimientos y prácticas sobre signos de peligro en el embarazo, parto, puerperio y recién nacido, en comadronas tradicionales. [en línea] [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud; 2014. [citado 29 Ago 2015]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/18/Herrera-Elena.pdf>
9. García Vásquez I, Moncayo Cuagliotti SE, Sánchez Trocino B. El parto en México, reflexiones para su atención integral. Ide@s CONCYTEG. [en línea] 2012

- Jun.[citado 29 Ago 2015]; 7 (84): 811-844. Disponible en:
http://concyteg.gob.mx/ideasConcyteg/Archivos/84_4_GARCIA_VAZQUEZ_ET_AL.pdf
10. Chávez Colón K. Conocimientos y prácticas de las comadronas tradicionales del centro de salud de Antigua Guatemala acerca del control prenatal. [en línea] [tesis Enfermería]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Nacional de Enfermeras; 2012. [citado 29 Ago 2015]. Disponible en:
<http://www.eneg.edu.gt/sites/default/files/tesis/Karen%20Susana%20Chavez%20Colon.pdf>
 11. Garcia K, Orellana D, Solórzano D, Barrera A. Conocimientos, actitudes, percepciones y prácticas de comadronas y mujeres acerca del parto en posición vertical. Rev. Col. Med. Cir. Guatem. 2014 Dic; 152: 14-22.
 12. Barrientos A, Delgado A, Reinoso C, Kopp R, Estrada M, Godoy C. Et al. Conocimientos de las comadronas sobre señales de peligro de mortalidad perinatal. [en línea] [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2011. [citado 29 Ago 2015]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8834.pdf
 13. Armas L. Conocimientos que poseen las comadronas tradicionales adiestradas, sobre el control prenatal, atención del parto y puerperio inmediato. [en línea] [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1998. [citado 29 Ago 2015]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_7947.pdf
 14. Guatemala. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Tercer informe de avances en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Objetivo 5: Mejorar la salud materna. Guatemala: Serviprensa; 2010.
 15. Galo C. Evaluación del aprendizaje. El Salvador: Editorial Piedra Santa; 2006.
 16. Livas I. Análisis e interpretación de los resultados de la evaluación educativa. México: Editorial Trillas; 1977.
 17. Fernández I. Construcción de una escala de actitudes tipo Likert. Barcelona: Centro de Investigación y Asistencia Técnica; 1982.
 18. es.wikipedia.org.Guatemala [en línea]. San Francisco, CA.: Wikipedia, La enciclopedia libre; [actualizado 29 Ago 2015; accesado 30 Ago 2015] Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Guatemala>

19. es.wikipedia.org. Chimaltenango [en línea]. San Francisco, CA.: Wikipedia, La enciclopedia libre; [actualizado 4 Ago 2015; citado 29 Ago 2015] Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Chimaltenango_\(departamento\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Chimaltenango_(departamento))
20. Xocoy de León J. Edificio poli funcional del departamento de Chimaltenango. [en línea] [tesis Licenciatura en Arquitectura] Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Arquitectura; 2004 [citado 29 Ago 2015]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/02/02_1175.pdf
21. Guatemala. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Consejo Municipal de Desarrollo. Plan de desarrollo San Juan Comalapa Chimaltenango. Guatemala: SEGEPLAN/DPT; 2010.
22. Putney J, Smith M. La capacitación y la práctica de las comadronas tradicionales en Guatemala. [en línea]. Washington, D.C.:USAID; 1989 [citado 25 Ago 2015]. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNABF276.pdf
23. Hurtado E, Sáenz de Tejada E. Relations between government health workers and traditional midwives in Guatemala. En: Brad R. Huber, Alan R. Editores. Austin: University of Texas Press; 2001: p. 212- 216.
24. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Capacitación a Comadronas Tradicionales. Guatemala: MSPAS.
25. Guatemala. Congreso de la República de Guatemala. Decreto 32-2010 Ley para la maternidad saludable. Diario de Centro America, (2010)
26. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Rouse J, Spong C. Williams obstetricia. 23ª ed. México, D.F.: Elsevier; 2010.
27. Ronald S. Gibbs, Beth Y. Karlan, Arthur F. Haney, Ingrid E. Nygaard. Obstetricia y ginecología de Danforth. 10ª ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
28. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel. 2 ed. Guatemala: MSPAS; 2010.



11. ANEXOS

11.1 HOJA DE INFORMACIÓN A COMADRONAS



“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS COMADRONAS ADIESTRADAS, EN RECONOCER SEÑALES DE PELIGRO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO”



Nosotros somos estudiantes del último año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala. Estamos realizando una investigación acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas de las comadronas adiestradas para reconocer las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio. El reconocimiento de las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio y la atención oportuna de las mismas; puede prevenir muertes maternas, y mejorar la atención en salud materna en nuestro país, por lo que consideramos de importancia evaluar el conocimiento de las comadronas en este aspecto, debido a que son ellas quienes atienden la gran mayoría de partos en áreas rurales y en donde es difícil el acceso a servicios de salud.

Estamos invitando a nuestro estudio a todas las comadronas que acuden a pláticas de capacitación impartidas por el personal de los centros de salud, en los municipios de San Martín Jilotepeque y San Juan Comalapa. A quienes se les realizará una encuesta voluntaria, que puede ir respondiendo según su criterio personal y que no involucra riesgos a la salud, ni asuntos legales, tampoco beneficios económicos.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. También puede cambiar de idea y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación. Por favor, deténganos según le informamos para darnos tiempo para explicarle.

Si tiene preguntas, puede hacérselas cuando crea más conveniente.

11.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO: _____ DE: _____ AÑOS
COMADRONA CERTIFICADA DEL MUNICIPIO DE _____

He sido invitada a participar en la investigación sobre: **“Conocimientos, Actitudes y Prácticas”** de las comadronas adiestradas acerca de las **señales de Peligro durante el embarazo, parto y puerperio**, en el distrito de salud en San Juan Comalapa y San Martín Jilotepeque durante el mes de Diciembre del año 2015.”

Comprendo que mi participación en la investigación consiste en responder a la entrevista que me será hecha por los investigadores, los cuales me han informado que no existen riesgos para mi salud, o problemas legales al participar de la siguiente investigación, es un estudio que se realiza con fines de investigación en la cual la información será confidencial, respetando en todo momento la privacidad e integridad, tomando en cuenta que el mismo no representa ningún beneficio material ni económico. Además soy consciente que el beneficio al responder la entrevista será para todas las pacientes embarazadas y puérperas que se atienden en mi comunidad, y de apoyo para la información de salud y para futuras investigaciones.

He leído la información proporcionada, o me ha sido leída y tuve la oportunidad de dar a conocer mis dudas y se me han respondido satisfactoriamente.

Por lo cual acepto participar en la presente investigación.

Fecha: _____

_____ Firma o huella de la comadrona

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

_____ Firma y nombre del Investigador

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado _____ (iniciales del investigador).

11.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrucciones: Responda a las siguientes preguntas como se le indica en cada sección.

SECCIÓN 1: DATOS GENERALES

No. Boleta _____

Responda las siguientes preguntas

1. Edad: _____

2. Grado de escolaridad:

Ninguno	<input type="checkbox"/>
Primaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>
Diversificado	<input type="checkbox"/>
Universitario	<input type="checkbox"/>

3. Alfabeta

Analfabeta

4. Municipio: San Martín Jilotepeque

San Juan Comalapa

5. Casco Urbano

Casco Rural

SECCIÓN 2: CONOCIMIENTO DE LAS SEÑALES DE PELIGRO

A: Marque con una X verdadero o Falso, si considera que se trata de una señal de alarma, durante el **EMBARAZO**. Cada respuesta correcta con valor en 10 puntos para un valor total de 100.

	Señal de Alarma	Verdadero	Falso
1	Flujo Vaginal		
2	Ausencia de hemorragia Vaginal		
3	Temperatura corporal de 37°C		
4	Dolor Supra púbico		
5	Cefalea (Dolor de Cabeza)		
6	Trastornos visuales (Visión Borrosa)		
7	Epigastralgia (Dolor en la boca del estómago)		
8	Presión Arterial de 120/80mmHg		
9	Presentación cefálica por maniobras de Leopold		
10	Aumento de movimientos fetales		

Calificación:

RESPUESTAS CORRECTAS	TOTAL PUNTOS

B: Marque con una X verdadero o Falso, si considera que se trata de una señal de alarma, durante el **PARTO**. Cada respuesta correcta con valor en 10 puntos para un valor total de 100 puntos.

	Señal de alarma	Verdadero	Falso
1	Primigesta, si el parto no resuelve en 12 horas		
2	Múltipara si el parto no resuelve en 2 horas		
3	Placenta no sale en 5 minutos después del parto		
4	Ruptura de cordón umbilical		
5	Hemorragia excesiva durante el parto (placenta previa)		
6	Presentación Podálica (De pies)		
7	Expulsión de tapón mucoso		
8	Salida de líquido amniótico claro no fétido (sin mal olor)		
9	Desproporción Cefalo-Pelvica		
10	Presentación cefálica		

Calificación:

RESPUESTAS CORRECTAS	TOTAL PUNTOS

C: Marque con una X verdadero o Falso, si considera que se trata de una señal de alarma, durante el **PUERPERIO**. Cada respuesta correcta con valor en 10 puntos para un total de 100 puntos

	Señal de Alarma	Verdadero	Falso
1	Salida de coágulos en los primeros dos días post parto		
2	Útero con tono		
3	Temperatura corporal de 37.1°C		
4	Cefalea (Dolor de Cabeza)		
5	Salida de calostro por las mamas		
6	Presión Arterial > a 140/90mmhg		
7	Convulsiones		
8	Retención de restos placentarios		
9	Dolor en el área genital en los primeros dos días		
10	Alteración estado de conciencia		

Calificación:

RESPUESTAS CORRECTAS	TOTAL PUNTOS

SECCIÓN 3: ACTITUDES ANTE LAS SEÑALES DE PELIGRO

Marque con una X la opción que considere correcta.

No.		Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
EMBARAZO						
1.	Se refiere a una paciente que presenta visión borrosa y dolor de cabeza intenso					
2.	Se refiere a una paciente si usted tiene la sensación de percibir múltiples partes fetales					
3.	Se refiere a una paciente de 25 semanas de embarazo quien presenta flujo vaginal fétido (mal olor) o de color amarillo, verde o blanco espeso.					
4.	Se refiere a una embarazada que presenta disminución o ausencia de movimientos fetales					
5.	Se refiere a una embarazada si presenta una presión arterial mayor de 140/90 mmHg					
PARTO						
6.	Se refiere a una paciente primigesta en trabajo de parto al hospital para la atención del parto					
7.	Se refiere si durante el parto la presentación fetal es podálica (de pies)					
8.	Se refiere a una paciente múltipara quien lleva más de 8 horas en trabajo de parto activo y aún no resuelve					
9.	Se refiere si durante el parto se da cuenta que el canal del parto es muy estrecho					
10.	Se refiere si durante el parto hay ruptura del cordón umbilical durante el alumbramiento de la placenta					
PUERPERIO						
11.	Se refiere a puérpera si ha presentado fiebre					
12.	Se refiere si la placenta tarda más de 30 minutos en ser expulsada					
13.	Se refiere si durante el puerperio, en las siguientes 24 horas hay presencia de excesiva hemorragia vaginal					
14.	Se refiere a la paciente si presenta desgarres con hemorragia en la región perineal (vaginal)					
15.	Se refiere a la paciente si presenta presión arterial arriba de 140/90 mmHg durante el puerperio					

TOTAL DE PUNTOS:

CLASIFICACIÓN POR PUNTEO: _____

SECCIÓN 4: PRÁCTICAS ANTE LAS SEÑALES DE PELIGRO

Marque con una X la opción que considere correcta

No.		Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
EMBARAZO						
1.	Hay que capacitar sobre señales de peligro a la mujer, esposos, familia y personas de la comunidad					
2.	Usted le toma la presión arterial a las mujeres embarazadas como parte de su control de embarazo					
3.	Usted hace preguntas acerca de visión borrosa, dolor de cabeza intenso durante el embarazo					
4.	Usted hace preguntas acerca de la frecuencia de movimientos fetales a las embarazadas					
PARTO						
5.	Si la paciente es primigesta (primer embarazo) usted le explica que su parto debe ser atendido en el hospital para evitar complicaciones.					
6.	Durante el parto usted utiliza un trapo limpio para proteger la parte baja de la vulva					
7.	Usted tiene una paciente que presenta cefalea intensa, entonces le explica que la debe referir con urgencia al hospital y las razones.					
8.	Debe utilizar prácticas beneficiosas para un parto limpio y seguro					
PUERPERIO						
9.	Usted debe realizar dos o más controles durante los primeros 42 días después del parto					
10.	Se debe tomar la presión arterial y la temperatura durante los controles del puerperio					
11.	Se evalúa si hay involución uterina después del parto					
12.	Durante el puerperio se debe hacer inspección y tacto vaginal para evaluar si existen flujo con mal olor y hemorragia					

TOTAL DE PUNTOS:

CLASIFICACIÓN POR PUNTEO: _____

