

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“PERFIL PSICOSOCIAL DEL VIUDO Y HUÉRFANOS  
AFECTADOS POR MUERTE MATERNA”**

Estudio descriptivo realizado en 14 municipios del  
departamento de Alta Verapaz

2009

TESIS

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

POR

**Ana Elisa Suárez Cerezo  
José Oscar Ceballos Rodas  
Rosemary Guzmán Santa Cruz  
Pablo Alejandro Paz Maldonado  
Fernando Rodrigo Velásquez Orozco**

**Médico y Cirujano**

Guatemala, julio de 2010

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“PERFIL PSICOSOCIAL DEL VIUDO Y HUÉRFANOS  
AFECTADOS POR MUERTE MATERNA”**

Estudio descriptivo realizado en 14 municipios del  
departamento de Alta Verapaz

2009

**Ana Elisa Suárez Cerezo  
José Oscar Ceballos Rodas  
Rosemary Guzmán Santa Cruz  
Pablo Alejandro Paz Maldonado  
Fernando Rodrigo Velásquez Orozco**

**Médico y Cirujano**

**Guatemala, julio de 2010**

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

Los estudiantes:

Ana Elisa Suárez Cerezo	200310492
José Oscar Ceballos Rodas	200410046
Rosemary Guzmán Santa Cruz	200410164
Pablo Alejandro Paz Maldonado	200410249
Fernando Rodrigo Velásquez Orozco	200410265

Han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médicos y Cirujanos, en el grado de **Licenciatura**, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“PERFIL PSICOSOCIAL DEL VIUDO Y HUÉRFANOS  
AFECTADOS POR MUERTE MATERNA”**

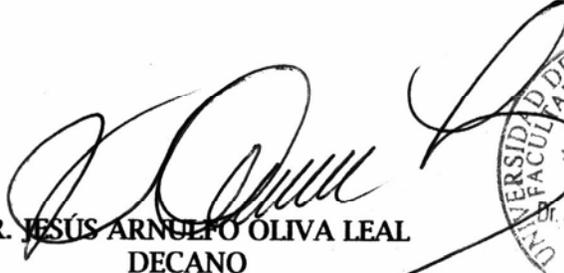
**Estudio descriptivo realizado en 14 municipios  
del departamento de Alta Verapaz**

2009

Trabajo asesorado por el Dr. Edgar Kestler Girón y revisado por la Dra. Lucía Eleonora Terrón Gómez,, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

**ORDEN DE IMPRESIÓN**

En la Ciudad de Guatemala, a los dieciséis días de julio del dos mil diez

  
DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL  
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Los estudiantes:

Ana Elisa Suárez Cerezo	200310492 ✓
José Oscar Ceballos Rodas	200410046 ✓
Rosemary Guzmán Santa Cruz	200410164 ✓
Pablo Alejandro Paz Maldonado	200410249 ✓
Fernando Rodrigo Velásquez Orozco	200410265 ✓

han presentado el trabajo de graduación titulado:

**"PERFIL PSICOSOCIAL DEL VIUDO Y HUÉRFANOS  
AFECTADOS POR MUERTE MATERNA"**

**Estudio descriptivo realizado en 14 municipios  
del departamento de Alta Verapaz**

2009

El cual ha sido **revisado y corregido**, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el dieciséis de julio del dos mil diez.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas  
Coordinador



Guatemala, 16 de julio del 2010

Doctor  
Edgar Rodolfo de León Barillas  
Unidad de Trabajos de Graduación  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Presente

Dr. de León:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes,

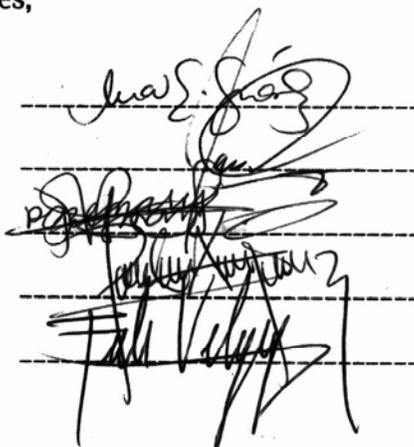
Ana Elisa Suárez Cerezo

José Oscar Ceballos Rodas

Rosemary Guzmán Santa Cruz

Pablo Alejandro Paz Maldonado

Fernando Rodrigo Velásquez Orozco



Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**"PERFIL PSICOSOCIAL DEL VIUDO Y HUÉRFANOS  
AFECTADOS POR MUERTE MATERNA"**

Estudio descriptivo realizado en 14 municipios  
del departamento de Alta Verapaz

2009

Del cual como asesor y revisora 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  
Firma y sello  
Dr. EDGAR E. KESTLER BARRAS  
Médico Cirujano  
Colegiado 2308



Revisora  
Firma y sello  
No. Reg. de personal 20020951

DRA. LUCIA TERRON GOMEZ  
MEDICO Y CIRUJANO  
COLEGIADO No. 11,198

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir el perfil psicosocial del viudo y huérfanos afectados por muerte materna en el departamento de Alta Verapaz durante el año 2009. **Metodología:** Estudio descriptivo en el cual se entrevistó a miembros (viudos, huérfanos, o familiares de primer grado de consanguinidad de la fallecida) de 64 familias afectadas por muerte materna de las 72 que ocurrieron en 2009. Se excluyeron a familias no localizables por migración, imposibilidad de acceso o renuencia a participar. **Resultados:** Las familias estudiadas estaban conformadas por 62 viudos (en dos casos la fallecida no tenía pareja) y 286 huérfanos. De los viudos el 50% se encontraba en el grupo etario de 25-39 años y estaba casado con la fallecida; el 88.7% era de etnia indígena y procedía del área rural; el 40.3% tenía una escolaridad primaria incompleta; el 41.9% se encontraba en una nueva relación. De los huérfanos el 33.6% se encontraba en edad escolar. De las 64 familias, 3 (4.7%) presentaron violencia intrafamiliar; 2 (3.1%) conducta antisocial (viudos) y 2 (3.1%) intento de suicidio (huérfanos); 19 (29.7%) tuvieron reducción del ingreso monetario; 43 (67.2%) realizaron gastos imprevistos; en 14 (21.9%) los huérfanos iniciaron actividad remunerada; en 40 (62.5%) sobrevivió el producto del embarazo; 23 (35.9%) presentaron desintegración familiar; en 58 (90.6%) asumió el rol de la madre un familiar que no es el padre, de estas, en 15 (23.4%) asumió la abuela materna y en 10 (15.6%) hubo deserción escolar por parte de los huérfanos. **Conclusiones:** El perfil psicosocial del viudo lo sitúa dentro del grupo etario de 25 a 39 años, casado con la fallecida, es de etnia indígena, procede del área rural, tiene escolaridad primaria incompleta y menos de la mitad se encuentra en una nueva relación. El perfil psicosocial de la familia sitúa a los huérfanos en edad escolar, refleja escasa violencia intrafamiliar, poca conducta antisocial e intento de suicidio. Hay disminución del ingreso monetario, se presenta tendencia a realizar gastos imprevistos y alguna necesidad de iniciar actividad remunerada por parte de los huérfanos; alta mortalidad del producto del embarazo; así como escasa desintegración familiar; tendencia a que la abuela materna asuma el rol de la madre y baja deserción escolar.

**Palabras clave:** muerte materna, perfil psicosocial, viudos, huérfanos, Alta Verapaz.

# ÍNDICE

Página

<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Objetivos</b>	
2.1. Objetivo general	
2.2. Objetivos específicos.....	3
<b>3. Marco Teórico</b>	
3.1. Contextualización del área de estudio.....	5
3.1.1. Departamento de Alta Verapaz.....	5
3.1.2. Cobán.....	5
3.1.3. San Pedro Carchá.....	6
3.1.4. San Juan Chamelco.....	8
3.1.5. San Cristóbal Verapaz.....	8
3.1.6. Tactic.....	9
3.1.7. Tukurú.....	10
3.1.8. Tamahú.....	11
3.1.9. Panzós.....	11
3.1.10. Senahú.....	12
3.1.11. Cahabón.....	13
3.1.12. Lanquín.....	13
3.1.13. Chahal.....	14
3.1.14. Fray Bartolomé de las Casas.....	14
3.1.15. Chisec.....	15
3.1.16. Santa Cruz Verapaz.....	16
3.1.17. Santa Catalina la Tinta.....	16
3.2. Mortalidad materna.....	17
3.2.1. Demoras que inciden en la mortalidad materna.....	18
3.3. Aspectos psicosociales relacionados con la muerte materna.....	22
3.3.1. Rol de la mujer en el hogar.....	22
3.3.2. Duelo.....	23
3.3.3. Viudez y orfandad.....	27

3.3.4. Desintegración familiar.....	31
3.3.5. Conducta antisocial.....	32
<b>4. Metodología</b>	
4.1. Tipo y diseño de investigación	
4.2. Unidad de análisis	
4.3. Población y muestra	
4.4. Selección de los sujetos a estudio.....	35
4.5. Definición y operacionalización de las variables.....	36
4.6. Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos.....	40
4.7. Procesamiento y análisis de datos.....	41
4.8. Alcances y límites de la investigación.....	42
4.9. Aspectos éticos de la investigación.....	44
<b>5. Resultados.....</b>	<b>45</b>
<b>6. Discusión.....</b>	<b>55</b>
<b>7. Conclusiones.....</b>	<b>59</b>
<b>8. Recomendaciones.....</b>	<b>61</b>
<b>9. Aportes.....</b>	<b>63</b>
<b>10. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>65</b>
<b>11. Anexos.....</b>	<b>69</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es uno de los indicadores en salud para el desarrollo humano de una nación y se define como toda muerte ocurrida durante el embarazo, parto o puerperio, debida a cualquier causa agravada o relacionada con el mismo. Es por lo tanto un evento evitable por detección y tratamiento oportunos, dentro del grupo de indicadores de la situación en salud.<sup>(1,2)</sup>

Aproximadamente 22,000 mujeres mueren cada año en Latinoamérica y el Caribe como resultado de complicaciones durante el embarazo o el parto. Para el año 2000, Guatemala es uno de los países de Latinoamérica con las más altas tasas de mortalidad materna con una razón de 153 muertes maternas x 100,000 nacidos vivos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la razón de mortalidad materna en Guatemala presenta una proyección de 290 muertes maternas x 100,000 nacidos vivos para el año 2010.<sup>(3,4,5,6)</sup>

Alta Verapaz es uno de los departamentos con mayor razón de mortalidad materna dentro del territorio nacional, por arriba de la media, con 89 muertes maternas y una razón de mortalidad materna de 266.6 por 100,000 nacidos vivos para el año 2000. En el año 2008 en el departamento de Alta Verapaz murieron 60 mujeres a causa del embarazo, parto o puerperio con una razón de 216 muertes por 100,000 nacidos vivos. En el 2009 se reportaron 72 muertes maternas, elevando la razón de mortalidad materna a 267.9 muertes por 100,000 nacidos vivos.<sup>(7,8,9,10,11,12)</sup>

Diversos factores han sido relacionados con la mortalidad materna incluyendo factores individuales como la edad de la madre, la etnia y padecimientos crónicos; factores obstétricos como la falta de control prenatal, complicaciones perinatales, lugar del parto y personal que atiende el parto; y factores socioculturales como la escolaridad, paridad y las cuatro demoras. A pesar del conocimiento de los riesgos y complicaciones, poco se sabe sobre las consecuencias que estas muertes producen en las familias de estas mujeres. Al menos 50,000 niños y niñas quedan huérfanos cada año en Latinoamérica y el Caribe por muertes relacionadas con el embarazo y el parto.<sup>(13,14,15)</sup>

Una muerte materna es más que una tragedia personal, representa un costo enorme a la nación, su comunidad, y su familia. La familia pierde su fuente de amor, nutrición y productividad dentro y fuera del hogar. Las familias afectadas pasan a formar parte de un

subgrupo de la población con necesidad de apoyo.<sup>(16)</sup>

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) indica que cada minuto muere una mujer durante su embarazo o parto lo que se traduce a la destrucción de una familia y la amenaza del bienestar de los hijos. Los niños reciben la influencia social a través de la madre ya que son las mujeres quienes juegan el papel de levante dentro de la familia. En nuestro medio cada muerte materna representa una pérdida substancial para la familia desde el punto de vista social, psicológico y económico. La mortalidad materna se ha estudiado en numerosas ocasiones sin embargo el estudio de las características del núcleo familiar afectado por una muerte materna no tiene precedentes en nuestro país.<sup>(17,18)</sup>

Se realizó un estudio en el que se creó el perfil psicosocial de viudos y huérfanos afectados por una muerte materna durante el año 2009 en el departamento de Alta Verapaz. Para esto se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo cuantitativo en el cual se hizo una entrevista estructurada a 64 de las 72 familias afectadas evaluando así los efectos psicosociales de la muerte materna en el núcleo familiar.

El 50% de los viudos se encontraba en el grupo etario de 25-39 años, antes de la muerte materna el 50% estaba casado con la fallecida. El 88.7% de los viudos era de etnia indígena y el mismo porcentaje era procedente del área rural. El 40.3% de los viudos tenía primaria incompleta y el 41.9% tiene actualmente un nuevo compromiso.

De los 286 huérfanos el 33.6% se encontraba en edad escolar. De 64 familias estudiadas el 4.7% presentó algún tipo de violencia intrafamiliar después de la muerte materna, el 3.1% presentó conducta antisocial, en cuanto a intento de suicidio de alguno de sus miembros el 3.1% presentó este problema.

En el 29.7% de las familias hubo reducción del ingreso monetario después de la muerte materna, el 67.2% se vio en la necesidad de realizar gastos imprevistos, en el 21.9% los huérfanos se vieron en la necesidad de iniciar actividad remunerada, en el 62.5% sobrevivió el producto del embarazo, el 35.9% presentó desintegración familiar del cual el 56.5% corresponde a viudos y el 43.5% a huérfanos. En 90.6% de las familias asumió el rol de la madre un familiar que no es el padre. En el 23.4% de los casos lo asumió la abuela materna. El 15.6% de las familias presentaron deserción escolar de parte de los huérfanos.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo general**

Describir el perfil psicosocial del viudo y huérfanos afectados por muerte materna en el departamento de Alta Verapaz durante el año 2009.

### **2.2. Objetivos específicos**

**2.2.1.** Describir las características sociodemográficas según edad del viudo, número de huérfanos y etapa de la vida en la que se encuentran, estado civil, etnia, escolaridad y lugar de procedencia del viudo.

**2.2.2.** Describir las características psicológicas según violencia intrafamiliar, conducta antisocial e intento de suicidio del viudo y huérfanos.

**2.2.3.** Describir las características económicas según reducción del ingreso monetario familiar, gastos imprevistos relacionados con la muerte e inicio de actividad remunerada de los huérfanos.

**2.2.4.** Describir las características sociales según supervivencia del producto del embarazo, nuevo compromiso del viudo, desintegración familiar, persona que asume el rol de la madre y deserción escolar de los huérfanos.



### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. Contextualización del área de estudio**

##### **3.1.1. Departamento de Alta Verapaz**

Alta Verapaz es un departamento ubicado al norte de Guatemala, a 200 Km. de la ciudad de Guatemala. Limita al norte con Petén; al este con Izabal; al sur con Zacapa, El Progreso y Baja Verapaz; y al oeste con Quiché. Alta Verapaz tiene una extensión territorial de 8,686 Km.<sup>2</sup> y su cabecera es Cobán. Se ubica en la latitud 15° 28´ 07´´ y longitud 90° 22´ 36´´. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) del 2008, cuenta con población de 1, 014,419 habitantes. Alta Verapaz se divide en 16 municipios donde el grupo étnico predominante es el indígena compuesto por q'eqchies, poqomchies y achies llegando a un 90.9%; el grupo minoritario es la población mestiza o ladina, con 49,231 personas haciendo el 9.1%. Este último grupo se concentra mayormente en las áreas urbanas y el grupo indígena en las áreas rurales.

Los servicios de salud del departamento de Alta Verapaz, están conformados por 1 hospital nacional, 2 hospitales distritales y 16 centros de salud que tienen a su cargo puestos de salud encargados de brindar atención a regiones específicas, y junto con 11 prestadoras de servicio de salud, conforman los 16 distritos municipales de salud.<sup>(19,20,21)</sup>

##### **3.1.2. Cobán**

###### **3.1.2.1. Datos monográficos**

Cobán se encuentra a una distancia de 216 Km. de la ciudad de Guatemala en carretera asfaltada conocida como la ruta nacional 5. Con una extensión territorial aproximada de 2,132 Km.<sup>2</sup>, colinda al norte con Uspantán, Quiché y Chisec; al este con San Pedro Carchá y San Juan Chamelco; al sur con Tamahú, Tactic, San Cristóbal Verapaz y Santa Cruz Verapaz; al oeste con Uspantán, Quiché. Cobán, la cabecera, está ubicada al margen norte del río Cahabón y es catalogada como ciudad. El municipio cuenta con 11 aldeas, 56 caseríos y su población total es de 144,461 habitantes. Se habla q'eqchi' como primer idioma y también castellano.<sup>(21,22,23)</sup>

### 3.1.2.2. Servicios de salud

- Hospital Nacional: El Hospital Hellen Lossi de Laugerud está ubicado en el municipio de Cobán, Alta Verapaz. El hospital nacional tiene una dotación teórica de 211 camas. El recurso humano del hospital está formado por médicos hospitalarios, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería.<sup>(18)</sup>
  
- Centro de Salud de Cobán: con cobertura para 80,612 habitantes en 5 comunidades, cuenta con 6 puestos de salud.
  - ✓ Puesto de Salud de Secocpur: brinda cobertura para 1,466 habitantes distribuidos en 3 comunidades.
  - ✓ Puesto de Salud de Chitocán: brinda cobertura para 2,274 habitantes distribuidos en 5 comunidades.
  - ✓ Puesto de Salud de Choval: brinda cobertura para 2,226 habitantes distribuidos en 5 comunidades.
  - ✓ Puesto de Salud de Puribal: brinda cobertura para 985 habitantes distribuidos en 4 comunidades.
  - ✓ Puesto de Salud de Saxoc: brinda cobertura para 3,288 habitantes distribuidos en 5 comunidades.
  - ✓ Puesto de Salud de Salacuin: brinda cobertura para 2,041 habitantes distribuidos en 3 comunidades.<sup>(18)</sup>
  
- Prestadoras de servicios de salud:
  - ✓ Instituto de Cooperación Social (ICS).
  - ✓ Asociación de Caficultores del Norte (CAFESANO).
  - ✓ Mercy Corps.
  - ✓ Federación de Cooperativas de las Verapaces, Responsabilidad Limitada (FEDECOVERA R.L.).<sup>(18)</sup>

### 3.1.3. San Pedro Carchá

#### 3.1.3.1. Datos monográficos

La distancia de la cabecera municipal a Cobán es de 8 Km. en carretera asfaltada y a la ciudad de Guatemala de 227 Km. Con una extensión territorial aproximada de 1000 Km.<sup>2</sup>, colinda al norte con Chisec; al este con Cahabón, Lanquín y Senahú; al sur con

Senahú, Tucurú, y San Juan Chamelco; al oeste con Cobán y Chisec. San Pedro Carchá, la cabecera, es catalogada como ciudad, es atravesada de sur a norte por el río Chió, que en su lado norte desagua en el río Cahabón. El municipio cuenta con 48 aldeas y 219 caseríos, la población total del municipio es de 148,344 habitantes. Los idiomas que se hablan son castellano y q'eqchi'.<sup>(21,22,23)</sup>

### 3.1.3.2. Servicios de salud

- Centro de Salud de San Pedro Carchá: brinda cobertura para 9,271 habitantes distribuidos en una sola comunidad. Cuenta con 4 puestos de salud.
  - ✓ Puesto de Salud de Chacalté: brinda cobertura para 1,681 habitantes distribuidos en una sola comunidad.
  - ✓ Puesto de Salud de Caquigual: brinda cobertura para 3,222 habitantes distribuidos en 4 comunidades.
  - ✓ Puesto de Salud de Pocolá: brinda cobertura para 1,246 habitantes distribuidos en 2 comunidades.
  - ✓ Puesto de Salud de Semesché: que brinda cobertura para 869 habitantes distribuidos en una sola comunidad.<sup>(21, 22)</sup>
  
- Centro de Salud de Campur: brinda cobertura para 7,274 habitantes en 28 comunidades y cuenta con 1 puesto de salud:
  - ✓ Puesto de Salud de Cojaj: brinda cobertura para 2,434 habitantes en 4 comunidades.
  
- Prestadoras de servicios de salud:
  - ✓ Asociación Bautista Kekchí de desarrollo cultural (ABK-DEC).
  - ✓ Fundación Menonita Henchí de Guatemala (FUNDAMENO).
  - ✓ Asociación Multiétnica de Mujeres (XNA IXIM).
  - ✓ Federación de Cooperativas de las Verapaces, Responsabilidad Limitada (FEDECOVERA R.L.).<sup>(18)</sup>

### **3.1.4. San Juan Chamelco**

#### **3.1.4.1. Datos monográficos**

La distancia a Cobán es de 9 Km. y a la ciudad de Guatemala de 228 Km. Con una extensión territorial aproximada de 80 Km.<sup>2</sup>, colinda al norte con San Pedro Carchá; al sur con Tamahú y Cobán; al oeste con Cobán. San Juan Chamelco, la cabecera, catalogada como pueblo, se encuentra en un pequeño valle de la montaña Papá, al oeste de río Chiché y al este de los ríos Chío y Chilax. El municipio cuenta con 18 aldeas y 93 caseríos, la población total del municipio es de 38,973 habitantes. Se habla castellano y q'eqchi'.<sup>(21,22,23)</sup>

#### **3.1.4.2. Servicios de salud**

- Centro de salud de San Juan Chamelco: brinda cobertura para 4,683 habitantes distribuidos en 12 comunidades. Cuenta con 3 puestos de salud.
  - ✓ Puesto de Salud de Chamil: brinda cobertura para 3,228 habitantes distribuidos en 3 comunidades.
  - ✓ Puesto de Salud de Chajaneb: brinda cobertura para 1,421 habitantes distribuidos en 3 comunidades.
  - ✓ Puesto de Salud de Campat: brinda cobertura para 1,427 habitantes distribuidos en una sola comunidad.<sup>(18)</sup>
  
- Prestadoras de servicios de salud:
  - ✓ Fundación de la Mujer Maya del Norte (FUNMAYAN).<sup>(18)</sup>

### **3.1.5. San Cristóbal Verapaz**

#### **3.1.5.1. Datos monográficos**

La distancia a Cobán es de 22 Km. y a la ciudad de Guatemala de 209 Km. Con una extensión territorial aproximada de 192 Km.<sup>2</sup>, colinda al norte con Cobán; al este con Cobán y con Santa Cruz Verapaz; al sur y al oeste con Uspantán Quiché. San Cristobal Verapaz, la cabecera, catalogada como villa, se encuentra dentro de un valle de la sierra Panpacché a corta distancia hacia el oeste de la laguneta Chichoj. El municipio cuenta con 6 aldeas y 81

caseríos, la población total del municipio es de 50,462 habitantes. El territorio lingüístico es poqomchi' y se habla también castellano.<sup>(21,22,23)</sup>

### **3.1.5.2. Servicios de salud**

- Centro de Salud de San Cristóbal Verapaz: brinda cobertura para 19,388 habitantes distribuidos en 23 comunidades. Cuenta con 2 puestos de salud.
  - ✓ Puesto de Salud de Santa Elena: brinda cobertura para 2,471 habitantes distribuidos en 4 comunidades.
  - ✓ Puesto de Salud de El Rancho: brinda cobertura para 3,426 habitantes distribuidos en 8 comunidades.<sup>(18)</sup>
  
- Prestadoras de servicios de salud:
  - ✓ Fundación Menonita Henchí de Guatemala (FUNDAMENO).
  - ✓ Mercy Corps.<sup>(18)</sup>

## **3.1.6. Tactic**

### **3.1.6.1. Datos monográficos**

La distancia a Cobán es de 29 Km. y a la ciudad de Guatemala de 190 Km. Con una extensión territorial aproximada de 85 Km.<sup>2</sup>, colinda al norte con Santa Cruz Verapaz y Cobán; al este con Tamahú; al sur con Purulhá y San Miguel Chicaj; y al oeste con Uspantán Quiché. Tactic, la cabecera, catalogada como pueblo, se encuentra en un valle angosto entre el río Cahabón que al norte la separa de la montaña Xucaneb y el río Pantup. El municipio cuenta con 8 aldeas, 45 caseríos y la población total del municipio es de 24,535 habitantes. Se habla castellano y poqomchi'.<sup>(21,22,23)</sup>

### **3.1.6.2. Servicios de salud**

- Centro de Salud de Tactic: brinda cobertura para 9,575 habitantes distribuidos en 15 comunidades. Cuenta con 3 puestos de salud.
  - ✓ Puesto de Salud de Chacalté: brinda cobertura para 1,479

habitantes distribuidos en 4 comunidades.

- ✓ Puesto de Salud de Chiacal: brinda cobertura para 2,227 habitantes distribuidos en 2 comunidades.
- ✓ Puesto de Salud de Pasmolón: brinda cobertura para 3,139 habitantes distribuidos en 5 comunidades.<sup>(18)</sup>

- Prestadoras de servicios de salud:
  - ✓ Mercy Corps.<sup>(18)</sup>

### **3.1.7. Tukurú**

#### **3.1.7.1. Datos monográficos**

La distancia a Cobán es de 59 Km. y a la ciudad de Guatemala de 216 Km. Con una extensión territorial aproximada de 96 Km.<sup>2</sup>, colinda al norte con Senahú y San Pedro Carchá; al este con Senahú y Panzós; al sur con Purulhá; y al oeste con Tamahú y San Juan Chamelco. Tukurú, la cabecera, catalogada como pueblo, se encuentra en la sierra de Chuacús al sur de la montaña Guaxac. El municipio cuenta con 17 caseríos y tiene una población de 28,421 habitantes. Se habla q'eqchi', poqomchi' y castellano.<sup>(21,22,23)</sup>

#### **3.1.7.2. Servicios de salud**

- Centro de Salud de Tukurú: brinda cobertura para 1,971 habitantes distribuidos en 7 comunidades. Cuenta con 2 dos puestos de salud.
  - ✓ Puesto de Salud de Cucanjá: brinda cobertura para 1,366 habitantes distribuidos en 3 comunidades.
  - ✓ Puesto de Salud de Raxquix: que brinda cobertura para 1,855 habitantes distribuidos en 6 comunidades.<sup>(18)</sup>
- Prestadores de servicios de salud:
  - ✓ Mercy Corps.<sup>(18)</sup>

### **3.1.8. Tamahú**

#### **3.1.8.1. Datos monográficos**

La distancia a Cobán es de 43 Km. y a la ciudad de Guatemala de 200 Km. Con una extensión territorial aproximada de 112 Km.<sup>2</sup>, colinda al norte con San Juan Chamelco y Cobán; al este con Tucurú; al sur con Purulhá; y al oeste con Tactic. Tamahú, la cabecera, catalogada como pueblo, se encuentra sobre la ruta nacional 7 – E, margen norte del río Polochic, en el lindero sur este de la montaña Xucaneb que hacia el este colinda con la montaña Guacsac y al sur con la sierra de Chuácus. El municipio cuenta con 23 caseríos y tiene una población de 12,685 habitantes. Se habla q'eqchi' y castellano.<sup>(21,22,23)</sup>

#### **3.1.8.2. Servicios de salud**

- Centro de Salud de Tamahú: brinda cobertura para 2,500 habitantes sin puestos de salud a su cargo.
- Prestadora de servicios de salud:
  - ✓ Fundación de la Mujer Maya del Norte (FUNMAYAN).<sup>(18)</sup>

### **3.1.9. Panzós**

#### **3.1.9.1. Datos monográficos**

La distancia a Cobán es de 127 Km. y a la ciudad de Guatemala de 288 Km. Con una extensión territorial aproximada de 733 Km.<sup>2</sup>, colinda al norte con Senahú; al este con El Estor, Izabal; al sur con Río Hondo Zacapa y Purulhá; y al oeste con Tucurú, Purulhá y Salamá. Panzós, la cabecera, catalogada como pueblo, se encuentra sobre la ruta nacional 7 – E, a un kilómetro de camino de revestimiento suelto al oeste del río Polochic, al sur del río Managua, el río Panzós atraviesa la cabecera un kilómetro al oeste de su afluencia en el río. El municipio cuenta con 3 aldeas y 43 caseríos y tiene una población de 44,770 habitantes. Se habla castellano y q'eqchi'.<sup>(21,22,23)</sup>

### **3.1.9.2. Servicios de salud**

- Centro de Salud de Panzós: brinda cobertura para 8,915 habitantes distribuidos en 14 comunidades. Cuenta con 1 puesto de salud.
  - ✓ Puesto de salud de Nueva Palestina: brinda cobertura para 1,155 habitantes distribuidos en 5 comunidades.
- Prestadoras de servicios de salud:
  - ✓ Instituto de Cooperación Social (ICS).
  - ✓ Asociación de Caficultores del Norte (CAFESANO).<sup>(18)</sup>

### **3.1.10. Senahú**

#### **3.1.10.1. Datos monográficos**

La distancia a Cobán es de 138 Km. y a la ciudad de Guatemala de 291 Km. Con una extensión territorial aproximada de 336 Km.<sup>2</sup>, colinda al norte con Cahabón y Lanquín; al este con El Estor, Izabal; al sur con Panzós y Tucurú; y al oeste con Tucurú y San Pedro Carchá. Senahú, la cabecera, catalogada como pueblo, está en el margen norte del riachuelo Senahucquiljá, al este de la montaña Piedras Blancas. El municipio cuenta con 48 caseríos y tiene una población de 54,471 habitantes. Se habla castellano, q'eqchi' y poqomchi'.<sup>(21,22,23)</sup>

#### **3.1.10.2. Servicios de salud**

- Centro de Salud de Senahú: brinda cobertura para 13,498 habitantes distribuidos en 13 comunidades. Cuenta con 2 puestos de salud.
  - ✓ Puesto de Salud de Las Carmelias: brinda cobertura para 1,083 habitantes distribuidos en una sola comunidad.
  - ✓ Puesto de Salud de Actelá: brinda cobertura para 1,485 habitantes distribuidos en una sola comunidad.<sup>(18)</sup>
- Prestadoras de servicios de salud:
  - ✓ Asociación de Caficultores del Norte (CAFESANO).
  - ✓ Federación de Cooperativas de las Verapaces, Responsabilidad Limitada (FEDECOVERA R.L.).<sup>(18)</sup>

### **3.1.11. Cahabón**

#### **3.1.11.1. Datos monográficos**

La distancia a Cobán es de 97 Km. y a la ciudad de Guatemala de 316 Km. Con una extensión territorial aproximada de 900 Km<sup>2</sup>, colinda al norte con San Luis, Petén; al este con Chahal y con El Estor Izabal; al sur con Senahú; y al oeste con San Pedro Carchá, Lanquín y Chisec. Cahabón, la cabecera, catalogada como pueblo, está en las estribaciones sur de la sierra de Chamá en la afluencia de la quebrada Sexoy en el río Actelá en su parte norte y al norte del río Cahabón. El municipio cuenta con 12 aldeas, 101 caseríos u población es de 31,425 habitantes. Se habla castellano y q'eqchi.<sup>(21,22,23)</sup>

#### **3.1.11.2. Servicios de salud**

- Centro de Salud de Cahabón: brinda cobertura para 7,305 habitantes distribuidos en 26 comunidades. Cuenta con 1 puesto de salud.
  - ✓ Puesto de Salud de Sepoc: brinda cobertura para 2,701 habitantes distribuidos en 3 comunidades.<sup>(18)</sup>
- Prestadoras de servicios de salud:
  - ✓ Asociación de Caficultores del Norte (CAFESANO).
  - ✓ Instituto de Cooperación Social (ICS).
  - ✓ Mercy Corps.<sup>(18)</sup>

### **3.1.12. Lanquín**

#### **3.1.12.1. Datos monográficos**

La distancia a Cobán es de 65 Km. y a la ciudad de Guatemala de 284 Km. Con una extensión territorial aproximada de 208 Km<sup>2</sup>, colinda al norte con San Pedro Carchá; al este con Cahabón; al sur con Cahabón, Senahú y San Pedro Carchá; y al oeste con San Pedro Carchá. Lanquín, la cabecera, catalogada como pueblo, está en la sierra de Chamá al sur de la afluencia de la quebrada Chiotoy. El municipio cuenta con 8 aldeas, 27 caseríos y con una población de 16,500 habitantes. Se habla castellano y q'eqchi.<sup>(21,22,23)</sup>

### **3.1.12.2. Servicios de salud**

- Centro de Salud de Lanquín: brinda cobertura para 5,461 habitantes distribuidos en 11 comunidades. No tiene a su cargo puestos de salud.
- Prestadora de servicios de salud:
  - ✓ Asociación multiétnica de mujeres (XNA IXIM).<sup>(18)</sup>

### **3.1.13. Chahal**

#### **3.1.13.1. Datos monográficos**

La distancia a Cobán es de 154 Km. y a la ciudad de Guatemala de 373 Km. Con una extensión territorial aproximada de 672 Km<sup>2</sup>, colinda al norte con San Luis Petén; al este con Livingston y El Estor; al sur y al oeste con Cahabón. Chahal, la cabecera, catalogada como pueblo, se encuentra en la sierra de Santa Cruz al norte de la sierra de Chamá al sur de las montañas Mayas y al oeste del río Chahal, entre las quebradas Secanté y Telecón. El municipio cuenta con 1 aldea, 20 caseríos y una población total de 3,626 habitantes. Se habla castellano y q'eqchi.<sup>(21,22,23)</sup>

#### **3.1.13.2. Servicios de salud**

- Centro de Salud de Chahal: brinda cobertura para 3,626 habitantes distribuidos en 13 comunidades. Cuenta con 1 puesto de salud.
  - ✓ Puesto de Salud de San Agustín: brinda cobertura para 1,915 habitantes distribuidos en 9 comunidades.<sup>(18)</sup>
- Prestadora de servicios de salud:
  - ✓ Fundación de la Mujer Maya del Norte (FUNMAYAN).<sup>(18)</sup>

### **3.1.14. Fray Bartolomé de las Casas**

#### **3.1.14.1. Datos monográficos**

La distancia a Cobán de 113 Km. y a la ciudad de Guatemala de 332 Km. Con una extensión territorial aproximada de 1229 Km<sup>2</sup>, colinda al norte con San Luis, Petén; al este con San Luis Petén; al sur con Chahal y Cahabón; al oeste con Chisec y San Pedro

Carchá. Fray Bartolomé de las Casas, la cabecera, catalogada como pueblo, se encuentra al norte del piamonte de la sierra de Chamá y al sur de los ramales de las montañas Mayas. El municipio cuenta con 21 aldeas, 78 caseríos. La población es de 44,538 habitantes. Se habla castellano y q'eqchi.<sup>(21,22,23)</sup>

#### **3.1.14.2. Servicios de salud**

- Hospital distrital: está ubicado en el municipio de Fray Bartolomé de las Casas, brindando una cobertura para 4,694 habitantes de una sola comunidad. El recurso humano del hospital distrital Fray Bartolomé de las Casas está formado por médicos hospitalarios, médicos ambulatorios, enfermeras profesionales, enfermeras ambulatorias, auxiliares de enfermería, facilitadores institucionales y médicos de la brigada médica cubana.<sup>(18)</sup>
- Prestadora de servicios de salud:
  - ✓ Asociación de Desarrollo Maya Q'eqchi Kajb'om (ADEMAQ'K).<sup>(18)</sup>

#### **3.1.15. Chisec**

##### **3.1.15.1. Datos monográficos**

La distancia a Cobán es de 74 Km. y a la ciudad de Guatemala de 293 Km. Con una extensión territorial aproximada de 1488 Km<sup>2</sup>, colinda al norte con Sayaxché, Petén; al este con Cahabón; al sur con Cobán y San Pedro Carchá; al oeste con Cobán y Uspantán, Quiché. Chisec, la cabecera, catalogada como pueblo, se encuentra en un pequeño valle de la sierra de Chamá al sur del río San Simón, al oeste del arroyo Semococh y al este de la quebrada La Ceiba. El municipio cuenta con 3 aldeas, 50 caseríos y la población es de 69,325 habitantes. Los idiomas hablados son q'eqchi', poqomchi' y castellano.<sup>(21,22,23)</sup>

##### **3.1.15.2. Servicios de salud**

- Centro de Salud de Chisec: brinda cobertura para 8,420 habitantes distribuidos en 2 comunidades. Cuenta con 1 puesto

de salud.

- ✓ Puesto de Salud de Raxrujá: brinda cobertura para 5,187 habitantes distribuidos en una sola comunidad.
- Prestadoras de servicios de salud:
  - ✓ Fundación Menonita Henchí de Guatemala (FUNDAMENO).
  - ✓ Instituto de Cooperación Social (ICS).<sup>(18)</sup>

### **3.1.16. Santa Cruz Verapaz**

#### **3.1.16.1. Datos monográficos**

Se encuentra a una distancia de Cobán de 16 Km. y a la ciudad de Guatemala de 203 Km. Con una extensión territorial aproximada de 48 Km<sup>2</sup>, colinda al norte con San Cristóbal Verapaz; al este con Cobán; al sur con Tactic; al oeste con San Cristóbal Verapaz y Uspantán, Quiché. Santa Cruz Verapaz, la cabecera, catalogada como pueblo, se encuentra en un pequeño valle, en el lindero noroeste de la montaña Xucaneb con la sierra Panpacché y la montaña Tontem, sierra de Chamá, en la afluencia del río Saquijá en el río Cahabón. El municipio cuenta con 8 aldeas y 20 caseríos. Los idiomas hablados son q'eqchi', poqomchi' y castellano.<sup>(21,22,23)</sup>

#### **3.1.16.2. Servicios de salud**

- Centro de Salud de Santa Cruz: brinda cobertura para 5,447 habitantes distribuidos en 6 comunidades. Cuenta con 2 puestos de salud.
  - ✓ Puesto de Salud de Najquitob: brinda cobertura para 1,350 habitantes distribuidos en una sola comunidad.
  - ✓ Puesto de Salud de Chijou: brinda cobertura para 1,136 habitantes distribuidos en una sola comunidad.<sup>(18)</sup>
- Prestadora de servicios de salud:
  - ✓ Asociación Multiétnica de Mujeres (XNA IXIM).<sup>(18)</sup>

### **3.1.17. Santa Catalina la Tinta**

#### **3.1.17.1. Datos monográficos**

Distancia a la cabecera departamental de 93 Km. y a la ciudad

capital de 245 Km. Con una extensión territorial aproximada de 196 Km<sup>2</sup>, colinda al norte con Senahú; al este con Panzós; al sur con Teculután, Zacapa; al oeste con Purulhá. Santa Catalina La Tinta, la cabecera, catalogada como pueblo, se encuentra en la ruta 7 – E al río Polochic, al sur de la montaña Piedras Blancas y la sierra de Xucaneb, atraviesa el municipio de este a oeste. La población del municipio es de 27,027 habitantes. Los idiomas predominantes son q'eqchì', poqomchi' y castellano.<sup>(21,22,23)</sup>

### **3.1.17.2. Servicios de salud**

- Hospital distrital: está ubicado en el municipio de Santa Catalina la Tinta, brindando una cobertura para 12,097 habitantes distribuidos en 15 comunidades. El recurso humano bajo la supervisión del hospital distrital es de médicos hospitalarios, enfermeras profesionales, enfermeras ambulatorias, auxiliares de enfermería y facilitadores institucionales.<sup>(18)</sup>
- Prestadora de servicios de salud:
  - ✓ Asociación de Caficultores del Norte (CAFESANO).<sup>(18)</sup>

## **3.2. Mortalidad materna**

La décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) define una muerte materna como “la defunción de una mujer mientras este 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 o su atención pero no por causas accidentales o incidentales”.<sup>(4,8,24)</sup>

La mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad existente entre hombres y mujeres de diferentes áreas geográficas y sociales de un mismo país. La magnitud del problema refleja la posición y condición de las mujeres en la sociedad, su limitado acceso a los servicios sociales, sanitarios, nutricionales y las condiciones económicas precarias. La mortalidad materna afecta a todos los estratos sociales y económicos, sin embargo el mayor

número de muertes se concentra en áreas rurales, en donde es más marcada la pobreza y la falta de educación.<sup>(1)</sup>

Las causas de muerte materna según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas de salud (CIE-10), pueden ser:

- Directas: incluye las muertes que resultan de complicaciones del embarazo, parto y puerperio.
- Indirectas: incluyen las enfermedades pre-existentes o que se desarrollan durante el embarazo, parto o puerperio y no son causas directas pero son agravadas por el embarazo.
- Causas no clasificables, mejor llamadas no maternas: son aquellas que ocurren por una causa accidental o incidental no relacionada con el embarazo o su atención. Estas causas no se incluyen dentro de la mortalidad materna.<sup>(8)</sup>

Dentro de los indicadores más utilizados para estandarizar la presentación estadística de la mortalidad materna se encuentran:

- Razón de mortalidad materna: en el numerador contiene las muertes maternas y en el denominador los nacidos vivos. Es una razón porque el denominador no contiene al numerador, pero es ampliamente utilizado el término de “tasa de mortalidad materna” para referirse a este indicador.
- Tasa de mortalidad materna: en el numerador contiene las muertes maternas y en el denominador las mujeres en edad fértil.<sup>(8)</sup>

### **3.2.1. Demoras que inciden en la mortalidad materna**

La ruta crítica que atraviesa una mujer durante el embarazo hacia la resolución del mismo, está compuesta por una serie de barreras y limitaciones que demoran la atención de calidad para salvar su vida.<sup>(13)</sup>

Las mujeres embarazadas y sus familias, generalmente no reconocen los signos de peligro que amenazan la vida de las mujeres y de los recién nacidos. A esta falta de reconocimiento se le conoce como la primera demora. Aún cuando se reconozcan los signos de peligro, la condición de inequidad de género no le permite a la mujer asumir su derecho y ejercer una toma de decisión por sí misma en busca de atención adecuada y

oportuna. Esto se conoce como la segunda demora. Las mujeres también enfrentan limitaciones por falta de acceso a las vías de comunicación y a los medios de transporte para acceder a los servicios de salud, lo que constituye la tercera demora. Finalmente, la cuarta demora consiste en una atención deficiente y retardada, ya sea por falta de competencia de los proveedores de servicios de salud o por la falta de insumos y equipo médico–quirúrgico apropiado.<sup>(13)</sup>

#### **3.2.1.1. Primera demora**

La Línea Basal de Mortalidad Materna del 2000 demostró que el 54% de las muertes maternas sucede en el hogar o en el trayecto hacia un servicio de salud. Uno de los factores contribuyentes a estas muertes, es la falta de reconocimiento de los signos de peligro para buscar ayuda oportunamente.<sup>(13)</sup>

Para esto se debe iniciar un proceso de promoción de la maternidad saludable utilizando como medio para ello la información, educación y comunicación, estableciendo un plan de comunicación que permita ir orientando la organización comunitaria en defensa de la maternidad saludable, y mejorar el reconocimiento de los signos de peligro por parte de todos los involucrados (pareja, madre, familia, comadrona, comunidad y otros). Para ello se deben establecer como acciones principales la comunicación formal de los servicios de salud mediante charlas, la comunicación informal de persona a persona y la utilización de mensajes por medios masivos haciendo alianzas estratégicas con otros actores locales y nacionales.<sup>(13)</sup>

#### **3.2.1.2. Segunda demora**

Luego de reconocida la complicación, es necesario tomar la decisión de buscar ayuda. Existe evidencia en Guatemala que esta decisión no siempre recae en la mujer sino en la pareja, la suegra, la comadrona u otros miembros de la familia. Puede haber desconocimiento sobre dónde acudir por ayuda, desconfianza en los servicios de salud, problemas de transporte, problemas con el recargo de tareas relegadas a las mujeres, problemas con las condiciones para la atención de otros hijos, problemas económicos,

problemas de autoridad masculina y falta de poder de decisión de la mujer sobre su propia salud. Este segundo retraso evita la búsqueda de ayuda con la rapidez necesaria para salvar una vida.<sup>(13)</sup>

En este caso se debe divulgar, promover y promocionar con las mujeres, sus familias, líderes, la comunidad, las autoridades locales, los consejos de desarrollo y las organizaciones sociales, la creación de planes de emergencia comunitarios que les permita estar preparados en caso se presenten complicaciones para la toma de decisiones y acciones oportunas. Sistematizar el proceso de sensibilización en los actores claves de la importancia de la toma de decisión al momento de reconocer los signos y señales de peligro y poner en marcha el plan de emergencia.<sup>(13)</sup>

En general se deben apoyar y fortalecer las decisiones de las mujeres de acuerdo al ejercicio de sus derechos, basándose en información completa y confiable. La comunidad, las familias y demás actores deben ver a la mujer como sujeto de la decisión y no sólo como objeto de la misma. La comunidad organizada debe velar y apoyar la mejora de los servicios de salud locales, y promover la demanda de atención obstétrica de emergencia cuando sea necesaria. Otra acción importante es promover la participación de los hombres en la salud reproductiva.<sup>(13)</sup>

#### **3.2.1.3. Tercera demora**

Luego de identificar los signos de peligro durante el embarazo, parto o puerperio y de tomar la decisión de buscar ayuda, existe retraso en el acceso a los servicios de salud. Los obstáculos pueden ser, físicos (vías de comunicación difíciles o inexistentes), financieros (alto costo del transporte, el combustible, gastos relacionados a la movilización lejos del hogar) y de infraestructura (servicios de salud muy lejano). Esta es la tercera demora que incide en el deterioro de la madre a tal punto que puede no llegar con vida o llegar cuando es demasiado tarde al servicio de salud apropiado.<sup>(13)</sup>

Para esto se debe asegurar la disponibilidad de transporte de emergencia coordinando los recursos locales y el establecimiento de

hogares maternos que permitan albergar a las mujeres un tiempo mínimo previo a su parto acercándolas al centro con capacidad resolutive. Mujeres, familias y comunidad deben planificar con antelación a dónde acudir, como trasladarse, quién cuida a otros miembros de la familia y como se cubrirán los gastos mínimos establecidos en el plan de emergencia comunitario.<sup>(13)</sup>

#### **3.2.1.4. Cuarta demora**

Según la Línea Basal de Mortalidad Materna (LBMM), la tercera parte de las muertes maternas ocurridas en el año 2000 recibieron atención de algún personal de salud y cuatro de cada diez fueron atendidos en un hospital público o privado.<sup>(8)</sup>

La pérdida de sangre por la retención de la placenta y por atonía uterina causaron el 66% de las hemorragias que culminaron en muertes maternas, siguiéndole la sepsis (14.4%), la hipertensión inducida por el embarazo (12%) y el aborto (9.5%).<sup>(8)</sup>

La atención de partos y sus complicaciones por personal profesional, en instituciones hospitalarias no aseguran por sí solos, la reducción de la mortalidad materna. Es necesaria una provisión de servicios integrales de “calidad”, por personal con habilidades o “competencias” básicas para la atención materna neonatal esencial, en un ambiente favorable.<sup>(13)</sup>

Siendo las causas clínicas que provocan el mayor porcentaje de las muertes maternas la hemorragia, sepsis, hipertensión inducida por el embarazo y abortos, las acciones deben dirigirse directamente a la solución de estos problemas.<sup>(13)</sup>

Intervenciones: Trabajar para garantizar las competencias en los proveedores institucionales, enfocando temas como:

- Atención prenatal reenfocada: redefiniendo el número y actividades mínimas necesarias para un adecuado control prenatal, que permita cumplir con su objetivo primordial como tamizaje a embarazos con complicaciones.

- Parto limpio y seguro: con el acceso de servicios a la población y trabajando en todos los niveles, mediante facilitación de capacitación y monitoreo constante tanto en el parto institucional como en el parto comunitario.
- Atención oportuna del post parto: garantizando que la paciente tenga un buen seguimiento en el post parto, por ser este el periodo de mayor riesgo.
- Detección temprana, referencia oportuna y atención adecuada de emergencias obstétricas.
- Fortalecer la prestación de servicios de planificación familiar e implementar servicios de atención post-aborto en lugares estratégicos.
- Mejorar la calidad de los servicios: mejorar la aceptación de los servicios de salud a través de la adaptación cultural, la calidad y la calidez de los mismos.
- Proveer servicios integrales de salud para las mujeres y sus familias, vinculando los diferentes componentes de salud reproductiva en la atención cotidiana.<sup>(13)</sup>

### **3.3. Aspectos psicosociales relacionados con la muerte materna**

La muerte materna afecta a toda la familia, con múltiples y severas consecuencias. Particularmente son los niños quienes se ven afectados al quedar huérfanos, traducándose su orfandad en incremento de la morbi-mortalidad infantil, deserción escolar, incremento de violencia, embarazo precoz, entre otros. Por todo ello, la muerte materna ha sido reconocida como un problema social en la medida que su ocurrencia está ampliamente relacionada con pobreza y marginación.<sup>(25)</sup>

#### **3.3.1. Rol de la mujer en el hogar**

Las mujeres de principios del siglo pasado eran educadas para casarse, tener hijos y atender un hogar. Actualmente hay mayor afluencia femenina académica con gran dedicación a los estudios, que da como resultado un mayor porcentaje de profesionales mujeres.<sup>(15)</sup>

La participación femenina ya no se limita a carreras estrictamente para mujeres, sino que abarca todos los ámbitos profesionales, habitualmente ocupados por los hombres. El nuevo rol de la mujer en la sociedad ha modificado su rol en la familia, cuyos miembros aún no han podido adaptarse a las nuevas reglas de juego.

La mujer ha incorporado tareas a su quehacer cotidiano, sin dejar las que realizaba habitualmente, debido a que no encuentra reemplazante. Aún hay muchos hombres, educados con madres que realizaban todas las tareas hogareñas, que no logran asumir la obligación de colaborar con sus parejas en las actividades del hogar. Los hombres tendrán que ir adaptándose cada vez más al nuevo rol que les exige la vida moderna colaborando activamente con las tareas domésticas.<sup>(15)</sup>

La mujer es y será irremplazable en el gobierno de su hogar, porque es el líder ideal que puede lograr la armonía justa para el buen funcionamiento de la difícil empresa que consiste en llevar adelante una casa. El desempeño correcto de este rol, les dará a los hijos el marco adecuado familiar que representa el continente necesario para que puedan mantener un estado emocional equilibrado, sin altibajos y sin conflictos.

La imagen de la mujer en el hogar es insustituible para los hijos, e implica el hacerse cargo de la atención necesaria para que estas tareas del hogar se cumplan.<sup>(15)</sup>

### **3.3.2. Duelo**

Está documentado que un 16% de las personas que han sufrido la pérdida de un ser querido, presenta un cuadro de depresión durante un año o más después del fallecimiento. Entre las complicaciones potenciales que una reacción de duelo anormal puede causar se encuentran el abuso de fármacos, alcohol y drogas, el aislamiento social, la aparición de patologías ansioso-depresivas e incluso el incremento de la mortalidad y suicidio, más común entre viudos y ancianos afligidos.<sup>(26)</sup>

El médico de atención primaria debe estar alerta para identificar los síntomas de aflicción patológica y poder realizar un tratamiento eficaz en las personas con dificultades para resolver los estados de luto.<sup>(26)</sup>

### 3.3.2.1. Concepto del duelo

Bourgeois describe el duelo como la pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psico-afectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida. Destaca también dos aspectos diferentes en la reacción de pesar: las consecuencias de la pérdida y las acciones del individuo dirigidas a la adaptación y superación de la misma.<sup>(26)</sup>

Freud establece la diferencia entre aflicción y melancolía, al señalar que el afligido cumple el “duelo”, al negociar con la realidad, admitir la irreversible desaparición del objeto amado y liberar el deseo para buscar nuevos objetos de amor. El melancólico rechaza la idea de la pérdida, se identifica con el objeto y retira su deseo del mundo.<sup>(26)</sup>

Desde el punto de vista nosológico, el duelo, se encuentra recogido en las clasificaciones psiquiátricas modernas, como sigue:

- En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) se diagnostica en el código V, no atribuible a trastorno mental.<sup>(27)</sup>
- En la CIE-10 se emplea el código Z 63.4, para el duelo normal y el epígrafe de los trastornos de adaptación F.43, para el duelo patológico.<sup>(24,26)</sup>

### 3.3.2.2. Etapas del duelo normal

Se distinguen tres estadios o etapas en la evolución temporal del duelo:

- Fase de impacto: de pocas horas a una semana.
- Fase de depresión o de repliegue: de un mes a un año.
- Fase de recuperación, curación o restitución: después del año.

La etapa “de impacto”, que dura de pocas horas a una semana después del deceso, puede cursar tanto con embotamiento como con liberación emocional intensa, no siendo consciente de lo sucedido y mostrando una conducta semiautomática. Es el momento en que se realizan los ritos sociales y familiares del duelo que facilitan la resolución de esta fase. Desde el punto de vista psicopatológico, la

ansiedad es la emoción predominante produciéndose igualmente un estrechamiento del campo de la consciencia.<sup>(26)</sup>

La etapa de “repliegue” o depresiva, se prolonga a lo largo de varias semanas o meses y se inicia con sintomatología depresiva inhibida, seguida de episodios de protesta-irritación y aislamiento. Los rituales socio-religiosos han finalizado, la persona se encuentra sola ante la realidad de la pérdida y frecuentemente con la exigencia social imperiosa de reincorporación inmediata a su vida habitual: retorno al trabajo, cuidado de los familiares a su cargo, etc. Durante este período el estado de ánimo es superponible al de un trastorno depresivo.<sup>(26)</sup>

La etapa de “recuperación”, se produce al cabo de seis meses o un año. Durante esta etapa se regresa al nivel de funcionamiento previo, siendo capaz el deudo del establecimiento de nuevos lazos afectivos. Frecuentemente esta etapa coincide, con el primer aniversario del deceso produciéndose en este período una intensificación emocional en la línea de la nostalgia, tristeza, llanto, recuerdo doloroso, etc., que duran unos días y que finalmente marcan el final del duelo.<sup>(15)</sup>

Además del parámetro temporal, el curso de la reacción de duelo, viene influenciado por diversos factores:

- La personalidad de deudo
- La naturaleza de vínculo de relación
- El tipo de muerte
- Los antecedentes personales del deudo
- Las características de entorno <sup>(26)</sup>

Se califican el fallecimiento, como “socialmente normal”, cuando se trata de un adulto o anciano, y los familiares han tenido una preparación suficiente para asumir el desenlace (dos semanas para percatarse de la gravedad y más de tres días para esperar la muerte inminente).

Un fallecimiento “intempestivo”, por el contrario es aquel que es prematuro (niño, adolescente o joven), inesperado (con preparación corta) o bien calamitoso, por homicidio, suicidio o accidente inesperado. Las características de la muerte que ocasiona el duelo, pueden modular la evolución de éste especialmente en el caso de las muertes violentas o catastróficas.<sup>(26)</sup>

El duelo no siempre es consecutivo al fallecimiento. En múltiples casos el carácter previsible de la muerte del ser querido, provoca una reacción emocional que se denomina “duelo anticipado”. Esta situación puede atenuar el choque emocional frente al deceso y facilitar la resolución del duelo posterior o bien estrechar la relación entre el moribundo y el doliente, intensificando el posterior sentimiento de pérdida y complicando la correcta evolución.<sup>(26)</sup>

### **3.3.2.3. Clínica de duelo**

Ante la pérdida de un ser querido, la reacción normal es con frecuencia un síndrome depresivo típico caracterizado por:

- Bajo estado de ánimo
- Sentimientos de culpa
- Ideas de muerte
- Anorexia
- Pérdida de peso
- Insomnio <sup>(26)</sup>

Cuando están presentes los sentimientos o ideas de culpa, éstos suelen centrarse en lo que el superviviente pudo haber hecho o en lo que no hizo en el momento de la muerte del ser querido. Las ideas de muerte se limitan, por lo general, a pensamientos en torno al deseo de haber muerto en lugar de la persona perdida o de haber fallecido con ella, incluso, pueden producirse algunos trastornos senso-perceptivos transitorios en forma de alucinaciones, en las que el paciente refiere ver o escuchar la voz de la persona fallecida. El duelo no complicado considera los sentimientos depresivos como “normales”, aunque acuda en busca de ayuda profesional, para

liberarse de síntomas como el insomnio o la anorexia.<sup>(26)</sup>

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), cuando el cuadro depresivo persiste más de dos meses desde el fallecimiento y concurren los síntomas que se mencionan a continuación se debe plantear el diagnóstico de “trastorno depresivo mayor”.<sup>(26)</sup>

#### **3.3.2.4. Diagnóstico de trastorno depresivo mayor en el duelo**

- La culpa por las cosas más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida.
- Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.
- Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.
- Entecimiento psicomotor acusado.
- Deterioro funcional intenso y prolongado.
- Experiencias alucinatorias complejas y persistentes.<sup>(26)</sup>

#### **3.3.3. Viudez y orfandad**

Lograr una definición de familia ha sido tarea de muchos autores. La mayoría coincide en dos elementos: las relaciones afectivas y las de consanguinidad, y es al primer aspecto al que generalmente se le da mayor importancia.<sup>(28)</sup>

La familia es un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto, y que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla. Debe estar integrado al menos por 2 personas que convivan en una vivienda o parte de ella, compartiendo o no sus recursos o servicios.

Este grupo se desarrolla a través de lo que es conocido como ciclo vital familiar, que es el período que transcurre desde que una pareja decide compartir su vida, hasta que fallecen, o se separan. En este ciclo hay 4

momentos básicos de crecimiento y desarrollo, a los cuales se le denominan: etapa de formación, etapa de extensión, etapa de contracción y etapa de disolución familiar.<sup>(28)</sup>

En cada una de estas etapas, la familia atraviesa por crisis, en la medida en que tiene que lograr cambios, o una reestructuración, frente a la presencia de determinados acontecimientos. El impacto que tengan estos debe ser entendido solo dentro de un contexto social y psicológico. Crisis son, por tanto, aquellas situaciones de cambio que implican desestructuraciones y reestructuraciones de todo el sistema familiar, provocadas por factores intra o extra-familiares. El fallecimiento del cónyuge es uno de los acontecimientos dentro de la familia, que generalmente tiene una connotación negativa generando depresión familiar, y exige del miembro de la pareja presente, una adaptación al rol de viudez. La forma de resolver los conflictos que aparezcan dentro del ciclo vital familiar está determinada básicamente por valores derivados de la familia de origen, además de las condiciones socioculturales prevaletes en el contexto.<sup>(28)</sup>

Reconociendo la influencia del componente psicológico y social implícitos en el transcurso de las diferentes etapas del ciclo vital familiar, y el valor que tiene la forma en que se afrontan las crisis familiares en general, la familia puede ser tanto un factor protector de la salud individual de sus integrantes, como también el desencadenante de procesos de enfermedad.

La muerte del cónyuge produce inevitablemente conflictos emocionales. Al dolor por la ausencia de la persona amada, se asocian a menudo el miedo a la soledad y la inseguridad que origina la pérdida de la identidad social que su estado marital le otorgaba. La persona viuda sentirá una amenaza con respecto a su dependencia del otro por la pérdida de seguridad; tendrá que enfrentarse a situaciones que antes no estaba acostumbrado, y se verá obligado a realizar planes para la vida que resultan ser exigencias nuevas, extrañas y de gran peso.<sup>(28)</sup>

Los adultos y los niños manifiestan actitudes distintas y diferenciadas ante la muerte. En la infancia estas actitudes están en función del nivel de

comprensión de los conceptos en torno a la muerte. Así hasta los dos años no suelen presentar reacciones graves inmediatas, aunque a veces se ha evidenciado aflicción; sobre los 3-4 años comienza a surgir el miedo a la muerte, más por el desamparo que les acarrearía la muerte de sus seres queridos, puesto que apenas se asume la propia. En la niñez se suelen desarrollar juegos para controlar el miedo y/o la pena que les evoca la muerte, también pueden producirse cambios de conducta ante la muerte de familiares tales como desobediencia, agresividad, mal rendimiento escolar y acentuado interés por el tema de la muerte, a veces asociado al hecho de dormir. Sin embargo de los 5 a los 10 años el temor a la muerte suele disminuir porque se inviste al procedimiento de cierta trascendencia la idea de que el ser querido se encuentra en el cielo o que de alguna manera aún existe. En la pre-adolescencia y adolescencia es difícil establecer pautas fijas, aunque ya se empieza a establecer el temor a la muerte relacionado con el proceso terminal, evidenciándose poco a poco la asunción de la muerte propia. Sea como sea, la ansiedad y la melancolía suelen aparecer en estas edades ante la idea de la muerte propia; también es frecuente la identificación con personas del entorno, por ello si se da una fuerte identificación con alguien que ha fallecido como en el caso de la madre, podría darse una actitud suicida.<sup>(29)</sup>

Los costos sociales y humanos que representan la viudez y la orfandad son abrumadores. Cuando una mujer fallece, quienes más sufren son los niños. Los hijos sobrevivientes tienen de 3 a 10 veces más probabilidades de morir en los dos años siguientes que los niños que cuentan con ambos padres. Asimismo, esos niños tienen menos probabilidades de acceder a la salud y educación durante su desarrollo.<sup>(29,30)</sup>

A pesar de que la gran mayoría de huérfanos y niños vulnerables viven con el progenitor sobreviviente o con la familia extendida, a muchos de ellos los atiende el padre o la madre sobreviviente, los abuelos ancianos, quienes a menudo necesitan ellos mismos atención y apoyo, o parientes empobrecidos que se debaten por cubrir las necesidades de sus propios niños. Los niños que viven en este tipo de situaciones están en riesgo creciente de perder oportunidades de educación, de salud, crecimiento, desarrollo, nutrición, y vivienda; en pocas palabras, sus derechos a una

existencia humana digna y satisfactoria. Si una familia experimenta una muerte materna, la familia tiene un 55% de posibilidades de experimentar la pérdida de un hijo menor de 12 años.<sup>(31,32)</sup>

Más aún, con la muerte de uno de los padres, los niños experimentan profundas pérdidas y una pesada carga cae sobre el progenitor sobreviviente. Si este progenitor muere, todo el universo de ese niño se ve amenazado. Estudios realizados en muchos países indican que las familias y las comunidades acogerán a los huérfanos y niños afectados siempre y cuando cuenten con suficientes recursos. Cuando la capacidad de la familia y la comunidad para acoger a los niños ha llegado a su límite, cada vez más niños deberán valerse por sí mismos. Es muy frecuente que el niño o niña de mayor edad asuma la responsabilidad como cabeza de un hogar. Algunos de estos niños no tienen otra opción que vivir en las calles, exponiéndose a mayores problemas médicos, sociales y psicológicos.<sup>(31)</sup>

La tragedia de la muerte materna no termina con el fallecimiento de la mujer, sino que continúa con el sufrimiento y el alto riesgo de enfermar y/o morir de los hijos que le sobreviven. En Guatemala las madres fallecidas en el año 2000 durante el embarazo, parto y puerperio dejaron en orfandad a por lo menos 444 recién nacidos. En un estudio realizado en El Salvador, de 80 fallecidas de las que se obtuvo información quedaron 181 huérfanos. En 21 fallecidas no hubo hijos sobrevivientes, 21 dejaron solamente un hijo y el resto dejó más de uno. Un estudio sobre el impacto de la mortalidad materna en la familia y la niñez en Honduras reporta que la mayoría de los huérfanos estudiados (54%) era menor de 5 años. En ese país cada 31 horas muere una mujer por problemas del embarazo, parto o puerperio dejando más de 1,400 niños huérfanos al año.<sup>(8,33,34)</sup>

Un estudio realizado en Bangladesh mostró que cuando una madre muere, sus hijos, especialmente las hijas, tienen mayor probabilidad de morir que otros niños cuyos padres están ambos vivos. El estudio evaluó las muertes por cada 1,000 niños, agrupados de la siguiente forma: si estaban vivos los padres o había fallecido uno de ellos. Se concluyó que cuando ambos padres estaban vivos murieron 28 niños y 41 niñas, cuando muere el padre fallecieron 31 niños y 55 niñas, y al fallecer la madre murieron 80 niños y

190 niñas, en algunos casos se cuadruplicó la muerte de los niños o niñas.<sup>(34)</sup>

#### **3.3.4. Desintegración familiar**

Es la separación de uno o varios miembros del núcleo familiar, cuando entre sus integrantes se rompen los lazos afectivos que la unen y la sostienen aún cuando sus miembros vivan juntos.<sup>(35)</sup>

Existen diversos tipos de desintegración, los cuales se muestran en los puntos siguientes:

- Abandono: se da cuando alguno de los padres decide dejar el hogar, debido a que no se siente feliz y tiene otras expectativas en la vida, o porque el ambiente está muy tenso, predomina la discordia y no hay armonía, por lo cual no pueden seguir juntos y tampoco por el supuesto bien de los hijos, ya que los daña mucho más.<sup>(35)</sup>
- Divorcio: se ha definido como la ruptura del vínculo familiar entre la pareja, ya sea por decisión de alguno de ellos o por común acuerdo. Para divorciarse se deben presentar ante las autoridades de Registro Civil, encargadas de dictaminar en que término se disolverá la unión y los derechos u obligaciones que cada uno de los padres tendrá con los hijos, si hubiese.<sup>(35)</sup>
- Abandono involuntario: se da cuando alguno de los padres, por enfermedad o muerte deja el hogar, es decir, no es deseado y es inevitable. Los efectos causados en los niños por este tipo de desintegración son diferentes a los de las otras formas; en los hijos varones de seis a nueve años de edad la muerte de su padre se le crea un aspecto negativo mayor, pero de menor intensidad comparados a los del divorcio o el abandono.<sup>(35)</sup>
- Desintegración familiar estando la familia junta: estos casos se caracterizan por las relaciones conflictivas que establecen sus

miembros, dando origen a recelos, temores y fricciones permanentes. Frecuentemente ese tipo de familias son incapaces de planear y realizar tareas, y resolver los problemas juntos; expresan conflictos extremos que no tienen la habilidad de comunicarse con el resto de la familia, lo cual priva al niño de un ambiente armonioso y estable, brindándole una atmósfera hostil que obstaculizará su crecimiento psicológico. En la actualidad resulta más fácil aceptar un divorcio que permanecer en un matrimonio infeliz, que sólo dañara la autoestima de los esposos y de los hijos.<sup>(35)</sup>

### **3.3.5. Conducta antisocial**

Al referirse a la conducta antisocial como característica del comportamiento de cualquier individuo, la literatura en general ha utilizado diferentes términos para hacer referencia a un patrón de conducta. Así, la diversidad de términos que se han empleado para describir tales conductas (ej., conducta exagerada, destructiva, exteriorización, infracontrol, desafiante, antisocial, trastorno disocial o delincuencia) refleja la variedad de formas en que se manifiesta.<sup>(36)</sup>

Conducta antisocial es un término referente a “cualquier tipo de conducta que refleje una violación de una norma o regla social y/o constituya un acto contra otros, independientemente de su severidad.” Esta conducta incluye un amplio rango de comportamientos, como destrucción de la propiedad, crueldad con individuos o animales, provocación de fuego, mentira, peleas o ataques físicos, robo, escapar del colegio o de la casa, cometer actos agresivos, etcétera.<sup>(36)</sup>

#### **3.3.5.1. Características de la conducta antisocial**

Dentro de las características de la conducta antisocial podemos mencionar estabilidad, especialización, inicio temprano o progresión y pocas probabilidades de remisión una vez establecida como patrón de conducta.<sup>(37)</sup>

La estabilidad se refiere a la persistencia de la conducta antisocial infantil severa que tiende a volverse crónica y a menudo “evoluciona”

en delincuencia juvenil y adulta. Especialización significa que la conducta antisocial es diversificada, generalmente en dos categorías. La primera incluye agresión, robo, destrucción, cambios temperamentales súbitos y peleas. La segunda abarca relaciones con pares desajustados, pertenecer a bandas o pandillas, robar con otros. El inicio temprano se relaciona con el consenso existente de que los infractores juveniles crónicos presentan un inicio temprano de conductas antisociales.<sup>(37)</sup>

Al identificar los factores de riesgo para el desarrollo de conductas antisociales, dentro de los clasificados como familiares se encuentra que la estructura familiar es importante para el desarrollo de la conducta antisocial, especialmente las unidades uniparentales, causadas por la muerte de uno de los padres entre otras.<sup>(37)</sup>

La inestabilidad, la desintegración y la disrupción familiar toman un lugar central en la explicación del desarrollo de la delincuencia. Los conflictos familiares, la pérdida de los padres y la falta de habilidades de crianza son factores que pudieran intervenir en el desarrollo de la antisocialidad y de la delincuencia.<sup>(38)</sup>



## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. Tipo y diseño de investigación**

Descriptivo cuantitativo.

### **4.2. Unidad de análisis**

**4.2.1.** Unidad de análisis: respuestas obtenidas a través de la entrevista estructurada.

**4.2.2.** Unidad de información: viudo, huérfanos mayores de 16 años o familiares de primer grado de consanguinidad de la fallecida que residían en el mismo domicilio al momento de la entrevista.

### **4.3. Población y muestra**

**4.3.1.** Población o universo: integrantes del núcleo familiar (viudo y huérfanos) de las 72 fallecidas por muerte materna durante el año 2009.

**4.3.2.** Muestra: no hubo muestra, se trabajó con la población total.

### **4.4. Selección de los sujetos a estudio**

**4.4.1.** Criterios de inclusión:

- ✓ Viudos y huérfanos afectados por muerte materna en el año 2009 en Alta Verapaz.

**4.4.2.** Criterios de exclusión:

- ✓ Viudos y huérfanos no localizables por migración.
- ✓ Viudos y huérfanos que no aceptaron participar en el estudio.
- ✓ Familiar de la fallecida no perteneciente al núcleo familiar.

#### 4.5. Definición y operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Características sociodemográficas	Conjunto de características inherentes a las personas sobre condiciones biológicas y socioculturales	<p>Edad del viudo: respuesta oral respecto a la edad en años del viudo al momento de la entrevista según grupos etarios del MSPAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 15 – 19</li> <li>· 20 – 24</li> <li>· 25 – 39</li> <li>· 40 – 49</li> <li>· 50 - 59</li> <li>· 60 - 64</li> <li>· 65 o más</li> </ul>	Cuantitativa	Razón	Instrumento de recolección de datos
		<p>Número de huérfanos y etapa de la vida en la que se encontraban: respuesta oral respecto al número de huérfanos que dejó la fallecida y en qué etapa de su vida se encontraban al momento de la entrevista.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Lactante: 28 días a 12 meses</li> <li>· Infante: 13 meses a 2 años</li> <li>· Preescolar: 2 años 1 mes a 5 años</li> <li>· Escolar: 5 años 1 mes a 12 años</li> <li>· Adolescente: 12 años y un mes a 20 años</li> </ul>	Cualitativa politómica	Nominal	Instrumento de recolección de datos
		<p>Estado civil del viudo: respuesta oral a la pregunta respecto al estado civil del viudo previo a la muerte materna.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Soltero</li> <li>· Casado</li> <li>· Unido</li> </ul>	Cualitativa politómica	Nominal	Instrumento de recolección de datos

		<p>Etnia: respuesta oral proporcionada respecto a la etnia a la que pertenece el viudo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Indígena</li> <li>· No indígena</li> </ul>	Cualitativa dicotómica	Nominal	Instrumento de recolección de datos
		<p>Escolaridad del viudo: respuesta oral proporcionada respecto a la cantidad de grados terminados por el viudo en un centro formativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Ninguno</li> <li>· Primaria completa</li> <li>· Primaria incompleta</li> <li>· Secundaria</li> <li>· Diversificado</li> <li>· Universitario</li> </ul>	Cualitativa politómica	Ordinal	Instrumento de recolección de datos
		<p>Lugar de procedencia: respuesta oral a la pregunta respecto a si el viudo reside en el área urbana o rural. Se tomó como urbana si residía dentro del casco urbano de la cabecera del municipio al que pertenece y como rural los que no residían en esta área.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Urbana</li> <li>· Rural</li> </ul>	Cualitativa dicotómica	Nominal	Autopsia verbal
Características psicológicas	Conjunto de afecciones psicológicas presentadas por los miembros de la familia después del	<p>Violencia intrafamiliar: respuesta oral de sí o no a la pregunta sobre la presencia de agresión emocional, física o verbal en la familia como consecuencia de la muerte materna.</p>	Cualitativa dicotómica	Nominal	Instrumento de recolección de datos
		<p>Conducta antisocial: respuesta oral de sí o no a la pregunta acerca de si en la familia alguno de los</p>	Cualitativa dicotómica	Nominal	Instrumento de recolección

	evento de muerte materna	huérfanos o el viudo presentó alguna conducta antisocial. Se tomó como afirmativo si incurrieron en hurtos, abuso de sustancias o asociación a pandillas después de la muerte materna.			de datos
		Intento de suicidio: respuesta oral de sí o no a la pregunta acerca de si en la familia alguno de los huérfanos o el viudo intentó poner fin a su vida luego de la muerte materna.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Instrumento de recolección de datos
Características económicas	Conjunto de eventos relacionados con la muerte materna que afectan la economía del hogar.	Reducción del ingreso monetario: respuesta oral de sí o no a la pregunta acerca de si la fallecida aportaba o no económicamente a la familia.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Instrumento de recolección de datos
		Gastos imprevistos: respuesta oral de sí o no a la pregunta acerca de si la familia se vio en la necesidad de realizar gastos médicos o de alimentación del recién nacido a causa de la muerte materna.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Instrumento de recolección de datos
		Inicio de actividad remunerada de los huérfanos: respuesta oral de sí o no a la pregunta acerca de si en la familia alguno de los huérfanos se vio en la necesidad de iniciar actividades remuneradas después de la muerte materna.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Instrumento de recolección de datos
		Supervivencia del producto del embarazo: respuesta oral de sí o no a la pregunta acerca de si sobrevivió o no el producto del último embarazo en la familia.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Instrumento de recolección de datos

Características sociales	Conjunto de eventos que afectaron la dinámica familiar o que llevaron al cambio de actividades de los miembros de la familia.	Nuevo compromiso del viudo: respuesta oral de sí o no a la pregunta acerca de si el viudo entabló una relación con una nueva compañera.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Instrumento de recolección de datos
		Desintegración familiar: respuesta oral de sí o no a la pregunta acerca de si alguno de los huérfanos o el viudo se desligó de la familia luego de la muerte materna.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Instrumento de recolección de datos
		Persona que asume el rol de la madre: respuesta oral a la pregunta acerca de quién tomó el rol de la madre en la familia.	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos
		Deserción escolar de los huérfanos: respuesta oral de sí o no a la pregunta acerca de si en la familia alguno de los huérfanos dejó de estudiar luego de la muerte materna.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Instrumento de recolección de datos

## **4.6. Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos**

### **4.6.1. Técnicas**

Elaboración y aplicación de entrevista estructurada a un miembro de la familia de la fallecida.

### **4.6.2. Procedimientos**

- Se solicitó al área de salud del departamento de Alta Verapaz los registros de las muertes maternas, con esto se obtuvo la última ubicación conocida de la familia de la fallecida.
- Se llevó a cabo una revisión sistemática de autopsias verbales de las muertes maternas del año 2009 en el departamento de Alta Verapaz.
- Se realizó una distribución equitativa dentro de los miembros del equipo de trabajo para llevar a cabo las visitas correspondientes a cada hogar, aproximadamente 14 familias por persona, en un área de 8,686 Km<sup>2</sup>.
- Se realizaron reuniones con el personal del MSPAS y ONGs prestadoras de servicios de salud de Alta Verapaz para buscar asesoramiento en cuanto a visitas domiciliarias.
- Se visitó en grupos de tres y cuatro miembros debido al difícil acceso a las comunidades y por razones de seguridad. Se realizó un promedio de dos visitas por día ya que existe una distancia máxima 154 km con tiempo de llegada aproximado desde Cobán de 6 horas, siendo el promedio de 71.6 Km con tiempo de llegada aproximado desde Cobán de 3 horas.
- Al llegar a las viviendas de las familias, previa firma de consentimiento informado (anexo 11.1), se aplicó la entrevista. Esto con ayuda de traductores en caso de que el entrevistado no hablara castellano.
- Se tabularon y cuantificaron los datos obtenidos por medio de las entrevistas.
- Los resultados se analizaron en cuadros y gráficas utilizando frecuencias y porcentajes.
- Se elaboró un informe final presentando los datos obtenidos para su revisión y aprobación por la unidad de trabajos de graduación.

### **4.6.3. Instrumentos**

La boleta de recolección de datos consta de dos hojas tamaño carta, se divide en cuatro secciones que incluye una serie de preguntas cerradas de opción múltiple (anexo 11.2):

- Características sociodemográficas: incluye preguntas sobre edad del viudo, cantidad de huérfanos y etapa de la vida en la que se encuentran, estado civil del viudo, etnia, escolaridad del viudo y lugar de procedencia.
- Características psicológicas: incluye preguntas sobre inicio de violencia intrafamiliar después de la muerte materna, conductas antisociales de viudo o huérfanos, intento de suicidio de algún miembro del núcleo familiar.
- Características económicas: incluye preguntas acerca de ingresos económicos que aportaba la fallecida, gastos médicos o de alimentación del recién nacido, y el inicio de actividades remuneradas por parte de los huérfanos después de la muerte materna.
- Características sociales: incluye preguntas sobre la sobrevivencia del producto del último embarazo, nueva relación del viudo con una nueva compañera, ausencia de algún miembro de la familia después de la muerte materna, toma del rol de la madre por parte de algún otro miembro de la familia y deserción escolar de los huérfanos después de la muerte materna.

## **4.7. Procesamiento y análisis de datos**

### **4.7.1. Procesamiento**

- Se agruparon los datos manualmente por municipio y por características de viudos y huérfanos.
- Con la información obtenida se creó una base de datos en Microsoft Access 2007 procesándose la misma en Epi Info versión 3.5.1 y Excel 2007.
- Luego se crearon tablas para interpretación de dichos datos.
- A partir de las tablas se generaron gráficas para mayor facilidad de comparación, análisis y estudio de los resultados.

#### **4.7.2. Análisis**

Se llevó a cabo un análisis de tipo descriptivo, utilizando cuadros y gráficas, frecuencias y porcentajes.

### **4.8. Alcances y límites de la investigación**

#### **4.8.1. Alcances**

Se elaboró un perfil psicosocial a los viudos y huérfanos de las fallecidas por causa materna ocurridas en el año 2009 en el departamento de Alta Verapaz lo que complementará la información actual existente sobre el tema de mortalidad materna en el Área de Salud de Alta Verapaz.

#### **4.8.2. Límites**

- Hubo renuencia por parte de algunas familias a la participación en el estudio.
- El idioma fue una limitante ya que en muchas regiones de Alta Verapaz predomina el uso de idiomas mayas, sin embargo con ayuda de traductores comunitarios se logró recabar la información.
- La extensa área de dispersión y el terreno predominantemente montañoso dificultó el acceso a las comunidades a visitar.
- El clima de Alta Verapaz es lluvioso y los caminos se tornan peligrosamente inaccesibles.
- Existe un ambiente de inseguridad en algunas regiones de Alta Verapaz limitando las visitas y los horarios de acceso.

### **4.9. Aspectos éticos de la investigación**

Estudio de categoría I (sin riesgo) en el que se utilizaron técnicas observacionales, las cuales no realizaron ninguna intervención o modificación intervencional con las variables fisiológicas, psicológicas ni sociales de las personas que participaron en dicho estudio a través de autopsias verbales, cuestionarios y entrevistas. Se realizó un consentimiento informado (anexo 11.1) respetando la decisión de los involucrados de participar o no en el estudio. Las boletas de recolección de datos no incluyeron el nombre de los

involucrados. La revisión y supervisión del estudio se realizó por médicos expertos en el tema y catedráticos con experiencia en metodología de la investigación, cuyo único interés fue la capacitación de los participantes de la investigación. La información recolectada será presentada a las autoridades interesadas del Área de Salud del departamento de Alta Verapaz.



## 5. RESULTADOS

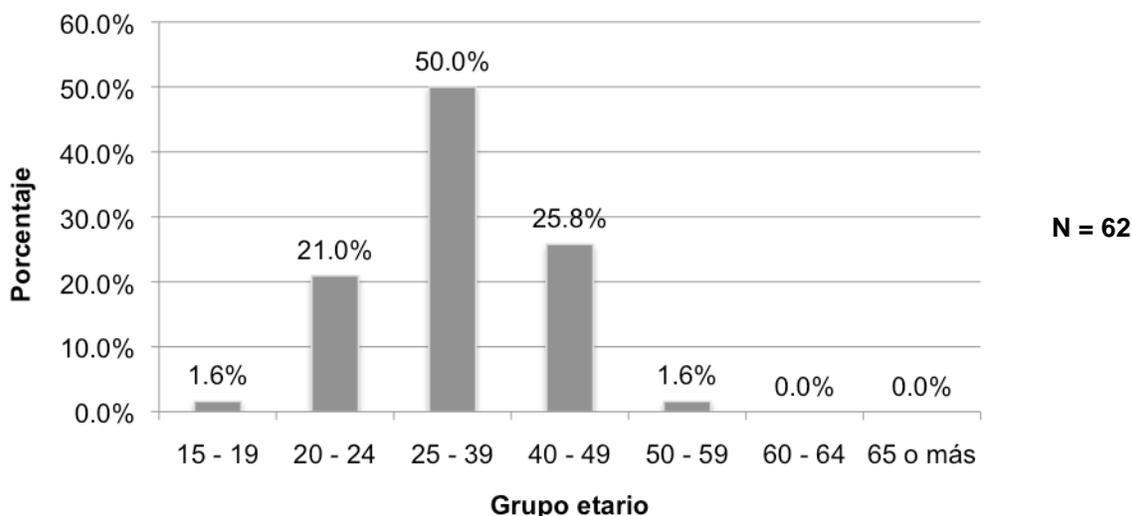
A continuación se presentan los resultados de las 64 entrevistas llevadas a cabo acerca de las características sociodemográficas, psicológicas, económicas y sociales de las familias estudiadas en los 14 municipios del departamento de Alta Verapaz que presentaron casos de mortalidad materna en el año 2009. Las familias estudiadas están conformadas por 62 viudos ya que en 2 casos la fallecida no tenía pareja y 286 huérfanos.

Los resultados se presentan en 4 secciones, las cuales están divididas de la siguiente forma:

- Características sociodemográficas
- Características psicológicas
- Características económicas
- Características sociales

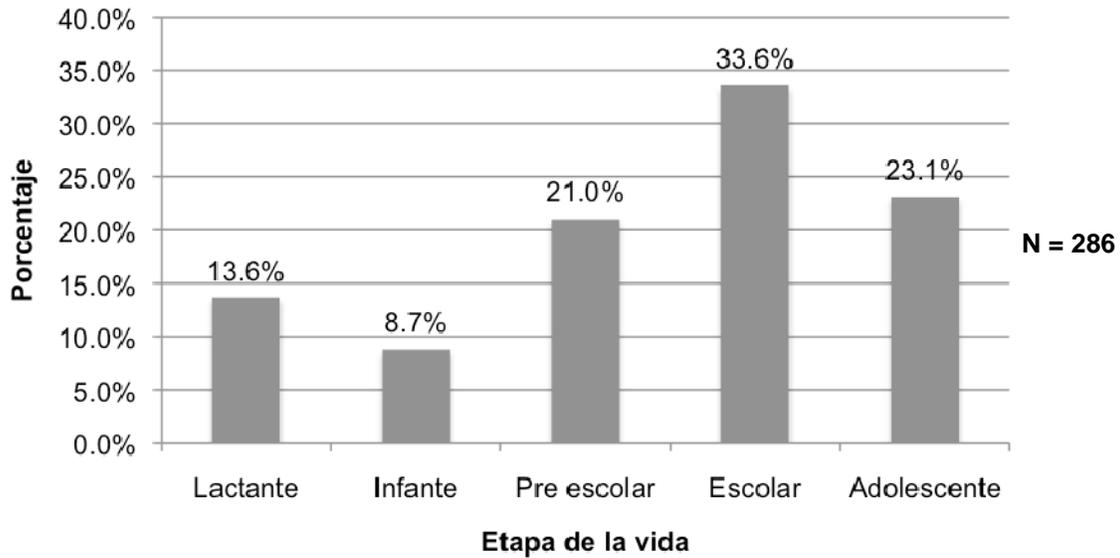
### 5.1. Características sociodemográficas

**Gráfica 1**  
**Distribución de viudos afectados por muerte materna según grupo etario en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz, mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**



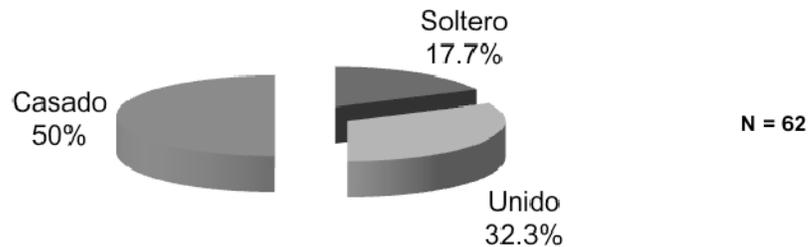
Fuente: cuadro No. 1, anexo 11.3

**Gráfica 2**  
**Distribución de huérfanos afectados por muerte materna según etapa de la vida en la que se encontraban en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz, mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**



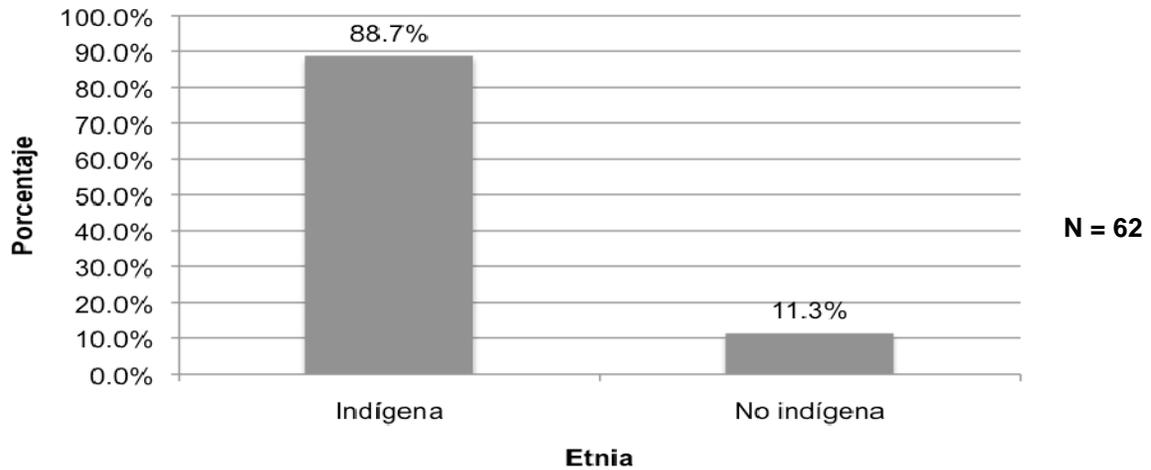
Fuente: cuadro No. 2, anexo 11.3

**Gráfica 3**  
**Distribución de viudos afectados por muerte materna según estado civil en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz, mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**



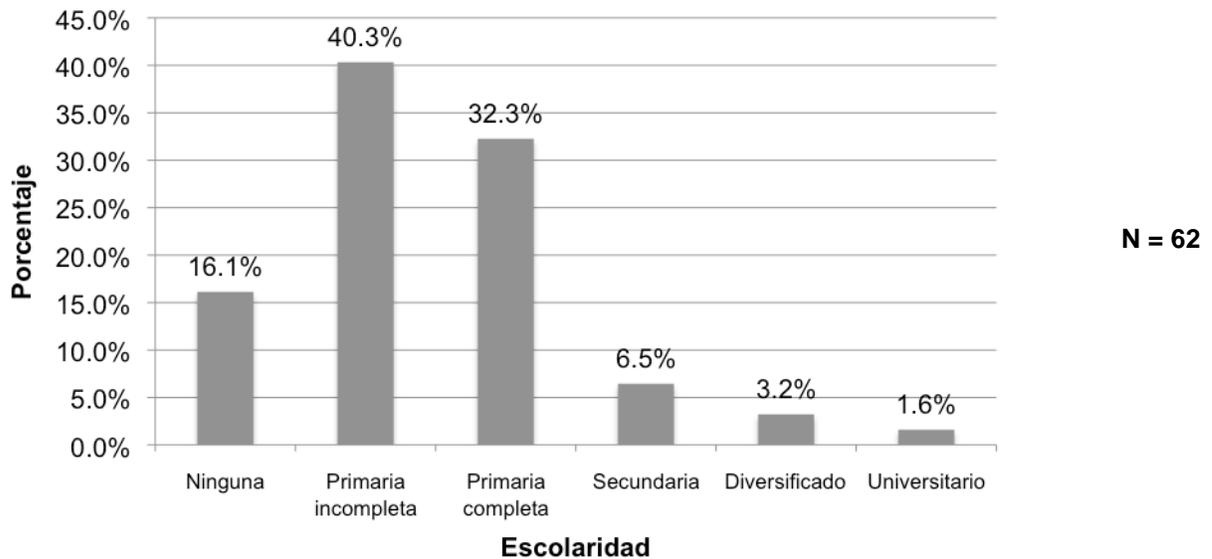
Fuente: cuadro No. 3, anexo 11.3

**Gráfica 4**  
**Distribución de viudos afectados por muerte materna según etnia en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz, mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**



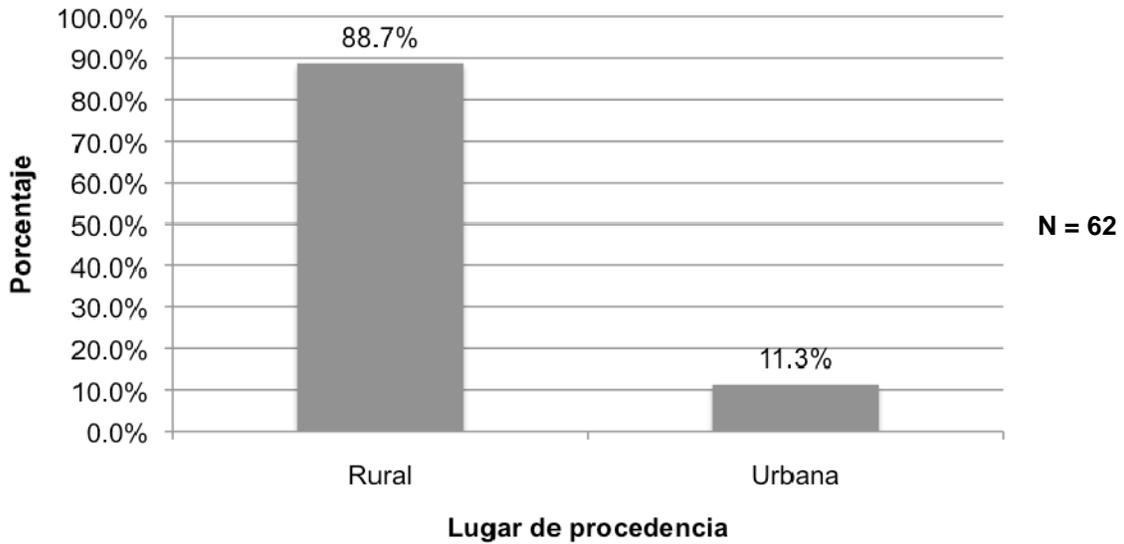
Fuente: cuadro No. 4, anexo 11.3

**Gráfica 5**  
**Distribución de viudos afectados por muerte materna según escolaridad en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz, mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**



Fuente: cuadro No. 5, anexo 11.3

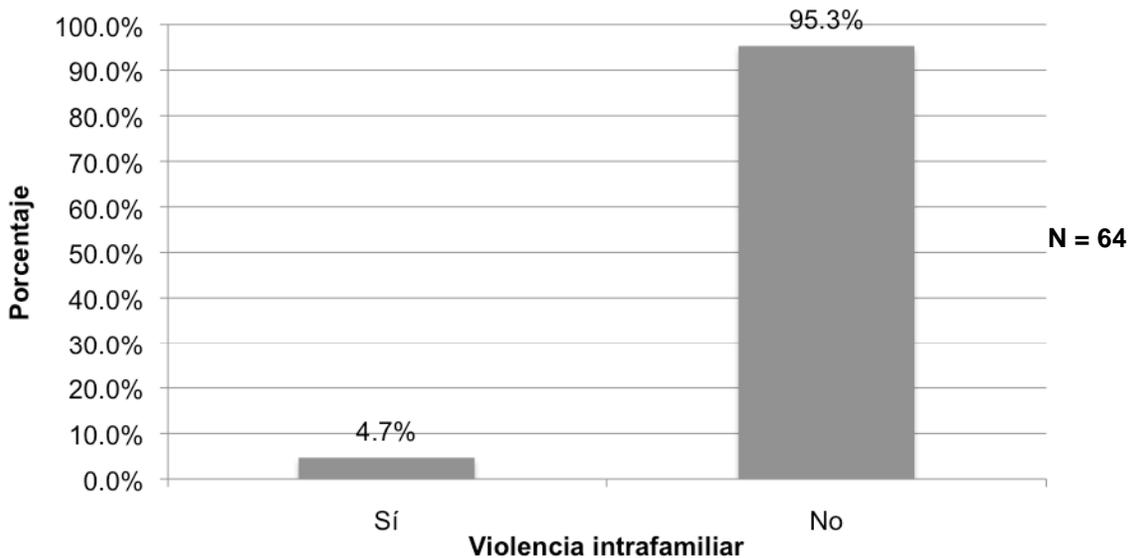
**Gráfica 6**  
**Distribución de viudos afectados por muerte materna según lugar de procedencia**  
**en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz, mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**



Fuente: cuadro No. 6, anexo 11.3

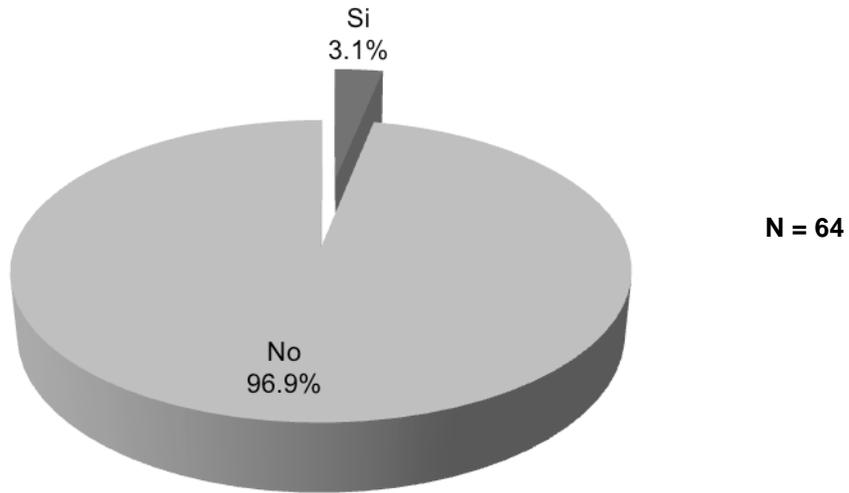
## 5.2. Características psicológicas

**Gráfica 7**  
**Distribución de familias afectadas por muerte materna según violencia intrafamiliar**  
**en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz, mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**



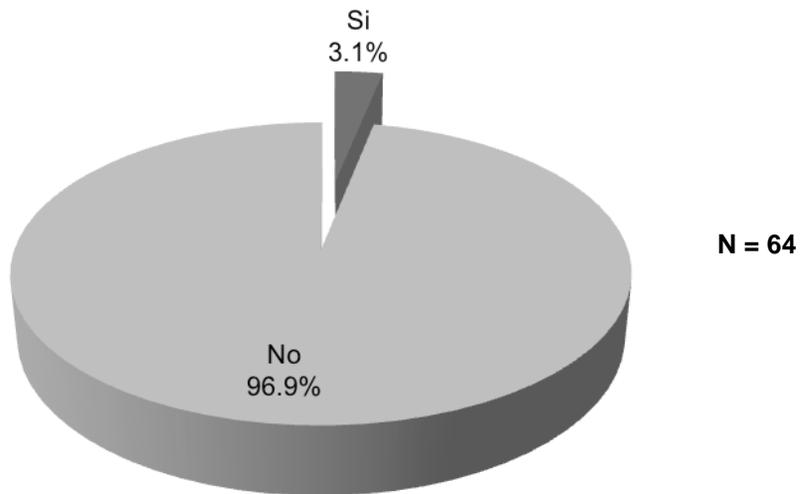
Fuente: cuadro No. 7, anexo 11.3

**Gráfica 8**  
**Distribución de familias afectadas por muerte materna según aparición de conducta antisocial en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz, mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**



Fuente: cuadro No. 8, anexo 11.3

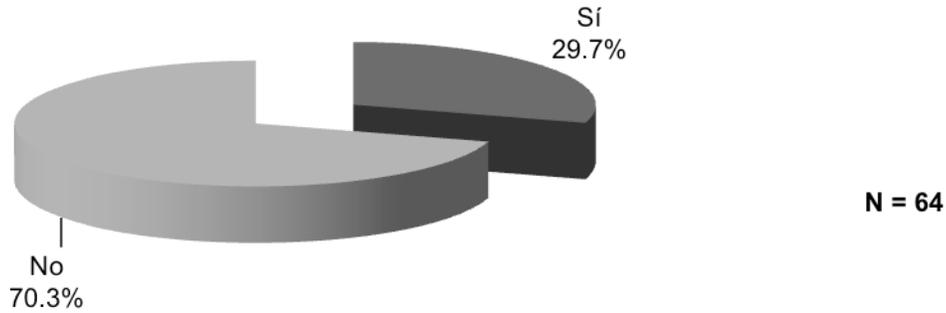
**Gráfica 9**  
**Distribución de familias afectadas por muerte materna según intento de suicidio en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz, mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**



Fuente: cuadro No. 9, anexo 11.3

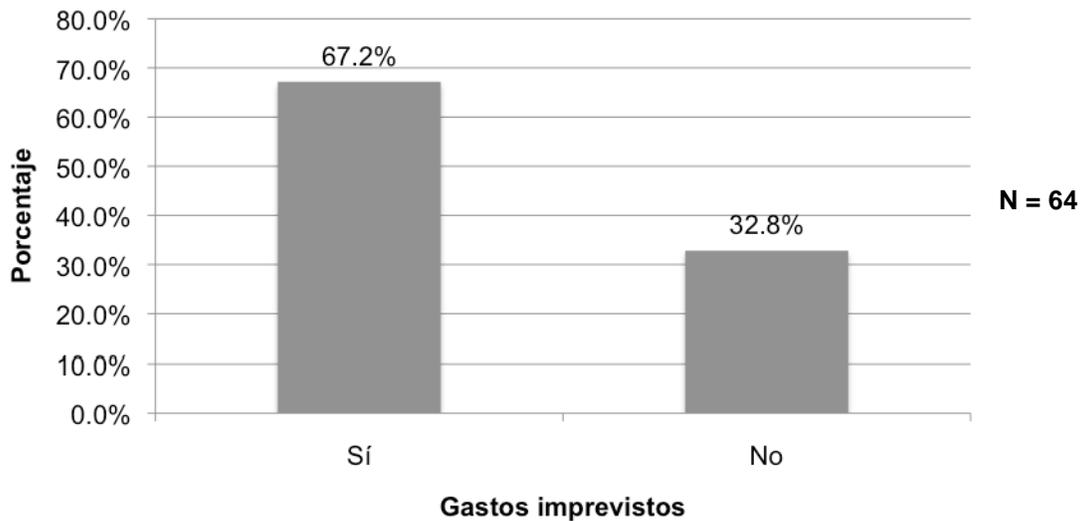
### 5.3. Características económicas

**Gráfica 10**  
**Distribución de familias afectadas por muerte materna según reducción del ingreso monetario en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz, mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**



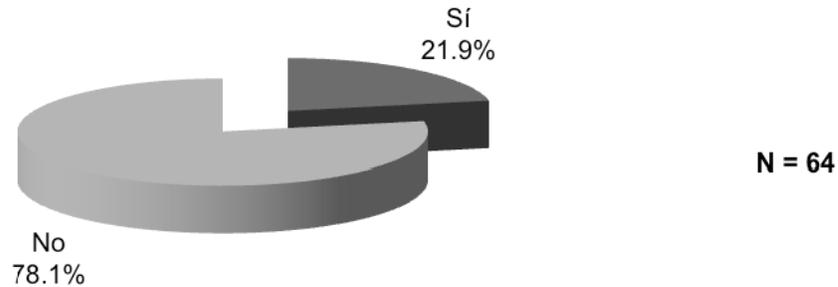
Fuente: cuadro No. 10, anexo 11.3

**Gráfica 11**  
**Distribución de familias afectadas por muerte materna según realización de gastos imprevistos en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz, mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**



Fuente: cuadro No. 11, anexo 11.3

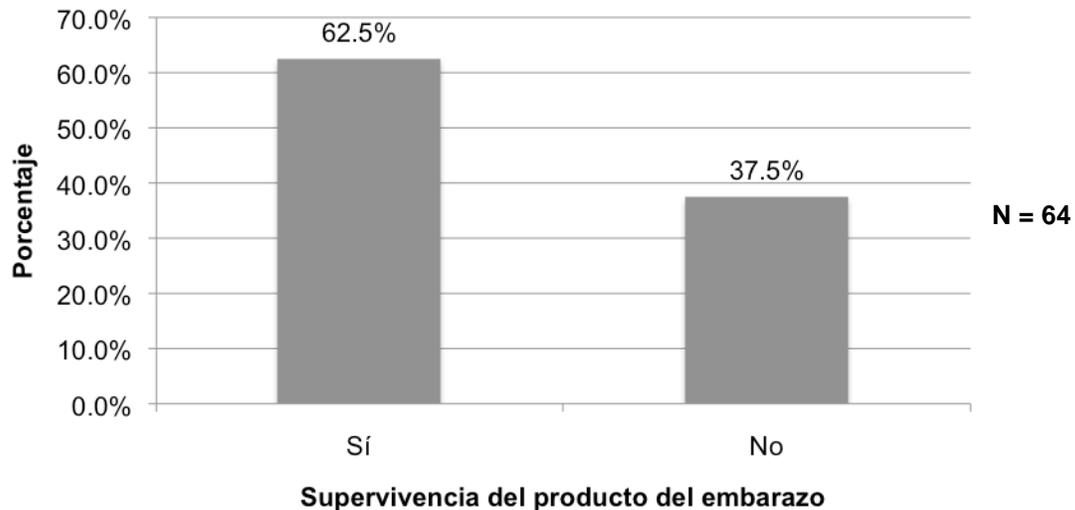
**Gráfica 12**  
**Distribución de familias afectadas por muerte materna según inicio de actividad remunerada de los huérfanos en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz, mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**



Fuente: cuadro No. 12, anexo 11.3

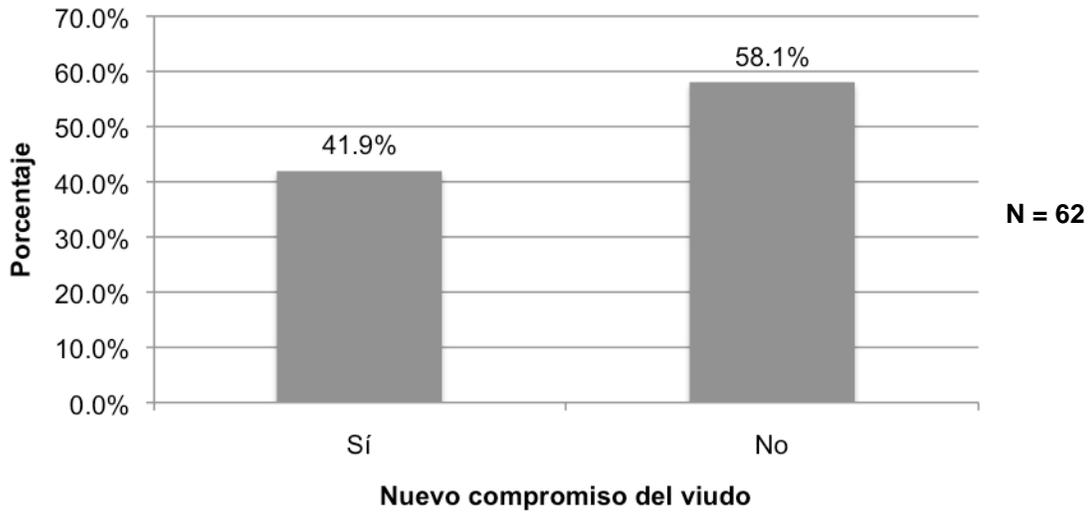
**5.4. Características sociales**

**Gráfica 13**  
**Distribución de familias afectadas por muerte materna según supervivencia del producto del embarazo en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz, mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**



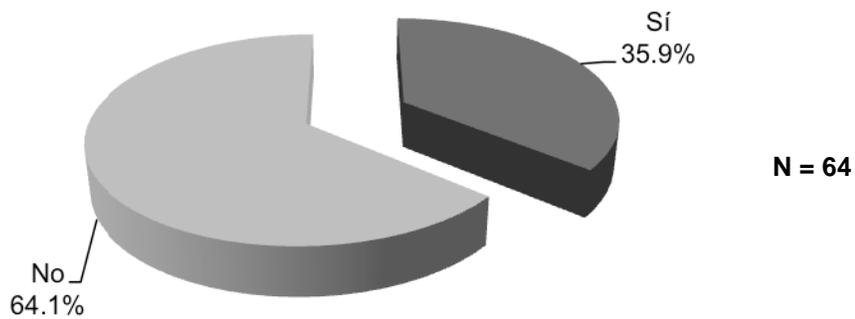
Fuente: cuadro No. 13, anexo 11.3

**Gráfica 14**  
**Distribución de viudos afectados por muerte materna según nuevo compromiso en**  
**14 municipios del departamento de Alta Verapaz mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**



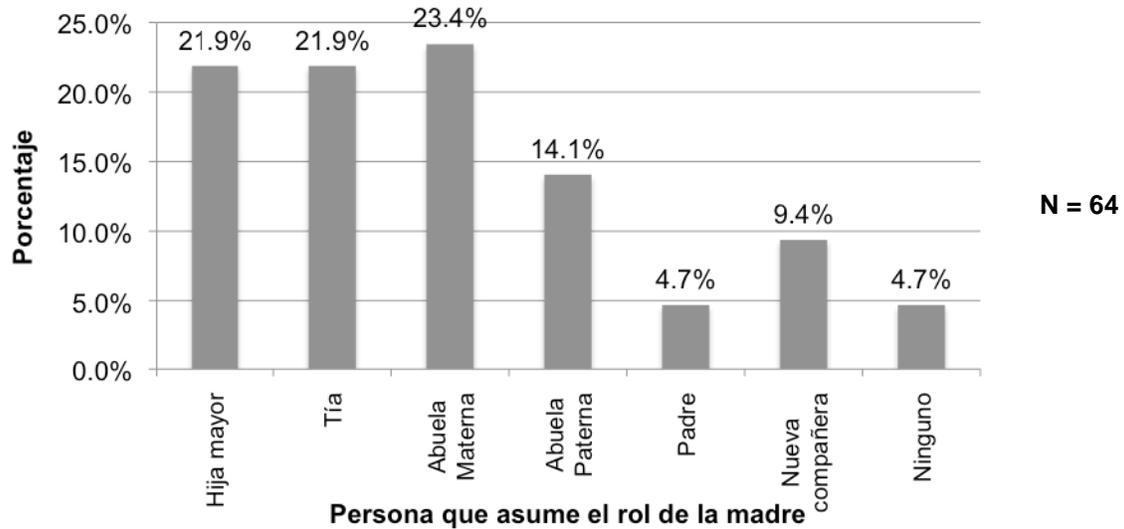
Fuente: cuadro No. 14, anexo 11.3

**Gráfica 15**  
**Distribución de familias afectadas por muerte materna según desintegración**  
**familiar en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz, mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**



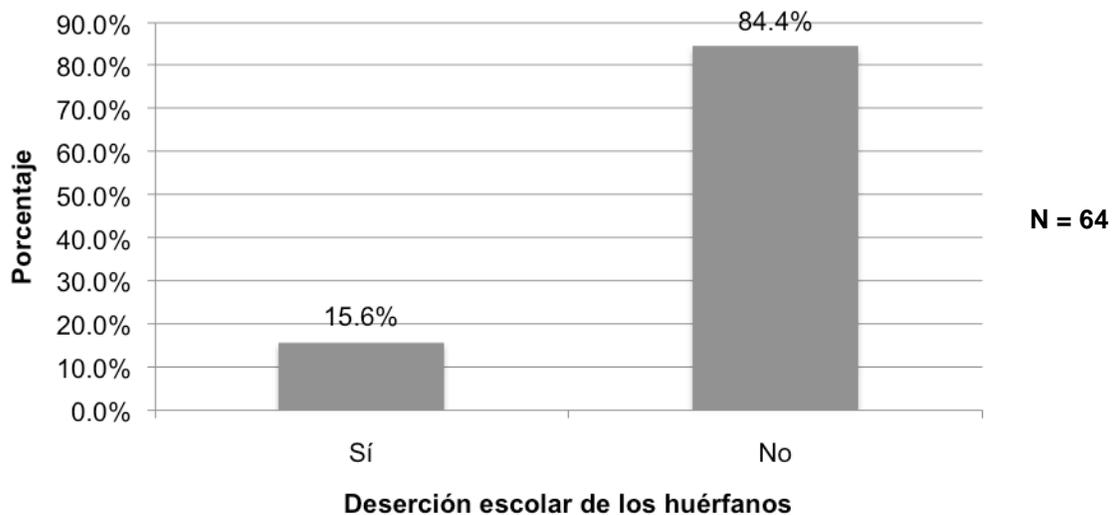
Fuente: cuadro No. 15, anexo 11.3

**Gráfica 16**  
**Distribución de familias afectadas por muerte materna según persona que asume el rol de la madre en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz, mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**



Fuente: cuadro No. 16, anexo 11.3

**Gráfica 17**  
**Distribución de familias afectadas por muerte materna según deserción escolar de los huérfanos en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz, mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**



Fuente: cuadro No. 17, anexo 11.3



## 6. DISCUSIÓN

Respecto a la distribución según grupo etario de los viudos, el 50% se encuentra en el grupo etario de 25-39 años de edad. Solamente el 1.6% se encontraba en el grupo de 15-19 años y 1.6% en el grupo de 50-59 años, manifestando así la mayor prevalencia dentro del grupo en edad fértil y sólo un caso en cada extremo de dicha etapa. (Gráfica 1)

De los 286 huérfanos que dejaron las muertes maternas del 2009, el 33.6% se encuentra en edad escolar. Le siguen las edades pre escolares y adolescente con 21% y 23.1% respectivamente. Los lactantes representan el 13.6% y por último los infantes con el 8.7%. Las madres fallecidas durante el embarazo, parto o puerperio en el año 2000 dejaron en orfandad a por lo menos 444 recién nacidos. Los resultados anteriores se pueden correlacionar con un estudio sobre el impacto de la mortalidad materna en la familia y la niñez en Honduras, en donde el 54% de los huérfanos estudiados era menor de 5 años, siendo datos similares a los obtenidos en el presente estudio. (8,33,Gráfica 2)

Previo a la muerte materna, el estado civil del 50% de los viudos entrevistados era casado con la fallecida. El 32.3% estaba unido con su difunta pareja. Solamente el 17.7% se identifica como soltero. Estos resultados evidencian la prevalencia de las costumbres tradicionales de formar un hogar a través del matrimonio, sin embargo se ve una tendencia cada vez mayor entre las parejas jóvenes de optar por la unión de hecho o por ser madres solteras. (Gráfica 3)

De los 62 viudos entrevistados el 88.7% pertenecía a la etnia indígena y 11.3% pertenecía a etnia no indígena. Esta tendencia se encuentra en todo el territorio nacional, siendo etnia indígena una característica frecuentemente observada en casos de mortalidad materna, probablemente debido a idiosincrasia, y barrera lingüística, entre otras. (Gráfica 4)

Respecto a la escolaridad de los viudos el 40.3% tenía educación primaria incompleta mientras que el 32.3% tenía educación primaria completa. Solamente 16.1% no recibió educación alguna. Se evidencia una relación inversamente proporcional entre escolaridad y la presencia de muerte materna, a mayor nivel de educación, menos viudos se encontraron. Sólo 11.3% de los viudos tenía educación no obligatoria la cual incluye secundaria, diversificado y universitaria con 6.5%, 3.2% y 1.6% respectivamente. (Gráfica 5)

La distribución de los 62 viudos entrevistados según lugar de procedencia fue de la siguiente manera: el 88.7% pertenecía al área rural y solamente el 11.3% pertenecía al

área urbana. Con estos datos se puede evidenciar como las muertes maternas ocurren con mayor frecuencia en el área rural, entrando en juego muchos factores que facilitan que ocurran este problema, como lo son las creencias culturales, las prácticas obstétricas empíricas y principalmente el difícil acceso a los servicios de salud. <sup>(1, Gráfica 6)</sup>

De 64 familias estudiadas únicamente el 4.7% presentó algún tipo de violencia intrafamiliar después de la muerte materna. Por lo tanto no se evidencia una relación determinante entre la falta de la figura materna y la presencia de violencia intrafamiliar. La falta de la figura materna en la familia puede ser un factor influyente para que el nuevo encargado de los hijos adopte este tipo de conductas en afán de imponer un falso orden el hogar. El fallecimiento de un miembro de la familia, en este caso uno tan importante como lo es la madre, tiene una connotación negativa generando o favoreciendo la aparición de este tipo de conductas. <sup>(28, Gráfica 7)</sup>

Únicamente el 3.1% de las familias presentó alguna conducta antisocial, de las cuales el 100% corresponde a los viudos. De los huérfanos, ninguno adoptó una conducta antisocial después de la muerte materna. A pesar de que una estructura familiar bien establecida y la presencia de ambos padres es un factor protector para presentar conducta antisocial, ninguno de los huérfanos presentó este tipo de comportamientos. Incluso en las familias en el que el padre abandonó el hogar no se dio este tipo de conductas. <sup>(37, Gráfica 8, Cuadro 8 anexo 11.3)</sup>

En 3.1% de las familias se dio el intento de suicidio, de las cuales el 100% corresponde a los huérfanos. La baja frecuencia de suicidios se debe a que para que este fenómeno se lleve a cabo tienen que coincidir diversos factores desencadenantes que afecten de manera significativa al individuo. Esto se puede relacionar con un estudio hecho en Bangladesh en el cual se mostró que cuando una madre muere, sus hijos tienen mayor probabilidad de presentar este tipo de conductas en comparación con otros niños cuyos ambos padres están vivos. <sup>(34, Gráfica 9, Cuadro 9 anexo 11.3)</sup>

El 29.7% de las familias presentó reducción del ingreso monetario debido a la muerte materna. Este fenómeno se debe a que en el área rural se vive una situación patriarcal, en donde usualmente es el hombre quien se encarga de mantener económicamente a la familia, mientras la madre se encarga del cuidado de los hijos. <sup>(Gráfica 10)</sup>

El 67.2% de las familias se vieron en la necesidad de realizar gastos imprevistos tales

como gastos médicos y de alimentación del recién nacido. Se observa en este apartado la importancia de la lactancia materna, siendo no sólo el mejor alimento para el lactante sino como parte del mejor uso de los ingresos monetarios familiares. No es este el caso de los gastos médicos, ya que una complicación del embarazo parto o puerperio no es previsible. (Gráfica 11)

En el 21.9% de las familias estudiadas los huérfanos se vieron en la necesidad de iniciar alguna actividad remunerada para ayudar al soporte del hogar. Se puede relacionar esto tanto con la necesidad de realizar gastos para la alimentación del recién nacido como también cubrir los gastos que cubría el 29.7% de las fallecidas. (Gráfica 12)

En el 62.5% de las familias sobrevivió el producto del embarazo mientras que en el 37.5% restante el producto falleció por complicaciones durante el embarazo y parto. Este resultado se relaciona directamente a las circunstancias en las que se resolvió el embarazo o se dio la muerte materna. (Gráfica 13)

Del total de viudos, 41.9% tiene actualmente un nuevo compromiso. Se toma en cuenta que el total de viudos es 62 ya que en 2 de los casos no existen por deberse a madres solteras. (Gráfica 14)

Del total de familias estudiadas, un 35.9% presentó desintegración familiar representando los viudos el 56.5% y los huérfanos 43.5%. La falta de la esposa o de la madre, según el caso, genera un ambiente tenso en donde puede predominar la discordia generando así falta de armonía, por lo cual se toma la decisión de abandonar la familia afectando aun más el desarrollo psicológico de los huérfanos. (35, Gráfica 15, Cuadro 15 anexo 11.3)

Del total de viudos, 6 tomaron el rol de la madre dentro de la familia, jugando así un papel importante en el desarrollo de la familia, principalmente de los huérfanos. Dentro del apartado que indica quien tomó el rol de la madre en el hogar, el 23.4% lo ocupa abuela materna probablemente porque habitan en la misma vivienda. En 90.6% de las familias queda a cargo un familiar que no es el padre, incluyendo a la nueva pareja, confirmando así lo que se explicaba con anterioridad, en donde la conducta patriarcal prevalece. Estudios realizados en diversos países indican que cuando la capacidad de la familia y la comunidad para acoger a los niños ha llegado a su límite, cada vez más niños deberán valerse por sí mismos, por lo tanto es muy frecuente que el niño o niña de mayor de edad asuma la responsabilidad como cabeza de un hogar, como en este caso que en 14

familias la hija mayor tomó el rol de la madre. En este apartado, es importante mencionar que en 3 familias nadie tomó el rol de la madre, ya que la fallecida era primigesta y no sobrevivió el producto de la gestación. (31, Gráfica 16)

En las 64 familias, se presentó 15.6% de deserción escolar, probablemente debido a necesidad de éstos de realizar actividades remuneradas y/o hacerse cargo del hogar mientras el padre labora. (Gráfica 17)

De los 26 viudos entrevistados que iniciaron una relación con una nueva compañera el 30.8% se desligó de la familia, buscando con esto un falso ambiente armonía, afectando aún más la dinámica familiar ya deteriorada por la falta de la figura materna. (35, Cuadro 19 anexo 11.3)

A mayor escolaridad del viudo hubo menos deserción escolar por parte de los huérfanos luego de la muerte materna. Solamente se presentaron casos de deserción escolar en los huérfanos de viudos quienes no tenían ninguna escolaridad o tenían primaria incompleta. De los 10 hogares en que los viudos no tenían escolaridad el 50% tenían huérfanos que abandonaron sus estudios. El 20% de los 25 viudos cuya escolaridad es la primaria incompleta abandonaron la escuela. No hubo casos de deserción escolar en hogares cuyos viudos tenían educación de primaria completa, diversificada, secundaria o universitaria. (Cuadro 20 anexo 11.3)

De los 31 viudos dentro del grupo etéreo de 25-39 años el 48.4% tienen actualmente una relación con una nueva compañera. Se observa entonces, dentro de este grupo etéreo, la necesidad de mantener una relación de pareja, debido también a patrones culturales. (Cuadro 21 anexo 11.3)

## 7. CONCLUSIONES

- 7.1.** El 50% de los viudos se encontraba en el grupo etario de 25-39 años, mientras que el 33.6% de los huérfanos se encontraba en edad escolar. Antes de la muerte materna el 50% de los viudos estaba casado con la fallecida, el 88.7% era de etnia indígena, el 40.3% tenía escolaridad primaria incompleta y el 88.7% era procedente del área rural.
- 7.2.** De 64 familias estudiadas el 4.7% presentó algún tipo de violencia intrafamiliar después de la muerte materna; el 3.1% presentó conducta antisocial, de estas el 100% corresponde a los viudos y el 3.1% presentó intento de suicidio, de estas el 100% corresponde a los huérfanos.
- 7.3.** De las familias el 29.7% presentó reducción del ingreso monetario después de la muerte materna, el 67.2% realizó gastos imprevistos y en el 21.9% los huérfanos se vieron en la necesidad de iniciar actividad remunerada luego de la muerte materna.
- 7.4.** En el 62.5% de las familias sobrevivió el producto del embarazo. El 41.9% de los viudos se encuentran actualmente en una nueva relación. De las familias el 35.9% presentó desintegración familiar; en el 23.4% la abuela materna asumió el rol de la madre; y el 15.6% presentó deserción escolar por parte de los huérfanos.



## **8. RECOMENDACIONES**

### **8.1. A las comunidades de Alta Verapaz**

- Generar una mayor consciencia colectiva sobre el problema de la mortalidad materna involucrando a la comunidad y a los consejos comunitarios de desarrollo.
- Activar comités de vigilancia comunal, como una estrategia de corresponsabilidad social para con la salud de las madres y los niños.

### **8.2. Al Gobierno de la República de Guatemala**

- Establecer la normatividad que permita garantizar la alimentación, educación y acceso a los servicios básicos de salud a los huérfanos afectados por muerte materna.
- Invertir en infraestructura y caminos para facilitar el acceso a los servicios de salud.

### **8.3. Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

- Brindar asistencia técnica a todo el personal de salud e impulsar acciones dirigidas a reducir la mortalidad materna en el país.
- Fortalecer los servicios que prestan atención materno-infantil.
- Crear programas dirigidos al seguimiento del viudo y huérfanos afectados por muerte materna.
- Realizar cápsulas informativas de difusión masiva para concientizar a la población acerca de las cuatro demoras y las consecuencias que la muerte materna conlleva.

### **8.4. Al Área de salud del Departamento Alta Verapaz**

- Reforzar los programas de apoyo psicológico diseñados para atender a los viudos y huérfanos.
- Fortalecer la comunicación con las prestadoras de servicios de salud para apoyar los proyectos a nivel departamental.
- Asegurar y evaluar la eficacia de los programas de capacitación a comadronas por parte de los servicios de salud y prestadoras de servicios de salud.



## 9. APORTES

Los datos obtenidos en este estudio complementarán la información con la que cuenta el Área de salud del Departamento Alta Verapaz. El estudio servirá como referencia para futuros estudios dentro y fuera de la Universidad de San Carlos de Guatemala, ya que no se cuenta con estudios previos similares.

Será entregado un informe a la jefatura del Área de Salud del Departamento de Alta Verapaz, en el cual se presenta la información obtenida, para tener una mejor comprensión de este grupo afectado. Con esta información se podrá comprender el impacto que la muerte materna tiene sobre la población y así llevar a cabo acciones y programas para el seguimiento de las familias afectadas. También se entregarán los resultados de la investigación así como un resumen para su distribución en las áreas específicas de los distritos de salud en los cuales se realizó la investigación, con el objetivo de concientizarlos en la necesidad de la reducción de la muerte materna y el seguimiento de los huérfanos que esta tragedia deja atrás.

A través del trabajo de campo durante la convivencia con el personal de las prestadoras de salud que ayudaron en la recolección de los datos se concientizó en cuanto a que el fenómeno de la mortalidad materna no es un evento trágico que finaliza una mala atención prenatal, sino el inicio de un trabajo más arduo que consiste en velar por el bienestar de la familia que ha perdido a uno de sus pilares más importantes.



## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Centro Nacional de Epidemiología. Situación de salud Guatemala: informe de un grupo científico del Centro Nacional de Epidemiología. Guatemala: MSPAS, 2007.
2. Organización Mundial de la Salud [Sede Web]. Mortalidad materna. Ginebra: OMS, 2007 [accesado 15 de febrero de 2010]. Disponible en: [https://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/topics/maternal\\_mortality/es/index.html](https://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/es/index.html)
3. Herrera M M. Mortalidad materna en el mundo. Rev Chil Obstet Ginecol [revista en línea] 2003 [accesado 8 de febrero de 2010]; 68(6): 536-543. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>
4. Fondo de Población de las Naciones Unidas [Sede Web]. Mortalidad materna, actualización 2002, en especial atención obstétrica de emergencia. Nueva York; UNFPA 2003 [accesado 10 de marzo de 2010]. Disponible en: [https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2003/mupdate-2002\\_eng.pdf](https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2003/mupdate-2002_eng.pdf)
5. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Contra la mortalidad materna [Sede Web]. Washington D.C: OPS/OMS, 2004 [accesado 10 de abril de 2010]. Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora04\\_mar04.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora04_mar04.htm)
6. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales: informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS, 2008.
7. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta nacional de salud materno infantil 2002: informe de un grupo científico del INE. Guatemala: INE, 2002.
8. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Línea basal de mortalidad materna para el año 2000: informe de un grupo científico del MSPAS. Guatemala: MSPAS, 2003.
9. ----- . Memoria anual de informática y vigilancia epidemiológica 2003: informe de un grupo científico del MSPAS. Guatemala: MSPAS, 2004.
10. ----- . Memoria anual de informática y vigilancia epidemiológica 2005: informe de un grupo científico del MSPAS. Guatemala: MSPAS, 2006.
11. ----- . Memoria anual de informática y vigilancia epidemiológica 2007: informe de un grupo científico del MSPAS. Guatemala: MSPAS, 2008.

12. -----. Área de Salud de Alta Verapaz: Departamento de Epidemiología. Sistema de Información Gerencial de Salud -SIGSA-: informe de un grupo científico del MSPAS. Guatemala: MSPAS, 2009.
13. -----. Plan estratégico para la reducción de la mortalidad materna 2004-2008: informe de un grupo científico del MSPAS. Guatemala: MSPAS, 2003.
14. Castro Chamán M A, Pérez López E, Machuca Silva M I, Velasco Zamora J A, Micheo Santa Cruz C L. Factores asociados a mortalidad materna: estudio de casos y controles sobre factores de riesgo asociados a mortalidad materna, departamento de Alta Verapaz, 2005 [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 2006.
15. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Sede Web]. Estado mundial de la infancia 2006: informe de un grupo científico de UNICEF. Estados Unidos de América: UNICEF, 2006 [accesado 9 de diciembre de 2009]. Disponible en: [http://www.unicef.es/documentacion/documentos\\_ampliado.htm?iddocumento=87](http://www.unicef.es/documentacion/documentos_ampliado.htm?iddocumento=87)
16. Movimiento Mundial de Madres [Sede Web]. Carta magna del rol de la madre. Bruselas: MMM [accesado 16 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.mouvement-mondial-des-meres.org/spaniolindex/quienes/quienes.htm>
17. Fondo de Población de las Naciones Unidas [Sede Web]. Safe motherhood: stepping up efforts to save mother's lives. Nueva York: UNFPA, 2009 [accesado 13 de enero de 2010]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/public/mothers>
18. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Red de servicios 2008-2012. Guatemala: MSPAS [accesado 9 de febrero de 2010]. Disponible en: [http://portal.mspas.gob.gt/ongas\\_prestadoras\\_de\\_servicios.html](http://portal.mspas.gob.gt/ongas_prestadoras_de_servicios.html)
19. Ministerio de Economía de Guatemala [Sede Web]. Análisis económico: Guatemala y sus departamentos, ficha técnica de Alta Verapaz. Guatemala: Ministerio de Economía, 2009 [actualizado 20 de agosto de 2009, accesado 12 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.mineco.gob.gt/Presentacion/AnalisisEconomico.aspx?indice=Guatemala%20y%20sus%20Departamentos>
20. Melgar Ceballos M. Sostenibilidad y gestión ambiental [Sede Web]. Escuela de Planificación Orgánica Evolutiva EPOE: 2005 [accesado 8 de diciembre de 2009]. Disponible en: <http://www.gestiopolis1.com/recursos7/Docs/ger/medio-ambiente-y-manejo-de-recursos-naturales.htm>

21. Godoy Alonso J P, Ramazzini García P J, Juárez Mancía P A. Conocimientos y actitudes del personal de salud de Alta Verapaz sobre la vacunación en el adulto. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2009.
22. Inforpress Ca. Com [Sede Web] Guatemala. Distancia en kilómetros por departamento de la República de Guatemala: Alta Verapaz, Guatemala, 2009 [accesado 5 de abril de 2010]. Disponible en: [http://www.inforpressca.com/localizacion\\_municipios/index.php](http://www.inforpressca.com/localizacion_municipios/index.php)
23. Instituto Geográfico Nacional. Diccionario Geográfico de Guatemala. Guatemala: IGN, 1999.
24. Organización Panamericana de la Salud [Sede Web]. Actualización de la clasificación internacional de enfermedades, 10ª rev. (CIE-10). OPS: Boletín Epidemiológico 24 (2), 2003 [accesado 7 de marzo de 2010]. Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/be\\_v24n2-Actu\\_CIE.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/be_v24n2-Actu_CIE.htm)
25. Portal Vásquez R E. Consecuencias sociales y familiares de la muerte materna en la sub región de salud Cajamarca [tesis Maestría en Salud Pública]. Cajamarca, Perú: Universidad de San Pedro. Escuela de Post Grado, 2009.
26. Macías Fernández J A, Vargas Aragón M L, Rodríguez Montes M J. Perfil clínico del paciente con reacción a duelo. *Informaciones Psiquiátricas*; 2006: 146: 527-534.
27. López-Ibor Aliño J J, Valdés Miyar M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2002.
28. Pérez Cárdenas C, Infante Román N. La viudez: algunas vivencias en la etapa de disolución familiar. *Rev Cub Med Gen Integr* [revista en línea]. 2005 ago [accesado 5 de junio de 2010]; 21(3-4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000300011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300011&lng=es).
29. Gala León F J, Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González Infante J M, Villaverde Gutiérrez M C. et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: una revisión conceptual. *Cuad. Med. Forense* [revista en línea]. 2002 Oct [accesado 6 de junio de 2010]; (30): 39-50. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-76062002000400004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062002000400004&lng=es)

30. Ramírez Mejía F, Rivera M, Durón R, Aguilar O E, Fuentes M, Gómez C, et al. Impacto de la mortalidad materna en la familia, especialmente en la niñez de occidente de Honduras. *Rev Med Hond* 2003; 71:114-122
31. Family Health International, AIDS Institute. Atención para huérfanos, niños afectados por el VIH/SIDA, y otros niños vulnerables: un marco de trabajo estratégico. Informe de un grupo científico de Family Health AIDS Insitute. FHI: Virginia MD, 2002.
32. Anderson F W J, Morton S U, Naik S, Gebrian B. Maternal mortality and the consequences on infant and child survival in rural Haiti. *Matern Child Health J* 2007 11:395–401.
33. El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Línea de base de mortalidad materna en El Salvador, junio 2005 – mayo 2006: sistema activo de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. El Salvador: MSPAS/OPS, 2006.
34. Family Care International and the Safe Motherhood Inter-Agency Group. *Safe Motherhood: a review*. Nueva York: FCI, 2007.
35. Roudinesco E. *La familia en desorden*. Argentina: Editorial Fondo de Cultura Económica, 2003.
36. Vega Rodríguez B. *El Desarrollo de las funciones ejecutivas como correlato de la conducta antisocial en menores de edad [tesis Licenciatura en Psicología]*. México: Universidad de Sonora. División de Ciencias Sociales. Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación, 2005.
37. Cueva M C. *Los factores de riesgo y la prevención de la conducta antisocial. Conducta antisocial: un enfoque psicológico*. México: Editorial Pax, 2003.
38. Frías-Armenta M, López Escobar A E, Díaz Méndez S G. *Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico*. México. *Estudios de Psicología*, 2003 8 (1): 15-24.

## 11. ANEXOS

### 11.1. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
UNIDAD DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN



### PERFIL PSICOSOCIAL DE VIUDOS Y HUÉRFANOS AFECTADOS POR MUERTE MATERNA

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

*Somos un grupo de estudiantes de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala y nos encontramos realizando un trabajo de investigación previo a graduarnos de Médicos y cirujanos. El trabajo consiste en conocer las características de los familiares de mujeres fallecidas por mortalidad materna. Participar en este estudio no conlleva ningún tipo de riesgo personal, legal ni para su salud y no se incluirán nombres ni documentos de identificación. La información obtenida puede ser utilizada por el grupo de investigación y por el Área de Salud de Alta Verapaz para beneficio de las familias afectada.*

Estoy enterado del estudio a realizarse por parte de los estudiantes de medicina y acepto participar en él comprendiendo que por ser voluntario puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombre del participante \_\_\_\_\_

Firma del participante \_\_\_\_\_ Huella dactilar del participante \_\_\_\_\_

Soy testigo de la información proporcionada al participante sobre la investigación y confirmo que la persona participará libremente.

Nombre del testigo \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_ Huella dactilar del testigo \_\_\_\_\_

He leído el documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de fungir como testigo. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador \_\_\_\_\_

Firma del Investigador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## 11.2. Instrumento De Recolección De Datos

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
UNIDAD DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN



### PERFIL PSICOSOCIAL DE VIUDOS Y HUÉRFANOS AFECTADOS POR MUERTE MATERNA

#### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

##### Características Sociodemográficas

1. Edad del Viudo:
  - a. 15 – 19
  - b. 20 – 24
  - c. 25 – 39
  - d. 40 – 49
  - e. 50 – 59
  - f. 60 – 64
  - g. 65 o más
3. Estado civil del viudo:
  - a. Soltero
  - b. Unido
  - c. Casado

2. Cantidad de huérfanos y etapa de la vida en la que se encuentran:

Etapa de la vida	Cantidad de huérfanos
Lactante (28 días a 12 meses)	
Infante (13 meses a 2 años)	
Pre – escolar (2 años 1 mes a 5 años)	
Escolar o Infancia Media (5 años 1 mes a 12 años)	
Adolescente (12 años 1 mes a 20 años)	

4. Etnia:
  - a. Indígena
  - b. No indígena
5. Escolaridad del viudo:
  - a. Ninguna
  - b. Primaria incompleta
  - c. Primaria completa
  - d. Secundaria
  - e. Diversificado
  - f. Universitario
6. Lugar de procedencia:
  - a. Urbano
  - b. Rural

## Características Psicológicas

1. ¿Se ha presentado algún tipo de agresión emocional, física o verbal en la familia luego de la muerte materna?
  - a. Sí
  - b. No
  
2. ¿Alguno de los huérfanos o el viudo ha presentado alguna de las siguientes conductas luego de la muerte materna: robo, abuso de sustancias, asociación a pandillas?

Viudo	Huérfanos
Sí	Sí
No	No

3. ¿Alguno de los huérfanos o el viudo ha intentado ponerle fin a su vida luego de la muerte materna?

Viudo	Huérfanos
Sí	Sí
No	No

---

## Características Económicas

1. ¿Aportaba ingresos económicos al hogar la fallecida?
  - a. Sí
  - b. No
  
2. ¿Se vieron en la necesidad de realizar gastos médicos o de alimentación del recién nacido, a causa de la muerte materna?
  - a. Sí
  - b. No

3. ¿Alguno de los huérfanos se vio en la necesidad de realizar actividades remuneradas después de la muerte materna?
  - a. Sí
  - b. No

---

## Características Sociales

1. ¿Sobrevivió el producto del último embarazo?
  - a. Si
  - b. No
  
2. ¿Ha entablado el viudo una relación con una nueva compañera?
  - a. Sí
  - b. No
  
3. ¿Alguno de los huérfanos o el viudo se desligó de la familia?

4. ¿Quién tomó el rol de la madre dentro del hogar?  
\_\_\_\_\_

5. ¿Alguno de los huérfanos dejó de estudiar luego de la muerte materna?
  - a. Sí
  - b. No
 ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

Viudo	Huérfanos
Si	Si
No	No

### 11.3. Cuadros de distribución

**Cuadro 1**

**Distribución de viudos afectados por muerte materna según grupo etario en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz, mayo - junio 2010  
Guatemala, julio 2010**

<b>Grupo etario</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
15 – 19	1	1.6%
20 – 24	13	21%
25 – 39	31	50%
40 – 49	16	25.8%
50 – 59	1	1.6%
60 – 64	0	0%
65 o más	0	0%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>

Fuente: instrumento de recolección de datos

**Cuadro 2**

**Distribución de huérfanos afectados por muerte materna según etapa de la vida en la que se encontraban en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz mayo - junio 2010  
Guatemala, julio 2010**

<b>Etapa de la vida</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Lactante	39	13.6%
Infante	25	8.7%
Pre escolar	60	21%
Escolar	96	33.6%
Adolescente	66	23.1%
<b>Total</b>	<b>286</b>	<b>100%</b>

Fuente: instrumento de recolección de datos

**Cuadro 3**

**Distribución de viudos afectados por muerte materna según estado civil en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz mayo - junio 2010  
Guatemala, julio 2010**

<b>Estado civil del viudo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltero	11	17.7%
Unido	20	32.3%
Casado	31	50%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>

Fuente: instrumento de recolección de datos

**Cuadro 4**  
**Distribución de viudos afectados por muerte materna según etnia**  
**en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**

<b>Etnia del viudo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Indígena	55	88.7%
No indígena	7	11.3%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>
Fuente: instrumento de recolección de datos		

**Cuadro 5**  
**Distribución de viudos afectados por muerte materna según escolaridad en 14**  
**municipios del departamento de Alta Verapaz mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**

<b>Escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ninguna	10	16.1%
Primaria incompleta	25	40.3%
Primaria completa	20	32.3%
Secundaria	4	6.5%
Diversificado	2	3.2%
Universitario	1	1.6%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>
Fuente: instrumento de recolección de datos		

**Cuadro 6**  
**Distribución de viudos afectados por muerte materna según lugar de procedencia**  
**en 14 municipios del departamento de**  
**Alta Verapaz mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**

<b>Lugar de procedencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Rural	55	88.7%
Urbana	7	11.3%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>
Fuente: instrumento de recolección de datos		

**Cuadro 7**  
**Distribución de familias afectadas por muerte materna según violencia intrafamiliar**  
**en 14 municipios del departamento de**  
**Alta Verapaz mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**

<b>Violencia intrafamiliar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	3	4.7%
No	61	95.3%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>
Fuente: instrumento de recolección de datos		

**Cuadro 8**  
**Distribución de familias afectadas por muerte materna según aparición de conducta**  
**antisocial en 14 municipios del departamento de**  
**Alta Verapaz, mayo–junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**

<b>Conducta antisocial</b>	<b>Viudos</b>	<b>Huérfanos</b>	<b>Total de familias</b>	<b>Porcentaje de familias</b>
Sí	2	0	2	3.1%
No	60	286	62	96.9%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>286</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>
Fuente: instrumento de recolección de datos				

**Cuadro 9**  
**Distribución de familias afectadas por muerte materna según intento de suicidio en**  
**14 municipios del departamento de Alta Verapaz, mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**

<b>Intento de suicidio</b>	<b>Viudos</b>	<b>Huérfanos</b>	<b>Total de familias</b>	<b>Porcentaje de familias</b>
Sí	0	2	2	3.1%
No	62	284	62	96.9%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>286</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>
Fuente: instrumento de recolección de datos				

**Cuadro 10**  
**Distribución de familias afectadas por muerte materna según reducción del ingreso monetario en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**

Reducción del ingreso monetario	Frecuencia	Porcentaje
Sí	19	29.7%
No	45	70.3%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>
Fuente: instrumento de recolección de datos		

**Cuadro 11**  
**Distribución de familias afectadas por muerte materna según realización de gastos imprevistos en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**

Gastos imprevistos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	43	67.2%
No	21	32.8%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>
Fuente: instrumento de recolección de datos		

**Cuadro 12**  
**Distribución de familias afectadas por muerte materna según inicio de actividad remunerada de los huérfanos en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz, mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**

Inicio de actividad remunerada	Frecuencia	Porcentaje
Sí	14	21.9%
No	50	78.1%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>
Fuente: instrumento de recolección de datos		

**Cuadro 13**  
**Distribución de familias afectadas por muerte materna según supervivencia del producto del embarazo en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**

<b>Supervivencia del producto del embarazo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	40	62.5%
No	24	37.5%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>
Fuente: instrumento de recolección de datos		

**Cuadro 14**  
**Distribución de viudos afectados por muerte materna según nuevo compromiso en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**

<b>Nuevo compromiso del viudo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	26	41.9%
No	36	58.1%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>
Fuente: instrumento de recolección de datos		

**Cuadro 15**  
**Distribución de familias afectadas por muerte materna según desintegración familiar en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz, mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**

<b>Desintegración familiar</b>	<b>Hogares abandonados por viudo</b>	<b>Hogares abandonados por huérfanos</b>	<b>Total de familias</b>	<b>Porcentaje de familias</b>
Sí	13	10	23	35.9%
No	49	54	41	64.1%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>64</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>
Fuente: instrumento de recolección de datos				

**Cuadro 16**  
**Distribución de familias afectadas por muerte materna según persona que asume el rol de la madre en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz mayo - junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**

<b>Persona que asume el rol de la madre</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Hija mayor	14	21.9%
Tía	14	21.9%
Abuela Materna	15	23.4%
Abuela Paterna	9	14.1%
Padre	3	4.7%
Nueva compañera	6	9.4%
Ninguno	3	4.7%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>
Fuente: instrumento de recolección de datos		

**Cuadro 17**  
**Distribución de familias afectadas por muerte materna según deserción escolar de los huérfanos en 14 municipios del departamento de Alta Verapaz mayo junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**

<b>Deserción escolar de los huérfanos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	10	15.6%
No	54	84.4%
Total	64	100%
Fuente: instrumento de recolección de datos		

**Cuadro 18**  
**Relación entre el inicio de actividad remunerada por huérfanos y el aporte económico de la fallecida en los hogares estudiados en 14 municipios de Alta Verapaz mayo – junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**

<b>Inicio actividad remunerada huérfanos</b>			
<b>Aporte económico de la fallecida</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Sí</b>	3	16	19
Row %	15.8	84.2	100
Col %	21.4	32	29.7
<b>No</b>	11	34	45
Row %	24.4	75.6	100
Col %	78.6	68	70.3
<b>TOTAL</b>	14	50	64
Row %	21.9	78.1	100
Col %	100	100	100
Fuente: instrumento de recolección de datos			

**Cuadro 19**  
**Relación entre el abandono del hogar por el viudo y el inicio de una nueva relación por el mismo en los hogares estudiados en 14 municipios de Alta Verapaz mayo – junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**

<b>Abandono de familia por parte del viudo</b>			
<b>Nueva relación del viudo</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Sí</b>	8	18	26
Row %	30.8	69.2	100
Col %	61.5	35.3	40.6
<b>No</b>	5	33	38
Row %	13.2	86.8	100
Col %	38.5	64.7	59.4
<b>TOTAL</b>	13	51	64
Row %	20.3	79.7	100
Col %	100	100	100
Fuente: instrumento de recolección de datos			

**Cuadro 20**  
**Relación entre el abandono escolar por los huérfanos y la escolaridad del viudo**  
**en los hogares estudiados en 14 municipios de Alta Verapaz mayo – junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**

<b>Huérfanos desertores</b>			
<b>Escolaridad del viudo</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Ninguna</b>	5	5	10
Row %	50	50	100
Col %	50	9.6	16.1
<b>Primaria incompleta</b>	5	20	25
Row %	20	80	100
Col %	50	38.5	40.3
<b>Primaria completa</b>	0	20	20
Row %	0	100	100
Col %	0	38.5	32.3
<b>Diversificado</b>	0	2	2
Row %	0	100	100
Col %	0	3.8	3.2
<b>Secundaria</b>	0	4	4
Row %	0	100	100
Col %	0	7.7	6.5
<b>Universitario</b>	0	1	1
Row %	0	100	100
Col %	0	1.9	1.6
<b>TOTAL</b>	10	52	62
Row %	16.1	83.9	100
Col %	100	100	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

**Cuadro 21**  
**Relación entre el inicio de una nueva relación por el viudo y la edad del mismo**  
**en los hogares estudiados en 14 municipios de Alta Verapaz mayo – junio 2010**  
**Guatemala, julio 2010**

<b>Relación del viudo con nueva compañera</b>			
<b>Edad del viudo</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>TOTAL</b>
<b>15 a 19</b>	1	0	1
Row %	100	0	100
Col %	3.8	0	1.6
<b>20 a 24</b>	5	8	13
Row %	38.5	61.5	100
Col %	19.2	22.2	21
<b>25 a 39</b>	15	16	31
Row %	48.4	51.6	100
Col %	57.7	44.4	50
<b>40 a 49</b>	5	11	16
Row %	31.3	68.8	100
Col %	19.2	30.6	25.8
<b>50 a 59</b>	0	1	1
Row %	0	100	100
Col %	0	2.8	1.6
<b>TOTAL</b>	26	36	62
Row %	41.9	58.1	100
Col %	100	100	100

Fuente: instrumento de recolección de datos