



**UNIVERSIDAD
DA VINCI
DE GUATEMALA**

**“CONDICIONES DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL ÁREA URBANA
DEL MUNICIPIO DE CHICHE, QUICHÉ PARA IMPLEMENTAR EL PLAN DE
EMERGENCIA FAMILIAR”**

CANDELARIA VENTURA CHACH

Guatemala, mayo 2025



**UNIVERSIDAD
DA VINCI
DE GUATEMALA**

**“CONDICIONES DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL ÁREA URBANA
DEL MUNICIPIO DE CHICHE, QUICHÉ PARA IMPLEMENTAR EL PLAN DE
EMERGENCIA FAMILIAR”**

Tesis presentada para optar al grado académico de Licenciada en Enfermería

Por:

CANDELARIA VENTURA CHACH

Guatemala, mayo 2025

Nota de responsabilidad:

“El contenido de esta investigación es responsabilidad únicamente del autor.
Capítulo III. Normativo de tesis, Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado
de la Salud, UDV”.

AUTORIDADES DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Mgtr. Kefren Roberto Arellano Escobar

Presidente de tribunal examinador

Mgtr. Amanda Ruby Miranda Godinez

Secretario de tribunal examinador

Licda. Ingrid Yojana Rucal Velásquez

Vocal de tribunal examinador



FACULTAD DE ENFERMERÍA Y
CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DA VINCI
DE GUATEMALA

ORDEN DE IMPRESIÓN DE TESIS

No. 83 – 2025

La Decanatura de la Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud, teniendo a la vista el Dictamen Favorable de la coordinación de Programa Académico de esta Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud, extiende la presente orden de impresión para la tesis **CANDELARIA VENTURA CHACH** quien se identifica con carné No. **202205052**, tesis denominada **“CONDICIONES DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE CHICHE, QUICHÉ PARA IMPLEMENTAR EL PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR”**, previo a obtener el grado de Licenciada en Enfermería.

Guatemala, mayo 2025



Dra. Rutilia Herrera Acajabón
DECANA

Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud
Universidad Da Vinci de Guatemala



DICTAMEN No. 83 - 2025

La Coordinación de programas académicos, extiende el presente **Dictamen Favorable** para el trabajo de investigación titulado “**CONDICIONES DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE CHICHE, QUICHÉ PARA IMPLEMENTAR EL PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR**”, elaborado por **CANDELARIA VENTURA CHACH**, quien se identifica con carné **No. 202205052**. Dictamen que se extiende después de ser revisado el documento por esta Coordinación y confirmar que cumple con todos los requerimientos del Normativo de Tesis y Trabajos de Graduación de esta Facultad.

Guatemala, mayo 2025

Lic. Gilberto Adolfo Robelo Alvarez
Coordinación de Programas Académicos
Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud
Universidad Da Vinci de Guatemala



FACULTAD DE ENFERMERÍA Y
CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD

UNIVERSIDAD DA VINCI
DE GUATEMALA

**Dictamen Informe Final
Tesis
Licenciatura en Enfermería**

Guatemala, 27 de mayo 2025,

Licda. Antonia Catalina Girón Conde
Coordinadora de Programas Académicos
Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud
Universidad Da Vinci de Guatemala

Lic. Gilberto Adolfo Robelo Alvarez
Coordinación de Programas Académicos
Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud
Universidad Da Vinci de Guatemala

Por este medio hago de su conocimiento que la tesista **Candelaria Ventura Chach** carnet: **202205052**, Licenciatura en Enfermería, ha completado a mi entera satisfacción el informe final de su tesis titulada, **"CONDICIONES DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL AREA URBANA DEL MUNICIPIO DE CHICHE, QUICHE PARA IMPLEMENTAR EL PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR"** Por lo que emito la presente **opinión favorable**, para que realice su examen privado de tesis.

Atentamente me suscribo:



Mgtr Kely Yamileth Reyes Luna
DPI-8847739361401



Universidad Da Vinci de Guatemala
3 avenida 1-44 zona 13 Pamplona
Tels. 2314 0285 - 2314 0247
www.udv.edu.gt

DEDICATORIA

A Dios: Quien ha sido el pilar fundamental en mi vida y el soberano de todas las cosas. A Él me encomiendo en todo momento, confiando en que nunca me abandona y que su tiempo es perfecto. A Dios sea toda la gloria por este logro alcanzado. (Filipenses 4:13)

A mis padres: Miguel y Andrea por su amor incondicional, un ejemplo constante de lucha, fe y esfuerzo que ha sido fuente de inspiración para seguir adelante. Agradezco sus oraciones, sus sabios consejos y su apoyo inquebrantable.

A mi amado: Aaron Isaac, Por su amor, paciencia, consejos, palabras de aliento, apoyo incondicional y por creer en mí. un regalo de Dios en mi vida. Es una persona a quien admiro profundamente, un modelo de dedicación y fortaleza que inspira mi caminar.

A mis hermanos: Ventura Chach, por su cariño, compañía y motivación constante, que han sido fuente de inspiración para continuar y superarme cada día.

A mis abuelos: Tanto a los que aún viven como a los que descansan en el cielo, por el amor, la sabiduría y los valores que me han transmitido, por ser una fuente permanente de bendiciones y recuerdos que fortalecen mi camino.

A mi asesora: Kenia por su guía, comprensión, dedicación y por motivarme a no rendirme.

A mi compañera: por su compañerismo, apoyo incondicional, Juntas superamos desafíos y celebramos logros que hoy se ven reflejados en este proyecto.

A la Universidad, especialmente a la Facultad de Ciencias de la Salud, por brindarme la oportunidad de formarme académica y profesionalmente, inculcando en mí valores éticos y principios sólidos.

Y finalmente, a mí misma, por la perseverancia, la fe en mis capacidades y el esfuerzo constante que, con la ayuda y bendición de Dios, me permitió alcanzar esta meta.

ÍNDICE

RESUMEN.....	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES	2
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
3.1 Ámbitos de la investigación	8
3.1.1 Geográficos.....	8
3.1.2 Institucionales	8
3.1.3 Temporal	8
3.1.4 Personal.....	8
3.2 Objetivo General:	9
3.2.1 Objetivos específicos:.....	9
IV. JUSTIFICACIÓN.....	10
V. MARCO REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO.....	12
5.1 Plan de emergencia.....	12
5.2 Plan.....	12
5.3 Plan de emergencia familiar y comunitario	12
5.4 Aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario.....	13
5.5 Etapas de la aplicabilidad del plan de emergencia	13
5.6 Activación de la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario.....	16
5.7 Familia	17
5.8 Comunidad	17
5.9 Aplicabilidad	17
5.10 Embarazo.....	17
5.11 Etapas del embarazo	18
5.11.1 Primer trimestre	18
5.11.2 Segundo trimestre de gestación	18
5.11.3 Tercer trimestre	19
5.12 Paciente.....	19
5.13 Economía.....	20
5.14 Educación	20
5.15 Señal	20
5.16 Peligro	20

5.17	Factor social de la embarazada	21
5.18	Factores familiares	21
5.19	Factores culturales	22
5.20	Factores psicológicos.....	22
5.21	Factores educativos.....	22
5.22	Factores institucionales.....	22
5.23	Signos vitales	23
5.24	Estado nutricional de la embarazada	23
5.25	Demoras	23
5.26	Reconocimiento de señales de peligro que incluye la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario.	24
5.27	Muerte.....	24
5.28	Muerte materna.....	24
5.29	Tasa de natalidad:	25
5.30	Embarazos esperados.	25
5.31	Muerte materna directa.....	25
5.32	Muerte materna indirecta.....	26
5.33	Muerte materna incidental	26
5.34	Muerte materna tardía	26
5.35	Atención prenatal.....	26
5.36	Suplementación.....	27
5.37	Exámenes de laboratorios.....	27
5.38	Definición de cada señal de peligro.	28
5.39	Parto	29
5.40	Cuidados durante el parto:	29
5.41	Comadrona.....	30
5.42	Servicio de salud:.....	30
5.43	Definición de los niveles de atención.....	31
5.43.1	Primer nivel de atención	31
5.43.2	Segundo nivel de atención	31
5.43.3	Tercer nivel de atención.....	31
5.44	Conocimiento	32
5.45	Activación del plan de emergencia	32
5.46	Relación entre comadrona y enfermera	33
5.47	Comunicación.....	33

5.48	Promoción	34
5.49	Monitoreo de embarazadas	34
5.50	Participación.....	34
5.51	Herramienta kawok.....	35
5.52	Vivienda.....	35
5.53	Factores asociados al embarazo	36
5.54	Diabetes gestacional	37
5.55	Cultura	38
5.56	Vigilancia epidemiológica.....	38
VI.	METODOLOGÍA	39
6.1	Tipo de estudio.....	39
6.2	Diseño de la investigación	39
6.3	Unidad de análisis	40
6.4	Población:.....	40
6.5	Muestra:	40
6.6	Objetivo General:	40
6.6.1	Objetivos específicos:.....	41
6.7	Cuadro Operacional de variables	42
6.8	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	43
6.8.1	Inclusión	43
6.8.2	Exclusión.....	43
6.9	Cantidad de sujeto de estudio	43
6.10	Instrumento.....	43
6.11	Aspectos éticos.....	43
6.12	Principios éticos de la investigación.....	43
6.12.1	Principio de autonomía:	43
6.12.2	Principio de beneficencia	44
6.12.3	Principio de justicia	44
6.12.4	Principio de no maleficencia	44
VII.	PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	46
VIII.	CONCLUSIONES	82
IX.	RECOMENDACIONES	83
X.	BIBLIOGRAFIA.....	84
XI.	ANEXOS.....	90

RESUMEN

La investigación Titulada “Condiciones de las mujeres embarazadas del área urbana del Municipio de Chiché, Quiché para implementar el Plan de Emergencia Familiar” tuvo como objetivo general determinar las condiciones que presentan las mujeres embarazadas de dicha área para aplicar dicho plan. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de tipo retrospectivo y corte transversal, permitiendo analizar datos recolectados en un único momento, durante los meses de noviembre y diciembre de 2024. La población participante estuvo conformada por 100 mujeres embarazadas residentes en el área urbana del municipio de Chiché, Quiché. Para la recolección de información, se aplicó una encuesta tipo abanico, compuesta por 18 preguntas de opción múltiple, diseñada para evaluar el conocimiento, la disposición, las capacidades y los factores limitantes en la implementación del Plan de Emergencia Familiar, involucrando además a las familias, comadronas y comunidad en el proceso de análisis. Los resultados revelaron un conocimiento general básico sobre el plan, pero también destacaron deficiencias significativas en aspectos clave como la coordinación, la planificación anticipada y la identificación de señales de alarma, los cuales están fuertemente condicionados por factores socioculturales, educativos y económicos. Estos hallazgos están directamente vinculados al objetivo de la investigación, al evidenciar las limitaciones y fortalezas existentes en la población estudiada. se establece la necesidad de reforzar los procesos de educación comunitaria y capacitación directa a las mujeres embarazadas, a fin de garantizar una preparación efectiva ante emergencias obstétricas y así contribuir a mejorar la seguridad materna y neonatal en el municipio de Chiché, Quiché.

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulada “Condiciones de las mujeres embarazadas del área urbana del municipio de Chiché, Quiché para implementar el Plan de Emergencia Familiar”, fue realizada por Candelaria Ventura Chach y Julia Mishel Castro Tum con el objetivo general de determinar las condiciones en que se encuentran las mujeres embarazadas del área urbana del municipio de Chiché para la implementación efectiva del Plan de Emergencia Familiar. A través de un enfoque cuantitativo, de tipo retrospectivo y de corte transversal, se recolectaron datos durante los meses de noviembre y diciembre del año 2024.

Se trabajó con una muestra de 100 mujeres embarazadas, a quienes se les aplicó una encuesta estructurada de 18 preguntas cerradas, diseñada para evaluar el nivel de conocimiento, capacidad de respuesta, disposición y barreras socioculturales y educativas que influyen en la aplicabilidad del plan. En la introducción y el planteamiento del problema se justifica la urgencia de esta investigación ante el desconocimiento generalizado del plan, lo que impide una adecuada respuesta ante emergencias obstétricas.

El marco teórico abordó conceptos clave como plan de emergencia, embarazo, factores sociales, culturales y educativos, así como la función de la comunidad y del personal de salud. La metodología describió en detalle los procedimientos éticos y técnicos seguidos.

Los resultados revelaron un nivel de conocimiento desigual entre las participantes y una escasa preparación en aspectos clave como la identificación de señales de peligro, coordinación con comadronas y uso de recursos familiares y comunitarios. Las conclusiones destacan la necesidad urgente de fortalecer los procesos de capacitación y sensibilización a las gestantes mediante estrategias comunitarias integradas. Se recomienda la articulación interinstitucional entre el personal de salud, las comadronas y las familias, así como la implementación de campañas de educación en salud adaptadas al contexto local para mejorar la respuesta materna ante emergencias y disminuir riesgos evitables durante el embarazo, parto y puerperio.

II. ANTECEDENTES

María Guerrero realizó estudio titulado “Muertes maternas y modelo de las tres demoras” durante el mes de mayo en el año de 2013 a 2014, en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión Lima, Perú, el tipo de estudio es descriptivo retrospectivo, su objetivo fue Determinar la mortalidad materna en función al modelo de las tres demoras, se identificó que la causa directa más frecuente de muerte materna fue la hipertensión inducida por el embarazo, representando el 50% de los casos. Asimismo, el 62.5% de las gestantes había tenido menos de seis controles prenatales, y en el 50% de los casos se evidenció una falta de reconocimiento de los signos de alarma. (Guerrero, 2015)

María Campo realizó el estudio titulado “Factores sociales y culturales que influyen en la asistencia de la mujer embarazada a los controles prenatales” en el mes de febrero a julio 2017 en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Soyapango, el salvador. La investigación fue de tipo descriptivo, con enfoque cualitativo y corte transversal. El objetivo fue determinar los factores socioculturales que intervienen en la asistencia de la mujer embarazada a los controles prenatales. Se identificó que, de las 50 mujeres embarazadas entrevistadas, 40 asistieron de forma completa a sus controles prenatales, 9 lo hicieron de forma incompleta y 1 asistió solo una vez. El 42% de las participantes tenía entre 25 y 30 años. Además, 42 mujeres consideraron que el control prenatal beneficia únicamente al bebé, mientras que solo 9 reconocieron su importancia tanto para la madre como para el feto(Campo, 2017)

Fernanda Calderón realizó el estudio titulado “Características biológicas, sociales, educativas y de la atención obstétrica de las mujeres que presentaron muerte materna” en el período de 2012 a 2015 y se llevó a cabo en Costa Rica. Se trata de una investigación aplicada. El objetivo fue determinar las características biológicas, sociales, educativas y de la atención obstétrica de las mujeres que presentaron muerte materna, desde el enfoque de las tres demoras. En cuanto a los resultados, se registraron un total de 78 casos, de los cuales 51 mujeres eran multigestas y 43 multíparas. Se identificó que el 10% de las embarazadas presentaba hipertensión, el 7% hipertensión crónica, el 1%

hipertensión inducida por el embarazo, el 7% antecedentes de cirugía pélvica, el 2% diabetes mellitus, el 2% cardiopatías y el 1% sangrados. Además, se observó que el 30% de los instrumentos presentaron fallas en su llenado, que el 40% de las mujeres no tenían factores de riesgo identificados, y que el 50% de las muertes maternas ocurrieron en mujeres mayores de 30 años. Por último, se registró que 37 mujeres eran amas de casa. (Calderon, 2020)

Arturo Gonzales realizó el estudio titulado “Implementación de un plan de emergencia comunitario en mujeres embarazadas” durante diciembre del año 2020 en comunidades rurales de la región andina de Perú. El tipo de estudio fue un estudio de caso. El objetivo fue evaluar la aplicabilidad y efectividad de un plan de emergencia comunitario para reducir riesgos asociados a emergencias obstétricas, se evidenció que la implementación de estos planes mejoró la capacidad de respuesta ante emergencias en un 80%, redujo los tiempos de traslado a centros de salud y favoreció los resultados en salud materna. Sin embargo, se enfrentaron desafíos como el acceso limitado a servicios de salud y la resistencia cultural, lo que resalta la necesidad de adaptar los planes a las realidades locales e involucrar activamente a las comunidades en su diseño y ejecución. (Gonzales A, 2020)

Taira Saboya realizó el estudio titulado “Las cuatro demoras como causantes de la muerte materna” en el mes de enero en el año 2012, en la región Loreto, Perú. El tipo de estudio fue descriptivo-retrospectivo y tuvo como objetivo describir las cuatro demoras que contribuyen a la muerte materna en dicha región durante el periodo mencionado. Se consideraron todos los casos de muertes maternas registrados por vigilancia epidemiológica en la Dirección Regional de Salud de Loreto, sumando un total de 232 casos. Los resultados revelaron que el 91,2% de las mujeres tuvo dificultades para acceder a los servicios de salud; el 82,4% manifestó la falta de medicamentos; el 77,7% señaló la escasez de personal de salud; y el 49,9% refirió problemas económicos. (Saboya, 2021).

Mónica García realizó el estudio titulado “Evaluación de la efectividad de los planes de emergencia familiar y comunitario en mujeres embarazadas” en el mes de septiembre del año 2022, en una comunidad rural del estado de Veracruz,

México. El tipo de estudio fue experimental y tuvo como objetivo analizar la eficacia de los planes de emergencia en mujeres embarazadas para mejorar la respuesta ante complicaciones durante el embarazo y parto. Los resultados mostraron que las participantes mejoraron su preparación frente a situaciones de riesgo, lo que contribuyó a reducir la incidencia de complicaciones graves. Sin embargo, se identificó la necesidad de reforzar la capacitación comunitaria en salud materna, así como de involucrar a profesionales médicos en las etapas de formación y simulacros. (García Monica, 2022)

El municipio de Santa Cruz del Quiché cuenta con 90,500 habitantes el 33% en el área urbana y 67% en el área rural donde se concentra gran parte de la pobreza. La distribución de 52% mujeres, según debido a la composición étnica del municipio en esta dimensión se hace un intento por reflejar el conjunto de factores que contribuyen hacer de Santa Cruz del Quiché un municipio en desarrollo. (Social., 2023)

El municipio de Santo Tomás Chiché, Cuenta con una población censo de 34,066 habitantes siendo esta la población en edad fértil de 10,549 dicho municipio está constituida por 41 comunidades donde sus colindancias es santa Cruz del Quiche, Chichicastenango, chinique siendo este un municipio de suma importancia para el desarrollo de Guatemala ya que el producto proveniente de la ciudad capital pasa por chiche y se distribuye para otros departamentos (Chiche, 2023)

El centro de Atención Permanente CAP del municipio de Chiché, Quiché, distrito No. 2 se encuentra ubicado en la cabecera 7, donde se brinda atención de asistencia social, promoción de la salud, atención preventiva, tratamientos y rehabilitación, caracterizada por brindar una atención con pertinencia cultural y tradicional en los servicios de la cartera de salud, entre ellos está el servicio de atención prenatal y la atención de parto. (Pérez, 2023)

Ilse Giovanna Ramírez Moller realizó el estudio titulado “Actualización sobre el manejo y principales complicaciones materno-fetales en embarazadas” en octubre del año 2021, Guatemala; tipo compilatoria con un enfoque descriptivo. El objetivo fue describir el manejo y las principales complicaciones materno-

fetales en embarazadas. En el análisis se incluyeron 13,555 mujeres embarazadas con lupus, encontrando un aumento de 2 a 4 veces en las complicaciones obstétricas, datos que concuerdan con otros estudios previos. Otro hallazgo relevante fue un aumento de 20 veces en la mortalidad materna en este grupo. Además, el estudio promisse, realizado con 385 pacientes, demostró una tasa del 19% en malos resultados obstétricos. (Ilse Giovanna Ramírez Moller, 2021).

Jennifer Álvarez realizó la tesis titulada “Mortalidad materna y su relación con las cuatro demoras” febrero de año en el Hospital Regional de Occidente 2010 a en el año 2013. El tipo de estudio fue transversal, descriptivo y prospectivo. El objetivo de la investigación fue establecer la asociación entre la mortalidad materna y las cuatro demoras. Los resultados indicaron que la mayor incidencia de muerte materna se presentó en mujeres de entre 21 y 35 años, con un 70% perteneciente a población indígena y un 60% analfabeta; el 30% contaba únicamente con educación primaria. Además, el 80% de las mujeres fallecidas había tenido entre tres y cinco partos. El 85% de las hemorragias ocurrieron en el posparto, siendo la atonía uterina la causa principal, seguida por la retención de restos placentarios. El 10% de las muertes ocurrieron durante el parto y solo el 5% antes del parto. El 50% de las mujeres fallecieron en las primeras 72 horas tras su ingreso. Las demoras más frecuentes fueron la primera y la segunda con un 70%, seguidas por la cuarta demora con un 65%. (Alvarez, 2013)

Blanca Chub realizó el estudio titulado “Conocimientos y activación del plan de emergencia familiar por gestantes” en el mes de septiembre del año 2014 en el Centro de Salud de San Pedro Carchá, Alta Verapaz, Guatemala. El tipo de estudio fue descriptivo, transversal y retrospectivo. El objetivo fue describir los conocimientos que tienen las mujeres embarazadas en relación con el plan de emergencia familiar en la comunidad de Chirrequiché, Carchá, Alta Verapaz. La población estuvo conformada por 14 gestantes en el cuarto trimestre del embarazo, y como instrumento se utilizó un cuestionario tipo entrevista. Los resultados mostraron que el 65% de las gestantes tenía entre 20 y 35 años. La mayoría acudía al centro de convergencia para su control prenatal, siendo atendidas 11 de las 14 por auxiliares de enfermería. Nueve de las 14

embarazadas no identificaban la hemorragia como una señal de peligro. En igual número de casos (9 de 14), el cónyuge fue quien activó el plan de emergencia. Se evidenció una mayor incidencia de la segunda demora. (Chub, 2014)

Ney Maquín realizó el estudio titulado “Conocimientos de las comadronas tradicionales en la activación del plan de emergencia familiar y comunitario en embarazadas” en el mes de septiembre del año 2013 a 2014 en el distrito de Salud Campur-Carchá, Alta Verapaz, Guatemala. El tipo de estudio fue descriptivo y transversal, y tuvo como objetivo describir los conocimientos de las comadronas tradicionales en la activación del plan de emergencia familiar y comunitario en embarazadas de Campur-Cojaj. La población estuvo conformada por 30 comadronas, a quienes se les aplicó un cuestionario de 15 preguntas abiertas y cerradas. Los resultados revelaron que el 76% de las participantes había recibido capacitación, mientras que solo el 24% conocía el plan de emergencia familiar y comunitario. El 50% identificaba únicamente la tercera demora, y el 47% de las referencias realizadas por comadronas contaron con el apoyo de los bomberos voluntarios. Además, el 73% reconocía la hemorragia como un signo de peligro, mientras que el 40% consideraba que la atención recibida en el CAP y en el Hospital de Cobán era regular, y el resto indicó que era deficiente. (Maquin, 2014)

Evelyn Mazariegos realizó el estudio titulado “Caracterización de los casos de muerte materna”, en el mes de junio del año 2014-2018, en el departamento de Alta Verapaz, Guatemala. El tipo de estudio fue cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, y tuvo como objetivo caracterizar los casos de muerte materna con base en las autopsias verbales en el departamento de Alta Verapaz durante el periodo 2014–2018. El estudio consideró un total de 262 casos de muerte materna directa e indirecta. La edad de las pacientes oscilaba entre los 22 y 36 años. El 99% pertenecía al grupo étnico maya y el 93% residía en el área rural. En cuanto a la ocupación, el 92% de las mujeres fallecidas eran amas de casa, y el 48% se encontraba casada. Las principales causas de muerte materna fueron: hemorragias con el 47% (124 casos), infecciones con el 26% (68 casos), y trastornos hipertensivos con el 9% (24 casos). En relación con las demoras, se identificó una mayor incidencia en la cuarta demora con un 38%

(100 casos), seguida de la primera con un 28% (74), la segunda con un 20% (53), y la tercera con un 10% (20). (Evelyn Jeanet Maldonado Mazariegos, 2018)

Oscar Moscoso realizó el estudio titulado “Conocimiento y uso del plan de emergencia familiar en el embarazo” en el mes de octubre del año 2017 en la aldea Patzité, Santa Catarina Ixtlahuacán, Sololá, Guatemala. El tipo de estudio fue transversal, descriptivo y observacional, y tuvo como objetivo determinar el conocimiento y uso del plan de emergencia familiar en mujeres en edad fértil, embarazadas y hombres de la comunidad de Patzité, Santa Catarina Ixtlahuacán, Sololá. Los resultados mostraron que el 81.6% de los participantes identificaba al menos dos de cinco señales de peligro. Específicamente, el 81.6% reconocía el dolor de cabeza, el 6.1% la visión borrosa, el 50% la fiebre y el 52% la hemorragia vaginal como signos de alarma. En cuanto a la toma de decisiones en caso de emergencia, el 79.6% de los cónyuges decidía referir a la mujer, solo el 1% de las mujeres tomaba la decisión por sí misma, y el 20.4% lo hacía otro familiar. Se identificó que el 51% de los caminos de acceso eran de terracería. Además, el 71% de las mujeres y el 56.4% de los hombres conocían el plan de emergencia familiar, y el 53.1% de las familias contaban con algún ahorro destinado para emergencias. (Moscoso, 2017)

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La implementación del Plan de Emergencia Familiar es fundamental para proteger la salud de las mujeres embarazadas en el área urbana de Chiché, Quiché, ante emergencias obstétricas y otras situaciones críticas. Su efectividad depende de factores socioeconómicos, culturales y educativos que influyen en el conocimiento y capacidad de las gestantes para aplicarlo. Actualmente, se desconoce el nivel de conocimiento de las mujeres sobre el plan, sus condiciones socioculturales y demográficas, así como las barreras para su implementación. Esta falta de información dificulta el diseño de estrategias efectivas para mejorar la preparación ante emergencias. Por ello, es necesario investigar estos aspectos para reducir riesgos y fortalecer la seguridad materna-neonatal.

¿Cuáles son los factores que influyen en las condiciones de las mujeres embarazadas para la implementación del Plan de Emergencia Familiar en el área urbana del municipio de Chiché, Quiché en el año 2024?

3.1 Ámbitos de la investigación

3.1.1 Geográficos

Se realizó en el área urbana del Municipio de Chiché, Departamento del Quiché, lugar donde se encuentran las mujeres embarazadas que aplican el Plan de emergencia familiar.

3.1.2 Institucionales

Centro de atención Permanente del Municipio de Chiché, departamento del Quiché.

3.1.3 Temporal

Durante el mes de noviembre al mes de diciembre del año 2024.

3.1.4 Personal

100 mujeres embarazadas en el área urbana del municipio de Chiché del departamento del Quiché.

3.2 Objetivo General:

Determinar las condiciones de las mujeres embarazadas del área urbana del Municipio de Chiché, Quiché para Implementar el Plan de Emergencia Familiar en las mujeres embarazadas, residentes en el área urbana del municipio de Chiché, Departamento del Quiché 2024.

3.2.1 Objetivos específicos:

3.2.1.1. Identificar el nivel de aplicación del Plan de Emergencia Familiar por parte de las mujeres embarazadas del área urbana del municipio de Chiché, Quiché, mediante entrevistas semiestructuradas.

3.2.1.2. Verificar la capacidad y disposición de las mujeres embarazadas residentes en el área urbana del municipio de Chiché para implementar el Plan de Emergencia Familiar y Comunitario.

3.2.1.3. Conocer los factores e indicadores que limitan la aplicabilidad del Plan de Emergencia Familiar en las mujeres embarazadas del área urbana del municipio de Chiché, Quiché

IV. JUSTIFICACIÓN

La mortalidad materna y neonatal representa un grave desafío para la salud pública en Guatemala, ubicándose el departamento de Quiché en el tercer lugar a nivel nacional por sus altas tasas de mortalidad materna. Durante el año 2023, Quiché registró 26 muertes maternas y en el año 2024 ya se contabilizan 37 casos, mientras que en el municipio de Chiché, específicamente, se reportaron 4 muertes maternas en 2024 según datos oficiales de la Unidad de Epidemiología de la Dirección Departamental de Redes Integradas de Servicios de Salud (DDRIS). Esta situación evidencia la urgente necesidad de estrategias efectivas para proteger la vida de las mujeres gestantes y neonatos.

Esta investigación es de suma importancia porque aborda una problemática de alta relevancia social y sanitaria, permitiendo identificar las condiciones socioeconómicas, culturales y educativas que influyen en la aplicación efectiva del plan en mujeres embarazadas del área urbana de Chiché. Además, aporta información clave para diseñar intervenciones que fortalezcan la preparación comunitaria, disminuyan riesgos y mejoren la seguridad materno-neonatal.

El estudio tiene una magnitud considerable, ya que se enfoca en un grupo vulnerable con alta incidencia de mortalidad materna y en un contexto donde las barreras para acceder a la atención médica oportuna son significativas. La trascendencia radica en que los resultados podrán guiar a las autoridades de salud local y nacional en la implementación y fortalecimiento de políticas públicas enfocadas en la prevención de muertes maternas y la mejora de la calidad de vida de las gestantes.

El plan de emergencia familiar y comunitario es una innovación dentro del contexto guatemalteco, pues fomenta la participación activa de la mujer, su familia y la comunidad, promoviendo una cultura de prevención y autocuidado que puede ser replicada en otros municipios con condiciones similares. Su enfoque preventivo y comunitario representa un avance significativo frente a las intervenciones tradicionales.

La viabilidad y factibilidad de esta investigación son altas, dado que el estudio se desarrollará en un área urbana específica, con acceso a las mujeres

embarazadas y recursos institucionales disponibles para la recolección de datos. Además, el plan se sustenta en normativas nacionales y protocolos internacionales validados, facilitando su implementación y evaluación.

Finalmente, el aporte social de esta investigación es invaluable, ya que contribuye a la reducción de la mortalidad materna a través de la mejora en la educación y preparación comunitaria ante emergencias. Al empoderar a las mujeres embarazadas y sus familias, se promueve un entorno más seguro y resiliente, alineado con los objetivos de salud pública y desarrollo sostenible del país.

V. MARCO REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

5.1 Plan de emergencia

El plan de emergencia se ha creado e implementado para promover la atención oportuna y la alta calidad para las mujeres durante el embarazo, dar a luz, ayudando a minimizar el tiempo para identificar las amenazas para tomar una decisión de búsqueda de servicios y preparar los recursos para recibir una atención oportuna y de calidad. (Castañeda, 2024)

5.2 Plan

Un plan es una herramienta sistemática que se elabora antes de realizar una acción. Por lo que de acuerdo con el plan es el parámetro técnico-político dentro del cual se enmarcan los programas o proyectos. Y menciona que un plan hace referencia a las decisiones de carácter general que expresan: lineamientos, prioridades, estrategias de acción, asignación de recursos, conjunto de medios o instrumentos (técnicas) que se han de utilizar para alcanzar metas y objetivos propuestos. (Ander-Egg & Aguilar, 2005)

5.3 Plan de emergencia familiar y comunitario

Es un instrumento sencillo de planeación que proporciona los mecanismos y ordena las responsabilidades de los diferentes actores en relación con los servicios de salud y distintos niveles de atención, cuyo objetivo es el de reducir las muertes maternas en las cuatro demoras. (Adelina, 2014)

En este orden de ideas el Plan de emergencia familiar, es una herramienta sencilla de planeación que proporciona los mecanismo para movilizar y organizar a la familia y comunidad para el traslado oportuno de la gestante, puérpera y recién nacido al establecimiento de salud, ordena las responsabilidades de distintos actores de servicios y de distintos niveles de atención, facilita información necesaria para la toma de decisiones en relación a la previsión de los recursos necesarios para la atención del parto, generando en ellos responsabilidad de prepararse anticipadamente para la búsqueda de atención en salud ante cualquier signo de complicación en la embarazada, puérpera y su recién nacido.

5.4 Aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario.

La aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario para una mujer embarazada es crucial, ya que garantiza su seguridad y la del bebé durante situaciones de crisis o emergencias obstétricas debe ser comprensivo y adaptarse a las necesidades únicas del embarazo. Esto garantiza que tanto la madre como el bebé puedan recibir la atención y el apoyo necesario. como la necesidad de acceso rápido a servicios médicos, la posibilidad de parto prematuro bajo estrés extremo, y la importancia de mantener un entorno seguro y tranquilo. (Cabrera L. w., 2011)

5.5 Etapas de la aplicabilidad del plan de emergencia

Dado que el plan de emergencia familiar es una herramienta que permite el acercamiento entre el personal de salud y la embarazada, oportunidad para brindar consejería y fomentar el autocuidado en la madre y otros integrantes de la familia, acciones que se ven compensadas para el mantenimiento de la salud, preservación del bienestar de la gestante, del neonato y fortalecer en ella la conciencia del valor de la salud, de esta manera el personal de salud debe empoderarse del propósito del plan de emergencia familiar, identificar cómo funciona y cuáles son las consecuencias al no activarlo oportunamente, además de estar capacitado en el modelo de atención de enfermería del autocuidado, para lograr la adherencia del plan principalmente en la embarazada y su pareja, para ello es necesario seguir un proceso sistemático y dar los siguientes pasos:

- Brindar consejería de calidad durante la consulta prenatal, en la visita domiciliaria y en círculos de embarazadas u otra estrategia, a esposos, familias, comunidad y otros que tengan incidencia con la embarazada.
- Mostrar un ejemplar del plan de emergencia familiar y explicar el objetivo de su implementación, uso y activación.
- Explicar primero el lado de los signos y señales de peligro, mostrando el ejemplar a colores, haciendo una diferencia entre la embarazada, recién nacido, niño y niña.
- Explicar que son los signos y señales de peligro, señalando los colores que hacen diferencia entre la hemorragia e infección puerperal y otros 31 signos,

explicar cuanto tiempo pueden esperar en la comunidad en casos de hemorragias y retención placentaria, signos de Shock, etc. de lo contrario no habrá impacto en la persona que recibe la consejería sobre el plan de emergencia familiar.

- Explicar que existen signos y señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio, en el recién nacido durante el periodo de adaptación al ambiente y en niños o niñas menores de un año.
- Diferenciar cuales son los signos y señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio, así como los que se presentan en el recién nacido, niño y niña menor de un año.
- Ejemplificar casos de vidas salvadas y casos de muerte materna ocurridos en la comunidad para sensibilizar a la embarazada, esposo, familia y comunidad, durante la consejería. (Ant. Daniel González, Mayo 2011)

Al concluir la consejería de signos y señales de peligro se muestra el siguiente lado, explicando la importancia de prepararse anticipadamente y evidenciar que son acciones que dan respuesta al peligro que se está viviendo en la embarazada, familia y comunidad, seguir la consejería explicando lo siguiente:

- Brindar información completa de la red de servicios de su comunidad, municipio y/o departamento, informar sobre la cartera de servicios con el fin de que identifique en donde podrá ser atendido su parto normal o la complicación que se presenta, debe hacer énfasis en la referencia de los tres niveles de atención, así identificarán a donde ir.
- Identificar con la embarazada, esposo y familia, quienes son propietarios de vehículos en la comunidad, realizando un mapeo de posibles vehículos que podrían apoyar, hablar anticipadamente con los propietarios, llegando a un consenso en la parte financiera, obtener número telefónico si existe en la comunidad, al presentarse una emergencia obstétrica.
- Promover el ahorro de fondos para gastos varios en situaciones de emergencia, así como en la atención del parto normal, incluyendo el viaje y/o combustible de vehículo, en caso necesario, haciendo una proyección de gastos mínimos y máximos, para seguridad de embarazada y familia.

- Preguntar si la embarazada conoce a los integrantes de la comisión de salud o comité de emergencia, hacer énfasis en que deben conocerlos y coordinar con ellos para que estén preparados para evacuarlas, preparar camillas si hay que caminar de una comunidad a otra y quienes serán los encargados, recomendar que no deben esperar mucho tiempo, si tienen conocimiento en que existen factores de riesgo que no es lo mismo que signos y señales de peligro, deben salir antes, coordinando con personal institucional para ingresar en los hogares maternos.
- Consensuar con la familia quien acompañará a la embarazada al momento de viajar y ser atendida en un servicio de salud, persona que le inspire confianza y comprenda su situación, que le ayude a resolver sus dudas y calmar su ansiedad, que hable su idioma para entenderle y que esté informada sobre la situación del resto de la familia, deben describir nombre de la persona y recalcarlo en cada visita que se le realice durante el embarazo.
- Consensuar con la familia quien cuida la casa y demás hijos en su ausencia, explicarle que tienen la oportunidad de llegar con la familia al hogar materno y estar el tiempo que se requiera para resolver la emergencia obstétrica, de lo contrario deberán escribir el nombre de la persona que apoyará, para que sienta confianza en asistir al servicio de salud.
- Es importante que el proveedor de salud haga énfasis en los documentos legales que deben llevar, tanto la embarazada y acompañantes para no atrasar los procesos de ingreso y egreso de usuaria y recién nacido, según las normas del servicio de salud, informar sobre el proceso que deben seguir, de lo contrario habrá atrasos, lo que ocasionará desconfianza en el proveedor y servicio de salud.
- Informar sobre los insumos mínimos necesarios que deben llevar para la embarazada y el recién nacido, enlistar que deben llevar y para que servirán, además de explicar las consecuencias que se tendrán si no se cuentan con ropa limpia para la madre (sepsis puerperal e hipotermia en el recién nacido) y neonato, lo que podría ocasionar la muerte de uno de los dos o de ambos.

- Uno de los pasos cruciales para salvar la vida de las madres es establecer quien activará el plan de emergencia familiar en situaciones de emergencia, hacer énfasis en que ella es responsable de su vida y salud, la primera en alertar a esposo, familia y comunidad al presentar un signo o señal de peligro, tomar la decisión de buscar ayuda porque se trata de su vida y la de su hijo.
- Explicar que en ausencia de su esposo ella debe seguir todo el proceso del plan de emergencia familiar con las personas que le acompañará con el apoyo de los integrantes de la comisión de salud y/o comité de emergencia.
- Finalmente indicar que el plan de emergencia debe estar en el nivel familiar en un lugar visible para que todos lo consulten en cualquier momento.

El proveedor de salud debe identificar cual va ser la actitud de la embarazada, esposo y familia ante el plan de emergencia familiar, para dar seguimiento e informar a donde corresponda con el fin de asegurar su ejecución en caso necesario, deberán anotar el nombre de quien activará el plan y del proveedor que brindó la consejería, números telefónicos de servicios de salud, hogares maternos si los hay, reevaluar en cada visita domiciliaria o control prenatal que se le realice a la embarazada, hasta lograr el empoderamiento, adherencia del plan y autocuidado de la embarazada.

De esta forma, cuando ocurra una emergencia, las decisiones ya han sido tomadas, saben que tienen que hacer y poner en acción el plan, inmediatamente, esto con el fin de disminuir el tiempo entre la primera y segunda demora y llegar al servicio de salud en el momento oportuno para salvar la vida de la madre y el niño. (Santiago, 2018)

5.6 Activación de la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario.

La activación del plan de emergencia para una mujer embarazada debe ser considerada con sensibilidad y urgencia, priorizando su bienestar y el del bebé en todo momento, la preparación anticipada y la comunicación clara son fundamentales para manejar efectivamente cualquier situación de crisis o emergencias obstétricas que puedan surgir. (Neruda, 2014)

5.7 Familia

La familia es un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción que pueden o no convivir en un mismo espacio. Además, consideran que entre las funciones básicas de la familia se encuentran: la reproducción, comunicación, afectividad, educación, apoyo social, apoyo económico, adaptabilidad, generación de autonomía, adaptación y creación de normas. (Guaman, 2010)

5.8 Comunidad

La comunidad es fundamentalmente un modo de relación social, es un modelo de acción intersubjetivo construido sobre el afecto, la comunidad de fines y de valores y la incontestable esperanza de la lealtad, de la reciprocidad. En cambio, la sociedad es un cúmulo de partes (personas), que en cambio interactúan entre sí, pero no necesariamente tienen rasgos en común. (Padilla, 2000)

5.9 Aplicabilidad

El concepto de aplicabilidad es una herramienta conceptual útil para explicar ciertos elementos de los sistemas diversos existentes en la ciencia, carece del rendimiento explicativo suficiente para dar cuenta de un modo completo del fenómeno al que se refiere. Eugenio Bulygin (1960) introduce el concepto de aplicabilidad sobre la base de las críticas que formula a la noción de validez de Hans Kelsen, especialmente dirigidas a la relación entre validez y obligatoriedad del cumplimiento de determinadas normas. (Zeden, 2019)

5.10 Embarazo

Es el proceso de crecimiento, y desarrollo de un nuevo ser, esto abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento este periodo dura 280 días o 40 semanas este implica varios procesos tanto físicos y psíquicos, estos cambios ocurren durante las distintas etapas del embarazo donde la madre debe proteger y nutrir al feto, el embarazo debe asumirse con responsabilidad y cuidados, siendo cada uno de ellos un soporte fundamental para la vida del nuevo ser. (Mittelmark, 2021)

5.11 Etapas del embarazo

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS (2023) El embarazo consiste en aproximadamente 40 semanas contando desde el primer día de tu último período menstrual. Se agrupan las semanas en tres trimestres. (Nguyen, 2022)

5.11.1 Primer trimestre: Durante el primer trimestre Los cambios hormonales afectan prácticamente a todos los sistemas de órganos, estos cambios pueden manifestar síntomas incluso en las primeras semanas de embarazo. Otros cambios pueden incluir:

- Agotamiento
- Senos sensibles e inflamados. Los pezones también se pueden volver protuberantes.
- Malestar estomacal; pueden presentarse vómitos (malestar matutino)
- Deseo hacia o desagrado ante ciertos alimentos
- Cambios de humor
- Estreñimiento (dificultad para eliminar las heces)
- Necesidad de orinar con mayor frecuencia
- Dolor de cabeza
- Acidez
- Aumento o pérdida de peso

5.11.2 Segundo trimestre de gestación: Algunos síntomas, como náuseas y fatiga, desaparecerán. Pero ahora se presentarán nuevos cambios en el cuerpo que serán más evidentes. El abdomen se expandirá de acuerdo con el crecimiento del bebé. Y antes de que termine este trimestre, sentirás que el bebé comienza a moverse.

- Dolores corporales, particularmente en la espalda, abdomen, ingle o muslo
- Estrías en el abdomen, senos, muslos o nalgas
- Oscurecimiento de las areolas
- Una línea en la piel que se extiende desde el ombligo hasta el vello púbico

- Manchas oscuras en la piel, particularmente en las mejillas, la frente, la nariz o el labio superior. Generalmente se presentan en ambos lados de la cara. Se lo conoce como la máscara del embarazo.
- Entumecimiento u hormigueo en las manos, llamado síndrome del túnel carpiano
- Comezón en el abdomen, las palmas de las manos y las plantas de los pies. (Comunícate con tu médico si tienes náuseas, pérdida del apetito, vómitos, ictericia o fatiga junto con picazón. Esto puede indicar problemas hepáticos graves).
- Inflamación en los tobillos, dedos y rostro. (Si notas alguna inflamación repentina o extrema o si aumentas de peso rápidamente, comunícate con el médico de inmediato, esto puede ser un signo de preeclampsia.

5.11.3 Tercer trimestre se incluye los siguientes síntomas:

- Falta de aire
- Acidez
- Inflamación en los tobillos, dedos y rostro. (Si notas alguna inflamación repentina o extrema o si aumentas de peso rápidamente, comunícate con el médico de inmediato. Esto puede ser un signo de preeclampsia.)
- Hemorroides
- Sensibilidad en los senos; pueden secretar una sustancia acuosa que es el líquido precursor de la leche llamado calostro
- Ombligo abultado
- Dificultades para conciliar el sueño
- El desplazamiento del bebé hacia la parte inferior de tu abdomen
- Contracciones, que puede indicar un trabajo de parto real o una falsa alarma

5.12 Paciente

El paciente también juega un papel vital en el campo de la investigación médica. Los pacientes participan en ensayos clínicos y estudios de investigación, lo que contribuye significativamente al avance de la medicina y al desarrollo de nuevos tratamientos y terapias. La participación del paciente en la investigación se rige

por estrictos protocolos éticos, asegurando que los derechos y la seguridad de los pacientes sean siempre la máxima prioridad. (Navarra, 2023)

5.13 Economía

Economía es el estudio de cómo las sociedades utilizan recursos escasos para producir bienes valiosos y distribuirlos entre diferentes "Principios de Economía", considera que el término economía proviene de la palabra griega que significa "el que administra un hogar". A criterio de Mankiw, los hogares y la economía tienen mucho en común, debido a que la sociedad al igual que un hogar, debe gestionar adecuadamente sus recursos ya que éstos son escasos. (Mankiw, 2008)

5.14 Educación

Educación es evolución, racionalmente conducida, de las facultades específicas del hombre para su perfección y para la formación del carácter, preparándose para la vida individual y social, a fin de conseguir la mayor felicidad posible. (infancia, 2018)

5.15 Señal

Es el acto o hecho que se produce intencionalmente para seguir de inicio inmediato, su relación con la realidad es artificial; convencional. En este mismo sentido una señal es un signo, por lo tanto, perceptible, que indica algo acerca de otro hecho que no es perceptible en ese momento. A diferencia del indicio, que es fortuito, la señal es convencional. Es un hecho que se ha producido artificialmente para servir de indicio. Por ejemplo, el rojo del semáforo. (enciclopedia, 2024)

5.16 Peligro

El peligro es una condición o característica intrínseca que puede causar lesión o enfermedad, daño a la propiedad y/o paralización de un proceso, en cambio, el riesgo es la combinación de la probabilidad y la consecuencia de no controlar el peligro De acuerdo con la Organización mundial de la salud, es posible distinguir entre tres tipos bien diferenciados de peligro, definidos a continuación.

- **Peligro latente:** Es aquél que tiene potencial de daño, pero aún no lo ha producido (Ejemplo la amenaza con arma de fuego)
- **Peligro potencial:** Este representa una amenaza capaz de afectar a las personas, sus propiedades o el medio ambiente, por lo que requiere de una evaluación del riesgo y de una posible acción (un ejemplo de esta situación es un volcán activo cerca de un centro poblado).
- **Peligro mitigado:** Sucede cuando el peligro potencial ha sido identificado y se han tomado medidas para evitar que ocurra un incidente o para minimizar sus consecuencias (como podría ser la construcción de muro de contención para frenar una creciente de las aguas de un río). (Morales, 2021)

5.17 Factor social de la embarazada

La pobreza y la pobreza extrema en Guatemala son factores determinantes de los embarazos en las áreas rurales del país. El concepto de pobreza abarca diversos aspectos dentro de la sociedad, incluyendo lo educativo, económico social y ambiental. Estos están estrechamente relacionados con otros problemas como la exclusión, la inequidad, la desigualdad, la discriminación y la vulnerabilidad, estos no son idénticos, están interrelacionados, Guatemala, siendo un país multicultural y plurilingüe con una diversidad de culturas, enfrenta desafíos significativos. La población más vulnerable es la indígena que reside en áreas rurales, donde las condiciones socioeconómicas son mínimas y afectan el desarrollo local de manera considerable. (Balan, 2008)

5.18 Factores familiares

Los jóvenes hoy en día se desarrollan en una cultura en donde las amistades, la influencia televisiva, música, revistas y las redes sociales, les transmiten mensajes directos e indirectos, en los cuales se hace mención que las relaciones sexuales antes del matrimonio son aceptadas por la sociedad, por lo que los jóvenes se ven involucrados en prácticas sexuales antes del matrimonio, muchas veces sin remordimientos y sin analizar las consecuencias de sus actos ya que según ellos esto es muy común en estos días. (Salud O. M., 2021)

5.19 Factores culturales

Se puede destacar que los factores culturales que se reconocen en cuanto a los embarazos de mujeres en las áreas rurales del departamento del Quiché tienen que ver tanto con los idiomas de cada región, como con la religión principal cuya predominancia es la católica, con un 50% y la evangélica con el 45% aproximado de la población, si bien los protestantes ocupan un 40% de la población. El 10% restante se lo reparten otras culturas y religiones, como la evangélica, judía o musulmana, también reconocidas en este país. nuestro diario. (diario, 2010)

5.20 Factores psicológicos

La salud emocional de la embarazada puede llegar a afectar considerablemente, puesto que generalmente el embarazo se asume en condiciones difíciles y alejadas de una opción verdaderamente libre y responsable: De privación afectiva y maltrato por parte de su familia (así el embarazo se convierte en una opción para tener alguien que las quiera). Estrés, ansiedad, Fruto de una violación o incesto, Presión por parte de su pareja. (OMS, 2011).

5.21 Factores educativos

El embarazo debería ser un problema de adultos, sin embargo, en la actualidad las tasas de casos en adolescentes se incrementan cada día. En Guatemala, el 28 por ciento de las mujeres tienen su primer hijo antes de los 19 años, edades que se consideran dentro del periodo de adolescencia según varios autores. Los jóvenes con bajo nivel educacional y económico son los que están en mayor riesgo de fecundidad precoz, lo que origina la deserción escolar porque tienen que atender a su hijo. (Velasquez, 2017)

5.22 Factores institucionales

La investigación es sustentada por la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem y la Teoría del Desarrollo Familiar de Evelyn Duvall. La teoría de Orem hace hincapié en la función de la enfermera cuando el paciente es incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades de autocuidado, como en las jóvenes embarazadas por primera vez tratando que la adolescente adquiera conciencia de su situación, de cuál debe ser su conducta y del tratamiento a que necesita someterse. La teoría de Duvall permite a la enfermera identificarse con cada

miembro de la familia, reconociendo las etapas de las familias y si los miembros cumplen con sus deberes. (Barbosa, 2022)

5.23 Signos vitales

Los signos vitales reflejan funciones esenciales del cuerpo, incluso el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial. Los proveedores de atención médica pueden medir o vigilar los signos vitales para evaluar el nivel de funcionamiento físico. En este sentido los signos vitales normales cambian con la edad, el sexo, el peso, la capacidad para ejercitarse y la salud general. Los rangos normales de los signos vitales para un adulto sano promedio mientras está en reposo son:

- Presión arterial: entre 90/60 mmHg y 120/80 mmHg
- Respiración: 12 a 18 respiraciones por minuto
- Pulso: 60 a 100 latidos por minuto
- Temperatura: 97.8°F a 99.1°F (36.5°C a 37.3°C); promedio de 98.6°F (37°C). (Encyclopedia, 2024)

5.24 Estado nutricional de la embarazada

El estado nutricional de la madre es crucial para prever el riesgo inicial de peso bajo al nacer y para establecer recomendaciones sobre la ganancia de peso durante el embarazo y las intervenciones nutricionales necesarias. Según el índice de masa corporal (IMC) pregestacional, el 47,3 % de las mujeres presentan sobrepeso u obesidad, mientras que un 2,6 % tienen bajo peso. Este indicador es fundamental para determinar tanto las condiciones de salud y nutrición del recién nacido como las posibles complicaciones durante el embarazo y el parto. (Silvestre, 2024)

5.25 Demoras

- Reconocimiento de señales de peligro
- Falta de toma de decisiones para búsqueda de atención oportuna.
- Falta de acceso a una atención oportuna.
- Cuarta demora: Falta de atención oportuna y de calidad. (González, 2017)

5.26 Reconocimiento de señales de peligro que incluye la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario.

Durante el embarazo se pueden presentar algunos de los siguientes síntomas y signos, lo cual quiere decir que la vida de la embarazada y la de del bebé pueden estar en peligro:

- Sangrado vaginal en el embarazo.
- Dolor intenso en el vientre.
- Salida de líquido por la vagina antes de tu fecha de parto.
- Dolor de cabeza.
- Zumbido en los oídos.
- Mareo y lucecitas.
- Convulsiones.
- Falta de movimientos del bebé.}
- Ardor al orinar o mal olor en la orina.
- Parto demorado.
- Fiebre.
- Mala presentación del bebé. (Paraguay, 2014)

5.27 Muerte

La muerte es el cese de la actividad integrada del organismo, que se manifiesta con una serie de signos clínicos diagnóstico de la muerte. No existen estados intermedios entre la vida y la muerte: sólo cabe que dicha actividad vital orgánica se mantenga, aunque sea con ayuda o que ya no exista. (Concepto, 2024)

5.28 Muerte materna

En Guatemala, se define la muerte materna como el fallecimiento de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la terminación de este, sin importar la duración o el lugar del embarazo. Esta muerte debe estar relacionada con o agravada por el propio embarazo o la atención recibida, excluyendo causas accidentales o incidentales según la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

En el municipio de Chiché, ubicado en el departamento de Quiché, se han registrado cuatro casos de muerte materna desde enero hasta la fecha actual del presente año. (Décima Revisión (CIE-10) Vol. 2, 2013).

5.29 Tasa de natalidad:

Se denomina el número de nacimientos registrados por cada mil habitantes en un tiempo determinado, normalmente un año en un lugar determinado. Se presenta la tasa de natalidad del municipio de Chiche del departamento del Quiche.

Formula: Total de nacimientos X 1000

$$\frac{\text{Población total}}{853 \text{ niños menores de un año}} = 26$$

32897 población total

Análisis: Por cada 1000 habitantes que tiene el municipio de Chiche del departamento del Quiche nacen 26 niños.

5.30 Embarazos esperados.

Formula: población total X 2.52%

$$\underline{32,897 \times 2.52\% = 829}$$

Análisis: en el municipio de Chiche del departamento del Quiche tomando en cuenta la población total se esperan 829 embarazos durante el año.

5.31 Muerte materna directa

Son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico en el embarazo, trabajo de parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados. El acretismo placentario, uno de los términos de inclusión (placenta accreta) de la rúbrica Placenta anormalmente adherida, O43.2, como la embolia de líquido amniótico, O88.1, una de las clases de embolia obstétrica, o bien O08.2, cuando es consecutiva al aborto, al embarazo ectópico o al embarazo molar, son causas obstétricas directas, es decir, directamente

determinadas por el estado gravídico puerperal, que no podrían ocurrir en una mujer que no estuviera embarazada, o en trabajo de parto, o en un puerperio más bien reciente (para el caso de la embolia (Décima Revisión (CIE-10) Vol. 2, 2013).

5.32 Muerte materna indirecta

Las muertes maternas indirectas son aquellas que derivan de enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: (ministerio de salud).

5.33 Muerte materna incidental

Es la muerte que no está relacionada con el embarazo, parto o puerperio, ni con una enfermedad preexistente o intercurrente agravada por efecto de este y que es producida por causas accidentales o incidentales. (Salud O. P., 2018).

5.34 Muerte materna tardía

Es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo. La razón de mortalidad materna presenta grandes diferencias dentro del país la cual está relacionada a desigualdades socioeconómicas y territoriales, dificultades de acceso a los servicios de salud, barreras culturales y diferencias en la capacidad resolutive del sistema de salud en su conjunto. (Avarez, 2013).

5.35 Atención prenatal

La atención prenatal es fundamental durante el embarazo, ya que consiste en realizar chequeos de salud con un médico, enfermera, TUP, partera. Estos controles son esenciales para prepararse para el parto y los cuidados del bebe, es un proceso mediante el cual una mujer embarazada reciba atención integral, su objetivo es detectar precozmente cualquier complicación, brindar seguimiento y apoyo continuo durante todo periodo de gestación, esto garantiza que la

usuaria reciba la atención necesaria desde el inicio del embarazo hasta el momento del parto asegurando el bienestar y del bebé. (Kramer & Chen, 2020).

5.36 Suplementación

Es fundamental que una mujer gestante se suplemente para prevenir la anemia materna, reducir el riesgo de sepsis puerperal, disminuir la incidencia de insuficiencia ponderal (bajo peso, resultado de una insuficiente alimentación) al nacer y contribuir a prevenir parto prematuro.

Suplemento	Presentación	Dosis	Frecuencia de entrega en el embarazo	Frecuencia de entrega en el puerperio
Hierro	Tabletas de 300 mg de sulfato ferroso.	2 tabletas de 300 mg cada 8 días.	Entregar 24 tabletas en cada control.	Entregar 24 tabletas cada 3 meses.
Ácido Fólico	Tabletas de 5 mg de ácido fólico.	1 tableta de 5 mg cada 8 días.	Entregar 12 tabletas en cada control.	Entregar 24 tabletas cada 3 meses.

5.37 Exámenes de laboratorios

Son procedimientos médicos en los que se analiza una muestra, orina, heces u otra sustancia del cuerpo, estas pruebas son fundamentales para determinar un diagnóstico preciso, planificar y monitorear la efectividad del tratamiento, así como para vigilar la progresión de la enfermedad a lo largo del tiempo. Por ejemplo, las pruebas prenatales consisten en un conjunto de análisis que se realiza durante los controles prenatales, según, para detectar posibles enfermedades o infecciones que puedan afectar la salud de la mujer embarazada o del feto. (Oscar, 2018).

5.38 Definición de cada señal de peligro.

- **No debe haber sangrados:** No debe haber sangrados, todo sangrado durante el embarazo poca o mucha cantidad es peligroso para la embarazada y su bebé. Acude al servicio de emergencia más cercano para ser evaluada y si es muy abundante el sangrado.
- **La salida del líquido amniótico:** La salida de líquido amniótico o “agua de fuente” puede ser normal cuando se empieza la labor de parto, es importante acudir al centro de salud u hospital para la atención de tu parto. Pero si la salida de líquido se da antes de las 38 semanas, en forma abundante o apenas como un escurrimiento, esto no es normal y puede complicar tu vida y la de tu bebé.
- **Dolores intensos en el abdomen:** Si presentas un intenso dolor en el abdomen o vientre que hace que tu abdomen se ponga duro, que se incrementa en tiempo, intensidad y frecuencia, es decir que se hace más fuerte y más seguido, o se presenta de forma súbita y constante, debes acudir de forma emergente a un servicio de salud cercano.
- **Dolor de cabeza, zumbidos, lucecitas:** Si presentas síntomas como intenso dolor de cabeza, zumbido o ruidos en los oídos, mareos, ver lucecitas o visión borrosa repentina, dolor repentino en la boca del estómago, con o sin hinchazón de los pies, manos o cara, significa que tu presión arterial está subiendo y que tú y tu bebé pueden estar en peligro, pueden presentarse durante el embarazo, parto o después del parto, si hay antecedentes de preeclampsia o eclampsia en tus embarazos anteriores.
- **Convulsiones:** Toda convulsión en el embarazo es una emergencia, las convulsiones pueden presentarse como una complicación de la presión alta en el embarazo y es muy peligroso.
- **Infecciones en vías urinarias:** Las infecciones de vías urinarias y genitales son muy comunes durante la vida de una mujer. Durante el embarazo estas infecciones pueden presentarse con síntomas como dolor y ardor al orinar, mal olor en la orina, secreciones vaginales o ningún síntoma.

- **La fiebre:** Puede ser evidencia de un proceso infeccioso, en una mujer embarazada, en el parto y después del parto la fiebre siempre debe preocuparnos, por ser una señal de peligro. (Castillo, 2014)

5.39 Parto

Se define el parto como la expulsión de uno o más fetos maduros y la placenta desde la cavidad uterina al exterior. Se considera un parto a término cuando ocurre entre las 37 y 42 semanas desde la fecha de última regla. Los nacimientos antes de las 37 semanas son prematuros, y los que ocurren después de las 42 semanas son postérmino. El proceso del parto se divide en tres fases: la fase de dilatación, la fase de expulsivo y la fase de alumbramiento. (Inés, 2023).

5.40 Cuidados durante el parto:

Los cuidados durante el parto son fundamentales para garantizar la salud y seguridad tanto de la madre como del bebé. Durante este proceso, es crucial contar con atención médica especializada que pueda monitorear de cerca el desarrollo del parto y responder adecuadamente a cualquier eventualidad.

- **Atención médica continua:** Es fundamental que el parto sea asistido por personal médico calificado, como obstetras y enfermeras especializadas en obstetricia.
- **Monitoreo del progreso del parto:** Se realizan controles regulares para vigilar la frecuencia cardíaca fetal (cada 15 minutos, debe de estar entre los rangos de 120 a 160 por minuto), la dilatación cervical y la progresión del parto.
- **Manejo del dolor:** Se ofrecen opciones para aliviar el dolor durante el trabajo de parto, que pueden incluir métodos farmacológicos o técnicas no farmacológicas como el uso de técnicas de relajación y respiración.
- **Prevención de complicaciones:** Se toman medidas preventivas para reducir el riesgo de complicaciones, como la administración de medicamentos para prevenir infecciones y la monitorización de la presión arterial de la madre.
- **Apoyo emocional:** Se brinda apoyo emocional y psicológico a la madre y a su pareja durante todo el proceso.
- **Preparación para la lactancia:** Se ofrece información y apoyo inicial para iniciar la lactancia materna tan pronto como sea posible después del parto.

- Resolución de emergencias: Están disponibles equipos y procedimientos para hacer frente a cualquier emergencia obstétrica que pueda surgir durante el parto (episiotomía o cesárea).

Seguimiento postparto: Se realiza un seguimiento posterior al parto para garantizar que tanto la madre como el bebé estén en buen estado de salud y para abordar cualquier complicación postparto que pueda (Inés, 2023)

5.41 Comadrona

La comadrona desempeña un papel crucial en el cuidado de la mujer durante el periodo prenatal, parto, posparto y en el cuidado del recién nacido. Según la Organización Mundial de la Salud, una comadrona tradicional es generalmente una mujer que asiste a la madre durante el parto, originalmente adquiriendo sus habilidades a través de la práctica directa o colaborando con otras comadronas. La labor de las comadronas en las comunidades, especialmente aquellas que sienten un llamado divino hacia este trabajo, se caracteriza por su dedicación, mística y espiritualidad. (Sagüi, 2014)

5.42 Servicio de salud:

El sistema de salud de Guatemala se compone por un sector público y otro privado. El sector público abarca, en primera instancia, al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la cual brinda atención médica al 70% de la población. En segundo lugar, se ubica el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) que ofrece cobertura a un 17.45% de la población vinculada con el empleo, por último, la Sanidad Militar cubre a los miembros de las fuerzas armadas y la policía, incluyendo a sus familiares, menos de 0.5% de la población. Otras instituciones gubernamentales participan de manera marginal en ciertas actividades de salud.

El 12% de los guatemaltecos opta por recibir atención médica en el sector privado. Este sector incluye organizaciones de la sociedad civil (OSC) y religiosas que operan sin ánimo de lucro, así como un sector de seguros privados de salud, aunque este último cubre menos del 8% de la población urbanas Según estimaciones del MSPAS, las organizaciones no gubernamentales proporcionan cobertura a aproximadamente el 18% de la población. El MSPAS también reporta

que entre 1990 y 2024, la cobertura de salud se amplió en un 66%. (Guatemala., 2023)

5.43 Definición de los niveles de atención

5.43.1 Primer nivel de atención: El primer nivel de atención comprende los servicios fundamentales de salud, como los puestos de salud y los centros de convergencia, ubicados estratégicamente en comunidades y barrios según la densidad poblacional. Este nivel se enfoca en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, incluye visitas domiciliarias de seguimiento a embarazadas, vacunación y monitoreo de crecimiento a niños menores de 5 años, entre otras intervenciones clave.

El Puesto de Salud implementa intervenciones de prevención, promoción y recuperación, con un enfoque en género, pertinencia cultural y participación comunitaria. Estas acciones están dirigidas hacia individuos, familias y la (Villanueva., 2023) comunidad en general, con la colaboración de personal institucional, comadronas, promotores de salud, madres consejeras, voluntarios de vectores y terapeutas tradicionales. Su capacidad de atención abarca a una población de aproximadamente 5,000 habitantes en su territorio asignado.

5.43.2 Segundo nivel de atención: se refiere a establecimiento de salud de mayor categoría, ubicado en la cabecera municipal, estos centros ofrecen una amplia gama de servicios conforme a normativas establecidas, además de coordinar con establecimientos de menor complejidad, los centros de salud se clasifican en tipos como B (centros de atención ambulatoria) Tipo A (Centros de Atención Permanente) Centros de Atención Integral Materno-Infantil, Clínicas Periféricas, Centros de Urgencias Médicas y Maternidades Periféricas. En cuanto al recurso humano, estos centros cuentan con personal diversificado que incluye médicos generales, odontólogos, psicólogos, enfermeros/as, auxiliares de enfermería, técnicos/as en salud rural, inspectores/as de saneamiento ambiental, técnicos/as de laboratorio clínico, así como personal administrativo y de apoyo.

5.43.3 Tercer nivel de atención: Se refiere a establecimientos altamente especializados como hospitales departamentales, regionales y de referencia, que ofrecen servicios de recuperación, rehabilitación, emergencia y consulta

externa, un hospital regional incluye personal con diversas subespecialidades, tales como médicos generales, especialistas y subespecialistas, químicos biólogos, farmacéuticos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales, radiólogos, así como profesional administrativo y operativo. (Guatemala., 2023)

5.44 Conocimiento

El conocimiento, se define como la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurales. (Chacon, 2017)

5.45 Activación del plan de emergencia

El plan de emergencia familiar fue creado e implementado con el objetivo de promover la atención oportuna y de calidad a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio, incluyendo al recién nacido, herramienta que contribuye a minimizar los tiempos para identificar signos y señales de peligro, a tomar la decisión de buscar servicios de salud y estar preparados con los recursos necesarios para salir de la comunidad, independientemente de la dificultad de acceso que exista, aunado al empoderamiento y sensibilización que exista en la embarazada, esposo, familia y comunidad para salvar la vida de la madre, recién nacido y los problemas sociales que conlleva la ausencia de la madre en el hogar o la pérdida del recién nacido que se espera con tanta ilusión. (Perez, 2022-2023)

- Toda gestante está bajo riesgo de tener complicaciones graves en cualquier momento, aunque su embarazo esté desarrollándose bien.
- La gestante y su entorno deben saber cuáles son los signos de peligro o de alarma y que éstos necesitan atención médica inmediata.
- Identificar el establecimiento de salud apropiado a dónde acudir.
- Identificar a las personas que la acompañarán al establecimiento de salud
- Asegurarse que el medio de transporte a utilizar en la emergencia esté disponible en cualquier momento.

- Planificar quiénes quedarán al cuidado de los otros miembros de la familia y de la casa cuando se da la emergencia.
- Tener dinero disponible al alcance de la gestante para cubrir los gastos mínimos que se generen en la atención de la emergencia (transporte, consulta, medicinas, entre otros).
- Tener un maletín listo con los artículos de uso personal necesarios para la gestante y su bebé. Esta información se puede obtener en el establecimiento de salud durante el control prenatal (bata, ropa interior, cepillo de dientes, pasta dental, jabón, peine, pañales, ropa del bebé, entre otros).
- Decidir cómo se van a comunicar la pareja y/o familiares clave durante la emergencia. A nivel de los servicios de salud del primer y segundo nivel de atención, se hace entrega el plan de emergencia familiar a la embarazada y se le orienta los pasos a seguir. (Cabrera D. L., 2015-2020)

5.46 Relación entre comadrona y enfermera

La relación entre comadronas y enfermeras es de colaboración estrecha y respetuosa. Las comadronas se especializan en atención durante el embarazo, parto y posparto normal, mientras que las enfermeras tienen una formación más amplia que puede incluir diferentes áreas de cuidado. Ambas profesionales trabajan juntas en entornos como salas de parto y unidades de maternidad, complementándose en sus roles para proporcionar una atención integral y de calidad a las pacientes. La comunicación efectiva y el respeto mutuo son fundamentales para garantizar una atención segura y satisfactoria para las mujeres y los recién (Vanessa Garcia Altelarrea, 2023)

5.47 Comunicación

La comunicación es un proceso fundamental en todas las formas de interacción humana, tanto verbal como no verbal. Se puede definir como el intercambio de información, ideas, emociones y significados entre individuos o grupos, utilizando diferentes medios y canales. En este proceso, el conocimiento no se transfiere de uno a otro de manera unilateral, sino que se construye de forma conjunta. Esto implica que los interlocutores desarrollan saberes y significados compartidos, lo cual requiere establecer una estructura de intercambio y retroalimentación mutua (Delgado, 2012)

5.48 Promoción

La promoción en el contexto del marketing es un conjunto de técnicas y acciones estratégicas diseñadas para alcanzar objetivos específicos mediante incentivos dirigidos a un público objetivo determinado durante un período limitado de tiempo. Su objetivo principal es estimular la compra o adquisición inmediata de productos o servicios, generando así un incremento temporal en las ventas (Veintimilla, 2021)

5.49 Monitoreo de embarazadas

Los monitores en el embarazo son un método de diagnóstico con el que se comprueba el estado del bebé. A través de la monitorización fetal se puede saber la vitalidad y la oxigenación del bebé. También se puede comprobar si el trabajo de parto está comenzando o si hay amenaza de parto prematuro. Además, ofrecen información acerca de la presión del útero.

La monitorización fetal externa. Se realiza en el último mes de embarazo para controlar la frecuencia cardíaca del bebé, con una sonda Doppler, similar al de las ecografías y la presión uterina de la madre con otra sonda. Ambas se sostienen con unas cintas que tienen unos electrodos para ello.

Monitorización fetal interna, se utiliza durante el control dentro del parto. Solo puede hacerse si la madre ha roto aguas y ha borrado el cuello del útero. Se hace con un electrodo que se coloca en la cabeza del bebé. Puede resultar más cómodo que el anterior porque permite el movimiento. (Británica, 2015)

5.50 Participación

La participación es la capacidad para expresar decisiones que sean reconocidas por el entorno social y que afectan a la vida propia y/o a la vida de la comunidad en la que uno vive. Esto plantea una noción de persona con valores y capacidades que puede aportar y poner al servicio de la comunidad a la que pertenece, se concibe a la participación como una actividad privilegiada para el desarrollo humano, ya que es “aquello que permite en mayor medida que cada miembro del grupo despliegue (Roger Hart, 2017)

5.51 Herramienta kawok

En Guatemala la recolección de datos de la atención en salud es a través del Sistema Gerencial de Información SIGSA, todos los servicios de salud nacionales y de agencias colaboradoras utilizan los formularios del SIGSA para el ingreso de la información, posteriormente son recolectados, luego digitalizados y analizados para encontrar hallazgos, esto conlleva un gran tiempo de respuesta, ante algún factor relevante de aspecto epidemiológico de las regiones.

El sistema KAWOK, está conformado por un sistema digitalizado de recolección, el cual es instalado y utilizado desde dispositivos móviles, teléfonos convencionales, Smartphone o Tablet. En estos dispositivos se encuentra instalado lo necesario para acceder al formulario de registro y seguimiento a paciente, de esta forma, cuando un usuario es atendido por uno de nuestros colaboradores, su información personal es registrada, por tanto es creado un nuevo caso, se le clasifica según sus datos en una categoría de seguimiento, donde se le seguirá dando atención de por vida, al finalizar la consulta, atención, referencia o consejería, esta información es enviada automáticamente y a tiempo real a una base de datos unificada, la cual puede mostrar la información recolectada al instante, generar campos comparativos así como gráficas, y de esta forma poder generar interpretaciones prontas y oportunas. A la base de datos se accede por medio de internet, por lo que múltiples usuarios, instituciones o servicios de salud pueden tener acceso a la información para su seguimiento y resolución. (Canada, 2009)

5.52 Vivienda

La vivienda es el lugar cerrado y cubierto que se construye para que sea habitado por personas. Este tipo de edificación ofrece refugio a los seres humanos y les protege de las condiciones climáticas adversas, además de proporcionarles intimidad y espacio para guardar sus pertenencias y desarrollar sus actividades cotidianas. (Porto, 2021)

5.53 Factores asociados al embarazo

Los factores que asociados y generan riesgo para el embarazo se pueden dividir en:

- La presión arterial durante el embarazo puede representar un riesgo tanto para la madre como para el feto. A pesar de esto, muchas mujeres con esta condición logran tener embarazos exitosos y dar a luz a bebés sanos. Es importante tener en cuenta que la presión arterial no controlada puede ocasionar daños en los riñones de la madre y aumentar la probabilidad de desarrollar preeclampsia o de dar a luz a un bebé con bajo peso al nacer.
- Diabetes: Las mujeres con diabetes controlan sus niveles de azúcar en la sangre antes de quedar embarazadas. Los niveles altos de azúcar en la sangre pueden provocar defectos de nacimiento durante las primeras semanas de embarazo, con frecuencia incluso antes de que la mujer sepa que está embarazada. Controlar los niveles de azúcar en la sangre y tomar un complejo vitamínico con 40 microgramos de ácido fólico todos los días puede ayudar a reducir este riesgo.
- Enfermedad renal: Las mujeres con enfermedad renal con frecuencia tienen dificultad para quedar embarazadas y cualquier embarazo corre un riesgo significativo de aborto espontáneo. Las mujeres con enfermedades renales requieren tratamientos adicionales, cambios en la dieta y los medicamentos, y visitas frecuentes al médico.
- Enfermedad autoinmune: Algunas enfermedades autoinmunes pueden aumentar el riesgo de una mujer de tener problemas durante el embarazo, como el lupus puede aumentar el riesgo de parto prematuro y nacimiento de un niño muerto. Algunas mujeres podrían observar que sus síntomas mejoran durante el embarazo, en tanto que otras sufren empujes y enfrentan otros desafíos.
- Obesidad. La obesidad puede tornar más difícil un embarazo, al aumentar la probabilidad de que una mujer desarrolle diabetes durante el embarazo, lo que contribuye a los partos difíciles, sugieren que las mujeres con sobrepeso y obesidad podría aumentar incluso menos peso del que se recomienda e incluso así tener un bebé saludable.

- **VIH/SIDA:** Durante el embarazo, las mujeres pueden transmitir el virus al feto, durante el parto o mediante la leche materna. Aquellas con cargas virales bajas pueden optar por un parto vaginal con bajo riesgo de transmisión. Para cargas virales más altas, la cesárea puede reducir el riesgo, los cuidados prenatales regulares y el uso de medicamentos pueden disminuir significativamente la posibilidad de transmisión a tan solo un 2%.
- **Factores del estilo de vida:** Durante el embarazo, el consumo de alcohol y tabaco presenta riesgos graves para el feto, el alcohol pasa al feto a través del cordón umbilical, aumentando el riesgo de aborto y síndrome alcoholismo fetal que incluye rasgos faciales anormales y problemas de desarrollo, es recomendable evitar el alcohol durante el embarazo por otro lado, fumar incrementa la probabilidad de parto prematuro, defectos de nacimiento, el humo de segunda mano también afecta negativamente a la mujer embarazada y al feto.
- **Condiciones del embarazo:** Embarazo múltiple aumenta el riesgo de los bebés de nacer prematuros (antes de las 37 semanas de gestación). Tener un bebé después de los 30 años y tomar medicamentos para la fertilidad son factores que se han asociado con los embarazos múltiples. Tener tres o más bebés aumenta la probabilidad de que la mujer necesite un parto por cesárea. Es más probable que los mellizos o trillizos tengan un menor tamaño que los fetos únicos. (Leveron, 2001-2002).

5.54 Diabetes gestacional

La diabetes gestacional, también conocida como diabetes mellitus gestacional (GDM), se desarrolla por primera vez durante el embarazo. Con un plan de dieta y tratamiento adecuado supervisado por profesionales de la salud, muchas mujeres pueden tener embarazos saludables. Sin embargo, si no se controla adecuadamente, la diabetes gestacional puede aumentar el riesgo de parto prematuro, preeclampsia y presión arterial alta. (Gómez, 2016).

5.55 Cultura

Se trata de aquellos valores, costumbres y manifestaciones que son conservados socialmente al ser considerados como valiosos y que se pretenden inculcar a las nuevas generaciones. Las Comadronas Tradicionales son un grupo con influencia directa de tradiciones y culturas aprendidas de sus ancestros y otras adquiridas a lo largo de su vida. La prevención en la medicina maya por parte de la comadrona empieza con el control prenatal que realiza a través de las visitas a su paciente en la casa, una vez que se solicita su servicio por la familia, el esposo o la misma paciente. (Rey, 2022).

5.56 Vigilancia epidemiológica

La vigilancia epidemiológica, es un proceso de recolección, análisis, interpretación y diseminación continua y sistemática de los datos en salud del país. El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica ha pasado por diferentes fases y se viene desarrollando con un nuevo empuje desde la década de los noventa. Debido a su importancia y con el objeto de establecer y fortalecer este sistema. La vigilancia epidemiológica, nos permite llevar a cabo un estudio minucioso de los brotes y enfermedades que pueden afectar al país, brindando la base para poder orientar las políticas de salud en la prevención, reducción de la morbilidad y mortalidad por causas prevenibles a través de la recolección y el análisis del flujo de información con evidencia científica, interpretación, y difusión de los datos sustentados.

Estos protocolos están dirigido a personal médico, paramédico y otros profesionales que realizan acciones gerenciales y operativas de vigilancia epidemiológica en los servicios de salud del país, y están divididos en varios tomos para dar a conocer y actualizar la identificación y medidas de control para diversos padecimientos a fin de continuar con el mejoramiento de las capacidades técnicas de los trabajadores de salud, que permita planificar la prestación de servicios con decisiones partiendo de un enfoque epidemiológico comprobado. (Menegazzo, 2018).

VI. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, ya que se centró en la recolección y análisis de datos numéricos para describir y medir el nivel de conocimiento y aplicación del Plan de Emergencia Familiar en una población específica. Fue de tipo retrospectivo porque se basó en hechos pasados y condiciones existentes al momento del estudio, permitiendo observar y analizar los antecedentes y prácticas actuales de las mujeres embarazadas sin intervenir en la realidad. Además, fue de corte transversal porque los datos se recolectaron en un solo momento del tiempo, durante los meses de noviembre y diciembre del año 2024, lo cual permitió obtener una visión general de la situación en un punto determinado. Este tipo de estudio facilitó la evaluación de las condiciones de las mujeres embarazadas del área urbana del municipio de Chiché, departamento del Quiché, en relación con la implementación del Plan de Emergencia Familiar y Comunitario, así como la identificación de factores asociados dentro de una población vulnerable. (pablo, 2020)

6.2 Diseño de la investigación

El diseño de la presente investigación respondió a la necesidad de conocer el nivel de conocimiento y aplicación del plan de emergencia familiar en mujeres embarazadas del área urbana del municipio de Chiché, Quiché. Se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, lo cual permitió obtener datos objetivos y medibles sobre la población en estudio. Se aplicó un diseño de tipo transversal, dado que la información fue recolectada en un único momento, permitiendo obtener información precisa de la situación existente durante los meses de noviembre y diciembre del año 2024.

El estudio se estructuró a partir de un planteamiento que buscó identificar las condiciones actuales de las gestantes respecto a la implementación del plan, considerando su preparación, conocimiento y las posibles limitantes para su aplicación efectiva en situaciones de emergencia obstétrica.

Para la recolección de datos se diseñó una encuesta estructurada de 18 preguntas cerradas de selección múltiple, centradas en los pasos fundamentales

del plan de emergencia familiar. El instrumento fue validado previamente y aplicado de forma presencial a una muestra de 100 mujeres embarazadas mayores de 18 años, residentes en el área urbana de Chiché. El propósito de la encuesta fue identificar el tipo y nivel de información que manejaban las gestantes sobre el plan y su disposición para ponerlo en práctica.

Los datos obtenidos fueron procesados utilizando herramientas de estadística y los resultados se presentaron en gráficos que reflejaron el porcentaje de respuestas más seleccionadas por las usuarias, permitiendo así una interpretación visual y comprensible de los hallazgos. Este diseño metodológico permitió cumplir con los objetivos del estudio y generar información útil para futuras intervenciones en salud materna.

6.3 Unidad de análisis

Mujeres embarazadas del área urbana del municipio de Chiché, del departamento del Quiché.

6.4 Población: 100 Mujeres embarazadas del área urbana del municipio de Chiché.

6.5 Muestra: Se seleccionaron 100 mujeres embarazadas mediante un muestreo no probabilístico, el cual se basó en criterios específicos establecidos en el planteamiento del problema. permitiendo así un abordaje directo de la población objetivo.

6.6 Objetivo General:

Determinar las condiciones de las mujeres embarazadas del área urbana del Municipio de Chiché, Quiché para Implementar el Plan de Emergencia Familiar en las mujeres embarazadas, residentes en el área urbana del municipio de Chiché, Departamento del Quiché 2024.

6.6.1 Objetivos específicos:

6.6.1.1 Identificar el nivel de aplicación del Plan de Emergencia Familiar por parte de las mujeres embarazadas del área urbana del municipio de Chiché, Quiché, mediante entrevistas semiestructuradas.

6.6.1.2 Verificar la capacidad y disposición de las mujeres embarazadas residentes en el área urbana del municipio de Chiché para implementar el Plan de Emergencia Familiar y Comunitario.

6.6.1.3 Conocer los factores e indicadores que limitan la aplicabilidad del Plan de Emergencia Familiar en las mujeres embarazadas del área urbana del municipio de Chiché, Quiché

6.7 Cuadro Operacional de variables

Objetivo	Variable	Definición operacional	Indicadores	Ítem
Determinar las condiciones de las mujeres embarazadas del área urbana del Municipio de Chiché, Quiché para Implementar el Plan de Emergencia Familiar en las mujeres embarazadas, residentes en el área urbana del municipio de Chiché, Departamento del Quiché 2024.	Condiciones del plan de emergencia familiar,	Conforman una serie de lineamientos que orientan a las mujeres en estado gestación sobre las acciones que deben tomar durante el embarazo y el trabajo de parto.	• Aplicabilidad del Plan de emergencia familiar. • Etapas de la aplicabilidad del plan de emergencia familiar. • Activación de la aplicabilidad del plan de emergencia familiar • Signos y señales de peligro en el embarazo que incluye la aplicabilidad del plan de emergencia familiar. • Niveles de atención en salud • Relación de enfermera y comadrona	1, 2,3 4,5,6, 7,8,9 10,11,12 13,14,15 16,17,18

6.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

6.8.1 Inclusión

Todas las mujeres embarazadas del área urbana del municipio de Chiché, del departamento del Quiché.

6.8.2 Exclusión

- Mujeres en edad fértil
- Mujeres embarazadas menores de 18 años
- niños menores de 5 años
- población adulto mayor

6.9 Cantidad de sujeto de estudio

Se tiene en cuenta un total de 100 mujeres embarazadas.

6.10 Instrumento

Se utilizó un cuestionario de 18 preguntas tipo abanico, en el cual las embarazadas pertenecientes al municipio de Chiché pudieron elegir entre varias opciones la respuesta que consideraron correcta.

6.11 Aspectos éticos

Es crucial garantizar el consentimiento informado en las participantes, asegurando que comprendan los riesgos, beneficios y el propósito de la investigación. Además, se debe dar conocer importancia la confidencialidad de la información personal de las embarazadas, respetando su privacidad y evitando cualquier forma de discriminación, así mismo se le da a conocer a las participantes los beneficios de esta investigación, la descripción del plan de emergencia familiar y comunitario.

6.12 Principios éticos de la investigación

6.12.1 Principio de autonomía: Al fomentar la capacitación, el estudio reconoce el derecho de las mujeres embarazadas a recibir información clara y adecuada, lo que les permite actuar de manera autónoma en la gestión de riesgos y en la protección de su salud y la de sus hijos. Así, se respeta su capacidad para decidir y liderar que fortalezcan su bienestar y el de su entorno.

6.12.2 Principio de beneficencia: Este principio guía las acciones del plan de emergencia familiar y comunitario al enfocarse en maximizar los beneficios y minimizar los riesgos asociados con emergencias obstétricas, garantizando que las medidas implementadas sean en el mejor interés de la población materno infantil. A través de estrategias de sensibilización y empoderamiento, el plan contribuye a crear un entorno más seguro preparado, lo que beneficia no solo a las mujeres embarazadas, sino también a sus familias y al tejido social en su conjunto.

6.12.3 Principio de justicia: Al garantizar que todas las mujeres embarazadas, independientemente de su nivel socioeconómico, acceso a recursos o ubicación dentro del área urbana, reciban las mismas oportunidades de información, capacitación y atención ante emergencias. Este principio asegura una distribución equitativa de los recursos y servicios relacionados con la preparación y respuesta ante emergencias, promoviendo la igualdad en el acceso al conocimiento y la protección necesaria para salvar la salud materna e infantil. Además, al involucrar a comadronas, familias y comunidades en el proceso, el plan fomenta la participación colectiva, reconociendo la importancia de incluir a todos los actores en la construcción de un sistema equitativo y funcional. De este modo, el principio de justicia guía la implementación del plan para asegurar que los beneficiarios a toda la población, sin exclusión ni discriminación, contribuyendo a reducir las brechas sociales y mejorar las condiciones de vida en el distrito.

6.12.4 Principio de no maleficencia: Este principio se aplica en el distrito de Chiché al asegurarse de que todas las acciones implementadas en el marco del plan estén orientadas a evitar daño o perjuicio a las mujeres embarazadas y sus familias. Esto incluye garantizar que la información proporcionada sea clara, accesible y culturalmente apropiada, evitando confusiones que puedan generar ansiedad o errores en la respuesta ante emergencias. Asimismo, el plan prioriza medidas preventivas que reduzcan riesgos, como capacitar a las comadronas y al personal comunitario para manejar situaciones críticas de manera segura y efectiva, minimizando complicaciones durante el embarazo y el parto. De esta forma, se busca proteger la integridad física y emocional de los participantes,

asegurando que las intervenciones no solo sean beneficiosas, sino también respetuosas y seguras para todos los involucrados.

preparado, lo que beneficia no solo a las mujeres embarazadas, sino también a sus familias y al tejido social en su conjunto.

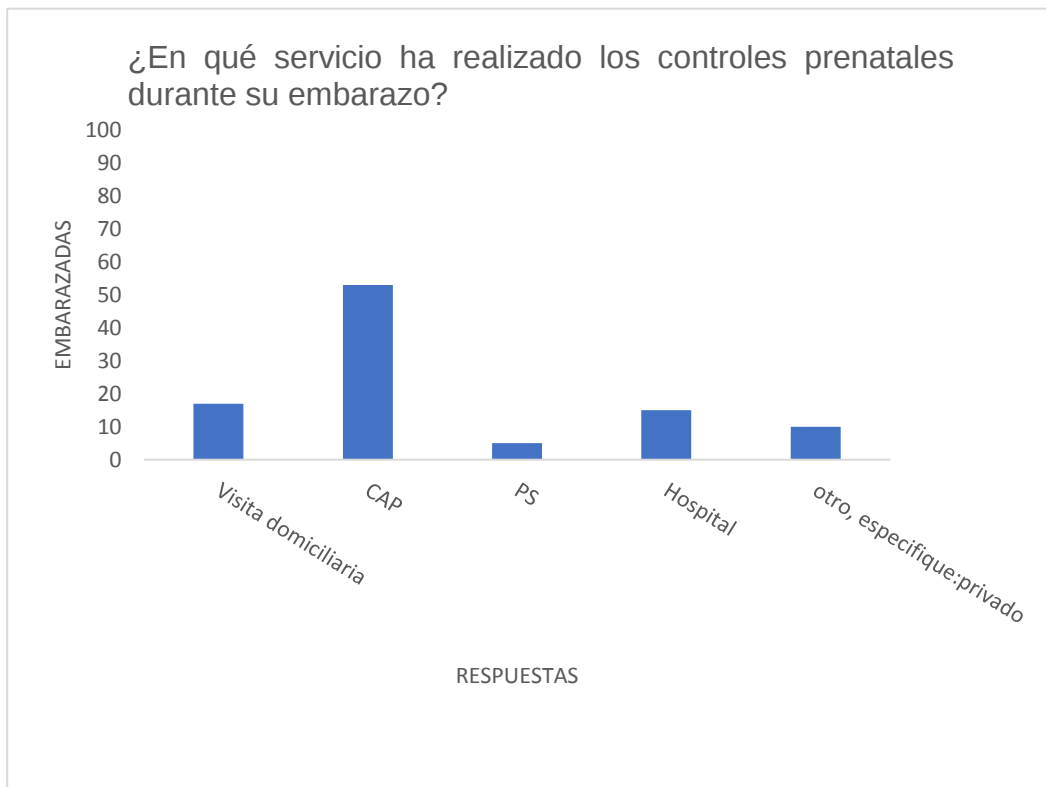
VII. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

Tabla y gráfica No.1

1. ¿En qué servicio ha realizado los controles prenatales durante su embarazo?

No.	Criterio	Frecuencia	Porcentaje
1	Visita domiciliaria	17	17%
2	CAP	53	53%
3	Puesto de Salud	5	5%
4	Hospital	15	15%
5	Otro, especifique: <u>privado</u>	10	10%
	Total	100	100%

Fuente: Trabajo de campo de noviembre a diciembre del 2024



La gráfica evidencia las preferencias de 100 mujeres embarazadas respecto a los servicios utilizados para controles prenatales. Los Servicios más utilizados son: CAP (Centros de Atención Primaria): Este es el servicio más utilizado, con una cantidad de entre 53 mujeres embarazadas, representando más del 53% de la muestra. Este alto porcentaje podría indicar que los CAP son accesibles, cuentan con una buena cobertura geográfica y son percibidos como una opción confiable para controles prenatales.

Servicios con menor utilización: Visitas domiciliarias: con un porcentaje del 17% de las embarazadas optan por este servicio, lo cual puede estar relacionado con situaciones específicas como dificultades para desplazarse o la necesidad de atención personalizada en casa.

Hospitales: 15% mujeres han preferido realizar sus controles en hospitales. Aunque los hospitales suelen contar con mayores recursos, su menor uso podría deberse a largas distancias, saturación del sistema o la percepción de que son más adecuados para emergencias.

Servicios privados con un porcentaje del 10% y los puestos de salud con un 5% estas dos categorías tienen la menor representación, lo que podría atribuirse a factores económicos en el caso de los servicios privados y a la limitada infraestructura o recursos en los PS.

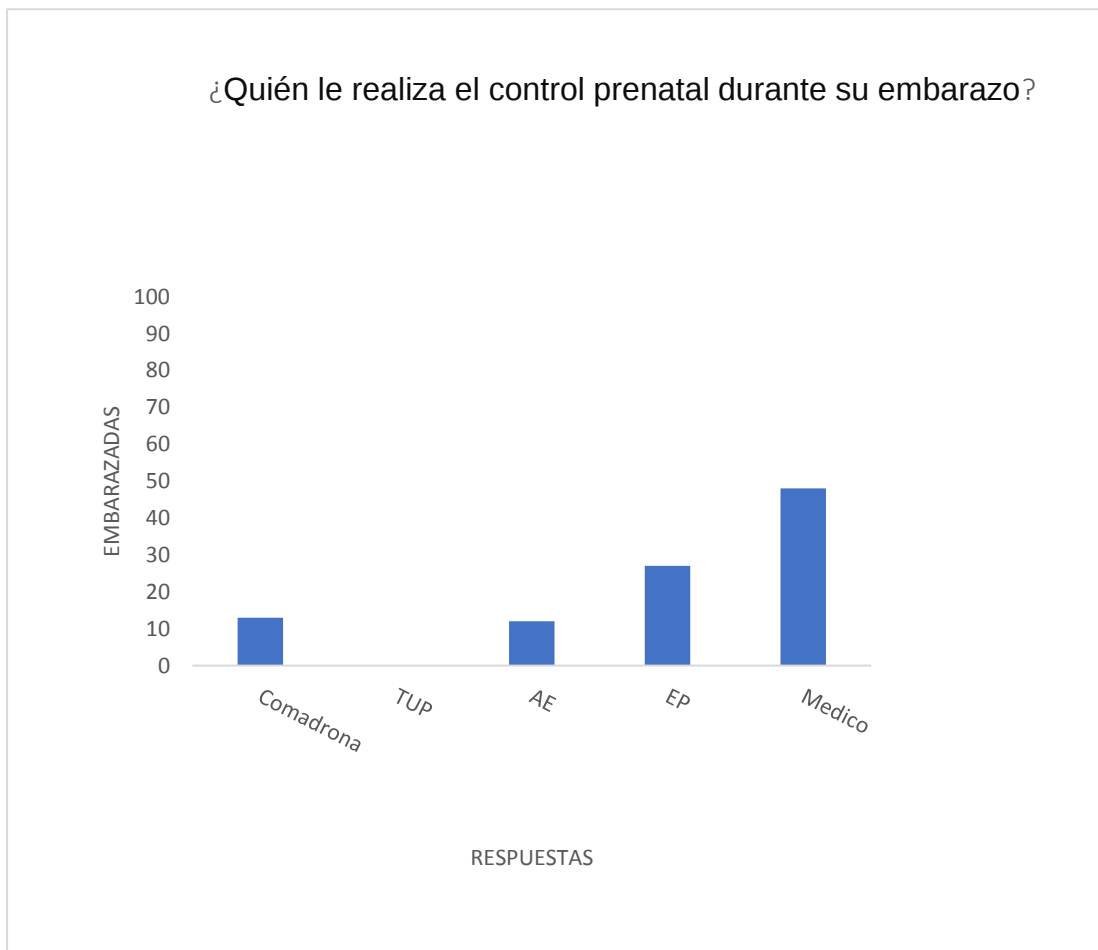
Los CAP lideran como la opción preferida, lo que refleja la importancia de un sistema de atención primaria bien estructurado y accesible. Las visitas domiciliarias, aunque útiles para casos específicos, tienen una cobertura limitada. Los hospitales y servicios privados tienen un menor impacto en la atención prenatal, probablemente debido a barreras económicas, de tiempo o geográficas.

Tabla y gráfica No.2

2. ¿Quién realiza le realiza el control prenatal durante su embarazo?

No.	Criterio	Frecuencia	Porcentaje
1	Comadrona	13	13%
2	Técnica Universitaria en partería	0	0%
3	Auxiliar de Enfermería	12	12%
4	Enfermera Profesional	27	27%
5	Médico	48	48%
	Total	100	100%

Fuente: Trabajo de campo de noviembre a diciembre de 2024



La gráfica evidencia las elecciones de las mujeres embarazadas en relación con el profesional que les realiza los controles prenatales. Los resultados destacan una clara preferencia por los médicos, quienes concentran la mayor cantidad de usuarias, superando las 48% mujeres. Este predominio refleja la confianza general en la formación y experiencia de los médicos, así como su accesibilidad en los principales centros de atención.

En segundo lugar, las enfermeras profesionales (EP) atienden a cerca de 27% mujeres, mostrando su relevancia en el sistema de salud, especialmente en contextos donde la atención primaria depende en gran medida de su labor. Por otro lado, los servicios prestados por comadronas representados en un 13%, auxiliares de enfermería (AE) un 12% y técnicos en urgencias pre-hospitalarias (TUP) no tienen representación, con cada uno atendiendo a un grupo reducido de embarazadas. Esto significa que estos roles son más específicos y probablemente limitados a determinadas situaciones o regiones con menor acceso a médicos o enfermeras especializadas.

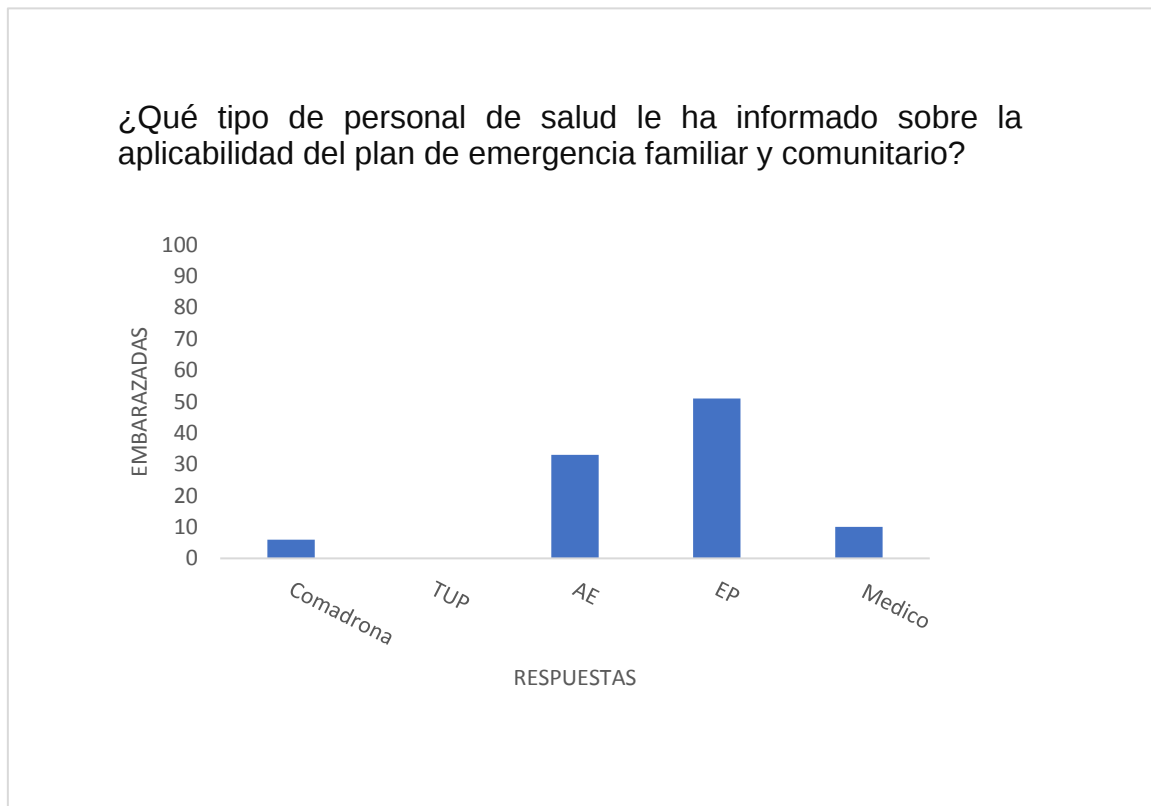
En términos generales, la gráfica resalta la jerarquización implícita en las preferencias, con una fuerte inclinación hacia profesionales con formación médica formal, mientras que los demás roles cumplen funciones complementarias o están enfocados en nichos particulares. Este patrón sugiere la centralidad del médico en el control prenatal y la relevancia de las enfermeras profesionales como una alternativa sólida en el sistema de atención de la salud materna.

Tabla y gráfica No.3

3. ¿Qué tipo de personal de salud le ha informado sobre la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario?

No.	Criterio	Frecuencia	Porcentaje
1	Comadrona	6	6%
2	Técnica Universitaria en Partería	0	0%
3	Auxiliar de enfermería	33	33%
4	Enfermera Profesional	51	51%
5	Medico	10	10%
	Total	100	100%

Fuente: Trabajo de campo de noviembre a diciembre de 2024



La gráfica ilustra las preferencias de 100 mujeres embarazadas en cuanto al tipo de personal de salud que les ha proporcionado información sobre la aplicabilidad de planes de emergencia familiar y comunitario. Los resultados reflejan tendencias claras en la distribución de responsabilidades dentro del sistema de salud.

El grupo más destacado es el de las enfermeras profesionales (EP), quienes tienen un amplio liderazgo al haber educado a cerca de 51% mujeres. Este dato resalta su papel fundamental en la educación sanitaria, especialmente en temas de prevención y manejo de emergencias en contextos familiares y comunitarios. La capacidad de las enfermeras para establecer cercanía con las pacientes y su enfoque en la promoción de la salud parecen ser factores determinantes en esta preferencia.

En segundo lugar, las auxiliares de enfermería (AE) informaron a 33% mujeres, evidenciando su participación complementaria en tareas educativas, particularmente en áreas donde el acceso a personal especializado podría ser más limitado.

En cambio, los médicos con un 10% y comadronas tienen una representación significativamente menor a 6%, con un grupo reducido de mujeres que han recibido información de ellos. La baja proporción atribuida a los médicos podría deberse a su enfoque principal en el diagnóstico y tratamiento, dejando la labor educativa en manos de enfermeras y auxiliares. Por otro lado, la escasa participación de las comadronas en este tema sugiere que su labor está más centrada en el acompañamiento durante el embarazo y el parto en contextos específicos.

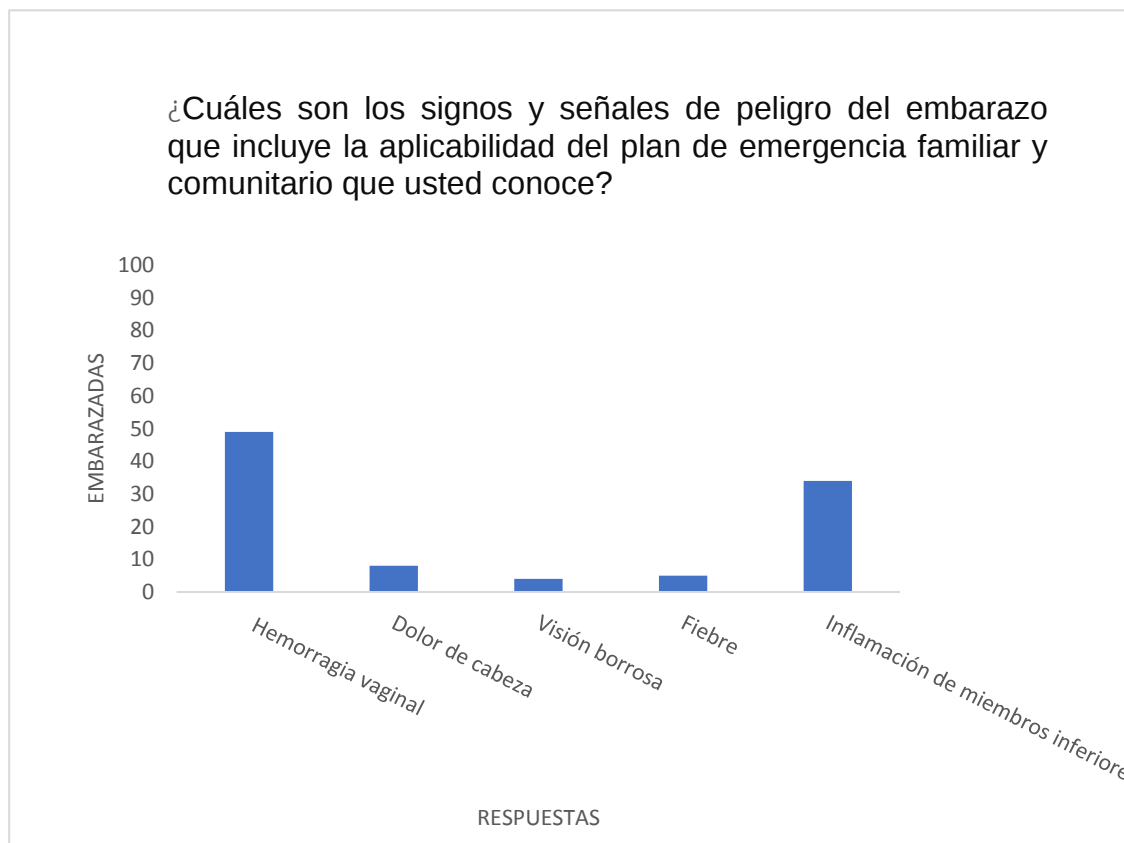
Las técnicas en partería no tienen participación en esta área, a pesar de que en este distrito desempeñan funciones directamente en las zonas rurales, donde brindan atención, especialmente a mujeres embarazadas.

Tabla y gráfica No.4

4. ¿Cuáles son los signos y señales de peligro del embarazo que incluye la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario que usted conoce?

No.	Criterio	Frecuencia	Porcentaje
1	Hemorragia vaginal	49	49%
2	Dolor de cabeza	8	8%
3	Visión borrosa	4	4%
4	Fiebre	5	5%
5	Inflamación de miembros inferiores	34	34%
	Total	100	100%

Fuente: Trabajo de campo de noviembre a diciembre de 2024



La gráfica presenta los resultados de una encuesta dirigida a mujeres embarazadas sobre los signos de peligro del embarazo que conocen, relacionados con la aplicabilidad de un plan de emergencia familiar y comunitario.

La gráfica subraya una diferencia notable en la percepción de los signos de peligro, en la cual los síntomas más visibles o alarmantes reciben mayor atención, mientras que los más sutiles o de menos importancia para las mujeres embarazadas son pasados por alto. Esto plantea un desafío importante en la promoción de salud y en la educación de las mujeres embarazadas para que detecten cada uno de estos signos de alarma son de riesgo para ellas.

- Hemorragia vaginal: Este signo es el más reconocido, mencionado por el 49% de las mujeres encuestadas. Su alta identificación indica que los participantes son conscientes de su gravedad, posiblemente debido a que es un síntoma visible y ampliamente asociado con emergencias obstétricas.
- Inflamación (probablemente de extremidades o cara): Es el segundo signo 34% de las encuestadas. Este nivel de reconocimiento podría estar relacionado con una mayor sensibilización hacia condiciones como la pre eclampsia.
- Dolor de cabeza: Solo el 8% de las participantes identifica este signo como un
- Visión borrosa: Apenas el 4% de las mujeres reconocen este signo, a pesar
- Fiebre: identificado también por el 5% de las encuestadas, lo que evidencia una falta de conciencia sobre su posible relación con infección

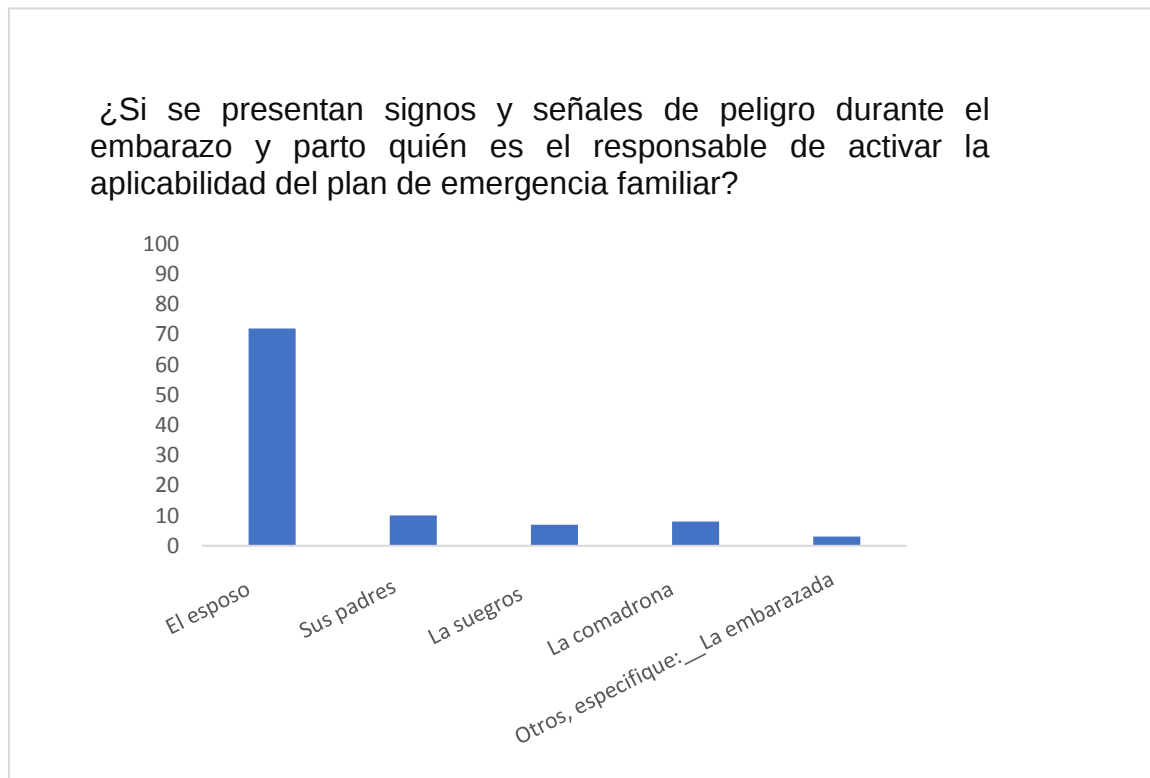
Es fundamental implementar estrategias educativas que promuevan un entendimiento más amplio de los signos de peligro durante el embarazo, especialmente aquellos menos reconocidos. Las campañas de sensibilización deben enfocarse en explicar la importancia de síntomas como fiebre, visión borrosa y dolor de cabeza, que pueden ser indicativos de condiciones graves.

Tabla y gráfica No.5

5. . ¿Si se presentan signos y señales de peligro durante el embarazo y parto quién es el responsable de activar la aplicabilidad del plan de emergencia familiar?

No.	Criterio	Frecuencia	Porcentaje
1	El esposo	72	72%
2	Sus padres	10	10%
3	La suegros	7	7%
4	La comadrona	8	8%
5	Otros, especifique: <u>La embarazada</u>	3	3%
	Total	100	100%

Fuente: Trabajo de campo de noviembre a diciembre de 2024



La activación del plan de emergencia familiar y comunitario en situaciones de peligro durante el embarazo y el parto se identifica como una responsabilidad clave para garantizar la seguridad de la madre y el bebé. De acuerdo con la percepción de 100 mujeres encuestadas, el 72% (72 mujeres) señaló al esposo como el principal responsable de esta tarea, lo que refleja el papel central que tradicionalmente se le asigna como el primer soporte en momentos críticos. Por otro lado, un 10% de las participantes (10 mujeres) indicó que son sus padres quienes asumen esta responsabilidad, los suegros con un 7%, destacando el papel complementario que juega la familia extendida en contextos donde el esposo podría no estar disponible o cuando la dinámica familiar así lo determina.

Adicionalmente, el 8% (8 mujeres) mencionó a la comadrona como la figura encargada de activar el plan de emergencia. Esto resalta la confianza depositada en estos profesionales de la salud comunitaria, especialmente en áreas donde las comadronas desempeñan un rol esencial en la atención prenatal, el parto y el manejo de situaciones críticas relacionadas con la salud materna. Sin embargo, de 100 embarazadas solo un 3% activan el plan de emergencia familiar.

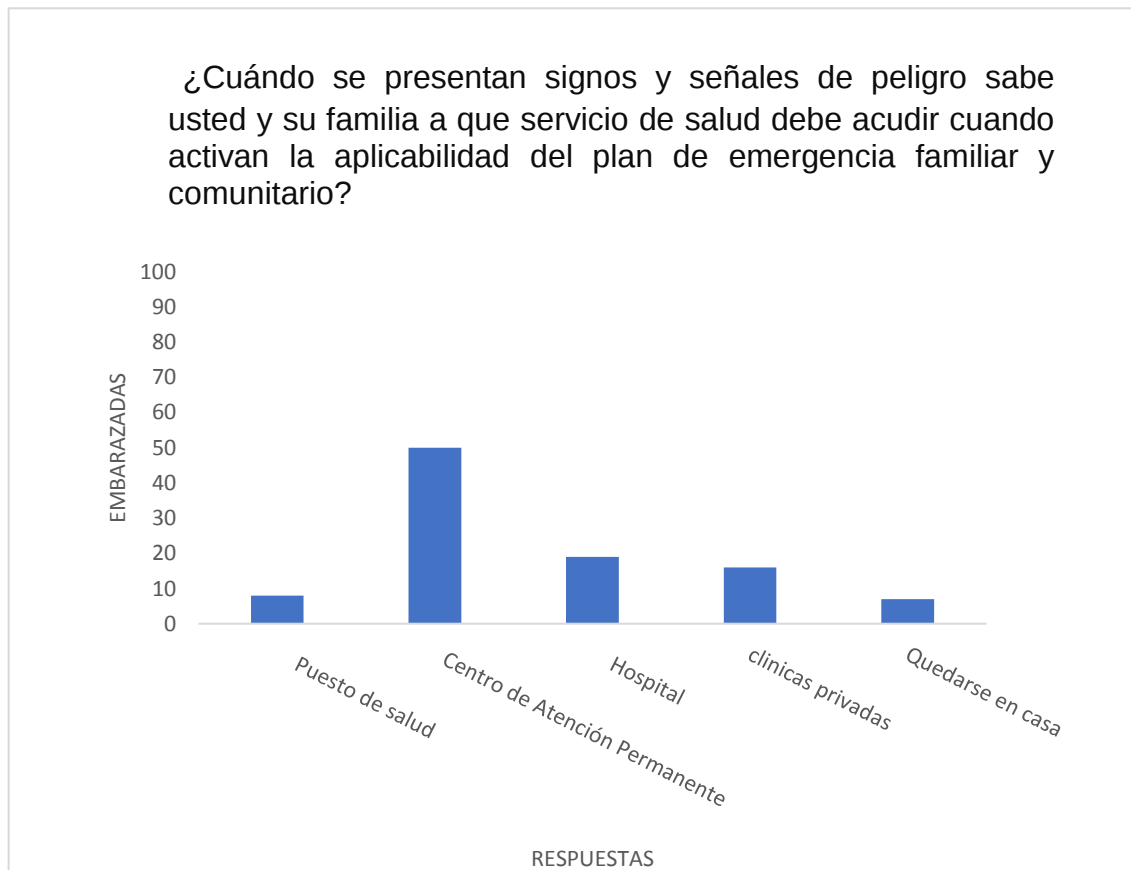
Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de los vínculos familiares y comunitarios en la respuesta a emergencias, evidenciando que el éxito de cualquier plan de emergencia depende en gran medida de la comunicación, la preparación previa y la claridad en los roles asignados. Asimismo, subrayan la necesidad de fortalecer la capacitación y sensibilización de los actores involucrados, incluyendo a los esposos, familiares cercanos y comadronas, para garantizar una respuesta coordinada, rápida y efectiva que permita salvaguardar la vida y el bienestar de la madre y el bebé en situaciones críticas.

Tabla y gráfica No.6

6. . ¿Cuándo se presentan signos y señales de peligro sabe usted y su familia a que servicio de salud debe acudir cuando activan la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario?

No.	Criterio	Frecuencia	Porcentaje
1	Puesto de salud	8	8%
2	Centro de Atención Permanente	50	50%
3	Hospital	19	19%
4	clínicas privadas	16	16%
5	Quedarse en casa	7	7%
	Total	100	100%

Fuente: Trabajo de campo de noviembre a diciembre de 2024



Según la gráfica de 100 mujeres embarazadas, la mayoría de ellas tiene claridad sobre a qué servicio de salud acudir cuando se presentan signos y señales de peligro durante el embarazo y el parto, y activan el plan de emergencia familiar y comunitario. Un 50% (50 mujeres) indicó que acuden al Centro de Atención Primaria (CAP) y el puesto de salud con un 8% para cualquier emergencia, lo que sugiere que estos centros son percibidos como la primera opción por parte de las familias para atender situaciones de riesgo, debido a su proximidad y accesibilidad.

Por otro lado, un 19% (19 mujeres) afirmó que acuden al hospital en caso de emergencia. Este dato refleja una preferencia por contar con un servicio de atención más especializado y con mayor capacidad para atender complicaciones graves durante el embarazo y el parto. El hospital es visto como un recurso adecuado para manejar situaciones que requieren intervención médica intensiva o especializada.

Finalmente, un 16% (16 mujeres) indicó que optan por asistir a clínicas privadas. Este grupo refleja una preferencia por servicios médicos privados, posiblemente debido a la confianza en la atención personalizada, tiempos de espera reducidos o una percepción de mayor calidad en los servicios ofrecidos por estas instituciones, mientras que otro 7% opta por quedarse en casa.

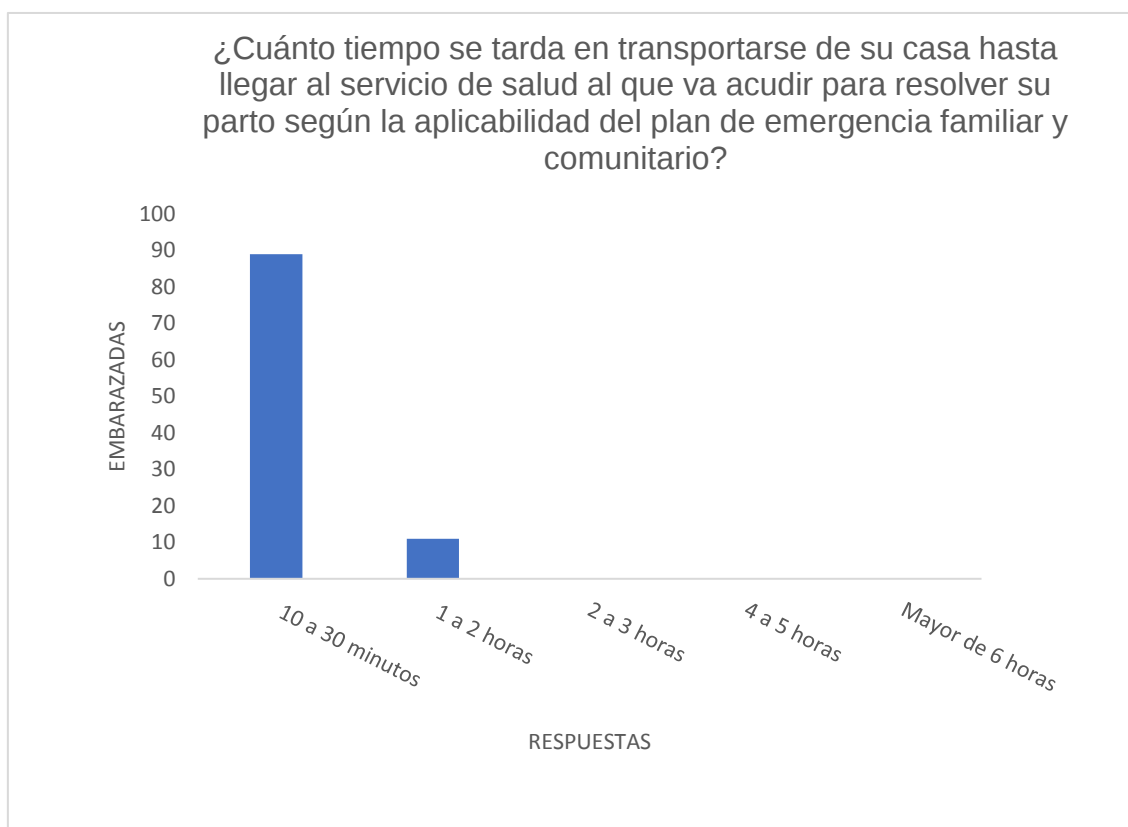
Estos resultados destacan la diversidad de opciones de atención disponibles para las mujeres embarazadas, y subrayan la importancia de que tanto las familias como los profesionales de la salud estén bien informados sobre los recursos adecuados y las rutas de atención en caso de emergencia. Además, se resalta la necesidad de fortalecer la coordinación entre los distintos niveles de atención (CAP, hospitales y clínicas privadas) para garantizar una respuesta eficiente, oportuna y adecuada ante situaciones críticas que puedan presentarse durante el embarazo y el parto.

Tabla y gráfica No.7

7. . ¿Cuánto tiempo se tarda en transportarse de su casa hasta llegar al servicio de salud al que va a acudir para resolver su parto según la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario?

No.	Criterio	Frecuencia	Porcentaje
1	10 a 30 minutos	89	89%
2	1 a 2 horas	11	11%
3	2 a 3 horas	0	0%
4	4 a 5 horas	0	0%
5	Mayor de 6 horas	0	0%
	Total	100	100%

Fuente: Trabajo de campo de noviembre a diciembre de 2024



Según los datos recopilados de 100 mujeres embarazadas, el tiempo estimado para trasladarse desde sus hogares hasta el servicio de salud al que acuden en situaciones de emergencia, de acuerdo con la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario, varía considerablemente. La mayoría de las participantes, un 89% (89 mujeres), reportó que el tiempo de traslado al Centro de Atención Primaria (CAP) es de entre 10 a 30 minutos. Este tiempo relativamente corto indica que muchas de las mujeres embarazadas tienen acceso a servicios de salud cercanos, lo que facilita una respuesta rápida ante cualquier signo de peligro durante el embarazo o el parto.

Sin embargo, un 11% (11 mujeres) indicó que el tiempo de traslado puede extenderse entre 1 a 2 horas para llegar al CAP, lo que podría estar relacionado con factores como la ubicación geográfica, el acceso limitado a transporte adecuado o la falta de infraestructura en algunas áreas rurales o de difícil acceso. Este tiempo de espera prolongado subraya la importancia de considerar las condiciones de transporte y accesibilidad a los servicios de salud en el diseño de planes de emergencia, así como la necesidad de mejorar la cobertura de atención en áreas más alejadas o rurales.

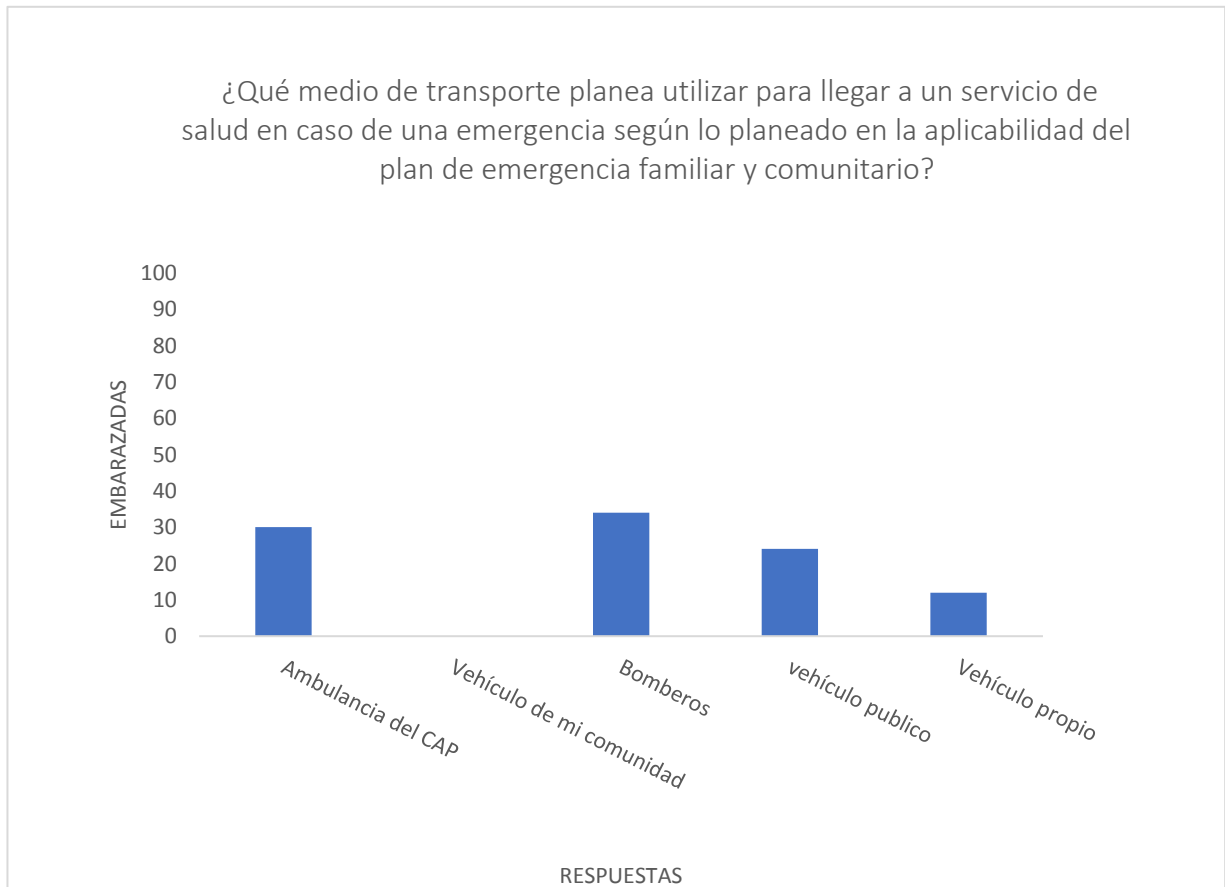
Estos resultados destacan la disparidad en el acceso a los servicios de salud entre las mujeres embarazadas, lo que resalta la necesidad de optimizar las rutas de atención y asegurar que todas las familias, independientemente de su ubicación, puedan recibir atención oportuna en situaciones de emergencia, garantizando así la seguridad tanto de la madre como del bebé durante el embarazo y el parto

Tabla y gráfica No.8

8. ¿Qué medio de transporte planea utilizar para llegar a un servicio de salud en caso de una emergencia según lo planeado en la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario?

No.	Criterio	Frecuencia	Porcentaje
1	Ambulancia del CAP	30	30%
2	Vehículo de mi comunidad	0	0%
3	Bomberos	34	34%
4	Vehículo publico	24	24%
5	Vehículo propio	12	12%
	Total	100	100%

Fuente: Trabajo de Campo de noviembre a diciembre de 2024



Según los datos obtenidos de 100 mujeres embarazadas, la mayoría de ellas tiene claro el medio de transporte que utilizarán para llegar a un servicio de salud en caso de emergencia, conforme a la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario. Un 34% (34 mujeres) opta por acudir a los bomberos, lo que sugiere que esta opción se percibe como un recurso eficiente y rápido, especialmente en situaciones críticas donde la rapidez en el traslado es fundamental. El uso de los bomberos también puede estar relacionado con su capacidad de respuesta inmediata y la disponibilidad de vehículos equipados para emergencias.

Por otro lado, un 30% (30 mujeres) planea utilizar la ambulancia del Centro de Atención Primaria (CAP), lo que refleja una preferencia por un medio de transporte especializado en emergencias y con personal médico capacitado para asistir durante el traslado, lo que puede ser especialmente relevante en casos de complicaciones durante el embarazo o el parto.

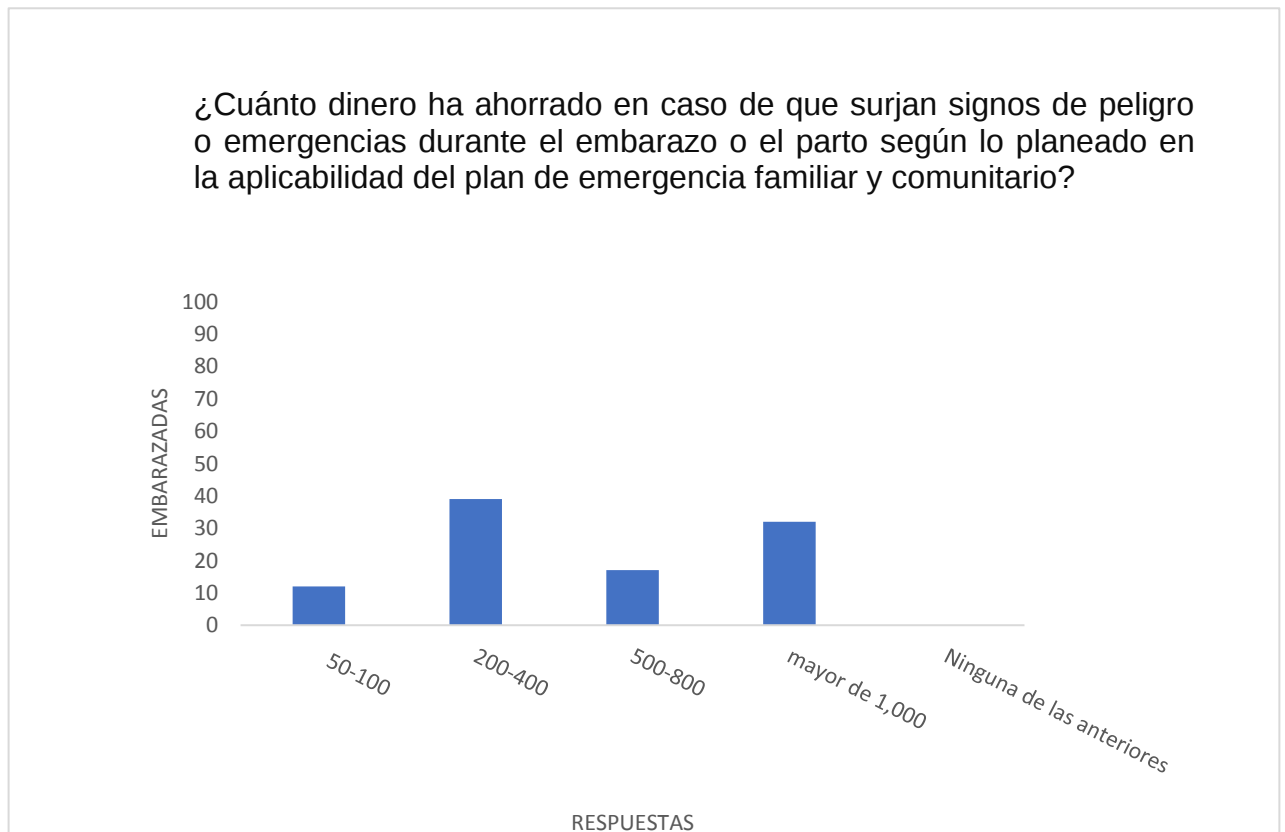
Un 24% (24 mujeres) indicó que utilizarán el vehículo público, lo que sugiere que, en algunos casos, el acceso a los servicios de salud depende de los medios de transporte disponibles, aunque esta opción podría generar mayor tiempo de traslado y complicaciones si la emergencia requiere una intervención rápida y un 12% (12 mujeres) indicó que utilizarán su vehículo propio, lo que podría ser una opción preferida en zonas donde los otros medios de transporte no están fácilmente disponibles o cuando la familia tiene acceso a un vehículo particular para enfrentar la emergencia.

Tabla y gráfica No.9

9. ¿Cuánto dinero ha ahorrado en caso de que surjan signos de peligro o emergencias durante el embarazo o el parto según lo planeado en la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario?

No.	Criterio	Frecuencia	Porcentaje
1	50-100	12	12%
2	200-400	39	39%
3	500-800	17	17%
4	mayor de 1,000	32	32%
5	Ninguna de las anteriores	0	0%
	Total	100	100%

Fuente: Trabajo de campo de noviembre a diciembre de 2024.



Según los datos obtenidos de un grupo de 100 embarazadas la mayoría de ellas ha tomado medidas para ahorrar dinero en previsión de posibles emergencias o complicaciones durante el embarazo o el parto, de acuerdo con la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario. Ahorro de 50 a 100 solo un 12% ha optado por ese monto, un 39% (39 mujeres) ha ahorrado entre 200 a 400 quetzales, lo que indica que muchas mujeres embarazadas tienen un ahorro moderado destinado a cubrir gastos imprevistos relacionados con su salud y la atención médica necesaria en caso de emergencia.

Por otro lado, un 32% (32 mujeres) ha logrado ahorrar más de 1000 quetzales, lo que refleja un esfuerzo considerable para asegurar que cuenten con una cantidad significativa de dinero en caso de que surjan complicaciones que requieran atención especializada, como el traslado a un hospital o la contratación de servicios médicos adicionales o privadas. Esta cifra sugiere que, en ciertos casos, las mujeres están más preparadas financieramente para hacer frente a los costos de una emergencia, aunque también puede reflejar una capacidad económica más alta para destinar recursos a este propósito.

Finalmente, un 17% (17 mujeres) ha ahorrado entre 500 a 800 quetzales, lo que también representa una cantidad considerable para cubrir posibles gastos relacionados con el parto y la atención médica necesaria.

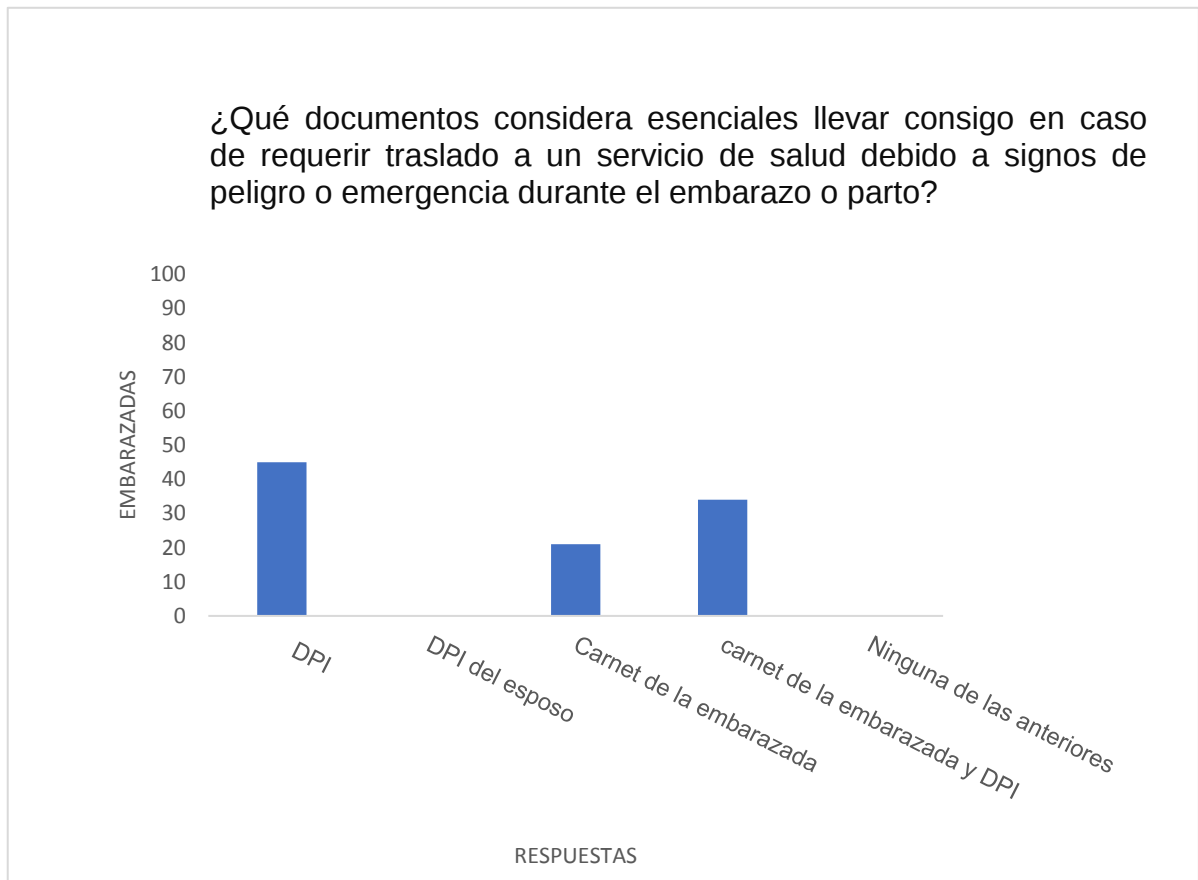
Estos resultados muestran una diversidad en los niveles de ahorro, lo que resalta las diferencias en la capacidad económica de las mujeres embarazadas para hacer frente a emergencias. Aunque muchos han tomado medidas para tener un fondo de emergencia, la variabilidad en los ahorros subraya la importancia de implementar políticas de salud pública que aseguren que todas las mujeres, independientemente de su capacidad económica, puedan acceder a los servicios de salud necesarios en situaciones de emergencia. Esto también resalta la necesidad de promover la educación financiera y el acceso a servicios de salud accesibles y de calidad para garantizar que el factor económico no sea una barrera para recibir atención oportuna en momentos críticos.

Tabla y gráfica No.10

10. ¿Qué documentos considera esenciales llevar consigo en caso de requerir traslado a un servicio de salud debido a signos de peligro o emergencia durante el embarazo o parto?

No.	Criterio	Frecuencia	Porcentaje
1	DPI	45	45%
2	DPI del esposo	0	0%
3	Carnet de la embarazada	21	21%
4	Carnet de la embarazada y DPI	34	34%
5	Ninguna de las anteriores	0	0%
	Total	100	100%

Fuente: Trabajo de campo de noviembre a diciembre de 2024.



Según los datos obtenidos de 100 mujeres embarazadas, la mayoría de ellas tiene claro qué documentos consideran esenciales llevar consigo en caso de requerir un traslado a un servicio de salud debido a signos de peligro o emergencia durante el embarazo o el parto. El 45% (45 mujeres) indicó que el DPI (Documento Personal de Identificación) es uno de los documentos esenciales que consideran llevar, lo que refleja su importancia como identificación personal en situaciones de emergencia, donde puede ser necesario verificar la identidad de la paciente para acceder a los servicios de salud o realizar trámites administrativos.

El carnet de la embarazada también se percibe como un documento crucial, según lo señalado por el 21% (21 mujeres) de las participantes. Este documento es esencial para proporcionar información específica sobre el estado de salud de la mujer embarazada, incluyendo antecedentes médicos, condiciones previas, fechas de consulta, entre otros aspectos que pueden ser determinantes para el manejo adecuado de la emergencia.

Un 34% (34 mujeres) señaló que lleva ambos documentos, el DPI y el carnet de la embarazada, lo que sugiere que muchas mujeres prefieren tener a la mano tanto la identificación personal como la documentación médica relevante para su situación. Esta combinación garantiza una atención más rápida y eficiente en los servicios de salud, ya que los profesionales pueden acceder tanto a la información administrativa como médica de manera inmediata.

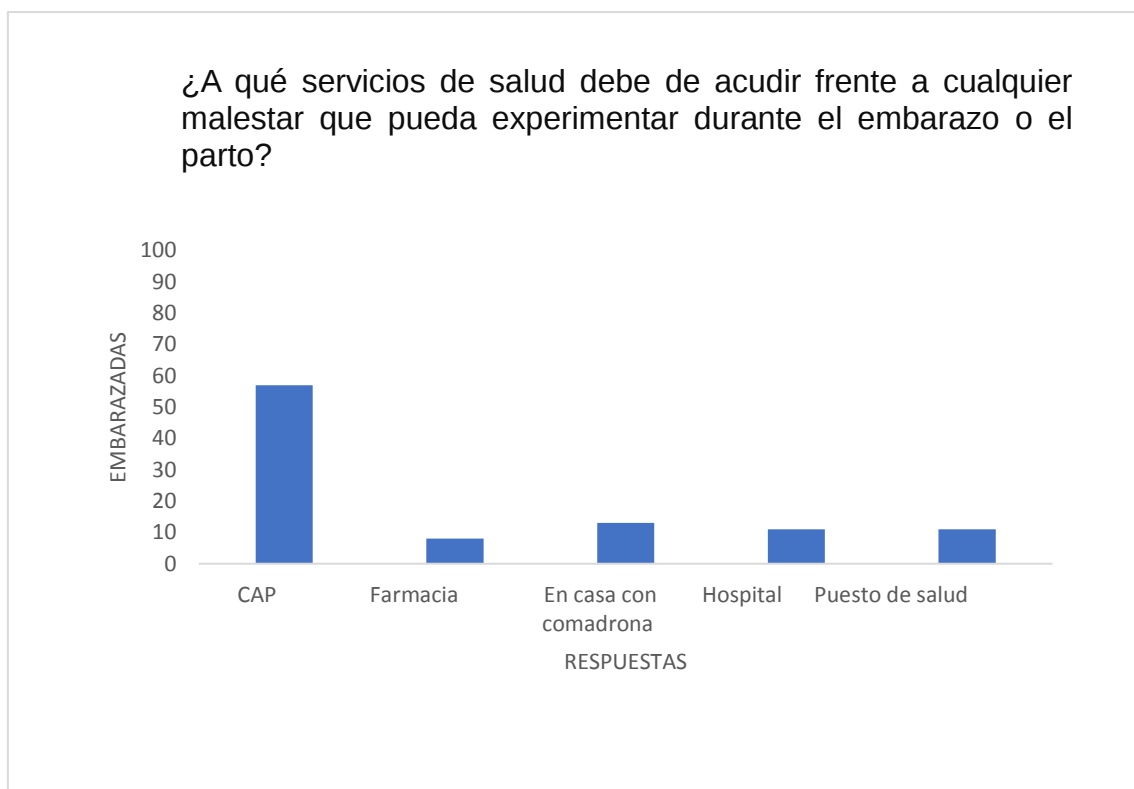
Estos resultados destacan la importancia de la documentación adecuada en situaciones de emergencia, subrayando que la preparación para el traslado a un servicio de salud no solo debe centrarse en los aspectos logísticos y de transporte, sino también en asegurarse de que todos los documentos necesarios estén disponibles para facilitar el acceso rápido y efectivo a la atención médica. Además, resalta la necesidad de promover la educación sobre los documentos esenciales para asegurar que puedan recibir atención sin demoras o complicaciones administrativas.

Tabla y gráfica No.11

11. ¿A qué servicios de salud debe de acudir frente a cualquier malestar que pueda experimentar durante el embarazo o el parto?

No.	Criterio	Frecuencia	Porcentaje
1	CAP	57	57%
2	Farmacia	8	8%
3	En casa con comadrona	13	13%
4	Hospital	11	11%
5	Puesto de salud	11	11%
	Total	100	100%

Fuente: Trabajo de campo de noviembre a diciembre de 2024.



Según los datos recopilados de 100 mujeres embarazadas, la mayoría de ellas tiene claro a qué servicio de salud acudir en caso de experimentar malestares durante el embarazo o el parto, de acuerdo con lo planeado en la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario. Un 57% (57 mujeres) indicó que acuden al Centro de Atención Primaria (CAP) ante cualquier malestar, lo que refleja que muchas mujeres consideran al CAP como la primera opción para recibir atención médica durante el embarazo. Este servicio ofrece una atención básica y preventiva, y muchas mujeres confían en su capacidad para abordar los síntomas y malestares comunes durante el embarazo.

Por otro lado, un 13% (13 mujeres) opta por quedarse en casa y recibir atención de la comadrona, lo que sugiere que en algunas comunidades y familias se prefiere el acompañamiento de estos profesionales en lugar de acudir a centros de salud formales. Las comadronas juegan un papel clave en la atención del parto y en la supervisión de la salud materna durante el embarazo, especialmente en áreas rurales o donde el acceso a centros de salud es limitado.

Sin embargo, un 11% (11 mujeres) indicaron que optan por la asistencia médica de un hospital y otro 11% (11 mujeres) acuden a los puestos de salud.

Finalmente, un 8% (8 mujeres) indicó que acuden a la farmacia para tratar ciertos malestares durante el embarazo. Este dato refleja la tendencia de algunas mujeres a buscar soluciones inmediatas y accesibles para molestias menores a través de medicamentos de venta libre, aunque esta opción no reemplaza la consulta médica adecuada en caso de síntomas graves o persistentes.

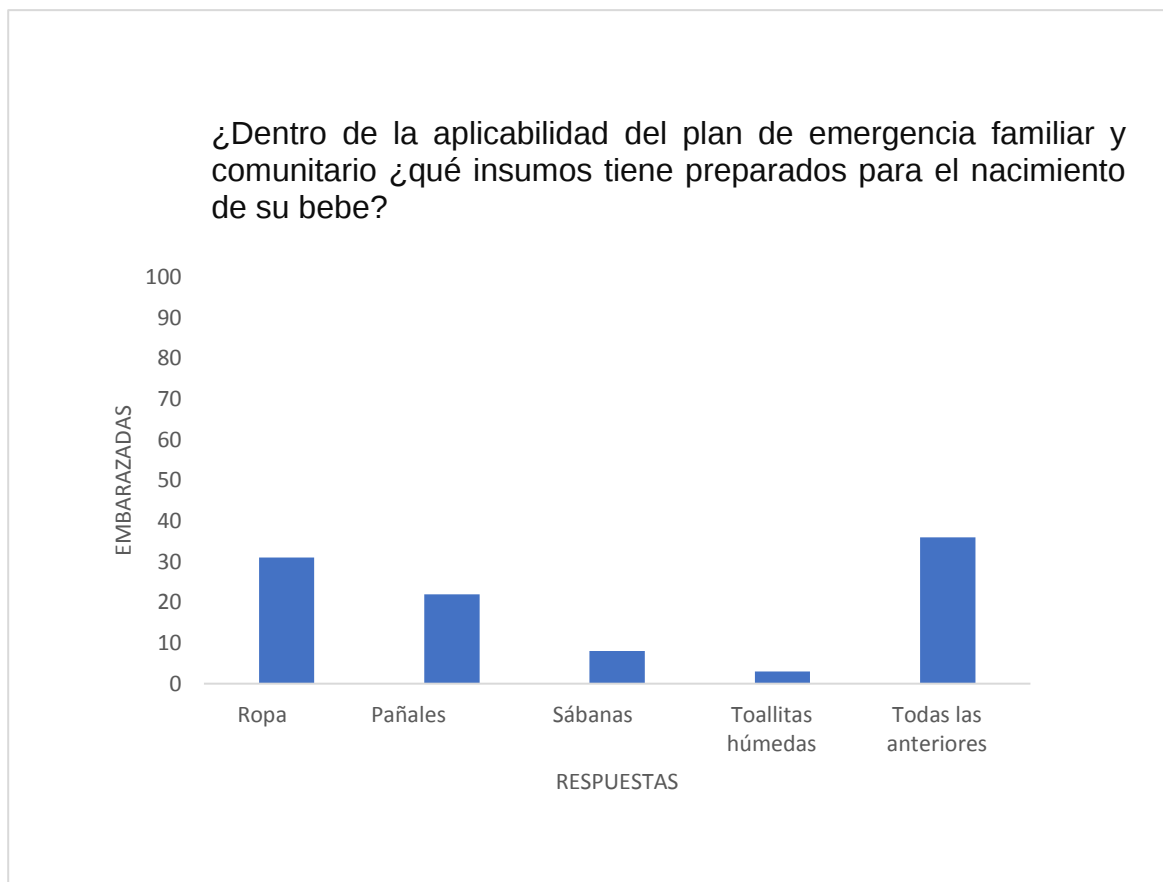
Estos resultados muestran la diversidad de opciones que las mujeres embarazadas consideran al momento de enfrentar malestares durante el embarazo, lo que resalta la necesidad de promover una mayor educación sobre los servicios de salud disponibles y la importancia de buscar atención médica adecuada ante cualquier síntoma preocupante. Además, es esencial fortalecer la colaboración entre los diferentes niveles de atención (CAP, comadronas, farmacias) para garantizar que las mujeres reciban la orientación y los cuidados necesarios de manera oportuna y efectiva.

Tabla y gráfica No.12

12. Dentro de la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario ¿qué insumos tiene preparados para el nacimiento de su bebe?

No.	Criterio	Frecuencia	Porcentaje
1	Ropa	31	31%
2	Pañales	22	22%
3	Sábanas	8	8%
4	Toallitas húmedas	3	3%
5	Todas las anteriores	36	36%
	Total	100	100%

Fuente: Trabajo de campo de noviembre a diciembre de 2024.



Por otro lado, un 36% (36 mujeres) consideró que todas las respuestas de los insumos más esenciales para él beben eran todas las repuestas. Este dato resalta la importancia que se le da a la comodidad del bebé, que incluye tantas prendas para su abrigo y de uso diario. La ropa es vista como un artículo fundamental para la protección y el cuidado del recién nacido, asegurando que se mantenga cómodo y adecuado a las condiciones del entorno.

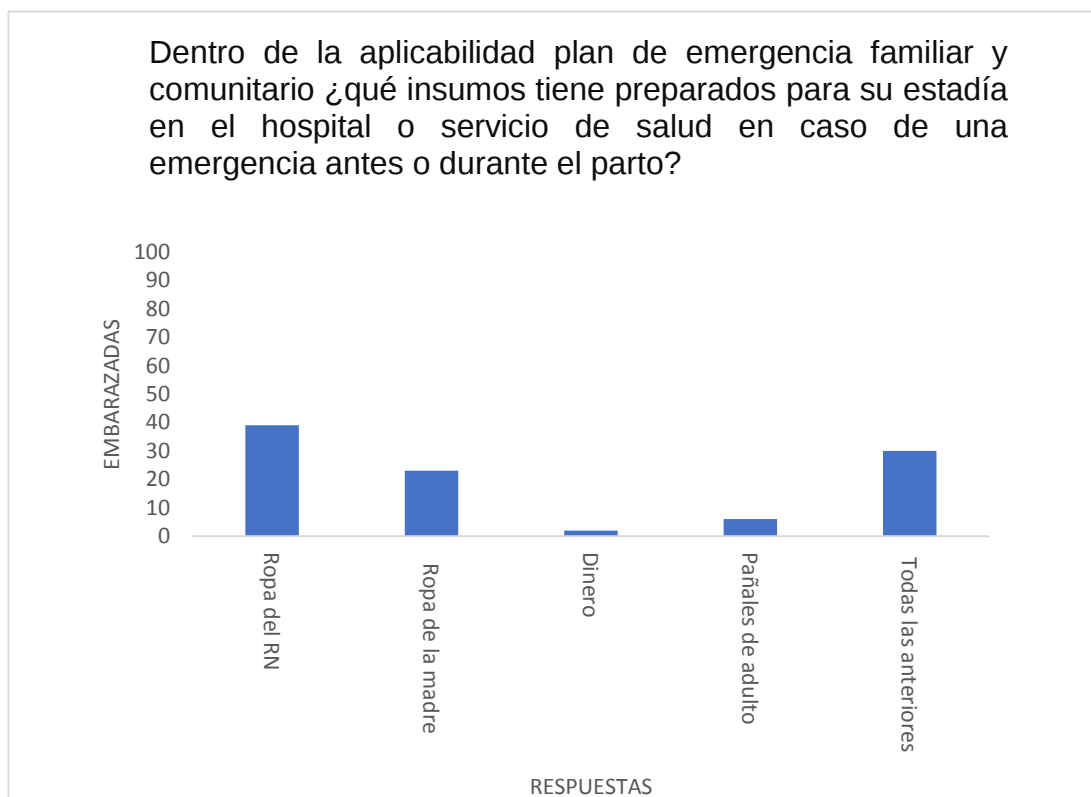
Estos resultados reflejan una preparación adecuada y un enfoque práctico hacia el cuidado del bebé en los primeros días, destacando la importancia de tener listos los elementos esenciales que garantizan su bienestar. La planificación en torno a los insumos necesarios para el nacimiento también busca asegurar que todas las madres cuenten con lo necesario para un parto seguro y una recuperación óptima, tanto para ellas como para el bebé.

Tabla y gráfica No.13

13. Dentro de la aplicabilidad plan de emergencia familiar y comunitario ¿qué insumos tiene preparados para su estadía en el hospital o servicio de salud en caso de una emergencia antes o durante el parto?

No.	Criterio	Frecuencia	Porcentaje
1	Ropa del RN	39	39%
2	Ropa de la madre	23	23%
3	Dinero	2	2%
4	Pañales de adulto	6	6%
5	Todas las anteriores	30	30%
	Total	100	100%

Fuente: Trabajo de campo noviembre a diciembre de 2024.



Según los datos obtenidos de 100 mujeres embarazadas, la mayoría ha tomado en cuenta la preparación de los insumos necesarios para su estadía en el hospital o servicio de salud en caso de una emergencia antes o durante el parto, como parte de su planificación dentro del plan de emergencia familiar y comunitario. Un 39% (39 mujeres) destacó que la ropa del recién nacido es lo más esencial para tener preparado antes de ingresar al hospital. Esto refleja una preocupación por garantizar que el bebé esté cómodo y bien abrigado después del nacimiento, y la ropa se considera uno de los artículos prioritarios para el cuidado inmediato del recién nacido.

Por otro lado, un 30% (30 mujeres) indicó que todas las opciones de insumos (ropa, pañales, sábanas, toallitas, entre otros) son igualmente importantes para la preparación de los insumos del recién nacido ante una emergencia. Sin embargo 23% (23 mujeres) describen la preparación de la ropa de la madre y 6% sobre pañales de adulto; un 2% (2 mujeres) indicar la importancia de tener listo el dinero. Este grupo de mujeres reconoce la importancia de tener listos varios artículos esenciales para asegurar la higiene, el confort y el bienestar tanto del bebé como de la madre durante la estadía en el hospital. La preparación integral de estos insumos refleja un enfoque más completo y preventivo ante cualquier eventualidad que pueda surgir durante el parto o en los primeros días de vida del bebé.

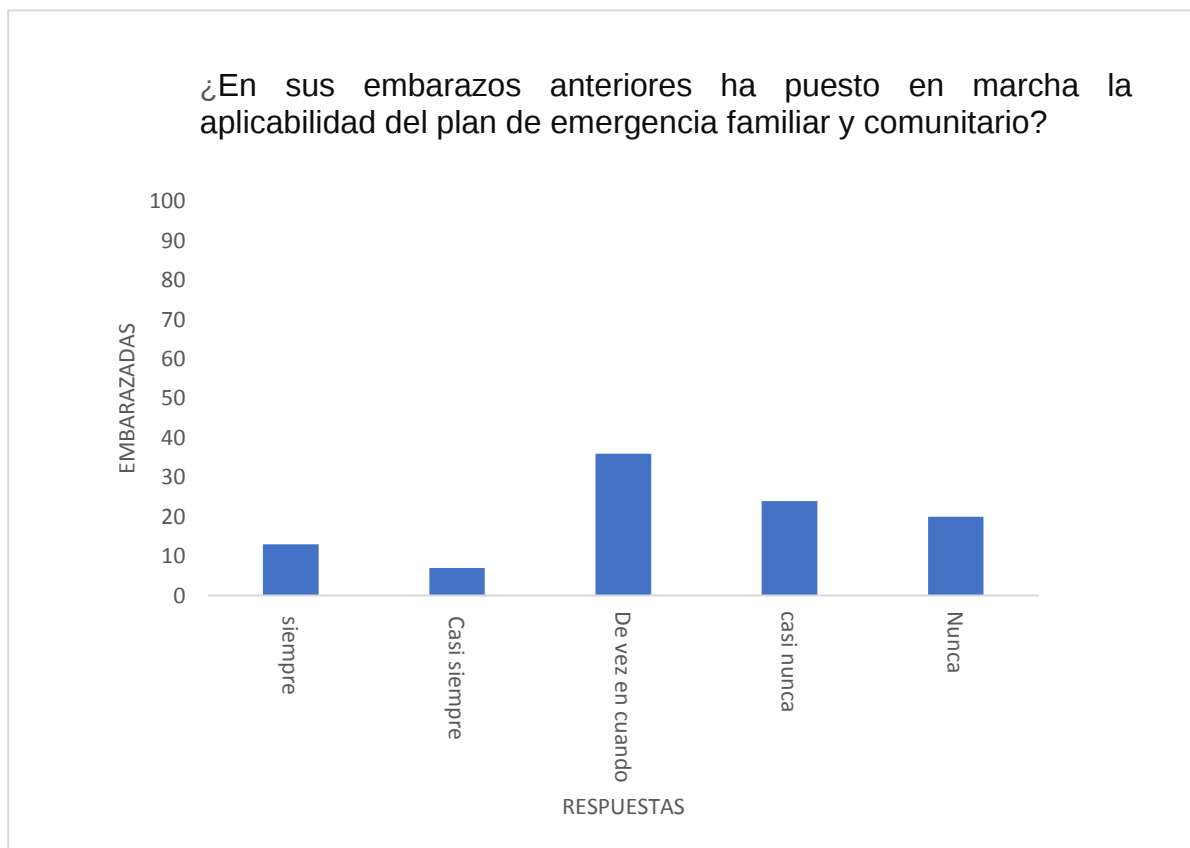
Estos resultados subrayan la importancia de una preparación exhaustiva para la estadía en el hospital, en la cual se consideran tanto los insumos para el bebé como las necesidades de la madre. También destacan la diversidad en las prioridades de las mujeres embarazadas, lo que resalta la necesidad de reforzar la educación sobre la preparación adecuada para el parto y la estadía hospitalaria, asegurando que todas las madres cuenten con los elementos necesarios para afrontar cualquier emergencia y garantizar una experiencia de parto segura y satisfactoria para ambas.

Tabla y gráfica No.15

14. ¿En sus embarazos anteriores ha puesto en marcha la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario?

No.	Criterio	Frecuencia	Porcentaje
1	Siempre	13	13%
2	Casi siempre	7	7%
3	De vez en cuando	36	36%
4	Casi nunca	24	24%
5	Nunca	20	20%
	Total	100	100%

Fuente: Trabajo de campo de noviembre a diciembre de 2024.



La gráfica muestra la frecuencia con la que las mujeres embarazadas han aplicado un plan de emergencia familiar y comunitario durante embarazos previos, revelando una notable variabilidad en su uso. Los datos destacan que la opción "de vez en cuando" es la más frecuente, con porcentaje de 36% mujeres seleccionando esta respuesta, lo que indica que la mayoría solo recurre al plan de manera ocasional. su implementación no es sistemática ni constante, lo que podría estar relacionado con la falta de una rutina establecida o una percepción de que no es urgente.

un número considerable de mujeres eligió las opciones "casi nunca" y "nunca", con un 24% de respuestas cada una. Este dato refleja que una proporción significativa de las mujeres no utiliza el plan o lo hace de manera muy ocasional lo cual podría estar vinculado a diversos factores, como la falta de información sobre la relevancia del plan, barreras de acceso a los servicios o la creencia de que no es necesario en su situación particular.

Por otro lado, las respuestas "siempre" un 13% y "casi siempre" fueron menos frecuentes, con un 7% respectivamente; 20% de respuestas fueron "nunca", esto indica que solo una pequeña minoría de mujeres aplica el plan de manera constante, lo cual es alarmante, considerando que una implementación regular y disciplinada del plan podría ser fundamental para reducir riesgos y complicaciones durante el embarazo y el parto.

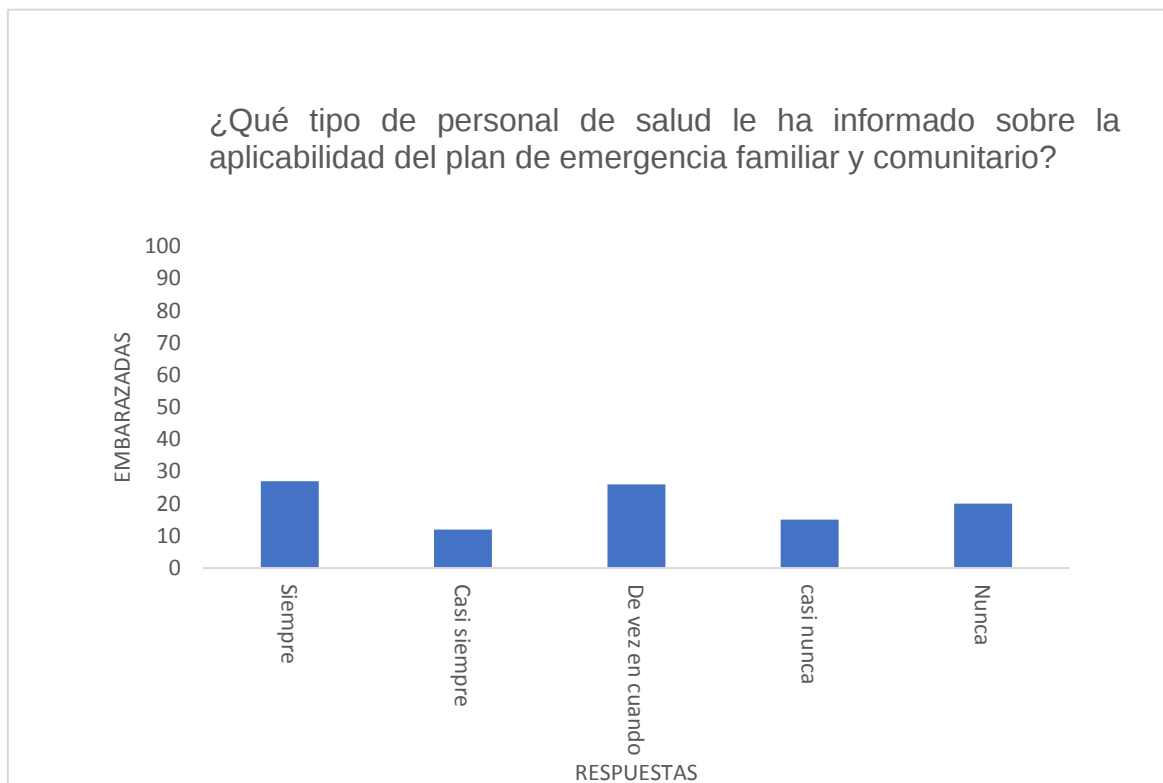
Esta situación subraya la necesidad de fortalecer la educación y la promoción de los planes de emergencia, asegurando que las mujeres embarazadas comprendan su utilidad y estén preparadas para activarlos cuando sea necesario. Es fundamental identificar las razones detrás de esta variabilidad en el uso del plan, lo que permitirá diseñar estrategias más efectivas que faciliten su adopción y aumenten su efectividad en futuras gestaciones. La implementación de políticas de sensibilización y capacitación podría jugar un papel crucial en la mejora de esta situación, garantizando que todas las mujeres tengan acceso a los recursos y conocimientos necesarios para afrontar cualquier emergencia de manera adecuada.

Tabla y gráfica No.15

15. ¿El personal de salud ha realizado con usted y su familia un simulacro de la activación de la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario?

No.	Criterio	Frecuencia	Porcentaje
1	Siempre	27	27%
2	Casi siempre	12	12%
3	De vez en cuando	26	26%
4	Casi nunca	15	15%
5	Nunca	20	20%
	Total	100	100%

Fuente: Trabajo de campo noviembre a diciembre de 2024.



Según los datos obtenidos de 100 mujeres embarazadas, un porcentaje significativo de ellas ha participado en simulacros relacionados con la activación del plan de emergencia familiar y comunitario, lo que refleja la importancia de la preparación ante posibles emergencias durante el embarazo y el parto. Un 27% (27 mujeres) indicó que siempre realizan simulacros con su familia, lo que muestra un compromiso constante con la preparación ante situaciones de emergencia. Estos simulacros permiten a las mujeres y sus familias estar mejor preparadas, familiarizándose con los procedimientos a seguir y los recursos disponibles, lo que puede marcar la diferencia en la respuesta ante una emergencia real.

Sin embargo 12% (12) mujeres mencionaron que casi siempre realizan simulacros, por otro lado, otro 26% (26 mujeres) mencionó que de vez en cuando se realizan estas actividades, un 15% (15) mujeres indican que casi nunca y finalmente un 20% (20 mujeres) indican que nunca se realizan simulacros. Esto sugiere que, aunque hay cierta preparación, no se lleva a cabo de manera regular o sistemática. Sin embargo, la realización es aún suficiente para mantener a las familias alerta y familiarizadas con los pasos a seguir en caso de una emergencia.

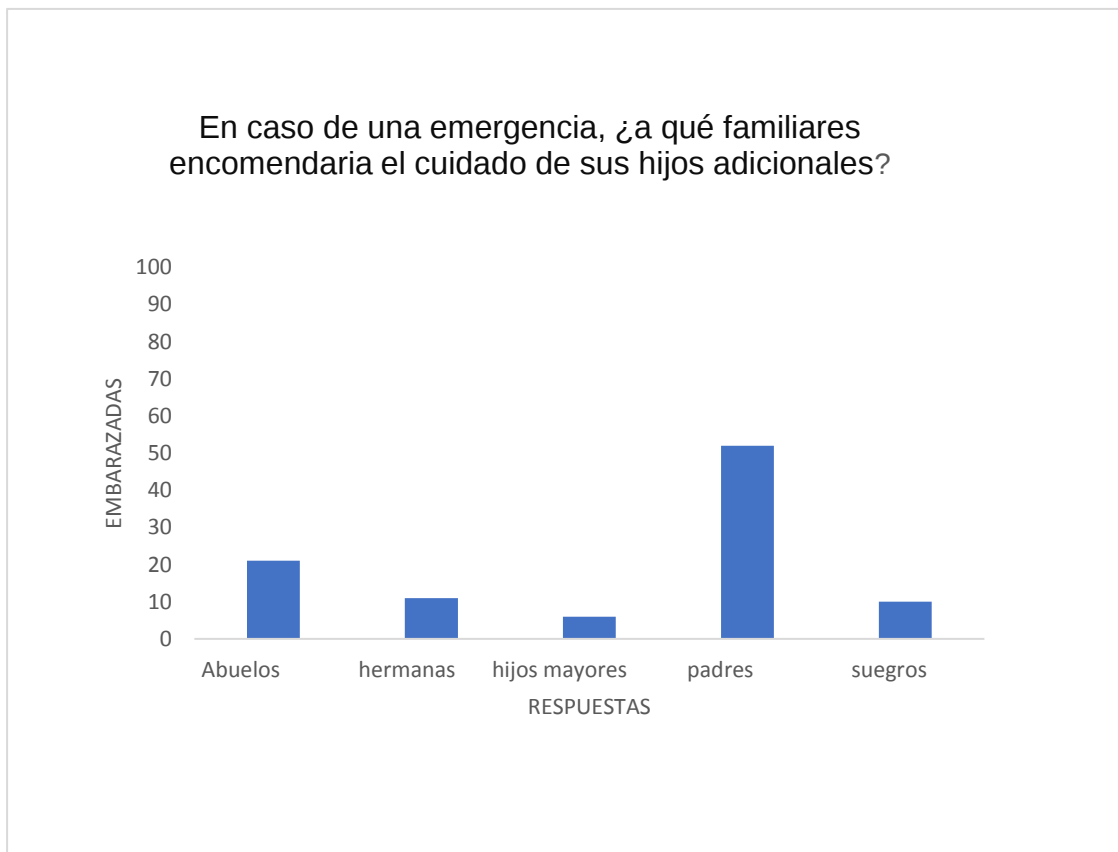
Estos resultados subrayan la importancia de realizar simulacros periódicos y regulares para mejorar la capacidad de respuesta ante situaciones de riesgo durante el embarazo y el parto. La participación en estos simulacros refuerza la confianza de las mujeres embarazadas y sus familias al enfrentar situaciones de emergencia, garantizando una intervención oportuna y adecuada. Además, se resalta la necesidad de aumentar la frecuencia de estos ejercicios en aquellas familias que no los realizan de manera constante, para asegurar que todas las mujeres estén debidamente preparadas y puedan actuar con rapidez y eficiencia cuando se presente una emergencia.

Tabla y gráfica No.16

16. En caso de una emergencia, ¿a qué familiares encomendaría el cuidado de sus hijos adicionales?

No.	Criterio	Frecuencia	Porcentaje
1	Abuelos	21	21%
2	Hermanas	11	11%
3	Hijos mayores	6	6%
4	Padres	52	52%
5	Suegros	10	10%
	Total	100	100%

Fuente: Trabajo de campo de noviembre a diciembre de 2024.



Según los datos obtenidos de 100 mujeres embarazadas, en caso de una emergencia durante el embarazo o el parto, la mayoría tiene claras las opciones para encomendar el cuidado de sus hijos adicionales. Un 52% (52 mujeres) indicó que dejarían a sus hijos al cuidado de sus padres, lo que refleja la confianza y el apoyo familiar, percibido como fundamental en situaciones de emergencia. Los padres suelen ser una opción primaria debido a su cercanía, experiencia en el cuidado de los niños y el vínculo afectivo que tienen con los pequeños.

Un 21% (21 mujeres) optaría por dejar a sus hijos con los abuelos, lo que subraya nuevamente la importancia de la red de apoyo familiar cercana. Los abuelos desempeñan un papel crucial en el cuidado y la educación de los niños, y esta opción es valorada especialmente cuando los abuelos son vistos como una figura estable y confiable, capaz de proporcionar el cuidado necesario y tranquilidad a los niños en ausencia de los padres.

Finalmente, un 11% (11 mujeres) indicó que dejarían a sus hijos al cuidado de alguna hermana, un 6% al cuidado de los hijos mayores y el 10% al cuidado de los suegros. Esta opción resalta la importancia de los lazos fraternos dentro de la estructura familiar, ya que especialmente si viven cerca y tienen una relación estrecha con los niños, pueden ser una fuente confiable de apoyo en situaciones de emergencia.

Estos resultados muestran la confianza de las mujeres embarazadas en sus familiares cercanos para el cuidado de sus hijos adicionales en situaciones críticas, lo que resalta la importancia de la familia como una red de apoyo clave durante momentos de emergencia. La planificación de estos cuidados destaca la necesidad de contar con un sistema de apoyo claro y accesible, para garantizar que los niños reciban el cuidado adecuado mientras se atienden las emergencias relacionadas con el embarazo y el parto.

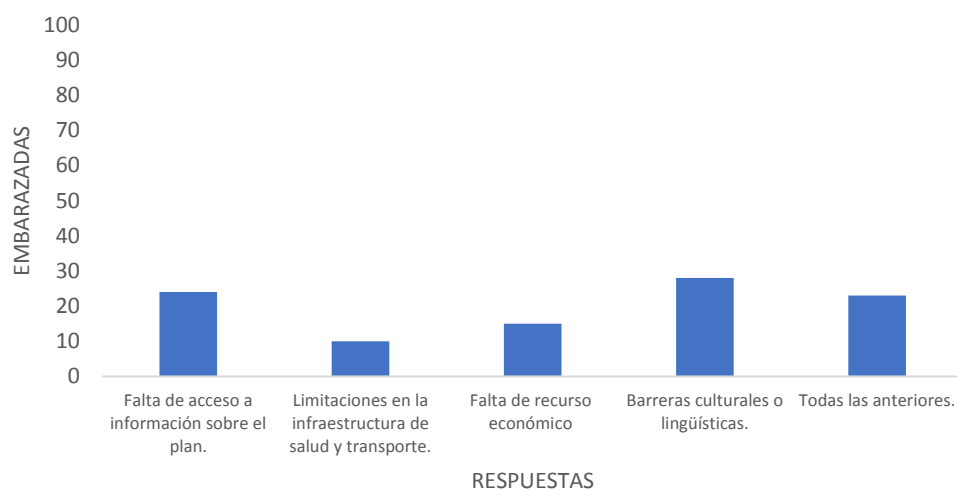
Tabla y gráfica No.17

17. ¿Qué dificultades o barreras cree usted que podrían surgir al intentar implementar la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario?

No.	Criterio	Frecuencia	Porcentaje
1	Falta de acceso a información sobre el plan.	24	24%
2	Limitaciones en la infraestructura de salud y transporte.	10	10%
3	Falta de recurso económico	15	15%
4	Barreras culturales o lingüísticas.	28	28%
5	Todas las anteriores.	23	23%
	Total	100	100%

Fuente: Trabajo de campo de noviembre a diciembre de 2024.

¿Qué dificultades o barreras cree usted que podrían surgir al intentar implementar la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario?



Según los datos obtenidos de 100 mujeres embarazadas, una de las principales dificultades o barreras identificadas al intentar implementar la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario es la presencia de barreras culturales o lingüísticas, mencionadas por un 28% (28 mujeres) de las participantes. Seguidamente la falta de acceso a información del plan con un 24% (24 mujeres), falta de recursos económicos con un 15% (15 mujeres), limitaciones en la infraestructura de la salud y el transporte un 10% (10 mujeres), y un 23% (23 mujeres) indican que todas las respuestas influyen en la implementación correcta del plan de emergencia familiar y comunitario. Este desafío puede surgir especialmente en comunidades con diversas lenguas y tradiciones, donde las diferencias culturales y de comunicación dificultan la comprensión y la ejecución efectiva del plan de emergencia.

Las barreras culturales pueden involucrar diferencias en las creencias y prácticas relacionadas con el embarazo, el parto y la atención médica, lo que puede generar resistencia a seguir las recomendaciones del plan de emergencia. Por ejemplo, algunas comunidades pueden tener prácticas tradicionales o creencias que difieren de las sugerencias médicas convencionales, lo que puede generar desacuerdo con la necesidad de activar ciertos protocolos de emergencia.

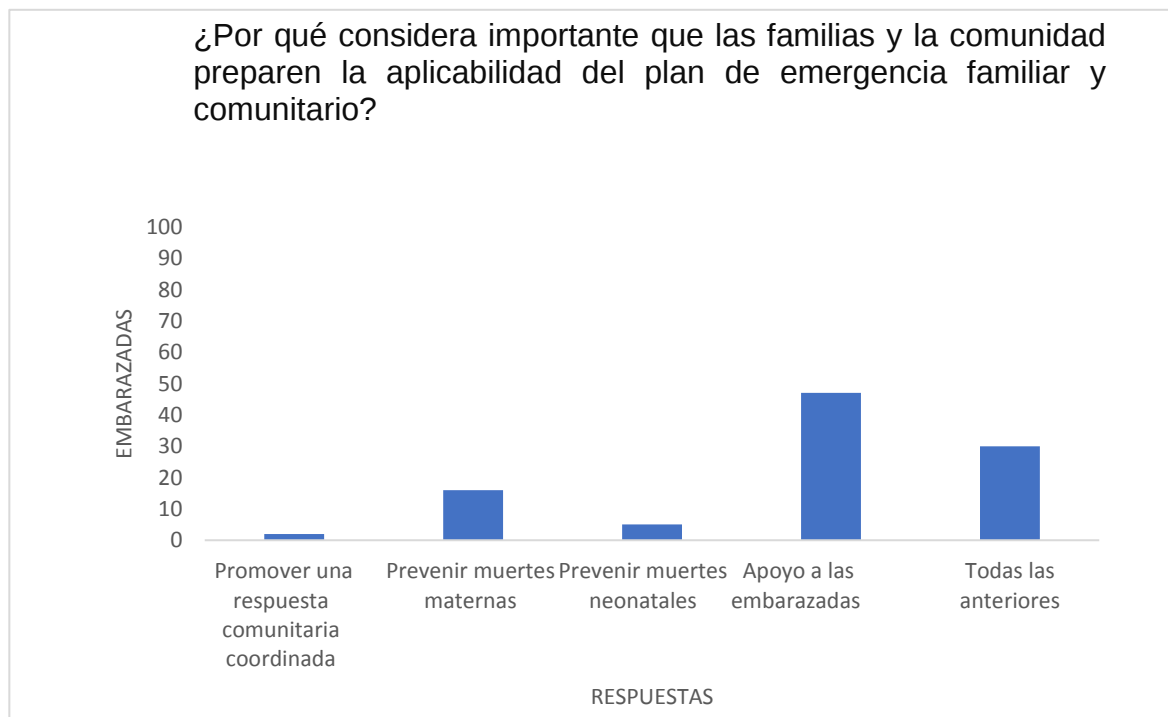
Estas dificultades resaltan la necesidad de adaptar los planes de emergencia para que sean inclusivos y culturalmente sensibles, asegurando que todos los miembros de la comunidad puedan comprender y participar activamente en la implementación de estos planes. Para abordar estas barreras, es fundamental promover la capacitación del personal de salud en la comprensión de las diferencias culturales y lingüísticas, así como el uso de materiales de información en diversos idiomas y formatos accesibles.

Tabla y gráfica No.18

18. ¿Por qué considera importante que las familias y la comunidad preparen la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario?

No.	Criterio	Frecuencia	Porcentaje
1	Promover una respuesta comunitaria coordinada	2	2%
2	Prevenir muertes maternas	16	16%
3	Prevenir muertes neonatales	5	5%
4	Apoyo a las embarazadas	47	47%
5	Todas las anteriores	30	30%
	Total	100	100%

Fuente: Trabajo de campo de noviembre a diciembre de 2024.



Según los datos obtenidos de 100 mujeres embarazadas, la mayoría considera de gran importancia que las familias y la comunidad se preparen adecuadamente para la implementación del plan de emergencia familiar y comunitario, destacando diversas razones clave que subrayan la necesidad de esta preparación.

Un 47% (47 mujeres) de las participantes destacó que la importancia de la preparación radica en el apoyo a las mujeres embarazadas, reflejando el valor fundamental que tiene la red de apoyo familiar y comunitaria durante el embarazo y el parto. La preparación del plan de emergencia asegura que las mujeres tengan acceso a recursos esenciales, como transporte, atención médica adecuada y el respaldo emocional y práctico de sus seres queridos, lo cual es crucial para su bienestar y tranquilidad en momentos de incertidumbre.

Un 30% (30 mujeres) indicó que la preparación del plan de emergencia es importante por todas las razones mencionadas, lo que sugiere que las mujeres comprenden la importancia de integrar diversos factores en la planificación, tales como la atención médica, la disponibilidad de recursos y la coordinación efectiva entre familiares y servicios de salud. Esta perspectiva integral resalta que, para una atención eficiente en situaciones de emergencia, no solo es necesario asegurar cuidados médicos, sino también el apoyo logístico y emocional que facilita una respuesta rápida y adecuada.

un 16% (16 mujeres) mencionó que la preparación del plan de emergencia es esencial para prevenir muertes maternas y un 5% a prevenir muertes neonatales, finalmente promover una respuesta coordinada con un 2%, subrayando la conciencia sobre los riesgos inherentes al embarazo y al parto, y la necesidad de contar con un plan adecuado para abordar posibles complicaciones graves de manera rápida y efectiva. La preparación anticipada puede marcar una diferencia significativa en la reducción de riesgos y en la mejora de los resultados de salud para las madres.

VIII. CONCLUSIONES

El análisis integral de los hallazgos permite concluir que la implementación del Plan de Emergencia Familiar en las mujeres embarazadas del área urbana del municipio de Chiché, Quiché, presenta importantes limitaciones que reducen su aplicabilidad efectiva. Si bien existe un marco teórico y normativo que respalda su uso, la realidad evidencia deficiencias significativas en su difusión, ejecución y seguimiento. Por tanto, se hace indispensable reforzar las estrategias de capacitación, sensibilización comunitaria y coordinación interinstitucional para cerrar las brechas existentes y garantizar que las mujeres embarazadas cuenten con herramientas adecuadas para enfrentar situaciones de emergencia. Solo así será posible cumplir con el objetivo general de esta investigación, orientado a determinar las condiciones reales para implementar el Plan de Emergencia Familiar en la población estudiada.

La capacidad de implementación del plan se ve afectada por múltiples factores estructurales, entre ellos la falta de acceso a formación específica, escasa preparación en temas de prevención y respuesta ante emergencias, y una limitada articulación entre las instituciones responsables. Si bien se identificó disposición por parte de algunas mujeres, esta voluntad se ve mermada por la carencia de recursos, tiempo y acompañamiento institucional, lo cual limita su capacidad real de acción. Esta situación genera una brecha entre la intención de participar y la posibilidad concreta de hacerlo.

Se identificaron diversos factores que obstaculizan la aplicabilidad del Plan, siendo los más relevantes: la insuficiente divulgación del mismo, la falta de seguimiento institucional y la ausencia de mecanismos efectivos de monitoreo. Además, la sostenibilidad de los recursos destinados a su ejecución no está garantizada, lo cual compromete su permanencia en el tiempo. Estas deficiencias estructurales afectan directamente a las mujeres embarazadas, quienes enfrentan un mayor nivel de vulnerabilidad al no contar con medidas efectivas de preparación y respuesta ante emergencias.

IX. RECOMENDACIONES

Se recomienda diseñar e implementar un programa continuo de capacitación comunitaria dirigido a mujeres embarazadas del área urbana de Chiché, con énfasis en la difusión del contenido y los pasos a seguir del Plan de Emergencia Familiar, utilizando un lenguaje accesible y contextualizado.

Se recomienda garantizar la provisión de recursos logísticos y humanos que permitan a las mujeres embarazadas no solo conocer el plan, sino también ponerlo en práctica.

Se recomienda establecer un sistema de monitoreo y evaluación participativa que permita identificar los factores y las barreras que enfrentan las mujeres embarazadas en la implementación del plan.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Adelina, B. (septiembre de 2014). *Conocimientos y activacion del Plan de Emergencia*. Guatemala: Universiad de San Carlos de Guatemala.
2. Alvarez, J. A. (Febrero de 2013). *MORTALIDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON LAS CUATRODEMORAS, HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE 2010* . Obtenido de Jennifer Andrea Herrarte Alvarez 2013: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/post/2013/079.pdf>
3. Ander-Egg, E., & Aguilar, M. J. (2005). *Cómo Elaborar un proyecto*. Argentina: LUMEN/HVMANITAS.
4. Ant. Daniel González, L. M. (Mayo 2011). *GUIA PARA ORGANIZAR UN PLAN DE EMERGENCIA COMUNITARIO MATERNO - NEONATAL*. Estados Unidos de Norte América USAID .
5. Avarez, J. A. (2013). *Vigilancia de la embarazada y de la muerte en mujeres en edad fertil para la identificacion de las muertes maternas*. Guatemala .
6. Balan, I. A. (julio de 2008). *factores que influyeron en la ocurrencia de embarazos en adolescentes en el barrio playa Blanca san Benito Peten*. Obtenido de biblioteca,usac.edu.gt.
7. Barbosa, D. J. (2022). *OPS Autoridades sanitarias de se unen en Ginebra para abordar temas de salud de importancia para la Región*. Guatemala.
8. Británica, .. (2015). *Obstetricia (matronería)*. Obtenido de [https://es.wikipedia.org/wiki/Obstetricia_\(matroner%C3%ADa\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Obstetricia_(matroner%C3%ADa))
9. Cabrera, D. L. (2015-2020). *plan de accion para la reduccion de mortalidad materna neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva*.
10. Cabrera, L. w. (2011). *guía para la implementacion de la antencion integral materna y neonatal*. Obtenido de guatemala.unfpa.org.

11. Calderon, M. S. (2020). *Características biológicas sociales, educativas y de la atención obstétrica de la mujeres que presentaron muerte materna* .
Obtenido de <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/82825/Tesis.%20Mortalidad%20materna.%20Ma%20Fernanda%20Ram%C3%ADrez-%20Marilyn%20Salas.%20KERWA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Campo, C. M. (Julio de 2017). *Factores sociales y culturales que influyen en la asistencia de la mujer a los controles prenatales en la unidad comunitaria de salud familiar intermedia Soyopango*. Obtenido de Universidad del Salvador .
13. Canada, T. S. (2009). *herramienta kawok en guatemala*.
<https://www.tulasalud.org/esalud/kawok>.
14. Castañeda, D. E. (5 de enero de 2024). *plan de emergencia* . (J. c. Ventura, Entrevistador)
15. Castillo, E. C. (2014). *CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE SIGNOS DE PELIGRO EN EL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y RECIÉN NACIDO, EN COMADRONAS TRADICIONALES*. Guatemala: Octubre.
16. Chacon, A. P. (17 de mayo de 2017). *la genesis del conocimiento* .
Obtenido de universidad autonoma del estado de mexico.
17. Chiche, M. d. (2023). *municipio de Chiche*.
18. Chub, B. A. (09 de 2014). *biblioteca medica usac*. Obtenido de biblioteca medica usac:
<https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/post/2014/001.pdf>
19. Concepto. (2024). *muerte. concepto*.
20. Décima Revisión (CIE-10) Vol. 2. (2013). *la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y defunciones obstétricas directas son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto*.

21. Delgado, I. (2012). *Comunicación*.
<https://www.significados.com/comunicacion>.
22. desastres, C. N. (mayo de 2014). *machote para la elaboracion del plan familiar* . Obtenido de conred.gob.gt.
23. diario, N. (16 de junio de 2010). *analfabetismo en Guatemala. analfabetismo en Guatemala*.
24. enciclopedia, w. I. (5 de marzo de 2024). *signo clinico*. Obtenido de es.wikipedia.org.
25. Encyclopedia, H. (2024). *signos vitales* . Obtenido de urm.rochester.edu.
26. Evelyn Jeanet Maldonado Mazariegos, K. M. (junio de 2019). *situaciona de la mortalidad materna en el pais*. Obtenido de biblioteca.medicina.usac.edu.gt.
27. Garcia M, R. S. (2022). *evaluacion de la efectividad de los planes de emergencia familiar y comunitario en areas rurales*.
28. Gómez, M. B. (2016). *Qué es la diabetes gestacional*.
<https://www.reproduccionasistida.org/diabetes-gestacional/>.
29. Gonzales A, M. C. (2020). *implementacion de un plan de emergencia comunnitario en mujeres embarazadas* .
30. González, K. M. (2017). *indicadores de muerte materna*. guatemala : usac.
31. Guaman, M. I. (2010). *Disfuncionalidad Familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento escolar*. Obtenido de dspace.ucuenca.edu.ec.
32. Guatemala., W. S. (2023). *sistema de salud en Guatemala*. Obtenido de https://es.wikipedia.org/wiki/Salud_en_Gu
33. Guerrero, M. R. (mayo de 2015). *muertes maternas y modelo de las demoras* . Obtenido de Maria Rosa Pozo Guerrero:
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/1548/pozo_gmr.pdf?sequence=3&isAllowed=y

34. Guevera et al. (2020). *Metodología de la Investigación descriptiva*. Castro Molina.
35. Ilse Giovanna Ramírez Moller, N. N. (2021). *actualización sobre el manejo y principales complicaciones materno-fetales en embarazadas*. Guatemala: octubre.
36. Inés, D. (2023). *salud, familia, definicion de parto*. <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/el-parto/de>.
37. infancia, U. p. (2018). *educacion y aprendizaje*. Obtenido de unicef.org.
38. Kramer, J. D., & Chen, J. (2020). Emabrazos Saludables, Niños saludables, vidas optimas. <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/masinformacion>.
39. Leveron, L. E. (2001-2002). *Estudio de casos y controles sobre factores asociados a mortalidad materna*. Jutiapa, Guatemala: septiembre.
40. Mankiw, G. (2008). principios de la economia . En G. Mankiw. editorial de produccion y de plataforma digitales para latiniamerica.
41. Maquin, N. A. (septiembre de 2014). *Conocimientos de las comadronas tradcionales en la activacion del plan de emernegia familiar y comunitario de embarazadas*. . Obtenido de Nery Arturo Catun Maquin 2014: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/post/2014/040.pdf>
42. Martin, F. J. (2019). *Situacion de la mortaldad materna en el pais*. Guatemala.
43. Menegazzo, D. C. (2018). *Protocolo del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*. Obtenido de http://bvs.gt/ebblueinfo/VS/VS_001.pdf
44. ministerio de salud, P. (s.f.). *Muerte materna* . peru.
45. Mittelman, R. A. (mayo de 2021). *fisiologia del embarazo*. Obtenido de [msdmanuals.com](https://www.msdmanuals.com).
46. Morales, G. D. (26 de septiembre de 2021). *Que es el peligro* . Obtenido de es.linkedin.com.

47. Moscoso, O. L. (Noviembre de 2017). *Conocimiento y uso del plan de emergencia familiar en el embarazo en la aldea Patzite*. Obtenido de Oscar Leonel Gomero Moscoso 2017: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrctd/2017/09/18/Gomero-Oscar.pdf>
48. Navarra, c. U. (2023). Paciente. *clinica univervdad de Navarra*.
49. Nguyen, I. (2022). Atención médica durante el embarazo. *Find care at Nemours Children's HealthDoctorsLocations*.
50. OMS. (2011). *Embarazos en adolescentes*. America Latina : OMS.
51. Oscar. (2018). *Instancia por la salud y el desarrollo de las Mujeres*. <https://osarguatemala.org/wp-content/uploads/2020/04/Informe-anual-20>.
52. Padilla, S. E. (2000). *Ensayo sobre el concepto comunidad*. Obtenido de repocitorio.cuc.udu.com.
53. Paraguay, M. d. (junio de 2014). *signos de alarma en el embarazo*. Obtenido de mspbs.gov.py.
54. Pérez, D. L. (5 de Mayo de 2023). CAP Chiché. (R. Lopez, Entrevistador)
55. Perez, Y. (2022-2023). *Pla de emergencia familiar*. ca-vinci-de-guatemala/planeacion-estrategica/el-plan-de-emergencia-familiar/74146025.
56. Porto, J. P. (2021). *definicion*. <https://definicion.de/vivienda/>.
57. Rey, F. (2022). *La cultura y su impacto en la sociedad*. <https://gea.lat/la-cultura-y-su-impacto-en-la-sociedad>.
58. Roger Hart. (2017). *La Participación Ciudadana: Definición y Tipos de Participación*. Obtenido de <https://divulgaciondinamica.es/participacion-ciudadana-definicion-tipos-participacion/>
59. Saboya, T. R. (2021). *LAS CUATRO DEMORAS COMO CAUSANTES DE LA MUERTE MATERNA EN LA REGIÓN LORETO ENTRE LOS AÑOS 2012-2019*.

60. Sagüi, E. M. (2014). *COMPETENCIAS DE LAS COMADRONAS TRADICIONALES EN RELACION A LOS SIGNOS Y SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO*. Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa.
61. Salud, O. M. (2021). *Subsistemas familiares*.
62. Salud, O. P. (2018). definicion de defuncion materna. OPS.
63. Santiago, C. A. (2018). *Conocimientos relacionados a las señales de peligro durante el embarazo*,.
64. Silvestre, J. R. (2024). *Evaluacion del estado nutricional de mujeres embarazadas* . Obtenido de jica.go.jp.
65. Social., M. d. (2023). *Diagnostico situacional*. Guatemala.
66. Vanessa Garcia Altelarrea, A. E. (2023). *Comunicación y trabajo en equipo en el cuidado de la salud*.
67. Veintimilla, I. d. (2021). <https://ndmarketingdigital.com/que-es-la-promocion-en-el-marketing>.
68. Velasquez, V. K. (noviembre de 2017). *Factores que influyen en el aumento de embarazos en las mujeres adolescentes de 10 a 19 años puesto de salud, agua escondida* . Obtenido de son-victoria.pdf.
69. Villanueva., V. G. (2023). *Comunicación y trabajo en equipo en el cuidado de la salud*.
70. Zeden, M. C. (2019). Algunas observaciones críticas al concepto de aplicabilidad como explicación a la aplicación de normas jurídicas irregulares. *Scielo* , vol.32.

XI. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de Investigación: **Aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario en mujeres embarazadas del área urbana del municipio de Chiche, Quiche.**

Investigador: E.P Julia Mishel Catro Tum y E.P Candelaria Chach Ventura.

Lugar: Santo Tomas Chiche, municipio del departamento del Quiche.

Por este medio se le da a conocer y a comprender una serie de preguntas las cuales están diseñadas con el fin de poder conocer los resultados positivos o negativos de la investigación cuantitativa que se está realizando, se le invita a participar de manera voluntaria si así lo desea.

Instrucciones: Se le presenta una serie de enunciados con preguntas de selección múltiple sobre la investigación, si hay alguna pregunta que no comprenda puede preguntar a las investigadoras ya que se le resolverá cada una de sus dudas con palabras claras para una mejor comprensión.

Riesgos y beneficios: este estudio no representa ningún riesgo hacia su persona siendo de beneficio para sus propios conocimientos acerca del tema expuesto en cada una de las preguntas, sin embargo, puede preguntar a la persona más cercana a usted acerca de esta serie de enunciados.

Requisitos para participar el estudio: Se deben de tomar los siguientes criterios: criterio de inclusión:

- Personas que acepten participar en el estudio.
- Usuarias en periodo de gestación

Confidencialidad: La información que se brinde a las investigadoras será manejada de manera adecuada y de forma confidencial.

Nombre del participante

Firma del participante

UNIVERSIDAD DAVINCI DE GUATEMALA
FACULTAD DE ENFERMERIA Y CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERIA.

Instrumento dirigido a las mujeres embarazadas del área urbana del municipio de Chiche del departamento del Quiché.

Instrucciones: A continuación, se le presenta una serie de 18 enunciados, por favor leer detenidamente cada pregunta y marque con una X la respuesta que usted considere correcta.

Instrucciones para personas que no saben leer: A continuación, le vamos a leer 18 preguntas, escuche cada una con atención y cuando escuche la opción que usted considere correcta, simplemente indíquela para que podamos marcarla por usted. Si necesita que se le repita alguna pregunta o alguna opción, no dude en decirlo

1. ¿En qué servicio ha realizado los controles prenatales durante su embarazo?

- ☐ Visita domiciliaria
- ☐ Centro de atención permanente
- ☐ Puesto de salud
- ☐ Hospital
- ☐ otro, especifique: _____

2. ¿Quién le realiza el control prenatal durante su embarazo?

- ☐ Comadrona
- ☐ Técnicas en partería
- ☐ Auxiliar de enfermería
- ☐ Enfermera
- ☐ Medico

3. ¿Qué tipo de personal de salud le ha informado sobre la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario?

- ☐ Comadrona
- ☐ Técnicas en partería
- ☐ Auxiliar de enfermería
- ☐ Enfermera
- ☐ Medico

4. ¿Cuáles son los signos y señales de peligro del embarazo que incluye la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario que usted conoce?

- ☐ Hemorragia vaginal
- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ Visión borrosa
- ☐ Fiebre
- ☐ Inflamación de miembros inferiores

5. ¿Si se presentan signos y señales de peligro durante el embarazo y parto quién es el responsable de activar la aplicabilidad del plan de emergencia familiar?

- ☐ El esposo
- ☐ Sus padres
- ☐ Los suegros
- ☐ La comadrona
- ☐ Otros, especifique: _____

6. ¿Cuándo se presentan signos y señales de peligro sabe usted y su familia a que servicio de salud debe acudir cuando activan la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario?

- ☐ Puesto de salud
- ☐ Centro de Atención Permanente
- ☐ Hospital

- ☐ clínicas privadas
- ☐ Quedarse en casa

7. ¿Cuánto tiempo se tarda en transportarse de su casa hasta llegar al servicio de salud al que va acudir para resolver su parto según la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario?

- ☐ 10 a 30 minutos
- ☐ 1 a 2 horas
- ☐ 2 a 3 horas
- ☐ 4 a 5 horas
- ☐ Mayor de 6 horas

8. ¿Qué medio de transporte planea utilizar para llegar a un servicio de salud en caso de una emergencia según lo planeado en la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario?

- ☐ Ambulancia del Centro de Atención Permanente
- ☐ Vehículo de mi comunidad
- ☐ Bomberos
- ☐ vehículo publico
- ☐ Vehículo propio

9. ¿Cuánto dinero ha ahorrado en caso de que surjan signos de peligro o emergencias durante el embarazo o el parto según lo planeado en la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario?

- ☐ 50-100
- ☐ 200-400
- ☐ 500-800
- ☐ mayor de 1,000
- ☐ Ninguna de las anteriores

10. ¿Qué documentos considera esenciales llevar consigo en caso de requerir traslado a un servicio de salud debido a signos de peligro o emergencia durante el embarazo o parto?

- ☐ Documento Personal de Identificación (DPI)
- ☐ Documento personal del esposo
- ☐ Carnet de la embarazada
- ☐ carnet de la embarazada y Documento Personal de Identificación
- ☐ Ninguna de las anteriores

11. ¿A qué servicios de salud debe acudir frente a cualquier malestar que pueda experimentar durante el embarazo o el parto?

- ☐ Centro de Atención Permanente
- ☐ Farmacia
- ☐ En casa con comadrona
- ☐ Hospital
- ☐ Puesto de salud

12 Dentro de la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario ¿qué insumos tiene preparados para el nacimiento de su bebe?

- ☐ Ropa
- ☐ Pañales
- ☐ Sábanas
- ☐ Toallitas húmedas
- ☐ Todas las anteriores

13. Dentro de la aplicabilidad plan de emergencia familiar y comunitario ¿qué insumos tiene preparados para su estadía en el hospital o servicio de salud en caso de una emergencia antes o durante el parto?

- ☐ Ropa del recién nacido
- ☐ Ropa de la madre
- ☐ Dinero
- ☐ Pañales de adulto

- ☐ Todas las anteriores

14. ¿En sus embarazos anteriores ha puesto en marcha la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario?

- ☐ siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ De vez en cuando
- ☐ casi nunca
- ☐ Nunca

15. ¿El personal de salud ha realizado con usted y su familia un simulacro de la activación de la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario?

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ De vez en cuando
- ☐ casi nunca
- ☐ Nunca

16. En caso de una emergencia, ¿a qué familiares encomendaría el cuidado de sus hijos adicionales?

- ☐ Abuelos
- ☐ hermanas
- ☐ hijos mayores
- ☐ padres
- ☐ suegros

17. ¿Qué dificultades o barreras cree usted que podrían surgir al intentar implementar la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario?

- ☐ Falta de acceso a información sobre el plan.
- ☐ Limitaciones en la infraestructura de salud y transporte.
- ☐ Falta de recurso económico

- ☐ Barreras culturales o lingüísticas.
- ☐ Todas las anteriores.

18. ¿Por qué considera importante que las familias y la comunidad preparen la aplicabilidad del plan de emergencia familiar y comunitario?

- ☐ Promover una respuesta comunitaria coordinada
- ☐ Prevenir muertes maternas
- ☐ Prevenir muertes neonatales
- ☐ Apoyo a las embarazadas
- ☐ Todas las anteriores



FACULTAD DE ENFERMERÍA Y
CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DA VINCI
DE GUATEMALA

Oficio 2276- 2024 / FECCS/Decanatura-UDV
Guatemala, 04 de septiembre de 2024

Dra. Wendy Liseth Perez Zuñiga

Directora de la Dirección Departamental de Redes Integradas de Servicios de Salud

QUICHE (DDRIS)

Santa Cruz del Quiche

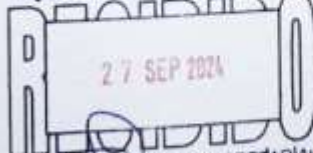
Muy atentamente me dirijo a usted con el mejor de los deseos, como también solicitando su apoyo para que los alumnos:

JULIA MISHIEL CASTRO TUM, CIF 202205266

CANDELARIA VENTURA CHACH, CIF 202205052 de esta institución pueda realizar su estudio de campo de la investigación **"APLICABILIDAD DEL PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR Y COMUNITARIO EN MUJERES EMBARAZADAS DEL AREA URBANA DEL MUNICIPIO DE CHICHE, QUICHE"**. Lo cual solicitamos se haga en su institución por lo cual adjunto el protocolo y esta solicitud formal a fin que los estudiantes puedan recolectar datos para la investigación llevando los principios éticos de privacidad y beneficencia.

Atentamente me suscribo.

Dirección Departamental de Redes
Integradas de Servicios de Salud de Quiché



DEPARTAMENTO DE SECRETARÍA
FIRMA: HORA:

Licda. Antonia Catalina Girón Conde
Licda. Antonia Catalina Girón Conde
Coordinadora de Programas Académicos
Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud
UNIVERSIDAD DA VINCI DE GUATEMALA



Universidad Da Vinci de Guatemala
3ra Avenida 1-44 zona 13, Pamplona
Tfís. 2314 0250, 2314 0347.
www.udv.edu.gt



Ministerio de
**Salud Pública
y Asistencia
social**

**DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE REDES
INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD DE QUICHÉ
SECRETARÍA DIRECCIÓN**

**Dirección
Oficio No.239-2024
Ref.: WLPZ/srgs**

Santa Cruz del Quiché, 12 de noviembre de 2,024

Dr. Axel David Rodríguez Arévalo
Director del Centro de Atención Permanente
Chiché, Quiché.
Presente.

Respetable Dr. Rodríguez

Reciba un atento y fraternal saludo, deseándole abundantes éxitos en sus actividades cotidianas.

El motivo de la presente es para informarle que esta Dirección Departamental de Redes Integradas de Servicios de Salud de Quiché, autoriza a las estudiantes Julia Mishel Castro Tum quien se identifica con No de DPI: 340411953 1414 y Candelaria Ventura Chach No. DPI. 3403 85590 1414 estudiantes del décimo semestre de la Licenciatura en enfermería de la Universidad Da Vinci de Guatemala, para que realicen una encuesta denominada "APLICABILIDAD DEL PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR Y COMUNITARIO EN MUJERES EMBARAZADAS DEL AREA URBANA DEL MUNICIPIO DE CHICHE, QUICHE EN EL AÑO 2024, en el mes de noviembre y diciembre del presente año.

Sin otro particular;



Dra. Wendy Liseth Pérez Zúñiga
Directora Departamental de Redes Integradas
De Servicios de Salud de Quiché

SANTA CRUZ DEL QUICHE, QUICHE

1AV. 12 CALLE DE LA ZONA 5

TELÉFONO: 79329222

CORREO: dasquiche@mspas.gob.gt