UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO –EPS-

"APOYO PSICOSOCIAL A LA POBLACIÓN QUE ASISTE A CONSULTA INTERNA Y EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL "PEDRO DE BETHANCOURT" EN ANTIGUA GUATEMALA"

LIGIA MARCELA PORRAS ORTÍZ

GUATEMALA, MAYO DE 2013

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO –EPS-

"APOYO PSICOSOCIAL A LA POBLACIÓN QUE ASISTE A CONSULTA INTERNA Y EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL "PEDRO DE BETHANCOURT" EN ANTIGUA GUATEMALA"

INFORME FINAL DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

LIGIA MARCELA PORRAS ORTÍZ

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADA

GUATEMALA, MAYO DE 2013

MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO

LICENCIADO ABRAHAM CORTEZ MEJÍA
DIRECTOR

M.A. MARÍA ILIANA GODOY CALZIA
SECRETARIA

LICENCIADA DORA JUDITH LÓPEZ AVENDAÑO
LICENCIADO RONALD GIOVANNI MORALES SÁNCHEZ
REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

MARÍA CRISTINA GARZONA LEAL
EDGAR ALEJANDRO CORDÓN OSORIO
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

LICENCIADO JUAN FERNANDO PORRES ARELLANO
REPRESENTANTE DE EGRESADOS

C.c. Control Académico
EPS
Archivo
REG.72-2012
CODIPs. 1014-2013

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

21 de mayo de 2013

Estudiante
Ligia Marcela Porras Ortíz
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO (10º.) del Acta DIECIOCHO GUIÓN DOS MIL TRECE (18-2013) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 14 de mayo de 2013, que copiado literalmente dice:

"DÉCIMO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"APOYO PSICOSOCIAL A LA POBLACIÓN QUE ASISTE A CONSULTA INTERNA Y EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT EN ANTIGUA GUATEMALA ,** de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Ligia Marcela Porras Ortíz CARNÉ No. **200713528**

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por el Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera y revisado por la Licenciada Roxana Haydée Palma Coyoy. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CONSEJO DIRECTIVO
USAC

M.A. María Iliana Godoy Calzia
SECRETARIA

/gaby

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC
RECIBIDO
03 MAY 2013
FIRMA: HORA: 14:00 Registro: 7212

Reg. 072-2012
EPS. 002-12

29 de abril del 2013

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -*EPS*- de ***Ligia Marcela Porras Ortíz***, carné No. ***200713528***, *titulado:*

"*APOYO PSICOSOCIAL A LA POBLACIÓN QUE ASISTE A CONSULTA INTERNA* Y EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT EN ANTIGUA GUATEMALA."

De la carrera de **Licenciatura en Psicología**

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo de la Licenciada Roxana Haydée Palma Coyoy, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
COORDINACION

Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera
COORDINADOR DE EPS

/Dg.
c.c. Control Académico

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 072-2012
EPS. 002-12

29 de abril del 2013

Licenciado
Oscar Josué Samayoa Herrera
Coordinador del EPS
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Respetable Licenciado:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Ligia Marcela Porras Ortíz**, carné No. ***200713528,*** *titulado:*

"APOYO PSICOSOCIAL A LA POBLACIÓN QUE ASISTE A CONSULTA INTERNA Y EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT EN ANTIGUA GUATEMALA."

De la *carrera de* ***Licenciatura en Psicología***

Así mismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este departamento, por lo que me permito dar la respectiva APROBACIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
REVISOR

Licenciada Roxana Haydée Palma Coyoy
REVISORA

/Dg.
c.c. Expediente

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 072-2012
EPS. 002-12

18 de abril del 2013

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -*EPS*- de **Ligia Marcela Porras Ortíz**, carné No. **200713528,** *titulado:*

"APOYO PSICOSOCIAL A LA POBLACIÓN QUE ASISTE A CONSULTA INTERNA Y EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT EN ANTIGUA GUATEMALA."

De la *carrera de* ***Licenciatura en Psicología***

En tal sentido, y dado que cumple con los lineamientos establecidos por este Departamento, me permito dar mi APROBACIÓN para concluir con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
ASESOR SUPERVISOR
USAC

Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera
Asesor-Supervisor

/Dg.
c.c. Expediente

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

C. C. Control Académico
EPS
Archivo
Reg. 072-2012
DIR. 160-2012
De Aprobación de Proyecto de EPS

14 de febrero de 2011

Estudiante
Ligia Marcela Porras Ortíz
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el ACUERDO DE DIRECCIÓN CIENTO CUARENTA Y TRES GUIÓN DOS MIL DOCE (143-2012), que literalmente dice:

"**CIENTO CUARENTA Y TRES:** Se conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **"APOYO PSICOSOCIAL A MUJERES DE 12 A 26 INGRESADAS POR ABUSO SEXO-GENITAL AL AREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL SAN PEDRO DE BETANCOURT UBICADO EN SAN FELIPE DE JESUS, MUNICIPIO DE ANTIGUA GUATEMALA",** de la carrera de **Licenciatura en Psicología,** realizado por:

Ligia Marcela Porras Ortíz **CARNÉ No. 2007-13528**

Dicho proyecto se realizará en: Antigua, Sacatepéquez, asignándose a el Licenciado Fernando Salvatierra quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente, y el Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera, por parte de esta Unidad Académica. Considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN**."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
DIRECTOR INTERINO
USAC

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO

/Zusy G.

Gobierno de Guatemala
Ministerio de Salud Público y Asistencia Social

HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
Aldea San Felipe de Jesús,
Antigua Guatemala, Sac.
Teléfono: 78311319-25 Fax: 78887024

11 DE OCTUBRE 2012

LICENCIADO
OSCAR JOSUE SAMAYOA
COORDINADOR DEPTO. DE E.P.S
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO CUM
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Lic. Samayoa:

Tengo el agrado de informarle que la estudiante **LIGIA MARCELA PORRAS ORTIZ** Carné 200713528, en el año 2012 realizó satisfactoriamente en este hospital su Ejercicio Profesional Supervisado, ejecutando el proyecto denominado ANSIEDAD ANTICIPATORIA Y ESTRÉS POST-TRAUMATICO EN MUJERES DE 15-45 AÑOS QUE INGRESAN AL HOSPITAL PEDRO DE BETHANCOURT POR OBITO FETAL.

Sin otro particular, me suscribo atentamente,

LIC. FERNANDO SALVATIERRA G.
Jefe Depto. De Salud Mental

HOSPITAL NAC. PEDRO DE BETHANCOURT
DEPTO. DE PSICOLOGIA
A. Tejas, Guatemala

C.c. Archivo

PADRINOS DE GRADUACIÓN

LIC. EDGAR ARNOLDO LARIOS OVANDO
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO 1084

LIC. OSCAR JOSUÉ SAMAYOA HERRERA
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO 4370

ACTO QUE DEDICO

A DIOS Y A LA VIRGEN, por siempre llenar mi vida de mucha alegría, paz y bendición y por acompañarme y guiarme por el buen camino de la vida.

A MIS PADRES, Rigo y Any por ser amorosos, dedicados, comprensivos, por ser el apoyo y el ejemplo más grande que he tenido en mi vida y por siempre incentivarme a cada día ser mejor, por esto y muchas cosas más gracias. Los amo.

A MI HERMANO, José Alejandro, porque además de mi hermano has sido mi amigo, gracias por siempre ser tan amoroso y protector. Por confiar en mí y por brindarme todo tú apoyo.

A MI ABUELA, Mamá Elsa, por siempre cuidarme, apoyarme y por brindarme su amor.

A MIS TIOS Y TIAS, Familias: Puac Ortíz, Rodas Ortíz, Batres Ortíz, Vallecillo Ortíz, Ortíz Dubón, Guerra Porras y Nájera Porras por compartir esta alegría conmigo por su apoyo y amor.

A MIS PRIMOS Y PRIMAS, Julio, Jenny, Jhoselyn (Sebastián), Alex, Erick, Fátima y Mauricio por siempre darme su amor y cariño y compartir esta nueva etapa conmigo.

A MIS AMIGOS Y AMIGAS, por siempre incentivarme a salir adelante, por su amor, su alegría, apoyo y porque sin ustedes esta etapa de mi vida no sería lo mismo especialmente: Majo, Mari, Karlis, Locha, Maggie, Sindix y Analu.

Y a todas las demás personas que compartieron este proceso conmigo y que se llenan de alegría de compartir este logro conmigo y mi familia especialmente a la señora Francisca Palma (Q.E.P.D).

AGRADECIMIENTOS

- Universidad de San Carlos de Guatemala y Escuela de Ciencias Psicológicas especialmente por abrir las puertas del saber, y ser parte fundamental de mi formación profesional.

- Departamento de EPS de la Escuela de Ciencias Psicológicas por brindar la oportunidad de incrementar mis conocimientos de forma práctica y enseñarme que la teoría aplicada nunca será igual que la experiencia de vivir en carne propia el acercamiento a la población para la cual dirijo mi profesión.

- A las autoridades del Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt" por confiar en mi trabajo y proporcionar las facilidades para la realización del mismo.

- Al Departamento de Psicología del Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt" Licda. Merna Castellanos, Lic. Fernando Salvatierra y Licda. Mayra Morales por ayudarme a enriquecer mi experiencia con su apoyo y conocimiento.

- A los Licenciados Edgar Arnoldo Larios Ovando y Oscar Josué Samayoa Herrera porque además de ser mis padrinos, fueron una fuente de experiencia y conocimiento. Gracias por darme la oportunidad de crecer de forma personal y profesional.

- A la Licenciada Roxana Palma, por su apoyo y profesionalismo.

INDICE

Resumen 1

Introducción 4

CAPITULO I: UBICACIÓN CONTEXTUAL

Aspecto Histórico Antropológico 9

Aspecto Socio-Cultural 15

Aspecto Socio Económico 20

Aspecto Ideológico Político 26

Descripción de la Institución 31

Características de la Población 36

Planteamiento del Problema 42

CAPITULO II

Marco Teórico Metodológico 48

Objetivos 76

Metodología de Abordamiento 77

CAPITULO III

Descripción de la Experiencia 89

CAPITULO IV

Análisis de la Experiencia 110

CAPITULO V

Conclusiones 130

Recomendaciones 134

BIBLIOGRAFIA 137

ANEXOS 139

RESUMEN

Dentro de la población del área de maternidad y ginecología del Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt" inciden personas con problemas de violencia intrafamiliar, violencia física, aborto, legrado, óbito fetal, abuso y sexo-genital.

Dentro del Ejercicio Profesional Supervisado se trabajó con la población de maternidad y ginecología, centrándose específicamente en las mujeres de 15 a 45 años que presentaban cuadros de ansiedad anticipatoria y estrés postraumático al sufrir un óbito fetal.

El objetivo principal del trabajo era encontrar cuales son las principales secuelas emocionales que las mujeres presentan después de esta experiencia, además de dilucidar dudas y preguntas con respecto a cuidado sanitario después del aborto y a enfrentar la presión social que el ser una madre que ha sufrido una perdida (aunque sea de forma natural) le deviene en su vida cotidiana.

Para lo cual, se llevaron a cabo una serie de actividades como: charlas y grupos focales para brindar información de interés para ellas y sus familias, además de proporcionar el servicio psicológico integral para la rehabilitación emocional de las esferas sociales de la paciente. Esto ayudo a minimizar los sentimientos negativos que puedan tener esas personas al momento de egresar del hospital.

El acercamiento que se tuvo a la población afectada y no afectada con esta problemática fue interesante y de aprendizaje, ya que el poder observar de cerca las reacciones más comunes que estas jóvenes tienen con

respecto a su maternidad, abrió una nueva brecha de interés de estudio y la investigación sobre el óbito fetal, sus causas y consecuencias en donde las fuentes de información fueron medios escritos como libros, artículos y monografías, además de la participación e involucramiento de los médicos y enfermeras que por su experiencia clínica son los mejores para orientar en esta problemática.

La atención directa se hizo tanto en la clínica con pacientes externos y en encamamiento con la población de maternidad y ginecología brindándoles apoyo psicoterapéutico de acuerdo a las necesidades que presenten.

La docencia se realizo por medio de charlas y entrevistas individuales en las cuales se implementaron temas de interés los cuales ayudaron a las madres y a las mujeres convalecientes a mejorar su conocimiento general.

La investigación fue dirigida como mencionamos anteriormente a las mujeres que sufrían óbito fetal enfocándonos principalmente en la ansiedad anticipatoria y en el estrés postraumático que estas atravesaban. Estos datos se recolectaron por medio de diálogos formales con las pacientes, encuestas y cuestionarios, entrevistas y con el seguimiento psicoterapéutico que se le brindo después de su egreso del hospital. Cabe decir que las pacientes en general fueron amables y participativas, a pesar de la carga emocional que mantenían en ese momento, es notable como la fortaleza en estas mujeres las puede ayudar a mantenerse en pie ante una situación tan dolorosa, que al mismo tiempo las marca en sus vidas, ya que posteriormente se explicara cómo y porque estas mujeres, aunque sus óbitos en su mayoría eran por aspectos médicos o por falta de información, eran marginadas y estigmatizadas por la sociedad y el

ambiente en el que vivían, como malas madres y malas mujeres, por no poder llevar a término su papel, el ser madres.

Durante la realización de este EPS se mantuvo siempre en capacitación constante por medio de lectura frecuente y preparación para poder realizar un trabajo de calidad, esto con el fin de proveer a los pacientes de las técnicas necesarias para equilibrar su problemática general, todo esto tanto en consulta interna como en consulta externa. Esto ayuda ya que en algunas ocasiones es posible encontrarse ante diagnósticos y padecimientos que eran nuevos o desconocidos, en los cuales al principio es difícil encontrar personal quien hacerle preguntas o información, al mismo tiempo , se pudo enriquecer el conocimiento tanto médico como psicológico, ya que durante el ejercicio fue posible darse cuenta que no es suficiente enfocarse solamente en el área psicológica, sino se debe tomar en cuenta también los padecimientos y síntomas médicos, que en algunas ocasiones eran las que daban la pauta de atención a la persona o bien eran el motivo por el cual se hacia la hoja de consulta.

En general, la experiencia fue enriquecedora e inolvidable. Considero que cuando se inicia con una aventura como esta, nadie sabe exactamente lo que va a encontrar, es al momento del acercamiento con la población en donde se vive realmente la vocación psicológica y la empatía con las personas a quien llega el servicio.

INTRODUCCION

En la sociedad actual, que presenta tantos problemas psíquicos debido a la situación imperante en el país, se hace necesario que el psicólogo como ente de salud mental, se haga presente para propiciar y equilibrar la vida del guatemalteco que ha sido tan marcado por la violencia desde tiempos inmemoriales. Aunque la salud mental, no ha sido tomada muy en cuenta por el área de salud general, está tomando una posición importante en la vida del ser humano, ya que las personas a diario se dan cuenta que ya no es suficiente asistir al médico y tomar medicinas, hay una parte de sus esferas que no puede curarse de esta forma, y es ahí cuando el profesional de la psicología ve abiertas las puertas hacia una nueva etapa de medicina alternativa.

El Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt" en Antigua Guatemala, abre sus puertas para que la psicología tome una parte importante dentro de su población de servicio, y brinda la oportunidad de que las ciencias psicológicas, que aun son relativamente nuevas, demuestren que puede formar parte importante en la mejoría del paciente, el médico a su vez realizará su trabajo para procurar el mejoramiento de la salud física de la mano del psicólogo que procurara encargarse de las demás esferas emocionales del paciente, y todo esto lograra el equilibrio entre salud física y salud mental en el individuo.

La oportunidad del psicólogo de enfatizar su participación para formar un equipo multidisciplinario en el que la participación del profesional de la salud sea integral, se encuentra en la salud pública. A pesar de todas las problemáticas y corrupción dentro de las instancias gubernamentales, la salud pública es una área rica en información y estudio, en la cual si se

decidiera realizar cualquier tipo de investigación cualitativa o cuantitativa, sería una fuente inagotable de datos, los cuales están a la espera de que existan personas que puedan investigarlos, todo esto con el fin de mejorar la capacidad hospitalaria y la atención que se les brinda a miles de personas diariamente.

Considero que, un psicólogo debe trabajar con vocación, mostrando su calidad y calidez humana, esta no es una profesión en la que el bienestar económico y la realización personal en cuestiones de fama, esté asegurada, es difícil hacerse de un nombre reconocido dentro del ámbito de salud, y esto es porque las personas que se atreven a ser novedosas y a realizar acciones en pro de la población, son pocas, y las que lo intentan, se ven rápidamente desilusionadas por la realidad en la que vivimos, es bueno que aun a pesar de esto, existan personas que si se atreven y sus descubrimientos y estudios dan la pauta para realizar mejoras dentro del ámbito de salud.

La importancia que toma que el estudiante de psicología, y en general, el estudiante de cualquier carrera a nivel superior, realice este tipo de experiencias considero que es de doble vía. Tanto el estudiante como la población atendida se ven inmersos en una experiencia de servicio, en la que el estudiante obtiene datos y observaciones que no podría realizar de esa forma tan profunda y acompañada como lo haría en una tesis normal, y la población se ve auxiliada en una pequeña medida, con el servicio ad honorem que el estudiante realiza, cubriendo en algunas circunstancias, con problemáticas que en su momento, no podrían solucionar por sí mismos.

Al poder acercarme a la población de esta manera, me encontré con diversas situaciones tanto alegres, como tristes y de meditación. Este periodo de mi vida, fue crucial, ya que pude analizar la calidad de profesional que deseo ser, la población a la que deseo acercarme y los descubrimientos que deseo hacer. Me evalué constantemente de forma personal, ya que en estos momentos es en los que realmente se prueba la calidad de persona que uno es, es cuando se encuentra ante la disyuntiva de si realmente tendremos vocación para la profesión o si somos como todas esas personas que inician esta carrera por su aparente facilidad. Aunque cualquiera podría decir que eso se decide durante el transcurso de la carrera, yo considero que es en estas situaciones cuando realmente se ve el profesionalismo del estudiante, y si realmente se encuentra en este camino porque es su vocación. La atención es difícil, y no sentirse arrastrados a la corriente emocional de las personas que diariamente se atienden es más difícil aun, porque como personas, por muy frívolos y desinteresados que finjamos ser, aun nos sentimos conmocionados por las historias más tristes que nos encontramos durante el ejercicio, en sí, es una experiencia que mide nuestro temple y nuestro carácter, es una opción que no todos puedan llevar a cabo y finalizarla con éxito.

Uno de los aspectos por el cual decidió realizarse la investigación a la cual está dirigida el EPS fue que las mujeres que sufrían óbito fetal no recibían la atención emocional que necesitaban ya que simplemente los médicos y enfermeras la mayoría de veces lo veían como un "procedimiento" más, en algunas ocasiones no tenían el tacto para hablar con las pacientes y explicarles cual era el motivo de su padecimiento. Estas mujeres sufrían una ansiedad anticipatoria presentando temores y culpa ya que nadie se tomaba el tiempo de darles el acompañamiento y la fuerza que necesitaban en este momento tan difícil. Por eso al ver la deficiencia que

se tenía al tratar este tema se decidió cambiar el tema de investigación que se tenía anteriormente y trabajar de lleno con estas mujeres, su familia y el personal médico. Se trabajo con estas mujeres dándoles la atención directa que necesitaban trabajando los sentimientos de culpa, el miedo y el estrés que les provoco esta situación. También trabajando con la familia y los esposos que la mayoría de veces eran los que creaban más conflicto en estas mujeres culpabilizándolas de la pérdida o de que no eran suficiente mujeres para retener un bebe.

Los métodos de docencia que se utilizaron fueron grupos focales, charlas individuales, cuestionarios para conocer cuáles eran las principales dudas y temores de estas pacientes.

Con este proyecto se brindo atención psicosocial tanto de forma individual como colectiva abarcando las principales necesidades y problemáticas de la población en general. No se intento en ningún momento dar solución a la situación actual de violencia y diversos problemas sociales que imperan en el país, considero que para dar una solución que acabe de tajo con la problemática y conflictos que existen dentro de la población, se necesita de una acción que integre todos los ámbitos, ya que no es suficiente atacar al problema desde solo uno o dos de sus peldaños, se necesita que las personas comprometidas a mejorar de alguna manera al país se encuentren comprometidas a mejorar de forma integral la forma en la que se ven y se solucionan las cosas, pero considero que con este tipo de experiencias se da un gran paso hacia la mejoría individual, que al final de cuentas es la que se perfila como mas importante, ya que al concientizarse de forma personal podemos hacerlo con las personas que se encuentran más cerca de nosotros y lograr una reacción en cadena la cual finalice con muchos de los conflictos existentes en la sociedad tanto nacional como

mundial y con esto probablemente en algunos años se logre formar una sociedad sana y que trabaje en pro al trabajo de las comunidades más necesitadas.

CAPITULO I

Aspecto Histórico Antropológico

La ciudad de Antigua Guatemala es la cabecera del departamento de Sacatepéquez y está fundada en el valle de Panchoy, que según los historiadores significa "Laguna Seca" o "Laguna Grande" en el idioma Cakchiquel. La tradición oral indígena dice que este valle era antes un lago; versión que es muy posible ya que al excavar no se encuentran vestigios de poblados sino agua a poca profundidad. La población de Antigua Guatemala está estimada en 25,000 habitantes aproximadamente en el sector urbano y unos 10,000 en las aldeas circunvecinas. La jurisdicción municipal cuenta con 14 aldeas. De estas aldeas es de nuestro particular interés la aldea San Felipe de Jesús.

La aldea de San Felipe de Jesús fue fundada en el siglo XVII por disposición del Muy Noble Ayuntamiento de la entonces metrópoli del reino de Guatemala, Santiago de Guatemala, hoy Antigua Guatemala; en el valle que está al pie de las colinas de "El Rejón", a dos kilómetros al norte de la ciudad colonial estando unida a ella por excelente carretera asfaltada.

Su altura sobre el nivel del mar es de 1,535 metros. Su población se estima en más de 2,500 habitantes. Goza de un clima templado y agradable, durante casi todo el año. Sus habitantes profesan en su mayoría la religión católica, algunos profesan otras religiones de distinta denominación.

Entre sus principales fincas cafetaleras pueden citarse: La Quinta y La Folié.

Sus hospitalarios habitantes se dedican a la agricultura, existiendo además excelentes artesanos y algunos profesionales.

Entre sus productos agrícolas están: café, maíz, frijol, verduras variadas, flores y frutas de diversas clases; entre su artesanía: muebles tallados en maderas finas y objetos zoomorfos de barro cocido de muy buena calidad. Cuenta con todos los servicios púbicos necesarios: agua potable, alumbrado eléctrico, vías de comunicación, transporte, teléfonos, etc.

En su amplia plazuela se encuentra una hermosa fuente colonial (siglo XVII) y al norte de la misma, su Auxiliatura donde funcionan otras oficinas de servicio comunal; al oriente y al poniente, un moderno mercado de artesanías, comedores y otros centros comerciales. Su comercio lo hace con la cabecera departamental y la capital.

Además, la aldea cuenta con una escuela rural mixta y en su jurisdicción se construyó el moderno Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt" que fue inaugurado en 1991 y que comenzó a funcionar un año más tarde; esta institución de servicio social sustituyó al anterior de Antigua Guatemala destruido por el terremoto del 4 de febrero de 1976; construido al sur oriente de la aldea en un terreno de aproximadamente siete manzanas, cedido por el Muy Noble Ayuntamiento al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1972.

Los primeros vecinos que se establecieron en este valle, en el siglo XVII, construyeron un modesto oratorio pajizo que en 1760 fue consumido por un incendio, salvándose milagrosamente las imágenes de San Felipe apóstol, patrono del oratorio, así como la milagrosa imagen del Santo Cristo Yaciente, entre otras; a iniciativa del presbítero don Manuel Francisco Barrutia, en 1819 se procedió a construir un nuevo oratorio en el mismo solar y un año más tarde, en 1820, se inauguró y fue puesto al culto religioso, ante el regocijo de los fieles y vecinos de la aldea.

En 1867, considerando que el mismo era insuficiente, a propuesta del Presbítero don Manuel Leal se construye una iglesia más formal y más amplia, de calicanto, estilo barroco, mejorando su atrio con la construcción de pilastras y colocando una hermosa verja de hierro que, con mucha pompa se puso al servicio religioso, estrenándose el 28 de agosto de 1870.

La obra ofrece algunos cambios interiores, tales como: ampliación y sustitución de la bóveda ojival, por una de medio punto cubierta de lámina de duralita; se suprimió la cúpula del crucero; las puertas de las capillas laterales que daban acceso al interior del templo, por la parte norte y sur; se trasladaron al poniente de las mismas.

El 1 de diciembre de 1984 se constituyó día de fiesta para vecinos y devotos de la consagrada imagen del Santo Cristo Yaciente de San Felipe de Jesús con motivo de la solemne consagración del Santuario y el Altar Mayor, impresionante ceremonia que estuvo presidida por el Nuncio de su Santidad Juan Pablo II, Exemo, e Ilmo. Mons. Oriano Quilici, con asistencia de Monseñor Próspero Penados del Barrio, arzobispo de Guatemala; Monseñor Angélico Melotto, obispo de la diócesis de Sololá; el Presbítero Alfredo Sobalvarro, rector del santuario, y religiosos mercedarios; como invitados de honor: el general Oscar Humberto Mejía Victores, jefe de Estado, y su distinguida esposa; miembros de su gabinete, distinguidos diplomáticos de Alemania acreditados en nuestro país, hermandades religiosas, así como millares de fieles. Seguidamente se procedió al traslado de la consagrada imagen del Santo Cristo Yaciente que, desde 1976, estuvo provisionalmente expuesto al culto religioso en un modesto oratorio construido en la plazuela de la aldea, siendo devotamente colocado en su hermosa urna de metal, estilo gótico, que en 1980 donara a la milagrosa imagen yaciente de Cristo, don Guillermo Aguirre Asturias, fiel devoto suyo; urna que en 1924 fue colocada sobre una base de

mármol donada por don Moisés de León Letona, y años más tarde, el Sábado Santo 14 de abril de 1973, enriquecida con cuatro hermosos vitrales traídos de México, D.F., que ostentaba la imagen de los cuatro evangelistas: Mateo, Marcos, Lucas y Juan; dos de ellos donados por doña Rosa Hernández v. De Godoy y los otros dos por la familia Roca Samayoa, devotos del Señor. Estos vitrales fueron trasladados y colocados en la sacristía del santuario al ser restaurado y remodelado el Altar Mayor del mismo.

Entre las esculturas que veneran en dicho santuario de la fe merecen citarse: la del apóstol San Felipe de Jesús, escultura barroca de estofe policromado del siglo XVII de autor anónimo; la del milagroso Santo Cristo Yaciente que el 30 de agosto de 1670, los vecinos de San Juan Perdido llevaron consigo al trasladarse al valle del "Rejón" como ya se indicó. Es una escultura barroca, tamaño natural, del siglo XVII que, por la posición de la cabeza y las piernas da la impresión que el artista anónimo que la buriló, esculpió una imagen de Cristo Crucificado y no yaciente, mas se tiene la idea que por lo incómodo que resultaba su traslado, sus devotos vecinos optaron por conducirlo en la forma que conocemos a la fecha; traslado que los vecinos de esa región solicitaron al Muy Noble Ayuntamiento de la Ciudad de Santiago, en virtud de las plagas de langostas, según algunos cronistas, que les hacía imposible la vida al destruir sus cultivos; según otros, la plaga era de murciélagos; ante esa situación el Cabildo de Santiago de Guatemala, atendió su solicitud les cedió el terreno necesario en el valle del "Rejón" para aliviar su situación. El conjunto de la santísima Virgen de Soledad, San Juan y Santa María Magdalena, esculturas barrocas de la misma época, la escultura de Jesús Nazareno, llamado del Milagro por los fieles, otra escultura de la Santísima

Virgen de Dolores, todas estilo barroco del siglo XVII, y de autor anónimo. Cuatro óleos de forma ovalada y también de autores anónimos, correspondientes al mismo siglo.

En la historia de este santuario de la fe, también merece citarse el solemne acto de consagración de la milagrosa imagen del Santo Cristo Yaciente que estuvo a cargo del Ilmo. Y Revmo. Monseñor Próspero Penados del Barrio, arzobispo de Guatemala, el Jueves de la Ascensión del Señor, 8 de mayo de 1986; con asistencia de Monseñor Efraín Hernández y Monseñor Eduardo Aguirre, capellán entonces del Santuario de San Felipe de Jesús, y los religiosos mercedarios. A tan importante ceremonia asistieron asociaciones y hermandades religiosas del país y millares de fieles, haciendo insuficiente el templo para contener a sus numerosos fieles que llenos de júbilo y devoción participaban en el mismo.

Entre las festividades religiosas que se celebran en este santuario conviene hacer referencia a la romería del Primer Viernes de Cuaresma que data de 1921, siendo una de sus iniciadoras las señora Justa Noriega, fiel devota del Santo Cristo Yacente del santuario de San Felipe de Jesús; desde entonces, según las crónicas, durante todo el año y particularmente el Primer Viernes de Cuaresma y Semana Santa, son millares de peregrinos y romeristas que del interior del país, México y Centro América se dan cita en el santuario de la fe para rendir culto a la consagrada imagen que, fuera del Viernes Santo, sólo sale procesionalmente cuando alguna calamidad pública azota al país y, como una excepción salió procesionalmente el 30 de agosto de 1970, con ocasión de conmemorarse el III centenario de traslación de la consagrada imagen yaciente al templo, hoy en ruinas, de San Juan Perdido (finca "Los Tarros") Santa Lucía Cotzumalguapa, (Escuintla, actualmente) y donde se inició su culto, al santuario de San Felipe de Jesús, siendo llevada en hombros por sus

devotos fieles en una artística anda de 80 brazos; acompañado por millares de fieles, hermandades y asociaciones religiosas.

Otra de las festividades religiosas que se celebran en el citado santuario, es la del patrono del templo, San Felipe Apóstol, el 1 de mayo, con actos religiosos, culturales, deportivos, sociales y populares. También la del Jueves de la Ascensión del Señor, la del Hábeas Christi y la Navidad, entre otras.

Aspecto Socio-cultural

El núcleo familiar tiene un promedio de 5 a 7 integrantes, siendo esa la media población, aunque hay familias de más integrantes, en la localidad aun se tiene el pensamiento cultural de recibir a "todos los hijos que Dios mande, por lo que es común observar a mujeres de más de 40 años aun procreando hijos, los métodos contraceptivos son aun tabú entre la población, ya que aun se piensa que utilizarlos es "pecado", las mujeres consideran que tienen la misión divina de recibir en su seno "todas las almas que Dios les quiera mandar". Su población se estima en 4,783 habitantes de los cuales, 2,303 son de sexo masculino y 2,480 de sexo femenino, según el censo realizado en el año 2006.

Su idioma es el español. Los ladinos conforman un 99% de la población, y el 1% restante los indígenas de la etnia Cakchiquel. En su mayoría la población es católica, otros profesan la religión cristiana evangélica y otros la religión mormona como una minoría. Se celebran algunas festividades religiosas, la más importante la fiesta patronal, de San Felipe celebrada el 1 de mayo que es en honor a su santo patronal San Felipe Apóstol realizando actos religiosos, culturales y deportivos. Además se celebra también el Corpus Cristi, celebrado 40 días después de la fiesta patronal, el día de la ascensión del señor, y la Navidad.

Se puede observar que en la comunidad aun se practican algunos valores como la dignidad, el trabajo, el respeto, la justicia y la libertad. Los vecinos asentados desde hace mucho tiempo en la aldea, se mostraron simpáticos y afectuosos, íntegros, educados, honorables y colaboradores. Sin embargo aun se puede observar en las calles evidencia de machismo, razón que contribuye a que las mujeres de este lugar no tengan acceso a los anticonceptivos, o bien si lo tienen no es parte de la cultura evitar los

embarazos y consecuentemente las familias son numerosas, además de tener la creencia de que las mujeres violadas ya no son integras, su papel fundamental esta en el hogar, por lo que se nota que gran parte de la población femenina es ama de casa o trabajan en conjunto con sus parejas en la agricultura.

Asimismo se puede observar que una gran parte de la población indígena Cakchiquel de la región no viste su traje tradicional, ya que por razones de discriminación y alienamiento han preferido, las nuevas generaciones vestir de acuerdo a las modas extranjeras y es difícil escucharlos conversar en su lengua materna; ya que en su mayoría la utilizan los adultos mayores; quienes no aprueban que los jóvenes sepulten el legado cultural de su etnia.

En esta población son dados a creer aun en leyendas de espantos y aparecidos y es notable que cada agrupación o comunidad tenga sus propias historias, que son en parte realidades cotidianas y en parte mitología de la población. Cada una de ellas utiliza como trasfondo el temor y la represión para evitar que sus pobladores incurran en prácticas que no estén de acuerdo con las costumbres habituales como la infidelidad, el alcoholismo y el trasnochar. La población cuenta con los servicios urbanos básicos: agua potable, alumbrado eléctrico, vías de comunicación y transporte que consiste en buses que viajan del estacionamiento que se encuentra frente al hospital hasta la terminal de buses que se encuentran en Antigua, carreteras asfaltadas, teléfonos, hospital, auxiliatura de la municipalidad una Escuela Primaria Oficial (la Escuela Oficial Rural Mixta San Felipe de Jesús), algunos establecimientos educativos privados y actualmente al servicio urbano se han incluido los llamados tuc tuc.

La juventud del lugar aunque es la mayoría de la población, es escasa en lo que a actividades sociales se refiere como encuentros deportivos y actividades culturales por mencionar algunas. Se puede observar que los jóvenes y jovencitas desde los 14 años inician su vida sexual, y por falta de educación y comunicación de la contracepción, es bastante común encontrar embarazos adolescentes. Debido a la falta de motivación muchos jóvenes piensan que llegar a los grados básicos más altos es suficiente para conseguir trabajo u oficio y subsistir. Las niñas son educadas para el hogar y la familia, los varones para el trabajo en el campo o bien para actividades poco remuneradas dentro del municipio.

La población aún es renuente a recibir personas que son "de fuera" del municipio. Aunque se comportan de forma educada y amable con las personas que llegan a vivir a la población, se nota que entablan una comunicación más natural con las personas que viven dentro del lugar desde siempre. Debido a que son comunes las casas cantonales y los llamados terrenos comunitarios, se da la oportunidad de que varias familias convivan de forma más directa e intima entre sí, adquiriendo matices de pequeñas sub-comunidades dentro de una comunidad mayor. Casi todas las personas se conocen entre sí, y hay mucha costumbre de matrimonios entre familias, para mantener la línea genética al parecer. Los adultos son los que se encargan de los pequeños negocios que existen dentro del municipio, tanto de los que se encuentran establecidos en la plazuela frente a la iglesia como a los distintos restaurantes alrededor de la misma, pequeñas tiendas y centros de abastecimiento, donde proliferan la venta de comida tanto rápida como típica. Y me refiero a los adultos, porque la juventud mencionada con anterioridad es más dada al trabajo

fuera del municipio, ya sea en las diversas empresas grandes que existen dentro del departamento y en minoría en la ciudad capital.

En general el municipio se podría notar a simple vista como silencioso, las tiendas cierran temprano en la noche, y es un lugar bastante transitable ya que no es peligroso ni violento. Se compone de muchos callejones y callejuelas que terminan en tope o en portones, el cementerio de la localidad se encuentra regularmente cerrado, ya que de acuerdo a lo que expresa la población "espantaban mucho" y también "había gente que se metía a hacer sus mañas ahí adentro" con esto refiriéndose a la práctica y creencia bastante común de la brujería.

La comunidad está bien organizada, ya que ante situaciones de emergencia funciona de una misma forma, pareciera que ya todos saben que hacer y cómo reaccionar ante tales y cuales situaciones. La población siente mucha curiosidad por los que llegan a vivir ahí de forma temporal, es común que hagan preguntas y después se comuniquen entre si, en lo personal, nos dimos cuenta de que aunque hubiera comunicación mínima con las personas de la tienda, la panadería y algunos vecinos, ya muchas personas sabían de nuestra existencia y porque estábamos ahí. Se puede evidenciar la comunicación fluida entre los pobladores "chisme", pero cualquiera que sea la connotación que se le dé, es un punto notable de la interacción que existe dentro de la población.

Los jóvenes son tímidos en su mayoría educados y respetuosos, aunque ven a las mujeres médicos y a los profesionales de la psicología como personas con las cuales se les dificultaría tener alguna interacción ya que no intentan establecer relaciones amistosas o de pareja con dichas

personas. Es común que sus parejas se encuentren en un rango de dos o tres cuadras de distancia de sus hogares, iniciando sus relaciones afectivas desde los 13 o 14 años y finalizando años después en matrimonio o embarazo premarital. Los jóvenes se ven obligados social y culturalmente a adquirir este rol paterno aunque no lo deseen, ante lo cual inician su vida laboral, normalmente en la profesión u oficio predominante en el grupo familiar masculino, por lo que es común ver muchos herreros, carpinteros, mecánicos y conductores de bus que se dan de forma generacional.

Las mujeres son educadas desde pequeñas al trabajo del hogar y a la crianza de los hijos. Las familias son mayormente numerosas, y es común que la niña deba cuidar a sus hermanos menores aunque no se lleven más de 2 años. Considero que esta es una de las razones por las que el hecho de llegar a la maternidad a tan corta edad no les parezca un problema. El problema es cuando las mujeres no pueden mantener el embarazo o los bebes nacen con bajo peso y con problemas ligados a la carencia vitamínica y mala alimentación materna durante el período de gestación. Por lo demás no se notan problemas que deformen la calidad de vida de la población, ellos han logrado hasta el momento establecer una forma de vida funcional, que se encargan de enseñar a las nuevas generaciones, el cual aun que en cierta medida para personas que están acostumbradas a otro tipo de sistema, es práctico y utilizable, y además les brinda tranquilidad y comodidad a la población.

Aspecto Socio-Económico

Sus habitantes en su mayoría se dedican a la agricultura y comercio de: café, maíz, frijol, verduras, hortalizas, flores y frutas de diversas clases, aunque cabe mencionar que la aldea no cuenta con un mercado de este tipo sino que la población vende y compra sus productos en el mercado de Antigua Guatemala, ya que el mercado que se encuentra en la plaza de la aldea vende únicamente dulces típicos, comida típica del lugar (atol blanco, atol de elote, arroz en leche, chuchitos, tostadas, enchiladas y rellenitos), juguetes tradicionales (como el yoyo, el capirucho) como no tradicionales (objetos para hacer bromas, etc.),joyería de fantasía y de jade, playeras y enseres tipos tales como mochiles, bolsas, joyeros y cofres de madera artesanal algunas artesanías de barro con motivos zoomorfos y otros materiales que son de consumo turístico, local y extranjero, los fines de semana.

Entre las artesanías que se realizan y destacan del lugar se encuentran alcancillas en forma tanto de animales como de frutas, dentro de la población capitalina y del interior del país son reconocidos los tecolotes de diferentes tamaños, los jocotes y aguacates en tamaño grande, y las que tienen formas de perro en diversas posiciones, las cuales además de funcionar como una forma de ahorro tradicional son un adorno para las salas de estar de todas las personas que las adquieren o funcionan como un regalo. A pesar de lo avanzado de la tecnología, estas artesanías así como juguetes hechos de madera y pelotas hechas de "tripa de coche" aun se encuentran entre los favoritos de niños y grandes, siendo los días de mayor ingreso monetario y venta para los inquilinos de la plazuela del municipio desde el viernes por la noche hasta el domingo también al atardecer. Es costumbre de la población en general así como de la mayoría de los visitantes asistir a la misa de 5 de la tarde y al salir quedarse

degustando de las ventas de comida y bebida típica hasta aproximadamente las 9:30 de la noche. Ayuda bastante a la población económicamente activa que el lugar sea tranquilo y que los asaltos y violaciones aun no sean notorias dentro del municipio, así los visitantes sienten la confianza de quedarse hasta altas horas de la noche sin temer las consecuencias de estas acciones.

Además de este tipo de artesanías, existen herreros y carpinteros que se especializan en la producción de figuras decorativas en metal y madera. Entre las más solicitadas tanto por la población como por los visitantes se encuentran las figuras animales forjadas en metal, los candelabros para decoración de paredes y puertas, las ventanas y vitrales decorativos también forjados en su estructura para darles el toque antigüeño esperado, excelentes muebles que van desde un juego de sillas para jardín, hasta cabeceras y doseles para cama, mesas de comedor, hamacas y servilleteros. Para ellos también los días que traen mayores ingresos económicos son los fines de semana, siendo el día domingo el más esperado. Dicho día se puede observar a lo largo de la calle de la plazuela, mesas y mostradores repletos de esta mercadería en demostraciones al público, los cuales cuando son en menor cantidad y tamaño pueden adquirirse después de cierta negociación con el vendedor, y si son en mayor cantidad o mayor tamaño pueden también pagarse con anticipación y hacerlo a la medida del cliente. Estas personas son en su mayoría habitantes de la aldea, y como mencionaba anteriormente estos negocios son de tipo familiar, porque se ven desde abuelos y bisabuelos hasta las generaciones más jóvenes encargándose de la venta y manufactura de los artículos.

La bisutería también ha tomado auge en la venta, ya que es fácil encontrar juegos completos que incluyen aretes, collares, pulseras y adornos para el teléfono celular a bajos precios, y en una gran diversidad de colores, formas y tamaños. Dada la comercialización popular de los materiales y la facilidad imaginativa que las personas de la aldea tienen, pueden encontrarse modelos intrincados y sencillos, los cuales también pueden hacerse a gusto del cliente, el cual decide combinar entre colores, formas y tamaños de las cuentas decorativas. Una persona que se dedica a este negocio indica que cuando inicio esta práctica económica, los ingresos eran relativos, ya que al principio las ventas eran pocas pero por no existir competencia en cantidad se podían dar las piezas a altos precios, mas ahora con la diversidad de personas que han decidido dedicarse a este oficio, las ventas han incrementado casi el triple, pero los precios han disminuido, aunque según esta persona, ha logrado mantenerse a pesar de todo, y es un negocio que ha resultado bastante rentable para la población.

Entre los días hábiles de la semana es común ver los restaurantes y puestos de comida semi vacíos o vacíos en su totalidad, pero en fin de semana estos se ven abarrotados por la cantidad enorme de visitantes que asisten a sus costumbres religiosas, estos restaurantes tienen muchos años de existir y han cambiado en su menú e infraestructura, pero siempre llevando al paladar el placer de la degustación de la comida típica antigüeña y del resto del país así como de los mejores cafés del área. Proliferan también las pequeñas tiendas, pudiéndose encontrar hasta 3 en una misma cuadra, las tortillerías y panaderías se encuentran en menor cantidad.

Una minoría son profesionales que trabajan en el hospital y otros emigran a la Antigua Guatemala y a la ciudad capital. También se observan algunas ventas de velas y "candelas" para los fieles que visitan al Señor Sepultado que se venera en esta Iglesia. Los hombres han encontrado en el transporte un medio de trabajo, ya que la aldea al contar con su servicio de buses de ruta urbana trabajan en el mismo como pilotos o ayudantes del mismo, además han adquirido tuc tuc para el transporte privado derivado del taxi, el transporte de buses deja de funcionar a las 8 de la noche, mientras que los tucs tucs aun brindan servicio hasta las 9 o 9:30 de la noche. La aldea cuenta con dos fincas cafetaleras principales llamadas La Quinta y la Folié, además de la finca Filadelphia que como ya se menciono brinda servicio de restaurantes y cannopy que son sus ingresos más frecuentes, también podemos encontrar en los alrededores de la plazuela distintos restaurantes formales de comida tanto típica como extranjera que también son fuente de trabajo para la población. Cabe mencionar que desde el año 2002 han surgido nuevas empresas y microempresas interesadas en un producto más comercial, preparándose para ello de manera técnica y con un capital proveniente y en Pro de la familia ya que el negocio pasa a ser patrimonio familiar. Además ha incrementado el comercio informal, generalmente de ventas de comida que realizan las mujeres del lugar, permitiendo de esta manera que las amas de casa contribuyan a la economía del hogar. La actividad económica predominante en la aldea es la artesanía y el comercio de la misma y la agricultura. Según el censo dirigido a economía y medios de supervivencia económica realizado en 2003, 1,858 se encuentran económicamente activas en las diversas áreas comerciales de la aldea.

Dentro de las actividades propuestas por el grupo técnico encargado de elaborar El Plan De Desarrollo de Las Aldeas de La Antigua Guatemala,

para mejorar el tejido productivo de los habitantes de las áreas más pobres del municipio ,se contempla la realización de Ferias Artesanales que promuevan la comercialización de los productos a fin de impulsar el desarrollo de los diferentes artesanos que se encuentran diseminados en las aldeas que circundan la cabecera municipal, quienes normalmente venden sus productos en sus propias aldeas y no tienen acceso al gran mercado que ofrece la Ciudad de Antigua Guatemala.

Para hacer viable este objetivo , el Grupo Técnico contando con la colaboración y apoyo del Ministerio de Economía , El Ministerio de Cultura y Deportes, La Municipalidad de La Antigua Guatemala, cuyo Concejo Municipal aprobó la celebración de la misma , así como las Alcaldías Auxiliares de las Aldeas, realizo la Primera Feria Artesanal del 12 al 15 de octubre en los corredores del Palacio del Noble Ayuntamiento de Antigua Guatemala, con motivo de celebrarse el gabinete móvil en los departamentos de la Región V Chimaltenango y Sacatepéquez. Participaron diversos artesanos de los principales municipios del departamento siendo destacada la participación de San Felipe de Jesús. Se está trabajando en una propuesta de comercialización y exportación de artesanías en la cual tomaran participación empresas como Génesis Empresarial, DACREDITO: Banco de la República, Banco de Desarrollo Rural, Fundación Crysol, Puente de Esperanza y la Municipalidad de la Antigua Guatemala.

En el aspecto de servicios de salud, la población local de San Felipe cuenta con la atención que se presta en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, y aproximadamente a dos Km. antes de llegar a la aldea se encuentra un Centro de Salud, pero este pertenece a la jurisdicción de Antigua Guatemala. También se encuentra la Institución "Nuestros

ahijados” que es una ONG (Organización No Gubernamental) de ayuda social, llamada God’s Child Proyect, implementada por extranjeros en las que se da consulta médica, dental y psicológica, por un costo de Q30.00 y funciona también una escuela primaria y pre-primaria, en caso de que el paciente manifieste no tener los medios para subsidiar este gasto, se le realiza un estudio socio-económico y de comprobarse pobreza extrema la consulta será gratuita y además puede ingresar a la escuela.

Aspecto Ideológico Político

El departamento de Sacatepéquez genera su historia alrededor del surgimiento, desarrollo y destrucción de la ciudad de Santiago de Guatemala, y posteriormente de la Antigua Guatemala. La aldea pertenece al municipio de Antigua Guatemala por acuerdo gubernativo del 23 de agosto de 1935, antes pertenecía a Jocotenango. Toda la actividad de los municipios y aldeas unen a esta fantástica ciudad en ruinas, que se encuentra con un pie en el siglo XVIII y otro en el siglo XXI.

Esta población posee una gran herencia histórico-cultural, tanto de la etnia Cakchiquel como de los españoles, desde la conquista hasta la colonización. Se evidencia el legado cultural en las tradiciones y creencias que rigen la vida de los pobladores; por ejemplo la ideología animística que colma los mitos, leyendas y personajes en los que predomina el pensamiento mágico. Aun se tiene la creencia en el "mal de ojo", por ejemplo, que se dice que es un mal que provocado a los niños recién nacidos, por mujeres que están en su periodo menstrual o que tiene "el humor muy fuerte", entonces el niño presenta síntomas como; fiebres inexplicables y llanto con pujo; pero el mal tiene su propia cura ya que se cree que si la mujer que lo enfermó" lo carga este se curará si así no se cesan los síntomas, entonces se procede a la "curación" que consiste en una serie de rituales con huevos y hiervas, pasadas en forma de cruz sobre el cuerpo del niño. Otro pensamiento mágico es que se le puede "hacer daño" a una persona por medio de los llamados "enfrascados" o "entierros" que consisten en introducir en un frasco con hiervas, la fotografía de la persona a quien se la va a hacer el daño y decir oraciones especiales para diferentes santos, luego se entierra el frasco generalmente en la casa del mismo a quien se le hace el "trabajo" (así le llaman a estos rituales). Los cuentos y leyendas de aparecidos son comunes, hablándose

mucho en la población de distintos espantos que se aparecen más que todo en el área del cementerio, una leyenda famosa es la del "hombre ahorcado" que algunas personas comentan han podido ver a entradas horas de la noche colgando de un poste de energía eléctrica que se encuentra en una de las esquinas del campo de futbol, donde de acuerdo a la leyenda oral, se suicido ahorcándose hace muchos años.

Además cabe mencionar que el Santuario del Señor de San Felipe identifica a los pobladores, tanto de la localidad de San Felipe como de la Antigua Guatemala y en ella se venera con veladoras (candelas) a la imagen del Señor Sepultado. También se acude a la imagen para pedirle por diferentes causas, ya sea de salud, de dinero, de amor, u otras, y para esto existen diferentes colores de candelas, además de unos cuerpecitos o partes de cuerpos (que frotan en la parte enferma del creyente o de un familiar), hechos de cera para ofrecerle al Señor y que éste conceda la gracia de sanarles.

Es común, aun hoy en día, que la forma de transmitir leyendas tradicionales e historias en los velorios, cabos de novena y cuando personas mayores y jóvenes se reúnen alrededor de un contador de historias orales en alguna fuente milenaria testigo de costumbres y temores de la población a través de los tiempos. En todo el departamento, municipios y aldeas de Sacatepéquez se encuentra la literatura oral en prosa como leyendas, mitos, casos y cuentos de personajes maravillosos y milagrosos. En la literatura oral proliferan los versos, corridos, décimas, romances y romancillos.

En la auxiliatura de la alcaldía municipal ejerce la autoridad un alcalde auxiliar, quien trabaja gratuitamente. El actual alcalde auxiliar es Don Juan

José González, quien apoyado por cuatro regidores y 40 magistrales quienes apoyan al equipo primario antes mencionado, en la alcaldía municipal no se encuentra el alcalde auxiliar ni a los vocales todos los días en horarios de oficina, ya que debido a que su trabajo es gratuito, el auxiliar y los regidores, así como los magistrales deben trabajar en otras actividades para el sustento de su familias; no obstante trabaja en la alcaldía auxiliar una persona encargada de atender a las personas que visitan esta instancia y llamar al señor alcalde o alguno de los vocales para atenderlas, el salario de esta persona lo pagan entre el alcalde auxiliar, regidores y magistrales. El equipo de trabajo se reúne entonces dos veces por semana para tratar los asuntos correspondientes a esta instancia. El alcalde auxiliar se encarga de autorizar y cobrar la cuota de los puestos del mercado.

Otra de las funciones de esta alcaldía auxiliar es establecer un COCODE (Consejo Comunitario de Desarrollo) Que tiene por objeto que los miembros de la comunidad interesados en promover y realizar políticas participativas, se reúnan para identificar y priorizar los proyectos y programas que benefician a su comunidad.[1] Según la ley de consejos solamente pueden constituirlo aquellas comunidades cuya organización territorial este legalmente reconocida con la categoría de aldea. "El coordinador será el alcalde comunitario o auxiliar o, en su defecto, la comunidad elegirá al coordinador."[2] El órgano de coordinación está compuesto por el coordinador o coordinadora y por 12 representantes elegidos por asamblea comunitaria que es una reunión que convoca a los miembros de la comunidad.

[1]Reglamento, articulo63. inciso C.

[2] Reglamento, articulo 13.

"Todo consejo comunitario de desarrollo, una vez conformado, con la transcripción de su acta de constitución, deberá registrarse e inscribirse en el libro respectivo del Registro Civil de la Municipalidad de su jurisdicción, con lo cual obtendrá su personalidad."[3]

Aunque cuentan con un sistema gubernativo establecido por la municipalidad del municipio, es notable que en el momento de arreglar problemas o establecer órdenes de jerarquía dentro de la aldea, tengan mayor opinión y derecho al voto las personas mayores y los llamados "cabezas de familia" que han nacido y vivido dentro de la aldea desde su infancia. Por eso es que al momento de escoger a un presidente y la junta directiva del COCODE se toma en cuenta la historia familiar de los candidatos más que su trayectoria escolar o laboral, el último presidente era carpintero. Esto quiere decir que no importa tanto el nivel escolar o económico de la persona, sino más bien la "trayectoria" que esta persona ha tenido dentro de la comunidad, el liderazgo que muestre y la habilidad que tenga para lograr adeptos que voten por él. Las votaciones se hacen a nivel comunal, se hace la convocatoria por medio de carteles hechos a mano normalmente en cartulinas y con marcadores, que se colocan en las paredes y en las entradas a las pequeñas colonias que existen dentro de la aldea. De esta misma forma se convocan a reuniones de mujeres, de hombres, adolescentes y jóvenes a las actividades que realizan dentro de la comunidad, que vale la pena decir, son comunes.

Las actividades preferidas por la población son de tipo deportivo y social, ya que cuentan con un pequeño campo de futbol a la par de la escuela

[3] Acuerdo Gubernativo 229-2003, del 8 de abril del 2003, artículo 15.

pública de la localidad, casi a diario se pueden notar pequeños equipos de los sectores de la aldea que compiten en campeonatos o bien que practican este deporte por gusto personal, los jóvenes se mantienen alejados de las pandillas, y debido a esto esta aldea probablemente sea uno de los lugares más seguros para vivir, por lo cual es natural que personas provenientes de otros puntos de la república tomen Antigua Guatemala y sus alrededores como su área de vivienda y de negocios, aunque la situación económica del lugar es elevada, los precios por terrenos y alquiler de locales comerciales son más elevados que en otros lugares. Es un lugar pequeño pero en el cual los pobladores reconocen a las personas que vienen de otros lugares, los cuales no participan activamente en las decisiones y actividades de la aldea. Cabe notar que todas las personas tienen derecho a opinar y a tener parte importante en la coordinación y decisión de las actividades, pero aun en el caso de las mujeres, sus derechos se ven minimizados, teniendo más control sobre todo esto la población masculina.

Descripción de la Institución

Antecedentes

Al erigirse la Catedral de Guatemala, se dispuso separar la novena parte y media parte de los diezmos para la fabricación y manutención de un hospital para los eclesiásticos, tratando con esto de favorecer a sacerdotes, diáconos y subdiáconos, pero las rentas de la iglesia eran muy bajas y se decidió transformar esto en limosnas manuales que se repartían los sábados en la iglesia, esta práctica se realizó hasta 1946 cuando las rentas aumentaron y se ordenó suprimir las limosnas y se mandó comprar la casa o predio para construir el hospital; sin embargo el obispo murió y el tema no fue retomado hasta el 16 de octubre de 1654, cuando el cabildo ordenó la construcción del Hospital el cual fue trazado el 3 de noviembre siguiente.

El establecimiento fue bendito por Fray Payo Enríquez de Rivera en noviembre de 1663, cundo comenzaron a llegar enfermos. Fue nombrado primer rector del hospital a don Antonio Álvarez de la Vega y enfermero ecónomo don Salvador Nabrija. Con el terremoto de 1773, el hospital sufrió pérdidas en sus edificios y en su iglesia; además de tener que atender ya no solo a personas del clero sino a toda la población. Se reconstruyó especialmente la iglesia, la cual fue estrenada el 24 de octubre de 1869 con el nombre de San Juan de Dios ya que quienes atendían el hospital en ese momento eran los religiosos que en el hospital Real de Santiago habían perdido su iglesia con ese nombre; pero los religiosos tuvieron que dejar la administración del hospital y los sustituyeron, en 1865 las hermanas capuchinas de la Divina Pastora. En 1869, las hermanas capuchinas dejaron de prestar sus servicios en el hospital y reemplazadas por las hermanas de la caridad de San Vicente de Paúl.

Hoy se conoce al establecimiento como Hospital Nacional Pedro de Bethancourt y es el único en antigua Guatemala y se ha sostenido a través de le historia. Se ubica actualmente en la aldea San Felipe de Jesús, Km 42. De la ciudad de Guatemala, su edificio fue inaugurado en 1991, comenzó a funcionar un año más tarde; construido en un terreno de aproximadamente siete manzanas, cedido al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por el Muy Noble Ayuntamiento en 1972. Depende de las anteriormente mencionadas dependencias y de la dirección del Sistema Integral de Atención en Salud y de la Dirección del Área de salud. Junto al hospital de Chimaltenango y Escuintla integran la región numero V de Salud Pública. Atiende a más de 20 mil habitantes por año, con un promedio de 11,875 pacientes mensuales, prestando servicio las 24 horas los 365 días del año, la mayoría procedentes de municipios aledaños, Cuidad Vieja, Alotenango, Pastores, Santiago Sacatepéquez, San Pedro Las Huertas, Santa Lucia Milpas Altas, Antonio Aguas Calientes y de Chimaltenango, Escuintla, Quiché y Retalhuleu.

La organización del área de salud a nivel Nacional está a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La Dirección del Sistema Integral en Salud distribuye funciones a la Dirección Área de Salud, que antecede a la dirección Ejecutiva que trabaja con los comités de apoyo, una subdirección ejecutiva y otra subdirección administrativo-financiera. De la Subdirección Ejecutiva dependen todos los Servicios Médicos y Servicios Técnicos de apoyo y de la Subdirección Administrativa-Financiera dependen los Departamentos Administrativo y el de Recursos Humanos, teniendo injerencia en los Servicios Técnicos de Apoyo.

Físicamente la estructura del edificio del Hospital está distribuida de la siguiente manera:

Primer Nivel: Emergencia, Consulta Externa, Salud Comunitaria, Medicina Comunitaria, Enfermería, Laboratorio, Trabajo Social, Registros Médicos, Alimentación y Dietas, Área de Cocina, Comedor, Central de equipo, Radiología y Rayos X, Farmacia, Patología, Quirófano y Sala de Operaciones, Contabilidad, Bioestadística, Personal, Almacén, Lavandería y Costura, Transporte, Compras y Seguridad, Mantenimiento, Servicios Sanitarios, Área de Esterilización, Bodega de Medicamentos, Sistema de Calderas, Garita, Parqueo y Área Verde.

Segundo Nivel: Áreas de Pediatría y Maternidad con sus respectivas áreas de encamamiento, jefaturas de área, puestos de enfermería, el área de pediatría incluye el área de recién nacidos, dividida en área común e intensivo y servicios sanitarios.

Tercer Nivel: Área de Medicina de mujeres y hombres, puesto de enfermería, sala de conferencias, biblioteca, sala de estudio, clínica de terapia respiratoria.

Cuarto Nivel: Encamamiento de Cirugía de hombres y mujeres, puesto de enfermería y servicios sanitarios.
Cada Servicio cuenta con quince camas, (excepto el de pediatría, que por demanda en el servicio atiende unas veinte camas promedio).

OBJETIVOS DE LA INSTITUCION

Los Objetivos del Hospital Pedro de Betancourt:

1. Prevenir Enfermedades (atención primaria)

a. Saneamiento del medio

b. Educación Sanitaria

c. Control del Niño Sano

2. Curar Enfermedades (atención secundaria)

a. Atención de pacientes agudamente enfermos con tratamiento Médico Quirúrgico

b. Atención del paciente ambulatorio

c. Educación para recuperar la salud

d. Atención a la madre embarazada

3. Rehabilitación (Atención Terciaria)

a. Educación para mantener la salud

b. Integración al hogar

c. Seguimiento en consulta externa o en la comunidad

FUNCIONES DEL CENTRO

Baja Morbi-mortalidad en el área de influencia.

*Servicios

Medicina de Hombres, Medicina de Mujeres, Cirugía, Cirugía Plástica, Pediatría, Traumatología, Ortopedia, Hematología, Neurología, Consulta Externa en: Dermatología, Ginecología, Nutrición de Niños y Adultos, Psicología, Estimulación Temprana, Oftalmología, Otorrinolaringología y Odontología. Cirugía Menor, Terapia de Lenguaje, Terapia Ocupacional, Radiología, Ultrasonido, Curaciones Varias, Trabajo Social, Farmacia Interna y Externa, Programa para Diabéticos, Programa para Jubilados (AJUPENSA), Clínica de Planificación Familiar ITS, VIH, SIDA y Emergencia

*Recursos

El edificio cuenta con cuatro niveles, en los cuales se cubren los servicios anteriormente mencionados, entre los recursos humanos del hospital se encuentran 571 empleados ubicados en los diferentes renglones de clasificación del personal, que incluye empleados operativos, técnicos, médicos por contrato, y personal presupuestado.

Derechos y obligaciones atribuidos al paciente del hospital:

Derechos:

- Ser tratado con cortesía, respeto y aprecio por su dignidad personal.
- Tener una respuesta pronta y razonable a sus preguntas y peticiones.
- Recibir información clara de su diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, beneficios, riesgos y alternativas.

Obligaciones:

- Proporcionar información correcta y completa acerca de sus dolencias físicas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos.
- Ser considerado con respecto a los derechos de otros pacientes y el personal del hospital y ayudar a controlar el ruido y el número de visitantes.
- Ser respetuoso de la propiedad de otras personas y del hospital.
- Proteger sus artículos personales.

DESCRIPCION DE LA POBLACION A LA CUAL ESTA DIRIGIDO EL E.P.S

La población meta que fue atendida durante la realización del E.P.S. fueron las pacientes entre 15 y 45 años que llegan al área de maternidad por parto, aborto, legrado, óbito fetal, abuso sexo-genital y recuperación respectiva. Esta población en su mayoría son originarios del departamento de Sacatepéquez, ladinas en un mayor porcentaje así como también indígenas, que hablan castellano, posición media y media baja, católicas, minoritariamente de otras religiones, amas de casa. Son mujeres de distintas escolaridades, predominantemente educación básica y primaria, las cuales según los comentarios del personal de enfermería, en algunos casos sufren de violencia intrafamiliar a causa del machismo tanto por parte de los miembros varones de sus familias como por la sociedad en la que habitan.

También se pueden observar muchas pacientes de Chimaltenango. Las mujeres de esta región en su mayoría son indígenas, que hablan castellano y otras cakchiquel, y una minoría ladinas, en su mayoría de escasos recursos, católicas muy pocas de otras religiones, en cuanto a la escolaridades básica o nula. Son mujeres de campo, mujeres trabajadoras.

Debido a la cercanía del Departamento de Escuintla la población de esta región es muy afluente en esta área del hospital. La población de este departamento generalmente habla castellano, de clase media, tanto de religión católica como evangélica, con una escolaridad a nivel diversificado, muchas trabajan como maestras o son amas de casa y su trabajo generalmente se encuentra cerca de sus hogares.

Durante este tiempo se tuvo la oportunidad de trabajar con un grupo amplio de mujeres de un rango de edad de 15 a 45 años de edad que

fueron ingresadas al hospital al área de Maternidad y Ginecología por óbito fetal. Las características de estas mujeres variaban depende su edad, estado económico y etnia, sin embargo la mayoría manejaba un sentimiento en común que era la culpa por la pérdida de su bebe ya que muchas pensaban por desconocimiento que lo que les había sucedido era porque estaban "malditas" o porque no se merecían ser madres por alguna situación o acción que hubieran cometido durante su pasado.

También se dio apoyo psicológico a adolescentes, entre 12 y 16 años de edad, de carácter pasivo y apacible, hijas mayores o menores en sus familias con antecedentes de abuso sexual normalmente por un familiar, provenientes de familias machistas, en las cuales son criadas desde su niñez para la organización del hogar y la crianza de los hijos. Por eso una característica muy propia y fácil de encontrar, es que aceptan de buena manera el embarazo, consideran que llegada cierta edad ya pueden desempeñar el papel de madres de familia, e incluso entre los padres de estas jóvenes es común aceptar este rol como normal y alentar a la joven a casarse y formar una familia a muy temprana edad. Ya que si no se casan jóvenes piensan que ya nadie las querrá por "viejas" y que por este motivo ya no podrán tener hijos sanos. Las jóvenes ven como ideal esta situación, ante lo cual buscan parejas más grandes que ellas que conocen desde hace muchos años o viven cerca de sus casas, ante lo cual se trasladan a las casas de sus parejas y continúan viviendo dentro del margen de la localidad, no es común encontrar jóvenes que se trasladan a otras partes más lejanas del municipio.

Su mentalidad es dirigida hacia el hogar, aunque algunas tuvieran deseos de estudiar una carrera o en la universidad, no se consideran lo suficientemente "listas e independientes" para obtener un trabajo

remunerado fuera de sus hogares. Es común encontrar que estas jóvenes digan que no tienen amigas ni socializan dentro de su comunidad, se habitúan a estar en sus hogares, y salen solamente a hacer compras para el hogar, y a la casa de sus familiares cercanos, se vuelven dependientes de sus parejas, y adquieren una vida de servicio para los miembros de la familia a donde llegan a habitar, haciéndose cargo de realizar comida o limpieza en la casa y el cuidado de personas mayores y niños.

Otra de las problemáticas mas comunes que se pudo observar en el área de Maternidad y Ginecología es la violencia intrafamiliar ya que esta es la causante de un gran porcentaje de abortos entre las mujeres que ingresan a esta área del hospital. Las pacientes que sufren esta terrible experiencia sufren diferente tipo de secuelas entre las más comunes podemos encontrar: depresión y ansiedad, culpabilidad y en algunos casos temor de regresar a su vida familiar por la violencia física a la que se ven enfrentadas.

En el último año se presentaron muchos casos por abuso sexo-genital tanto en infantes, adolescentes como adultos, estos casos en el pasado eran muy extraños y aislados ya que la mayoría de personas todavía manejan mucho miedo al momento de denunciar ya que sienten vergüenza o que pueden ser catalogados como los "culpables" del incidente. La población en general esconde el hecho de que miembros de la familia o conocidos abusen de niños y adolescentes en el seno familiar e incluso en algunas ocasiones las mismas victimas callan la culpa de sus victimarios porque en sus casos es el abuelo un tío, un primo o alguien muy reconocido por su familia y temen la reacción de sus padres y demás familiares con respecto al tema, es una cuestión aislada mas por temor que por la comprensión que se tenga de que este tipo de acciones son

penadas por la ley además de considerarse incorrectas por estar en contra del derecho de niños, niñas y adolescentes a recibir protección para su integridad tanto física como mental. Cuando se realiza la entrevista individual, se nota que en su mayoría las personas aun no toman el abuso sexual como un problema, casi todas las personas mencionan un episodio de abuso en su niñez o adolescencia, que al momento ya no les provoca dolor o malestar, y aunque no es tomado como algo normal, se traduce como algo común a lo que no debe prestársele atención y mucho menos incluir a la ley al respecto.

El área de psicología atiende a personas de todas las edades, y entre su población más recurrente se encuentran las personas que padecen de depresión, problemas familiares y de pareja y algún tipo de trastorno del estado de ánimo, además de jóvenes y adolescentes con problemas de conducta, autoestima e ideas suicidas. En la división de psicología pediátrica del hospital se atienden a niños con diversos problemas y también se da tratamiento a los niños internos en la unidad de pediatría. Esta área funciona casi independientemente del área de psicología de adultos, y tiene su clínica acondicionada cerca del área de pediatría.

Se subdivide por especialidades médicas el servicio de E.P.S. ya que la demanda psicológica es muy reconocida dentro del hospital. Las enfermeras y algunos médicos encargados de las distintas áreas que cubre el servicio del hospital, se encuentran conscientes de la necesidad de apoyo psicológico de los pacientes.

Según nos indican en donde más se da la incidencia del servicio psicológico son en Maternidad y Ginecología, Pediatría y Medicina de Hombres y Mujeres. Esto da la pauta que dentro del ejercicio de la salud, se le está dando un nuevo auge a la psicología, la cual está saliendo de su

anonimato para convertirse en una parte fundamental del equilibrio del paciente, además de dar servicio a encamamiento interno, el área de psicología está abierta para dar servicio a consulta externa, en esta población no se estipulan edades y se atienden a las personas con previa cita con un carné de identificación y control de citas y el seguimiento de las mismas mediante hojas de evolución que son revisadas diariamente.

Considero que probablemente esta población no se ha visto alienada tan fuertemente como la población capitalina, y que aun logra conservar su humanidad y el impacto que una problemática de cualquier tipo pueda tener en su equilibrio emocional, además por su fuerte sentido religioso el buscar ayuda fuera del ámbito de la iglesia indica que pueden darle la importancia al trabajo del epesista y al esfuerzo que pone en mejorar la calidad de vida de los pobladores de la aldea, además de apoyar el servicio mostrando puntualidad y tomando en cuenta las opciones que el terapeuta brinda para su mejoría emocional.

Se da más la asistencia de las mujeres al servicio, aunque se tuvo un alza en la asistencia de los hombres de acuerdo a lo observado durante el ejercicio. Cada día se nota más la necesidad que los hombres adquieren de comunicar y expresarlo que les molesta, y aunque con ciertos sentimientos de vergüenza y desconfianza se acercan y solicitan la ayuda. Son incluso los que más se comprometen con su proceso, y los que comparten mucho más de sus vidas y sus deseos, considero que dentro de la clínica se encuentran con la oportunidad de quejarse y sentirse vulnerables, cuestiones que en su vida cotidiana no pueden realizar ya que su rol establece que deben mostrarse fuertes y hasta cierto punto invencibles e inalterables, ya que su papel como cabeza de familia les implica no quejarse ni mostrar sentimientos, ante lo cual, fomenta en el hombre la

idea de que nada debe molestarles, y encuentran en la clínica el espacio en donde pueden hacerlo sin temer a prejuicios y a la burla del psicólogo.

La aldea a simple vista parece ser tranquila y pacífica, pero indican que los lugares en donde está custodiada el área por la Policía Nacional Civil son el área del hospital y la plaza donde se encuentra ubicada la iglesia. Los robos y asesinatos no son comunes dentro de la población, la proliferación de maras aun no es evidente salvo algunos comentarios de los pobladores de un grupo de personas que asaltan en el área de Jocotenango o bien de ciertas áreas dentro de San Felipe como lo son la zona 5 y 6, que se encuentran ubicadas en la parte alta posterior al hospital, en donde se indica que hay algunas personas que asaltan. En general la población está bien organizada y confían las decisiones más importantes de la aldea al COCODE actualmente conformado por 13 personas.

PLANTEAMIENTO DEL O LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES

Dentro de la población del Área de Maternidad y Ginecología del hospital imperan los problemas de violencia intrafamiliar, violencia física, óbito fetal, abortos y abuso sexo-genital.

Uno de los principales problemas que se presentaron en los últimos meses en el hospital y que ha tomado bastante auge son los ingresos por óbito fetal en mujeres de 15 a 45 años de edad. Algunas de las razones por las cuales esta problemática ha aumentado contienen muchos factores en los cuales influyen situaciones contextuales y físicas, pero que de ambas maneras afectan directamente la situación emocional de estas mujeres y sus familias, ya que estas experiencias son un estigma social en la comunidad.

Aunque a la mayoría de estas mujeres no fue posible darles un seguimiento después de que fueron egresadas del hospital, es muy interesante observar cómo se desenvuelven al regresar a sus hogares después de la experiencia de haber sufrido un óbito ya que la mayoría ya tenían preparada la llegada del bebe (cuarto del bebe, ropa, nombre, etc.) ya que el cambio de conducta es altamente notable desde el momento en que se les aborda dentro del hospital, se vuelven personas retraídas, con sentimientos de culpa y enextremo serviles, que consideran que lo que les ocurrió es un pecado con el que deben cargar el resto de sus vidas, y dan pie a los pensamientos místicos de origen religioso, ya que se sienten abandonadas por Dios y castigadas por el mismo, en casos más extremos se han llegado a decir ellas mismas incluso asesinas o incapaces de ser madres por no poder terminar el embarazo ya que a algunas de estas mujeres el esposo las ha culpado de lo sucedido. Consideran que hicieron algo inconsciente para provocarse el aborto, ya que algunas comentan “si

no me hubiera enojado tanto", "si no hubiera sido tan mala persona en el pasado" o "si me hubiera alimentado bien", cuestiones que aunque puedan ser reales, a veces no corresponden con el diagnóstico médico, pero que vienen a modelar su culpabilidad.

En el último año se registraron varios casos de abuso sexo-genital en infantes, adolescentes y adultos. Esto ha hecho que la tasa de embarazos a causa de esta situación haya aumentado. La mayoría de las mujeres no denuncia a sus atacantes por vergüenza ya que piensan que serán juzgadas o que las acusarán de haber "causado" esta situación por el mismo machismo que existe en su ambiente. Normalmente los atacantes de estas víctimas son persona cercanas a su círculo como amigos, vecinos, y en el peor de lo casos algún familiar. No se tiene mucha información acerca de esta problemática ya que la falta de educación e información ha hecho que se realicen pocas denuncias. Aunque todos los casos que ingresan al hospital se transforman en casos legales.

El abuso sexo-genital es un problema latente en la sociedad ya que está atacando con una gran magnitud, siendo la mayoría de casos en el sexo femenino. Mujeres sin importar edad están siendo víctimas de esta violencia y aunque no es un problema nuevo, no es hasta hace algunos años atrás que se le comienza a dar importancia.

Como consecuencia las mujeres víctimas de abuso sexo-genital presentan traumas que se manifiestan en un período no determinado después del hecho, que se conoce como estrés post–traumático. Este estrés aparece de diferentes formas o manifestaciones ya sean éstas agudas, crónicas o demoradas. Las consecuencias de sufrir un abuso son además de mentales, físicas ya que la mayoría de veces las mujeres son maltratadas

y golpeadas antes de que el agresor sexual proceda a abusar de la víctima.

Hoy en día gracias a la importancia que se le ha comenzado a dar a estos casos, algunas mujeres han aceptado la ayuda profesional en centros especiales que se les brinda, y pueden obtener más conocimientos respecto a la ley, ya que existe protección por parte de esta. Las personas que presentan estrés post – traumático debido a un abuso sexual, no hablan de lo que les sucedió, por que evitan todo tipo de cosas que se relacionan con su experiencia. Las víctimas que han sido agredidas, presentan un cambio en su actitud, entre estos temor a quedarse solas, hablar con extraños, tener relaciones sexuales de nuevo, ya que la mayoría de las veces se culpan a sí mismas como si fueran las responsables de lo sucedido. Es por esto que se es necesario dar a conocer un mejor panorama del medio en el que se desarrollan mujeres que han sido víctimas de esta violencia, y demostrar las consecuencias que trae en su rehabilitación ya que sufren que un estrés post–traumático, que cambia sus actitudes y manera de pensar. Pero al mismo tiempo comprobar que el comportamiento de ellas no vuelve a ser el mismo y que la reacción ante dicho problema es diferente según la edad y madurez que ellas presenten.

Otra problemática muy común en el área de maternidad es la violencia intrafamiliar, está en algunos casos llegando a ser la causante de abortos y bebes muertos después del nacimiento. Las secuelas que dejan estas experiencias en las pacientes internas del hospital son múltiples, pueden presentar depresión y ansiedad, culpabilidad y en algunos casos temor de regresar a su vida familiar por la violencia física a la que se ven enfrentadas.

La violencia intrafamiliar, no consta solamente de golpes, abusos e insultos es algo más profundo. No es un tema nuevo, pero en la actualidad es algo que esta profusamente instaurado en la sociedad guatemalteca. Las manifestaciones de violencia en contra del ser humano, viene desde tiempos coloniales y de conquista, el guatemalteco siempre se ha visto subyugado por la opresión de culturas más grandes y desarrolladas, la forma natural de las personas para enseñar es lastimando. Los castigos que se dan desde la infancia siempre son con golpes, la humillación y la falta de respeto son comunes y ya no se les da importancia. Al niño desde pequeño se le enseña a golpear para defenderse, golpear para imponer su opinión, golpear para pedir obediencia. En los países latinoamericanos, el machismo aun es común y la forma habitual para imponer el miedo y el poder son con violencia.

La violencia física tiene niveles, aunque es alarmante que para considerar que una persona ha sido violentada es necesario que presente heridas consideradas graves. La violencia verbal aun no es condenada, y es considerada ya como algo normal en la comunicación familiar.

Otro problema con alta incidencia actualmente son los abortos. En el hospital, los abortos son comunes por muerte intra-uterina del feto, malformaciones congénitas, y pocos casos por violencia intrafamiliar o accidentes. A ello se une que en grandes porcentajes las madres carecen de información prenatal, no están bien alimentadas, realizan trabajos fuertes en sus hogares, o incluso por el poco tiempo que planifican entre sus hijos. Las familias son numerosas en esta comunidad, y entre hermanos es común la diferencia de un año o menos entre ellos. Según algunos médicos después de un aborto se necesita de aproximadamente un año o más para que la matriz y el útero se restablezcan y puedan

albergar otro embarazo, pero algunas mujeres no esperan el tiempo adecuado.

Otra posibilidad para la cantidad de abortos que se da, es el mal o careciente uso de métodos anticonceptivos y de planificación familiar. La mujer al no poder escoger un método o bien escoger uno que no es funcional para su organismo corre el riesgo de que sus embarazos sean muy seguidos, con lo que las paredes uterinas se vuelven débiles y el feto se desprende sin llegar a termino de gestación.

La mujer ante un aborto siempre tiene emociones contradictorias. Al mismo tiempo que le duele la perdida, se siente culpable de alguna forma por la misma. Sienten que no son buenas madres, y que tal vez no estén capacitadas para serlo. La sociedad aun el aborto haya sido natural y no inducido, siempre condenara y marcara a la mujer que lo padece. Dentro de la familia comienza el cuestionamiento negativo contra ella, si es posible que no se halla cuidado bien, si hizo algo para provocarlo, en fin, la mujer se ve bombardeada de preguntas que junto con su estado emocional lo único que logran es deprimirla.

Todo esto en general, es una espiral de problemas. Una madre deprimida no puede cuidar bien de sus hijos, los hijos descuidados tienen secuelas negativas en la escuela y en la comunidad, comienzan a convertirse estas secuelas en problemas que pueden provocar mala conducta en la adolescencia, la mala conducta recae en embarazos adolescentes, matrimonios forzados y en fin comienza de nuevo un circulo que no se cierra. Es importante procurar a la madre que presenta este tipo de problemática, la ayuda psicológica necesaria para lograr un equilibrio emocional en su vida, y ante todo apoyarla en sus diferentes esferas, para que al regresar a su vida cotidiana pueda enfrentarse al hecho de que a

pesar de ser parte de una estadística en la lista de abortos en Guatemala, su experiencia es distinta a la de todas las demás, cada quien siempre tiene una historia diferente que contar y la de ella es igual de importante.

Los abortos en Guatemala sólo se permiten en casos de riesgo de muerte de la mujer; sin embargo, muchas mujeres recurren al aborto cuando se enfrentan a un embarazo no deseado. Por lo general, los procedimientos se llevan a cabo en secreto y con frecuencia en condiciones inseguras que conducen a serias complicaciones, las cuales requieren tratamiento médico. A pesar de ello, no todas las mujeres buscan atención médica o lo hacen tardíamente por lo que la verdadera magnitud de la morbilidad por aborto se desconoce. [4]

[4] Morbilidad por aborto en Guatemala: Una visión de la comunidad Sandra Sáenz de Tejada, Elena Prada y Gonzalo Ball Informe Ocasional No. 27 Octubre 2006

CAPITULO II

MARCO TEORICO METODOLOGICO

En Guatemala existen muchos problemas que afectan de diferente manera la estabilidad emocional de la población. El aumento de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años es particularmente alarmante en Guatemala. En la población escolar se encuentran porcentajes más altos en niños y niñas de origen indígena y en aquellos que habitan en áreas rurales. Guatemala es actualmente el sexto país del mundo con peores índices de malnutrición infantil.[5]

En algunas regiones del área rural de Guatemala, donde la mayor parte de la población es de origen maya, los índices de malnutrición infantil alcanzan el 80%. Una dieta basada casi exclusivamente en tortillas de maíz causa unos daños con efectos permanentes en los niños y niñas.

La pobreza y las dificultades de acceso a una educación son consecuencias claras de los problemas nutricionales, pero también son sus causas. El resultado es una espiral descendente que limita cada vez más las posibilidades de desarrollo de la población guatemalteca.

Otro de los conflictos a los cuales nos vemos enfrentados los guatemaltecos es a la delincuencia y a las maras. Guatemala atraviesa actualmente por uno de los períodos más difíciles de su historia en lo atinente a la evidente incapacidad del gobierno para proveer a los habitantes un mínimo de seguridad frente al desbordado vandalismo que impera en todo el país especialmente y en una dimensión que raya en la barbarie a nivel de la ciudad capital y municipios aledaños, es tal el poder que han logrado alcanzar la delincuencia y las maras, que la autoridad

[5] UNICEF, Desnutrición en Guatemala. 11\9\09

titular encargada (PNC) de atender tal situación confiesa (y aun no lo hiciera) no disponer de la capacidad necesaria para ejercer algún control sobre tales grupos de maleantes mucho menos para reducirlos.

Los guatemaltecos presenciamos con horror como cada día crece, se amplía y se afianza el poder de la delincuencia común y las maras, los pandilleros se están haciendo poderosos a costillas del ciudadano honrado e indefenso, cobran arbitrios para no matar, amedrentan a los vecinos que en resguardo de su vida abandonan sus viviendas cediéndoles más territorio, las maras intimidan, extorsionan, secuestran, roban, violan, asesinan y frente a esta desolación, el ciudadano descubre que está totalmente desprotegido, no solo se siente impotente realmente lo está, porque no tiene la posibilidad de defenderse o de enfrentar a estos grupos criminales.

El 60% de Guatemala está controlado por el narcotráfico, fundamentalmente mexicano, que recluta a pandilleros de la Mara Salvatrucha y corrompió a los cuerpos de seguridad y judicatura de nuestro país[6]. En el año 2011 las drogas y bienes incautados al narcotráfico en Guatemala superaron los 95 millones de dólares, y las autoridades detuvieron a 228 supuestos traficantes de drogas.

Un problema que afecta a los guatemaltecos diariamente es la falta de trabajo. El crecimiento económico del país durante las últimas décadas apenas compensa el ritmo de crecimiento de la población. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) la tasa de crecimiento poblacional asciende a 2.7 por ciento por año.

[6] Aznárez, J.J. Guatemala un País Controlado en un 60% por el Narcotráfico, según el Fiscal Castresana. 15\2\11.

Aunque el crecimiento de la actividad económica supera el aumento demográfico del país, el crecimiento del ingreso per cápita es tan bajo que se necesitarían más de 50 años para duplicar el nivel de vida de los guatemaltecos. A lo que se une una alta presión demográfica sobre el sector laboral, especialmente en el segmento de la mano de obra de los jóvenes. Cada año entran más de 200 mil jóvenes al mercado laboral; los puestos de trabajo formales no crecen ni a una décima parte de ese valor.

Esta situación provoca varios problemas difíciles de resolver. El primero, y más urgente de estos problemas, es la necesidad de generar cada año cientos de miles de nuevas plazas de trabajo adecuadamente remuneradas, lo cual necesariamente requiere elevar la productividad de los trabajadores y los niveles de inversión por trabajador. Segundo, y no menos importante, facilitar el surgimiento de nuevas empresas altamente productivas que puedan crear esos puestos de trabajo adicionales. La creación de nuevos puestos de trabajo depende de la capacidad de las empresas de demandar más trabajadores y ofrecerles mejores salarios. Cuando se habla del déficit de empleo generalmente se olvida que son las empresas las que crean los puestos de trabajo. El empleo público no puede resolver los problemas que sufre Guatemala. Para que las empresas puedan demandar más trabajadores y ofrecer mejores salarios es necesario que estas eleven sus niveles de eficiencia y productividad, algo especialmente válido para las micro y pequeñas empresas, sector de la economía que actualmente genera la mayor parte del empleo existente en el país.

Aunque estos problemas ciertamente no incluyen la totalidad de la problemática actual en Guatemala, son a grandes rasgos, los que llenan diariamente los encabezados de los periódicos del país. Son situaciones

para las cuales los gobiernos aun no han encontrado soluciones u opciones que ayuden a minimizar el impacto que tienen en la población y las secuelas que son desencadenadas a partir de los mismos.

Enfocándonos en el Hospital San Pedro de Betancourt entre los principales problemas que se han exteriorizado en el área de maternidad, se encuentran el óbito fetal. Millones de familias sufren la pérdida de un bebé por Muerte Fetal Intrauterina, sin embargo, no existe un registro de este tipo de muertes, las familias no reciben apoyo, y en la actualidad no se analiza cómo solucionar este flagelo, el registro de los casos de muerte fetal intrauterina, muertes maternas y neonatales, así como la implementación de una acción programática estratégica, pondrán en evidencia la importancia del registro de cada caso.

La Muerte fetal Intrauterina hace referencia a todas las muertes producidas durante el embarazo después de la semana veintidós de gestación. No obstante, teniendo en cuenta una comparación numérica entre los datos internacionales, utilizamos la definición de WHO de un peso al momento del parto de 1000 gramos o una edad gestacional de veintiocho semanas cómo mínimo (tercer trimestre del embarazo). Cuando los padres reciben la desgarradora noticia de que su bebé ha muerto en el útero, su dolor puede ser abrumador. En unos pocos momentos, pasan de la ilusión de tener un hijo al intenso dolor que implica asumir la muerte de su bebé. Cuando la muerte del feto se produce después de 20 semanas de embarazo, se dice que el feto nace sin vida. Estas trágicas muertes ocurren en aproximadamente 1 de cada 160 embarazos, en la mayoría de los casos antes de que comience el parto.[7] La

[7] American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Evaluation of Stillbirths and Neonatal Deaths. ACOG Committee Opinion, Pág. 383 (2009).

mujer embarazada puede sospechar que algo no está bien si repentinamente el bebé deja de moverse y dar pataditas. Un número reducido de nacimientos sin vida ocurre durante el trabajo de parto y el parto propiamente dicho.

La muerte del feto se puede confirmar mediante un examen por ultrasonidos (una prueba que utiliza ondas de sonido para tomar una fotografía del feto) que muestra que el corazón del feto ha dejado de latir. En algunos casos este examen puede ayudar a explicar la causa de su muerte. El médico también le realizará algunos análisis de sangre a la mujer para intentar establecer la causa de muerte del feto.

El médico analizará con la mujer las opciones posibles para dar a luz al feto algunas mujeres pueden necesitar dar a luz de inmediato por motivos médicos, sin embargo, muchas parejas pueden decidir en qué momento desean hacerlo, algunas deciden esperar hasta que la mujer comience el trabajo de parto, el trabajo de parto a menudo comienza dentro de las dos semanas posteriores a la muerte del feto, esperar hasta que comience el trabajo de parto generalmente representa cierto riesgo para la salud de la mujer, si el trabajo de parto no ha comenzado luego de dos semanas, los médicos recomiendan inducir el parto ya que existe un pequeño riesgo de que se formen coágulos sanguíneos peligrosos una vez transcurrido este período.

La mayoría de las parejas decide inducir el parto inmediatamente después de enterarse de la muerte del bebé, si el cuello del útero de la mujer todavía no ha comenzado a dilatarse para el trabajo de parto, el médico le administrará medicación vaginal para prepararlo y, a continuación, le inyectará en una vena la hormona oxitocina (también conocida como

pitocina) para estimular las contracciones uterinas. Por lo general, sólo se recomienda una intervención cesárea cuando la mujer desarrolla problemas durante el trabajo de parto o el parto en sí.

Después del parto, se procede a examinar cuidadosamente el feto, la placenta y el cordón umbilical para determinar la causa de muerte, el médico a menudo recomienda practicar una autopsia y realizar pruebas para detectar problemas cromosómicos, en algunos casos, el médico recomienda pruebas para trastornos genéticos o varias infecciones.

En hasta la mitad de los casos es posible determinar la causa de la muerte del feto.[8] No obstante la información que se obtiene de estas pruebas suele ser útil para ayuda a las parejas a planificar su próximo embarazo, aun cuando se desconocen las causas de la muerte de su bebé.

Los nacimientos sin vida pueden atribuirse a una serie de causas conocidas. En algunos casos, son varias las causas que contribuyen a la muerte del bebé. Entre las más comunes se pueden mencionar:

- **Defectos de nacimiento**. Aproximadamente entre el 15 y el 20 por ciento de los bebés nacidos sin vida presenta uno o más defectos congénitos. Al menos el 20 por ciento de ellos presenta anomalías cromosómicas, tales como síndrome de Down. Otros presentan defectos congénitos como resultado de causas genéticas, medioambientales o desconocidas.
- **Problemas en la placenta**. Los problemas en la placenta provocan aproximadamente el 25 por ciento de los nacimientos sin vida.[9] Uno

[8] Reddy, U.M. Prediction and Prevention of Recurrent Stillbirth. Obstetrics and Gynecology, 110(5), Pág.1151-1164 (2007).

[9] Eller, A.G., et al. Stillbirth at Term . Obstetrics and Gynecology, 108(2), Pág. 442-447 (2006).

de los problemas más comunes es el desprendimiento de la placenta. En estos casos, la placenta se desprende, de forma parcial o casi total, de la pared uterina antes del parto y provoca una hemorragia intensa que puede poner en peligro la vida de la madre y del bebé. En algunos casos, puede provocar que el feto muera debido a la falta de oxígeno. Las mujeres que fuman cigarrillos o consumen cocaína durante el embarazo corren un mayor riesgo de sufrir un desprendimiento de la placenta.

- **Retraso en el crecimiento**. Los fetos que tienen un atraso en su crecimiento corren un riesgo mayor de nacer sin vida. Cerca del 40 por ciento de los bebés que nacen sin vida presentan problemas de crecimiento insuficiente. Las mujeres que fuman cigarrillos o tienen hipertensión corren un riesgo mayor de tener un bebé con retraso en el crecimiento. Mediante un examen por ultrasonidos durante el embarazo se puede comprobar si el feto tiene un retraso en el crecimiento para que los médicos puedan realizar un seguimiento estricto del embarazo.
- **Infecciones**. Aparentemente, las infecciones que afectan a la madre, al feto o a la placenta provocan entre el 10 y el 25 por ciento de los nacimientos sin vida aproximadamente.[10] Las infecciones representan una importante causa de muerte fetal antes de las 28 semanas de embarazo. Algunas no provocan síntoma alguno en las mujeres embarazadas, como las infecciones genitales y en las vías urinarias y ciertos virus, tales como la quinta enfermedad (infección por parvovirus). Estas infecciones pueden pasar inadvertidas en el diagnóstico hasta que provocan complicaciones graves, tales como la

[10] Silver, R.M., et al. Work-Up of Stillbirth: A Review of the Evidence. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 196(5), Pág. 433-444. (2007)

muerte del feto o su nacimiento prematuro (antes de completar 37 semanas de embarazo).

- **Condiciones crónicas de la mujer embarazada**. Cerca del 10 por ciento de los nacimientos sin vida están relacionados con enfermedades crónicas de la madre, tales como hipertensión, diabetes, trastornos renales y trombofilias (trastornos de la coagulación sanguínea).[11] Estas enfermedades pueden contribuir al atraso en el crecimiento del feto o al desprendimiento de la placenta. Tipos de alta presión arterial inducidos por el embarazo (como la preeclampsia), también pueden aumentar el riesgo, en especial cuando ocurren de nuevo en un segundo embarazo o más. [12]
- **Accidentes del cordón umbilical**. Los accidentes que afectan el cordón umbilical pueden provocar cerca del dos al cuatro por ciento de los nacimientos sin vida. Estos accidentes incluyen desde un nudo en el cordón hasta la ubicación anormal del cordón en la placenta y pueden privar al bebé del oxígeno que necesita.

Otras causas de nacimiento sin vida incluyen los traumatismos (como accidentes automovilísticos), los embarazos prolongados (un embarazo que dura más de 42 semanas), la incompatibilidad de Rh (una incompatibilidad entre la sangre de la madre y la del bebé) y la falta de oxígeno (asfixia) durante un parto complicado. Estas causas son poco comunes.

---

[11] Silver, R.M. Fetal Death. Obstetrics and Gynecology, 109(1), Pág.153-167. (2007)

[12] Anathe, C.V., & Basso, O. Impact ofPregnancy-Induced Hypertension on Stillbirth and Neonatal Mortality. Epidemiology, 21 (1), Pág. 118-123. (2010)

Ciertos factores de riesgo también están asociados con la muerte del feto. Algunos de estos factores incluyen:

- Edad materna mayor de 35 años
- Obesidad materna
- Gestación múltiple (mellizos o más)

Desde la década de 1950, el número de nacimientos sin vida se ha reducido considerablemente. Esto se debe en gran medida al mejor tratamiento de ciertos trastornos, tales como la hipertensión y la diabetes, que pueden incrementar el riesgo de muerte del feto. Actualmente, en las mujeres que tienen un control adecuado de su diabetes e hipertensión este riesgo es apenas mayor que el normal. Hasta la década de 1960, la incompatibilidad del factor Rh entre la madre y su bebé constituyó una causa importante de los nacimientos sin vida. Actualmente, por lo general es posible prevenirla inyectando a las mujeres Rh negativas globulina inmunizante a las 28 semanas de embarazo y después del nacimiento de un bebé Rh positivo.

Las mujeres con embarazos de alto riesgo (incluidas las que padecen hipertensión y diabetes) son sometidas a un estricto seguimiento en la última etapa del embarazo, por lo general a partir de las 32 semanas aproximadamente. Mediante el monitoreo de los latidos del corazón del feto es posible determinar si tiene alguna complicación. Esto hace posible un tratamiento adecuado, y en algunos casos el parto anticipado, que puede salvar la vida del bebé.

Los médicos suelen recomendar a las mujeres con embarazos de alto riesgo que cuenten las pataditas de su bebé a diario a partir de las 28 semanas del embarazo aproximadamente. Un método posible es registrar

cuánto tiempo le lleva al bebé realizar diez movimientos. Si realiza los diez movimientos dentro de un período de dos horas, significa que todo está bien. Si la mujer cuenta menos de diez patadas en el transcurso de dos horas o si siente que el bebé se está moviendo menos de lo habitual, debe comunicarse con el médico. Éste podrá indicarle que se realice algunas pruebas, como un monitoreo del ritmo cardíaco fetal y un ultrasonido.

Se recomienda a las mujeres embarazadas informar a su médico inmediatamente sobre cualquier hemorragia vaginal. Una hemorragia vaginal durante la segunda mitad del embarazo puede ser signo de desprendimiento de placenta. A menudo, una cesárea inmediata puede salvar al bebé.

Los médicos realizan un estricto seguimiento de las mujeres que han tenido un nacimiento sin vida en el embarazo anterior para detectar cualquier signo de complicación en el feto. Esto permite asegurar que se tomen todas las medidas necesarias para prevenir otra muerte fetal.

Por lo general, a los padres que han tenido un nacimiento sin vida les preocupa la posibilidad de que la tragedia se repita. El riesgo es muy bajo en la mayoría de los casos, aunque es mayor en el caso de parejas que han tenido un nacimiento sin vida anteriormente.

No obstante, el riesgo de tener otro nacimiento sin vida puede incrementarse si la causa del nacimiento sin vida anterior fue una enfermedad de la madre (como la diabetes) o un trastorno genético. En tales casos, podría ser útil para la pareja consultar a un especialista en genética. Un especialista en genética puede asesorar a la pareja acerca de las probabilidades de que se produzca otro nacimiento sin vida u otras complicaciones durante otro embarazo.

Cualquier pareja que haya tenido un nacimiento sin vida debe discutir con su médico las probabilidades de que se repita antes de planificar otro embarazo. En algunos casos, el médico puede ayudar a la mujer a tomar ciertas medidas para reducir el riesgo durante otro embarazo. Por ejemplo, si la mujer padece de diabetes o hipertensión, puede llegar a tener la enfermedad bien controlada antes de intentar concebir nuevamente.

Una pareja que ha tenido un nacimiento sin vida necesita tiempo para hacer el duelo. Los padres forman un vínculo con sus hijos mucho tiempo antes del nacimiento, por lo que es normal sentir una gran pérdida cuando el bebé que esperaban muere. Cada persona experimenta la pérdida de manera diferente. Los padres pueden experimentar muchas emociones, como shock, apatía, negación, profunda tristeza, culpa, enojo y depresión.

La mujer y su pareja pueden hacer frente al dolor de manera diferente. Esto a veces genera un estado de tensión en la pareja en un momento en el que más se necesitan el uno al otro. Puede ser útil pedir a su médico que los derive a un consejero con experiencia en la asistencia a parejas que han perdido un bebé. A algunas parejas también les resulta muy útil unirse a un grupo de apoyo para padres que han experimentado la pérdida de un embarazo, en estos grupos, pueden compartir sus sentimientos con otras personas que realmente comprenden la situación por la que están atravesando y a menudo les sirve para no sentirse tan solos.

Otro problema muy común es el abuso-sexo genital, las mujeres fueron víctimas de todas las formas de violación de los derechos humanos cometidas durante el enfrentamiento armado, pero además sufrieron formas específicas de violencia de género. En el caso de las mujeres mayas se sumó a la violencia armada, la violencia de género y la discriminación étnica. Este apartado se refiere de modo especial a la

violencia sexual contra las mujeres. Por su modus operandi, las violaciones sexuales originaron el éxodo de mujeres y la dispersión de comunidades enteras, rompieron lazos conyugales y sociales, generaron aislamiento social y vergüenza comunitaria, provocaron abortos y filicidios, impidieron matrimonios y nacimientos dentro del grupo, facilitando la destrucción de los grupos indígenas.

La violación sexual fue una práctica generalizada y sistemática realizada por agentes del Estado en el marco de la estrategia contrainsurgente, llegando a constituirse en una verdadera arma de terror, en grave vulneración de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario. Las víctimas directas fueron principalmente mujeres y niñas, pero también fueron ultrajados sexualmente niños y hombres. Las violaciones sexuales causaron sufrimientos y secuelas profundas tanto en las víctimas directas como en sus familiares, cónyuges y comunidad entera. Igualmente tuvieron graves efectos de carácter colectivo para el grupo étnico de las víctimas.

La violencia sexual afecta un conjunto de derechos, los cuales tienen protección internacional. Los derechos a la vida, la integridad física y psicológica, la seguridad, la libertad personal, la dignidad y el honor, forman parte de los principios esenciales de los derechos humanos o del llamado núcleo duro.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 establece en su artículo 3 que: "Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona", y en el artículo 5 señala que: "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes". También sanciona que: "Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza,

color, sexo, idioma, religión". (artículo 2.1) y prohíbe toda forma de discriminación (artículo

Finalmente, en el artículo 12 garantiza que "Nadie será objeto de ataques a su honrra o reputación".

En el Sistema Interamericano de derechos humanos, la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer o Convención de Belem Do Pará del 9 de Junio de 1994,[13] define la violencia contra la mujer en su artículo 1, como "cualquier acción o conducta basada en su género que cause muerte, daño o sufrimiento físico sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado". Al referirse a la violencia perpetrada en el ámbito público, la define en su artículo 2 como "violencia física sexual y psicológica que sea perpetrada o tolerada por el Estado y sus agentes donde quiera que ocurra".

La violencia sexual o toda forma de maltrato contra menores de edad está prohibida en la normativa internacional. La Convención sobre los derechos del Niño de 1989, ratificada por Guatemala en 1990, en su artículo 37, a) sanciona que "Ningún niño sea sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes". Y tiene disposiciones específicas para la protección de niños en conflictos armados, que se les aplique el derecho internacional humanitario (artículo 38.1), que el Estado adopte todas las medidas necesarias para la protección y cuidado de niños afectados por un conflicto armado (artículo 38.4) o para su recuperación si es víctima del mismo (artículo 39).

[13] El 15 de diciembre de 1994 el Estado de Guatemala aprobó la ratificación de dicho Convenio.

Es significativo tener presente que, históricamente, la violación sexual se ha considerado un "mal menor inevitable" dentro de las guerras, hasta el extremo de equiparar esta grave violación con el saqueo de bienes, presentando ambos hechos exclusivamente bajo la interpretación de "botín de guerra". Por otra parte, las violaciones sexuales contra mujeres adquieren un carácter colectivo y son causa de humillación para los pueblos, por lo que tienden a ocultarse. Ha sido sobre todo a través de la lucha de los movimientos de mujeres que la violencia específica de género ha ido visualizándose y perfilándose como una violación de los derechos humanos de las mujeres.

El sufrimiento de las mujeres víctimas de violación sexual, en la mayoría de los casos no es conocido ni siquiera por sus familiares (hijos, cónyuge, o padres) y en los casos en que es un hecho del que tiene conocimiento la comunidad a la cual pertenecen, es silenciado o negado, factor que pone de manifiesto el sentimiento de extrema verguenza presente en las víctimas sobrevivientes y en las comunidades.

El abuso sexo-genital comprende cualquier forma de contacto sexual con fuerza o intimidación, cuando la persona se halle privada de razón o sentido. Los actos en los que se puede manifestar el abuso son muy variados, y pueden implicar desde tocamientos obscenos hasta la penetración.

El abuso puede ser perpetrado por cualquier persona independientemente de su sexo, pero con frecuencia el perfil se aproxima al de un varón conocido de la víctima. De hecho, la agresión por parte de un amigo, compañero o pareja es el más frecuente entre la población universitaria.

La agresión sexual es una experiencia difícil, y como tal se puede reaccionar ante ella de muchas formas. Aunque cada persona y situación

es única, las siguientes son reacciones normales tras un asalto: shock emocional, incredulidad, vergüenza, asco, ineficiencia, desorientación, re-experimentación, negación, miedo, ansiedad, odio, tensión o malestar corporal, culpabilidad.

Otro de los problemas más frecuentes es la violencia intrafamiliar. Por siglos las mujeres guatemaltecas estuvieron legalmente sometidas a la violencia infligida por sus maridos o convivientes. A los estereotipos tradicionales, se sumaba una legislación que concedía privilegios a los hombres y desprotegía a las mujeres, colocándolas en desventaja en muchos aspectos, entre ellos en cuanto a la posibilidad de demandar protección por los malos tratos de que fueran objeto de parte de su pareja. La legislación guatemalteca en cuanto a la protección a las mujeres –contrastada con la anterior- tuvo significativos avances en 1964, cuando fue emitido el Código Procesal Civil y Mercantil (Decreto Ley 107) y la Ley de Tribunales de Familia (Decreto Ley 206). En el primero de estos cuerpos legales, se legisló acerca de la seguridad de las personas –así en términos generales- en artículos que en realidad se dirigían a proteger legalmente a las mujeres maltratadas por sus maridos. En esos casos, el juez podría dictar medidas de seguridad para que las mujeres se trasladaran de sus hogares a donde sus familiares o personas solidarias, sin que ello significara que "habían abandonado el hogar".

En la legislación anterior, si una mujer víctima de violencia familiar se iba de su casa, el marido podía obligarla a regresar a él con orden judicial y con auxilio de la policía. No fue significativo el uso de la nueva legislación en los primeros años de vigencia, por desconocimiento y/o por temor de las mujeres a denunciar, o bien por todas las circunstancias que conforman la condición de dependencia emocional, jurídica, económica y social de las mujeres para con el marido, así como la poca confianza en el

sistema de justicia. La casi totalidad de casos, en ese marco legal, fueron denunciados en el área metropolitana.

La creación de los juzgados de familia abrió las puertas para que las mujeres pudieran demandar el pago de los alimentos para sus hijos y eventualmente también para ellas, ante la irresponsabilidad paterna, así como medidas de seguridad, ante un tribunal unipersonal especializado en la materia ante quien también se plantean otros conflictos familiares como divorcios, tutelas, relaciones familiares, etc. En el caso de las demandas de alimentos, se contó con la protección de que en el propio tribunal se elaborara la demanda, constituyendo así una ventaja novedosa que responde a la desigualdad que significa para las mujeres la carencia de auxilio profesional; generalmente los hombres han podido costearse un abogado, mientras las mujeres carentes de recursos no pueden agenciarse de tal auxilio. Esa desventaja persistía en el caso de la solicitud de medidas de seguridad, siendo así un obstáculo para presentar el requerimiento de protección en casos de violencia, ante el juzgado de familia.

Aunque se han tomado todas estas medidas para tratar de evitar o rehabilitar a las mujeres y niños víctimas de la violencia intrafamiliar, la falta de educación, la opresión y la poca comunicación con respecto a esta información, por lo que muchas mujeres prefieren continuar por años con estas manifestaciones. La violencia intrafamiliar no tiene secuelas solamente físicas en sus víctimas, también emocionales y sociales. Las personas se sienten marginadas por una sociedad que no los entiende, los niños se sienten aislados e inferiores, los adolescentes tienden a canalizar su frustración y dolor hacia otras manifestaciones de violencia aunada a problemas de conducta que hacen que los maestros y directores en las instituciones educativas los etiqueten. En las mujeres las emociones son

contrarias, sienten que son culpables de este trato y tienden a someterse a los deseos de sus parejas o de las personas que son violentas con ellas, y eso hace que el circulo vicioso jamás se cierre.

En 1985 fue emitida una nueva Constitución Política de la República, cuya vigencia se inició el 14 de enero de 1986. Esta Constitución contempla un gran porcentaje de artículos referentes a los derechos humanos, para dar paso así a la transición hacia la democracia después de varias décadas de dictaduras militares que pusieron en entredicho la libertad, la seguridad y la vida de hombres y mujeres, durante un conflicto armado que permitió la persecución, desaparición forzada, de hombres, mujeres, niñas y niños, así como el establecimiento de políticas de tierra arrasada, masacres y represión de comunidades rurales enteras; durante esta época se recrudeció la violencia contra las mujeres quienes fueron asesinadas a manos del ejército, se pisoteó su dignidad, fueron violadas, mutiladas e incineradas. Los hombres que pertenecían a las patrullas de autodefensa civil o eran comisionados militares, o bien amigos de unos u otros, en algunos casos se valían de esa circunstancia para golpear a sus parejas en total impunidad. En el marco de la Constitución Política, se encuentra que el Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia; son deberes del Estado garantizarles a los habitantes de la República, la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona.

Desde el punto de vista formal constituye un avance para las mujeres guatemaltecas, el establecimiento de los postulados anteriores y el contenido del artículo 4º referente a la libertad e igualdad, en el que se expresa que "En Guatemala todos los seres humanos son libres e iguales en dignidad y derechos. El hombre y la mujer, cualquiera que sea su estado civil, tienen iguales oportunidades y responsabilidades. Ninguna

persona puede ser sometida a servidumbre ni a otra condición que menoscabe su dignidad. Los seres humanos deben guardar conducta fraternal entre sí".[14] Por primera vez se menciona en forma expresa a las mujeres en un texto constitucional, sin discriminación por razones de estado civil. Este avance responde al hecho de que en 1982 el Estado de Guatemala ratificó la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (Decreto Ley 49/82), lo cual indudablemente inspiró a los constituyentes. La frase que reza: "Ninguna persona puede ser sometida a servidumbre ni a otra condición que menoscabe su dignidad", marca la pauta para que constitucionalmente se pueda atacar la violencia y la discriminación contra las mujeres.

La violencia intrafamiliar se entiende entonces como aquella violencia que tiene lugar dentro de la familia, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio, y que comprende, entre otros, violación, maltrato físico, psicológico y abuso sexual.

La violencia doméstica como se le conoce normalmente, es un modelo de conductas aprendidas, coercitivas que involucran abuso físico o la amenaza de abuso físico. También puede incluir abuso psicológico repetido, ataque sexual, aislamiento social progresivo, castigo, intimidación y/o coerción económica. Hay autores que señalan que la violencia Intrafamiliar se da básicamente por tres factores; uno de ellos es la falta de control de impulsos, la carencia afectiva y la incapacidad para resolver problemas adecuadamente; y además en algunas personas podrían aparecer variables de abuso de alcohol y drogas, aunque claro ante esta temática hay mucho aun que investigar ya que los anteriores no

[14] INFORME DE GUATEMALA SOBRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR PARA LA AUDIENCIA DE LA CIDH (julio 2006)

son en su totalidad los factores que hacen que una persona se torne violenta contra otra.

La violencia intrafamiliar, actualmente ha alcanzado índices preocupantes, constituyéndose en un problema social que trae como consecuencia males sociales que contribuyen al deterioro de la sociedad guatemalteca, y por ende constituye un obstáculo al desarrollo económico y social de nuestro país.

El Gobierno de Guatemala, interesado por el bienestar integral de la familia guatemalteca y en cumplimiento de las Convenciones ratificadas por el Estado de Guatemala, los Acuerdos de Paz y el Plan de Desarrollo Social y Económico promulgó el Decreto No. 97-76, del Congreso de la República "Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar", con el objeto de proteger y garantizar la vida, integridad, seguridad y dignidad de las víctimas de violencia intrafamiliar, contribuyendo a la formación de familias basadas en la igualdad y el respeto a los Derechos Humanos, para lograr una Guatemala sin violencia.

El aborto es otro de los problemas que cada día va en aumento ya sean estos de forma natural o provocada. El aborto es la cuarta causa de muerte materna en Guatemala, según un análisis elaborado por el Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva.

La doctora Linda Valencia, comentó que en Guatemala se llevan a cabo anualmente aproximadamente 65 mil abortos inducidos, muchos de los cuales provocan hemorragias severas en las féminas que se los practican, las cuales terminan con su vida.

En el sistema hospitalario se atienden hasta 16 mil abortos, hecho que no constituye una esperanza para las mujeres que llegan a recibir atención, ya que el 28 por ciento de las muertes maternas en el país, se dan bajo

cuidados médicos profesionales, mientras que el 60 por ciento de los alumbramientos en los que muere la madre, fue atendido por comadronas.

Las mujeres no tienen alternativas para sobrellevar el impacto de la crisis económica cuando resultan embarazadas por cuarta o quinta vez, entonces optan por el aborto. El sistema de salud ha detectado incluso decesos de niñas que dan a luz desde los 11 años de edad.

En Guatemala, el aborto es penado por la ley y está contemplado de los artículos 133 al 140, del capítulo III del Código Penal. El 134 especifica: "La mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será sancionada con prisión de uno a tres años". Asimismo, quien "de propósito causare un aborto, según el artículo 135, será sancionado con prisión de uno a tres años". [15]

En Guatemala, el aborto inducido es altamente restringido y sólo se permite para salvar la vida de la mujer.[16] Sin embargo, su práctica es muy común, puesto que aproximadamente 65.000 abortos ocurren cada año en mujeres de 15 a 49 años, lo cual representa una tasa anual de 24 abortos por cada mil mujeres guatemaltecas en edad reproductiva.[17] Como es el caso de todos los países con legislaciones altamente restrictivas, el aborto se realiza clandestinamente y en condiciones que ponen en riesgo la salud y la vida de la mujer. En efecto, muchas mujeres mueren y muchas otras sufren complicaciones debido a que una gran proporción de

---

[15] Siglo 21., Aborto por Q600 (julio 2010)

[16] Guatemala Código Penal, *Decreto No. 17–73, Artículos 133 y 137, 1973 (entró en vigencia en 1974),*

[17]Grajeda R et al., *Estudio Multicentro Sobre El Aborto,* unpublished document, Ciudad de Guatemala, Guatemala: Organización Mundial de la Salud, 1995.

los abortos son realizados por personas no calificadas y sin las debidas condiciones de asepsia requeridas. La clandestinidad del aborto explica la falta de registros oficiales sobre la morbilidad y mortalidad por aborto en Guatemala. No obstante, la escasa evidencia disponible señala que el aborto inducido está ocurriendo y representa un serio problema de salud.

Un estudio realizado entre agosto de 1993 y julio de 1994 en seis hospitales de Guatemala encontró que, del total de mujeres tratadas por complicaciones de aborto durante ese período, cerca del 50% de los casos tenía mayor probabilidad de haber sido inducido. Otro estudio realizado en el 2000 en el hospital de Coatepeque mostró que el 10% del presupuesto hospitalario y el 30% del servicio de gineco-obstetricia se destinaron a la atención de pacientes con complicaciones de aborto. El estudio sobre mortalidad materna –estimada en 153 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en el 2000, una de las más altas de Centroamérica reveló que el aborto es una de las principales causas de la mortalidad materna en Guatemala. Otros estudios calculan que entre un 10%13 y un 33%14 de todas las muertes maternas que ocurren por año en Guatemala se debe al aborto inducido. [18] En un estudio más reciente, los profesionales de la salud declararon que las principales complicaciones como resultado de abortos realizados en condiciones de riesgo son la hemorragia, la perforación uterina, la infección, el aborto incompleto, la infertilidad, el daño de órganos adyacentes, dolor, anemia y muerte. Cálculos basados en este mismo estudio indican que 27.000 mujeres fueron atendidas por complicaciones de aborto, de las cuales cerca del 80% se debía a aborto inducido. Estas cifras revelan una realidad

[18] MSPAS et al., *Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000,* Ciudad de Guatemala, Guatemala, 2004, p.30.

palpable, difícil de ignorar: muchas mujeres guatemaltecas están recurriendo en forma clandestina a una medida desesperada para controlar su fecundidad, y muchas están sufriendo complicaciones que requieren tratamiento médico.

En países donde el aborto es altamente restringido por ley, muy poco se sabe acerca de las verdaderas dimensiones de la morbilidad asociada al aborto y sobre el impacto que tiene el aborto inseguro en la salud y la vida de las mujeres y sus familias. Existe además un gran desconocimiento acerca de las consecuencias para las mujeres que nunca llegan a las instituciones de salud, quienes por lo general son mujeres muy pobres o viven en las áreas más apartadas del país. La falta de evidencia ha conducido a que se ignore el problema o no se le dé la debida importancia que le corresponde.

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. Y es también en esta etapa cuando el embarazo es considerado problema y las consecuencias son los abortos en lugares clandestinos e insalubres, esto como la opción negativa, o bien el aborto se da porque el cuerpo de la adolescente no está preparado físicamente para alojar dentro de sí un embarazo a tan temprana edad, y la consecuencia el desprendimiento del feto en una época muy temprana al alumbramiento. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

EE.UU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los ´80.

Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos.

En España, a partir de los años ´80, se ha registrado un incremento en el uso de contraceptivos y preservativos comercializándose, en 1993, unos 40 millones de preservativos, equivalente a la media más alta de los países de la Comunidad Europea (3,5 preservativos por habitante). Actualmente es imposible conocer el número de adolescentes que abortan. Sólo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, un 4% son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera.

Un 8% de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanece soltera durante el embarazo. [19]

En nuestro país no es la tendencia, con una mayoría importante que se mantiene soltera, en la que prevalece la "unión estable", aunque la incidencia del aborto en las adolescentes no ofrezca credibilidad razonable por el importante su-registro que podría llegar a un aborto registrado por otro no registrado.

Ya se dijo que la proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y que la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento.

En Buenos Aires, en una encuesta realizada a una población estudiantil en 1995, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales, fue de 14,9 años para varones y 15,7 años para mujeres, variando la

[19] *www.deguate.com/salud/article_11834.shtml*

proporción según el tipo de escuela a la que asistían (religiosas, laicas, de sectores populares). El 95% de los adolescentes de la encuesta manifestó tener información sobre cómo evitar el embarazo. Un 70% de los que mantenían relaciones sexuales utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación, disminuyendo ese porcentaje en las siguientes relaciones, siendo el preservativo el método más utilizado. Además, el consenso social sobre la maternidad adolescente se ha ido modificando con los años y los cambios sociales que los acompañan.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real.

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un "problema", ello limita su análisis. En todo caso, esta "problematización" se aplicaría a algunas subculturas o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes.

Además, el considerarlo un "problema", exige aplicar técnicas psicoterapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es conveniente encuadrarlo

dentro del marco de la "salud integral del adolescente". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes.

Por todo lo anterior, el embarazo en adolescentes y el aborto necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad. En esta área encuentra su auge la psicología, y en especial la epesista encargada del área de maternidad ya que, su papel fundamental será brindar este abordaje a la población que se encuentre dentro de las características indicadas. Se toma esta población específicamente, ya que en la actualidad es la que se ve más marcada e incidente en este tipo de problemas. En el área de maternidad, no son tantos los casos de embarazos y abortos en las adolescentes provocados por violaciones sexo genitales, es más común encontrar adolescentes y jóvenes que provienen de matrimonios prematuros. Muchos pueden ser los factores por los cuales una adolescente contrae matrimonio, y lo que se pretende investigar e indagar es en las principales secuelas emocionales que un embarazo y un aborto a esta edad puede dejar en la persona. Mediante el testimonio de la adolescente se puede llegar a la conclusión de cómo se siente con un embarazo a tan temprana edad, que es lo que espera de la sociedad y de su familia ante esta situación, si

se siente condenada al momento de tener un aborto aunque sea natural, cuales son los niveles de ansiedad, depresión y culpabilidad que siente después de esta acontecimiento. Son muchas las consecuencias que se tienen desde de estas dos situaciones, aunque se nota que ante el

embarazo la venida del nuevo miembro de la familia es una cuestión que funciona para "perdonarle" a la adolescente el embarazo a tan temprana edad, y el aborto por el contrario da la pauta de que la familia tenía razón al hacer evidente la edad de la joven al embarazarse y su irresponsabilidad.

Se intentará entonces, llegar al fondo de este tema, integrar tanto la opinión de la adolescente como la de la sociedad ante esta situación, que crece cada año, y se intentará al mismo tiempo implementar en estas jóvenes métodos de contracepción, planificación familiar, cuidado post-natal tanto de ella misma como del bebe, además de abordar el tema emocional y de madurez en la adolescente para minimizar en algún grado las secuelas emocionales negativas que este acontecimiento que cambio su vida de esta forma pueda dejarle en su desarrollo familiar.

Un problema que afecta mucho a las mujeres después de presentar algunos de los problemas anteriores es la depresión. La depresión es una enfermedad persistente y debilitante que afecta tanto a las mujeres como a los hombres, pero las mujeres experimentan la depresión a una tasa casi al doble que la de los hombres. Los investigadores siguen explorando cómo los asuntos especiales que son únicos para las mujeres-biológicos, ciclo de vida, y psico-social-pueden estar asociados con la alta tasa de depresión en las mujeres.

Nunca dos personas se deprimen exactamente de la misma manera. Muchas personas tienen solamente algunos de los síntomas, y éstos varían en su severidad y duración. Para algunas, los síntomas ocurren en episodios de tiempo limitado; para otras, los síntomas pueden estar presentes durante períodos largos si no se busca tratamiento. El hecho de tener algunos síntomas depresivos no significa que la persona está

deprimida clínicamente. Por ejemplo, no es raro que las personas que han perdido un ser querido se sientan triste, impotentes, y pierdan interés en actividades cotidianas. Solamente cuando estos síntomas persisten por un tiempo más allá de lo usual es que hay razón para sospechar que el luto se ha convertido en una enfermedad depresiva. Similarmente, cuando uno vive con el estrés de puede ser despedido, demasiado trabajo, o problemas

financieros o familiares, esto puede ocasionar irritabilidad y "sentirse triste". Hasta cierto punto, tales sentimientos son simplemente parte de la experiencia humana. Pero cuando esos sentimientos aumentan en su duración e intensidad y la persona no es capaz de funcionar como siempre, lo que parecía un asunto de humor temporero puede haberse convertido en una enfermedad clínica.

La depresión mayor y la distimia afectan dos veces más a las mujeres que a los hombres. Esta relación de dos-a-uno existe sin importar el trasfondo racial y étnico o el nivel económico. Se ha reportado la misma relación en otros diez países a través del mundo. Los hombres y las mujeres tienen la misma tasa de trastorno bipolar (maniaco depresivo), aunque en las mujeres típicamente se manifiestan más los episodios depresivos y menos los maniacos. También, es mayor el número de mujeres que tienen la forma de trastorno bipolar con ciclo rápido, la cual puede ser más resistente a los tratamientos tradicionales.

Se sospecha que una variedad de factores únicos a las vidas de las mujeres juegan un papel en el desarrollo de la depresión. Las investigaciones se concentran en el entendimiento de estos factores, incluyendo los factores: reproductivos, hormonales, genéticos u otros factores biológicos; el abuso y la opresión; factores interpersonales; y

ciertas características psicológicas y de la personalidad. Aún así, las causas específicas de la depresión en las mujeres todavía no están claras; muchas de las mujeres que están expuestas a estos factores no desarrollan la depresión. Lo que sí es claro es que sin importar los factores contribuyentes, la depresión es una enfermedad con tratamiento efectivo.

De acuerdo a lo investigado depresión es un trastorno de tipo emocional que se muestra como un estado de infelicidad y abatimiento, que puede tratarse de algo situacional o quedar fijado de forma estable y permanente. La depresión se configura por una serie de síntomas o un síndrome, que repercute y afecta los aspectos emocionales del sujeto

Según Stephen Merson la enfermedad de la depresión constituye un buen ejemplo de cómo pueden reunirse distintas experiencias personales para describir un estado que se presenta con frecuencia, que es anormal y que puede responder a tratamientos médicos y de otro tipo. Es cierto que son enormemente variadas las formas en que la depresión se manifiesta en las distintas personas, pero existen más similitudes que diferencias, y eso permite adquirir un mayor conocimiento acerca de la depresión. En ocasiones la depresión puede considerarse una enfermedad en sí misma, pero otras veces es sólo un aspecto de otra enfermedad (quizá más grave) de naturaleza psicológica o en algunos casos con una causa física. [20]

[20] Merson, S. Depresión. Guía Práctica para Entender y Manejar esta Enfermedad. Pág. 14

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Convidar apoyo emocional en el área de salud mental a hombres, mujeres, niños y niñas que se encuentren en consulta interna y externa del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en la aldea San Felipe de Jesús en Antigua Guatemala, implementando acciones individuales y grupales para que puedan lograr un equilibrio emocional satisfactorio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Implementar planes que permitan cubrir algunas de las necesidades emergentes a nivel psicológico, ya sea a nivel individual y/o colectivo, en la población de Maternidad y Ginecología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

- Enriquecer el desempeño social y familiar de la población de Maternidad y Ginecología implementando temáticas y actividades que les brinden herramientas útiles para el beneficio de sus familias y su comunidad.

- Conocer las consecuencias tanto físicas como emocionales que viven las mujeres de 15 a 45 años que ingresan al área de Maternidad y Ginecología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt antes y después de sufrir un óbito fetal.

METODOLOGIA DE ABORDAMIENTO

La metodología cualitativa es la que se centra en el contexto social, busca comprender los fenómenos sociales y valoriza la experiencia que las personas tienen en la interacción con los fenómenos psicosociales a través del lenguaje, la cultura y la subjetividad. La metodología cualitativa tiene un carácter interpretativo y profundo que: simboliza, codifica, registra e interpreta aspectos de la realidad. Esta trata de identificar y describir la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica y se acerca a la subjetividad. Un compromiso que se tiene en la metodología cualitativa es la aceptación y respeto incondicional de la experiencia de las personas. Al utilizar esta metodología se obtiene un crecimiento profesional pero sobre todo se logra un crecimiento humano. [21]

Esto, de ninguna manera quiere decir que, en un caso específico, no sea útil o conveniente partir de un problema concreto, si eso es particularmente lo que se desea investigar. Se utilizo esta orientación en el EPS ya que, la investigación partió de una temática general y amplía hasta llegar a una problemática a profundidad. Para llegar a la identificación de una estructura humana (psíquica o social) más o menos generalizable, debimos localizar primero esa estructura en individuos o situaciones particulares mediante el estudio y la captación de lo que es esencial o universal, lo cual es signo de lo necesario. Lo universal no es aquello que se repite muchas veces, sino lo que pertenece al ser en que se halla por esencia y necesariamente. La captación de esa esencia depende más de la agudeza intelectual que del uso de técnicas.

[21] Bauer, E. Notas clase de metodología IV. Año 2010

La metodología participativa se ubica en el paradigma crítico que, a diferencia del positivista o interpretativo requiere de la participación de los afectados por la preocupación temática estudiada. De este modo, los actores implicados se convierten en los protagonistas del proceso de construcción del conocimiento e intervención sobre la realidad. Las ideas cruciales en la obra de Lewin fueron las de decisión de grupo y compromiso con la mejora. El rasgo distintivo que adjudica este autor a la investigación-acción es que aquellas personas que están afectadas por cambios planificados tienen una responsabilidad primaria en cuanto a decidir acerca de la orientación de una acción críticamente informada que parece susceptible de conducir a una mejora. La orientación metodológica participativa incluye técnicas de integración de la población con el fin de hacer la investigación de una forma más dinámica. Esta metodología es una forma de búsqueda auto-reflexiva, llevada a cabo por participantes en situaciones sociales para perfeccionar:

- Las propias prácticas sociales o educativas en las que se efectúan estás prácticas.
- Comprensión de estas prácticas.
- Las situaciones en las que se efectúan estas prácticas.

Esta metodología es una perspectiva que considera que aprehendemos la realidad y nuestro conocimiento en forma individual y colectivamente, el conocimiento sobre la realidad se construye a través de la reflexión sobre la acción de las personas y comunidades. La metodología participativa acentúa la importancia fundamental del conocimiento experiencial y la subjetividad en la investigación.

El factor de esta modalidad es investigar desde la participación, con la gente, estableciendo una nueva perspectiva en torno a las relaciones entre el investigador e investigado.

El proceso educativo que se utilizo en el EPS para brindar las charlas de las diversas temáticas a las mujeres del área escogida para la investigación se baso en la comunicación y el diálogo para generar una permanente relación dialéctica: fomentar el debate, las dudas, las preguntas, el espíritu reflexivo y crítico, promover las actividades, y sensibilizar valores como la libertad y la igualdad. El diálogo favorece la autonomía, la independencia y la colaboración. Por otra parte, la metodología participativa promueve también la motivación y el interés de los participantes, favorece su compromiso activo en los procesos de aprendizaje, así como la aplicación práctica de lo aprendido.

El método empírico analítico se define de esta manera ya que se basa en la percepción directa del objeto de investigación (objeto de estudio) y del problema. El investigador conoce el problema y el objeto de investigación estudiando su curso natural sin alterar sus condiciones. El método empírico-analítico o método empírico es un modelo de investigación científica, que se basa en la lógica de experiencias y que junto al método fenomenológico es el más usado en el campo de las ciencias sociales. La observación dentro del método empírico analítico es contemplativa, y es la base del conocimiento de toda ciencia.

Las características de la metodología empírico-analítica son:

- Es un método fáctico: se ocupa de los hechos que realmente acontecen.

- Se vale de la verificación empírica: no pone a prueba las hipótesis mediante el mero sentido común o el dogmatismo filosófico o religioso, sino mediante una cuidadosa contrastación por medio de la percepción.
- Es auto-correctivo y progresivo (a diferencia del fenomenológico). La ciencia se construye a partir de la superación gradual de sus errores. No considera sus conclusiones infalibles o finales. El método está abierto a la incorporación de nuevos conocimientos y procedimientos con el fin de asegurar un mejor acercamiento a la verdad.
- Muestra: El muestreo es una parte importante del método analítico ya que si se toma mal la muestra los resultados serian erróneos o inservibles.

La metodología empírico-analítica (o analítica-experimental) se asocia a términos como cuantitativa o positivista, siendo su objetivo la explicación, predicción y control de los fenómenos educativos en las actividades de docencia e implementación de temáticas libres. Los rasgos que caracterizan esta perspectiva son:

- Visión objetiva y positivista de la realidad educativa, identificándola con el mundo de los fenómenos naturales. Estos fenómenos son considerados como reales, determinados y externos al sujeto.
- Predomina el proceso hipotético-deductivo y busca la generalización de los hallazgos obtenidos a través de las muestras de estudio.
- La objetividad, la evidencia empírica y la cuantificación son notas que definen esta metodología.

Acciones de Atención Directa

- Se inició la fase de servicio al recibir el curso propedéutico de preparación para el EPS. Se inició dicho curso el día 24 de octubre de 2011 y finalizo el día 10 de noviembre de 2011.
- En la etapa diagnostica y de inmersión comunitaria se asistió al hospital el 15 y el 18 de noviembre del 2011 para la realización de la investigación, entrevistas al personal de las diversas áreas y al Licenciado encargado del área de psicología para detectar las principales problemáticas que presentaba la población que asiste a los servicios de dicho hospital. También se hizo la visita de presentación con una carta emitida por la universidad. En estas visitas se realizó el diagnostico de las principales problemáticas encontradas en el área de maternidad y ginecología, que son las áreas escogidas para la realización del EPS, las cuales fueron asignadas en por el licenciado encargado del área de psicología.
- Para la realización del EPS se utilizaron dos meses de redacción del mismo. La investigación de los antecedentes fue recabada de los informes finales de las epesistas de años anteriores, la visita a bibliotecas, y la búsqueda en internet de información del municipio y de la aldea en específico. El diagnostico se obtuvo con base a las entrevistas con el personal de enfermería del área de maternidad y ginecología, de acuerdo con la problemática mas incidente que han notado en ingresos a encamamiento.
- La planificación se hizo de acuerdo a los temas que pueden ser implementados a las pacientes, que son de su interés por su estado y para el cuidado tanto de ellas y de sus familias.
- La ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado fue de acuerdo a las necesidades del hospital, las cuales fueron de 3 días (lunes, martes y miércoles) para el área de servicio en la cual se atendió a las pacientes de encamamiento de las áreas designadas, 1 día

(viernes) en el cual se brindo psicoterapia en consulta externa y 1 (jueves) día para la realización de la investigación y la docencia.

- La evaluación, el monitoreo y la ejecución del proyecto se hizo de acuerdo a las anotaciones del diario de campo y al cumplimiento de las metas en cuestión de horarios de la planificación de las actividades de la docencia y se realizó de forma semanal.
- La sistematización del EPS con la población de maternidad y ginecología en el área de servicio fue de la siguiente forma: se registraron las actividades de los 3 ejes en el diario de campo, se llevó un control de los pacientes tanto internos como externos que se atendieron durante la semana, y estos se convirtieron en informes mensuales en los que se reflejaron las horas reales de servicio, de docencia y de investigación, los cuales sirvieron para realizar el informe final que se presentara para indicar los resultados de la investigación, estipular las horas reales de EPS e indicar el cierre del servicio.
- El cierre de procesos se hizo al final del tiempo del EPS, y en el cual se entregaron las historias clínicas, las llaves de las clínicas y se dio la presentación del informe final con los resultados de la investigación.

Las técnicas que se utilizaran durante la realización del servicio serán:

- Observación: La observación es una actividad realizada por un ser vivo (como un ser humano), que detecta y asimila la información de un hecho, o el registro de los datos utilizando instrumentos. El término también puede referirse a cualquier dato recogido durante esta actividad. Esta se realizara durante la atención a los pacientes de consulta externa e interna con la población en general.

- Entrevista: Situación de encuentro entre un profesional y un consultante a los fines de conocer una situación. La entrevista psicológica no requiere de instrumental especial, y solo debe registrarse en notas, grabaciones o historias clínicas. Sin embargo, exige conocimientos altamente técnicos y calificados para ser efectiva, entre otros lograr una buena comunicación y confianza con los consultantes, indagar sobre el tema de modo objetivo, sin generar respuestas inducidas, e igualmente, poder plantear el problema en términos abordables y solucionables. Las entrevistas que realizan los psicólogos se complementan con otro material que usan, tales como test o cuestionarios, pero de todos los recursos de evaluación de la personalidad, la entrevista es la más importante y valiosa.
- Psicoterapia: Procedimiento técnico para influir en los problemas de autoimagen, trato social y control emocional, utilizando para tales propósitos fundamentalmente la palabra mediante redefiniciones, reformulaciones e interpretaciones de lo que surge en el diálogo con el consultante. La finalidad última de la psicoterapia consiste en aliviar los dolores o incapacidades que al paciente le provocan sus síntomas.

Acciones de Docencia

- Para el diagnostico de las temáticas que se implementaron se baso en lo que el personal de enfermería indico que es mas incidente en la población de las áreas de maternidad y ginecología, para lo cual indicaron que en el último año se han presentado varios casos de óbito fetal.

- La inmersión hacia esta población fue durante el periodo de servicio, ya que el personal de enfermería le indico a la epesista cuando se encontraba una paciente con las características que se ven incluidas en la investigación o bien que necesitaban del servicio psicológico debido a la magnitud de la carga emocional que la paciente mostro después de la hospitalización.
- La población con las características de la investigación se identifico por medio del personal de enfermería, ya eran ellas las que referían al área de psicología cuando habían personas que necesitan del servicio, por lo general mujeres con abortos, óbito fetal, legrados, abuso sexo-genital, violencia intrafamiliar.
- La docencia se intentó hacer una vez a la semana, el día jueves con previa planificación y solicitud a la persona encargada del área, pero se encontró con que la población recibía los temas de docencia mediante videos que eran programados en la sala de proyecciones del área de Maternidad y aunque se hizo la salvedad de que se podía estar presente para esos talleres, no hubo colaboración en ese sentido. Por lo que se utilizó la habitación donde se encontraban hospitalizadas o bien un área específica cerca del área de descanso y de lactancia.
- Debido a que no se pudieron ejecutar las charlas de implementación con un grupo mayor a 2 personas cuando fue posible, se utilizó material de apoyo y se les dejaron en algunas ocasiones trifoliares con la información que se les dio en la charla informativa, se contestaron preguntas al final de la charla y se resolvieron de forma grupal promoviendo el debate.
- Todo lo anterior se registro en el diario de campo, en un área específica para hacer el registro de las actividades de docencia, donde se coloco cuanto tiempo se necesito para realizar la actividad,

que material se utilizo, cuáles fueron las preguntas más frecuentes de las pacientes y cuáles fueron sus inquietudes, y si en dado caso alguna de las pacientes solicito del servicio de psicología para su egreso del hospital.

- La evaluación con las pacientes fue de forma oral con preguntas directas con respecto al tema y se hizo también con la observación y el análisis de las preguntas que se realizaron.

Las técnicas que se utilizaron para este eje son:

- Establecer diálogos con las personas para que de acuerdo a las inquietudes que tengan se realicen más charlas informativas, estos diálogos pueden ir acompañados de cuestionarios o encuestas para que indiquen sus preguntas y dudas más frecuentes.

- Conferencias y charlas: Estas implican un dialogo entre los participantes, tanto entre el conferencista como hacia el público meta, en este caso se realizaron con las pacientes de encamamiento, así que se prefirió un dialogo y debates para que estas indagaran en sus dudas y preguntaran sobre lo que probablemente el personal médico y de enfermería no había podido aclarar.
- Material impreso: Por medio de trifoliares con información que las pacientes consideraban necesitar después de su egreso del hospital, con respecto a su cuidado personal y de su familia.

Proceso de Investigación

- Para identificar el tema de investigación y la población que se deseaba atender se baso en lo que el personal de enfermería indico

que era más común dentro de las pacientes que ingresaban a estas áreas.

- El objetivo principal de la investigación fue conocer la ansiedad anticipatoria y el estrés post-traumático que sufrían las mujeres de 15-45 años que eran ingresadas por óbito fetal al área de Maternidad y Ginecología.
- Las características de la población con la que se trabajo durante esta investigación fueron mujeres de 15 a 45 años la mayoría de etnia maya y algunas ladinas. El nivel socioeconómico de estas pacientes variaba entre medio y de escasos recursos. Un gran porcentaje de estas mujeres solo estaban unidas con sus parejas muy pocas estaban casadas o eran madres solteras. Con respecto a la religión habían tanto evangélicas como catolicas. Muy pocas tenían escolaridad completa ya que la mayoría eran mujeres de campo, que desde muy pequeñas han sido mujeres trabajadoras.
- La investigación se dio de forma interna en el hospital, ya que como contexto se utilizaron las salas de Maternidad y Ginecología con las mujeres que fueron referidas por el área de enfermería. Durante este tiempo se tuvo la libertad de trabajar con las pacientes aunque el espacio era un poco reducido por la afluencia de pacientes que se maneja en este servicio. Por el impacto que estas mujeres habían sufrido la mayoría de veces era difícil atenderlas en las salas ya que al ver a las demás mujeres con sus hijos sufrían crisis emocionales bastante fuertes. Siempre se tuvo toda la disponibilidad de trabajar tanto con las pacientes como con los médicos y enfermeras del servicio.
- Se preparó el escenario de la investigación con las pacientes, con una entrevista previa con respecto al óbito fetal y sus posteriores consecuencias, con lo cual se estableció una relación con la persona,

para poder iniciar con las preguntas con respecto a su emocionalidad actual, sus principales pensamientos y temores en general. Este proceso fue importante para obtener la información deseada.

- Para obtener información se diseñaron tres instrumentos que fueron utilizados para obtener información directa de las personas que se ven envueltas durante un óbito fetal: madre, familia y personal médico. Lo principal que se deseaba conocer con respecto a la paciente era: ¿Cómo fue su embarazo? ¿Fue un embarazo deseado? ¿Cuáles son sus principales temores? ¿Cuáles fueron sus cuidados durante el embarazo? ¿Cuál fue su reacción antes y después de la perdida? La familia fue parte fundamental durante este proceso principalmente se trabajo con los esposos o con las madres de las pacientes. Unas de las preguntas fundamentales en este instrumento fueron ¿Cómo se observo a la paciente durante su embarazo? ¿Cómo es su dinámica familiar? ¿Cómo han reaccionado respecto a la perdida? ¿Cómo han apoyado a la paciente emocionalmente? El aspecto medico también es muy importante ya que se deseaba conocer cuáles son los principales aspectos físicos que afectan a una mujer antes, durante y después de sufrir un óbito fetal y cuál es el método que los médicos utilizan al informar a estas pacientes de la perdida que sufrirán.
- Después de haber analizado la información obtenida se conocieron las principales secuelas emocionales que estas mujeres presentan, que es lo que sentían, que es lo que esperaban de sus familias, cual era la idea que tienen del porque les sucedió, sentimientos de culpa, actitudes, en fin generar la experiencia que para ellas implico pasar por esta situación ya que la mayoría de ellas desde ese preciso momento empezaron a "sentir" el rechazo de su familia ya que

pensaban que sus esposos o sus familias las iban a rechazar por no ser lo suficientemente buenas y no poder “retener” a un bebe.

Entre las técnicas que se utilizaron para obtener esta información están:

- Testimonios: Un testimonio es un relato detallado realizado por los participantes de una investigación sobre un suceso en especifico, en este caso, se enfocaron en conocer las secuelas tanto emocionales como físicas que sufrieron están mujeres antes y después del óbito fetal.
- Diálogos informales: Los cuales consisten en platicas no dirigidas buscando siempre la espontaneidad del relato, los cuales fueron útiles para conocer lo que sentían, pensaban y esperaban las mujeres después de haber sufrido una experiencia de ese tipo.
- Talleres participativos donde se propiciaron las dos técnicas anteriores y en los que ellas pudieron hablar con respecto a su problemática actual.

CAPITULO III

DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

Cuando se tomó la decisión de realizar EPS, esperaba poder encontrar algún centro al cual tuviera accesibilidad, para tener la facilidad de locomoción que se había tenido en los centros de práctica anteriores. Cuando supe de la posibilidad de realizar EPS en el Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt" me puse en contacto lo más pronto posible con el supervisor de este centro. Con dos compañeras decidimos acercamos al supervisor y le manifestarle interés en realizar nuestro EPS en esta institución, se nos entrego la ficha que debíamos llenar para poder inscribirnos y que debíamos esperar una respuesta. Cuando se me informo que mi solicitud había sido aceptada me llene de mucha emoción ya que sabía que el trabajo que realizaría en el Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt" me daría mucha enseñanza y experiencia y se considero que no sería tan diferente a las prácticas anteriores por ser una institución hospitalaria. El tiempo de propedéutico fue el período de preparación para el trabajo que se iba a realizar, ya que en base a las lecturas que se realizaron durante ese tiempo y los documentos que el supervisor nos pidió reproducir, fomentó en el grupo la idea de este plan de servicio como opción de graduación. Ya que considere que el viaje desde Antigua a mi casa no sería muy largo decidí viajar todos los días.

Se inicio el día 6 de febrero de 2012, ese día arranco de forma oficial el ejercicio. Nos presentamos al hospital a iniciar labores y a presentarnos con el personal. El jefe del departamento de salud mental nos dio una breve inducción con respecto a nuestras obligaciones y de nuestro servicio, nos explicó las reglas hospitalarias y nos acompañó en nuestro recorrido por las distintas áreas y salas del hospital. Tuvimos oportunidad de

conocer a las enfermeras de área, a las encargadas y a algunos médicos. Pudimos leer algunas hojas de evolución de epesistas anteriores y formarnos una idea para realizar las propias. Organizamos y establecimos un horario y estipulamos como nos íbamos a dividir para la atención de consulta externa. Cabe decir que para este momento ya habíamos tenido oportunidad de ir en una ocasión anterior para hacer una observación y establecer las principales problemáticas que se podían encontrar en el lugar.

Al día siguiente de nuestra llegada ya tuvimos oportunidad de atender el área designada para cada una. El área de Maternidad y Ginecobstetricia según el relato del encargado del departamento de Salud Mental tenía una demanda bastante grande del servicio psicológico, ya que, se registran a diario un aproximado de 4 a 5 abortos, todos ellos naturales, en madres adolescentes y de mediana edad. Se visitó en esa ocasión a 2 pacientes. La población que se atendió era bastante rica en información, ya que cada paciente entrevistada siempre aporto gran cantidad de opiniones e ideas diversas con respecto a su problemática. Se pudo apoyar psicoterapéuticamente a una paciente con proceso legal actual dentro del hospital y ahí comenzó la aproximación a todo el protocolo que se realiza en estos casos en conjunto con trabajo social y el área de medicina designada.

Regularmente la atención en el área de maternidad es concurrida, y es notable y bastante preocupante la gran cantidad de óbitos, abortos y legrados que se registran diariamente así como las edades de las madres. Muchos pueden ser los factores que intervienen en el desprendimiento fetal. Las madres muchas veces atribuyen esta situación a malos cuidados, designios de Dios y diversos factores, el sentimiento imperante en casi

todas es la culpabilidad. Las adolescentes muestran sentimientos muy difusos y contradictorios, se entrevistaron a varias jóvenes y en casi todas las respuestas se mostro además de culpabilidad el deseo de mantener el embarazo. También se pudo observar que un porcentaje de estas jovencitas ya tenían sus hogares formados.

Según el libro Ginecología de riesgo, que se encontró en la biblioteca, la edad y la alimentación de la mujer influye mucho durante el periodo de gestación, por lo cual, este puede ser un factor que influye en los abortos observados en el área. Las pacientes que presentan estos problemas son normalmente mujeres de 15 a 45 años de edad, muy pocas estudiantes, amas de casa o dedicadas al trabajo en el campo, algunas de ellas padeciendo de forma cotidiana de violencia intrafamiliar. En el hospital la forma más común de realizar un aborto es por aspiración mecánica endo-uterina (AMEU) y se realizan estas intervenciones de forma cotidiana. Es lamentable observar que estas intervenciones son comunes que los médicos no los ven como raros ni novedosos, en todo el ejercicio no presencie un día en que no hubiera abortos y legrados. Durante el tiempo que se permaneció en esa área se observaron ciertas características peculiares con respecto a la población victima de los mismos. Las adolescentes y mujeres hasta los 30 años cuando sufren un aborto caen en un profundo estado de depresión, sienten mucha culpabilidad, y se les nota intranquilas y alertas. Por el contrario las mujeres mayores de 35 años al pasar por esta experiencia demuestran emociones distintas. A estas mujeres se les nota tranquilas, resignadas y convencidas de que esta situación fue un designio de Dios, consideran que la vida continua, aunque en general todas ellas, ante el conocimiento de la realización de un legrado, indicaban sentirse ansiosas y temerosas, ya que mencionaban desconocer de que se trataba este procedimiento. Esto pone en relieven el

poco conocimiento de la población en general sobre ciertas situaciones por las que las mujeres pasan dentro de la comunidad, no se les da explicación sobre esta intervención ni antes ni después de realizarla.

Parte de la docencia se trató de eso, de darles un poco de información sobre la realización de estas intervenciones a la población que se encontraba dentro del área de encamamiento, tanto a las mujeres con óbito, aborto o legrado como a las que no padecían del mismo. También se tuvo contacto con las familias de las pacientes ya que muchos las culpaban por la misma ignorancia de no saber qué era lo que estaba sucediendo. Es increíble ver la fortaleza que tienen algunas personas al enfrentarse a situaciones que para cualquiera podrían ser demasiado difíciles, pero para ellas son solo una experiencia más que la vida les da. La biblioteca fue un recurso bastante positivo para la realización de la investigación, ya que en ella se pudieron encontrar libros que trataban específicamente la tipología de los abortos, además de ello se pudieron recabar varios testimonios de las pacientes que se encontraban en encamamiento. Durante el tiempo de investigación se encontraron dos sentimientos negativos imperantes en todas las pacientes con casos de óbito fetal, aborto incompleto y legrado, los cuales eran culpabilidad e ideas de que se convierten en asesinas al no poder retener el embarazo.

Las pacientes manifestaban sentirse malas madres, consideraban que algo en su cotidianidad falló y debido a esto fue que les ocurrió el aborto, unas pocas lo consideraban como un castigo divino, son muy pocas las que ante esta situación se quedaron eutìmicas. Se pudo identificar que los abortos desde el punto de vista médico son separados por su evolución clínica. Se tuvieron dos abortos provocados algo antes nunca visto en el hospital. También se pudo observar lo fuerte de las costumbres y la creencia en la

religión de la población, ya que aunque algunas jóvenes demostraban no sentirse preparadas para este paso, influía más en ellas el hecho de cumplir con el embarazo como que de una misión se tratase, y consideraban que el fallo en esta misión se vería penalizado con un castigo de Dios. Casi todas ellas manifestaban su deseo de no volver a embarazarse por el temor que esa experiencia volviera a ocurrir, además indicaban que no sabían que era un legrado y que en el hospital los médicos y enfermeras no se toman el tiempo de explicar de qué se trata la intervención que iban a realizarse y esto tiene como resultado infundir mucho mas temor e inseguridad en las pacientes. A todas se les hizo la recomendación de asistir al servicio de psicología para recibir el apoyo necesario para solventar la pérdida y el duelo, solamente dos de ellas asistieron.

Este ejercicio, fue revelador en muchos aspectos. El tener la oportunidad de vivir de forma independiente aunque viviera con mi familia ya que yo manejaba mi tiempo, mi dinero y mi espacio, y tuve la oportunidad de compartir con nuevas compañeras que aunque estábamos en el mismo salón en la universidad teníamos diferentes grupos de amigos y nunca habíamos compartido. Fue un cambio en todas las esferas, porque fue una convivencia bastante diferente a la que hasta el momento cualquiera hubiera estado acostumbrada. Es probable que éste período de la vida estudiantil es el que más enriquece ya que se tuvo el acercamiento con todas las poblaciones asistentes y circundantes del área que se escogió, se compartió y convivio en ciertas oportunidades con los pobladores en general, vendedores, internos del hospital, médicos y enfermeras, en fin, se tuvo oportunidad de analizar la ideología general de la población ante ciertas situaciones que ocurren de forma cotidiana. No fue difícil el acoplamiento al ritmo de trabajo, ya que por tener experiencia previa y

bastante amplia en el funcionamiento de un hospital, no se encontraron muchas diferencias a la metodología de trabajo del hospital donde se realizaron las practicas anteriores, lo que se encontró de novedoso fue la diversidad de especialidades en servicio con que cuenta el hospital, los recursos brindados al área de salud mental, que aunque no sean numerosos, eran en mayor cantidad a los del hospital anterior, la participación del psicólogo dentro del funcionamiento normal de las áreas de atención.

Se obtuvieron varios logros en el área de atención directa ya que aunque no todas las mujeres con las que se tuvo contacto asistieron a la consulta externa, con las que tuve la oportunidad de trabajar pude observar un gran avance ya que obtuvieron mayor conocimiento con respecto a cuidados prenatales, aprendieron a manejar los sentimientos de culpa y mejoraron su relación familiar o de pareja ya que estas relaciones se habían visto fracturadas por el acontecimiento al que se habían visto enfrentados ya que solamente se culpabilizaba a la madre y no se le daba el apoyo necesario para superar la perdida que había sufrido.

En docencia impartimos charlas en AJUPENSA (Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepéquez), los integrantes de esta asociación nos tomaron bastante afecto y nos invitaron siempre a sus actividades como grupo. Pudimos observar su capacidad de organización, de compañerismo, de equidad y la motivación que las personas de la tercera edad aun tienen, ya que todos a pesar de ser jubilados aun tenían deseos de sentirse útiles en la comunidad donde habitan.

Esta fue una actividad que dejo muchas experiencias y logros ya que se me dio la oportunidad de trabajar con personas de la tercera edad algo

que no había hecho con mucha frecuencia anteriormente y el nivel de aprendizaje que uno llega a obtener es bastante grande ya que muchas de estas personas han vivido con una serie de conflictos a lo largo de su vida y que no importando quieren generar un cambio para mejorar los años de vida que aun pueden vivir.

Durante los meses de marzo, abril y mayo se atendieron una gran cantidad de casos pero tres fueron los más trascendentales durante el EPS y en los cuales mi intervención fue exitosa. El primer caso fue el de una joven de 15 años la cual ingreso al área de Maternidad y Ginecología ya que había sufrido un óbito fetal (9 meses) ya que su bebe se había asfixiado con el cordón umbilical. Este fue el primer caso que atendí por óbito la verdad fue bastante impactante ya que la joven había tenido una historia bastante complicada durante su embarazo. Ya que al resultar embarazada y su mamá enterarse de esta situación la hecho de la casa. Ella busco refugio con su pareja y estuvo viviendo unos meses con él y su suegra, la madre de la paciente al enterarse de esta situación demando al joven y a su madre. Esto hizo que la paciente viviera los últimos meses de su embarazo en una casa hogar debido al proceso judicial. La paciente refiere que durante todo este tiempo vivió con mucho miedo e incertidumbre y no recibió los cuidados prenatales adecuados. Se le visito durante el tiempo que estuvo ingresada en el área de maternidad ya que estaba bastante afectada ya que los sentimientos de culpa y tristeza por la pérdida de su bebe eran bastante notables y por ver a las demás pacientes cuidando de sus bebes. El segundo caso fue el de una mujer de 30 años de edad también ingresada por óbito fetal. Esta paciente tenía 8 meses de embarazo su esposo estaba en Estados Unidos y vivía con sus suegros. La paciente se entero de su embarazo un mes después que su esposo se fue del país. Empezó a recibir cuestionamientos de parte de la familia de su

esposo ya que decían que ese bebe no era de él. Ella tenía mucho temor de ser rechazada por su esposo pero este le dio toda su confianza a ella y le dijo que siempre la apoyaría. El embarazo de la paciente siempre fue complicado ya que se deprimía mucho. Cuando le dieron los dolores tuvo que irse sola al hospital ya que nadie de la familia quiso llevarla se subió a la palangana de un pickup ya que vive bastante lejos y al bajarse se resbalo y se golpeo la barriga y esto causo la pérdida del bebe. La paciente manifestaba sentimientos de culpa pero también mucho rencor hacia la familia de su esposo. Se le dio seguimiento a la paciente durante el tiempo que estuvo internada. El tercer caso fue el de una mujer de 28 años de edad que sufrió un óbito fetal por parte de uno de sus bebes ya que era un embarazo gemelar. La paciente contaba con el apoyo de su familia y de su esposo pero se sentía muy culpable ya que decía que tenía que haber algo muy malo en ella ya que no pudo darle vida a sus dos hijos. La paciente se mostraba bastante ansiosa ya que temía que al realizarle la cesárea también muriera su otro bebe. Se le dio seguimiento a la paciente antes y después del proceso hasta que fue egresada del hospital.

En estos casos se pudo observar el interés y la iniciativa de algunos médicos al referir estos casos al área, ya que con esto demuestran que se preocupan por la salud integral de sus pacientes y no solamente de tratarlas como un número de expediente más. Se puede decir que cada mes del ejercicio tuvo buenas y malas experiencias, casos complicados y casos sencillos, pero relativamente, fueron pocos los casos que pudieron impactarme tanto de forma profesional como personal.

Dentro del hospital también se participo en varias actividades coordinadas por la dirección. Se asistió al Congreso de Medicina que fue organizado por el área de Maternidad y Ginecología que me ayudo en muchos aspectos

para la realización de esta investigación. También el Congreso de Salud Mental organizado por nuestro departamento que me dejo muchas experiencias y mucho aprendizaje y finalmente el IV Congreso Departamental de Salud Reproductiva denominado "Reduciendo La Muerte Materna y Neonatal a través de la Calidad de la Atención en los Servicios de Salud". Y otras actividades y celebraciones sociales, en fin, se colaboró de forma bastante activa con la realización de estas, las cuales fueron además de divertidas, bastante estimulantes y de gran experiencia personal en lo que a convivencia se refiere.

En cuestiones de pacientes atendidos dentro del hospital tanto en consulta externa como interna se colocan en forma de tablas las cuales son de datos muy generales:

PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA

PX. ATENDIDOS	RECONSULTAS
40	300

TABLA DE GÉNERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA

FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
28	12	40

TABLA DE EDADES DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL

13-19	3	3	6
20-25	6	1	7
26-30	6	2	8
31-35	5	1	6
36-40	2	1	3
41-45	2	3	5
46-50	4	1	5
TOTAL	**28**	**12**	**40**

TABLA DE EDADES DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA INTERNA

PACIENTES ATENDIDOS
90

TABLA DE EDADES DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA INTERNA

EDAD	FEMENINO
13-19	10
20-25	20
26-30	23
31-35	10
36-40	15

41-45	8
46-50	4
TOTAL	**90**

No se puede decir que las pacientes tenían muchas características en común, además de coincidir en algún grupo de edad. La mayoría eran mujeres provenientes normalmente del departamento de Sacatepéquez, Chimaltenango y Escuintla dedicadas a sus hogares y al cuidado de sus hijos. De acuerdo a la observación se encontró que aunque tuvieran menos de 20 años, sus matrimonios habían sido a muy temprana edad alentados por violencia intrafamiliar y maltrato dentro de sus hogares, muchas de ellas relataban que habían huido de sus casas, que habían decidido irse con sus parejas buscando un poco de tranquilidad, ya que dentro de sus hogares solamente existía marginación y abusos. Las jóvenes indicaban que no deseaban continuar con ese trato con sus hijos, y que se esforzaban por ser distintas, pero es lo común, que aunque salgan de un hogar violento y abusador, entren en uno similar.

Muchas jóvenes se aventuraron a relatar que se sentían frustradas debido a que en sus hogares actuales sufrían de situaciones distintas y al mismo tiempo igual de represivas que en sus anteriores hogares, y que se sentían impotentes porque eran víctimas de personas que no tenían vinculo sanguíneo ni emocional con ellas. A veces eran víctimas de sus suegros, cuñados, cuñadas y vecinos, en más de alguna ocasión alguna de ellas relato que habían sido golpeadas o maltratadas por algún familiar de su esposo, y su pareja no había hecho nada por protegerla. La característica principal que se encontró, fue la poca educación de las mujeres ya que en

la mayoría, sus estudios habían sido interrumpidos empezando el nivel básico o terminando el nivel primario. Muchas de ellas no sabían leer ni escribir, no tenían acceso a sistemas de salud, sus trabajos eran precarios y mal pagados, además de verse en la necesidad de trabajar aún estando embarazadas o enfermas. Confiaban en las comadronas y personas de la comunidad para sus problemas de salud y no tenían información sobre cuidados pre y post natales, por lo que sus partes eran difíciles, y en cuestiones de abortos, no sabían ni tenían información sobre cuidados posteriores mucho menos atención en salud reproductiva, se les daban condones o pastillas y no las tomaban o no continuaban con el tratamiento ya que manifestaban que "era algo malo para su cuerpo".

Existe mucho tabú aún en la población con respecto al cuidado de algunas áreas de la vida del ser humano. Saben de cuestiones reproductivas y de desarrollo por consejos de sus mayores, las mujeres llegaban a sus periodos menstruales sin conocimiento de ello, sin conocer el funcionamiento de sus cuerpos y por lo consiguiente no pueden transmitírselo a sus hijos e hijas, aún tienen el pensamiento de que esos no son temas que deban tratarse con seriedad y prefieren que los educadores en las escuelas sean los que transmitan esa información a sus hijos. Se considera que de acuerdo a lo que se observó en el medio educativo del lugar, muchos de los sistemas de educación son primitivos, ya que no consideran los medios audiovisuales y la tecnología en su metodología de enseñanza. La información que tienen no está actualizada, dejan afuera temas que son importantes para la juventud y los temas que abordan están incompletos y desactualizados.

Es posible que aunque el área de salud de Sacatepéquez tenga recursos y medios para llegar a la población, pero aún debe recorrer un largo camino

para poder transmitir la educación correcta y completa a los mismos. Las personas no son inflexibles como se podría pensar, y aún en los lugares más lejanos del centro del departamento, las estrategias de educación podrían llegar de forma exitosa a la población, pero es necesario que los facilitadores de esta información, estén en constante formación, ya que al igual que la población, caen en el error de estudiar y facilitar la misma información que se daba probablemente hace 10 o 20 años, además que el recurso en salud, es guiado hacia lugares en donde es más fácil encontrar información, y a los lugares en donde se necesita realmente esto, no se da, porque no hay transporte o personal que este en la capacidad de hacerlo.

Con respecto a los abortos se pudo investigar y adentrarse más en el mundo médico debido a la vasta información que la biblioteca, médicos y estudiantes de medicina significaron, con los cuales se pudo encontrar lo siguiente:

Principales causas del óbito fetal:

- Anomalías cromosómicas: Las anomalías cromosómicas son defectos genéticos que generalmente se producen por desordenes y desbalances en los cromosomas del bebe. Aunque una de las más conocidas sea el síndrome de Down, existen muchas clases de anomalías. Los médicos explicaron que en la mayoría de ocasiones en los que un aborto espontáneo se da por este tipo de problemas, no es posible en la mayoría de casos saber específicamente que tipo de anomalías presento el feto, pero de alguna forma el cuerpo de la madre expulsa por decirlo así, el material en defecto que encuentra y se da el aborto.

- Anomalías en el desarrollo: estas son similares a las anteriores pero tienen que ver más con el desarrollo de tejidos y órganos del feto.
- Anomalías placentarias: estas se dan cuando la placenta no se forma correctamente y no es capaz, por decirlo así, de sustentar las necesidades del feto para su formación provocando el desprendimiento fetal antes de tiempo.
- Enfermedad materna: esto puede referirse a diabetes, problemas endocrinos u hormonales que afectan directamente la formación uterina.
- Infecciones crónicas: brucella abortus, listeria y toxoplasma, tuberculosis, desnutrición severa, anemia severa y lascinomatosis.
- Incompetencia cervical: ocurre cuando hacia el segundo trimestre del embarazo se desarrolla una dilatación que no duele del cérvix uterino con salida de las membranas, rotura del amnios y expulsión del niño no maduro. Tiene tendencia a repetirse en los embarazos siguientes. Las causas no están bien definidas, aunque sí se asocian con agresiones cervicales como contusiones, legrados múltiples, desgarros del cérvix en partos anteriores o por una anatomía anormal de los órganos genitales. Generalmente se diagnostica por la exploración ginecológica, donde se observa una dilatación del orificio cervical interno de 2 a 3 cm en una mujer embarazada a partir de 16 semanas, sin que existan contracciones de parto. La historia clínica personal de abortos tardíos orienta hacia este trastorno.

- Trauma directo o indirecto que afecta la cavidad uterina
- Abortos idiopáticos: los cuales aún se desconoce su etiología.
- Intoxicación de cualquier tipo o abuso de sustancias.

Por su evolución clínica los abortos se dividen en:

- Aborto espontáneo: el cual es el desprendimiento del contenido uterino sin ninguna explicación.
- Amenaza de aborto: en la cual solamente se está en riesgo de perder el embarazo pero todavía el útero está habitado.
- Aborto inminente: es en donde la calidad de vida del contenido uterino está comprometida de tal forma que el aborto es el único resultado.
- Aborto incompleto: cuando el útero expulsa solamente una parte de su contenido dejando restos embrionarios dentro.
- Aborto completo: cuando el útero expulsa por completo su contenido.
- Aborto frustrado: es la retención de los productos de la concepción, posterior a la muerte fetal intrauterina por cualquier causa y por un periodo de 2 meses o más con riesgo de desarrollar graves problemas de coagulación.
- Aborto séptico: es la infección del producto de la concepción y de los órganos pélvicos que puede permanecer localizada o diseminarse a órganos extra pélvicos generalmente se debe a maniobras abortivas efectuadas en condiciones sépticas e introducción de cuerpos extraños con fines criminales.
- Aborto habitual: se le conoce a la multiplicidad de abortos en una misma mujer, es decir cuando la mujer tiene 3 o más abortos en su historia clínica que pueden ser consecutivos o no consecutivos.
- Aborto provocado: toda aquella interrupción del embarazo que sea ocasionada por terceras personas o incluso por la misma mujer con deseo de finalizar el mismo.

En la encuesta nacional de Salud Materno-Infantil del 2002 se indica que un descenso en la fecundidad tiene repercusiones positivas en la disminución de la mortalidad infantil y materna, por lo que los métodos anticonceptivos deben ser más y mejor promulgados dentro de la población.

Los métodos anticonceptivos más conocidos por el guatemalteco son: condones y las pastillas orales combinadas. Como dato extra se tiene que la esterilización femenina es mucho más conocida y confiable para la población que la esterilización masculina, y por lo consiguiente es más utilizada.

En los resultados de las últimas dos encuestas nacionales antes del año 2002, se ha demostrado que el uso del condón para prevenir el embarazo no ha excedido un 3% de las mujeres que usaban algún otro método. No se sabe a ciencia cierta, si esta falta de utilización y promulgación de otros métodos se deba a su calidad, a el bajo costo de adquisición o a la falta de información sobre los mismos, pero aún se continúan usando los mismos métodos contraceptivos que hace 15 años, los cuales en algunos casos son insuficientes e ineficientes para prevenir y espaciar embarazos dentro de la población, esta es la causa más probable del aumento en familias numerosas más que todo en la población de escasos recursos, y es probablemente la respuesta al cuestionamiento del por qué en las áreas más pobres y con mayores riesgos en salud las familias y la cantidad de hijos aumenta de 2 o 3 en el área urbana, a 5 o 7 en las áreas marginales.

El área de Ginecobstetricia del hospital comúnmente llamada Maternidad por la población en general está equipada con un área educativa y un área recreativa. El área educativa consta de un salón en donde se imparten

videos y charlas con respecto a lactancia materna, cuidado del bebe después del parto y cuidado de la madre post parto y post aborto. El área recreativa es el mismo salón, pero al contrario de la primera se utiliza una televisión encendida de 5 de la tarde a 8 de la noche. En el área de encamamiento hay 9 habitaciones para el área de Maternidad específicamente con un promedio de 5 camas con muebles para guardar pertenencias. El servicio sanitario cuenta con 6 baños y 6 duchas para uso exclusivo de las pacientes. Como oficinas extras tiene el puesto general de enfermería, oficina del jefe de área, oficina de reuniones, oficina de la secretaria del área, sala de partos complicados, bodega de fármacos, área de mantenimiento, clínica de ultrasonido. En los recursos humanos se cuenta con 2 médicos graduados, un medico fijo, dos enfermeras profesionales y 6 auxiliares de enfermería, además de los estudiantes de medicina que deban integrar su área de maternidad en el turno.

Dentro de los cuidados post natales y post abortivos que son manejados dentro del hospital se encuentra un control de alimentación. Entre ellos se pueden encontrar leche y productos lácteos en general, verduras y frutas que contengan vitaminas y sales minerales, proteínas como carnes rojas, pescado, pollo y huevos, carbohidratos como el pan, masas y cereales, y las grasas en forma de aceites en menor cantidad.

Se atienden casos de eclampsia con convulsiones por hipertensión antes y durante el embarazo y parto posterior. Embarazos ectópicos e histerectomías (extirpación total o parcial del útero o matriz) en general. No se puede indicar un número exacto de personas que se encuentran ingresadas diariamente en esta área, esta sección del hospital es probablemente la de mayor cantidad de personas ingresadas diariamente, entre los problemas más comunes esta el aborto, legrados, óbitos e

histerectomías. Nace un promedio de 10 niños mínimo diariamente, y su estadía en el área de RN (recién nacidos) es sólo si nacen con bajo peso, ictericia o cualquier otro problema durante el parto. Casi de forma automática el bebe es entregado a la madre para su alimentación y la espera de su alta hospitalaria. En general los días en el área de maternidad son bastante rutinarios, salvo algunos casos en los que hay dificultades dentro del área médica o emocional de la paciente, pero no es común.

En las mujeres que fueron parte de la investigación, se encontró en la mayoría una condición llamada síndrome post aborto. Los 3 estadios de este síndrome son:

- Estadio 1: desasosiego y tristeza (se dice que no tiene ni el alma ni el espíritu en paz).
- Estadio 2: revive continuamente el momento traumático del aborto de un modo muy profundo, aunque pasen 5, 10 o 15 años, se preguntan a menudo como seria el niño si hubiera nacido.
- Estadio 3: depresión profunda, con gran sentimiento de culpabilidad, perdida de interés por lo que antes le gustaba, piensa en el suicidio como escape. Además se presenta la depresión de aniversario, que es la que se habitúa alrededor de la posible fecha del nacimiento o de la fecha del aborto.

Las mujeres que se someten a abortos inducidos, presentan en su duelo sentimientos de cólera con todas las personas que tuvieron que ver con la decisión del aborto, directo o indirectamente incluyéndose a sí mismas. En el síndrome post aborto se incluyen sentimientos de culpa, tristeza, enojo, hostilidad, desesperación, pesimismo, ensoñaciones diurnas y nocturnas,

angustia, ansiedad, depresión, baja autoestima, llanto, insomnio, hipersomnia, enfermedades psicopáticas, tendencia al suicidio, pesadillas en las que aparecen los restos del bebe abortado, recuerdos dolorosos en la fecha en que hubiera nacido, en fin, una larga lista de características asociadas al sentimiento general de culpa ya que la perdida haya sido espontanea o inducida.

En general la experiencia que se obtuvo en la inmersión con esta población fue bastante rica en datos e información. Todas estas mujeres dejaron sus experiencias dolorosas como parte de la formación personal, ya que hubo muchos casos y detalles que estaban fuera del conocimiento que se adquiere en la universidad. Estos detalles en cierta manera obligan a investigar, a leer más a profundidad todas las características que ellas indicaron como extrañas de su concepción, además de hacerse el cuestionamiento de lo que había ocurrido, y fue debido a que muchas de ellas en su búsqueda de respuestas acudieron al área, que se tomo la decisión de leer y preguntar acerca de situaciones que pudieran hasta cierto punto calmar en alguna medida el dolor emocional que estaban padeciendo por la perdida. A pesar de que no se puede estar en sintonía al 100% en su dolor y comprenderlas en totalidad, al ver las reacciones emocionales y la tristeza en general de todas estas mujeres, se puede dar un acercamiento más a la vida de una madre cuando pierde algo que estaba esperando con tanta impaciencia. Muchas de ellas porque ya habían tenido hijos con anterioridad se enfocaban en su rol, y mencionaban que debían continuar debido a sus familias ya formadas, se encontró solamente una joven padeciente de abortos continuos y dolorosos que aún sentía el deseo de ser madre.

La docencia se realizó de forma individual a diferencia de lo que se había planeado. Originalmente se habían planificado charlas semanales con los temas que se habían escogido específicamente para mujeres que habían sufrido óbito fetal, y se planeaban hacer de forma grupal. Pero debido a la modalidad del hospital de utilizar el salón de educación para pasarles videos de diversos temas, ya no fue posible utilizar este recurso, por lo que se realizó en modalidad individual. Al momento de hacer la entrevista con la persona post-aborto, se aprovechaba para darles de forma bastante resumida los temas que se tenían y se les dio la información un poco más detallada del aborto y cuidados post abortivos.

Con respecto a la investigación, las actividades se dieron de forma individual y a veces con dos personas. Este cambio de modalidad, en un principio, se hubiera pensado que iba a cambiar las actividades planificadas y los objetivos de la investigación, pero relativamente fue realizada de forma más funcional. El hecho de conversar y hacerle preguntas a una sola persona, en lugar de a un grupo, dio la oportunidad para que la persona se expresara más abiertamente con respecto a su problemática y se sintiera en confianza para realizar preguntas y exponer sus temores. La mayoría expresó además de miedo e incertidumbre, dudas con respecto a la razón por la que había sufrido un aborto. Se intentó al principio realizar entrevistas dirigidas, con preguntas redactadas con antelación, pero en el transcurso de la investigación, se notó que era mucho más funcional realizar diálogos y preguntas más abiertas, esta nueva modalidad funcionó de mejor manera.

Al inicio de la entrevista se le preguntaba a la persona si era posible hacerle algunas preguntas, nunca se utilizó la palabra entrevista, las conversaciones se iniciaron siempre con ¿Puedo hablar un momento

contigo? De esta forma, se les daba a las pacientes la opción de decidir si deseaban hablar con la epesista. En general, no se encontró con pacientes que no desearan hablar, todas ellas se mostraban atentas y felices de contar con una persona, que no fuera del personal médico, para hablar y comentar sus inquietudes.

En general, el resultado de la investigación además de dar datos y detalles específicos con respecto a la problemática y emocionalidad de las pacientes, dio la oportunidad de tener un acercamiento a la población en general de encamamiento, ya que, las otras pacientes al observar la atención que se les brindaba a las mujeres que sufrían un aborto, se acercaban a preguntar sobre diversos temas y en algunas ocasiones a solicitar información sobre el servicio psicológico en el hospital, para poder asistir posterior a su alta hospitalaria.

CAPITULO IV

ANALISIS DE LA EXPERIENCIA

La decisión general de realizar EPS influyó mucho en el aspecto personal de ese momento. Se deseaba tener oportunidad de probarse a sí misma en todos los aspectos, además de querer experimentar un poco de independencia y responsabilidad con respecto a la familia, universidad, tiempo y economía, despertar el aspecto de auto retarse y evaluarse. Una experiencia en la que tuviera que, si no actuar bajo recursos propios, al menos administrar los recursos con que se contaba. Por un momento paso por la mente la idea de si estaría preparada para una experiencia de ese grado pero como se relato anteriormente cuando mencionaron el hospital se tuvo la sensación de que ahí era donde debía estar y que era una experiencia tanto personal como de aprendizaje que no se podía desaprovechar. La oportunidad trajo excelentes recuerdos, mucha experiencia y buenos amigos. Durante el propedéutico, fue el momento en el que se terminó de convencer de que se había tomado el camino correcto, porque debido a los documentos que leímos, se pudo comprender un poco más de este proceso y de la experiencia que viviría. Al iniciar este proceso no se sabía todo lo que iba a aprender en el camino, o al menos no podría haber tenido jamás una idea completa de todo lo que se pudo aprender.

Cuando iniciamos, se tuvo la sensación de que esta experiencia sería igual que la practica supervisada, en la que cuando se hizo por primera vez, pasaron varios días sin atender a nadie, en esta ocasión el servicio comenzó de inmediato, ya que la afluencia al servicio es bastante grande. Ha de decirse que al principio nos perdimos mucho, en relación con el hospital donde se hizo la práctica, este es mucho más grande, en los

cuales para cualquiera que no ha estado ahí nunca es fácil tomar otro pasillo y encontrarse con un tope o una puerta que no lleva a ningún lado. Recuerdo que al principio nos costaba mucho llegar, comenzamos a memorizar atajos y señales que nos dieran la pauta y evitar perdernos, pero en un momento, ya se estaba familiarizada con todo lo que significaba el hospital. Ya eran más conocidas las áreas del hospital y el recorrido por las mismas se realizaba con mayor confianza. La primera vez que se atendió a una persona en encamamiento, al principio las emociones como el temor y la inseguridad eran latentes, ya que aunque no fuera primera vez que se atendía, esta vez si iba a ser significativa ya que tendría que iniciar con el proceso de recolección de datos que eran necesarios para la investigación, por lo que trate de mantenerme serena, tranquila y atenta, para que la entrevista fuera un éxito.

En ese punto nos damos cuenta que el proyecto de factibilidad sería solamente una pauta o un ejemplo que habría de utilizar, ya que las cosas no serian como se habían planificado. Casi desde la primera semana se comenzó a recalendarizar y a reestructurar actividades, ya que en la planificación del proyecto se tomaban fechas y tiempo de forma personal, ya en la práctica se nota que no siempre es posible tener el espacio y a la población disponible, por lo que, se tuvo que establecer nuevas formas de docencia y replantearse el tema de investigación con el objetivo de que las actividades pudieran llevarse a cabo tomando en cuenta los recursos humanos y espacios que se brindaban en el hospital, para hacerlo de forma más eficaz, ya que de las actividades que habían sido planificadas, muchas de ellas no podrían llevarse a cabo. El proyecto quedo más como un trabajo universitario en el que se podía o no tener todo el punteo, esta vez lo que se estaba realizando tenia vidas de por medio, no se podía esperar un punteo y no se tenía a ningún catedrático para corregir los

errores de ejecución. En este punto del ejercicio y aunque no había ni siquiera un mes transcurrido, dio inicio un proceso de madurez profesional. Se comenzó a contar con los recursos que tenía a disposición, y con los que no se tenían, se debía inventar como encontrarlos o bien como descartarlos sin que el objetivo del proceso se viera alterado grandemente.

Comenzaron las salidas tarde y el esfuerzo de alargar el tiempo de donde se pudiera para que la atención se diera a basto para el servicio, además de dejar la investigación de lado en muchos aspectos y viendo como se podía intercalar entre el servicio y la investigación la docencia reglamentaria que debía hacerse.

Al final eso es lo que prueba nuestras aptitudes y la capacidad que tengamos de habituarnos al cambio que tengamos que hacer debido a las circunstancias. Se probó y aprobó la capacidad propia para hacer las cosas cuando debían hacerse, y además fue un reto a la frustración cuando se encontraba en callejones sin salida debido a falta de recursos o de gana de la misma población. A pesar de eso, se pudieron anotar varios testimonios de jóvenes en el área de Maternidad que dieron la pauta para saber exactamente que buscar.

Acciones de Servicio

Durante el ejercicio se atendió solamente un caso por aborto inducido. Para la población el aborto sigue siendo tabú y es considerado como un asesinato, por lo que a la joven que lo intente llevar a cabo, se le margina y se le maltrata, probablemente por esta misma situación los abortos inducidos son casos raros y aislados, en sí, los abortos naturales son más comunes entre la población.

El caso fue el de una joven de 18 años que introdujo una sercha en su vagina para provocarse un aborto ya que una compañera le dijo que había escuchado que alguien había utilizado esa técnica y ella decidió hacerlo debido a que no tenía dinero para comprar pastillas o ir donde un medico, pero el aborto fue frustrado ya que fue llevada al hospital y allí lograron detener el embarazo. Refería sentirse arrepentida, porque pensó que su familia y su novio la iban a rechazar, pero cuando observó que la reacción de apoyo al embarazo fue positiva, cambió de parecer y mencionó que estaba dispuesta a hacer cualquier cosa por mantener a su hijo con vida. Se le dejó cita para el departamento de psicología pero nunca asistió. Este caso se vio influenciado por el temor a la reacción de su familia, marca también la poca información que se tiene con respecto a los abortos, ya que la joven puse su vida en peligro, y algunas veces las jóvenes llegan a estos extremos para evitarse problemas, sin saber que las posibles repercusiones, pueden traerles muchos más problemas de los que habían imaginado.

Durante la atención de consulta externa se atendieron 40 pacientes. Cuyas reconsultas se cuentan en 300. El grupo mayoritario consistió en mujeres de 26 a 30 años de edad que asistían por problemas tales como ansiedad, depresión, problemas familiares y problemas de pareja. La mayoría de estas mujeres no tenían información con respecto a su educación y a los derechos por los cuales debían luchar. Muchas de estas mujeres como lo mencionamos anteriormente son mujeres de campo las cuales han estado acostumbradas a trabajar desde que son muy pequeñas, algunas si empezaron a estudiar sus padres decidieron retirarlas de la escuela ya que referían que no era importante y que en algún momento encontrarían un hombre que pudiera mantenerlas. Un porcentaje de estas mujeres se podía observar que se sentían muy temerosas de expresar sus

sentimientos ya que nunca habían tenido espacio, la atención que se les estaba brindando en el servicio de psicología ya que a algunas no se les permitía ni siquiera mantener contacto visual ya que para ellas era como "retar" o una "falta de respeto". Conforme el proceso fue avanzando y ellas se sintieron más cómodas y en confianza fueron soltando poco a poco todos los sentimientos que tenían ocultos y los temores y la violencia a las que se habían enfrentado durante toda su vida.

Los hombres aunque en menor cantidad también tuvieron bastante protagonismo en consulta externa, aunque se atendieron solamente 12 casos fueron bastante interesantes, y al final se notó que expresaban mejor sus emociones que las mujeres ya que eran más directos y no tenían tanto temor a ser juzgados. La problemática general del hombre, mostrada en las sesiones, era la depresión, inseguridad, infidelidad y alcoholismo. Ellos indicaban, a cualquier edad, que se sentían frustrados ante los problemas que tenían en sus familias, ya que se sentían incapaces de darles solución. Por el mismo machismo que existe en el área, se nota que ellos necesitan un lugar privado y alejado de su comunidad para expresar sus emociones, porque muchos de ellos mencionaron que si eran vistos llorar eran rebajados en su papel de "hombres" "jefes" de familia.

Se nota que el hombre también tiene necesidades emocionales, aunque no quieran demostrarlo. También en su momento lloran, se deprimen y necesitan una mano amiga que les aconseje y devuelva un poco el equilibrio emocional. Fue una buena experiencia ver hombres que podían expresar su sensibilidad, lamentarse, pedir consejos para acercarse más a sus hijos y a sus parejas, en fin, poco a poco los hombres también se están abriendo a una nuevas opciones que les brindan la ayuda que tanto necesitan para lograr su equilibrio emocional.

Al trabajar con este tipo de población se pudo observar que todo el conocimiento teórico que se había recibido por parte de la universidad era una fuente de ideas y pensamientos que ayudarían a llevar de la mano a estas personas a tener una mejor estabilidad emocional aunque claramente no con todos funcionaba de la misma manera ya que algunos eran muy aprensivos en sus puntos de vista en las diferentes esferas de su vida (educación, trabajo, religión, sexualidad, equidad de género) y se debía profundizar un poco mas ya que solamente la teoría no podría resolver el conflicto.

Al iniciar el trabajo en el Área de Maternidad y Ginecología luego de poder conversar con médicos y enfermeras se sondeo que existían una gran cantidad de problemas pero uno de los principales era el abuso sexual, pero al momento de trabajar directamente en el área pude observar que otro tema que estaba dejado de lado y que tenía una gran afluencia de población era el óbito fetal y por este motivo se decidió cambiar el tema de investigación. Ya que fue impactante estas mujeres no estuvieran recibiendo el apoyo necesario antes y después del procedimiento tan doloroso que sufrirían y las consecuencias a las que estas se enfrentarían al regresar a su ambiente social.

En la consulta interna se atendió un total de 90 pacientes solo en el área de maternidad. Es notable que la mayor cantidad de estas pacientes estuvieran en los grupos de edades de 13 a 40 años, ya que estas edades se consideran las más saludables del ser humano, porque es el inicio de la adolescencia y la finalización de la adultez temprana, son etapas en el cuerpo humano en las que todas sus funciones se van adaptando y estipulando para el funcionamiento homeostático general, pero aquí es cuando las jóvenes están en mayor riesgo por los embarazos tempranos o

tardíos. Se mencionaba con anterioridad que tanto la adolescencia temprana como la adultez tardía son los estadios más peligrosos en la mujer para lograr un embarazo porque sus cuerpos en el primer estadío no están formados lo suficiente y en el segundo estadio no es etapa de crecimiento pero si degenerativo. Se aconseja entonces a la mujer en la adolescencia esperar para tener hijos y en las mujeres adultas establecer control de natalidad o pensar en una operación o método anticonceptivo definitivo, para mejorar su calidad de vida.

Al trabajar con estas mujeres se obtuvieron muchos beneficios ya que el impacto que causo en la mayoría de ella la terapia hizo que realizaran un cambio importante en su vida, muchas de ellas se sentían culpables por la pérdida de su bebe ya que debido a sus costumbres o a la forma que habían sido criadas todo apuntaba a que había algo malo en ellas o que se merecían lo que les había sucedido, algunos de los cambios que pudieron observarse al trabajar con ellas fue que aceptaron la situación a la que se habían visto enfrentadas aceptando que lo que había sucedido había sido parte mucha veces de un problema médico que estaba fuera de su alcance o de la misma falta de información a la que muchas se enfrentaban por no tener la educación adecuada. Tanto la familia como los esposos que la mayor parte de tiempo eran los que infundían esta culpa empezaron a comprender que debían ser un apoyo para estas mujeres que estaban atravesando un proceso de duelo, si no se atendía correctamente traería consecuencias muy graves que quebrantarían la estabilidad emocional de estas mujeres. El hospital también le dio mucha importancia a este trabajo ya que el personal médico comprendió que debían mejorar los métodos que utilizaba para explicar el procedimiento al cual estas mujeres se enfrentarían, muchas veces solo lo tomaban como una intervención mas y no les importaba el efecto emocional que causarían en estas pacientes,

pero con el tiempo esto fue cambiando ya que se tomaban el tiempo de referir a las pacientes al departamento ya que sabían que el apoyo emocional también debía ser un aspecto importante para la evaluación de estas pacientes.

Acciones de Investigación

A continuación se transcriben algunos casos de los más importantes que se encontraron, los cuales probablemente indiquen en general la emocionalidad del momento de esas personas. No se colocan en ningún orden.

Testimonio 1

A.F.M.C 15años Óbito Fetal

"me siento triste y decepcionada porque yo si quería al bebe, es mi primer embarazo y yo si lo quería. No sé que me van a decir en mi casa. Deplano tengo algo muy malo y por eso me paso esto. Solo empecé con un dolor muy fuerte en mi estomago y vómitos y me vine para acá, sin saber que me iba aquedar internada. No sé que voy a hacer."

La paciente tenía 8 meses de gestación al hablar con los médicos la paciente presentaba un fuerte infección. Se mostraba un tanto evasiva cuando se le pregunto la razón por la que decidió unirse a tan corta edad, respuesta que no dio. Se le nota dudosa, con una actitud que demuestra que oculta algo, que le da temor o desconfianza decir. Todo el tiempo estuvo con la vista baja, ni me vio a la cara en ningún momento durante la entrevista. No se siente con deseos de tener más hijos por el momento. En general se siente triste por lo que ocurrió. Manifestó sentirse culpable ya

que cuando a las mujeres les pasa algo así es porque tienen o han hecho algo malo.

Testimonio 2

M.A.P.F 30 Óbito Fetal

"Me siento triste, no esperaba que me pasara esto, este hubiera sido mi segundo bebe. Me costó mucho embarazarme, casi 8 años. Ya teníamos todo para el bebe su cuarto su ropita y mi nena mayor estaba muy emocionada. Me siento muy mal, siento que yo hice algo mal".

La paciente tenía ocho meses de embarazo al hablar con los médicos el bebe se asfixio ya que hubo un problema con el cordón umbilical. Se notaba bastante afectada por la experiencia, lloraba constantemente aunque se notaba que había un gran esfuerzo por contener el llanto, evadía la mirada y cuando lloraba se secaba inmediatamente las lágrimas con la bata del hospital en un intento por ocultar lo que sentía. En general su estado de ánimo era depresivo, manifestó sentirse culpable y muy triste al ver a las demás mujeres con sus bebes.

Testimonio 3

M.C.C.Z. 25 años Óbito Fetal

"yo me cuide, no entiendo porque paso esto, me siento triste, ya había pensado en el nombre y ya habíamos comprado cosas para él, ya lo había imaginado así gordito, cachetoncito como mi esposo y ahora ya no se va a poder, no sé porque pasan estas cosas…"

Esta paciente tenía 7 meses de gestación y el diagnostico de los médicos fue que el bebe tenía un defecto de nacimiento. Se encontraba profundamente dolida y desconcertada por lo ocurrido, no se siente culpable. Cuando se le entrevisto aun no se le había practicado el trabajo de parto y se encontraba en espera de la intervención. Por el llanto y la consternación no da gran cantidad de datos al respecto, se le nota introyectiva y renuente a hablar de la experiencia.

Testimonio 4

K.M.T.M 36 años Óbito Fetal

"Hoy en la madrugada comencé a sentir dolor y después fui al baño a orinar y me ardió, después vi y había sangre en el baño, de un momento a otro empecé a sentir como contracciones y me asuste mucho porque todavía no era tiempo para que mi bebe naciera le hable a mi esposo y me trajo al hospital, lo más doloroso fue dar a luz y ver que mi bebe estaba muerto, yo sé que no fue mi culpa pero es un pensamiento q no me deja tranquila"

La paciente tenía 7 meses de gestación al hablar con los médicos todavía no tenían un diagnostico de lo que había pasado con el bebe. La paciente lloraba desconsoladamente y no entendía que era lo que había pasado. No se sentía culpable ya que ella había seguido todas las indicaciones del médico. Contaba con el apoyo de toda su familia y dijo que en algún momento le gustaría tener otro bebe pero sabía que debía esperar al menos un año.

Aunque estas no son todas las experiencias que pudieron haberse anotado y mucho menos son las más importantes, en si fueron las que más marcaban las emociones de las pacientes en relación a su proceso de óbito. Se pudo notar que sus emociones pasaban desde la confusión y la tristeza a la resignación y al pensar, en un proceso místico, que todo fue decisión de Dios, y que solo él sabe porque hace las cosas. Esa frase fue común en todas las mujeres a las que se entrevistó. Indicaban en esas ideas la gran espiritualidad y religiosidad general que poseían en general las mujeres en el departamento, y porque no decirlo la población en general al momento de enfrentarse a situaciones a las que no pueden darles explicación para encontrar no tanto soluciones sino consuelo al shock emocional que están viviendo.

Lastimosamente el EPS dura muy poco tiempo. Son pocos meses en los que se intenta hacer tal vez no un cambio, sino un acercamiento en la población, que cuando se logra y se puede decir que está siendo llevado a cabo de forma exitosa, lastimosamente tenemos que dejarlo sin finalizar. Aunque también se debe tomar en cuenta que el hecho de que el ejercicio en la mayoría de ocasiones sea "ad honorem" y eso desaliente a muchos. El contacto directo con las personas y su emocionalidad, se considera es lo más difícil, porque se necesita mucho para entrar en el mundo de algunas personas que aún con desconfianza colocan en nuestras manos una parte importante de su problemática. Es poco el tiempo con que se cuenta para establecer una relación psicoterapéutica con una persona, además se nota que cuando algún paciente es constante y están comprometidos con su mejoría, y al momento de hacer el cambio de Psicóloga se pierde el interés y a veces ya no regresan.

De acuerdo con la información que se recabó gracias a los diversos recursos con que se contaba, se encontró que los principales factores por lo que una mujer sufre un óbito fetal son defectos de nacimiento, problemas de placenta, retraso de crecimiento, infecciones, hipertensión y problemas con el cordón umbilical. Las mujeres mientras más jóvenes o mayores sean tienen más riesgo de sufrir un aborto, ya que sus cuerpos no están en la mejor disposición física para mantener un embarazo. Cuando una joven adolescente que está iniciando su vida sexual y sexo-genital resulta embarazada se ven mezclados una serie de factores tanto físicos como emocionales que la hacen incapaz de ser madre. La joven aún está en desarrollo físico, su cuerpo aún debe moldearse para diversas acciones referentes a la pubertad, y cuando se ve transportada hacia la maternidad esto puedo crear un choque. En el sentido emocional, la joven aún es demasiado inmadura para tratar con la responsabilidad que un hogar y una familia requieren, esta situación se hace demasiado para sobrellevar para ella. Muchos problemas sociales que vemos en la actualidad, considero que acabarían si se diera la educación y el apoyo necesarios para evitar este tipo de embarazos y las repercusiones que tiene. La mujer mayor aunque ya tiene la madurez y experiencia necesaria para este rol, en la mayoría de mujeres que entreviste que superaban los 35 años, se notaba el desgaste físico y emocional por la vida que han llevado, ya que han trabajado en el campo y en sus hogares desde muy jóvenes, en su mayoría han tenido más de 4 hijos y no han recibido la educación o el apoyo necesarios para llevar una vida equilibrada y plena. En sí, se nota entonces que el peor momento de la mujer para ser madres es la adolescencia temprana y la adultez tardía.

El factor común que se encontró en todas las mujeres que se entrevistó, de todas las edades, fue que desconocían el procedimiento al sufrir un

óbito fetal y además no tenían información sobre anticoncepción. Mencionan algunas utilizar los métodos más comunes, las pastillas combinadas y la inyección, pero en algunas ocasiones mencionaban dejar de utilizarlas por sus efectos secundarios o por olvido. Es por esto que es común observar familias bastante numerosas con padres jóvenes, en una ocasión entreviste a una mujer de 36 años que tenía 9 hijos. Entre la población de esa área esto no parece ser extraño, más bien es común, pero para alguien externo al medio habitual de Sacatepéquez, acostumbrado a otro concepto de familia y estabilidad económica, parecía bastante extremo. Aunque ha de reconocerse, que al colocarse en su contexto y en su cultura, es comprensible que ellos consideren a las familias numerosas como bendiciones, ya que de acuerdo a su propia situación religiosa, los hijos son bendiciones de Dios, y para ellos mientras más hijos tienen, se consideran más bendecidos, además de aún considerar que el papel primordial en la vida de una mujer es ser madre.

Se considera que debe dársele más importancia a la información de la anticoncepción. Entre los hallazgos se encontró con que las pastillas orales combinadas y el condón son el método más utilizado dentro de la población, pero existen muchos métodos más que no son tomados en cuenta y por lo consiguiente la población carece de información de los mismos. En la idea general de los pobladores esta que los métodos anticonceptivos son asesinos de niños, que la mujer que se opera para ya no tener familia o que espacia sus embarazos es una mala mujer, porque se deben traer al mundo los hijos que Dios quiera mandar, y esto no ayuda en nada a la calidad de salud en las mujeres. Se notan mujeres cansadas y con problemas generales de salud por la multiplicidad de embarazos que sufre, cada embarazo en la mujer es desgastante, y

mientras más embarazos y abortos tenga, más baja la calidad de vida de la misma.

Las clínicas de planificación familiar tienen como función principal dar educación a la población sobre control y espaciamientos de embarazo, pero en muchas ocasiones por no tener una clínica especifica, horario de trabajo y personal a cargo no se da abasto para atender las necesidades de la población. En los centros de salud se realizan campañas en esta misma temática además de que se da servicio de información sobre anticonceptivos y programas de planificación familiar, pero aun así, todo esto es insuficiente para controlar el creciente número de población tanto en el área rural como en el área urbana.

En general los esfuerzos que se dan para tratar de minimizar la problemática de los abortos espontáneos, legrados y óbitos fetales en las adolescentes, son pequeños y no cubren en si con toda la necesidad. Las adolescentes carecen en muchos casos de información útil que puede en ciertos casos salvarles la vida tanto a ellas como a sus hijos. La solución a esta problemática está lejos de ser cumplida, ya que aún no existen suficientes programas que provean a la población de la calidad de vida integral que necesitan para un correcto desarrollo de todas sus áreas, pero es satisfactoria saber que aunque sea en menor medida, se ayudo en cierta parte a iniciar el largo camino hacia la mejoría física y emocional de las personas.

Acciones de Formación

Aunque no se corrigió por completo el problema de la falta de educación e información en la población, se pudo colaborar en cierta medida al trabajo del Médico y la Enfermera. Aunque es de ellos la responsabilidad de dar la

información pertinente a las intervenciones quirúrgicas y al cuidado post intervención que se debería tener, no lo hacen. Pueda ser que por falta de tiempo, porque no lo consideran necesario o por cualquier otra circunstancia dejan esa parte de la vida del paciente en blanco, por lo que en algunas ocasiones las mujeres regresan al hospital por problemas posteriores al legrado, por malos cuidados o porque resultan embarazadas casi automáticamente después del aborto y regresan por otro aborto.

Los médicos recomiendan que luego después de un aborto la mujer debe esperar como mínimo un año o más para volver a intentar tener un hijo, ya que este tiempo es el que la matriz y el útero necesitan para recobrar su fortaleza física y orgánica y poder alojar dentro de sus paredes un embrión por nueve meses. Hay que tener en cuenta que la aspiración mecánica endo uterina (AMEU) es una intervención de carácter invasivo en la cual posterior a la misma la persona queda con dolores y malestares físicos, además del malestar emocional generalizado ya que en algunas ocasiones la persona esta solamente con anestesia local. Este recuerdo es bastante amargo para la mayoría de personas que comentan que en sus pesadillas podían observar como los restos de sus hijos iban saliendo de sus cuerpos, lo que consiste un gran peso emocional para ellas.

Como profesionales de la psicología se llega a realizar un papel primordial y bastante importante en las vidas de estas personas. Después de la intervención eran regresadas a sus habitaciones, en donde se encontraban en un mismo cuarto con las mujeres que habían dado a luz satisfactoriamente, las cuales cargaban a sus hijos en brazos, cuestión que venía a agregarles más dolor, y ante eso la función del profesional era proveerles de la mínima atención emocional y consejo necesario para lograr que al menos de forma momentánea se sintieran esperanzadas y

con ganas de vivir. Prácticamente se secaron lagrimas, se dieron explicaciones a situaciones nuevas, se dieron respuestas que los médicos ni las enfermeras habían dado, en fin, se ofreció un poco de consuelo al estado de ánimo de las pacientes, ante lo que se recibe como premio o respuesta las historias de estas personas dando detalles de su vida cotidiana bastante íntimos y, ellas sin saberlo, con esto me ayudaban a recolectar información para mi investigación.

Como se mencionó antes no se encontró mucha diferencia en cuanto al trabajo y al funcionamiento de las áreas con respecto al hospital donde se habían hecho las prácticas. Lo que se encontró positivo fue además del tamaño y la diversidad de áreas del hospital, fue hasta cierto punto, el apoyo que se le da al departamento de salud mental. Contábamos con espacio, al menos suficiente y propio, para ejercer, además que éramos convocados a asistir a las actividades educativas y recreativas del hospital, contábamos con recursos materiales, además de la confianza depositada por el personal del hospital para referirnos pacientes que debíamos atender en las distintas áreas de encamamiento, así como de consulta externa. En el hospital donde se hicieron las prácticas anteriores el apoyo era casi nulo, y teníamos que ver como sacábamos adelante el trabajo con los recursos que nos daban, en cambio aquí, teníamos un poco más libertad de ejercicio, ya que los recursos se nos daban en mayor cantidad, con lo que, nuestro servicio era más certero y exitoso.

Parte de las conclusiones a las que se llegó con respecto a la docencia fue que los matrimonios a temprana edad, también influían al aumento en los abortos. En la población era común observar que niñas de 13 o 14 años decidían iniciar su vida matrimonial. No eran matrimonios pactados entre familias ni mucho menos obligados, ellas debido a la situación que vivían

en su casa, por lo general de violencia intrafamiliar, decidían huir con sus parejas para evitar continuar con los maltratos que recibían en sus hogares, pero en la mayoría se notaba la frustración al encontrarse en un ambiente similar al que habían salido. Indicaban que en sus hogares paternos eran maltratadas, reprimidas y desvalorizadas, y que en sus hogares de convivencia con sus parejas, se encontraban ante un escenario de servilismo y esclavitud, ya que debían atender a la familia de sus parejas y soportar sus malos tratos, situación que no ayudaba a su desarrollo emocional.

Al ponernos en los zapatos de estas jovencitas es decir verse a uno mismo como una adolescente de 14 años que vive en una familia con constantes abusos tanto físicos como emocionales, la cual conoce a una persona, tiene un noviazgo y llega a tal punto su desesperación que decide escapar ante la primera opción que se le presenta, pero que buscando un poco de tranquilidad y afecto, se encuentra que en el hogar de su pareja va a enfrentarse a lo mismo proveniente de diferentes personas, resulta embarazada y debido a su mal estado físico y mala alimentación, además de inmadurez emocional, tiene un aborto. Se considera que las repercusiones emocionales de una experiencia así, son las que llenan la vida de estas jóvenes de amargura, la cual es transmitida a sus hijos y familiares en general, y esto desemboca en que los hijos de esta pareja, puedan en su adolescencia padecer de lo mismo. Y así continua un círculo vicioso que no pareciera tener posibilidad de finalizar.

Toda esta situación, aunque por momentos parecía imposible de creer, es lo que ocurre en miles de hogares no solo del departamento, sino de todo el país. Las charlas que se dieron, en el parecer de muchos, podrían tratarse de temas que son generales y de conocimiento obvio entre la

población adolescente del país, pero era notorio que mucha de la información que se les dio, era desconocida para ellas y sus familias. Ya que se trata siempre de abarcar los problemas sociales solamente atacando un punto de ellos, se consideran más importantes temas como la violencia y la economía sin saber realmente de donde provienen. Se llega a considerar que una estrategia integral que agregue al sistema de familia y a la adolescencia en uno solo y se le eduque para optar por otras cosas antes de formar familias disfuncionales, vendría a atacar el problema general del país de raíz, ya que al erradicar la problemática desde su base, todos los demás problemas irían en disminución. El problema es que no hay recursos y mucho menos personal que esté dispuesto a hacerlo.

Muchas pueden ser las causas por las que ocurren los abortos, y considero que ahí hay una fuente de investigación que podría dar muchos indicadores. La experiencia con esto fue bastante cercana, porque además de ser una investigación designada para informe final, fue un acercamiento al mundo que le toca vivir a las mujeres en general. Todas piensan en el embarazo como el momento en que la mujer se encuentra directamente ligada a su hijo, pero nadie toma en cuenta las demás características que tiene el embarazo.

Debería dársele más promoción al EPS, porque de esta manera los estudiantes pueden realmente saber si su vocación se encuentra en cualquiera de los ejes establecidos para el mismo. En este tipo de oportunidades es cuando, por decirlo así, las personas se dan cuenta de sus aptitudes y capacidades, y hacia donde se encuentra su determinación en Psicología. Esta experiencia ayuda a crecer tanto de forma profesional como personal y a valorar el trabajo profesional que realizamos. Yo me siento muy satisfecha de haber tomado la decisión de realizar el EPS ya

que esto me confirmo que en ningún momento me equivoque la tomar la decisión de convertirme en Psicóloga.

En apariencia el tiempo que se trabaja "ad honorem", la investigación y la docencia puedan ser situaciones que desalienten a muchos estudiantes mejor deciden realizar una tesis, además hay que contar también con que el ejercicio no es un trabajo remunerado, por lo que en su mayoría, los estudiantes deciden realizar algo que al final de cuentas les puede dejar tiempo para trabajar por su cuenta, pero yo considero que si la Coordinación de EPS lograra encontrar más lugares en donde se pueda apoyar monetaria o materialmente al epesista, crecería la cantidad de personas que brinden este tipo de servicio, tan necesario en la salud pública actual. No se refiere con esto que deba ofrecerse dinero por el servicio del estudiante para que realice un trabajo que debería adjudicársele a otros, me refiero a que muchas personas deciden no someterse a este tipo de experiencias por falta de recursos, se debe decir que en lo personal por tener un poco de más facilidad para el ejercicio fue que se tomó la decisión de hacerlo, pero existen miles de personas más que deben agenciarse sueldos en puestos que tal vez no tienen nada que ver con la carrera para poder estudiar, y para que terminen sus carreras haciendo algo que no va a darles una experiencia cercana al trabajo real del psicólogo por no contar con los medios necesarios, es tal vez una pérdida de tiempo en una opinión muy personal.

No se sabe ni se comprende la realidad guatemalteca hasta que se está inmerso en ella. Ese fue tal vez el pensamiento predominante durante todo el ejercicio, ya que por decirlo de cierta manera, los ojos se abrieron a una realidad totalmente diferente a la que había vivido hasta ahora, ya que se puede comprender casi en su totalidad a un rubro de la población

guatemalteca que estaba lejos de cierto estatus habitual, se tuvo la opción de ver a esas personas como una parte de la investigación, como números de casos y experiencias ajenas a la propia vida habitual, pero se tomo la decisión de hacer más que solo el saber sus historias ya que esto no era suficiente para agregarlo al conocimiento general, y fue en ese camino de inmersión en el que se encuentran muchos indicadores que ahora se ven plasmados en este informe. Ha de decirse, no se sabe a ciencia cierta lo que sufre una persona hasta que no se está a la par observando, e incluso como alguien me dijo una vez, no se sabe lo que es ser un paciente del área pública hasta que no se es uno.

En general, me hizo fue muy feliz y fue bastante complaciente la participación en este ejercicio. Lo que se tuvo oportunidad de hacer, de observar, de investigar y de formar parte creo que no lo podría haber hecho en ningún otro lugar ni con cualquier otra forma de graduación, y debido a que la participación fue bastante activa en comparación con la práctica de años anteriores, fue lo que necesitaba para terminar la formación universitaria de manera exitosa. Lo que se puede aconsejar y con lo que se finaliza esta descripción, es que cuantos puedan someterse a esta experiencia, que lo hagan ya que lo que podrán encontrar en los cuartos y pasillos de un centro de ejercicio profesional supervisado, les dará la pauta para encontrar o bien reforzar la vocación que escogieron al decidir estudiar psicología.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- En nuestro país en la actualidad, además de toda la problemática psicosocial, atravesamos una mala estrategia por parte de los altos mandos de la nación en lo que a salud pública se refiere, ya que se designan grandes cantidades de recursos que a pesar de ser importantes, no son de vital interés para la población, con lo que se ve a diario en los hospitales y centros de salud pública los cuales trabajan al tope de sus recursos con personal agotado físicamente, mal motivado y algunas veces mal preparado, y con esto lo único que se obtiene es que la salud de la población en general valla decayendo cada día.

- Con el ejercicio profesional supervisado se aporta bastante esfuerzo en reducir las situaciones a las que se ve enfrentada la población en lo que a salud mental se refiere, por lo que debería darse más importancia a este proceso como requisito de graduación ya que, gracias al mismo, se devuelve a la población no de forma económica sino más bien de forma humana y se va obteniendo el interés tan necesario que debe tener la salud mental en la salud pública nacional.

- Muchas veces, el estudiante y futuro profesional de la Psicología puede caer en un declive educativo, ya que debido a sus propios intereses decide interesarse solamente en un área específica de práctica, con lo que su labor se vuelve limitado y no llega a todas las

poblaciones que debería, el estudiante debe tener una mente flexible y libre de prejuicios a todas las áreas de la Psicología, ya que no se logra avanzar mucho y mucho menos ayudar a la reducción de los problemas solamente desde un punto de vista o una área específica. Debe más bien utilizar todas las armas que le sirvan para aplacar cualquier situación en la que pueda verse en lo que a práctica se refiere.

- El ministerio de salud debería tener como prioridad la salud en los lugares más lejanos de la población, porque es en estos lugares donde se encuentran las personas más necesitadas de recursos médicos y atención con respecto a sus enfermedades, por lo que es común que la tasa de mortalidad en general sea mayor en los lugares más alejados a la ciudad capital.

- La labor de los profesionales que trabajan en el sector de salud pública es envidiable en lo que a vocación se refiere, ya que estos mismos se dirigen diariamente a sus trabajos, en los cuales además de que la mayoría no recibe un sueldo apropiado se enfrentan a los riesgos epidemiológicos y en mucha ocasiones a la mala actitud de la población o de los mismos profesionales con los que laboran, haciendo de su labor una ocupación que no tiene el primer lugar en lo que a elección de profesión se refiere.

- No existen insumos necesarios en algunas instituciones públicas de salud, se ven noticias en donde en ciertas instituciones se desechan medicinas y accesorios médicos que podrían haberse utilizado de mejor forma si se tuviera un control adecuado y una buena administración, lo cual hace que el trabajo de los médicos y

enfermeras tenga que hacerse muchas veces en condiciones deplorables.

- No es suficiente con proveer información, con respecto al embarazo, legrados, abortos y óbito fetal a las mujeres que se encuentran internadas en el hospital, es necesario que reciban la educación adecuada no solamente ellas, sino también sus familias sobre salud integral, en cuestiones de alimentación y cuidados hacia el cuerpo y no dejando de lado el apoyo emocional que el primordial durante este proceso, que en muchas ocasiones pueden evitar que exista riesgo de aborto o malformaciones durante el embarazo y asegurar de esta forma la salud tanto de la madre como del bebe, y también de esta manera evitar cualquier problema físico o emocional después del embarazo o perdida.

- Es necesario implementar más programas de atención a población en riesgo, los adolescentes son una población que actualmente se encuentra bombardeada de estímulos negativos que en vez de mejorar su calidad de vida, ayudan a empeorar su situación en general. La pobreza y la falta de educación es una parte del ser humano que no motiva en ningún aspecto a la persona a ser mejor, los adolescentes desde su infancia viven en ambientes hostiles, y con eso solo continúan con el círculo vicioso formando familias que viven en el mismo contexto.

- El psicólogo tiene una parte crucial y fundamental en la mejoría psicosocial de la población en general del país, y aunque la profesión aún no tiene la suficiente credibilidad e importancia, las personas han ido cambiando la idea que tienen de un psicólogo y por este

motivo debe lograr hacerse un espacio dentro de la salud pública, con lo que lograría tener mayor participación en la mejoría general de la población que asiste a las instituciones públicas del país, y con esto ayudaría a minimizar en general las enfermedades que son comunes ya dentro del ámbito de salud.

- El psicólogo debe estar en constante capacitación no solamente en su área de profesión, sino también en cualquier ámbito que sea necesario para asegurar el éxito en su trabajo, no nos sirve solamente ser profesionales en teorías y estrategias psicológicas de atención, debemos también saber un poco de medicina, de ciencias políticas, en fin integrar a nuestro conocimiento la multiplicidad de áreas generales en las que la población puede necesitar apoyo, debemos ser multidisciplinarios en la realización de nuestro trabajo para asegurar así una labor profesional de excelencia.

RECOMENDACIONES

- Debe dársele más importancia al sector público de salud, ya que solamente una pequeña parte de la población puede costearse médicos y sanatorios privados, además del alto costo de los medicamentos y las intervenciones quirúrgicas, los recursos no deberían ser solamente para los que puedan pagarlos, porque las personas en su estado de derecho están en toda la capacidad de recibir también para sí mismos, los insumos necesarios para lograr una calidad de vida optima.

- Las universidades en general que cuentan entre sus currículos de estudio carreras de índole social, deberían establecer más vías de servicio a nivel público para cubrir en una pequeña parte las necesidades de la población en general, esto serviría no solo para ejercicio y practica de sus profesionales sino también para apoyar a la población de escasos recursos.

- Invito a todos los estudiantes a que se tomen el tiempo de investigar a cerca del Ejercicio Profesional Supervisado ya que es una experiencia única en la que crecemos tanto de forma profesional como personal. Esto nos ayuda a implementar todo el conocimiento que hemos adquirido durante este tiempo y nos ayuda a desenvolvernos mucho mejor en diferentes áreas de a trabajo y poder conocer profesional que nos ayudaran a adquirir la experiencia que necesitamos al iniciar nuestro trabajo como profesionales. Por este motivo también incentivo a la universidad a dar más facilidades y oportunidades para que los estudiantes tomen el EPS como el principal requisito de graduación.

- La universidad debe tomar en cuenta un poco más los puestos de salud más lejanos ya que deben ser prioritarios para el ejercicio profesional supervisado ya que son las áreas más olvidadas para la salud pública, y en donde incluso la salud en general siempre se ve en serias dificultades por falta de servicios adecuados para la población.

- Debería establecerse además de ganar ciertos exámenes reglamentarios para ejercer cierta carrera, una búsqueda vocacional consciente en la población que desea estudiar y especializarse en un área estrictamente humanitaria, ya que muchas veces se estudian ciertas profesiones solamente por el nivel profesional que esta te da, y no tanto porque la vocación de servir a la población más afectada.

- Deben realizarse más programas en los cuales las mujeres afectadas por un aborto, legrado u óbito fetal puedan resolver sus conflictos y dudas tanto a nivel físico o emocional a través de vías de diálogo con profesionales en estas áreas en específico u otras mujeres que han atravesado esta situación. Ya que la mayoría no recibe la información adecuada con respecto al procedimiento quirúrgico que se les realizara o por ignorancia no comprenden y luego de esto manejan muchos sentimientos de culpa ya que la mayoría piensa que esto se debió a un problema que ellas han "formado" o que se "merecen" por algo malo que hicieron en su vida.

- Por ser la adolescencia la población en mayor riesgo, deben realizarse más programas que implementen toda la información que no siempre reciben de forma correcta en las instituciones educativas

o en sus ambientes familiares, además de entrenar de una forma más efectiva al magisterio y a los facilitadores en general de estos temas para asegurar la correcta información y aplicación de estos conocimientos.

- Como profesionales de la Psicología deberíamos disputar más y mayor espacio dentro del área de salud, ya que nuestro papel exige comunicación y contacto directo con la persona afectada, con lo que con mejores herramientas para trabajar y mejor información se podría tomar el tema de la reproducción desde todas sus áreas y si no erradicar, al menos evitar que esta problemática continúe haciéndose mayor con el paso del tiempo.

- Con la graduación universitaria no termina la formación, por lo tanto debemos estar conscientes de que nuestros estudios no deben acabarse al momento de egresar, por el contrario es cuando más debemos estar conscientes de nuestro rol y prepararnos, ya con todo el conocimiento y la experiencia que se obtiene durante la vida universitaria puede darnos una idea de cuáles son las áreas que más necesitan de la Psicología.

BIBLIOGRAFIA

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). EVAUATION OF STILLBIRTHS AND NEONATAL DEATHS. ACOG Committee Opinion. (2009).

- Contreras Budge, Eduardo PLANIFICAR ES ALGO PARA TENERLE MIEDO?

- Corporación AVRE 2002 MAP1 TALLER PARA MULTIPLICADORES(AS) EN ACCIONES PSICOSOCIALES UNO Bogotá, Colombia.

- Grajeda R et al., 1995 *Estudio Multicentro Sobre El Aborto,* unpublished document, Ciudad de Guatemala, Guatemala: Organización Mundial de la Salud.

- Guatemala Código Penal, *Decreto No. 17–73, Artículos 133 y 137, 1973 (entró en vigencia en 1974),*

- Guttmacher Institute EMBARAZO NO PLANEADO Y ABORTO INSEGURO EN GUATEMALA causas y consecuencias,

- INFORME DE GUATEMALA SOBRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR PARA LA AUDIENCIA DE LA CIDH (julio 2006)

- Morbilidad por aborto en Guatemala: Una visión de la comunidad Resumen Ejecutivo.

- MSPAS et al., *Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000,* Ciudad de Guatemala, Guatemala, 2004, p.30.

- ODHAG Capítulo III DIFERENTES MOMENTOS DEL PROCESO DE INVESTIGACION CUALITATIVA Y SUS EXIGENCIAS METODOLOGICAS

- www.thelancet.com/series/stillbirth

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
DEPARTAMENTO DE EPS

"ANSIEDAD ANTICIPATORIA Y ESTRÉS POSTRAUMATICO EN MUJERES DE 15 A 45 AÑOS DE EDAD QUE INGRESAN AL HOSPITAL PEDRO DE BETANCOURT POR OBITO FETAL"

- ENTREVISTA AL PACIENTE

-Nombre de la Paciente:_____

1. ¿Qué edad tiene?

_____

2. ¿Cuál es su lugar de procedencia?

_____

3. ¿Cuál es su estado civil?

_____

4. ¿Cómo es la relación con su pareja si es casada o unida?

_____
_____
_____
_____

5. ¿Cuántos meses de embarazo tenía antes de ingresar al hospital?

_____

6. ¿Cuántos embarazos anteriores ha tenido?

_____

7. ¿Ha presentado algún aborto anteriormente?

_____

8. ¿Este embarazo fue planificado?

_____

9. ¿Tuvo control prenatal durante su embarazo? ¿Con quién?

_____
_____
_____
_____

10. ¿Durante su embarazo hizo uso de algún medicamente u otra sustancia?

_____
_____
_____
_____

11. ¿Cómo fue su alimentación durante el embarazo?

_____
_____
_____
_____

12. ¿Cuáles fueron sus principales síntomas antes de ingresar al hospital?

_____
_____
_____
_____

13. ¿Cómo le dieron la noticia de la pérdida de su bebe?

_____
_____
_____
_____

14. ¿Cómo ha sido el apoyo de su familia durante este proceso?

15. ¿Qué ha sido lo más difícil luego de la pérdida de su bebe?

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
DEPARTAMENTO DE EPS

"ANSIEDAD ANTICIPATORIA Y ESTRÉS POSTRAUMATICO EN MUJERES DE 15 A 45 AÑOS DE EDAD QUE INGRESAN AL HOSPITAL PEDRO DE BETHANCOURT POR OBITO FETAL"

- ENTREVISTA A FAMILIARES

-Nombre:_____

1. ¿Qué tipo de relación tiene con la paciente?

_____

2. ¿Cómo es la dinámica familiar de su hogar?

_____
_____
_____
_____

3. ¿Cómo tomo la paciente la noticia de su embarazo?

_____
_____
_____
_____

4. ¿Cómo se observaba la paciente físicamente durante su embarazo?

_____
_____
_____
_____

5. ¿Cómo se observaba la paciente emocionalmente durante su embarazo?

_____
_____

6. ¿La paciente tuvo control prenatal durante su embarazo? ¿Con quién?

7. ¿Cuál fue el motivo por el cual la paciente ingreso al hospital?

8. ¿Cómo ha reaccionado la paciente con respecto a la pérdida de su bebe?

9. ¿Cómo ha reaccionado la familia con respecto a la pérdida de su bebe?

10. ¿De qué forma apoyara a la paciente?

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
DEPARTAMENTO DE EPS

"ANSIEDAD ANTICIPATORIA Y ESTRÉS POSTRAUMATICO EN MUJERES DE 15 A 45 AÑOS DE EDAD QUE INGRESAN AL HOSPITAL PEDRO DE BETHANCOURT POR OBITO FETAL"

- ENTREVISTA A PROFESIONALES

-Nombre: _____

1. ¿Cuáles son las principales causas del óbito fetal?

_____
_____
_____
_____

2. ¿Cuáles son los principales síntomas del óbito fetal?

_____
_____
_____
_____

3. ¿Aproximadamente cuantos óbitos se presentan mensualmente en el hospital?

_____

4. ¿Qué rango de edad en las mujeres es más propenso a sufrir óbito fetal?

_____

5. ¿En qué tipo de embarazo es más propenso el óbito fetal?

_____

6. ¿En qué semana es más propensa una mujer a padecer un óbito fetal? ¿Por qué?

7. ¿Cómo se le informa a la madre acerca de la pérdida de su bebe?

8. ¿Cuáles son los principales efectos emocionales que pueden observarse en las mujeres que sufren un óbito fetal?

9. ¿Cuáles son las principales secuelas físicas que puede sufrir una mujer luego de un óbito fetal?

10. ¿Cuáles son las principales indicaciones que se le dan a una mujer que ha sufrido un óbito fetal?