

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

“APOYO INTEGRAL PSICOSOCIAL A LA POBLACION DE
CONSULTA INTERNA Y EXTERNA DEL HOSPITAL SAN
PEDRO DE BETANCOURT UBICADO EN SAN FELIPE DE
JESUS, MUNICIPIO DE ANTIGUA GUATEMALA”

KARIN MARIELA SIAN GAMBOA

Guatemala, Abril de 2012

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**“APOYO INTEGRAL PSICOSOCIAL A LA POBLACIÓN DE
CONSULTA INTERNA Y EXTERNA DEL HOSPITAL SAN PEDRO
DE BETANCOURT UBICADO EN SAN FELIPE DE JESUS,
MUNICIPIO DE ANTIGUA GUATEMALA”**

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

POR:

KARIN MARIELA SIAN GAMBOA

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE:

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE:

LICENCIADA

GUATEMALA, ABRIL DE 2012

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA
DIRECTOR INTERINO

LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE
SECRETARIO INTERINO

JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



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.329-2011

DIR. 673- 2012

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

11 de abril de 2012

Estudiante

Karin Mariela Sian Gamboa

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el ACUERDO DE DIRECCIÓN SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS GUIÓN DOS MIL DOCE (666-2012), que literalmente dice:

"SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"APOYO INTEGRAL PSICOSOCIAL A LA POBLACIÓN DE CONSULTA INTERNA Y EXTERNA 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:

Karin Mariela Sian Gamboa

CARNÉ No. 200514324

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por el el Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera y revisado por el la Licenciada Kathya Ramírez Maddaleno. Con base en lo anterior, se **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,

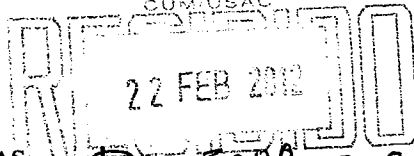
"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO





Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Reg. 329-2011
EPS. 42-2011

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

FECHA:

HORA:

Registro:

17 de febrero del 2012

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, supervisado y revisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado, -EPS- de Karin Mariela Sian Gamboa, carné No. 200514324, titulado:

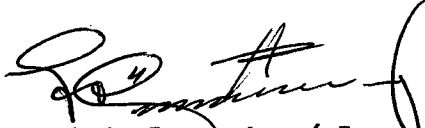
"APOYO INTEGRAL PSICOSOCIAL A LA POBLACIÓN DE CONSULTA INTERNA Y EXTERNA DEL HOSPITAL SAN PEDRO DE BETANCOURT UBICADO EN SAN FELIPE DE JESUS, MUNICIPIO DE ANTIGUA GUATEMALA."

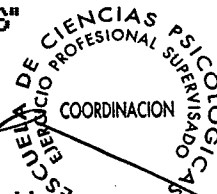
De la carrera de: Licenciatura en Psicología

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo de la Licenciada Kathya Ramírez Maddaleno, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"


Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera
COORDINADOR DE EPS



/Dg.

c.c. Control Académico



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 329-2011

EPS. 42-2011

17 de febrero del 2012

Licenciado

Oscar Josué Samayoa Herrera

Coordinador de EPS

Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Licenciado:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado, -EPS- de **Karin Mariela Sian Gamboa**, carné No. **200514324**, titulado:

"APOYO INTEGRAL PSICOSOCIAL A LA POBLACIÓN DE CONSULTA INTERNA Y EXTERNA DEL HOSPITAL SAN PEDRO DE BETANCOURT UBICADO EN SAN FELIPE DE JESUS, MUNICIPIO DE 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 ENSEÑAR A TODOS"


Licenciada Kathya Ramírez ~~Maddalena~~
Revisora
USAC

DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
REVISOR

/Dg.

c.c. Expediente



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. 329-2011

EPS. 42-2011

28 de octubre del 2011

**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 **Karin Mariela Sian Gamboa**, carné No. **200514324**, titulado:

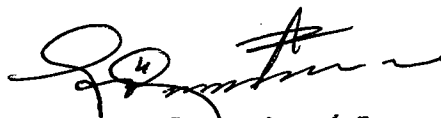
"APOYO INTEGRAL PSICOSOCIAL A LA POBLACIÓN DE CONSULTA INTERNA Y EXTERNA DEL HOSPITAL SAN PEDRO DE BETANCOURT UBICADO EN SAN FELIPE DE JESUS, MUNICIPIO DE ANTIGUA GUATEMALA."

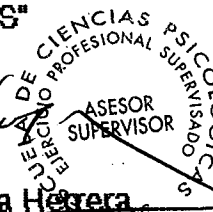
De la carrera de: **Licenciatura en Psicología**

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 ENSEÑAR A TODOS"


Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera
Asesor-Supervisor



/Dg.
c.c. Expediente



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. 329-2011

DIR. 1,165-2011

De Aprobación de Proyecto EPS

08 de julio de 2011

Estudiante

Karin Mariela Sian Gamboa

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el ACUERDO DE DIRECCIÓN MIL CIENTO CUARENTA Y UNO GUIÓN DOS MIL ONCE (1,141-2011), que literalmente dice:

"MIL CIENTO CUARENTA Y UNO: Se conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **"APOYO INTEGRAL PSICOSOCIAL A LA POBLACIÓN DE CONSULTA INTERNA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN PEDRO DE BETHANCOURT UBICADO EN SAN FELIPE DE JESÚS, MUNICIPIO DE ANTIGUA GUATEMALA"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

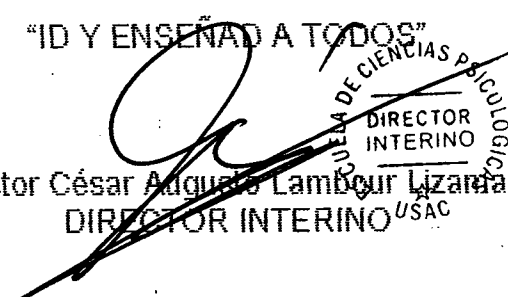
Karin Mariela Sian Gamboa

CARNÉ No. 2005-14324

Dicho proyecto se realizará en: Antigua Guatemala, 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 ENSEÑAR A TODOS"


Escuela de Ciencias Psicológicas
DIRECTOR INTERINO
Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO USAC

/Zusy G.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA.
ALDEA SAN FELIPE DE JESUS, ANTIGUA GUATEMALA
TELS.: 7831-1319 AL 25 • FAX: 7888-7024

13 DE ENERO 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 **KARIN MARIELA SIAN GAMBOA** Carné # 200514324, en el año 2010 realizó satisfactoriamente en este hospital su Ejercicio Profesional supervisado, ejecutando el proyecto denominado APOYO INTEGRAL PSICOSOCIAL A LA POBLACION DE CONSULTA INTERNA Y EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT UBICADO EN SAN FELIPE DE JESUS, ANTIGUA GUATEMALA.

Sin otro particular, me suscribo atentamente,


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



C.c. Archivo



PADRINOS

Ferdy Wilson Blanco Morales
Contador Público y Auditor
Colegiado No. 4502
Facultad de Ciencias Económicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Flor de María Gil Ardón
Abogada y Notaria
Colegiado No. 10215
Facultad de Derecho
Universidad de San Carlos de Guatemala

DEDICATORIA

A Dios:

Por darme la confianza y la oportunidad para desempeñar mi papel como estudiante y como futura profesional.

A mis padres Raúl y Verónica

Por darme la vida y procurarme siempre los recursos y consejos necesarios para formarme como un mejor ser humano.

A mi hermana Yasmin Adalí y a mi prima Dinely

Por ser mis compañeras de juegos y travesuras, mis consejeras y mis paños de lagrimas. Gracias a ustedes lo conseguí!

A mis abuelos y abuelas Julia y Alberto, Francis y Bladi, Victoria y Tomas

Porque con su esfuerzo y dedicación me dieron la oportunidad de tener unos padres como los que he tenido.

A Jackie Batres, Lotia Trujillo y Aida Pinell

Por regañarme, soportarme y ver en mí más de lo que los demás siempre vieron.

A Gad Leví Cordova

Por todo lo que hasta ahora me has dado y enseñado y por lo que aún no has pasado conmigo.

A Wilson Blanco

Por ser más que mi tío y por que con su ejemplo y dedicación me ha enseñado el verdadero valor de las cosas, siempre será irremplazable en mi vida.

A Flor de María Gil

Por darme el ejemplo de que la mujer puede lograr sus metas y mantener siempre una sonrisa en su rostro.

A mi familia y amigos en general

Por ser siempre una compañía y un estímulo para seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

Departamento de Psicología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Lic. Fernando Salvatierra, Lic. Mayra Morales y Lic. Merna Castellanos

Por darme el espacio para ejercer los conocimientos adquiridos y por permitirme, además de ello, enriquecer mi experiencia con su apoyo y enseñanzas incondicionales, dándome con ello el ejemplo a seguir durante el resto de mi profesión y ejercicio.

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.

Licenciado Oscar Josue Samayoa

Por ser una fuente inagotable de experiencias y conocimientos y por darme la oportunidad de conocerme y crecer más como persona y como profesional.

Lic. Ferdi Blanco y Lic. Flor de Maria Gil

Por ser más que mis padrinos, mis ejemplos a seguir y la motivación para continuar con mi labor.

INDICE

Resumen	1
Introducción	4
CAPITULO I: UBICACIÓN CONTEXTUAL	
Aspecto Histórico Antropológico	7
Aspecto Socio-Cultural	12
Aspecto Socio Económico	17
Aspecto Ideológico Político	22
Descripción de la Institución	26
Características de la Población	30
Planteamiento del Problema	34
CAPITULO II	
Marco Teórico Metodológico	39
Objetivos	58
Metodología de Abordamiento	59
CAPITULO III	
Descripción de la Experiencia	66
CAPITULO IV	
Análisis de la Experiencia	84
CAPITULO V	

Conclusiones	101
Recomendaciones	104
 BIBLIOGRAFIA	 106
 GLOSARIO	 107

RESUMEN:

Dentro de la población del área de maternidad y ginecología del hospital imperan los problemas de violencia intrafamiliar, violencia física, algo común también que es lamentable son los bebés muertos después del nacimiento, y una gran cantidad de abortos.

El trabajo general del EPS fue dirigido a la población de maternidad y ginecología, centrándose específicamente en las adolescentes de 13 a 19 años que presenten como motivo de hospitalización un aborto ya sea natural o secuelas de uno provocado, embarazos llegados a término o muerte del bebé después del nacimiento. Se tomó esta población ya que se deseaba encontrar cuáles son las principales secuelas emocionales que las mujeres presentan después de esta experiencia, además de solucionar algunas de sus dudas y preguntas con respecto a cuidado sanitario después del aborto y a enfrentar la presión social que el ser una madre que ha abortado (aunque sea de forma natural) le deviene en su vida cotidiana.

Para esto, se llevaron a cabo una serie de actividades en forma de charlas y conferencias 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 ayudó 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 mucho aprendizaje, ya que el poder observar de cerca las reacciones más comunes que estas jóvenes tienen con respecto a su nueva maternidad, abrió una nueva brecha de interés tanto en mi persona como en la de cualquiera que decida hacer este tipo de procesos para su graduación, la cual fue de profundizar el estudio y la investigación sobre el aborto, sus causas y consecuencias, en la cual las fuentes de información fueron medios escritos como libros y monografías, además de la ayuda que se obtuvo de los médicos y enfermeras que en estos casos son los mejores para orientar en esta

problemática, en la cual el resultado siempre son diversas conclusiones, además de hacer observaciones interesantes al respecto.

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 realizó 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 a conocer los principales fenómenos psicosociales desencadenantes en adolescentes mujeres como consecuencia de abortos y embarazos no deseados, como es que se sienten con respecto a su nuevo rol y que es lo que esperan al reintegrarse a la sociedad en la que viven, y la recolección de datos se llevó a cabo por medio de testimonios, diálogos formales con las pacientes, encuestas y cuestionarios, entrevistas y con el seguimiento psicoterapéutico que se le brinde después de su egreso del hospital. Cabe decir que las pacientes en general se portaron 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 como y porque estas mujeres, aunque sus abortos no fueran deseados y provocados, eran marginadas y tachadas 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 mantiene 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 o información a quien hacerle preguntas, 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 hacía 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 intentar en lo que pueda, 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, esta 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 medico 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 San Pedro de Betancourt 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 medico 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, seria una fuente inagotable de datos, los cuales están a la espera de que existan personas que puedan llevarlos a cado, todo esto con el fin de mejorar la capacidad hospitalaria y la atención que se les brinda a miles de personas diariamente.

Considero que antes que nada, 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, este 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 si 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 “madera” 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 mas difícil aun, porque como personas, por muy frívolos y desinteresados que finjamos ser, aun nos sentimos conmovidos por las historias mas tristes que nos encontramos durante el ejercicio, en si, es una experiencia que mide nuestro temple y nuestro carácter, es una opción que no todos puedan llevar a cabo y finalizarla con éxito.

Con este proyecto se brinda 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 mas 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, y 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 la Antigua Guatemala esta estima 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 es 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 la 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 excelente 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 públicos 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 Betancur" que fue inaugurado en 1991 y que comenzó a funcionar un año más tarde; esta institución de servicio social sustituyó al anterior de La Antigua Guatemala destruido con el terremoto del 4 de febrero de 1976; construido al sur oriente de la aldea en el terreno de aproximadamente siete manzanas, cedido por el Muy Noble Ayuntamiento al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1972.

Los primero 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 anteriores 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 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 el 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 Cuaresmas 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 yacente 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 le mande, por lo que es común observar a mujeres de mas 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 y 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 la 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 del hospital hasta la terminal de buses que se encuentran en la 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. Se nota que los jóvenes y jovencitas desde los 14 años inician su vida sexual, y por la falta de educación y comunicación de la contracepción, es bastante común encontrar embarazos adolescentes. A la juventud no se le nota el deseo de superación, 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 duro en el campo o bien para actividades poco remuneradas dentro del municipio.

La población se siente reticente 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 eficaz 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 íntima 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.

No es común observar jóvenes o parejas a ciertas horas de la noche, 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 normalmente 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 pareciera tener mente propia, ya que ante situaciones de emergencia funciona de una misma forma, pareciera que ya todos saben que hacer y como 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. No se, si puedo considerar esto como chisme o bien colocarlo desde el punto de vista de comunicación y salud comunitaria, pero cualquiera que sea la connotación que se le de, es un punto notable de la interacción que existe dentro de la población.

Los jóvenes son tímidos en su mayoría, son extremadamente educados y respetuosos, aunque ven a las mujeres médicos y a los profesionales de la psicología como personas de otro mundo, 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 bebés nacen con bajo peso y con problemas ligados a la carencia vitamínica y mala alimentación materna antes del

parto. 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 aunque en cierta medida para personas que están acostumbradas a otro tipo de sistema, es practico 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 la 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 tanto 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 mas 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 practica 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 Philadelphia que como ya se menciono brinda servicio de restaurantes y canopy que son sus ingresos mas frecuentes, hay además en los alrededores de la plazuela distintos restaurantes formales de comidas 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 mas 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 la Antigua Guatemala, merced al turismo nacional e internacional que la visita.

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 La 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 esta 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 Betancourt, y aproximadamente dos Km. antes de llegar a la aldea se encuentra un Centro de Salud, pero este pertenece a la jurisdicción de La Antigua Guatemala. También se encuentra la Institución “Nuestros ahijados” que es una ONG (Organización No Gubernamental) de ayuda social, llamada God’s Child Project, 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 de espantos y aparecidos son comunes, hablándose mucho en la población de distintos espantos que se aparecen mas que todo en el área del cementerio, un espanto muy famoso que aparecía donde anteriormente existía una pileta pública y el más común es el 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) al la imagen del Señor Sepultado. También se acude al 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 (en representación de 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 de 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, quienes 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 encarga de autorizar 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 esta 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.

“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 mas bien la “trayectoria” que esta persona ha

¹ Reglamento, artículo 63. inciso C.

² Reglamento, artículo 13.

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

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 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 raterismo, 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, sacas y alquiler de locales comerciales son mas 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 practica 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, cuando 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 perdidas 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 a, 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 Betancourt y es el único en la antigua Guatemala y se ha sostenido a través de la historia. Se ubica actualmente en la aldea San Felipe de Jesús, 42 Km. 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 número 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, Ciudad Vieja, Alotenango, Pastores, Santiago Sacatepéquez, San Pedro Las Huertas, Santa Lucía Milpas Altas, Antonio Aguas Calientes y una minoría de los departamentos 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. 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.

1.6.2 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 e ITS, VIH, SIDA y Emergencia.

1.6.3 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 sus preguntas y peticiones.
- Saber quien le esta proporcionando los servicios de ayuda que están a su disposición.
- Acceso parcial a tratamientos médicos o ingresos, condición económica o incapacidad física.
- Recibir información clara de su diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, beneficios, riesgos y alternativas.
- Expresar una queja o agravio relacionado con la calidad de los servicios, cuidados o cualquier violación de los derechos.

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.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION:

La población meta que fue atendida durante el E.P.S. fueron las pacientes que llegan al área de maternidad por parto, aborto, legrado y recuperación respectiva. Esta población en su mayoría son originarios del departamento de Sacatepéquez y se nota cierta incidencia en la población proveniente de Escuintla y otros lugares aledaños, ladinas en un mayor porcentaje así como también indígenas, de habla española, posición media y media baja, católicas, minoritariamente de otras religiones, amas de casa. Son mujeres entre 17 y 35 años de edad, de distintas escolaridades, predominantemente educación básica y primaria, las cuales según los comentarios del personal de enfermería, en algunos casos sufren de violencia intrafamiliar y machismo tanto por parte de los miembros varones de sus familias como por la sociedad en la que habitan.

Fue alarmante la cantidad de adolescentes que se atendió durante el periodo del ejercicio, eran adolescentes bastante jóvenes, ya que oscilaban entre los 12 y 16 años de edad, de carácter pasivo y apacible, hijas mayores 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. Las jóvenes ven como deseable esta situación, ante lo cual buscan parejas mas 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, no tienen deseos de estudiar una carrera o en la universidad, no consideran un trabajo remunerado fuera de sus hogares, y

no realizan vida social con los demás jóvenes. 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.

Se registran pocos o más bien dicho casi ninguna violación sexogenital al año, el abuso sexogenital en infantes y adolescentes son casos aislados y muy extraños, aunque es probable que no se tengan estadísticas de ellos debido a la poca información y educación con respecto a los derechos del niño y de la mujer, 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 víctimas callan la culpa de sus victimarios porque en sus casos es un tío o un primo 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. Son casos en los que el trato que se les da es tácito, es un problema familiar entre el victimario, la víctima y la familia de la víctima, y ellos arreglan el problema entre si, sin incluir a la población y mucho menos a la ley. La problemática mas común en el área de maternidad es la violencia intrafamiliar, esta en algunos casos llegando a ser los causantes de abortos y bebés 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.

No se hacen comentarios con respecto a los embarazos adolescentes, en la población los matrimonios se hacen normalmente a edades tempranas. La aldea a simple vista parece ser tranquila y pacífica, pero indican que los lugares en donde esta 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 esta bien organizada y confían las decisiones mas importantes de la aldea al COCODE actualmente conformado por 13 personas.

El área de psicología atiende a personas de todas las edades, y entre su población mas recurrente se encuentran las personas que padecen de depresión y algún tipo de trastorno del estado de animo, además de jóvenes y adolescentes con problemas de conducta. 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 mas 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 esta dando un nuevo auge a la

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

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 expresar lo 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.

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.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Dentro de la población del área de maternidad y ginecología del hospital imperan los problemas de violencia intrafamiliar, violencia física, algo común también que es lamentable son los bebés muertos después del nacimiento, y una gran cantidad de abortos. Las razones por las cuales el aborto natural va en incremento tienen muchos factores en los cuales influyen situaciones contextuales y físicas, pero que de ambas maneras afectan directamente la situación emocional de la persona y sus familias, ya que estas experiencias son portadas como un estigma social.

Aunque no es posible, darles seguimiento cuando son dadas de alta en el hospital, considero que sería interesante observar como se desenvuelven en sus hogares después de una experiencia como lo es el aborto en sus vidas, 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 culpabilidad y en extremo serviles, que consideran que lo que les ocurrió es un pecado que deben expiar 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. Consideran que hicieron algo inconsciente para provocarse el aborto, ya que escuche comentarios como “si no me hubiera subido a ese bus” o “si no hubiera levantado el canasto con los trastos no hubiera pasado eso”, cuestiones que aunque puedan ser reales, a veces no corresponden con el diagnóstico médico, pero que vienen a modelar su culpabilidad.

No todas las jóvenes que están ingresadas en el área de maternidad provienen de San Felipe de Jesús, estas son la minoría. Proviene de partes más lejanas del municipio, como lo son Chimaltenango y sus alrededores, y de lugares como Ciudad Vieja, Santa María Milpas Altas y Alotenango. No tienen características físicas en común, lo que las hace un grupo bastante homogéneo es la ideología que manejan dentro de las comunidades, normalmente son jóvenes que han

crecido en ambientes machistas, sin educación o con educación bastante pobre, la mayoría no ha pasado a los básicos, y solo han aprendido a leer y a escribir. Tienen poca o nula información sobre educación sexual y sexogenital, no tienen conocimientos sobre métodos contraceptivos y planificación familiar, es común observar jóvenes de 20 años que ya tienen 3 hijos, en las entrevistas se vio bastante marcada la poca información que tienen sobre cuestiones de parto y abortos, en su mayoría han acudido a comadronas para sus partos anteriores, e incluso ha sido la comadrona la que las ha referido al hospital por el aborto. Algunas de ellas, proviene de hogares violentos, y continúan con este círculo de violencia en su nuevo hogar, siendo víctimas no solo de sus esposos, sino también de familiares varones y mujeres de los mismos, y por su característica sumisión y pasividad, no pueden hacer nada para evitar estas manifestaciones, y solamente lo soportan.

Los pocos casos que se registraron como de abuso sexual a menores con resultado embarazo no deseado, fueron trascendentales. La reacción de las jóvenes fue aunque se sentían mal y hasta cierto punto culpables por la situación, no sentían rechazo al producto y parecían acomodarse bien a su nuevo rol de madres solteras. El apoyo familiar en este caso era pleno, ya que las familias celebraban la llegada del bebé aunque supieran que la joven era demasiado inmadura para llevar esta nueva responsabilidad, y en muchas ocasiones el bebé era criado más como un hermano de la joven que como su hijo. Las familias se tomaban la responsabilidad de la crianza del menor en su totalidad.

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 está 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 aún 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 aún no es condenada, y es considerada ya como algo normal en la comunicación familiar.

La vida cotidiana del lugar es en apariencia tranquila. La población de la aldea tiene buena comunicación entre sí, ya que se toman decisiones como comunidad y para la comunidad en conjunto. Según algunos pobladores el lugar es tranquilo para vivir, los asaltos, peleas y diversos tipos de manifestaciones violentas son pocos, las violaciones a mujeres son poco comunes, y según comentarios en el hospital en el año 2009 no se registro ningún caso de estos ni en encamamiento ni en el área de Psicología.

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

En el hospital, los abortos son comunes por muerte intra-uterina del feto, malformaciones congénitas, problemas de incompatibilidad de Rh en sangre de ambos padres, diabetes materna y pocos casos por violencia intrafamiliar o

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

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. Con toda esta información se intenta fomentar en las mujeres la planificación familiar, ya que el hospital cuenta con una clínica especializada en este tema, la cual, las mujeres ya sean partos normales, cesáreas, abortos por aspiración uterina mecánica y otro tipo de abortos, al ser dadas de alta, salen con cita a esta clínica, la cual les da información referente a métodos contraceptivos, cuidados post natales y post abortivos y les coloca cita de seguimiento, los métodos mas utilizados dentro del hospital son los condones, anticonceptivos orales e inyectados combinados, y dependiendo de la edad de la mujer también se le da la opción de oclusión tubarica bilateral por engrapado o por cauterización, toda esta información se les da tanto en el área de encamamiento como en la clínica de planificación familiar, esta se encuentra en consulta externa.

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 talvez no estén capacitadas para serlo. La sociedad aún el aborto halla 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, además que en su momento el contar la historia de su experiencias muchas veces, en lugar de ayudarle a aceptar y asimilar la situación, lo único que hacen es que piense mas en lo mismo y no lo asimile como es debido, provocándole recuerdos negativos e ideas recurrentes en su depresión.

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 círculo 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.

CAPITULO II

MARCO TEORICO METODOLOGICO

En Guatemala existen muchos problemas que afectan de diferente manera la estabilidad emocional de la población. Diversos estudios, entre ellos el informe de Fernando Bermudez de SICSAL indica que son 5 los problemas que principalmente afectan a nivel social a la población, los cuales son:

1. El creciente empobrecimiento de la gran mayoría de la población, cuya causa radica esencialmente en el modelo socio-económico marcadamente neoliberal que privilegia los intereses de los empresarios y de las compañías multinacionales.
2. El incremento de la violencia, que está alcanzando límites increíbles: un promedio de 19 asesinatos diarios. La violencia tiene raíces muy variadas, desde el crimen organizado con sus distintas ramificaciones en el narcotráfico y la mafia, hasta la delincuencia juvenil, conocida bajo el fenómeno de las «maras». La mayoría de los jóvenes integrantes de las maras proceden de familias marginadas y muchas de ellas desintegradas, sin oportunidad de estudio ni de trabajo. A diario aparecen cadáveres acribillados a lo largo y ancho del país, sobre todo en el área metropolitana. Los asesinatos unos son por ajuste de cuentas entre las distintas facciones del crimen organizado o de las maras y otros por la «limpieza social». Hay constantes asaltos y robos en las calles y en los buses y esto parece que en vez de solucionarse se agrava a diario.
3. La ineficiencia del sistema de justicia, que es arbitrario. Está manipulado por decisiones políticas del gobierno, presiones económicas y poderes paralelos. El 85% de la población considera que el sistema de justicia es el más sobornado. Hay justicia para los poderosos y adinerados, en cambio los pobres quedan excluidos. Hay casos laborales en las fincas que llevan hasta cuatro y cinco años sin avanzar, a pesar de que los trabajadores llevan la razón. Los pueblos indígenas han sido particularmente sometidos a niveles de discriminación, explotación e injusticia por su origen, cultura y

lengua. En los juzgados no dan importancia a la población maya, lo cual muestra aún la poca aceptación que se tiene a esta población que también debe ser considerada por sus derechos.

4. La degradación de los valores humanos. Las conductas violentas, la criminalidad, la corrupción, el marcado individualismo, la competitividad, el afán de lucro, la acumulación e idolatría del dinero favorecido por el mismo sistema neoliberal, se han incrementado en el país. La decadencia de valores éticos afecta enormemente a toda la realidad humana, a la vida familiar, social, económica, política y cultural. El Sistema Educativo Nacional, lejos de promover el desarrollo de los valores humanos, los está excluyendo del programa de formación. Hace énfasis en la Educación mercantilista, como una capacitación para la competitividad, respondiendo al proyecto de la globalización neoliberal.
5. La destrucción del medio ambiente. En primer lugar hay que señalar que Guatemala es un país de alto riesgo debido a su contextura y ubicación geomorfológico, propenso a terremotos, huracanes y tormentas tropicales. El riesgo y los desastres se acentúan por: 1) La alarmante deforestación por la tala inmoderada de árboles con la consiguiente pérdida de la biodiversidad y la erosión de los suelos; 2) las basuras vertidas en caminos y barrancos; 3) la contaminación de arroyos, ríos, lagos y costas marítimas con toda clase de residuos sólidos y líquidos; 4) la contaminación de los mantos acuíferos por la explotación minera de oro y plata.

Todos los incisos anteriores son indirectamente causantes del crecimiento de la enfermedad física y mental en los guatemaltecos. Diariamente miles de personas se acercan a los distintos centros e instituciones de salud con síntomas de diversa índole, que en su mayoría, no son causados por factores orgánicos, más bien se estima que una gran parte de las enfermedades inician con una alteración en la emocionalidad de la persona. Muchas mujeres en edad reproductiva además de verse golpeadas por la problemática de la economía, la violencia y la ineficacia de la policía para controlarla, la falta de valores en su crianza básica y los múltiples desastres naturales que se dan en el país, deben sufrir también enfermedades

causadas por cuerpos débiles y mal alimentados, que resultan incapaces de mantener un embarazo debido a las presiones a las que se encuentran enfrentadas diariamente en su cotidianidad. Aunque el aborto inducido es una práctica común pero no visible, el número de abortos que se dan de forma “natural” va en aumento diariamente, lo cual da un índice de la dificultad que las mujeres están teniendo en la actualidad para tener hijos. Si a esto se le suma también falta de madurez tanto corporal como mental, estamos iniciando una nueva era en la que las mujeres comenzarán con su deterioro corporal a más temprana edad.

Se estima que unos 65,000 abortos inducidos ocurren cada año en Guatemala, lo que se traduce en una tasa anual de 24 abortos por 1,000 mujeres en edad reproductiva (15–49). Esta tasa, que se calcula mediante una metodología ampliamente utilizada, es más alta que las tasas en muchos otros países en donde el procedimiento está mucho menos restringido. Cada año, más de un tercio (36%) de los embarazos no planeados en Guatemala se resuelven a través del aborto inducido.

Las dos regiones de Guatemala que tienen las tasas más altas de aborto—Metropolitana y Suroccidente (30 y 29 abortos por 1,000 mujeres, respectivamente)—son las dos más populosas del país. Las composiciones étnicas tan diferentes de estas regiones sugieren que las mujeres tanto indígenas como no indígenas recurren al aborto en el caso de un embarazo no planeado. La región de Guatemala con la mayor proporción de embarazos que termina en abortos es la Metropolitana (19%), mientras que la proporción en la región Suroccidente (13%) es cercana al promedio nacional de 12%. Usualmente, los abortos realizados por personal médico bajo condiciones higiénicas son bastante seguros. Sin embargo, la mayor parte de los abortos en Guatemala no son practicados por profesionales capacitados. Se cree que las comadronas tradicionales proveen casi la mitad (49%) de los abortos en el país, mientras que una fracción mucho más pequeña (16%) es provista por médicos.

El mayor riesgo de padecer complicaciones ocurre cuando el procedimiento es practicado por un proveedor no capacitado. Se estima que la probabilidad de que un aborto clandestino resulte en complicaciones que requieran hospitalización varía entre 15% en mujeres que recurren a un médico y al menos 70% en aquellas que se autoinducen el aborto o usan los servicios de una comadrona tradicional. Se considera que las mujeres indígenas y las que viven en el medio rural, la mayoría de las cuales son pobres, tienen tres veces más probabilidades que las mujeres urbanas no pobres de usar los servicios particularmente inseguros de una comadrona tradicional. Resulta elocuente que la proporción de abortos que son autoinducidos varía relativamente poco en función del origen étnico o de área de residencia y situación de pobreza.

Los profesionales capacitados y que trabajan en áreas urbanas utilizan principalmente el método relativamente seguro de legrado. Por otra parte, se cree que los proveedores no capacitados dependen de una variedad de métodos con frecuencia peligrosos—muchos de los cuales son inefectivos y conducen a múltiples intentos fallidos. Estos incluyen la introducción de objetos sólidos en el útero, la administración de medicamentos hormonales no aprobados, y el uso de preparaciones herbales tradicionales y remedios populares. Mientras más capacitado el proveedor, más costoso el procedimiento de aborto. Se estima que los profesionales médicos cobran cerca de 10 veces más que lo que cobran las comadronas. Como resultado, muchas mujeres pobres solamente pueden pagar los servicios de un proveedor sin capacitación y, por lo tanto, tienen muchas más probabilidades que las mujeres de mayores recursos de sufrir complicaciones.

Se estima que anualmente unas 22,000 mujeres guatemaltecas reciben tratamiento en instituciones de salud debido a complicaciones de aborto inducido. Esto significa que, cada año, ocho de cada 1,000 mujeres en edad reproductiva reciben tratamiento por esta razón. Tres quintas partes de las mujeres que tienen un aborto inducido sufren complicaciones que requieren tratamiento en un hospital. Estas complicaciones varían desde abortos incompletos y hemorragia abundante hasta condiciones de riesgo de vida como la septicemia y la

perforación uterina. Las mujeres pobres del medio rural y las indígenas enfrentan el mayor riesgo de tener complicaciones (aproximadamente dos tercios las tendrán) y de no recibir el debido tratamiento. Entre los factores múltiples que contribuyen para no buscar la atención está la renuencia de la mujer a revelar que ha tenido un aborto, el miedo al maltrato por parte del personal médico que desaprueba el aborto, y la inaccesibilidad geográfica y financiera de las instituciones médicas.

El sector público es normalmente el que carga con la mayor parte del costo de tratar las complicaciones postaborto. En general, tres cuartas partes de las mujeres que reciben tratamiento debido a complicaciones son atendidas en instituciones de salud financiadas con recursos públicos.

En 2002, las mujeres guatemaltecas reportaron que aproximadamente uno de cada tres de sus nacimientos recientes fueron imprevistos o no deseados. Aunque la proporción general de nacimientos no planeados se ha mantenido relativamente estable, la proporción de los que fueron no deseados ha aumentado en un tercio en las pasadas décadas, de tal forma que actualmente uno de cada siete nacimientos es no deseado. En 2002, más de una cuarta parte de las mujeres en unión (28%) no querían tener un hijo en el futuro próximo y, sin embargo, no estaban usando un método anticonceptivo para evitar el embarazo. El nivel de la necesidad insatisfecha de anticoncepción es especialmente alto—cuatro de cada 10 mujeres—entre la población indígena. En la actualidad, las mujeres tienen cerca de un hijo más de lo que desearían tener. Si los deseos por tener familias más pequeñas continúan creciendo a un ritmo mayor que el aumento en el uso de anticonceptivos, dos consecuencias son probables: las mujeres pueden tener aún más nacimientos no planeados que los que ahora tienen, o pueden recurrir al aborto de manera creciente.

Esta problemática sobre el aborto es la que será tomada como tema de investigación durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado tomando

como población meta a las adolescentes de 13 a 19 años que se encuentran en el área de encamamiento de Maternidad y Ginecología.

La mayoría de las personas del área urbana admite que muchas parejas enfrentan embarazos no planeados pero muy pocas reconocen haber tenido ellas mismas la experiencia personal. En el área rural de predominio kaqchikel-maya, la maternidad es altamente valorada, y la esencia del matrimonio es la procreación. En ellos, no se concibe el embarazo no planeado, y menos en las parejas en unión estable. No existe tampoco la idea de controlar la fecundidad y es inconcebible siquiera considerar la interrupción de un embarazo no planeado. Los embarazos son vistos como algo inevitable, a lo cual hay que resignarse, porque son designios de Dios y porque la maternidad no es una opción, sino el destino biológico de la mujer. Sin embargo, los relatos de casos conocidos señalan que las mujeres rurales cuando tienen retrasos del período intentan el “retorno de la menstruación”, mediante el uso de métodos tradicionales. Para la mayoría de las personas de ambas áreas, lo usual y lo primero que hacen las mujeres ante un embarazo no planeado es tratar de inducirse ellas mismas un aborto mediante la toma de bebedizos y otras prácticas caseras, y la ingesta masiva de analgésicos. Si esto falla, se acude a la comadrona, quien usualmente utiliza sondas y brebajes a base de hierbas. Otros recursos a los cuales se acude, en orden de mención, son los dependientes de farmacias, los médicos, los curanderos y las “señoras”. Aunque la demanda de uno u otro recurso depende de la disponibilidad de recursos económicos, se cree que las comadronas son más solicitadas por su bajo costo, mayor accesibilidad e identidad cultural y mejor trato en comparación con otro tipo de proveedor de estos servicios.

Las razones para interrumpir un embarazo, o al menos considerarlo, percibidas por los participantes de ambas áreas son inherentes al estado civil de la mujer. Se cree que la mujer soltera recurre al aborto por temor a la reacción de la familia y la comunidad; pero, si está en unión, las razones están asociadas con los problemas de pareja o relaciones inestables y violentas; tener el tamaño de familia deseado y tener precarias condiciones económicas y de salud. Todo aborto, espontáneo o

provocado, tiene sanción social y familiar pero es, desde luego, más punible el aborto provocado. A nivel de la comunidad –sea urbana o rural– no es bien visto que la mujer tenga una pérdida de embarazo, y al interior de las familias se culpabiliza a la mujer por no haber tenido las precauciones necesarias para haber evitado la pérdida. La desaprobación en el seno de la familia, igualmente urbana o rural, proviene principalmente de la suegra y en, segundo lugar, del marido.⁵

En Guatemala, el aborto inducido es altamente restringido y sólo se permite para salvar la vida de la mujer.⁶ 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.⁷ 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 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

⁵ Morbilidad por aborto en Guatemala: Una visión de la comunidad
Resumen Ejecutivo

⁶ Guatemala Código Penal, *Decreto No. 17-73, Artículos 133 y 137, 1973 (entró en vigencia en 1974)*,

⁷ Grajeda R et al., *Estudio Multicentro Sobre El Aborto*, unpublished document, Ciudad de Guatemala, Guatemala: Organización Mundial de la Salud, 1995.

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% y un 33% de todas las muertes maternas que ocurren por año en Guatemala se debe al aborto inducido.⁸ 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 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 etapa que se encuentra, en la actualidad, más propensa a sufrir de la mayoría de problemas sociales y enfermedades es la adolescencia.

⁸ MSPAS et al., *Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000*, Ciudad de Guatemala, Guatemala, 2004, p.30.

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.

El embarazo en la adolescencia se define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen". La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.

La proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y la edad de inicio de las mismas está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento. El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hace 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 de acción y afrontamiento del nuevo rol 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 sexogenitales, es más común encontrar adolescentes y mujeres 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 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.

El paso inicial y más importante para reducir el aborto sería reducir su causa principal—los embarazos no planeados. Se debe proporcionar a las parejas una amplia variedad de métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia. La educación culturalmente apropiada sobre salud sexual y reproductiva es crucial, especialmente entre las mujeres indígenas y rurales, dada la necesidad de aumentar la comprensión y conciencia acerca de la anticoncepción efectiva y reducir las barreras para su uso. Con el fin de atenuar las consecuencias postaborto, debe capacitarse a más personal médico en aspiración manual endouterina, la cual es más segura y menos costosa que el legrado. Las comadronas y otros proveedores empíricos deben ser capacitados para que puedan reconocer y referir las complicaciones de aborto para un tratamiento apropiado y oportuno. Para prevenir la repetición de embarazos no planeados deben estar disponibles la consejería y suministros anticonceptivos para tantas pacientes postaborto como sea posible. Los hombres, por su parte, necesitan ser educados sobre los riesgos del aborto inseguro, y alentados a involucrarse más en la planificación de sus familias.

Los resultados de investigaciones científicas sólidas sobre los niveles, causas y consecuencias del aborto inseguro necesitan ser ampliamente difundidos para facilitar la discusión pública informada sobre el tema. El impulso creado por la recientemente aprobada ley de planificación familiar debe aprovecharse para asegurar que las mujeres que tienen los más altos niveles de necesidad—las indígenas y las mujeres del medio rural—sean atendidas apropiada y adecuadamente.

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 aún 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.

Entre los principales problemas paralelos al aborto que se han encontrado en el área de maternidad del Hospital, se encuentra la violencia intrafamiliar que es llamada también violencia doméstica o familiar y comprende todos aquellos actos violentos, desde el empleo de la fuerza física, acoso o la intimidación, que se producen en el seno de un hogar y que perpetra, por lo menos, a un miembro de la familia contra algún otro familiar.

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. 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 son en su totalidad los factores que hacen que una persona se torne violenta contra otra. El poder aun en la actualidad, es impuesto con violencia. El miedo, el terror y la opresión son aun los métodos de muchas personas para lograr que su contexto obedezca y “aprenda”. En Guatemala el más poderoso no siempre es el que tiene más dinero, mejor trabajo o mejor educación, es el que produce más temor. Y mientras esta situación

impere en el país, muchos de sus principales problemas sociales seguirán sin poder ser resueltos de forma definitiva.

No fue hasta 1960, cuando se reconoció que la violencia y el maltrato en el ámbito familiar eran un problema social. Anteriormente, la violencia contra la mujer se consideraba como algo anormal y se les atribuía a personas con trastornos psicopatológicos o problemas mentales. La existencia de este tipo de violencia indica un retraso cultural en cuanto a la presencia de los valores como la consideración, tolerancia, empatía y el respeto por las demás personas, independientemente de su sexo. El maltrato doméstico incluye a las agresiones físicas, psicológicas o sexuales llevadas a cabo en el hogar por parte de un familiar que hacen vulnerable la libertad de otra persona y que causan daño físico o psicológico.

La violencia contra la mujer por parte de su pareja o ex-pareja está generalizada en el mundo, dándose en todos los grupos sociales independientemente de su nivel económico, cultural o cualquier otra consideración. Aun siendo de difícil cuantificación, dado que no todos los casos trascienden más allá del ámbito de la pareja, se supone que un elevado número de mujeres sufren o han sufrido este tipo de violencia. Estudios realizados en países por desarrollar arrojan una cifra de maltrato en torno al 20%, encontrándose los índices más bajos en países de Europa, en Estados Unidos, Canadá, Australia y Japón con cifras en torno al 3%. Unas de las consecuencias de la violencia doméstica es la depresión. Las mujeres que sufren violencia doméstica corren un mayor riesgo de estrés y trastorno de ansiedad, en particular los trastornos resultantes del estrés postraumático. El intento de suicidio y depresión se conectan estrechamente la violencia en pareja. La violencia contra la mujer impide que participen plenamente en sus comunidades en los planos económicos y sociales. Las mujeres en violencia tienen menos probabilidades de tener empleo.

En todas las relaciones humanas surgen conflictos y en las relaciones de pareja también. Las discusiones, incluso discusiones fuertes, pueden formar parte de la

relación de pareja. En relaciones de pareja conflictivas pueden surgir peleas y llegar a la agresión física entre ambos. Esto, que podría alcanzar cuotas de violencia que serían censurables y perseguibles, formaría parte de las dificultades a las que se enfrentan las parejas. El maltrato no es un concepto relacionado con esto; en el maltrato el agresor siempre es el mismo: Por definición, *el conflicto es una modalidad relacional que implica reciprocidad y es susceptible de provocar un cambio*. Por el contrario, el maltrato, aunque adopte las mismas formas (agresiones verbales o físicas), es unilateral, siempre es la misma persona la que recibe los golpes. En la pareja el maltrato es mayoritariamente ejercido por él contra ella. Tiene unas causas específicas: los intentos del hombre por dominar a la mujer, la baja estima que determinados hombres tienen de las mujeres; causas que persiguen instaurar una relación de dominio mediante desprecios, amenazas y golpes.

Cuando nos preguntamos qué entendemos por violencia la asociamos generalmente a la producida por la agresión física. Sin embargo, en nuestro país la violencia tiene diferentes manifestaciones, las cuales podríamos clasificar las expresiones de violencia en:

1.1 Violencia Doméstica. La violencia psicológica y física con el cónyuge, el maltrato infantil y el abuso de los niños.

1.2 Violencia Cotidiana. Es la que venimos sufriendo diariamente y se caracteriza básicamente por el no respeto de las reglas, no respeto de una cola, maltrato en el transporte público, la larga espera para ser atendido en los hospitales, cuando nos mostramos indiferentes al sufrimiento humano, los problemas de seguridad ciudadana y accidentes. Todos aportamos y vamos siendo parte de una lucha cuyo escenario se convierte en una selva urbana.

1.3 Violencia Política. Es aquella que surge de los grupos organizados ya sea que estén en el poder o no. El estilo tradicional del ejercicio político, la indiferencia del ciudadano común ante los acontecimientos del país, la no participación en las decisiones, así como la existencia de instituciones gubernamentales que son sobornadas y manejadas por grupos de narcotráfico además de la violencia producida por la respuesta de los grupos alzados en armas, no tan comunes en la

actualidad pero que aun pesan sus actividades en la memoria histórica de ciertos grupos en la población.

1.4 Violencia Socio-económica. Que es reflejada en situaciones de pobreza y marginalidad de grandes grupos de la población: desempleo, subempleo, informalidad; todo esto básicamente reflejado en la falta o desigualdad de oportunidad de acceso a la educación y la salud.

1.5 Violencia Cultural. La existencia de racismo y clasismo que caracterizan las comunidades llamadas ladinas y campesinas, que aún con la abolición de la esclavitud y la trata de personas, se pueden encontrar estas manifestaciones en el trato común entre ambos grupos que comparten un mismo contexto.

1.6 Violencia Delincuencial. Robo, estafa, narcotráfico, es decir, conductas que asumen medios ilegítimos para alcanzar bienes materiales. El temor generalizado del hombre o mujer económicamente activos que salen de sus hogares y no saben si su integridad física esta asegurada. El aumento de jóvenes de nuestro país que no tienen oportunidades de orientación y canalización de sus frustraciones y en esto dependen de sus familias, la escuela y las instituciones; y al no recibirlos de forma integral manifiestan las expresiones de violencia que ya son tan comunes y dañinas para una sociedad que lentamente quiere acercarse al desarrollo en general.

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”. Aún así en la actualidad, estas leyes aunque existentes, son ineficientes para minimizar las manifestaciones de violencia a las que las mujeres se enfrentan diariamente. En si el malestar emocional de esta población, es la falta de esfuerzo y de estrategias de las instituciones tanto gubernamentales como no gubernamentales para aplicar leyes que, por principios, ni siquiera han sido correctamente difundidas ya que solamente una pequeña parte de la población es participe de la información de las mismas, y esta población, irónicamente, es la que probablemente menos necesite estas leyes, ya que su situación tanto social como económica les permite vivir, hasta cierto punto, alejadas de esas expresiones represivas y opresoras.

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, dejando a la población provincial del interior del país en desventaja contextual. No fue sino hasta la expansión de la información dentro de las comunidades mas alejadas que se logro, en pequeña medida, que la población que directamente estaba afectada por la violencia intrafamiliar y sexual, pudiera tener oportunidad de optar a demandas y aplicación de la ley contra sus victimarios, en su mayoría conyugues, padres y hermanos, y que los juzgados e instituciones legales dedicados a la protección de la integridad de la mujer pudieron tener mas y mejor acceso brindar un servicio a estas personas, para las cuales fueron creados distintos estatutos y programas específicos para proveer educación legal.

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. A pesar de que en la actualidad existan programas dirigidos a la población femenina adulta y adolescente, la cultura guatemalteca, normalmente en los lugares más lejanos a los departamentos, aun concede al hombre el derecho de colocar a la mujer en un rol de objeto que funciona solo para la reproducción y el cuidado del hogar. 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 círculo 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, mas estos casos son conocidos solamente a grandes rasgos, porque el gobierno además de permitir estas acciones, las escondió de la vista pública hasta hacerlos casos invisibles de los cuales en un gran porcentaje la población guatemalteca aun desconoce la totalidad del horror vivido por miles de mujeres durante la guerra armada que arrasó con comunidades enteras. Este recuerdo, en las mentes de las personas que fueron testigos presenciales y sobrevivieron a toda esta situación, aun persiste y tiene como consecuencia que estas nuevas poblaciones de sobrevivientes vivan en constante zozobra sin tener opción de hacer valer sus derechos y tener acceso a pedir justicia cuando la historia vuelve a repetirse de forma ya tan cotidiana. 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, y aún así, ha fallado en proveer de forma mínima a la seguridad a la que los guatemaltecos deben optar por derecho humano.

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, pero se han dado avances muy cortos e ineficientes desde la creación de algunas leyes, las cuales aún ahora no son practicadas en su totalidad y en algunos casos, son aplicadas solamente a cierto grupo de población que puede costear la aplicación de la justicia, para los demás,

siguen siendo solamente promesas enmarcadas en papel que no tienen ningún poder para minimizar el sufrimiento emocional y físico al que se ven forzadas a soportar. Se ve aun lejano el tiempo en el que la justicia sea real y para todos, y que la aplicación de las leyes cubra las necesidades de seguridad e integridad tanto para hombres y mujeres de cualquier estrato social, económico y racial.

Se integró 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, además de brindarle apoyo e información con respecto a la forma de minimizar las manifestaciones de violencia en su hogar, tanto de forma personal como familiar.

OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL:** Mejorar las condiciones de salud mental de hombres, mujeres niños y niñas que se encuentran en consulta interna y externa implementando acciones individuales y colectivas dentro del contexto de acción del Hospital San Pedro de Betancourt en la aldea San Felipe de Jesús en Antigua Guatemala.

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 de La Antigua Guatemala.
- 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 los principales fenómenos psicosociales desencadenantes en adolescentes mujeres como consecuencia de abortos y embarazos no deseados en la sala pre y post parto del hospital San Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala.

METODOLOGIA DE ABORDAMIENTO:

La orientación metodológica cualitativa no suele partir del planteamiento de un problema específico, sino de un área problemática más amplia en la cual puede haber muchos problemas entrelazados que no se vislumbrarán hasta que no haya sido suficientemente avanzada la observación. Por esto, en general, el partir de un problema cierra el posible horizonte que tienen las realidades complejas, como son las realidades humanas.

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 utilizó esta orientación en el EPS ya que, la investigación partió de una temática general y amplia hasta llegar a una problemática a profundidad. Para llegar a la identificación de una estructura humana (psíquica o social) más o menos generalizable, se localizó 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.

La orientación metodológica participativa incluye técnicas de integración de la población con el fin de hacer la investigación de una forma más dinámica y que el aprendizaje. El proceso educativo que se utilizó en el EPS para brindar las charlas de las diversas temáticas a las mujeres del área escogida para la investigación es basado 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 favoreció 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.

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 la población objetivo del estudio.
- La objetividad, la evidencia empírica y la cuantificación son notas que definen esta metodología.

Acciones de atención directa:

- Se inicio la fase de servicio al recibir el curso propedéutico de preparación para el EPS. Se inicio dicho curso el día 26 de octubre de 2009 y se finaliza el día 05 de noviembre de 2009.
- En la etapa diagnostica y de inmersión comunitaria se asistió al Hospital el 5 y el 10 de noviembre del 2009 para realizar la investigación, entrevistas al personal de las diversas áreas y al Licenciado encargado del área de psicología para detectar las principales problemáticas que presenta la población que asiste a los servicios de dicho hospital. Se hizo también la visita de presentación con una carta emitida por la Universidad y una entrevista. 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 brindadas en su mayoría por el Licenciado encargado del área de psicología y la epesista encargada de esta área en el año anterior.
- Para la realización del proyecto se utilizaron dos meses de redacción del mismo. La investigación de los antecedentes fue recabada de los

informes finales de las epesisistas de años anteriores, la visita a bibliotecas, y la búsqueda en Internet de información del municipio y de la aldea en específico. El diagnóstico se obtuvo con base a las entrevistas con el personal de enfermería del área de Maternidad y Ginecología, de acuerdo con la problemática más incidente que han notado en ingresos a encamamiento.

- La planificación se hace de acuerdo con 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 proyecto fue de acuerdo a las necesidades del hospital, las cuales son de 3 días (lunes, martes y miércoles) para el área de servicio en la cual se atenderá a las pacientes de encamamiento de las áreas designadas, 1 día (viernes) para brindar psicoterapia en consulta externa y 1 día (jueves) para realizar 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 planificación de las actividades de la docencia y se harán de forma semanal.
- La sistematización del proyecto 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 llevo un control de los pacientes tanto internos como externos que se atiendan durante la semana, y estos se convirtieron en informe mensuales en los que se reflejaran las horas reales de servicio, de docencia y de investigación, los cuales sirvieron para realizar el informe final que se presentará para indicar los resultados de la investigación, estipular las horas reales de EPS e indicar el cierre del servicio, indicar la temática principal y las técnicas utilizadas dentro de la docencia y el momento real de la realización de charlas con la población objetivo.

- 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 utilizaron durante la realización del servicio serán:

- 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: Es una forma de conversación, no de interrogación, y se utilizan para recabar información en forma verbal, a través de preguntas. Se realizara durante el tiempo de la psicoterapia con la población en general de consulta externa.
- Psicoterapia: Es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude a consultarlo (paciente o cliente) que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos.

Acciones de docencia:

- Para el diagnóstico de las temáticas que se implementaron se baso en lo que el personal de enfermería indicó que es más incidente en la población de las áreas de Maternidad y Ginecología, para lo cual indicaron que se dan muchos casos de abortos.
- La inmersión hacia esta población fue durante el periodo de servicio, ya que el personal de enfermería le indicó a la epesista cuando se encuentra una paciente con las características que se ven incluidas en la investigación o bien que necesitan del servicio psicológico debido a la

magnitud de la carga emocional que la paciente muestra después de la hospitalización.

- La población con las características de la investigación se identificó por medio del personal de enfermería, ya que son ellas las que refieren al área de Psicología cuando hay personas que necesitan del servicio, por lo general mujeres con abortos, mujeres que los bebés han muerto después del nacimiento, con legrados, etc.
- 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 trifoliales 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 registró en el diario de campo, en un área específica para hacer el registro de las actividades de docencia, donde se colocó cuanto tiempo se necesitó para realizar la actividad, que material se utilizó, cuales fueron las preguntas más frecuentes de las pacientes y cuales fueron sus inquietudes, y si en dado caso alguna de las pacientes solicitó del servicio de Psicología para su egreso del hospital.
- La evaluación con las pacientes fue oral con preguntas directas con respecto al tema y se hizo también con la observación y el análisis de las preguntas que realizaron.

Las técnicas que se utilizaron para este eje fueron:

- 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 mas frecuentes.
- Conferencias y charlas: estos implican un diálogo entre los participantes, tanto entre el conferencista como hacia el público meta, en este caso se realizará con las pacientes de encamamiento, así que se prefiere un diálogo y debates para que estas indaguen en sus dudas y pregunten sobre lo que probablemente el personal médico y de enfermería no ha podido aclarar.
- Material impreso: por medio de trifoliales con información que las pacientes consideran deben 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 desea atender se basó en lo que el personal de enfermería indicó que era más común dentro de las pacientes que ingresan a estas áreas.
- El objetivo principal de la investigación es conocer los principales fenómenos psicosociales desencadenantes en adolescentes mujeres, como consecuencia de abortos y embarazos no deseados en la sala de pre y post parto del hospital San Pedro de Betancourt.
- La investigación se dará de forma interna en el hospital, ya que como contexto se utilizaran las salas de Maternidad y Ginecobstetricia con las adolescentes que sean referidas por el área de enfermería.
- Serán sujetos de investigación todas las mujeres comprendidas entre los 13 y 20 años que ingresen a las áreas con aborto completo o incompleto, espontaneo no importando si es su primer embarazo.
- Se preparó el escenario de la investigación con las pacientes, con una entrevista previa con respecto al inicio del aborto y sus posteriores consecuencias, con lo cual se establece 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 será importante para obtener sus testimonios.

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

- Testimonios de las pacientes: Es un relato detallado realizado por los participantes de una investigación sobre un suceso en específico, en este caso, se enfocará en conocer las secuelas emocionales provocadas por un aborto o un embarazo no deseado en las adolescentes del área de Maternidad y Ginecología.
- Diálogos informales: los cuales consisten en pláticas no dirigidas buscando siempre la espontaneidad del relato, los cuales serán útiles para conocer lo que sienten, piensan y esperan las mujeres después de haber sufrido una experiencia de ese tipo.
- La población meta esperada en el EPS son las mujeres de 13 a 19 años de edad que se encuentren ingresadas en el área de Maternidad y post parto que hallan sufrido un aborto ya sea natural o provocado, se intentaran conocer las principales secuelas emocionales que estas mujeres presentan, qué es lo que sienten, qué es lo que esperan de sus familias, cuál es la idea que tienen del por qué les sucedió, sentimientos de culpa, etc., en fin generar la experiencia que para ellas implicó pasar por esta situación, en una edad en la que aún no están preparadas para una experiencia tan compleja como ésta.

CAPITULO III

DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

Cuando se tomo la decisión de hacer EPS, se esperaba poder encontrar algún centro que quedara cerca para tener la facilidad de locomoción que se había tenido en los centros de práctica anteriores. Se asistió a la convocatoria general que hacen para todos los interesados en hacer EPS, y ahí fue donde se tomo la decisión. Cuando mencionaron el hospital de la Antigua Guatemala, se considero que la experiencia no sería tan diferente a las prácticas anteriores por ser una institución hospitalaria. Con otras dos compañeras abordamos al supervisor para averiguar que debíamos hacer para anotarnos como postulantes para ese centro y de una vez ese día decidimos compartir los gastos e irnos a vivir a La Antigua. 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 realizamos 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. Iniciamos con la búsqueda de casa, logramos encontrar un pequeño apartamento cerca del hospital y nos mudamos un día antes de comenzar el EPS.

Iniciamos el día 1 de febrero de 2010, ese día dio inicio de forma oficial el ejercicio. Nos presentamos al hospital a iniciar labores y a presentarnos. El Lic. Salvatierra 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, para esto una de las epesistas salientes nos dio un breve recorrido y nos explicó de forma breve como

funcionaban las cosas en el lugar, se puede decir que fue de mucha ayuda, porque ya para ese momento comenzamos a pensar en nuestro proyecto de factibilidad. Al día siguiente de nuestra llegada ya tuvimos oportunidad de atender el área designada para cada una. El área de Maternidad y Ginecobstetricia según relatos de anteriores epesistas y del Lic. Salvatierra 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 atendida es bastante rica en información, ya que cada paciente entrevistada siempre apporto 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.

Normalmente la atención en el área de maternidad se hallaba al tope, y es notable y bastante preocupante la gran cantidad de abortos 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, en la mayoría se indica que la joven no sabia que estaba embarazada hasta que ocurrió el aborto.

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 menos de 20 años y mayores de 35 años, 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 mas 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 ya tan comunes que los médicos no los ven como raros ni novedosos, en todo el ejercicio no encontré 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 víctima de los mismos. Las adolescentes y mujeres hasta los 25 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 30 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, indican sentirse ansiosas y temerosas, ya que mencionan desconocer de que se trata este procedimiento. Esto pone en relieve 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 aborto como a las que no padecían del mismo. 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 ha sido un recurso bastante positivo para realizar la investigación, ya que en ella se pudieron encontrar libros que trataban específicamente la tipología de los abortos, además de ello se han podido recabar varios testimonios de las pacientes que se encuentran en encamamiento. Hasta el momento se han encontrado dos sentimientos negativos imperantes en todas las pacientes con casos de óbito fetal, aborto incompleto y legrado, los cuales son culpabilidad e ideas de que se

convierten en asesinas al no poder retener el embarazo. Las pacientes manifiestan sentirse malas madres, consideran que algo en su cotidianidad falló y debido a esto fue que les ocurrió el aborto, unas pocas lo consideran como un castigo divino, son muy pocas las que ante esta situación se han quedado eutímicas. Se pudo identificar que los abortos desde el punto de vista medico son separados por su evolución clínica, no ha habido hasta ahora un aborto que halla sido provocado por la madre. Se nota también lo fuerte de las costumbres y la creencia en la religión de la población, ya que aunque algunas jóvenes demuestran no sentirse preparadas para este paso, influye mas en ellas el hecho de cumplir con el embarazo como que de una misión se tratase, y consideran que el fallo en esta misión se vera penalizado con un castigo de Dios. Casi todas ellas manifiestan su deseo de no volver a embarazarse por el temor que esta experiencia vuelva a ocurrir, además indican que no sabían que era un legrado y que en el hospital los médicos y enfermeras no se toman el tiempo de explicar de que se trata la intervención que van a realizarles y esto tiene como resultado infundir mucho mas temor e inseguridad en las pacientes. A todas se les hace la recomendación de asistir al servicio de psicología para recibir el apoyo necesario para solventar la perdida y el duelo, solamente una de ellas asistió.

Este ejercicio, fue revelador en muchos aspectos. El tener la oportunidad de vivir de forma mas independiente de la familia con compañeras que ciertamente habían sido amigas y camaradas durante la carrera, pero con las cuales nunca se había convivido de forma tan intima, fue un cambio bastante drástico. 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 nota que al menos en el área de Sacatepéquez, el rol del profesional en psicología es muy importante en el tratamiento de las enfermedades, se tuvo la oportunidad de colaborar con el área de salud del departamento, en diversas actividades como seminarios de jóvenes en los cuales se impartieron charlas sobre afectividad y autoestima, además en lo personal, se asistió a una visita domiciliar en San Juan Alotenango en la cual se nos pidió colaboración por parte del centro de salud de este lugar para investigar la muerte de una joven mujer en el momento del parto. El caso fue difícil e interesante, al parecer la joven fallecida no dijo que estaba embarazada y su familia descubrió este hecho cuando ella dio a luz a una niña en su cama. La madre entró en un choque séptico y estuvo internada en el hospital por un mes y medio, después de eso falleció. La niña falleció presumiblemente antes del parto, es decir era un óbito fetal. Nos solicitaban hacer un informe posterior a la visita con respecto a los hallazgos que anotamos. Además se participo activamente en la creación de un manual para capacitadores en educación sexual, realizada por la red departamental de paternidad y maternidad responsable, esta red esta encargada en comisiones para la realización de este manual que será el que utilizaran los capacitadores en su función de docencia en las áreas designadas para recibir estos seminarios de educación sexual en adolescentes. Se estuvo designada el área de salud mental en representación del hospital, en la comisión de educación, la cual tenia como fin establecer los temas que iban a integrar en el manual, conceder la información sobre los temas y realizar diversas presentaciones en diapositivas que iban a ser entregadas en un disco como material didáctico a los capacitadores.

Ha de decirse que esta fue una experiencia única ya que la participación fue de forma activa en las reuniones que se realizaron durante el tiempo que se calendarizo, se tuvo la oportunidad de conocer a muchas personas del medio de salud en Sacatepéquez, lo cual se considera, una puerta abierta a muchas oportunidades que puedan darse de forma posterior. 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.

En el mes de mayo se atendieron 3 casos que fueron los más trascendentales durante el Ejercicio Profesional Supervisado y en los cuales mi intervención fue exitosa. El primer caso fue el de una joven de 25 años la cual ingreso a UCI (unidad de cuidados intensivos) debido a un aborto provocado en el cual le dejaron dentro del útero una sonda plástica que le perforo las paredes de la matriz del útero y casi le llego al intestino, por lo que la intervención quirúrgica fue bastante grave. La joven estaba profundamente atribulada por lo que ocurrió, los sentimientos de culpabilidad y tristeza eran bastante notables. Se le visitó durante el tiempo que estuvo ingresada en el área de maternidad y se le dio la recomendación de forma oral para que asistiera a psicoterapia a recibir apoyo. El segundo caso fue el de una joven de 14 años la cual ingresó para la realización de una cesárea. La joven fue victima de abuso sexual y violación por parte de su cuñado, esposo de su hermana de 18 años, el cual según ella menciona es además drogodependiente. El caso fue bastante impactante ya que la paciente estaba considerablemente consternada y aunque manifestaba querer a su hijo se notaba que lo miraba con indiferencia y ni siquiera sabia que nombre iba a ponerle. En el momento de la intervención estaba pasando además por un proceso legal en contra del violador el cual además de ser pesado para ella, había dividido en opiniones a la familia. El tercer caso fue el de una señora de 27 años la cual fue victima de violencia intrafamiliar y agresión por parte de la familia de su

esposo. Por lo cual había sufrido un aborto y en el momento estaba embarazada de nuevo sufriendo un embarazo de alto riesgo. La paciente sufría visiblemente por esta acción y mencionó no saber porque su familia política se había comportado de esa manera, menciona que la depresión también esta haciendo estragos en ella y que sus niños viven temerosos de que suceda de nuevo esa experiencia. En estos casos se nota el interés y la iniciativa de los 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 de varias actividades coordinadas por la dirección. Se asistió a una charla sobre el banco de leche, sus funciones en general y un recorrido por el mismo, además de recibir una capacitación sobre los 10 pasos de una lactancia materna eficaz, charlas sobre el niño críticamente enfermo, charlas dirigidas a estudiantes de medicina sobre el cuidado del niño dentro del hospital, actividades de celebraciones como el día de la madre, convivios y días de celebración de santos hospitalarios, en fin, se colaboró de forma bastante activa con la realización de varias actividades 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 FEBRERO-AGOSTO

PX ATENDIDOS	RECONSULTAS
43	301

TABLA DE GÉNERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA

FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
29	14	43

TABLA DE EDADES DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
13-19	3	3	6
20-25	6		6
26-30	7	2	9
31-35	5	1	6
36-40	2	1	3
41-45	2	4	6
46-50	4	3	7
TOTAL	29	14	43

PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA INTERNA FEBRERO-AGOSTO

PX ATENDIDOS
114

TABLA DE EDADES DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA INTERNA

EDAD	FEMENINO
13-19	33
20-25	28
26-30	11
31-35	23
36-40	11
41-45	3

46-50	5
TOTALES	114

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 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 indican que no desean continuar con ese trato con sus hijos, y que se esfuerzan 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 vínculo 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 o no pagados en absoluto, 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.

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 esta 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 mas 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, se tuvo oportunidad de leer algunos manuales y trifoliales informativos los cuales contienen información incompleta, 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 basta información que la biblioteca y los estudiantes de medicina significaron, con los cuales se pudo encontrar lo siguiente:

Causas del aborto espontaneo:

- 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: puede referirse en este renglón 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 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 esta en riesgo de perder el embarazo pero todavía el útero esta habitado.
- Aborto inminente: es en donde la calidad de vida del contenido uterino esta 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:

- Hombres 85.9 condones 84.2 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.

La OMS conceptualiza el periodo de Adolescencia como el proceso durante el cual el individuo progresa desde la aparición inicial de los caracteres sexuales secundarios (pubertad), hasta el de la madurez sexual y reproductiva; los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde los de un niño a los de un adulto y se hace la transición desde un estado de dependencia socioeconómica total a otro de relativa independencia. A pesar de esto, en el país, se nota que este periodo es saltado casi en su totalidad, para pasar a una etapa de relativa madurez y responsabilidad prematuras a su periodo de aparición, ya que durante la adolescencia, es cuando mas se encuentran dentro de las áreas de salud, los embarazos y nuevos roles tanto masculinos como femeninos, en una etapa de la vida en la que se ven abruptamente cesados ciertos procedimientos naturales tanto físicos como emocionales, por lo que, el

círculo vicioso de la violencia intrafamiliar y la falta de valores morales dentro de la población se ve más marcada.

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 esta 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 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 medica 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 si 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 por la perdida fuera espontánea 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 post aborto, y se planeaban hacer con 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 en algunas ocasiones se les dejo un trifoliar con la información un poco más detallada del aborto y cuidados post abortivos. Se realizaron charlas en otros lugares del departamento, como ya se indicó con anterioridad, y aunque la planificación tuvo que cambiar en su modalidad, de todas maneras fue una experiencia única en su especie.

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.

No se imprimieron cuestionarios ni hojas para testimonio, con lo único con que se contó fue con una libreta de anotaciones u hojas en blanco. 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.

Debido a que habían algunas que no sabían leer, o que preguntaban sobre el tema del aborto, las razones y el cuidado después del aborto, no fueron necesarios muchos trifoliales de información. Por lo general, se daban los trifoliales solamente en el caso de que las pacientes no preguntaran al respecto, se les comentaba sobre estos temas y se les dejaba posteriormente el material para que pudieran leerlo en sus casas y compartirlo con sus parejas y familia. Fueron relativamente pocos, aproximadamente 10 trifoliales, los que se compartieron.

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 al hacer EPS influyó mucho el aspecto personal de ese momento. Se deseaba tener oportunidad de probarse a sí misma en todos los aspectos, además de querer experimentar personalmente la vida independiente de familia, despertar el aspecto de auto retarse y evaluarse en el hecho de vivir una vida totalmente dependiente de si misma 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 ir lo más lejos que se pudiera pero como se relato anteriormente cuando mencionaron el hospital se tuvo la sensación de que ahí era donde debía estar. La oportunidad trajo excelentes recuerdos, mucha experiencia y buenos amigos. El tiempo de propedéutico, aunque aburrido en algunas situaciones, 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 lo que dejaría en la vida. Al mudarse a la antigua y empezar esa aventura, 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, transcurrieron varios días sin atender a nadie, en esta ocasión el servicio comenzó casi que de inmediato, parecía que nos estaba esperando. Ha de decirse que al principio nos perdimos mucho, en relación con el hospital donde se hizo la práctica, este era talvez el triple de 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

desplazamiento 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 son 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 extracción de datos que eran necesarios para la investigación, por lo que no recuerdo exactamente como comencé la entrevista, solo se que se finalizo con éxito.

En ese punto se cae en la cuenta, o al menos se inicia en el descubrimiento de 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 practica se nota que no siempre es posible tener el espacio y a la población disponible, por lo que, se tuvo que ingeniar 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 como un mero 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 relegada 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 de que estamos hechos, 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 con tope 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 atendieron solamente dos casos de abortos inducidos. 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 si, los abortos naturales son más comunes entre la población. En general fueron los casos siguientes los únicos a los que se les dio atención en el área de Encamamiento. El primer caso fue el de una joven de 25 años la cual ingresó en estado grave a la UCI (unidad de cuidados intensivos), esto se debió a que la joven asistió a una persona particular para que le realizara un aborto. La razón, fue porque ella ya es madre de un niño en la actualidad, y la persona con la que engendró al segundo hijo no es una pareja habitual, por lo que la joven tuvo miedo del rechazo de la misma y la reacción de su familia, por lo que de acuerdo a la historia que da, fue a una farmacia cercana a su localidad y preguntó que podía hacer, el personal de la farmacia la refirió a una persona, mujer de aproximadamente 45 años a la cual ella no le preguntó ni como se llamaba, y esta persona le dijo que le realizaría un aborto. La joven fue introducida en un cuarto e inició el procedimiento en situaciones nada sépticas. Al parecer la mujer le dejó una sonda dentro del organismo que provoco que la misma le perforara la matriz, el útero y le llegara casi hasta el intestino. La paciente refiere que con mucho dolor se fue para su casa, esperando que el dolor pasara, pero cuando transcurrieron varios días y ella no veía mejoría y más bien observaba sangrado, decidió decirle a una de sus hermanas lo que había pasado, ella la llevó a un

sanatorio privado del cual la refirieron al hospital. La paciente llegó grave, y tuvieron que realizarle una operación exploratoria de emergencia donde le extrajeron la sonda. La experiencia para la joven fue traumática, ya que después de eso obtuvo la reacción negativa de su familia y del padre de su hijo. Hasta el momento la joven menciona que en realidad ella no estaba segura de si estaba embarazada pero que su actitud y la consiguiente reacción fueron llevada a cabo por miedo. La joven asistió a psicoterapia después de su alta hospitalaria, mejoró mucho en su estado emocional durante el tiempo que asistió. El otro caso es de una joven de 18 años que tomó pastillas para provocarse el aborto, pero este fue frustrado ya que fue llevada al hospital y ahí lograron detener el embarazo. Mencionaba sentirse arrepentida, porque pensó que su familia y su novio la iban a rechazar, pero cuando observó que la reacción de ellos 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. Estos dos casos además del temor por la reacción de sus familias, marca también la poca información que se tiene con respecto a los abortos, ya que en ambas su vida corrió peligro por un momento, 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.

Fue notable que debido a que solamente se tuvo un día de atención en consulta externa los pacientes que pudieron atenderse fueron pocos. 43 fueron los pacientes atendidos en total durante el tiempo de realización del ejercicio, cuyas reconsultas se cuentan en 301. El grupo mayoritario consistió en mujeres de 26 a 30 años de edad que asistían por problemas tales como depresión y problemas de pareja. Los hombres aunque en menor cantidad también tuvieron bastante protagonismo en consulta externa, ya que aunque se atendieron solamente 14, sus casos fueron bastante interesantes, y al final se notó que expresaban mejor sus emociones que las mujeres. La problemática general del hombre, mostrada en las sesiones, era la depresión y la impotencia. 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 imperante en el área, se nota que ellos necesitan un lugar privado y lejano a la vista de su comunidad para expresar sus emociones, porque muchos de ellos mencionaron que si eran vistos llorar o darse por vencidos, eran rebajados de su papel como cabeza 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 llorar, 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 nueva gama de opciones que les brindan la ayuda que tanto necesitan para lograr su equilibrio general.

En la consulta interna se atendió un total de 114 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 19 años, de 20 a 25 años y de 31 a 35 años. Y es notable, ya que estas edades se consideran las más saludables del ser humano, ya que 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 estadio no están formados lo suficiente y en el segundo estadio ya están cansados o, si les puede decir así, desgastados. 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.

Cuando se realizó la visita domiciliar a San Juan Alotenango, se inicia un proceso de darse cuenta de la importancia que le da el área de salud en general al área

psicológica. Esta solicitud nos fue enviada por parte del centro de salud de la localidad, para pedirnos entrevistas y apoyo con la familia de la joven mujer que falleció. Aunque encontramos la historia de la experiencia bastante confusa y llena de huecos de información, pudimos acercarnos de forma personal a la convivencia de esta familia que además de estar en proceso de duelo por su hija y hermana, estaban sorprendidos ya que todos ellos mencionaban no estar enterados del embarazo de la joven hasta que fue el suceso. Esta experiencia acercó un poco más a la dinámica que se vive en las visitas domiciliarias y fue de bastante importancia en el proceso de autoformación.

ACCIONES DE INVESTIGACION

A continuación se transcriben algunos 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

M.E.P.S 14 años aborto incompleto

“me siento triste porque yo si quería al bebe, es mi primer embarazo y yo si lo quería. No se que me van a decir en mi casa porque no he hablado con nadie, solo empecé con sangrado bastante y me vine para acá, sin saber que me iba a quedar internada. No se que voy a hacer.”

La paciente se mostraba un tanto evasiva más que todo 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 no sentirse culpable porque no hizo nada malo, de acuerdo a sus palabras.

Testimonio #2

A.C.P. 18 años aborto espontaneo

“Me siento triste, no esperaba que me pasara esto, no se porque pero me siento triste. Es mi primer embarazo y aunque no sabia, pero eso no significa que no me afecte, pensé que era solo un retraso, hasta aquí me vine a enterar.”

La paciente 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 no sentirse culpable.

Testimonio #3

B.M. 17 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 chinito como mi esposo y ahora ya no se va a poder, no se porque pasan estas cosas...”

Esta joven fue ingresada por la muerte de su hijo de 7 meses de gestación. Se encuentra 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

M.V. 20 años aborto inconcluso

“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, vine aquí y me dijeron que había sido un aborto. En ese momento me sentí triste pero ahora ya me paso, talvez ya lo acepte como algo que Dios decidió y que pueda que sea para mi bien...”

La paciente se nota equilibrada y eutimica en apariencia, no llora y sonríe a veces, no se siente culpable, tenía 4 meses de embarazo al momento del aborto. Se siente positiva y desea tener hijos más adelante, como ella misma dijo, esta muy joven y tiene mucha vida por delante.

Aunque no son todas las experiencias que pudieron haberse anotado y mucho menos son las más importantes, en si fueron las que mas marcaban las emociones de las pacientes en relación a su proceso de aborto. Se puede notar que sus emociones pasan 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 el sabe porque hace las cosas. Esa frase fue común en todas las mujeres a las que se entrevistó. Indica en esas ideas la gran espiritualidad y religiosidad general que poseen 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 puede darles explicación satisfactoria se enfrenta a su religión para encontrar no tanto soluciones sino consuelo en su soledad.

Al menos en una opinión personal, el ejercicio dura demasiado poco. Son pocos meses en los que se intenta hacer talvez no un cambio, sino un acercamiento en la población, que cuando se logra y se puede decir que esta 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 frágil mundo de algunas personas que aún con desconfianza colocan en nuestro sentido común 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 la edad y la alimentación de la mujer es un factor bastante importante para evitar un aborto. 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 esta iniciando su vida sexual y sexogenital resulta embarazada se ven mezclados una serie de factores tanto físicos como emocionales que la hacen incapaz de ser madre. La joven aún esta en desarrollo físico, su cuerpo aún debe moldearse para diversas acciones referentes a la pubertad, y cuando se ve transportada hacia la maternidad esto puede 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 si, se nota entonces que el peor momento de la mujer para ser madre 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 de legado 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 45 años que tenía 11 hijos y los mayores ya estaban casados y habían iniciado sus propias familias. Entre la población de esa área esto no parece ser extraño, mas 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 anticoncepción y a la información sobre la misma. 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.

La clínica de planificación familiar tiene como función principal dar educación a la población sobre control y espaciamientos de embarazo, pero en muchas ocasiones por no tener una clínica específica, 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 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 esta 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 FORMACION

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 un aborto nuevo.

Se dice en el ambiente médico que 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.

Por lo anterior, como profesional 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 ya maltratado estado de animo 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 lograban formar más y agregar datos a 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 practicas anteriores el apoyo era casi

nulo, y teníamos que ver que lográbamos hacer con los recursos que nos daban, en cambio aquí, teníamos un poco mas libertad de ejercicio, ya que los recursos se nos daban en mayor cantidad, con lo que, nuestro servicio era mas certero y exitoso.

Además de esta experiencia, se tuvo la oportunidad de participar activamente en otras que fueron un poco más positivas y menos tristes. Por ejemplo, el área de salud de Sacatepéquez estableció una estrategia Educativa en Salud y Educación Reproductiva dirigida a los adolescentes del área. Esta consistía en una red llamada de maternidad y paternidad responsable, que se encargaba de realizar talleres de información con respecto a temas concernientes a la reproducción y el desarrollo sexual de los jóvenes, intercalando temas de anticoncepción y respeto humano. En lo personal se estuvo designada por parte del hospital para la comisión de educación y formación, la cual tenía como tarea designar los temas que iban a impartir los capacitadores, así como brindar la temática necesaria para realizar manuales y CD's que utilizarían los facilitadores que tendrían a bien impartir los talleres con la juventud designada en las áreas designadas por las comisiones. La tarea fue apoyar a los integrantes de la comisión específica, a realizar presentaciones y redactar los temas para que fueran fáciles y entendibles para la juventud a la que iban a ser dirigidos, por lo que las reuniones que se tuvieron fueron bastante dinámicas. Contábamos con Médicos, Enfermeras, Trabajadoras Sociales, Psicólogos y otros profesionales para realizar esta labor, la cual fue bastante positiva. Aunque al final los asistentes a las reuniones eran menos y por lo consiguiente las reuniones se fueron pausando hasta que al final ya no se hicieron, la oportunidad que se tuvo de formar parte de un equipo multidisciplinario como ese, fue bastante rica en información y en experiencia.

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. Se intenta por un momento de imaginar en una situación similar, es decir, pensarse a si 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, encuentra que en 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 este dispuesto a hacerlo.

Las causas de los abortos en si, no son lo importante. La docencia además de brindarles información importante a las pacientes, arrojó mucha información que era desconocida para la Epesista hasta ese momento. Pueden haber muchas causas para los abortos, la más extraña que se encontró fue la del aborto por incompatibilidad de Rh en sangre. Esta consiste en que el factor Rh de la sangre de ambos padres es incompatible, por lo que la matriz detecta el producto de la fecundación como un ente extraño al cuerpo de la madre y lo expulsa. Esto se da por la formación de anticuerpos para atacar las bacterias que puedan ingresar al cuerpo. 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 ejercicio profesional supervisado, 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 que están hechos, y hacia donde se encuentra su determinación en Psicología, alguien dijo una vez que cuando uno ingresa a la escuela de Psicología a estudiar, no sabe realmente hacia donde será su vocación, y que eso se encuentra en el camino, al final de cuentas y en el ultimo año como estudiante de la escuela, creo que por fin se encontró con esa vocación de forma personal.

En apariencia el tiempo que se tiene que pasar trabajando ad honorem, la investigación, la docencia puedan ser situaciones que desalienten a muchos

estudiantes y se decidan a hacer 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 talvez 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 talvez una perdida de tiempo en una opinión muy personal.

No se sabe ni se comprende la realidad guatemalteca hasta que se esta inmerso en ella. Ese fue talvez el pensamiento predominante durante todo el ejercicio, ya que por decirlo de cierta manera, los ojos se abrieron a una realidad totalmente paralela 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 mas 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 esta a la par observando, e incluso se puede decir, no se sabe lo que es ser un paciente del área publica hasta que no se es uno.

Una de las experiencias aunque desagradable, pero mas gratas que hubieron dentro del hospital, creo que fue cuando yo misma me enferme y estuve toda una mañana en el área de emergencias. En ese momento supe que mi formación estaba completa, porque pude experimentar de forma muy personal, lo que sufren miles de personas diariamente. La impotencia, el dolor, el desconocimiento y a veces hasta la indiferencia que se sufre siendo parte de una estadística social no se siente tan fuerte hasta que uno forma parte de esos números. Y aunque no estuve mucho tiempo ingresada, por un momento supe y me vi desde la perspectiva en la que se ven todas esas personas que forman parte de los expedientes clínicos de los hospitales, fue en realidad una experiencia reveladora en mi carácter. No quiero decir con todo esto que los médicos sean ineficientes, que no tengan el nivel adecuado o que no tengan el calor humano para hacer su trabajo, me refiero con esto a que debido a la demanda tan fuerte y numerosa del servicio de salud pública, en algún momento los médicos ven que sus trabajos deben realizarlo casi al tope de sus recursos, por lo que dejan de hacer lo imposible y se conforman con hacer lo que fue posible hacer.

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 practica 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 Guatemala, además de toda la problemática psicosocial, padecemos de una mala estrategia dada por los altos mandos de la nación en lo que a salud pública se refiere, ya que se designan grandes cantidades de recursos y esfuerzo en otras instancias que a pesar de ser importantes, no son de vital interés para la población, con lo que se ven a diario como los hospitales y centros de salud pública trabajan al tope de sus recursos con personal cansado y mal motivado, con lo que lo único que se logra es que la salud de la población en general valla decayendo cada día.
- Con el ejercicio profesional supervisado se aporta bastante esfuerzo en mermar las situaciones estresantes en la población en lo que a salud mental se refiere, por lo que debería darse más importancia a este proceso como forma de graduación ya que, gracias al mismo, se devuelve a la población no de forma monetaria sino más bien en forma del recurso humano y el interés tan necesario en la salud pública nacional.
- A veces, el estudiante y futuro profesional de la Psicología puede caer en un estancamiento educativo, ya que debido a sus propios intereses decide quedarse solamente con un área específica de practica, con lo que su servicio se vuelve limitado y no llega a todas las poblaciones que debería, el estudiante debe tener una mente flexible y abierta a todas las áreas de la Psicología, ya que no se logra avanzar mucho y mucho menos ayudar a mermar los problemas desde solamente un punto de vista o una escuela específica. Debe más bien, contener en su acervo, las armas que le sirvan para aplacar cualquier situación en la que pueda verse en lo que a practica se refiere.
- El ministerio de salud debería tener como prioridad la salud en los lugares mas 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 mas alejados a la urbe capitalina.

- La labor de las personas que trabajan en el sector de salud pública ciertamente es envidiable en lo que a vocación se refiere, ya que estos mismos se dirigen diariamente a sus trabajos, en los cuales además de estar mal pagados se enfrentan a los riesgos epidemiológicos y en muchas ocasiones a la mala actitud de la población, 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 publicas de salud, se ven noticias en donde en ciertos lugares se desechan medicinas y accesorios médicos que podrían haberse utilizado de mejor forma si se tuviera un control adecuado y una buena administración en dichas instituciones, lo cual hace que el trabajo de los médicos y enfermeras tenga que hacerse en las peores condiciones.
- No es suficiente con proveer de información contraceptiva a los adolescentes y proporcionarles métodos para evitar los embarazos, es necesario también educarlos en su salud integral, en cuestiones de alimentación y cuidados hacia el cuerpo, 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.
- 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 con procrear más personas a vivir 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, 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 publicas del país, y con esto ayudaría a minimizar en general las enfermedades más extenuantes 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 de su trabajo, no nos sirve solamente ser doctos en teorías y estrategias psicológicas de atención, debemos también saber de derecho, 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 su éxito.

RECOMENDACIONES

- Debe dársele más importancia al sector público de salud, ya que solamente una pequeña parte de la población puede costearse médicos y sanatorios particulares, 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 si 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.
- Los puestos de salud más lejanos 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 tambaleante 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 estatus que esta te da, y no tanto porque la vocación sea servir a la población más afectada.
- Los programas que se realizan de reproducción y educación reproductiva además de dirigirse a la comunicación de información con respecto a métodos contraceptivos y sus usos deberían establecer vías de diálogo con la población activa reproductivamente para que sepan también los riesgos que conlleva una mala actitud reproductiva para que puedan estar más conscientes y enterados de lo que puede ocurrir por iniciar con etapas para las cuales aún no están listos ni física ni emocionalmente.

- 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, además de entrenar más efectivamente 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 trata directa 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 mas debemos estar conscientes de nuestro rol y prepararnos, ya con todo el conocimiento y la experiencia que se obtiene durante la vida universitaria puede darse una idea de cuales son las áreas que más necesitan de la Psicología y desviar los esfuerzos a cubrirlas.

BIBLIOGRAFIA

- Contreras Budge, Eduardo PLANIFICAR ES ALGO PARA TENERLE MIEDO?
- Corporación AVRE 2002 MAP1 TALLER PARA MULTIPLICADORES(AS) EN ACCIONES PSICOSOCIALES UNO Bogotá, Colombia
- Gallegos, Manuel LA EPISTEMOLOGIA DE LA COMPLEJIDAD COMO RECURSO PARA LA EDUCACION Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario
- 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)
- Jara H. Oscar EL APOORTE DE LA SISTEMATIZACION A LA RENOVACION TEORICO-PRACTICA DE LOS MOVIMIENTOS SOCIALES Alforja
- 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 Capitulo III DIFERENTES MOMENTOS DEL PROCESO DE INVESTIGACION CUALITATIVA Y SUS EXIGENCIAS METODOLOGICAS
- www.deguate.com/salud/article_11834.shtml

GLOSARIO

1. **ANIMÍSTICA** (animismo): es un concepto que engloba diversas creencias en las que tanto los objetos (útiles de uso cotidiano o bien aquellos reservados a ocasiones especiales) como cualquier elemento del mundo natural (montañas, ríos, el cielo, la tierra, determinados lugares característicos, rocas, plantas, animales, árboles, etc.) están dotados de alma y son venerados o tenidos como dioses.
2. **COERCIÓN**: es la amenaza de utilizar la violencia (no solo física sino de cualquier otro tipo) con el objetivo de condicionar el comportamiento de los individuos.
3. **CONTRACEPTIVOS**: agente, dispositivo o método que impide la fecundación.
4. **CÚPULA**: es un elemento arquitectónico que se utiliza para cubrir un espacio de planta circular, cuadrada, poligonal o elíptica, mediante arcos de perfil semicircular, parabólico u ovoidal, rotados respecto de un punto central de simetría.
5. **MENOSCABE**: disminuir algo en valor, importancia o prestigio.
6. **ZOOMORFO**: que tiene forma o apariencia animal.