

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

DEPARTAMENTO DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO -EPS-

**“ACTITUDES EN MUJERES EMBARAZADAS Y MADRES PRIMERIZAS QUE
SE ENCUENTRAN EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL
ROOSEVELT”**

JACQUELINE YANIRA JOHNSTON OSORIO

GUATEMALA, JUNIO 2024

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

**“ACTITUDES EN MUJERES EMBARAZADAS Y MADRES PRIMERIZAS QUE
SE ENCUENTRAN EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL
ROOSEVELT”**

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

POR
JACQUELINE YANIRA JOHNSTON OSORIO

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
ORIENTADORA VOCACIONAL Y LABORAL

EN EL GRADO ACADÉMICO DE
TÉCNICA UNIVERSITARIA

The seal of the Academia Coahuilensis is a large, circular emblem in the background. It features a central shield with a crown on top, flanked by two lions. Below the shield is a banner with the word 'PLUS'. The outer ring of the seal contains the Latin text 'CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COAHUILENSIS INTER'.

MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina
DIRECTOR

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizabal de León
SECRETARIA

M.A. Karla Amparo Carrera Vela
MSc. José Mariano González Barrios
REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Viviana Raquel Ujpán Ordóñez
Nery Rafael Ocox Top
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

M.A. Olivia Marlene Alvarado Ruíz
REPRESENTANTE DE EGRESADOS

Cc. Archivo

EPS. 094-2023

UG-157-2024

CODIPs. 1230-2024

ORDEN DE IMPRESIÓN INFORME FINAL DE EJERCICIO TÉCNICO SUPERVISADO-OVL

29 de mayo de 2024

Estudiante

Jacqueline Yanira Johnston Osorio

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante **Johnston Osorio:**

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el **Punto VIGÉSIMO SEXTO (26°)** del **Acta VEINTISEIS - DOS MIL VEINTICUATRO (26-2024)** de sesión celebrada por el Consejo Directivo el 27 de mayo de 2024, que copiado literalmente dice:

“VIGÉSIMO SEXTO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS-, titulado: **“ACTITUDES EN MUJERES EMBARAZADAS Y MADRES PRIMERIZAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT”** de la carrera de **Orientación Vocacional y Laboral**, realizado por:

Jacqueline Yanira Johnston Osorio**Registro Académico 2016-11297****CUI:****3002-35240-0101**

El presente trabajo revisado por **M. Sc. Edgar Alfonso Cajas Mena**.

El Consejo Directivo con base en lo anterior, **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 de Tesis con fines de Graduación Profesional”.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciada Julia Alicia Ramirez Orizabal de de León
SECRETARIA



/Bky

Guatemala, 23 de mayo del 2024

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, la estudiante **JACQUELINE YANIRA JOHNSTON OSORIO, CARNÉ NO. 3002-35240-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2016-11297 y Expediente de Graduación No. OVL-05-2023-ETS**, ha completado los trámites correspondientes para trámite de graduación profesional del nivel técnico.

Por lo antes expuesto, con base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado **"ACTITUDES EN MUJERES EMBARAZADAS Y MADRES PRIMERIZAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT."**, mismo que fue aprobado por el MSc Francisco José Ureta Morales, Coordinador del Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, el 22 de abril de 2024.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Atentamente,


M.Sc. MAYRA LUNA DE ALVAREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN



CC. Archivo

Adjunto: Expediente completo e Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado - ETS- en digital e impreso.

E.P.S. 094-2023
Reg. CODIPs. 1874-2023
22 de abril de 2024

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha tenido conocimiento del trabajo realizado por los profesionales a cargo de la **supervisión, asesoría, revisión y aprobación**, de Informe Final del Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- de:

Jacqueline Yanira Johnston Osorio, Carné No. 201611297, DPI 3002-35240-0101

Titulado:

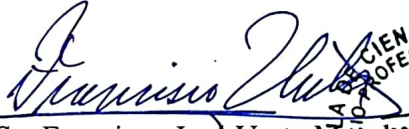
“ACTITUDES EN MUJERES EMBARAZADAS Y MADRES PRIMERIZAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT.”

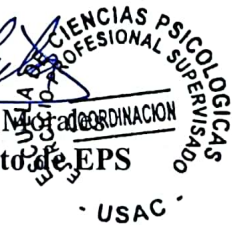
De la carrera de **Orientación Vocacional y Laboral**

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


MSc. Francisco José Ureta
Coordinador del Departamento de EPS



c/ Expediente
Djgl/Informe final/01

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11
Correo electrónico: eps@psicousac.edu.gt

E.P.S. 094-2023
Reg. CODIPs. 1874-2023
22 de abril de 2024

M.A. Mayra Friné Luna de Alvarado
Coordinadora de Unidad de Graduación
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Coordinadora:

Informo a usted que se ha tenido conocimiento del trabajo realizado por los profesionales a cargo de la **supervisión, asesoría, revisión y aprobación**, de Informe Final del Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- de:

Jacqueline Yanira Johnston Osorio, Carné No. 201611297, DPI 3002-35240-0101

Titulado:

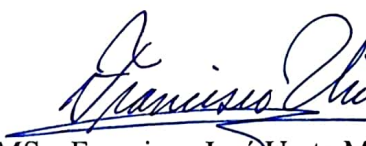
“ACTITUDES EN MUJERES EMBARAZADAS Y MADRES PRIMERIZAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT.”

De la carrera de **Orientación Vocacional y Laboral**

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


MSc. Francisco José Ureta Morales
Coordinador del Departamento de EPS


c/ Expediente
Djgl/Informe final/01

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11
Correo electrónico: eps@psicousac.edu.gt

E.P.S. 094-2023
Reg. CODIPs. 1874-2023
19 de abril de 2024

MSc. Francisco José Ureta Morales
Coordinador del Departamento de E.P.S.
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Coordinador:

Informo a usted que se ha **supervisado, asesorado y aprobado** el Informe Final del Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- de:

Jacqueline Yanira Johnston Osorio, Carné No. 201611297, DPI 3002-35240-0101, titulado:

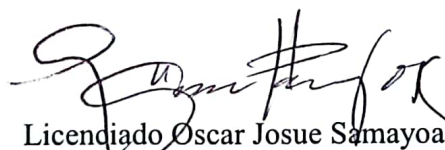
“ACTITUDES EN MUJERES EMBARAZADAS Y MADRES PRIMERIZAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT.”

De la carrera de **Orientación Vocacional y Laboral**

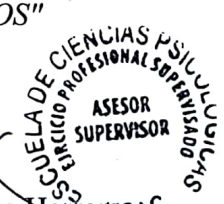
Asimismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este Departamento, por lo que me permito remitir la respectiva APROBACIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licenciado Oscar Josue Samayoa Herreras
Asesor-Supervisor



Unidad de Graduación
DJ. / Expediente

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11
Correo electrónico: eps@psicousac.edu.gt

E.P.S. 094-2023
Reg. CODIPs. 1874-2023
19 de abril de 2024

MSc. Francisco José Ureta Morales
Coordinador Del Departamento de E.P.S.
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Coordinador:

Informo a usted que se ha **revisado, asesorado y aprobado** el Informe Final del Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- de:

Jacqueline Yanira Johnston Osorio, Carné No. 201611297, DPI 3002-35240-0101

Titulado:

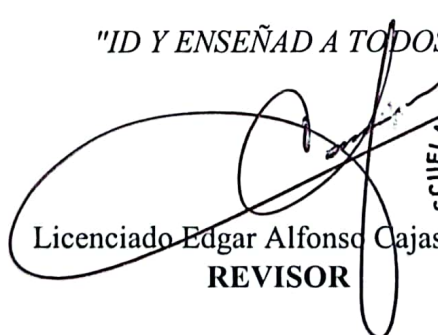
“ACTITUDES EN MUJERES EMBARAZADAS Y MADRES PRIMERIZAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT.”

De la carrera de **Orientación Vocacional y Laboral**

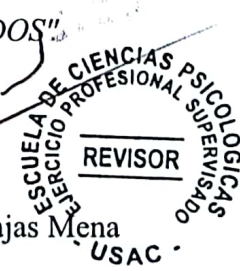
Asimismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este Departamento, por lo que me permito remitir la respectiva APROBACIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licenciado Edgar Alfonso Cajas Mena
REVISOR



Unidad de Graduación
DJ. c/ Expediente

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11
Correo electrónico: eps@psicousac.edu.gt

C.c. Archivo

EPS 094-2023
CODIPs.1874-2023

APROBACIÓN DE PROYECTO ETS/OVL

12 de octubre de 2023

Estudiante

Jacqueline Yanira Johnston Osorio

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante **Johnston Osorio**:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el **Punto VIGÉSIMO TERCERO (23º.)** del Acta **CINCUENTA Y SEIS - DOS MIL VEINTITRÉS (56-2023)** de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 05 de octubre 2023 que en su parte conducente literalmente dice:

“VIGÉSIMO TERCERO: Considerando que se conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS-, titulado: **“ACTITUDES EN MUJERES EMBARAZADAS Y MADRES PRIMERIZAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT”** de la carrera de Orientación Vocacional y Laboral, presentado por:

Jacqueline Yanira Johnston Osorio

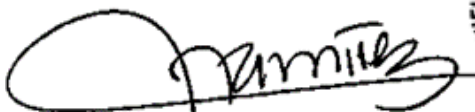
Registro Académico 201611297
CUI: 3002-35240-0101

Dicho proyecto se realizará en **zona 11, ciudad capital**, asignándose a **Licenciada Evelyn Palacios**, quien ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente y a **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-. El Consejo Directivo **Acuerda APROBAR SU REALIZACIÓN.**”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal de de León

SECRETARIA



/Bky



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL

CARTA DE CULMINACIÓN



Guatemala, 22 de diciembre 2023

Licenciado
Oscar Samayoa
Supervisor de Ejercicio Profesional Supervisado
Universidad San Carlos de Guatemala

Licenciado Samayoa:

Por este medio me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que la estudiante JACQUELINE YANIRA JOHNSTON OSORIO, con número de carné 201611297 de la carrera de ORIENTACION VOCACIONAL Y LABORAL, de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, **CULMINÓ SATISFACTORIAMENTE**, las prácticas Técnicas de su carrera, en el periodo del 17 agosto del 2022 al 15 de febrero del año en curso.

Para los usos que a la interesada convengan, extendemos la presente notificación.

Atentamente,


Licda. Evelin Palacios
PSICOLOGA
COL. 3761
Licda. Evelin Palacios
Coordinadora Académica
Departamento de Salud Mental



PADRINO

OSCAR JOSUÉ SAMAYOA HERRERA

Colegiado: 4370

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por permitirme el maravilloso don de la vida, bendiciendo mi camino y dándome la oportunidad de crecer como lo he hecho.

A MIS PADRES:

Juan Johnston y América Osorio, por instruir mi camino con paciencia y cariño, por su apoyo he logrado llegar hasta acá.

A MI HERMANO:

Juan Francisco Johnston, por su compañía en los momentos adversos porque me ha apoyado en todo momento.

A MIS ABUELOS:

Por todo su cariño y esmero desde mi niñez. En especial a mi abuela Berta Lidia Morales que me dejó durante la realización de dicho proyecto. Este va por ti, hasta el cielo.

A MI TÍA MADRINA:

Wendy Osorio, muchas gracias por brindarme su apoyo incondicional cuando más lo he necesitado.

AL LICENCIADO:

Oscar Samayoa, por su apoyo incondicional y acompañamiento durante la realización del ejercicio técnico, por dejar una huella positiva en mi vida en el arte de la enseñanza.

DEDICATORIA

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que incluye este. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

GRACIAS MADRE Y PADRE.

Este proyecto se lo dedico a Dios quién me ha guiado por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome como intervenir en las adversidades sin perder la dignidad, ni desfallecer en el intento.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I	7
ANTECEDENTES UBICACIÓN CONTEXTUAL	7
1.1. Aspecto histórico antropológico	7
1.2. Aspecto sociocultural.....	11
1.3. Aspecto socioeconómico	14
1.4. Aspecto ideológico político	17
1.5. Descripción de la institución.....	21
1.6. Descripción de la población a la cual va dirigida el ETS	25
1.7. Planteamientos de los problemas/necesidades psicosociales.....	31
CAPÍTULO II.....	34
REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO	34
2.1. Abordamiento teórico de los problemas/necesidades psicosociales	34
2.2. Objetivos.....	68
2.2.1. General	68
2.2.2 Específicos	68
2.3. Metodología.....	69

CAPÍTULO III	77
3.1. Atención directa	77
3.2. Prevención/docencia	81
3.3. Investigación cualitativa	85
CAPÍTULO IV	97
ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	97
4.1. Atención directa	97
4.2. Prevención/docencia	100
4.3. Investigación cualitativa	102
CAPÍTULO V	106
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	106
5.1. Conclusiones generales	106
5.1.1. Conclusiones específicas	106
5.2. Recomendaciones generales	107
5.2.1. Recomendaciones específicas	107
BIBLIOGRAFÍA	109
ANEXOS	112

RESUMEN

Se llevo a cabo el Ejercicio Técnico Profesional en el Hospital Roosevelt, ubicado en zona 11 sobre la Calzada Roosevelt. Se trabajo específicamente en el área de maternidad, la cual abarca el cuidado integral de las mujeres en estado de gestación así mismo como el cuidado a los recién nacidos de las mismas. En el ETS se acompañó principalmente a mujeres que dieron a luz, mujeres que sufrieron una perdida durante su embarazo, así como mujeres que fueron atendidas en dicho centro por alguna intervención quirúrgica.

Durante el proceso se brindó el servicio de psicoterapia, dichas sesiones de atención directa consistieron en establecer el motivo de consulta, reestablecer a la paciente en el momento de crisis, realizar una implementación de un plan psicoterapéutico orientado a la disminución de signos y síntomas presentados, o bien, la erradicación de la problemática presentada por el paciente, también con el fin de acompañar a los pacientes y brindarles orientación según el caso.

En cuanto al proceso de prevención o docencia se impartieron talleres con distintas temáticas, en donde se brindar psicoeducación sobre la importancia de tener un equilibrio como mujer en todos los ámbitos que desempeñan, así como la implementación de charlas para identificar emociones y tener una comunicación asertiva.

Adicionalmente se realizó una investigación de tipo cualitativa con diseño narrativa con el objetivo de poder describir las actitudes en mujeres embarazadas y madres primerizas que se encuentran internadas en el área de maternidad del Hospital Roosevelt.

INTRODUCCIÓN

El Ejercicio Técnico Profesional se llevó a cabo en el Hospital Roosevelt, el cual se basó en tres ejes importantes: atención individual, prevención / docencia e investigación.

Como objetivo general se propuso brindar apoyo psicoemocional a pacientes que presentan problemas al momento de estar internados en dicho centro asistencial, para así contribuir a su calidad de vida.

Como objetivos específicos para el eje de atención individual se planteó brindar terapias motivacionales grupales, para así brindar herramientas para combatir la depresión y afrontar la ansiedad. Así mismo se brindaron terapias con enfoque cognitivo-conductual individual, para hacer mención al manejo de afrontar de manera adecuada el duelo perinatal.

En el eje de prevención/docencia se estableció como objetivo impartir talleres para ampliar información importante sobre los cambios que pasa la mujer durante el periodo de maternidad, además de indicar sobre los cuidados que debe de tener con su bebé. De igual manera se menciona la importancia del empoderamiento femenino.

En cuanto al aporte científico a la institución, se llevó a cabo una investigación que describe las actitudes de las mujeres embarazadas, así como los cambios y temores de las madres primerizas que se encuentran internadas en el área de maternidad del Hospital Roosevelt, a través de testimonios con lo que se logró identificar las deficiencias por las que pasan durante su proceso intrahospitalario.

Los principales problemas psicosociales identificados fueron los siguientes:

Pobreza, existen ciudadanos que no cuentan con recursos para poder costear exámenes y laboratorios, por lo que buscan ser atendidos en este centro para así reducir gastos durante su tratamiento. Pero en ocasiones se encuentran decepcionados, ya que dentro del hospital hay ciertos exámenes que no realizan, y para poder realizar un diagnóstico exacto lo que sugieren es que se realicen dichas pruebas fuera del hospital y se presenten cuando ya tengan los resultados para así lograr brindar una atención directa.

Negligencia, existen ciudadanos que por no prestar atención a los mensajes que ha enviado su cuerpo durante cierto periodo de tiempo, en el momento que deciden asistir ya la enfermedad se encuentra avanzada, y sus tratamientos por ende son más fuertes para así lograr contraatacar la enfermedad. Estos pacientes se sienten frustrados porque al momento que deciden presentarse al hospital desean ser atendidos de manera breve, no logran captar que el protocolo que maneja el hospital es distinto, y se deben de realizar exámenes previos para identificar el tratamiento adecuado para contraatacar su enfermedad.

Ignorancia, hay familiares de pacientes los llegan a considerar que con algunos remedios caseros o infusiones lograrán hacer que su salud mejore, y lo único que logran es que este avance con rapidez, porque el sistema inmunológico se debilita al no atacar la enfermedad que está afectando.

Machismo, mujeres han llegado en estado delicado a la emergencia de maternidad, con hemorragias severas, y necesitando una intervención urgente, en donde no es opción negarse ya que su vida depende de eso, y estás al momento de encontrarse en su recuperación indican que no habían asistido con el médico porque sus parejas se los tenía prohibido, ya que según indican el pensamiento de ellos es “no puedes ir al hospital, para que un hombre te vea, eso me ofende a mí como tu pareja”, y la mujer con tal de evitar problemas con su pareja decidí hacer caso.

Costumbre, algunas de las personas que habitan en pueblos indígenas dentro de los Departamentos han explicado que ellos cuando alguien de sus familias se enferma lo que hacen es acercarse al curandero del lugar para que con hierbas logré erradicar el mal que ataca al paciente, ellos consideran como primer opción esa, ya cuando ven que los ritos no tienen un efecto positivo en la salud del paciente es cuando deciden acercarse al centro de salud más cercano a pedir ayuda, y es ahí cuando el hospital recibe a los pacientes referidos, porque desarrollan otras patologías por no ser atendidas en el momento, y además por utilizar tratamientos alternativos que no han logrado su objetivo.

Creencias, parte de la población tiene un médico de cabecera en el que confían, en muchas ocasiones se ha logrado identificar que los pacientes que llegan al área de emergencia han sido tratados con medicación que no es la adecuada, simplemente lo único que hace es controlar los malestares, pero no erradicar la enfermedad como tal. Cuando se logra estabilizar al paciente y conversar con este, indica que su médico ha estado tratando su enfermedad, pero incluso se logra identificar en casos que es el mismo médico que permite que la enfermedad avance, y esto lo hace con tal de tener a su paciente asegurado.

Transporte, existen personas del interior del país que necesitan asistencia médica, pero como fue mencionado antes, no cuentan con la economía necesaria para lograr costear el medio para lograr transportarse, inician sus tratamientos, pero no los siguen como es por lo lejos que se ubican, entonces se presentan al hospital cuando logran reunir el dinero para costear su pasaje.

Mitos, parte reducida de la población se acerca al centro asistencial, asisten a sus citas, y se realizan todo tipo de exámenes y pruebas que han sido recomendadas por el médico para identificar el diagnóstico exacto de la enfermedad que esta afectando su salud, cuando el médico le indica el resultado y por ende es sugerido un procedimiento quirúrgico para su bienestar, el

paciente decide desertar del tratamiento, porque aún existe el mito que al momento de aceptar una operación, la intervención por más sencilla que sea llevará las complicaciones que no saldrá bien, y su por ende su salud se va a deteriorar más rápido.

Miedo, mucha población indígena y en algunas ocasiones también se da en los adultos mayores que visitan las instalaciones del hospital, se da el caso que saben que su salud se encuentra muy delicada, pero por miedo a asistir, y para evitar el quedarse ingresados es que no asisten. En el caso de los adultos mayores, se ha logrado identificar que ellos le tienen miedo a ir al hospital porque consideran que sus familiares lo que quieren es que se queden ingresados para así dejarlos ahí y ya no estar con ellos.

Lo anteriormente mencionado se abordó desde un enfoque psicosocial y considerando que estos problemas pueden ocasionar el apareamiento de signos y síntomas en la persona, o bien conflictos en cuanto al establecer relaciones sanas con su entorno médico.

En el primer capítulo, el lector podrá observar los antecedentes de la población en general que habita en el departamento de Guatemala, específicamente las personas que solicitan los servicios de este centro asistencial, de igual manera se exponen aproximaciones sobre los aspectos históricos, antropológicos y sociales, es decir, los eventos importantes que definieron, de alguna forma, la manera en que actualmente se encuentra la población que asiste al Hospital Roosevelt. Así como también, se mencionan en este capítulo aspectos como el sociocultural, que indica las cosmovisiones y tradiciones que imperan en el imaginario social de los habitantes de la región, la parte socioeconómica, la cual brinda información sobre la economía que existe en este municipio, asimismo la ideología política, explica la forma de gobierno y dinámica de poderes que existe en dicho lugar.

Adicional se presenta una descripción de la institución y de la población que fue atendida y beneficiada con la ejecución del Ejercicio Técnico Supervisado. Por último, dentro del primer capítulo, se presenta de forma descriptiva, las principales problemáticas psicosociales identificadas en el Hospital Roosevelt.

En el segundo capítulo, se aborda teóricamente los problemas mencionados en el último inciso del capítulo uno. Es decir que se encuentra la información descrita de forma específica para entender mejor las problemáticas identificadas; así mismo, en este capítulo se enlistan los objetivos planteados para el Ejercicio Técnico Supervisado. Por último, se expone la metodología que se empleó para llevar a cabo cada uno de los tres ejes. En otras palabras, los enfoques y técnicas a seguir para alcanzar los objetivos estipulados.

En el tercer capítulo, se encuentra una narración acerca de las acciones realizadas durante el Ejercicio Técnico Supervisado, así como los principales resultados obtenidos por cada eje, de igual manera se puede encontrar todo lo relacionado al proceso de investigación cualitativa llevado a cabo en el área de maternidad del Hospital Roosevelt.

Seguidamente, en el cuarto capítulo se detalla un análisis de la experiencia, por último, en el quinto capítulo, se exponen las conclusiones y recomendaciones del epesista sobre el trabajo realizado, así como los anexos y listado bibliográfico de la misma.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES UBICACIÓN CONTEXTUAL

1.1. Aspecto histórico antropológico

El Hospital Roosevelt se encuentra ubicado en la región Metropolitana, que corresponde al departamento de Guatemala, se encuentra su localización en la siguiente dirección; 5ª Avenida 6 – 22 Zona 11, Guatemala Ciudad.

De acuerdo con el Diccionario Histórico Biográfico de Guatemala (2004), es uno de los dos grandes centros asistenciales del país junto con el Hospital General San Juan de Dios.

La configuración topográfica de la zona metropolitana de Guatemala nos muestra un valle central de orientación aproximadamente norte – sur bordeado por áreas montañosas al occidente y oriente. Esta configuración ha sido interpretada por algunos autores como hundimiento tectónico o “graben” donde el bloque central se hunde con respecto a los bloques levantados en sus bordes por la acción de la zona falla de Mixco en el occidente y de la zona de falla Santa Catarina Pinula en el oriente. Internamente, el valle forma secuencias de planicies y barrancos como resultado de procesos erosivos del tipo fluvial relacionados a ríos, cañadas y quebradas. Los sistemas fluviales más prominentes en el valle corresponden al río Villalobos al sur y a los ríos El Zapote, Chinautla y Las Vacas al norte.

La topografía tridimensional de la zona Metropolitana de Guatemala (vista desde el sur). Al occidente se observa la zona montañosa de Mixco y San Lucas Sacatepéquez. En la parte central, el valle principal con sus barrancos y mesetas. Y al oriente se observa la zona montañosa de Santa Catarina Pinula.

A lo largo de la evolución urbanística y demográfica del valle de la Ciudad de Guatemala las áreas planas en las mesetas centrales han sido utilizadas para el establecimiento de zonas residenciales, colonias y áreas industriales y comerciales. En contraste, las zonas de los barrancos y laderas han servido para el establecimiento de asentamientos humanos en condiciones precarias con alta susceptibilidad a deslizamientos (Geopetrol, 2007). Frecuentemente, en estas áreas de asentamientos se presentan desastres relacionados con derrumbes y flujos de lodo y tierra en época de invierno.

La ciudad capital de Guatemala es la más moderna y cosmopolita ciudad de Centroamérica. De paso rápido y vibrante, la Ciudad de Guatemala (o Guate como se conoce localmente) es una mezcla de lo viejo y lo nuevo y posee un encanto latino distinto. Como Guatemala, pocos países en el mundo han tenido la oportunidad de fundar tres capitales en lugares distintos a lo largo de su historia.

La ciudad fue fundada en lo que fuera Iximché, la resistencia de los cackchiqueles ante el maltrato español hizo suficiente peso para considerar el traslado de la ciudad, Almolonga.

La Ciudad de Guatemala está localizada en el Llano de la Virgen o de la Ermita, sitio que desde 1530 también era conocido como valle de Las Vacas. Tras los terremotos de Santa Marta que destruyeron parcialmente la ciudad de Santiago de los Caballeros, el 29 de julio de 1773, hoy Antigua Guatemala. El presidente de la Real Audiencia de Guatemala, Don Martín de Mayorga, propone trasladar la Ciudad.

La región aparece en los relatos de los cronistas como un lugar noble, de gran hermosura y rodeado de belleza natural con fuentes de agua potable cercanas. Ya construida la ciudad en el lugar, fue llamada "la más bella de América".

A partir de esta fecha, tras un sin fin de cruce de documentos entre las autoridades locales y la corona, finalmente, el 21 de septiembre de 1775, el Rey Carlos III emitió el Reglamento de Traslación de la ciudad al Valle de la Virgen o de la Ermita, después de haberse realizado estudios pertinentes, que incluían los valles de Jumay y de Jalapa. Tras promulgarse el traslado, el 2 de enero de 1776, los miembros del Ayuntamiento celebran la primera sesión bajo la sombra de unos ranchos de palmas contruidos frente a la iglesia de lo que es hoy la Parroquia, al inicio de la Avenida de los Árboles, en la zona 1.

Es así como, por Real Cédula dada en Aranjuez el 23 de mayo de 1776 y promulgada aquí el 22 de octubre de ese mismo año, la ciudad que se fundó recibió a partir de entonces el título de Nueva Guatemala de la Asunción, mandándose a la vez que quedasen abolidos todos los nombres y títulos que hasta aquel día se habían usado.

Con el traslado de la ciudad se ordena también que se instalen aquí el capitán general, los tribunales reales, las órdenes religiosas, la universidad, la catedral Metropolitana y gran cantidad de vecinos. Se inicia así la Nueva Ciudad de Guatemala.

Llama la atención el trazado urbanístico en damero, siguiendo la tradición de todas las ciudades del país: Avenidas de norte a sur, calles de este a oeste. A principios del siglo XX (1917-1918), Ciudad de Guatemala estuvo a punto de desaparecer a causa de una serie de sismos consecutivos.

La ciudad de Guatemala se reconstruyó de acuerdo a nuevos modelos de construcción y urbanización después de una serie de terremotos que se sucedieron entre 1874 y 1918. La zona norte de la ciudad fue de nuevo muy dañada durante otro gran terremoto en 1976 y se erigieron nuevas edificaciones en la parte sur de la ciudad.

CALZADA ROOSEVELT

La Calzada Roosevelt se localiza entre las zonas 7 y 11 de la ciudad de Guatemala y concluye en Mixco, es una de las vías más rápidas con varios carriles, tiene carriles reversibles y pasos a desnivel, a través de su recorrido se localizan colonias residenciales, comercios de diferente índole, colegios, edificios, bancos, centros comerciales, restaurantes y sitios de interés arqueológico y cultural.

La historia de la Calzada Roosevelt en la Ciudad de Guatemala se remonta al gobierno del presidente Lázaro Chacón, cuando se empezaron a ordenar registros y a acumular datos sobre las tierras que el Estado de Guatemala disponía para la construcción de la Carretera Interamericana. La Calzada Roosevelt es una de las entradas y salidas de la ciudad, comunica al municipio de Guatemala con el de Mixco y forma parte de la Carretera CA1 Occidente (Carretera Interamericana) junto al Bulevar Liberación, Los Próceres y Carretera a El Salvador.

A inicios de los años cuarenta no existía la actual calzada Roosevelt, sino que había una brecha precolombina ancestral que atravesaba varios potreros en los que pasaba el ganado, incluso había varias lagunas. Toda esa vereda precolombina cruzaba una de las defensas de la ciudad, El Guarda Viejo actual o Trébol, que era considerado un inmenso sitio arqueológico.

A inicios de los años cuarenta, algunos empresarios le vieron futuro a la calle paralela a la Calle de San Juan, que hoy se conoce como Calzada Roosevelt, que empezó como una pequeña e insignificante calle que estaba entre los remanentes de la ciudad maya de Kaminal Juyú, que era el viejo camino a Mixco que comunicaba a la Antigua. La Calzada Roosevelt fue inaugurada un 20 de septiembre de 1968 durante la administración edilicia del Lic. Ramiro Ponce Monroy. Fue la empresa Thompson & Cornwell, quienes construyeron el tramo

Centroamérica hasta Panamá, se encargaron de realizar la Calzada Franklin Delano Roosevelt. En aquel entonces, se le bautizó con ese nombre para agradecer a los Estados Unidos por la donación.

1.2. Aspecto sociocultural

Históricamente, el territorio de la Guatemala fue habitado por pueblos indígenas en donde predominaban los maya, tz'utujil, quiché, etc. Desde la llegada de los europeos, primero con los españoles, los habitantes se han mezclado, formando una población que se denomina ladino, que incluye a personas tanto mestizas como blancas e incluso indígenas que se identifican con una cultura de habla hispana y similar al resto de Latinoamérica. También a lo largo del tiempo han llegado inmigrantes que han decidido asentarse en el país lo que provoca la aparición de nuevos grupos étnicos y nuevas culturas en el país. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística de Guatemala (INE), para el Censo 2018, estos son los porcentajes de etnias que existen en Guatemala: Ladinos categoría que incluye a Mestizos, Indígenas hispanizados y Mestizos de apariencia Caucásica- (56%), indígenas (43%) entendiéndose como quienes portan las vestimentas y practican activamente las lenguas mayas.

Guatemala es un país multiétnico, pluricultural y multilingüe. Eso es lo que dicen los Acuerdos de Paz, eso es lo que el Gobierno quiere que diga la Constitución y eso es lo que dicen los datos. También es lo que sabe el Comité Coordinador de Asociaciones Agrícolas, Comerciales, Industriales y Financieras (CACIF).

En Guatemala existen 25 etnias, de las cuales, 22 tienen origen maya y el resto se dividen en ladina, xinka y garífuna. Respectivamente, cada grupo étnico tiene su propio idioma:

22 lenguas mayas, idioma xinka, garífuna y español (etnia ladina). La Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia tiene datos de cómo se distribuye la población del país por etnia.

La población ladina es diversa y presenta determinadas características culturales que se expresan en todo el territorio guatemalteco, principalmente en el departamento de Guatemala y sus municipios.

La población xinka y garífuna es la que se encuentra en menor número poblacional y regional en el territorio nacional. Aun así, la minoría de población xinka se ubica en los departamentos de Santa Rosa (municipio de Chiquimulilla y Nueva Santa Rosa), Jutiapa (Jutiapa y Yupiltepeque) y Guatemala (municipio de Guatemala) con un total aproximado de 15 mil habitantes.

La población garífuna se encuentra concentrada en el departamento de Izabal en el municipio de Livingston y Puerto Barrios.

CULTURA

La ciudad de Guatemala cuenta con una activa vida cultural. La mayoría de los museos del país se encuentran aquí, además de galerías y exposiciones de pinturas, fotografías, grabados, esculturas de artistas guatemaltecos, los teatros también presentan una amplia gama de obras de dramaturgos guatemaltecos.

En la denominada Zona viva se ubican los principales sitios de bailes, música y diversión, así como restaurantes y hoteles de la ciudad.

En la ciudad la fiesta patronal es el 15 de agosto en honor a la Virgen de La Asunción, patrona de la Ciudad. Así mismo la celebración de la Semana Santa cobra relevancia por la realización de los pasos procesionales de las iglesias católicas.

RELIGIÓN

La religión predominante es el cristianismo al que muchos guatemaltecos indígenas han incorporado formas tradicionales de adoración. Un estudio que realizó la corporación latino barómetro, destaca que en el 2013 la religión católica de ser la religión mayoritaria paso a 47%, el Protestantismo paso a 40%, un 2% practican otras religiones en su mayoría la espiritualidad maya y el 11% es la religión maya, aunque no está completamente definido.

IDIOMA

En Guatemala se hablan 24 idiomas. El idioma oficial es el español. Un gran porcentaje de la población habla una de las 22 lenguas mayas. Los Acuerdos de Paz firmados en diciembre de 1996 aseguran la traducción de algunos documentos oficiales y los materiales de votación a varias Lenguas indígenas.

Español: es el idioma dominante en el centro y oriente del país, con un 55-60%.

Idiomas Indígenas: 40-45% (más de 20 idiomas Mayas, incluyendo achí, k'iche, kaqchikel, q'eqchi', mam. Los idiomas no mayenses son el garífuna y el xinca.

UBICACIÓN

Es la mayor urbe del país y de Centroamérica, se ubica en una meseta de 1500 metros de altura sobre el nivel del mar, a unos 80 kilómetros del Océano Pacífico, rodeada de valles y barrancos, y goza de un clima bastante agradable, a veces muy cálido.

Ciudad de Guatemala atrae a un constante flujo de visitantes no tanto por el interés turístico (ha perdido casi todos los vestigios de su pasado a causa de los constantes temblores de tierra que padece periódicamente el país), sino porque es el centro administrativo, industrial y de transportes del país.

CLIMA

La altitud supera los 1.400 metros, por lo que existe gran variedad de microclimas, en las regiones más pobladas. En esta región las lluvias se reducen notablemente, ya que las masas de aire se han secado, en buena medida, a medida que ascienden.

Los máximos se obtienen de mayo a octubre. En los demás meses las lluvias son escasas. Las temperaturas varían enormemente con la altitud. Aquí se registran los valores más bajos de país, La temperatura promedio es de 20° C.

1.3. Aspecto socioeconómico

La realidad socioeconómica de Guatemala, como la de la mayoría de los países de América Latina, está caracterizada por el subdesarrollo, la marcada dependencia externa y la falta de una orientación nacionalista que tienda a fortalecer el desarrollo de nuestros países.

Guatemala, con una mayoría de población rural y una economía basada principalmente en la agricultura, la producción ha estado en función del mercado internacional y el producto ha sido, mayoritariamente, para beneficio de un reducido grupo de personas.

Por otra parte, este sistema económico mercantilista, caracterizado por la exclusión, no ha promovido la inversión en condiciones de equilibrio, ni la adecuada inversión de los recursos productivos. El mercantilismo ha permitido y posibilitado los beneficios y ventajas para reducidos grupos económicos privilegiados. Generando un sistema en el que no se observa el principio de igualdad ante la ley y que atenta contra la dignidad del ser humano.

El carácter hegemónico, excluyente, autoritario, clasista, etnocentrista y patriarcal en la conducción del Estado guatemalteco se expresa en un sistema político económico carente de legitimidad, basado en el coyunturalismo, desde el modelo estatizante hasta la tendencia neoliberal actual, que agudiza la crisis generalizada en que se debate el país.

Esta crisis se refleja en el creciente deterioro del nivel de vida de la mayoría de la población, con una clara tendencia hacia la pobreza generalizada; y a profundizar, todavía más, la concentración de la capacidad de producción, compra y generación de oportunidades de desarrollo personal, para un reducido grupo de guatemaltecos.

Es preciso remarcar que determinados grupos de población han sufrido con mayor crudeza esta situación, el pueblo maya y las mujeres han sido excluidos sistemáticamente de los beneficios del desarrollo. Por su gran incidencia se ha tendido a hablar de la "feminización de la pobreza", que se ve agravada por la negativa a respetar la igualdad de condiciones respecto de los hombres.

Guatemala es un país de ingreso medio-alto y la economía más grande de América Central, por población y actividad económica. En 2021, su población superó los 17 millones y su producto interno bruto (PIB) total y per cápita fue de US\$86 mil millones y US\$5,025, respectivamente. El país ha experimentado un ritmo estable de crecimiento (3,5 por ciento en

promedio durante el período 2010-2019), respaldado por una gestión fiscal y monetaria y una postura macroeconómica prudentes.

Luego de un fuerte repunte en 2021 (8 por ciento), la economía de Guatemala creció aproximadamente un 4 por ciento en 2022, impulsada por el consumo privado, la inversión y el consumo público.

Aun así, el país enfrenta importantes desafíos de desarrollo: las tasas de pobreza y desigualdad de Guatemala se encuentran entre las más altas de la región de América Latina y el Caribe (ALC), debido a la existencia de una numerosa población desatendida, en su mayoría rural e indígena y empleada en el sector informal.

Un estado pequeño e ineficaz, la falta de educación y oportunidades laborales y los frecuentes eventos naturales adversos son algunos de los factores clave que han contribuido a la pobreza en Guatemala.

La crisis de la COVID-19 elevó la incidencia de la pobreza al 59 por ciento en 2020. El aumento habría sido mayor si no hubiera sido por la respuesta expedita del gobierno al expandir la red de protección social para mitigar las consecuencias sociales y económicas de la pandemia.

La tasa de desnutrición de niños menores de cinco años en Guatemala (47 por ciento) se encuentra entre las diez más altas del mundo. A pesar de los esfuerzos recientes del gobierno para priorizar las intervenciones en la primera infancia, la tasa de retraso en el crecimiento sigue siendo particularmente alta y podría empeorar en un contexto de inseguridad alimentaria y precios elevados de los alimentos.

Los eventos naturales adversos han anulado los logros obtenidos en capital humano, destruido la infraestructura, reducido la producción agrícola, intensificado la inseguridad alimentaria, propagado enfermedades e interrumpido la prestación de servicios esenciales. Estimaciones recientes sugieren que los huracanes Eta e Iota en 2020 causaron pérdidas relacionadas con la infraestructura cercanas al 0,56 por ciento del PIB.

Guatemala, sin embargo, tiene un enorme potencial para generar crecimiento y prosperidad para toda su población. El país es rico en recursos naturales, es uno de los países megadiversos del mundo, posee riqueza cultural y tiene una economía diversificada y con proximidad a Estados Unidos, lo que ofrece importantes oportunidades de turismo y de “nearshoring” (deslocalización cercana).

Aprovechar esta riqueza potencial requerirá que Guatemala brinde efectivamente servicios a su población, como salud, educación, gestión de riesgos de desastres e infraestructura, mientras amplía gradualmente las fuentes de ingresos fiscales. La construcción constante de las credenciales ambientales, sociales y de gobernanza también ayudará al país a atraer una mayor inversión extranjera directa y tener acceso de manera más efectiva a los mercados de capitales globales.

1.4. Aspecto ideológico político

Guatemala es el país más poblado de Centroamérica, con una elevada proporción de jóvenes y una realidad demográfica extremadamente rica y diversa siendo el componente poblacional mayoritario el compuesto por los pueblos Maya, Xinka y Garífunas (negros venidos de África), que conviven con la población mestiza. A pesar de que Guatemala es uno de los

países con mayor población indígena del mundo, desde el momento mismo de la Independencia y partiendo de las raíces heredadas de la Colonia, en Guatemala se configuró un modelo de Estado autoritario y excluyente de las mayorías, racista en sus preceptos y en su práctica, que sirvió y sigue sirviendo para proteger los intereses de los restringidos sectores privilegiados. De todas las características que marcan la naturaleza del Estado guatemalteco, tal vez sea este componente racista y discriminatorio el que más fuertemente se ha conservado hasta la actualidad.

El país se encuentra en la actualidad aún en pleno proceso de transición democrática, tras el fin en 1996 de un conflicto armado interno que duró más de 36 años y dejó profundas secuelas sociales, psicológicas, políticas, económicas y culturales. No es posible comprender el escenario actual sin tomar en cuenta la violencia extrema desatada durante estas décadas, la cual fue calificada desde diversas instituciones internacionales (entre ellas, la Organización de Estados Americanos, la Comisión de Esclarecimiento Histórico, la Misión de Verificación de las Naciones Unidas para Guatemala) como genocidio contra el pueblo maya guatemalteco. A más de veinte años del cierre de este conflicto, varios de los motivos que lo generaron persisten: se mantiene una economía basada en la concentración del poder económico en pocas manos, una estructura estatal débil, con pocos recursos por la escasa recaudación fiscal y altos niveles de corrupción. Además, persisten problemas estructurales como la discriminación racial, la desigualdad social, la violencia machista, una profunda situación de pobreza y exclusión, y falta de acceso a la justicia, los cuales constituyen un obstáculo para el pleno respeto a los derechos humanos. Asimismo, persisten estructuras de poder paralelas que impiden la lucha contra la impunidad, la corrupción y el fortalecimiento del Estado de Derecho.

La República de Guatemala es un país centroamericano soberano e independiente, miembro de la Organización de las Naciones Unidas y de la Organización de los Estados Americanos. Política y jurídicamente, Guatemala se rige por la Constitución Política de la República de Guatemala, que es la ley suprema del país. De acuerdo con el artículo 140 de la Constitución, el sistema de gobierno de Guatemala es republicano, democrático y representativo.

Los observadores internacionales consideraron que las elecciones presidenciales y legislativas de 1999 fueron libres y justas. Las tasas de participación de las mujeres y los votantes aborígenes son más altas de lo que han sido recientemente, aunque persiste la preocupación por la accesibilidad de los lugares de votación en las zonas rurales.

La Constitución Política de la República vigente es la ley suprema de la República de Guatemala y rige para todo el país y sus demás leyes, incluidos los derechos fundamentales del pueblo guatemalteco. Fue establecida el 31 de mayo de 1985 por el entonces presidente de facto de la República de Guatemala, creó la Convención Constitucional General, denominada Carta Magna, entró en vigencia el 14 de enero de 1986. Suspendida el 25 de mayo de 1993 por Jorge Antonio Serrano Elías, entonces presidente de la República de Guatemala; reinstalada inmediatamente después de que el presidente fuera derrocado el 5 de junio de 1993; revisado en noviembre de 1993. Las reformas constitucionales de 1993 incluyeron aumentar el número de jueces de la Corte Suprema de nueve a 13. Se redujeron de 5 a 4 años los mandatos del presidente, vicepresidente y Diputados de la República de Guatemala; se aumentaron de 6 a 5 años los mandatos de los magistrados de la Corte Suprema de Justicia, y de 6 a 5 años los mandatos de los alcaldes y consejos cívicos se aumentaron de 2 1/2 a 4 años.

El presidente y el vicepresidente son elegidos directamente por sufragio popular por un solo período. Los vicepresidentes pueden convertirse en candidatos presidenciales cuatro años después de dejar el cargo, siempre que no hayan sido presidente por más de un año. Los magistrados de la Corte Suprema de Justicia son elegidos por el Congreso de la República de Guatemala de terna enviada por el Decano de la Facultad de Derecho de la Universidad privada de Guatemala y el Decano de la Facultad de Derecho de la Universidad de San Carlos de Guatemala., la universidad pública de Guatemala.

La extendida corrupción en todos los organismos del Estado, la impunidad judicial, los índices de inseguridad y un sistema penitenciario con déficit acumulados en todos los órdenes (derechos, infraestructura, corrupción, pérdida de control, entre otros) son solo algunas variables que permiten señalar el retraso del régimen político respecto de los estándares de una democracia. El pobre desempeño en esas materias, sumado a la indiferencia e incapacidad de los gobiernos para tomar decisiones que mejoren los indicadores sociales, constituye una explicación parcial de la persistencia de fuerzas estructurales impulsoras de las continuas crisis de gobernabilidad.

En palabras del filósofo rumano Mircea Eliade, Guatemala es ese país del “del eterno retorno”, al referirnos que estamos en una situación histórica muy parecida a la de los años 60’s con el inicio de la guerra civil, es decir nuevamente estamos experimentando con nuestros cuerpos la prisión política de líderes indígenas, estudiantiles, desapariciones, criminalización, asesinatos selectivos, persecución política, detenciones ilegales y exilio, es decir la violencia política con toda su fuerza.

Durante más de 500 años los pueblos originarios en Iximulew, han resistido, existido y demostrado que son el presente y el futuro en un Estado-nación que les odia, les discrimina, los mata y les encarcela. Pero a pesar de todo el racismo en su contra en los últimos días han marcado los tiempos de las protestas sociales y están delimitando el camino a seguir para que, en los próximos días, se inicie una escalada de protestas y resistencias a nivel nacional.

El panorama que se vive en Guatemala es desconcertante y desolador, estamos en una encrucijada en la cual los caminos a tomar en los próximos días serán determinantes para que la esperanza y el futuro sea la decisión que tomen los pueblos, para caminar por la senda de la libertad o el camino de la dictadura, una dictadura perfecta y abstracta que no tiene una sola cara como la clásica autocracia, más bien, es un sistema que funciona para que el autoritarismo sea la norma y no tenga un solo rostro visible.

1.5. Descripción de la institución

El Hospital Roosevelt es un centro asistencial que atiende a personas que habitan en la ciudad capital, así como en el interior del país, referidos de los hospitales regionales y departamentales.

Este centro asistencial ofrece sus servicios médicos y hospitalarios especializados de forma gratuita, en las distintas áreas como lo son: medicina interna, cirugía, ortopedia, traumatología, maternidad, ginecología, pediatría, oftalmología y demás. También se atiende a pacientes en medicina nuclear, diagnóstico por imágenes y laboratorios clínicos. Se proporciona a la población guatemalteca, atención de emergencias pediátricas y de adultos las 24 horas del día, todos los días del año.

El hospital cuenta con más de tres mil colaboradores, entre personal médico, enfermería, trabajo social, personal de seguridad, trabajo social, psicólogos, personal de intendencia, mantenimiento, entre otros. Se cuenta con un equipo multidisciplinario para lograr brindar un buen servicio a la población.

Hospital Roosevelt cuenta con varios edificios que lo complementan, ya que el edificio central es donde se encuentran las oficinas de Dirección general, contabilidad, compras, registros médicos, dietética, jefatura de atención al usuario, call center, jefatura de admisión, jefatura de trabajo social, nosocomiales, salud mental, las áreas de intensivos de adultos, consultas externas, unidad de cardiología, biblioteca, área de estadística, neurocirugía, la morgue, área de patología, jefatura de farmacia, laboratorios de quimioterapias, unidad de hemato-oncología, el área de diagnóstico por imágenes, laboratorios, encamamiento de medicina interna que cuenta con 4 áreas, de igual manera encamamiento de cirugía que de igual cuenta con 4 áreas, jefatura de cirugía y ortopedia, como la central de equipo en donde se esteriliza todo el equipo utilizado.

De igual manera Hospital Roosevelt cuenta con el edificio de pediatría, en donde se ubica la emergencia de pediatría, área de shock, la unidad de quemados, nefrología pediátrica, medicina de infantes, sala de operaciones pediátrica, especialidades de ortopedia, unidad de intensivo pediátrico, unidad de cuidados intermedios pediátrica, cirugía pediátrica, la jefatura de pediatría, el auditorium de pediatría, medicina de niños pediátrica, área de psicología, área de trabajo social, administración de pediatría y cuenta con un lobby.

Así mismo, cuenta con el edificio de maternidad, acá se encuentra post-parto, legados, consulta externa, emergencia de maternidad, jefatura de maternidad, área de psicología, área de ultrasonidos, sala de operaciones, alto y mínimo riesgo, ginecología, trabajo social.

Existe un edificio que conecta directamente con el edificio central, este es el de emergencia de adultos en donde se encuentran distribuidas varias especialidades que atienden las 24 horas del día, los 365 días del año, en estas se encuentran: ortopedia, traumatología, cirugía, neurocirugía, sala de rayos x, admisión, área de medicina, área de shock, farmacia de adultos.

Todos los edificios están conectados por el sótano, acá de igual manera se encuentra el área de microbiología, el laboratorio de leche, las farmacias de cada área, las oficinas de nutrición, las bodegas con los archivos de todos los expedientes de los pacientes, las cafeterías, el área de lockers de los trabajadores.

Hospital Roosevelt además de ser un centro asistencial muy completo por todos los servicios que brinda a la población, también suma a su equipo estudiantes de ciencias de la salud de distintas universidades como: San Carlos de Guatemala, Rafael Landívar, Francisco Marroquín y Mariano Gálvez. Desde su fundación ha tenido acuerdos con las mismas lo que hace resaltar su actividad como ente docente, este centro colabora en la formación de especialidades a nivel de pre y post – grado, de las diferentes profesiones relacionadas con la salud, además se encarga de formar una fuente importante para el país de recurso técnico, paramédico, produce técnicos en anestesia, laboratorios clínicos, radiología, cito-patología, auxiliares de enfermería y terapistas respiratorios. A nivel de post-grado tiene producción de profesionales en las siguientes ramas de la medicina; medicina interna, cirugía general, pediatría, gineco-obstetricia, anestesia, oftalmología, traumatología y ortopedia, patología y radiología.

Por lo antes mencionado se puede observar que además de cumplir una función asistencial, el hospital desarrolla una función de docencia e investigación importante para el país, lo que permite proporcionar recursos especializados para colaborar en la solución de problemas de salud de la nación.

El Hospital Roosevelt se preocupa por el bienestar y salud de todos los ciudadanos y ciudadanas que acuden demandando un servicio, por lo que se esfuerza todo el equipo en brindar un mejor servicio en el momento que sea necesario, para que sea ofrecido con calidad y la calidez que demande su problema.

Este hospital tiene como visión. Ser el principal centro de referencia nacional del sistema de salud pública del país, brindando atención médica y hospitalaria especializada, logrando cubrir un enfoque multiétnico y culturalmente adaptado.

Cuenta con una misión en la que, brinda servicios hospitalarios y médicos de encamamiento y emergencia de acuerdo a las necesidades de cada paciente, en el momento oportuno y con calidad, logrando brindar un trato cálido y humanizado a la población. De igual manera ofrece a estudiantes de ciencias de la salud los conocimientos, habilidades y herramientas necesarias para así formarse como profesionales especialistas, en la rama de la salud, en respuesta de las demandas de los tiempos modernos.

En lo que respecta a la visión y misión, este hospital se diseñó y construyó tomando en cuenta la población existente en esa época, sin embargo, actualmente se ha logrado observar un incremento poblacional, ha aumentado la violencia y la delincuencia por lo que el hospital tiene una demanda que sobrepasa su capacidad. Por ello existe limitación para ingreso de cirugías electivas, por falta de espacio en los diferentes servicios de encamamiento. Esta situación crea inconformidad en los usuarios, sin embargo, el trato es cálido y humanizado al momento de brindar atención médica hospitalaria.

1.6. Descripción de la población a la cual va dirigida el ETS

En el área Metropolitana es en donde se encuentra ubicado el Hospital Roosevelt, institución que permite que se lleve a cabo el Ejercicio Técnico Supervisado, en esta institución se atiende a todo tipo de población, ya que es uno de los centros asistenciales que cuenta con todo tipo de disciplinas por lo que se cataloga el más completo, así mismo cubre necesidades de pacientes referidos de los departamentos de la República de Guatemala.

La población de la República es muy amplia, por lo que cuenta con una diversidad de culturas que presentan los ciudadanos al presentarse al centro hospitalario, dependiendo de la región o departamento de donde correspondan, así mismo poseen sus características fundamentales que los describen, tales como rasgos físicos, lenguaje, vestimenta, etc. Desde el origen de la cultura maya dentro del territorio de Guatemala, esta cultura ha sido de gran influencia, trascendiendo desde su gastronomía hasta sus tradiciones y costumbres. La llegada de los españoles ha tenido consecuencias que han sido muy relevantes en el ámbito cultural ya que inculcaron en sus ideales religiosos sobre el catolicismo, lo cual era su ideal.

De igual manera los diversos problemas políticos que existieron en la época contemporánea, logrando que en cada zona del país existan diversos tipos de culturas, tomando en cuenta las fiestas patronales y ferias, demostrando la diversidad de danzas, platillos para degustar y diferentes trajes para admirar. Se pueden mencionar entre las tradiciones y costumbres más conocidas y practicadas por la población de Guatemala, la Semana Mayor, mejor conocida como Semana Santa, Carnaval, día de todos los santos, entre otras.

La mayor parte de la población corresponde a raza ladina, aun así siendo en menor cantidad la raza Indígena, con quien se ha logrado trabajar. La población atendida es de todo tipo

dentro del centro asistencial, ya que por la diversidad de áreas que cubre podemos indicar que se divide así mismo de la siguiente manera:

Área de maternidad: atiende a mujeres embarazadas, mujeres que tienen algún tipo de control con ginecología, de igual manera se encarga de verificar por la salud de los recién nacidos en el servicio de neonatos.

Área de pediatría: se atienden niños de 15 días a los once años cumplidos, en las diferentes especialidades.

Área de adultos: se atiende población de los doce años hasta adultos mayores, cubriendo así las necesidades que tengan en cualquier especialidad.

El servicio de Maternidad del Hospital Roosevelt está conformado por cuatro niveles, los cuales así mismo tiene distribuidas las diferentes áreas en donde se atienden diferentes casos, como lo son:

Emergencia de maternidad: se atienden como su nombre lo indica todas las necesidades que llegan, ya sea mujeres embarazadas que muestran alguna complicación o mujeres que han tenido algún tipo de hemorragia.

Área de postparto: acá están todas ingresadas todas las mujeres que ya han sido operadas, y se encuentran estables junto con sus bebés.

Área de legrados: en este servicio se encuentran las mujeres que han sufrido algún tipo de aborto, o de igual manera necesitan que se les realice algún legrado por complicaciones en su embarazo.

Área de sala de operaciones: es el área verde, donde se realizan las cesarías, así como los diferentes procedimientos quirúrgicos.

Área de neonatos: esta se divide en dos; mínimo riesgo, acá están recién nacidos que deben de estar en observación porque han nacido prematuros. Alto riesgo, acá están los recién nacidos que mostraron complicaciones durante la operación, por lo que deben de estar monitoreados, e incluso algunos bebés por el tipo de complicación que ha presentado en ocasiones es necesario que esté con oxígeno, en otros casos los médicos deciden que es necesario ventilarlo para que esté conectado a un respirador artificial y así poder monitorear sus pulmones y corazón.

Área de transición: acá se encuentran ingresadas las mujeres que ya tienen programadas su cesaría, los médicos deciden que se encuentren un día antes en el hospital para así poder verificar que sus signos vitales se encuentren adecuados para la intervención quirúrgica, de igual manera llevan el control que tengan el ayuno establecido para evitar complicaciones durante la operación.

Área de ginecología: acá están ingresadas las mujeres que serán intervenidas quirúrgicamente por algún tratamiento como: cuando la paciente tiene cáncer en cérvix y por ende tienen que operar, para retirar matriz en mujeres de avanzada edad, cuando la paciente está en algún tratamiento con otra especialidad y el ginecólogo decide que debe de estar en el servicio para controlar así que no vaya a correr algún riesgo.

El área de Maternidad del Hospital Roosevelt atiende necesidades de todas las edades que son necesarias, no hay ninguna edad establecida para atender a la población, ya que en ciertos casos llegan adolescentes que se encuentran en estado de gestación y llegan para que se

les brinde una orientación, así mismo un control durante todo su embarazo. Así mismo llegan mujeres de la tercera edad que por miedo a ir al médico nunca han asistido a realizarse algún chequeo, y se presentan porque presentan dolores fuertes o en ciertos casos tienen alguna hemorragia que no han logrado controlar, y necesitan ser intervenidas quirúrgicamente para que les sea retirada la matriz porque esta es la que esta presentado complicaciones.

Las mujeres que asisten a este centro asistencial cuentan con una economía baja, ya que no les permite que se puedan realizar sus exámenes por lado fuera, de igual manera llegan mujeres que cuentan económicamente con facilidades para llevar sus controles en el lado privado, pero por comodidad prefieren asistir al hospital.

Cuando necesitan ser intervenidas quirúrgicamente por alguna emergencia que presentan, el hospital realiza de manera inmediata el procedimiento. Cuando la intervención va a ser programada por ser alguna cesaría, se le solicitan algunos requisitos a la paciente, como lo es que deben de presentarse dos donadores de sangre, y ella debe de llevar sus exámenes preoperatorios que de igual manera se realizan dentro del hospital.

El área de pediatría de igual manera cuenta con un edificio de cuatro niveles, acá como ya se mencionó se atienden niños de 15 días a los 11 años de edad. Acá se cubren todas las especialidades y los servicios con que cuenta son:

Emergencia de pediatría: acá se cubren las necesidades de la población las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Se cuenta con emergencia de medicina pediátrica en donde se ven las enfermedades comunes de los niños. Área de cirugía en donde se ven casos de algún poli trauma o cortada. Área de ortopedia que se encarga de ver las fracturas de los niños.

Shock de pediatría: es el área crítica en donde se atienden a los pacientes que vienen referidos de hospitales departamentales, que necesitan cuidados especiales en el momento.

Nefrología pediátrica: FUNDANIER fundó esta área para atender a los pacientes que tienen alguna enfermedad renal crónica, acá se les brindan sus tratamientos y cuidados adecuados.

Quemaduras pediátricas: área donde especialistas cuidan a pacientes que se presentan con algún tipo de quemadura.

Medicina de infantes: área de encamamiento en donde se encuentran pacientes menores de tres años.

Especialidades: se encuentran ingresados los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente por ortopedia.

Cuidados intensivos: acá se encuentran pacientes que deben de estar ingresados con ventilación artificial, y que su estado es más crítico.

Cuidados intermedios: se encuentran ingresados los pacientes pediátricos que necesitan ciertos cuidados delicados.

Cirugía pediátrica: en esta área se encuentran ingresados los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por el área de cirugía y deben de permanecer en encamamiento para su observación.

Medicina de niños: área de encamamiento en donde se encuentran los pacientes de tres años en adelante que deben de estar ingresados por un tratamiento en especial.

El área de adultos, de igual manera que las anteriores cubre las necesidades de los ciudadanos de 12 años en adelante. Aquí se dividen otros servicios:

Emergencia de adultos: acá se atienden las emergencias de las personas de doce años en adelante, en donde se dividen las especialidades de medicina de adultos en donde se tratan las enfermedades comunes, área de cirugía donde tratan los accidentes de tránsito o algún tipo de heridas con armas blancas, ortopedia en donde se atienden los pacientes que tienen fracturas, área de shock donde se les brinda atención inmediata a los pacientes que necesitan cuidados especializados.

Intensivo de adultos: área de encamamiento en donde se encuentran ingresados los pacientes que necesitan estar con ventilación artificial y cuidados especiales.

Medicina de adultos: se encuentran todos los pacientes que necesitan estar bajo observación por enfermedad común y que tienen que llevar su tratamiento en el hospital.

Cirugía de adultos: área de encamamiento en donde se encuentran los pacientes que por algún motivo tuvieron que ser intervenidos quirúrgicamente.

De igual manera como se ha mencionada el Hospital Roosevelt es uno de los centros asistenciales más completos, por lo que en ciertos casos pacientes son referidos de hospitales departamentales, ya que estos no logran cubrir las necesidades de los mismos, y el hospital logra cubrir esas emergencias, de igual manera cuenta con médicos reconocidos que apoyan continuamente a satisfacer las necesidades que presentan los pacientes dentro del área Metropolitana como del área Departamental.

1.7. Planteamientos de los problemas/necesidades psicosociales

La población que se acerca al Hospital para ser atendida, cuenta con varias deficiencias, las cuales no son solo económicas sino en muchos casos también sociales, de igual manera culturalmente se ven afectados.

Los problemas que afectan a la población que asiste al hospital son principalmente:

Pobreza, existen ciudadanos que no cuentan con recursos para poder costear exámenes y laboratorios, por lo que buscan ser atendidos en este centro para así reducir gastos durante su tratamiento. Pero en ocasiones se encuentran decepcionados, ya que dentro del hospital hay ciertos exámenes que no realizan, y para poder realizar un diagnóstico exacto lo que sugieren es que se realicen dichas pruebas fuera del hospital y se presenten cuando ya tengan los resultados para así lograr brindar una atención directa.

Negligencia, existen ciudadanos que por no prestar atención a los mensajes que ha enviado su cuerpo durante cierto periodo de tiempo, en el momento que deciden asistir ya la enfermedad se encuentra avanzada, y sus tratamientos por ende son más fuertes para así lograr contraatacar la enfermedad. Estos pacientes se sienten frustrados porque al momento que deciden presentarse al hospital desean ser atendidos de manera breve, no logran captar que el protocolo que maneja el hospital es distinto, y se deben de realizar exámenes previos para identificar el tratamiento adecuado para contraatacar su enfermedad.

Ignorancia, hay familiares de pacientes los llegan a considerar que con algunos remedios caseros o infusiones lograrán hacer que su salud mejore, y lo único que logran es que este avance con rapidez, porque el sistema inmunológico se debilita al no atacar la enfermedad que está afectando.

Machismo, mujeres han llegado en estado delicado a la emergencia de maternidad, con hemorragias severas, y necesitando una intervención urgente, en donde no es opción negarse ya que su vida depende de eso, y estás al momento de encontrarse en su recuperación indican que no habían asistido con el médico porque sus parejas se los tienen prohibido, ya que según indican el pensamiento de ellos es “no puedes ir al hospital, para que un hombre te vea, eso me ofende a mí como tu pareja”, y la mujer con tal de evitar problemas con su pareja decidí hacer caso.

Costumbre, algunas de las personas que habitan en pueblos indígenas dentro de los Departamentos han explicado que ellos cuando alguien de sus familias se enferma lo que hacen es acercarse al curandero del lugar para que con hierbas logré erradicar el mal que ataca al paciente, ellos consideran como primer opción esa, ya cuando ven que los ritos no tienen un efecto positivo en la salud del paciente es cuando deciden acercarse al centro de salud más cercano a pedir ayuda, y es ahí cuando el hospital recibe a los pacientes referidos, porque desarrollan otras patologías por no ser atendidas en el momento, y además por utilizar tratamientos alternativos que no han logrado su objetivo.

Creencias, parte de la población tiene un médico de cabecera en el que confían, en muchas ocasiones se ha logrado identificar que los pacientes que llegan al área de emergencia han sido tratados con medicación que no es la adecuada, simplemente lo único que hace es controlar los malestares, pero no erradicar la enfermedad como tal. Cuando se logra estabilizar al paciente y conversar con este, indica que su médico ha estado tratando su enfermedad, pero incluso se logra identificar en casos que es el mismo médico que permite que la enfermedad avance, y esto lo hace con tal de tener a su paciente asegurado.

Transporte, existen personas del interior del país que necesitan asistencia médica, pero como fue mencionado antes, no cuentan con la economía necesaria para lograr costear el medio

para lograr transportarse, inician sus tratamientos, pero no los siguen como es por lo lejos que se ubican, entonces se presentan al hospital cuando logran reunir el dinero para costear su pasaje.

Mitos, parte reducida de la población se acerca al centro asistencial, asisten a sus citas, y se realizan todo tipo de exámenes y pruebas que han sido recomendadas por el médico para identificar el diagnóstico exacto de la enfermedad que está afectando su salud, cuando el médico le indica el resultado y por ende es sugerido un procedimiento quirúrgico para su bienestar, el paciente decide desertar del tratamiento, porque aún existe el mito que al momento de aceptar una operación, la intervención por más sencilla que sea llevará las complicaciones que no saldrá bien, y su por ende su salud se va a deteriorar más rápido.

Miedo, mucha población indígena y en algunas ocasiones también se da en los adultos mayores que visitan las instalaciones del hospital, se da el caso que saben que su salud se encuentra muy delicada, pero por miedo a asistir, y para evitar el quedarse ingresados es que no asisten. En el caso de los adultos mayores, se ha logrado identificar que ellos le tienen miedo a ir al hospital porque consideran que sus familiares lo que quieren es que se queden ingresados para así dejarlos ahí y ya no estar con ellos.

Esta es la problemática que presenta la población guatemalteca, existen tantas dificultades que hacen que se les dificulte el poder recibir atención médica o el tratamiento adecuado para sus enfermedades. Por lo mismo se ha logrado identificar que las personas desarrollan trastornos psicológicos como lo son la ansiedad, depresión e incluso el estrés postraumático.

CAPÍTULO II

REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1. Abordamiento teórico de los problemas/necesidades psicosociales

El Hospital Roosevelt es un centro asistencial que ha logrado atender a personas de la Ciudad metropolitana, así mismo como del interior del país. Tanto pacientes guatemaltecos, como pacientes que del extranjero solicitan los servicios de este centro. Los servicios que brinda el hospital son para todo público, uno de los principales objetivos es lograr que toda persona que necesita un servicio de salud, logré obtenerlo sin complicaciones, pero como bien se sabe en el país se cuentan con muchas deficiencias que no permiten que eso sea posible como tal.

Guatemala se ubica como el país y la economía más grandes de Centroamérica, con más de 17 millones de habitantes, de los cuales más de la mitad viven en estado de pobreza. La población se divide más o menos en partes iguales entre sus zonas urbana y rural. Sin embargo, persisten diferencias en los indicadores de desarrollo económico, acceso a los servicios de salud, y resultados de salud, en los que las zonas rurales se encuentran mucho peor que las áreas urbanas. Además, la población rural es principalmente indígena, compuesta por los numerosos grupos étnicos y lingüísticos de Guatemala.

Es importante mencionar que Guatemala es un país en el que un alto porcentaje de población vive en condiciones de pobreza. Por lo que una reducción de pobreza constituye una necesidad indispensable, no solamente hablando desde el punto de vista económico, sino también desde una perspectiva política y social. Asimismo, la reducción de la pobreza, con una congruente mejora en la calidad de vida, constituye una expresión de los derechos económicos, sociales y culturales.

Por lo que podemos decir que Guatemala a diferencia de otros países en Latinoamérica, cuenta con varía población joven, crece demasiado rápido, y principalmente es rural. Guatemala esta entre los peores ejecutantes de salud en términos de resultados en América Latina, con uno de los índices de mortalidad infantil más altos y una de las esperanzas de vida al nacer más bajas. Las causas principales de muerte en Guatemala todavía incluyen enfermedades tratables y comunicables, como la diarrea, pulmonía, cólera, desnutrición y tuberculosis. Una gran parte de los ciudadanos guatemaltecos carecen del acceso a servicios de asistencia médica.

El sistema de salud guatemalteco está fundamentalmente respaldado por el gasto de bolsillo. Esto indica, que las familias financian con sus propios recursos y de forma directa aproximadamente el 52.2% del gasto de salud.

La población guatemalteca debe de costear parte del tratamiento institucional y adicionalmente comprar los medicamentos ordenados por el médico, así como el equipo de apoyo médico (muletas, sillas de ruedas, medidores, etc.), según sea requerido por el médico.

Así mismo, se logra observar que la situación de salud en Guatemala es desigual, ya que muestra peores indicadores en áreas con mayor población indígena, rural y pobre. La mortalidad materna es de 2.2 veces mayor que en la población indígena, que en la no indígena. La desnutrición crónica en niños menores de 5 años es 1.8 veces mayor en indígenas, que en no indígenas.

Se puede mencionar que la vida cotidiana de los guatemaltecos ha transcurrido bajo una particular dinámica cargada de problemas económicos, políticos, sociales y culturales. De los regímenes autoritarios se heredó una población violentada y atemorizada, situación que constituye un obstáculo en el esfuerzo de ir superando los bajos niveles de participación social en

la solución de los principales problemas del país a la par de los índices bajos en desarrollo y que a la vez son muy desiguales al interior de los departamentos, siendo más críticos en las áreas rurales y en poblaciones indígenas.

En el ámbito educativo para 2001 se llegó a las siguientes coberturas: nivel preprimario 41.3% con una tasa de deserción de 11.3%. Nivel primario 85.1% con una tasa de deserción del 7%. Nivel básico 28.4% con deserción del 8.1%. Nivel medio diversificado 15.8% con una deserción del 6.4% y la educación superior es menor del 12%. La educación bilingüe únicamente el 12% de las escuelas del nivel primario, siendo todo el sistema urbano y monolingüe. Lo insuficiente de las coberturas que se suman a la baja calidad de la educación, hacen que el país ocupe el segundo lugar de analfabetismo. En el área rural el 47% de la población son analfabetos siendo mayor en las mujeres y en las áreas urbanas el 14% no saben leer y escribir.

Guatemala juntamente con Haití, el Salvador y Brasil, es de los países latinoamericanos que menor porcentaje del presupuesto gubernamental asignan a la educación, manteniéndose por debajo del 2% del PIB en los últimos cinco años, asignado en 1997 1,900 millones de quetzales que representan el 1.8%.

La situación de la fuerza laboral es crítica. La población económicamente activa se incrementó en 620 000 personas alcanzando así 3.1 millones de personas que corresponden al 30% de la población total. El desempleo abierto se ha incrementado de 2% de la población económicamente activa a 5.5%. Es crítico también que el 5.5% de la población económicamente activa está constituida por niños de 7 a 14 años, lo cual puede asociarse a la necesidad de trabajar ante situaciones de extrema pobreza (sobrevivencia) y a la ausencia de servicios de educación.

Por consiguiente, los niveles de ingreso por familia han sido constantemente erosionados. Estudios recientes que dimensionen la situación de los ingresos y los gastos familiares no existen.

De igual manera es importante mencionar Guatemala es un país de contrastes y de diversidad cultural, determinada esta última por la existencia de una población pluricultural, pluriétnica y multilingüe, lo que se manifiesta de la coexistencia de cuatro grupos culturales principales: los de origen maya, los garífunas, los xincas y los mestizos.

Durante los últimos años a raíz de haber concluido el conflicto armado interno formalmente en 1996 firmando los Acuerdos de Paz, existe una amplia gama de temas de debate en torno a la dimensión multiétnica, desde la definición del Estado que no refleja en nada esta pluralidad, pasando por la discusión sobre la autonomía de los pueblos indígenas, la descentralización, con una definición clara de responsabilidades y de reglas aplicables nacional y regionalmente, la oficialización de los idiomas indígenas, el reconocimiento del derecho consuetudinario hasta el Fortalecimiento de la Justicia que reconozca la existencia de principios, criterios, procedimientos y tomas de decisiones desarrolladas por los pueblos indígenas para resolver conflictos y asegurar que se evite tanto la opción impositiva de normas y autoridades estatales sobre los pueblos, como la edificación de sistemas paralelos de justicia que se ignoren mutuamente.

Se suma a la situación expuesta anteriormente, el problema de violencia e inseguridad ciudadana, que aunque se vive en tiempos de la firma de la paz, y en la democracia, la violencia política ha disminuido, pero se ha aumentado la violencia común y la inseguridad ciudadana, lo cual puede deberse a diversos problemas entre los que se pueden mencionar: la inseguridad de la posesión de la tierra, la ausencia histórica de un verdadero estado de derecho, la herencia del

conflicto armado donde las actividades de contrainsurgencia debería haberse orientado a la seguridad ciudadana, al debilitamiento de la familia que carece de recursos económicos para la existencia y que día con día va perdiendo sus valores humanos y sociales, la impunidad y el narcotráfico entre otras causas como la pobreza extrema.

Se podría caracterizar que actualmente el sector salud es de naturaleza mixta, conformado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el Sector Privado, la Sanidad Militar y un significativo sector de medicina comunitaria tradicional, sobreviviente de la cultura Maya.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene el mandato de ser “La rectoría del Sector Salud, entendida como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional” (MSPAS, Código de salud Decreto 90-97, Artículo 9º), este opera por medio de sus dependencias públicas: hospitales, centros de salud y puestos de salud. El IGSS que es una entidad descentralizada del Estado, su fin primordial es la seguridad social de país, como parte de sus funciones desarrolla un componente principal de atención médica destinado a los trabajadores asalariados afiliados y sus dependientes con dos programas que son el de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS) y el de Accidentes, Enfermedad Común y Maternidad (AEM), ampliando en los últimos años un programa de Atención Primaria en Salud en el Departamento de Escuintla de forma experimental el cual aún está siendo evaluado. El Sector Privado que se puede subdividir en Sector Privado Lucrativo y Sector Privado no Lucrativo.

El primero está constituido por los Hospitales, Sanatorios y Clínicas privadas que su fin principal es el de adquirir beneficio económico con la prestación de servicios de recuperación y rehabilitación de la salud y se encuentran además las empresas de Seguros Médicos Privados.

El Segundo está compuesto principalmente por el sector llamado de Organizaciones No Gubernamentales de las cuales el 55% se encuentran en el área rural del país y se caracterizan por dar respuestas a problemas inmediatos y de largo plazo, bajo una óptica de participación comunitaria como la mejor respuesta a la problemática de salud, de acuerdo a la siguiente lógica:

1. Preventivo Educativa;
2. Curativa y
3. Coordinación.

Además, en este sector se encuentra el Sector-Religioso en la misma línea de trabajo de las Organizaciones No Gubernamentales, están dando respuesta inmediata a los problemas de salud a través de Educación y Prevención, Clínicas, Dispensarios y Hospitales. La Sanidad Militar cuenta con programas de salud para las Fuerzas Armadas y la Policía a través de hospitales y enfermerías.

El sistema de medicina tradicional comunitaria ha sobrevivido con los servicios de los Chamanes, los curanderos, los hueseros, los ancianos, las comadronas que desde la sabiduría de la cultura maya utilizan Consejos, Rituales, Baños, Plantas Medicinales y productos animales y minerales para solucionar sus problemas de salud. Este sistema ha sido ignorado y muy poco tomado en cuenta desde la cultura occidental, aunque ya hay esfuerzos de lograr que tanto el sistema medico occidental como el etnomédico maya puedan convivir en mutuo respeto y entendimiento con acciones conjuntas.

Existen también dentro de sector salud instituciones públicas y privadas que realizan acciones en salud sin ser su fin principal, destacándose dentro de ellas: La Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia, el Ministerio de la Defensa, el Ministerio de Desarrollo

Urbano y Rural, el Ministerio de Comunicaciones, Transportes y Obras Públicas y el Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales.

La salud se ha convertido en un “Paraguas” ideológico y estratégico para la introducción de elementos de desarrollo comunitario y de salud pública, en los cuales la participación de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales han tenido un papel protagónico, en el cual deberían de ir comprometiendo la participación de las comunidades en la planeación, formulación y ejecución de las acciones.

Con la estructura del Sector Salud; mencionada anteriormente se tiene la siguiente cobertura de servicios: Sector Público 48% (MSPAS 32% y Seguro Social 16%) y el Sector Privado 10%, Sanidad Militar 0.21% lo cual demuestra que el 41.79% de la población no fue atendido por dicho sistema y que únicamente el 54% restante accedió a los servicios de salud.

No se ha cuantificado estadísticamente, pero la mayoría de la población ha utilizado por muchos años incluso desde la época precolombina, las prácticas y medicinas tradicionales para la recuperación de su salud, lo cual todavía es una práctica cotidiana ante la falta de servicios y ante el abuso de los costos para acceder a las formas occidentales de curación. Así también no existen registros estadísticos de la cobertura dada por las Organizaciones No Gubernamentales, considerándose por parte del MSPAS, que estas tienen una cobertura aproximada del 18% de la población, pero que con frecuencia atienden a grupos que también reciben atención de otras instituciones.

Recursos Humanos en el Sector Salud.

De la Población Económicamente Activa, los empleados públicos representan el 6.4%. Correspondiéndole al sector público de salud el 0.9%, que se reduce al 0.4% al considerar

únicamente al personal con alguna formación en Salud, el resto se dedica a actividades administrativas, técnicas y de mantenimiento. El perfil educativo del personal (médicos, enfermeros -as- profesionales y auxiliares) es eminentemente biólogo, curativo e individual donde relegan a un segundo plano lo preventivo y social, los Promotores de Salud Rural tienen una capacitación limitada con una, supervisión, actividades de referencia y contrarreferencia casi inexistentes, quienes además dedican tiempo parcial a las actividades de salud por ser un personal voluntario.

Actualmente se registran 11 médicos por 10,000 habitantes, existen problemas de distribución geográfica en ellos; el departamento de Guatemala concentra 71% de médicos, lo cual tiene una tasa de 36,1% por 10000 habitantes, mientras que un departamento como Quiché tiene apenas 1,4% por 10,000 habitantes. De igual manera se menciona que se registran 8200 enfermeros (as) profesionales que dan 1.15 por 10,000 habitantes. A nivel comunitario se encuentran registrados un total de 12,270 comadronas adiestradas y 14,012 Promotores de Salud Rural. Lo cual da una estructura piramidal del sector salud, a diferencia de otros sistemas de salud en América Latina, en donde el recurso humano da una estructura en reloj de arena, constituido en la parte superior por profesionales de la salud, una parte intermedia por técnicos en salud y personal de enfermería y una base constituida por auxiliares de enfermería y personal comunitario.

La situación descrita es un indicador directo del grado de calidad e inequidad en la distribución de servicios del MSPAS, la estructura se mantiene hasta estos días. El hecho, por ejemplo, de dar preferencia en la asignación presupuestaria a los centros de atención curativa, a los centros urbanos y a las áreas de mayor producción e ingreso económico, acentúa la brecha entre las condiciones y la respuesta a la solución de los problemas de la mayoría de la población.

Financiamiento y gastos del sector.

El poco alcance de los servicios públicos de salud, está originado en el bajo gasto en salud y en las deficiencias de la administración en la prestación de servicios. El gasto público en salud como porcentaje del presupuesto se ha mantenido en alrededor del 10 %. A lo anterior se une la ineficiencia administrativa que ha sido señalada en numerosos estudios, como el realizado por la Organización Panamericana de la Salud en donde dice: “es un sector disperso, heterogéneo e ineficiente, un sector altamente concentrado administrativamente, con un proceso de deterioro institucional [...] y procesos administrativos y de gestión excesivamente lentos. No posee capacidad gerencial desarrollada, es insuficiente para enfrentar los problemas de suministro en forma planificada. Se nota en particular la carencia de sistemas de supervisión, evaluación y de un control gerencial debidamente estructurado para neutralizar los mecanismos de presión de los proveedores y el de los usuarios” (OPS 1991:97-117), además la mala distribución del gasto: el 4% se dedicaba a la Administración, 63% a la atención curativa, 4% a servicios de salud y 28% a la atención primaria.

El MSPAS funciona con un presupuesto que en su totalidad aparece asignado en el presupuesto general de la Nación y que resulta de los ingresos que obtiene el Estado por el pago de los impuestos directos e indirectos y las contribuciones que establece la ley como respaldo financiero del gobierno. Este financiamiento está condicionado por la política de recaudación de impuestos y de las demás contribuciones que deben pagar los ciudadanos y las empresas al gobierno.

Cabe mencionar que, en la actualidad, miles de guatemaltecos por no poder acceder a servicios de salud no pueden llevar una vida saludable y prevenir una enfermedad y si no se modifica el sistema de salud actual, que demanda a gritos, de reformas legales, financieras,

gerenciales del modelo de atención que se tiene, la situación en las próximas décadas será aún peor.

Cerca de cuatro millones de guatemaltecos recorren más de dos horas para tener acceso a servicios de salud pública, por causa de una vulnerable e insuficiente infraestructura, pero la distancia es solo uno de los tropiezos, la falta de personal es otro de los inconvenientes que evidencian la escasa cobertura en salud, principalmente en el primer nivel de atención, que no se ha logrado robustecer en décadas. Además, la crisis ocasionada por la pandemia ha permitido ver tales fallas.

De igual manera es importante mencionar, el acceso universal a la salud es entendido como la posibilidad que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud que necesitan, con la debida calidad y sin importar su condición socioeconómica, etnia, lugar de habitación, preferencia sexual, religión o cultura. Adicionalmente, es indispensable que para el acceso a dichos servicios no se tenga que realizar ningún pago monetario, o en especie, que ponga en peligro la estabilidad financiera de los hogares (o que inicie o profundice una situación de pobreza ya existente). Este concepto lleva implícito el reconocimiento que la salud es un derecho humano, y por lo tanto es una responsabilidad del Estado, así como que la salud es un elemento fundamental del desarrollo social y económico, pues permite que las personas tengan las condiciones necesarias para aprender, comunicarse, relacionarse y producir, y con esto, lograr sus aspiraciones y preferencias.

La consideración de la salud como un derecho humano se convierte en un marco ético y analítico, en el que prevalece la visión del bien común, pues permite reconocer que la salud va más allá de la atención de las enfermedades, ya que profundiza en aquellas circunstancias que permiten que las personas y colectividades sean saludables.

Ante las condiciones de salud-enfermedad, todas las sociedades humanas desarrollan alguna respuesta, misma que se inicia en el momento en que éstas se reconocen y definen como necesidades. Así, es posible afirmar que la salud de una población está determinada por las necesidades y los problemas derivados de su forma de organización social y también por las respuestas sociales a dichas necesidades y problemas, que intentan reducir su magnitud o impacto sobre el perfil de salud, mediante acciones de salud y bienestar.

De tal manera, el acceso universal a la salud implica un abordaje en el que el sistema de salud, y no solo el sistema de provisión de servicios, debe ser visto en su relación compleja con otros sistemas (educativo y económico, entre otros) para convertirse en el objeto de análisis y transformación. Pensar en el sistema de salud se traduce en considerar todos los elementos involucrados en los procesos que implican atender la salud, por ejemplo: los servicios de salud, el personal que labora en estos, la tecnología que lo hace posible, los sistemas que permiten pasar del dato a la información y luego al conocimiento y la decisión, el liderazgo y, finalmente, el financiamiento que sustenta toda esta compleja operación de proveer servicios con calidad y eficiencia.

En Guatemala es común escuchar que el sistema de salud está en crisis. Diariamente los y las guatemaltecas enfrentan varias dificultades para atender sus problemas de enfermedad. Generalmente, tanto los hospitales, centros y puestos de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), como las clínicas y hospitales del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) se encuentran desabastecidos de medicamentos e insumos médicos, carecen de personal y cuentan con instalaciones insuficientes (que tampoco reciben el mantenimiento apropiado). En tanto, la corrupción de funcionarios y funcionarias, de todo nivel, está a la orden del día. Con ello las actividades de prevención y promoción de la salud son

escasas y, en algunos lugares del país, existe ausencia total de servicios de salud. Todos estos problemas (bajo acceso, falta de atención, mala calidad e ineficiencia) son el resultado de problemas más profundos e históricos.

De ahí que no podamos separar la salud de las condiciones de vida de la sociedad guatemalteca, que subsiste en medio de carencias, con crecientes índices de pobreza y sometida a gobiernos corruptos. A ello se suma la existencia de grupos organizados dentro del sector privado, que privilegian únicamente la acumulación económica, a costa de la depredación de todos los sistemas de vida y la explotación laboral. Asimismo, en Guatemala conviven un sector empresarial y una ciudadanía que se resiste al pago de impuestos, lo cual redundando en escasos recursos para la conducción de la política social. Al parecer, la población no ha asumido que la salud es un derecho y no una mercancía que se obtiene con el pago directo o un acto de caridad provisto por el Estado. Los servicios públicos de salud, y de forma específica, los brindados por el MSPAS son de una trascendencia e importancia crucial, pues no solo deben contribuir con el bienestar de la población guatemalteca, sino son un elemento central en el desarrollo del país y en la estabilidad política. En este sentido, se reconoce que se necesitan transformaciones urgentes en favor de la equidad y la igualdad para que la realización del derecho a la salud sea una realidad.

Estas transformaciones incluyen una mejora en el gasto público, la implementación de políticas públicas audaces y el fortalecimiento de las demandas ciudadanas. Por otra parte, es necesario comprender que los problemas a resolver son de tal magnitud y complejidad que se requiere mucha claridad para delimitarlos y decidir cuál es la mejor ruta para su solución.

Con estos elementos en mente, y como un primer acercamiento a la transformación del sistema de salud en general, este documento se enfoca en comprender qué tipo de reformas se

necesitan en la provisión de servicios públicos de la salud. Los servicios de salud constituyen el espacio en que los ciudadanos y ciudadanas se relacionan directamente con el sistema de atención. Por ello, se han elegido los servicios públicos, ya que son la expresión final del derecho a la salud como responsabilidad del Estado.

Hablar de sistemas de salud, en términos generales, evoca referirse a una organización en la que distintos componentes interactúan de manera ordenada, coordinada y coherente para lograr uno o varios resultados deseados, en términos de promoción de condiciones saludables de vida, prevención de enfermedades y recuperación de la salud. Los componentes de un sistema de salud incluyen: insumos y medicamentos, recursos humanos, tecnología, información y recursos económicos, los cuales deben ser gestionados bajo un marco que propicie una administración eficiente, a través de procesos de toma de decisiones fluidos, transparentes y efectivos. En resumen, todos los sistemas de salud del mundo tienen tres grandes objetivos:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población.
2. Generar satisfacción pública.
3. Proteger a la población de los gastos empobrecedores de la enfermedad.

Lo expuesto anteriormente es un planteamiento teórico que sirve para analizar la realidad de los distintos sistemas de salud existentes. Sin embargo, cuando se contrasta la teoría con lo que realmente ocurre, surgen los rasgos de cada sistema de salud.

Para el caso de Guatemala, las clasificaciones internacionales lo catalogan como un sistema fragmentado y segmentado.

Es fragmentado porque existen muchos tipos de proveedores de servicios de salud, sin que necesariamente se coordinen y trabajen bajo objetivos comunes. Es así como existen

fragmentos llamados también subsistemas: el público, el privado, el comunitario y las prácticas poblacionales de salud. El subsistema público incluye al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), a Sanidad Militar, al Hospital de la Policía Nacional Civil y servicios de instituciones públicas como el Banco de Guatemala, las municipalidades, y otros. Todas estas instituciones, sin embargo, se encuentran trabajando en descoordinación y sin objetivos comunes.

El subsistema privado se integra por organizaciones lucrativas y no lucrativas. Las primeras se componen de clínicas privadas, centros de diagnóstico, hospitales y farmacias, entre otros. Su principal objetivo es obtener ganancias mediante la provisión de servicios de salud. Por su parte, el componente no lucrativo se conforma por fundaciones, organizaciones no gubernamentales (ONG's) y clínicas parroquiales, pero al igual que el caso del subsistema público, no actúan de forma coordinada y no comparten los mismos objetivos.

El subsistema comunitario está integrado por todos los terapeutas tradicionales y, aunque es difícil clasificarlo, está presente a todo lo largo del territorio nacional, siendo utilizado por una cantidad enorme de personas. El subsistema de prácticas poblacionales, aun cuando no existe consenso sobre incluirlo en esta descripción, se integra por todas las acciones que los individuos y sus familias toman sin incluir a terapeuta alguno, por ejemplo cuando se unen personas con la misma condición para apoyarse mutuamente, o cuando las personas realizan acciones de autocuidado para evitar enfermar, o cuando se decide utilizar algún medicamento, una bebida, o cualquier otra práctica para recuperar la salud pero sin el concurso de médicos, terapeutas o profesionales de otro tipo.

Por otra parte, se considera que el sistema de salud de Guatemala es segmentado porque los servicios de salud, de acuerdo a su tipo, solo atienden a una porción específica de la

población. De tal cuenta, aun cuando la Constitución Política de la República declara que la salud es un derecho ciudadano y los servicios públicos son de acceso universal, las personas cuando necesitan la atención de sus problemas de salud acuden a diversos establecimientos y hacen uso de cualquiera de los subsistemas; decisión que es influida, principalmente, por la capacidad de pago que posean y no por su condición de ciudadanía.

Esta situación tiene orígenes estructurales pues la segmentación de la población, por razones económicas, es un rasgo que puede verse a todo nivel y ámbito en Guatemala: en la educación, en el tipo de transporte que se utiliza, en las condiciones de la vivienda, en la recreación, en el trabajo, etc. La salud no es la excepción, pues se ha configurado un sistema de provisión de servicios que es excluyente. Por ejemplo, el MSPAS, que tiene a su cargo la atención de toda la población, cuenta con pocos recursos para su funcionamiento. Su presupuesto ha sido durante la última década, en promedio, un escaso 1% del PIB (el menor gasto público de la región latinoamericana); no obstante, quienes utilizan sus servicios son, en su mayoría, personas en situación de pobreza. En el IGSS se atiende únicamente a los trabajadores formales que cotizan y sus beneficiarios. Por su parte, las empresas privadas, de todo tipo y precio (hospitales, clínicas, etc.) atienden a la población de acuerdo a su capacidad de pago. Los servicios informales, como farmacias u otros proveedores populares, atienden igualmente a personas con capacidad de pago. El sistema maya de medicina, que es ancestral y de profunda sabiduría, subsiste como una forma de provisión de atención integral que abarca aspectos espirituales. Al formar parte de la cultura de la población indígena guatemalteca, generalmente es utilizado por las comunidades rurales y de predominancia indígena. En este también se requiere realizar un copago, ya sea en dinero o en especie.

Con esta perspectiva, las necesidades de la población guatemalteca, en lo que concierne a la salud, pueden verse desde varios puntos de vista. Por una parte, está el daño a la salud, expresado en el conjunto de enfermedades y discapacidades que padece la población de acuerdo a su edad, su lugar de habitación y su condición socioeconómica. Siendo el caso que existen diversas publicaciones que dan cuenta de este perfil de enfermedad, discapacidad y muerte de la población (es decir, el perfil epidemiológico), este documento no incluirá en profundidad la discusión de este tema. Por otro lado, se tiene el análisis de los determinantes sociales y económicos de la situación de salud, que en esencia revela que es la desigualdad, la inequidad y la exclusión lo que se encuentra en el fondo de los problemas de la salud de la población y, por ende, esto implica que se deben buscar soluciones con abordajes amplios e integrales. Por ello, para remediar la problemática de salud, al igual que los otros problemas sociales en Guatemala (educación, vivienda y empleo, entre otros), se necesitan cambios en la estructura del Estado y en las relaciones de poder de la sociedad guatemalteca, extremo que requiere procesos de cambio profundos y de largo plazo. Como fue mencionado anteriormente, los servicios públicos de salud, y de forma específica, los brindados por el MSPAS son de una trascendencia e importancia crucial, por ello es preciso reconocer la estructura de dicho ministerio y su conformación.

El MSPAS se organiza en dos grandes niveles: el central y el ejecutor⁸. El nivel central se integra por el Despacho Ministerial y cuatro Viceministerios: Administrativo Financiero, Técnico, Atención Primaria y Hospitales (este último en discusión sobre su vigencia). En la escala jerárquica le sigue un grupo de entes asesores y de apoyo (Consejo Nacional de Salud, Consejo Técnico, Planificación Estratégica, Sistema de Información Gerencial, Asesoría Jurídica y Programa de Accesibilidad de Medicamentos, entre otros).

Además, se cuenta con cuatro direcciones generales: (Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud (DGRVCS); Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (DGSIAS); Dirección General de Recursos Humanos en Salud (DGRH) y Gerencia General Administrativo Financiera (GGAF). En estas direcciones generales se acreditan y regulan los servicios de salud del país, se genera información epidemiológica para la toma de decisiones, se desarrollan los programas de atención de la salud y se administran y coordinan los recursos humanos, financieros y los servicios de atención.

En cuanto al nivel ejecutor, cada departamento de la República cuenta con una Dirección de Área de Salud (DAS), con excepción de Petén, Quiché y Guatemala, que tienen más de una DAS por poseer mayor población y dispersión en sus territorios. Cada DAS se divide a su vez en Distritos Municipales de Salud (DMS) que en su mayoría se corresponden con las municipalidades del país.

Dentro de la organización descrita anteriormente se desarrollan los servicios públicos que provee el MSPAS. En el nivel central y dan las directrices de política, se organiza la asignación y distribución de los recursos y se proveen las normas de atención para que el nivel ejecutor pueda proveer la atención, preventiva y curativa, que reciben las y los ciudadanos.

Esta atención se organiza por niveles: el primer nivel corresponde a los puestos de salud, donde generalmente labora una auxiliar de enfermería y ocasionalmente un estudiante de medicina en su último año de carrera. El segundo nivel está conformado por centros de salud, donde laboran los médicos y médicas, enfermeras profesionales, laboratoristas y otros profesionales de la salud. El tercer nivel corresponde a la red de hospitales. La idea de esta organización es que en el primer nivel se atiendan los problemas de salud simples que pueden ser cubiertos por la auxiliar de enfermería, pero cuando se necesita una evaluación y tratamiento

médico, las personas deben ser referidas, o acudir por sus propios medios, desde los servicios del primer nivel hacia el segundo nivel. Cuando se requiere hospitalización se deben referir al tercer nivel.

Uno de los rasgos característicos de los servicios del MSPAS es que los recursos financieros, humanos y de infraestructura están concentrados en la capital y en las cabeceras urbanas departamentales, lo cual deja en desventaja a las poblaciones rurales de predominancia indígena. De igual manera, se da mayor importancia al presupuesto para la atención curativa de hospitales, aun cuando resulta de todas formas insuficiente. Por su parte, el presupuesto para el primero y segundo niveles de atención es también muy escaso, cuando dicho financiamiento es de crucial importancia para la prevención y promoción de la salud.

De acuerdo con la legislación nacional, el MSPAS es la entidad rectora de la salud, esto significa que debe ser la institución que coordina, dirige, provee los lineamientos y evalúa los esfuerzos nacionales para el logro de los objetivos de salud. Para realizar esta tarea se necesitan recursos de todo tipo: financieros, tecnológicos, humanos, políticos y de liderazgo. No obstante, la realidad es desalentadora: el MSPAS es una de las instituciones que menos presupuesto tiene asignado dentro del sector público, incluso ha tenido reducciones, que no le permiten tener la capacidad para el logro de sus objetivos. En este texto, se analizan los orígenes de esta situación y se ponen de relieve los aspectos más importantes relativos a las causas que necesitan ser modificadas.

Se debe mencionar a lo que se enfrenta el sistema de salud público, ya que los resultados logrados por los servicios de salud, hasta el momento, no han sido muy buenos. Por ejemplo, en Guatemala, en promedio, mueren tres niños cada dos horas por causas que se pueden prevenir, es decir que se pueden evitar con medidas de salud pública. Los promedios tienden a

esconder la realidad; en el caso de las muertes infantiles el problema es mucho mayor de lo que parece.

Si bien, de acuerdo a los últimos datos oficiales publicados, en 2009 morían 30 niños por cada 1,000 nacimientos, el panorama cambia si se consideran otros aspectos. Por ejemplo, cuando la madre es indígena el número de muertes sube a 40 por cada 1,000 nacimientos. Si además es una madre sin educación formal el número se incrementa a 48. Si vive en departamentos como Totonicapán y Chiquimula, el número sube a 41 y 55, respectivamente.

Si además del drama de las muertes evitables de estos niños y niñas, y las consecuencias que esto le trae a las familias y al país, se considera la situación de los niños y niñas que sobreviven, el problema adquiere otras dimensiones. De acuerdo con los datos oficiales, uno de cada dos niños menores de 5 años tiene algún grado de desnutrición crónica, es decir que, a su tierna edad, ha sufrido períodos prolongados de alimentación insuficiente. Este tipo de desnutrición no solo afecta su crecimiento, sino que lo pone en desventaja para aprender y para defenderse de las infecciones.

Las madres también mueren por falta de atención. Se calcula que, en promedio, en todo el territorio nacional, mueren tres madres cada dos días por causas relacionadas a la falta de atención en el embarazo o el parto. Sin embargo, esta cifra se triplica en Izabal y se duplica en Totonicapán y Huehuetenango.

A estos problemas hay que sumarles que cada vez más, la diabetes, la obesidad, el cáncer, la hipertensión arterial y otros problemas crónicos se presentan en la población, y no solo en aquellas personas que viven en las ciudades. La diabetes, por ejemplo, se considera una verdadera epidemia que afecta cada vez más a mujeres rurales e indígenas. Las y los

adolescentes guatemaltecos son víctimas de la violencia y los adultos mayores no encuentran programas públicos de atención de sus enfermedades.

En cuanto a las mujeres, si bien existen programas de atención relacionados con la maternidad, no están protegidas para problemas distintos. Según datos de algunos Distritos Municipales de Salud (DMS), aproximadamente el 52% del total de las atenciones solicitadas por mujeres de 10 y más años son por motivos no reproductivos. Pese a ello, sigue predominando en las prioridades nacionales el enfoque materno-infantil, el cual, además de carecer de integralidad, es discriminatorio tanto para las mujeres que no entran en esta categoría, como para varones jóvenes y adultos; además que contribuye a reforzar los roles tradicionales en cuanto a la maternidad.

Por otra parte, la violencia basada en género continúa siendo una problemática social y de salud pública con consecuencias devastadoras para la salud mental de las mujeres. Según cifras oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos, la cantidad de denuncias de violación y agresión sexual de mujeres y niñas se incrementó en más de un tercio entre 2008 y 2011. En adición dicha entidad señala que en 9 de cada 10 de estos casos, los responsables no fueron sancionados.

Guatemala enfrenta varias tendencias que afectan la salud: la primera es que la estructura de la población está cambiando. Ahora, en términos generales, se ha reducido la cantidad de hijos que cada mujer tiene y se ha aumentado la esperanza de vida al nacer, esto redundando en que la proporción de niños y jóvenes si bien es la mayor, tiende a reducirse, y la proporción de adultos mayores tiende a aumentar. Como cada grupo de población tiene sus propias características de salud (por ejemplo: los niños padecen más de problemas infecciosos, los jóvenes sufren de más actos de violencia, los adultos y adultos mayores padecen de más

enfermedades crónicas), las necesidades de servicios están en constante cambio y aumentan las demandas de atención para los problemas crónicos y la violencia.

Este cambio del perfil de enfermedades de la población también se ve influenciado por el surgimiento de nuevas enfermedades, por ejemplo, el Chikungunya, que a su vez es el resultado de variables globales como las comunicaciones y migraciones y sobre todo el cambio climático. Esta situación también genera nuevas presiones a los servicios de salud. Finalmente, en Guatemala, una variable muy importante es la relativa a la utilización del territorio. La industria extractiva sin regulaciones, y la agroindustria que aumenta su frontera constantemente, generan nuevos y muy importantes riesgos para la salud de la población; sobre este particular se requiere indagar con mayor profundidad en dichas repercusiones.

Como respuesta a los servicios de salud puede brindar a dicha problemática, una tendencia de las últimas tres décadas, y que fue respaldada por organismos de cooperación internacional bajo el argumento de lograr mayor eficiencia y menores costos, es la de aumentar la participación privada en la provisión de servicios públicos de salud, lo que resultó en detrimento de los servicios públicos institucionales. Esto ha conducido a un gran atraso, y la virtual suspensión, del desarrollo de la infraestructura pública de servicios de salud en los últimos dieciocho años.

Si bien prevenir la enfermedad, promover la salud y atender los problemas de riesgo y enfermedad es la principal razón del sistema de salud, los servicios en sí mismos se convierten en parte del problema cuando no tienen capacidad de atención. Quizás lo más visible, por su constante cobertura en los medios de comunicación, son las deficiencias que surgen con frecuencia en los grandes hospitales nacionales de referencia: el Hospital General San Juan de Dios y el Hospital Roosevelt.

Ambos se encuentran ubicados en el departamento de Guatemala y son los encargados de atender con servicios de medicina especializada, a prácticamente toda la población del país, pues son el centro de referencia de todas las especialidades y subespecialidades. Por ejemplo, si un niño en San Marcos requiere una evaluación o tratamiento específico por un neurólogo pediatra debe ser referido a uno de estos hospitales. En contraste, una cantidad importante de consultas que llegan diariamente a estos hospitales no necesitan de especialistas o tratamientos sofisticados, sino que son problemas relativamente menores que podrían, y deberían, ser atendidos en los centros y puestos de salud. Esta situación hace que se saturen de manera innecesaria los servicios hospitalarios, lo cual consume una buena cantidad de sus recursos.

La otra cuestión a considerar es que la red hospitalaria, conformada por 43 hospitales departamentales y regionales tiene una capacidad de resolución limitada, que está sujeta a la crónica falta de recursos. La situación en el interior de la república se vuelve aún más crítica, pues el fenómeno se repite a nivel departamental. Los hospitales se saturan de manera innecesaria por las deficiencias del primero y segundo niveles de atención.

Los pacientes referidos a los hospitales nacionales enfrentan diversas restricciones para tener acceso a servicios de salud más especializados, tal es el caso de una unidad de cuidados intensivos, o cualquier complicación que no pueda resolverse a nivel local. La primera es el transporte, pues muchas veces no son referidos en ambulancia, lo cual implica que la persona debe pagar con su dinero el traslado, cuando en ocasiones el recorrido es de una gran cantidad de kilómetros. La segunda restricción es la disponibilidad de camas en el hospital, y la tercera, y muy importante, es la disponibilidad de recursos (insumos y humanos) para atender su padecimiento. Todo esto reduce las posibilidades de sobrevivencia para cualquier persona que busca atención y se encuentra en condiciones críticas o con riesgo de caer en estas.

Por otra parte, los centros de salud, que corresponden al segundo nivel de atención, se encuentran concentrados en los cascos urbanos a nivel municipal. Esta distribución es inequitativa si se considera que hay centros de salud que deben atender a una población que apenas supera las 3,000 personas y otros centros de salud, con la misma infraestructura y recursos, que deben atender a poblaciones que fácilmente superan los 150,000 habitantes.

Con esta distribución centralizada e inequitativa, los más afectados son los de siempre: ciudadanos y ciudadanas que viven en el área rural, con poco acceso a servicios y en condiciones de pobreza y limitación.

El MSPAS cuenta a nivel nacional con una red compuesta por 1,049 puestos de salud distribuidos en el área rural, que se encuentran ubicados de manera periférica a los centros de salud. Para el 2015, según proyecciones del INE, Guatemala posee una población cercana a los 16 millones de habitantes, de la cual el 51% se ubica en el área rural (8.1 millones de habitantes).

De tal forma, si cada puesto de salud está orientado a cubrir aproximadamente 2,000 habitantes, se necesitan alrededor de 4,080 puestos de salud, para atender a la población que reside en el área rural. Bajo el entendido que hay 1,049 puestos de salud, esto significa que se requiere la construcción, como mínimo, de 3,031 nuevos puestos de salud para poder brindar una cobertura real. Como es de suponer, el insuficiente número de puestos de salud implica que la población que vive en el área rural se vea obligada a caminar varios kilómetros para poder tener acceso a servicios de salud. O bien, la población debe esperar que haya bus o alquilar un viaje en pick up para poder acudir a la cabecera municipal (en donde se ubica el centro de salud o alguna clínica privada), o bien viajar hasta la cabecera departamental para acudir al hospital público o privado, aunque esto signifique sacrificar el jornal ganado durante el día.

Desafortunadamente, la falta de acceso no se restringe al tema geográfico. La mayoría de comunidades del área rural pertenecen a algún pueblo indígena y cuando llegan a los servicios de salud es frecuente que encuentren que la enfermera o el médico no hablan su idioma, lo que constituye una barrera cultural e idiomática. Sin contar que muchas veces son objeto de burla o regaños por las creencias o prácticas de autocuidado que practican. Otra barrera al acceso es el horario de atención, pues este se define generalmente con base en las horas hábiles que se manejan en el área urbana, lo cual deja fuera a un porcentaje bastante alto de población que trabaja en la agricultura y la manufactura, cuyos horarios les impiden encontrar servicios abiertos.

Muchas personas, luego de superar las barreras geográficas, culturales y sociales, llegan por fin a los servicios de salud, pero desafortunadamente no encuentran la respuesta esperada y salen de los mismos con una receta, una orden de laboratorio, una hoja de referencia en la mano, o con un simple: “¡no hay!”. En adición, la infraestructura de salud no cuenta con rampas u otras modificaciones que faciliten el ingreso de población con capacidades distintas y tampoco se cuenta con programas adecuados para brindar atención a personas de la diversidad sexual y otras expresiones socialmente excluidas.

Estos datos son ejemplos para los cuales resulta evidente que la solución no descansa, únicamente, en la mejora de los servicios de atención. De hecho, para mejorar la salud de la población guatemalteca se requiere construir una sociedad más justa e incluyente, donde el centro del desarrollo sean las personas y no la acumulación económica y la capacidad para competir en los negocios. No obstante, estos procesos son de largo aliento y no podemos esperar a que sucedan para iniciar la mejora de los servicios públicos de salud.

¿Por qué la problemática presentada en el apartado anterior subsiste históricamente? ¿Por qué los guatemaltecos y guatemaltecas no cuentan con el acceso universal a una atención integral a la salud? Ante estas preguntas, hay respuestas que van, desde las más sencillas y cotidianas, como que el Estado y la burocracia son ineficientes y que no hay dinero suficiente para cubrir las necesidades de salud, hasta las más despectivas y racistas, como que las personas no acuden a los servicios porque son analfabetas, ignorantes o porque sus creencias son equivocadas.

No obstante, las respuestas no pueden ser simples, ni desconectadas unas de otras. Por ello, hay que acercarse a la esencia de esta problemática de una manera más compleja y profunda. Un aspecto importante a considerar es que el sistema de salud de un país no es ajeno o independiente a la historia y estructura social, política, económica y cultural de la sociedad de la que forma parte; ni tampoco es ajeno a los principios y valores dominantes, sino todo lo contrario. Existe una relación de determinación en los diferentes niveles nacionales, regionales e internacionales, que condiciona el origen, desarrollo y avances de los sistemas, políticas, planes, estrategias y programas de salud en una sociedad. Esta determinación social se puede entender en tres grandes dimensiones: política, económica y social.

La dimensión política: En términos generales, la conformación del Estado puede explicarse como la correlación de fuerzas que se establece entre diferentes grupos de poder, en donde un grupo, o varios de ellos, se apropian del dominio de otros sectores de la sociedad. Estos grupos deciden qué compartir de las ganancias, o de la acumulación económica de la cual se ven beneficiados, las cuales muchas veces obtienen de la aplicación de las políticas económicas y sociales, entre ellas la política de salud. En la historia de los sistemas de salud, los acuerdos o medidas para enfrentar de manera profunda los problemas de salud se han producido en grandes

momentos de lucha social y política, especialmente durante períodos de crisis. En algunos casos, los países únicamente han logrado paliar la tensión social, pero es en estos contextos que se han concretado las diferentes realidades de los sistemas de salud.

Para el caso guatemalteco, el origen del Estado Nación se puede decir que comienza con la independencia en 1821 y que se concreta en la posterior historia del país. Este Estado, que concentra mucho poder, ha buscado beneficiar económicamente a ciertos grupos de población (blancos y criollos) y es profundamente excluyente en lo social, sobre todo con la mayoría indígena y otros sectores de la población mestiza o ladina, que entran en la categoría de obreros, campesinos y que pueden estar insertos en la economía informal, viviendo en pobreza y extrema pobreza.

Asimismo, el Estado Nación se configuró como un Estado machista el cual establece un orden legal, político y cultural opresivo y discriminatorio contra las mujeres, en especial aquellas que por su condición de clase u origen étnico ocupaban ya de por sí una posición subordinada. Ello está expresado claramente en elementos de la historia que van desde el “derecho de pernada” o “derecho de la primera noche”¹⁵ (como forma de violencia sexual legitimada informalmente durante la colonia, denunciado hasta años recientes y probablemente aún vigente); la antigua legislación sobre la prostitución (en donde el cuerpo de las mujeres era un bien de consumo, cuyo valor era mayor mientras más jóvenes y blancas fueran); y el no reconocimiento del derecho al voto de la mujer hasta 1945 (solo para quienes sabían leer y escribir), teniendo que pasar 20 años más (hasta 1965) para que en el país se constituyera en un derecho político universal.

Otros claros ejemplos recientes de legislación discriminatoria en el país fueron el Código Civil y Penal —entre otras leyes—; no siendo sino hasta después de la firma de los Acuerdos de

Paz, y producto de las luchas de las diferentes expresiones organizadas de mujeres en el país, que se han impulsado acciones para la eliminación de legislación discriminatoria. Pero pese a algunos avances en la legislación, es imperativo señalar que el machismo continúa arraigado y legitimado en la sociedad; siendo una muestra de ello los altos índices de violencia basada en género y los serios obstáculos de acceso a la justicia por parte de las mujeres, especialmente en lo relacionado a la violencia sexual. Asimismo, en alguna medida continúa la naturalización del abuso sexual y embarazo en niñas y adolescentes.

Por otra parte, un momento determinante en la historia del sistema de salud de Guatemala es la llamada “primavera democrática”, ocurrida de 1944 a 1954, en la que surgen instituciones como el MSPAS y el IGSS, en un marco de formulación de políticas públicas basado en el reconocimiento de derechos. Este proyecto, que se perfilaba de gran desarrollo económico e inclusión social, se vio truncado. Dado que había sido producto de una lucha excepcional del pueblo guatemalteco, su negación por los grupos de poder económico y militar, nacionales y norteamericanos, conllevó a lo que puede llamarse la “larga noche de la historia reciente”.

Ante la coerción estatal y la crítica situación social, y frente a las tensiones no resueltas, se genera una polarización política y social que da lugar a una larga guerra civil que duró más de 30 años en Guatemala. Entre 1954 y 1982, se da una política de salud que se ha llamado la “no política de salud”, pues simplemente el desarrollo de los servicios públicos de salud no fue una prioridad.

En esos años, todos los enunciados de política nacional e internacional (Atención Primaria de la Salud, participación social en salud, entre otros) se suscitan en un contexto guatemalteco con condiciones sociales y políticas marcadas por la guerra fría, con un Estado pequeño que beneficiaba a unos pocos, y que estaba alineado con una política contrainsurgente,

lo cual limitó finalmente el desarrollo de las dos instituciones públicas más importantes para el tema de la salud pública: el MSPAS y el IGSS. Estas restricciones se expresaron en diversos ámbitos. En el caso del MSPAS sus actividades se vieron influenciadas por la reducción de la atención basada en los principios de Atención Primaria de la Salud (participación social, acción comunitaria, y servicios integrales para todos) para transitar hacia lo que se llamó la Atención Primaria Selectiva (atender solamente a madres y niños). En el IGSS, y también el MSPAS, se dieron restricciones financieras; en el MSPAS a través de limitaciones presupuestarias y baja prioridad para la inversión y en el IGSS por la moratoria de los aportes que la ley dicta que debe trasladar el Estado a la institución.

Posterior a esta etapa, se da la “transición hacia la democracia” misma que fue controlada por autoridades militares, que pasan el poder del aparato estatal a gobiernos civiles, a través de las urnas. A partir de la Asamblea Nacional Constituyente de 1985, la convocatoria a elecciones y la llegada al poder de la Democracia Cristiana en 1986, se inició un proceso de reacomodo donde la “Tesis de Estabilidad Nacional del Ejército”¹⁶ se conjuga con la visión de economía social de mercado demócrata cristiana, que es vencida por el contexto político/militar y las políticas de ajuste estructural. Dichas políticas surgen al final de los años ochenta y principios de los noventa y se hicieron presentes como parte de la política financiera y económica nacional, en acuerdo o bajo la presión de los organismos financieros internacionales (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo y el Fondo Monetario Internacional). Quedó atrás el pago de la deuda social esgrimido por el gobierno demócrata cristiano, en tanto que la acción estatal se limitó cada vez más. Así, nuevamente el MSPAS y el IGSS quedaron a merced de una política de arrastre y aditiva, sin cambios de fondo: todo queda igual, es decir, rezagado, con relación a las necesidades de la población.

Después del inestable inicio de los años noventa (con el fallido gobierno de Jorge Serrano Elías y el de transición de Ramiro De León Carpio), es el gobierno de Álvaro Arzú el que da forma a un proyecto de nación de corte francamente neoliberal. La firma de los Acuerdos de Paz no logra modificar esa tendencia que, aunque si bien, en algunos aspectos, ha sido el marco de avances en beneficio de la población, en el caso de salud no resultó ser así. En dicho gobierno, aunque se reconoce que mejoraron los procesos administrativos del MSPAS, se realizó una modificación al Código de Salud y al Reglamento Interno del MSPAS que instauró el retiro voluntario. Ello facilitó una creciente flexibilización laboral (trabajadores por contrato) que limitó las posibilidades de formular e implementar mecanismos para la mejora de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud.

Tanto en el MSPAS como en el IGSS se incrementaron las contrataciones privadas para la prestación de servicios de salud, destacando en el primer nivel del MSPAS el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), en el que, a través de convenios con ONG, se provee un paquete básico a la población materno infantil. En síntesis, en este período se generaron las reformas sectoriales derivadas del Consenso de Washington, en donde se promueve una mayor participación privada en la provisión de servicios, la reducción de la política social a intervenciones preventivas baratas, así como la reducción del tamaño de la autoridad sanitaria nacional, es decir, el MSPAS.

Operativamente esto significó dividir las intervenciones que realizaba el MSPAS, en varias funciones que podrían administrarse desde organizaciones nuevas: rectoría (para el MSPAS), prestación de servicios (públicos y privados compitiendo), administración (el MSPAS o la creación de una organización específica) y financiamiento (público-privado, promoción del aseguramiento como mecanismo de financiamiento y la posible creación de una superintendencia

para la regulación); y todo esto para abrir las posibilidades de la expansión del mercado de la salud. Finalmente, no todo progresó según los planes, y lo que contribuyó a que así ocurriera fue la negativa del IGSS a integrarse a esta serie de reformas.

En los gobiernos posteriores esta tendencia no se modificó, dándose continuidad a los cambios realizados que permitieron la expansión en la contratación de proveedores privados para múltiples servicios que se requieren tanto en el IGSS como en el MSPAS. Esto resulta crucial porque no se agenda el crecimiento de las entidades públicas en la provisión de sus redes de servicios sino, al contrario, se magnifica su contracción, dando paso a la firma de convenios y contratos y con ello a la falta de transparencia de los mismos y a la corrupción en muchas de estas mezclas público/privadas.

Finalmente, los bloques de poder económicos y militares se van reconfigurando, y expresándose de manera diversa, mediante la conformación de partidos políticos como el FRG, Gana, UNE y el Partido Patriota. No obstante, en esencia, ninguna de estas opciones ha significado cambios en la naturaleza concentradora económica y excluyente, así como lo social de la política pública. Actualmente vivimos un proyecto de “nación” que se hace inviable, no sólo por el abandono creciente a las necesidades más urgentes de la población, sino también por el incremento de la coerción a sectores de la población que denuncian atropellos a sus territorios y exigen sus derechos como pueblos. El aumento de los niveles de corrupción, la economía ilícita y el narcotráfico, relacionado con los sectores de poder, dirigen las estructuras estatales desde fuera o dentro de los gobiernos y anulan cualquier avance en la política social y, sobre todo, del desarrollo del país.

La dimensión económica: La Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) define el capital humano “como los conocimientos, habilidades, competencias y

atributos incorporados en los individuos y que facilitan la creación de bienestar personal, social y económico”¹⁷. El capital humano se relaciona con la productividad y es definido como la suma de las inversiones en educación, formación en el trabajo y salud que determinan la productividad de los trabajadores¹⁸. Desde esta perspectiva, se concibe la formación de los individuos como un proceso de inversión en el que la mayor capacitación se traducirá en mayor productividad y, en consecuencia, en mayores salarios¹⁹ (Se denomina capital ya que es un conjunto intangible de habilidades y capacidades que contribuyen a elevar y conservar la productividad, la innovación y la empleabilidad de una persona o una comunidad).

En el tema de la salud, Becker subrayó que una manera de invertir en el capital humano es mejorar la salud emocional y física de los individuos. De esta manera la salud, al igual que el conocimiento, es un determinante importante de los ingresos en todas partes del mundo. Por ende, las inversiones en salud generan incrementos en la productividad del trabajo; por ejemplo, una mejor dieta añade fuerza y resistencia, lo que puede afectar la moral y la productividad. De tal forma, el desarrollo productivo de los países determina en alguna medida las características de los sistemas de provisión de servicios de salud. Todas las actividades económicas requieren de una población laboral sana. No se conciben procesos industriales eficientes y competitivos sin la presencia de obreros motivados y saludables, cuyos cuidados de su salud se incluyen como parte del costo de los insumos producidos. Por lo tanto, de acuerdo a la organización económica de los países surgen necesidades particulares de atención de la salud de la fuerza laboral. Por otro lado, en la medida que los procesos productivos no requieran de una población sana y educada, o los puestos laborales requieran una baja calificación, y por lo tanto sean fácilmente reemplazables, los procesos de atención de la salud pueden considerarse como poco prioritarios para las élites

económicas, y por lo tanto, la mejora de los servicios no suele estar en las prioridades de los gobiernos.

En la historia de los países podemos encontrar cómo determinadas actividades económicas, que se convierten en ganancias significativas para determinados grupos de poder económico, generan el interés prioritario por mantener una fuerza laboral motivada y sana. Esto deriva en la generación de políticas que benefician a sus trabajadores de manera más amplia, lo que puede llegar en muchos casos a alcanzar políticas de vivienda, beneficios al consumo, educación y servicios de salud, entre otros.

Para el caso de Guatemala, es importante señalar que la “estructura productiva y la capacidad de absorción de empleo se asocia con una baja productividad en el sector de agricultura, ganadería y pesca” (Icefi, 2011). Asimismo, el nivel de informalidad ronda el 65%, en donde el 71% de la población empleada en dicho sector se ubica en el área rural. De tal cuenta, frente a la precariedad del mercado de trabajo, los sectores económicos pueden obviar la necesidad de garantizar la reproducción de sus procesos productivos, dado que para los mismos emplean en su mayoría trabajo sin calificación. Es más, los cambios recientes como la minería, los monocultivos como la palma africana y otras formas extractivas, no requieren de grandes masas de trabajadores sanos y alfabetos. Es por estas razones que la focalización de los servicios públicos, solo en algunas comunidades consideradas prioritarias, y la entrega de “paquetes básicos de servicios” que incluyen solamente algunas intervenciones preventivas para algunos miembros de la comunidad (solo mujeres embarazadas y niños menores de 5 años) se consideran suficientes para los formuladores de política.

El otro aspecto a considerar son las repercusiones que tienen estas actividades en el ambiente y la salud humana. Entre estas se puede mencionar: la contaminación del agua y al aire

atribuida a la minería extractiva; la forma en que los monocultivos se apropian de las tierras cultivables y el impacto que esto genera en el acceso a los alimentos; la sobrecarga del sistema de salud pública por la gran cantidad de población que sobrevive en condiciones de informalidad y que se ve excluida de la seguridad social, entre otros.

La dimensión económica en el campo de la salud también contribuye a los procesos de acumulación de capital. Con esto el complejo médico industrial, farmacéuticas, las corporaciones hospitalarias, laboratorios, farmacias, seguros privados de salud, entre otros, representan actividades económicas cada vez de mayor interés. En la medida que continúe el abandono de las principales instituciones públicas de salud, se generan incentivos para que este creciente mercado de la salud cobre más auge.

La dimensión social: El análisis de esta dimensión será enfocado al sentido de pertenencia e identidad con la nacionalidad y el territorio de un país. En este sentido cobra relevancia el multilingüismo y multiculturalidad de Guatemala, pero además se agregan distintas formas de vivir la espiritualidad.

En el caso latinoamericano, los procesos de independencia modificaron la estructura económica (lo que generó paulatinamente clases sociales en convivencia con modos de producción de corte feudal), sin que esto forjara cambios en la estructura colonizadora y de sujeción de los pueblos indígenas o ancestrales, por parte de los españoles ya residentes o sus descendientes en América. En otras palabras, la constitución de las sociedades latinoamericanas muchas veces conllevó fuertes inequidades en las estructuras económicas y sociales, que fueron justificadas o alimentadas ideológicamente por la percepción del otro, del indígena, como inferior. Diríamos que la ideología colonizadora generó condiciones para la consolidación de procesos de concentración de poder y de la economía en unos pocos. En sociedades donde la

mayoría es indígena y se da una gran cantidad y diversidad de existencia de pueblos ancestrales, el grupo blanco, mestizo o ladino que detenta el poder real, mantiene un proceso de no reconocimiento de la diversidad de naciones y pueblos presentes. Esto impacta en los proyectos de nación que se impulsan, pues en estos casos se favorece sólo a unos pocos, que regularmente son los que controlan los bloques de poder dominantes que conducen el aparato estatal y la política pública. En otras palabras, se promueve el racismo como una condición que justifica, de manera consciente o subconsciente, el no reconocimiento de derechos y necesidades y la subvaloración del sufrimiento, el dolor, la enfermedad y la muerte de aquellos considerados inferiores.

Este aspecto resulta crucial en Guatemala, derivado de los altos niveles de racismo y discriminación que se pueden encontrar dentro del sistema de salud. Esto puede caracterizarse en la ausencia de políticas de pertinencia cultural llevadas a la práctica, y de manera transversal a todas las acciones sanitarias; el desconocimiento oficial sobre la existencia del sistema maya; la permanente discriminación en los servicios de la población indígena; la permanencia de una visión colonizadora sobre las formas de relacionarse con los actores del sistema maya, como las abuelas comadronas y sanadores mayas; así como lo relacionado a sus recursos tecnológicos, como es el caso de las plantas medicinales. De hecho, la simple concepción que el derecho a la salud de estas poblaciones pasa únicamente por la provisión de servicios materno/infantiles, de prevención de enfermedades transmitidas por vectores, entre otras pocas, sin importar toda la gama de problemas de salud que atraviesan. Estos hechos pueden considerarse como una acción de discriminación explícita y de exclusión que contraviene la condición humana y sus derechos universales, especialmente lo signado a nivel internacional, tal es el caso del Convenio 169 de la

OIT o la Iniciativa Salud para los Pueblos Indígenas de América Latina (SAPIA), relacionados con derechos específicos de los pueblos y comunidades lingüísticas de la sociedad guatemalteca.

Todas estas dimensiones actuando juntas en un proceso histórico-social han configurado el Estado guatemalteco en general y el sistema de salud en particular. Es posible afirmar que nuestro sistema de salud es excluyente, poco eficiente y de alguna manera, desconectado con las necesidades reales de salud de la población guatemalteca.

2.2. Objetivos

2.2.1. General

Brindar apoyo psicológico durante el periodo de postparto para madres con trastornos mentales perinatales y sus bebés.

2.2.2 Específicos

- Programa de atención directa

Brindar apoyo psicológico a pacientes con problemas emocionales durante su estadía en el área de postparto del Hospital Roosevelt.

- Programa de formación

Realizar talleres y terapias grupales sobre el bienestar de la familia, la salud de la madre y la relación con el bebé.

- Programa de investigación

Identificar la importancia del desarrollo socioemocional en las madres que se encuentran ingresadas en el área de postparto de la maternidad del Hospital Roosevelt.

2.3. Metodología

METODOLOGÍA CUALITATIVA

La investigación o metodología cualitativa tiene su base en lo lingüístico- semiótica y es usada principalmente en ciencias sociales. En ésta generalmente se utilizan técnicas como las entrevistas abiertas, grupos de discusión o técnicas de observación y observación participante. La investigación cualitativa recoge los discursos completos de los sujetos para proceder luego a su interpretación, analizando las relaciones de significado que se producen en determinada cultura o ideología. El objetivo de investigación cualitativa es el de proporcionar una metodología de investigación que permita comprender el complejo mundo de la experiencia vivida desde el punto de vista de las personas que la viven (Taylor y Bogdan, 1984). Las características básicas de los estudios cualitativos se pueden resumir en que son investigaciones centradas en los sujetos, que adoptan la perspectiva del interior del fenómeno a estudiar de manera integral o completa. El proceso de indagación es inductivo y el investigador interactúa con los participantes y con los datos, busca respuestas a preguntas que se centran en la experiencia social, cómo se crea y cómo da significado a la vida humana. Taylor y Bogdan dicen que el investigador cualitativo pretende comprender lo que la gente dice.

Se pueden clasificar en dos categorías: estudios descriptivos (Diseños etnográficos, Diseños fenomenológicos, Diseños biográficos o narrativos, Diseños investigación acción, Diseños documentales): los que ponen su interés en la descripción de los datos, sin conceptualización ni interpretación (en realidad tienen un bajo nivel de interpretación). Pretenden describir de forma fiel la vida, lo que ocurre, lo que la gente dice, cómo lo dice y de qué manera actúa. Se suelen presentar como una narración. Dentro de esta categoría se suelen

agrupar la casi totalidad de la investigación cualitativa realizada en Ciencias de la Salud. Y los estudios interpretativos (Teoría Fundamentada, Inducción analítica): los que pretenden trascender al sujeto social para explicar y comprender hechos o fenómenos sociales más complejos. Todos ellos se apoyan en un acervo teórico profundo del hecho social o del fenómeno cultural sometido a estudio. La Teoría fundada descubre teorías, conceptos e hipótesis a partir de los datos. La Inducción analítica pone a prueba teorías.

METODOLOGÍA PARTICIPATIVA

Las metodologías participativas cuentan, como elemento esencial, con la implicación de los individuos que aportan desde lo que les interesa y desde la propia experiencia, y es desde ahí desde donde se genera un proceso de profunda reflexión que da pie a la transformación de la realidad del objetivo.

Las metodologías participativas suponen un compromiso de todas las partes respecto de la capacidad de compartir la toma de decisiones, de un mejor reparto del poder, y de la responsabilidad de todos para generar una nueva realidad en la organización que suponga una mejora de la situación.

Esta técnica busca a través del juego poder impulsar el aprendizaje, promueve el dialogo y la discusión dentro de los miembros, siempre manteniendo el debido respeto, con el objetivo de que se compartan ideas y se conozcan las formas de pensamiento de cada uno de los integrantes, este modelo no es rígido ni autoritario, fomenta el sentido de pertenencia en los integrantes del grupo, fortalece la reflexión en cada uno de los integrantes, de forma individual y colectiva de la realidad de las situaciones que se estudian para crear en ella una práctica en base a la teoría ya conocida, promueve el pensamiento crítico, la escucha tolerante, la conciencia de sí y

de su entorno y el dialogo y debate respetuoso. El esquema de trabajo de esta metodología consiste en:

Partir de lo que se sabe y siente: de la practica a la experiencia (Diagnostico)

Reflexionar y profundizar sobre el tema: a través del diagnóstico y otros aportes teóricos del problema.

Lo que se puede hacer: formulación de propuestas generales y especificas en todos los ámbitos y sistematización de los mismos.

Mediante el trabajo a realizarse es importante generar lo siguiente:

- ✓ Construir confianza
- ✓ Promover la comunicación
- ✓ Cooperar, acompañar y orientar
- ✓ Ayudar a las personas a entender
- ✓ Llevar los consensos y discrepancias

Las técnicas que comúnmente se utilizan:

- Dinámicas vivenciales (integración, resolución de conflictos).
- Análisis general
- De organización y planificación
- De evaluación y reflexión

INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA

Se basa en una reflexión y una serie de prácticas que se proponen incluir a todos los participantes de una comunidad en la creación de conocimiento científico sobre sí mismos y su

elemento clave es la participación de distintos agentes. Esta metodología permite intervenir en los problemas sociales buscando siempre una transformación social.

Asimismo, procura que el desarrollo de la investigación y la intervención esté centrado en la participación de quienes conforman la comunidad donde se investiga y se interviene, ya que se entiende a la propia comunidad como la encargada de definir y dirigir sus propias necesidades, conflictos y soluciones.

Algunos conceptos clave al plantear una investigación acción participativa son la planificación, el empoderamiento, el fortalecimiento y evidentemente el concepto de participación. Los pasos para la realización de la misma deben ser flexibles, sin embargo, deben contar con acciones sistemáticas y consensuadas en base a las problemáticas y necesidades de la comunidad planteados en el proceso de investigación como son la detección o la recepción de una demanda, la familiarización y difusión del proyecto, el diagnóstico participativo, la detección y priorización de necesidades, el diseño de un plan de acción, la ejecución de las acciones, y la evaluación constante y también participativa.

Según Montenegro, Balasch y Callen (2009), existen tres características o finalidades de los paradigmas participativos, que son algunas de las que constituyen los fundamentos teóricos y metodológicos de la Investigación Acción Participativa:

- ✓ Definir los roles del campo de acción
- ✓ Transformación de las relaciones de poder
- ✓ Evaluación de retos

DIAGNOSTICO

Con el objetivo de poseer un diagnostico general de la institución en donde se realizará el Ejercicio Profesional Supervisado, se realizó una visita a las instalaciones para conocer al personal de trabajo del Hospital Roosevelt, conociendo un poco más acerca del trabajo que se realiza, las directrices y las metodologías con que se trabaja. Esto permitió poder conocer un poco de la problemática que poseen cada uno de los pacientes en dicho centro asistencial, asimismo contar con la información que fuese necesaria para la realización del presente proyecto de investigación el cual se llevará a cabo.

INMERSIÓN

Para esto fue necesario concertar una cita con las autoridades del área que iba a ser asignada para así poder tener una visita presencial como primer paso, poniendo a su disposición el tiempo que como epesista se pudiera brindar a la población y a la institución.

PLANIFICACIÓN

Para ello fue necesario conocer la metodología con que se aborda a las pacientes que se encuentran ingresadas en este centro asistencial, a raíz de dichos conocimientos, fue necesario realizar una serie de estrategias mediante una planificación que permitiera poseer un panorama del abordaje que se iba a realizar durante el proceso del Ejercicio Profesional Supervisado. Asimismo, se dieron a conocer las instalaciones en donde se trabajará con la población y se establecieron horarios de atención, tanto para las terapias individuales como las grupales.

PROMOCIÓN

Debido a que las personas con que se trabaja dentro del centro asistencial, son personas que acuden porque no les es permitido llegar a un hospital privado, por ende, son

pacientes que están internos dentro del mismo durante de un tiempo limitado, no es necesario realizar una promoción de la asistencia y apoyo a brindarse, ya que se trabajará día a día con ellos en los distintos talleres y programas que se tienen contemplados. El Hospital Roosevelt es conocido por distintas instituciones departamentales, por lo que mucha de la población ha sido referida por dichas instituciones.

EJECUCIÓN

Se llevó a cabo el proceso de inmersión dentro de dicho centro asistencial, así como la planificación previamente establecida con los temas a trabajar durante el tiempo que se estará trabajando en dicha área y las metodologías a utilizarse en el proceso de atención grupal e individual.

SISTEMATIZACIÓN

Todas las actividades a realizarse se registrarán en el Diario de Campo, el cual podrá tener una visión general, pero al mismo tiempo especifica de las actividades realizadas durante este trayecto. Se describirá la evolución de los casos individuales, así como cada una de las fortalezas, debilidades y objetivos alcanzados durante las terapias grupales que se realizan dentro de la institución, permitiendo conocer los logros obtenidos.

MONITOREO

El monitoreo se llevará a cabo a través del Licenciado a cargo del Ejercicio Profesional Supervisado, en donde se podrán conocer los avances, así como la orientación y apoyo que sea necesario para llevar a cabo el proceso, cumpliendo con el objetivo establecido, que es brindar apoyo psicoemocional a las personas internas.

EVALUACIÓN

Las evaluaciones se llevarán a cabo en las reuniones mensuales que se tienen designadas realizar, en donde todos los epeistas podrán compartir las experiencias, logros y dificultades obtenidas durante este proceso. Esto servirá como apoyo entre todos los compañeros para poder orientar de forma grupal las mejores técnicas de abordaje.

CIERRE DE PROCESOS

En esta etapa se dará por culminado el proceso del Ejercicio Profesional Supervisado, dando un cierre a cada uno de los aspectos que se trabajaron durante el año.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La observación: Se utilizará esta técnica durante la investigación ya que es una herramienta fundamental y que se da desde el primer momento en que se intenta realizar una investigación como tal. Esta técnica como su palabra lo dice, se caracteriza por observar atentamente cierto fenómeno, lugar o población con la que se estará trabajando, sirve para tomar información, y ser registrada para su posterior análisis.

La observación que se realizará será estructurada, puesto que tendrá como apoyo herramientas que permitan registrar todo lo observado durante el momento como tal, entre estas herramientas, se podrían mencionar:

- ✓ Fichas de registro de información
- ✓ Grabaciones
- ✓ Fotografías

Como investigación descriptiva, y metodología descriptiva a utilizarse durante este proceso, es elemental saber que la observación a realizarse es de campo, ya que la misma se realizará en un ambiente y lugar específico donde sucede el fenómeno a investigarse.

La entrevista: esta técnica se utilizará con el objetivo de poseer un dialogo directo con la persona que será de muestra para la investigación. La entrevista es una técnica antigua, pues ha sido utilizada desde hace mucho en psicología y, desde su notable desarrollo, en sociología y en educación. De hecho, en estas ciencias, la entrevista constituye una técnica indispensable porque permite obtener datos que de otro modo serían muy difícil conseguir. Para ello será necesario lo siguiente:

- ✓ Poseer seguridad en sí mismo
- ✓ Preparación del tema a ser investigado
- ✓ Captar con atención la narración y descripción del problema que el entrevistado realice.
- ✓ Despojarse de prejuicios y empatía

Testimonios: Es una técnica sencilla que consiste en solicitar a personas que han vivido determinadas experiencias las expresen mediante un testimonio escrito o verbal. Par el caso de esta investigación será utilizado la técnica de testimonio verbal con el objetivo de poder obtener una información el testimonio focalizado es una de las formas que toma la llamada investigación experiencial.

CAPÍTULO III

3.1. Atención directa

En el servicio de atención directa con la población se atendió durante el proceso de la realización del Ejercicio Técnico Supervisado un aproximado de más de cien mujeres, con sesiones individuales de 20 a 30 minutos de manera presencial en los espacios que brindaba el hospital.

Para llevar a cabo este eje de servicio, primeramente, se tuvo una reunión con la Psicóloga encargada del área de docencia del departamento de salud mental el Hospital Roosevelt, durante la reunión indicó que se haría una rotación durante el proceso en el área de maternidad, exclusivamente se trabajaría en el área de primer piso. De igual manera se hizo la presentación con la Psicóloga encargada del área, la Licenciada Tania Reyes, quien explico al epesista acerca de los procesos de atención, así como los formatos utilizados por dicha área, así como, de igual manera comentó sobre las problemáticas principales de los pacientes.

Con la Licenciada se estipuló la modalidad de trabajo, asignación de pacientes, también expuso como es la atención individual a pacientes, así como el proceso de realización de hojas de evolución, conjuntamente se llevó a cabo con ella una práctica de respiración diafragmática como herramienta para estabilización emocional de las pacientes y cómo desarrollar la escucha activa.

Las primeras acciones llevadas a cabo fue la indicación que en el primer nivel se trabajaría únicamente con mujeres del área de legrados y postparto, de igual manera se hizo una leve inducción de cómo se trabajaba en todo el edificio de maternidad y se indicó que ciertos días se subiría a cubrir las otras áreas por falta de las demás psicólogas. Se les mencionó a las

enfermeras que estaría apoyando a la psicóloga de primer piso para que no hubiera ningún inconveniente al momento de ingresar a los cuartos de las pacientes.

La primera acción que se llevó a cabo fue la observación al momento que la psicóloga les brindaba una charla motivacional a las pacientes de legados, luego indicó los criterios de relación profesional que se maneja, ya que en algunos casos también llegan casos legales con menores de edad, por ende, menciona la importancia de la confidencialidad y la libertad de expresión de las pacientes.

El rapport es importante como parte del proceso terapéutico, consiste en que cada paciente se sienta escuchada y comprendida, esto después de hacerla sentir en un ambiente seguro y de confianza para ellas.

Otra acción fundamental realizada durante el servicio de atención directa fue acerca de la indagación y recolección de información sobre los pacientes, el conocimiento de la personalidad premórbida, etc., la historia de la problemática actual, la búsqueda de síntomas y signos, frecuencia e intensidad de los mismos que aquejan al paciente.

Con cada paciente se estableció un diagnóstico o bien, una impresión clínica con el propósito de realizar una intervención encaminada a resolver el problema presentado según el caso y personalidad del paciente; anudado a esto, se procuró con cada paciente el establecimiento de objetivos y actividades previo a comenzar con el proceso del tratamiento psicológico.

En cuanto a las acciones referentes al tratamiento psicológico, se contemplaron en un inicio los enfoques de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), Terapia Gestalt y la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), sin embargo, se añadieron durante el proceso técnicas de

psicoeducación, Programación sobre la importancia de la lactancia materna, así como, Mindfulness para la disminución y erradicación de síntomas de ansiedad.

Algunos de los temas desarrollados en terapia y técnicas aplicadas fueron:

- Autoestima
- Autoconocimiento
- Identificación de emociones, pensamientos y conductas
- Reconstrucción de eventos importantes
- 10 aspectos que me gustan de mi cuerpo
- Catarsis por situación de duelo
- Importancia de ser mujer
- Identificación de detonantes
- Mejoramiento de autopercepción de imagen personal
- Silla vacía
- Diálogo interno asertivo
- Diario de emociones
- Áreas que no debo de descuidar como mujer
- Cuidados de una madre primeriza
- Comunicación asertiva
- Depresión
- Ansiedad
- Inteligencia emocional
- Lactancia materna

- Alimentos recomendados en una dieta
- La importancia de saber poner límites
- Duelo perinatal

Paralelamente al proceso de psicoterapia se llevó a cabo la revisión de documentos, principalmente acerca de la Terapia Cognitiva-Conductual, el estrés postraumático, depresión posparto y el duelo perinatal, proporcionados por la Licda. Tania Reyes, revisión de vídeos sobre las técnicas investigadas para tener una visión práctica sobre los ejercicios, la realización de hojas de evolución referentes a la atención individual por sesión y paciente.

También se llevaron a cabo acciones de planificación de las técnicas a utilizar previo a las sesiones y la revisión de notas tomadas en sesión con el fin de generar un plan terapéutico para cada paciente.

Para finalizar la atención se realizaron actividades de cierre de caso, con el propósito de lograr una desvinculación adecuada con cada paciente atendido, en algunos casos no era posible lograr dicho cierre, ya que en muchas ocasiones las pacientes estaban internadas por un par de días por lo que fue imposible verlas en más de dos sesiones.

De igual manera se obtuvo varias intervenciones con el grupo de trabajo de enfermería, ellas solicitaban ayuda, por la carga de trabajo en muchas ocasiones se mostraban malhumoradas lo que hacía que el trato que le brindaban al paciente fuera en ocasiones tosco, se les brindó técnicas para que logaran controlar su estrés.

En cuanto a los principales logros, se destaca la generación de una perspectiva positiva sobre la psicoterapia, por parte de los pacientes, también la mención verbal acerca de las

mejorías de sus síntomas y en cuanto a la capacidad de manejo de las emociones y así sobrellevar su ansiedad.

También se hizo mención por parte de algunas pacientes que sus síntomas detonados en crisis de ansiedad son cada vez más leves y con menor duración. Así como sus crisis de depresión, en las cuales tienen pensamientos con tristeza profunda.

Considerando lo anterior y a las expresiones de agradecimiento por parte de las pacientes, se puede determinar que el objetivo específico del servicio de atención directa el cual fue proporcionar a los pacientes formas eficaces de solucionar, afrontar, manejar, superar o prevenir aquellas problemáticas de índole psicológica o situación problemática, internas o externas que le provocan malestar y de esta forma favorecer su desarrollo personal, se alcanzó satisfactoriamente, esto evidenciado en la evolución de cada paciente; se logró brindar un aporte significativo al programa “Importancia de la lactancia materna”.

3.2. Prevención/docencia

Para el eje de prevención y docencia, la Licenciada Tania Reyes refirió que hace aproximadamente dos años no se realizan talleres debido a la situación del COVID en el hospital, ya que al ser este uno de los centros asistenciales más completos cubrió todas las emergencias posibles, entonces el personal con el que se contaba atendía durante pandemia así mismo como el equipo. Por lo que, se resaltó la necesidad de informar a los pacientes sobre diversas problemáticas que les aquejan y también la necesidad de brindar material impreso a los pacientes que son referidos por algún motivo a atención psicológica para que de esta forma cuenten con acceso a más información y guías prácticas sobre diferentes temas.

Por lo anterior mencionado, se tomó la decisión de planificar los temas para impartir talleres, así como los temas para elaborar material informativo sobre diversos temas que se consideraron pertinentes para la resolución de problemáticas identificadas en la población, con el objetivo de promover, enseñar, informar y concientizar el autocuidado, para ello, se tuvo una reunión con la Licda. Tania Reyes para conocer las necesidades de la población desde su punto de vista y experiencia trabajando en el área de maternidad del Hospital Roosevelt, posteriormente, conjuntamente con ella se elaboró un listado de las problemáticas encontradas durante dicha reunión.

Se contemplaron en el listado los siguientes temas para así investigar y elaborar material informativo:

- Salud mental
- Resiliencia
- Violencia
- Violencia intrafamiliar
- Violencia de género
- Violencia psicológica
- Ansiedad
- Crisis de ansiedad
- Depresión
- Depresión posparto
- Autocuidado
- Inteligencia emocional

- Comunicación asertiva
- Cuidados de la madre
- Cuidados del bebé
- Lactancia materna
- Duelo perinatal

Se llevaron a cabo acciones para llamar la atención de posibles participantes para los talleres y concientizar sobre la importancia de conocer los temas, tales como incentivarlos durante las sesiones de psicoterapia.

En cuanto al proceso de impartición de talleres, primeramente, se realizaba una planificación y la elaboración de una presentación, posteriormente estos dos documentos eran revisados por la Licda. Tania Reyes, quién sugería algunos cambios los cuales se implementaban posteriormente, al terminar las correcciones ya se procedía a asignar fecha, hacer promoción con las pacientes e impartir el taller.

Se ejecutaron dos talleres a lo largo de la estadía en el área de maternidad, uno acerca de salud mental y el otro sobre autocuidado, por medio de enfermería, debido a que los participantes no cuentan con ningún acceso a comunicación con alguien más.

Como parte del eje prevención/docencia, se elaboró material para difundirlo a los pacientes, como trifoliales, videos ilustrativos, guías y murales informativos. Los temas abordados en estos materiales fueron acerca de la salud mental, autocuidado, resiliencia, lactancia materna e inteligencia emocional. Se coordinaba con la Licda. Tania Reyes para la impresión y distribución del mismo.

De forma adicional, en este eje se procuró la formación a través de la investigación y lectura de documentos sobre diversos temas, varios de ellos, sugeridos por la licenciada Reyes. Entre ellos se revisó el sitio web “Psiconfort”, que se utilizó como referencia en la elaboración de material didáctico elaborado.

Debido a las problemáticas sobre la violencia de género, se indagó en el sitio web “Xunta de Galicia”, para estudiar temas de: violencia de género, tipos de violencia, cómo repercute en las mujeres la violencia de género y tratamiento para la recuperación las víctimas.

De igual manera indagando sobre la problemática de la lactancia materna, se revisó el sitio web “Fundación éxito”, para estudiar temas de: importancia de lactancia materna, lactancia materna exclusiva, necesidades nutricionales del bebé y sobre la importancia de la alimentación de la madre.

Se hizo una lectura del documento: Ley para la Maternidad saludable, para obtener conocimiento sobre las implicaciones necesarias para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido. Y así promover el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a la información.

Por lo tanto, referente al objetivo planteado en este eje, sobre impartir talleres y elaborar material sobre diversos temas que se consideren pertinentes para la resolución de problemáticas identificadas en la población, así como para promover, enseñar, informar y concientizar el autocuidado, se puede concluir que se logró de manera parcial, debido a algunas dificultades que se tuvo con los talleres, las cuales se expondrán en el siguiente capítulo, sin embargo, la elaboración del material tuvo un gran impacto en la población, ya que, de esa forma

se pudo llegar a una mayor cantidad de población y se abarcaron todos los temas que se contemplaron al inicio del ETS.

3.3. Investigación cualitativa

El objetivo planteado para este eje fue describir las causas de la naturalización de la importancia de la lactancia materna y el autocuidado de madres primerizas vivenciados por las mujeres que han estado ingresadas en el área de maternidad del Hospital Roosevelt, a través de testimonios con el fin de elaborar guías informativas y de autoayuda.

Para cumplir con el objetivo se llevó a cabo el siguiente proceso:

- Se consulto con la licenciada Tania Reyes sobre los temas de investigación que recomendaba por el área, en lo cual se llegó a la conclusión de que muchas pacientes que acudieron a este centro asistencial fueron víctimas de violencia de género, sin embargo, no son conscientes de esto, debido a que normalizan la violencia, por esa razón se seleccionó como uno de los temas a investigar.
- De igual manera se indicó que era importante investigar sobre las actitudes que mostraban tener las mujeres embarazadas mientras se encontraban internadas en el Hospital Roosevelt, así como considerando tomar en cuenta las actitudes de las madres primerizas.
- Se estableció el objetivo de investigar las causas de la naturalización de la violencia de género vivenciadas por las mujeres que han estado ingresadas en este centro asistencial, especialmente ingresadas en el área de maternidad en primer piso, a través de testimonios, mediante una investigación cualitativa tipo narrativa.

- Selección de muestra, se seleccionó de muestreo no probabilística, por conveniencia tomando a las pacientes de atención individual que estuvieron de acuerdo en ser participantes de la investigación.
- Búsqueda de referentes teóricos que fundamentaron la investigación que se realizó con la población que asiste al área de maternidad del Hospital Roosevelt.
- Elaboración de la matriz de investigación del tema “Actitudes en mujeres embarazadas y madres primerizas que se encuentran en el área de maternidad del Hospital Roosevelt”, proporcionado por el supervisor/asesor de ETS Licenciado Oscar Josué Samayoa.
- Elaboración del instrumento para la recolección de información: se elaboró una guía de entrevista de nueve preguntas abiertas que buscaron obtener la perspectiva que tienen las mujeres al momento de encontrarse ingresadas en el primer piso de maternidad del Hospital Roosevelt, sobre los siguientes temas:
 - Leche materna
 - Alimentación saludable
 - Lactancia materna exclusiva
 - Madre lactante
 - Calostro
- Prueba piloto de instrumento: se evaluó la utilidad de las respuestas recibidas y la facilidad de comprensión de cada pregunta.
- Trabajo de campo: se realizaron las entrevistas a un total de 20 mujeres aproximadamente.
- Análisis de respuestas

A continuación, se describirán los resultados obtenidos de la investigación.

Leche materna

Se les pregunto a las pacientes qué es para ellas el brindar leche materna a sus bebés, con lo que indicaron que es brindarle pecho desde que el niño esta con ella.

Las pacientes estuvieron de acuerdo al mencionar que a través de la leche materna el neonato recibe una buena alimentación en sus primeros meses de vida, lo cual es de real importancia para que el bebé tenga un crecimiento adecuado.

La leche materna es el acto de amor que más alimenta. A través de la lactancia materna un bebé obtiene una alimentación saludable y todo lo que necesita durante sus primeros seis meses de vida.

Se puede decir que para las mujeres la leche materna es importante, pero aun así en muchas ocasiones se niegan a brindarla a sus hijos, ellas se dejan convencer con los comentarios que es malo para ellas, las mujeres pueden tener diferentes percepciones y experiencias sobre dicho tema, esto sucede según su edad, etnia, religión, estatus socioeconómico y otros factores.

En las respuestas recibidas por las pacientes se evidenció que no realizaron un análisis muy extenuante acerca del concepto mencionado anteriormente, sino que lo simplificaron y presentaron de forma práctica y concisa, por lo tanto, no se observó su conocimiento acerca de la complejidad de esta problemática.

Se indagó acerca del conocimiento de las pacientes sobre la importancia de la leche materna, las pacientes mencionaron lo siguiente:

- ✓ Le hace bien al bebé
- ✓ Es algo doloroso
- ✓ Afecta a su físico en el futuro

- ✓ No saben en que momento retirarla para el bebé
- ✓ Se sienten inseguras
- ✓ No están informadas
- ✓ Desconocen la lactancia materna exclusiva
- ✓ No conocen que es el calostro ni su importancia
- ✓ Desconocen el desarrollo del niño
- ✓ No saben cómo satisfacer las necesidades nutricionales del bebé

Según las respuestas obtenidas, se puede determinar que las pacientes que participaron reconocen cierta información de la leche materna, considerando que ellas han estado ingresadas en el primer piso del Hospital Roosevelt, ya han recibido información acerca de esta problemática, lo cual es un logro a destacar por parte del área de psicología, ya que el que reconozcan que es importante la lactancia materna es el primer paso para el cambio; sin embargo, más allá de reconocerlo, no conocen a profundidad acerca de las implicaciones de la falta de la misma.

Adicionalmente, es importante mencionar que la lactancia materna se da por su mezcla irremplazable de células y anticuerpos directamente extraídos del sistema inmunológico humano mediante un mecanismo de filtración altamente refinado y estos compuestos actúan como protectores contra infecciones y moderados del desarrollo.

La siguiente pregunta realizada a las pacientes fue sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva, a lo que las implicadas mencionaron, que era el brindarle el alimento exclusivamente a su hijo. Lo que nos indica la desinformación, y el daño que realmente le causa a la población guatemalteca.

También hubo respuestas que indican que las pacientes consideran la lactancia materna como un alimento beneficioso para el bebé, pero, aun así, no lograron explicar bien el motivo.

Otra respuesta recibía por parte de una paciente fue más elaborada, ya que indicó “la lactancia materna exclusiva es ofrecer el alimento y amor indispensable para la salud y la nutrición de los niños, desde el inicio de su vida. De igual manera mencionó que la leche materna cumple con ciertas funciones inmunológicas, antibacteriales, antivirales y antiparasitarias”.

Otras respuestas indicaron que las pacientes están de acuerdo con que la lactancia materna exclusiva en el desarrollo del niño obtiene beneficios infinitos, de igual manera mencionaron que lo más importante de dicha sustancia es que funciona como antídoto y protección por parte de la madre contra la desnutrición crónica.

Referente a las madres primerizas que dieron su punto de vista sobre el tema, indicaron tener miedo al momento de brindar lactancia materna a sus hijos, según lograron mencionar no se les ha brindado información sobre los cuidados que deben de tener al momento de realizar dicho acto, ya que según los mitos de las demás madres sienten que dolerá demasiado y por eso evitan tener ese primer contacto con sus bebés.

Según las respuestas obtenidas, las madres que tienen más de un hijo indicaron que para ellas se les complica el brindar lactancia materna a sus hijos, ya que se trabajan y no es posible el lograr brindarle la lactancia por los horarios de trabajo, y muchas de las empresas no les brindan su hora indicada como lo establece la ley.

Las respuestas menos comunes indicaron que las personas no conocen que es el calostro, ni su importancia en el desarrollo del bebé. Una paciente logró mencionar que tenía información sobre el calostro, que en una ocasión recibió una charla en donde le indicaron que era conocido como oro líquido, dicho nombre se le da por su color amarillento y por su reconocido poder, es además uno de los alimentos con proteínas con mayor cantidad de nutrientes y minerales, y más importante en la alimentación neonatal.

Concerniente a sobre si han recibido información por algún medio como charlas o campañas acerca de la lactancia materna, doce de las pacientes indicaron que no han recibido alguna charla o taller sobre dicho tema, únicamente han visto anuncios en páginas de internet sobre el tema, pero si les encantaría que se les ampliará el contenido para así poder estar más informadas. Las demás pacientes indicaron que, si han recibido, una de ellas comento lo siguiente: “he recibido varias capacitaciones sobre este tema, es importante informarse y capacitarse para comprender el porqué de la importancia de esta acción, así como el enfoque que debe de tomarse en la misma, el abordaje que debe darse a las mujeres debe ser simple y con información concreta para así evitar que sigan teniendo miedo de alimentar ellas mismas a sus propios bebés”.

Ahora bien, en cuanto a las vivencias sobre la información que tenían, como se mencionó anteriormente fue una minoría de las pacientes que indico que fueron capacitadas en dicho tema, por lo que una paciente decidió compartir su testimonio:

“En mi caso, fui víctima de violencia en mi adolescencia, me sometí a una relación tóxica y abusiva, con una persona que me hacía creer que todo lo que él decidía era por mi propio bien, poco a poco me fue aislando de tal modo que ya no me relacionaba con mis amigos, tomé distancia de mi propia familia y quedé embarazada, en ese él me llevó a vivir a su

casa, su madre me indicó que yo le tenía que hacer caso en todo lo que mi pareja decidiera, cuando mi bebé nació no me permitieron darle pecho ya que tenía que trabajar y ayudar con los gastos que conllevaba el tener una bebé. En una ocasión tuve la oportunidad de hablar con mi familia y ellos me dieron una oportunidad de cambiar mi vida, volví a casa. Actualmente tuve a mi segundo bebé y con mi actual pareja logré disfrutar mi embarazo, incluso en el trabajo que tengo me indicaron que me darían el tiempo estipulado para que pueda brindarle la lactancia materna y estar presente con ella en el proceso. Ahora puedo compartirles que por mí experiencia logré cambiar el ideal que me transmitieron mi primera pareja, ahora si disfruto la maternidad y no la veo como un castigo, mi percepción ha cambiado para bien”.

La siguiente pregunta indagaba acerca del tipo de crianza que recibieron por parte de su madre, a lo cual se encontró una contradicción, puesto que en la pregunta anterior mencionaron varias no tener conocimiento de ninguna parte, pero en esta pregunta declararon:

Las respuestas fueron las siguientes:

- Sexualidad
- Embarazos a edad temprana
- Maternidad en la adolescencia
- Prevención de enfermedades

Una paciente mencionó que recibió información por parte de una tía lejana, ya que su padre era muy machista por lo que les indicaba que no les iba a dar ideas para que quisieran hacer cosas indebidas.

Como parte de dicho estudio se les solicito que compartieran su experiencia personal relacionada con la información que se les compartió sobre el tema mencionado.

“Realmente logré identificar que estaba equivocada, mi pensamiento era que le haría bien a mis hijos si no les daba leche materna, ya que se iban a acostumbrar a ella y por ende cuando me fuera a trabajar les haría falta, una como madre cuando están ellos pequeños lo menos que quiere es verlos llorar y sufrir, así que pensé que les hacía un bien”.

Otra paciente narró un episodio que vivió en su adolescencia sobre cómo vivió un embarazo a temprana edad.

“Quedé embarazada a los 16 años, mis padres se molestaron tanto ya que ellos me tenían prohibido tener novio, la decisión que tomaron fue que me retiraron de la escuela y estuve encerrada en casa durante todo el embarazo, luego cuando nació mi bebé, ellos lo reconocieron como si fuera su hijo y a mí me dijeron que para evitar el qué dirán de las personas se iba a decir que era mi hermano, ellos evitaron que yo tuviera la oportunidad de disfrutar a mi hijo, actualmente tengo otros tres hijos mi esposo sabe la historia, mis padres no me hablan y me alejaron totalmente porque no están de acuerdo en que mi hijo sepa la verdad”.

Una paciente estaba sentada en el rincón, solo escuchaba como sus compañeras hablaban y se animaban entre ellas mismas, el segundo día cuando se hizo la misma actividad con el grupo indicó que si podía mencionar su experiencia, aunque no tuviera relación con nuestro tema principal, las compañeras la animaron a hablar.

“Yo he sufrido violencia desde pequeña, soy la hija más pequeña y única mujer, en mi casa mis otros hermanos son hombres, mis padres siempre han sido de la idea de que una persona por ser mujer tiene que servirle a todos los de casa, por ende, así fue mi crianza. En mi adolescencia tuve un novio que era dos años mayor que yo, y como se podrán imaginar mis papás me tenían prohibido tener novio, cuando ya llevaba tiempo con él empezó a cambiar, me

regañaba por cómo me vestía cuando salía con él, después empezó a opinar sobre mis amistades. Cuando conocí a su familia me regañó por ayudarlo a su mamá, me dijo que cuando viviera con él tenía que hacer todo yo sola, pero antes no. La relación duró tres años, el último año fue un infierno mis papás ya se habían enterado y él decidió que lo mejor era que nos fuéramos a vivir juntos, en su casa todo era peor, yo no salía a la calle. Una noche llevó a otra mujer y me pegó, me humilló y me dijo que no era suficiente mujer para él, si quería que siguiera conmigo tenía que acostumbrarme. A los días le conté a su mamá lo que sucedió y ella me ayudó a salir de ahí, me envió con una hermana de acá de la Ciudad, empecé a estudiar y conseguí un trabajo. Regresé a mi pueblo para intentar hablar con mis papás, pero se negaron, según ellos aún soy la mancha de la familia”.

Esto hace que veamos que aún se viven actitudes en donde los jóvenes viven violencia física, psicológica y emocional por parte de sus familias, en muchas ocasiones no reciben el apoyo debido por nadie de confianza entonces creen que está bien esto, y se acostumbran a vivir en un entorno en donde no se siente bien. Esta es una de las grandes problemáticas que sigue afectando a Guatemala.

Una paciente mencionó, “en mi casa estaba prohibido hablar de sexualidad, ya que mis padres decían que eran cosas que en la escuela nos debían de enseñar, me da pena decirlo pero incluso cuando tuve mi primera menstruación mi mamá me envió a que la señora de la farmacia me explicara porque ella no tenía tiempo para decirme que cambios iba atravesar mi cuerpo”, en el momento que las demás pacientes escucharon el relato, estuvieron de acuerdo en que la educación sexual antes no se recibía en casa por temas de desinformación o porque a los padres les da pena mencionar esta información a sus hijos.

El relato de otra paciente fue: “me casé joven, cuando quedé embarazada de mi primer bebé mi esposo estaba muy emocionado, cuando tuve al bebé vinieron unas complicaciones ya que necesitaba ayuda y me fui un tiempo donde mi mamá, cuando volví a casa con mi pareja, él me dijo que dejará de darle leche materna a mi hijo, ya que no quería que mi cuerpo cambiará porque no le iba a parecer atractiva y eso le molestaba. Esto me hizo entrar en depresión ya que sentía que le estaba fallando a mi hijo y a mí misma por hacerle caso, por ese motivo no quise tener más hijos”.

De igual manera hubieron relatos similares de pacientes que indicaron que en su adolescencia vieron como una de sus compañeras pasaba por un embarazo a temprana edad, y en la escuela las tomaban de ejemplo de lo que no tenían que hacer, con relación a esto una paciente mencionó: “viví la experiencia que mencionan mis compañeras de cerca, a mi prima menor le sucedió algo similar y mi tía como castigo la enviaba a la escuela con su hija para que tuviera un escarmiento”.

Para concluir con la investigación, se les pregunto a las mujeres ingresadas en este centro asistencial ¿cuál es el mayor problema para no brindar leche materna?, en esta última pregunta se encontraron varias respuestas que se describirán a continuación:

“A mí criterio personal, vengo de una familia humilde criada en un pueblo de Chimaltenango, mi mamá siempre nos hablaba de la importancia de comer sano y cuidarnos durante el embarazo, pero aun así en las áreas rurales de nuestro país no existe mucha información, mi mamá nos dio la orientación posible con lo poco que sabía, pero no fue suficiente, ya que según ella los primeros dos meses era primordial la lactancia materna, y no es así”.

Otra paciente mencionó algo más para completar el relato de su compañera:

“Considero lo que ya menciono mi compañera, la desinformación es algo que se lamenta, pero a pesar de eso existe otro factor importante, el machismo, yo he observado como los mismos hombres les solicitan a sus esposas que no le den leche materna a sus hijos, ya que sus pechos quedarán feos después y por ende ya no les llamarán la atención, realmente lo que en algún punto considere ignorancia me preocupa, ya que ellas accedían con tal de no tener problemas con sus parejas, de igual manera las madres de estos esposos les exigen a sus nueras que hagan caso a y les indican que lo mejor es implementar bebidas suplementarias como alguna leche o atoles, es acá en donde volvemos a confirmar que el machismo es provocado por las madres, ya lo ven como algo normal que deciden seguir viviendo bajo ese mismo patrón, en ningún momento ponen alto a la situación y esto lo único que hace es que se vaya transmitiendo de generación en generación ya que es la educación recibida en casa, por esta parte existe una manipulación de ambas partes, la suegra siente que está educando bien a su nuera para que cuide de su esposo y así él no tenga que ser promiscuo, en la otra parte observamos que la madre del neonato lo ve como un sacrificio que hace para mantener una relación estable con su pareja, aunque acepta que en el fondo le hace un daño a su hijo. En muchas ocasiones el machismo del que hablamos no queda solo en eso, si los neonatos son niñas empiezan con la actitud a la negativa, comentarios en donde dejan en claro que tienen que servirle al sexo opuesto, por ende este patrón se sigue reproduciendo, realmente es lamentable ver cómo somos las mismas mujeres nuestras enemigas, ya que no luchamos por salir de ahí e incluso como mujeres nosotras mismas nos juzgamos y no nos ayudamos, preferimos acomodarnos a que esta vida es la que nos tocó y no debe de ser así. Lo que acabo de mencionar lo viví en carne propia con mi primer hijo, yo fui de las mujeres que pedí ayuda, me la negó mi propia familia, en el camino coincide con personas

que me ayudaron y actualmente trabajo en un refugio que ayuda a mujeres que sufren violencia, ya que considero que el haberla vivido y tener esa experiencia me ayuda a entender el miedo que tienen de salir de esa área que para ellas es la segura en ese momento”.

Varias de las pacientes que estuvieron presentes, estuvieron de acuerdo, incluso una señora de edad avanzada mencionó; “yo durante toda mi vida fui lo que dijo la compañera, portadora del machismo, recordemos que los tiempos eran distintos, nuestros padres nos enseñaban que nosotros no debíamos estudiar, ya que nos teníamos que preparar para servirle a nuestro esposo, en muchas ocasiones se nos trataba mal por el hecho de nacer mujer, incluso mi esposo me enoja cuando mi primogénita fue mujer, dicen que ni para parir hijos servimos, entonces para nosotras es normal seguir así, es lo único que conocemos y nos limitamos a seguir en lo mismo, ahora con lo que han mencionado entiendo en donde han estado los errores, pero lamentablemente ya es un poco tarde ya que todos mis hijos están casados y tienen sus familias, no puedo hacer un cambio”.

Muchas más opinaron al respecto, ya que como indicó la paciente anterior, es lo que nos han enseñado nuestros padres por ende lo ven como normal, están de acuerdo una gran mayoría de que el machismo es algo que deben de erradicar desde el hogar, pero siempre viene lo importante ¿cómo se lograr el cambio?, el sexo no está dispuesto en realizar cambios en las actitudes que para ellos están bien.

Las demás pacientes llegaron a la conclusión, “el machismo, la desinformación y la falta de interés por parte del área de salud son factores que afectan grandemente esta situación, ya que no se brindan las capacitaciones adecuadas, muchas mujeres viven asimilando la vida durante su embarazo como pueden, ya que en muchas ocasiones no cuentan ni siquiera con una madre que esté al pendiente de ellas”.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

4.1. Atención directa

En el área de maternidad del Hospital Roosevelt, se les brindó atención psicológica individual a pacientes de tres pisos, se logró afrontar cada uno de las limitaciones, considerando que la población que asiste a dicho centro es de recursos bajos por ende su condición al momento de indagar sobre el conocimiento previo fue un detonante fuerte, en muchas ocasiones no lograron interpretar de lo que se estaba hablando.

Durante se desarrollaron las actividades se presenciaron ciertas dificultades, tales como:

- El entablar un rapport adecuado, por la limitación de gestos de las pacientes.
- Interrupción por medio de las enfermeras.
- Ruidos provocados por parte del área médica que generaban una distracción en las pacientes.
- Rechazo por parte de las pacientes.
- Carga de trabajo que no permitía cubrir la secuencia que se tenía con las pacientes.

De forma que, esta experiencia, al ser nueva y diferente permitió un fuerte aprendizaje para el epeista, sobre todo por la modalidad que se sugirió por la Supervisora por parte del hospital.

Considerando que se tuvo por objetivo, brindar apoyo psicológico durante el período de postparto para madres con trastornos mentales perinatales, por ende se debía prever las

situaciones de índole psicológica o situación problemática, internas y externas que le provocan malestar para así de tal forma favorecer su desarrollo personal, se utilizaron durante el proceso distintos enfoques de terapia y técnicas terapéuticas, brindando una experiencia y aprendizaje muy importante para el proceso de formación profesional como psicólogo, ya que se abordaron diversidad de casos, y por ende se atendieron distintas problemáticas.

Con una de las pacientes se analizó su conducta autodestructiva, pues refirió que desde que tuvo a su primer hijo le afectó el que su pareja perdiera cierto interés en ella, por lo que ella misma se maltrataba física y emocionalmente, no estaba conforme con su aspecto, ella misma se reprochaba que desde que quedó embarazada su cuerpo cambió y que eso es algo que hizo que perdiera su atractivo principal, por eso ya no le daban ganas de arreglarse porque sentía que hacía el ridículo ya que no se veía como antes. Se evaluaron los pros y los contras de dicha conducta autodestructiva, así se logra evidenciar los posibles perjuicios que esto le puede ocasionar. Este ejercicio permitió que la paciente hiciera un análisis profundo acerca de su conducta y a poder describir los detonadores de sus emociones.

Como parte de las actividades y logros de esta paciente, ella elaboró una tarjeta de protección, identificando eventos que anteriormente le han causado enojo, los pensamientos que ha tenido y la forma en la que ha canalizado ese enojo. Al finalizar la terapia, la paciente demuestra tener más control sobre sus impulsos y demuestra ser más racional a la hora de tomar de tomar sus decisiones.

En otro caso, la paciente refirió padecer ataques de ansiedad al momento de creer que su hijo estaba en peligro esto en base a que ella presencio que su hermano menor falleció mientras dormía, estos ataques le provocan malestar intenso, asimismo que constantemente sentía tristeza durante la semana lo cual no le permitía llevar a cabo sus actividades.

A las pocas sesiones con la paciente declaró que sus ataques de ansiedad son cada vez menos frecuentes, con emociones menos intensas y que la sensación de tristeza le afecta menos. La paciente mencionó que ha estado pintando mándalas y que esta actividad le genera tranquilidad y alegría.

Otra paciente solicitó terapia por dificultad para dormir, un insomnio constante que le está perjudicando en su vida diaria, ya que durante el día cuenta con la energía suficiente y además el insomnio también influía en sus estados de ánimo, puesto que se irritaba con facilidad. Gracias a la aplicación de técnicas ha logrado conciliar el sueño realizando la respiración diafragmática.

Refiriendo otro caso, la paciente presentaba tristeza y por ende fuertes dolores de cabeza, se establecieron como posibles causas: las dificultades para comunicarse con su hija quien está en proceso de migración y el fallecimiento reciente de su señora madre; de forma que para abordar este caso se hicieron varias actividades de formación, acerca del tema sobre cómo afrontar el duelo e incluso sobre la situación de los migrantes.

De igual manera hubo casos de duelo por ruptura de pareja, y sobre problemas de comunicación y dificultades para socializar.

Por los casos mencionados con anterioridad, se puede evidenciar la diversidad de retos afrontados durante este subprograma de servicio, concluyendo que, cada una de estas experiencias han sido satisfactorias para el proceso de formación profesional.

Es importante destacar la contribución de la Licenciada Tania Reyes, quien estuvo al pendiente durante el proceso de ETS brindando una comunicación abierta y orientación desde su experiencia como psicóloga en dicha área.

Los logros más destacables de atención directa fueron cubrir la gran necesidad de atención que se tiene en el Hospital Roosevelt, ya que hay una alta demanda por parte de los ciudadanos en busca de atención a su salud mental. También se destaca la perspectiva positiva ante la psicoterapia generada en las pacientes y los avances significativos de las mismas, contribuyendo a su bienestar emocional.

4.2. Prevención/docencia

Para el subprograma de prevención y docencia se llevaron a cabo tres actividades principales, la primera fue la elaboración y distribución del material digital en el cual se abordaron distintas problemáticas, la siguiente fue la lectura y formación del etesista, con la finalidad de actualizarse, informarse y educarse sobre los temas de lactancia materna, por último, la ejecución de talleres.

Al principio se tuvo la intención de ejecutar talleres que abordaran los temas sobre conciencia durante la maternidad, los peligros de la mala alimentación, la importancia de identificar sus emociones, traumas durante la maternidad, técnicas de relajación y respiración para manejar la ansiedad y el manejo de conductas problemáticas dirigido a padres; sin embargo se ejecutaron otros talleres durante el año, uno sobre la salud mental y su importancia y otro sobre autocuidado, estos se llevaron a cabo por solicitud de enfermería ya que ellas indicaron que eran temas en donde la mayoría de pacientes mostraba interés o sugerían querer indagar más de dichos temas. De igual manera, el cambio de los temas fue sugerido por la Licenciada Tania Reyes, psicóloga encargada de dicha área.

Esta limitación respectivamente a la ejecución de talleres se dio debido a la poca participación de las pacientes durante los talleres, esto se identificó ya que muchas no permanecían más de dos días ingresadas, motivo por el cual no se podía dar un seguimiento y cuando llegaban las nuevas pacientes y se mencionaban los temas querían que se ampliara la información así que se repetía nuevamente lo ya mencionado.

Estos talleres incluyeron actividades de bienvenida, exposición de dichos temas y una actividad que ejemplificara dicho tema, se utilizó un lenguaje coloquial e imágenes ilustrativas para la mejor comprensión del tema. Hubo dificultad para encontrar actividades que se pudieran realizar ya que no se podía obtener tanta movilidad por motivo de que las pacientes estaban ingresadas y algunas habían sido intervenidas quirúrgicamente y eso les frenaba la movilidad, así como para adaptar dinámicas, motivando a las participantes trabajando temas de su interés.

Las dificultades presentadas en este subprograma fueron que la dificultad al momento de desarrollar los talleres, ya que enfermería en ciertas ocasiones intervenía para realizar cuidados directos a las pacientes y estas perdían la concentración del tema. Otro problema fue el alcance de los mismos, ya que varias personas no lograban involucrarse por motivo de que al día siguiente les daban el alta y ya no se encontraban, la asistencia fue limitada a razón de las jornadas laborales de la población.

Como parte de los logros destacados se puede mencionar la formación teórica y metodológica gracias a la búsqueda de bibliografía sobre los temas de lactancia materna y el autocuidado en madres primerizas, la elaboración y distribución de material digital el cual pudo conseguir un mayor alcance con la población, así como se pudieron cubrir varios de los temas que se contemplaron en un inicio.

4.3. Investigación cualitativa

En general, la leche materna es el acto de amor que más alimenta. A través de la lactancia materna un bebé obtiene una alimentación saludable y todo lo que necesita durante sus primeros seis meses de vida, por esta razón la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que sea exclusiva durante este período y complementaria hasta los dos años.

La importancia de la lactancia materna se da por su mezcla irremplazable que incorpora células y anticuerpos directamente extraídos del sistema inmunológico humano mediante un mecanismo de filtración altamente refinado y estos compuestos actúan como protectores contra infecciones y moderadores del desarrollo.

Así mismo, la importancia de la lactancia materna exclusiva se refiere a la capacidad que tiene la leche materna de satisfacer todas las necesidades nutricionales del bebé durante los primeros seis meses.

El objetivo de la lactancia materna exclusiva es ofrecer el alimento y el amor indispensable para la salud y nutrición de los niños y niñas desde el inicio de la vida. La leche materna cumple funciones inmunológicas, antibacteriales, antivirales y antiparasitarias.

Los beneficios de la lactancia materna exclusiva en el desarrollo del niño son infinitos, uno de los más importantes es el mejor antídoto como protección de la madre contra la desnutrición crónica.

El calostro es conocido también como el “Oro líquido” y oro de la leche materna, porque es el color amarillento y por su reconocido poder; es además uno de los alimentos con proteínas con mayor cantidad de nutrientes y minerales, y más importantes en la alimentación neonatal.

En la composición de la leche materna, el calostro se resaltan los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, incluyendo los esenciales, ácido docosahexaenoico (DHA) Omega 3 y ácido araquidónico (AA) que participan en la formación de la sustancia gris y en la mielinización de las fibras nerviosas.

El calostro materno tiene al menos 100 ingredientes que no contiene ninguna leche de fórmula, o ningún alimento con proteína.

Una madre lactante con inadecuado estado nutricional y cambios hormonales genera un círculo de malnutrición entre ella y su hijo, con serias implicaciones en la salud actual y futura.

Durante el periodo de lactancia materna crecen las necesidades nutricionales y es necesario consumir alimentos beneficiosos en las porciones recomendadas para la madre lactante.

La alimentación en el embarazo es clave para la formación y el crecimiento del bebé, y los alimentos en el periodo de lactancia son la fuente de la energía adicional que requiere la mujer en etapa lactante, que es incluso mayor que la de una mujer en el periodo de embarazo.

En el tiempo de lactancia materna, la leche materna transforma su composición y su cantidad para suplir los requerimientos nutricionales del bebé. La leche materna es un producto natural muy versátil. Según recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, el periodo de lactancia debe durar seis meses de manera exclusiva y complementaria hasta los dos años. Este líquido natural conserva sus componentes propios y únicos durante todo el período de lactancia y a su vez ofrece la cantidad y la composición exactas para suplir los requerimientos nutricionales del bebé.

La leche en la maternidad es un fluido complejo. Su color, por ejemplo, puede tomarse como atributo de calidad de la leche materna extraída. El color puede variar desde una tonalidad semejante al agua de coco (blancuzco) hasta un amarillo intenso, pasando por intermedios que tienden a un verde tipo jugo de caña. Estas variaciones simplemente reflejan mayor concentración de algunos componentes. La leche materna en cualquier momento del periodo de lactancia contiene agua, proteínas, carbohidratos, grasas, Vitaminas A, E, D, K, minerales, calcio, fósforo, hierro, zinc.

La primera leche como se mencionó anteriormente se llama calostro, que se presenta durante los primeros 3 días de nacido del bebé, tiene 2gr/100ml de grasa, 2 g/100 ml de proteína, una mezcla única que incorpora células y anticuerpos directamente extraídos del sistema inmune de la madre lactante. Estos actúan como protectores contra infecciones y ayudan al desarrollo y la protección infantil del recién nacido. El calostro cumple funciones inmunológicas, antibacteriales, antivirales y antiparasitarias. Por esta razón, ninguna leche artificial se le puede comparar a la leche materna. El color de esta leche va desde amarillo a naranjado.

Con el ánimo de proteger la vida del recién nacido y como derecho sustancial de la ley, el empleador debe de conceder a la madre trabajadora descansos para alimentar a su hijo.

Como se ha mencionado, la lactancia materna provee los nutrientes óptimos para el bebé porque en ella se encuentran todos los requerimientos que necesita para su crecimiento adecuado. Esta contiene proteínas, carbohidratos, grasas, minerales y vitaminas esenciales para su crecimiento, según lo explican nutricionistas de la Coordinación de Aprovechamiento Biológico de la SESAN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de su portal web afirmó que “los niños amamantados muestran un mejor desempeño en las pruebas de inteligencia, son menos propensos al sobrepeso o la obesidad y, más tarde en la vida, a padecer diabetes. Las mujeres que amamantan también presentan un menor riesgo de padecer cáncer de mama y de ovarios”.

Es importante tener en cuenta que, la leche materna es el alimento ideal para los lactantes. Es segura y limpia, contiene anticuerpos que protegen de muchas enfermedades propias de la infancia. Además, suministra toda la energía y nutrientes que una criatura necesita durante los primeros meses de vida, y continúa aportando hasta la mitad o más de las necesidades nutricionales de un niño durante la segunda mitad del primer año, y hasta un tercio durante el segundo año.

La leche humana proporciona todos los nutrientes, las calorías y líquidos necesarios para la salud del bebé. Apoya en el crecimiento y desarrollo del cerebro del bebé, y por ende es más fácil digerir para el neonato. La lactancia materna continúa proporcionando los anticuerpos saludables que el bebé recibió en el útero. Por lo antes mencionado, aumenta la inmunidad del bebé a todo, desde el resfriado común hasta infecciones más graves. La lactancia materna reduce los riesgos que el neonato contraiga el síndrome de muerte súbita del lactante, y previene otras muertes de causa infantil.

Al llevar a cabo esta investigación se tuvo la dificultad para solicitar testimonios, ya que por falta de conocimiento por parte de las pacientes se complicaba, además los distractores en el área afectaron.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones generales

- La ejecución del Ejercicio Técnico Supervisado en el Hospital Roosevelt, especialmente en el área de maternidad, fue una experiencia gratificante y satisfactoria que generó un aprendizaje significativo para el etesista debido a la diversidad de casos que se abordaron, asimismo esta experiencia conllevó algunas dificultades y retos por la modalidad de desarrollarla con personal médico y de enfermería de por medio, lo que fue solventado según las posibilidades, contribuyendo de esta forma a la población atendida.

5.1.1. Conclusiones específicas

- Se generó una perspectiva positiva sobre la psicoterapia, por parte de los pacientes, también la mención verbal acerca de la mejoría de sus síntomas y en cuanto a la capacidad del manejo de las emociones y a sobrellevar la ansiedad.
- El objetivo de proporcionar a los pacientes formas eficaces de solucionar, afrontar, manejar, superar o prevenir aquellas problemáticas de índole psicológica o situación problemática, internas o externas que le provoquen malestar y de esta forma favorecer su desarrollo personal, se alcanzó satisfactoriamente.
- Persiste la necesidad de informar a los usuarios sobre las diversas problemáticas que les aquejan y también la necesidad de brindar material impreso a usuarios que son referidos a atención psicológica para que cuenten con acceso a más información y guías prácticas sobre diferentes temas.

- Las mujeres indican que el estar desinformadas es una violación a sus derechos humanos, ya que muchas empresas se aprovechan de esta situación para manipular su necesidad, así como de igual manera violan los derechos de los neonatos.
- El acceso a la información y campañas acerca de la “Leche materna y su ayuda al neonato”, han sido escasas en la población.
- La violencia contra la mujer es una problemática grave aqueja a la población que asiste al Hospital Roosevelt, ya que varias han expresado que en algún momento de su vida han sido víctimas de violencia.

5.2. Recomendaciones generales

- Se recomienda seguir con la psicoeducación en el Área de maternidad en el Hospital Roosevelt, para que las pacientes puedan recibir atención psicológica individual y que puedan informarse sobre la importancia de la lactancia materna para sus bebés, así como de los cuidados que deben de tener durante este proceso.
- Se recomienda aumentar la cantidad de personal que atiende en la clínica de salud mental, ya sea contratando los servicios profesionales de un psicólogo, o bien reclutando voluntarios y estudiantes de la licenciatura en psicología, considerando que la Licenciada Tania Reyes se sobrecarga de pacientes.

5.2.1. Recomendaciones específicas

- Se recomienda la elaboración de un protocolo o guía práctica dirigida para las mujeres víctima de violencia de fácil acceso y distribución.

- Debido a que algunas mujeres solicitan atención médica por somatización derivado de causas emocionales, se recomienda capacitar al personal médico como al personal de enfermería, en la detección de signos y síntomas provocados por malestar emocional.
- Se recomienda instruir a las pacientes sobre la importancia de su salud emocional y psicológica durante la etapa de postparto, así como el autocuidado.
- Se recomienda realizar material informativo, charlas y talleres presenciales en donde se les muestre a las pacientes la importancia de su salud física y emocional.
- Se recomienda generar en colectivo una cultura que esté libre de prejuicios ante la psicología y consciente de los beneficios que esta le puede aportar a su vida.

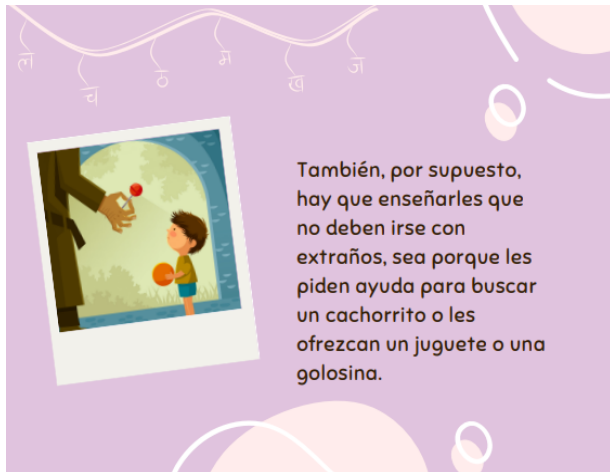
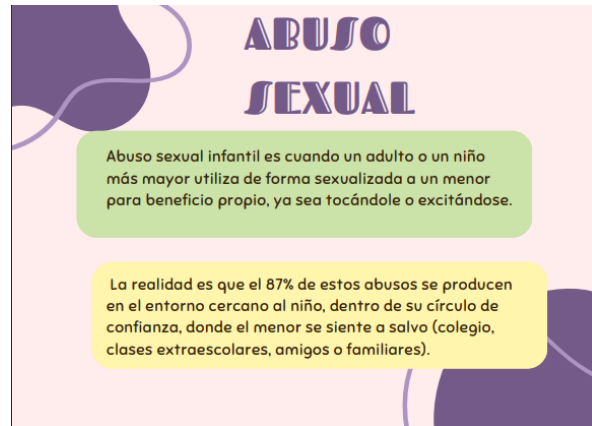
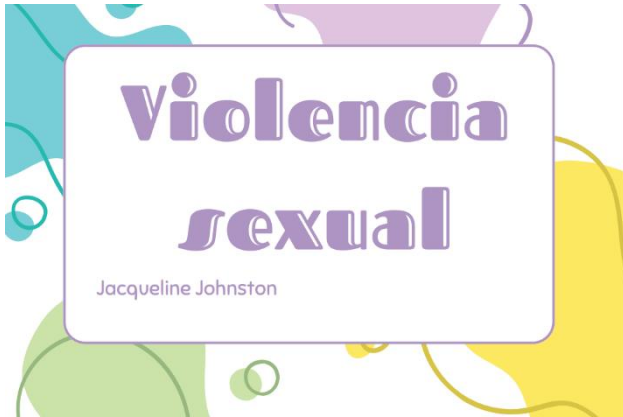
BIBLIOGRAFÍA

- Arias, G. (2010). El diagnóstico en la Psicología. Revista Cubana de Psicología, 1-10.
- Cadavid, N & Ocampo, D... (2017). El umbral del cierre: comprensión clínica del cierre del proceso terapéutico (estudio de casos). Barranquilla: Universidad del Norte.
- Cárdenas, H. (2006). El periodo de atención individual; espacio que favorece el Desarrollo Humano. Revista Pensamiento Actual, Universidad de Costa Rica, 69-77.
- Colussi, M. (30 de Julio de 2014). La violencia en Guatemala: un problema que rebasa la salud mental. Obtenido de Plaza Pública:
<https://www.plazapublica.com.gt/content/violencia-en-guatemala-un-problema-que-rebasa-la-salud-mental>.
- Corbin, J. (25 de Julio de 2019). Psicología y Mente. Obtenido de Psicología y Mente:
<https://psicologiaymente.com/clinica/tipos-de-ansiedad>.
- Ellis, A. (2003). Manual de Terapia Racional Emotiva. New York: Desclee.
- ERAIN. (1 de Febrero de 2021). Terapia Gestalt: qué es, para qué sirve y cómo se aplica. Obtenido de <https://www.era.in.eu/que-es-terapia-gestalt/>
- Feldman, R. (2014). Psicología con aplicaciones de países de habla hispana. En R. Feldman, Psicología con aplicaciones de países de habla hispana (pág. 468). México: Mc Graw Gill Education.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación. México D.F.: McGraw-Hill Education.
- Lotito, F. (2016). Test psicológicos y entrevistas: usos y aplicaciones claves en el proceso de selección e integración de personas a las empresas. Revista Academia & Negocios, 79-90.

- MAGA. (2010). Diagnóstico a nivel macro y micro del corredor seco y definición de las líneas estratégicas de acción del MAGA. Guatemala: Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación.
- MayoClinic. (8 de noviembre de 2019). Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/cognitive-behavioral-therapy/about/pac-20384610>
- Medilink. (12 de mayo de 2021). Telepsicología, ¿qué es y cómo funciona? Obtenido de <https://www.softwaremedilink.com/blog/telepsicologia-que-es-y-como-funciona>.
- Orgaz, C. (15 de mayo de 2019). ¿Qué es el Corredor Seco y por qué está ligado a la pobreza extrema en casi toda Centroamérica? Obtenido de BBC.com: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-48186820>
- Pérez, J & Gardey, A. (2008). Definicion.de. Obtenido de Material didáctico: <https://definicion.de/material-didactico/>
- Pineda de Mont, G. (1869). Recopilación de las leyes de Guatemala. Guatemala: Imprenta de la Paz en el Palacio.
- Sánchez, G. (25 de noviembre de 2018). República. Obtenido de República: <https://republica.gt/2018/11/25/cada-dia-119-mujeres-son-victimas-de-violencia-en-guatemala/>
- Torres, A. (s.f.). Psicología y Mente. Obtenido de: <https://psicologiaymente.com/psicologia/rapport-ambiente-confianza>
- UNICEF. (2011). La desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. Madrid.
- USAID. (6 de septiembre de 2017). Food Assistance Fact Sheet Guatemala. Obtenido de <https://www.usaid.gov/guatemala/food-assistance>

- Vara, L. (1 de abril de 2020). La Mente es Maravillosa. Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/tecnicas-rituales-cierre-la-terapia/>
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2015). “Censo de Guatemala 2015”
- Armas, Daniel. Conozca la ciudad de Guatemala. Editorial Costa Amic, México D.F. 1950.
- Mollinedo Castillo, José Fernando. Tesis. Evidencias de rasgos arquitectura española y francesa en el Centro Histórico de la Nueva Guatemala de la Asunción, 1880 – 1920. Universidad Francisco Marroquin. Guatemala 2000.
- Jungerman, F., Laranjerira, R. Entrevista motivacional: bases teóricas e prácticas. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 1999, 48(5):197-207.
- Informe Nacional de Desarrollo Humano. PNUD “Guatemala: Desarrollo Humano, Mujeres y Salud” Edición 2002
- Informe sobre la Recuperación de la Memoria Histórica de Guatemala (REMHI).

ANEXOS





Tenemos que ser conscientes de que contarles esto a los niños puede causarles miedo y preocuparlos. La idea no es que vivan aterrorizados o desconfiando del mundo, ni pensando que todos son malvados, pero sí que conozcan la realidad para poder enfrentarse a ella y evitar ser víctimas.

VIVIR CON MIEDO NO LOS VA A PROTEGER, PERO SI EL SABER COMO ACTUAR SI LA SITUACIÓN SE PRESENTA. ES DECIR, LES ESTAMOS DANDO ARMAS Y PROTEGIÉNDOLOS AL CONTÁRSELO.



Hay explicar las cosas poco a poco y desde pequeños, cuando no entienden que es el abuso, y enseñarles a ser dueños de sus propios cuerpos y a tener confianza absoluta en nosotros les digan lo que les digan o los amenacen con lo que les amenacen. Podemos prevenir que sean víctimas del abuso sexual hablando con ellos.



Se debe reiterarles que confiamos en ellos y que deben contarnos cualquier cosa mala que les suceda, pues crearemos en ellos y los defenderemos, incluso si la persona que los ha dañado es muy cercana a nosotros.

ES IMPORTANTE QUE CONFIEMOS EN CONTARLE A UN ADULTO DE CONFIANZA SI ALGUIEN ME ESTA PIDIENDO HACER ALGO QUE NO QUIERES.

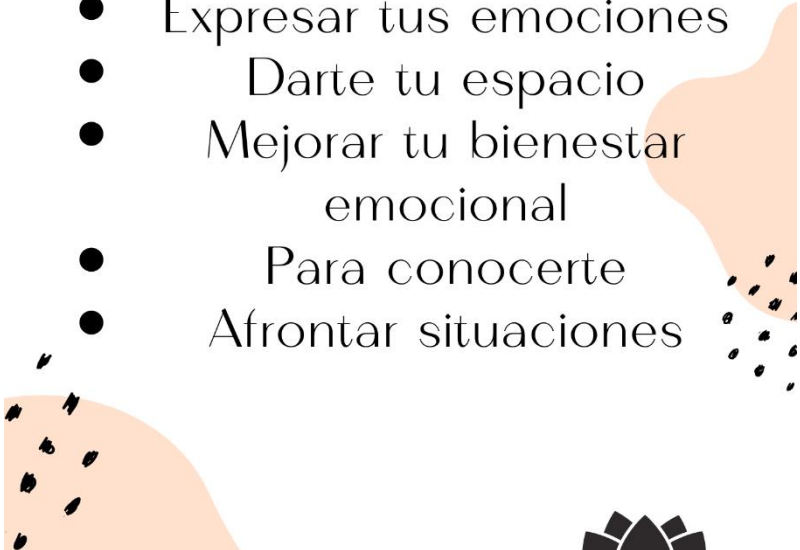
SE DEBE ENSEÑAR A LOS NIÑOS



EL ABUSO SI EXISTE, Y NADIE DEBE DE TOCARLOS INADECUADAMENTE.



MOTIVOS PARA IR A TERAPIA PSICOLÓGICA

- Para ser escuchado
 - Expresar tus emociones
 - Darte tu espacio
 - Mejorar tu bienestar emocional
 - Para conocerte
 - Afrontar situaciones
- 



PARA UNA VIDA SALUDABLE

1. MUCHA AGUA

El agua ayuda a mantener el volumen de sangre en el cuerpo, que es necesario para transportar el oxígeno al organismo

2. FRUTAS Y VERDURAS

Son ricas en fibra, vitaminas y minerales y tienen un papel protector en la prevención de enfermedades

2. PRODUCTOS DE TEMPORADA

Cada estación responde a una necesidad del cuerpo humano, los productos son más ricos en nutrientes para el organismo cuando el producto es de temporada

4. ACTIVIDAD FÍSICA

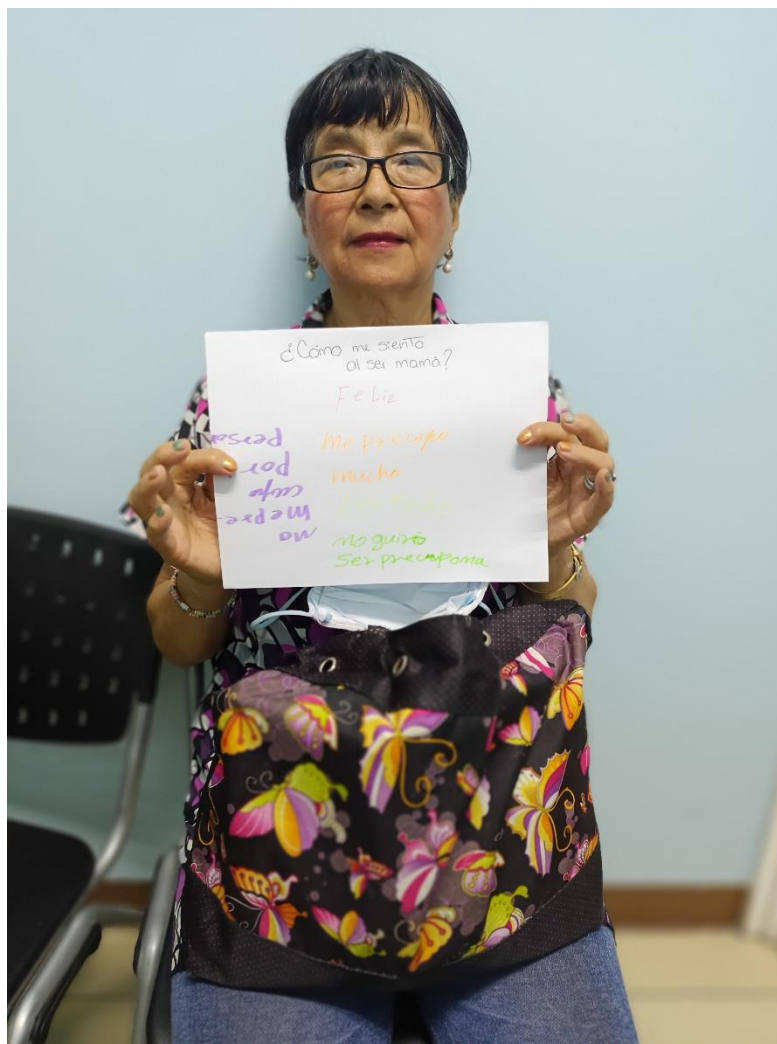
mejor funcionamiento del corazón y la sangre, aumento de la masa muscular, mantenimiento de las articulaciones y los huesos, reducción del estrés y del riesgo de enfermedades, mejora del sueño...

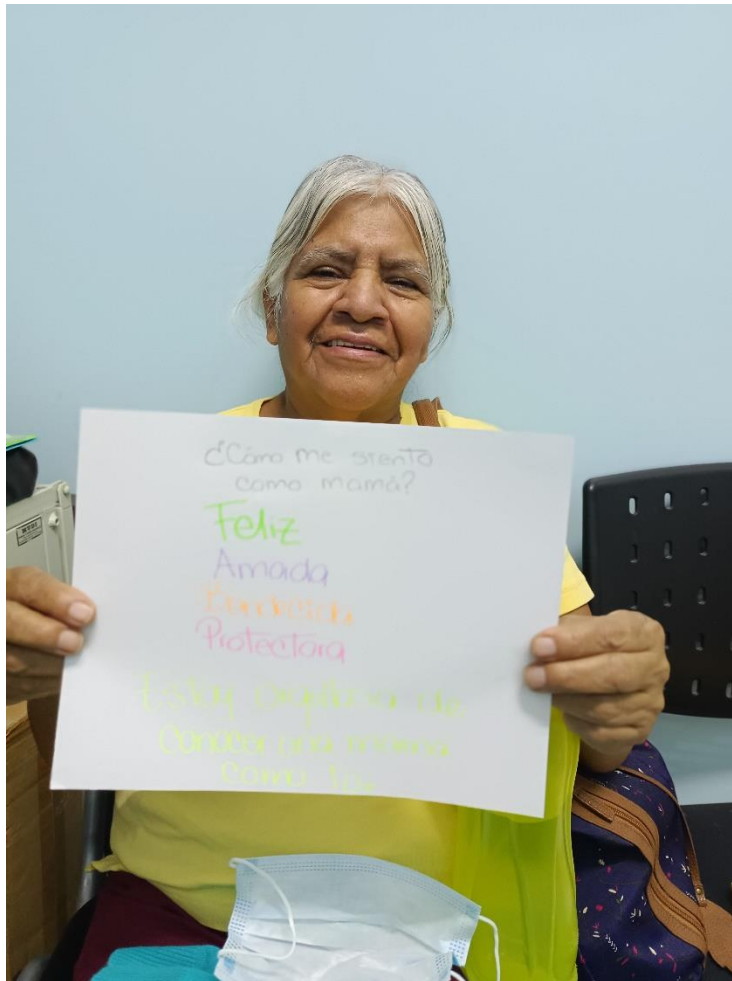
5. DORMIR LO SUFICIENTE

preserva la memoria y el estado general de nuestra salud mental y física; también ayuda al organismo a mantener y regular las funciones vitales









Como me sinto
como mamã?
Feliz
Amada
Paciente
Proteção
Estou orgulhosa de
conhecer a minha
Dona Tia





