

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



**“ATENCIÓN PSICOLÓGICA DIRIGIDA A LA PROMOCIÓN
Y FORTALECIMIENTO DE LA SALUD MENTAL A NIVEL
INDIVIDUAL Y GRUPAL, DE LA POBLACIÓN QUE ASISTE
AL HOSPITAL NACIONAL HERMANO PEDRO DE
BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS, ANTIGUA
GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ, EN EL AÑO 2009”**

LIGIA MARCELA MARTÍNEZ LEAL

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2010

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

**“ATENCIÓN PSICOLÓGICA DIRIGIDA A LA PROMOCIÓN
Y FORTALECIMIENTO DE LA SALUD MENTAL A NIVEL
INDIVIDUAL Y GRUPAL, DE LA POBLACIÓN QUE ASISTE AL
HOSPITAL NACIONAL HERMANO PEDRO DE BETHANCOURT,
ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA,
SACATEPÉQUEZ, EN EL AÑO 2009”**

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

POR

LIGIA MARCELA MARTÍNEZ LEAL

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2010

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Doctor César Augusto Lambour Lizama

DIRECTOR INTERINO

Licenciado Héctor Hugo Lima Conde

SECRETARIO INTERINO

Jairo Josué Vallecios Palma

REPRESENTANTE ESTUDIANTILES

ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

C.c. Control Académico
EPS
Archivo
REG.137-2009
DIR. 561-2010

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

10 de noviembre de 2010

Estudiante

Ligia Marcela Martínez Leal
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el ACUERDO DE DIRECCIÓN DOSCIENTOS VEINTISEIS GUIÓN DOS MIL DIEZ (226-2010), que literalmente dice:

"DOSCIENTOS VEINTISEIS: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"ATENCIÓN PSICOLÓGICA DIRIGIDA A LA PROMOCIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA SALUD MENTAL A NIVEL INDIVIDUAL Y GRUPAL, DE LA POBLACIÓN QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL HERMANO PEDRO DE BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ, EN EL AÑO 2009", de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por: .**

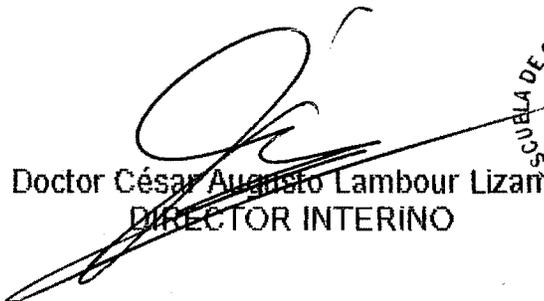
LIGIA MARCELA MARTÍNEZ LEAL

CARNÉ No. 200317280

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por el Licenciado Edgar Alfonso Cajas Mena y revisado por el Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO



Melveth S.



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
5ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usncpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas e Información
USAC
10 NOV 2010
FIRMA: [Signature] HORA: 17:15 Registro: 137-09

Reg. 137-2009
EPS. 25-2009

08 de noviembre del 2010

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, supervisado y revisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de Ligia Marcela Martínez Leal, carné No. 200317280, titulado:

"ATENCIÓN PSICOLÓGICA DIRIGIDA A LA PROMOCIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA SALUD MENTAL A NIVEL INDIVIDUAL Y GRUPAL, DE LA POBLACIÓN QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL HERMANO PEDRO DE BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ, EN EL AÑO 2009."

De la carrera de Licenciatura en Psicología

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo del Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Claudia Rossana Rivera Maldonado
COORDINADORA DE EPS USAC



/Dg.
c.c. Control Académico



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 137-2009

EPS. 25-2009

13 de agosto del 2010

Licenciada
Claudia Rossana Rivera Maldonado
Coordinadora del EPS
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Respetable Licenciada:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Ligia Marcela Martínez Leal**, carné No. **200317280**, titulado:

"ATENCIÓN PSICOLÓGICA DIRIGIDA A LA PROMOCIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA SALUD MENTAL A NIVEL INDIVIDUAL Y GRUPAL, DE LA POBLACIÓN QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL HERMANO PEDRO DE BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ, EN EL AÑO 2009."

De la carrera de Licenciatura en Psicología

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado **Oscar Josué Samayoa Herrera**
Revisor



/Dg.
c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 137-2009

EPS. 25-2009

08 de noviembre del 2010

Licenciada
Claudia Rossana Rivera Maldonado
Coordinadora del EPS
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Respetable Licenciada:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de Ligia Marcela Martínez Leal, carné No. 200317280, titulado:

"ATENCIÓN PSICOLÓGICA DIRIGIDA A LA PROMOCIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA SALUD MENTAL A NIVEL INDIVIDUAL Y GRUPAL, DE LA POBLACIÓN QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL HERMANO PEDRO DE BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ, EN EL AÑO 2009."

De la carrera de Licenciatura en Psicología

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Licenciado Edgar Alfonso Cajas Mena
Asesor-Supervisor



/Dg.

c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

C.c. Control Académico

EPS

Archivo

Reg.137-2009

CODIPs.205-2009

De Aprobación de Proyecto EPS

13 de marzo de 2009

Estudiante

Ligia Marcela Martínez Leal
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto TRIGÉSIMO QUINTO (35º) del Acta SIETE GUIÓN DOS MIL NUEVE (07-2009) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 12 de marzo de 2009, que literalmente dice:

"TRIGÉSIMO QUINTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **"ATENCIÓN PSICOLÓGICA INTEGRAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL A NIVEL INDIVIDUAL, GRUPAL Y COMUNITARIO, DE LA POBLACIÓN QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL HERMANO PEDRO DE BETHANCOURT"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

LIGIA MARCELA MARTÍNEZ LEAL

CARNÉ No. 200317280

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licenciada Blanca Leónor Peralta Yanes
SECRETARIA

/velveth S.

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

OF. No. 49-2009
SALUD MENTAL

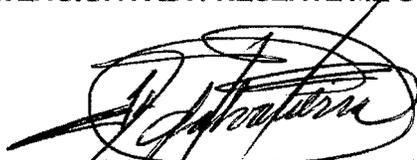
ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS, LA ANTIGUA GUATEMALA
20 DE NOVIEMBRE, AÑO 2009

LICENCIADA
CLAUDIA RIVERA
COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO E. P. S.
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, CUM
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LICDA. RIVERA:

TENGO EL AGRADO DE INFORMARLE QUE LIGIA MARCELA MARTÍNEZ LEAL, ESTUDIANTE CON CARNÉ 200317280 DESARROLLÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROYECTO DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO TITULADO: "ATENCIÓN PSICOLÓGICA DIRIGIDA A LA PROMOCIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA SALUD MENTAL A NIVEL INDIVIDUAL Y GRUPAL, DE LA POBLACIÓN QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL HERMANO PEDRO DE BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ, EN EL AÑO 2009", DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO DEL 1 DE MARZO AL 1 DE NOVIEMBRE DE 2009, EN LOS SERVICIOS DE GINECO-OBSTETRICIA, MATERNIDAD Y CONSULTA EXTERNA DE ESTE HOSPITAL.

AGRADECIENDO LA ATENCIÓN A LA PRESENTE ME SUSCRIBO,
ATENTAMENTE,



LIC. FERNANDO SALVATIERRA G.
JEFE DEPTO. DE SALUD MENTAL



C.c. ARCHIVO



PADRINOS

LICDA. MARIA MILAGRO MARTÍNEZ EVERTZ
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO 3,400

LIC. FERNANDO SALVATIERRA GONZÁLEZ
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO 6.720

ACTO QUE DEDICO

A Dios:

Por permitirme estar aquí el día de hoy, culminando este camino en el cual he podido ver más las maneras extrañas en la que trabajas en otros y en mí. No hay obstáculos, solo oportunidades.

A mis padres:

Dora Ruth y Gustavo, por ser un constante ejemplo y recordatorio de valores y principios en los cuales creo y por los que deseo regir mi vida y mis decisiones, así como mis acciones para mi misma y para otros. Mil gracias por todo el apoyo y por todo el esfuerzo. Esto es resultado de todo el trabajo y el esfuerzo que han hecho por mí. Muchas gracias.

A mis hermanos:

Álvaro, Gustavo, Ana Ruth (q.e.p.d.), Melany, Shenly y Diana, quienes directamente se vieron involucrados en este largo proceso y quienes me apoyaron de una u otra forma, se los agradezco miles y espero poder contar con ustedes en todo momento adecuado en el que verdaderamente lo necesite.

A mi familia:

Mi abuela, mis tíos, primos, a Golly y todos los que me apoyaron en este largo pero extraordinario proceso de descubrimiento y crecimiento personal y profesional.

A Juan Francisco:

Por apoyarme en TODO momento...

Por ser mi fuerza, mi alegría, mi amigo, mi confidente, mi paño de lágrimas, mi terapeuta, mi compañero de aventuras, mi maestro y mi centro de equilibrio, pero sobre todo por ser mi compañero de vida. Te amo mucho más de lo que puedas imaginar.

A mis compañeras de EPS:

Especialmente Daniella Alvarez, Evelyn Barillas, Erandi Paniagua, Ana Cristina Morales y Kattya Caballeros por hacer esta experiencia mucho más divertida y especial. Espero que nuestra amistad dure por largo tiempo.

A mis amigos y compañeros:

Michelle, Patty, Rene, Maura, Mera, Gloria, Ever, Jessica, Milly, Mirna, Ely, Gabi y muchos más a quienes he conocido en el transcurso de este tiempo y quienes han sido parte importante de mi vida y de esta etapa. No es necesario vernos todos los días para saber que existe un gran cariño entre nosotros. Agradezco su amistad y su apoyo en todos los momentos en que los necesité. También agradezco a mis compañeros por dejarme aprender de ellos y compartir nuestro día a día juntos.

Y finalmente a mí misma...

Porque esto es el resultado de años de trabajo, esfuerzo, sudor, enfermedades, risas, alegrías, tristezas, y sobre todo muchos, muchos aprendizajes.

He crecido más de lo que imaginé.... Y no queda más, que seguir para adelante.

“Caminante no hay camino, se hace camino al andar...”

AGRADECIMIENTOS

A la Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos:

Por ser mi alma mater y por ser un pilar esencial de mi profesión y de mi vida.

A Educare:

Por ser mi segunda universidad, en la que aprendí que los un grupo es mas que una suma de sujetos, donde aprendí a enseñar, a compartir y a entender que toda persona es un mundo.

A Mila y Pedro:

Por ser un gran ejemplo de profesionales, en la cual siempre vemos todo lo que la persona puede ser y que cada individuo conlleva mil potenciales dentro de el o ella, que podemos ayudarlos a despertar.

A los Licenciados:

Rosita Pérez de Chavarria, Silvia Guevara, Gabriela Morales, Josué Samayoa y Edgar Cajas, por dedicarse a compartir y transmitir sus conocimientos y su amor por la disciplina y la docencia y por apoyar a los nuevos profesionales, en este camino.

Al Licenciado Fernando Salvatierra:

Por ser una de mis grandes fuentes de aprendizaje y por ser un guía excepcional. Me enseñó mucho más de lo que creí necesitar y me transmitió lecciones tanto para mi vida profesional como para mi vida diaria. Muchas Gracias.

A las Licenciadas Mayra Morales y Merna Castellanos:

Por guiarme y permitirme aprender de ellas, por todo su apoyo y aprecio y por compartir sus experiencias diarias y profesionales conmigo. Fue un placer compartir este proceso con ustedes.

Al personal del Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt que me permitió conocerlos y compartir mi profesión con ellos, especialmente las enfermeras del área de Maternidad y Ginecología.

A todas las personas que me permitieron conocerlas y acompañarlas en sus procesos de crecimiento en este Ejercicio Profesional Supervisado. A todas las mujeres, hombres, jóvenes y ancianos que me permitieron entrar en su vida y ser un medio de apoyo y una guía en su proceso de cambio. Especialmente agradezco a todos los miembros de AJUPENSA, que en todo momento me hicieron sentir como una parte importante de su bella familia.

ÍNDICE

	Pág.
Índice	1
Resumen	3
Introducción	5

CAPÍTULO I

Antecedentes

1.1 Monografía del Lugar	7
1.2 Descripción de la Institución	22
1.3 Descripción de la Población	26
1.4 Planteamiento del Problema	31

CAPÍTULO II

Referente Teórico Metodológico

2.1 Abordamiento Teórico-Metodológico	38
2.2 Objetivos	
2.2.1 Objetivo General	62
2.2.2 Objetivos Específicos	62
2.2.3 Metodología de Abordamiento	64

CAPÍTULO III

Descripción de la Experiencia

Presentación de Actividades Generales	74
3.1 Acciones de atención directa	76
3.2 Acciones de formación y docencia	86
3.3 Acciones de investigación cualitativa	91

CAPÍTULO IV

Análisis y Discusión de la Experiencia

Análisis de las Actividades Generales	98
4.1 Acciones de atención directa	99
4.2 Acciones de formación y docencia	111
4.3 Acciones de investigación cualitativa	120

CAPÍTULO V

Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones	
5.1.1 Conclusiones Generales	136
5.1.2 Acciones de atención directa	137
5.1.3 Acciones de formación y docencia	137
5.1.3 Acciones de investigación cualitativa	137
5.2 Recomendaciones	
5.2.1 Recomendaciones Generales	139
5.2.2 Acciones de atención directa	140
5.2.3 Acciones de formación y docencia	140
5.2.4 Acciones de investigación cualitativa	141
BIBLIOGRAFÍA	142

RESUMEN

El Ejercicio Profesional Supervisado se realizó en el Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt, ubicado en el área de San Felipe de Jesús, aldea de Antigua Guatemala, cabecera del departamento de Sacatepequez, el cual tuvo una duración de ocho meses en los cuales se desarrolló un proyecto de promoción, mantenimiento y reestablecimiento de la homeostasis en la salud mental a nivel individual y grupal, de la población que asiste a dicho centro. La mayor parte de la población que asiste al Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt son originarios de los municipios del departamento de Sacatepéquez, siendo en su mayoría miembros de la etnia ladina y algunos de la kaqchikel, los cuales buscan servicios médicos sin costo, brindados por el gobierno, a través de los Hospitales Nacionales.

El proceso desarrollado a lo largo del Ejercicio Profesional Supervisado fue dirigido de manera integral a dicha población que asiste al Hospital Nacional “Pedro de Bethancourt”; para la mejor organización de este, se abarcaron tres grandes dimensiones de trabajo, siendo estas: la atención directa a la población, el proceso de formación a grupos específicos del sector y por último, el proceso investigativo de orientación cualitativa dirigido a conocer una problemática psicosocial a través del contacto directo con la población; las cuales fueron integrándose constantemente a lo largo de la ejecución de todo el proceso.

La dimensión del trabajo relacionada con la atención directa permitió desarrollar programas de atención psicológica a nivel individual, familiar y grupal con la población que asistió a la Clínica Psicológica de Consulta Externa y con las pacientes del servicio interno de Maternidad y Gineco-Obstetricia, que permitieron establecer un contacto directo con la población general. La dimensión de trabajo relacionada con el proceso de formación permitió establecer contacto con grupos específicos de la población, tanto interna del Hospital como en el caso de la población que asiste a la Consulta Externa del Hospital, así como las pacientes de posparto del área de Maternidad y padres asistentes a la Clínica de la Lactancia Materna y médicos pediatras; así como los grupos externos, siendo el caso de los miembros de la Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepequez – AJUPENSA -. Por último, la dimensión del proceso investigativo de orientación cualitativa permitió profundizar

en el tema de las representaciones sociales del embarazo precoz, dirigido a conocer las diferencias de las mismas en jóvenes de cultura ladina e indígena, del área de Maternidad y de Consulta Externa.

La ejecución del proceso del Ejercicio Profesional Supervisado, permitió brindar un servicio necesario para la población del área como lo es la promoción y atención de la salud mental en todos los niveles y el logro de un objetivo superior no contemplado en el proyecto inicial, tal como lo fue el haber afectado de manera directa en la vida de las personas involucradas en el desarrollo del mismo.

INTRODUCCIÓN

El proceso de ejercicio profesional supervisado denominado “Atención psicológica dirigida a la promoción y el fortalecimiento de la salud mental a nivel individual y grupal de la población que asiste al Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Sacatepéquez, en el año 2009”, fue un proceso estructurado en base a las necesidades principales en relación a la promoción, fortalecimiento o reestablecimiento de la salud mental en la población que asiste a dicho centro hospitalario. Estas necesidades pudieron ser identificadas solo después de establecer un contacto inicial y significativo con la población, el cual fue desarrollado a través de una visita diagnóstica.

Este encuentro permitió determinar la relevancia de algunas de estas necesidades primarias de tipo psicológico, las cuales a su vez, son desencadenadas por diversos factores psicosociales que afectan el entorno general de la población. Estos factores producen un impacto en los diversos círculos sociales en los que se desenvuelven los pacientes (círculo familiar, laboral, económico, religioso y comunitario), lo que permite que dicha problemática se transforme en una dinámica repetitiva disfuncional tanto a nivel individual como grupal, fenómeno que será descrito y profundizado en el Capítulo I.

Las necesidades psicológicas identificadas en los diversos niveles de la población (nivel individual y nivel grupal), motivaron al desarrollo de un proceso a beneficio de la salud mental de los sujetos de atención. Su planificación, desarrollado y ejecución se realizó a través de diversos ejes con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los participantes. Estos ejes contaron con sus objetivos específicos y metodología y actividades específicas, las cuales se desarrollan en el Capítulo II.

Las actividades del eje de atención directa o servicio, fueron actividades que buscaron brindar atención a los sujetos, tanto a nivel individual como a nivel familiar, a través de un contacto directo con los mismos en forma de consultas psicológicas personales o en parejas y en algunas ocasiones en consultas familiares; este servicio fue brindado a través de la atención en la Clínica de Consulta Externa.

A través del eje de formación se lograron establecer y desarrollar actividades a nivel grupal y comunitario que permitieron la promoción de recursos dirigidos al mantenimiento o reestablecimiento de la homeostasis en la salud mental, dando la

oportunidad de brindar una atención a nivel grupal. Este subprograma permitió identificar actitudes y conductas de la población y la comunidad en general a ciertos temas basados en la problemática psicosocial del área.

En el eje de investigación se realizaron actividades de acercamiento y contacto con una población específica, la de las adolescentes ladinas e indígenas con embarazo precoz, quienes representan una problemática social presente en la sociedad guatemalteca. Las representaciones sociales de dicho fenómeno permanecen enraizadas en el pensamiento individual de la población con bases históricas, antropológicas, religiosas y culturales. Dichas representaciones están profundamente relacionadas con el rol de la mujer dentro de estas culturas, motivando a investigar las representaciones sociales de este fenómeno en la población y en las mismas adolescentes que presentan un embarazo precoz, dirigido a conocer las principales diferencias en la cultura ladina e indígena. La descripción de las diversas actividades de cada dimensión será desarrollada, a lo largo del Capítulo III.

Por último, los resultados de estas actividades estarán desarrollados en el Capítulo IV, el cual contiene un profundo análisis de los logros, dificultades y aprendizajes adquiridos a lo largo de la ejecución de este proyecto. Los resultados generales serán desarrollados en forma de conclusiones y a su vez, se establecerán una serie de recomendaciones generales a las personas e instituciones involucradas en el Ejercicio Profesional Supervisado, las cuales serán detalladas a lo largo del Capítulo V. Este análisis parte de las mismas actividades explicadas en el Capítulo III.

Está por demás referir que la ejecución del proceso fue justa, necesaria e indispensable, ya que a través de este se logró mejorar la calidad de vida de la población al brindar una atención psicológica integral hacia los diversos sujetos y grupos sociales que fueron parte del presente proyecto y cuyos cambios psicológicos impactaron en su comunidad y en la sociedad guatemalteca en general, permitiendo así la promoción de la salud mental en los guatemaltecos en pro de una calidad de vida superior. Asimismo, el desarrollo de dicho proceso permitió un impacto superior en la psicóloga epesista, quien obtuvo no sólo una experiencia profesional en el campo clínico, sino un aprendizaje personal de vida a través del contacto directo con las personas y los diversos grupos que permitieron abordar más allá de lo que se pudo imaginar y crecer así, personal y profesionalmente.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

UBICACIÓN CONTEXTUAL:

Aspecto Histórico - Antropológico:

La Aldea de San Felipe se encuentra ubicada en el departamento de Sacatepéquez, a dos kilómetros al norte de la ciudad de Antigua Guatemala y actualmente esta comunicada por una carretera asfaltada a través de la cual se puede acceder a la aldea en menos de tres minutos. Su altura sobre el nivel del mar es de 1,535 metros, goza de un clima templado y agradable durante casi todo el año. La Aldea de San Felipe pasó a ser parte de la Antigua Guatemala por Acuerdo Gubernativo del 14 de marzo de 1883, disponiendo que el poblado quedara anexo al municipio de Jocotenango y convirtiéndose posteriormente en parte de Antigua Guatemala, por Acuerdo Gubernativo del 23 de agosto de 1935.

Históricamente, el área de Sacatepequez es un área habitada por la etnia Cakchiquel, hasta que fueron víctimas del engaño por parte de los conquistadores, según libros indígenas tales como el Popol Vuh, Memorias de la Conquista, y los Títulos. Estos dan muestra escrita de dicho evento, el cual finalizó con una sangrienta batalla que llevó a la conquista de la raza cakchiquel por parte de los conquistadores con ayuda de los tlaxcaltecas y al posterior apoderamiento de las tierras cakchiqueles. Según el historiador Francisco Polo Sifonte¹, “puede establecerse alguna similitud entre la actitud seguida por los tlaxcaltecas en México y los cakchiqueles en Guatemala; ambos recibieron a los conquistadores amistosamente y les facilitaron su concurso en la continuación de la conquista... Suena natural que los tlaxcaltecas hicieran un pacto con los castellanos y colaboraran con ellos con la esperanza de librarse del pesado yugo mexica”, esclareciendo la actitud amistosa que los cakchiqueles tuvieron ante los conquistadores, quienes a su vez se aprovecharon de tal situación, tomando ventaja de los recursos naturales con los que contaba el reino cakchiquel, tales como el oro y las tierras, los cuales fueron explotados para enviar

¹ Polo Sifontes, Francisco. **Los cakchiqueles en la conquista**. Guatemala. Pág. 14

riquezas al reino español, y para el cómodo asentamiento de los españoles que radicaron posteriormente estas tierras.

Eventualmente, los cakchiqueles se dieron cuenta de la explotación de sus riquezas por parte de los españoles, y buscaron defender sus tierras y a su pueblo y enfrentarse a los españoles, quienes eran guerreros preparados y crueles, apoyados por los indios tlaxcaltecas, según previas negociaciones para enfrentar y someter a los indígenas cakchiqueles a través de la batalla desencadenando así, una sangrienta masacre contra los líderes cakchiqueles y su ejército, dejando posteriormente una esquila de abusos y sometimientos para el pueblo, quienes pasaron a ser esclavos de los españoles y víctimas de abusos físicos, psicológicos y sexuales, en el caso de las mujeres. Algunos de los cakchiqueles sometidos fueron llevados a Sudamérica a realizar trabajos forzados, y a su vez en estas tierras cakchiqueles, quedaron asentados los indios tlaxcaltecas que Pedro de Alvarado trajo incorporados a su ejército de conquista.

A partir de la Conquista, los pobladores de raza cakchiquel fueron forzados a ceder sus tierras y sus vidas a los conquistadores, quienes se asentaron en este continente para el resto de sus vidas y las de sus descendientes, los cuales fueron conocidos como "criollos" por ser hijos de españoles nacidos en Guatemala. Cabe aclarar también que posterior a la Conquista, la población fue creciendo a su vez a través de las relaciones clandestinas y los abusos sexuales de los españoles hacia las mujeres indígenas, generando un nuevo grupo de pobladores, a quienes se les conoció como "mestizos", siendo estos fruto de la mezcla de raza indígena y española. Estos mestizos no eran muchas veces reconocidos por los españoles, sino fueron hijos ilegítimos, a quienes no se les otorgaba derechos y quienes eran rechazados no solo por los españoles, sino por los indígenas.

Este estado de esclavitud y conquista, tuvo una larga duración de tiempo, hasta que los mestizos fueron creciendo en edad y en cantidad y fueron tomando un papel importante y relevante en la sociedad, quienes junto con la Iglesia Católica, marcaron un movimiento importante de liberación y cese de la violencia hacia los indígenas. Este interés de la misión religiosa hacia los indios, dió paso a una serie de eventos históricamente significativos que marcarían el curso de la historia de los indígenas cakchiqueles en Guatemala, siendo algunos de estos hechos como la castellanización y la imposición del catolicismo; perdiendo así, la identidad pura de los indígenas.

Estos eventos junto con el crecimiento de la llamada población “mestiza”, dio origen a la fusión de los elementos de ambas culturas (indígena y española), dando paso a un nuevo tipo de vida en la cual se mezclaron las tradiciones de ambos pueblos y las dinámicas sociales de los mismos, posterior a la época de la Conquista, que significó sangre y muerte para los pobladores indígenas. Posteriormente las tierras pertenecientes a los cakchiqueles fueron expropiadas y dadas en encargo a españoles, originando así las aldeas o pueblos, que por lo regular fueron identificadas con el nombre de algún santo religioso, de una orden, o del encargado o dueño de dicha tierra, tal es el caso de San Miguel Dueñas, San Pedro el Alto, y San Felipe de Jesús, entre otras.

La aldea de San Felipe de Jesús tuvo origen en la repartición de tierras cakchiqueles a encargados españoles. Sin embargo, esta tierra no comenzó como una aldea, sino un terreno de amplia proporción conocido como *milpa*, ya que era un terreno lleno de sembrados de maíz, recalando que en “Guatemala se utilizaba este término para definir aldeas y pueblos que evolucionan a partir de las milpas o concesiones de tierras cedidas a los primeros españoles. Estas milpas fueron pobladas al inicio por indígenas esclavos y naborios (criados al servicio personal de los conquistadores). Hacia 1,550 los esclavos fueron liberados; sin embargo los habitantes de las milpas permanecieron en estas tierras”², dando origen así a la formación de las comunidades, caseríos y aldeas. Con la repartición de las tierras se generaron también comunidades y sociedades que influyeron y transformaron la cultura de sus habitantes, en su mayoría indígenas y mestizos y estos, con el tiempo, formaron parcelas y manzanas en las propiedades que anteriormente eran de los reinos cakchiqueles y las arrendaron a los lugareños, antiguos dueños de esas tierras.

La milpa de San Felipe de Jesús en fecha “21 de septiembre de 1528 es dada en título de propiedad a don Gaspar Arias Dávila y luego, al morir este, pasa a nombre de su hija doña Juana de Chinchilla”³, siendo ellos históricamente los dueños de esta milpa, según documentos históricos referentes a este tiempo. Se hace referencia que debido a la erupción del volcán de Fuego el 14 de enero de 1582, una correntada de lava destruyó el pueblo de San Juan Ahuatepeque; comunidad fundada por los españoles. La mayoría de sus vecinos fueron trasladados a la milpa de San Felipe,

² Lutz, Christopher H. Geografía Histórica de las Milpas y Barrios. Guatemala. Pág. 91

³ Lutz, Christopher H. Historia Sociodemográfica de Santiago de Guatemala. Guatemala. Pág. 89

dando origen a esta comunidad, según algunos historiadores modernos. Aunque se han encontrado variaciones históricas de cómo llegó la población a la milpa de San Felipe, siendo esta la que tiene más presencia en diversos libros históricos. A través de estos registros se puede también determinar que la aldea de San Felipe, fué fundada como tal en el año 1,604 quedando situada en la periferia norte de la ciudad, en ese entonces Santiago de Panchoy, separada por el cerro del Manchen, conocido como tal hasta hoy día. Anteriormente estas tierras eran consideradas propiedad de sus fundadores por lo que era necesario pagarles tributo o impuestos por el uso de estas tierras y por esta razón se realizó un censo en la ciudad de Santiago de Guatemala, para determinar quien tenía que pagar el impuesto, conocido también como alcabala; a razón de que las tierras estaban siendo divididas por la población española, la indígena y otros (mestizos, mulatos y negros). “El censo revelo que noventa manzanas eran habitadas por españoles, en este espacio existían 661 hogares encabezados por no-españoles; de estos, cinco eran hogares indígenas ubicados en dos manzanas contiguas. Esto fue revelado en el primer mapa completo que existe y esta fechado en 1773, año de la destrucción de la ciudad por los terremotos. Fue elaborado por el agrimensor José de Rivera y Gálvez”.⁴

Eventualmente San Felipe, convertido en aldea, va tomando importancia y desarrollando un crecimiento gradual en su población; “según decreto 225 del 9 de noviembre de 1878, San Felipe de Jesús queda dentro del circulo de San Sebastián, 3º distrito en la tabla para elección de diputados a Asamblea Constituyente. Por acuerdo gubernativo del 14 de marzo de 1883, se dispuso que el poblado quede anexo al municipio de Jocotenango; luego paso al de Antigua Guatemala por acuerdo gubernativo del 23 de agosto de 1935.”⁵

Otras tradiciones orales y escritas relatan que a fines del siglo XVII los pobladores indígenas de la aldea San Juan Perdido, en virtud de las plagas de langostas y murciélagos que afectó la población y que hacían imposible sus cultivos, solicitaron al Cabildo de Santiago de Guatemala cederles un terreno necesario en el valle del “Rejón” para aliviar su situación. Debido a esto los pobladores se trasladaron a lo que hoy es conocido como San Felipe de Jesús dando paso a la fundación de dicha aldea en el siglo XVII por disposición del Muy Noble Ayuntamiento de la

⁴ Lutz, Christopher H. Geografía Urbana de Santiago. Guatemala. Pág. 67

⁵ Gall Francis. Diccionario Geográfico de Guatemala. Pág. 38

entonces metrópoli del reino de Guatemala, Santiago de los Caballeros de Guatemala, conocida hoy como la Antigua Guatemala. El origen del nombre de la aldea se debe al Santo Felipe de Jesús, quien nació en México, el 1 de mayo de 1572, hijo de padres españoles, que se establecieron en México. Cuando Felipe contaba con la edad de 21 años ingresó a la orden Franciscana en Filipinas, y cuatro años después el 5 de febrero de 1,597, muere martirizado en la isla de Nagasaki, Japón dando testimonio de su fé. Por tal razón a juicio del Muy Noble Ayuntamiento se le rindió homenaje a uno de los primeros santos nacidos en el Nuevo Mundo, por lo cual se le confiere el nombre de San Felipe de Jesús a la aldea y al templo, el nombre de San Felipe Apóstol.

Según Manuel Rubio, “los primeros pobladores que habitaron este valle, en el siglo XVII, construyeron un modesto oratorio pajizo que se incendió en 1760, pero se salvaron milagrosamente las imágenes de San Felipe Apóstol, patrono del oratorio y del Santo Cristo Yacente”⁶. Es así como posteriormente en 1819 se construyó otro oratorio, por iniciativa del presbítero Manuel Francisco Barrutia, en 1820 se inauguró y fue puesto al culto religioso. En 1867 se construyó una iglesia más formal, por el presbítero Don Manuel Leal, más amplia, estilo barroco y se estrenó el 28 de agosto de 1870. Luego de padecer las calamidades de los terremotos, se inicia una nueva reconstrucción de la iglesia en 1978 y se termina quedando inaugurada el 30 de noviembre de 1984. El 1 de diciembre del mismo año, se consagró el Santuario y el Atar Mayor. El 27 de julio de 1986 este santuario de fé, fué elevado a la categoría de vicaría episcopal, por disposición de la venerable curia eclesiástica. Siendo nombrado para ocupar tan noble cargo, Monseñor Ramiro Pellecer Samayoa. En la historia de este santuario de fé, el 8 de mayo de 1986, merece citarse el solemne acto de consagración de la milagrosa imagen del Santo Cristo Yacente a cargo del Reverendísimo Monseñor Prospero Penados del Barrio, arzobispo de Guatemala. El culto a San Felipe de Jesús, como tal, se inició en 1670 en el templo de San Juan Perdido, Finca los Tarros, ubicada en Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla, de donde es proveniente gran parte de la población de esta aldea, difundiendo dicho culto a los demás pobladores de la misma.

⁶ Rubio Sánchez, Manuel. Monografía de la Ciudad de Antigua Guatemala. 1989. Pág. 32

Actualmente, la población predominante en la aldea de San Felipe de Jesús es de origen ladino, nombre que se les otorga a las personas que provienen de mezclas de mestizos con otros mestizos. Esta aldea no muestra predominancia indígena ya que en los años posteriores a la Conquista, los españoles hacían intercambio de trabajadores e incluso los enviaban a tierras sudamericanas; los mismos naturales del lugar emigraban hacia otros poblados en busca de mejores empleos, según se registra en quejas de los españoles por el suceso de migración de los lugareños. Por esta razón, puede también explicarse la escasez de población indígena propia del lugar o representativa en San Felipe de Jesús. Esta predominancia de población ladina en el lugar determinó la idiosincrasia de la aldea, constituida por su ideología, su lengua, su política y su psicología ante la problemática social, lo que posteriormente generaría la identidad de la aldea y su población, la cual a su vez, está marcada por su religiosidad y fervor cristiano, lo que determina la identidad proyectada de esta aldea, no sólo a los nacionales sino a los extranjeros.

Como aldea integrada a Antigua Guatemala, San Felipe de Jesús llama la atención de muchísimos pobladores de la misma ciudad y de la ciudad capital, sobre todo por sus fiestas y su pasión religiosa, evidenciada en sus festividades religiosas tales como la del primer viernes de cuaresma, y Semana Santa. Así mismo, el 1 de mayo se celebra con actos religiosos, deportes, y ventas de comida y artesanía. También el Jueves de Ascensión del Señor, Corpus Cristi, Natividad y el 30 de julio, día en que se celebra el Día del Piloto, en honor a San Cristóbal, celebrándose con una caravana de buses adornados y decorados que recorren un trayecto corto frente al Hospital lleno de algarabía y color. Así se aprecia a San Felipe de Jesús, como un pedazo del "Monumento Cultural de la Humanidad".

Aspecto Socio-cultural:

El origen de la población de la aldea de San Felipe de Jesús es cakchiquel, proveniente del sur, de Escuintla, hace más de cinco siglos. Según los últimos censos, los ladinos conforman el 99% y el 01% es de indígenas de etnia cakchiquel. Por lo cual se puede encontrar una población en su mayoría ladina y una minoría indígena, de esta última podemos observar que algunas mujeres conservan su vestimenta indígena hasta el día de hoy.

El núcleo familiar tiene un promedio de 5 a 7 integrantes, en cada hogar, sin dejar de lado que existen algunas familias con más integrantes. La mayor parte de la

población pertenece al género femenino. Según el último censo, la aldea de San Felipe tiene una población total de 4,627 habitantes, contando con 2,225 hombres y 2,402 mujeres. Según información recabada del INE las siguientes son cifras obtenidas según el promedio de edad.

Población por Edades	
0 – 6 años	820
7 - 14 años	945
15 – 64 años	2655
65 - + años	207

Fuente: Censo de Población 1998. INE.

El total de hogares es de 907, contando con 1018 viviendas. Hay 985 casas formales, 3 apartamentos, 38 palomares y casas improvisadas. Sus habitantes profesan en su mayoría la religión católica, traída por los españoles y especialmente por los religiosos que convirtieron a los indígenas a esta. Algunos otros pobladores profesan otras religiones de distinta denominación. Podemos ubicar algunas iglesias evangélicas en la población, y otra parte de esta profesa la religión mormona.

Los conquistadores españoles trajeron el idioma español así como sus costumbres, tradiciones, religión, etc. y los indígenas fueron sometidos al cristianismo y a dejar sus dialectos, sin embargo hasta el día de hoy algunos pobladores aún utilizan el cakchiquel. A pesar de que los conquistadores fueron crueles en el sometimiento de estas comarcas, hubo muchos otros españoles que llegaron a la República de Guatemala con el afán de servir a los moradores y a dar sus enseñanzas con amor, tal como los frailes y algunos otros que brindaron educación a través de las misiones y algunos otros que plasmaron en obras de arte tales como pinturas al óleo, escenas de dolor que sufrieron los aborígenes durante el período de la colonia.

Se pueden encontrar algunos comercios que se dedican a la alfarería, la artesanía y asimismo se puede encontrar una fábrica de plata se localiza a dos cuadras de la plaza central y los visitantes pueden acudir a observar la elaboración de esta. En la aldea también se encuentran tiendas de artesanías típicas y cerámicas. Históricamente se puede encontrar que algunos pobladores han colaborado en la

restauración de esculturas e imágenes pertenecientes a la iglesia de San Felipe, entre estas están las esculturas del apóstol San Felipe de Jesús, la del milagroso Santo Cristo Yacente que el 30 de agosto de 1670, los vecinos de San Juan Perdido llevaron consigo al trasladarse al valle del “Rejón” como se indicó previamente.

Dentro de los ritos de esta aldea cabe resaltar las tradiciones y la cultura religiosa, que impacta de manera muy profunda dentro de la aldea. Una de las tradiciones o celebraciones que cabe resaltar es la de la romería del Primer Viernes de cuaresma que data de 1921, desde entonces durante todo el año y particularmente el Primer Viernes de cuaresma y Semana Santa son millares de peregrinos y romeristas que del interior del país, México y Centro América se dan cita para rendir culto a la consagrada imagen que, fuera del Viernes Santo, solo sale procesionalmente cuando alguna calamidad pública azota al país.

Debido a la historia de la Conquista y el origen de la aldea, es evidente que las tradiciones vigentes son una mezcla entre las tradiciones españolas y las tradiciones indígenas, como se puede observar en lo religioso y lo cultural. La población indígena mantiene creencias propias de su cultura en lo concerniente al papel del hombre, de la mujer y de los padres, donde es posible observar a las mujeres indígenas en casa, ayudando a la madre a cuidar a los hijos o trabajando en los quehaceres domésticos, en lugar de asistir a la escuela. Son muy pocas las jóvenes indígenas interesadas en estudiar o tener un trabajo profesional o una ocupación en general. Los hombres, muchas veces, presentan un pensamiento machista, de liderazgo restrictivo, desvalorizando a la mujer en gran parte de ocasiones e incluso motivándola a tener más hijos de los que ellas desean.

Es posible observar un alto grado de agresividad en la población indígena, especialmente en los hombres, quienes constantemente corrigen a sus hijos a través de los golpes y agresiones físicas y verbales, marcando a su vez los patrones de crianza. Asimismo, los niños muestran cierto grado de timidez y pero con habilidad de desenvolverse autónomamente en su vida diaria, debido a que son niños “solos” en muchas ocasiones, ya que estos niños, al igual que sus padres trabajan, y en ocasiones van a la escuela solos, caminando grandes distancias, cuidando a sus hermanitos. Muchas de las niñas, especialmente las de origen indígena, muestran un pensamiento hogareño y anhelan ser madres y esposas a temprana edad, dando paso al incremento del embarazo precoz en esta población. Generalmente, desean

estar casadas y posteriormente tienen a sus hijos, pareciendo una conducta natural en su papel de mujer, sin saber muchas veces que ellas pueden tomar decisiones sobre su vida y la de su familia. Muchos hombres no les permiten usar anticonceptivos o métodos de planificación, ya que piensan que “andan” con otros hombres y por este motivo lo están haciendo.

La población ladina a su vez, varía en su pensamiento en algunos aspectos previamente mencionados. El papel de la mujer se ha ido transformando, así como la concepción de la educación para los niños, quienes constantemente son motivados a estudiar, por parte de sus padres. Los hombres han permitido a las mujeres ocupar un papel mayor en la casa, compartiendo gastos y dejándolas trabajar para el sostenimiento conjunto del hogar. Cabe recordar que estas conductas son más observables en la población de nivel socioeconómico medio y medio bajo, ya que algunos hogares ladinos de nivel bajo y algunos pocos conductas preactivas y de apertura y cambio, especialmente en lo relacionado a los patrones de crianza, la educación y visión de los hijos y el papel de la mujer en el hogar y la familia. Sin embargo, es importante recalcar otro fenómeno interesante en la población ladina, en donde se puede observar la mezcla de influencias, por su cercanía con la Antigua Guatemala, lo que origina un cambio de ideologías en los jóvenes influenciadas por la cultura de los extranjeros visitantes o residentes del área, obligando a los habitantes, ladinos en su mayoría, a adoptar ciertos pensamientos, lenguaje, moda y actitudes; transformando así su estilo de vida y sus patrones culturales.

Pocos jóvenes se ven identificados con su origen natural, muchos han dejado de utilizar las vestimentas propias de la región y han transformado este vestuario en ropa casual moderna, no solamente por necesidad de aceptación e integración en la sociedad actual, la cual está influenciada en gran parte por extranjeros e hijos de extranjeros residentes en el área y por la crisis económica actual, permitiendo adquirir ropa barata en cantidades mayoritarias en los almacenes o en las llamadas “pacas”. Algunos jóvenes, se ven motivados a trabajar para obtener dinero, aunque este ya no está destinado para ayudar al hogar y a los padres, sino para el consumismo, anhelando tener cosas materiales, que en muchas ocasiones, no son necesarias; aunque las condiciones de vida con las que cuenten sean escasas y en algunas ocasiones precarias, denotando vergüenza y negación ante su realidad social y familiar.

Aspecto Socio - económico:

La mayor parte de la población, tanto indígena como ladina, maneja una economía considerada de bajo nivel, debido a los empleos u ocupaciones a los que esta población se dedica, especialmente las mujeres, quienes se dedican a diversos empleos intermitentes tales como ventas de mercado, puestos de la plaza o en el mercado de Antigua o como empleadas domesticas para extranjeros o ladinos de Antigua Guatemala o de la misma aldea de San Felipe. A la vez se puede mencionar el sub-empleo, debido a que alguna otra parte de la población se dedica a ventas en las calles o de manera ambulante en la aldea específicamente frente al hospital o en la plaza.

Se puede mencionar que la mayor parte de la población pertenece a un nivel socioeconómico bajo, otra pequeña parte a un nivel medio y una pequeña parte, entre esta los extranjeros asentados en la aldea, pertenecen a un nivel medio alto y alto, con una buena calidad de vida y educación para sus hijos y ellos y para la satisfacción de sus necesidades básicas. La mayor parte del ingreso económico de esta aldea se debe al comercio y a la agricultura, así como a las artesanías y profesionales. Del total de la población 1172 hombres y 616 mujeres son económicamente activos. Cabe resaltar que la agricultura es su principal fuente de ingreso, además del turismo especialmente en Semana Santa, dado que sus tierras son fértiles, por lo que su producción agrícola es grande y variada, la caña de azúcar, el trigo y el maíz, así como el frijol. Entre sus principales productos agrícolas se encuentran el café, el maíz, frijol, verduras, variadas hortalizas, flores y árboles frutales de diversas clases.

El cultivo del café del área es de muy buena calidad, y gracias a esto la producción del mismo es muy importante ya que se lleva a cabo en gran escala en numerosas fincas ubicadas en la población. Entre sus principales fincas cafetaleras se mencionan La Quinta y La Folié, la última en riesgo por algunos problemas financieros. Actualmente se puede disfrutar del paseo del café, en la finca Filadelfia, que también es restaurante, y centro de turismo ecológico para los nacionales y extranjeros a la vez. Esta finca es la mayor atracción del área después de la Iglesia Católica de San Felipe.

En sus artesanías se pueden mencionar muebles y adornos tallados en maderas finas, así como objetos de barro. Asimismo gran parte de los habitantes se dedican a vender comidas o dulces típicos en la plazuela central de la aldea o los

alrededores de estas. Entre la comida típica se menciona el atol de elote, atol blanco, arroz, rellenitos, así como artesanías del lugar. También se encuentran los tejidos típicos, realizados por las mujeres indígenas que aun los utilizan y la cestería o el arte de entretejer fibras de palmar, tule, mimbre, etc. para producir recipientes y objetos con el propósito de guardar y acarrear diversos artículos, tales como hamacas, redes de carga, bolsas y gamarrones y se realiza con la fibra del maguey. Asimismo, se elaboran muebles de madera de pino blanco cedro, y caoba, los instrumentos musicales que se pueden encontrar son guitarras, violines y contrabajos. Se puede encontrar también una gran producción de balcones, faroles, tocadores, aldabones y lámparas. La orfebrería se trabaja con oro y plata, realizándose con estas pulseras, anillos, esclavas y dijes y los candeleros y lámparas se elaboran de hojalata. Se pueden encontrar trabajos en cuero siendo algunos las bolsas, monederos, carteras, billeteras y cinturones.

Su infraestructura es una mezcla entre lo colonial, la cual contrasta con la estructura gótica de la Iglesia de San Felipe. Existe una plazuela que luce una hermosa fuente colonial del siglo XVII y al norte de la misma, la alcaldía auxiliar en donde funcionan otras oficinas de servicio comunal, al oriente y al poniente el mercado de artesanías, típico de estos lugares es ver expresiones de belleza artística como pinturas, objetos tallados en piedra, mármol, madera y otros materiales, además de ventas de comida típica en el mercado como restaurantes. Las mayorías de las casas son sencillas en su arquitectura aunque existen algunas otras muy complejas y ostentosas, además de estar bien decoradas.

Desde los años noventa en que se construyó el Hospital Nacional Hermano Pedro, se ha visto un auge en la economía informal y los sub-empleos, tanto en la población profesional y la obrera, ya que algunos empleados del hospital pertenecen a la aldea de San Felipe de Jesús. Otros pobladores se benefician con las ventas de comida, establecimiento de farmacias, y algunos otros con el transporte de personas, existiendo autobuses urbanos que cobran Q.1.50 para transportar a la población, los cuales parten del Hospital (con quince minutos de diferencia cada uno) hacia el mercado de Antigua Guatemala, en un recorrido redondo que dura aproximadamente veinte minutos y entre Q.3.00 y Q.5.00 para transportarse en moto-taxi de la calle del Manchen hacia el Hospital, y Q.10.00 de San Felipe al centro de Antigua. Estos moto-taxis no tienen permitida la circulación a dos cuadras del parque, por lo que toman

extravíos que hacen difícil el recorrido, pero corto en comparación al del autobús urbano. Es importante recalcar que la aldea de San Felipe cuenta con servicios públicos base tales como alumbrado eléctrico, agua potable, transporte, carreteras en buen estado, teléfonos y servicios de salud.

La situación de salud es una fortaleza para la aldea San Felipe, ya que en su jurisdicción se construyó el moderno Hospital Nacional “Pedro de Bethancourt”, el cual fue inaugurado en 1991 y comenzó su funcionamiento en 1992, este hospital atiende las necesidades de salud de la población de San Felipe, Antigua Guatemala, Jocotenango, San Juan Obispo y otras poblaciones y municipios aledaños a Antigua Guatemala. Si bien se prestan servicios completos en diversas áreas, también cabe decir que este algunas veces no se da a basto para atender a toda la población que demanda sus servicios, por lo que muchos pobladores se avocan al Centro de Salud de Jocotenango y de Antigua Guatemala, debido a su cercana ubicación con la Aldea. Es importante mencionar que en la misma jurisdicción de San Felipe se construyen las Policlínicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, lo que proveerá más servicios de salud a la población trabajadora del área.

En el aspecto de educación, existen 473 analfabetas y los demás pobladores han continuado y finalizado sus estudios, actualmente en preprimaria se cuenta con 26 niños, en primaria con 2152, en educación media 1015 y para educación superior 158. La aldea cuenta con una Escuela Rural Mixta llamada San Felipe de Jesús, de nivel primario y tres colegios, uno llamado Centro Pedagógico Antigüeño, que atiende nivel primario, básico y diversificado, otro que atiende nivel pre-primario, llamado Fantasía de colores y otro a nivel pre-primario llamado Mis Primeros Trazos. Por lo general la mayor parte de la población estudiantil asiste a institutos o escuelas localizadas en Antigua Guatemala.

La aldea también cuenta con un proyecto financiado por una ONG internacional, llamado “Nuestros Ahijados”, que brinda educación, apoyo legal y psicológico a los pobladores del lugar y otras aldeas y municipios; este proyecto ofrece sus instalaciones a la población en general, a cambio de una donación o pago no excesivo, en este proyecto se puede encontrar un salón de reuniones, un auditorium al aire libre, y una capilla.

Así mismo, se puede ubicar en San Felipe el Club Deportivo Antigüeño, que junto con la Finca Filadelfia y el Proyecto “Nuestros Ahijados” son puntos de

encuentro de extranjeros que radican en Antigua Guatemala y aldeas aledañas, extranjeros turistas o visitantes, y algunos extranjeros voluntarios del Proyecto "Nuestros Ahijados".

Aspecto Ideológico - Político:

La aldea de San Felipe no cuenta con mayores actividades políticas, ya que es una aldea perteneciente a Antigua Guatemala. Actualmente no existen filiales a los partidos políticos, y no se ubica ningún movimiento político asentado en la aldea. La administración pública la ejerce la Municipalidad de la Antigua Guatemala y atiende los problemas más complejos y la Alcaldía Auxiliar de la Aldea de San Felipe de Jesús, ubicada frente a la plazuela, en la cual se tratan asuntos que benefician a la población. Esta cuenta con un comité pro-mejoramiento para la aldea. La auxiliatura está conformada por 45 personas, existe: 1º. Alcalde, 2º. Regidor 3º, 4º. Y 5º Regidores, las demás personas son asistentes de los alcaldes o regidores, además de un encargado de repartir la correspondencia a la aldea. Actualmente el Alcalde Auxiliar es el señor Juan Hernández. En la actualidad está integrado el Consejo Comunitario de Desarrollo (COCODE) en donde se encuentran representadas las entidades gubernamentales y no gubernamentales, así como todas las expresiones organizativas existentes en el municipio. Esto ha sido producto de una nueva visión de municipio y gestión de procesos de desarrollo que se han iniciado recientemente. Los pobladores manifiestan el deseo de engrandecer y colaborar con el desarrollo de su aldea, tienen un consejo comunitario de desarrollo y se creó el COLRED, "Comité Local para la Reducción de Desastres; se organizan para atender los daños que puede ocasionar la inundación del río y se capacitan en el tema.

La ideología de los pobladores de la aldea es determinada en su mayor parte por la religión, la cual los identifican profundamente con su aldea y los hacen sentir orgullosos de lo propio y lo que los hace importantes, es por eso que vemos la alegría de los pobladores al referirse a las celebraciones de Semana Santa, y de la imagen del Señor Sepultado, de su iglesia de estilo gótico y de sus famosos dulces típicos y la excelente comida típica que se puede encontrar en la aldea. Podemos identificar como las tradiciones religiosas se enmarcan en la cultura espiritual y sus manifestaciones se realizan a través de actividades en épocas específicas por la celebración de un evento eminentemente religioso, tales como: las Fiestas Patronales en honor al santoral católico, en donde se remarca la participación de la comunidad

local y algunos extranjeros que admiran su fervor. Las tradiciones religiosas abarcan un papel importante en esta población, lo cual se ve reflejado en la Cuaresma, con la preparación de las alfombras de flores y aserrín, en la cual se trabaja de manera conjunta entre pobladores para mantener viva esta tradición, como se ha hecho hasta ahora. El papel de la religión es un factor dominante para comprender la ideología de esta población, que si bien se encuentra ubicada a muy pocos kilómetros de Antigua Guatemala, no mantiene un ambiente puramente comercial, ni se ha visto afectada por tradiciones o comercios extranjeros y muestra de esto es la poca población extranjera que radica en esta aldea, en contraste con la población extranjera que radica en Antigua, por lo que aún es posible observar un ambiente familiar e íntimo en las tradiciones y en el estilo de vida de la gente de San Felipe. Las creencias religiosas y la devoción determinan la dinámica de la población, así como la sencillez de la vida diaria y la rutina. Muchos pobladores asisten a misa o van a la Iglesia a rezar de forma diaria agradeciendo las bendiciones y pidiendo auxilio a San Felipe o al Señor Sepultado, asimismo se puede observar que la población mantiene una rutina diaria, en la cual los niños se preparan para estudiar, los comerciantes ubican sus puestos a la misma hora generalmente y los ancianos se ubican por la plazuela a observar el día o a pasear por la aldea y platicar con una que otra persona.

Se puede observar diversas formas de relación en la sociedad, en la cual se puede percibir un alto grado de intimidad y confianza, así como de familiaridad en donde se percibe alguien que no es de la localidad, pues los pobladores se reconocen entre sí. A la vez podemos observar un gran compromiso moral y nobleza en el actuar, y un grado de solidaridad entre los pobladores y hacia el visitante. Los vecinos de esta aldea, dan muestras de amabilidad, calidez humana; se puede observar que la población encuentra su sentido de vivir en su actividad diaria, tal como el compromiso de servicio y la responsabilidad con su trabajo y ayuda al otro. Asimismo, se percibe un ambiente de hospitalidad en los pobladores debido a que muchos alquilan cuartos y habitaciones para extranjeros que residen en el área durante periodos cortos o prolongados de tiempo.

Es posible observar los autobuses llenos en la mañana y a medio día, especialmente a la hora que inicia la Consulta Externa en el Hospital, ya que estos van llenos de niños y mujeres que se dirigen a conseguir una cita en dicha institución. Esporádicamente se observan pequeños eventos que representan la problemática de

la población y de la aldea tales como; personas alcoholizadas vagando por las calles, peleas entre mujeres por un hombre, niñas y niños caminando solos hacia la escuela o cargando bolsas de mercado; vendiendo dulces o calcomanías y mujeres con ventas ambulantes. Es evidente el pensamiento machista en la población, debido a que las mujeres presentan una actitud sumisa en general.

El idioma castellano es el idioma principal utilizado en la población de la aldea, aunque se observa que una parte utiliza aún el cakchiquel con los mayores y algunos otros conocen el idioma inglés, lo que les permite comunicarse con los extranjeros que residen o visitan la aldea de San Felipe de Jesús. La mayor parte de los pobladores utiliza guatemaltequismos y expresiones propias de la región, por lo que es posible escuchar degeneraciones del idioma a la hora de comunicarse y establecer un diálogo con pobladores del lugar o personas ajenas a la aldea. Expresiones tales como “lo que es”, “dice que dijo”, “estábanos”, “si puesss...” y otros.

Aunque la mayor parte de la población se encuentra identificada con la religión católica y las tradiciones propias, es importante mencionar que la población indígena también se encuentra identificada con su herencia historia cultural cakchiquel, así como de la cosmovisión de esta. Rasgos de la tradición cakchiquel se encuentran amalgamados y sincretizados en un largo proceso histórico transmitido de manera oral y a través de actividades propias de dicha cultura tales como los velorios, acabados de novena, y cuando la gente habla del origen de su pueblo y es palpable en aspectos inconscientes de la población, pero perceptibles, tales como el papel y la actitud sumisa de la mujer, y el papel machista y agresivo del hombre hacia su pareja e hijos. Historias de la Llorona, el Sombrerón, el Cadejo y de los antiguos rezos y carretas embrujadas que pasan por las calles de Antigua y por las aldeas reflejan la ideología mágica-religiosa de esta población, la cual se encuentra determinada por un solo elemento en común: la tradición.

DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Para conocer a profundidad la historia de la institución en la que se realizó el proceso de Ejercicio Profesional Supervisado, es esencial conocer la historia de su fundación desde sus inicios y sus antecedentes que están ligados al Santo Hermano Pedro de Bethancourt.

El Hermano Pedro de San José de Bethancourt, conocido como "Hermano Pedro", nació en Chasna, Villaflor, en la isla de Tenerife, (Islas Canarias, España) el 19 de marzo de 1626, proveniente de una familia de pastores; cuando creció salió de Tenerife hacia América, sin papeles de identificación, caminando. Llegó a Santiago de Guatemala el 18 de febrero de 1651, cuando los vecinos de esa ciudad sufrían los estragos de un terremoto. Ingresó a la orden franciscana como Hermano Terciario del Hábito Descubierta, y realizó diversos trabajos y fundó una escuela y un hospital. Fue canonizado en el año 2002 por el Papa Juan Pablo II. Cuando se construyó la Catedral de Guatemala, se dispuso de las rentas de los diezmos recaudados por la iglesia hasta el año 1646 en que el Obispo Dr. Bartolomé González Sotero, observando que las rentas había aumentado dispuso suprimir las limosnas y construir un Hospital Eclesiástico, y desde luego se comprara una casa o predio donde se construyera éste. El obispo murió y no se volvió a tratar el asunto hasta el 15 de octubre de 1654, en que el Cabildo Eclesiástico ordenó poner en obra el Hospital, trazándolo el 03 de noviembre siguiente. Hecha la bendición de la casa, así como de la primera piedra para la iglesia, en mayo de 1663 comenzaron a llegar los enfermos nombrándose entonces para primer rector del Hospital a Don Antonio Álvarez de la Vega y como enfermero y ecónomo a Don Salvador Nabrija.

Los religiosos de San Juan se hicieron cargo de la administración del hospital, en mayo de 1663 y 02 de diciembre del mismo año, cuando tanto el hospital como el Templo ya estaban terminados. Con el terremoto de 1773, se vieron obligados a atender a toda la población y no solamente al clérigo y posteriormente se trasladaron a la capital. Se les dio posesión del edificio a las monjas capuchinas a mediados del siglo XIX. Ubicado a una cuadra de la Plaza Mayor y contando con una manzana de extensión, se realizaron mejoras en 1865. Cuatro años más tarde, se les encargó el hospital en forma permanente a las hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl. Luego lo administró el Estado, por lo cual se dividen las que hoy se conocen

como Obras Sociales del Hermano Pedro, las cuales están siendo administradas en la actualidad por la Orden Franciscana. Hoy la institución se conoce como Hospital Nacional “Pedro de Bethancourt” y su nueva ubicación es en la Aldea de San Felipe de Jesús; cuenta con un edificio adecuado con todos los servicios, personal y equipo indispensable, beneficiando así a más de 22,000 personas por año. Fué inaugurado en 1991 y un año más tarde inició sus labores, está construida al sur oriente de la aldea en un terreno que mide aproximadamente siete manzanas, cedido por el Muy Noble Ayuntamiento al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1,972 de donde depende, así como de la Dirección del Sistema Integral de Atención en Salud, y de la Dirección Área de Salud. Su dirección actual es 4ª. Avenida Sur #6 Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala y es uno de los Hospitales Nacionales que brinda atención en salud de manera integral a los habitantes de la región de Sacatepequez y Escuintla. Este hospital, junto a los hospitales nacionales de Chimaltenango y Escuintla, forma la red hospitalaria de la Región V de Salud Pública.

El Hospital está compuesto fundamentalmente por una Dirección Ejecutiva, Comités de Apoyo, por una Sub-Dirección Ejecutiva y una Sub-Dirección Administrativo Financiera, de la primera subdirección se desprenden todos los servicios Médicos y Servicios Técnicos de Apoyo, de la segunda se desprenden la Jefatura Administrativa y Financiera de donde dependen todos los Departamentos Administrativos y el de Recursos Humanos, teniendo también injerencia en los servicios Técnicos de Apoyo.

Objetivos del Hospital:

El Hospital Nacional Pedro de Bethancourt tiene los siguientes objetivos:

1. Prevenir enfermedades (Atención Primaria)

- a) Inmunización
- b) Saneamiento del medio
- c) Educación sanitaria
- d) Control del niño sano

2. Curar enfermedades (Atención Secundaria)

- a) Atención de pacientes agudamente enfermos con su tratamiento médico y quirúrgico, y encamamiento

- b) Atención del paciente ambulatorio (servicio externo y emergencia)
- c) Educación para recuperar la salud
- d) Atención de la madre embarazada

3. Rehabilitación (Atención Terciaria)

- a) Educación para recuperar y mantener la salud
- b) Integración del hogar
- c) Seguimiento en consulta externa o en la comunidad

Metas del Hospital:

Reducir la morbi-mortalidad del área de influencia.

Misión del Hospital:

“Somos un Hospital Nacional de la región central, nos dedicamos a atender población de todas las edades y estados socioeconómicos, sin distinción de preferencia religiosa, política, de manera laica y gratuita en prevención, curación y rehabilitación en salud. La atención a la salud la efectuamos en los servicios del hospital con personal calificado, con mística de servicio en un ambiente ordenado y limpio, con equipamiento básico y tecnología actualizada, así como sistemas de planeación, ejecución, control y mejora continua de los servicios para asegurar la satisfacción plena del usuarios, contribuyendo con nuestro trabajo al desarrollo y progreso del país.”

Servicios del Hospital:

El Hospital está constituido por varios servicios tales como: *Consulta Externa* (Psicología de Niños y Estimulación Temprana, Psicología de Adolescentes y Adultos, Ginecología, Maternidad, Pediatría, Nutrición de Niños, Nutrición de Adultos, Clínica de la Lactancia Materna, Medicina Interna, Cirugía Plástica, Traumatología, Dermatología, Neurología, Neumología, Odontología, Cirugía Menor, Fisioterapia, Endoscopia, Radiología, Laboratorio, Rayos X, Ultrasonido, Patología. *Consulta Interna:* Encamamiento de Pediatría y Recién Nacidos, Encamamiento de Maternidad y Ginecología - Obstetricia, Encamamiento de Medicina Interna de Hombres y Mujeres, Encamamiento de Cirugía de Hombres y Mujeres / Niños, Encamamiento de Traumatología de Hombres y Mujeres/ Niños *Emergencia:* Emergencia de Adultos, Emergencia de Pediatría y Emergencia de Maternidad y *Otros Servicios:* Trabajo Social, Farmacia Interna y Externa, Registros Médicos, Biblioteca, Central de

equipos, Quirófano, Banco de Sangre, Clínica del Paciente Diabético, Terapia Respiratoria, Clínica de VIH y Planificación Familiar.

Recursos Físicos, Equipo y Materiales del Hospital:

El Hospital Nacional Pedro de Betancourt cuenta con cuatro niveles físicos, en donde se ubican los diversos servicios que brindan la atención necesaria a los pacientes que solicitan atención según su padecimiento. Cada nivel está provisto de dos oficinas que pertenecen a los médicos internos encargados de área y cada uno de los servicios tiene un puesto de enfermería con toda la papelería necesaria. Cuenta además con servicios sanitarios, higiénicos y desinfectados en cada uno de los niveles los cuales están a disposición del personal, y otros servicios que cuentan con duchas tanto para pacientes internos, externos, personal del Hospital y visitantes. También consta de un salón de Dirección en el que se llevan a cabo sesiones o charlas y un salón de usos múltiples para el personal de la Institución, el cual tiene una capacidad para 35 a 50 personas aproximadamente.

Recurso Humano del Hospital:

Cada servicio médico del Hospital cuenta con un equipo que comprende: dos médicos graduados con especialización por servicio, quienes pasan visitas por la mañana todos los días acompañados de los estudiantes de tercero, cuarto, quinto y/o sexto año de medicina, los cuales chequean signos vitales; dos enfermeras graduadas que son las encargadas de supervisar la administración de fármacos a los pacientes de cada departamento; cuatro enfermeras auxiliares, quienes se encargan de administrar los medicamentos. En cada uno de los servicios hay personas encargadas de Mantenimiento y de proporcionar la alimentación a los pacientes (cocina). Los Departamentos Administrativos cuentan con un jefe, una secretaria y el equipo de personas necesarias de acuerdo al tipo de trabajo. El Hospital también cuenta con pilotos de ambulancias, de vehículos para diligencias y encargados de garitas: de personal y de emergencia. Los trabajadores en servicio que tiene el hospital hacen un total de 468 empleados (exceptuando al personal administrativo, siendo este grupo aparte conformado por el Director, Subdirector, Gerente Administrativo, Gerente de Recursos Humanos, etc.).

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

El Ejercicio Profesional Supervisado estuvo dirigido a la población general que asiste al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, tanto a los servicios de Consulta Externa como a los servicios de Consulta Interna (especialmente al servicio de Maternidad y Gineco-Obstetricia) y a otros grupos externos como la Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepéquez.

La población que asiste a Consulta Externa y Consulta Interna y la Emergencia del Hospital, proviene de diversos municipios y aldeas de Sacatepéquez y de otros departamentos tales como Chimaltenango, Escuintla y Guatemala, en su mayor parte. Esta población está conformada por personas de origen ladino y maya cakchiquel, de distintos niveles socioeconómico; la mayor parte es población de escasos recursos y de clase media emergente y es posible encontrar, a la vez, una pequeña parte que cuenta con un nivel económico alto. Gran parte de esta población cuenta con un empleo asalariado o un sub-empleo; sin embargo, pocos cuentan con acceso a vivienda propia, ya que la mayoría alquila o vive con familiares de sangre en el caso de los hombres casados, en condiciones inadecuadas de vivienda, debido al hacinamiento en los hogares ya que muchas veces hay hasta tres o cuatro familias viviendo en la misma casa. La falta de servicios básicos y estructuras poco seguras o funcionales construidas con lámina, adobe o madera, son condiciones de vivienda que presenta esta población. Una pequeña parte de la población alquila cuartos los cuales tienen un costo alto en relación a los salarios con los que cuentan y los cuales se encuentran ubicados en lugares poco seguros o incluso en pequeños asentamientos.

Son pocas las personas que cuentan con estudios de nivel medio, ya que la mayor parte ha cursado solamente el nivel primario (algunas ocasiones sin concluirlo) y luego se dedican a trabajar o se casan. Algunas de las ocupaciones de esta población consisten en trabajos formales en empresas o tiendas del sector o en diferentes oficios operativos; algunas otras son amas de casa, y es posible encontrar personas dedicadas a la agricultura, al comercio y a la artesanía. Un pequeño porcentaje, son graduados de nivel medio y muy escasamente asisten personas con carreras a nivel diversificado o con títulos/estudios universitarios, quienes por lo general trabajan en puestos administrativos en instituciones locales o de la ciudad capital. Esta población profesa la religión católica en su mayoría, y religiones

cristianas-evangélicas u otras en una minoría. Su situación de salud es inadecuada y en algunas situaciones lamentable debido a que no cuentan con recursos económicos ni apoyo primario para la compra de sus medicamentos, especialmente en el caso de los niños o los ancianos; es posible observar que gran parte de la población maneja un sentido de atención inmediato y correctivo de la salud, sobre todo en los casos de emergencia, ya que no le brindan importancia a la prevención de las enfermedades o pocas veces tienen cuidados para no adquirir enfermedades prevenibles o al cuidarse las enfermedades actuales.

Los adolescentes que asisten a Psicología, son referidos por los maestros o son traídos por sus madres. Estos, en su mayoría, se encuentran cursando sus estudios de nivel medio actualmente y unos pocos han desertado de la escuela o son jóvenes trabajadores; muchos de estos casos son adolescentes con problemas escolares y de relación social, algunos presentan traumas debido a que han sido víctimas de hechos nocivos como violaciones o violencia intrafamiliar y en pocos casos son traídos por dificultades en el rendimiento escolar o conductuales y de adaptación social; en los casos más severos, los adolescentes presentan depresión por problemas familiares o falta de apoyo del círculo primario o social, muestran conductas auto-agresivas que traen consecuencias graves que van desde lesiones auto-inflingidas hasta intentos de suicidios por envenenamiento con medicamentos, pesticidas, y otras formas severas como ahorcamiento. Algunos adolescentes y jóvenes adultos que asisten a Consulta Externa, son jóvenes que ya establecieron una vida familiar, están casados o unidos y asisten por problemas de pareja o problemas con los suegros, pues muchas veces comparten casa con estos últimos.

Es poca la asistencia de hombres adolescentes y adultos a Consulta Externa, algunos casos vienen referidos por los médicos del Hospital o la psiquiatra del Hospital de Chimaltenango. Muchos de los hombres que asisten al servicio, lo hacen debido a que sus esposas asisten por problemas de pareja y ellos acceden a recibir una terapia conjunta con el fin de solucionar los problemas del hogar y mejorar la relación marital y familiar. Una pequeña parte de esta población masculina que asiste a consulta, se desenvuelve con sub-empleos o trabajos informales; mientras que otra parte de la población masculina que asiste al servicio, consta de hombres desempleados que tienen dificultades para encontrar trabajo, lo que les afecta en su estabilidad mental y emocional debido al estrés y ansiedad y al incumplimiento de su

papel como hombre proveedor del hogar; lo que a su vez se transforma en problemas familiares o de pareja. Curiosamente es esta misma falta de empleo es lo que les permite asistir a la consulta, debido a los horarios en que se ofrece el servicio.

Más de un setenta y cinco por ciento de la población atendida por el departamento de Psicología, tanto en Consulta Externa como en Consulta Interna, son mujeres mayores de 14 años en edades comprendidas entre los 15 y 40 años y un pequeño grupo de mujeres en edades entre los 60 y los 80 años, según los registros de las consultas. Estas mujeres son amas de casa, negociantes, tienen empleos informales o sub-empleos; algunas de ellas laboran en oficios domésticos en casas ajenas o como vendedoras informales de artículos variados. Muchas veces, estas mujeres han sido maltratadas, violentadas, desvalorizadas y abusadas, ya que han sido criadas con la imagen de la mujer sumisa e introvertida. En esta población femenina, se puede encontrar a las madres de los niños que asisten a Psicología Infantil, referidas para una terapia paralela a la terapia que reciben los niños en este servicio, para generar un cambio en la dinámica familiar de los y las mismos.

Otro grupo de la población que a la que se le brinda apoyo psicológico, es a las mujeres que se encuentran internas en el servicio de Maternidad y Gineco-Obstetricia del Hospital y la Emergencia de Maternidad. Esta población se encuentra en edades comprendidas entre los 12 y los 80 años aproximadamente y su mayoría es procedente del área de Sacatepequez, el resto de las mujeres que asisten a dicho servicio, provienen de los departamentos de Chimaltenango (las asistentes a este hospital están descontentas del servicio del Hospital de Chimaltenango), Escuintla, y Guatemala. Estas mujeres son pertenecientes a las etnias maya cakchiquel y ladina por igual; ellas manejan el idioma español como idioma principal para comunicarse, en la mayoría de los casos, aunque algunas mantienen acento y palabras cakchiqueles incluidas en su conversación; una mínima parte maneja la lengua cakchiquel para comunicarse con sus parientes que les acompañan en la consulta o en el encamamiento ya que ningún miembro del equipo médico o de otro servicio maneja la lengua cakchiquel. Estas mujeres no cuentan con apoyo de sus parientes en esta área, por medidas restrictivas del Hospital, por lo que muchas veces es posible observar que se brindan apoyo emocional entre ellas, dado que muchas de ellas demuestran solidaridad y empatía ante el dolor o la alegría de las otras mujeres con las que comparten el área de encamamiento. De la población que asiste al área

de Maternidad, es posible observar que varias pacientes están unidas con su pareja, mientras que otras están casadas, otras son madres solteras trabajadoras y una pequeña parte de estas son adolescentes apoyadas por sus padres. La mayor parte la constituyen mujeres con escasos recursos económicos y baja calidad de vida; un alto y significativo número de estas mujeres presentan baja escolaridad, otras son analfabetas. En esta población, son pocas las mujeres que presentan condiciones óptimas de vida, ya que la mayor parte se dedica a atender a sus hijos además de realizar labores agrícolas, atender puestos de ventas o de tejidos, laborar en maquilas o en casas y velar por los oficios del hogar. Varias mujeres de Consulta Interna, al igual que las mujeres de Consulta Externa, presentan una historia de violencia física, sexual o emocional, por parte de su círculo familiar (padres, madres, esposos, etc.).

Parte de las mujeres embarazadas del área de Obstetricia presentan casos de alto riesgos o enfermedades secundarias que podrían afectarles tanto a ellas como a sus bebés, como es el caso de las pacientes con diabetes o infecciones urinarias; otra parte asiste por embarazos frustrados o amenazas de aborto, que posteriormente se convierten en pérdidas y deben ser sometidas a legrados, por lo que son la población mayoritaria en relación a referencias psicológicas por parte de las enfermeras de este servicio. Asimismo hay mujeres que asisten a Ginecología por problemas específicos de salud relacionados a su sistema reproductor, tales son los casos de mujeres que consultan por hemorragias disfuncionales o tumores, embarazos ectópicos e incluso por complicaciones ginecológicas psicógenas. Gran parte de las pacientes que se encuentran internas pertenecen al área de Maternidad, quienes ingresan de emergencia por parto o cesárea. Estas pacientes presentan complicaciones en su parto, lo que incrementa los índices de riesgo para las mujeres y sus bebés y algunas otras sufren hemorragias o complicaciones post-parto y en ocasiones, la muerte de su bebé durante el proceso de alumbramiento o posteriormente.

Las jóvenes con embarazo precoz que asisten al Hospital, tanto al área de Consulta Externa como al área de Consulta Interna de Maternidad, son jóvenes ladinas e indígenas, de bajo nivel económico, en algunos casos los esposos son hombres mayores de edad, que cuentan con pocos recursos económicos. Son pocas las jóvenes embarazadas que cuentan con una buena calidad de vida, adecuada a las necesidades propias y a las de su bebé. Una pequeña parte son jóvenes con estudios a nivel medio que por descuido o falta de información quedaron

embarazadas sin haberlo planificado, a diferencia de las jóvenes que se casaron a temprana edad, según los patrones con los que fueron criadas o bien la ideología de la comunidad de la que son oriundas. Fue posible encontrar muchas jóvenes que abandonan los estudios, desde antes de quedar embarazadas y algunas otras los abandonaron después del parto. Estas jóvenes presentan, muchas veces, miedo e inmadurez emocional para enfrentar el ser madres a tan temprana edad o muchas veces desconocen todos los riesgos a tomar en cuenta antes de ser madres, en pro del bienestar propio y de sus hijos, y en algunos casos, lo toman como un evento divertido e interesante, sin darse cuenta de las implicaciones del mismo en su vida y en la vida de los involucrados.

Otro sector importante de la población con la que se trabajó, fueron las personas de la tercera edad que forman parte de la Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepéquez – AJUPENSA -, quienes son oriundos del área y que en su mayoría comprenden edades entre los 65 y 90 años de edad. Esta población está constituida mayoritariamente por mujeres y por algunos hombres, quienes han sido maestros, trabajadores del estado u obreros que han logrado formar parte de esta asociación al jubilarse de sus empleos. Los problemas familiares, el abandono, la limitación económica por la cuota de jubilación, además de la ansiedad y la depresión ante su estado de vejez y el temor a la muerte, son algunos de los principales problemas a atender en este, quienes aún son bastante activos y enérgicos y que buscan ser personas funcionales dentro de la sociedad.

PLANTEAMIENTO DE LA PROBLEMÁTICA

El Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt, constituyó el escenario en el cual se brindaron los servicios de atención directa, formativa e investigativa con enfoque cualitativo del Ejercicio Profesional Supervisado; a través del Departamento de Salud Mental del Hospital. Dicho departamento cuenta con tres psicólogos de planta, quienes trabajan de ocho a doce de la mañana de lunes a viernes, limitando la calidad del servicio y el marco de atención. Una psicóloga esta encargada de atender la Clínica de Consulta Externa de Psicología Infantil (la cual es una de las clínicas con más demanda de servicio) y toda el área de Encamamiento de la Pediatría y Recién Nacidos, así como la Emergencia de Pediatría; mientras que los otros dos psicólogos están encargados de la atención clínica-psicológica de adolescentes y adultos en el área de Consulta Externa y a la vez, están a cargo de todas las referencias médicas y de evaluaciones psicológicas provenientes de los servicios internos de Maternidad, Ginecología-Obstetricia, Medicina de hombres y de mujeres, Cirugía de hombres y de mujeres, Traumatología de hombres y de mujeres y niños, la Unidad de Cuidados Intermedios y la Emergencia de adultos y Emergencia de maternidad.

Se pudo observar que la Clínica de Psicología del área de Consulta Externa del Hospital, es uno de los servicios con una demanda constante por parte de la población del área, referidas por médicos del área de Pediatría y por los Hospitales de Chimaltenango y Escuintla, así como los centros y puestos de salud del sector, hecho que se evidenció con la constante solicitud del servicio y la atención diaria de 8 a 12 paciente durante todas los días (incluso feriados entre semana); sin embargo, fue posible observar una limitante de servicio, principalmente porque el horario de atención es corto y únicamente atiende dicha clínica una psicóloga encargada, mientras que la psicóloga epesista del área de Pediatría, atiende las consultas internas, las cuales tienden a ser excesivas en el transcurso del día, atendiendo un total de entre 30 a 40 niños en un lapso de cuatro horas. En general, el Departamento de Salud Mental, no cuentan con suficiente personal para atender toda la demanda interna y externa, por lo cual se ven obligados a dar citas cada quince días y en algunos casos cada mes a los pacientes de Consulta Externa (según la gravedad del caso), debido a que no cuentan con suficiente espacio o tiempo para atender a tanta gente.

Fue posible observar que parte de la población no ha tenido un proceso formativo preventivo e informativo en torno a la homeostasis de la salud mental, ya que se observó que parte de la población asistente padece situaciones relacionadas con estados ansiosos, depresivos, problemas familiares y de relación interpersonal, que dificultan su día a día y afectan su entorno general. Muchas de estas personas terminan desarrollando mecanismos de defensa o estados constantes de estrés en torno a su situación personal. Estas personas terminan considerando “normal” el vivir pensando en ideas que los preocupan, agobian o que no les permiten “ser felices”. Asimismo, existe poco conocimiento en torno a los diversos procesos o enfoques a través de los cuales pueden reestablecer o mantener la homeostasis mental, en pro de su calidad de vida y la de su entorno o círculo primario.

La falta de clarificación o desmitificación de la psicología, generada posiblemente en torno a la concepción histórica de la psicología asociada a la atención médica o “clínica” dirigida a personas con trastornos mentales o a personas segregadas por sus conductas “anormales”, está presente en parte de la población, hecho evidente en frases tales como: “la psicología es para los locos o dementes” o “yo no voy al psicólogo, ni que estuviera loco” (incluso por parte de algunos médicos, externos, internos y residentes), lo que produce desinterés y temor por parte de la población que asiste al hospital y falta de iniciativa para buscar asistencia en torno a problemáticas relacionadas a la salud mental. De hecho, gran parte de las personas que asistieron a Consulta Externa fueron referidas por algunos médicos o enfermeras y asistieron únicamente por este motivo, sin poder definir la causa de su referencia, por lo que existieron muchos casos de primera consulta únicamente.

La mayor parte de los casos de la población consultante, manifestaba estados de ansiedad, temor, depresión y estrés a causa de las problemáticas económicas, de salud física y sociales, presentes en su vida o en la de los miembros de su círculo primario, así como en hechos desarrollados durante su infancia (tales como abusos sexuales o violencia intrafamiliar), por lo cual buscaban apoyo psicológico para manejar dichos estados que no les permitían sentirse “tranquilos” o “disfrutar la vida”. Estos estados se evidenciaron a través de conductas, actos explícitos y verbalizaciones de los sujetos, relacionados a los estados que presentaban cada uno.

Fue posible observar que gran parte de los casos están relacionados en alguna medida con historia de violencia intrafamiliar o desintegración familiar, por lo que fue

indispensable relacionar al grupo primario de las personas consultantes, ya que estos manejan un papel primordial en el origen, el desarrollo y el tratamiento de las problemáticas psicológicas principales de estas personas. Asimismo, se pudo inferir que muchos de estos estados de ansiedad, depresión o temor que inciden en problemáticas psicológicas han sido derivados o detonados por diversas problemáticas de origen social, tales como el alcoholismo, la violencia intrafamiliar, la drogadicción, el abuso sexual y la pobreza, ya que constantemente estaba presente alguna de estas problemáticas en la historia de vida de los sujetos consultantes. La falta de información en relación a la importancia de mantener o reestablecer la homeostasis en la salud mental, pasa inadvertida y muchas veces con indiferencia para la población, desarrollando estados depresivos, ansiosos, de temor o trastornos psicológicos, los cuales a su vez, son detonados o reforzados por la dificultad de sus condiciones económicas, de vivienda o familiares. De manera más significativa, se pudo observar la forma en que influyen los patrones de crianza en la perpetración del ciclo de violencia intrafamiliar y en los roles de género, a través de los cuales continúa presente el machismo en el hombre y el papel sumiso en la mujer. El rol de la mujer, mantiene una dinámica social que resulta en evidentes problemáticas emocionales en las mujeres, que presentan estados depresivos y baja autoestima, problemática evidente principalmente en el área de Maternidad y Ginecología.

En estos departamentos, se pudo observar que existe una gran necesidad de educar a las mujeres con respecto a la maternidad, y las implicaciones emocionales y físicas que esto conlleva, así como la importancia de los cuidados que deben tener durante el periodo de gestación y los posibles riesgos del mismo. Se pudo observar también, cierto grado de angustia y ansiedad en algunas mujeres que presentaban embarazos inesperados o no planificados y en las mujeres que presentan embarazos riesgosos y amenazas de aborto. El número de casos referidos al Departamento de Psicología, relacionados a esta última problemática tendió a aumentar significativamente durante el segundo semestre del año, ya que las referencias por amenaza de aborto inicialmente eran de una a dos semanales y eventualmente incrementaron de cuatro a seis diarias. Algunas de estas mujeres referían que tenían problemas ginecológicos y que manejaban niveles altos de estrés ya que tenían que trabajar toda la semana y ganar suficiente dinero para mantener su hogar o ayudar a su esposo, por lo que no siempre podían tener los cuidados óptimos que debían

durante su embarazo. Muchas de estas mujeres trabajaban en limpieza de casas y lavaban ropa, por lo que el esfuerzo físico al que se sometían diariamente representaba una amenaza para su embarazo, especialmente en la etapa inicial del mismo. Algunos de los casos de aborto se presentaban en jóvenes que se mostraban excesivamente temerosas del procedimiento médico quirúrgico (legrado), por lo que es necesario brindarles apoyo emocional ante dicha situación. En gran parte de estos casos se encuentra presente la culpa, manifestada por dichas mujeres, aduciendo que ellas eran las responsables de su pérdida, estado generado por la opinión de familiares o conocidos, que quedaba a su vez en la psique de la paciente provocando un estado depresivo manifestado por llanto constante, angustia o ideas recurrentes de hechos que pudieron originar el aborto. A su vez, muchas otras mujeres en esta área expresaron miedo y angustia, al sentirse solas o poco acompañadas en el proceso de parto o en el proceso de duelo al sufrir un aborto o la muerte de sus bebés. Muchas de estas paciente refieren que sus parejas no muestran interés en el embarazo o no las apoyan, algunas otras pacientes son madres solteras, y otras refieren que sus esposos tienen que trabajar y no pueden estar con ellas por lo cual, estos sentimientos de tristeza, abandono y soledad se agudizan durante el periodo de encamamiento por lo que la atención psicológica es esencial en esta área. Asimismo, es relevante indicar que estas mujeres fortalecen sus recursos psicoemocionales entre ellas, al darse terapia de apoyo entre ellas, lo que brinda mecanismos de enfrentamiento ante las dificultades que las aquejan, especialmente en aspectos emocionales consecuencia de las dificultades familiares o sociales.

Pocos de los nacimientos que se dan en el área de Maternidad han sido planificados, controlados o espaciados, con falta de programación en los mismos, lo que a su vez pone en riesgo la salud de las mujeres y de los bebés dado que hay mujeres de de 25 años multíparas o mujeres de 45 años embarazadas, quienes al no poder evitar las complicaciones en su embarazo por la edad o el que sus bebés nazcan con algún tipo de discapacidad, manejan sentimientos de culpa, enojo, tristeza, y depresión en la mayoría de casos. A esto se le suma los problemas de pareja, originados por la violencia intrafamiliar y el alcoholismo, que algunas veces origina abortos debido a los golpes ocasionados por la pareja. Estos casos están subregistrados en el área de Maternidad, debido a que las mujeres presentan temor o evitan confrontar el problema, especialmente ante instituciones legales. Hubo pocos

casos de abortos provocados, en los cuales las mujeres mostraron sentimientos de culpabilidad o de desesperanza y angustia extrema; estos casos pasaron a ser de tipo legal; al igual que los casos de rechazo al bebé por parte de la madre.

La mayor parte de las mujeres del área de Maternidad y Obstetricia son adolescentes con embarazos precoces, quienes comienzan su vida sexual a temprana edad, especialmente las adolescentes de origen indígena y algunas ladinas provenientes de aldeas y áreas rurales. Estas jóvenes iniciaban actividad sexual muchas veces porque su pareja se los exigía, y ellas les obedecían o en algunos casos, eran forzadas por estos, dejando claro que la problemática base de este fenómeno social radica más que en el desconocimiento de una educación sexual preventiva o en contar con orientación sexual, en el papel de la mujer en la cultura y el poco valor que da el hombre a la opinión, decisión o elección de las mujeres, muchas veces como consecuencia del machismo que regente, y el papel de sujeto sumiso y abnegado que juega la mujer ante su pareja y la aceptación naturalizada del mismo, por parte de estas, situación que impacta e influye los procesos cognitivos y conductuales de las mujeres, permitiendo que ellas no sean dueñas de ellas mismas, sino sean “propiedad de su pareja”, manifestando como consecuencia una baja autoestima, ideas recurrentes de desvalorización y anulación de responsabilidad y opiniones ante su propio cuerpo y sus decisiones personales, sobre su propia vida. Dicha situación se perpetra en los grupos, debido al refuerzo y transmisión del rol hacia las figuras femeninas y masculinas (hijos), que tienden a reproducir las tradiciones socioculturales de su entorno, debido a una ideología propia, referente al fuerte papel de la mujer como esposa y madre y a la concepción que se tiene de la maternidad y la fertilidad en dicha cultura.

Muchos de los casos de jóvenes ladinas con embarazo precoz iniciaron su actividad sexual a temprana edad por presión de la pareja o del grupo de amigos más que por falta de orientación sexual o desconocimiento de métodos de planificación familiar. Muchas de las jóvenes ladinas refieren tener conocimientos en torno a educación sexual y métodos de planificación, pero refieren no utilizarlos por elección propia. Gran parte de estas jóvenes asisten regularmente a escuelas o colegios, en los cuales les brindan educación sexual, pero refirieron que una de las causas principales de su decisión radicaba en “sentirse queridas” por su pareja cuando tenían relaciones sexuales, ya que estas les brindaban el afecto que no encontraban en otra

parte, y que tener relaciones sexuales es parte de la vida en pareja, en general. Fue posible observar que varias de estas jóvenes estaban influenciadas por estereotipos culturales extranjeros, promovidos por los medios de comunicación de los cuales obtenían estas concepciones, al identificarse con ellas con el fin de ser “aceptadas” o evitar ser “rechazadas” por su grupo o su pareja. Ideas como estas evidenciaban la baja autoestima de algunas de estas jóvenes, quienes contaban con pocos o ningún recurso psicoafectivo para enfrentar la presión de la pareja o del grupo de amigos, por lo que accedían a iniciar su vida sexual a temprana edad. Estas jóvenes buscan identificarse con roles femeninos “fuertes” quienes tienen decisiones personales sobre su cuerpo y su vida, manifestado principalmente a través del poder sexual, según sus mismos testimonios. Gran parte de estas jóvenes presentaban dinámicas familiares disfuncionales desinteresadas por parte de los padres, según referían ellas.

Al analizar las problemáticas subyacentes presentes en ambas culturas, a través del fenómeno del embarazo precoz en las jóvenes, es evidente el papel que juega el rol femenino en su autoimagen. En ambas culturas radica una imagen de una mujer como objeto de los deseos del hombre, con la diferencia que en una se presenta como un ser sumiso, y en la otra como un ser aparentemente “liberal”, pero que denota la falta de poder sobre sí mismo y la apropiación de la identidad femenina a través de la toma personal de decisiones y el fortalecimiento de la autoestima con recursos psicoafectivos que permitan enfrentar las situaciones de presión o desvalorización que enfrentan estas mujeres día a día y que traen como consecuencia el embarazo precoz, entre otros. Asimismo, es importante resaltar que algunas de estas jóvenes madres, fueron víctimas de violaciones violentas, víctimas de incesto y violencia intrafamiliar y en ocasiones de trata y explotación; algunas otras huyen de sus hogares y son enviadas al Hogar de Niñas “El Manchén”, de donde fueron traídas para consultas al Hospital o bien para labor de parto, siendo todas menores de edad.

Estas jóvenes se mostraban afectadas no sólo por su proceso intrapsíquico y psicoemocional relacionado con su embarazo sino por el impacto de su estado, en la comunidad en general y la relación de la misma, en dicha problemática o realidad social; lo que da paso a la formación de los constructos o las representaciones sociales del embarazo precoz, según factores culturales tales como el origen étnico, el nivel socioeconómico, educativo y el aspecto religioso de la población. El embarazo precoz se ha incrementado en estos tiempos en la sociedad guatemalteca, pasando a

ser uno de los problemas sociales principales, debido a los impactos que genera esta problemática en todas las esferas sociales, a pesar que se realizan esfuerzos por evitar dichos embarazos a través de diversos programas estatales y no gubernamentales, cuyos esfuerzos no son suficientes, ya que radican en programas preventivos para estas niñas y jóvenes, pero que van dirigidos a orientación sexual e información de métodos anticonceptivos, más que al fortalecimiento del rol femenino y del “empoderamiento” sobre sus vidas y sobre ellas mismas.

Estos embarazos precoces, presentan un riesgo para la salud física y mental de la madre y del bebé, desconocimiento de los periodos del embarazo y los cuidados prenatales. Consecuencias a largo plazo, tales como el hacinamiento, la falta de recursos económicos para el sostenimiento de un hogar, el desempleo, la falta de educación, el aumento en el costo de vida, problemáticas de pareja, la sobrepoblación, la desnutrición, el hacinamiento en las aulas y sobre todo el impacto psicosocial de dicha problemática ante la población futura, dado que más del cincuenta por ciento de la población guatemalteca es población menor a los veinticinco años y cada vez es mayoritario el porcentaje de población constituido por infantes. El embarazo precoz ha pasado a transformarse de un fenómeno social a una problemática psicosocial, según algunos profesionales de las ciencias sociales, sin embargo el embarazo precoz no es mas que la consecuencia de una situación subyacente presente a lo largo de la cultura guatemalteca, en relación a los roles sociales del hombre y de la mujer, esta último, a su vez, constituye la causa y la solución principal de dicho fenómeno social, tal y como se evidenció a través de los resultados del proceso investigativo que se realizó a partir de las representaciones sociales del embarazo precoz en las jóvenes del servicio de Maternidad del Hospital Hermano Pedro de Bethancourt.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

ABORDAMIENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Guatemala, como muchos países de Latinoamérica, cuenta con una historia de violencia y supresión a manos de diversos sujetos, desde los inicios de su historia hasta el acontecer actual. Dicha historia de violencia no es desconocida para sus habitantes, ni les es posible olvidarla o suprimirla, ya que se encuentra arraigada en la cultura propia del país, en su lenguaje, sus creencias, su ideología y sobre todo en la conducta de sus habitantes. Esta historia enraizada a partir de la sangrienta conquista histórica sobre los mayas a manos de los españoles, quienes a través de matanzas y engaños obtuvieron las riquezas y las tierras de los pueblos indígenas guatemaltecos, para beneficio de la corona española; sumiendo a los naturales a un papel de esclavizados y oprimidos quienes pasaron a integrar dichas características comportamentales a su personalidad básica, conocida dicha integración como “personalidad del colonizado”⁷; dichas características de sumisión y supresión, constituidas por múltiples abusos de poder sobre dicha población, dieron paso a la actual personalidad de los pobladores guatemaltecos y por ende en su estilo de vida actual. La historia de Guatemala, como otros países latinoamericanos, sellados por la dominación extranjera, ha venido a complementar dicha sublevación por parte de esta sociedad, como fue el caso de intromisión de los Estados Unidos en el gobierno de Jacobo Arbenz Guzmán. Asimismo, la sociedad guatemalteca no está libre de la búsqueda de poder y control; por lo que es imperante mencionar el impacto que el conflicto interno armado causó en la sociedad guatemalteca, como claro ejemplo de dicha búsqueda, reforzando nuevamente la historia de violencia a la que este país ha estado sometido, y continuando con la cadena de opresiones y sumisiones hacia la población, a través del miedo y el poder convertido en abuso, tal fue el caso de las desapariciones forzadas de líderes políticos y estudiantiles, las cuales marcaron la historia guatemalteca; impactando en las diversas esferas y grupos sociales de nuestro país. Este conflicto que inicia en el año 1962, desencadenado por fuertes

⁷ Fanon F. Los condenados de la tierra.

contradicciones políticas y económicas, dan como resultado el establecimiento de gobiernos militares que sumieron al país en un estado de intolerancia social, abuso de poder y opresión y llamamiento de sectores en contra del gobierno a través de la violencia y un miedo psicológico implantado a los habitantes por medio de hechos de abuso.⁸ Esta búsqueda de poder trajo como consecuencia treinta y seis años de conflicto armado interno, traducido a pérdidas humanas, económicas y sociales que trajeron consecuencias psicológicas graves a la población guatemalteca y en especial a los pobladores del interior, cuyas vidas fueron marcadas por el enfrentamiento entre la guerrilla y el ejército, como dan fé muchos libros publicados actualmente, que narran con detalle los hechos de violencia de los que fueron víctima estos grupos sociales y comunitarios por parte del ejército y de la guerrilla.

Fue la sociedad civil quien sufrió de manera directa e indirecta las políticas de violencia y control militar por parte de ambas fuerzas armadas.⁹ Los daños en todos los niveles de la estructura social guatemalteca han sido incalculables, desde la ruptura de estructuras familiares hasta estructuras comunitarias han promovido la cultura de miedo en los guatemaltecos, una educación opresiva y un impacto económico negativo en la situación del país, agravada por una historia de corrupción política que continúa hasta hoy día, la cual ha ampliado los márgenes de pobreza de la cual es víctima la mayor parte de la población y de la cual naturalmente, se derivan la mayor parte de los problemas psicosociales de Guatemala, convirtiéndose así en un desagradable círculo vicioso social, que junto con el proceso de naturalización de pobreza propio de las culturas latinoamericana, permiten el crecimiento y continuidad de dicho círculo vicioso. Problemas psicosociales secundarios a la pobreza tales como la violencia en todos sus niveles incluyendo la violencia intrafamiliar y de género, el alcoholismo, el analfabetismo, el maltrato infantil, el comercio sexual y muchos otros, son los desencadenantes y generadores de los principales conflictos psicológicos y emocionales de la población guatemalteca, la cual por su parte, no brinda atención ni interés a la salud en general, permitiendo que dichos conflictos y trastornos se agraven al punto de formar una nueva problemática psicosocial: la falta de salud mental en la población guatemalteca, reflejada en episodios de estrés, depresión, ansiedad y fobias colectivas, psicosis y ansiedad generalizada.

⁸ Gulden T.R. "Spatial and temporal patterns in civil violence: Guatemala 1977-1986" (2002)

⁹ W. Herrera, et. Alt. Trastornos mentales y conflicto armado interno en Guatemala.

La importancia de la salud mental radica en el impacto en la calidad de vida de la persona directamente, pocos están al tanto de este hecho y la falta de información en relación a la salud mental o el desconocimiento de recursos para fortalecerla o reestablecerla permiten, en ocasiones, que los estados iniciales de ansiedad puedan concluir en problemáticas psicológicas que afecten la vida del sujeto, tanto a nivel emocional, relaciones sociales o laborales. Estas situaciones podrían ser prevenidas o atendidas en la mayor parte de los casos, de haber una mayor cultura de prevención en la sociedad guatemalteca o de fortalecer los recursos emocionales de la población para enfrentar las problemáticas sociales que afectan su vida, sin llegar a caer en problemas psicológicos que interrumpan la funcionalidad del sujeto en las diversas esferas de su vida o para reconocer el momento en que necesitan asistencia o atención psicológica para enfrentar dichas problemáticas o estados.

La promoción de la salud mental parte del principio de que todas las personas tienen necesidades de salud mental y no sólo aquéllas que han sido diagnosticadas con condiciones de salud mental. La promoción de la salud mental concierne esencialmente a la realidad social en la que todos se sientan comprometidos con el bienestar mental. La "promoción de salud mental" es un término que cubre una variedad de estrategias. Estas estrategias pueden ser vistas desde tres niveles:

1) *Nivel individual* - Motivar los recursos propios de la persona por medio de recursos para fortalecer sus procesos psicológicos y áreas emocionales (incluyendo auto-estima, inteligencia emocional, etc.), la resolución de los propios conflictos, la asertividad en sus roles (hombre, mujer, padre, madre, etc.), o en sus relaciones interpersonales y laborales, y en su desenvolvimiento como sujeto social, en general. Este nivel fue mayormente abarcado durante la ejecución del proceso de atención psicológica, ya que el trabajo con los sujetos fue dirigido de manera individual a través de la atención directa o terapia de apoyo, según la necesidad de cada sujeto consultante.

2) *Nivel comunitario* - Una creciente y cohesionada inclusión social, desarrollando las estructuras de ayuda que promueven la salud mental en los lugares de trabajo, estudio y en el vecindario. Este tipo de trabajo fue desarrollado a través del proceso formativo y de atención grupal con los diversos grupos de mujeres y ancianos con quienes se trabajó para el reestablecimiento de la salud mental o del fortalecimiento de los recursos psicoemocionales según la problemática o necesidad

identificada en cada grupo, tanto en las áreas de ginecología y maternidad como en los talleres de la Asociación de Jubilados y Pensionados.

3) *Nivel oficial* - El estado de cada nación comprometido en planes que reduzcan las barreras socio-económicas promoviendo oportunidades en igualdad de acceso a los servicios de salud pública por parte de los ciudadanos más vulnerables a este desorden.¹⁰ Este nivel estuvo presente en cada momento del trabajo, ya que consistió en un eje transversal presente en todas las actividades desarrolladas dentro del Hospital o en nombre de este, por ser un servicio gubernamental prestado a toda la población, sin discriminación alguna.

El tema de la salud mental, además, no concierne sólo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desórdenes mentales evidentes en base a los problemas psicosociales guatemaltecos, como se percibe hasta el momento por parte de la población, sino que corresponde además al terreno de la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente sociocultural determinado por el fortalecimiento social e individual en aspectos elementales tales como la autoestima, manejo emocional, las relaciones interpersonales y otros. Esta preocupación no sólo concierne a los expertos de la salud mental, sino a las responsabilidades de gobierno guatemalteco, de la formación en el núcleo familiar, de un ambiente de convivencia sana en la comunidad, de la responsabilidad asumida por los medios de comunicación y de la consciente guía hacia una salud mental en la escuela y en los espacios de trabajo y estudio y de la población en general, en base a la construcción o mantenimiento de roles, conductas y tradiciones que permitan la continuidad de problemáticas tales como lo son el machismo o la violencia intrafamiliar.

Para profundizar en el tema, podemos definir la salud mental o "estado mental" como: la manera en que se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. En diversos diccionarios podemos

¹⁰ Del informe mundial de la salud: Salud mental: una nueva comprensión, una nueva esperanza, Organización Mundial de la Salud, 2001

encontrar diferentes definiciones de salud mental como un estado de bienestar emocional y psicológico en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que **no existe una definición "oficial" sobre lo que es salud mental** y que cualquier definición al respecto estará influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás.

Muchos expertos consideran a la salud mental como un *continuum*, es decir, que la salud mental de un individuo puede tener diferentes y múltiples valores. El bienestar mental, por ejemplo, es visto como el atributo positivo por el que una persona puede alcanzar los niveles correspondientes de salud mental que resultan en la capacidad de vivir en plenitud y con creatividad, además de poseer una evidente flexibilidad que le permite afrontar dificultades, fracasos y los retos inevitables que plantea la vida. Desde el punto de vista de la Organización Mundial de la Salud "la salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autosuficiencia perseguida, la autonomía, la competitividad, la dependencia intergeneracional y la autoactualización del propio intelecto y potencial emocional, entre otros. Desde una perspectiva cultural, es casi imposible definir la salud mental de manera comprensible. Los profesionales están de acuerdo en decir que la salud mental es un concepto más complejo que decir simplemente que se trata de la carencia de un desorden mental"¹¹ A la luz de los conceptos actuales, la salud mental es el núcleo de un desarrollo equilibrado de toda la vida, que desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social, es un factor clave para la inclusión social, la participación en la comunidad y el desarrollo de la economía. Asimismo, los desórdenes mentales son producto de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.¹²

Un modelo de bienestar en base a la salud mental citado por la OMS, está constituido por las siguientes cinco áreas vitales: 1) Esencia o espiritualidad, 2) Trabajo y ocio, 3) Amistad, 4) Amor, 5) Autodominio y estos influyen en la calidad de

¹¹ Del "informe mundial de la salud": "Salud mental: una nueva comprensión, una nueva esperanza, Organización Mundial de la Salud, 2001

¹² Idem

vida de las personas y en consecuencia de las sociedades en general.¹³ Todos estos puntos son identificados como las principales características de una funcionalidad sana y los principales componentes del bienestar mental. Los componentes proveen un medio de respuesta a las circunstancias de la vida en una manera que proporciona un funcionamiento saludable, influenciado por todas las áreas de crecimiento de una persona en su totalidad, motivando a un equilibrio en la salud mental, evitando el desarrollo de trastornos y desórdenes de tipo mental, emocional y social.

El modelo holístico e integral de salud mental en general incluye conceptos basados en perspectivas de antropología, educación, psicología, religión y sociología y otros. Es por ello que en la salud mental se ha comenzado a entender la importancia de la diversidad religiosa y espiritual, étnica y cultural en lo que compete a la salud mental, dependiendo siempre el entorno cultural y espiritual de las comunidades o las áreas en las que una persona se desarrolla, y como esta puede influenciar en la llamada “calidad de vida”. A pesar de la evidente importancia de la salud mental en la calidad de vida de las personas y comunidades, su abordaje aún es un área poco trabajada en el campo de la salud pública; así por ejemplo, el Informe Mundial de la Salud de 2001 señalaba que más del 25% de la población padecía en algún momento de su vida algún trastorno mental o conductual. Según los expertos, los trastornos mentales suman cerca de 14% de las enfermedades en el mundo; sin embargo 90% de las personas que padecen los trastornos en países de bajos y medianos ingresos no reciben ningún tipo de atención. Dicho Informe, identificaba también un impacto económico sobre las sociedades y sobre la calidad de vida de los individuos y familias.¹⁴

El mismo Martín-Baró formula un concepto propio de salud mental: “Salud mental constituye una dimensión de las relaciones entre personas y grupos más que un estado individual, aunque esa se enraíce de manera diferente en el organismo de cada uno de los individuos involucrados en esas relaciones, produciendo diversas manifestaciones”¹⁵, concepto que se relaciona con el enfoque establecido por la OMS en el sentido que cada sujeto tiene una salud mental desarrollada a partir de su

¹³ Idem

¹⁴ Del informe mundial de la salud: Salud mental: una nueva comprensión, una nueva esperanza, Organización Mundial de la Salud, 2001.

¹⁵ Martín-Baró, Ignacio. Guerra y Salud Mental.

entorno y relación social, de la interpretación e influencia que hace del mismo, y de los elementos sociales que a su vez se ven influidos por el sujeto mismo como parte de este grupo, ambos conceptos, tanto el de la OMS como el de Martín-Baró convergen en que la salud mental del sujeto está relacionada directamente por su entorno comunitario y social, a diferencia que la OMS establece una relación individuo-sociedad, en la cual ambos se relacionan pero que no están integrados a profundidad, mientras que Martín-Baró hace énfasis en que el grupo es la base de la salud mental y la interpretación de este concepto grupal por parte de sujeto, deriva la salud mental propia del sujeto o las manifestaciones de las mismas en este.

Se puede decir entonces que, **el concepto de salud mental es una construcción social y cultural, aunque pueden definirse o determinarse algunos elementos comunes.** Por esta razón, diferentes profesiones, comunidades, sociedades y culturas tiene modos diferentes de conceptualizar su naturaleza y sus causas, determinando qué es salud mental y decidiendo cuáles son las intervenciones que se consideran apropiadas.¹⁶ A partir de la posterior conclusión de dichos conceptos, se pudo definir que el trabajo desarrollado durante la ejecución del proceso de atención psicológica, se vio inmediatamente relacionado y congruente con el concepto de salud mental establecido por Martín-Baró, confirmándose día a día con el trabajo de la población del Hospital quienes confirmaban a través de sus testimonios y de los diálogos los conceptos sociales como base de sus opiniones personales, como interpretaciones de los mismos.

A partir de este punto se pudo establecer que la mayor parte de los casos que se atienden en Consulta Externa del Departamento de Psicología, son personas que manifiestan las interpretaciones de sus conflictos familiares y psicosociales tales como violencia intrafamiliar, familias disfuncionales, conflicto de roles de género, o problemas de pareja y problemas con su entorno social (delincuencia, maras, etc.) a través de síntomas ansiosos, depresivos o fóbicos, siendo estos los que se han presentado de manera constante en diversos pacientes que asisten a la consulta o que son referidos de las diferentes áreas. Esto se pudo evidenciar en base a los registros de los testimonios de los pacientes y el registro de consultantes del Departamento, según su sintomatología principal. Estos sujetos referían no sentirse satisfechos para desempeñar sus papeles en sus hogares o trabajos o referían que no

¹⁶ Garfield, R. Health and health services in Central America. JAMA. 1985.

actuaban “normales como toda la gente” que lleva su vida tranquila y salen adelante, confirmando un estado social generalizado como la norma para medir su “salud mental”. Este “sentirse diferente” fue lo que los motivó a buscar apoyo en el Departamento de Psicología.

En algunos sujetos, los estados emocionales tales como aflicción o depresión se manifestaron a través de sentimientos de tristeza, melancolía, infelicidad, asimismo los sujetos refirieron sentirse “miserables o derrumbados”, desesperanzados y sin interés por ningún aspecto de su vida. Muchos de estos estados fueron consecuencia de problemáticas como duelos prolongados (a más de seis meses o un año de la pérdida), minimización del sujeto por parte de su familia o pareja o como consecuencia de ser sujeto de una problemática social constante (alcoholismo o drogadicción). La mayoría de las personas se sienten de esta manera una u otra vez durante periodos cortos, pero algunos refirieron asistir a la consulta porque llevaban mucho tiempo sintiéndose así y consideraban que no era “normal”, por lo que se les brindó terapia breve a los consultantes que manifestaban dicho estado con llanto espontáneo o estados de “desesperación”. Estos sujetos referían que “lloraban porque cuando uno está triste, llora” y confirmaban que “ellos estaban muy tristes por eso lloraban mucho más”. Algunos otros pacientes que presentaban estados de ansiedad, principalmente de sexo masculino con problemas económicos o desempleo, confirmaban que “sentían una presión en el pecho como de querer llorar, pero que ellos no lloraban, porque los hombres no lloran o sus papás les habían dicho que por esas cosas no se lloran” por lo que se aguantaban, pero que sentían que eso también les agudizaban los nervios y el sentimiento de ansiedad y angustia.

Asimismo, los problemas de pareja fueron otro motivo fuerte de consulta, estos se daban, gran parte de las veces, debido a las dificultades de la convivencia diaria en pareja, para quienes se convirtieron en pareja debido a una emoción pasajera, mezclada con un aspecto pasional o sexual en la mayoría de casos, por lo que con el tiempo las parejas se encuentran en conflictos en relación con el interés mutuo, muchas veces potencializados o agudizados por la problemática individual o la personalidad de cada miembro de la pareja. El apoyo mutuo y la capacidad de comunicarse asertivamente y la resolución de conflictos son una parte importante de la vida en pareja. Estos problemas de pareja, muchas veces están presentes en las personas con estados depresivos, según referían los pacientes, especialmente las

mujeres. Asimismo, algunas personas que asisten a consulta por este motivo manejan niveles de ansiedad y estrés, que se manifiestan en insomnio, pánico repentino, tensión generalizada en el cuerpo y otros, especialmente en los varones. Muchos de los pacientes refirieron que este sentimiento de estrés o ansiedad los hace sentir frustrados, furiosos o ansiosos, dependiendo de las percepciones individuales de cada uno o una frente a las situaciones consideradas de estrés. Muchas veces, estos sentimientos de impotencia o frustración ante los conflictos o problemas se manifiesta a través de estados depresivos o ansiosos, si bien se ha definido la ansiedad como un sentimiento de aprehensión y miedo, muchos de los sujetos aclaran que la fuente de su sensación de desasosiego no siempre es conocida, lo cual tiende a aumentar la angustia en la persona. Algunas veces la ansiedad puede llegar a desarrollar el estrés en altos niveles, desencadenando comportamientos nocivos destructivos o volviéndolas propensas a ciertas enfermedades físicas¹⁷ ó llevándolas al consumo excesivo de alcohol o drogas, las cuales a su vez, afectan en el entorno familiar y puedan influir en el estado de la persona o su círculo primario. Generalmente la ansiedad no es tomada como una problemática psicológica, sino como un síntoma.

Asimismo, es importante agregar que fue esencial brindar estrategias para el fortalecimiento de recursos para el mantenimiento de la salud mental en las personas de la tercera edad, es a través de la orientación psicológica, lo que permite generar defensas ante su proceso de aceptación del envejecimiento y la muerte, el cual puede desarrollar diversidad de manifestaciones depresivas o ansiosas en los mismos, desencadenados por las dificultades familiares, sociales y culturales, derivadas de la imagen social que se maneja en torno a la vejez y a las personas adultas .

En los últimos tiempos, se han reconocido muchos factores primarios asociados a la prevalencia, la aparición y a la evolución de los trastornos mentales y conductuales en la población en general, ellos son: la pobreza, el sexo, la edad, los desastres, los conflictos sociales, las enfermedades físicas graves y las características del entorno socio-familiar, entre estas podemos mencionar algunas determinantes de manera negativa en la sociedad guatemalteca, tal como la violencia intrafamiliar y el alcoholismo, afectándose ambas de manera consecuente y bidireccional. Es por esto que la salud mental de los individuos se ha visto afectada de

¹⁷ Idem.

manera constante y continua por los diversos conflictos a nivel individual, familiar, social, nacional y mundial, tal como la crisis mundial relacionada con la economía, el desempleo, la falta de oportunidades de estudio, y muchas otras, que pueden ser detonantes de situaciones que conllevan a conductas nocivas tal como consumir drogas o alcohol, dando como consecuencia la dependencia del mismo, y en su efecto situaciones de violencia intrafamiliar o violencia general, entre otras.

Muchas de estas problemáticas sociales se ven agudizadas por una problemática persistente en el mundo: el alcohol. Este es generalmente asociado en la cultura guatemalteca con los hombres violentos o machistas, quienes en muchas ocasiones no presentan ninguna capacidad de autocontrol ante dicha sustancia.¹⁸ El alcoholismo se divide en abuso de alcohol y dependencia del alcohol, ambos indicando una dependencia más psicológica que física, manifestada en la necesidad del consumo del mismo para el funcionamiento mental adecuado, junto con consumo ocasional excesivo y continuación de la ingestión alcohólica a pesar de los problemas sociales. En la mayor parte de los países de Latinoamérica el alcoholismo se encuentra dentro de la lista de los problemas más graves dado que este es un problema que trae consigo una serie de consecuencias físicas y psicológicas en la persona consumidora de alcohol y su círculo primario, quienes generalmente sufren las consecuencias secundarias del alcoholismo. La dependencia del alcohol no sólo ocasiona trastornos de salud, sino que también puede originar dificultades en las relaciones familiares, pérdida del trabajo o incremento del riesgo de sufrir accidentes de tráfico. El alcoholismo se convierte, además, en un grave problema para el círculo social que rodea al enfermo; la presencia de alcohol puede darse en relación a otros problemas sociales tales como el desempleo y la pobreza.¹⁹ En las sociedades en las que la mayoría de la población vive de trabajar para los demás, el no poder encontrar un trabajo es un grave problema debido a los costos humanos derivados de la privación y del sentimiento de rechazo y de fracaso personal, especialmente en los hombres que provienen de culturas machistas, tal y como es el caso de los hombres guatemaltecos, en su mayoría.

¹⁸ Larrain Soledad y Teresa Rodríguez. Artículo: Orígenes y control de la violencia domestica contra la mujer. Revista: Genero, Mujer y Salud en las Americas. Washington D.C. OPS. Publicación Científica #54. 1993.

¹⁹ Ramírez H., Felipe A. Violencia Masculina en el Hogar: alternativas y soluciones. Editorial Pax. México. 2000.

Estos diversos factores sociales (el alcoholismo, el desempleo, el estrés y las experiencias agresivas en la infancia) junto con el arraigo de los patrones de crianza en las culturas machistas, son algunos de los principales determinantes que desencadenan la violencia intrafamiliar. En el mundo tres de cada cuatro mujeres sufren diversos tipos de agresiones dentro del hogar, principalmente a manos de hombres de la familia. Los tipos de violencia muchas veces no se consideran como tal, porque hombres y mujeres ya sea como hijos, esposas, esposos, pareja o padres y madres de familia, creen que los golpes, los gritos y las amenazas son una forma "natural" de "corregir" o "educar" a la que están acostumbrados, debido a los fuertes patrones de crianza de nuestras culturas, en las que los hombres "no deben llorar" y "tienen que aguantarse" y las mujeres deben ser sumisas y "ser una buena esposa" por sobre todas las cosas.

Para aclarar dicho punto, es importante recordar que se define como violencia intrafamiliar a "todo daño físico o psíquico, amenaza o agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión por parte de otro miembro de la familia"²⁰. Asimismo, se asume como violencia intrafamiliar toda forma de violencia ocurrida entre miembros de una familia, es decir, entre personas con vínculos de parentesco ya sea consanguíneo (como padre o hermano) o por afinidad (como casado, esposo, suegro, etc.). La violencia doméstica es una reproducción de patrones de conducta donde se ejerce la coerción y control emocional de las víctimas para ir minando la salud física y mental de las mujeres. Existen diferentes formas de agresión hacia la mujer, hijos o esposo; siendo estas la violencia física, con golpes, mordidas, patadas, empujones; sexual, con relaciones forzadas o con amenazas; psicológicas, diciéndole cosas tales como: "Eres una tonta, una gorda, no sirves, bruta"; patrimoniales, con la destrucción de muebles, ropa, etcétera. A su vez, existe otro factor de violencia, el que está a nivel comunitario, es decir la violencia ejercida contra las mujeres en ciertos estratos sociales o grupos de poder.

A menudo las víctimas del maltrato intrafamiliar sufren múltiples lesiones físicas, desde moretones, rasguños, cortadas y quemaduras, huesos rotos, contusiones, abortos, heridas por arma de fuego, hasta daños permanentes a la visión, cerebro, oído, coyunturas y órganos internos y abortos. Cuando se dice que

²⁰ Callico Cantalejo, G. "Factores psicológicos de la gestación y su incidencia en las posteriores dificultades durante el parto y el puerperio". 1995

una de cada tres mujeres sufre violencia intrafamiliar o que cincuenta por ciento de las mujeres latinoamericanas han sufrido algún tipo de abuso, podemos determinar que se revela una sociedad global en la cual el poder y la opresión siguen marcando vidas individuales y colectivas. “La violencia intrafamiliar y el maltrato infantil es la cuarta causa de muertes violentas de menores de edad; en muchas ocasiones existe un subregistro de estos casos, puesto que son reportados como accidentes”.²¹ En Guatemala se registra que muere una niña de forma violenta cada dos días; ocho de cada diez casos presentan evidencia de violación sexual y dos de éstos son cometidos contra niñas menores de cinco años. Esta población juvenil se encuentra en un riesgo secundario en relación a la violencia intrafamiliar, especialmente las adolescentes, quienes por huir de esta situación y por falta de comunicación e información, comienzan su vida sexual activa a temprana edad, poniéndose en riesgo de embarazos no deseados, violaciones, abortos, etc.²²

En Guatemala, gran parte de las adolescentes han iniciado su vida marital a temprana edad y cerca de un 29% de los embarazos en adolescentes no fueron planeados²³ y según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el promedio de inicio de las relaciones sexuales en las adolescentes guatemaltecas es a los 13 años.²⁴ La falta de guía e información a las mujeres en general y a las adolescentes en específico, son una de las principales causas de las situaciones mencionadas anteriormente, debido a la falta de oportunidades de estudio y la poca información relacionada a la educación sexual y orientación familiar, desencadenan un estado de sexualidad precoz, enredando así una serie de situaciones difíciles que no les posibilita alcanzar una calidad de vida superior a su estatus familiar previo, dado que muchas jóvenes se juntan con hombres mayores, para que las ayuden a mantenerse económicamente.

Al tener una vida sexual activa a temprana edad, se incrementan las posibilidades de un embarazo precoz no deseado e inesperado y muchas de las

²¹ Informe Situación de la Niñez en Guatemala, por la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado (ODHA) de Guatemala. 2004.

²² Secretaría Presidencial de la Mujer de Guatemala, “Informe Nacional sobre la Situación de la Mujer Guatemalteca y Cambios a partir de Último Informe”, Trigésima Asamblea de Delegadas de la Comisión Interamericana de Mujeres. Guatemala. 2002

²³ Ibid. Pp.

²⁴ Reynoso C. Reportaje: “Aumentan embarazos en adolescentes”. Prensa Libre. Pág. 2. Domingo 18 de octubre de 2009.

jóvenes no saben cómo enfrentar dicha situación, sobre todo por las diversas percepciones u opiniones culturales o sociales ante dicho estado, por parte de los miembros de su familia o de su comunidad; lo que a su vez ejerce presión sobre estas jóvenes. Algunas de ellas continúan con su embarazo, mientras que otras lo interrumpen y algunas otras se encuentran solas en una gran duda generada por el que hacer en esta situación. Cualquiera que sea la circunstancia de las adolescentes que se enfrentan a un embarazo precoz no planificado, este lleva un manejo emocional de por sí, independientemente de que se continúe con el mismo o se interrumpa, en cuyo caso el trastorno emocional tiende a ser más complicado y conlleva secuelas emocionales muy difíciles de manejar. Muchas veces el aborto inducido, es llevado a cabo por mujeres que han sido víctimas de abuso sexual o por problemas económicos o de salud, conflictos maritales, sentimientos de soledad, aspiraciones profesionales, y sentimientos de inseguridad hacia el futuro, caos social, el incesto, la inmadurez, el abandono, la violencia doméstica, la falta de preparación en general o la falla de los métodos anticonceptivos. Por otro lado, las mujeres cuyo embarazo continúa, se enfrentan a una serie de emociones y sentimientos inesperados y complicados. Este proceso psicobiológico y psicoemocional puede ser mucho más agudo y variante en una adolescente cuyo cuerpo, mente, personalidad y juicio, no han terminado de formarse o de asentarse claramente, por lo que en esta población es mucho más importante el acompañamiento y la orientación psicológica o la atención emocional durante todo el proceso de gestación y el proceso de parto. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS)²⁵, para poder brindar una atención y orientación psicológica adecuada a las adolescentes con embarazo, es primordial conocer su realidad social, para lo cual debemos conocer su cultura y los elementos de la misma que influenciaron o contribuyeron a dicha situación actual, abarcando no sólo la cultura o el origen étnico, sino involucrando otros factores sociales tales como: el nivel socioeconómico, el nivel o grado educativo, la religión o la edad; tema que profundizaremos más adelante y para lo cual es necesario primero, desarrollar una definición del factor psicosocial principal.

El embarazo precoz o embarazo temprano, es el término con el cual se define a toda gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica 0 = edad de la menarquía), abarcando la edad de la madre entre los 10 a

²⁵ Organización Panamericana de la Salud: Informe del Plan de Acción. Argentina. 2008.

19 años, es decir el embarazo en las adolescentes. El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez,²⁶ asumida como la etapa de maduración entre la niñez y la condición de adulto. Aunque esta etapa de transición varía entre las diferentes culturas, en general se define como el periodo de tiempo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes socialmente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como “el período de vida que se da entre los 10 y 19 años, la cual se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres) acompañados recambios psicosociales”²⁷.

El embarazo en adolescentes, es cada vez más frecuente en países en desarrollo como Guatemala, en donde esto es considerado actualmente como un problema prioritario en salud pública, especialmente en comunidades indígenas, debido a su alto riesgo de morbilidad: bajo peso al nacer, prematurez y un alto riesgo de morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil, según los estudios de salud pública²⁸. Actualmente el embarazo en adolescentes es abarcado desde dos enfoques en el aspecto psicosocial; el primer enfoque es que el embarazo precoz esta visto como un producto de la patología social: negligencia paterna, carencia afectiva, inseguridad, pobreza, ignorancia, violencia. El segundo enfoque, a su vez, está basado en principios sociales y culturales, básicamente en relación a los contextos culturales y patrones de crianza de las adolescentes. El primer punto de vista relaciona factores tales como la economía, el entorno social, la educación y el círculo primario de las adolescentes, con las causas determinantes del embarazo precoz. Según este, es posible observar la relación, de acuerdo a la situación actual y las tendencias recientes de la fecundidad adolescente. Casi en la totalidad de los países de América Latina y el Caribe, este problema ocupa el primer lugar, ya que no existe un patrón único de fecundidad; al contrario, se presenta una gran heterogeneidad, tanto entre países como en el interior de estos. La elevada frecuencia de embarazos

²⁶ Papalia D. et. Alt. Psicología del Desarrollo. McGraw-Hill. México. 2006.

²⁷ Del "informe mundial de la salud", 2001: "Salud mental: una nueva comprensión, una nueva esperanza, Organización Mundial de la Salud, 2001

²⁸ Reynoso C. Op. Cit.

tempranos en nuestro país es parte de un patrón tradicional de uniones y relaciones sexuales iniciadas a temprana edad. Guatemala tiene una de las tasas más altas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años en América Latina (actualmente los porcentajes involucran a niñas de 10 a 12 años de edad, quienes presentan un gran número de embarazos precoces), ya que por cada mil mujeres hay 114 nacimientos cada año, cuando el promedio en la región es de 80 por cada mil. De hecho, en nuestro país hay un promedio de 4.4 hijos por mujeres menores de 19 años y esto se eleva en a un 6.4 de hijos por mujer en el área rural, asimismo un 21% de los nacimientos anuales, son resultados de un embarazo precoz, tomando en cuenta que cerca de un 44% de las jóvenes menores a 19 años, han estado o estuvieron embarazadas alguna vez, una cifra impactante si evaluamos que de cada 10 adolescentes, un promedio de 7.5 están embarazadas o son madres²⁹.

Según el MSPAS, los departamentos con mayor incidencia de embarazos en adolescentes y mas casos de mortalidad materna en Guatemala son: Alta Verapaz, Escuintla, Peten, Huehuetenango, Totonicapán, Sololá, Quiché, San Marcos y Chimaltenango respectivamente³⁰. En el año 2008, la cantidad total de partos en adolescentes de edades comprendidas entre 10 a 19 años alcanzaron una cifra total de 38,676, mientras que en el primer semestre del año 2009 se habían contabilizado un total de 22,704 partos en jóvenes mujeres de las mismas edades. Entre tanto, las razones que explican la consideración del embarazo adolescente como un problema social, según este enfoque serian: "...el aumento y la mayor visibilidad de la población adolescente; la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres...., los cambios sociales y culturales que han llevado a modificar el contexto normativo bajo el cual se sancionan los embarazos tempranos y, por último, las condiciones adversas a las que se enfrenta un número creciente de jóvenes que difícilmente pueden hacerse cargo de una familia, a pesar de que en muchas ocasiones estarían dispuestos y aún deseosos de hacerlo"³¹.

Precisamente se distinguen cuatro argumentos que se esgrimen con mayor frecuencia para definir el embarazo adolescente, dentro de la cultura ladina como

²⁹ Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guatemala. 2008

³⁰ Reynoso C. Op. Cit.

³¹ Reynoso C. Op. Cit.

problema ³², esta se particulariza por: Primero; conflictos familiares, violencia intrafamiliar, autoritarismo y privación afectiva. Segundo; ausencia de uno o ambos progenitores y en consecuencia de buenos modelos y pautas de crianza óptimas. Tercero; los tabúes sociales frente al sexo, la baja escolaridad de los padres y la ineficiencia de la educación sexual en las escuelas. Cuarto; en algunos tipos de personalidad, la sobreprotección agudiza la necesidad de independencia y autoafirmación, encontrando en la relación sexual e incluso en la conducta reproductiva, la validación de los jóvenes en su rol de adultos³³. A esto se suma la inconsciencia reproductora del hombre, que elude las responsabilidades en la procreación y el apoyo posterior a los hijos; y factores como el menosprecio y la baja autoestima que reducen la confianza de los jóvenes en sí mismos, a veces de por vida, lo que aumenta su vulnerabilidad a las experiencias sexuales tempranas y a los enamoramientos intensos e irracionales³⁴. Es importante resaltar a la vez que un 62% de mujeres de bajo nivel socioeconómico tienen hijos antes de los 20 años. El aspecto cultural más importante en esta problemática, radica en el hecho que estos embarazos suceden con mayor frecuencia en jóvenes pobres y de baja escolaridad. Según expertos, las consecuencias de tener una cifra alta de madres adolescentes significa más pobreza y menos desarrollo socioeconómico, cultura y educativo no solo para una nación, sino para el mundo en general.

El segundo enfoque desde el cual está visto el embarazo precoz, involucra principalmente el contexto social y cultural de las jóvenes embarazadas, en el cual se marcan diferencias en relación al embarazo precoz debido a la concepción de la imagen femenina según las creencias o herencias culturales o el papel asignado a la misma a través de la historia, la cual varía entre la cultura ladina e indígena, respectivamente, así como en las jóvenes con diferentes niveles socioeconómicos que les permiten tener diferentes experiencias y calidad de vida en diversos aspectos generales (educativos, religioso, ideológico, etc.). Para poder profundizar en este punto de vista, es relevante conocer la cultura de las mujeres guatemaltecas, lo que a

³² Cruz López MV, et al. Conocimiento sobre los factores de riesgo de las embarazadas adolescentes. 2004

³³ Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guatemala. 2008

³⁴ Yinger N, De Sherbinin A, Ochoa L, et al. Adolescent Sexual Activity and Childbearing in Latin America and the Caribbean: Risks & Consequences. Estados Unidos. 1992.

su vez determina su actitud ante la sexualidad, el matrimonio y el embarazo precoz; y en especial, su papel femenino en la sociedad.

Estas diversas actitudes, conceptos o percepciones que presentan las adolescentes, son desarrolladas a través de la herencia familiar, comunitaria y social, transmitidas ideológicamente a través del pensamiento, opinión o constructos propios de la cultura y el entorno en el que esta crece y se desarrolla. Para conocer la formación de dichos constructos es necesario profundizar en las bases históricas y antropológicas que determinaron dichas percepciones a nivel social y comunitario y, posteriormente, a nivel individual.; para lo cual es necesario conocer las representaciones sociales del embarazo que manejan actualmente las adolescentes, y que varían según la ideología y el entorno de la población de una comunidad o país.

Las representaciones sociales “designan una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados, es decir, *designan una forma de pensamiento social*. Estas constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. Estas presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica.”³⁵ Podemos decir entonces que, las representaciones son una forma de pensamiento natural informal, un tipo de saber empírico, que además se articula al interior de los grupos con una utilidad práctica, en esencia como una guía para la acción social de los sujetos, es decir, como un saber finalizado. La teoría de las representaciones ve al sujeto cual portador de la praxis social y de la transformación del mundo tanto a nivel individual como grupal y social. “Mientras que la ciencia trata de construir un mapa de las fuerzas, objetos y eventos que no se ven afectados por nuestros deseos y por nuestra conciencia; las representaciones sociales estimulan y modelan nuestra conciencia colectiva, explicando eventos y cosas de forma que sean accesibles a cada uno de nosotros.”³⁶ Lo social interviene de varias maneras: a través del contexto concreto en que se sitúan los individuos y los grupos; a través de la comunicación que se establece entre ellos; a través de los marcos de aprehensión que proporciona su

³⁵ Jodelet, Denise. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici, Serge (comp.). Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Paidós. España. 1986

³⁶ Moscovici, Serge. El psicoanálisis, su imagen y su público. Huemul S.A. Argentina. 1979.

bagaje cultural; a través de códigos, valores e ideologías relacionados con las posiciones y pertenencias sociales específicas. Las representaciones no son genéricas, es decir, no existen independientemente ni de las personas ni de los objetos a los que se vinculan. “toda representación es representación de algo y de alguien.” Las representaciones hacen posible que lo nuevo no resulte tan extraño y permiten que el individuo se desenvuelva mejor en sociedad.

En ese sentido, una representación social tiene en primer lugar un valor práctico intrínseco que se evidencia en la interacción de los sujetos con el objeto. De tal modo, las representaciones facilitan la integración de los individuos en torno al objeto. Una representación existe en y a través de la práctica social pero además, y esto es significativo, existe para la práctica social. “Incluso en representaciones muy elementales tiene lugar todo un proceso de elaboración cognitiva y simbólica que orientará los comportamientos. Es en ese sentido que la noción de representación constituye una innovación en relación con los otros modelos psicológicos, ya que relaciona los procesos simbólicos con las conductas.” Las representaciones actúan como anteojos mediante los cuales los individuos establecen sus relaciones con un objeto específico y también con los demás sujetos dentro del grupo. “...Son teorías o representan el papel de tales. Por consiguiente, en esta cualidad deben mostrar *cómo suceden las cosas*. Dicho de otra manera, las representaciones tienen por misión: primero, describir; después, clasificar, y por último, explicar.”³⁷ En la vida cotidiana ninguna representación social existe aislada de otras representaciones. De hecho, no se puede hablar de una representación social pura pues, en realidad, las representaciones constituyen intrincados sistemas en cuyo desenvolvimiento tiene un peso fundamental la historia de cada persona y del grupo en general. “Las representaciones están inscritas en los pliegues del cuerpo, en las disposiciones que tenemos y en los gestos que realizamos. Forman la sustancia de ese *habitus* del que hablaban los antiguos, que transforma una masa de instintos y órganos en un universo ordenado, en un microcosmos humano del macrocosmos físico, hasta el punto de hacer que nuestra biología aparezca como una sociología y una psicología, nuestra naturaleza como una obra de la cultura.

³⁷ Moscovici Serge y Miles Hewstone. De la ciencia al sentido común. En: Moscovici, Serge (comp.). Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Paidós. España. 1986.

Enraizada así en el cuerpo, la vida de las representaciones se revela como una vida de memoria.”³⁸ Es fundamental aclarar a su vez que, las representaciones sociales son colectivas por naturaleza; sin embargo, lo social y lo colectivo no son sinónimos. “Todo lo social es colectivo pero no todo lo colectivo es social y esto es algo que tiende a confundir... Lo social se refiere a un nivel superestructural de relaciones simbólicas establecidas desde el imaginario de un conglomerado humano y da cuenta del entramado cultural por el que unos individuos se vinculan con otros en circunstancias históricas específicas.”³⁹ Es por ello que las representaciones sociales del embarazo precoz, dependen tanto del entorno en el que las adolescentes crecieron y se formaron como del aspecto sociocultural en que se desenvuelven. Por ejemplo; las jóvenes ladinas del área urbana, tienen mas accesos y recursos de tipo económico y educativo y relaciones abiertamente afectivas con los padres, lo que permite en muchas ocasiones no permite que la cantidad embarazos precoces en esta población sean altos a diferencia de la población indígena rural. Asimismo, el acceso a la educación y a los modelos parentales positivos, permiten un cambio en el pensamiento de las adolescentes, que buscan ser profesionales o realizarse en otros campos antes de formar una familia o ser madres.

Esta ideología es propia de la población del área urbana, en su mayoría ladina, debido a que son modelos estructurados o estereotipos establecidos en el pensamiento de la población, quien no rechaza la maternidad, sino por el contrario busca contar con condiciones de vida adecuadas, previo a ser madres o padres. Es por esto que las reacciones de muchos padres ante la noticia que las hijas adolescentes están embarazadas es de decepción, rechazo, de culpa y de vergüenza, no solo por las opiniones de la familia, sino por las opiniones o percepciones de los vecinos y miembros de dicha comunidad, que generalmente son de asombro, señalamiento y desprecio; mientras que en la cultura ladina rural las representaciones sociales varían, ya que las jóvenes asumen su papel de futuras esposas, aprendida de la madre, muchas de estas jóvenes no asisten a la escuela o la abandonan, buscando convertirse en empleadas domesticas o esposas y madres,

³⁸ Moscovici Serge y Miles Hewstone. De la ciencia al sentido común. En: Moscovici, Serge (comp.). Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Paidós. España. 1986

³⁹ Idem.

Muchas de estas jóvenes buscan salir de sus hogares, sumidos en la pobreza en la mayoría de veces o de problemas de violencia intrafamiliar y abuso sexual; por lo que es usual ver que se casan o embarazan jóvenes, del primero hombre que les ofrece matrimonio o del que reciben atención e interés. Estas jóvenes esperan mejorar su condición de vida, sin embargo por los factores que rodean esta cultura, es posible que perpetúen el ciclo del hogar disfuncional o desintegrado, arraigado muy profundamente en los pueblos o aldeas rurales del país. La reacción de los padres y de la población ante el embarazo de estas jóvenes varia, dado que los padres muchas veces tienden a enojarse o a celar a las hijas y las madres a sentirse decepcionadas o tristes, en algunos hogares encuentran apoyo y en otros no, dependiendo de la dinámica familiar. La percepción del embarazo en estas comunidades es menos impactante que en las comunidades ladinas urbanas, tomándolo como un hecho normal, especialmente porque una de cada tres adolescentes indígenas de entre 15 y 19 años ya está casada y en su mayoría estas jóvenes ya tienen hijos y abandonan totalmente la escuela, previo al matrimonio o durante el matrimonio.

En referencia al mismo tema y siempre relacionando culturas, podemos referir que la cultura indígena es una cultura con caracterizaciones propias, es un legado de aconteceres históricos y esenciales que conforman la base de todas las culturas guatemaltecas; los constructos de esta cultura han sido transmitidos a través del tiempo viéndose influenciada, más no destruida, por el legado de la cultura española y la cultura ladina. Esta cultura esta marcada profundamente por la pobreza, la violencia, el machismo, la discriminación y la falta de oportunidades en todos los aspectos. Los índices de pobreza en la cultura indígena son unos de los más altos en toda Guatemala, brindándoles menor calidad de vida en general. La mujer en la cultura cakchiquel tiene un papel específico pero vital, históricamente heredado a través de la cultura y cosmovisión maya la reproducción y la fertilidad es el papel más importante de la mujer dentro de esta cultura. Históricamente, los mayas se casaban jóvenes: las mujeres a los catorce años y los hombres a los veinte. La función principal de la mujer en esta cultura era la reproducción y los oficios domésticos, incluyendo el tejido. Si una mujer era estéril, el hombre podía divorciarse de ella y señalarla públicamente. Este rol femenino dentro de las comunidades indígenas continua activo hasta hoy en día, donde es posible evidenciar que factores como la baja escolaridad en las jóvenes indígenas, el bajo índice de asistencia escolar, las

diversas actividades en las que se desenvuelven, destacando en su mayoría el trabajo no remunerado y el trabajo remunerado preferente ante la escolaridad. Desde el seno familiar, las niñas indígenas comienzan a tener limitaciones para su desarrollo integral, porque viven en una estructura patriarcal donde la mujer ocupa un segundo lugar. Por ello, el proceso de “invisibilización” de la mujer indígena comienza desde la infancia, en el hogar, donde se considera que las tareas domésticas son consustanciales a su sexo y género, a diferencia del hombre que es educado para otras tareas. Ese sistema patriarcal “invisibiliza” el aporte y la opinión femenina y llega a considerar que la niña no necesita asistir a la escuela porque su lugar está junto a la tinaja para acarrear agua, la piedra de moler masa y el fuego para cocinar los alimentos de la familia.⁴⁰ Desde el seno de la familia se aprenden formas de comportamiento, reglas sobre lo que es socialmente correcto e incorrecto, así como los roles de género. A la niña se le socializa desde pequeña y se le inculcan valores, como la obediencia y el servicio a los demás. Al observar el juego de las niñas indígenas podemos ver lo que se espera de ellas en el futuro. La niña indígena, al mismo tiempo que juega, realiza una ayuda efectiva para el hogar. Desde pequeña, cuando su madre lava en el río o en la pila, a la niña se le da un pedacito de jabón y una pequeña pieza de ropa para que juegue “a lavar”, igual en el caso de la cocina.

Las responsabilidades y cargas de trabajo de la niña indígena dependen de varios factores: de la situación económica de la familia y de su posición entre el número de hermanos. La niña indígena primogénita lleva una carga más pesada que la *ch'ip* (la última de los y las hermanas). Si la niña es la mayor de todos los hijos, está obligada a cuidar de sus hermanitos mientras la madre se dedica al recién nacido o a otros cuidados de la casa. Es por ello que la niña indígena primogénita es quien muchas veces no asiste a la escuela o si lo hace, apenas alcanza 2º. o 3º. grado de educación primaria. Desde pequeñas, las niñas observan que los primeros en comer son los varones. Primero lo hace el padre, luego los hermanos, después come la niña y sus hermanitos y por último, lo hace la madre. Se dice que una niña se convierte en mujer cuando sus tortillas son perfectas, puede encender el fuego ella sola, puede dar de comer al papá y a sus hermanos, y su tejido está bien hecho. El paso de la niñez a la adolescencia no es un proceso fácil, pues no sólo involucra cambios físicos, sino

40

también emocionales, psicológicos y de comportamiento. Uno de los dilemas por los que atraviesa la preadolescente indígena es la carencia de educación sexual. Son muchas las niñas que tienen su primera menstruación pero desconocen el proceso fisiológico por el que están pasando. Muchos problemas y embarazos prematuros podrían ser evitados si las jovencitas tuvieran la información completa y al debido tiempo. La adolescencia es la edad en la que se inicia el noviazgo. Es una etapa difícil y las restricciones dependerán del ámbito rural o urbano.

La joven indígena corre el riesgo de entrar en conflicto con sus padres debido a la interacción que ocurre con los jóvenes, ya sea en la aldea dispersa, en la calle, en la plaza o en la escuela. De allí que para evitar problemas de posibles embarazos o violación, los padres comenzarán a limitar sus salidas e incluso podrán negarle el “permiso” para seguir estudiando. Esto ocurrirá sobre todo si la joven vive en una comunidad alejada del área urbana, ya que llegar a la escuela le tomaría mucho tiempo, además de los peligros que podría haber en el trayecto. La madre cumple un rol importante en la educación informal de la jovencita. A la madre se le asigna la responsabilidad de educar a sus hijas e hijos. El padre, por lo general, está exento de enseñar a la niña cómo desenvolverse y defenderse en la vida. Si la joven es educada y trabajadora, la madre es premiada con halagos. Si la muchacha no se comporta como lo culturalmente esperado, se considera que la madre es la responsable. Pese a que hay cambios de actitud, existe la presión social sobre la hija para que reproduzca los mismos patrones de la mujer tradicional de su comunidad.⁴¹

Estas representaciones sociales han cambiado poco con el transcurrir del tiempo, dado que esta cultura cakchiquel se deriva directamente de la cultura maya, por lo que han arraigado tradiciones no solo escritas sino orales que permiten la transmisión del papel designado para la mujer, como esta especificado anteriormente. Tradicionalmente, las mujeres indígenas prefieren dar a luz en su casa bajo el cuidado de comadronas antes que hacerlo en el puesto médico local. En esta zona, la mayor parte de las muertes relacionadas con el embarazo ocurren en los hogares y cuando una mujer acude al hospital, su estado suele ser muy grave por haber esperado demasiado tiempo antes de buscar ayuda especializada. En esta población, el parto se basa en la relación entre la embarazada, su familia y la comadrona. Es posible

⁴¹ UFMED. Informe: Situación de la Niña Indígena en Guatemala. 2002.

percibir que las mujeres no tienen decisión sobre su familia o la cantidad de hijos que desean tener, ya que esta es evidentemente una cultura en la que el machismo está profundamente arraigada en la cual las mujeres no pueden decidir si quieren o no tener hijos, sino que tampoco pueden decidir cuando tenerlo o que tan seguido, debido a que no están informadas sobre educación reproductiva y mucho menos sobre métodos anticonceptivos, según el Programa Nacional de Salud Reproductiva.

Las problemáticas psicosociales relacionadas con el nivel socio-económico, género o cultura, no son la única dificultad que encuentran los psicólogos clínicos, sociales o comunitarios para la promoción o atención de la salud mental, ya que el estado de naturalización de dichas problemáticas en la población, permite un perpetuo arraigo y un continuo estado de identificación hacia su situación actual. Generalmente “se suele pensar que estos grupos sociales carecen de todo poder, esta consideración es un modo de naturalizar una situación en la cual los desposeídos, los pobres, los excluidos, los enfermos son vistos como débiles, incapaces, privados de toda posibilidad de transformar su vida... de tal modo que tanto fuera como dentro del grupo se pasa a tener esta perspectiva dominante, la cual contribuye a reproducir y mantener esta situación”⁴²

“La naturalización afecta incluso el propio auto concepto de las personas... así, una persona se puede definir a sí misma como débil e incapaz de decidir, cuando es probable que la supuesta debilidad sea el resultado de una situación histórica de naturalización de roles dominantes y de roles dominados”, como tendía a ejemplificar Martín-Baró según su experiencia en las comunidades salvadoreñas, en donde la población usaba una expresión para referirse a sí mismos: “uno de pobre, ¿cómo va a solucionar X situación?” ó como refiere Montero al citar a las personas de una comunidad de bajos recursos de Caracas: “es que nosotros no sabemos hablar”, “es que cómo va a hablar uno si ellos (o usted) es el que sabe”⁴³. Tal y como es posible observar en la población que asiste al hospital, estas personas consideran que la fuente de sus decisiones reside en instituciones, grupos o personas de su entorno o ajenas a su entorno a quienes ven como figuras de poder autoridad, como es el caso de las mujeres con sus esposos o sus suegros, o algunas personas que dejan las

⁴² Montero, M. Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria. Paidós. Argentina. 2003

⁴³ Idem

decisiones “en manos de Dios” o en el caso de otros, quienes le echan la culpa de su enfermedad o de su mala situación actual al gobierno o a personas de su familia.

Este proceso de naturalización de la problemática o la condición social junto con la realidad social desencadenada por la historia de violencia, opresión y pobreza han permitido que la falta de atención hacia la salud mental sea una de las problemáticas principales en la sociedad guatemalteca, impactando negativamente en la calidad de vida de la población a nivel individual, familiar, comunitario y general, independientemente de la problemática psicosocial que afecte a un individuo, comunidad o grupo.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Mejorar la calidad de vida de la población a través de una atención psicológica integral que contribuya a la promoción de la salud mental a nivel individual y grupal para el reestablecimiento o fortalecimiento de la salud mental de la población que asiste al Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt, en la Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Sacatepéquez.

Objetivos Específicos:

- Promover la salud mental a través de la atención psicológica directa a jóvenes y adultos que asisten a consulta externa dentro del Departamento de Psicología, para la efectiva resolución y afrontamiento de sus conflictos psicoemocionales y psicosociales presentes en su vida diaria
- Fortalecer los recursos psicológicos y emocionales de las mujeres que asisten al departamento de Ginecología-Obstetricia y Maternidad por diversas circunstancias médicas, para la transformación y ejecución de nuevas conductas para el fortalecimiento de su rol
- Proporcionar recursos psicoemocionales a los pacientes del área de encamamiento de los diversos servicios (medicinas internas, cirugías, y emergencia) para el restablecimiento de su homeostasis en salud mental
- Propiciar espacios de interrelación personal, socialización, formación y discusión a nivel grupal en el Departamento de Psicología, para promover la salud mental a nivel equipo
- Optimizar el apoyo emocional y la orientación psicológica dirigida a la población a través de los diversos programas de formación que se ejecutan a través del Departamento de Psicología tales como los programas de AJUPENSA, Estimulación Temprana, etc.
- Implementar charlas informativas a las mujeres en el área de encamamiento de ginecología-obstetricia y maternidad relacionadas a las necesidades prioritarias en esta área
- Formar a la población de consulta externa acerca de la salud mental y los beneficios de esta, a través de la promoción del servicio psicológico en el

Departamento de Psicología, para brindarles recursos psicológicos y cognitivos preventivos en pro de la salud mental

- Conocer las representaciones sociales del embarazo precoz y el papel de las mismas en las diferentes percepciones del embarazo en las jóvenes de cultura ladina y jóvenes de cultura indígena que asisten en al área de Consulta Externa, Maternidad y Ginecología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Sacatepéquez, a través del contacto directo con la comunidad (pacientes de Maternidad de consulta externa e interna, parientes, profesionales, líderes comunitarios y población en general).

METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO

Durante el proceso de ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado denominado “Atención psicológica dirigida a la promoción y el fortalecimiento de la salud mental a nivel individual y grupal de la población que asiste al Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Sacatepequez, en el año 2009”, se utilizaron tres metodologías específicas, apropiadas a los diversos procesos de atención directa, de formación y de investigación, siendo estas la metodología analítica, la metodología participativa y la metodología cualitativa, correspondientemente. La selección de dichas metodologías fue establecida a partir de los objetivos planteados para el desarrollo del proceso del Ejercicio Profesional Supervisado, permitiendo así la exploración de las relaciones sociales y la descripción de la realidad tal y como la experimentan los sujetos participantes del proceso, en las tres dimensiones principales, a la vez que guió al desarrollo de ejes específicos que permitieron alcanzar los objetivos propuestos, sin perder de vista el enfoque social a través de la aplicación de las tres metodologías.

Metodología Analítica

Los objetivos establecidos para el desarrollo de los procesos de atención directa fueron determinados para ser alcanzados a través de la metodología analítica, la que permitió establecer el camino adecuado para alcanzar los objetivos propuestos, la aplicación de esta metodología en dichos procesos será descrita posteriormente en el Capítulo III. La metodología analítica es aquella metodología de investigación que consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos. El análisis es la observación y examen de un hecho en particular. Es necesario conocer la naturaleza del fenómeno y objeto que se estudia para comprender su esencia. Este método nos permite conocer más del objeto de estudio, con lo cual se puede: explicar, hacer analogías, comprender mejor su comportamiento y establecer nuevas teorías. La importancia del análisis reside en que para comprender la esencia de un todo hay que conocer la naturaleza de sus partes. El todo puede ser de diferente índole: un todo material, por ejemplo, determinado organismo, y sus partes constituyentes: los sistemas, aparatos, órganos y tejidos, cada una de las cuales puede separarse para

llevar a cabo un análisis más profundo. Otro ejemplo de un todo material es la sociedad y sus partes: base económica (fuerzas productivas y relaciones sociales de producción) y la superestructura (política, jurídica, religiosa, moral), lo que permite llegar a conocer con profundidad el impacto bidireccional de esta y de los sujetos que se desenvuelven en la misma. La sociedad es un todo material en tanto que existe fuera e independientemente de nuestra conciencia y en nuestra subconsciencia.

El todo puede ser también racional, por ejemplo, los productos de la mente: las hipótesis, leyes y teorías o los pensamientos propios de una persona. Descomponemos una teoría según las leyes que la integran; una ley o hipótesis, según las variables o fenómenos que vinculan y el tipo de relaciones que establecen, así mismo un pensamiento puede descomponerse según el origen del mismo y los componentes históricos personales y sociales, por lo tanto en ambos casos, puede hablarse de análisis empírico y análisis racional. El primer tipo de análisis conduce necesariamente a la utilización del segundo tipo; por ello se le considera como un procedimiento auxiliar del análisis racional. El análisis va de lo concreto a lo abstracto ya que mantiene el recurso de la abstracción puede separarse las partes (aislarse) del todo así como sus relaciones básicas que interesan para su estudio intensivo (una hipótesis no es un producto material, pero expresa relaciones entre fenómenos materiales; luego, es un concreto de pensamiento); tal y como sucede en un proceso psicoterapéutico, destinado a analizar las experiencias previas, actuales y futuras, así como los pensamientos, acciones y sentimientos de los sujetos que son sujetos de la misma. Este tipo de metodología conduce a una búsqueda adecuada de los instrumentos a utilizar, siempre afines a las características propias de este método, en especial en el campo específico en el que fué aplicada, el campo psicológico.

Metodología Participativa

La naturaleza propia de los procesos de formación llevó a determinar la metodología participativa como la metodología adecuada a utilizar para el desarrollo de los mismos, debido a los diversos procesos psicosociales que se llevaron a cabo a lo largo del EPS, en este rubro en especial, para ello podemos decir que la metodología participativa, propia de la investigación participativa, está insertada en una estrategia de acción definida, que involucra a los sujetos de la misma en la producción de conocimientos. Para entender esta metodología, debemos conocer y

comprender su fundamentación, la cual se apoya en el conocimiento de la realidad social. Si se entiende la realidad social como la conexión entre la objetividad (la forma en que las personas se hallan involucradas en los hechos, procesos y estructuras) y su percepción e interpretación de dicha realidad, la metodología para el contacto con esta debe ser participativa. Esta metodología implica un proceso de aprendizaje propio para el psicólogo que la aplica ya que el objetivo es la gente misma. De manera muy sintética, la metodología participativa es una combinación de investigación, educación-aprendizaje y acción. La metodología participante es en sí misma un método educacional y un poderoso instrumento de concientización. Esta tiene como objetivos conocer y analizar una realidad en sus tres momentos constitutivos: 1) Los procesos objetivos, 2) la percepción (nivel de conciencia) de estos procesos en los hombres concretos y 3) la experiencia vivencial dentro de sus estructuras concretas.

El estudio de los fenómenos sociales concretos (hechos y procesos), se puede realizar a través de la comparación en la dimensión histórica y en la dimensión estructural, o sea, la comparación en el tiempo de una situación social y la comparación de las relaciones económicas, sociales y culturales dentro de la sociedad global de la que forman parte. El papel del psicólogo o profesional, es contribuir a la formulación de teorías que expliquen la realidad social desde su perspectiva histórica y traducir estas teorías en los procesos concretos de los grupos con los que trabaja. Asimismo, participa en la investigación de la realidad social de los grupos y comunidades para contribuir a la interpretación objetiva de la misma y a la formulación de acciones para transformarla. Este tipo de metodología, puede ser caracterizada como una investigación básicamente cualitativa, en la que pueden incluirse elementos cuantitativos, pero siempre dentro del contexto de una problemática cualitativa. La investigación participativa es la producción de conocimientos sobre las relaciones dialécticas que se manifiestan en la realidad social, es decir, entre las estructuras objetivas (a nivel macro y micro) y la manera en que se perciben a sí mismos en la relación histórica con estas estructuras. Esta observación epistemológica tiene su consecuencia para el método: *es necesario involucrar a los sujetos como investigadores que estudian esa relación dialéctica.*

Metodología Cualitativa

El proceso investigativo, por ser un proceso social, permitió la determinación la metodología cualitativa como la metodología adecuada para el alcance satisfactorio de los objetivos planteados para dicho proceso. Para comprender estos procesos, es necesario comprender que es la metodología cualitativa, sus bases y supuestos, que radican en el sujeto y en el contacto con lo que le rodea, su grupo social, y cómo este interpreta al mismo. Los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo social está construido de significados y símbolos; la intersubjetividad es una pieza clave en esta y permite captar reflexivamente los significados sociales. La realidad social está hecha de significados compartidos de manera intersubjetivamente. El objetivo y lo objetivo es el sentido intersubjetivo que se atribuye a una acción. La investigación cualitativa puede ser vista como el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos la presentan las personas, más que la producción de una medida cuantitativa de sus características o conducta. En ese sentido, la investigación cualitativa es interpretativa.

Los procesos sociales se ubican en un contexto histórico, en uno cultural particular diferenciador, de carácter intersubjetivo colectivo y en el contexto político concreto de la práctica social. Se resalta la centralidad de lo social y el hecho de que los investigadores forman parte del mundo que estudian, por lo que sólo lo pueden entender en un contexto y toda la investigación social y por extensión toda la vida social, se fundamenta sobre la observación participante, por lo que no hay una separación entre ciencia y sociedad. El contexto se ve también como un fenómeno mental, lo que tiene claras repercusiones psicosociales, como sucede en las representaciones sociales de los fenómenos psicosociales, este alude al conocimiento común de los hablantes invocados por el discurso, lo que se relaciona claramente con el campo de la cultura, ó sea el modo en que las personas llegan a entender las cosas de la misma forma, incluyendo los fenómenos propios de una sociedad, y en los mismos términos que los otros, es conocimiento compartido, y el contexto, discursos conjuntos. La naturaleza dialógica de las personas, lleva a replantear cómo sus mismas personalidades no son sólo suyas, son compartidas dentro de los grupos sociales organizados de los que son miembros, lo cual implica, que los contextos se relacionan con diferentes patrones de comportamiento. Los métodos cualitativos

estudian significados inter-subjetivos situados y contruidos más que supuestos hechos objetivos. Se prioriza la observación y la entrevista frente al experimento y el cuestionario estandarizado en los instrumentos adecuados a esta metodología. En la investigación cualitativa se busca la comprensión a través de la descripción densa (la interpretación de las interpretaciones) y la comprensión del lenguaje simbólico. La metodología debe ser la inmersión, conocimiento y descripción de los procesos y los sujetos según su propia realidad, por lo que los instrumentos propios utilizados en el proceso investigativo de tipo cualitativo, debieron ser seleccionados en base a los principios propios de esta metodología y del grupo con el que se trabajó. Los instrumentos propios a utilizar en el método de la investigación participativa, llenaron una serie de características propias que permitan llevar a cabo el objetivo propio del proceso de formación realizado durante el Ejercicio Profesional Supervisado.

Para un mejor ordenamiento del proceso metodológico se desarrollaron diferentes etapas, que permitieron el desarrollo organizado y sistemático de los procesos de atención directa, formación e investigación, constituidos en ocho fases secuenciales que permitieron el desarrollo del trabajo planificado para alcanzar los objetivos establecidos para el proyecto general.

Fase I: Implementación: La fase de implementación consistió en la realización de diversas reuniones con el grupo de trabajo general que realizaría el ejercicio profesional supervisado en las diversas áreas de la región, estableciendo un contacto entre el grupo nuevo de epesistas y el grupo antiguo, a la vez que permitió conocer los conceptos teóricos, metodológicos y de funcionamiento que permitieron establecer la guía inicial para el desarrollo del proyecto inicial y los objetivos del mismo, según el tipo de población a atender y las necesidades de la misma. Así mismo se obtuvo información geográfica y contextual de la población y la preparación adecuada para dirigir y ejecutar el proyecto.

Fase II: Visita Diagnóstica: Se realizó la visita diagnóstica al hospital, con el objetivo de conocer la institución y al personal que labora en la misma, así como identificar las necesidades a cubrir en los procesos de atención directa, formación e identificar a la vez las problemáticas psicosociales de la población para identificar el tema del eje de investigación. Durante esta fase se llevó a cabo el reconocimiento de la institución y de la infraestructura de la misma, el primer contacto con la población a

la que se prestó servicio y con el personal del Departamento de Salud Mental en específico y del personal del Hospital, en general. Se realizó una observación y reconocimiento de las necesidades emergentes, esenciales y prioritarias a través de entrevistas a médicos y pacientes y a los psicólogos de planta de la institución, así como breves entrevistas con pacientes y médicos y se buscó identificar los temas de interés a abordar en docencia según las diversas áreas de atención: Consulta Externa y Encamamiento de Ginecología-Obstetricia y Maternidad y al Personal del Hospital.

Fase III: Elaboración del Proyecto: Se elaboró el proyecto de trabajo a partir de la información obtenida a través de la visita diagnóstica y de conocer los proyectos anteriormente ejecutados en el Hospital y en el servicio de Consulta Externa y de encamamiento de Maternidad y Ginecología, secundada por la información obtenida del contacto con la población del área. Asimismo, la fundamentación del proyecto a través de diversas fuentes bibliográficas permitió la planificación y ejecución estructurada de los tres ejes de servicio siempre utilizando la guía proporcionada por el departamento de Ejercicio Profesional Supervisado. Dicho proyecto fue revisado y autorizado por el Licenciado Supervisor de la Universidad y dado a conocer al Licenciado Supervisor del Hospital Hermano Pedro.

Fase IV: Promoción: La promoción y sensibilización hacia la población, en relación al trabajo de los procesos de atención directa, formación e investigación fue desarrollada con el apoyo del Departamento de Salud Mental, tanto a nivel interno, como a nivel externo, a través de presentaciones formales con los miembros del Hospital y al personal de los diversos servicios y la promoción del proceso de formación con las pacientes de Maternidad, así mismo se promocionó el proceso de formación a nivel externo con los miembros de la Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepéquez. El proceso investigativo fue promocionado con el personal del Hospital a través de presentaciones formales y con profesionales externos de Redes Multisectoriales conformados por entidades públicas (OJ, PNSR, MP, PGN y otros) y fundaciones sociales quienes apoyaron en la recolección de datos previos, así como con la población del sector a través de instrumentos varios.

Fase V: Ejecución: Se ejecutaron las diversas actividades planificadas en el proyecto inicial, de manera integral y permanente a lo largo de la duración del Ejercicio Profesional Supervisado, tanto la atención directa, como los talleres de formación y el proceso investigativo fueron desarrollados de manera secuencial y

paralela a lo largo de los ocho meses de trabajo, buscando alcanzar los objetivos establecidos a través de técnicas adecuadas a las metodologías elegidas, según las necesidades de la población, la ejecución de las actividades fueron tanto a nivel interno como a nivel externo, abarcando actividades como atención clínica personal y grupal, talleres y charlas, entrevistas y grupos de discusión. Todas las actividades ejecutadas fueron del conocimiento del Departamento de Salud Mental del Hospital.

Fase VI: Monitoreo: Se llevó a cabo a través de una colaboración conjunta de los psicólogos del Departamento de Psicología del Hospital Hermano Pedro y por parte de la Universidad de San Carlos con el Licenciado Supervisor del EPS, por medio de observaciones directas, visitas supervisadas, reuniones mensuales y discusiones de caso por medio de las cuales se monitoreaba el desarrollo del proyecto y la ejecución de las actividades, así como los logros y dificultades de las mismas, corrección de dudas y valoración de los procesos, tanto de atención directa, como los procesos de formación y de investigación.

Fase VII: Evaluación: La evaluación de los procesos se realizó de manera permanente y secuencial, dado que esta se fue realizada de manera semanal y mensual tanto a nivel interno del Hospital con el Lic. Supervisor del Hospital, como a nivel externo con el Lic. Supervisor del Departamento de EPS, para corroborar la ejecución de las actividades y la dirección de los objetivos en todo momento. Así mismo cada actividad de los distintos procesos fue evaluada directamente por la población a través de comentarios abiertos y del personal del Hospital quienes retroalimentaban las acciones ejecutadas en los tres ámbitos.

Fase VIII: Sistematización: Esta fase fue permanente durante todo el proceso de EPS, trabajándose de manera paralela a la fase de evaluación. La sistematización fue realizada a través de registros específicos internos del Hospital y externos requeridos por el Departamento de EPS. Los registros internos abarcan la información recabada de los pacientes y las citas, la cantidad de pacientes atendidos durante el mes, así como los logros de las actividades y las necesidades de los casos y pacientes. Los registros externos se realizaron a través del esquema dado por la Universidad de San Carlos de Guatemala, donde se registraron todas las actividades junto con el contexto general de las mismas, junto con los temas trabajados y las necesidades, fortalezas y recomendaciones de los procesos.

Fase IX: Cierre de Procesos: Esta fase fue desarrollada hacia el final del proyecto, al concluir la realización de los procesos de atención directa, formación e investigación. En esta fase fueron preparándose actividades de cierre tanto con los pacientes de Consulta Externa, a quienes se refirió a otros profesionales del área, según su necesidad principal. Asimismo se dio cierre a los procesos de formación con los pacientes internos y externos a través de dinámicas de despedida y logros y retroalimentación de los procesos. El cierre del proceso investigativo conllevó un agradecimiento a todos los involucrados en el mismo, junto con una discusión de las posibles conclusiones del mismo. El cierre general con los compañeros del Departamento de Psicología del Hospital (licenciados, epesistas, practicantes) fue desarrollado con una convivencia social y una charla afectiva de los logros personales y con una exposición de caso donde se demostró lo aprendido y alcanzado en el ámbito de atención directa.

Técnicas e Instrumentos

Para el desarrollo de las actividades y para el logro de los objetivos, se utilizaron diversas técnicas e instrumentos, según los diversos procesos a desarrollar.

En el proceso de atención directa se utilizaron técnicas e instrumentos específicos, los cuales se trabajaron en los diversos momentos (diagnóstico, promoción, ejecución y sistematización), siendo estos:

Observación: la *observación cotidiana* es aquella que se hace cada día al azar, de manera espontánea, sin un propósito definido. En algunas ocasiones puede ser la base de la investigación social cualitativa, en la que se observa el comportamiento y la interrelación de los sujetos de acción.

- Diario de Campo
- Hojas de Evolución

Entrevista abierta: la entrevista es un diálogo intencional, una conversación personal que el entrevistador establece con el sujeto investigado, con el propósito de obtener información.

- Grabaciones y Transcripciones
- Ficha Clínica

Diálogos Informales: es una forma de expresión individual, oral y compartida, que algunas veces implica un proceso lento, que pasa por el silencio y la resistencia de los

participantes. A través de los diálogos se desarrolla la identidad de los participantes con el servicio y el problema así. Este proceso es específico de las investigaciones con seres humanos y son condición para la calidad de la información.

- Transcripciones
- Testimonios

Psicoterapia Individual: es el proceso de comunicación que se establece entre un psicoterapeuta y la persona que acude a consultarlo. Este proceso se utiliza con el propósito de mejorar la calidad de vida del paciente y propiciar cambios en su conducta, actitudes y pensamientos, de manera integral (individuo, familia, sociedad y cultura).

- Escucha Responsable
- Técnicas de Sensibilización
- Pruebas Proyectivas

En las distintas etapas del proceso de formación (diagnóstico, ejecución y sistematización) se utilizaron técnicas e instrumentos específicos tales como:

Sistematización: la sistematización es un registro ordenado de las actividades desarrolladas en forma de talleres o grupos de trabajo o de apoyo, en la cual se registra la dinámica de los mismos y los resultados, así como un apoyo en base a un esquema establecido.

- Grabaciones y Transcripciones

Charlas: conferencias breves y solemnes, en las cuales se desarrolla un tema asignado con alguna información básica del mismo. Esta se da sin excesivas preocupaciones formales. Se realizan de manera menos formal que una conferencia o un simposium. Estas se registran a través de diversos instrumentos tales como:

- Trifoliales Informativos o Boletines (Ver Anexo No. 1)

Conferencias: es una disertación en público sobre un tema científico, técnico o cultural, dirigido a un público relacionado a un área específica.

- Talleres
- Presentaciones Audiovisuales

En los diferentes momentos del proceso investigativo (diagnóstico, promoción o escenario y ejecución) se utilizaron técnicas e instrumentos específicos tales como:

Diálogos Informales: es una forma de expresión individual, oral y compartida, que algunas veces implica un proceso lento, que pasa por el silencio y la resistencia de los participantes. A través de los diálogos se desarrolla la identidad de los participantes con el servicio y el problema así como la identidad de todos como grupo.

- Testimonios

Cuestionarios: el cuestionario es un procedimiento considerado clásico en las ciencias sociales para la obtención y registro de datos. Su característica singular radica en que para registrar la información solicitada a los mismos sujetos, ésta tiene lugar de una forma menos profunda e impersonal, que el "cara a cara" de la entrevista. El cuestionario consiste en un conjunto de preguntas, normalmente de varios tipos, preparado sistemática y cuidadosamente, sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación o evaluación.

- Cuestionarios estructurados

Grupos de Discusión: son los conocidos como grupo reducido de personas, no menor de 5 ni mayor de 20 personas, los cuales se reúnen para intercambiar ideas, sobre un tema de manera informal, considerada como un intercambio que se da en los individuos "cara a cara", donde todas estas personas o individuos poseen un interés común para discutir un tema en particular y resolver un problema o adquirir una información específica, todo esto bajo un clima de espontaneidad, libertad de acción, buen humor, guiado solo por las reglas generales que rigen el proceso, las cuales son punto clave para diferenciar esta técnica de una charla o conversación corriente.

Paralelamente a los instrumentos anteriormente descritos se utilizaron otros instrumentos tales como:

- Informes Mensuales de Registro de Pacientes
- Reportes Estadísticos (Sistema de Información Gerencial de Salud – SIGSA-)
- Libro Interno de Control y Registro de Pacientes
- Informe Final del Proyecto

CAPÍTULO III

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

El proceso de Ejercicio Profesional Supervisado realizado en el Hospital “Pedro de Bethancourt” tenía establecido como principal objetivo buscar la mejora en la calidad de vida de la población a través de una atención integral que contribuyera a la promoción, mantenimiento y reestablecimiento de la salud mental a nivel individual y grupal, por lo cual su enfoque no fue dirigido a un grupo específico de la población, sino a diversos sectores de la misma, lo que permitió un despliegue mayor de actividades en pro de la salud mental y por ende un contacto directo con un mayor número de la población del área de San Felipe, Antigua Guatemala y aldeas aledañas. Dicha experiencia impactó directamente la vida de los sujetos y de manera indirecta sus círculos primarios y comunidades a través de la dinámica social y la interacción de los sujetos que participaron de las diversas actividades para la promoción de la salud mental. A continuación se describirán de forma específica las actividades realizadas durante la ejecución del proceso en los diversos ámbitos del trabajo: atención directa, formación e investigación cualitativa; para dar paso, en el Capítulo IV a un análisis a profundidad, de dichas actividades.

Al iniciar la preparación para la planificación del proceso fue necesario conocer las experiencias previas de las personas que estuvieron en esta institución y en el área elegida para la realización del proyecto, quienes brindaron una guía y una estructura clara dirigida a conocer las múltiples necesidades de la población. Asimismo, el contacto con el supervisor del proyecto permitió definir el tipo de trabajo y el enfoque adecuado hacia el mismo a través de la metodología seleccionada. La preparación previa a la planificación del proceso permitió recabar información sobre el área de ejecución del mismo y el contacto con directo con la población, quienes permitieron un acercamiento hacia su vida diaria y su dinámica social, lo que dió paso al desarrollo del proyecto en base a las necesidades encontradas, especialmente en aspectos relacionados a la salud mental de la población, pero especialmente a las mujeres de la comunidad.

La visita a la institución en la que se realizó el Ejercicio Profesional Supervisado, desarrolló una idea clara del tipo de trabajo que se realizaría con la población que asiste a dicho centro sin dejar de lado a entorno social y, a su vez,

permitió conocer la diversa problemática con la que se enfrentan estas personas, las cuales conllevan orígenes diversos abarcando desde lo histórico y cultural hasta lo ideológico y moderno. La clara presencia de dichas problemáticas en la población llevó a plantear un proyecto que pudiera abarcar diversas esferas sociales para diversificar a su vez la atención psicosocial brindada a los grupos e individuos y lograr así, un mayor impacto en la calidad de vida de la población del área de Antigua Guatemala y sus aldeas aledañas. El desarrollo del proceso llevo a tener diversas áreas a atender en el Departamento de Salud Mental del Hospital de Antigua, y se buscó diversificar la atención hacia los diferentes servicios, sin dejar de integrarse como un todo, para lo cual se tuvo que dar un contacto cercano y clave con el jefe del Departamento, quien especificó el trabajo de cada servicio, así como los programas actualmente establecidos, los cuales fueron integrados en el proceso para su pronta continuación por parte de las psicóloga e pesista.

Debido a la diversidad de problemáticas identificadas en la población del área, se determinó un programa de atención integral a la población de los diversos servicios anteriormente mencionados; ya que a pesar de que asistían al hospital por una problemática específica, era evidente que eran objeto de otras problemáticas varias identificadas en la mayoría de la población, especialmente las mujeres del área de Maternidad y Ginecología tanto las pacientes referidas como las no referidas. Asimismo, la población que asistía a consulta externa buscaba apoyo a problemáticas complejas e intensificadas por alguna otra problemática que agudizaba rasgos patológicos de la personalidad en algunos casos o simplemente dificultades emocionales para enfrentar las situaciones, como en el caso de otros pacientes de esta área. La evidente necesidad de trabajar bajo un enfoque integral en relación a los diversos servicios del Hospital, así como la diversa variedad de problemáticas evidenciadas y por sobre todo, los diversos aspectos afectados de la población no solo individual si no familiar, comunitaria y socialmente, determinó el planteamiento del proceso de ejecución del proyecto del Ejercicio Profesional Supervisado.

El enfoque principal era trabajar con la población asistente al Hospital de Antigua, pero fue prioritario trabajar al mismo tiempo con el entorno y con los diversos grupos que se ven impactados de manera directa e indirecta por la población que presenta dificultades psicológicas, emocionales y psicosociales como lo fue el grupo de jubilados de AJUPENSA, quienes fueron integrados en el proyecto de manera

directa aunque no dentro de las instituciones sino como un servicio social de esta hacia la comunidad. Del mismo modo, la integración en la participación directa en Redes Multisectoriales para la Atención de la población que asiste a Consulta Externa por parte de otras instituciones públicas y no gubernamentales fue otra parte importante del proceso. La atención principal del proceso iba dirigida a las mujeres del área de Maternidad y Ginecología, tanto de Consulta Externa como Interna, debido a la evidente presencia de problemáticas psicosociales en este género en relación a su entorno familiar, laboral, social y emocional.

El proceso fue asesorado en el periodo de planificación y diseño por el licenciado designado por parte del Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado, quien durante la ejecución permitió la apertura de espacios para evaluar y retroalimentar el proceso en supervisiones constantes, en el cual se pudo compartir experiencias con las compañeras epesistas asignadas a la misma región, cuestión que permitió conocer nuevas estrategias y técnicas de trabajo, según las necesidades de la población, a la vez que logró brindar una sensación grupal de apoyo entre compañeras epesistas. En estas reuniones hubo oportunidad de tener implementación teórica consistente en lecturas de temas sociales, psicológicos y de salud mental. La relación directa con la comunidad y con personal tanto del Hospital como de otras instituciones de atención social, permitió un desarrollo exitoso del proceso.

En relación al proceso de atención directa hacia la población, este se desarrolló a través de diversas actividades dirigidas a la promoción, atención y recuperación de la salud mental en diversos grupos poblacionales con el fin de fortalecer sus recursos psicológicos y emocionales y/o promover la salud mental en atendida por el Departamento de Psicología. Dicho servicio fue brindado de dos maneras: a través de consultas psicológicas individuales en la clínica de Consulta Externa y a través de consultas en las áreas de encamamiento (visitas internas), este último fue dividido en dos tipos: atención a pacientes femeninas del área de Maternidad y Ginecología-Obstetricia y a los pacientes del área de Cirugía y Medicinas Internas y Emergencia. Se atendió un total de 131 casos en Consulta Interna y 238 casos en Consulta Externa, dando un total de 369 casos atendidos y registrados según instrumentos del Hospital, aunque el número aumenta con la cantidad de casos subregistrados debido a atención inmediata brindada a población no programada o no registrada.

En la atención directa, se brindó el servicio a personas que asisten a Consulta Externa por iniciativa propia, en búsqueda de apoyo psicológico y emocional debido a problemáticas familiares o sociales agravadas por situaciones estresantes, asimismo se atendieron a pacientes referidos de otras clínicas debido a problemáticas psicosomáticas o bien, debido a que sus padecimientos afectaban su estado emocional, o bien su estado emocional agravaba su padecimiento. A través de este tipo de atención se ofreció el servicio a jóvenes, adultos y adultos mayores de ambos sexos, lo que permitió conocer diversidad de casos y personas que buscaban apoyo para problemáticas específicas, según su realidad social. El trabajo fue desarrollado de manera personal o familiar según la necesidad del caso, en sesiones de cuarenta y cinco minutos a una hora aproximadamente, las cuales eran calendarizadas previamente por psicóloga y persona asistente a la cita, con intervalos semanales, quincenales y en algunos casos hasta mensuales.

Al iniciar las actividades del proceso en el Hospital Pedro de Bethancourt, en el mes de marzo, la demanda de casos fue constante, por lo cual la atención en este servicio se brindó en horario completo de atención, dos o tres veces por semana, logrando así atender un total de cuatro sesiones por día, en sesiones de una hora, dando un total de ocho a doce sesiones variando la semana, en las cuales se brindó atención psicoterapéutica a los asistentes a Consulta Externa; esta forma de atención fue utilizada hasta el cuarto mes de proceso, en el cual fue necesario un cambio en el horario de atención en esta área, para poder desarrollar integralmente las otras actividades del proyecto; quedando el horario para atención en clínica de dos horas diario, los cinco días de la semana, dando en promedio diez sesiones semanales, cambio que brindó beneficios no solo a la población de consulta externa, la cual pudo ser atendida de manera regular, sino al éxito de las actividades de las otras áreas del proceso, debido a la continuidad en las mismas.

En la atención a pacientes en Clínica de Consulta Externa, las personas interesadas en los servicios psicológicos se presentaban a solicitar una primera cita o reconsulta según el caso; en la primera consulta se realizó el establecimiento de rapport, así como el llenado de la ficha clínica establecida por el Departamento de Psicología (en la cual se incluían las impresiones clínicas del caso basadas en el CIE-10 como requisito del Ministerio de Salud), el examen mental y la entrevista inicial a los asistentes a consulta y se estableció el contrato terapéutico con los mismos; a la

vez, se aclaraban dudas que los pacientes tuvieran relacionadas con el proceso terapéutico y en muchas ocasiones incluso, se desmitificaba la concepción que los pacientes tenían de la Psicología. Al finalizar las consultas se realizaron hojas de evolución, en las cuales se anotaron los elementos esenciales a trabajar con los consultantes y el desarrollo de la sesión y la mejora o logros del caso en la sesión, estas últimas, junto con la ficha clínica, eran revisadas y selladas por el jefe del Departamento, quien hacía las veces de psicólogo supervisor del Hospital, para dar mayor retroalimentación del caso y la adecuada atención hacia el mismo.

En las reconsultas, se finalizaban las entrevistas iniciales y se procedía a la aplicación de diversas técnicas para determinar un diagnóstico clínico y para dirigir los recursos terapéuticos al fortalecimiento del paciente en sus áreas psíquicas y emocionales, con el fin de mejorar su calidad de vida en todos los ámbitos afectados. La aplicación de pruebas psicométricas o proyectivas eran solicitadas en el Departamento, para fundamentar el diagnóstico clínico reportado en la ficha clínica y el registro diario y mensual, dando paso al programa de atención el cual era comunicado al paciente junto con el diagnóstico, para que este propusiera sus objetivos personales en base a las expectativas del servicio y de su propia responsabilidad por sus procesos frases y pensamientos auto-afirmativos, procesos de auto-observación, y otros, permitieron el desarrollo de los diversos tratamientos establecidos en conjunto y por ende el progreso del caso a través de cada sesión. El trabajo realizado con parejas y familias consistió, a diferencia del trabajo individual, en un proceso de mediación y resolución de conflictos, así como de escucha activa que permitía mejorar las destrezas de comunicación y escucha dentro del círculo familiar con el fin de identificar las problemáticas principales y dar pie a los procesos de resolución a través de responsabilidades individuales para cada miembro de la pareja o el mismo, en fin de alcanzar objetivos personales o comunes en pro de la dinámica de pareja o familiar. El diálogo informal fue una de las estrategias más aplicadas y de mayor uso para la atención de las personas en este eje. Procesos como biblioterapia, musicoterapia y técnicas de relajación fueron técnicas clave para la comodidad del paciente con el fin de asegurar y motivar la participación en su proceso.

Este servicio brindó muchas oportunidades, a todos los participantes de la misma (consultante y facilitadora). La atención de diversas problemáticas permitió apoyar a personas que manifestaban estados depresivos, ansiedad, problemas

familiares, problemas de parejas y problemáticas psico-sexuales, muchas veces como resultado de conflictos personales y familiares relacionados con problemáticas sociales: alcoholismo, violencia intrafamiliar, desempleo, pobreza, etc., o de dificultades para afrontar situaciones emocionales impactantes, como la pérdida de un ser querido o la separación de la pareja. Es importante aclarar, que aunque gran parte de las problemáticas atendidas estaban relacionadas con problemáticas sociales, era necesario identificarlas en base a los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), como requisito del Ministerio de Salud en sus registros, aunque cabe resaltar que dichos criterios no eran aplicables a todos los casos o manifestaciones, debido a la homogenización de los criterios y las limitaciones clasificatorias, las cuales difícilmente se aplican a la realidad contextual de los sujetos y a su relación con su entorno sociocultural, por lo cual fue necesaria una cercana relación con la realidad de la población para establecer la metodología a utilizar con cada sujeto o grupo y por tanto las actividades a realizar en cada eje del proceso. Según dicha historia y necesidades de la persona asistente, se determinó el campo de acción y las técnicas a trabajar, en sesiones programadas a través de las cuales fue evidente la mejora de los pacientes, siendo en la mayoría de casos las técnicas de la terapia cognitiva-conductual, unas de las más aplicadas en el campo de trabajo.

En la atención de Consulta Externa también fue evidente que más de tres cuartos de los casos fueron personas del sexo femenino que asistieron por diversos motivos entre los cuales sobresalían las problemáticas familiares (violencia doméstica, problemas de pareja, duelo), curiosamente estas mismas mujeres eran las que asistían puntualmente a las citas programadas y las que marcaron un mayor y rápido progreso del caso. Muchos de los casos de mujeres asistentes a la Consulta Externa tenían como base la baja autoestima y desvalorización como consecuencia de una historia familiar de violencia doméstica y machismo y la apropiación de un rol sumiso, así como el abuso sexual en muchos casos. A través de las sesiones psicoterapéuticas, en algunas de las cuales se utilizaron modificaciones de las técnicas derivadas de corrientes tales como la cognitiva-conductual (utilizada en la mayoría de los casos, ya que permitía trabajar modificación de procesos de pensamiento, desensibilización y cambio de actitud ante los problemas que les aquejaban) y la terapia centrada en el cliente (especialmente con algunas mujeres para evitar interpretar sus cogniciones y escuchar activamente al sentirse libres de

expresar sus opiniones, miedos, deseos o frustraciones para dar paso a un cambio en su cognición a través de sus mismas verbalizaciones) y en muchos de los casos, fue necesario tener un enfoque resiliente para que las personas pudieran utilizar los recursos psicoafectivos con los que contaban para enfrentar las situaciones problemáticas. La diversidad de las técnicas o la modificación de las mismas, dependía principalmente del conocimiento y el contacto del sujeto, en relación a su entorno cultura y su idiosincrasia, así como en torno a la identificación de la calidad sus procesos cognitivos (inteligencia o capacidad de juicio), identificación o bloqueo de emociones, rechazo a los enfoques clínicos como consecuencia de la propia opinión de la Psicología, entre otros motivos, sin embargo, es importante resaltar a su vez que en algunas ocasiones, estas técnicas tendían a ser obsoletas por lo que se debió conocer a profundidad a cada sujeto para intervenir en sus procesos personales. Estos sujetos, especialmente las mujeres, fueron disminuyendo sus resistencias y mecanismos de defensa, dando paso a un auto-conocimiento e identificación de recursos positivos propios que les permitieron desarrollar autoestima y fortalecimiento de su estado emocional y un equilibrio en su vida en general, lo que a su vez les permitió mejorar su vida en diversos aspectos.

De este grupo al que se dirigió la atención directa, una pequeña parte era de hombres mayores de 18 años. Gran parte de ellos asistió en pareja, por problemas familiares y aunque estuvieron de acuerdo con las esposas o novias a atender la psicoterapia, muchos de estos hombres necesitaban tiempo individual para verbalizar sus problemas o molestias, lo cual llevaba un largo proceso, mucho más largo que el de las mujeres, sin embargo los hombres mostraban hasta cierto punto, un compromiso mucho más grande en sus procesos. Otra pequeña parte había sido referida por médicos de otras clínicas, por lo que los pacientes asistían a Psicología por este motivo. En ambas situaciones, tuvieron la oportunidad de verbalizar sus problemáticas y muchos de ellos lograron “desahogar” sentimientos que no habían compartido en ningún espacio y que, según algunos, “ahogaban” en alcohol o recurrían a la violencia o buscaban formas socialmente poco aceptadas para evadir los problemas. Todos los pacientes masculinos que asistieron constantemente a las citas manifestaban estados ansiosos prolongados, los cuales a su vez, afectaban su vida en pareja, evidenciándose a través problemáticas sexuales, lo que irónicamente, alimentaba la ansiedad inicial, agudizando la problemática de dichos varones.

El estrés, la frustración y los estados depresivos y de ansiedad derivados a partir de lapsos prolongados de desempleo que originaban dificultades económicas y familiares, fue otro motivo de consulta en los sujetos de este grupo, por lo se trabajó con ellos a partir de cambios de perspectivas y procesos de pensamiento y conducta para fortalecer sus recursos de afrontamiento ante estas situaciones estresantes y aumentar su seguridad en ellos mismos y generar un cambio de actitud con el fin de pasar de un estado de frustración a un estado de actividad y proposición en busca de posibles soluciones. El logro secundario más significativo, con esta población fue la aceptación y desmitificación de la psicoterapia. Esta población ha sido reforzada para “anular” cualquier expresión de emotividad o han sido formados en una cultura machista, pero que pudieron restablecer un equilibrio en su vida, especialmente al controlar la ansiedad y verbalizar toda problemática que afecta su vida, especialmente la problemática sexual, sobre todo al hacerlo frente a una psicóloga.

A la vez, en Consulta Externa se atendió una pequeña cantidad de adolescentes de ambos sexos, quienes asistieron por problemáticas socio-escolares tales como falta de atención, problemas de relación social, víctimas de acoso y abuso, problemas para retener información o de aprendizaje, y en algunos casos por problemas de pareja u orientación psicosexual. A estos jóvenes se les brindó orientación psicológica en relación a sus problemas sociales a través de programas de habilidades sociales o fortalecimiento de recursos emocionales y resolución de conflictos, y en algunos casos a través de apoyo psicopedagógico en procesos de aprendizaje por medio de terapias tales como NeuroNet. Programación Neurolingüística o programas reeducativos. La mayor parte de los adolescentes asistieron cerca de tres o cuatro meses y al finalizar la orientación se mostraron más cómodos con ellos mismos y con mayor autoestima y seguridad en la toma de sus decisiones, según se evidenciaba a través de la mejora en sus calificaciones y desempeño escolar o en sus relaciones con sus amistades y compañeros y en su conducta y su postura física en general. La otra parte de adolescentes asistentes fue de jóvenes con embarazo precoz, a quienes se les brindó orientación individual y familiar del proceso de parto y posibles métodos para planificación familiar a tomar en cuenta en el futuro, así como acompañamiento emocional durante todo el embarazo (incluso hasta el parto en algunos casos). Estas jóvenes presentaron homeostasis en su salud mental, ya que mostraron mayor positivismo hacia su situación, menos

temores, actitud positiva ante las dificultades económicas o sociales, después de la orientación y el acompañamiento psicológico. Lograron enfrentar situaciones tensas y negativas, principalmente en sus hogares que pudieran afectar su embarazo (rechazo por parte de los padres, falta de apoyo de la pareja, pobreza), cambiar una percepción propia y social negativa sobre su embarazo y por último, perder el sentimiento de miedo e inseguridad sobre su propia capacidad para ser madre a tan temprana edad y enfrentar las dificultades en las nuevas etapas y retos por tomar como madre, y esposa en algunos casos, según refirieron las pacientes.

La atención a pacientes de Consulta Interna fue trabajada directamente con pacientes del área de Maternidad quienes se encontraban internas por parto y por posparto y pacientes del área de Obstetricia, quienes fueron atendidas por diversos motivos tales como embarazo de alto riesgo, óbito, abortos naturales y otros; también se atendieron pacientes del área de Ginecología, quienes se encuentran internadas condiciones medicas riesgosas relacionadas con el aparato reproductor femenino, tales como embarazo utópico, histerectomía, y muchas otras. La atención en esta área fue diaria y continua, a pesar de no contar con las mejores condiciones para una atención personal, se logró desarrollar las actividades planificadas para este programa. Diariamente se atendían pacientes de esta área referidas por los médicos y/o la enfermera jefe de este Departamento; una vez referidas se visitaba a la paciente y se le evaluaba a través de una entrevista directa y un diálogo informal, el cual permitía establecer contacto entre psicóloga y paciente referida. A través de este diálogo informal se desarrollaba un contacto “especial” entre estos dos sujetos, la cual, más allá de una relación profesional o personal, pasa a formar parte de una relación humana básica, con necesidad de apoyo y acompañamiento tan esencial para la interacción humana.

La atención brindada a las mujeres del área de Encamamiento no se limitó sólo a atender pacientes referidas para evaluación psicológica; ya que la mayor parte de la atención brindada diariamente hacia las pacientes de este sector, iba encaminada a brindar apoyo psicológico y emocional a mujeres que sufrieron un aborto espontáneo o pérdida del embarazo,. Asimismo, otra parte de la atención iba dirigida a brindar apoyo a mujeres con embarazo de alto riesgo, quienes mostraban ansiedad y muchas veces depresión, entre estos casos se presentaron complicaciones tales como preclampsia, eclampsia y rechazo al embarazo entre otros. En ambas situaciones, se

trabajó a través de terapia de soporte o apoyo, por medio de diálogos informales en las cuales se buscaba fortalecer la psique de la paciente ante dicha situación, con ideas positivas recurrentes y la identificación e interpretaciones de sus emociones. La atención psicológica diaria permitió brindar estabilidad en el embarazo a muchas mujeres referidas por este motivo.

Al mismo tiempo, se brindaba apoyo a pacientes del área de Maternidad cuyos bebés habían fallecido al momento de nacer; estas pacientes, junto con pacientes referidas por cáncer terminal de mama o de útero fueron apoyadas a través del manejo del proceso de duelo. Asimismo, las mujeres con pérdidas del embarazo fueron acompañadas durante este mismo proceso, del mismo modo que se brindó atención a una adolescente de 16 años a quien le fué removido completamente su útero, debido a múltiples fibromas. Debido al poco tiempo que pasan internadas las pacientes se brindó terapia de soporte en la mayor parte de los casos. La terapia de apoyo desencadenó grandes logros para las mujeres de esta área, muchas veces las pacientes deseaban sentirse acompañadas, especialmente las que daban a luz sin apoyo de las parejas, y algunas otras solo necesitaban sentirse escuchadas. Dicha necesidad solía ser manifestada a través de diversas somatizaciones. De igual manera, el impacto inmediato fue perceptible a través del cambio positivo en el estado de ánimo de las pacientes y su restablecimiento general, dado que en muchos casos, después de la atención psicológica las pacientes mostraban evolución positiva en su condición general, se mostraban más animadas, menos ansiosas, más seguras e incluso su semblante y postura demostraba otra actitud, se mostraban más fuertes e independientes y con mayor capacidad para salir adelante.

A su vez, el servicio de atención a pacientes de encamamiento se limitó únicamente al área de Maternidad y Ginecología hasta el cuarto mes del proceso. En los primeros tres meses se atendieron casos de las áreas de Medicina Interna, Cirugía y Emergencia. La mecánica de atención era muy similar a la desarrollada en el área de Maternidad, a pesar que la evaluación debía realizarse de una manera más profunda, y el seguimiento debía ser más constante. La estancia de los pacientes en estas áreas, excepto Emergencia, era bastante prolongada, lo que permitía evidenciar la evolución de los pacientes de estas áreas. El trabajo con pacientes suicidas fue uno de los motivos principales de la atención en estos departamentos, cerca de cinco casos de envenenamiento por diversos medios fueron objeto de evaluación del

Departamento; en dichos casos la opinión y evaluación psicológica a través del examen mental fue esencial para dar de alta a estos pacientes, así mismo la atención continua permitió establecer un contacto directo con médicos y enfermeras, resultando en un trabajo multidisciplinario efectivo, el cual iba dirigido al apoyo general del paciente. La experiencia enriquecedora de brindar atención en estas áreas, amplió la oportunidad de utilizar diversas técnicas psicoterapéuticas, según las necesidades o situaciones estresantes y traumáticas del o la paciente, tal como sucedió en Cirugía, donde la mayor parte de los casos reportados fueron casos de amputación o pérdida de miembros superiores o inferiores, que limitaban al paciente en todos los aspectos de su vida. La terapia breve y existencialista permitió brindar apoyo a esta población. La atención de casos en ambos servicios permitió atender pacientes con diferentes enfermedades terminales, enfermedades psicosomáticas y otras que permitieron que los pacientes fueran beneficiados a través del apoyo terapéutico y a la vez, permitieron establecer un vínculo de aprendizaje mutuo entre persona atendida y psicóloga a través de esta interrelación humana. El cambio de actitud positiva en los pacientes que fueron atendidos por psicología, fué evidentemente el logro más inmediato que pudo percibirse en los pacientes de los diversos servicios. La actitud de estas personas antes de ser atendidos era una actitud pesimista, decepcionada, minimalista y en algunas ocasiones nihilista, posterior a recibir psicoterapia de apoyo (en algunos casos bastaba una sesión) su actitud cambiaba, sus reacciones y sus verbalizaciones se hacían mas fluidas, los pacientes se abrían a contar sus historia, sus problemas y emociones.

A diferencia de las áreas de Maternidad, Medicina y Cirugía, el área de Emergencia se caracterizó por la corta estancia de los pacientes, por lo que la mayor parte de las veces, las referencias de dicha área son atendidas en la clínica de Consulta Externa, dependiendo la movilidad del paciente. En algunas ocasiones las consultas son realizadas en el área de Emergencia, limitando la calidad de la atención para el o la paciente. La atención de estos casos permite establecer un proceso psicoterapéutico continuo en los pacientes que asisten regularmente a las citas, después de esta primera referencia en el área de Emergencia, sin embargo lo más significativo de la atención en esta área, es la riqueza cultural, mística y social de la población atendida; de todos los grupos atendidos, este fue, quizás, el grupo mas diverso. En estos servicios de atención, la actividad principal fué dirigida a atender a

los pacientes de manera directa e individual a través de entrevistas iniciales para posteriormente integrar la evaluación psicológica incluyendo el examen mental en el proceso, con el fin de brindar atención psicoterapéutica según cada caso. La psicoterapia breve o de emergencia y procesos complejos con técnicas cognitivo-conductual o racional fueron realizadas a través de las diversas citas con los pacientes tanto en la clínica de Consulta Externa como Interna, lo que permitió el desarrollo de procesos psicológicos individuales progresivos en gran parte de la población que asiste al Hospital. La discusión del equipo para el manejo y enriquecimiento de ciertos casos es una actividad principal en la atención directa.

Paralela a la atención brindada en los servicios internos y externos, se impulsó el trabajo con el equipo del Departamento de Psicología, el cual estaba constituido por tres licenciados de planta, tres epesistas y tres practicantes de la Universidad Mariano Gálvez. Se buscó motivar la creación de diversos espacios en los que se pudiera desarrollar y mejorar la interrelación personal entre todos los miembros del Departamento, dado que dicho contacto era básico al inicio del servicio, motivado inicialmente por la falta de tiempo para su establecimiento; asimismo, en estos espacios se realizaron actividades de socialización lo que permitió conocer a cada miembro del Departamento y brindar un aire de familiaridad entre estos. Entre estas actividades se incluyeron el cartel de cumpleaños del personal, celebraciones de cumpleaños con refacciones compartidas, celebración del Día del Psicólogo y discusiones informales con los licenciados y practicantes para tratar temas clínicos y personales. Estos espacios fueron aprovechados a su vez para desarrollar un programa de formación integral para todos los miembros en base a discusiones de casos, presentaciones de trastornos o de nuevos programas de atención de tipo multidisciplinario y para el desarrollo de actividades multisectoriales, en las cuales se necesitaba la participación del equipo en general, a la vez este espacio de formación permitió a epesistas y practicantes conocer un poco más la dinámica de trabajo del Departamento y sobre todo, aprender acerca del trabajo y la atención brindada por los licenciados a los pacientes, permitiendo ampliar conocimientos sobre las diversas psicopatológicas de los pacientes del Departamento.

Estas actividades eran realizadas paulatinamente, cada mes en relación a la celebración de los cumpleaños de los miembros del Departamento hasta dos meses según la presentación de cada caso a discutir, o bien esporádicamente, como era la

celebración de fechas relevantes como el Día del Psicólogo. Posiblemente el mayor logro de este espacio fue el crecimiento personal de los miembros a través de las relaciones humanas, lo que permitió a su vez la promoción de la salud mental a nivel equipo, a la vez que se fortaleció el sentido de pertenencia de sus miembros.

Con respecto al trabajo del proceso de formación dirigido a los diversos grupos de trabajo tales como mujeres, ancianos y parejas, se logró el establecimiento de diversos programas de formación participativa, tal y como lo fue el Programa de Charlas en el servicio interno de Maternidad, en el cual se brindaba charlas a las pacientes de este servicio, durante media hora, cada ocho o quince días, dándose un total de veintidós charlas. En estas charlas se establecía un contacto directo inicial con las pacientes que se encontraban en la sala de Maternidad, a través de un saludo inicial y posteriormente a través de preguntas acerca de su salud y la de su bebé. La intención del saludo era la búsqueda de empatía y establecimiento de la comunicación entre pacientes y psicóloga, lo que permitía un acercamiento cercano, dando como resultado una mejor observación y percepción de las reacciones de las pacientes. Este rapport permitía desarrollar una charla participativa y amena a través de los diversos conocimientos de las pacientes y la psicóloga, en relación a los temas a tratar. La participación de las pacientes fue el elemento clave para el desarrollo de estos espacios de formación. Muchas de ellas pudieron ventilar sus situaciones personales e insatisfacciones hacia su pareja, a través de la participación en la charla, lo que motivaba a otras a comentar sus propias experiencias o bien a brindar apoyo a la paciente que hacía el comentario. A veces las charlas informativas pasaban a convertirse en una forma de terapia grupal, debido a la necesidad de expresión de las pacientes, dado que había “una persona que las escuchara”.

El uso de la mediación y la participación a través de preguntas fue esencial en este tipo de charlas, ya que además de ser informativas, se buscaba que fueran charlas participativas. Al principio las pacientes se mostraban tímidas y renuentes a participar, pero conforme se les daban preguntas simples o fáciles de contestar, cada una iba participando en la charla, por lo que se requería de reforzamiento positivo hacia su comentario, para brindarle seguridad ante la importancia de su opinión y el valor de la misma, lo que motivaba a otras mujeres a hablar,; se pudo observar que fue difícil para muchas el dar su opinión, sobre todo a las pacientes cuya actitud evidenciaba que su opinión en el hogar o en su vida esta anulada, ya sea por el

esposo, la familia propia o la familia política; sin embargo estas mujeres se abordaban de manera individual posteriormente, lo que les daba oportunidad de hablar sobre el tema y dar a conocer su opinión; brindándoles un efecto “liberador” y de importancia, ya que sentían que su opinión sí valía y sus comentarios eran asertivos. Estas charlas permitían establecer un contacto profundo entre psicóloga y pacientes, sobre todo en las salas posparto, ya que muchas veces se utilizó un muñeco de tamaño real y algunas veces se pidió ayuda a una paciente con su bebé para demostrar ejercicios de estimulación temprana y posiciones adecuadas al amamantar a sus hijos y sobre todo para resaltar la importancia del contacto físico y visual para el establecimiento del vínculo materno. A través de estos ejercicios se pudo conocer las opiniones de las mujeres respecto a los hijos y al ser madre, las cuales variaban según los modelos representados por sus madres, suegras o vecinas. Muchas mujeres referían no sentir necesario “reforzar” el vínculo a través del contacto físico con los bebés. Sin embargo fue evidente que al participar en estas charlas, generó inquietudes en algunas de las mujeres modificaron su actitud ante el contacto físico con sus bebés, motivándoles a su vez a intentar establecer mayor contacto con sus hijos grandes también, según refirieron en consultas posteriores.

Aparte de las charlas en el área de Maternidad, también se brindaron pequeñas charlas informativas y de promoción en el área de Consulta Externa, con los pacientes que venían a consulta en otras clínicas. Estas charlas se realizaban cada quince días los días lunes, martes o miércoles, ya que estos son los días con mayor asistencia de la población en el área de Consulta Externa, dándose el mismo tema un día en el área de espera de las Clínicas 5 a la 12 y al siguiente día en el área de espera de las Clínicas 13 a la 16, sin embargo en los temas tales como el Maltrato Infantil o Violencia Intrafamiliar se dió prioridad a la segunda área, ya que en esta están ubicadas las clínicas de Pediatría, Maternidad y Ginecología, por lo que la atención prioritaria era dirigida hacia esta población. Las charlas consistían en un llamado de atención hacia el grupo de personas ubicadas en el área de espera de Consulta Externa, posteriormente se hacía una presentación personal relacionando la charla con el servicio de psicología, para este momento la población ubicada en esta área procedía a hacer silencio y escuchar la charla, por lo que se aprovechaba para presentar la charla y explicar en que consistía la misma, así mismo se hacía una pequeña introducción al tema a tratar, posteriormente se desarrollaba el tema (gran

parte de la información brindada estaba reproducida en los trifoliales o panfletos⁴⁴), para posteriormente promover el servicio del Departamento de psicología y finalizando con la entrega de trifoliales, volantes o panfletos informativos del tema a la población, por lo que se repartían cerca de cien o ciento cincuenta panfletos de cada lado de Consulta Externa. Finalmente se aclaraban dudas de las personas interesadas en discutir el tema o en aclarar dudas personales o simplemente para brindar información más clara sobre los procedimientos para solicitar cita a Psicología. Asimismo, este espacio se aprovechó para promover la desmitificación de la Psicología, aclarando que no es “sólo para locos” como refieren algunas personas; logrando aclarar esta perspectiva en varias personas, quienes incluso se acercaban a preguntar cuando iba a darse la próxima charla para asistir o bien para traer a personas que padecían algún trastorno o problemática psicológica o emocional, pero que no querían asistir al psicólogo. Estas charlas estaban basadas en la salud mental en general, la promoción de la misma y en brindar información de los principales trastornos psicológicos identificados en la población y los síntomas de los mismos, entre estos se presentaron temas tales como: la ansiedad, la depresión, el estrés, la importancia de la salud mental, e incluso se integro la prevención y estado de crisis ante la Gripe AH1N1, ya que gran parte de la población presentaba un temor muy grande a contraer dicha enfermedad.

Del mismo modo, para fortalecer los procesos formativos a nivel general en la población que asiste al Hospital, se creó un mural informativo en la pared exterior de la Clínica de Psicología; dicho mural estaba constituido por dos áreas; la primera dedicada a artículos concernientes a Psicología Infantil, en el cual se ubicaron recortes de artículos concernientes a esta área con temas que incluían la importancia de la lactancia materna, la estimulación temprana, el apoyo en la escuela, la importancia de establecer contacto entre hijos y padres y la comunicación asertiva así como la disciplina y algunos otros como el maltrato infantil o la depresión infantil. En el área de Psicología para Adolescentes y Adultos, se agregaron artículos que abarcaban temas de interés general con enfoque psicológico tales como: depresión, trastornos alimentarios, suicidio, relaciones de pareja, diversos síndromes, autoestima, relaciones interpersonales, desempleo y estrés, necesidad de ocio,

⁴⁴ Ver Anexo No. 1: Trifoliales de Promoción Salud Mental

codependencia, violencia intrafamiliar, divorcio y muchos otros, cuyo fin más que desarrollar un enfoque de salud vrs. enfermedad, era llamar la atención de las personas hacia la clínica de Psicología y generar dudas sobre los temas, las cuales se abordaban a través de charlas informales fuera de la clínica. Estos artículos eran colocados los días lunes o miércoles cada quince días, junto con muestras de los trifoliales dados durante la última charla, generalmente estos artículos llamaban mucho la atención de las personas en el área de Consulta Externa, quienes se acercaban a leer los artículos y a tomar una muestra del trifoliar o bien a pedir una cita después de haber leído algún artículo o el trifoliar. Así mismo personal del Hospital y enfermeras que dan clases en diferentes universidades pidieron muestras de los trifoliales para dárselas a sus alumnos.

Asimismo, continuando con el programa de formación, se integró la atención a la población de la tercera edad, por medio de la Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepequez – AJUPENSA-, quienes solicitan apoyo del Hospital con charlas brindadas por el Departamento de psicología, cada último jueves del mes de 3:00 a 4:00 de la tarde aproximadamente, en las cuales se abordan y discuten temas relacionados con problemáticas propias de la tercera edad. En total se dieron ocho charlas para la Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepequez, las cuales fueron dados en el siguiente orden: “Salud Física y Salud Mental”, “Autoimagen e Imagen Social”, “Aceptación y Defensas Positivas para el Envejecimiento”, “Motivación y Depresión”, “Impacto de la Vejez en la Familia y Sociedad”, “Ansiedad”, “Afrontando el estrés” y “Actividades Ocupacionales”. Dichos temas fueron propuestos por los mismos participantes a partir de sus inquietudes en relación a la vejez. Para el desarrollo de estas charlas se contó con el apoyo de una licenciada del Departamento, quien apoyaba, supervisaba y asesoraba dichas charlas. Estas charlas se desarrollaban fuera del horario de atención del Hospital y en un espacio externo al mismo (Sede de AJUPENSA), previa confirmación por parte de la Junta Directiva de dicha Asociación y de las Licenciadas del Hospital. Generalmente hacíamos presencia antes de iniciar la Sesión General de la Asociación, para saludar a los miembros de la Junta Directiva y participar en la Bienvenida a los socios y en la entonación del Himno de AJUPENSA, posteriormente se daba inicio a la charla, basada en temas discutidos y elegidos en la primera sesión del año. Cada charla iniciaba con un saludo de integración por parte de los

participantes y la psicóloga epesista, para posteriormente retomar las conclusiones de la última charla desarrollada en el mes anterior y tomar estas como base de la nueva temática a discutir. Se daba una pregunta generadora relacionada con el tema para que los asistentes participaran en base a la misma, lo que servía para conocer la opinión de las personas asistentes. Al llegar a una conclusión general en base a la pregunta dada se procedía a desarrollar el tema asignado para ese mes y a solicitar participación de las personas en su opinión o experiencias personales relacionadas a la situación comentada. Posteriormente se realizaba alguna dramatización o una técnica grupal graficada de manera visual o participativa (gráficos visuales, arañas, sociodramas, psicodramas, etc.), la cual permitía una mayor claridad de las opiniones brindadas y la comprensión del rumbo que tomaba el tema según la experiencia general del grupo. En las primeras ocasiones se contó con grupos de 20 personas, quienes llegaron tarde en su mayoría, posteriormente se contaron grupos de 28, 35, 42 y 48 asistentes, quienes asistían puntuales a las sesiones programadas.

El impacto de los temas hacia las personas se pudo observar no solo a nivel grupal, en relación al aumento en la asistencia y participación de las personas, a los constantes recordatorios e invitaciones para que continuaran las charlas en todas las sesiones y los comentarios de agradecimiento y de interés realizados al final de cada charla. Asimismo, el impacto a nivel individual se pudo observar a través de actitudes, comentarios, experiencias compartidas y en ejercicios individuales relacionados a los temas, en los cuales las personas pudieron verbalizar sus opiniones, temores y experiencias bajo un estado de confianza, aprobación y respeto entre sus miembros y por parte de la psicóloga. La discusión de temas tales como: El impacto de la salud física en la salud emocional, Manejo de la Ansiedad, Auto imagen e Imagen Social, Depresión en la Tercera Edad, etc., brindaron recursos psicológicos a los miembros de AJUPENSA, quienes pudieron utilizarlos en su vida diaria y en su vida familiar.

Simultáneo a los talleres anteriormente mencionados, también se realizaron programas de formación relacionados con Estimulación Temprana, en el área de Pediatría, en el cual se realizaron charlas teóricas sobre el tema dirigida a los médicos del área de Pediatría en la cual se fundamentaba la importancia de la Estimulación Temprana en el ámbito hospitalario y como programa esencial para el desarrollo integral de los bebés e infantes de la región que asisten al Hospital para consultas internas y externas, en este taller se logró establecer una comunicación

mayor entre médicos y psicólogos en relación al tema y a posibles programas conjuntos para mejorar la atención brindada a los pacientes que asisten a consulta médica y psicológica, a la vez se tuvo la oportunidad de conocer la postura de los médicos en relación al tema y tener un intercambio de opiniones y un consenso sobre el mismo. A partir de dicha charla se desarrolló un programa de formación para los padres de los niños que asistían a consulta en la Clínica de Lactancia Materna, estas charlas se realizaban los días martes, miércoles y jueves con una duración de media hora, de 8:30 a 9:00 a.m., aproximadamente. Estas charlas consistían en demostrar a los padres y madres diversos ejercicios de estimulación temprana para organizar una rutina que los padres pudieran realizar en casa con sus bebés, para continuar estimulando el desarrollo general del bebé. En las charlas se iniciaba con una presentación personal por parte de la psicóloga epesista para posteriormente presentar el programa y dar indicaciones de los días en que se darían las charlas, para luego explicarles la importancia de la estimulación temprana y posteriormente dar una demostración de la rutina con un muñeco bebé, siempre explicando el procedimiento y la duración del mismo. Al finalizar la demostración se daba tiempo para las dudas y posterior explicación del servicio que brinda el Departamento de Psicología, tanto para adultos como para niños. Por último se daba espacio para consultas individuales y entrega de boletines de ser necesario. La participación de las personas en estas charlas fue poca al inicio, mostraban un semblante serio y se mostraban indiferentes, posteriormente su semblante cambiaba, al observar el muñeco bebé las mujeres sonreían y disminuían sus defensas o se mostraban atentas a la charla que se iba a dar. Algunas de las mujeres que asistían a estas consultas de manera regular, consultaban a Psicología si podía variárseles la rutina ya que la habían hecho diariamente y querían conocer más ejercicios. En general en el proceso formativo se trabajó con un total de 563 personas en total en las diversas actividades realizadas a lo largo de este proceso.

En relación al proceso investigativo de orientación cualitativa, se realizaron las siguientes acciones: se eligió el tema a investigar, posterior al contacto inicial con la población y la inmersión en el grupo social con el cual se iba a trabajar, hecho que permitió desarrollar el proceso investigativo alrededor de una necesidad vista y comprobada en el proceso diagnóstico. El tema a investigar inicial estuvo relacionado al manejo emocional durante el embarazo, debido a la constante presencia de

mujeres embarazadas en la clínica psicológica, quienes referían el origen o incremento de dificultades de tipo emocional con su pareja o con la familia, en sus periodos de gestación, estos a su vez, se relacionaban con condiciones que podían desencadenar complicaciones en el parto, por el miedo de la madre al sentirse poco apoyada o sola, o por la posibilidad de desarrollar una depresión posparto. Inicialmente el trabajo investigativo estuvo dirigido hacia las mujeres que asisten al área de Maternidad y Ginecología, que asistieron a Consulta Externa y a Consulta Interna, para acompañarlas en su proceso psicoemocional durante la gestación, según el desarrollo de su embarazo, para determinar la diversa gama de emociones presentes durante cada trimestre del embarazo.

Estas mujeres eran del área de Antigua Guatemala y algunos municipios de Sacatepéquez, Guatemala y Chimaltenango, ellas muestran, en su mayoría, una mala o regular calidad de vida, ya que presentan una condición precaria en relación a vivienda, ingresos económicos, alimentación y acceso a servicios básicos. Muchas de estas mujeres muestran problemas sociales tales como violencia intrafamiliar, desintegración familiar, alcoholismo, y otros; factores que afectan en su embarazo y su manejo emocional, ya que refieren sentirse “hipersensibles” en estos periodos, lo que les genera preocupaciones. Después de explorar la realidad de las pacientes en el área de Maternidad y Ginecología, y de mantener un contacto constante con médicos, enfermeras y mujeres, se logró identificar que existían problemáticas mayores presentes en el área, tal como el aumento de casos de aborto natural en mujeres jóvenes, aumentando en un 75% en relación a la cantidad de casos similares atendidos seis meses anteriores y la falta de apoyo psicológico o emocional dirigido hacia estas jóvenes, ante dichas pérdidas. Al atender a estas pacientes a través del apoyo psicológico brindado por el Departamento de Salud Mental, resaltó otro aspecto de mayor interés en relación a esta problemática; la pérdida del embarazo no afectaba de igual manera a las jóvenes ladinas e indígenas en edades similares.

La mayor parte de las jóvenes ladinas, mostraban una tristeza moderada pero duradera y prolongada, aunque mezclada con cierto nivel de alivio, en cierto sentido, ya que podían terminar sus estudios y organizar su vida antes de volver a quedar embarazadas, además que reflejaban un grado general de tranquilidad, ya que muchas referían sentirse “aliviadas” de no tener que ser señaladas de que “habían metido las patas” o de ya no sentir presión por casarse cuando no querían casarse,

además de referir que ante esta pérdida “toda la gente” sería mas empática con ellas, según sus propios testimonios; mientras que las jóvenes indígenas mostraban una tristeza más intensidad pero menos duradera ante la pérdida, (la cual bien podría ser signo de represión) e indicaban que lo iban a superar rápido debido a que pronto iban a intentar embarazarse nuevamente ya que para muchas este embarazo no era el primero, ni el último, según testimonios. Conforme se profundizó en pláticas con diversas jóvenes en el área de Maternidad, este aspecto resultó ser un tema muy interesante de plantear y trabajar, ya que incluso las jóvenes madres que habían dado a luz, mostraban diferentes actitudes y percepciones hacia su embarazo según su idiosincrasia, relacionada a los orígenes raciales y étnicos mas que a los socioeconómicos o educativos, esto posiblemente, estaba relacionado con los roles culturales en relación a la idea de la maternidad, transmitidos a través de las representaciones sociales, ya que las jóvenes ladinas e indígenas percibían de diferente forma su embarazo, según se pudo apreciar en las entrevistas realizadas de manera informal con pacientes adolescentes del área de maternidad tanto de consulta interna como externa, durante el proceso de atención, lo cual motivó a investigar y conocer la relación de las representaciones sociales del embarazo precoz, como base de las diferentes reacciones.

Al plantear y revisar la información relacionada con dicho tema, se pudo evidenciar que “a simple vista” existen diversas representaciones sociales del embarazo precoz, cuya evidencia se manifiesta de manera marcada entre jóvenes indígenas y ladinas, quienes asisten al Hospital Pedro de Bethancourt, a Consulta Externa en aspectos pre y post natales, y a Consulta Interna en aspectos de riesgo o en labor de parto; por lo que conocer estas representaciones, fue el nuevo tema y objetivo de la investigación. Estas jóvenes con embarazo precoz, provienen de las aldeas aledañas a Antigua Guatemala, parte de San Lucas Sacatepequez y Santiago, y otra parte del Departamento de Chimaltenango. Posterior a la posibilidad de establecer este tema como problemática de investigación, se consulto con los psicólogos asesores internos y externos, para conocer la relevancia de dicho tema como proceso investigativo y posteriormente evaluar la cantidad de población en el área que pueda ser sujeto de participación en la investigación. Una vez confirmado el tema, su relevancia como objeto investigativo, el objetivo de la investigación y determinar la población con la que se realizaría dicha investigación, se procedió a

trabajar de lleno en el proceso investigativo activo, a través de la creación del escenario de las actividades, permitiendo así llegar de manera rápida pero efectiva a resultados generales, a través de la participación de las mujeres adolescentes que presentaban embarazo precoz en el proceso investigativo, en un rango de 12 años a 19 años de edad, no importando el nivel socioeconómico, religión o estatus social.

El escenario de las actividades se integró con el programa de docencia y servicio a través de volantes y trifoliales que trataban el tema del embarazo precoz, así como charlas grupales en el área de Maternidad en la cual las mujeres opinaban sobre dicha problemática social, del mismo modo en la cartelera de Salud Mental se colocaron artículos relacionados con el embarazo precoz y en las charlas de Maternidad se ubicaban a madres adolescentes para motivarlas a participar en la investigación con sus testimonios. Asimismo, en el programa de atención directa se trabajó con mujeres jóvenes que presentaban embarazo precoz, quienes asistieron a Consulta Interna referidas por las enfermeras del área de Maternidad y Clínica de Alto Riesgo. Con estas jóvenes se promocionaron charlas grupales del tema junto con una enfermera del área de Consulta Externa, así mismo se estableció contacto con el Programa de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud, para contar con el apoyo de especialistas en el tema, quienes brindaron materiales de apoyo para crear el escenario, estos especialistas brindaron su opinión a través de entrevistas individuales específicas para profesionales del área. Posteriormente se estableció contacto directo con especialistas en el área para entrevistas: dos enfermeras del Hospital incluyendo la enfermera a cargo de la Clínica de Alto Riesgo y una enfermera del Programa de Salud Reproductiva, un psicólogo social del área, quien trabaja con una organización no gubernamental dedicada a educar y orientar a las jóvenes indígenas y ladinas de escasos recursos en materia de educación sexual preventiva, una antropóloga social, quien trabaja de la mano con el Programa de Salud Reproductiva.

Estos profesionales fueron entrevistados con instrumentos específicos según la opinión profesional de cada uno⁴⁵. Asimismo, se llevaron a cabo diversas actividades para recopilar información directa, tal como fueron las actividades con varias pacientes de diferentes grupos (indígena y ladino) con quienes se desarrollaron

⁴⁵ Instrumentos de Investigación: Anexo No. 2

entrevistas individuales, cuestionarios generales y dos grupos de discusión en relación al tema tanto con mujeres de consulta interna como de consulta externa con un mes de diferencia cada uno; los cuales, se llevaron a cabo dentro de las instalaciones del Hospital, muchas veces en las mismas salas de atención posterior al parto.

Se desarrollaron diversas entrevistas directas, de manera individual con jóvenes que presentaban embarazo precoz y con familiares de las mismas a través de consulta interna y consulta externa, a través de un trabajo conjunto con la Clínica de Alto Riesgo. Dentro de esta fase de entrevista, se involucró a jóvenes con embarazo precoz, que provenían del Hogar de Niñas “El Manchen”, ya que dichas jóvenes son enviadas al Hospital para consulta externa y para proceso de parto. En todas las actividades se logró observar un proceso de poca interacción de las participantes con la investigadora, dado que se sentían incómodas al inicio y se dificultó el establecimiento de confianza y por ende la comunicación efectiva para un proceso adecuado y fluido en torno al tema. Conforme se profundizaba en el contacto individual con cada mujer o adolescente, se pudo avanzar en la dinámica de la actividad, independiente de ser entrevista directa o discusión grupal, puesto que cada una fué aportando sus opiniones y su pensamiento acerca del tema, lo cual fué inusual para muchas, ya que no están acostumbradas a expresarse sino a jugar un papel “invisible” en su casa en torno a opiniones e ideas, sobre todo en torno al tema de la sexualidad y la familia.

La apertura hacia ellas mismas y el empoderamiento individual de cada una a través de la expresión de sus opiniones fue el mayor logro percibido a través de esta actividad, lo cual se puede interpretar como el logro principal en cuanto a impacto de vida. Muchas de estas jóvenes, sobre todo las jóvenes de origen ladino, refirieron que participaban en la entrevista ya que esperaban que la información que dieran ayudara a muchas jóvenes a tomar una decisión diferente al ser madres tan jóvenes, ya que ellas, de volver a pasar por esto, preferirían no quedar embarazadas a esta edad. Las diversas actividades realizadas durante el proceso investigativo permitieron obtener logros diversos en las mujeres que participaron en el proceso y en el objetivo planteado para la investigación.

Por último, cabe incluir diversas acciones no contempladas en el proyecto, tales como la atención psicológica a los parientes de las pacientes atendidas, quienes

solicitaban apoyo ante las problemáticas referidas, por lo que se brindó apoyo a esposos de mujeres que habían tenido una pérdida del embarazo, hijos y esposos de mujeres que padecían alguna enfermedad terminal como cáncer cervical, SIDA, tuberculosis, etc., con quienes se abordó una atención inmediata pero dirigida al manejo de la pérdida y el proceso de duelo en relación a las distintas etapas del mismo. Asimismo, se tuvo la oportunidad de brindar orientación psicoemocional a personal del hospital que solicitaba apoyo en áreas específicas de su vida (relaciones de parejas, problemas económicos, etc.), dentro de este grupo se brindó especial apoyo a algunas enfermeras del servicio de Maternidad y Ginecología, quienes no querían ser atendidas como pacientes del Hospital, sino realizar una consulta personal en base a sus problemas personales, familiares, laborales y económicos, los cuales elevaban sus niveles de estrés y por ende, afectaban la calidad de su servicio para con las pacientes. Algunas de las problemáticas específicas de estas enfermeras estaban relacionadas a procesos de duelo, frustración laboral, sobrecarga de trabajo, problemas económicos y problemas de pareja. Se trabajó de forma individual con estas enfermeras una vez a la semana para apoyo emocional y fortalecimiento de recursos psicoemocionales y cognitivos frente a las problemáticas generales que enfrentaban por medio de terapia cognitiva-conductual. Estas enfermeras mostraron progresos en su fortalecimiento del yo y en el cambio positivo de actitud hacia sus problemáticas, logrando así sobrellevar las dificultades y superarlas en la mayoría de las veces. Asimismo, se pudo observar de manera inmediata un cambio en la conducta de las enfermeras, quienes se mostraban menos tensas, más amables hacia las pacientes y más tolerantes ante la carga laboral que enfrentaban cada día.

Del mismo modo, se trabajó junto con el jefe del Departamento de Psicología, como parte de una Red Multisectorial contra la Trata y la Explotación Sexual, la cual estaba conformada por diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales que brindaron su participación en este proyecto con el fin de desarrollar una iniciativa propuesta por el Organismo Judicial en base al establecimiento de una nueva Ley contra la explotación sexual y la trata de las personas, especialmente mujeres y niños. En este proyecto se buscaba brindar prevención, atención y apoyo legal a las personas que eran víctima de dicho crimen.

El papel del Hospital consistía en la atención a estas personas, aunque a lo largo del proceso no se presentó ningún caso de este tipo, pero se logró establecer contacto con otras instituciones en pro de las mujeres y niños.

El desarrollo de las actividades del proceso en general, y el impacto de las mismas en la vida de las personas involucradas es intangible e indeterminable, tanto a nivel micro como macro de su entorno. Cada interacción con el entorno fue desarrollada y dirigida en base a un objetivo específico, que se convirtió en una oportunidad de aprendizaje y crecimiento tanto para las personas que recibieron la atención psicológica y el apoyo emocional, como los profesionales titulados e *inferi* que brindaron dicha atención.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA EXPERIENCIA

El presente capítulo abarca el análisis de la experiencia general del proceso de Ejercicio Profesional Supervisado denominado: “Atención psicológica dirigida a la promoción y el fortalecimiento de la salud mental a nivel individual y grupal de la población que asiste al Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Sacatepéquez, en el año 2009”, la cual llevó a resultados específicos enfocados a los objetivos planteados y a aprendizajes significativos, tanto para la psicóloga epesista encargada del proceso como para las personas involucradas en el proceso activo del proyecto. La interacción e intercambio de conocimientos, experiencias y aprendizajes, fueron elementos clave para la elaboración del presente capítulo, en el cual se abarcan los diversos análisis en base a los objetivos, actividades, logros y dificultades del proceso.

El proceso propedéutico preparativo para la realización del proceso brindó una guía específica para el diseño del mismo en base a las características, problemáticas y dinámicas de la población con la que se trabajó. Esta fase preparativa permitió conocer a la población y el lugar en el que se realizaría el proceso, permitiendo así, desarrollar un plan específico para cada dimensión del proceso: atención directa, docencia y formación y el proceso investigativo. Este plan desarrollado de manera lógica, coherente y adecuada a la realidad de la población asistente al Hospital Pedro de Bethancourt surgió a partir del cúmulo de experiencias recabadas a través del proceso propedéutico brindado por parte del Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado, el cual permitió plantear un objetivo general aplicable al proyecto, siendo alcanzado a través de la ejecución de las actividades planificadas en cada dimensión, en base a objetivos específicos, que llevaron al cumplimiento del objetivo general del proceso. La semana diagnóstica fue parte de las actividades de preparación del dicho proceso. Esta visita brindó el punto de partida del proceso al permitir el contacto directo con la institución como con la población, así mismo se recabó información directa y esencial para la planificación del proceso, contando con el apoyo los encargados del área de Psicología del Hospital. Esta información estuvo relacionada con la dinámica del trabajo dentro de dicha institución y permitió la presentación y

contacto directo de la psicóloga epesista con el grupo de trabajo. Sin embargo, a pesar del enriquecimiento obtenido a partir de esta visita, fue posible determinar que un contacto tan breve no permite conocer a profundidad la situación general, ya que la visión obtenida de la dinámica grupal y social es limitada e insuficiente para plantear un proyecto global y real a partir de esta. Asimismo, la falta de tiempo por parte de las autoridades de la institución limitó el conocimiento y preparación necesario para la realización del trabajo, por lo que hubo que determinar las necesidades de la institución y la población a través de otras fuentes, siendo estas confirmadas posteriormente dentro de la ejecución del proceso, en el contacto directo con cada miembro del centro. Por otro lado, la recolección de la información previa al diseño del proceso dejó entrever parte de la realidad cotidiana de la población, que se mostró abierta a colaborar, dar a conocer y opinar sobre las necesidades psicológicas dentro de la institución y de la dinámica social de la comunidad; sin embargo, este contacto fue superficial y poco determinante a la hora de conocer las problemáticas psicosociales de mayor impacto dentro de la comunidad, las cuales fueron descubiertas en el trabajo diario y directo con los diversos grupos de trabajo. Asimismo, el contacto con epesistas egresadas permitió conocer las dificultades de antemano y la identificación de los procesos a continuar o a mejorar, los cuales fueron integrados o replanteados en el proyecto. A partir de la asesoría adecuada del supervisor del Ejercicio Profesional Supervisado, se logró diseñar el proceso de manera integral, concatenando actividades de los diversos ejes con el fin de alcanzar los objetivos planteados en base al contacto y conocimiento de la población.

En relación a las actividades de atención directa, se pudo obtener una percepción clara, precisa y adecuada de los problemas psicosociales que afectan a los diferentes grupos que asisten al hospital a través de la Consulta Externa y la Consulta Interna. Los pacientes que asistieron a la clínica de Consulta Externa, se mostraron renuentes a abrirse ante una extraña en la primera sesión y negaban tener un problema profundo y referían que solamente necesitaban un apoyo pasajero ya que no contaban con nadie con quien hablar. A partir de la confianza establecida a través del rapport y el diálogo informal que dió paso posterior a la atención clínica como tal, se permitió fortalecer el sentimiento de comodidad de las personas asistentes, quienes se permitieron revelar parte de su vida “personal” a una extraña. Este mismo contacto fue el que permitió establecer las diversas técnicas a utilizar con

los asistentes a psicoterapia, ya que brindó la oportunidad de conocer las diversas características de estas personas, desde sus creencias, su forma de pensar, sus juicios, opiniones, conductas y actitudes en relación a los problemas que las aquejaban y a su estilo de vida y a la vez, dejó entrever las diferentes situaciones emocionales, familiares, económicas y sociales que detonan problemáticas psicoemocionales en los individuos y alimentan al mismo tiempo las problemáticas psicosociales del grupo o comunidad en general.

A través de sus diversos testimonios, monólogos y respuestas a preguntas directas se permitió establecer que gran parte de la población asistente presenta ideas o pensamientos con origen en creencias religiosas, sociales y culturales conformadas por la ideología propia del lugar del que proviene o en donde vive transmitida generacional y culturalmente a través de frases como “los hombres no lloran”, “las mujeres estamos hechas para sufrir”, “el esposo es el que manda”, “el hombre pega porque la mujer lo hace enojar”. Esta ideología es reafirmada a su vez por los patrones de crianza y del contexto general por el que están rodeados y en el cual se desenvuelve su día a día y se determinan sus recursos y elementos para enfrentar una situación problemática o difícil. Son pocas las personas que buscan apoyo psicológico ante problemáticas psicosociales tales como alcoholismo, violencia intrafamiliar, violencia contra la mujer, maltrato infantil, desempleo, violaciones y situaciones psicoemocionales y psicopatológicas tales como duelos no resueltos, problemas de pareja, depresión, etc. Esta limitación se ve generada por la creencia general que la Psicología es “sólo para locos” y que si una persona va al psicólogo es porque “está loca” y externalizan opiniones tales como: “ojalá nunca me vean llegando aquí con el psicólogo porque van a decir que estoy loca”, como refería una paciente de 29 años que asistía a consulta por depresión por duelo no resuelto de su madre, fallecida tres años atrás. Esta paciente asistía a las citas con gorra y lentes para que no la reconocieran o bien solicitaba ingresar a la clínica por la puerta trasera para que no la vieran los conocidos y les fueran a contar a sus familiares.

Muchas de estas personas expresaron ideas que relacionaban sus problemáticas con “la voluntad de Dios” o “pruebas que Dios les estaba poniendo”, manifestando un pensamiento religioso, el cual debió ser respetado y tomado en cuenta a la hora de abordar dicha problemática en la terapia, de manera que la persona pudiera utilizar esta misma referencia para fortalecerse y encontrar recursos

para superarla. En todo momento se buscó trabajar con las personas en base a su ideología y creencia y en ningún momento se intentó imponer alguna técnica psicológica que “chocara “ con sus pensamientos ya que, de haber sucedido, estas personas se hubieran alejado de la consulta además de confirmar o transmitir la idea que la psicología “no servía para nada”.

Este enfoque de respeto a su ideología permitió que las personas se sintieran cómodas, “no juzgadas” y apoyadas ante cualquier situación que trastornara su vida y afectara su situación general y motivó para que continuaran su tratamiento a largo plazo, permitiendo así, que fueran resolviendo dichas problemáticas a través del fortalecimiento de herramientas propias o a través del desarrollo de recursos psicológicos, cognitivos y emocionales por medio del trabajo terapéutico, tal como fue el caso de una mujer de 28 años proveniente de Chimaltenango, quien asistió a consulta ya que tanto ella y sus hijos sufrían violencia física por parte de su esposo, quien también la minimizaba y denigraba con comentarios racistas, según la paciente. El esposo le decía que “ella no sabía nada porque era indígena y él era blanco” y generalmente estos comentarios iban acompañados de golpes físicos. La mujer le tenía miedo al esposo, le decía que venía a Antigua a traer verdura porque era más barata, cuando en realidad asistía a su consulta psicológica. Esta mujer creía que las ideas de su esposo eran ciertas, que ella era menos que él porque no había terminado de estudiar mientras que él era perito contador y trabajaba en un banco. Ella no pedía ayuda para ella sino para sus hijos; sin embargo, al ir trabajando con la paciente se logró identificar un grado alto de inteligencia y capacidad de juicio, por lo que se trabajó con ella a través de orientación social y legal sobre sus derechos como mujer y esposa y logró reconocer el poder que ostentaba al contar con ayuda por parte de instituciones como la Secretaria de la Mujer y del departamento de Trabajo Social del Hospital.

Conforme avanzaba el proceso de fortalecimiento de recursos psicoemocionales en la paciente a través de ejercicios para el reestablecimiento del autoestima, frases de empoderamiento, modificación de procesos cognitivos en relación a su rol de mujer y madre y la valorización de sus ideas y opiniones, respetando siempre el enfoque cultural de respeto hacia el esposo y hasta cierto punto sumisión de la mujer, se logró observar un cambio general en su conducta: ya no tenía miedo al hablar, su tono era más fuerte, su postura era más erguida, se

percibía una seguridad general en su manera de expresarse y una interiorización y aceptación de sus capacidades y sus fortalezas, ya que incluso busco cursos para capacitarse mientras sus hijos asistían al colegio. Al contar con suficiente seguridad, la paciente se enfrentó al esposo para decirle que iba a demandarlo y a hacer que lo encerraran por abusador, que ella era más inteligente que él porque sabía que con golpes no se corregía a los hijos ni iba a hacer que ella le tuviera miedo y finalmente le explicó que recursos legales tenía ella para hacer que lo encerraran y que no le daba miedo quedarse sin el sueldo de él. El esposo reaccionó temeroso ante este enfrentamiento y posteriormente se disculpó con la esposa y los hijos y les prometió que no iba a suceder nuevamente.

En el seguimiento del caso, la familia se presentó nuevamente a consulta y todos confirmaban en cambio positivo en la dinámica familiar, a la vez que se percibía la tranquilidad de la paciente y el contacto cercano entre padre e hijos, ya que estos abrazaban al papá cuando se les dirigía la palabra. El hombre se mostraba apenado y avergonzado, ya que no establecía contacto visual directo y su tono de voz era bajo, manifestó arrepentimiento porque había repetido la conducta de su propio padre sin darse cuenta del daño que esta le había hecho a él. En general los cambios en la vida de esta familia y los logros obtenidos del fortalecimiento de la madre fueron innumerables: la dinámica familiar mejoró, el rendimiento escolar de los niños fue mejor, la relación de pareja era positiva, la esposa empezó a trabajar por lo que tenían más ingresos y mejor calidad de vida, en general.

La atención en clínica siempre iba dirigida a tomar los recursos que los pacientes tenían para fortalecer sus procesos y en el respeto a su culturalidad y su estilo de vida. Los logros terapéuticos a través de este enfoque fueron evidentes en varios casos, tal como fue el caso de una mujer de 32 años proveniente de Alotenango, quien asistió a consulta hacia un par de años atrás por problemas de pareja, pero que asistía nuevamente por la muerte de su hija de 4 meses, quien había fallecido de muerte súbita. La paciente presentaba depresión severa ante dicho hecho, que había pasado hacia 8 meses, ella presentaba ideas suicidas ante la pérdida de su hija y rechazo ante su esposo y su hija mayor, de 6 años. En las primeras consultas no estableció contacto visual, presentaba llanto espontáneo y su tono de voz era excesivamente bajo y cortado, vestía totalmente de negro y venía despeinada y desarreglada. Conforme se fue trabajando en su proceso de pérdida y

de introspección sobre el apego hacia la situación, la mujer se fue haciendo consciente de su necesidad de tener algo “propio”, la cual era satisfecha por su segunda hija, ya que ella misma refería que su primera hija era la favorita de su esposo, sus papás y suegros, por lo que ella consideraba que su segunda hija era solamente de ella, algo que solo ella podía tener.

Su proceso de pérdida fue dirigido en base a las creencias de la paciente, así mismo se utilizó recursos como libros con historias de personas que perdieron a sus hijos y lograron superar la situación, ya que la paciente manifestó tener facilidad para conectarse emocionalmente a través de libros y películas en las que hubiera una situación de pérdida. Los logros y avances en este caso fueron perceptibles en general. Los cambios externos de la paciente fueron radicales, después de 6 meses de proceso, su vestuario, su postura, su actitud, su tono de voz, su expresión facial y su mirada sostenida manifestaban una adaptación positiva ante la situación y el manejo de emociones de la paciente mejoró. Su capacidad para resolver conflictos o desacuerdos con su pareja y la relación cercana con su hija fueron dos de los logros que la paciente tuvo en general.

Los logros generales de las personas que asistieron de manera continua y comprometida al proceso de orientación psicológica y al apoyo psicoemocional, fueron evidenciados en la capacidad de manejar su propia vida y de tomar decisiones personales sin miedo a equivocarse, sobre todo en el caso de las mujeres, quienes muchas veces se anulan al tener una pareja, ya que pasan a formar parte de la vida del esposo en lugar de formar una unidad en el cual ambos miembros son importantes. Retomar el poder sobre la vida propia significa el mayor logro que una persona pueda tener, el poder tomar la mejor decisión para uno, el evaluar una situación y elegir una opción o bien el lograr superar una situación que esta afectando la vida diaria a través de los recursos personales son los logros más significativos y el impacto mayor del trabajo terapéutico sobre la vida de una persona, con la cual se trabajó en el eje de atención directa, tal como sucedió con la mayor parte de los 238 casos atendidos en Consulta Externa a lo largo de la ejecución del proceso.

Del mismo modo el trabajo realizado en el área de encamamiento o de consulta interna al trabajar atención directa con las pacientes del área de Encamamiento y con los pacientes de otras áreas como Medicina o Cirugía, se pudo observar diversidad de necesidades o problemáticas en los pacientes atendidos en estas áreas, paralelo a

sus diagnósticos médicos. Rasgos depresivos, de ansiedad y problemáticas psicoemocionales y psicosociales se manifestaban en los diversos casos atendidos.

En el área de Cirugía fue posible observar casos depresivos leves, moderados y severos, estos manifestaban estados anímicos depresivos propios del proceso de duelo en el caso de las personas que sufrían amputaciones o pérdidas de miembros, con quienes se trabajó a través de enfoques resilientes que ayudaban a las personas a continuar con su vida y alcanzar logros a través de los recursos disponibles, en esta caso el enfoque de conservar su vida y tener aún el resto de su cuerpo para salir adelante. Las personas se mostraban abiertas a recibir el apoyo emocional y a relatar los sucesos de los que fueron víctimas y exteriorizar sus emociones, miedos, frustraciones y opiniones en relación a su situación actual, a partir de las cuales se trabajaba para fortalecer su autoestima, su opinión de ellos mismos y su autovaloración (fortalecimiento del yo) y para motivarlos a seguir adelante a través de apoyo emocional y a orientarlos a través del manejo del proceso de duelo. Estas personas se mostraron receptivas ante su propia situación y participativas en el proceso brindado, logrando identificar sus fortalezas y verbalizando sus ideas de recuperación y de aprendizaje y crecimiento a partir de estas experiencias, proceso que fué observado a través de las visitas diarias hechas a las personas que eran referidas por los médicos.

El ventilar situaciones estresantes o difíciles permitió que se abrieran a posibilidades de cambio, lo que impactó su vida en general. La postura, el tono de voz y el semblante reflejaban en los pacientes un cambio positivo, el cual fué transmitido, en la mayoría de los casos a su círculo familiar y a su forma de relacionarse con los demás. Tal fue el caso de una paciente adolescente, quien no permitía ser evaluada por médicos de sexo masculino, sólo quería ser atendida por mujeres, por lo que fue referida a Psicología, ya que se negaba a verlos o a hablarles, lo que dificultaba la evaluación médica. Al evaluar a la paciente, se pudo evidenciar falta de contacto visual y una timidez excesiva, posterior a establecer el rapport, se pudo conocer que la paciente, de 13 años, había sido víctima de abuso sexual por un joven mayor que ella, por lo que “odiaba” a los hombres y decía que “eran malos”. Posterior a varias visitas por parte de Psicología, en las cuales se trabajó sobre la percepción del género masculino en la paciente a través de la clarificación de pensamientos e ideas, evidenciando a la vez un cambio en los procesos cognitivos y

emocionales, por lo cual se evidenció una mejora general notable con la paciente y los médicos, con quienes podía hablar fluidamente. La paciente refirió haber pensado en que nunca iba a establecer una relación adecuada con alguien del sexo masculino, pero que había logrado ver que esa situación la había ayudado a ser más fuerte ahora y a observar que no necesariamente todos los hombres eran malos.

De igual manera las personas atendidas en el área de Medicina Interna mostraron problemáticas como depresión, violencia intrafamiliar, ansiedad, enfermedades terminales y de manera impactante, un repunte en casos de intento de suicidio por intoxicación con medicamentos, pesticidas, químicos, ahorcamiento, sobre todo en adolescentes de 13 a 16 años. En estos casos se trabajó de manera directa con técnicas cognitivas-conductuales en la mayoría de casos, para apoyar a las personas a tener control sobre sus pensamientos y acciones, sobre todo en casos de depresión y violencia intrafamiliar. En algunos casos la depresión iba acompañada de problemas psicosomáticos, tal fue el caso de una mujer de 58 años, quien había ingresado al hospital por fallas cardíacas, sin embargo no había ninguna base biológica en el caso, por lo cual fue referida a Psicología. Al hablar con la paciente se identificó el origen de dicho problema, ya que refirió que encontró a su esposo en la cama con otra mujer y cuando los vio sintió “cómo el corazón se le quebraba” porque amaba mucho a su esposo y había hecho muchos sacrificios por él. Desde este momento ella padeció problemas cardíacos sin explicación médica, por lo cual fue necesario trabajar con esta mujer brindándole apoyo emocional y fortaleciendo sus recursos para el proceso de separación, así como el manejo de sus temores al quedarse sola a dicha edad, ya que según ella esto era “mal visto” en su pueblo, pero que prefería que la señalaran de “solterona engañada” a ser “la señora que el esposo la engaña con la del vivero”. La mujer mejoró en su salud física después de la atención brindada y su estado emocional mejoró posterior al trabajo terapéutico realizado con ella durante el tiempo que estuvo interna, ya que a través de este logró identificar el valor que tenía como mujer y como persona, sin necesidad de contar con alguien que la hiciera sentir valorada, ya que ella valía por sí misma. La paciente logró verbalizar conflictos internos en relación a su rol de mujer necesitada de afecto y se “perdonó” y “perdonó” a las personas que la habían herido, a través de los diálogos se fortaleció en relación a sus temores de estar sola y logró ver que era una mujer independiente que había salido por sí misma, lo que a su vez la hizo sentir fuerte tanto

psíquica como físicamente. Se sintió valorada, importante y esto le dio una motivación para mejorarse y seguir al pie de la letra los tratamientos y valorar la importancia de su salud y su alimentación adecuada.

Del mismo modo se trabajó con los pacientes del área de Emergencia que fueron referidos a Psicología, tal como fue el caso de una paciente de 31 años que presentaba una hemorragia vaginal post-aborto, sin base biológica, ya que los médicos refirieron que la mujer no estaba embarazada, ni había estado embarazada, por lo que no se explicaban el origen de la hemorragia. Al entrevistar a la paciente esta mostraba síntomas de depresión y ansiedad, debido a que había intentado quedar embarazada durante los últimos ocho años, pero no había podido y “necesitaba” quedar embarazada, ya que todas sus cuñadas y hermanas habían tenido hijos menos ella. La paciente refería que todos la señalaban porque no podía tener hijos y este era el mayor deseo que tenía. Al trabajar los niveles de ansiedad con la mujer, a través de técnicas cognitiva-conductuales, visualizaciones y ejercicios de relajación, se logró determinar que sus niveles de estrés eran muy elevados debido a la frustración manejada por la necesidad de estar embarazada. Se trabajó a través de terapia cognitiva y la paciente encontró formas de realización secundarias tales como ser voluntaria de una casa-hogar para bebés y posteriormente adoptó un bebé sin importarle las malas opiniones de sus parientes; al poco tiempo de haber adoptado, la mujer concibió un hijo, según refirió en un encuentro posterior. Según ella, el haber manejado su ansiedad a través de actividades reales (realizar ejercicio y ser voluntaria) en lugar de tener ideas recurrentes que la llevaban a sentirse frustrada, le permitió mejorar su vida y su salud, y su entorno familiar en general.

La atención de la población de Emergencia permitió evaluar a personas provenientes de sectores lejanos y aldeas poco conocidas, manifestado a través de la diversidad ideológica, evidente en el pensamiento mágico de la población y la falta de desarrollo educativo, especialmente en la población femenina, tal como fue el caso de una adolescente que padecía de ataques de ansiedad, quien refirió que estos eran el resultado de un “trabajito” que le había hecho el brujo del pueblo, por envidia. Al ser evaluada se evidenció que la dinámica familiar actual de la paciente (muerte de la madre, emigración del padre a Estados Unidos y su mudanza a la casa de una tía muy estricta que los rechazaba) y recientes eventos traumáticos como el infarto del padre, el rechazo del novio por parte de la tía y el encierro de la joven en la casa,

desencadenaron el ataque de ansiedad; sin embargo, refirió que “no estaba loca” y que no iba a recibir el tratamiento, en cambio iba a ir con un curandero. Se le orientó para que pudiera desmitificar su concepción de la Psicología y se trabajaron ejercicios de relajación y la utilización de técnicas proyectivas como la silla vacía para la externalización de sentimientos y emociones reprimidas, sin embargo la joven se mostraba renuente ante dichas actividades, por lo que se procedía a hablar, sin embargo la paciente rechazó esta idea y decidió irse. Sin embargo, esta orientación brindada a la paciente y a la tía, permitió que el hermano de la joven si asistiera a consulta psicológica para “desahogarse de todo lo que sentía”, dando paso a resultados mayores, ya que la joven comenzó a asistir a consulta psicológica al Hospital de Chimaltenango, después de que la “limpia” no le funcionara, dando como resultado la finalización de sus ataques de ansiedad y una mejora en la relación con su tía. Sin embargo, resulta interesante evidenciar la influencia de la diversidad de pensamientos mágicos, históricamente transmitidos en las diferentes culturas, lo cual permite enriquecer el estudio de la personalidad humana, sus patologías y sus diversas manifestaciones somáticas, permitiendo así, conocer al sujeto más allá de un simple registro y convirtiéndolo en un ser integral en toda su concepción, no sólo al momento de su evaluación sino al momento de su atención psicológica o tratamiento y al momento de su reevaluación.

A su vez, la atención directa en el servicio de Maternidad y Gineco-Obstetricia, resultó ser una de las actividades más interesantes y satisfactorias de todo el proceso de Ejercicio Profesional Supervisado. El contacto y la interacción con las mujeres que asistían a dicho servicio permitían conocer sus problemáticas principales, dirigidas inicialmente hacia el ámbito familiar y posteriormente al ámbito personal. Estas mujeres tienden a dirigir su vida hacia su círculo primario antes de ser dueñas de su propia vida. Las decisiones que toman van dirigidas hacia sus parejas, sus hijos y sus parientes, dejando de lado su propia vida. Este servicio requirió de un enfoque diferente al de los demás servicios, debido a las problemáticas propias femeninas, en las cuales era esencial ganarse la confianza de las mujeres a través del contacto directo y personal para posteriormente abordar sus problemáticas a través de un dialogo informal y una terapia, hasta cierto punto, grupal. Estas mujeres presentaban un contexto en el que presentaban su forma particular de resolver y manejar sus problemáticas, por lo que fue necesario abarcar cada caso como un proceso

investigativo nuevo, con el fin de brindar el apoyo necesario según cada mujer, lo que dio un resultado positivo en todo sentido. Es esencial reconocer que técnicas propias de enfoque psicodinámico, existencialista o fenomenológico son obsoletas con estas mujeres, por lo que se debió tener un contacto muy íntimo con cada una para intervenir en sus procesos personales.

Gran parte de esta población femenina proviene de áreas rurales y son, en su mayoría, indígenas, por lo que es usual observar conductas sumisas, donde su papel principal es ser objeto de concepción y de servicio hacia el esposo. Tienen ideas conformistas y limitadas, dado que muchas son analfabetas o estudiadas hasta los primeros grados de primaria. Son mujeres acostumbradas a luchar día a día pero limitadas en la toma de decisiones y resolución de problemas. Al presentarse alguna situación que desestabilice su ya difícil vida, lo razonan con ideas de culpa y frustración, reforzando su percepción personal de inútiles o de mujeres con mala suerte nacidas para sufrir. Estas mujeres presentan una personalidad pasiva, sumisa y generalmente son abusadas por el esposo, los hijos o los vecinos o familia política. La mayor parte de las mujeres que asisten a este servicio cuentan con una familia numerosa y que sigue incrementándose, no por deseo propio sino del esposo, ya que no pueden utilizar un método anticonceptivo, ya sea por ignorancia o miedo al esposo porque “piensa que anda con otro”. Ellas pocas veces deciden cuando quieren tener hijos, cuando tener relaciones, cuando decidir sobre su propio cuerpo; el esposo lo hace por ellas. Estas mujeres tienden a estar en un estado depresivo no identificado, en el cual su vida no tiene sentido más que para vivir por el esposo y “sus patojos”, porque no viven por ellas. Guardan en silencio sus ideas, pensamientos, sentimientos, sueños y anhelos y cuando alguien ofrece escucharlas, logran exteriorizar toda la carga emocional que llevan consigo.

Al ser referidas por los médicos o enfermeras de Maternidad, se buscaba un espacio para hablar con ellas y se brindaba apoyo emocional, el cual evidentemente buscan y aceptan al ser ofrecido. El trabajo terapéutico realizado a través del abordaje personal permitió que estas mujeres tuvieran una mejor perspectiva de sus vidas y de tomar el control de ellas, dando pie a un cambio en su pensamiento y en su autoestima y en sus acciones. Este apoyo sirvió como un catalizador para iniciar su proceso personal de cambio. El cambio en su estado de ánimo, su semblante, su tono de voz, postura y su seguridad personal era perceptible, encontrando mujeres

fuerzas, con voz propia y con ideas que podían verbalizar sin miedo, con la libertad de reconocer sus emociones y sus procesos personales.

Asimismo, este apoyo psicoemocional, les da la oportunidad de cambiar su actitud ante situaciones fuera de su control. Tal fue el caso de una paciente interna de 26 años quien padecía de vómitos continuos en su sexto mes de embarazo, por más de dos semanas sin causa médica, padecía desnutrición y no podía mantenerse en buen estado para continuar su embarazo, la paciente refería haber quedado embarazada sin planearlo y no contar con apoyo de ningún pariente o pareja, por lo que se sentía sola, presentando algunos signos depresivos y rechazo al embarazo manifestado a través de los vómitos. Después de brindársele apoyo psicológico a través de diálogos diarios durante una semana, en los cuales se abordaban sus temores, sus preocupaciones económicas, sus fortalezas para hacer frente a los mismos y su nuevo papel como madre lo cual se reforzó con actividades ocupacionales como tejidos para su bebé o pinturas para cuando naciera, que a la vez le permitían establecer una conexión especial con el papel de madre, por medio del cual tendría una nueva oportunidad de realización, la paciente fue fortaleciendo su seguridad y aceptando su estado, lo que derivó en una condición de embarazo estable y en una total eliminación de los vómitos. La paciente se recuperó a los pocos días y fue dada de egreso del hospital. A los tres meses regresó a dar a luz a un bebé sano, agradeciendo el constante apoyo que le había permitido continuar su embarazo, dicho evento impactó la vida de la paciente de una manera positiva lo que permitió extender dicho impacto positivo en todos los ambientes en que la paciente se desenvolvía (laboral: ya que logro conservar su trabajo; familiar: se fortaleció y logró resolver su situación familiar y emocional: le dio seguridad en si misma para continuar con su situación y lograr estabilidad económica y laboral).

La atención directa a través del servicio de Psicología, permitió abrir espacios que anteriormente estaban cerrados para los pacientes del Hospital y sus familiares, para reconocer la importancia de la salud mental en pro de la salud física, motivando logros personales tales como el fortalecimiento de los roles personales (padre, madre, esposo, etc.) independiente de los roles sociales establecidos que “debía cumplir” y el fortalecimiento de recursos psicológicos y emocionales para generar un equilibrio emocional y general; contar con dicha opción, permite a la persona ser sujeto de su propio crecimiento y estabilidad general, manifestándose a la vez, como un total, no

solo al impacto en los diversos niveles, en los cuales se evidencia el equilibrio en el hogar de los y las pacientes, sino la relevancia que se le da al bienestar general de su entorno y su círculo primario, sin embargo, el impacto positivo del servicio fue evidente a través de las referencias indirectas de pacientes, quienes asistieron con el fin de mejorar la dinámica familiar o de pareja, lo que a su vez amplió el servicio y el impacto del mismo. A su vez, el apoyo brindado al departamento de Psicología por parte de las enfermeras ayudó a ampliar la percepción positiva del servicio a las pacientes, dejando ver que en momentos de dificultad podían contar con el apoyo de la psicóloga.

Sin embargo no se puede decir lo mismo de parte del equipo médico, quienes muchas veces veían a Psicología como la última opción, si en dado caso la veían como opción. La actitud de muchos médicos era de rechazo e incluso burla ante dicha atención, haciendo ver a las pacientes que el apoyo dado por parte de Psicología no iba a ayudarles en nada, ya que su problema era médico. En forma general, era perceptible el trato poco sensible hacia los pacientes por parte de muchos médicos, quienes en ocasiones no hacían caso a las peticiones de los pacientes, especialmente los ancianos de consulta interna y algunas mujeres de Maternidad. Es preciso aclarar que no todo el personal médico actuaba o pensaba de esta manera, ya que existían médicos y practicantes que, sensibles a las necesidades de los y las pacientes, buscaban brindarles un apoyo integral, por lo que las referían informalmente a Psicología para que se les brindara apoyo psicoemocional. Este fenómeno pudo ser apreciado en todos los servicios de medicina interna y externa del nosocomio, lo que muchas veces dificultó el trabajo con los pacientes por falta de apoyo de algunos médicos, mientras que en algunas otras ocasiones permitió llegar a pacientes no planificados o referidos, gracias al interés de algunos médicos en el servicio y en sus beneficios. Este apoyo por parte de algunos médicos y enfermeras permitió desarrollar un trabajo multidisciplinario en pro de la salud integral de los y las pacientes. Dicha relación entre médicos, enfermeras y psicólogos, dió oportunidad de establecer una mecánica de trabajo positiva en la cual la discusión de casos era relevante y las decisiones eran tomadas siempre en base a la evolución psicológica del paciente, tal como se pudo evidenciar en el caso de un joven que intento suicidarse a través de la ingestión de sustancias tóxicas, quien iba a ser dado de alta el día en que se refirió para evaluación psicológica; al atender el caso se pudo

evidenciar la desorientación del paciente y su dificultad para atender procesos mentales superiores, por lo que se negó el egreso hasta ser reevaluado al día siguiente, lo que permitió a los médicos a su vez, diagnosticar una condición médica severa que no había sido percibida en su momento.

Los horarios de las rondas médicas dificultaron la atención psicológica que se brindó a los pacientes. Los procesos psicológicos representaban una actividad prolongada, en la cual se necesitaba establecer un proceso de diálogo continuo para recabar información y proporcionar terapia breve o de soporte, sin embargo las rondas médicas interrumpían dicho proceso haciendo más difícil que este pudiera ser brindado a los y las pacientes de manera continua; el exceso de pacientes en diversas salas o áreas de medicina interna dificultaban los procesos de atención directa brindados a esta población. Asimismo, la atención directa brindada en la clínica de Consulta Externa se vio dificultada por la ausencia de los pacientes a las citas, casos de emergencia que requerían atención inmediata, la falta de tiempo para atender a tantos pacientes y las restricciones que derivaron de las prevenciones tomadas por el Ministerio de Salud y el Hospital por el contagio de la Gripe AH1N1. Los factores que limitaron el servicio fueron diversos, lo que contempló un reto para el proceso de atención directa, sin embargo fué evidente que el impacto positivo y los logros en estos servicios fueron mayores que las necesidades y los logros.

El impacto general del proceso de atención directa en las personas que asistieron a consulta fue reflejado en su desenvolvimiento cotidiano a nivel personal y social, brindándoles oportunidades de realización superiores a las planteadas en la primera consulta. La superación de las dificultades, así como la determinación y el poder decidir sobre la forma en que reaccionarían ante los problemas o las situaciones difíciles, constituyeron un enriquecimiento personal e individual sin límites. Si bien estaban conscientes de las dificultades diarias y sociales a las que se enfrentaban, se volvieron conscientes que ellos no tenían poder sobre estas, sino sobre ellos mismos, lo que dio pie a la apertura de nuevas experiencias y a la capacidad de resolver y enfrentar sus problemáticas de la manera que ellos consideraban adecuada a su vida y a su entorno en general.

En relación al proceso formativo y de docencia, se pudieron evidenciar logros tangibles en la población, como lo fue el incremento de la población que participaba en las charlas de consulta externa o en la necesidad de ampliar las charlas de

consulta interna a nuevos servicios. La participación de los sujetos fue esencial para el éxito y el desarrollo de este proceso, el cual permitió identificar y conocer más profundamente la dinámica social del área, a través de la población que se vio beneficiada por este eje de trabajo. El cambio de conducta en los participantes, ahora seres activos, participativos, con una opinión personal y propia, permitió identificar las diversas fortalezas y potencialidades latentes en cada individuo. Estas actividades a su vez, permitieron un contacto general con la población, determinando una nueva dinámica de trabajo adaptada a las necesidades de los grupos sociales con quienes se trabajó. Desde las charlas informativas relacionadas con la promoción de la salud mental hasta las charlas grupales brindadas a la Asociación de Jubilados de Sacatepequez, dichas actividades lograron el objetivo inicial planteado en el proyecto, a través del impacto de la información brindada o del intercambio de opiniones entre diversos sujetos sociales, que enriquecieron la percepción y las ideas sociales en base a temas generales de interés individual y social.

Las charlas dirigidas a la población de Consulta Externa fueron una de las estrategias generales utilizadas para establecer un contacto cotidiano con la población que asistía al Hospital. A través de estas charlas fue posible observar que pocas personas conocen de estos trastornos y muchos los confunden con “estados normales o pasajeros”, tal como fue posible observar a través de pequeños diálogos con personas que se acercaban a preguntar por el tema presentado, posterior a recibir el trifoliar o volante informativo, o bien a preguntar sobre el servicio. Asimismo fue posible observar la necesidad que presentan las mujeres hacia el servicio, ya que todas las personas que se acercaron a preguntar por el servicio, clarificar dudas del tema o bien para pedir consulta inmediatamente, fueron en su totalidad mujeres, quienes en muchos casos querían que se le diera la charla al esposo, al novio o a algún familiar cercano. A la vez fue gratificante observar que muchas personas que se mostraban desinteresadas al inicio de la charla, se acercaban posteriormente a la clínica para pedir algún trifoliar extra, ya que en ese momento no habían podido tomar uno por el esposo o por la persona que les acompañaba por miedo a ser juzgadas o quedar como “ridículas o locas”, esto junto con las personas que a los días se acercaban a pedir cita referidas por alguien que les había dado el trifoliar, fueron logros tangibles en relación a este servicio de docencia. Asimismo, fue posible observar un cambio por parte de la población, a través de su actitud contrastante, ya

que en la primera charla se mostraron indiferentes o incluso mostraban temor a aceptar un trifoliar informativo; mientras que en las últimas charlas la aceptación era total e incluso había gente que refería “ya me habían contado que aquí daban información y charlas de psicología”, por lo que se mostraban más abiertas a recibir cualquier información e incluso a acercarse a pedir más trifoliales.

El aspecto más interesante a lo largo de estas charlas se relacionó con unas de las últimas charlas brindadas en relación al Maltrato Infantil y Violencia Intrafamiliar, ya que la población asistente a los servicios de Pediatría y Maternidad, tanto hombres como mujeres se mostraron incómodos con este tema, muchas mujeres desviaban la mirada y los hombres volteaban a ver hacia otro lado, fué posible observar la renuencia de la población hacia el abordamiento del tema, ya que fueron las únicas charlas en las que se resistieron a recibir un trifoliar, posiblemente evadiendo el tema, evitando así aceptarlo como parte de su realidad o tomarlo como algo presente en sus vidas. Asimismo, se pudo observar que para muchas mujeres el tema de Violencia Intrafamiliar era un tema que genero inquietud de manera personal, ya que algunas de ellas veían la agresión como algo natural, incluso como un rasgo característico de su pareja, confirmándolo con frases tales como: “él es así”, “el me quiere, pero no sabe demostrarlo de otra manera”; al abordar a estas mujeres de manera individual estas pudieron exteriorizar el malestar emocional que sentían a causa de la agresión por parte de su pareja y muchas veces retomaban su historia personal recordando como su padre las habían golpeado, no solo a ellas y a sus hermanas sino a sus madres; por lo que observaban como “natural” la situación, sin embargo a través de estas charlas fueron haciéndose concientes de sus propias palabras y pensamientos que determinaban su baja autoestima, la mala imagen de los hombres y del matrimonio, y sobre todo los patrones culturales y de crianza que estaban transmitiendo a sus hijos e hijas, por lo que su catarsis en general fue fuerte e impactante, logrando llorar y verbalizar todas las emociones que han sentido, y a la vez el miedo que tienen de enfrentarse a su pareja y finalizar este circulo de violencia. La simple inquietud y el sentimiento de “alivio” que les brindo el desahogo fue un logro personal para las pacientes, quienes siguieron asistiendo a citas de Consulta Externa para fortalecer su autoestima y transformar su situación familiar.

En algunos casos la atención quedó en el desahogo, ya que el miedo de las mujeres era mayor que la necesidad de finalizar el ya perpetuado ciclo de violencia. A

la vez, fué posible observar mujeres tímidas que manifestaban necesidad de atención con su lenguaje no verbal, ya que miraban interesadas el trifoliar pero con mucho temor, estas mujeres estaban impedidas a acercarse por la pareja o por el miedo a que alguien conocido las viera y les contara al esposo o bien a la burla de otras personas tal como lo manifestaron algunas de estas; por lo que fue necesario buscar otro medio para que se pudieran informar sin necesidad de ser abordadas de manera personal, para lo cual se esperaba a que disminuyera la consulta y luego se les abordaba a través de una charla casual, dándoles la oportunidad de establecer un contacto personal que permitía la apertura al dialogo y posteriormente a la atención psicológica pertinente.

El principal logro de estas charlas no consistió únicamente en informar a la población acerca de temas relevantes relacionados al bienestar general y a la promoción de la salud mental, sino que se obtuvo a través del contacto cotidiano y general de la población con la Psicología a través de medios generalizados que permitieron una apertura general hacia la misma, dejando de lado temores, ideas preconcebidas, juicios o experiencias a priori que determinaban la percepción de la misma. Este espacio cotidiano a su vez permitió que las personas accedieran a comunicar sus necesidades y problemáticas individuales y familiares con el fin de mejorar la calidad de su entorno y de su vida, para lo cual debían establecer un contacto directo con la Psicología como enfoque de apoyo y como posible salida en pro de su beneficio personal. Fue posible percibir el cambio general de la población en la forma en que interactuaron durante las primeras charlas y las charlas posteriores, dado que en las primeras oportunidades buscaban parecer desinteresados y ajenos a los temas y al área de Psicología. Conforme las charlas se fueron haciendo mas usuales y comunes fue posible evidenciar el cambio de postura corporal, de opiniones y de concepción de la población hacia los temas, la psicóloga y la Psicología en general, lo cual pudo observarse en el interés de la población por los temas y el acercamiento para consultas individuales y la solicitud de trifoliales extra aun después de terminada la charla. Muchas de las personas que escuchaban las charlas pedían trifoliales o citas para familiares cercanos, amigos o conocidos por los que estaban preocupados, a quienes buscaban beneficiar a través de este servicio. Frases tales como “yo pensé que la Psicología era para locos pero veo que no” y “que interesante la información, yo pensaba que estar así era normal”, entre otras,

permitieron conocer el cambio de opinión de la población respecto a la disciplina psicológica como proceso de atención. Este mismo impacto fue evidente en relación al Mural Informativo de Psicología.

Del mismo modo, las charlas en el área de Maternidad permitieron logros específicos en base a objetivos establecidos inicialmente en pro de la salud general de estas mujeres. Este espacio permitió a las mujeres conocer un poco más sobre la Psicología a la vez que permitió fortalecer sus procesos psicoemocionales en relación a su papel como mujer, como madres y como esposas. La estrechez y el fortalecimiento del vínculo con sus hijos fue otro logro de esta actividad. Asimismo, el abordamiento y discusión de ciertos temas permitió que estas mujeres expresaran opiniones que generalmente son reprimidas o ignoradas en su casa o en su familia. Esta oportunidad de expresión dejó entrever la capacidad y los recursos psicológicos con los que cuentan las pacientes de esta área, lo que permitió que esta actividad se convirtiera a su vez en un proceso de atención directa general. A la vez, este espacio formativo permitió que dicho proceso se convirtiera en un grupo de apoyo para las mismas mujeres internas, quienes se brindaban palabras de aliento y apoyo ante las situaciones cotidianas y complejas que enfrentaban cada día, tanto dentro como fuera del centro asistencial. Asimismo, es relevante aclarar que la importancia del abordamiento y la discusión de los temas, radicó en el cuidado y respeto hacia la cultura de cada paciente; ya que la mayor parte de estas era de origen indígena y en algunas ocasiones, sus creencias personales (impuestas más que elegidas) no concordaban con la información brindada en relación a los diversos temas, sin embargo, esta misma contrariedad de opiniones era lo que permitía la participación activa de las pacientes y el enriquecimiento del tema, especialmente en aquellos que fueron enfocados hacia el vínculo entre madre e hijo, la relevancia de la lactancia materna, la autoestima de la madre después del parto o bien el involucramiento de la pareja en el desarrollo del niño.

La privacidad en los cuartos de encamamiento brindaba un espacio “adecuado” para la implementación de charlas grupales, debido a su dinámica específica, sin embargo, esto dió pie a que la terapia individual se convirtiera en una terapia grupal, debido a que muchas de las mujeres con las que se realizó el programa y que asisten a esta área necesitan apoyo emocional específico, siendo estos casos los casos que los médicos dejan de lado, ya que refieren a los casos más “urgentes” o las pacientes

con los casos más “graves”. La terapia de apoyo es brindada incluso dentro de las mismas pacientes sin necesidad de la terapeuta, debido a que muchas han padecido problemáticas similares, especialmente en relación a problemas familiares. Un pequeña parte de los casos originados en base a esta charlas (convertidas en terapias grupales), trascendieron en un logro positivo tanto para las pacientes como para los psicólogos del Departamento, convirtiéndose en casos de seguimiento para el área de Consulta Externa de Psicología, debido a que la atención no quedo limitada de manera inmediata en el área de encamamiento, sino permitió continuar un proceso a largo plazo, permitiendo brindar oportunidad a las pacientes de crecer y mejorar en todos los aspectos de su vida, especialmente en el fortalecimiento de sus recursos en general.

Asimismo, el programa de charlas en la Clínica de la Lactancia Materna, en relación al programa de Estimulación Temprana, permitió el fortalecimiento del vínculo materno con sus bebés debido a la ejecución de la rutina de manera diaria, así como la constante atención hacia sus hijos, lo cual brindó estabilidad emocional a las madres en relación a la atención brindada a sus bebés y a la dinámica familiar en general. La falta de educación en relación a la atención hacia los infantes y la estimulación oportuna, incluso en casos de niños con necesidades educativas especiales, fue una de las principales problemáticas en estas charlas. Muchas mujeres no reciben la orientación adecuada para tomar cuidados prenatales que permitan el desarrollo óptimo de los niños en el periodo gestacional. Algunas de estas mujeres no conocían la importancia de una alimentación balanceada, nutritiva y sana complementada con ácido fólico, en pro de la formación adecuada del tubo neural para asegurar la condición física del sistema nervioso de los niños.

Al implementar las charlas de Estimulación Temprana, gran parte de la población se mostró escéptica ante este programa, expresando que ellas no tenían tiempo para “jugar” con el niño y menos para hacerle masajes, ya que ellos iban a aprender a caminar y a jugar con los hermanos. La mayor parte de la población que rechazaba el programa era de origen indígena. Muchas de estas mujeres se presentaban solas y referían venir solo a la consulta para ver como estaba creciendo el “gùiro” o “ishto”, para que no se les enfermara. Del mismo modo, muchas mujeres que venían a consulta eran madres primerizas, quienes se mostraban interesadas por brindar a sus hijos una oportunidad para desarrollar las capacidades de sus hijos a

través de actividades cortas y especialmente a fortalecer el vínculo entre madre e hijo o hija. Parte interesante de la actividad fue contar con la presencia de algunos padres, que traían a sus hijos para chequeo medico ya que sus esposas estaban aun en reposo o se habían quedado con sus otros hijos. Estos hombres se mostraban muy interesados en el programa, y aunque no participaban con dudas o realizando los ejercicios, mostraban atención constante a la explicación y buscaban aclarar dudas posteriormente. Gran parte de la población que participo en dichas charlas busco continuar con el programa con apoyo de la Clínica de Psicología Infantil, ya que referían que las actividades eran un excelente recursos para ellas y sus hijos.

Sin embargo, la actitud de algunos médicos pediatras representó una limitante a este programa. Algunos se mostraban poco colaboradores y escépticos ante la charla, e incluso manifestaban ideas burlonas o de risa ante la demostración explicativa, esta actitud se pudo evidenciar en el grupo de médicos externos e internos del área de Pediatría, quienes demostraban rechazo ante dicho programa. Un grupo menor de médicos, por el contrario, mostró un interés grande ante la oportunidad de brindar más recursos a sus pacientes a través del apoyo psicológico y la orientación general hacia las madres. Estos médicos no solo motivaron la creación del espacio para brindar las charlas, sino buscaron trabajar de la mano con el Departamento de Psicología para lo cual solicitaron una conferencia participativa dirigida a los médicos, internos y externos del área de Pediatría, relacionada con la Estimulación Temprana. Dicha conferencia fue realizada en base a teorías y actividades prácticas fundamentadas en manuales establecidos por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo para la Infancia – UNICEF -. En estas charlas se abarcaron diversos beneficios de dicha programa y se dio pie a una discusión entre médicos y psicólogas, lo que trajo aportaciones interesantes por parte de ambos grupos. Al inicio fue difícil contar con el apoyo de algunos médicos en particular que rebatían todos los argumentos dados por las Psicólogas. Estos médicos demostraban actitudes negativas y deseos de exaltar el enfoque medico ante el psicológico, sin embargo, la misma actitud receptiva del resto del equipo, no permitió que esta afectara la dinámica de la charla.

El éxito de la misma dio paso a la implementación del programa en el área de Maternidad y Ginecología a través de charlas generales y origino una segunda parte de la conferencia brindada entre ambas disciplinas. Del mismo modo, se logró

ampliar la aceptación del servicio de Psicología Infantil a un grupo mayor de mujeres, hombres y niños, los cuales se vieron beneficiados por el programa a partir de las charlas brindadas en la Clínica de la Lactancia Materna. Para este logro, fue esencial contar con el apoyo de la médica jefe del área de Pediatría y de la psicóloga encargada de la Clínica Infantil.

Paralelo al desarrollo del programa de Estimulación Temprana, se realizó el apoyo a la Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepequez – AJUPENSA-, por medio de charlas mensuales relacionadas a temas psicológicos dirigidos a personas de la tercera edad. Este programa pasó a ser una de las actividades del proceso formativo-docente que más enriquecimiento representó para el proceso de EPS en general. La participación y el interés general de parte de esta población hacia los temas, las actividades y la psicóloga en general fueron parte de las experiencias acumuladas a lo largo del tiempo del trabajo. Asimismo, la identificación entre esta población con la psicóloga encargada del programa representó un logro inesperado pero significativo para la valoración de la experiencia. Sin embargo, este proceso fué progresivo y gradual.

La aceptación general de las charlas por parte de los participantes fué más evidente hacia el final del proyecto, así como el cambio en la percepción de los mismos hacia la Psicología y hacia los temas discutidos, ya que durante las primeras charlas la asistencia y la participación de las personas fue escasa, su postura general y sus gestos denotaban apatía a la charla y a las temas, posiblemente por experiencias previas y simplemente prejuicios individuales. A la vez, los temores personales de algunos asistentes confirmaron dicha opinión, con expresiones tales como: “usted es muy joven para ser una licenciada”, “apenas esta empezando a vivir”, “nosotros estamos viejos no locos” y “que nos puede enseñar a nosotros”. Es preciso especificar que dichos comentarios no provenían de todos los participantes, pero si de un gran porcentaje; conforme las charlas fueron realizándose y conforme la participación de los miembros aumentaba, también lo hacia la cantidad de personas que asistían a las sesiones. Muchos de los participantes realizaron esfuerzos importantes para presentarse a las sesiones y al momento de felicitarlos por su asistencia y participación, referían que habían hecho un esfuerzo para “no perderse la charla de la psicóloga”, según un comentario realizado por un miembro del grupo.

El impacto de dichas charlas en esta población fué relevante para el éxito del proceso general como para el proceso individual de los participantes, tal como se pudo percibir en el caso de una señora que a partir de su asistencia a una charla, opinó en el tema “Aceptación y defensas positivas ante el envejecimiento”, lo siguiente: *“Yo le tengo miedo a la muerte, pero ahora veo que no tengo por que temer”*. Esta mujer logró fortalecer sus defensas ante la ansiedad y miedo que genera la muerte, visto no sólo como un temor individual sino según el sentido de apego que se le da a la vida material en nuestras culturas occidentales y sobre todo el sentido egoísta que presentan muchos parientes de no querer que los mayores mueran por su miedo personal a sufrir, evidente en frases tales como “¿Que voy a hacer si te morís?”, “Yo no quiero que te muras, ¿que va a ser de mí?”, a lo que se suma el sentido de desesperación en muchas personas que se dan cuenta que su vida no era lo que ellos hubieran querido o que reconocen que su vida estuvo controlada por otros, por lo que el temor de que el final se acerca los abruma y se apodera de ellos.

En algunos casos fue posible observar el cambio de opinión de los participantes en relación a la Psicología, ya que asistieron al Hospital para asistir a citas individuales en Consulta Externa, logrando a través de la misma fortalecer su yo, verbalizar sus temores y manejar su ansiedad o problemas familiares y realizando actividades para prevenir la depresión, especialmente en casos de personas recién jubiladas o retiradas. Muchos de los asistentes empezaron a asistir al gimnasio, practicar jardinería, realizar tai-chi, asistir a actividades culturales y cursos, para evitar pensamientos obsesivos o compulsivos relacionados con sus temores personales. Sin embargo, el logro principal del dicho proceso fue el grado de empatía y relación de los miembros con la psicóloga epesista, ya que constantemente se recibían en el Departamento de Psicología invitaciones para participar en las diferentes actividades sociales del grupo, como lo fueron: la celebración del aniversario de la Asociación, las elecciones y toma de posesión de la nueva Junta Directiva y la misa en honor a la misma, el Convivio del día del Maestro, una excursión hacia una playa y el Convivio Navideño, actividades a las que se intentó asistir en su mayoría y que permitió observar la dinámica del grupo mas allá de las sesiones mensuales. Las dificultades relacionadas al programa de formación fueron variadas; desde la falta de costumbre de la población a las actividades de opinión de tipo grupal, en las

cuales deben participar expresando su opinión, hasta la incapacidad de algunas personas de verbalizar sus ideas y de expresar su desacuerdo con diversas opiniones e ideas, sin caer en enfrentamientos directos. Esta falta de oportunidades de expresión es evidente en la población del área, la cual se muestra ajena a la participación individual y colectiva ante situaciones de discusión y enriquecimiento de ideas y opiniones. Esta conducta es más evidente en mujeres que en hombres, y más observable en mujeres indígenas que en ladinas. La falta de apoyo por parte de algunas autoridades ante estos procesos de formación, representó otra dificultad principal para este proceso. Sin embargo, la mayor dificultad para la adecuada ejecución de las actividades de formación, consistió en la restricción impuesta por el Ministerio de Salud y de las autoridades del Hospital para implementar charlas grupales o actividades grupales, ante la amenaza de la Gripe AH1N1, la cual tuvo una duración de tres meses aproximadamente, de mayo a julio; por lo que estas actividades se vieron interrumpidas durante este tiempo y fueron retomadas hasta mediados del mes de agosto nuevamente. A pesar de esta limitación, la posterior implementación fue positiva y representó una serie de logros derivados de dichas actividades formativas. El mayor logro, en general, originado en base al proceso de formación fue que dichas actividades ayudaron a los participantes a verbalizar sus problemáticas y ventilar sus situaciones difíciles y traumáticas, así como evitar el temor a expresarse frente a otras personas y brindar su opinión, el cambio de actitud reservada a una participación abierta y pequeños cambios realizados en su vida, en su dinámica familiar e incluso en su forma de vestir, de hablar y de caminar fueron logros evidentes en muchos de los participantes que formaron parte de este servicio, así mismo el impacto en la población y el poder observar la dinámica social e involucrarse de manera directa con las personas. El impacto mayor fue perceptible en las mujeres que participaron en las actividades de dicho programa, cuya actitud fue de mayor seguridad, apertura a la opinión propia y de otros y a la seguridad personal, reflejada en una conducta asertiva al participar.

En relación al proceso de investigación cualitativa, es esencial mencionar que representó una serie de dificultades al inicio del mismo, ya que debió cambiarse el tema inicialmente seleccionado, debido a la limitación del tiempo que permanecen los pacientes en el área de Consulta Interna y Externa, por lo que fue difícil el abordaje del mismo, ya que representaba un proceso de acompañamiento continuo y constante

con las mujeres que presentaban embarazos difíciles y riesgosos. Posterior a dicha evaluación se propuso un nuevo tema que fue bien recibido por el Departamento de Psicología del Hospital y por el supervisor de la Universidad. Este nuevo tema permitió ampliar el grupo de mujeres con el que se trabajó, ya que se trabajó en base al embarazo precoz, en especial, porque más del 75 por ciento de las mujeres que daban a luz en el Hospital o asistían a Consulta Externa de Maternidad y Clínica de Alto Riesgo, eran jóvenes de 12 a 19 años de edad. La identificación del mismo tema surgió a través de la observación y el contacto directo con la comunidad y la población que asistía al Hospital, ya que muchos de los casos referidos a Psicología por parte de Maternidad, eran casos de mujeres jóvenes o adolescentes que tenían embarazos de alto riesgo. Del mismo modo era perceptible que la mayor parte de la población de Maternidad que eran mujeres mayores de edad, habían sido madres a muy temprana edad. Esto permitió asociar el tema con la problemática identificada en el área de Maternidad y de la comunidad en general, ya que el embarazo precoz es más común cada día, y va en aumento, en la cultura ladina. La identificación del tema permitió desarrollar un proceso creativo en base a las técnicas de investigación cualitativa, con el fin de conocer las diferencias en las representaciones sociales del embarazo precoz en las jóvenes ladinas e indígenas a través del contacto directo con la comunidad (pacientes de Maternidad de Consulta Externa e Interna, parientes, profesionales, líderes comunitarios y población en general), ya que fue evidente que estas no eran similares o parecidas en la cultura indígena y ladina, por lo mismo fue fundamental involucrar el entorno general directo de las mujeres jóvenes con las que se trabajó el proceso de investigación cualitativa.

El proceso creativo permitió, a su vez, la propuesta de objetivos específicos en base al objetivo general propuesto, actividades de dialogo y participativas, acordes a la realidad de las adolescentes y al mismo tiempo, el desarrollo de instrumentos de trabajo con el fin de recopilar información de fuentes primarias, relacionadas con el tema. Estas fuentes primarias fueron las mismas jóvenes, sus familiares, esposos, hermanos, y la comunidad en general, incluyendo líderes comunitarios y a la vez, se integró a personal médico de los servicios de Maternidad y Ginecología, y a algunos profesionales del campo social y psicológico que aportaron su opinión y conocimientos del tema en base a la experiencia y al contacto social que han tenido con la comunidad ladina y la comunidad indígena cakchiquel del área. Esto dio pie a

la recolección de datos a través de otras fuentes, como lo fue el Programa Nacional de Salud Reproductiva, el cual a través de enfermeras y encargadas, brindaron información relevante respecto al fenómeno del embarazo precoz en el área de Sacatepequez. A partir de esta información general obtenida, se desarrollaron los instrumentos de trabajo del proceso investigativos, los cuáles fueron formulados en base a los aspectos esenciales a conocer del tema de las representaciones sociales, formadas en base a constructos sociales a partir de opiniones individuales, las cuales son transmitidas y compartidas, bidireccionalmente, en la comunidad.

Los instrumentos creados fueron dirigidos a los sujetos que participaron en el proceso de investigación, por lo cual se dió origen a una entrevista dirigida semi-formal a las jóvenes que presentaban embarazo precoz, para conocer su opinión individual y la opinión social respecto a su embarazo. Esta entrevista fue realizada en base a un diálogo inicial desarrollado a través del contacto de estas adolescentes y la psicóloga epesista, con el apoyo de la enfermera encargada de la Clínica de Alto Riesgo, quien refería estos casos a la Clínica de Psicología. Este acuerdo fue uno de los primeros pasos del proceso investigativo, desarrollado paralelo a la recolección de datos e información, por lo que fue esencial trabajar en equipo con personal del Hospital. Asimismo, se desarrolló una entrevista dirigida a las jóvenes madres en el área Post-parto del servicio de Maternidad, con quienes se establecía un dialogo informal para promover la importancia de la lactancia materna y el vinculo afectivo entre madre e hijo, y posteriormente realizar la entrevista siempre y cuando ellas estuvieran de acuerdo en participar de la misma. Las jóvenes se mostraron afables y colaboradoras, lo que facilito mucho el trabajo investigativo y permitieron conocer su opinión sobre el tema, y muchas de ellas tendían a confirmar o rechazar esta opinión, en base a su experiencia personal.

La opinión, sentimiento y pensamiento del círculo primario y el microentorno de las jóvenes con embarazo precoz, presenta otra fuente de información secundaria, que permite conocer más a profundidad la representación social de dicho fenómeno. El papel del hombre, el padre, la madre y la familia política, representan los elementos fundamentales en la construcción y la reafirmación y confirmación de la opinión individual de las adolescentes, en relación a su opinión individual del fenómeno de impacto psicológico y social. Recopilar y conocer esta información, permite ampliar y revalidar y ratificar que las representaciones del embarazo precoz, parten de ser

sociales a ser individuales y al mismo tiempo, estas mismas representaciones individuales refuerzan la formación de la representación individual del fenómeno, perpetuando así, una constante humana en los grupos sociales, los cuales a su vez, ayudan a formar, permear y fundamentar las culturas y las estructuras sociales que dan paso al fortalecimiento, mantenimiento o debilitación de la presencia de dichos fenómenos, en la población. La relevancia de la representación social varía en las culturas con las que se trabaja y los roles de las mujeres en dichas culturas. Intrínseco al tema de la representación social del embarazo precoz, se encuentra el rol de la mujer dentro de ambas culturas, como base del mismo rol y el papel del hombre en ambas culturas, lo que conjuga una dinámica determinante para el sostenimiento y perpetración de dichos roles y representaciones sociales de los fenómenos relacionados al género y a la familia.

Asimismo, se formuló una entrevista para el personal médico y de servicios del área de Maternidad, tanto para Consulta Interna como para Consulta Externa, lo que dio pie a recabar información a través de profesionales que viven de cerca el fenómeno y han podido conocer las representaciones que tienen estas jóvenes en relación a su embarazo, y a la vez, permite conocer el aspecto médico en relación a esta problemática psicosocial que ha ido en aumento en el Hospital y que ha impactado la dinámica del mismo, ya que los médicos han tenido que capacitarse más para atender partos de alto riesgo en adolescentes, y para promover un proceso de educación y formación preventiva, con el fin de mantener y evitar el aumento de partos de adolescentes en el área. Asimismo, se formuló una entrevista para psicólogos sociales y antropólogos que conocieran y trabajaran con la población del área, ya que están en contacto directo con las jóvenes y las familias que conforman la comunidad, lo que brinda la oportunidad de sumergirse en la misma cultura y tradición, y conocer así, las representaciones sociales que se manejan en el área, en relación al origen étnico y cultural. Estos profesionales brindaron un aspecto relevante para el área de investigación, ya que el bagaje de información histórica-cultural que se maneja en las representaciones sociales, está profundamente ligada a la historia de la población, la humanidad y la cultura latinoamericana, indígena y ladina, así como a la propia psique de las jóvenes y de su familia en torno al tema, a través del inconsciente individual y al inconsciente colectivo que se maneja en las diversas sociedades y grupos sociales, con los que tienen contacto estos profesionales.

Por último, se desarrolló y estableció una discusión grupal, dirigida a la población en general, con el fin de conocer la opinión y el pensamiento de los individuos que conforman la comunidad y el entorno social en el que se desarrolla y se desenvuelve la misma adolescente, con el fin de conocer el origen y la perpetración de dichas representaciones culturales y los medios en los cuales se transmiten y se adaptan al pensamiento individual y colectivo del grupo de adolescentes con las que se trabajó. Esta misma población fue conformada por los líderes comunitarios (maestros, religiosos, encargados de instituciones sociales) y por la misma población que conforma a los familiares de muchas de estas adolescentes o de alguna adolescente que en algún momento presentó un embarazo precoz, por lo cual, representaban una muestra esencial para la realización de la discusión grupal.

Estos instrumentos permitieron integrar las tres dimensiones del proceso desarrollado, ya que se dentro del mismo servicio de atención directa se realizaron las entrevistas a las adolescentes en el área de Maternidad, tanto de Consulta Externa como de Consulta Interna. A la vez, se realizó la creación del escenario a través del eje formativo y de docencia por medio de charlas informativas con temas relacionados con el embarazo precoz, con el fin de observar las reacciones y las opiniones de la población, en el área de Consulta Externa y de Consulta Interna de Maternidad y Ginecología y promover la discusión grupal como medio de formación. Por último, se aprovechó para integrar el proceso investigativo con el trabajo con Redes Multisectoriales, ya que se contó con apoyo del Programa Nacional de Salud Reproductiva, el cual brindó material tal como videos, presentaciones audiovisuales, carteles informativos y trifoliales para la creación del escenario investigativo.

La actitud receptiva y positiva de la población en base su involucramiento en el proceso, fueron elementos decisivos para un adecuado escenario y la apropiada aplicación de los instrumentos, así como la conveniente aceptación de la psicóloga investigadora para realizar dicho proceso. Esta actitud fue perceptible a través de la animada participación de la población en la discusión grupal, así como la apertura de las adolescentes hacia el dialogo informal y la posterior entrevista directa, en la cual se desarrollaron con toda confianza y sin temor. Muchas de estas jóvenes pudieron opinar sin dificultad, respecto a un tema que nunca habían tenido oportunidad de analizar. Asimismo, la opinión individual de cada una respecto al embarazo precoz, fue esencial para evidenciar la apropiación del proceso investigativo y brindó, a su

vez, la oportunidad de expresarse, opinar, dar a conocer su voz y sus pensamientos, hecho poco usual en gran parte de estas jóvenes.

Una vez creado el escenario y cotidianizado el contacto con la población y los sujetos de la investigación, se dió paso a la aplicación de los instrumentos de investigación, en un transcurso de seis meses, abarcando una cantidad significativa de jóvenes con embarazo precoz, profesionales, personal médico y población general que brindaron el aspecto social fundamental para el proceso cualitativo. El mismo proceso en general, permitió a la población y a las mismas jóvenes, hacerse concientes del origen de sus opiniones en relación al fenómeno del embarazo precoz, tanto a nivel individual como social, a identificar los elementos relacionados en el mismo y a percibir, la diferencia y variedad de opiniones culturales en relación al mismo. Para los mismos líderes comunitarios y la población, el proceso de participación brindó una oportunidad de plasmar su pensamiento colectivo en torno al tema, en base a opiniones individuales fundamentadas en tradiciones propias de la comunidad, transmitidas de forma intrínseca, dentro de la misma dinámica social, lo cual viene a ser un componente importante en relación a la memoria de la misma.

A partir de los datos obtenidos, se pudo obtener información esencial en base a las representaciones sociales y su formación cultural a través de opiniones individuales compartidas propias de cada cultura (ladina e indígena), pero a la vez, se identificaron elementos sociales subyacentes dentro de estas representaciones sociales pero relevantes para la formación de la misma representación social, tal como lo es el papel histórico-cultural de la mujer y la representación de la misma como un sujeto-objeto cuya función principal es procrear y transmitir la cultura a los hijos, en la cultura indígena principalmente.

En relación al eje del conocimiento del problema o fenómeno, fue posible identificar que gran parte de las adolescentes entrevistadas no conocen el término embarazo precoz o su significado, dado que lo relacionan con un embarazo pretérmino o un adelanto en el tiempo del parto, tal como lo evidencio una joven de 16 años con un embarazo de 26 semanas de gestación: ...“no sé que es eso, tal vez que el embarazo se puede adelantar o atrasar”. Un pequeño grupo relacionó el termino embarazo precoz con su estado general, mientras que en relación a los familiares de estas jóvenes, fue posible evidenciar que los padres, suegros y hermanos mayores conocen o manejan el termino a grandes rasgos, tal como lo refiere el esposo de una

joven que asistió a entrevista: “es cuando una joven se embaraza antes de ser mayor de edad”. La población en general y los líderes comunitarios manejan el término, aunque con sus propios términos, ya que refirieron que es el “embarazo en una patoja menor de edad”. Por su parte los profesionales, tanto médicos como de área sociales, brindaron una opinión profesional respecto a este término, aclarando que “es cuando una joven menor de 18 ó 19 años presentan un embarazo, planificado o no planificado” y varios agregaron que este es “uno de los grandes fenómenos sociales existentes en nuestras culturas latinoamericanas” y “que van en aumento”. Gran parte de la población refirió “que esto es normal, ya que casi todas las jovencitas se casan a temprana edad” y “que las patojas rápido se salen de sus casas, para ser mamás”.

Posterior a conocer el manejo de término por parte de los diversos sectores participantes en el proceso investigativo, se dió paso a conocer las diversas opiniones que cada grupo tenía o manejaba en relación al embarazo precoz. Este apartado fue esencial para la creación de los instrumentos ya que a partir de las representaciones sociales se forman las opiniones individuales y viceversa, y a partir de las mismas opiniones, es posible conocer las representaciones sociales propias de una cultura o una comunidad. Estas mismas opiniones o percepciones que se tengan de las personas y de cómo se ve al mundo, es relevante para las jóvenes que presentan embarazo precoz, así como para su grupo primario, y sobre todo para la misma comunidad.

Las jóvenes que entrevistada que presentaban embarazo precoz, opinaban que “era algo natural”, ya que “todas las mujeres tienen que ser madres” o bien, referían que “era un regalo” y “que les gustaba saber que iban a tener un bebe” al que podían cuidar. Una pequeña parte refirió que “estuvo mal estar embarazada a esta edad, ya que tener hijos es cosa de adultos”. La opinión y percepción inicial del fenómeno, estaba presente en la mayor parte de las jóvenes, quienes se mostraban contentas con el embarazo y felices de contar con apoyo de sus padres. Este hecho fue percibido en las jóvenes de origen ladino principalmente, independientemente de que contaran con el apoyo de sus padres y su comunidad o si habían interrumpido sus estudios o no, sin embargo, todas las jóvenes de este grupo, manifestaron que “de volver a escoger o tener la oportunidad, tendría hijos mas grande, ya que así podría tener más cosas para mis hijos, y mas oportunidad de estudiar y darles una mejor vida”. Otra parte de las jóvenes opinaba que “estaba bien, ya que ellas iban a tener

varios hijos y mejor empezar jóvenes” o afirmaban “que de donde vengo, esto es normal. Todas tenemos hijos de patojas...”. Esta opinión imperaba más en las jóvenes de origen indígena, independientemente de la edad que tuvieran. Estas jóvenes referían que estas opiniones personales provenían de los pensamientos manifestados por su familia y por lo que le habían enseñado ya que “ser madre es un regalo de Dios, no importa si fue un error” o que se los han enseñado en su casa y “así pienso yo...”. Algunas jóvenes no podían definir con claridad el origen de su opinión, ya que afirmaban “siempre he tenido esta idea y yo siempre se la he dicho a mi mamá y mi familia, nadie me la enseñó”. Sin embargo, todas aceptaron la relevancia que tuvo su familia en su forma de ser, pensar y opinar, y muchas afirmaron que la religión (Iglesia y Dios) tuvo mucho que ver en sus ideas y forma de opinar.

A la vez, la opinión de la pareja y familiares (tanto sanguíneos como políticos) fue de relevante importancia en relación con la opinión de las jóvenes. La mayor parte de los novios o esposos (que están presentes en la vida) de estas jóvenes, opinan que “no estaba planeado pero que ya pasó”, o “que fue una equivocación, porque no nos cuidamos, y ahora estamos así”; esta opinión fue identificada especialmente en los hombres cuyo origen étnico era ladino. Por su parte, los esposos cuyo origen étnico era indígena, referían que “las mujeres tienen que tener hijos y mejor si son jóvenes, para tener hijos sanos. Ella cuida a los niños y yo trabajo para alimentarnos”. La representación social del papel femenino en esta cultura, es evidentemente machista y perpetúa el papel de la mujer como la reproductora y cuidadora del hogar. Estos jóvenes identificaron que el origen de esta opinión personal, provenía de lo que ellos habían visto toda su vida, en su familia y en “el pueblo” o en la comunidad.

A su vez, los padres, hermanos y suegros de las jóvenes de origen ladino, en su mayoría, referían que sus hijas o nueras fueron descuidadas, y que por “andar metidas en cosas de adultos” habían cometido el grave error de quedar embarazadas, ya que en algunos de los casos, a los padres no les agradaba la pareja de su hijo o hija, pero que “ni modo, ahora la tenemos que ayudar, ya que el bebé no tiene la culpa”. Lo relevante de este grupo es que, a pesar de mostrar elementos que rechazan el embarazo precoz en las jóvenes, el fenómeno sigue aumentando. Muchas de las madres decían: “ahora se tienen que casar, para que hacen lo que hacen, pues...” o “hay que casarlos antes que se note la panza, así no van a hablar

mal de ella” o incluso referían que el novio o joven “tiene que casarse con ella, le tiene que responder, porque para que abusa de la inocencia de una pobre patoja”. Un padre muy enojado, incluso aseveró que “no le voy a volver a hablar o a verla nunca”, ya que su hija lo había puesto en vergüenza: “ninguna hija mía va a ser tan bruta para meter las patas”. Muchos de estos padres, hermanos o familiares se mostraban molestos, preocupados, avergonzados, o en diversos casos, felices y emocionados con la situación, afirmando que “un bebe siempre es una alegría” y que por eso nunca es mal visto un embarazo, no importando la edad de la madre. En este grupo, a su vez, fue posible identificar que la misma entrevista sirvió, como una terapia breve, en la cual, los padres podían hablar y opinar libremente, sin miedo a que sus hijos los fuera a escuchar o a conocer sus “verdaderos sentimientos” respecto a la situación, por lo que fue un medio catártico ante el evento no planificado. Algunos otros familiares, tuvieron la oportunidad de expresarse y desahogarse, generando así, un estado de tranquilidad personal e interna y una oportunidad para percibir el evento, desde un punto de vista optimista y positivo.

A diferencia de la opinión anterior, los familiares de las jóvenes de origen indígena y algunas jóvenes ladinas de origen rural, referían que “era normal, las patojas tienen que tener hijos saludables y para eso tienen que ser jóvenes”, muchas de las madres o suegras agregaban que “ojalá la patoja o el patojo sea buen(a) muchacho(a), sea buena mamá o papá y la mantenga bien o lo ayude”. Estas personas identificaron el origen de sus opiniones personales en la forma en que habían sido criados o como les habían enseñado sus papás. Algunos afirmaron que sus opiniones eran fruto de su “experiencia personal” o lo que habían vivido de cerca o visto en su propia familia o en la familia de vecinos y conocidos. La participación de este grupo fue relevante para el proceso investigativo, ya que brindaron diversidad de opiniones y expresiones que permitieron identificar diversas representaciones del embarazo precoz, especialmente en la cultura indígena.

En relación a las opiniones de los vecinos respecto al embarazo precoz, fue perceptible que en los pueblos o comunidades de los que provienen estas jóvenes, se manejan opiniones generales, tales como: “pobres las patojas que quedaron embarazadas, no se cuidaron”, o “metieron las patas, ¡tan brutas!” y en algunos casos manifestaron opiniones como: “A la gran, se la babosearon, para que no es más pilas” o “sus papas la descuidaron y ella les dio la sorpresa”. Muchos incluso aceptaron

señalar a alguna joven en su comunidad, haciendo comentarios como: “Ahí va la hija de Doña..., aquella que metió las patas, hombre”. Según los participantes (la mayoría de origen ladino, no importando el estado socioeconómico) presentes en el grupo de discusión, estos comentarios son manejados por todas las personas que conocen y afirman que toda la comunidad habla así de las “patojas” embarazadas antes de tiempo. Para ellos una patoja puede embarazarse cuando ya se graduó o cuando ya tiene esposo y trabajo, para que no hablen mal de ella. Si una joven sale embarazada y no se casa, es mal vista y será señalada durante el resto de su vida.

Muchos miembros de ambas comunidades, especialmente ladina, afirman que si la joven o los jóvenes se casan, “arreglan” un poco la situación, pero que “es triste que se casen solo por compromiso, así mejor que no se casen”. Por su parte las personas provenientes de pueblos puramente indígenas, afirmaron que para ellos es normal que una joven quede embarazada, ya que en sus comunidades las niñas son criadas para ser esposas jóvenes y unirse a un hombre (generalmente el primer novio) e inmediatamente convertirse en madres, de lo contrario no son buenas esposas, e incluso son señaladas de mujeres “que no funcionan o no son completamente mujeres, ya que no son mamás”, sobre todo porque la edad no importa. Cuando una joven indígena menstrua, ya puede ser madre, según algunos participantes, mientras que otros refieren que aunque siempre ha sido así en su pueblo, ellos piensan que no debería ser así, ya que las patojas deberían tener oportunidad de estudiar y no casarse tan rápido, ya que pronto se “llean” de hijos.

Este grupo en especial afirma que estas opiniones son personales, originadas en base a lo que han visto y han experimentado en su vida, muchas veces a partir de situaciones personales o ajenas, y que sobre todo, la opinión que manejan se parece mucho a la de sus hermanos, padres, primos y vecinos; “todos pensamos igual”, según dijo un participante, refiriéndose a la opinión compartida sobre el embarazo precoz. Este hombre aclaró que no sabía de donde venía esta idea, pero que “casualmente” todo manejan la misma opinión de donde el viene, “de plano así le enseñan a uno en su casa y en la escuela”, confirmando la importancia de un imaginario colectivo que se transforma en una representación social, situación que sucede en ambas comunidades y culturas. Por su parte, algunas de las mujeres indígenas, opinaban que “así pensaba mi mamá o mis papas, y yo lo aprendí”.

Por último, algunas personas que se definieron de cultura ladina, refieren: “pensamos así porque muchos fuimos papás jóvenes y pensamos que cuesta mucho tener hijos a esta edad. Uno no tiene dinero ni donde vivir, y es bien difícil”, al referirse a opiniones propias en relación al embarazo precoz, como un evento que debe evitarse en todo grupo social, no importando si era indígena o ladino. Sin embargo, muchos de los participantes aclararon que “ahora en la televisión, es normal que los patojos se acuesten bien jóvenes y queden embarazados, hasta divertido y emocionante lo miran los patojos”, refiriéndose al impacto de los medios de comunicación sobre la nueva representación social manejada por los jóvenes, en estos últimos tiempos y reafirman asegurando “en mis tiempos, todo era diferente. Nuestros papás nos mantenían encerrados hasta que teníamos un esposo o un buen novio, aunque fuéramos jóvenes”.

Por último, fue relevante conocer la opinión de los profesionales del área social y médica, quienes referían que el embarazo precoz, es un fenómeno en auge. La opinión de estos respecto al embarazo precoz es similar, ya que todos refieren que no es algo bueno para estas jóvenes no importando la cultura de la que provienen, desde todo aspecto visto, tanto física, emocional y psicológicamente ya que estas jóvenes no están preparadas ni cuentan con la madurez suficiente para enfrentar el hecho de ser madres. Del mismo modo, los profesionales del área social refieren que este fenómeno no es bueno a nivel sociedad, ya que el impacto en general es negativo, tanto a nivel personal como a nivel familiar y colectivo. El embarazo precoz representa fenómeno sociocultural, y al ser un elemento cultural, pasa a ser, a su vez, un elemento propio de las culturas latinoamericanas. El embarazo precoz tiene un gran impacto a nivel social y económico, ya que alimenta el ciclo de pobreza y calamidad en una comunidad y representa más atención por parte del estado, tanto en el parto de alto riesgo como en nacimientos prematuros y de riesgo, lo cual incide a su vez, en una población enferma y con dificultades en procesos de aprendizaje y desarrollo. Estos profesionales refieren que dichas opiniones han sido originadas por conocimientos adquiridos en su formación profesional y en base a su experiencia de trabajo y a publicaciones de los estudios generalizados que se han hecho con jóvenes en diversos países americanos, asiáticos y europeos. Todos ellos están en desacuerdo con el embarazo precoz, a nivel profesional y personal. A nivel personal, refieren que su opinión fue generada en base a la crianza familiar y a los estudios que

tuvieron, en los cuales se identifica el impacto negativo de dicho fenómeno, en la madre. Sin embargo, todos acordaron que a nivel social, las representaciones y percepciones del embarazo precoz, son fundamentadas a través de una “opinión colectiva” que da paso a la transmisión de la misma a través del círculo familiar y que la mayor parte de las veces, esta representación tiende a ser negativa, especialmente en la cultura ladina, donde se espera que la joven estudie, se prepare, se desempeñe profesionalmente o se case bien, y eso lo logra con estudios, la mayoría de veces. Muchos afirman que la percepción que se maneja en las comunidades ladinas principalmente, es que hay rechazo por parte de la gente hacia la jovencita. En cambio, reconocen que en la cultura indígena hay una historia generacional que involucra el rol de las jóvenes como reproductoras, asociadas a la época de fecundidad en la mujer, secundaria al desarrollo post-menárquico, edad en la cual una jovencita esta preparada para unirse, ser madre y criar a los hijos, según la decisión del esposo, quien juega un papel esencial en esta cultura patriarcal. Según estos profesionales, en esta cultura es mucho más difícil cambiar dichas representaciones, ya que estas se originan en el papel dominante del hombre y el papel sumiso de la mujer, el cual ha sido adaptado generacionalmente y es el motivo principal por el cual se mantiene vigente dicha problemática social (desde el punto de vista ladino y profesional, pero no necesariamente consiste en una problemática para la cultura ladina, sino en un hecho culturalmente aceptado y normal). Asimismo, muchos de los profesionales sociales entrevistados refieren que la diferencia de las representaciones sociales del embarazo precoz, es mas evidente entre niveles socioeconómicos, educativos o aspectos religiosos que entre culturas o etnias. Todos los profesionales refieren que las representaciones sociales no varían de una religión a otra, pero que a su vez, la religión está tan intrínsecamente relacionada con la historia de cada pueblo, que su papel se pierde dentro del papel de la misma comunidad, por lo que, aunque esté presente, es imperceptible.

Por su parte, los profesionales opinan que estas representaciones sociales están formuladas en base al desarrollo histórico y dinámica propia de cada cultura, ya que en la cultura indígena, las niñas crecen y son criadas para cuidar al hermano que viene detrás de ella, muchas de ellas fueron hijas de madres jóvenes y asumen como propia la falta de educación, falta de criterio y la falta de toma de decisiones y por ende, la incapacidad para decir no, aunque estén en desacuerdo. Es por esto que

gran parte de los embarazos en estas jóvenes, no son voluntarios, ya que son parte del papel destinado para ellas, la fortaleza de esta representación social, permanece ligada a la historia de este pueblo. A diferencia de esta, la cultura ladina cuenta con un aspecto educativo formal, aunque con falta de valor propio, en la cual existe una ausencia de valores familiares, históricos y culturales que permiten que los jóvenes se vean influenciados por culturas externas en las cuales la sexualidad temprana es considerada normal. Asimismo, existen problemas psicosociales como la desintegración familiar y abandono familiar, lo que hace que las jóvenes busquen afecto de forma sexual, dando como resultado, gran número de embarazos precoces.

Todos los profesionales coinciden que la edad adecuada para un embarazo, es de los veinticuatro a los veintiocho años, ya que la mujer este preparada física, mental y emocionalmente, para tomar una decisión de este nivel y de este impacto para su vida en general, y que de todos los embarazos precoces, un 90% son embarazos no planificados. La mayor causa de los embarazos precoces radica en la falta de educación sexual de padres a hijos, en la falta de información general del tema y la falta de orientación y afecto en el hogar. En muchos hogares, el embarazo precoz perpetúa un ciclo de madres jóvenes que parece no terminar. Las mismas jóvenes refieren que de diez jóvenes que conocen, nueve son mamás a temprana edad y que este fenómeno es originado debido a la misma curiosidad sexual de las y los jóvenes.

Del mismo modo, todos los profesionales aseveran que la construcción de las percepciones individuales y colectivas del embarazo precoz, son originadas en la familia y en la forma en que transmiten valores sociales a la niña o a la joven. En la cultura indígena, el ser madres a temprana edad es un elemento propio del papel femenino que se transmite de generación en generación. Sin embargo, muchos refieren que sería necesario generar un cambio en dichas percepciones culturales, ya que el embarazo precoz representa un riesgo para la madre y el niño y a su vez, estas jóvenes desconocen sus derechos como mujeres. Este cambio debe ser generado a través del trabajo directo con las jóvenes, los padres de familia, los líderes comunitarios y la promoción de nuevas creencias en pro de la salud femenina. Asimismo, todos los grupos han identificado la familia (y el origen étnico) como el principal elemento en la transmisión de las percepciones sociales respecto al embarazo precoz, como segundo factor importante, la educación en general (incluyendo la falta de educación sexual), como tercer factor, el nivel socioeconómico

(ya que permite el acceso a mas oportunidades de superación y educación) y por ultimo, otros factores tales como la religión, la presión social y la toma de malas decisiones como elementos relevantes en las representaciones sociales del embarazo precoz.

A partir del contacto directo con las jóvenes entrevistadas en los servicios de Consulta Externa y Maternidad, fue posible identificar que gran parte de las jóvenes indígenas presentan una actitud sumisa ante el embarazo en general, no importando si es precoz o no, “como si otras personas decidieran por ellas”. Estas jóvenes no expresan ningún sentimiento, emoción o idea respecto a su embarazo la mayor parte de las veces, mientras que las ladinas muchas veces refieren que están contentas pero se acabo su oportunidad de superarse. Gran parte de las jóvenes ladinas con un grado de escolaridad alto, expresaban que al tener relaciones sexuales se iban a proteger, que habían accedido a tener relaciones porque “es parte de ser pareja y es una forma de dar cariño”. Estas jóvenes manifestaban deseos de superarse a través del estudio, mientras que las jóvenes de nivel socioeconómico bajo eran jóvenes que trabajan, tenían dificultades familiares, en algunos casos habían sido abusadas o maltratadas, contaban con una baja autoestima e inmadurez emocional, lo que no permitía que tomarán decisiones sobre su cuerpo, o su futuro.

El objetivo principal del proceso investigativo conocer las representaciones sociales del embarazo precoz y el papel de las mismas en las diferentes percepciones del embarazo en las jóvenes de cultura ladina y jóvenes de cultura indígena que asisten en al área de Consulta Externa, Maternidad y Ginecología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Sacatepéquez, a través del contacto directo con la comunidad (pacientes de Maternidad de consulta externa e interna, parientes, profesionales, líderes comunitarios y población en general), debido a que estas jóvenes mostraban actitudes y percepciones diferentes hacia su embarazo según sus orígenes raciales y étnicos, sobre los socioeconómicos o sus niveles educativos.

El principal resultado del proceso de investigación cualitativa recae en la afirmación del papel que juegan las representaciones sociales sobre las diferentes percepciones del embarazo precoz de las jóvenes ladinas o indígenas que lo presentan, sin embargo la representación social del embarazo precoz en cada cultura (ladina e indígena) está fundamentada, a su vez, sobre un imaginario social básico: el

papel de la mujer en cada cultura. Mientras que en la cultura indígena, el papel femenino correspondiente a la madre y esposa, representada por la mujer sumisa que obedece al marido (incluso en la cantidad de hijos que debe tener) ha estado (y seguirá) profundamente enraizado en una idiosincrasia machista, y en una educación trans-generacional, fundamentada en una cosmovisión en la cual el papel de la mujer como heredera de la diosa de la fertilidad la ponen en una dualidad de sujeto-objeto en la cual, es considerada un ser fantásticamente sagrado porque da vida, pero realmente “invisibilizado” o “anulado” porque es propiedad del hombre, su opinión y sus deseos o ideas no cuentan, ella no tiene decisión, su decisión es la decisión del esposo, del padre, del líder comunitario (papel que hasta hoy se sigue transmitiendo en la mayor parte de comunidades indígenas del sector), mientras que en la cultura ladina, posiblemente debido a la falta de una profunda idiosincrasia cultural, en la cual se ha transformado el papel de la mujer de generación en generación, este rol se ha visto fuertemente influenciado por los estereotipos femeninos extranjeros, poco adaptables a la realidad sociocultural guatemalteca, este choque cultural, combinado con las problemáticas sociales que enfrentan los países latinoamericanos derivados de su historia de violencia (machismo, violencia sexual contra la mujer, etc.) dan como resultado un papel femenino ambiguo y confuso, en el cual la mujer debe jugar papeles muchas veces opuestos (ser servicial pero independiente, virgen pero apasionada con su marido, esposa obediente pero no una esclava tonta, debe ser una profesional, pero debe también ser ama de casa y madre), lo que le conduce a tener ideas y sentimientos encontrados en relación a todos los papeles derivados de su identidad como mujer (madre, novia, hija, esposa) y a las situaciones relacionadas con los mismos, incluyendo, dentro de estos el embarazo. Si a este resultado, agregamos la serie de cambios físicos, psíquicos y emocionales que trae consigo la adolescencia será mucho más evidente la diferente actitud y reacción ante dicha situación por parte de las jóvenes ladinas e indígenas, quienes varían en su forma de expresar sus emociones y necesidades afectivas, las cuales a su vez, se ven reforzadas por las representaciones sociales del rol femenino en la sociedad o en la cultura, por lo que la diferencia de percepciones y actitudes del embarazo precoz, de estas etnias o culturas, no deriva únicamente de la representaciones sociales del embarazo precoz, propias a cada cultura, sino a los roles de las mujeres dentro de las mismas, que a su vez, construyen el rol individual o la individualidad de cada joven,

según el contexto y el entorno en el que haya crecido y en el que se desenvuelva. Asimismo es relevante agregar que el rol femenino no es el único componente en juego, en relación a las representaciones sociales o al embarazo precoz como fenómeno presente en la sociedad, la conjugación de elementos sociales tales como el desarrollo económico, el desarrollo humano a través de la educación y la profesionalización, la modificación de las tradiciones, así como la transformación del pensamiento social, son la base de cualquier rol femenino y masculino, y de cualquier fenómeno social y por ende, de la representación social del mismo.

Para concluir, es esencial determinar que el Ejercicio Profesional Supervisado constituyó una gama de experiencias y aprendizajes personales y colectivos, amarrados al proceso general de cambio en todos los entornos en los que fue realizado. Este mismo no hubiera sido posible, de no ser por la formación provista por la Escuela de Psicología durante los años previos, a través de sus cátedras, prácticas supervisadas y situaciones sociales que permitieron obtener recursos para enfrentar y enriquecer la diversidad de experiencias recolectadas a través de este proceso general, el cual a su vez, generó un profundo análisis del significado del rol femenino para la psicóloga epesista y la construcción del mismo en el entorno social-individual. Asimismo, el acompañamiento formativo por parte de ambos supervisores del proceso generó un cúmulo de aprendizajes y acciones adecuadas a la realidad de los sujetos involucrados en el proceso y a sus necesidades y problemáticas.

El aprendizaje obtenido y el enriquecimiento cognitivo y personal, no tienen comparación con ninguna experiencia previa, lo que permite confirmar el impacto positivo tanto en la vida de la psicóloga epesista, como de los diversos sujetos involucrados en este proceso general. Este impacto individual, permitió un impacto a nivel social, dando paso al alcance del objetivo principal, dirigido a mejorar la calidad de vida de estas personas, en pro de su adecuada salud mental convirtiéndose, a su vez, en entes multiplicadores del mismo proceso.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES:

- La promoción de la salud mental a nivel individual, grupal y comunitaria, es de vital importancia para un adecuado funcionamiento de los diversos sujetos que integran una comunidad y en general, una sociedad. Por ello, la ejecución y posterior culminación del Ejercicio Profesional Supervisado que brindó atención integral en el Hospital Nacional “Hermano Pedro de Bethancourt” representó un logro a nivel general en pro del bienestar integral de los individuos guatemaltecos y a nivel secundario, un servicio por parte del estudiante universitario hacia la comunidad.
- La atención integral de la salud mental es necesaria para mejor calidad de vida para los niños, adolescentes, mujeres, hombres, y ancianos que se encuentran afectados por las condiciones y problemáticas sociales en las que viven, las cuales, impactan en los diversos niveles: físico, cognitivo, social y emocional. La importancia de este proceso radicó en los beneficios de los que gozó la población que fue parte del mismo, convirtiéndose en promotores directos de la salud mental hacia sus hogares, sus trabajos y sus redes sociales, incrementando así, el impacto del servicio psicológico, hacia el individuo, a la comunidad y en mayor perspectiva a la sociedad guatemalteca en general.
- En lo personal, la experiencia del Ejercicio Profesional Supervisado, brindó una oportunidad de contacto directo y apertura hacia el entorno socio-cultural, iniciando así, un proceso de transformación social e individual en los sujetos involucrados en dicho proceso. Esta experiencia permitió resultados positivos y progresos generales en los involucrados. Como parte de la sociedad en general, se considera que este proceso sensibilizó y permitió conocer más a profundidad el entorno individual de cada mujer, hombre, adolescente y niño involucrado en los diferentes procesos llevados a cabo a través de las diversas dimensiones de atención directa, formación e investigación cualitativa.

Acciones de atención directa:

- El proceso de atención directa brindó diversos recursos para el mantenimiento, fortalecimiento y reestablecimiento de la homeostasis en la salud mental de cada sujeto participante, según el caso, a través de procesos de fortalecimiento de recursos psicológicos y emocionales para el afrontamiento de las dificultades psicosociales que generalmente originan o agravan los desequilibrios emocionales manifiestos en los sujetos, acorde al contexto cultural y social del individuo, logrando cambios positivos en la vida de los mismos, por ende, mejorando la calidad de vida del sujeto y de su entorno general.

Acciones de Formación:

- Los procesos formativos permitieron, observar y conocer las dinámicas sociales a microescala, propiciando y multiplicando así, nuevos recursos psicoemocionales que permitirán a los sujetos enfrentar sus dificultades personales y motivarán al crecimiento y desarrollo psicológico óptimo, en pro de una mejor calidad de vida en general, al identificar los procesos psíquicos involucrados en sus acciones, reacciones, decisiones y por ende en su vida general, brindando la oportunidad de establecer un entorno estable y adecuado para desarrollar una adecuada salud mental.

Acciones de Investigación Cualitativa:

- Las representaciones sociales del embarazo precoz, juega un papel esencial en las principales diferencias en relación a la percepción del embarazo precoz por parte de las jóvenes ladinas e indígenas; sin embargo, es relevante identificar que esta misma representación social, está principalmente fundamentada en base al rol femenino dentro de cada cultura, el cual determina la percepción de las situaciones propias del sexo femenino, tal y como lo es el embarazo. Es por esto, que el rol femenino que se maneja en cada cultura es la base del imaginario social que da paso a la representación social del embarazo precoz y la diferencia de estas de una cultura a otra.
- Las representaciones sociales del embarazo precoz están fundamentadas en las imágenes sociales y percepciones individuales de los sujetos, las cuales se alimentadas por los diversos reforzadores a nivel colectivo, es decir, las mismas

opiniones sociales compartidas, perpetuando un ciclo de prejuicios, ideas personales y comentarios propios respecto a este fenómeno, que caracteriza uno de los elementos propios de las diversas culturas en general, especialmente de la cultura latinoamericana, en específico, en torno a problemáticas y fenómenos sociales tales como el embarazo precoz.

- El embarazo precoz es visto como un fenómeno social negativo en gran parte de la sociedad guatemalteca, hecho que impacta y cambia la vida de muchas jóvenes y niños en Guatemala, sin embargo, este fenómeno está presente en cada hogar guatemalteco convirtiéndose en un ciclo sin fin, que mantiene esta situación en un perpetuo constante, como parte de la realidad guatemalteca y de un fenómeno social propio de las culturas latinoamericanas. Dicho fenómeno está arraigado en la historia propia de la cultura guatemalteca, resaltando el papel generacional de la joven mujer como futura progenitora, esposa y centro del hogar.
- En gran parte de la cultura indígena, el embarazo precoz es un fenómeno “natural”, debido al papel de la figura femenina dentro de la misma. A diferencia de esta, la cultura ladina tiende a tener una opinión más moralista, en la cual las jóvenes embarazadas son un fenómeno que origina comentarios y señalizaciones por parte de sus vecinos, parientes y la comunidad en general.
- En ambas culturas, el embarazo precoz conlleva una representación social negativa en un grado mayor si la joven es madre soltera o fue abandonada por su pareja. Este hecho cambia únicamente, a los ojos de la comunidad, cuando la mujer se casa, ya que consigue el “respaldo” de un hombre. De lo contrario, esta joven queda catalogada como “la pobre que quedó embarazada” y muchas veces incluso, le resulta difícil separarse del estigma social que representa el tener un hijo o una hija fuera del matrimonio.
- Las representaciones sociales del embarazo precoz, generalmente hacen referencia al papel de la mujer, dejando de lado el papel del hombre dentro de este fenómeno social, reafirmando así, la cultura machista subyacente que esta arraigada en nuestras culturas latinas, la cual permanece intrínseca dentro de la transmisión de roles generacionales, que forman parte de estas mismas representaciones sociales.

5.2 RECOMENDACIONES

- Al Hospital “Pedro de Bethancourt”, para que brinden apoyo directo al Departamento de Psicología de manera más directa, comprendiendo que para contar con una adecuada salud física, es relevante contar con un adecuado nivel de estabilidad mental y emocional y viceversa. El trabajo segregado que evidencia esta institución, perpetúa una concepción errónea y disminuyente de la salud en general, limitándola únicamente a un nivel físico. Esto dificulta dar a conocer el verdadero impacto y beneficio de la Psicología como una disciplina hermana de la Medicina, hecho que mantiene la errónea concepción que tiene la población guatemalteca en relación a la primera. Esta misma concepción actualmente se evidencia en el personal médico, administrativo y de apoyo en general, a través de sus actitudes, opiniones y atención hacia el trabajo psicológico y hacia las necesidades psicosomáticas y psicosociales de la población en general.
- A los estudiantes de Licenciatura en Psicología, para que desarrollen proyectos de atención integral, en la cual promuevan recursos emocionales, cognitivos, y procesos de fortalecimiento en las diversas áreas del sujeto, para que logren convertirse en entes multiplicadores de los mismos. A la vez, es importante que recuerden contar con adecuada preparación, capacitación, actualización y formación, dado que estos serán la clave para acompañar a los individuos en sus procesos de cambio y progreso que permitirán a la vez, el crecimiento propio, tanto a nivel profesional como a nivel personal.
- Al Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado, para que continúen trabajando en la creación y aprovechamiento de los diversos espacios para la atención integral y psicológica de las personas, con el fin de brindarles oportunidades de acceso a una adecuada salud mental y promocionar la importancia de la misma, sin perder el enfoque de trabajo propio del Ejercicio Profesional Supervisado en los diversos campos de la Psicología (educativa, clínica, social, comunitaria y organizacional).

- A la Escuela de Ciencias Psicológicas y a la Universidad de San Carlos de Guatemala, para que continúen formando profesionales comprometidos con la sociedad guatemalteca, para que apoyen a los estudiantes en la creación de programas y procesos de desarrollo psicosocial en pro de una adecuada homeostasis de la salud mental, necesario en nuestra realidad nacional diaria. La educación que ustedes brindan, no significa nada sin la práctica social que se realiza para darle sentido a estos conocimientos. Asimismo, se recomienda continuar instruyendo, educando y aportando individuos que sirvan al país, para lo cual debe preparar alumnos competentes, informados, dotados de sentido social y conciencia nacional que actúen con convicción y sin egoísmo, que persigan un futuro mejor en lo individual y en lo colectivo y esto sólo se logra en un ambiente de libertad y sin prejuicios.

Acciones de atención directa:

- Se recomienda asignar una psicóloga designada a atender el área de Maternidad ampliando así la atención directa a la población femenina, ya que muchas mujeres buscan este espacio de apoyo para el manejo de las diversas problemáticas que enfrentan. Hasta ahora el servicio es limitado debido a la falta de personal o de tiempo para la atención de los diversos casos que se presentan, atendándose únicamente los casos considerados graves o urgentes. Es indispensable buscar opciones para realizar dicha asignación, tomando en cuenta el apoyo y donaciones de diversas instituciones que trabajan para ofrecer y mejorar los servicios de salud. Es relevante recordar que una adecuada atención directa permite disminuir las consecuencias futuras a las diversas problemáticas emocionales y mentales que repercuten a largo plazo, en las problemáticas sociales.

Acciones de Docencia y Formación

- Se recomienda continuar con los programas de docencia que se realizaron en el presente proceso formativo. Estos permiten que la población se informe y eduque en torno a los diversos trastornos psicológicos, emocionales y brindan recursos de fortalecimiento ante las diversas problemáticas psicosociales. Asimismo, promueve los diversos servicios psicológicos, lo que a su vez, transforma y modifica la

percepción social de la Psicología y brinda oportunidades de crecimiento y desarrollo individual, familiar y social a los sujetos participantes en dichas acciones.

Acciones de Investigación Cualitativa

- Establecer programas reeducativos que permitan modificar las representaciones sociales del embarazo precoz que se manejan en los diferentes grupos culturales, en pro de la salud mental y emocional de las mujeres jóvenes y de su entorno. Estos programas no deben confrontar o enfrentar las características propias de un pueblo sino trabajar en base a estas, para sensibilizar a la sociedad sobre este fenómeno social que va en aumento en nuestro país y en las culturas latinoamericanas en general.

BIBLIOGRAFÍA

Callico Cantalejo, G. "Factores psicológicos de la gestación y su incidencia en las posteriores dificultades durante el parto y el puerperio". 1995

Callico Cantalejo, G., Et. Alt. Trastornos en la menstruación y su relación con la depresión en el embarazo: una revisión teórica. Papeles del Psicólogo. 1995

Conde, V. y Franch J. I. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos. Valencia: UP-JOHN Farnmoquímica. 1984

Condon, J. T. y Corkindale, C. The correlates of antenatal attachment in pregnant women. British Journal of Medical Psychology. 1997.

Cruz López MV, et alt. Conocimiento sobre los factores de riesgo de las embarazadas adolescentes. 2004

Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guatemala. 2008

Fanon F. Los condenados de la tierra. Editorial Paidós. Argentina.

Fondo de Desarrollo Indígena Guatemalteco. Historia y Memoria de la Comunidad Étnica Kaqchikel. Volumen II. 2001.

Gall Francis. Diccionario Geográfico de Guatemala. 2002

Garfield, R. Health and health services in Central America. JAMA. 1985

González Núñez, José de Jesús. Psicoterapia de Grupos (Teoría y Técnica a partir de diferentes enfoques). Edit. Manual Moderno. México. 2002.

Gulden T.R. "Spatial and temporal patterns in civil violence: Guatemala 1977-1986". 2002

Herrera, W., et. Alt. Trastornos mentales y conflicto armado interno en Guatemala. 1998

Informe Situación de la Niñez en Guatemala, por la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado (ODHA) de Guatemala. 2004.

Larrain Soledad y Teresa Rodríguez. Artículo: Orígenes y control de la violencia doméstica contra la mujer. Revista: Genero, Mujer y Salud en las Americas. Washington D.C. OPS. Publicación Científica #54. 1993.

Lutz, Christopher H. Geografía Histórica de las Milpas y Barrios. Guatemala. 1983

Lutz, Christopher H. Geografía Urbana de Santiago. Guatemala. 1986

Lutz, Chistopher. Historia sociodemográfico de Santiago de Guatemala, 1541 – 1773. Serie Cirma, Monografía. 1982

Martin-Baró, Ignacio. Guerra y Salud Mental.

Martín-Baró, Ignacio. Psicología Social de la Guerra, Trauma y Terapia, Selección e Introducción. UCA, Editores. El Salvador. 1ª. Edición. 1990.

Miguel-Tobal, J.J., Et. Alt. El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado -STAXI-. Ansiedad y Estrés. 1997.

Montero, M. Teoría y Práctica de la psicología Comunitaria. Editorial Paidós. Argentina. 2003.

Moscovici, Serge. El psicoanálisis, su imagen y su público. Huemul S.A. Argentina. 1979.

Moscovici, Serge (comp.). Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Paidós. España. 1986.

Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra. OMS. 2003.

Organización Mundial de la Salud. Complicaciones del Aborto. Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento. Ginebra OMS 1995.

Organización Mundial de la Salud, (OMS): "Salud mental: una nueva comprensión, una nueva esperanza", en "Introducción" 2001, el artículo no está disponible en castellano

Organización Panamericana de la Salud: Informe del Plan de Acción. Argentina. 2008.

Papalia D. et. Alt. Psicología del Desarrollo. McGraw-Hill. México. 2006

Polo Sifontes, Francisco. Los cakchiqueles en la conquista. Guatemala. 1999.

Quinta Meza, Carlos H. Breve relato histórico geográfico de Sacatepèquez. Cenaltec. Mineduc. Centro Nacional de Libros de texto y material didáctico-José de Pineda Ibarra. Guatemala. 1994

Ramírez H., Felipe A. Violencia Masculina en el Hogar: alternativas y soluciones. Editorial Pax. México. 2000

Reynoso C. Reportaje: "Aumentan embarazos en adolescentes". Prensa Libre. Pág. 2. Domingo 18 de octubre de 2009

Rubio Sánchez, Manuel. Monografía de la Ciudad de Antigua Guatemala. Tomo I. Serie 2. Franco Vela/Colección Guatemala. Vol. XLI. Tipografía Nacional de Guatemala. 1989

Secretaría Presidencial de la Mujer de Guatemala, "Informe Nacional sobre la Situación de la Mujer Guatemalteca y Cambios a partir de Último Informe", Trigésima Asamblea de Delegadas de la Comisión Interamericana de Mujeres. Guatemala. 2002

Simposio "Salud mental y física durante toda la vida", 11 de octubre de 2005, sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington, D.C. "Día de la salud mental". USAID. Conferencia: Autoestima y Maternidad, en el marco del Congreso Nacional de Salud Reproductiva. 2009.

Yinger N, De Sherbinin A, Ochoa L, et al. Adolescent Sexual Activity and Childbearing in Latin America and the Caribbean: Risks & Consequences. Estados Unidos. 1992.

BIBLIOGRAFÍA VIRTUAL

- De Santiago Bastos, Aura. Mayanización y Vida Cotidiana: Análisis Específicos.
<http://www.books.google.com.gt/books?q?mayanizaci%C3%B3n+y+vida+cotidiana:%CE%A1nalisis+espec%C3%ADficos&spell?1&oi=spell>.
- Ching Meletz, Ma. Joel. Educación y Espiritualidad Maya. www.monografias.com.
- Chirix Garica, Emma D. Los cuerpos y las mujeres cakchiqueles.
<http://www.scielo.org.mx>