

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

**“ATENCIÓN PSICOLÓGICA A MADRES ADOLESCENTES QUE
ASISTEN AL CENTRO DE SALUD DE VILLA CANALES”**

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

POR

SERGIO ANTONIO DE LEÓN MÉRIDA

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE

PSICÓLOGO

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADO

GUATEMALA, AGOSTO DE 2011

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO

Licenciado Héctor Hugo Lima Conde
SECRETARIO INTERINO

Jairo Josué Vallecios Palma
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS 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.323-2008
DIR. 1,360-2011

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

22 de agosto de 2011

Estudiante
Sergio Antonio de León Mérida
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el ACUERDO DE DIRECCIÓN MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO GUIÓN DOS MIL ONCE (1,335-2011), que literalmente dice:

"MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"ATENCIÓN PSICOLÓGICA A MADRES ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD DE VILLA CANALES"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Sergio Antonio de León Mérida

CARNÉ No. **1999-18166**

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por el Licenciado Domingo Romero Reyes y revisado por la Licenciada Sonia Del Carmen Molina. 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."

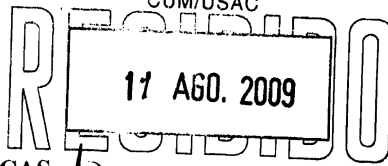
Atentamente,

"D Y ENSEÑAR A TODOS"

Doctor César Augusto Lambour Lizaola
DIRECTOR INTERINO



/Zusy G.



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

hora. 16:45 Registro 323-08

Reg. 323-2008

EPS. 012-2008

07 de agosto del 2009

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado –EPS- de **Sergio Antonio de León Mérida**, carné No. **199918166**, titulado:

“ATENCIÓN PSICOLÓGICA A MADRES ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD DE VILLA CANALES.”

De la carrera de Licenciatura en Psicología

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo de la Licenciada Sonia Del Carmen Molina, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciada Claudia Rossana Rivera
COORDINADORA DE EPS



/Dg.

c.c. Control Académico
EPS



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usaapsic@usac.edu.gt

Reg. 323-2008
EPS. 012-2008

03 de agosto del 2009

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 **Sergio Antonio de León Mérida**, carné No. **199918166**, titulado:

“ATENCIÓN PSICOLÓGICA A MADRES ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD DE VILLA CANALES.”

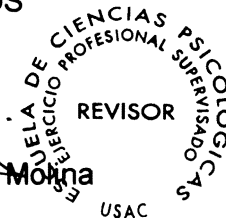
De la carrera de Licenciatura en Psicología

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”


Licenciada Sonia Del Carmen Molina
Revisora



/Dg.
c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 323-2008
EPS. 012-2008

06 de julio del 2009

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 **Sergio Antonio de León Mérida**, carné No. **199918166**, titulado:

“ATENCIÓN PSICOLÓGICA A MADRES ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD DE VILLA CANALES.”

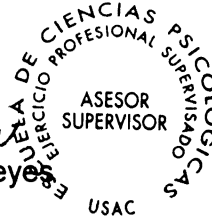
De la carrera de Licenciatura en Psicología

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

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciado Domingo Romero Reyes
Asesor-Supervisor



/Dg.
c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14

e-mail: usaapsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico

EPS

Archivo

Reg.323-2008

CODIPs.901-2008

De Aprobación de Proyecto EPS

23 de mayo de 2008

Estudiante

Sergio Antonio de León Mérida

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto TRIGÉSIMO CUARTO (34o.) del Acta TRECE GUIÓN DOS MIL OCHO (13-2008) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 22 de mayo de 2008, que literalmente dice:

"TRIGÉSIMO CUARTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **"ATENCIÓN PSICOLÓGICA A MADRES ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD DE VILLA CANALES"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

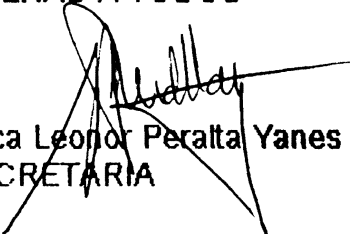
SERGIO ANTONIO DE LEÓN MÉRIDA

CARNÉ No. 199918166

Dicho proyecto se realizará en Villa Canales, Guatemala, asignándose al Doctor Mario Monzón, quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente, y al Licenciado Domingo Romero Reyes, 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 Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



/rut



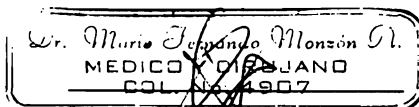
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN ÁREA DE SALUD – GUATEMALA

3ª. Av. 11-40, Zona 11 – Telefax 2473 5859 y 2471 6721
VILLA CANALES 4 DE AGOSTO DE 2009

LICENCIADA CLAUDIA RIVERA
COORDINADORA
DEPARTAMENTO DE E. P. S.
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

EL INFRASCRITO MÉDICO Y CIRUJANO MARIO FERNANDO MONZÓN ÁLVAREZ, COLEGIADO NO. 4907 DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE VILLA CANALES; POR ESTE MEDIO HACE CONSTA QUE EL JOVEN SERGIO ANTONIO DE LEÓN MÉRIDA, QUIEN SE IDENTIFICA CON EL CARNÉ UNIVERSITARIO No. 199918166, REALIZÓ SU EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA, EN LAS INSTALACIONES DEL CENTRO DE SALUD DE VILLA CANALES, CUMPLIENDO CON EL TIEMPO DE 8 MESES, CONTEMPLADOS DEL 13 DE MAYO DE 2008 AL 2 DE FEBRERO DEL AÑO EN CURSO. EN SU LABOR COMO ESTUDIANTE EPESISTA DESEMPEÑO SU TRABAJO CON EFICIENCIA, HONRADEZ, CALIDAD, RESPONSABILIDAD Y ESmero, CUMPLIENDO CON CADA UNO DE SUS COMPROMISOS ESTABLECIDOS, CUALIDADES QUE FUERON DE VITAL IMPORTANCIA Y UTILIDAD PARA ESTE DISTRITO DE SALUD DE VILLA CANALES.

PARA LOS USOS LEGALES QUE EL INTERESADO CONVenga, SE EXTIENDE LA PRESENTE CONSTANCIA, EN EL MUNICIPIO DE VILLA CANALES DEL DEPARTAMENTO DE GUATEMALA, A LOS 4 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE DOS MIL NUEVE.



DR. MARIO F. MONZÓN A.
MÉDICO Y CIRUJANO – COLEGIADO No. 4907
DIRECTOR – CENTRO DE SALUD, VILLA CANALES

PADRINOS DE GRADUACIÓN

**EFRAÍN ANTONIO DE LEÓN MENDOZA
INGIENERO CIVIL EN GRADO DE LICENCIATURA
COLEGIADO 2726**

Y

**HENRY ORLANDO MORALES ALVAREZ
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 11298**

ACTO QUE DEDICO

DE: SERGIO ANTONIO DE LEON MÉRIDA

A LA VIDA: Por permitirme llegar al día de hoy, y por ponerme en el camino más accidentado para cumplir con este objetivo, porque me hizo aferrarme más a ella y apreciar a aquellos quienes siempre estuvieron para mí.

A MIS PADRES: Por su amor y apoyo incondicional, por enseñarme el valor del trabajo y que no hay precio que no se pueda pagar cuando el objetivo a alcanzar es la justicia y la dignidad. Los amo y estoy infinitamente agradecido.

A MIS ABUELITOS: Conchita (QEPD), Mario y Amanda, por ser ejemplo de tenacidad y de unidad familiar y por su apoyo en los momentos cuando más era necesario. Especialmente a mi abuelo Efraín (QEPD) a quien podría haber dado cualquier cosa por conocerlo y que como eterno maestro; sus enseñanzas viven en nosotros.

A MIS HERMANOS, CUÑADAS Y SOBRINAS: Mario, Alejandra, Ximena y Jade; y a Pablo y Roxana, porque sin ustedes este éxito no sería una realidad el día de hoy. Y que este sea un ejemplo de que lo imposible, se puede.

A MIS PRIMOS, TIOS Y DEMÁS FAMILIA: Por creer siempre en mí, especialmente a mi primo Jorge Lemus, por tu auxilio legal de forma incondicional y a Henry Morales por abrir las puertas de mi carrera profesional.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE ESTUDIO: Alex y familia, Edith, Karina, Julissa, Mónica, Gaby, Lucky, Marcia, Nadia, Felipe, Pricilla, Claudia, Vivi, Beatriz y a todos con quienes coincidimos en este largo viaje.

A MIS MAESTROS:, Por su luz y orientación para andar en el camino correcto. Especialmente a Jesús Sigüenza (QEPD), Marilyn de Chang, Karla Emy Vela, Sandra Pineda, especialmente a Silvia de Beltetón y familia, por su asesoría y apoyo incondicional ante todas las dificultades, de igual manera a mi revisor. Lic. Marco Antonio García. También a Carlos Lainfiesta, Edgar Larios y Mario Colli por su amistad.

A MIS PERSONITAS CON CAPACIDADES ESPECIALES Y A LAS MADRES ADOLESCENTES:, Porque me inspiran a ser cada día una mejor persona y a luchar porque vivamos algún día en una sociedad de aceptación y de inclusión, donde la educación sea una prioridad.

A MI PATRIAS:, Guatemala y Honduras, por todos aquellos quienes cerraron sus ojos en el sueño eterno de una sociedad en Paz.

AGRADECIMIENTOS

- Al personal del Centro de Salud de Villa Canales, especialmente al Dr. Mario Monzón y al Dr. Ottoniel Hernandez.
- Al Dr. Cesar Lambour.
- Al Lic. Jorge Alberto Lemus.
- Al Lic. Edgar Menchú.
- Al Dr. Henry Orlando Morales.
- Al Dr. Héctor Emilio Soto.
- A mis supervisores de EPS, Lic. Domingo Romero, Licda. Sonia Molina y Lic. Estuardo Espinoza.
- A la Licda. Mayra Luna.
- A la Licda. Lourdes González.

ÍNDICE

Página

Índice	
Síntesis Descriptiva	
Introducción	
Justificación	
Capitulo I	
Antecedentes	
3.1 Monografía de Villa Canales	1
3.2 Descripción de la Institución	14
3.3 Descripción de la población atendida	19
3.4 Planteamiento del Problema	22
Capitulo II	
Referente Teórico Metodológico	
2.1 Abordamiento Teórico Metodológico	24
– Dificultades en el Aprendizaje	24
– Madres Adolescentes	28
– Violencia Intrafamiliar	31
2.2 Objetivos	36
2.2.1 Objetivo General	36
2.2.2 Objetivos Específicos	36
2.3 Metodología de Abordamiento	37
2.3.1 Subprograma de Servicio	37
2.3.2 Subprograma de Docencia	38
2.3.3 Subprograma de Investigación	38
Capitulo III	
Presentación de Actividades y Resultados	
3.1 Subprograma de Servicio	40

	Página
3.2 Subprograma de Docencia	44
3.3 Subprograma de Investigación	46
Capitulo IV	
Análisis y Discusión de Resultados	
4.1 Subprograma de Servicio	76
4.2 Subprograma de Docencia	81
4.3 Subprograma de Investigación	83
Capitulo V	
Conclusiones y Recomendaciones	
5.1 Conclusiones	
5.1.1 Subprograma de Servicio	93
5.1.2 Subprograma de Docencia	94
5.1.3 Subprograma de Investigación	94
5.2 Recomendaciones	
5.2.1 Subprograma de Servicio	95
5.2.2 Subprograma de Docencia	96
5.2.3 Subprograma de Investigación	96
Bibliografía	97

SINTESIS DESCRIPTIVA

El presente Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado EPS de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Escuela de Ciencias Psicológicas – Universidad de San Carlos de Guatemala, se encuentra comprendido en tres subprogramas: Servicio, Docencia e Investigación.

Para el caso particular del proyecto de EPS en Psicología del Centro de Salud de Villa Canales, los subprogramas dieron cobertura de la siguiente manera:

- Subprograma de Servicio: asistencia psicológica a la población referida al servicio de la Clínica de Psicología ubicada en las instalaciones de dicho centro asistencial.

De igual manera se dio asistencia psicológica a estudiantes con dificultades en el aprendizaje, bajo rendimiento escolar, problemas de conducta en el aula, trastornos de adaptación y las diferentes problemáticas que inciden en el aprendizaje académico; atendiendo y orientando también a sus padres de familia y demás miembros del núcleo familiar.

- Subprograma de Docencia: se participó en el Programa de Escuela Saludable, cubierto por el Centro de Salud, el cual tiene priorizadas 24 escuelas de la región. La Clínica de Psicología se involucró en la planificación de actividades, colaboración en talleres y capacitación con alumnos, maestros y el personal del Centro de Salud, disertación con equipo multidisciplinario y la orientación a los grupos PROMESA (Promotores en Salud).

- Subprograma de Investigación: En este aspecto se investigó a través de un estudio longitudinal las Condicionantes Psicológicas que Conducen al Embarazo en la Adolescencia. Para el efecto se contó con la participación voluntaria de adolescentes embarazadas y madres adolescentes que asisten al Centro de Salud, en el período de 8 meses que contempla la realización del EPS. Quienes además recibieron la atención psicológica cubierta por el Subprograma de Servicio. Adicionalmente se entrevistó a madres atendidas en la clínica quienes habían estado embarazadas o que habían sido madres adolescentes, que de igual manera participaron de forma voluntaria para complementar con un aspecto comparativo.

INTRODUCCIÓN

Se categoriza como embarazo prematuro al evento gestacional que vive una menor en la etapa de la niñez o la adolescencia, recibe este nombre por su etimología: pre – *antes de* y maturo – *edad de madurez*. Comprendemos entonces que se presenta previo a la madurez física, en que ya el cuerpo cuenta con las condiciones óptimas para soportar la gestación, el alumbramiento, la lactancia y maternidad; así como de madurez social, donde no afrontará tan severamente (según la condición de vida en que se presenta el embarazo) la sanción y juicio de parte de la sociedad y la familia, podría encontrar mejores condiciones laborales, así como en el aspecto académico donde en el caso de estas menores, deben interrumpir sus estudios; por último la madurez psicológica donde ya se ha conformado como mujer y posee madurez emocional y cognitiva, haciéndola ser más acertiva y estar más preparada para afrontar la crianza.

Para efectos prácticos nos referiremos al embarazo en la adolescencia como embarazo precoz, debido a la ambigüedad en la incurre al anterior concepto, ya que al pensar en un embarazo prematuro puede confundirse con un parto prematuro o pretérmino, el cual se refiere a la gestación incompleta o menor a las 36 semanas, además que la valoración madurativa se torna subjetiva y relativa de una mujer a otra .

Dentro de las causas se considera que puede existir un ciclo repetitivo de una historia familiar de embarazos prematuros, pues el 28% de las mujeres en Guatemala tienen su primer hijo antes de los 18 años. El incesto y el abuso de menores es otra causa frecuente de embarazo en adolescentes, el bajo nivel educativo y los niveles de pobreza incrementan la incidencia, por lo que se nota un alza en las zonas marginales, el mal empleo de los métodos anticonceptivos o la desinformación acerca de su existencia y su uso, con lo que cabe mencionar lo usual de la práctica del *coitus interruptus*, creyendo de forma equivocada que la eyaculación (seminal) externa; garantiza que no haya embarazo, un factor físico es que se ha adelantado la edad de la menarquia, con lo que las adolescentes se encuentran en una edad reproductiva más temprano y relacionan este hecho con adelantar la conducta y la actitud sexual de igual manera.

Las causas familiares, son tan importantes como las anteriores, pues la poca comprensión y la mala relación entre padres e hijos, y la escasa apertura para tocar los

temas de la sexualidad con naturalidad llevan a tomar decisiones poco asertivas. Ocurre también que se utilice la sexualidad y el embarazo como vía de escape al ambiente hostil; tanto de forma inconsciente, como de forma planeada, de aquí se puede agregar que se puede utilizar el embarazo como medio de retención de la pareja o puede provenir como producto del chantaje masculino conocido como *“la prueba de amor”*, donde la mujer accede a tener relaciones sexuales no por decisión personal, si no como demostración de su entrega por el otro.

JUSTIFICACIÓN

En Guatemala, históricamente es usual que las mujeres inicien a procrear a edades muy tempranas, por situaciones de idiosincrasia, discriminación de género, escasa educación, escasez económica, etc.

Los embarazos y partos en adolescentes, se clasifican como de alto riesgo, puesto que ponen en peligro la vida de la madre y el niño.

Pueden provenir como consecuencia de este hecho, deseos frustrados por parte de la madre y su familia, en casos del padre, cuando se ve obligado a asumir la responsabilidad, provocando, primordialmente en el caso de las madres, que pocas logran desarrollarse personalmente, se trunca su autonomía y el desarrollo de conductas de riesgo. En la mayoría de los casos no existe responsabilidad tutelar del padre, no consigue ser contratada de forma legal para poder subsistir con su hijo, pues aun es menor de edad. Regularmente iniciada la vida sexual, se continuará con ella, en su generalidad de forma irresponsable, posibilidad de tener múltiples parejas, pues las mujeres que inician su maternidad antes de la edad de madurez, tienden a tener 2 o 3 veces más hijos. Se desarrolla miedo a restablecer su vida por el hecho de sentirse utilizada. Por ultimo cabe mencionar que los niños nacidos de madres adolescentes, por su dinámica psicológica, en su mayoría terminan creciendo en un ambiente hostil o siendo criados por otro familiar que no es su madre.

En los últimos años las tasas de natalidad de hijos de madres adolescentes han mermado y se prevé que sigan bajando, debido a la divulgación de programas de conscientización y educación acerca de las responsabilidades que implica el ser madre y del autocuidado como mujeres.

Villa Canales no está ausente de esta problemática, y en su Centro de Salud es frecuente la afluencia de adolescentes que asisten a sus controles pre y postnatal, vacunación, papanicolaou, pediatría y orientación en planificación familiar, por lo que es fundamental brindar Asistencia Psicológica a ésta población, debido a que son madres con grandes cargas emocionales, dudas y con necesidad de orientación en cuanto a este cambio de vida. Además es útil comprender los factores psicológicos que llevan a un embarazo a tan temprana edad, para fundamentar la orientación en la población de niñas y niños, y adolescentes.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

1.1. MONOGRAFÍA DEL LUGAR

Villa Canales es el tercer municipio en tamaño del Departamento de Guatemala, después de Guatemala y Mixco, posee una extensión territorial de 353 kilómetros cuadrados de área total, de la que 76.34 equivalen al 21.6% de su extensión, se encuentra dentro de la Cuenca del Lago de Amatitlán, cuenta aún con 60 kilómetros de terracería. En relación a su topografía esta población se erigió durante el año 1824, en un valle circunvalado de cerros, la mayor parte, cultivables. Por sus tierras corren varios ríos, cuyas aguas riegan estos terrenos, en lo que se encuentran grandes plantaciones. Su territorio es quebrado en un 55%, sus alturas oscilan entre 1250 y 1600 MSN. El crecimiento urbano se ha visto restringido debido a la poca disponibilidad de suelo con capacidad de urbanización ya que su topografía es irregular, pero esto no ha sido impedimento para que exista la lotificación menudeada haciendo caer al municipio en un desarrollo no planificado. Su jurisdicción municipal comprende, en lo respecta a la cabecera Municipal, 13 aldeas, 43 caseríos, 150 fincas aproximadamente. Según información del Instituto Nacional de Estadística en el Censo de 2,002, su población asciende a 103,814 habitantes, para el año 2,003 su densidad poblacional es de 294 habitantes por Km², aumentando considerablemente respecto al año 1,995, en el cual se contaba con una densidad de 183 habitantes por Km².

PROYECCIONES DE POBLACIÓN AÑOS 2000-2005, SEGÚN ÁREA Y GÉNERO

ÁREA Y SEXO	2000	2001	2002	2003	2004	2005
TOTAL MUNICIPIO	91,091	93,779	96,546	99,395	102,328	105,348
Urbana	8,317	8,497	8,680	8,868	9,058	9,253
Rural	82,774	85,282	87,866	90,527	93,270	96,095
Hombres	45,920	47,214	48,544	49,912	51,318	52,764
Mujeres	45,171	46,565	48,002	49,483	51,010	52,584

Fuente: Estimaciones de población. INE

Su población Económicamente Activa PEA oscila en 36,740 (a partir de los 07 años de edad, se le considera PEA). “En el ámbito de los municipios de la cuenca, la distribución de la PEA varía en cuanto a las principales actividades económicas a que se dedican. En el caso de Villa Canales, la situación difiere de los otros municipios, ya que la principal actividad es la agricultura, con el 26.9%, reflejando que es un municipio con mayor proporción de población en el área rural, aunque le sigue en segundo lugar la industria con el 20.2%, en tercero la construcción con el 20.1% y el cuarto los servicios comunales, sociales y personales con el 10.7% las que alcanzan el 77.9% del total” (Monografía de Villa Canales OMP).

Villa Canales cuenta con una municipalidad de segunda categoría, para ésta, los servicios básicos son: drenajes, agua potable, extracción de basura.

<<De acuerdo a la cantidad de servicios que posean los municipios, éstos inciden en la calidad de vida y bienestar familiar de sus habitantes. Sobre esta base se va a determinar su relación con el ambiente y su responsabilidad en su deterioro.

Villa Canales, es un municipio con alta dispersión de la población, y los servicios municipales se concentran en mayor cantidad en la cabecera municipal. Los servicios de control y sostenimiento del ambiente y de equilibrio del sistema ecológico, no están al alcance de sus propios recursos por lo que son proveídos por el gobierno central.>>
Monografía de Villa Canales – Oficina Municipal de Planificación – OMP

Desde 1955 se cuenta con energía eléctrica.

El municipio cuenta con una central telefónica de la Empresa de Telecomunicaciones TELGUA y anterior a la privatización del servicio telefónico, estas instalaciones eran oficinas de atención de la desaparecida GUATEL.

Por haber sido un punto de distribución y estación ferroviaria la primera oficina de telégrafos fue creada mediante el Acuerdo Gubernativo del 23 de abril de 1901. El 23 de diciembre de 1916 se crea la oficina de correo y es hasta el 23 de junio de 1949

cuando se abre la Oficina de Correos y Telégrafos que actualmente funciona con el servicio de EL CORREO, en una oficina de tercera categoría.

El Municipio de Villa Canales, tiene un déficit del servicio de agua en un 45%, en los hogares. Los habitantes se agencian de forma individual y lo hacen a través de pozos, toneles y del agua del río, o bien, pagando por metro cúbico. Según la OMP "...el abastecimiento de agua es insuficiente. Proviene de los nacimientos de Boca del Monte y Cumbre de San Nicolás, que presentan un grado de contaminación. El de Morán, que se localiza en la Aldea Chichimecas y de Concepción en Aldea Colmenas, se utiliza para riego, por lo que ya no llega caudal suficiente a la población de Villa Canales. Otro se encuentra a 200 metros de Santa Elena Barillas.

La Aldea Boca del Monte y San José El Tablón tienen tres pozos. Otro el de Hincapié, que posee suficiente agua y uno en la cabecera municipal, que se localiza 59 metros del Río Villalobos, el cual presenta contaminación.

El abastecimiento de agua potable es de 0.094 metro cúbicos por segundo, con una disponibilidad real de 0.064 metro cúbico por segundo, consumo de 92.19 lt./hab./día, y un déficit de 57.81 lt/hab/día."

Villa Canales posee un mercado municipal y varios mercados informales, doce cementerios; dos privados y 10 municipales en las distintas comunidades.

Dentro de los servicios de asistencia y seguridad posee una estación de bomberos a cargo de bomberos voluntarios y cuentan con 20 elementos.

El sistema de seguridad civil es prestado en este municipio por las Subestaciones de Boca del Monte, El Porvenir, Villa Canales, Santa Elena Barillas, y Jocotillo. Con aproximadamente 20 agentes, demostrando así el gran déficit de seguridad ciudadana existente.

El servicio de transporte es extraurbano y urbano en Boca del Monte, siendo las empresas que prestan dicho servicio: Transportes La Unión, La Cooperativa Miguel, Transportes Aurora y Santa Elena; de Guatemala a Villa Canales y de Villa Canales pasando por San Miguel Petapa, Villa Nueva, Guatemala y viceversa.

El sistema bancario tiene presencia en la cabecera municipal con el Banco Industrial y Banrural, la Aldea que posee más agencias bancarias es Boca del Monte (Bancor, Banco G&T, Banrural, QSA), por su cercanía a la ciudad es un área más industrializada y con mayores servicios.

Considerado en su mayor período de desarrollo como un área agrícola, en la actualidad la presencia industrial es una de las más bajas del casco urbano, se estima que el municipio de Villa Canales (según estudios municipales) cuenta con un total de 13 industrias, de diferente tipo de producción; entre las que figuran 07 de alimentos, 01 de plástico, 01 de yeso, 01 de textiles, 03 metalúrgicas y químicas, lo que hacen el 1.9% del total de la industria ubicada dentro de la cuenca del Lago de Amatitlán.

Dentro de su industria, destacan por su importancia: La Tabacalera Centroamericana S. A., El Ingenio Azucarero Santa Teresa, El Beneficio de Café Rossell y el beneficio de arroz Valencia, además otras plantas industriales de diverso género. Su principal riqueza provienen de las fincas de ganado, además la elaboración de azúcar, panela, cultivo de maíz, frijol, café, piña, caña de azúcar, hortalizas y variedad de frutas en pequeña escala, siendo el café y los granos básicos los más importantes, posee también el cultivo de flores ornamentales de exportación como el caso de la empresa Mayacrops, cercano a las orilla del lago.

Ubicado al sureste de la ciudad capital, lo que es ahora su cabecera municipal antiguamente era conocida como “Pueblo Viejo” y durante la mitad del siglo anterior se le denominó Morán por su estación ferrocarrilera, ubicada en la finca con ese nombre.

En la Monografía de la Oficina Municipal de Planificación se tiene contemplado que el nombre <<Villa Canales tiene varias versiones de su significado, éstas se hablan dentro de sus pobladores. Una de ellas es que el término Canales es dado porque, en sus múltiples fincas de ganado y cultivos suele ser muy utilizado el sistema de riego por medio de canales. La otra versión se remonta al siglo XV, en donde se dice que, en la época de la conquista cuando los españoles llegaron a este lugar, las poblaciones indígenas cavaron agujeros en forma de canales, que servían para ocultarse y atacar desde la profundidad de éstos.

El Término Villa habla de una categoría menos que ciudad y mayor que pueblo. En Guatemala, el Acuerdo Gubernativo del 7 de abril 1938 fija los requisitos a llenarse para que un poblado pueda obtener por disposición del Ejecutivo, categoría de Villa, y por lo general son algunas Cabeceras Municipales, que durante el período hispánico, en Guatemala la Real Audiencia, Capitanía Gobernación General concedía la merced de villa a ciertos poblados, en que predominaban los españoles.

... es una comunidad formada por Santa Inés Petapa y San Miguel Petapa. Asentada en la comunidad prehispánica de lengua Pocomán. El 21 de agosto de 1915 la Corporación Municipal se reúne con el presidente Manuel Estrada Cabrera, para cambiar el nombre del lugar por el de San Joaquín Villa Canales, en conmemoración del natalicio de la madre del entonces presidente, señora Joaquina Cabrera de Estrada. Este nombre perdura aproximadamente cinco años, hasta ser derrocado Estrada Cabrera, pues en virtud del Acuerdo del 03 de mayo de 1920, se suprime de todo pueblo, calle, plaza, etc., todo nombre que tuviera vínculo con él, y es así como se empieza llamar popularmente Villa Canales. Luego por Acuerdo Gubernativo del 03 de mayo de 1927 modificado el 10 de septiembre del mismo año, se queda asentado como Villa Canales.>>

Villa Canales es un área arqueológica, con historia de haber sido reconstruida repetidas veces por ser atacada por distintos desastres naturales, entre estos sitios se identifican en especial:

Concepción: en la Aldea Colmenas, éste aún no ha sido oficializado su registro en Antropología.

Virginia: sitio arqueológico de segunda categoría en donde se han encontrado fragmentos de arte de civilizaciones antiguas, situado en el municipio de Villa Canales, estas ruinas por largo tiempo olvidadas y reconocidas superficialmente.

Se tiene contemplado también, que la Aldea de Chichimecas recibe este nombre debido a que sus pobladores eran un segmento de la etnia chichimeca.

El idioma castellano es la lengua oficial de Villa Canales, pero entre los primeros pobladores indígenas, el idioma predominante era el Pocomán y otros como el Chichimecas de descendencia Tlascalteca (Mexicanos). En la actualidad no se cuenta con información oficial acerca de etnias mayas propias de Villa Canales residentes, en su casi totalidad los habitantes originarios son ladinos.

Geográficamente colinda al norte con la ciudad de Guatemala; al este, con Santa Catarina Pinula, Fraijanes, Barberena; al sur, con San Vicente Pacaya (Escuintla) y Barberena (Santa Rosa); al oeste con Guatemala, San Miguel Petapa, Amatitlán y San Vicente Pacaya (Escuintla).

Como información técnica el municipio de Villa Canales tiene una latitud $14^{\circ} 28' 53''$ Norte y longitud $90^{\circ} 32' 00''$ Oeste del Meridiano de Greenwich. De tal manera que tiene una elevación de 1250 MSN, y una precipitación pluvial anual de 1000 mm. Posee un clima templado y su temperatura es de 20° centígrados promedio anual y un porcentaje del 50% de humedad.

Villa Canales posee una Sierra, 10 montañas y 19 cerros, casi todos cultivables. Dentro de sus conocidas fuente hidrográficas se encuentra el Río Villalobos prácticamente atraviesa el poblado, está altamente contaminado con desechos sólidos, provocando

suelos muy susceptibles de erosión, producto de las formaciones aluviales que se encuentran a lo largo de este río y en los márgenes del Lago de Amatitlán, por lo que presenta características geológicas inestables; prueba de ello es el hundimiento de la iglesia de la época colonial, la que se puede apreciar a inmediaciones de la terminal de buses (Iglesia San Miguel), observándose únicamente la parte superior del frontispicio.

Tanto el cementerio como las viviendas en áreas marginales, permanecen en constante peligro de ser arrasados en cualquier momento por efectos de las fuertes corrientes generadas en el invierno, las que acarrearán gran cantidad de arena y tierra que son transportadas a través del Río Villalobos y depositadas en el Lago de Amatitlán.

Los otros ríos que se localizan en Villa Canales son: Morancito, Tulujá, El Molino, Las Minas, El Aguacate, Río Frío, Río Negro y Agua Tibia entre otros; sus riachuelos: El Bosque, El Jutillo, El Silencio y La Canoa; un zanjón, el Ujuxtal y el Lago de Amatitlán.

Según información de la Secretaria General de Planificación SEGEPLAN, en su documento Información básica sobre el municipio Villa Canales, Guatemala; los porcentajes de servicios por vivienda se diagraman de la siguiente manera:

No. de Viviendas	Instalación de Agua		Instalación de Drenaje		Instalación de Electricidad	
	Si	No	Si	No	Si	No
11,971	82.4	17.6	18.1	81.9	78.8	21.2

Fuente: Censo 1994. INE

La Cabecera Municipal está asfaltada y adoquinada en su totalidad, en las aldeas, con excepción de sus arterias de acceso, las calles son de terracería, con proyectos de asfalto en progreso

En cuanto a servicios de salud se muestra una situación precaria, en Villa Canales no existe hospital nacional, por cercanía (20 Km.) con la ciudad capital, cuyas intervenciones y emergencias son cubiertas por el Hospital Roosevelt o el Hospital General San Juan de Dios así como la cercanía del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán.

Villa Canales se encuentra ubicado en un sector que últimamente ha tenido un fuerte desarrollo urbano como foco de inversión de empresarios viviendistas. Razón por la que se observa un marcado contraste en las condiciones de vida de los vecinos quienes en su mayoría va de la extrema pobreza, con un fuerte número de pobladores de clase media trabajadora, a una escasa clase acomodada.

El municipio de Villa Canales, con respecto a su cabecera, poseía riquezas agrícolas que fueron explotadas a convertirse en focos urbanos. Ha pasado de ser un área rural para convertirse poco a poco en metrópoli, lo que ha creado desempleo local, tornándose en una ciudad dormitorio o un suburbio de la ciudad capital.

De la Red Nacional se cuenta únicamente con un Centro de Salud en Villa Canales y la aldea Boca del Monte, tres Puestos de Salud, uno en el Porvenir, Santa Elena Barillas y Los Pocitos, un Puesto de Primeros Auxilios Santa Leonarda y un Dispensario Municipal; el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, ubicado en la Cabecera Municipal, un sanatorio (en la cabecera), así como 15 clínicas privadas.

Con información de la Unidad Técnica - Estrategia de Reducción de la Pobreza de la Secretaría General de Planificación SEGEPLAN, el acceso a servicios de salud se detalla en el siguiente diagrama:

Servicio de Salud	Localidad	Nº de Habitantes	Nº de Viviendas	Distancia al S/S en Km.
Centro de Salud Tipo B Villa Canales	Casco Urbano	5014	1003	1.5
Centro de Salud Tipo B Villa Canales	Monja Blanca	1475	295	4
Centro de Salud Tipo B Villa Canales	Rustrián	1025	205	4
Centro de Salud Tipo B Villa Canales	Chichimecas	3604	721	3
Centro de Salud Tipo B Villa Canales	Zapote	2974	595	4
Centro de Salud Tipo B Villa Canales	Colmenas	3407	682	4.5
Centro de Salud Tipo B Villa Canales	Virgen	638	128	10
Centro de Salud Tipo B Villa Canales	Durazno	1380	276	8
Centro de Salud Tipo B Villa Canales	Cumbre	1252	251	8
Centro de Salud Tipo B Boca del Monte	Zona 1	12500	2500	0.5
Centro de Salud Tipo B Boca del Monte	Zona 2	7330	1466	1
Centro de Salud Tipo B Boca del Monte	Zona 3	11200	2240	1.5
Puesto de Salud Jocotillo	Jocotillo	7218	1444	1
Puesto de Salud Jocotillo	Mercedes	300	60	2
Puesto de Salud Jocotillo	Concha	50	10	9

Puesto de Salud Jocotillo	Río Negro	624	125	1
Puesto de Salud Jocotillo	Obrajuelo	899	180	1
Puesto de Salud Pocitos	Pocitos	2047	410	1
Puesto de Salud Pocitos	Veramina	477	96	1
Puesto de Salud Pocitos	San Rafael	1530	306	1
Puesto de Salud Pocitos	Meléndez	237	48	1
Puesto de Salud Pocitos	Tapacún	2455	491	1
Puesto de Salud Dolores	Dolores	2359	472	1
Puesto de Salud Dolores	Los Llanos	448	90	6
Puesto de Salud Dolores	Las Escobas	360	72	6
Puesto de Salud Santa Elena Barillas	Santa Elena Barillas	5419	1085	0.5
Puesto de Salud Santa Elena Barillas	San Cristóbal	801	161	3
Puesto de Salud Santa Elena Barillas	Santa Rosita	1207	242	3
Puesto de Salud El Porvenir	Cantón Pedrero Porvenir	3000	600	2
Puesto de Salud El Porvenir	Ctón. Cementerio Porvenir	2550	510	2
Puesto de Salud El Porvenir	Ctón. Centro Porvenir	2900	580	1
Puesto de Salud El Porvenir	Aldea Manzanillas	200	40	8

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Red de Servicios 2000

Principales causas de mortalidad infantil:

Diagnóstico	Cantidad
Neumonías y bronconeumonías	6
Diarreas	3
Septicemia no especificada, Choque séptico	3
Otros recién nacidos pretermino	3
Aspiración neonatal de meconio	2

Fuente: Sistema de Información Gerencial Salud - SIGSA 2001

Principales causas de mortalidad general:

Diagnóstico	Cantidad
Traumatismo cráneo encefálico no especificado	14
Infarto agudo del miocardio sin otra especificación	11
Heridas por arma de fuego	11
Neumonías y bronconeumonías	8
Septicemia no especificada, Choque séptico	7

Fuente: Sistema de Información Gerencial Salud - SIGSA 2001

Según el INE 2,002 un 35.6% (36,993 personas) de la población son analfabetas y el resto (66,821 personas) sabe leer y escribir. Según éste estudio tanto en escuelas públicas como en centros privados, asistieron 26,327 alumnos, de los que 37%

pertenecían a la educación primaria y el menor de ellos en el nivel diversificado con un 4%.

El grado de escolaridad de la población, refleja que un alto número, cuenta con educación primaria y uno muy escaso, con educación superior.

Un problema fuerte para las poblaciones de Villa Canales es la administración de la educación, puesto que el acceso a las escuelas está centralizado, valga la redundancia, en el centro de las aldeas, o la cabecera municipal, donde muchos niños se ven desfavorecidos por las distancias. Éste problema se agrava en la educación media y diversificado; Hay algunas instituciones privadas que cubren esta población, pero para todo el municipio existe un único instituto el cual está ubicado en la cabecera municipal, trabaja en dos jornadas diferentes, y para el caso de los estudios diversificado hay una única Escuela de Ciencias Comerciales, que funciona en una jornada vespertina única, de igual manera la única escuela nocturna para adultos, funciona en este mismo centro regional.

Se cuenta con 26 establecimientos que imparten educación parvularia, 45 de primaria, 13 de nivel básico, 5 diversificado y 01 educación primaria para adultos. En las distintas poblaciones de Villa Canales se localizan escuelas nacionales que cubren la educación primaria y preprimaria. Como se menciona anteriormente, en la educación básica se cuenta con único Instituto Nacional (Mixto América INMA), con 2 planteles en la cabecera municipal, los cuales funcionan en 2 jornadas, matutina y vespertina y una Escuela de Ciencias Comerciales (América ENCCA), con una jornada vespertina que cubre los estudios diversificados con las carreras de Secretariado y Perito, ubicado en la cabecera en las mismas instalaciones del instituto matutino antes mencionado.

La religión predominante es la católica por lo que se establece que su feria titular del 21 al 26 de marzo de cada año, con una fecha móvil y se establece el primer domingo del mes de marzo o abril, dependiendo de la Semana Mayor; en honor a su Santo Patrón Jesús en Agonía, establecido en el Acuerdo Gubernativo del 23 de febrero de 1928 según Acuerdo Gubernativo del 25 de marzo de 1971. Entre las actividades que se

realizan durante la feria están: los bailes populares, sociales, serenatas al Santo Patrón, palenques, jaripeos y las albas, que consisten en rezos a la madrugada, en honor al Santo Patrón; luego se brinda comida a las personas que participaron.

La situación actual, de inestabilidad y de centralización de servicios en únicamente la región central del país, provoca la congestión habitacional, ó lo que los sociólogos llaman la macrocefalia del país, provocada por las migraciones de guatemaltecos que viven en la provincia y vienen en busca de oportunidades a las áreas de la capital, encontrándose con que los espacios están saturados, optando por ubicarse en los alrededores; y este fenómeno se ve en las regiones como Villa Canales, en donde se explotan parcelamientos para ubicar colonias con terrenos para familias de número limitado donde quienes habitan son familias en crecimiento y que por sus características de espacio terminan viviendo hacinados.

Se observa también la invasión con la obtención de viviendas informales en zonas de alto riesgo; como se ha especificado anteriormente, el caso de Villa Canales, es un área montañosa con un latente riesgo sísmico, además de la cercanía el volcán de Pacaya, el cual es el volcán más activo de Guatemala y Villa Canales se encuentra ubicado en su caldera. La erosión de los suelos, por los contaminantes de arrastre que terminan en la región y la deforestación de la cual se hace cada vez más constante, existe el hecho, de que muchos de estos suelos son arenosos.

Y como ya antes se ha mencionado, sus abundantes fuentes hídricas que han sido mal administradas, en condiciones extremas, son proclives a las inundaciones.

Todos estos factores obligan a que muchos de los pobladores de los alrededores de la cabecera municipal de Villa Canales se encuentran en constantes traslados a albergues, puesto que este es un sector que constantemente es atacado por los fenómenos naturales.

Según el SIG-MAGA con base a información del INSIVUMEH 2002, este municipio con un 16.01%, que corresponde a un área total de 280.01 km², obtiene una categoría alta de amenaza por sequía, y tiene un quinto lugar de prioridad. El Programa de emergencia por desastres naturales SIG-MAGA del 2001, dio a Villa Canales una

clasificación media de amenaza por deslizamiento, con 3 eventos. Posee un 0.29% de índice de amenaza por heladas y con un 3.676 Km² de área inundable, obtiene un 1.292% de índice ponderado de amenaza por inundación, con categoría media.

Otro fenómeno de relevancia, como en el resto de Latinoamérica, es la migración al extranjero (de forma legal o ilegal), principalmente al norte del continente, hacia Estados Unidos; en búsqueda de oportunidades económicas, ó lo que se le llama “el sueño americano”, para brindar mejores condiciones de vida a la familia, la cual debe ser abandonada. Se observa principalmente familias, ausentes del padre, en segundo lugar de la madre o ambos, dejando a los hijos con otros familiares, en su mayoría con los abuelos. De igual manera por la necesidad de empleo, los padres de familia son contratados por las fábricas y maquilas ubicadas en los municipios vecinos, trabajando en condiciones inferiores a las mínimas y con horarios y salarios de explotación.

El nivel de pobreza de Villa Canales es de: “19.12%. El índice de valor de brecha que le corresponde del total nacional es del 0.14 por ciento, es decir, como mínimo necesitaría aproximadamente Q11,230,595.48 cuando menos para que la población pobre del municipio alcance la línea de pobreza general” (Unidad Técnica - Estrategia de Reducción de la Pobreza SEGEPLAN)

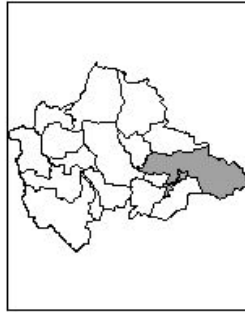
INDICADORES DE INCIDENCIA DE POBREZA



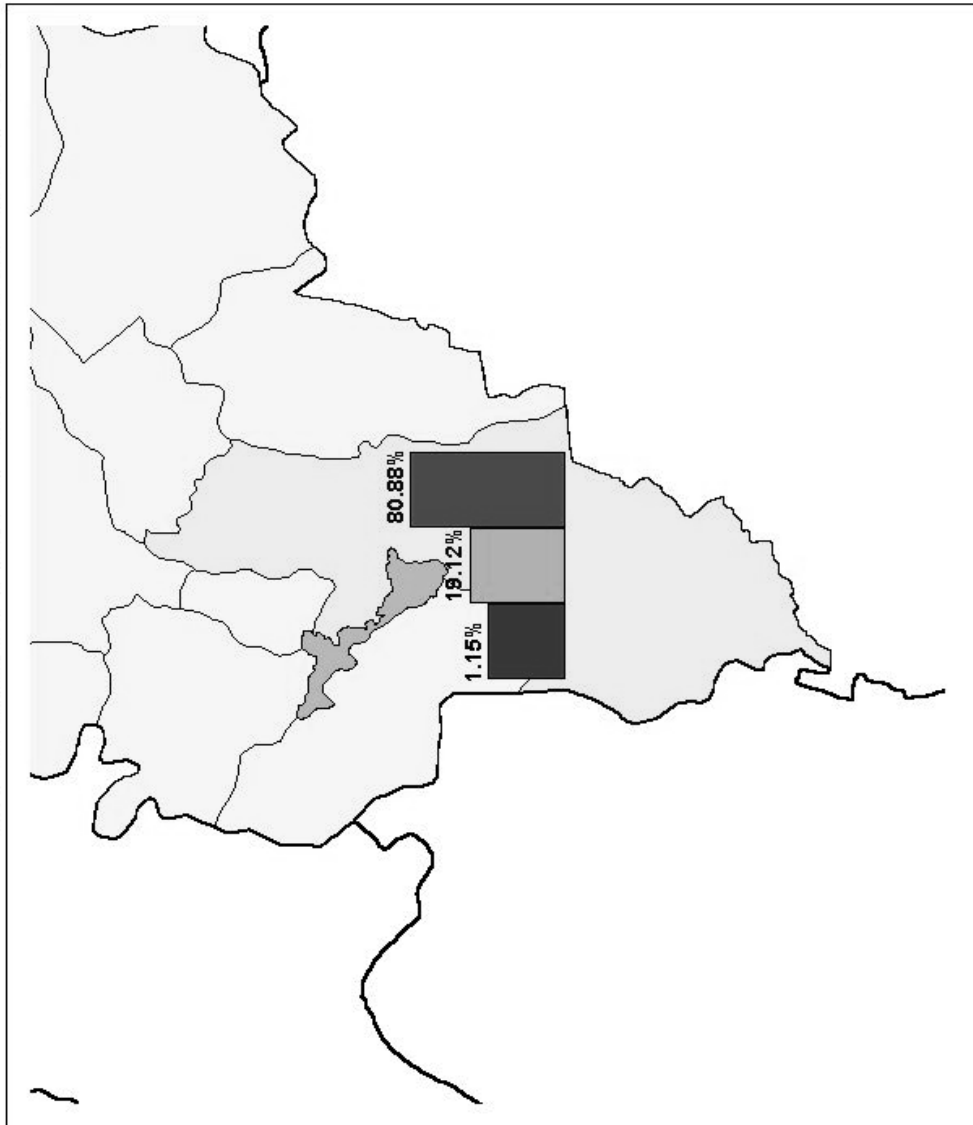
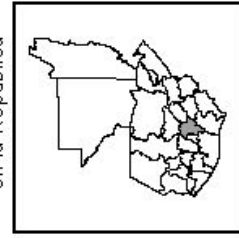
Leyenda

- Villa Canales
- Pobreza extrema
- Pobreza general
- No pobres
- Lagos y lagunas
- Departamento Guatemala
- Límite departamental

Ubicación del municipio en el departamento



Ubicación del departamento en la República



Km.

12

6

0

6

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA
PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN
SECTORIAL

Según resultados de los Censos de Talla Escolar 1986 y 2001 del Ministerio de Educación, la vulnerabilidad a la desnutrición crónica de Villa Canales se considera

baja, para 1986, poseía 680 escolares que la sufrían y ocupaban un 43.4% y para el año 2001, 2793 escolares, ponderándose en 30.3%.

1.2. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Coyunturalmente las instituciones de Servicio Social, Seguridad y Asistencia, nacionales (como lo es el caso del Centro de Salud de Villa Canales), se encontraban operando bajo el “Programa de 100 días”, formulado por el actual régimen gubernamental; de reciente posesión. Dicho plan, postulado en campaña, contempla acciones inmediatas en temas de salud, educación, infraestructura economía y seguridad, e involucra a todos los sectores de la sociedad. En el área de salud busca retomar el control de los hospitales y centros de salud en todo el país, a fin de mejorar la atención y calidad de servicios, tanto en la Consulta Externa, Emergencias y Cirugías.

El Centro de Salud de Villa Canales es una institución dependiente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, encargada de prestar los servicios básicos de salud en el primer nivel de atención, es decir, la salud preventiva del municipio de Villa Canales, a través de la aplicación de todos los programas que dicho ministerio definió en el Plan Operativo 2000-2004. A partir de enero de 2008 a finales del mes de abril, se opera bajo la cobertura del Plan de 100 días, por lo que se encuentra en constantes reformas, mientras que transitoriamente se sigue el antes mencionado Plan Operativo 2000-2004 que cubre los siguientes programas:

- Enfermedades transmitidas por alimentos y agua (diarreas)
- Enfermedades transmitidas por vectores
- Infecciones respiratorias agudas
- Enfermedades inmunoprevenibles
- Salud reproductiva
- Tuberculosis
- Infecciones de transmisión sexual, VIH-Sida
- Rabia

- Enfermedad de Chagas
- Oncocercosis
- Salud mental
- Atención materna perinatal
- Atención al medio
- Programas de Escuelas saludables

La Misión del Centro de Salud de Villa Canales es:

“Proveer Gratuitamente...

Servicios de salud preventiva curativa y de Rehabilitación a la población del departamento de Guatemala mediante la articulación de una red institucional en los tres niveles de atención regida por los principios de eficiencia, eficacia, equidad, calidad y calidez.”

Y su Visión es:

“El Área de Salud de Guatemala...

Constituye una red del servicio que incide en el mejoramiento de los indicadores de salud de la población objetivo, mediante la optimización de los recursos en cada coordinación con los otros sectores comprometidos con la satisfacción de las demandas del comunicación”

- tomado de Misión – Visión, Centro de Salud, Villa Canales – Distrito Sur Depto. Guatemala, Ministerio de Salud Pública.

La dirección del Centro de Salud es 2da Ave. 2-62 zona 1 de Villa Canales, en la entrada de la cabecera municipal, a 22 km. del Palacio Nacional, en el centro de la ciudad capital (lugar donde se encuentra el punto de Referencia de las distancias nacionales), por el acceso de la Avenida Hincapié, zona 13. Se encuentra en un punto de fácil acceso, donde se concentran las comunidades circunvecinas de dicha comunidad.

El puesto de salud de Santa Elena Barillas está ubicado a 15 kilómetros de la cabecera municipal, en una región montañosa con una altura superior, que se ve delimitada con

la carretera a El Salvador; a su vez el puesto de salud de la aldea El Jocotillo, se encuentra a 35 km aproximadamente del casco urbano de Villa Canales y colinda con el departamento de Santa Rosa; y por último, el puesto de salud de la aldea Los Pocitos, que se encuentra a 30 km aproximadamente, colindando esta comunidad, con los límites del departamento de Escuintla.

Los servicios básicos de salud se brindan cumpliendo las normas de atención establecidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, éstas han sido elaboradas por profesionales con experiencia en salud pública y validadas por el personal de diferentes niveles de atención y disciplinas, Además serán ajustadas periódicamente según los resultados de su aplicación a nivel nacional. Las normas se orientan inicialmente a la prevención y atención de enfermedades que constituyen las principales causas de mortalidad, contemplando las acciones de la familia, los líderes comunitarios (sobre todo los que manejan grupos como: sacerdotes, pastores, maestros, dirigentes, comadronas, promotores de salud), cada uno de los miembros del equipo de salud, los puestos y centros de salud de Villa Canales. El Centro de Salud, cuenta actualmente con 2 médicos, 1 odontólogo, 1 enfermera profesional, 5 auxiliares de enfermería, 1 inspector de saneamiento ambiental, 2 estadígrafas, 1 secretario, 2 conserjes y dos guardianes. Del Centro de Salud dependen 4 puestos de salud, los cuales cuentan con un auxiliar de enfermería cada uno y está ubicado sumo en la siguientes aldeas: Santa Elena Barillas, Los Dolores, El Jocotillo y los Pocitos.

Además de contar con la participación de líderes comunitarios, se coordina con las autoridades e instituciones sociales existentes del municipio (alcalde municipal, PNC, supervisión de educación, pastoral social, Bomberos Voluntarios, IGSS, etc.) para ejecutar las acciones de salud programadas actualmente. El Centro de Salud atiende consulta médica de emergencia del lunes a viernes en el horario de 7:30 a 16:00 horas atendiendo a un número aproximado de 70 personas diarias como distintas necesidades.

A las 7:00 horas inician las vacunaciones a niños menores de cinco años y a mujeres fértiles; por las tardes se realiza Papanicolaou, los días jueves a partir de las 10:00 a.m. se atiende la consulta de profilaxis sexual.

La organización del Centro de Salud de Villa Canales queda comprendida de la siguiente manera: 2 médicos generales según especialidad, 1 odontólogo, una enfermera profesional, 5 auxiliares de enfermería, un inspector de saneamiento ambiental, 2 estadígrafas, 1 laborista, 1 secretario, 2 conserjes, equipo comunitario (SIAS), 2 guardianes y 50 comadronas. El director del Centro de Salud participa como facilitador entre la comunidad, junta directiva y patrocinadores, quien además vela por cumplimiento de objetivos lineamientos del Centro de Salud, quien se reúne con las autoridades como correspondientes (Conred, Bomberos Voluntarios, PNC, alcalde) así también cumple su función como médico general. El Centro de Salud se organiza la siguiente forma:

1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
2. Área de Salud Guatemala (distrito sur del departamento de Guatemala)
3. Centro de Salud Villa Canales, jefatura de distrito
4. Comité municipal de salud
5. Consejo de técnicas de distrito
 - Extensión de cobertura
 - Odontología
 - Médicos de cuatro horas, consulta externa
 - Enfermería
- Puesto de Salud Santa Elena Barillas
- Puesto de Salud El Jocotillo
- Puesto de Salud Los Pocitos
- Puesto de Salud Los Dolores
 - Saneamiento Ambiental
 - Promotores Rurales de Salud

En cuanto a los programas establecidos, se brindan inducción sobre 8 programas prioritarios de salud y compromisos: Dengue, ETAS, Inmunoprevenibles, Ira, Tuberculosis, Rabia, Salud Reproductiva e ITS-VIH-Sida.

Prioridades y compromisos:

- Inmunoprevenibles: cobertura de vacunación 95%, 100% de brotes controlados
- Infecciones respiratorias agudas: disminuir la tasa de mortalidad por neumonía
- Enfermedades transmitidas por alimentos y agua: disminuir la tasa de mortalidad por diarrea, Sistematizar el monitoreo de calidad de agua
- Enfermedades transmitidas vectores: aumentar la cobertura gota gruesa
- Rabia: manejo estandarizado de mordedura de animal
- Tuberculosis tratamiento estrictamente supervisado
- Infecciones de transmisión sexual: tratamiento según enfoque sincrónico al 100% de casos detectados
- Además se cuenta con el programa de extensión de cobertura contando para ello con 1 médico ambulatorio, 1 facilitador industrial, 5 facilitadores comunitarios, y guardianes de salud. Este programa cubre las comunidades de parcelamiento El Obrajuelo, Río Negro, Veremina, Meléndez, parcialmente San Rafael, aldea San José el Tablón y Caserío El Tapacún, todas del municipio de Villa Canales.

1.3. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

En entrevista con el Dr. Mario Monzón, director del Centro de Salud, refería que se atienden trastornos con manifestación inicialmente “psicosomáticas” que regularmente poseen un fuerte trasfondo emocional, y que dichos paciente, por el poco conocimiento general de la población, acerca del campo de acción de la psicología, recurren a autorrecetarse o acuden a los servicios médicos, descuidando referir los detalles circulares a sus dolencias, encontrando un alivio pasajero o paliativo. Por otra parte, los y las menores que acuden al servicio psicológico, son referidos por algunos trastornos conductuales, sensoriales o cognitivos, etc. donde los padres buscan principalmente la orientación del médico.

El tipo de población que asistió a la Clínica de Psicología, la cual opera con los psicólogos epesistas ubicados en dicha institución, es de consulta externa y asiste a procesos de asistencia psicológica ó psicoterapia.

Generalmente la población atendida en la Clínica de Psicología, acude al Centro de Salud en busca de atención médica y son referidos por dichos profesionales, posteriormente en la intervención, al considerar que la problemática de la persona supera el malestar físico.

Con relación al aspecto etáreo, en su mayoría son personas mayores de edad, predominantemente, de género femenino con diagnósticos diversos, o niños y niñas y adolescentes acompañados de un adulto responsable, principalmente, por sus madres. Se contó con la participación de los centros educativos públicos y privados, primordialmente de la cabecera, y de algunas aldeas como Chichimecas, Sta Elena Barillas, San José El Tablón, Colmenas, Rustrián y El Jocotillo.

Las mayores referencias fueron con niños: de tipo académicas, trastornos del lenguaje, enuresis, encopresis, trastornos adaptativos, agresividad, etc. Con adultos principalmente se trataron trastornos del humor – Depresión, trastornos de ansiedad y asuntos de índole de la relación de pareja. Se dio asistencia también a menores y mujeres agredidas sexualmente.

Mayoritariamente el origen de los pacientes era de la cabecera de Villa Canales, Aldea El Zapote, San José El Tablón, Chichimecas, Colmenas, Santa Inés (aldea de San Miguel Petapa), La Virgen, Rustrián, Colonias Santa Gertrudis y Brisas del Valle, Aldea El Durazno y del limite y cabecera de Amatitlán. Un estimado de la población atendida es de un 65% de escasos recurso (siendo un 35% de éste, de extrema pobreza) y el otro 35%, pertenece

a una clase media baja, habiendo unas pocas excepciones que ya se categorizarían en clase media estable; comerciantes o profesionales.

El nivel educativo predominaba: una primaria inconclusa (3º y 4º), en segundo lugar de sexto a 2º Básico, una tercera parte la ocupaba quienes completaban un prevocacional; secretarías y peritos predominantemente y unos pocos con estudios universitarios y 4 casos que eran profesionales graduados.

Se tabuló, según los registros de 8 meses de cobertura de Ejercicio Profesional Supervisado: un resultado final de 1181 consultas atendidas, cubiertas por los tres subprogramas del proyecto. De los que el 55.29% pertenece al género femenino (653 de diferentes edades) y un 44.71% al género masculino (528 ídem).

En el eje de atención ó Subprograma de Servicio, se atendieron 616 consultas clínicas, de los que 358, representado el 58.12%, fueron mujeres; y 258 consultas (41.88%), fueron a hombres.

Subprograma de Docencia: Se registraron 495 consultas y asesorías, entre las que 258, representado el 52.12%, se asignan al género masculino, entre niños, maestros y padres, 237 al género femenino (47.88%), comprendido de igual manera; niñas, madres o encargadas y maestras.

Subprograma de Investigación: Con un total de 70 participantes, entre miembros del personal, madres o familiares de las adolescentes o personal docente, 58 de ellas fueron mujeres con un porcentaje de 82.86%, y 12* hombres (17.14%), de los cuales 1 era pareja de las adolescentes atendidas y quien recibió la inducción a este servicio. De las 58 mujeres que se mencionan en el total, 39 fueron adolescentes referidas al Servicio de Psicología, siendo 10 las que participaron con la entrevista y la atención psicológica y 7 mujeres adultas que habían sido madres adolescentes, quienes asistieron a consulta y desearon voluntariamente participar de la entrevista.

NOTA: *Primero:* Los datos arrojados se componen con primeras consultas y reconsultas, no se hace discriminación de ellas.

Segundo: Se hace la aclaración que dentro de las actividades de la clínica se brindó apoyo terapéutico a algunos miembros del personal, de los cuales no se registraron dentro de los anteriores ítems. Así mismo como la participación en Seminarios, charlas y foros de los que quedan como números indefinidos.

**Tercero:* entre los 12 participantes varones del Subprograma de Investigación, se aclara que el dato real es de 5 involucrados (terapeuta, tres doctores y el esposo de una paciente), ya en las actividades registradas se incluyó repetidamente al terapeuta.

TOTALES POR MES SERVICIO			
MES	M	F	Total
Mayo	10	25	35
Junio	21	50	71
Julio	53	70	123
Agosto	49	43	92
Septiembre	44	45	89
Octubre	14	23	37
Noviembre	27	29	56
Diciembre	19	30	49
Enero/Feb	21	43	64
	258	358	616

PORCENTAJE **41.88** **58.12**

TOTALES POR MES INVESTIGACIÓN			
MES	M	F	Total
Mayo	2	21	23
Junio	5	5	10
Julio	0	4	4
Agosto	3	2	5
Septiembre	2	9	11
Octubre	0	4	4
Noviembre	0	4	4
Diciembre	0	6	6
Enero/Feb	0	3	3
	12	58	70

PORCENTAJE **17.14** **82.86**

TOTALES POR MES DOCENCIA			
MES	M	F	Total
Mayo	113	90	203
Junio	33	41	74
Julio	22	35	57
Agosto	28	31	59
Septiembre	26	17	43
Octubre	9	5	14
Noviembre	15	3	18
Diciembre	5	6	11
Enero/Feb	7	9	16
	258	237	495

PORCENTAJE **52.12** **47.88**

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de los compromisos institucionales del Centro de Salud de Villa Canales se encuentra la cobertura de los servicios de Salud Mental, realizándose a través de la Clínica de Psicología que el centro posee, como se especifica previamente, ésta es atendida por los especialistas de psicología de las distintas universidades asignados para dicho lugar.

La temática de abordamiento es variada, de igual manera las manifestaciones psicológicas y referencias a este servicio. Inicialmente los pacientes eran referidos por médicos o enfermeras y algunos casos esporádicos por el personal de secretaría, quien es el primer contacto con el paciente pues es aquí donde solicitan ser atendidos y se llena la ficha del caso.

En adultos principalmente se recibían por trastorno del humor o por trastornos de ansiedad y angustia, se les administraba el tratamiento farmacológico (por el médico a cargo) y su estabilización, continuando con la atención psicológica. Estos primeros pacientes trasladaron la información del servicio de la clínica a otras personas interesadas y luego llegaban de forma particular con situaciones del hogar, aceptación de infertilidad, crianza de los niños, asuntos de adaptación y transición, abandono, etc.

Una de las causales dentro la atención psicológica del Centro de Salud, fueron los trastornos derivados de la Violencia, en todas sus variaciones, intrafamiliar y social. Por lo que dentro de la atención clínica se incluyó la orientación familiar y juvenil, pues se presentaron temas como la emigración por extorsión, orfandad por asesinato del padre, asaltos y ataques violentos entre otros.

En los casos de violación y abuso sexual (con mujeres y menores) primordialmente llegaban referidas y se aplicó la estabilización emocional, orientación de procedimiento legal; voluntario, las referencias de exámenes de laboratorio y la atención psicológica continuada.

Dentro de los casos de abordamiento con menores se encuentran los problemas derivados de la relación dentro del hogar. Y son más frecuentes las referencias de aquellos factores que afectan la esfera del aprendizaje predominantemente académico, en donde se tuvo una labor de divulgación del servicio con las principales instituciones

académicas del lugar. Dentro de los que se analiza los aspectos emocionales, que van del ambiente familiar, social al escolar; puede deberse a deficiencias sensoriales o cognitivas y aquellos que se tipifican dentro del espectro de los Problemas de Aprendizaje, siendo atendidos en clínica, aplicándose el proceso evaluativo y orientación al niño y la familia, Se brinda atención a los padres en horarios individuales para resolver también situaciones particulares de ellos.

De igual manera se observó que al Centro de Salud acuden un considerable número de madres primerizas, de madres jóvenes y madres adolescentes; en su generalidad de extracción humilde y bajo nivel educativo, ausentes de educación sexual u orientación en temas de la sexualidad y prevención familiar, con lo que se participó en un foro, charlas a escuelas y asistencia de talleres con pacientes del Centro de Salud.

Por lo que se brindó especial atención a la población de adolescentes embarazadas y madres adolescentes, siendo cubiertas por el eje de investigación para determinar las condicionantes psicológicas que conducen a que el fenómeno social del embarazo precoz, se presente en una comunidad como la de Villa Canales. Además de que esta población recibiera la orientación necesaria para aceptar la situación de su cambio de vida, encontraran apoyo y que consultaran las dudas que pudieran surgir de esto, confrontando aquellos aspectos traumáticos de su embarazo y maternidad.

CAPÍTULO II

REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1. ABORDAMIENTO TEÓRICO METOLÓGICO

➤ DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE (DA):

“Las dificultades de aprendizaje son un término genérico que se refiere a un grupo heterogéneo de trastornos, manifestados por dificultades significativas en la adquisición y uso de la capacidad para entender, hablar, leer, escribir, razonar o para las matemáticas. Estos trastornos son intrínsecos al individuo, y presumiblemente debidos a una disfunción del sistema nervioso, pudiendo continuar a lo largo del proceso vital. Pueden manifestarse problemas en conductas de autorregulación e interacción social, pero estos hechos no constituyen por sí mismos una dificultad de aprendizaje. Aunque las dificultades de aprendizaje se pueden presentar concomitantemente con otras condiciones discapacitantes (por ejemplo déficit sensorial, retraso mental, trastornos emocionales severos) o con influencias extrínsecas (como diferencias culturales, instrucción insuficiente o inapropiada), no son el resultado de dichas condiciones o influencias” (NJCLD - National Joint Committee on Learning Disabilities - en 1988).

El niño que posee dificultades de aprendizaje se caracteriza por tener una inteligencia normal, déficits neuropsicológicos selectivos y un rendimiento académico inferior al esperable en función de su CI. Varios estudios ponen de relieve un rendimiento verbal inferior al manipulativo (Portellano, 1993).

Adicional a lo anterior, se sospecha de que un estudiante podría estar en esta categoría si, incurriera en una segunda repitencia de grado, ósea, que debe cursar por tercera vez un mismo grado. Debe considerarse la edad; esta, posterior a la edad de aprendizaje de la lecto-escritura y el calculo (mayor a 8 años promedio), ya que es normal que un niño pueda llevar un ritmo de aprendizaje más lento que los demás si los contenidos son acordes a su edad, además se tiene contemplado que el desarrollo neuropsicológico culmina al principio de la edad escolar.

La condición de un niño con Dificultades en el Aprendizaje es excluyente. Deben dejarse fuera aquellas deficiencias académicas originadas por situaciones “que dificultan el aprendizaje” o dificultades derivadas, tales como, Cociente Intelectual o de Desarrollo; inferior a su edad, otras discapacidades cognitivas, físicas o sensoriales, instrucción inadecuada, problemas de conducta y problemas psicológicos o emocionales.

La evaluación deberá ir dirigida a explorar cuatro aspectos principalmente:

1. Aspectos intelectuales
2. Aspectos madurativos, neuropsicológicos
3. Aspectos instrumentales
4. Aspectos emocionales

Evaluar cuidadosamente dichas áreas ayuda a realizar un diagnóstico diferencial inicial, además de brindar información valiosa hacia donde enfocar el tratamiento, en qué aspectos incidir, qué objetivos iniciales plantear, a qué se debe dar prioridad.

Los marcadores neuropsicológicos en los niños con DA indican que estos niños presentan inmadurez en su sistema nervioso y aumento significativo en la cantidad e intensidad de los signos neurológicos menores, algunos de ellos:

- trastornos de la orientación espacial
- nociones temporales confusas
- predominio cerebral inadecuado
- defectos del lenguaje
- trastornos de la motricidad
- deficiente reconocimiento del esquema corporal
- confusión figura-fondo

En el área instrumental, hay dificultades en el manejo de;

- la lectura
- la escritura
- la ortografía
- el cálculo

Los trastornos emocionales, no son la causa de las DA, pero es frecuente la concomitancia entre dichas dificultades y la presencia de alteraciones emocionales. Esto se debe principalmente a la experiencia escolar frustrante en la mayoría de los niños con DA, a la incompreensión a la que se ven expuestos por parte de los adultos que muchas veces les dan los títulos de “poco aplicados, desinteresados u ociosos”, también, la burla de los otros niños del salón, a la situación de indefensión ante la que se encuentran, los constantes señalamientos de algunos maestros, entre otras.

Huntington y cols., 1993, demuestran que los adolescentes con DA presentan un aumento severo del riesgo de depresión y suicidio, así como un negativo desarrollo emocional. Otros trabajos (Ritter, 1989) indican que los adolescentes con problemas de aprendizaje presentan alto nivel de ansiedad con tendencia a la somatización.

Existe una fuerte tendencia a denominar como Problema de Aprendizaje PA (ó Dificultad de/en el aprendizaje DA, Trastornos del Aprendizaje TA, Discapacidad (es) de/en el aprendizaje, hasta Incapacidad (es) de/en el aprendizaje) a todo niño o niña que no cumple con los estándares de respuesta en que el o la maestra imparte la clase, que pueden ser desde problemas emocionales que le provocan restar atención en el salón, problemas con la conducta, dificultades en la adaptación, etc. Ésta es una práctica que conlleva traumas a los que el niño o niña a quien se le asigna dicha etiqueta deba cargar consigo toda su vida, por lo que es perjudicial y es una obligación de los maestros el conocer sus clasificaciones a fin de no cometer errores al clasificar a un niño.

La NJCLD, define Hamill (1990 – 1993) que en dos de sus publicaciones, se centra en las disfunciones en la comunicación y en el lenguaje, incluyendo además:

- Dificultades en el aprendizaje de la *lecto-escritura* (dislexia, disgrafía, disortografía, agrafía, alexia, etc.)
- Dificultades en el aprendizaje de la *matemática* (discalculia)
- Dificultades en el aprendizaje de la *pronunciación* (disfemia o tartamudez)
- Dificultades en el aprendizaje de la *articulación* (dislalia, disartria, disglosia, etc.)
- Dificultades en el aprendizaje del *timbre y tono de voz*

- Dificultades en el aprendizaje de la *estructuración semántica* (glosolalia, paragramatismo, etc)
- *Disfasia, afasia, audiomudez* (no confundir con <<psychotic voices>> esp. *escucha de voces*, como en el caso de los px. psicóticos) ecolalia, etc.

Debe tenerse cuidado de no confundir el hecho que cualquiera puede cometer lo que se conoce como *un error de tipo disléxico*, por poner un ejemplo, al leer con una omisión, suplantación, inversión, etc, así como *un error de tipo disgráfico*, si se cometiese alguno de los anteriores al escribir ó error de discalculia o cualquiera de estas manifestaciones.

➤ **MADRES ADOLESCENTES:**

Un embarazo en la edad de la adolescencia, siempre trae consecuencias, tanto en el aspecto social, escolar y familiar.

Aunque se tiene contemplado que a lo largo de los últimos 15 años, La fecundidad de los adolescentes de América Latina y el Caribe ha disminuido. Se prevé que en el periodo comprendido ente 1995 al año 2020, los partos de madres adolescentes disminuirán notablemente en los países más desarrollados de la región. No obstante, el embarazo no deseado y la procreación muy prematura siguen siendo comunes, especialmente en los países más pobres.

La procreación prematura está profundamente arraigada en la cultura latinoamericana y caribeña, tal como ocurre en muchas otras partes del mundo. El matrimonio y la procreación a menudo se consideran como el mayor de los acontecimientos en la vida de una mujer joven. Pero las repercusiones médicas, económicas y psicológicas de la procreación prematura pueden ser considerables, especialmente para las mujeres que deciden tener sus hijos solas.

La fecundidad de los adolescentes sigue siendo alta en América Latina (comparada con las tasas que se presentan en los países industrializados).

El mejoramiento de las condiciones generales de salud y nutrición que se ha venido produciendo ha contribuido a adelantar la edad de la menarquia y que los niveles de fecundidad de los adolescentes sean hoy más altos que hace 25 años (según estudios de la organización Advocate for Youth). Aproximadamente 35 por ciento de las jóvenes latinoamericanas tienen su primer hijo antes de los 20 años. Según se calcula, las mujeres que comienzan la procreación cuando aún son adolescentes acaban teniendo dos a tres veces más hijos que las que retrasan el primer nacimiento hasta su segundo decenio de vida.

Muchos embarazos de adolescentes no son planificados ni deseados.

<<Veintiocho por ciento de las mujeres guatemaltecas tienen su primer hijo antes de los 18 años. Aproximadamente, una de cada cinco jóvenes menores de 18 años en México y Bolivia han tenido ya un hijo. En Colombia, Guatemala y Paraguay, las mujeres actualmente tienen más probabilidades de tener un hijo durante la adolescencia, por

comparación con lo que ocurría con las adolescentes en los años setenta.>>
http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fsimpact_sp.htm

Las tasas de natalidad son más elevadas para las adolescentes que viven en las zonas rurales. En un estudio de nueve países de América Latina y El Caribe se observó que entre 40 y 60 por ciento de las mujeres rurales habían tenido su primer hijo antes de los 20 años, por comparación con 25 a 36 por ciento de las mujeres urbanas.

El fenómeno de la procreación muy precoz suele dañar la salud de la madre y la del hijo, se puede poner en peligro tanto la vida de la madre como la del hijo, ya que las mujeres menores de 17 años de edad afrontan un mayor riesgo de mortalidad materna, porque su organismo no está lo bastante maduro para tener hijos. Puede ocurrir que estas jóvenes no reconozcan los síntomas del embarazo o no deseen reconocer que están embarazadas, lo cual demora la atención prenatal y pone en peligro la salud del hijo y la de la madre.

Las mujeres de bajos recursos, especialmente las adolescentes, tienden a buscar que se les practiquen abortos baratos, tardíos y en condiciones peligrosas. En países donde el aborto es ilegal o está severamente restringido se han realizado estudios de jóvenes que habían buscado someterse a un aborto y se descubrió que tenían un riesgo significativo de padecer complicaciones al practicarlo, y donde el aborto está sometido a restricciones semejantes, más de la tercera parte de las defunciones maternas entre las adolescentes son consecuencia directa del aborto practicado en condiciones peligrosas. Los partos de las adolescentes se complican con más frecuencia por parto obstruido u otros problemas, lo cual puede desembocar en la muerte de la madre, del hijo o de ambos, u ocasionar infertilidad. Los hijos de madres adolescentes tienen más probabilidades de nacer prematuramente o con un peso inferior al normal y de padecer retraso del crecimiento fetal.

Recordemos que estamos hablando de mujeres con un desarrollo corporal incompleto o inmaduro, que su estructura ósea no tiene la condición articular requerida para facilitar el embarazo y parto, que se encuentran en pleno desarrollo, por lo que la alimentación de la madre, no cubre los requerimientos para su crecimiento individual y compartirlo además con el desarrollo intrauterino del niño. En países como Guatemala,

éstas madres, viven condiciones nutricias y sanitarias precarias, estando expuestas a esfuerzos indebidos y a situaciones emocionales fuertes.

Los niños nacidos de mujeres entre 15 y 19 años de edad tienen casi 80 por ciento más probabilidades de morir durante el primer año de vida que las nacidas de mujeres de entre 20 y 29 años.

Retrasar el nacimiento del primer hijo de una mujer hasta que esta tiene por lo menos 18 años de edad podría reducir hasta en 30 por ciento la mortalidad infantil de los primogénitos.

Las jóvenes con bajo nivel educativo y económico a menudo tienen una capacidad limitada y poca motivación para regular su fecundidad, lo que da por resultado tasas más elevadas de embarazo precoz. El círculo vicioso se refuerza puesto que las jóvenes que asisten a la escuela se ven obligadas a suspender su educación cuando se embarazan, lo cual limita muchísimo sus oportunidades económicas. Las jóvenes con niveles más altos de instrucción tienen más probabilidades de posponer el matrimonio y la procreación. La educación se asocia positivamente con el uso de anticonceptivos al aumentar el conocimiento, la aceptabilidad y la utilización de los servicios de planificación familiar. Los hijos de padres adolescentes no solo se enfrentan con un riesgo elevado de enfermedad o muerte: también encaran más probabilidades de ser abandonados, de acabar viviendo en las calles y de verse atrapados en el ciclo de la pobreza.

Las adolescentes con cierta educación secundaria tienen aproximadamente un tercio de probabilidades de tener un hijo, comparadas con las que reciben menos educación.

En Guatemala, las tasas de natalidad de las adolescentes son las más altas en las que no acudieron a la escuela. Las adolescentes que posponen la procreación tienen cinco veces más probabilidades de terminar su educación secundaria que aquellas que no posponen el nacimiento de su primer hijo hasta tener por lo menos 20 años. El porcentaje de adolescentes que habían tenido un hijo o se habían embarazado alcanzó el nivel más alto en las que nunca asistieron a la escuela (37 por ciento) y fue más alto entre las indígenas que entre las ladinas (26 por ciento frente a 29 por ciento).

En América Latina, las madres adolescentes tienen siete veces más probabilidades de ser pobres que las madres de mayor edad. La OMS, contempla que existe una estrecha

relación entre el nivel de desarrollo de un país y el control natal: “Cuanto más pobre es el país, más elevado es el nivel de procreación prematura.”

➤ **VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:**

La violencia Intrafamiliar es una de las prácticas tradicionales de mayor arraigo en América Latina, como una forma de aprehensión o corrección en los cuales se encubren y hasta no hace mucho eran un secreto a voces que ocurrían a puerta cerrada y que en ocasiones era sugerido o hasta exigido.

A continuación se detalla cómo se inicia el ciclo de la Violencia Intrafamiliar (Gonzalez Rivera 2005):

1.- Acumulación de tensión: en esta primera etapa el agresor incrementa el comportamiento agresivo hacia los objetos. Tira, pateo y rompe las cosas.

2.- Episodio agudo de violencia: el agresor decide el tiempo y el lugar para la violencia. Elige conscientemente dónde va a golpear. Después de esto, hay un periodo de calma, debido a la descarga de tensión.

3.- Etapa de calma: el agresor se muestra cariñoso y afectuoso con la pareja. Reconoce su culpabilidad y la pareja siente que hay una esperanza de cambio.

Si el abusador no recibe ayuda para aprender métodos apropiados de manejo de estrés, el ciclo se repetirá. El agresor no se detiene por sí solo. Si la persona continúa con él, sin ningún tipo de ayuda profesional o espiritual, el ciclo comenzará con un aumento de la agresión, la cual puede llegar a tener un final lamentable como la muerte de la víctima.

Para terminar con la violencia, inicia con el hecho de que no permitir que comience. Es decir, es previsible que esta situación suceda.

Pero esto no es problema de algunos o de las mujeres solamente. La violencia no distingue razas, posición social, credos ni género. Puede darse tanto en mujeres y niños, como en hombres, por lo que este es un trabajo de todos.

Cuando una persona se acerca a un servicio psicológico, cuenta sobre un episodio de violencia, lo procede es escuchar. Esta persona necesita hablar y ser escuchada, ya que es muy difícil expresar de alguna manera cuándo se ha sido víctima de violencia.

Es necesario comprender también que la persona que escucha no tiene que contestarle nada de inmediato. (Gonzalez R. 2005)

No sólo existe la violencia física. Hay violencia psicológica; gritos, aislamiento de los familiares e igualmente existe la violencia económica. Así que es importante que no se juzgue a la persona ni se trate de definir en un principio si es o no violencia. Se necesita ser muy compasivo.

Conjunto con la violencia económica se presenta la Violencia Patrimonial, la que caracteriza como <<toda acción u omisión que con ilegitimidad manifiesta implique daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, distracción, ocultamiento o retención de bienes, instrumentos de trabajo, documentos o recursos económicos, destinada a coaccionar la autodeterminación de otra persona. Si bien constituye típicamente una forma de violencia contra adultos, pueden verificarse situaciones de violencia patrimonial contra adolescentes, que coincidan con la definición de la Ley. En el caso de niños la violencia patrimonial se verifica cuando existe apropiación o manejo inadecuado de bienes; prestaciones monetarias o en especie, pertenecientes al niño, susceptibles de estimación económica, por integrantes de la familia, otros legalmente asimilados a ella, u otros autorizados.>> Informe SIPIAV 2007

Es importante que se denuncie este hecho, no sólo para terminar con la violencia, sino porque esto es un ciclo repetitivo de comportamientos que requiere intervención que en casos extremos necesita la protección de la víctima, alejándola del victimario.

Seguidamente se incluye una tabla de los indicadores para determinar si una persona que acude al servicio de Salud Pública, sufre de Violencia Intrafamiliar

Indicadores que hacen sospechar de VIFS en una persona que demanda atención en salud

Al ser atendida en una unidad de salud:

- Va acompañada de alguien que contesta todas las preguntas.
- La persona acompañante insiste en estar presente en la atención
- Las explicaciones no son coherentes con las heridas, golpes, fracturas...
- La persona evita mirar a los ojos de quien la atiende o cuando explica la causa de las lesiones, muestra mucha ansiedad, minimiza las lesiones y se culpa de lo sucedido. Evita o rechaza las preguntas relacionadas a indagar si las heridas son producto de algún incidente de violencia.
- Acude tarde y/o de forma recurrente a la unidad de salud en busca de atención médica. Presenta cicatrices o señales de heridas anteriores.

Indicadores de violencia física:	
<p>Lo que puede observarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moretones en diferentes partes del cuerpo • Quemaduras, laceraciones • Heridas, fracturas • Problemas crónicos de la salud • Múltiples hospitalizaciones • Embarazos no deseados • Intentos suicidas • Tímpanos perforados • Infecciones de Transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA. • Muerte en condiciones no accidentales 	<p>Lo que la persona reporta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pellizcos • Bofetadas, puñetazos • Golpes • Empujones, sacudidas • Amenazas con armas • Jalones de pelo • Patadas • Lanzamiento de objetos
Indicadores de Violencia Emocional	
<p>Lo que puede observarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolencia crónicas (dolores de cabeza, estomago, espalda...) • Trastornos del sueño • Trastornos de la alimentación • Angustia, ansiedad, miedos, temores, depresión • Recuerdos dolorosos revividos con intensidad (flashback) • Impotencia, pasividad, introversión, irritabilidad, aislamiento • Problemas con la toma de decisiones • Busca de soluciones mágicas • Autoculpa frente a sus problemas de salud • Aplanamiento afectivo y tristeza • Sentimiento de impotencia y baja autoestima • Dependencia Afectiva, poco o nulo control sobre su vida • Miedo o Angustia ante la posibilidad de reconocer su situación de violencia • Labilidad Afectiva 	<p>Lo que la persona reporta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulaciones, culpabilizaciones, críticas constantes • Distancia afectiva por parte del agresor. Le relata sus aventuras con otras mujeres • Promesas o falsas esperanzas de cambio • Controla las actividades de la víctima • Prohibiciones a que la víctima realice actividades como: trabajar, estudiar, tener amistades y visitar a la familia. • Impide el uso de métodos anticonceptivos Creación de un ambiente de miedo y/o terror.

Indicadores Físicos y Emocionales de Violencia Sexual:

- Moretones en diferentes partes del cuerpo
- Quemaduras
- Laceraciones
- Heridas
- Fracturas
- Problemas crónicos de Salud (cefaleas, trastornos gastrointestinales, dolor de espalda, etc)
- Trastornos alimenticios, del sueño y de aprendizaje
- Retraimiento o aislamiento con explicaciones de miedos, temores o fobias.
- Pasividad, introversión, irritabilidad
- Dificultad en la toma de decisiones
- Llanto excesivo o sin razón aparente
- Comportamiento autodestructivo
- Infecciones de Transmisión Sexual recurrentes
- Fugas del hogar
- Abuso de drogas y alcohol
- Embarazos no deseados
- Temor, angustia y/o miedo a quedar a solas o en compañía de determinadas personas
- Sentimiento de impotencia y/o baja autoestima

Indicadores o Secuelas de Abuso Sexual Infantil

Lo que puede observarse:

- Desordenes alimenticios, del sueño y de aprendizaje.
- Fugas del hogar, Bajo Rendimiento Académico y/o Fuga de la escuela
- Baja Autoestima
- Automutilaciones / autodestructividad
- Miedos / temores / fobias
- Desordenes afectivos Agresividad
- Dificultad en establecimiento de límites personales, con la confianza y la expresión del enojo.
- Culpa / vergüenza
- Abuso y Adicciones de drogas y alcohol
- Negación, minimización o justificación del abuso
- Trastornos del carácter, retraimiento, apatía, aislamiento, pasividad, introversión
- Síndrome Ansioso
- Síndrome Depresivo
- Sexualidad Traumática
- Trastornos físicos (gastrointestinales,

Lo que la persona reporta:

- Manoseos o caricias no deseadas
- Actos sexuales obligados
- Penetración anal u oral
- Violación conyugal
- Sometimiento sexual con amenazas
- Exposición obligatoria a material pornográfico
- Obligación de realizar actos sexuales
- Acto sexual con dolor y sin consentimiento
- Burlas sobre su comportamiento sexual
- Exigencia sexual después de una discusión o de golpes
- Prostitucion obligada
- Pensamiento e Intento suicida

<p>ginecológicos) recurrentes</p> <ul style="list-style-type: none">• Embarazos no deseados• Poco o nulo control de su salud sexual y reproductiva• Diferentes lesiones sin explicación coherente y ocultas bajo ropa inapropiada al clima	
--	--

Tomado de: NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRA-FAMILIAR Y SEXUAL Primera Revisión, MINISTERIO DE SALUD - GOBIERNO DE NICARAGUA, DIRECCIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, Enero de 2006

2.2. OBJETIVOS

2.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Que el Ejercicio Profesional Supervisado promueva el interés hacia la Salud Mental proveyendo herramientas de afrontamiento a los pacientes del Departamento de Psicología del Centro de Salud de Villa Canales durante el período 2008.

2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

- Brindar asistencia psicológica a las personas referidas al servicio del Depto. de Psicología del Centro de Salud de Villa Canales.
- Orientar a las familias de los niños quienes poseen un aprendizaje diferente, en relación al afrontamiento académico, social y emocional del niño.

SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

- Elaborar un programa de conscientización sobre el manejo de las Discapacidades de Aprendizaje en el aula, que promueva la no utilización de etiquetas en niños con Aprendizaje Diferente; impartido a estudiantes de la carrera de magisterio y maestras (os) del sector público y privado.
- Participar en el programa de Escuela Saludable, y el programa de Sexualidad y Paternidad Responsable del Centro de Salud de Villa Canales.

SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:

- Elaborar un estudio que determine las condicionantes psicológicas que conducen a las adolescentes a ser madres, tomando como muestra el grupo que asiste al Centro de Salud de Villa Canales.

2.3. METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO

El Departamento de Psicología del Centro de Salud de Villa Canales, funciona con la labor de los epesistas de Psicología de las distintas Universidades. Para lo que el Centro de Salud proporciona el espacio físico y mobiliario necesario para desarrollar el trabajo, y pauta administrativamente el uso de expedientes para registro de los casos atendidos, los cuales el epesista tiene la decisión del contenido de lo que ahí se registra. Esto aislado a aquello que el epesista registrará para su tema de investigación.

2.3.1. SUBPROGRAMA DE SERVICIO

El trabajo en el Depto de Psicología es de carácter terapéutico. Se proporciona un *setting terapéutico*, que motive el rapport, la empatía y la confidencialidad, para que el intercambio intersubjetivo sea fluido e ininterrumpido.

La recepción de los casos es según criterio de referencia de los profesionales del Centro de Salud y algunas personas que llegan directamente a solicitar el servicio de Psicología. Como premisa se manejó la centralización de la problemática inicial de la persona, en el que, cada caso es "único" y se asistió con el modelo de intervención adecuado. Aquella población que encuadre dentro del tema a manejar en el subprograma de investigación se abordó en un modelo de acompañamiento fundamentado en la teoría de la Terapia Breve de Soporte en un modelo integrativo (implementada por fundamentos de la Psicología Cognitiva-Conductual, Terapia Racional Emotiva, Análisis Transaccional y de Inteligencia Emocional, Terapia de Aceptación y Compromiso, y la Terapia Centrada en el Cliente)

Se inició el proceso con el inicio del expediente, tomando la Historia de Vida, por medio de la técnica de entrevista, y con el contrato terapéutico, dando paso al proceso de evaluación y para valorarlo, según sea el caso, se empleó principalmente instrumentos proyectivos como el Test de Apercepción Temática TAT, versión resumida de Henry Murray, para niños y adultos, los test THP (Test de la Figura Humana de Karen Machover, Test del Arbol de Karl Koch, Test de la Familia de Louis Corman y Test de la Casa de Mauricio Xandró), así como las Escalas de Depresión de Müntstberg, la autoevaluación de Síntomas Depresivos de Zung o la Escala de Depresión de Beck, como también el Test de Autoestima de Zullinger.

Al ser concluido el diagnóstico, se inicia con la planificación del tratamiento, para luego ponerlo en marcha. Tras haber cumplido los plazos o la obtención de los objetivos terapéuticos se procedió a la retroalimentación y reevaluación para dar un cierre al proceso de asistencia psicológica.

2.3.2. SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

Se visitó los distintos centros educativos del sector en donde se imparte la carrera de magisterio y presentar a los maestros y maestras en formación, talleres informativos con respecto al tema de la detección y abordamiento en clase de aquellos niños quienes afrontan condiciones de aprendizaje diferentes a los demás de su clase.

Se focalizó el fenómeno de un niño que no se adapta a la curricula en el tiempo planificado por el docente, cuales son las edades correctas en que se puede sospechar que un niño padece de un Problema de Aprendizaje, especificando que es posterior a la etapa del aprendizaje de la lecto-escritura (8 ½ años a 9 1/2 , 10 años – 2º o 3º grado de primaria) y enseñar las diferencias con trastornos como el Retardo Mental, las deficiencias sensoriales y físicas, los problemas de conducta y los problemas emocionales. Así como aquellos factores que pueden llevar a un niño a tener una baja en su rendimiento escolar.

Dentro del contenido a impartir se expuso la manera en que se presentan aquellos “errores” que el niño comente en los tres grandes espectros del Problema de Aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia), como pueden ser: omisión (molecular, estructural o ideográfica), adición, inversión (vertical u horizontal y en las presentaciones enumeradas en la omisión), etc.

2.3.3. SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

Se solicitó al personal del Centro de Salud, sean referidas al Servicio de Psicología, aquellas pacientes adolescentes embarazadas y madres recientes para ser parte de manera voluntaria de la investigación que determine las causas que llevan a un embarazo en una edad prematura e investigar la manera en que este fenómeno afecta su psicodinamia ó en otras palabras, su dinámica de vida en todas sus esferas de desarrollo.

A las participantes, se les brindó el servicio de psicología, como los demás pacientes del servicio, con la variante que el transcurso de su proceso psicológico, hasta llegar a su finalización, será documentado en una investigación la cual evaluará las condicionantes psicológicas que llevan a una adolescente a convertirse en madre. El tema se desarrollará en base a las evaluaciones de los resultados terapéuticos, en un estudio lineal y para el efecto se utilizará la descripción fenomenológica.

Para esto se realizará un cuestionario con ítems generadores que den pie a una entrevista abierta en la que tanto la paciente y el investigador se permitan ahondar en las diferencias dinámicas de su vida previo al embarazo o el nacimiento del niño o niña.

Se tiene contemplado dentro del acompañamiento psicológico a prestárseles, el reafianzamiento de su autoestima, la contemplación de su autoimagen; dentro de lo que se estima dar una orientación con enfoque de acertividad de decisiones (consciencia, congruencia y coherencia), empoderamiento, los cuidados de ella como madre y mujer, así como los cuidados con su hijo ó hija; dentro de los que se incluirá el tema de la estimulación temprana.

Cercano a la finalización de su proceso terapéutico, se reevaluará para realizar un análisis comparativo con los resultados arrojados al inicio de éste, y de igual manera como con los demás pacientes se procederá al cierre del acompañamiento.

Luego de obtenidos los resultados, se tabularon, para luego ser analizados y finalizar con su documentación dentro de las Conclusiones y Recomendaciones.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

- Brindar asistencia psicológica a las personas referidas al servicio del departamento de psicología del Centro de Salud de Villa Canales.
- Orientar a las familias de los niños quienes poseen un aprendizaje diferente, en relación al afrontamiento académico, social y emocional del niño.

Iniciando el día 13 de mayo del año 2008, con el contacto con el Dr. Otoniel Hernández, director interino para ese periodo, quien aceptó el inicio de labores del Ejercicio Profesional Supervisado y fuera quien ayudara con una inducción y la presentación con el personal del Centro de Salud. La institución proporcionó un área especial de usos múltiples, donde se esteriliza el material e instrumental médico, se almacenan medicamentos y al mediodía se usa como comedor, adecuándole para ser utilizado como clínica de psicología contando con tres sillas y un escritorio con gavetas adecuadas para el uso de archivo y almacenamiento del material usado para la evaluación y la psicoterapia, con niños y adultos.

El personal desde un principio fue colaborador para con el epesista y el servicio brindado, iniciando con las primeras referencias al día siguiente de abrir la clínica de psicología. Los primeros días la afluencia fue muy baja y se inició entablando comunicación con las instituciones educativas públicas y privadas de la cabecera municipal; encargándose de trasladar la información a las escuelas de aldeas aledañas; con el fin de brindar atención psicológica a niños con problemas de conducta, de adaptación, de bajo rendimiento escolar, dificultades en el aprendizaje y asuntos como: enuresis, encopresis, sobrepeso y esquema corporal, desinterés y apatía académica entre otros.

En ese mes el personal de enfermeras y médico cobró interés en los servicios que podría prestar la clínica de psicología, como en el caso de una niña que presentaba signos de abuso sexual que no eran claros, solicitando la intervención de la clínica de psicología, para su interpretación y referencia a los servicios correspondientes, dando como conclusión que se trataba de un abuso lésbico.

El mes de junio se caracterizó por un aumento de interés por parte de los pacientes del Centro de Salud en cuanto a la atención psicológica. Empezaron a haber más referencias escolares las cuales en muchos casos se multiplicaban pues los padres de familia se interesaban en que se atendieran otros miembros de la familia y en recibir orientación acerca de la crianza, asuntos personales y su papel en el aprendizaje académico de los niños.

Con el programa de escuela saludable se aprovechó hacer promoción del servicio de psicología del Centro de Salud en instituciones y poblaciones aledañas a la cabecera.

Inició también el interés por parte de algunos miembros del personal por recibir orientación psicológica, explicándoles la variación en su caso del acompañamiento psicológico.

Una característica de este mes fue su clima húmedo inclemente y que, en la primera quincena los niños se encontraran en exámenes de medio año, siendo la segunda quincena donde incrementara el interés por parte de padres de familia en emplear este período vacacional para continuar con su tratamiento. En el caso de los adultos la afluencia seguía siendo la misma y por las mismas condiciones: trastornos de ánimo, de ansiedad, baja autoestima, sentimiento de abandono, violencia intrafamiliar, inapetencia sexual, enuresis, orientación en el destete y control de esfínteres, etc.

Mes de julio: la población que solicita el servicio de psicología aumentó al doble, por lo que se tomó la decisión de ya no brindar citas semanales si no de forma quincenal, desafortunadamente la irregularidad de la asistencia de los pacientes seguía siendo un factor negativo, por lo que se implementó el uso de un carnet que permitiera el control y la secuencia de las citas de los pacientes pues el cambio provocó que muchos se desubicaran en la calendarización de sus citas.

En este mes se atendieron dos casos de estabilización emocional a dos pacientes mujeres en crisis, se atendió por primera vez un caso psiquiátrico de una paciente con una depresión prepsicótica, la cual fue referida al Hospital Roosevelt.

El mes de agosto fue uno de los más agitados pues la promoción en los centros educativos y la atención en los niños, rindió frutos satisfactorios dando como resultado varias invitaciones a participar en actividades de orientación así como un foro acerca de la temática del embarazo en la

adolescencia y charlas motivacionales. Se incrementó el interés de los padres por que sus hijos fueron atendidos, ya que se acercaba el cierre del año escolar y muchos se encontraban en la amenaza de perder el año incrementando esto, la población atendida y dificultando la apertura de casos nuevos de atención en la clínica.

La primera quincena del mes de septiembre, al igual que el mes anterior, se caracterizó por un aumento de padres con interés de que sus hijos fueran atendidos por la clínica pues al final de este mes los niños comenzaron exámenes finales. En la segunda quincena la afluencia de familias se vio reducida, viéndose el interés de los padres era que los niños no interrumpieron clases y que las tardes las emplearon para el estudio. Este mes se caracterizó por que muchos de los niños tenían problemas con los permisos para asistir a la clínica debido a que se encontraban en actividades de independencia.

Como actividades de la clínica se brindó preparación de los niños en hábitos de estudio y se orientó a los padres en la vigilancia y el apoyo de los niños.

Octubre se caracterizó por ser un mes en que bajó la afluencia de niños a la clínica ; y fueron los padres más perseverantes los que se interesaban en que sus niños reforzaran los objetivos de atención alcanzados y se prepararon para el año siguiente durante el período vacacional. En la segunda quincena se interrumpió la atención en la clínica tras haber solicitado un permiso de viaje del 17 de este mes al 5 de noviembre.

El mes de noviembre dio inicio interviniendo en la estabilización emocional de una de las madres adolescentes cubiertas por la clínica de psicología quien llegó solicitando se le atendiera tras tener una crisis emocional con su suegra poniendo en riesgo de parto prematuro. En éste mes se atendieron casos de educación especial como estimulación y desarrollo a una niña con lesión cerebral y aún joven de 18 años con el mismo diagnóstico quien luego de evaluar sus actividades en casa se estimuló al aprendizaje de la lectura, ayudándole a ubicarse en un programa de alfabetización.

Para el mes de diciembre, se tuvo que hacer una adaptación al horario de servicio en la clínica debido a una fractura en la pierna, lo cual provocó dificultad para cubrir los dos turnos de atención,

unificándolos en una única jornada. La cantidad de pacientes empezó a disminuir enfatizando la atención a casos de continuidad, debido a que el servicio terminaría al final del mes entrante.

Luego del descanso de fin de año el mes de enero se dedicó al cierre de casos de los pacientes del Centro de Salud y en el caso de los niños a la orientación en la continuidad de su atención por instituciones especializadas y la promoción del próximo epesista quien continuará con la atención psicológica del Centro de Salud de Villa Canales.

En los meses que duró la atención	TOTALES POR MES NIÑOS				TOTALES POR MES ADULTOS			
	MES	M	F	Total	MES	M	F	Total
	Mayo	113	90	203	Mayo	10	25	35
	Junio	33	41	74	Junio	21	50	71
	Julio	22	35	57	Julio	53	70	123
	Agosto	28	31	59	Agosto	49	43	92
	Septiembre	26	17	43	Septiembre	44	45	89
	Octubre	9	5	14	Octubre	14	23	37
	Noviembre	15	3	18	Noviembre	27	29	56
	Diciembre	5	6	11	Diciembre	19	30	49
	Enero/Feb	7	9	16	Enero/Feb	21	43	64
		258	237	495		258	358	616
		52%	48%			42%	58%	

En el Subprograma de Servicio, se atendieron 616 consultas clínicas, de los que 358, representado el 58.12%, fueron mujeres; y 258 consultas (41.88%), fueron hombres. Se hace la aclaración que de los datos arrojados se componen con primeras consultas y reconsultas, no se hace discriminación de ellas, y que dentro de las actividades de la clínica se brindó apoyo terapéutico a algunos miembros del personal, de los cuales no se registraron dentro de los anteriores ítems. Asimismo como la participación en Seminarios, charlas y foros de los que quedan como números indefinidos. Se registraron 495 consultas y asesorías, entre las que 258, representado el 52.12%, se asignan al género masculino, entre niños, maestros y padres, 237 al género femenino (47.88%), comprendido de igual manera; niñas, madres o encargadas y maestras.

SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

- Elaborar un programa de conscientización sobre el manejo de las Discapacidades en el Aprendizaje en el aula, que promueva la no utilización de etiquetas en niños con Aprendizaje Diferente; impartido a estudiantes de la carrera de magisterio y maestras (os) del sector público y privado.
- Participar en el programa de Escuela Saludable, y el programa de Sexualidad y Paternidad Responsable del Centro de Salud de Villa Canales.

Para el Subprograma de Docencia el primer objetivo constaba en elaborar un programa en el cual se capacitara al maestro tanto del área pública como privada y a alumnos de nivel diversificado de magisterio con respecto al manejo de discapacidades en el aprendizaje dentro del aula. La iniciativa estaba enfocada hacia que el maestro tuviera las herramientas de conocimiento en cuanto a saber cómo detectar cuando un niño, realmente presentaba un problema de aprendizaje y diferenciarlo de otras condiciones que culturalmente se han confundido, caben dentro de este aspecto; como es el caso de un bajo rendimiento por distintas causas como puede ser ambientales, del hogar, de la persona que le cuida, de calle, escolar; problemas de conducta, desinterés, falta de motivación, baja autoestima, así como discapacidades de tipo motriz, como sensoriales, por ejemplo hipoacusia, sordera, ceguera, problemas de la vista, etc.

La modalidad de las capacitaciones estaba planeada en talleres, que cubrían temáticas como: la detección de casos de dificultades del aprendizaje reales, su abordamiento en el aula, a quien y como referir para la atención adecuada de la dificultades específicas que el niño presenta y el trabajo conjunto con la institución, se presentarían ejercicios prácticos que colocaría al maestro en la posición del alumno con dificultades en el aprendizaje y métodos de enseñanza alternativa para niños con aprendizaje diferente.

Para este fin se hizo promoción de este objetivo a las escuelas y colegios de la cabecera municipal de Villa Canales, y aldeas aledañas en las que se explicó a las Direcciones de los centros educativos, informando acerca de la forma que se impartirían los talleres, que no tenían costo económico, sobre la disponibilidad de tiempo por parte del epesista, con lo cual la institución brindaría el lugar físico y recursos necesarios: sillas, una mesa para el material expositivo, proyector multimedia (para aquellas instituciones que contaran con este recurso), pizarrón y audio; en lugares que fuera de afluencia mayor.

Desafortunadamente, no existió interés por ninguno de los centros educativos contactados, algunos simplemente no dieron respuesta y otros se justificaban con que no contaban con el tiempo extracurricular necesario para reunir a los maestros excusándose también que éstos, exigían horas extras si se les solicitaba en tiempo fuera de clases. Motivo por el que el primer objetivo de docencia no pudo ser efectuado.

Para el caso del segundo objetivo en el mes de mayo y junio se acompañó al señor Ricardo García, laboratorista del Centro de Salud, en la visita de escuelas del programa de Escuelas Saludables y grupos PROMESA (promotores en salud), a escuelas oficiales de la cabecera municipal, y aldeas del Jocotillo, Santa Elena Barillas, El Tablón, Colmenas, El Durazno y Tapacún. En el mes de mayo se impartió charla a alumnos de la Escuela Mixta del Nivel primario Jornada matutina Elena Morales Orantes, Tema: Paternidad Responsable. Grado 5°, Lugar: Auditorium Municipal, tiempo: 8:00 a 11:30 horas, personas 189 alumnos (60% m, 40% f), 8 maestras, laboratorista y epesista.

Hubo participaciones como en la charla de formación en el manejo de pacientes de VIH - SIDA impartido por la Clínica Familiar Luís Ángel García del Hospital General San Juan de Dios, en la que al final se tuvo un grupo de discusión. En las que se participó una vez al mes en mayo, junio, julio y octubre.

En el mes de agosto el Instituto del Jocotillo en el día 21, solicitó por parte de la clínica de psicología del Centro de Salud se brindara una charla motivacional para alumnos de nivel medio donde se tocaron temas acerca del desarrollo físico y emocional de los adolescentes hombres y mujeres. Al día siguiente, cumpliendo con el Programa de Sexualidad Responsable del Centro de Salud se tuvo participación en un foro titulado Embarazo en la Adolescencia donde también participaron especialistas en pediatría, obstetricia, asesoría legal y prevención del VIH - SIDA. Se abordaron temas como el desarrollo de la adolescente y su gestación, prevención de embarazos no deseados, prevención de contagio de infecciones de transmisión sexual, desarrollo psicológico del y la adolescente y condición del embarazo adolescente, así como el marco legal de un embarazo de una menor de edad y casos de abuso sexual. La población que participó de este foro eran directores de los principales centros educativos y alumnos escogidos, autoridades educativas, autoridades de salud y de la administración municipal.

Los meses siguientes comprendidos de septiembre a febrero no tuvieron actividad en el área de docencia debido a la suspensión del señor Ricardo García, por asuntos de salud y por el período vacacional de los colegios y escuelas. Se siguió teniendo participación en charlas y discusiones de diversos temas en apoyo al personal del centro de salud en cuanto a ejecución y planificación de los diferentes proyectos.

SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:

- Elaborar un estudio que determine las condicionantes psicológicas que conducen a las

TOTALES POR MES INVESTIGACIÓN

 adolescentes a ser madres, tomando como muestra el grupo que asiste al Centro de Salud de Villa Canales.

En este rubro se contempló brindar asistencia psicológica de tipo terapéutica a adolescentes de edades de 12 a 18 años o más (19 a 20, según lo solicitaran) con un resultado total de un promedio de cuarenta y ocho referencias siendo efectivas alrededor de 16 adolescentes evaluadas con el formato de entrevista de las cuales cuatro completaron llegar a un número considerable de reconsultas en que se podría afirmar que se tuvo eficacia con un acompañamiento psicológico. Se contó con el inconveniente de que la población de embarazadas adolescentes y madres adolescentes no regresaban a sus citas, quizás por desinterés, o por depender de otros mayores como de padres de familia, parejas, o encargados quienes no brindaban los permisos o no lo creían beneficioso.

Dentro del estudio se establecieron puntos de comparación con pacientes que ahora ya eran mayores y con familias conformadas, quienes habían sido madres adolescentes y ver a los años como este fenómeno había afectado en sus vidas.

El contenido de este subprograma fue benéfico también para el estudio que ya realizaba con el Centro de Salud en donde se llevaba registro estadístico esta población, trabajando conjuntamente con un médico especialista quien las atendía, refiriendo a la clínica de psicología para el complemento de su atención pre y post natal.

MES	M	F	Total
Mayo	2	21	23
Junio	5	5	10
Julio	0	4	4
Agosto	3	2	5
Septiembre	2	9	11
Octubre	0	4	4
Noviembre	0	4	4
Diciembre	0	6	6
Enero/Feb	0	3	3
	12	58	70
	17%	83%	

Con un total de 70 participantes, entre miembros del personal, madres o familiares de las adolescentes o personal docente, 58 de ellas fueron mujeres con un porcentaje de 82.86%, y 12 hombres (17.14%), de los cuales 1 era pareja de las adolescentes atendidas y quien recibió la inducción a este servicio. De las 58 mujeres que se mencionan en el total, 39 fueron adolescentes referidas al Servicio de Psicología, siendo 10 las que participaron con la entrevista y la atención psicológica y 7 mujeres adultas que habían sido madres

adolescentes, quienes asistieron a consulta y desearon voluntariamente participar de la entrevista. Los datos arrojados se componen con primeras consultas y reconsultas, no se hace discriminación de ellas. Entre los 12 participantes varones del Subprograma de Investigación, se aclara que el dato real es de 5 involucrados (terapeuta, tres doctores y el esposo de una paciente), ya en las actividades registradas se incluyó repetidamente al terapeuta.

A continuación se incluye el formato de entrevista abierta que se les pasará a ambas poblaciones: de adolescentes embarazadas y madres adolescentes.

CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN:

- ¿Qué edad tenía usted al comienzo de su vida sexual?
- En su primera relación sexual, ¿de qué manera le convenció su pareja?
- ¿Conocía usted sobre el tema de la sexualidad?
- ¿Quién le explicó?
- ¿Cómo descubrió usted que estaba embarazada?
- ¿El embarazo fue planificado?, ¿Qué motivó a que esto sucediera?
- ¿Qué y en qué forma le explicaron o aprendió usted el tema de la sexualidad?
- ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido usted?
- ¿Conocía usted sobre métodos anticonceptivos?
- ¿Qué fue lo que le explicaron acerca de la anticoncepción?
- ¿Su pareja le convenció a tener relaciones sexuales? y ¿Qué argumentó para convencerla?

- ¿El padre del/de la niño (a) asumirá la responsabilidad de la paternidad?
- ¿En qué términos de relación quedará usted con el padre del/de la niño (a)?
- ¿Cómo afrontará usted el hecho de ser una nueva madre?
- ¿Cómo tomó su familia la noticia de su embarazo?
- ¿Qué cambios ha notado usted en su cuerpo?
- ¿Qué cambios ha tenido usted en su vida cotidiana?
- ¿Qué cuidados ha tomado sobre usted, ahora que está embarazada?
- ¿Quiénes le rodean, cómo le cuidan a usted?, o ¿en qué forma ve que hayan cambiado con usted?

- A un futuro cercano ¿En qué forma considera usted que su maternidad cambiará su vida cotidiana? *o cambió, para el caso de las madres adolescentes*
- ¿Desea usted continuar con su vida sexual?
- ¿Planea usted tener más niños?, ¿a qué plazo?

- ¿Planea usted tener a un futuro cercano una nueva pareja?, *para madres solteras**
- ¿De qué manera planea usted evitar un próximo embarazo?

Preguntas de Cierre:

- Si usted hubiera podido elegir la edad para ser madre, ¿tomaría la opción de ser madre en la adolescencia?
- Si usted tuviera la oportunidad de platicar con adolescentes de su edad, ¿qué les diría? (*acerca de la maternidad prematura*)

¿Qué considera usted hubiera sido importante para no haber sido una madre adolescente?

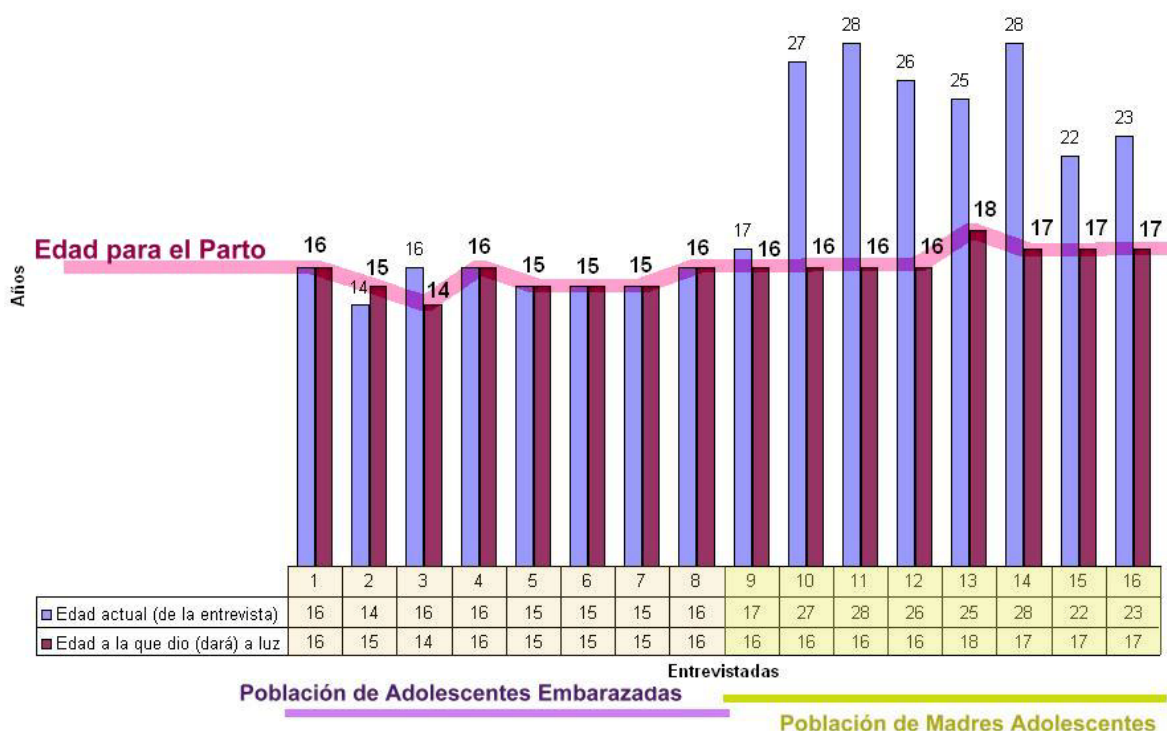
* Se considera como madre soltera, a aquella quien no convive en pareja con el padre del/dela niño (a), o que su pareja actual no es el padre del niño (a) y que dicha pareja, no le apoya económicamente en su maternidad.

➤ **PRESENTACIÓN DE RESULTADOS SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:**

Con una población total de 16 encuestadas, ocho de estas, adolescentes embarazadas con períodos de gestación de dos, cinco, seis y siete meses; y en una edad de 14 a 16 años, la otra mitad madres adolescentes, siete de ellas, mujeres adultas que por decisión personal optaron por colaborar con la investigación.

Se presentan análisis comparativos entre la población de adolescentes, quienes en este momento se encuentran en estado de gravidez, con respecto a aquellas mujeres que ya afrontaron el periodo de embarazo, el parto, la convivencia en parejas y con la familia, así como la crianza de los niños.

CUADRO COMPARATIVO DE EDADES DE ENTREVISTADAS



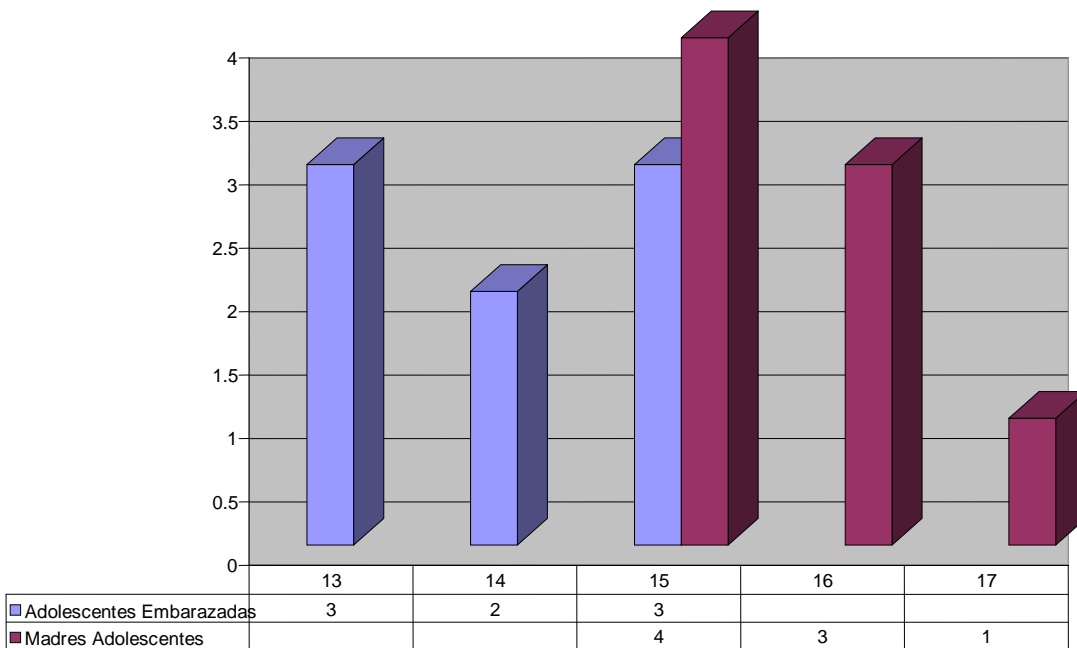
	¿Cuántos Embarazos a tenido usted?	CANTIDAD DE EMBARAZOS		EMBARAZADAS		MADRES	
		1	2	7, 88%	3, 38%		
		2		1, 13%	2, 26%		
		3				1, 6%	
		4				1, 6%	
		5				1, 6%	
		PERDIDAS		1, 13%	3, 38%		
1	¿Qué edad tenía usted Para el comienzo de su vida sexual?	Adolescentes Embarazadas		From 14	13	14	15
		Madres Adolescentes		From 15	3	2	3
2	En su primera relación sexual, ¿de qué manera le convenció su pareja?	1. Que me iba a gustar y que no me iba a pasar nada					2
		2. Me insistió					3
		3. Yo lo planeé					1
		4. Los dos queríamos					5
		5. Fui violada					3
		6. Mi marido me quitó la ropa y yo no sabía lo que estaba pasando					1
		7. Que me quería y que nos íbamos a casar					1
3	¿Conocía usted sobre el tema de la sexualidad?	1. Sí					9
		2. No					2
		3. Sabía que me podía embarazar, pero no pensé que me pasara a mi					3
		4. Muy Poco					2
4	¿Quién le explicó a ud. acerca del tema de la sexualidad?	1. En la Escuela o Colegio					13
		2. Mi mamá					3
		3. Ambos padres					3
		4. Otro familiar					1
		5. Amigos en la calle					7
5	¿Cómo descubrió ud. que estaba embarazada?	1. Se ausentó mi menstruación					10
		2. Lo notaron mis amigos					3
		3. Lo notaron mis familiares					6
		4. Mi mamá lo notó					3
		5. Todo me daba asco					1
		6. "Me enfermé" y me llevaron con una comadrona					1
6	¿Qué y en qué forma le explicaron o aprendió usted el tema de la sexualidad?	1. Lo que me explicaron en la Escuela					10
		2. Que debía cuidarme porque podría salir embarazada					5
		3. Después que le conté a mi mamá lo que pasó con mi esposo (noche de bodas) me explicó					1
7	¿Cuántas parejas sexuales ha tenido usted?	Adolescentes Embarazadas		1			2
		Madres Adolescentes		7			1
8	¿Conocía usted Sobre métodos anticonceptivos?	1. Poco					7
		2. No					3
		3. Sí					6
9	¿Qué fue lo que le explicaron acerca de la anticoncepción?	1. Que podía evitar un embarazo pero no me gusta					4
		2. Que podía evitar un embarazo, si los usaba					8
		3. Que era riesgoso tener Relaciones sexuales sin protección					2
10	Cuál fue la razón por la que no usó un método anticonceptivo	1. A mi novio no le gusta					4
		2. El embarazo es producto de Abuso Sexual					2
		3. Sí los usé, pero no dieron resultado					4
		4. Planeé embarazarme para salir de mi casa					1
		5. Inexperiencia					3
		6. Es un embarazo planeado					1
		7. Mi religión no los permite					1
		8. Ya estaba casada / unida					1
		9. Falta de conocimiento					1
11	¿Su pareja le convenció a tener relaciones sexuales? y ¿Qué argumentó para convencerla?	1. Los dos queríamos, no pensé en salir embarazada					7
		2. El embarazo es producto de Abuso sexual					2
		3. Simplemente me dejé llevar por lo que él decía					3
		4. Embarazo planeado					3
		5. Nada					1
12	¿Su pareja se hará responsable de su paternidad del/de la niño (a)?	1. Sí					9
		2. No					3
		3. No creo					2
		4. Sí, por arreglo judicial					1
		5. Solo al principio					1
13	¿Cómo afrontará usted el hecho de ser nueva madre?	1. Me da miedo					1
		2. Feliz					4
		3. No lo tenía planeado de esta manera, el niño (a) no tiene la culpa					8
		4. No sabía a lo que me enfrentaba					3
		5. Tuve aborto/s previamente, pero a él sí decidí tenerlo					1
14	¿En qué términos de relación quedará usted con el padre del/de la niño (a)?	1. Estamos juntos					6
		2. No lo he visto desde que le dije					2
		3. Solo se hará cargo económicamente					2
		4. Me uní con él un tiempo y no funcionó					5
		5. Está desaparecido					1
15	¿Cómo tomó su familia la noticia de su embarazo?	1. Se enojaron conmigo					10
		2. Me apoyaron					4
		3. Levantaron una denuncia judicial					2
		4. Me pegaron					4
		5. Me sacaron de la casa					3
		6. Felices					2

16	¿Qué cambios ha notado usted en su cuerpo?	1. Me daban muchas nauseas / vomitaba	10
		2. Me aumentaron los senos y me dolían	4
		3. Me creció el abdomen	4
		4. Dormía mucho	3
		5. Se me hincharon los pies	1
		6. Se me ensancharon las caderas	1
17	¿Qué cambios ha tenido usted en su vida cotidiana?	1. Tendré que dejar ó dejé la escuela / colegio	10
		2. No puedo salir como antes con amigos (as)	2
		3. Me uní / casé con el papá	6
		4. Voy a dar al niño (a) en adopción – vivo con una tía	1
		5. Soy más emocional, todo me afecta	4
18	¿Qué cuidados ha tomado sobre usted, ahora que está embarazada?	1. Ahora como mejor	6
		2. Ninguno, tuve que seguir con los oficios	7
		3. Todos los recomendados	4
19	¿Quiénes le rodean, cómo le cuidan a usted?, o ¿en qué forma ve que hayan cambiado con usted?	1. Me cuida (n) más	3
		2. No me deja (n) cargar cosas pesadas	4
		3. Me obligan a comer mejor	6
		4. Ninguna	2
		5. Todas las recomendadas	2

		EMBARAZADAS		MADRES ADOLES	
20	A un futuro cercano ¿En qué forma considera usted que su maternidad cambiará o cambió su vida cotidiana?	1. Voy a trabajar y estudiar para ser alguien en la vida	1	4	
		2. Voy a trabajar / Tube que trabajar	4	3	
		3. Me quede haciendo oficios en mi casa y cuidar de mi hijo	3	2	
21	¿Desea usted continuar con su vida sexual?	1. Sí	4	6	
		2. No	2		
		3. Si me caso o uno con alguien	2	2	
22	¿Planea usted tener más niños?, ¿a que plazo?	1. Sí	2	4	
		2. No	3	3	
		3. Más adelante	3	1	
23	¿Planea usted tener a un futuro cercano una nueva pareja? (para madres solteras)	1. Sí		1	
		2. Ya la tengo		1	
		3. No	3		
		4. Más adelante		1	
		5. No se	1		
24	¿De qué manera planea usted evitar un próximo embarazo?	1. No pienso en eso	5	1	
		2. Usando preservativos / píldoras		3	
		3. Recurriendo a servicios de salud	3	3	
		4. Método del Ritmo		2	
		5. Planificación inyectada	1		

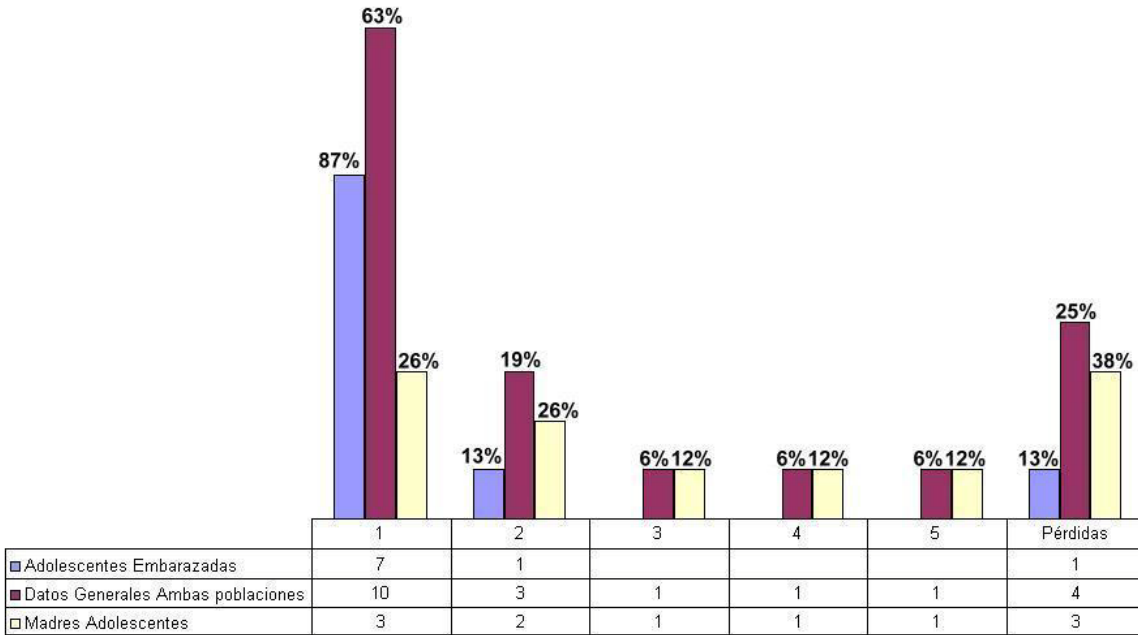
Preguntas de Cierre:		EMBARAZADAS		MADRES ADOLES	
1	Si usted hubiera podido elegir la edad para ser madre, ¿tomaría la opción de ser madre en la adolescencia?	1. No	5	5	
		2. Sí	1	1	
		3. No se	2	1	
		4. Talvez		1	
2	Si usted tuviera la oportunidad de platicar con adolescentes de su edad, ¿qué les diría? (acerca de la maternidad prematura)	1. Que se cuiden	3	2	
		2. Que usen preservativos	3	3	
		3. Que no piensen en tener novio	2	1	
		4. Que hagan caso a sus papás	3	1	
		5. Que piensen en ellas mismas primero, y planeen su futuro en base a los que ellas quiera		2	
		6. Nada	1	1	
		7. Que estudien	2		
3	¿Qué considera usted hubiera sido importante para no haber sido una madre adolescente?	1. Que tuviera mejor relación / confianza con mi mamá	1	4	
		2. Que tuviera mejor relación / confianza con mis papás	1	3	
		3. Que me hablaran en casa (de sexo) de una forma abierta / comprensiva	2	3	
		4. Haber hecho caso de no tener novio	1		
		5. Y o tomé la decisión de embarazarme	2		
		6. No se	1		

¿Qué edad tenía al Comienzo de su vida sexual?



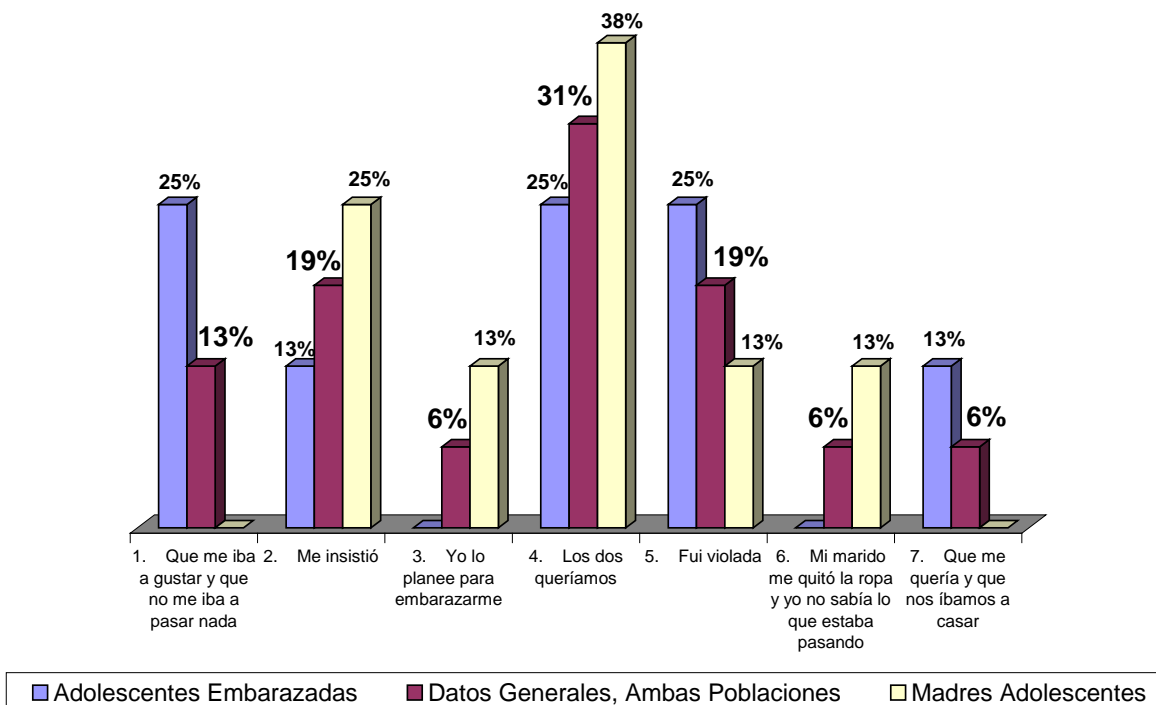
- En referencia a la primera pregunta acerca de **la edad de inicio de la vida sexual**, se presenta una evidente tendencia a que las nuevas generaciones inician a tener relaciones sexuales a edades más tempranas que las anteriores, puesto que las 8 adolescentes embarazadas referían que la edad en las que tuvieron su primera relación sexual iban de los 13 a los 15 años, marcando una pauta para ambas poblaciones, siendo de los 15 a los 17 años la edad en que las ahora madres, empezaran con su vida sexual. Un 40% (3/8) de las embarazadas empieza a los 13 años y un 20% (2/8) para la edad de 14 años. El restante 40% (2/8) de las embarazadas, junto con el 50% de las madres (4/8), inició su vida sexual a los 15 años. El 35% de ellas, a los 16; y sólo una a los 17. Un dato alarmante es lo habitual de las prácticas incestuosas, con tendencia al abuso sexual, en la población de adolescentes, pues dos de la 16 encuestadas, sufrieron de esta situación, iniciando su vida sexual de esta manera, con resultados traumáticos y frustrantes.

¿Cuántos Embarazos ha tenido?



- El segundo tópico es acerca de la **cantidad de embarazos tenido**, una de las ocho embarazadas adolescentes refirió que este era su segundo embarazo, que en el anterior había tenido una pérdida; las siete restantes éste es su primer embarazo. Para los casos de las madres adolescentes tres de ellas (26%), sólo tuvo un embarazo, dos tuvieron dos embarazos, una tuvo tres embarazos, otra tuvo cuatro embarazos y una última igual llegó a tener cinco embarazos; estas dos últimas madres, refieren haber tenido pérdidas, la primera de ellas, tuvo dos abortos provocados antes de embarazarse de los dos niños que tiene ahora, pues refiere que el ambiente hostil en su casa y no haber estado preparada para enfrentar la maternidad a tan temprana edad, la llevó a tomar esa determinación. El caso de la última, una de sus niñas fue muerta en un accidente a los 8 años.

En su primera Relación Sexual, ¿de qué manera le convenció su pareja?



➤ Con respecto la pregunta de que **en su primera relación sexual, de qué manera les había convencido su pareja**, de 40% de ellas contestó que ambos querían (ella y él), para el 25% de las adolescentes embarazadas, su pareja argumentó que sería una experiencia que les gustaría y que no les iba a pasar nada; para la población de madres, el 25% refieren que sus parejas les insistieron, hasta que ellas cedieron.

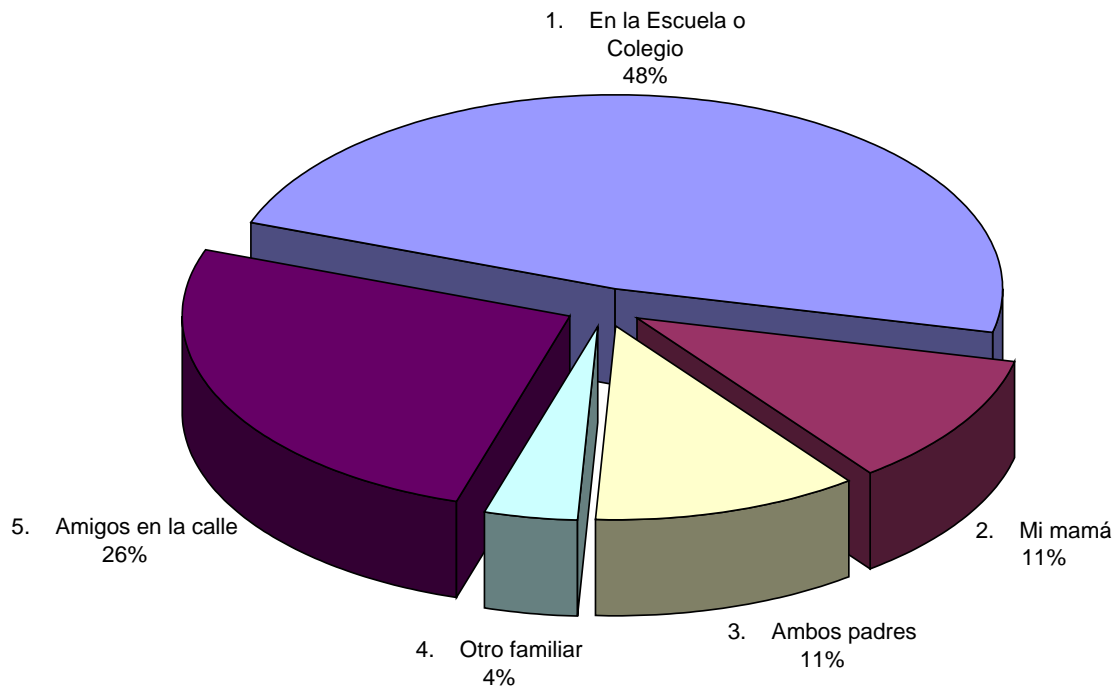
Un dato interesante es que tres de las adolescentes embarazadas: una, planeó tener relaciones con el objetivo de embarazarse y huir de su casa, a una de ellas su pareja le dijo que la querían y que se iban a casar, situación que ocurrió pues de las continuadas prácticas sexuales sin protección, dieron como resultado un embarazo no planificado. Por último el caso de una de las madres adolescentes, quien comenta haberse casado a los 17 años y quien, la noche después del compromiso, su esposo le desvistiera, se acostara sobre ella iniciara a penetrarle, sin que ella supiera nada de lo que está ocurriendo, pues nunca le informaron acerca de la sexualidad, hasta el día después, que fue cuando su madre le explicó. Ésto, refiere, ha sido una de las experiencias más traumáticas de su vida.

¿Conocía usted sobre el tema de la sexualidad?



- Con respecto al tipo de **conocimiento acerca de la sexualidad** al momento de iniciarla, el 55% de las 16 contestaron afirmativamente, dos ellas lo negaron rotundamente, y un 19% o sea 3/16 argumentaron saber que podían embarazarse, pero no que pensaron que le ocurriera a ellas. Esto pone en evidencia, que las adolescentes dan inicio a su sexualidad, conociendo un buen porcentaje de los riesgos que esto conlleva, y en algunos casos, hacen caso omiso de ello, con la creencia que no les ocurrirá nada.

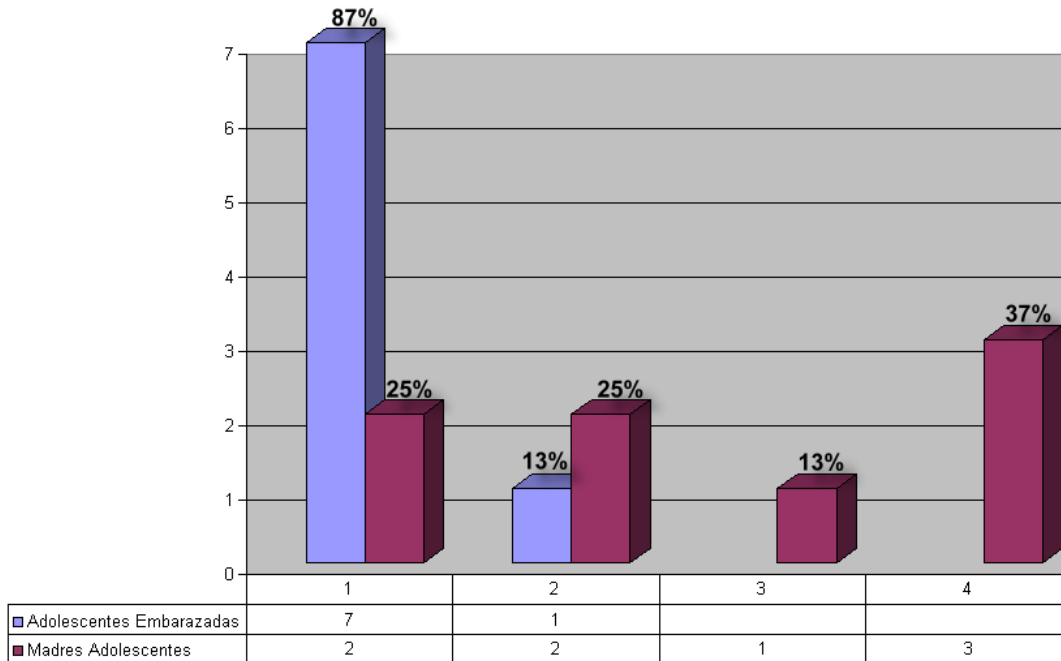
¿Quién le explicó a ud. acerca del tema de la sexualidad?



- Un 50% de ellas refieren que **el lugar donde aprendieron acerca del tema de la sexualidad** fue en la escuela, muy poco es lo que se comenta en casa, tres de las 16, refirieron que fue su mamá quien cumplió con esta labor, en otros casos ambos padres, algunas; otra familiar, y un 26% del total, que fueron amigos en la calle.

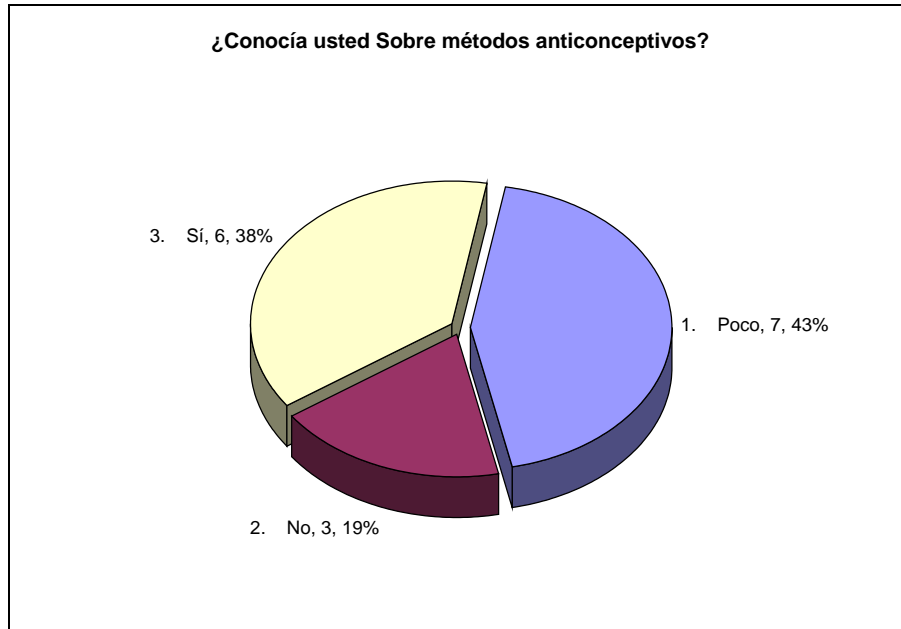
Lo que refleja este resultado es que la escuela está llenando una responsabilidad en la información acerca de los cuidados y responsabilidades que implican la sexualidad, por lo cual se debe ser enfático en la preparación de los maestros, quienes tienen a cargo esta tarea. Además ha sido demostrado que este número reducido de personas a quienes la información de la sexualidad la conocen de primera mano en casa, se debe a que; en el contrario de los casos, esto es un tema tabú y por lo cual los mismos padres no se encuentran preparados para afrontar de una forma abierta y comprensiva; en el subsecuente caso de ellas quienes la información se manipula en la calle vuelve a recaer en la escuela la importancia de la formación pues ojalá lo que allí se comente sea realista.

¿Cuántas parejas sexuales ha tenido usted?



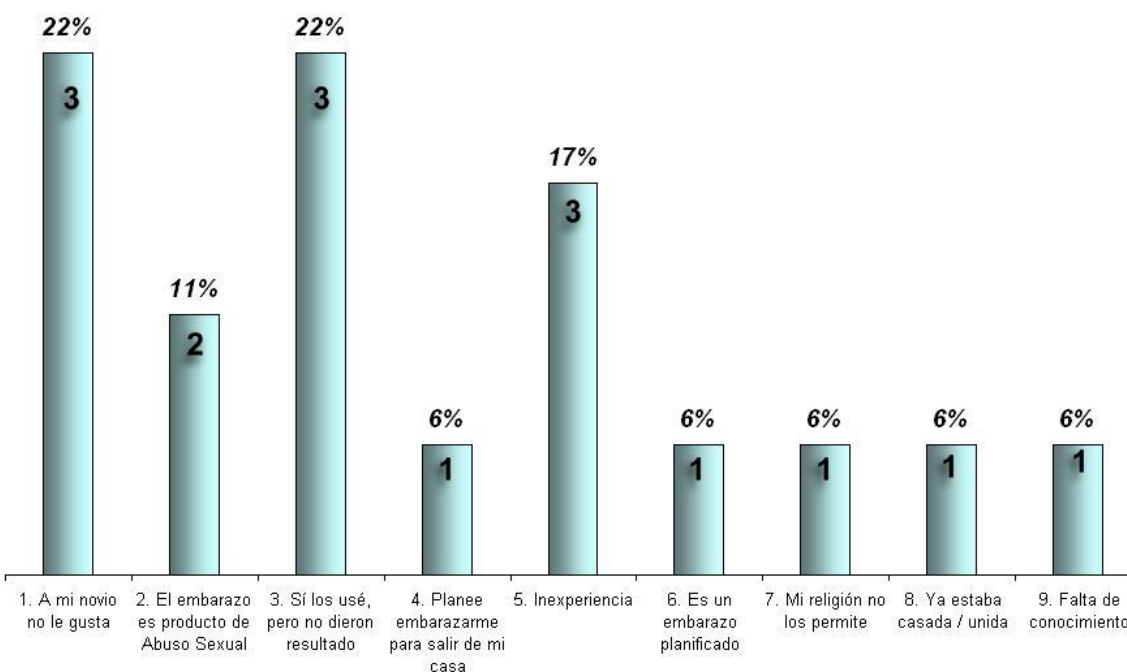
- Un ítem de alto interés era **la cantidad de parejas sexuales que se habían tenido hasta el momento**: de las adolescentes embarazadas un 87% o sea 7 de 8, refirieron que su embarazo era producto de su única pareja, y sólo una de ellas que contaba con dos parejas. Difiere el caso de las madres adolescentes quienes el porcentaje más alto; 37%, tenían al momento cuatro parejas, o sea tres de las ocho.
Un 25% o 2 de las 8, se quedaron con una única pareja sexual, otras dos con 2 parejas y sólo una con tres.

La tendencia nos indica que muchas de las adolescentes con riesgo de embarazo, llegaron a tener múltiples parejas, posiblemente más de dos, luego del hecho de ser madres.



- La siguiente pregunta enfocada hacia el **conocimiento de los métodos anticonceptivos**: responde a que el 38% de la 16 encuestas indicaron que sí conocían sobre métodos anticonceptivos antes de embarazarse y el 43% de ellas indicaron que conocían muy poco. Estamos hablando entonces que, sólo tres de ellas ignoraban por completo los métodos anticonceptivos. Estos datos son alarmantes, ya que indican, que más del 80% de estas adolescentes sabían que el uso de métodos anticonceptivos previene riesgos no deseados, como un embarazo no planificado y de igual manera una infección de transmisión sexual (ITS).

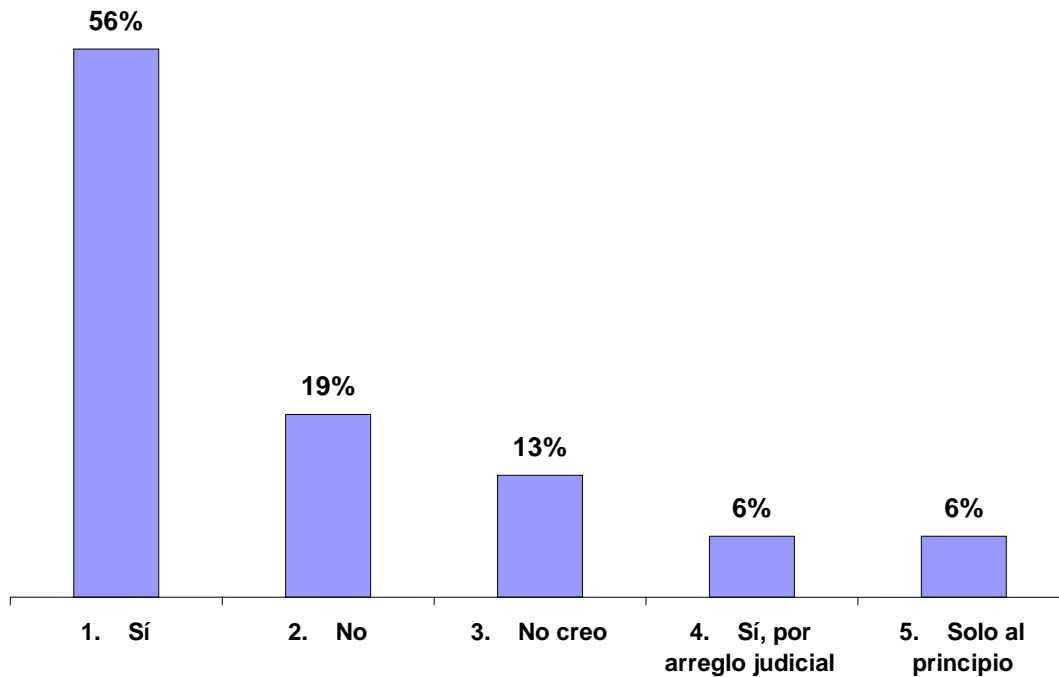
¿Cuál fue la razón por la que no usó un método anticonceptivo?



➤ Tal vez el punto más importante a evaluar eran **las razones por las cuales no utilizaron un método anticonceptivo**, con lo que un 22%, o sea 3 de las 16, refirieron que a su novio no les gustaba, tres más que lo usaron pero que no les dio resultado; posiblemente no utilizaron de forma adecuada el preservativo, o no tomaron de la forma indicaron el método oral, y algunas de ellas refirieron que recurrieron al *coitus interruptus* (coito interrumpido o eyaculación externa), creyendo en el argumento erróneo que usaban sus parejas, de que esta manera no se iban a embarazar.

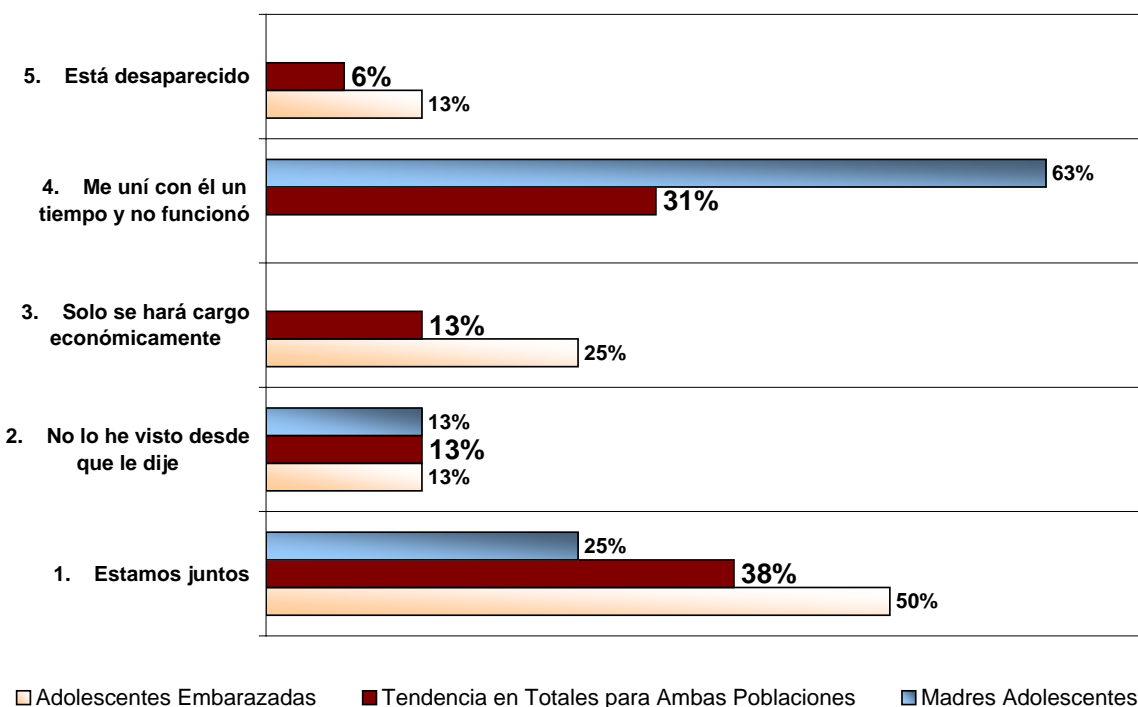
17%, ahora con el tiempo, expresaron que fue por inexperiencia; las cinco restantes, una planeó embarazarse para salir del ambiente hostil de su casa, a otra, su religión no le permite usar métodos anticonceptivos (esta misma madre adolescente fue quien refirió haber tenido dos abortos) lo cual nos habla de lo dañino de dicha creencia; y una más, dice que fue por falta de conocimiento. Una de las dieciséis, ya se encontraba casada.

¿Su pareja se hará responsable de la paternidad del/de la niño (a)?



- Para el caso de la responsabilidad paterna, se les preguntó que si **sus parejas se harían responsables**: 56% de ellas (9/16), lo afirmaron, del otro 44%, tres de ellas dicen que no, dos dudan y creen que no, una de ellas refiere que sólo al principio, y por último, la familia de una de ellas obligó al padre del niño (a) a hacerse responsable, por medio de un arreglo judicial, pues el embarazo es producto de abuso sexual.

En que terminos de relación quedará usted con el padre del niño (a)



➤ Al igual que el ítem anterior, se les preguntó en **qué términos de relación quedaron con el padre del niño (a)**; en lo que se marcan diferencias dentro de la población de madres adolescentes con respecto a las que aún se encuentran embarazadas. En total se contabilizaron cinco respuestas:

Estamos juntos, la mitad de las adolescentes embarazadas (4/8) respondieron afirmativamente, y las madres adolescentes fueron un 25%, representado por dos de las ocho.

No lo he visto desde que le dije, o sea cuando se enteraron: una de cada población, respondió afirmativamente.

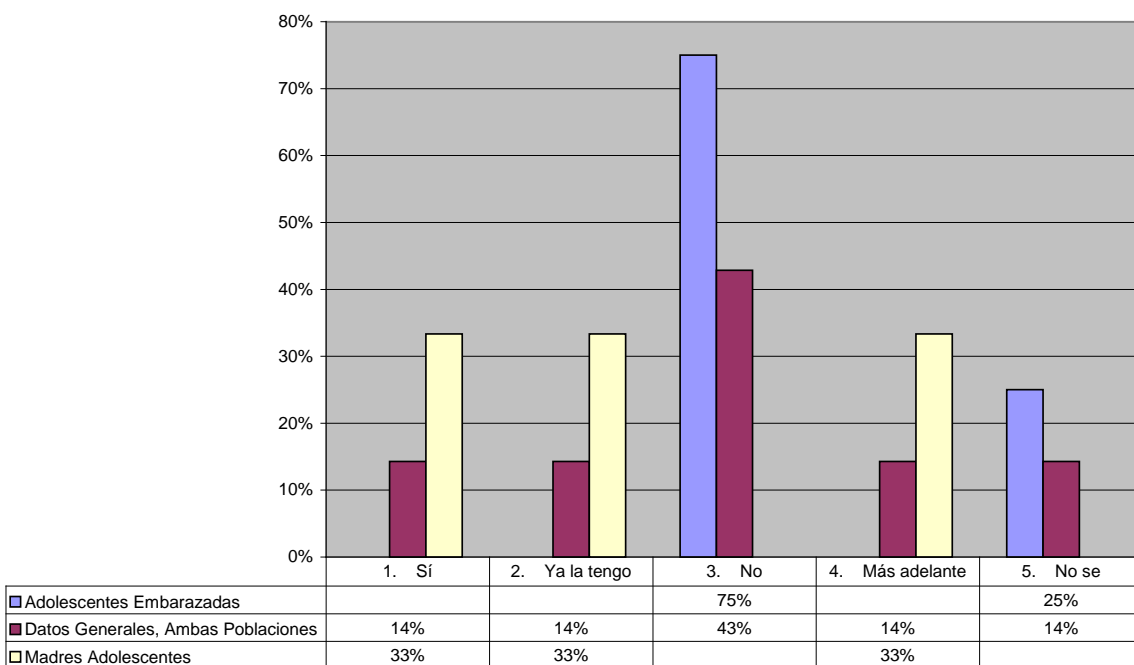
Sólo se hará cargo económicamente, el 25% de las adolescentes embarazadas respondieron de esta manera, representado por 2 de las ocho. De la población total, esto representa un 13%.

Me uní/casé con él un tiempo y no funcionó, esta respuesta fue dada por las madres adolescentes en un 63%, que son cinco de las ocho, y que en la población total representan un 31%.

Está desaparecido, presentado en la población de madres adolescentes con un 6%, o sea 1/8.

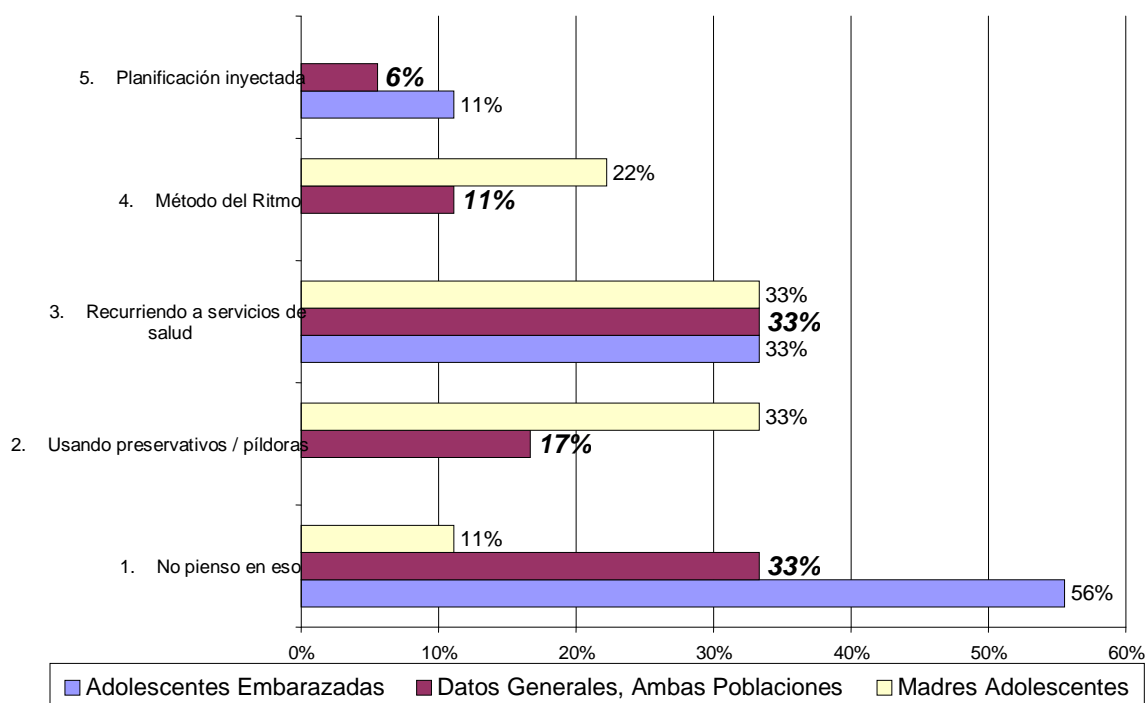
Podemos ver entonces, junto con las respuestas del ítem anterior (la responsabilidad del padre del niño (a)), una fuerte tendencia a la unión con la pareja de quien se embarazaron, relación de la que se avizora un futuro de separación, tendiendo a las múltiples parejas.

Madres Solteras: ¿Planea usted tener una nueva pareja a un futuro cercano?



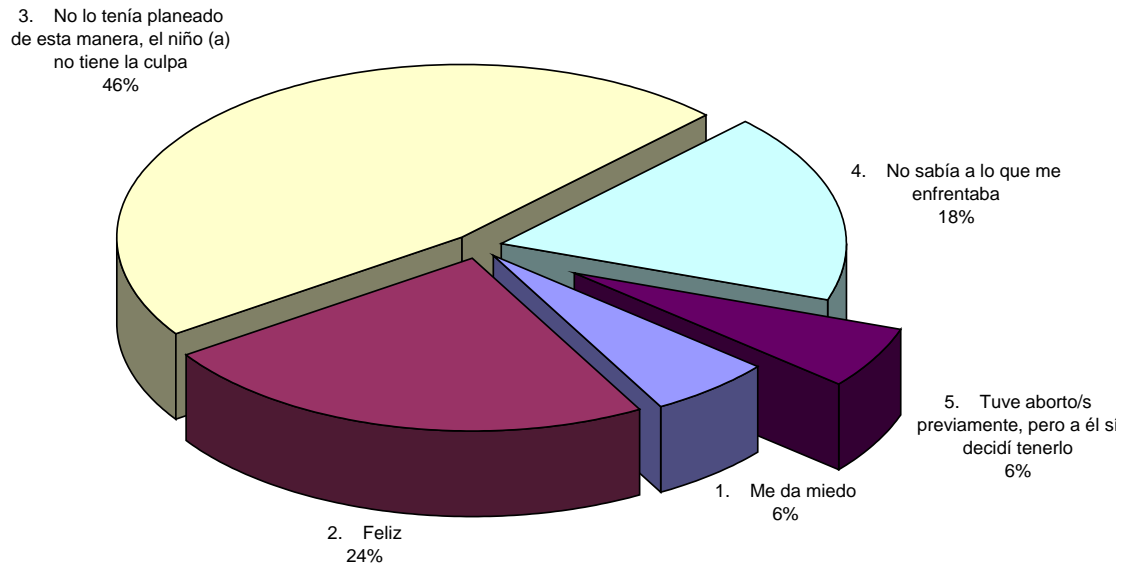
- A la población de **madres solteras** (se incluyen también a la población de embarazadas), se les preguntó **si planeaban tener una pareja a un futuro cercano**: únicamente la población de madres, en un 33% respondió que sí, en contraparte con 75% de las embarazadas que contestaron que no. Un 33% de las madres que contestaron que ya cuentan con una pareja (se infiere que se han de referir a una pareja quien no es el padre del niño (a)). Otro 33% de las madres adolescentes, contestaron que tal vez más adelante, y el restante 25% de las embarazadas respondió de forma insegura, no saber. Es notable una diferencia de opinión de la población de embarazadas, con respecto a aquellas que ya son madres, pues la experiencia traumática, de posible abandono, les hace negarse para este momento, a la oportunidad de rehacer su vida en familia. Situación diferente de la otra población, quien ya superó las dificultades en las que se encuentran las embarazadas.

¿De qué manera planea evitar un próximo embarazo?



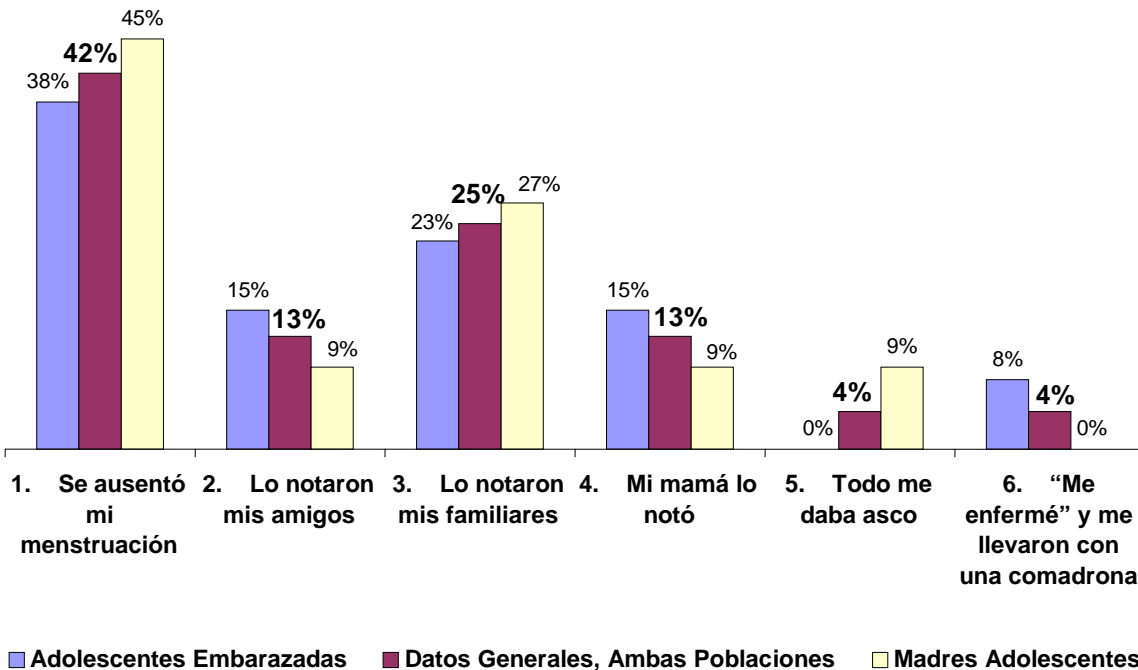
- Se les preguntó también a ambas poblaciones: la **manera en que planean evitar un próximo embarazo**; con lo que vemos una fuerte tendencia a la diferencia de opiniones entre la población embarazadas, con respecto a la de madres. El 76% de las embarazadas respondieron no pensar en eso en este momento, en contraposición a únicamente un 11% de las que ya son madres. Un 33% de las madres adolescentes, contestaron que prefieren el uso de píldoras y de preservativos, dejando ver que algunas, dan importancia también, a la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS's); respuesta que evidencia experiencia. Un porcentaje igual (33%) de madres recientes se inclinan a la opción que recurrir a los servicios de salud y que les sean administrados por profesionales, evidenciando, un mayor conocimiento. Un alarmante 22% de madres adolescentes, por distintas opiniones, o creencias, prefieren optar por el método del ritmo, o método de John Billings; el cual no garantiza una mayor efectividad, incurriendo posiblemente en un nuevo embarazo no planificado. Por último una de las ocho embarazadas, se inclinan por utilizar planificación intravenosa o inyectada, pues refiere, ésta se administra trimestralmente y no lleva las complicaciones de las píldoras, cuando se olvida tomárselas; deja en claro que es una persona que ha prestado atención a la orientación que se les brinda.

¿Cómo afrontará usted el hecho de ser nueva madre?



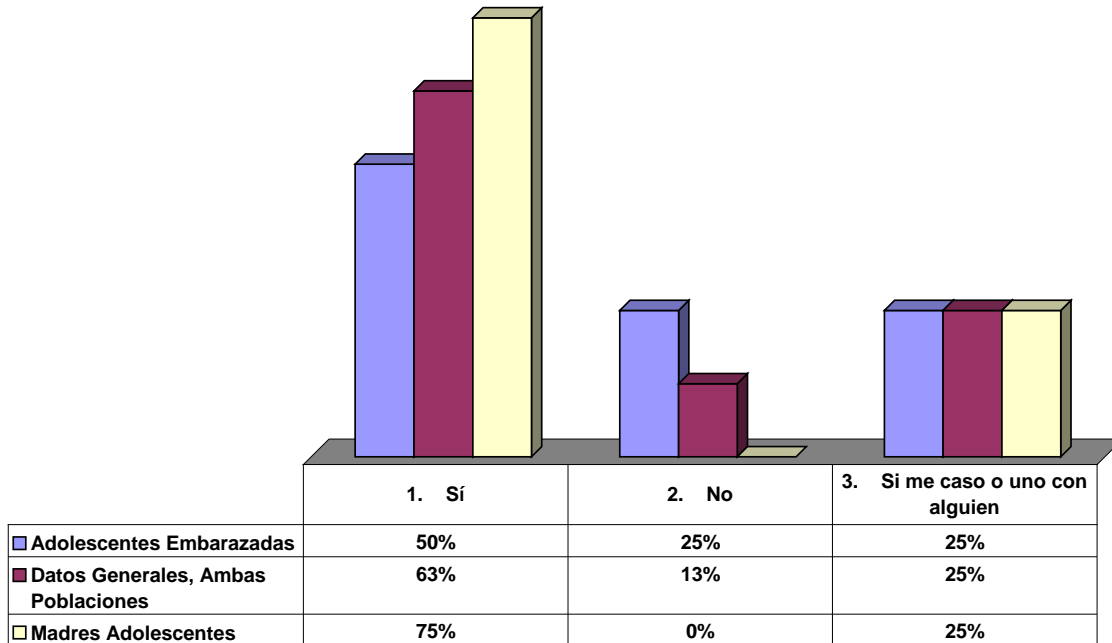
- En cuanto al aspecto emocional y actitudinal, se les cuestionó acerca de **cómo habían afrontado, ó afrontarán el hecho de ser una nueva madre**: con lo que luego de sumar las opciones de respuesta de ambas poblaciones, determinan que el 46% refieren no haberlo tenido planeado de esta manera, refiriéndose al embarazo en este tiempo, pero que el niño (a) no tiene la culpa; dicho en otras palabras, aceptan su responsabilidad. En un 24%, se encuentran felices, en un 6% aceptan que les da miedo, 18% más, que no sabía a lo que se enfrentaban, y el caso del 6% restante, representado por una de ellas, explica acerca de dos abortos anteriores, pero que en su tercer embarazo, optó por tener a la niña, e iniciarse como madre.

¿Cómo descubrió usted que estaba embarazada?



- Una pregunta que tenía relación con el autoconocimiento y conocimiento de la sexualidad, era la **forma en que había descubierto que se encontraba embarazada**: 42% del total de entrevistadas, comentó que fue cuando se ausentó su menstruación, esto compuesto por tres de las adolescentes embarazadas y cuatro de las ocho madres adolescentes; lo cual es alarmante pues más de la mitad de la población de adolescentes pasan por alto esta situación quedando al margen como contestaron un 25%, que los primeros en notarlo fueron otros familiares (que no son sus padres), un 13%, quienes fueron sus madres las primeras en notar los signos del embarazo, y situaciones especiales como una de las embarazadas que refirió "haberse enfermado" y que la llevarán con una comadrona y fuera quien diagnostica el embarazo. Una de ellas refirió que la forma en que sospechó de su embarazo fue porque "todo le daba asco, lo cual psicodinámicamente evidencia un rechazo al producto del embarazo y a la misma práctica sexual culposa.

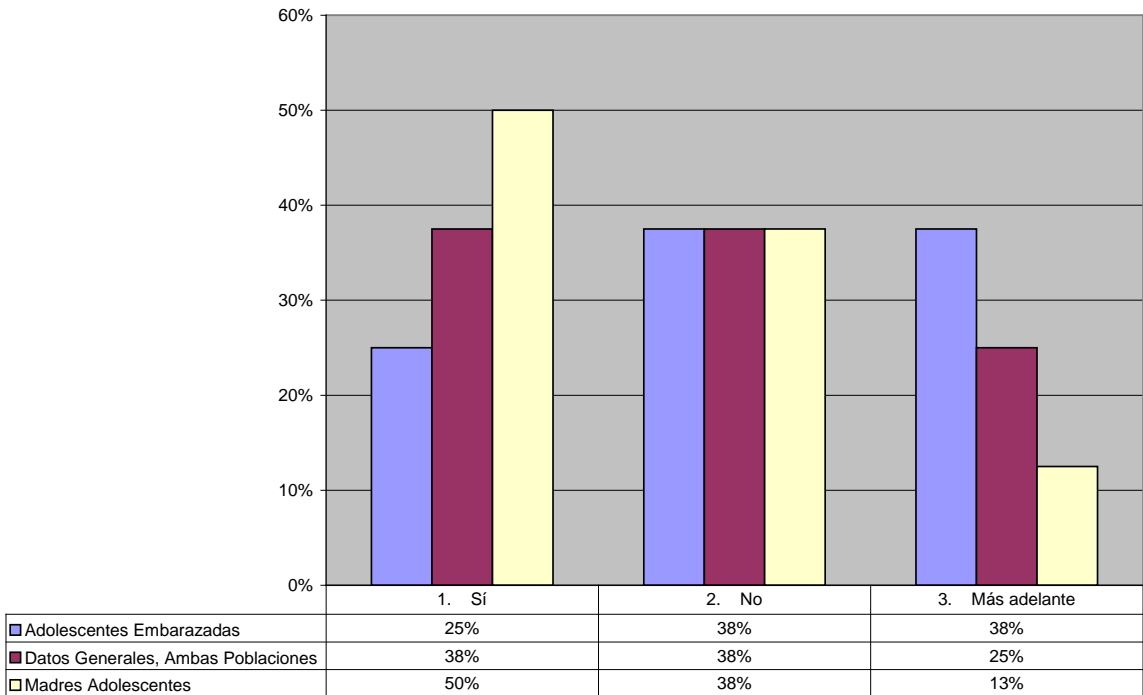
¿Desea usted continuar con su Vida Sexual?



- Para ver la tendencia de la población de adolescentes embarazadas con relación de las que ya son madres, se les preguntó por su **deseo de continuar con su vida sexual**, con respuestas interesantes en que la población de embarazadas, en un 50%, respondieron afirmativamente al deseo de continuar con su vida sexual, contrario a un 75% de las madres adolescentes. La respuesta negativa fue dada tan sólo por la población de embarazadas, en un 25%. Coinciden en el factor en que si se casan o unen con alguien, con un 25% de ambas poblaciones.

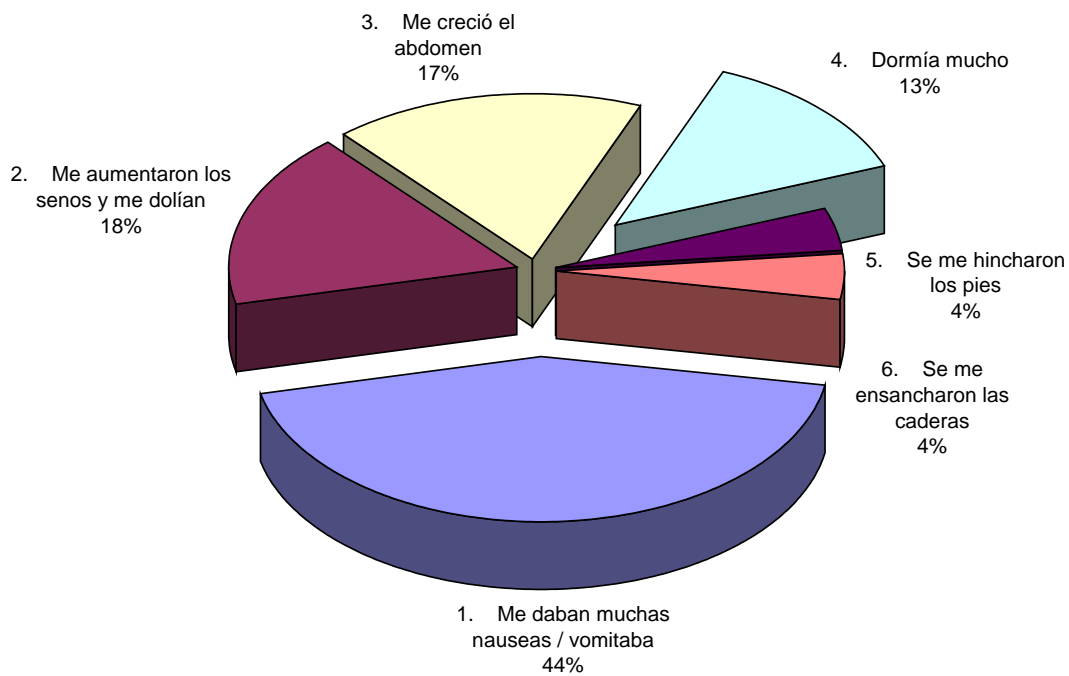
Marca la pauta, que posiblemente la opinión de las encuestadas que aún se encuentran embarazadas, cambie luego de dar a luz, porque su dinámica de vida será diferente.

¿Planea usted tener más niños?, ¿A que plazo?



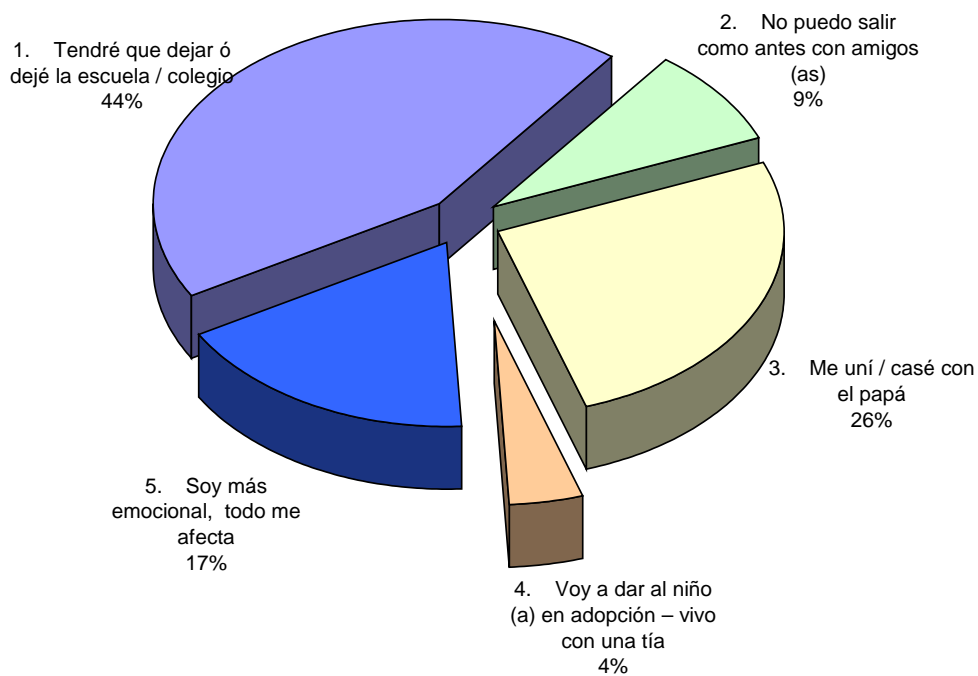
- Amarrada a la pregunta anterior, se les cuestionó también acerca de su **deseo por tener más niños**, donde de forma parecida a lo antes visto, se ve una divergencia en las opiniones entre las maternidad y el embarazo, pues 25% de los embarazadas fueron quienes respondieron afirmativamente, doblando esta cifra la población de madres (50%). En ambas poblaciones 3/8 ó 38% contestaron que No, y 38% de las embarazadas, contestaron que tal vez más adelante, dejando ver cierta inseguridad, o que este aspecto no es de prioridad para ellas, al igual que un 13% de las que ya son madres.

¿Qué cambios ha notado usted en su cuerpo?



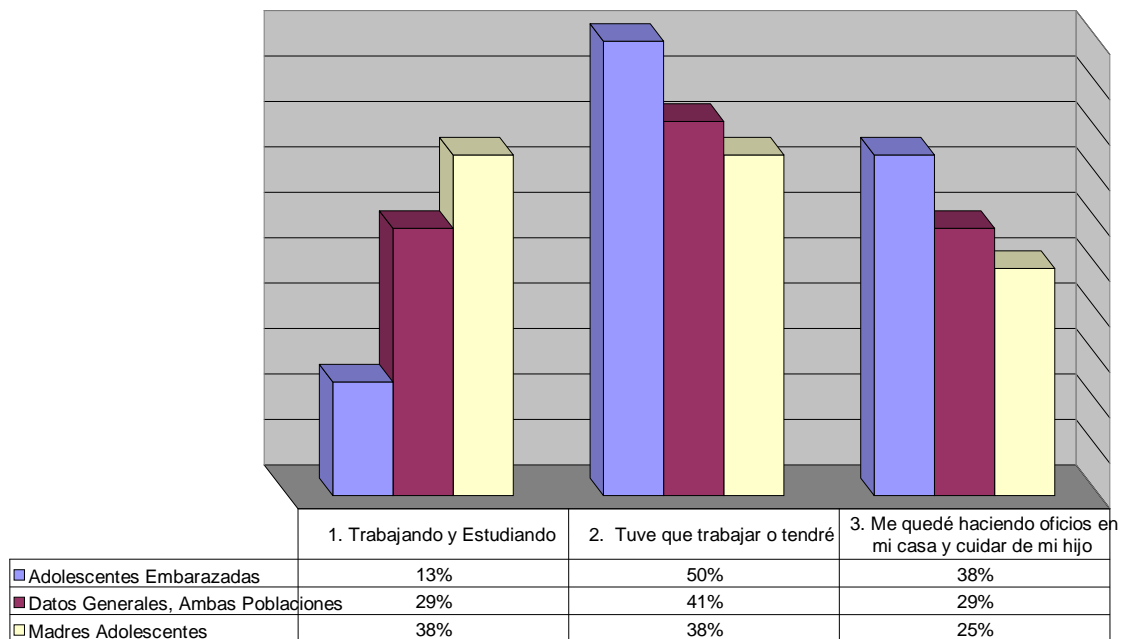
- De igual manera, a las 16 encuestadas, se les preguntó **qué cambios habían notado en su cuerpo**, con objeto de ver la importancia que particularmente las adolescentes darían al momento del embarazo. 44% de las opiniones explica que les daba muchas náuseas o que solían vomitar, lo que se puede explicar cómo un síntoma de la somatización del rechazo inconsciente al producto de la práctica sexual. Un 18% enfatizaron en el aumento y el dolor en sus senos, 17% le dieron importancia al hecho del aumento de su abdomen y sus caderas, lo cual pone en evidencia la preocupación de la pérdida de la figura. Y el último 13%, narraban haber dormido mucho; aunado a la fatiga y los ajustes hormonales, consideremos el elemento depresivo.

¿Qué cambios ha tenido usted en su vida cotidiana?



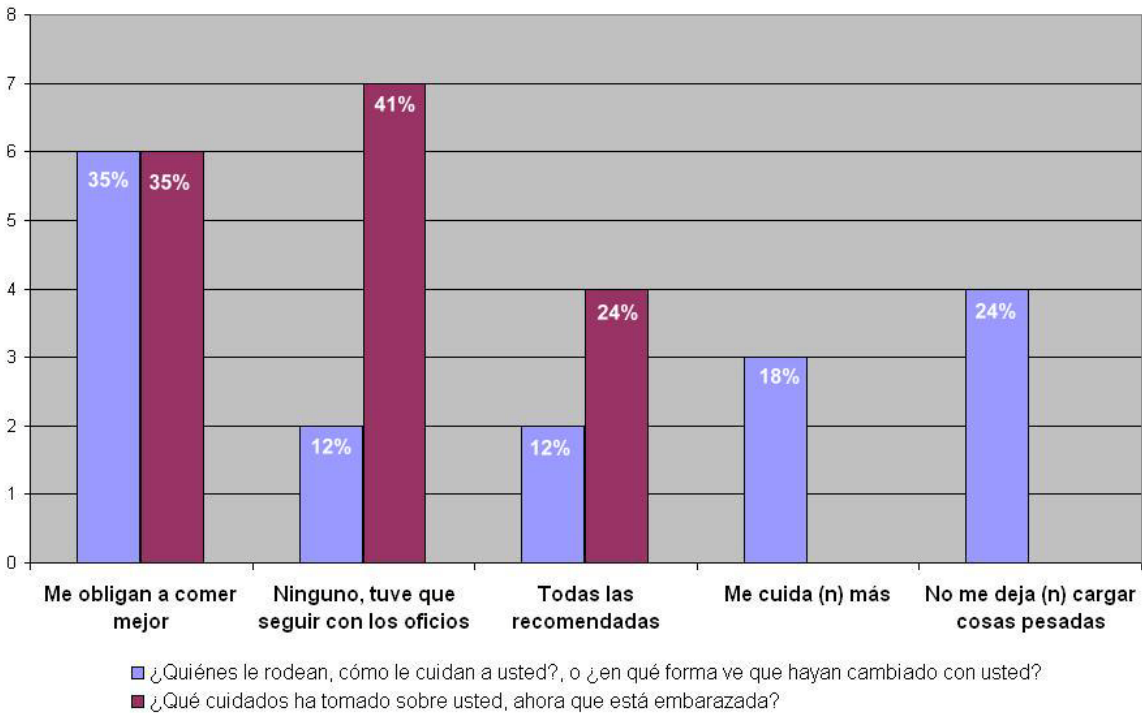
- La siguiente pregunta, en alusión a la importancia de los **cambios** se refería a **su vida cotidiana**, a lo que 44% de la respuestas enfatizaron el hecho de tener que abandonar la escuela o el colegio, el 26% a la elección de unirse ó casarse con el padre del niño (a), un 17% veía importante el hecho de que ahora eran más emocionales y que asuntos mínimos les afectaban con mayor intensidad, en un 9% extrañaban poder salir con sus amigos y amigas, por último un 4%, representado por una de ellas, optará por dar en adopción al niño (a) y vivir con una tía, pues buscará trabajar en alguna casa como personal de servicio.

A un futuro cercano, ¿En qué forma considera usted que su maternidad cambiará o cambió su vida cotidiana?



- Continuando con la misma línea de información, se les cuestionó **como ven a un futuro cercano que su maternidad cambiará su vida cotidiana, o cambió.** Para el caso de las madres adolescentes, el 38%, como el 50% de las adolescentes embarazadas han tenido y tendrán que trabajar. Un 38% de las adolescentes embarazadas contestaron que se quedarán haciendo oficios en casa y cambiando a su hijo, esta respuesta fue dada por un 25% de aquellas que ya son madres. Por último, la opción de trabajar y estudiar, con 13% de adolescentes embarazadas, pero en un 38%, para las madres adolescentes. Se marca una fuerte tendencia, en que en las nuevas generaciones, opten, más por trabajar, que cumplir con su maternidad y un rol de ama de casa, a la otra opción de continuar con sus estudios, fenómeno que si se ve en un porcentaje considerable de aquellas que ya son madres, posiblemente, porque esta población ya ha superado obstáculos en los cuales se encuentran aún las embarazadas.

CUIDADOS DEL EMBARAZO



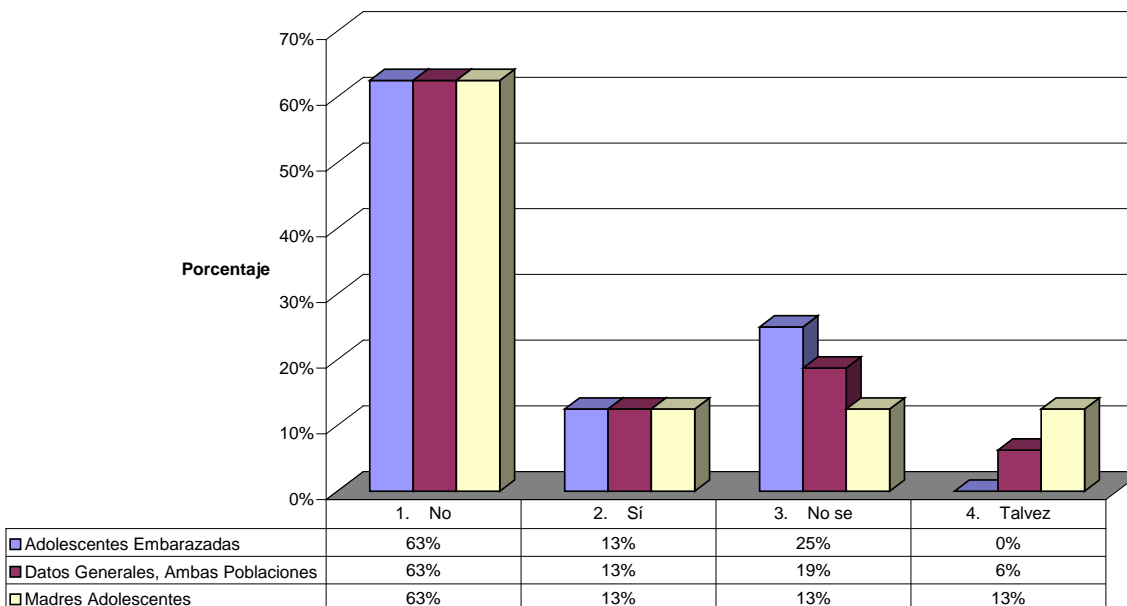
- A ambas poblaciones se les cuestionó sobre los **cuidados que habían tomado en su embarazo**, tanto por ellas mismas, como la forma en que las personas en su alrededor tomaron hacia ella:

Con respecto a la alimentación coinciden de igual manera en un 35%, tanto ellas como las personas a su alrededor les obligan a comer mejor.

En cuanto a la respuesta que no han tenido ningún cuidado en especial por tener que seguir con los oficios, en si mismas coinciden en un 41%. En relación a que las obliguen y de esta manera no tiene ningún cuidado es un 12%.

Es importante que en la respuesta que han tomado todos los cuidados recomendados para ellas mismas representan 24%, por los demás es la mitad, 12%, y un 24% expresan que las personas a su alrededor no les permiten cargar objetos pesados.

Si usted tuviera la opción de elegir la edad para ser madre, ¿elegiría ser madre en la Adolescencia?



- Para finalizar, se elaboraron tres **preguntas de cierre**, las cuales se describen a continuación:

Si usted hubiera podido elegir la edad para ser madre, ¿se decidiría por ser una madre adolescente?

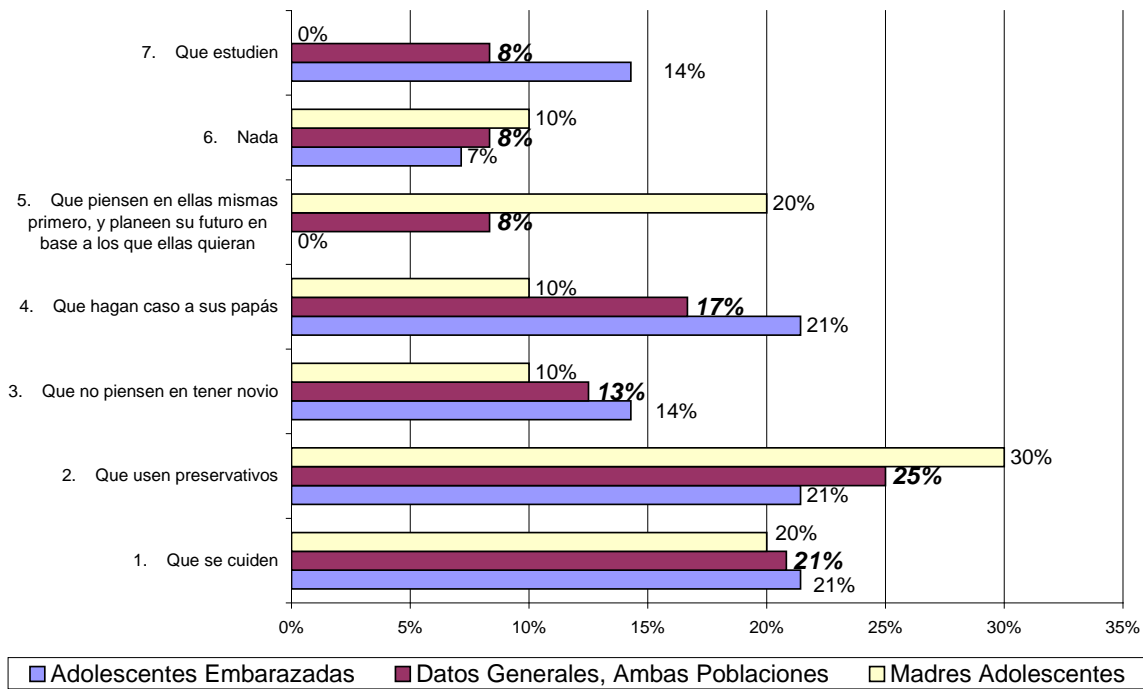
63%, o lo que es igual a 5/8 de cada población, respondieron que no.

19% respondió que no sabe.

Solo un 13%, respondió que si, o sea una de cada población, las razones que explicaron fue, una, porque deseaba huir de su casa, y la otra, porque había perdido un niño anteriormente y ya estaba casada.

Por último una de las madres adolescentes contestó que no está segura y que quizás sí hubiera optado por la maternidad en la adolescencia, pues fue un evento que le cambió la vida.

Si usted tuviera la oportunidad de platicar con adolescentes de su edad, ¿qué les diría?



➤ La segunda pregunta de cierre, iba enfocada hacia la retroalimentación de información, a determinar un criterio introspectivo. Se les preguntó que **si tuvieran la oportunidad de platicar con adolescentes de su edad, ¿qué les dirían acerca de la maternidad prematura?**

El 21% de las 16 encuestas, les diría cómo respuesta general, que se cuiden.

Un 30% de las madres, les daría el mensaje que recurran al uso de preservativos, compuesto por el 21% de embarazadas, quienes forman el 25% del total de ambas poblaciones.

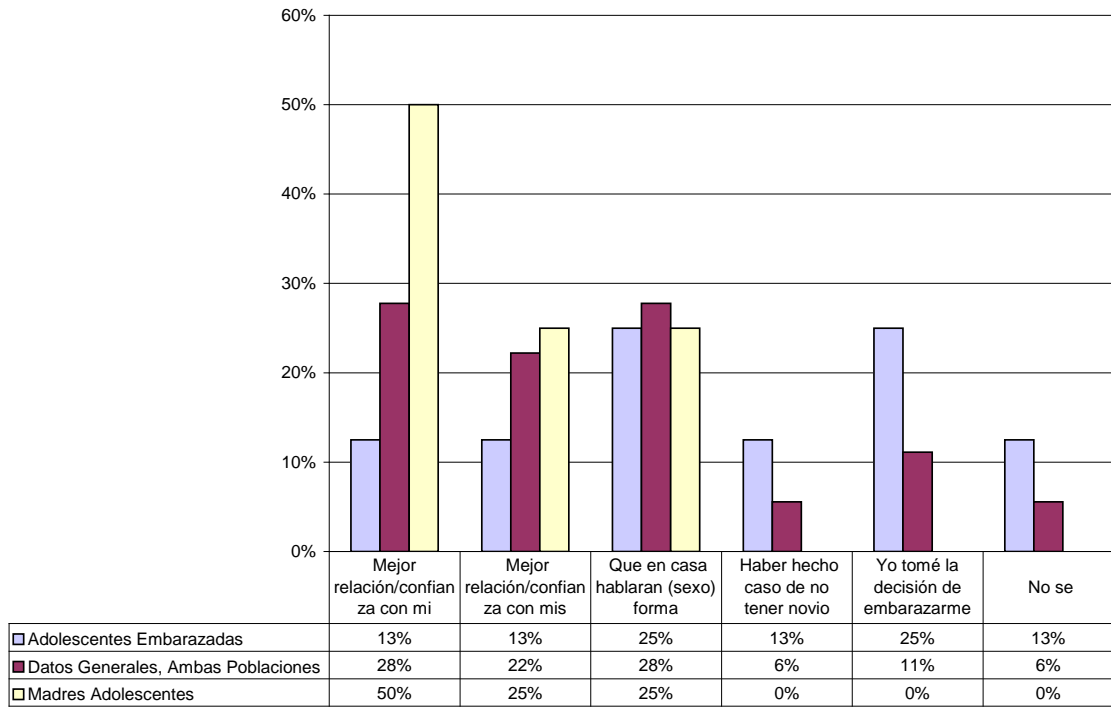
Un 13% del total, les dirían que no tengan novio.

Así como el 21% de las embarazadas, sumado al 10% de las madres, que se inclinarían por decirles que hagan caso de lo que dicen sus padres.

Un 14% de las embarazadas, les dirían que estudien.

Y un 8% de ambas poblaciones, evidenciando frustración y desinterés, que no les dirían nada.

¿Qué considera, hubiera sido importante para no haber sido una madre adolescente?



No

➤ Para finalizar, se les preguntó **¿qué consideran que hubiera sido importante para no haber sido una madre adolescente?**

50% de las madres adolescentes (4/8), contestaron que haber tenido una mejor relación de confianza con su madre. Caso contrario con las embarazadas que sólo una de las ocho, optó por esta respuesta.

Una de las embarazadas (13%) respondió que sería tener una mejor relación de confianza con ambos padres, a diferencia de 3/8 (25%) de las madres respondieron esta manera. En estas dos últimas respuestas se encuentran las dos encuestadas que refirieron haber sido abusadas, pues dicen que si en su casa, sus padres les hubieran prestado más atención posiblemente esto no les hubiera pasado y tuvieran mayor confianza para comunicarles lo que les ocurría. La respuesta de que en casa se hablara de la sexualidad de una forma abierta y comprensión ocupa un 28% de la población total, cubriendo un 25% en ambas poblaciones.

Una de las embarazadas, respondió que no sabe si hubiera algo que la hiciera cambiar su situación, dejando ver cierta necesidad de comprensión y de orientación, pues tal pareciera que no había terminado de asimilar su condición. 2/8 que representan un 25% de las embarazadas, dicen que no hay nada que las hiciera cambiar su decisión, pues ellas, planificaron embarazarse a esta edad.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

- Brindar asistencia psicológica a las personas referidas al servicio del departamento de psicología del Centro de Salud de Villa Canales.
- Orientar a las familias de los niños quienes poseen un aprendizaje diferente, en relación al afrontamiento académico, social y emocional del niño.

A inicios del año 2008, se contactó al Dr. Mario Monzón, director del Centro de Salud de Villa Canales, a efecto de presentar la carta de acreditación de EPS. Se estableció las condiciones en que se llevaría a cabo el Ejercicio Profesional Supervisado, tanto por la institución, como por el epesista. Se informó de la presencia de dos epesista de psicología de otra universidad, quienes al momento se encontraban prestando servicio, quedando de acuerdo de iniciar labores, al término de ellas.

El Ejercicio Profesional Supervisado, inicia el 13 de mayo, con el consentimiento del director interino, el Dr. Otoniel Hernández, siendo él quien brindara la inducción al trabajo, y presentara al epesista con el personal, explicando la modalidad, el horario de servicio, las condiciones a tratar y la temática de investigación, para lo que se prestaron a colaborar. Se aprovechó la oportunidad para ofrecer colaboración con el programa de Escuela Saludable y cubrir de esta manera uno de los objetivos del EPS.

Las referencias iniciaron al día siguiente de iniciado el servicio, tanto por el personal de enfermería, como el personal médico.

Según comentarios del personal, expresados al epesista, manifestaban sentirse satisfechos con el servicio brindado, expresaban sentir mayor efectividad, con la presencia de un psicólogo, que cubre a tiempo completo, decían que de esta manera más personas se beneficiaban de este recurso. La relación con el personal, fue siempre cordial y amistosa, se participó de las actividades propias de centro, situación que comentaron no se daba con los otros epesistas, ya que no tenían horarios fijos y la participación era puramente laboral.

Una situación importante, fue el interés de algunos empleados del Centro de Salud, por solicitar atención clínica, explicándoseles la variación para su caso particular; como un acompañamiento psicológico, más que una psicoterapia, debido a que no podrían ser atendidos como un paciente regular por el contacto cotidiano con el epesista. La retroalimentación fue positiva, porque expresaron haber sido beneficiados.

Con el correr del tiempo, iniciaron solicitudes para ser atendidos miembros de sus familias, como sus hijos, sus hermanos, etc.

El interés del personal fue más allá de la atención de psicoterapia, llegaban solicitudes de intervenciones en crisis emocionales (4 pacientes mujeres); intervención en casos de abuso sexual, que luego serían tomados para seguimiento, de estos el primero y más peculiar, pues el médico que atendió a una niña de 12 años por una cistitis infecciosa, con signos de abuso que no quedaban claros, determinándose en la clínica de psicología que se debía a un abuso de tipo lésbico, situación que no había sido contemplada por el médico; casos de dos niños con diagnóstico de retardo en el desarrollo a quienes se les brindó un programa de estimulación, al igual que dos casos, uno de un joven de 18 años con lesión cerebral, a quien se le evaluó y se estimuló al aprendizaje de la lectura, así como la realización de tareas en casa, ayudándole a ubicarse en un programa de alfabetización; y el otro, de una niña con el mismo diagnóstico a quien se brindó educación especial. Se atendió también una estabilización emocional de una de las adolescentes embarazadas cubiertas por el servicio, quien tras tener una crisis emocional con su suegra se puso en riesgo de tener un parto prematuro. Situaciones como estas ayudan a que el rol del psicólogo sea mejor entendido y se le reconozca como una pieza clave dentro de la salud integral, ya que son las personas que atienden estos casos y los beneficiados quienes llegan a considerar que el campo de acción de la psicología no se concreta únicamente al trabajo de ambientes cautivos, como los de la clínica.

A la primera oportunidad se estableció comunicación con la epesista (de la Universidad Mariano Gálvez) quien se encontraba cerrando sus casos luego de haber terminado su período de EPS, fue una relación amistosa y de colaboración, puesto que el interés de ambos, era el beneficio de la población, estas pláticas ayudaron para ponerse al corriente de la forma en que se habían trabajado durante su tiempo y surgieron algunas recomendaciones para su seguimiento.

Dentro de las primeras acciones, se visitó los centros educativos de la cabecera municipal, públicos y privados, platicando con los directores acerca del servicio de la clínica de psicología del Centro de Salud. Esta decisión fue valiosa porque hizo que se corriera la voz a las escuelas de las aldeas cercanas.

Las referencias fueron inmediatas, al transcurrir las semanas fue aumentando el número de alumnos referidos por los maestros y por las direcciones de las escuelas y los colegios, luego esto se multiplicaría, ya que los padres que acompañaron a sus hijos a la clínica, se interesaron por los hermanos y por ellos mismos, así como de algunos otros miembros de las familias, de igual manera entre los padres se transmitieron esta información y pronto la clínica tendría cubiertos casi todos los turnos.

Se trabajó conjuntamente con el señor Ricardo García, laboratorista, quien tiene a su cargo el programa de Escuela Saludable, donde se aprovechó para hacer promoción del servicio en escuelas visitadas (además de cubrir el eje de docencia que más adelante se explicará), acción que también generó referencias de niños de estas escuelas al Centro de Salud. De esta labor surgieron invitaciones a presentar charlas motivacionales y de orientación, y foros. Brindó esto, entonces, la oportunidad de hacer llegar el campo de acción del EPS a las poblaciones pertenecientes al municipio de Villa Canales, pero que llegar a ellos se hace difícil por las condiciones del camino o la distancia.

Los resultados de la atención clínica, fueron satisfactorios; con el paso de las semanas, la población en atención fue aumentando gradualmente, iniciándose con citas una vez por semana que, para el segundo mes la cantidad de pacientes se duplicó, generando esto la necesidad de brindar citas quincenales, en un principio los pacientes perdían la constancia de sus citas asignadas, por lo que se implementó el uso de carnet de citas; medida que no sería tan efectiva como se esperaba, porque los pacientes los perdían, los olvidaban o no se guiaban por ellas y llegaban en el momento que podían; fuera de su tiempo, pidiendo que se les atendiera, teniendo que enfatizar en el respeto a sus citas, al tiempo del epesista y de los otros pacientes quienes están programados para ese día. Desde el inicio de labores se implementó el uso de una agenda, donde el paciente veía que se le apuntaba y que la hora de la fecha que se les asignaba fuera la que allí se encontraba, esto ayudó a aclarar los malos entendidos en cuanto a tiempo con los pacientes que llegaban fuera de su horario obligándose así, a tener constancia en el seguimiento de su tratamiento, de lo contrario, no se les atendía.

Estas condiciones eran establecidas, desde el contrato terapéutico, en donde se les hacía conciencia, tanto a niños, adolescentes, adultos y personas de la tercera edad, de su rol activo dentro del proceso terapéutico, ya que es la persona misma, quien se lleva al cambio, y que el psicólogo no es más que un acompañante en la vía de ese cambio esperado. Se fue muy enfático, en el factor de la voluntad, a todos los pacientes, sin importar su edad o la relación de quien le refería, pues la persona quien conscientemente busca para sí mismo la salud o ese cambio saludable, es sólo quien así lo decide, y que nadie sin importar su influencia le hará cambiar si así no lo quiere. El primer paso que se establecía con ellos era el principio del respeto, tanto para sí mismos, con el terapeuta y con las normas de la clínica.

Lo anterior fue difícil de establecer con las primeras poblaciones atendidas, porque en una comunidad como Villa Canales el servicio de un psicólogo no es frecuente, y menos de forma gratuita, a no ser dependiendo de los recursos de la persona quien haya sido referido con los especialistas de psicología anteriores, quien fuera a un servicio particular o servicios de asistencia social que principalmente se encuentran concentrados en la capital. Sería como resultado de la atención clínica que fue entendido el mensaje de las normas que se establecen para un servicio psicológico.

Uno de los contras, que afectaron el servicio de la clínica, fue la irregularidad de los pacientes a sus citas, puesto que algunos sólo llegaron el día que se les refirió, o iniciaban el proceso de psicoterapia y no concluían más allá de las primeras fases (conocimiento del problema, Rapport, contrato, etc.), o no llegaban a sus citas puntuales; acortando su tiempo de atención, o se ausentaban. Fue así como se estableció que si un paciente no llegaba a dos citas seguidas sin avisar, perdían su día y hora asignadas, ubicando a pacientes nuevos, y que si ellos deseaban seguir siendo atendidos sería en los espacios de la agenda que estuvieran disponibles, más no cuando ellos solicitaran.

De igual manera otra condición adversa, fue el clima, ya que al inicio de labores se dio a la mitad del año, momento donde fue declarado emergencia nacional en alerta amarilla, porque dos huracanes se encontraban cercando las costas del país. Es habitual que en los servicios de salud en los días lluviosos, el número de personas que llegan en busca de atención se vea disminuido.

Algo, que vale la pena mencionar, fueron los aumentos de solicitud de servicio por parte de los padres, a escolares, esto se dio en un principio, luego de los exámenes de medio año e inicios

de vacaciones, con la idea que estos niños fueran atendidos mientras no se encontraban estudiando, creyendo que los motivos por los que los referían (problemas de conducta, presente escolar, bajo rendimiento, entre otros) iban a ser solucionados en una o dos citas en las semanas en que los niños no recibían clases. La segunda ocasión fue previa a los exámenes finales, donde se acercaron muchos de los padres que fueron referidos durante el año y quienes no prestaron atención hasta darse cuenta que los niños estaban en riesgo de perder el año o podría no ser recibidos, entonces, acudieron a la clínica de psicología con mucha insistencia, con la creencia nuevamente la intervención rendía frutos inmediatos y que serían tratados en una o dos sesiones. Esta situación puede interpretarse de dos maneras, la primera, de forma positiva puesto que los padres encontraron confianza en el servicio prestado; de aquellos con quienes se pudo tener una retroalimentación, explicaban que efectivamente en las pocas sesiones en que estos niños fueron llevados notaron cambios, en interés, conductuales, hábitos de estudio y rendimiento, pero no se les llevó a cubrir los objetivos totales como el caso de una psicoterapia conclusa o como lo que plantearon en un principio. La segunda, de forma negativa; ya que estos repuntes de casos nuevos ocupaban espacio en agenda, para otros casos que sí deseaban un servicio de psicoterapia cumpliendo con las normas establecidas, llevando a la saturación.

Una medida que se contempló, era notificar a los maestros de grado del niño presente en atención, por medio de una carta que el padre se responsabilizaría de regresar, para que fuera aquí, otro lugar donde se estimulara al niño y se hiciera presión al padre para continuar con su asesoría psicológica hasta finalizar.

En atención a adolescentes primordialmente, un aspecto negativo en el rechazo al proceso de psicoterapia porque llegan a sentirlo aburrido y largo. En muchos casos ellos no están conscientes de los motivos por los que se le refiere o no creen necesario o útil asistir a psicoterapia, trasladando esta opinión negativa a sus compañeros y amigos, con lo que se crea una imagen errónea del psicólogo y la psicoterapia.

Algo que hay que tener en cuenta en intervención con niños y adolescentes, es que en muy pocos casos son ellos los interesados en ser atendidos, regularmente son los padres conjunto con los maestros quienes los llevan, a veces forzados, lo cual lleva a que el profesional tenga que trabajar con resistencias cada vez mayores.

La afluencia de escolares también se ve afectada, en los períodos de actividades extracurriculares, como los de independencia, días de la madre, feria, etc., porque esto también conlleva días previos de preparación.

Dentro de lo positivo, se puede mencionar que las semanas cercanas a los exámenes finales, se inició con un programa donde se reevaluaron los hábitos de estudio y se reforzaron los objetivos alcanzados para enfocarlos hacia un estudio efectivo y que como en otras ocasiones, las vacaciones no fueran motivo de abandono. Los padres agradecieron esta acción, como muchos dijeron, era un mensaje que les repetían.

El EPS se vio afectado, por un accidente que sufriría el epesista, que tuvo como resultado la fractura de la pierna derecha, en el mes de diciembre, lo cual además coincide con el período vacacional de los escolares, por lo que sólo se atendían casos regulares, y que era el penúltimo mes de atención, por lo que los procedimientos de terapia iban enfocados a los casos de cierre; este problema provocó dificultades en el traslado y se tomó la decisión de unificar las dos jornadas en un solo horario.

Para finalizar se llevaron a cabo los cierres de los casos, y referencias para aquellos que necesitaban atención de otras disciplinas, asimismo se hizo promoción del próximo epesista quien cubrirá el servicio, se le contactó y brindó inducción acerca de trabajo realizado, presentándolo con el personal.

SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

- Elaborar un programa de conscientización sobre el manejo de las Discapacidades en el Aprendizaje en el aula, que promueva la no utilización de etiquetas en niños con Aprendizaje Diferente; impartido a estudiantes de la carrera de magisterio y maestras (os) del sector público y privado.
- Participar en el programa de Escuela Saludable, y el programa de Sexualidad y Paternidad Responsable del Centro de Salud de Villa Canales.

El primer objetivo de este subprograma no fue posible llevarlo a cabo. Éste contemplaba, la elaboración de un programa de conscientización sobre el manejo de las Discapacidades en el

Aprendizaje en el Aula, cuya metodología y planificación fue explicado en el capítulo anterior, pudo deberse a dos situaciones:

La promoción de estas capacitaciones se llevó de forma verbal con los directores de los centros educativos, se les solicitó una cita y personalmente se les explicó la temática, los objetivos, los contenidos y la modalidad en que se llevarían a cabo, enfatizando que no tendría ningún costo y que existía flexibilidad de horario para realizarse cuando la institución sugiriera, con el tiempo debido de anticipación. Se dejó puerta abierta a que fuera la institución quien contactara al epesista cuando estuvieran interesados; cómo se explica anteriormente no existió respuesta por ninguno de los centros educativos. Un elemento que podría haber sido útil, era llevar por escrito el programa de la actividad, para que esto acompañara la explicación verbal, e insistir, tiempo después en la respuesta,. Posiblemente conduciría a ser tomado en cuenta entre las actividades extracurriculares y formativas de los docentes, en algunos casos tal vez no hubo respuesta porque se quedaba en el olvido.

La segunda situación podría deberse a que el tema a tratar no fuera coyunturalmente de interés para los centros educativos o que la modalidad de talleres pudiera haber sido cambiado por la difusión de la elaboración de documentos o alguna otra alternativa. En otra instancia podría haber sido valioso apoyarse en alguna otra institución, como por ejemplo la municipalidad para hacer una actividad conjunta o que apoyara con los medios necesarios (como transporte, alimentación, espacio físico, mobiliario y medios audiovisuales) para ser una actividad más grande y de esta manera atraer a las instituciones educativas.

Lo que hay que rescatar, apartando lo anterior, es que de este contacto, surgieron referencias de niños con dificultades académicas, quienes fueron referidos a la Clínica de Psicológica del Centro de Salud y fueron atendidos dentro del eje de servicio como se explica previamente; siendo ellos, los más beneficiados. Según el caso se brindó tutoría personal, aplicando técnicas psicológicas y pedagógicas como la adaptación estratégica, lo cual es un elemento didáctico.

La participación en el programa de Escuela Saludable, fue bien vista tanto por las autoridades escolares, como las autoridades del Centro de Salud. Se acompañó en las delegaciones de visita escolar, ayudando a reforzar los contenidos que se impartían, por ejemplo, higiene, desarrollo en la adolescencia, respecto entre los géneros-relaciones interpersonales, sexualidad sana y responsable, paternidad en la adolescencia, drogadicción y alcoholismo.

Por lo anterior se recibieron múltiples invitaciones a impartir charlas de motivación, representando la clínica de psicología del Centro de Salud. Participando con el programa de Salud y Sexualidad, se participó en el mes de agosto del foro MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA, exponiendo las condiciones de la salud mental de los y las adolescentes, la configuración psicológica del embarazo en la adolescente y las complicaciones legales que el embarazo en una menor conlleva. Esta fue una actividad que coincide con el tema de investigación, el cual ayudó a fundamentar de alguna manera anticipada los resultados que hasta ese momento se contaban, despertando el interés de este estudio por los asistentes.

También se recibió capacitación por la clínica Luís Ángel García, que funciona en el Hospital San Juan de Dios, que tiene su cargo el manejo de pacientes infectados con VIH, con el objetivo de poder capacitar y concientizar otras personas alrededor de esta enfermedad y su aceptación, así como conocer acerca de los tratamientos y las referencias necesarias. En este caso el papel del psicólogo se le veía como pieza fundamental en este proceso, la retroalimentación se evaluó favorable.

Un punto negativo era cuando la actividad de Escuelas Saludables, se suspendía ya fuera por las vacaciones del personal a cargo, suspensión por enfermedad, o saturación de trabajo en el Centro de Salud, la actividad docente de igual manera se suspendía; ocurre también que la cobertura del EPS se encontraba durante el período vacacional de las escuelas y colegios por lo que no había quien brindar las capacitaciones referidas.

SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:

➤ Elaborar un estudio que determine las condicionantes psicológicas que conducen a las adolescentes a ser madres, tomando como muestra el grupo que asiste al Centro de Salud de Villa Canales.

Una problemática que ha cobrado especial interés en este momento, es el tema del embarazo y la maternidad en la adolescencia. Esto ha conducido a la creación de programas de atención, con la finalidad de prevenir estas situaciones, pues ponen en riesgo la salud de estas madres y sus hijos; además que se busca empoderar a las niñas y adolescentes, para buscar objetivos como su propia educación, desarrollo personal, desarrollo laboral y la participación social;

haciendo conciencia de la importancia de iniciar su vida sexual y su maternidad en la edad adulta, que es cuando ya cuentan con las condiciones físicas y psicológicas adecuadas para un cambio de vida como la maternidad.

Un fenómeno que de años atrás se venía estudiando en los servicios de salud, es la merma en la población de adolescentes madres y de adolescentes en estado de gestación. Según diversos estudios, las condiciones en Latinoamérica tenían un declive progresivo, el cual fomentaba una actitud optimista al respecto que menos adolescentes resultaban embarazadas. Dicho declive tenía una conducta estadística diferente al resto de poblaciones de países desarrollados, donde se presenta en tasas más altas, pero se esperaba que siguiera siendo gradual. Se ha visto que en un corto tiempo ha existido un aumento significativo de adolescentes en condición de embarazo, tal como ocurre en la actualidad en Guatemala, Centroamérica y la población de latinos migrantes en Estados Unidos, de acuerdo a informaciones de la Dra. Jane Delgado de la Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos (National Alliance for Hispanic Health).

Han encontrado que las raíces de éste repunte de adolescentes embarazadas, coincide con una baja autoestima y con que las adolescentes están teniendo parejas varones, mayores a ellas, las cuales las conducen en mayor medida, a tener relaciones prematrimoniales.

El embarazo en la adolescencia, igual que cualquier cambio de vida, tiene un impacto traumático. Se da en las mismas cinco fases del estudio del trauma:

- *Shock*: la conmoción que sufre la persona en el primer contacto con el evento traumático, inhabilidad de respuesta.
- *Negación*: la persona es incapaz de ver su propia realidad y la enmascara con distintas justificaciones.
- *Enojo*: resentimiento de la persona con su destino, por lo que le ocurrió.
- *Aceptación*: la persona se da cuenta de su realidad, se ve inmersa dentro de ella y reflexiona hacia la conciencia de sí misma.
- *Reintegración*: la persona como resultado de la aceptación, actúa con decisiones acordes a su nueva realidad.

Una condición que ocurre interrelacionada entre los anteriores estadíos es la *Depresión*, característica en uno o más estados o, durante todo el proceso del trauma. De igual manera la *Culpa*, es otra condición que se presenta entre la negación, enojo y la aceptación, en este caso se busca descargar la responsabilidad de los resultados del acto hacia otros o/y hacia sí misma.

Basándose en estos fundamentos, se orientó esta investigación. Se trató de ubicar las fases en que las encuestadas podrían encontrarse, debido a que, según lo anterior, así sería la interpretación de sus respuestas.

Iniciando con el análisis de los resultados, el primer descubrimiento es: que las nuevas generaciones, cada vez inician su vida sexual, más temprano que las anteriores. Determinándose que la generación actual; es decir la población de embarazadas, empezó su vida sexual de los 13 a los 15 años, en contraste, con la población de madres adolescentes quienes iniciaron de los 15 a los 17 años. Esto habiéndose considerado con una diferencia de edad, en promedio de 10 años.

Lo anterior nos llevan a tener madres adolescentes cada vez más jóvenes, pues en estas dos generaciones, las mayores en promedio, su edad de parto, eran los 17 años, y la generación actual, su promedio de edad de parto es entre 15 a 16.

2. – En relación al hecho de que las madres adolescentes llegan a tener más niños que una madre adulta; la proyección de este estudio es que alrededor de los 25 años tienen de dos a cuatro embarazos, y que una cuarta parte de ellas se quedará con un único hijo o hija, para esta edad.

3. – Dentro de las razones que surgieron al preguntarles la manera cómo se habían convencido, o sus parejas les habían convencido, una tercera parte de ellas, explica que ambos querían. Entre las dos poblaciones (adolescentes embarazadas y madres adolescentes) se da una notoria diferencia, dado que en las de mayor edad, una cuarta parte comentó que sus parejas les insistieron durante algún tiempo, hasta que ellas cedieron. Situación que en las adolescentes embarazadas se presentó en un solo caso.

Un dato alarmante es que el 19% de las adolescentes encuestadas, refirieron que el inicio de su vida sexual se dio por una violación, estas regularmente de forma incestuosa.

4. – Se les cuestionó acerca de su conocimiento sobre la sexualidad previo al inicio de su vida sexual, resultando que sólo dos de ellas no sabían por completo acerca del tema, siendo estas dos de las adolescentes que refirieron haber sido abusadas sexualmente; lo cual nos lleva a ver que más de la mitad, sabían acerca de la sexualidad de una forma consciente, y el resto conocían muy poco. Estimando que casi un 90% de incidencia de adolescentes tienen prácticas

sexuales sin protección creyendo erróneamente que no les va a pasar nada, inclúyase, un embarazo, el contagio de una infección de transmisión sexual o las valoraciones sociales.

Dicha creencia está estudiado, que la poseen la mayoría de los adolescentes hombres y mujeres, y les lleva a tener conductas de riesgo (cualquiera), con resultados inesperados, que afectan el resto de sus vidas.

5. – Al estudiar quien cubre la responsabilidad de la educación sexual de niños y niñas, se ve una coincidencia en la respuestas, en la mitad de ellas, es la escuela o el colegio, con lo que se hace extremadamente necesario la buena formación de los maestros quienes tienen a cargo esta tarea pues, como lo expresan las encuestadas, solo en un 20% de los casos, es en casa donde se toca el tema de la sexualidad, llevándoles a informarse o malinformarse en otros ambientes como la calle.

Desafortunadamente para el tiempo en que vivimos, el tema de la sexualidad sigue siendo un tabú en la sociedad, siendo bien visto la ignorancia, y de forma enfermiza e irrespetuosa, la actitud de buscar información, y de experimentar con natural curiosidad, en cualquier edad del desarrollo. Esto lleva a crear personas psicológicamente castradas, quienes repetirán este patrón a las próximas generaciones. Este efecto no escapa de los padres de familia y de algunos maestros, por lo que se hace indispensable tener un cambio de actitud, para no ver los resultados que se tienen hoy en día.

En un caso, de una de las madres adolescentes, que venía de una comunidad agreste del interior del país, se dio, el que ella, como muchas niñas, solo fue a la escuela a aprender a leer y escribir, y luego se quedó sirviendo en su casa, viendo como sus hermanos siguieron estudiando. Se casa a los 17 años, luego de que un pretendiente pidiera la mano a sus padres, con la diferencia de otras costumbres, donde ella le pudo haber conocido primero, o tener un noviazgo. Relata fue este, un momento feliz, pues ella se había preparado para tener una familia. En la noche, luego de la boda, llegaron al dormitorio de su esposo, él la despojo de su ropa, la acostó en su cama, se colocó sobre ella y la penetró; todo esto sin que ella supiera nada de lo que estaba sucediendo, lo contó con lágrimas en sus ojos, narrando el dolor y el trauma que esto le ocasiona. Al día siguiente, visitó a sus padres, y la madre le preguntó por su noche de bodas, siendo hasta ese momento, que ella le explicó, acerca de la sexualidad humana. Según lo describe hasta el momento, ha sido el trauma más fuerte que le ha tocado vivir, aún más que el parto, ya que para este evento, todas las personas le explicaban como era dar a luz. Según su referencia ella se quedó odiando, la intimidad con su esposo.

6. – Uno de los aspectos más importantes, de esta investigación es que se indagó las razones por las cuales no se utilizaron algún método anticonceptivo, en ambas poblaciones estudiadas (adolescentes embarazadas y madres adolescentes). La respuesta más frecuente es que a su novio no le gustaba usarlos, o bien que los usaron y no dió resultados. Según la edad indicaron que por inexperiencia o porque el embarazo fue planificado. Una respuesta que despierta interés es que su religión no permite el uso de anticonceptivos; lo preocupante de esta respuesta, es que fue dado por una madre adolescente cuyas prácticas sexuales sin protección, la llevaron a tener dos abortos provocados, practicados de forma clandestina, poniéndose en riesgo de morir, con tal de no enfrentar el juicio de su familia y su iglesia. Explicaba también, con mucho dolor, que la culpa no la dejaba asumir su responsabilidad, pero que no fue motivo suficiente para abandonar su vida sexual premarital, porque temía que su pareja la abandonara y tener que quedar a merced de su familia, donde vivía en un ambiente “insoportable”. Respecto a lo anterior de las 16 encuestadas, sólo tres desconocían del todo sobre la existencia y el uso de los métodos anticonceptivos, del resto sólo la mitad tenía un conocimiento general.

Una práctica común en los adolescentes que tienen relaciones sexuales, o de adultos jóvenes que tienen relaciones sexuales eventuales o no planificadas, es el *coitus interruptus* o coito interrumpido, el cual consiste en la extracción del pene de la vagina, para eyacular de manera externa, con la creencia que así ningún espermatozoide fecunde el óvulo, ignorando que el líquido preeyaculatorio, contiene espermatozoides con la capacidad de completar su recorrido. Al resultar el embarazo, y ser las adolescentes las que les notifiquen a sus parejas, éstos se "defienden" diciendo que el niño no es de ellos porque no pudieron resultar embarazadas por la forma cómo terminaron sus relaciones sexuales.

Una incidencia preocupante, que no es un fenómeno nuevo, pero que sí termina en una decisión, que hace que estas adolescentes cambien su vida, es planificar embarazarse, para tener motivo de huir de sus hogares. Algunas de ellas, terminan uniéndose o casándose en una edad temprana con el padre del niño y otras terminan siendo madres solteras. No faltó quien dijera que “el embarazo o la maternidad les había cambiado la vida, para bien”, ya que antes de esto, no tenían razones para luchar, y que el hecho de tener una vida que depende de ellas, les ha llegado a dar sentido a su propia vida.

La proyección evidenciada en los resultados de este estudio determina que la mayoría de las adolescentes que resultan embarazadas y se unen o se casan con la pareja de quien se embarazan; en un número considerable de estas uniones, fracasan. Esto puede explicarse con el hecho que no fue una unión deseada y consciente; donde el motivo, no es el deseo de compartir su vida con alguien, si no por darle al niño o niña una familia. La principal motivación de estas separaciones es por infidelidad, según expresó la población de las que ya son madres.

En gran medida estas parejas se siguen haciendo cargo económicamente y en menor medida, de su papel como padres. Pero muchos de ellos se desaparecen y se desatienden de lo anterior.

7. – Para investigar sobre el conocimiento de sí mismas, se les cuestionó la manera en que habían descubierto que estaban embarazadas, 42% respondió (compuesto por el 45% de las madres y el 38% de las embarazadas) que fue al momento que se ausentó su menstruación, esto nos refiere entonces, que casi un 60 por ciento de las adolescentes, hacen caso omiso de esta situación, elevando mecanismos de defensa como la negación, o por efecto de la ignorancia, o negligencia; lo cual es alarmante, debido a que las deja al margen de que sean otras personas quienes noten el embarazo, para esto, muchas de ellas, ya habrá tenido conductas, que las hayan puesto en riesgo y que además el impacto en la familia será más destructivo.

8. – Cómo se explica en la introducción, según la fase del trauma en que se encuentran estas adolescentes, podrían apuntar sus respuestas. En relación a esto, se les preguntó a las madres solteras (comprendida por 7 de la población total: 16), si tenían planeado tener una pareja a un futuro cercano: 75% de las embarazadas contestaron que no, contrastado a solo un 43% de las que ya son madres, debido a que éstas ya superaron muchas de las adversidades en las que la otra población aún se encuentran inmersas, y que las hace ver que su vida en pareja es un error. En otro sentido, la tercera parte de la población de madres adolescentes, quienes son madres solteras; comentó ya tenerla.

Sus respuestas están guiadas en buena medida, por el miedo al fracaso, situación que en muchas llega a ser superado luego de asumirse como madres, y sentir que es momento de dedicarse también a ellas.

9. – Cómo un efecto parecido al anterior, la respuesta al deseo de tener más niños (para ambas poblaciones), apuntaba de una manera contrastante. La mitad de las que ya son madres,

desean no quedarse con sólo un niño o niña, y las embarazadas, sólo una cuarta parte contestó de esta manera.

Con respecto al deseo de continuar con su vida sexual, la mitad de las embarazadas decían que sí, junto con el 75% de las madres. Estaban también las que buscaban estabilidad, siendo una cuarta parte de ellas, quienes respondieran que sólo si se casaban o se unían con alguien.

10. – De ahí, que se les preguntara, la manera en que planeaban evitar un próximo embarazo, un 56% de las embarazadas respondió no pensar en eso, dejando ver, que no le prestaban atención a su futura vida sexual, pues se encontraban más preocupadas de la situación en la que vivía al día de hoy. La tercera parte de ambas poblaciones, se inclina a recurrir a los servicios de salud, para que sea aquí donde se les oriente en cual, es el método que más les conviene (principalmente el Dispositivo Intrauterino DIU, conocido también como T de cobre o de platino; el cual es un dispositivo removible para cuando se planifique un próximo embarazo); ésto demuestra que los programas de información que se les brinda en el Centro de Salud, en otros centros asistenciales y en los medios de comunicación; están teniendo un impacto positivo, ya que se está aceptando dejar en manos de los especialistas su orientación.

La cuarta parte de la población de madres adolescentes, se inclina por el uso de píldoras y de preservativos, éstos últimos, como dijeron, se puede tener la confianza, de no sólo evitar un embarazo, si no también del contagio de una ITS.

Del mismo modo prefirieron el uso de la planificación inyectada, pues decían, que tienen mayor efecto que las píldoras, porque podría olvidar tomarlas en el tiempo adecuado, y que es el mejor método cuando se tiene una pareja estable, porque es difícil el uso recurrente de preservativos, cuando se tiene una vida sexual activa, además la inyección tiene un tiempo de acción de uno o tres meses y es gratuita en el Centro de Salud.

Dos de las encuestadas, comentaron confiarse del Método del Ritmo, o método de Billings, una de ellas, tal como se explicó en los párrafos anteriores, porque su religión no le permite el uso de métodos anticonceptivos. Es alarmante que esta práctica, se siga utilizando como planificación, principalmente con las madres solteras, debido a que este método ha demostrado, su ineficacia, poniéndolas en riesgo nuevamente de un embarazo no deseado.

Lo que es interesante de observar, es que ninguna de las 16 encuestadas, prefirió los métodos quirúrgicos, determinándose por su edad, que desean seguir siendo fértiles, contradiciéndose con lo que muchas dijeron al no querer tener más niños o continuar con su vida sexual, dejando ver que pesa más el contenido inconsciente que la confusión en la que viven en este momento.

11. – Las adolescentes que resultan embarazadas, corren el riesgo de interrumpir su formación académica, en la gran mayoría, para toda la vida; ya que, se casan o se ven obligadas a trabajar y muy pocas cuentan con el apoyo de continuar con sus estudios, a no ser principalmente, aquellas que se quedan viviendo en casa de sus padres y ellos le apoyan económicamente y/o con el cuidado del niño o la niña.

12. – Se da el caso, que algunos de los hijos o hijas, de madres adolescentes, terminan dándose en adopción, ya sea legal o familiar, ocurre también, muchos de estos niños terminan siendo criados por los abuelos, a veces porque creen que sus madres no tiene la paciencia o la dedicación con ellos, o debido al trabajo de las madres, principalmente las solteras.

– Para retroalimentar la información, se elaboraron tres preguntas de cierre con motivo de reafirmar el objetivo de esta investigación.

13. – Primero, se les preguntó, que si hubieran podido elegir la edad para ser madres, tomarían la opción de serlo en la adolescencia; a lo que 63% de ellas contestó que no, pues es una situación que nunca contemplaron para sus vidas.

La cuarta parte dicen no saber, ya que muchas de ellas fueron de las que decidieron tomar la opción del embarazo con motivo de salir de casa. Así hubo quienes contestaron afirmativamente, siempre con el mismo motivo. En estas últimas se ubicaron las que decían haber encontrado sentido a su vida luego de ser madres.

14. – La siguiente pregunta, era que si tuvieran la oportunidad de platicar con otros adolescentes, que les diría sobre el hecho de ser madres en la adolescencia: la cuarta parte de ellas, les aconsejarían el uso de preservativos, confirmando que la prohibición hacia la sexualidad es inefectiva, y que la acción más viable es la educación tanto para los adolescentes varones y principalmente a las mujeres, enfatizando en el respeto a si mismas y sus parejas.

Un 17% reconoce su rebeldía con el hecho de decirles que hagan caso a sus papás, igual que el 13%, que le recomendarían no tener novio, evidenciando encontrarse todavía en un proceso de culpa.

Hubo quienes les recomendarían decirles que estudien, reforzando las dos últimas razones.

Ocurrió también, que hubo quien respondiera, que no les diría nada, dejando ver su frustración, indiferencia, desinterés hacia estos temas, y adicionalmente, rencor. Esto confirma la necesidad del trabajo psicológico con las poblaciones de adolescentes en riesgo embarazo.

15. – Al final, se les preguntó si consideraban, que pudo haber algo en sus vidas, que evitara el que ellas fueran madres en su adolescencia. La tercera parte del total de ambas poblaciones (compuesta por la mitad de las madres adolescentes y un 13% de la población de embarazadas) coincidieron que sería tener una mejor relación de confianza con la madre, observándose ésta razón, como la principal, para hacer que llegaran a tener la vida que tenían planificada. Esto se acompañó por el 22% quienes confirmaron que ese elemento importante, sería una mejor relación con ambos padres.

En una sociedad como la guatemalteca es frecuente la situación de ambientes hostiles dentro de los hogares, por condiciones como, la pobreza, el alcoholismo de los padres, ignorancia, violencia intrafamiliar, entre muchos aspectos; y son estas la razones que hacen que muchas adolescentes encuentren en la sexualidad una vía de escape, tanto al estrés que esto les genera, y en la maternidad como motivo para iniciar un nuevo hogar y huir de sus padres, pero que por formación, les llevará, ha repetir los mismos patrones con que fueron criados.

Otro factor importante, que las adolescentes contemplan; es la necesidad de hablar de la sexualidad, de una forma abierta y comprensiva, dejando de lado los sentimientos de culpa y el rechazo hacia las expresiones afectivas.

También se encuentran, las que dicen que no sabrían si existiera algo que les hiciera cambiar su destino, demostrando una total desorientación, que se vuelve peligrosa, pues tienen en sus manos ahora la crianza de otra persona inocente del dolor que posiblemente sus madres aun posean.

Por último las adolescentes que refirieron que su embarazo, se debe a haber sido abusadas sexualmente, insistían en que su destino sería otro, si en su casa les hubieran prestado atención, y tuvieran la confianza de comentar con sus papás lo que les ocurría, sin terminan siendo juzgadas, o culpabilizadas de lo que ellas eran inocentes

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

5.1.1. CONCLUSIONES GENERALES

- El Ejercicio Profesional Supervisado en Psicología en el Centro de Salud en el periodo de mayo del año 2008 a febrero de 2009, tuvo el impacto esperado, debido a que despertó en las personas atendidas, el interés por la Salud Mental, proveyéndolas de herramientas de afrontamiento.

5.1.2. SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

- Establecer una relación cordial, de colaboración y confianza con el personal del Centro de Salud de Villa Canales propició el interés por la atención psicológica para si mismos y miembros de su familia
- La intervención en situaciones especiales fuera de los ambientes psicoterapéuticos cerrados, como la clínica, ayudan a tener una mejor comprensión del rol del psicólogo o psicóloga, como pieza fundamental dentro de la Salud Integral.
- La dificultad de algunas personas que asisten a los servicios de salud pública de aceptar la referencia para atención psicológica, genera resistencias que provocan el incumplimiento de las condiciones establecidas.
- Debido al mal manejo de las referencias por parte de padres y maestros, frecuentemente los niños y adolescentes no están plenamente conscientes de los motivos e importancia de su atención psicológica, provocando que el proceso sea percibido como largo y aburrido, transmitiendo esta opinión a los demás.
- El patrón cultural, propio de la sociedad guatemalteca, por parte de los padres de niños con dificultades académicas o conductuales, provocó la saturación de la agenda de atención psicológica, en los meses previos al final del año escolar y en los momentos críticos de evaluación, impidiendo que nuevos pacientes se beneficiaran del servicio

5.1.3. SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

- La capacitación a maestros y estudiantes de magisterio con la temática de Dificultades del Aprendizaje en el Aula no fueron impartidas, debido a que las instituciones educativas contactadas no respondieron a su promoción.
- La participación en charlas, talleres y foros de los programas de Escuela Saludable, y de Sexualidad y Paternidad Responsable del Centro de Salud de Villa Canales, benefició al personal involucrado y las poblaciones para quienes están enfocados.

5.1.2. SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:

- Las condicionantes psicológicas que conducen a las adolescentes a ser madres en esta etapa de su vida, determinadas en el estudio realizado en el Clínica de Psicología del Centro de Salud son: huir del ambiente hostil de sus hogares, la mala relación con los padres; principalmente con la madre, la desinformación acerca de la sexualidad y los métodos anticonceptivos, el empleo del sexo como escape del estrés, la creencia errónea de los adolescentes que tras una conducta de riesgo no sufrirán ninguna consecuencia, el abuso sexual y la presión por pertenencia y comprensión.
- Frecuentemente los adolescentes incurren a prácticas sexuales sin protección debido a prohibiciones religiosas, haciéndolas tomar el riesgo de un embarazo no planificado, la adquisición de infecciones de transmisión sexual y en casos extremos a un aborto practicado de forma clandestina
- Las adolescentes que resultan embarazadas en este momento de su vida, presentan una autoestima quebrantada, depresión y en algunos casos se toman indiferentes, provocando conductas evitativas por miedo al fracaso y las necesidad de comprensión por sentirse juzgadas por los demás.
- Se determinó en el estudio, que un alto porcentaje de uniones o matrimonios, motivados por el embarazo en la adolescencia tienen la tendencia a fracasar, debido a que no son uniones conscientes y fundamentadas en el deseo de compartir sus vidas.
- Según la proyección de este estudio, se determina que más de la mitad de las madres adolescentes serán madres solteras.

5.2. RECOMENDACIONES

5.2.1. RECOMENDACIONES GENERALES

- Se recomienda a las autoridades de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos que el Ejercicio Profesional Supervisado para el Centro de Salud de Villa Canales se siga promocionando entre los estudiantes de las próximas generaciones, para que la población que asiste a esta institución no deje de ser beneficiada por este servicio.

5.2.2. SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

- Es fundamental establecer una buena relación con el personal del Centro de Salud para que la ejecución del servicio sea benéfica para la población en atención, y continuar con las intervenciones especiales que ayudan a que el rol del psicólogo sea incluido como pieza fundamental en la Salud Integral.
- Es necesario establecer desde un inicio con las personas referidas, las pautas de la atención psicológica y ser enfático en ellas para la reducción de las resistencias que puedan presentar, para evitar el incumplimiento de las condiciones establecidas.
- Se recomienda acordar con los padres de niños y adolescentes referidos para atención psicológica, las pautas para el manejo adecuado de las referencias y conscientizarlos de la importancia de su rol en el tratamiento, previo a iniciar la intervención.
- Se recomienda conscientizar a los padres de niños con dificultades académicas o conductuales, que sean referidos a la Clínica de Psicología del Centro de Salud de Villa Canales, de la importancia de su intervención inmediata al momento de ser referido, para evitar la saturación previa a los momentos críticos de evaluación o cierre escolar.

5.2.3. SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

- Es recomendable que las temáticas sujetas a ser impartidas al personal de instituciones educativas sean de interés coyuntural, para que esto genere una respuesta positiva por parte de las autoridades.
- Se recomienda continuar con la participación en el programa de Escuela Saludable, y el programa de Sexualidad y Paternidad Responsable del Centro de Salud de Villa Canales para que el personal involucrado y la población sigan recibiendo los beneficios de esta colaboración.

5.1.2. SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:

- Es prioritario el trabajo en las familias para resolver situaciones que generen el distanciamiento con los adolescentes y esto derive en acciones de resultados inesperados como un embarazo a una temprana edad.
- Es esencial que se siga promoviendo la utilización de los métodos anticonceptivos y la forma correcta de su uso, de igual manera se concientice a las poblaciones vulnerables como los adolescentes y jóvenes adultos.
- Se recomienda que las adolescentes embarazadas y las madres adolescentes, sean atendidas por los servicios de psicología para resolver las problemáticas subjetivas derivadas de su condición de maternidad prematura y proveerlas de herramientas de afrontamiento con el fin de tener un mejor futuro para ella, el niño o niña y sus familias.

BIBLIOGRAFIA

1. *Autopsicoterapia*, Robinson, Jonathan
1ª Edición, Colección Nueva Consciencia, Ediciones Obelisco
Barcelona, España 1999
2. *Compendio: Técnicas Proyectivas Menores, Test Gráficos para Psicodiagnóstico*, Hernandez Catalán, Thelma, Primera Edición
Guatemala, 1996
3. *Diccionario de Psicología*, Dorsch, Friederick
Cuarta Edición, Editorial Herder
Barcelona, España 1981
4. *Discapacitados Físicos*, Colli Alonso, Mario
Editorial Felix Varela
La Habana, Cuba 2003
5. *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida*, Instituto Nacional de Estadística INE, et. al
Versión electrónica, Guatemala 2006
6. *Información Básica Sobre el Municipio de Villa Canales, Guatemala*, Unidad Técnica – Estrategia de Reducción de la Pobreza, Secretaria General de Planificación de la Presidencia SEGEPLAN – Gobierno de Guatemala
Guatemala 2004
7. *Investigación Cualitativa en Psicología*, González Rey, Fernando Luís
Internacional Thomson Editores
México, 2000
8. *Introducción a la Psicología de la Salud*, Morales Calatayud, Francisco
1ª Edición, Editorial Paidós
Buenos Aires, Argentina, 1999
9. *Manual de Medicina de la Adolescencia*; Silber, Thomas J. et. Al.
Organización Panamericana de la Salud – Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 20, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington D.C., EEUU, 1992
10. *Monografía sobre Villa Canales*, Oficina Municipal de Planificación de Villa Canales, Municipalidad de Villa Canales, Guatemala 2004

11. *Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intra-Familiar y Sexual* Primera Revisión, Ministerio de Salud - Gobierno de Nicaragua, Dirección Primer Nivel de Atención, Enero de 2006
12. *Orientación Psicológica para el Fortalecimiento de la Autoestima en Niños de 8-10 Años que Asisten al Centro de Salud del Municipio de Villa Canales*, Ixchiu Mes, Edgar Informe de Ejercicio Profesional Supervisado Escuela de Ciencias Psicológicas – Universidad de San Carlos de Guatemala 2004 Guatemala 2004
13. *Psicología con Aplicaciones a los países de Habla Hispana*, Feldman, Robert S. Tercera Edición, Mc Graw Hill – Interamericana Editores México 1998
14. *Tecnología Didáctica*, Galo de Lara, Carmen María 13ª reimpresión, Editorial Piedra Santa Guatemala 2003

CONSULTAS ELECTRÓNICAS

15. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL – ONU
<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/9261/P9261.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl>
16. Conectividad educativa de informática básica para el aprendizaje en línea “Plan Ceibal”, – Ciencias Sociales – Violencia Patrimonial –Uruguay
http://200.40.175.142/contenidos/areas_conocimiento/cs_sociales/abusa2/violencia_patrimonial.html
17. *Entrevista en CNN Latinoamérica de la Dra. Jane Delgado de la Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos (National Alliance for Hispanic Health):*
 Hispanic teen pregnancy. Below please find a clip from this an appearance by Dr. Delgado on CNN English network broadcasts <http://www.hispanichealth.org/>
18. *La terapia de aceptación y compromiso: tercera generación de la terapia cognitivo conductual*, García Higuera, José Antonio
 Psicoterapeutas.com, Madrid 3/07/2007
<http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/act/brevepresenact.htm>

19. *Página web oficial de la Municipalidad de Villa Nueva*, villanueva.gob.gt
<http://www.villanueva.gob.gt/mivillanueva/geografia.htm>
20. *UNE y su plan de los cien días*, Guoz, Abner
El Periodico, Guatemala, martes 30 de octubre de 2007 - 13:36 horas
<http://www.elperiodico.com.gt/es/20071030/actualidad/45114/>
21. *Un país con macrocefalia extrema*, Menocal, Carlos ,y Pérez, Leslie
Prensa Libre Guatemala, domingo 03 de septiembre de 2006
Migraciones desde la provincia ocasionan caos
<http://www.prensalibre.com/pl/2006/septiembre/03/150818.html>
22. *Madres adolescentes : a divulgación de información sobre derechos sexuales y reproductivos debe despojarse de prejuicios - ECLIPSE*
Guatemala, lunes 01 de octubre de 2007
Por: Ileana Alamilla
<http://www.prensalibre.com/pl/2007/octubre/01/183867.html>
23. *Psicología – Psicoanálisis – Consultoría*
EnigmaPsi (c) 2002-2008
Editor Responsable: Lic Sonia Cesio
Directora: Lic Sonia Cesio
Fuente:<http://www.mujereshoy.com/secciones/3279.shtml>
http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fsimpact_sp.htm
<http://www.enigmapsi.com.ar/madrespronto.html> humanos