

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**HISTORIA GINECO-OBSTETRICA DE LAS MUJERES
EXCOMBATIENTES DE LA URNG**

Estudio realizado con historias clínicas de pacientes atendidas en ocho campamentos de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca - URNG -, previo a desmovilizarse definitivamente durante el periodo del 3 de marzo al 3 de mayo de

1997.

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

RONY ARTURO VASQUEZ SARAZUA

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, noviembre de 1998

05
T(8034)
0.4

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E C O N S T A R Q U E :

El (la) BACHILLER : RONY ARTURO VASQUEZ SARAZUA

Carnet Universitario No: 90-13884

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al título de Médico y Cirujano, el trabajo de tesis titulado:

HISTORIA GINECO-OBSTETRICA DE LAS MUJERES EXCOMBATIENTES
DE LA URNG

trabajo asesorado por:


Doctor: JUAN CARLOS VILLEDA MORALES

y revisado por:

Doctor: JULIO CESAR ORDONEZ

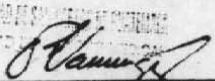
quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la presente ORDEN DE IMPRESION.

Guatemala, 27 de octubre de 1998.


Dr. José María Gramajo G.
COORDINADOR UNIDAD DE TESIS


DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

I M P R I M A S E :


DR. ROMEO ARNALDO VASQUEZ VASQUEZ
DECANO

DR. ROMEO ARNALDO VASQUEZ VASQUEZ
DECANO 1998-1999: 1



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 27 de octubre 1998

Doctor:
José María Gramajo Garméndez
Coordinador Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas

Se le informa que el (la) BACHILLER

RONY ARTURO VASQUEZ SARAZUA

Nombres y apellidos completos

Carnet No. : 90-13884 ha presentado el Informe Final de su trabajo
de tesis titulado:

HISTORIA GINECO-OBSTETRICA DE LAS MUJERES EXCOMBATIENTES

DE LA URNG

Del cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

Firma del estudiante

Dr. José María Gramajo Garméndez
Coordinador Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas

F. Asesor
Nombre completo y sello

Dr. Julio C. Ordóñez P.
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO

Dr. Julio César Rodríguez Pinac

F. Revisor
Nombre completo y sello
Reg. Personal 12518



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Calle de la Universidad, Zona 12
Guatemala, Guatemala

APROBACION INFORME FINAL

OF. NO: 218-98

Guatemala, 27 de octubre 1998.

BACHILLER:
RONY ARTURO VASQUEZ SARAZUA
CARNET No. 90-13884
Facultad de Ciencias Medicas
USAC

Por este medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis,
titulado:

HISTORIA GINECO-OBSTETRICA DE LAS MUJERES EXCOMBATIENTES
DE LA URNG

ha sido RECIBIDO, y luego de REVISADO se ha establecido que cumple con
los requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por
lo que es autorizado para completar los trámites previos a su
graduacion.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. José María Gramajo Garméndez
Coordinador Unidad de Tesis



NOTA. La información y conceptos contenidos en el presente trabajo es
responsabilidad unica del autor.

INDICE

• Introducción	1
• Planteamiento del problema	2 - 4
• Justificación	5 - 7
• Propósito	8
• Objetivos	9
• Marco teorico	10 - 22
• Metodología	23 - 28
• Presentación y análisis de resultados	29 - 50
• Conclusiones	51
• Recomendaciones	52
• Resumen	53 - 54
• Bibliografía	55 - 57
• Anexos	58 - 67

INTRODUCCION

El presente estudio constituye una sistematización de la información contenida en la Historia gineco-obstétrica de las mujeres pertenecientes a la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca - URNG - que se desmovilizaron de los frentes guerrilleros al firmarse la Paz en Diciembre de 1996 y se concentraron en ocho campamentos diseñados para el efecto.

Debido a las condiciones en las que se desarrolló el enfrentamiento armado y las características de etnia, cultura, extracción de clase de las mujeres excombatientes, los factores de riesgo ginecológico al que se enfrentaban eran grandes.

El propósito del presente estudio fue sistematizar la Historia gineco-obstétrica de este grupo de mujeres para que partiendo de ella puedan definirse posteriormente programas de seguimiento y educación reproductiva adecuados a la condición actual.

Básicamente se trabajó con las historias clínicas elaboradas por los equipos de salud multisectoriales que prestaron dicha atención en los campamentos de desmovilización y que actualmente se encuentran en las instalaciones de Fundación Guillermo Toriello, además, lograron recabarse algunos testimonios para respaldar la información.

Dentro de los resultados encontrados puede determinarse que se trató de una población mayoritariamente de origen maya, joven, la mayoría inició su vida sexual antes de los 20 años, con aceptación hacia los métodos anticonceptivos y pruebas como el Papanicolaou; sin embargo llama la atención los índices altos de abortos y resultados anormales de Papanicolaou.

Aunque se trató de recabar la mayor información posible, es claro que se necesitaran otros estudios para poder conocer más a fondo la historia de estas mujeres que se constituyen en parte de la historia de nuestro país.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Luego de 36 años de lucha revolucionaria, el Gobierno de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca - U.R.N.G - suscribieron el 29 de Diciembre de 1996 el Acuerdo de Paz Firme y Duradera, que marca el inicio de una nueva etapa promisoría para el país.

Detrás de este acontecimiento histórico, hay todo un proceso de negociación que se ha mantenido vivo desde su inicio en el año 1987 pese a las numerosas dificultades que a lo largo de su existencia han surgido, y que ha dado como fruto no sólo el cese de las acciones armadas, sino un conjunto de acuerdos que pretenden sentar las bases para una transformación real y profunda de la sociedad guatemalteca, para hacer de ella una nación democrática, multiétnica pluricultural, multilingüe, con justicia social y equidad de género. (28)

Como resultado de la compleja situación política y social de Guatemala, fueron necesarios siete acuerdos, llamados sustantivos (28)

- Acuerdo marco para la reanudación del proceso de negociación entre el gobierno y la URNG.
- Acuerdo global sobre derechos humanos.
- Acuerdo para el reasentamiento de las poblaciones desarraigadas por el enfrentamiento armado.
- Acuerdo sobre el establecimiento de la comisión para el esclarecimiento histórico.
- Acuerdo sobre identidad y derechos de los pueblos indígenas.
- Acuerdo sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria.
- Acuerdo sobre fortalecimiento del poder civil y función del ejército en una sociedad democrática.

Estos acuerdos contienen elementos sustanciales que se constituyen en puntos de referencia y líneas de acción para atacar males endémicos de las estructuras sociales y políticas en Guatemala.

Luego se firmaron una serie de acuerdos operativos, destinados a posibilitar las reformas constitucionales necesarias para concretar los acuerdos sustantivos, así como propiciar una correcta desmovilización de las fuerzas guerrilleras y garantizar su incorporación digna a la vida legal, estos son:

- Acuerdo sobre el definitivo cese al fuego.
- Reformas constitucionales y régimen electoral.
- Base para la incorporación de la URNG a la legalidad.
- Cronograma para el cumplimiento y verificación de los acuerdos de paz.

Dentro del acuerdo “ **Bases para la incorporación de la URNG a la legalidad** “ se contempla la concentración de los combatientes en 8 campamentos para su desmovilización definitiva en el período comprendido entre el 3 de marzo y el 3 de mayo de 1997. Durante esta concentración se coordinó y articuló trabajo entre el equipo de salud de URNG, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social e instancias nacionales e internacionales relacionadas con la salud a fin de brindar atención médica y un diagnóstico del estado de salud de los combatientes de la guerrilla.(28)

El grupo de desmovilizados que fue concentrado, estuvo integrado por hombres y mujeres, de distintas etnias, culturas y estratos sociales, en total aparte del español dentro del grupo de desmovilizados se hablan 10 idiomas más; se les ubicó dependiendo a la organización a la que pertenecieron. Dentro de la heterogeneidad las mujeres constituyeron un 33 % del total a las cuales se les realizó historia clínica y de ellas un 73% participó en la toma de exámenes de Papanicolaou.(9)

Por la particularidad de las tareas dentro de las filas de la URNG las mujeres al participar en forma igualitaria en caminatas, entrenamiento etc., constituyen un grupo de riesgo para enfermedades de carácter ginecológico o alteraciones en el funcionamiento normal de sus órganos y un cambio en su conducta sexual. La planificación así como la resolución de los embarazos muchas veces tuvo que resolverse en el campo mismo del enfrentamiento. Lastimosamente muchos de estos datos no fueron recogidos dentro de la historia clínica, por lo que la mejor fuente son los testimonios mismos de las excombatientes.

El fin del presente estudio es sistematizar la información gineco-obstétrica existente de las excombatientes , tomando como referencia la historia clínica tomada en los campamentos de desmovilización.

JUSTIFICACION

El cuidado de la salud de la mujer abarca todos los aspectos de la ciencia médica y la terapéutica.

La valoración ginecológica y obstétrica debe incluir una apreciación del estado general de salud y debe situarse en el contexto psicológico, social y emocional de la mujer.

Datos de la Unidad de Informática de la Dirección General de Servicios de Salud -DGSS- señalan que los principales problemas de salud que afectan a la población son: enfermedades infecciosas, deficiencias en la nutrición, enfermedades crónico-degenerativas presentándose la mayor cantidad de casos dentro del grupo materno infantil. Dentro de este grupo, las mujeres presentan alta morbilidad y mortalidad relacionada con problemas propios del embarazo y problemas ginecológicos particulares.

La mayor parte de enfermedades que afectan el aparato reproductor femenino se encuentran relacionadas con la higiene, el ejercicio, la dieta, los procedimientos quirúrgicos ginecológicos, embarazos, estrés etc. y principalmente con la conducta sexual de los individuos, teniendo singular importancia el número de parejas sexuales, que al ser más de uno, aumenta el riesgo de padecer de enfermedades genitales como papilomatosis, lo que se verá reflejado directamente en padecimientos crónicos e irreversibles como el cáncer de cervix.

Algunas patologías como el cáncer de cervix, y la etiología de la mayor parte de leucorreas pueden ser detectadas por medio de exámenes como el Papanicolaou.(20)

El cáncer de cervix es la segunda causa más común de cáncer en mujeres, se estima que en todo el mundo ocurrieron 525,000 casos en 1996, de estos un 5% corresponderían a nuevos casos. Se han observado altas incidencias en partes del Sahara, África, Asia y Latinoamérica, naciones en vías de desarrollo. (30)

En nuestro país, según datos del Instituto de Cancerología “Dr. Bernardo del Valle” en 1996 se reportaron 893 casos de cáncer de cervix representando un total de 55.2 % del total de neoplasias reportadas en mujeres.(13)

La tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino hasta 1996 se encontraba en 17.97 por 100,000 mujeres, distribuyéndose según el área en que habitan las pacientes con un 67.1 % en el área urbana y el resto en el área rural, correspondiendo un 84.6 % a población no indígena.(19)

Durante el proceso de guerra, las mujeres compartieron con sus compañeros, la vida disciplinada, las tareas, las labores diarias, la mayoría de las veces en condiciones de confrontación directa, lo que las obligaba en muchas ocasiones a movilizarse por largas distancias, con las limitantes de alimentación, higiene personal y control médico.(22)

“Muchas de las compañeras de la guerrilla se integraron luego de que sus aldeas fueron arrasadas por el ejército, fueron violadas por muchos soldados o patrulleros civiles los que muchas veces llegaban borrachos para agarrar valor”

“...las mujeres al tener historias de persecución, hambre y violaciones se veían alteradas en su funcionamiento gineco-obstétrico normal, además hubo compañeras que al morir su “compa” o al cambiar de campamento se acompañaban de nuevo, teniendo, creo yo, mas riesgo de tener enfermedades”

Con el fin del enfrentamiento armado y la posterior concentración de las fuerzas guerrilleras previo a desmovilizarse, se les presentó la oportunidad que se les realizara un chequeo médico con fines diagnósticos en cumplimiento al acuerdo “**Bases para la incorporación de la URNG a la legalidad**” que contempla la atención a la salud de los excombatientes; dentro de éste, la realización de historias clínicas y exámenes de Papanicolaou a las mujeres que lo aceptaran, para la mayoría de las excombatientes significaría el primero en su vida, ya que por su condición de clandestinaje difícilmente tenían acceso a ese tipo de servicios, sin mencionar que al ser grande el número de combatientes de origen maya, el factor cultural aumentaba más la dificultad de que lo aceptaran.

Sistematizar la información de las historias gineco-obstétricas, incluyendo los resultados de Papanicolaou, permitirá planificar acciones futuras para el seguimiento de este grupo de población. Se tuvo además la oportunidad de enriquecer este estudio con testimonios para dar mayor respaldo a la historia de sacrificio de un grupo de valerosas mujeres que son ya parte de la historia de Guatemala.

PROPOSITO

Conocer la historia gineco-obtétrica de las mujeres excombatientes de la URNG que se concentraron en los campamentos de desmovilización a quienes se les realizó una historia clínica completa y examen de Papanicolaou cervico-vaginal, para que partiendo de estos datos, puedan diseñarse programas de seguimiento, adecuados a su condición actual.

OBJETIVOS

GENERAL:

Describir la historia gineco-obstetrica de las mujeres excombatientes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca, a quienes se les realizó historia clinica en los ocho campamentos en los que se concentraron previo a su desmovilización definitiva.

ESPECIFICOS:

Describir las características de las mujeres excombatientes en cuanto a edad, etnia, estado civil.

Describir los antecedentes ginecológicos de las excombatientes.

Describir los antecedentes obstétricos de las excombatientes.

Describir los resultados de los exámenes de Papanicolaou efectuados.

Recabar testimonios de mujeres excombatientes sobre su vida sexual y reproductiva en condiciones de guerra.

MARCO TEORICO

Generalidades:

La República de Guatemala se encuentra ubicada en el istmo centroamericano, con una extensión territorial de 108,889 kilómetros cuadrados, administrativamente dividida en 22 Departamentos, que a su vez se subdividen en un total de 330 municipios, de los cuales 315 tienen exclusivamente asentamientos que cuentan con menos de 10,00 habitantes.(18)

Guatemala es un país multiétnico, pluricultural y multilingüe, estimándose que existen tres grandes grupos étnicos (garífuna, maya y xinca) siendo los descendientes de los mayas el grupo más numeroso; existen además los llamados "ladinos", que son descendientes de los españoles y mestizos. Se estima que en el país se hablan 24 idiomas (21 mayas, el Xinca, el Garífuna y el Castellano), siendo el Castellano el único oficial.(19)

Según datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística - INE- la población guatemalteca está estimada en 9.4 millones de habitantes, de los cuales el 67 % radica en el área rural, 61 % es indígena (una de las proporciones más alta del continente americano) y el 50.7 % son mujeres.(20)

El programa de Naciones Unidas para el Desarrollo ha estimado que más del 80 % de la población vive algún grado de pobreza, calculándose que de estos, el 60 % padece de pobreza extrema. Las zonas rurales y los grupos de naturales son los que concentran los mayores niveles de pobreza (86% y 93%).

La situación de pobreza del país está históricamente determinada por la adopción de un modelo de producción fundamentalmente agrícola. Las regiones con mayor concentración de pobreza son la norte, noroccidental y suroccidental, justamente aquellas de mayor concentración de mayas y de trabajadores migrantes hacia la costa sur. (26 ,11)

La situación de salud del país se sigue caracterizando por una alta mortalidad a edad temprana por enfermedades infecciosas, muchas de las cuales son inmunoprevenibles. Guatemala presenta la cobertura de servicios de salud más baja de América Latina.

La inequidad en el estado de salud de la población no sólo es consecuencia del acceso diferencial a los satisfactores de las necesidades básicas, sino de un acceso desigual a los servicios de salud.(26)

Nuestra nación desde que obtuvo su independencia de España, en 1821, ha sido gobernada casi exclusivamente por regímenes militares. La población ladina minoritaria, viene ostentando desde esa fecha el poder económico y político, marginando territorial y socialmente a los pueblos indígenas guatemaltecos..(6)

La inequidad entre el crecimiento económico y el desarrollo social sumado al racismo, es sin lugar a duda la mayor responsable del conflicto político y social del país, el cual propició al surgimiento de las organizaciones guerrilleras en las décadas del 60 y 70 y su unificación en la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca URNG en 1982, la cual luego de 36 años de lucha suscribió con el gobierno El acuerdo de Paz firme y duradera, el 29 de Diciembre de 1996.

Durante el proceso de diálogo las partes firmaron acuerdos de carácter sustantivo sobre temas que incluyeron la democratización para la búsqueda de la Paz por medio políticos.

La salud fue abordada en forma amplia y general con carácter técnico en los siguientes acuerdos.(28 , 27)

ACUERDO GLOBAL SOBRE DERECHOS HUMANOS:

Las partes reconocen que es un deber humanitario resarcir y/o asistir a las víctimas de violación a los derechos humanos. Dicho resarcimiento se hará efectivo a través de medidas y programas gubernamentales de carácter civil y socioeconómico, dirigidos en forma prioritaria a quienes más lo requieran, dada su condición económica y social.

ACUERDO PARA EL REASENTAMIENTO DE LAS POBLACIONES DESARRAIGADAS POR EL ENFRENTAMIENTO ARMADO:

De manera puntual acota que para lograr un mejoramiento de la calidad de vida, los objetivos del desarrollo deben incluir seguridad alimentaria local e infraestructura básica de servicios a las poblaciones, vivienda, saneamiento ambiental, agua potable, salud y educación.

ACUERDO SOBRE ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS Y SITUACIÓN AGRARIA:

El gobierno se compromete a regionalizar los servicios de salud, educación y cultura de los pueblos indígenas y asegurar la plena participación de las organizaciones indígenas en el diseño e implementación de este proceso. Implementar programas de salud integral para la mujer, lo cual implica el acceso a servicios apropiados de información, prevención y atención médica.

Fomentar la participación activa de las municipalidades, las comunidades y las organizaciones sociales, en la planificación, ejecución y fiscalización de la administración de los servicios y programas de salud, a través de los sistemas locales de salud y los consejos de desarrollo urbano y rural.

La descentralización de los distintos niveles de atención, debe asegurar la existencia de programas y servicios de salud a nivel comunal, regional y nacional, base del sistema nacional coordinado de salud.

....además el gobierno se compromete a respetar y conocer la existencia y el valor de los conocimientos científicos y tecnológicos mayas.

Finalmente el gobierno y la URNG visualizan la importancia de plantear una reforma seria del sector salud, incluyendo el Seguro Social.

Luego de la suscripción de estos acuerdos sustantivos se firmaron una serie de acuerdos en torno a los diversos aspectos operativos y técnicos del fin del enfrentamiento.

Considerando que para que se diera una desmovilización adecuada de los excombatientes de la URNG, era necesaria una base técnica el Gobierno y la URNG firman el Acuerdo **“BASES PARA LA INCORPORACIÓN DE LA URNG A LA LEGALIDAD”** en la cual se considera la atención médica a los desmovilizados de la siguiente forma:

“ En la etapa de desmovilización se realizará una revisión médica de los combatientes instalados en los puntos de concentración. Se tomarán las acciones necesarias para atender los casos identificados por la revisión en los campamentos o a nivel local.

La Comisión Especial de Incorporación- C E I - asegurará el acceso a los otros niveles de referencia de los pacientes que lo necesiten. Este subprograma se realizará con la cooperación del equipo de salud de URNG y en consulta con el.

Dentro de las actividades planificadas por el equipo de salud de la URNG y otras organizaciones se priorizaron los siguientes componentes (26)

- Vigilancia Epidemiológica y Saneamiento Ambiental.
- Atención Médica.
- Salud Mental
- Salud Oral.

La fase de desmovilización se pensó para que en un plazo de 60 días a partir del denominado “Día D” los excombatientes concentrados en 8 campamentos fueran desarmados para ser incorporados a la vida ciudadana y la legalidad del país, siendo el Día D el 3 de marzo por lo tanto la desmovilización concluyó el día 3 de mayo de 1997. (15)

Los campamentos de concentración se encontraron en los siguientes lugares: (14)

- Sacol, Nuevo Chalbal, Alta Verapaz
- Tzalbal, Nebaj , Quiché

- Tululche I y II, Quiché
- Los Blancos, Guanagazapa, Escuintla
- Las Abejas, Colomba Costa Cuca, Quetzaltenango
- Mayalan, Ixcán, Quiché
- Claudia, Guanagazapa, Escuintla

Debido al prolongado conflicto armado no fue posible evaluar de forma sistemática las condiciones de vida y el estado de salud de los grupos de combatientes. Se puede inferir, sin embargo que el bienestar de los combatientes era un componente fundamental de una efectiva estrategia militar. No es de extrañar, por lo tanto, que se hayan hecho los esfuerzos necesarios para mantener a los (las) efectivos militares en las mejores condiciones de salud posibles, aunque lastimosamente es poco el registro de las acciones sanitarias efectuadas, hay una gran base en los testimonios de excombatientes particularmente aquellos involucrados en acciones curativas y promocionales.(15)

HISTORIA CLINICA GINECO-OBSTETRICA

El cuidado de la salud de la mujer abarca todos los aspectos de la ciencia médica y la terapéutica. La valoración ginecológica u obstétrica debe incluir una apreciación de estado general de salud y debe situarse en el contexto del estado psicológico, social y emocional de la mujer (7)

La base de datos clínicos debe incluir información general acerca de la paciente y de sus expectativas al buscar cuidado.

Debe revisarse con la paciente conjuntos de antecedentes obtenidos por cuestionarios o recabados por otros miembros del equipo del cuidado de la salud. Obviamente, los antecedentes menstruales, sexuales y obstétricos tienen una importancia central en la visita ginecológica.(17)

Por ser el interrogatorio o anamnesis la primera relación entre el médico y la paciente, se procurará establecer una corriente de confianza y simpatía indispensable para obtener datos que sin la transferencia afectiva no se logran.

La realización del interrogatorio no es tarea fácil, pues exige del médico gran comprensión de la psicología femenina y profundos conocimientos de los varios síndromes ginecológicos.

Las pautas difieren de la historia médica sistemática porque al evaluar a la paciente ginecológica, el problema a menudo puede esclarecerse si la información se obtiene en el orden siguiente:

DATOS DE IDENTIFICACION PERSONAL:

Estos datos incluyen nombre completo, edad, dirección y estado civil o social (soltera, casada, divorciada, viuda o acompañada) (23)

Edad:

La edad es un dato muy importante, ya que si bien es cierto que cada etapa de la vida no tiene una patología exclusiva, no es menos cierto que puede tener afecciones predominantes. Así, por ejemplo, en la niñez lo más frecuente son las ginecopatías congénitas; en la adolescencia, los trastornos funcionales del ovario traducándose en alteraciones del ciclo menstrual, y en la madurez sexual (20 a 35 años) una serie de afecciones derivadas de la función sexual e infertilidad.

De los 35 a 45 años es común la aparición de fibromiomas uterinos, tumores del ovario, cáncer del cuello uterino, prolapsos genitales, etc. De los 45 a 55 años predominan los trastornos ligados al climaterio y la menopausia, Después de los 55 años aumentan las probabilidades de aparición de tumores malignos como el adenocarcinoma del endometrio y el cáncer de la vulva.

En relación con el estado civil, lo que en realidad le interesa al ginecólogo es, en primer término, si la paciente ha tenido o no relaciones sexuales, ya que esto le permitirá encauzar el interrogatorio y por supuesto determinará la forma de realizar el examen físico.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Los motivos o síntomas por lo que una mujer acude al ginecólogo pueden reducirse a los siguientes: (23)

- **Flujo o leucorrea:** es un síntoma inespecífico constituido por un líquido de caracteres variables que se evidencia objetivamente cuando mancha las prendas interiores. Es importante consignar la fecha de aparición, su cantidad, color, olor, si se acompaña o no de sensación de quemadura, de prurito, si es permanente o solo premenstrual o posmenstrual o si se acompaña de más signos, puede determinarse la etiología por medio de cultivos o por el Papanicolaou.
- **Trastornos del ciclo menstrual:** se averiguará por separado: cantidad, duración, ritmo, tiempo de evolución y cambios en las características físicas del sangrado menstrual.
- **Dolor abdomino pelviano:** es un síntoma inespecífico pues afecciones de gravedad y naturaleza muy distintas se manifiestan por cuadros dolorosos muy semejantes. Deberá anotarse inicio, localización, relación con el ciclo, intensidad, propagación y si se alivia solo o con reposo en cama o es necesario utilizar medicinas.
- **Aumento del volumen del abdomen:** es inespecífico y obedece a muy variadas causas. Deberá valorarse a la vez patología abdominal.
- **Esterilidad:** el simple interrogatorio permite formular el diagnóstico de esterilidad y si ésta es primitiva o secundaria.
- **Prurito vulvar:** este síntoma, bastante común, obedece a muy variados factores, muchas pacientes también lo definen como sensación de ardor o comezón.
- **Síndrome mamario:** puede manifestar dolor, o endurecimiento. Si la paciente consulta por un nódulo en la glándula mamaria, el médico debe agotar todos los medios de diagnóstico para descartar la existencia de un carcinoma.
- **Trastornos de las relaciones sexuales:** la mayoría de mujeres que consultan por estos problemas lo hacen por dolor durante el contacto sexual (dispareunia) o después de este o por ausencia de libido y orgasmo (frigidez). El interrogatorio del hecho con delicadeza y habilidad, permitirá clasificarla.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Sirven para conocer las enfermedades padecidas en la infancia o posteriormente, relacionadas o no con la enfermedad actual, pero que siempre son útiles.(7)

El interrogatorio se dividirá en:

- **Antecedentes no sexuales:** se interrogará acerca de antecedentes no sexuales más habituales en la infancia, en la adolescencia, etc. Debe interrogarse minuciosamente, pero con proyección ginecológica.
- **Antecedentes sexuales:** se subdividen en:

Antecedentes menstruales: su estudio comienza estableciendo la edad de la menarquia características de ésta, cantidad, aspecto de la sangre, existencia o no de coágulos, manifestaciones dolorosas, etc.; si a este primer periodo siguieron otras menstruaciones con regularidad o, por el contrario, cesaron durante unos meses para reaparecer luego.

A continuación el médico debe precisar el tipo menstrual e interrogar acerca de la duración, la cantidad y el ritmo menstrual, aspecto de la sangre y la aparición de síntomas anormales antes, durante o después de la menstruación.

Antecedentes obstétricos: se consideran por separado los referentes a los partos y a los abortos. Se especificará el número de partos, la fecha de éstos, y sobre todo si han sido fisiológicos o han requerido alguna de las diferentes maniobras obstétricas, ya sean instrumentales o quirúrgicas. En cuanto a los abortos, se debe puntualizar si han sido espontáneos o provocados, y en este último caso, con que técnica.

Antecedentes de relaciones sexuales: una mejor educación sexual de la mujer permitirá un mejor interrogatorio en este aspecto. Se preguntará acerca de la libido y el orgasmo, técnica y frecuencia de las relaciones sexuales, empleo de anticonceptivos, número de parejas, inicio de vida sexual, antecedentes de violación etc.

Anticoncepción: es importante conocer si la paciente utiliza un método en especial y sobre todo si lo utiliza bien.(23)

- **Fármacos y hábitos:** deberá describirse cualquier medicamento prescrito o no, que se tome o que se haya tomado, haciendo énfasis en el uso de hormonas, esteroides y otros compuestos que pueden afectar vías reproductivas. Debe definirse si fuma, y si lo hace, cuándo y cuánto.
- **Enfermedades:** debe determinarse si hay o hubo padecimientos médicos y psiquiátricos graves, y si requirieron hospitalización. Otro dato importante es determinar cuando fue su último examen físico y el examen pélvico y frotis de Papanicolaou.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Aquí interesa fundamentalmente lo relacionado con el estado de salud del esposo o compañero, sobre todo si ha tenido alguna enfermedad venérea.(17)

EXPLORACION FISICA

El ginecólogo preparará adecuadamente a la paciente dándole confianza para el examen. Deberá aprovechar la oportunidad para manifestarle a la paciente que la exploración física rutinaria y pélvica, incluyendo la citología vaginal, no se acompaña de dolor o molestias graves.(17)

El examen físico completo deberá realizarse siempre que sea posible, poniendo atención especial en el examen de ambas mamas, abdomen y genitales internos y externos.

Al evaluar la mama, deberá ponerse atención especial al apareamiento de nódulos, cambios de coloración de la piel, retracción del pezón, y de encontrarse alguno de estos signos considerarse la realización de estudios como la mamografía.

La evaluación de la vulva deberá hacerse con cuidado y suavidad, inspeccionando y palpando, asegurando la iluminación adecuada y evitando riesgo de quemar la piel de la paciente; se incluye el examen de los labios mayores, labios menores, vestibulo, orificio uretral, glándulas periuretrales, glándulas, glándulas de Bartholin, perineo, área anal y perianal.

La vagina se explora a simple vista con un espejo y tacto con uno o dos dedos dentro del conducto. Debe investigarse sobre la presencia de cistocele, uretrocele y enterocele y requiere de atención cuidadosa el eje, las paredes anterior y posterior y la posición del cuello con respecto al conducto vaginal. Al hacer el examen con el espejulo deberá tomarse un fortis para tinción de Papanicolaou.

La mejor manera para explorar el contenido pélvico incluso útero y anexos, es la bimanual y por vía rectovaginal. Los dedos dentro de la vagina son útiles para palpar la vejiga y la uretra, la superficie posterior de la sínfisis del pubis, las paredes pélvicas laterales y la superficie pélvica de los músculos elevadores, deberán definirse los ligamentos, consistencia, irritación, definirse de ser posible los ovarios y describir cualquier anomalía.

Por último debe incluirse el estudio de las vías urinarias y el recto y conducto anal.

MÉTODOS AUXILIARES

Debido a que en muchas ocasiones la exploración física no arroja todos los datos, o bien los datos que den orienten a la realización de otros métodos diagnósticos la tecnología facilita la exploración con estudios más tecnificados como los son: (23)

- Ultrasonido pélvico
- Urografía intravenosa
- Tomografía computarizada
- Resonancia magnética
- Laparoscopia y colposcopia
- Examen de Papanicolaou

Por ser el Papanicolaou el examen que puede realizarse más fácilmente, se darán algunos aspectos relacionados con el mismo.

TECNICA DE PAPANICOLAOU

La técnica de Papanicolaou se describió por primera vez en 1928 y en el año de 1943 , George Papanicolaou y Traut publicaron un libro titulado "DIAGNOSTICO DEL CANCER UTERINO POR MEDIO DE FROTIS VAGINAL", constituyendo la citología exfoliativa que se incluye dentro de la rama de patología. Actualmente sobre todo en nuestro medio, el examen de Papanicolaou constituye un método diagnóstico muy útil y en general no se practican exámenes ginecológicos sin efectuar el mismo.(3, 24)

El método resulta barato y con una técnica fácil de efectuar , no requiere de aparatos sofisticados y tiene un 80% de efectividad.

Se conoce grupos de riesgos especiales de padecer enfermedad cervical de diferentes etiologías y se recomienda efectuar por lo menos un estudio anual en las pacientes que no presenten patología y más frecuentemente en las que padezcan algún tipo de enfermedad, además se utiliza para seguimiento de pacientes con diagnóstico de cáncer in situ a los que se ha efectuado cirugía o bien en las pacientes que ha sido sometidas a cirugía radical como parámetro de seguimiento .(2,5,10)

La actividad de este método en la detección del cáncer cervical es innegable ya que puede determinarse en distintos grados de displasias, básicamente toda mujer que ha tenido inicio de relaciones sexuales debería efectuarse un Papanicolaou, ya que el cáncer cervical afecta prácticamente todas las edades, el diagnóstico de enfermedades benignas e infecciosas, también se incluye dentro del rango de enfermedades diagnosticadas por Papanicolaou, incluso con los cuidados pertinentes puede efectuarse este estudio en mujeres vírgenes bajo indicaciones precisas.(12)

Existen tres entidades en las cuales el Papanicolaou es de mucha ayuda diagnóstica como lo constituyen las infecciones por Cándida, Tricomonas, Gardnerella y cáncer.(5,10,14,17,)

La Tricomoniasis es una enfermedad muy común del aparato genitourinario que produce en las mujeres una vaginitis caracterizada por pequeñas Petequias o hemorragias puntiformes asociado con secreción acuosa espumosa amarillenta y fétida, muchas veces es asintomática.

La Candidiasis, es una infección por hongos que se limita a capas superficiales y mucosas, sus manifestaciones clínicas consisten en aftas, eritema, intertrigo, vulvovaginitis u onicomicosis. Las pruebas de laboratorio demuestran pseudohifas y células de levadura. Se han encontrado dos agentes infecciosos CANDIDA ALBICANS y CANDIDA TROPICALIS. Su modo de transmisión es por contacto con secreciones vaginales y heces.

Gardenerella vaginalis, bacilo Gram negativo, es frecuente en la flora normal de la vagina llamado anteriormente Corynebacterium vaginalis y Haemophilus vaginales, es un microorganismo serológicamente definido, aislado de las vías genitourinarias normales de la mujer, se relaciona con la producción de vaginitis, ésta vaginitis "inespecífica" produce células indicadoras que son células epiteliales vaginales cubiertas por muchos bastoncillos minúsculos, produce una secreción fétida y contienen agentes anaerobios y se sugiere que actúa de manera coordinada con estos, se puede tratar con el metronidazol o tinidazol.

CANCER DE CERVIX

Este tipo de patología es la lesión más importante a la que el ginecólogo se enfrenta, es el cáncer más frecuente en las mujeres de los países en desarrollo y el segundo cáncer en frecuencia en todo el mundo, se estima que cada año aparecen más de 500,000 nuevos casos.(21)

En nuestro país para 1996 se reportaron 893 casos de cáncer de cervix representando un 55.2 % del total de neoplasias reportadas en mujeres. Se reporta una tasa de mortalidad de 17,97 por 100,000 mujeres, distribuyéndose según el área geográfica un 67.1% en el área urbana y el resto en el área rural, correspondiendo un 84.6 % a población no indígena (18)

De la totalidad de los casos reportados, el estadio 0 constituye el 30 % de los casos, el estadio II un 29 %, el estadio III un 27 %, el estadio I con 9.25 % y el estadio IV con 3.89 %.

Aunque el cáncer del cervix no es una enfermedad susceptible de curación, su diagnóstico temprano por medio de estudios de Papanicolaou puede brindar un tratamiento que puede ser curativo. El cáncer cervical sin tratamiento tiene una mortalidad muy alta y su pronóstico es grave.

METODOLOGIA

Tipo de Estudio:

Descriptivo

Objeto de estudio:

Historias clínicas de las mujeres excombatientes de URNG que se desmovilizaron en los 8 campamentos implementados para dicho fin, durante los meses de marzo y abril de 1997.

Población a estudiar:

Se trabajó con la totalidad de historias clínicas realizadas a las mujeres desmovilizadas que son 414.

Criterios de inclusión y exclusión:

Para el registro de los resultados se tomó en cuenta los informes escritos de las historias clínicas de las excombatientes de URNG, las cuales se encuentran en las instalaciones de la Fundación Guillermo Toriello a cargo del equipo de salud.

Se incluyeron dentro del estudio todos los resultados de el examen de Papanicolaou cervico-vaginal realizados.

Se excluyeron aquellos estudios de Papanicolaou nuevos y/o control realizados posteriormente a la desmovilización, así como aquellas historias clínicas tomadas a mujeres retornadas o bien desmovilizadas en cualquier otro lugar que no sean los campamentos.

DEFINICION DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida
DATOS GENERALES				
Edad	Tiempo cronológico vivido por una persona desde su nacimiento	Se anota la edad que aparece en la historia clínica.	Numerica	años
Campamento donde se tomó la historia clínica	Lugar en el que se concentraron los excombatientes.	Se anota el nombre del campamento en el que se tomó el examen de Papanicolaou	Nominal	Sacol, Tzelbal, Tzulche I, Los Blancos, Las abejas, Mayalan, Claudia
Estado civil	Estado legal que ubica a una persona en su relación de pareja.	Se anotara el estado civil anotado en la historia clínica.	Nominal	Soltero, Unido, casado, viudo etc.
HISTORIA GINECO-OBSTETRICA				
Edad de la menarquía	Se entiende como el apareamiento de la primera menstruación	Se anotará la fecha en que la paciente presentó su primera menstruación.	Númerica	Edad en años.
Gestas	Se menciona como el número de veces que la paciente ha estado embarazada, incluidos los abortos	Se anotara el número de embarazos referidos en la historia clínica.	Númerica	0,1,2,3,4,5, etc.
Partos	Se considera parto como la culminación del embarazo, por vía vaginal o abdominal con un producto viable.	Se anotará el número de partos referidos en la historia clínica.	Númerica	0,1,2,3,4,5, etc.
Abortos	Se considera a la expulsión del producto, antes de la 20 semana, que pese menos de 1000 gramos o antes de que sea viable.	Se anotará el número de abortos.	Númerica	0,1,2,3,4,5, etc.
Cesareas	Se considera como un parto eufórico que se resuelve vía abdominal	Se anotará el número de cesareas referidas en las historias clínicas.	Númerica	0,1,2,3,4,5 etc.
Legrados	Procedimiento instrumental por medio del cual se extraen restos de placenta o tejido embrionario intrauterino.	Se anotará el número de legrados que se le han realizado según las historias clínicas.	Númerica	0,1,2,3,4,5, etc.
Métodos de anticoncepción	Es el conjunto de técnicas encaminadas a la planificación de los embarazos deseados.	Se anotará la utilización o no de algún método de planificación y en caso positivo se anotará cual, según historia clínica.	Nominal	Píldora, Dispositivo intrauterino, gel, implantes, etc.
Regularidad de los ciclos menstruales	Ciclos en los cuales se presenta la menstruación en una mujer.	Se anotará la presencia de ciclos menstruales regulares o irregulares según historia clínica.	Nominal	Regulares, Irregulares
Fecha de última menstruación	Se entiende como la fecha en la que se presentó el último ciclo menstrual	Se anotará la fecha en la que inicio el último ciclo menstrual según historia clínica.	Númerica	Fecha
Inicio de la vida sexual	Se comprendera como el inicio de relaciones sexuales	Se anotará la edad a la que se inicia a tener relaciones sexuales según historia clínica.	Númerica	Edad en años.

DIAGNOSTICO DEL PAPANICOLAOU

<p>Diagnostico del Papanicolaou</p>	<p>Se entiende como el resultado de los exámenes de Papanicolaou cervicovaginales</p>	<p>Se anotará el resultado normal o anormal del examen determinándose las afecciones inflamatorias, infecciosas y neoplásicas.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Normal, anormal. inflamación: ligera, moderada, severa. neoplasia: infección. Tricomonas, Cándida albicans, Gardnerella vaginalis, Herpes, Actinomyces. Neoplasia: NIC I, NIC II, NIC III, Carcinoma en situ, microvasivo, invasivo.</p>
-------------------------------------	---	--	----------------	--

Recursos:

1.- Humanos:

Personal de los equipos de salud, información y género de la Fundación Guillermo Toriello.

Excombatientes de URNG entrevistadas.

Personal del Centro de Investigación de Ciencias de la Salud de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Médico colaborador de la Oficina Panamericana de la Salud OPS.

Médico asesor del trabajo de tesis.

Médico revisor del trabajo de tesis.

2.- Materiales y físicos:

Instalaciones de Fundación Guillermo Toriello.

Bibliotecas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Biblioteca de la Oficina Panamericana de la Salud OPS.

Computadora, programas de cómputo Word Office 97, Excel, Epi info versión 6.4, Internet, Medline.

Material de escritorio y papelería.

Historias clínicas de las mujeres excombatientes de URNG.

3.- Económicos:

Fotocopias:	Q. 87.50
Impresión:	Q. 1500.00
Materiales de computación:	Q. 250.00
Transporte y movilización:	Q. 300.00
Total calculado:	Q. 2137.50

Procedimiento para la recolección de la información:

Durante el periodo de concentración y desmovilización los equipos locales de salud en los campamentos realizaron una ficha clínica general, la cual contenía aspectos ginecológicos y obstétricos.

En dichos campamentos dentro de las actividades planificadas como preventivas se realizaron exámenes de Papanicolaou cervico vaginales cuyos resultados se encuentran ubicados en los expedientes médicos de los excombatientes que están en la sede de la Fundación Guillermo Toriello y una copia en las oficinas de la Dirección General de Servicios de Salud - D G S S -

El presente estudio consistió en dos momentos, el primero al sistematizar la información que se encuentra en las historias clínicas recogidas en los campamentos de desmovilización y un segundo momento que consistió en tomar los testimonios posibles de mujeres que se vieron envueltas en el enfrentamiento armado. Dichos testimonios estarán dirigidos sobre aspectos de su conducta gineco-obstétrica que no fueron considerados en la ficha clínica.

Se contó también con información proporcionada por el equipo de genero de FGT sobre aspectos socio-económicos de las mujeres concentradas.

Etica de la Investigación:

Para el presente estudio la información fue recolectada por un instrumento especial que contenía la sistematización de la información gineco-obstetrica así como el resultado mismo del Papanicolaou.

Los resultados de esta sistematización fueron manejados con discreción y servirán para realizar el o los programas de seguimiento y de educación de las mujeres excombatientes de la URNG.

Además debido a que en el presente estudio se incluyeron testimonios sobre la vida sexual y reproductiva de algunas excombatientes, se mantendrá en el anonimato el origen de las mismas

Plan de análisis:

Se analizó la información gineco-obstetrica de las excombatientes de la URNG, presentándola en forma sistemática utilizando la estadística descriptiva.

Además se presenta un análisis de los testimonios obtenidos, resaltando las partes referentes a las condiciones especiales de la vida ginecológica y obstétrica de las excombatientes. los cuales arrojan información de suma importancia.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

HISTORIA GINECO-OBSTETRICA DE LAS MUJERES EXCOMBATIENTES DE LA URNG

CUADRO NUMERO 1
Campamentos en los que se concentraron

No.	Campamento	Número de Personas	Porcentaje
1	Abejas	44	10.63
2	Blancos	48	11.59
3	Claudia	29	7.00
4	Mayalán	51	12.32
5	Sacol	93	22.46
6	Tululché 1	51	12.32
7	Tululché 2	36	8.70
8	Tzalbai	62	14.98
Total		414	100.00

FUENTE: Base de datos Fundación Guillermo Toriello.1998

ANALISIS: Puede apreciarse la distribución de las excombatientes en los ocho campamentos de desmovilización, observándose que el campamento Sacol fue el que más mujeres concentró, lo anterior responde a que en este campamento se concentraron más miembros de URNG, según datos del Equipo de Salud, en los otros campamentos se guardó una relación similar con respecto al número de mujeres.

CUADRO NUMERO 2
Rangos de edad

No	Edad-años	No. Personas	Porcentaje
1	< 15 años	6	1.45
2	15 - 30 años	321	77.54
3	31 - 60 años	84	20.29
4	> 60 años	3	0.72
Total		414	100.00

FUENTE: Base de datos Fundación Guillermo Torrallo 1998

ANALISIS: *En el cuadro anterior puede observarse que la mayor parte de mujeres desmovilizadas son jóvenes que se encuentran en su etapa reproductiva, lo anterior debe tomarse en cuenta ya que al constituirse en nuevos miembros de una nueva comunidad es justificable y necesario la realización de planes de Educación y Atención Reproductiva, ya que es en este grupo de edad en el que más riesgos de enfermedades ginecológicas se presentan.*

CUADRO NUMERO 3

Estado civil

No	Estado Civil	No. Personas	Porcentaje
1	Soltera	168	40.58
2	Unida	166	40.10
3	Casada	60	14.49
4	Viuda	20	4.83
Total		414	100.00

FUENTE: Base de datos Fundación Guillermo Toriello.1999

ANALISIS: *En el cuadro anterior pueden señalarse elementos que ilustran la relación de pareja formal (vida sexual) de las desmovilizadas, un grupo grande indicó estar unidas o casadas, sin embargo debe tomarse en cuenta que el responder "estar soltera" no significó no tener vida sexual, estos datos se relacionan con apuntes del Equipo de Salud de Fundación Guillermo Toriello donde indican que: " al dar educación sexual se consideró que aproximadamente el 90 % de las combatientes mantenían vida sexual activa "; lo anterior es de suma importancia como factor de riesgo para las patologías gineco-obstétricas.*

CUADRO NUMERO 4
Menarquia

No.	Edad-años	No. Personas	Porcentaje
1	Sin Información	9	2.17
2	< 11 años	3	0.72
3	11 - 13 años	186	44.93
4	14 - 18 años	215	51.93
5	> 18 años	1	0.24
Total		414	100.00

FUENTE: Base de datos Fundación Guillermo Toriello 1998

ANÁLISIS: El presente cuadro ilustra la edad a la que las excombatientes presentaron su menarquia, puede deducirse que a pesar de las condiciones en las que tuvieron que desenvolverse no varió la edad en la que debería presentarse dicho evento comparado con la edad esperada para la mayoría de mujeres en nuestro país. Los datos de menarquia precoz o tardía no son significativos para el análisis.

CUADRO NUMERO 5
Inicio de vida sexual

No.	Edad-años	No. Personas	Porcentaje
1	Sin Información	150	36.23
2	< 15 años	8	1.93
3	15 - 19 años	155	37.44
4	20 - 24 años	89	21.50
5	> 24 años	12	2.90
Total		414	100.00

FUENTE: Base de datos Fundación Guillermo Toriello.1998

ANALISIS: El cuadro número 5 representa la edad en que las mujeres indicaron haber iniciado su vida sexual. Puede apreciarse que la mayoría indica haberlo hecho a partir de los 15 años, edad en la que se considera que inician su vida sexual en las poblaciones indígenas de nuestro país, y un grupo pequeño inició después de los 24 años, influido por las condiciones mismas de la guerra. Hay que tomar en cuenta que el número de expedientes en los que no se encontró información es alto, esto pudo haber estado influido por aspectos culturales en los cuales a pesar de la claridad del abordaje del tema, el aspecto sexual sigue siendo considerado como un tabú.

CUADRO NUMERO 6
Utilización de métodos anticonceptivos

No.	Usa Anticonceptivos	Número de Personas	Porcentaje
1	Sí	117	28.26%
2	No	297	71.74%
Total		414	100.00%

FUENTE: Base de datos Fundación Guillermo Toriello 1998

CUADRO NUMERO 7
Método Anticonceptivo utilizado

No.	Cual	No Personas	Porcentaje
1	Condón	8	6.84
2	DIU	21	17.95
3	Implante	7	5.98
4	Método natural	21	17.95
5	Píldora	60	51.28
Total		117	100.00

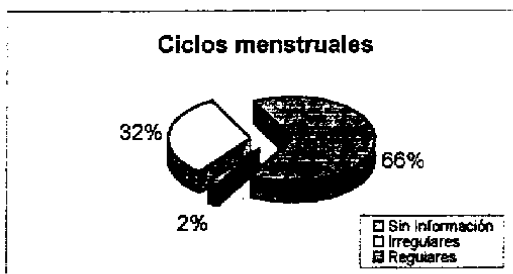
FUENTE: Base de datos Fundación Guillermo Toriello. 1998

ANALISIS: En los cuadros anteriores puede apreciarse que la mayoría de mujeres indicaron no utilizar algún método de planificación familiar, dato que contrasta con la información dada en los testimonios en los que se refiere que siempre se les insistió sobre los métodos anticonceptivos. Esto puede deberse a que históricamente en las comunidades de nuestro país se han manejado ideas negativas sobre la planificación familiar por métodos artificiales y si a esto se suma la presión de la iglesia los datos cambian aún más. En cuanto al método más utilizado puede apreciarse la preferencia por la píldora y el DIU (métodos más seguros y cómodos), aunque no deja de llamar la atención que el número de mujeres que refieren que su pareja utiliza condon es bajo, lo anterior puede deberse a que a pesar de los cambios de concepción sobre el sexo que manejaban las mujeres desmovilizadas, el aspecto de la anticoncepción no se realiza desde la perspectiva de pareja, sino que recae la responsabilidad sobre la mujer.

CUADRO NUMERO 8 Ciclos menstruales

No.	Ciclos Mestruales	Número de Personas	Porcentaje
1	Sin Información	9	2.17
2	Irregulares	131	31.64
3	Regulares	274	66.18
Total		414	100.00

FUENTE: Base de datos Fundación Guillermo Toriello. 1998



ANALISIS: El cuadro número 9 ilustra las características menstruales de las excombatientes en cuanto a regularidad o irregularidad, observándose que la mayoría refiere tener ciclos normales, lo anterior llama la atención ya que se dió a pesar de enfrentarse ante situaciones de conflicto armado, con mucho estrés, actividades físicas fatigosas, mal nutrición, etc, que pueden afectar la regularidad menstrual. En menor proporción pero con un número significativo se reportaron las irregulares con las implicaciones físicas y psicológicas que esto conlleva.

CUADRO NUMERO 9
Problemas de Infertilidad

No.	Infertilidad	Número de Personas	Porcentaje
1	Sí	15	3.62
2	No	399	96.38
Total		414	100.00

FUENTE: Base de datos de Fundación Guillermo Toriello.1998

ANALISIS: *En el cuadro número 9 se registran los problemas de infertilidad, observandose que la mayor parte de mujeres excombatientes responden no tener problemas de infertilidad, sin embargo hay que considerar que el grupo que presenta problemas de infertilidad es un número considerable en un número pequeño como el estudiado, este dato debe tomarse en cuenta para considerar la etiología de la infertilidad no sólo como un proceso orgánico sino poner atención a los aspectos psicosociales que marcaron el Enfrentamiento Armado.*

CUADRO NUMERO 10
Número de gestas

No.	Gestas	Número de personas	Porcentaje
1	0	196	47.34
2	1 - 3	171	41.30
3	4 - 6	27	6.52
4	>6	20	4.83
Total		414	100.00

FUENTE: Base de datos Fundación Guillermo Toriello, 1998

CUADRO NUMERO 11
Número de partos

No.	Partos	Número de personas	Porcentaje
1	0	213	51.45
2	1 - 3	172	41.55
3	4 - 6	14	3.38
4	>6	15	3.62
Total		414	100.00

FUENTE: Base de datos Fundación Guillermo Toriello, 1998

ANÁLISIS: Puede apreciarse que el número de mujeres que refiere no haber estado embarazada es grande, sin embargo el número que indica haberlo estado es considerable, ya que para las condiciones en las que se produjeron esos embarazos el número esperado sería menor, el dato de los embarazos guarda relación con el número de partos atendidos, sin embargo falta el dato del lugar en el que se atendieron esos partos, aspectos que para fines de análisis resultarían de gran valor.

CUADRO NUMERO 12
Número de abortos

No.	Abortos	Número de Personas	Porcentaje
1	0	337	81.40
2	1 - 3	72	17.39
3	> 3	5	1.21
Total		414	100.00

FUENTE: Base de datos Fundación Guillermo Toriello. 1998

CUADRO NUMERO 13
Número de legrados

No.	Legrados	Número de personas	Porcentaje
1	0	353	85.27
2	1	39	9.42
3	2	14	3.38
4	3	4	0.97
5	4	3	0.72
6	5	1	0.24
Total		414	100.00

FUENTE: Base de datos Fundación Guillermo Toriello. 1998

ANALISIS: En el caso de los abortos registrados, en el cuadro número 12, se aprecia que aunque las mujeres que indicaron no haber tenido abortos representa la mayor parte, el grupo que indica haber tenido uno o más abortos es alto ya que en total son 77, si se relaciona con el número de legrados el dato es más preocupante por tratarse de un grupo reducido. Según datos del diagnóstico realizado por el Equipo de Género de FGT, este número puede ser mayor y en el caso de lo contestado en la historia clínica levantada en los campamentos puede considerarse como subregistro. No se hace mención al lugar donde se realizaron los legrados ni a la causa de los mismos.

CUADRO NUMERO 14
Número de cesáreas

No.	Cesáreas	Número de personas	Porcentaje
1	0	405	97.83
2	1	7	1.69
3	2	2	0.48
Total		414	100.00

FUENTE: Base de datos Fundación Guillermo Toriello. 1998

ANALISIS: *El número de cesareas reportadas es pequeño, y no se hace referencia del lugar donde se realizaron, el conocerlo hubiera sido interesante. Con este dato se deduce que la mayoría de partos fue atendido por vía vaginal en los propios compamentos.*

CUADRO NUMERO15
Realizacion de Papanicolaou

No.	Se Hizo prueba	Número de Personas	Porcentaje
1	Si	272	65.70
2	No	142	34.30
Total		414	100.00

FUENTE: Base de datos Fundación Guillermo Tortello, 1998

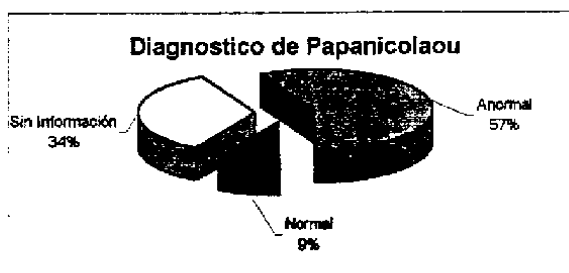


ANALISIS: *El cuadro anterior ilustra claramente la importancia de la educación sexual en los grupos de riesgo ya que la aceptación para la realización del examen de Papanicolaou fue grande y es resultado de lo orientado en los frentes guerrilleros por los servicios médicos. Este examen de Papanicolaou sería el primero para muchas mujeres por lo que el resultado que evidencie es de suma importancia.*

CUADRO NUMERO 16
Diagnóstico del Papanicolaou

No.	Diagnostico del Papanicolaou	Número de Personas	Porcentaje
1	Sin Información	142	34.30
2	Anormal	236	57.00
3	Normal	36	8.70
Total		414	100.00

FUENTE: Base de datos Fundación Guillermo Toriello, 1998



ANALISIS: El resultado de los Papanicolaou ilustra el efecto que los factores de riesgos tienen sobre la patología cervical. Puede apreciarse que la mayor proporción de resultados están dentro del rango de anormales, dicho dato hay que relacionarlo con los factores a los que se enfrentaron las mujeres excombatientes ya que por sí solos no representan más que datos sueltos. La mayoría de resultados anormales se relacionan con infecciones micóticas y bacterianas como se observa en el cuadro siguiente.

CUADRO NUMERO 17

Agente infeccioso diagnosticado por Papanicolaou

No.	Agente	Numero	Porcentaje
1	Normal	182	66.91
2	Actinomyces	56	20.59
3	Cándida Albicans	17	6.25
4	Herpes	2	0.74
5	Tricomonas	15	5.51
Total		272 *	100.00

FUENTE: Base de datos Fundación Guillermo Tortello, 1998

* Algunos exámenes reportaron más de una bacteria

CUADRO NUMERO 18

Grado de Inflamación diagnosticada por Papanicolaou

No.	Inflamación	Número	Porcentaje
1	Normal	42	15.44
2	Ligera	6	2.21
3	Metaplasia	4	1.47
4	Moderada	142	52.21
5	Severa	78	28.68
Total		272	100.00

FUENTE: Base de datos Fundación Guillermo Tortello, 1998

CUADRO NUMERO 19
Tipo de Neoplasia diagnosticada por Papanicolaou

No.	Neoplasia	Número	Porcentaje
1	NIC I	11	91.67
2	NIC II	1	8.33
Total		12	100.00

FUENTE: Base de datos Fundación Guillermo Toriello. 1998

ANÁLISIS: Puede observarse que la infección más frecuente fue por Actinomyces, seguido por Candida albicans. El grado de inflamación reportado más frecuentemente fue la inflamación moderada. Lo anterior debe ser relacionado con los problemas de humedad, el tipo de ropa y con la conducta sexual de las excombatientes. En lo relacionado a las neoplasias es importante señalar que excepto en un caso, todas corresponden a NIC I lo cual evidencia la importancia del Papanicolaou en la detección precoz de esta patología.

TESTIMONIOS

Testimonio número 1 -

Ladina, 38 años,

“..... pues, fijáte, que mi desarrollo fue normal, mi primera menstruación fue a los 14 años, nosotros vivíamos con mis hermanos y mis padres, a los 15 años me capturo él ejercito, ellos me violaron; después de eso inicie con enfermedades de transmisión sexual, no recuerdo los nombres, los “compas” me daban tratamiento para las inflamaciones, yo tuve suerte porque pude salir a Cuba pero el resto de compañeras no tenían la misma oportunidad por ser clandestinas; como te decía en Cuba recibí tratamiento, estuve hospitalizada, yo estaba embarazada, en ese hospital me realizaron un legrado, ellos me dijeron que tenía una infección muy grave.

Quando cumpli 21 años me fui a Nicaragua, por un tiempo utilicé métodos anticonceptivos, pastillas, “T” de cobre, a los 27 años volví a quedar embarazada, me volvieron a realizar otro legrado, de nuevo la explicación fue que estaba en mal estado de salud, fue una decisión personal, aunque se discutió en el estado mayor, ellos no estaban de acuerdo, pero al final respetaron mi decisión.

En 1988 subí a la Selva y entonces se empezaron a presentar problemas psicológicos, problemas de hongos por mucha humedad y por bañarnos en agua estancada con mucho lodo, recibía tratamiento por parte de los compañeros SM * del frente, cuando caminábamos era bien duro, algunas veces por dos o tres días, algunas compañeras menstruando, bajo la lluvia y muchas compañeras resultaban con inflamaciones de sus genitales, nosotras no usábamos “kotex” sino que toallas de tela y al mojarnos nos manchábamos y nos infectábamos, a parte de lo incómodo que resultaba por los compañeros.

En nuestro frente teníamos médico, en nuestra organización procurábamos tener siempre uno o por lo menos un enfermero auxiliar, ellos nos examinaban, al principio las compañeras mayas tenían pena que las viera un hombre pero al hablarles y enseñarles esas ideas las fueron cambiando y se les fue yendo la vergüenza; los compas de salud nos daban charlas sobre la reproducción, y sobre la planificación y con eso disminuyeron las “bajas” porque la mayoría de las veces, una mujer embarazada era una mujer desmovilizada.

Cuando una compañera se “acompañaba” tenía la obligación de notificarlo para que se le diera planificación, pastillas principalmente, a otras dispositivos, y aparte para que asistiera a las actividades educativas.

Cuando alguien abortaba le hacían legrado, esto se trataba de evitar al máximo, el estado mayor recibía solicitudes, siempre consultaban la opinión del médico y valoraban el riesgo que corría la madre y el embarazo.

Ahora las cosas han cambiado yo ya tengo dos hijos, las mayoría de las “compas” han tomado conciencia de su papel, las compañeras que se han comprometido con el movimiento revolucionario ven de una manera diferente al mundo, han aprendido a conocer su cuerpo, conciben de una manera diferente su papel reproductivo, creo que al aprender a leer para muchas es aprender a vivir, y ellas lo han hecho para bien, espero que al vivir en sus comunidades esta parte de su vida nunca la olviden sino que ayuden a otras mujeres de sus comunidades.....”

T Sra
Frente Guerrillero Comandante
Ernesto Guevara.

- Testimonio número 2 -

Ladina, 21 años

“....yo me incorporé a la organización por accidente ya en los últimos años de la guerra, recuerdo que cuando íbamos en la camioneta, nos bajo él ejército, yo pude llegar a la aldea, ya en la noche se oía mucho ruido en la calle, una niña que vivía en la casa llegó corriendo a mi cuarto, me sacó y me fue a esconder a un horno grande, era a mi a quien estaban buscando, yo no supe que en el horno guardaban armas sino hasta un tiempo después; pues como te decía, ellos me encontraron y me llevaron al cuartel, al tiempo de estar allí me llevaron a un cuarto donde estaba un hombre, lo torturaban, me empezaron a decir que dijera todo lo que sabía de él, que iba a decir si no sabía nada, me pegaron en él estómago, me desnudaron completa, me violaron no se cuantas veces, yo recuerdo que sangraba bastante por mi vagina, así pase por varios días, hasta que me soltaron, yo

estaba bien débil por la hemorragia, no se si estuve embarazada, o si tuve enfermedades venéreas después de eso, los compañeros me ayudaron mucho para reponerme físicamente, pero en lo psicológico creo que falta mucho, desde entonces, mi menstruación es lo más irregular que tengo, cuando menstrúo sangro mucho y me duele bastante, quede con miedo de estar con alguien, espero algún día superarlo”.

Fuerzas Armadas Rebeldes.

- Testimonio 3 -

Ladina 33 años

“.... yo tengo buenos recuerdos de la montaña, allí nació mi hijo, cuando resulté embarazada los compañeros me comprendieron bastante, me dieron control prenatal, me atendían, ya antes nos daban charlas sobre cuestiones reproductiva, sobre planificación familiar, algunas lo tomaban en cuenta, otras no y se embarazaban con el riesgo de que se “bajaran” solas o incluso con su compañero, pero al fin era decisión personal, pues como te dije, cuando resulte embarazada yo seguí en el frente los compañeros de SM me daban medicinas, y ya cuando el momento del parto se dio me llevaron al albergue.

.... ese día coincidió con una reunión de evaluación de médicos de otros frentes, a mí me tenía que atender un compañero sanitario, técnico, y cuando el momento se llegó suspendieron la reunión y fueron a verme parir mi hijo. Así como yo muchas compañeras tenían sus hijos en la montaña, algunas abortaban y allí las atendían, los compañeros nos orientaban sobre el peligro de tener más de un compañero, pero la situación era difícil, y al fin cada quien tomaba su decisión.....

A. Frente Ho Chi Min

- Testimonio número 4 -

Maya, 34 años.

“ yo mientras estuve en el frente de guerra me tocó cubrir varias tareas, radista, combatiente, incluso un tiempo fui parte de servicios médicos en esa estructura tuve bastante contacto con todos los compañeros y compañeras, era bonito, nos tocaba darles instrucción sobre la planificación de familia, la mayoría de las compañeras eran indígenas, ellas tenían vergüenza de acercarse a pedir pastillas, pero a poco fueron tomando confianza, ... yo recuerdo que algunas de ellas fueron violadas en sus aldeas, y ahora no podían tener hijos, y eso sí que era triste porque para nosotras el tener hijos es grande, al igual que nuestra tierra da frutos y semillas, así nosotros nos reproducíamos, algunas de ellas recibieron tratamiento fuera en Tapachula, no sé que pasó después; pues fijate que algunas compañeras tuvieron abortos, allí mismo en la montaña les hacían el legrado, en esas condiciones, se podían infectar, pero al fin salían bien, también se atendían los partos; para muchas en mejores condiciones que a como lo hubieran tenido en sus casas, a nosotros nos capacitaban, pero a mí eso no me gustó pero lo tuve que hacer.

..... algunas compañeras tuvieron más de un compañero, las cambiaban de frente, o bien a ellos, y en el peor de los casos caían en un enfrentamiento, así fue la guerra, el apoyo de un compa te levantaba la moral, lo difícil era tener esa relación de pareja, la intimidad en esas condiciones era difícil, cuando las compañeras notificaban que se habían acompañado se le apoyaba siempre insistiendo en lo peligroso de tener más de un compa, y les recordábamos que mejor planificaran.....”

A.L

* SM Servicios médicos

COMENTARIO DE LOS TESTIMONIOS

Resulta interesante conocer un poco sobre la forma en que visualizaban la sexualidad y la salud reproductiva las excombatientes entrevistadas ya que al estar en un frente de guerra tuvieron que enfrentar situaciones en las que el cuidado de su salud jugaba un papel muy importante.

El antecedente de violación puede verse que fue un punto de partida para muchas combatientes de URNG, al ser arrasadas sus aldeas y ser agredidas sexualmente las ponía en riesgo de sufrir enfermedades de transmisión sexual, enfermedades cervicales en un futuro, o bien el trastorno psicológico que esto acarrea ocasionaría un descontrol en su funcionamiento reproductivo general.

Puede apreciarse que se insistía bastante en la planificación familiar, ya sea por que cada mujer tuviera que desmovilizarse al estar embarazada o bien por el cuidado que debían prestarle en esas condiciones de conflicto, también la insistencia se encaminaba a guardar una sola pareja sexual.

Sin duda un testimonio que arroja bastante información es el dado por la excombatiente miembro de la estructura de servicios médicos ya que ilustra el cuidado que prestaban al sector femenino dentro de los frentes de guerra.

Aunque mencionan superficialmente la atención de partos, abortos o la realización de legrados en la montaña, en condiciones desfavorables para la salud de la mujer, considero que aún la información es muy poca, por lo que él seguir investigando, podría arrojar información valiosa sobre esta experiencia enriquecedora en el que hacer del personal comprometido con la salud.

CONCLUSIONES

- 1) El grupo estudiado representa básicamente a mujeres en edad reproductiva, la mayoría con vida sexual activa en relación de pareja o solteras.
- 2) La menarquía y el inicio de vida sexual se encontró dentro de la edad esperada en nuestro medio.
- 3) El bajo uso de anticonceptivos contrasta con los testimonios de la educación en salud reproductiva dada en los campamentos.
- 4) Un número significativo de mujeres refirieron irregularidad en los ciclos menstruales y problemas de infertilidad lo cual según los testimonios puede asociarse a las condiciones adversas de vida durante la guerra.
- 5) Los embarazos y partos reportados son similares a los de la población civil.
- 6) El número de abortos y legrados se considera alto no contando con información para analizar su causalidad y condiciones en que se realizaron.
- 7) Los exámenes de Papanicolau reportaron anormalidad, en su gran mayoría por procesos infecciosos y la inflamación derivada de los mismos.
- 8) Los testimonios revelan las condiciones adversas en que se desarrolló la vida ginecológica y reproductiva de las mujeres excombatientes de Guatemala.

RECOMENDACIONES

1. Que las autoridades locales de salud del estado en las comunidades donde viven actualmente las desmovilizadas cumplan con los compromisos contenidos en los Acuerdos de Paz en lo relacionado a la atención de la salud de la mujer como grupo prioritario de la sociedad.
2. Que en base a este estudio el equipo de salud de Fundación Guillermo Toriello diseñe un programa de atención especial a la mujer que contenga aspectos de salud reproductiva y se de seguimiento a aquellas mujeres con resultados de Papanicolaou anormal.

RESUMEN

Con la firma del acuerdo de Paz firme y duradera entre el Gobierno guatemalteco y la Comandancia General de URNG en Diciembre de 1996 se abrieron nuevos horizontes para nuestro país.

A raíz de la firma del acuerdo "Bases para la incorporación de la URNG a la legalidad" se definieron puntos relacionados con la atención a la salud de los excombatientes de URNG que se concentrarían en 8 campamentos previo a desmovilizarse definitivamente en el periodo comprendido de 3 de marzo al 3 de mayo de 1997. Los encargados de realizar el diagnóstico y prestar dicha atención fueron equipos multidisciplinarios con participación de URNG, MSPAS, ONG's, quienes realizaron historias clínicas a los excombatientes y de estos a 414 mujeres y exámenes de Papanicolaou a las mujeres que lo desearan.

En el presente estudio se sistematiza la información gineco-obstétrica de las mujeres excombatientes recogida en las historias clínicas elaboradas en los campamentos y de los informes de Papanicolaou para determinar los riesgos a los que se vieron expuestas las excombatientes y poder proporcionar elementos para el diseño de programas de seguimiento.

Los resultados encontrados evidencian que se trata de un grupo de mujeres jóvenes en etapa reproductiva, la mayoría mantienen una relación de pareja formal, con inicio de vida sexual a temprana edad, a pesar de que se insiste en los métodos anticonceptivos solo un número pequeño de ellas los utilizan, siendo la pildora el más utilizado, 15 mujeres manifestaron sufrir de problemas de infertilidad un número grande si se toma en cuenta el número de excombatientes concentradas. En relación al número de embarazos las cifras encontradas coinciden con los datos a nivel nacional ya que la mayor parte ha estado de 1 a 3 veces embarazada, datos que coinciden con el número de partos registrados, hay que tomar en cuenta también que en total se reportaron 77 abortos de estos 72 reportaron haber sufrido de 1 a 3 abortos, además se observa que se realizaron 61 legrados, no reportando la causa de los mismos, muchos de ellos según testimonios realizados en los frentes de guerra.

En cuanto a los exámenes de Papanicolaou realizado a 272 excombatientes se aprecia que la mayor parte fueron reportados como anormales, encontrando que la infección por Actinomyces fue la más

frecuente al igual que el grado de inflamación moderada, fueron reportados 11 casos de NIC I y 1 caso de NIC I dentro del rango de edad de 15 a 60 años.

De lo anterior y tomando como referencia los testimonios recogidos puede deducirse claramente que los riesgos ginecológicos a los que se enfrentaban las excombatientes eran muchos, sin embargo por el grado de disciplina o conciencia que presenta este grupo de mujeres refleja un acúmulo de experiencias que deben ser tomadas en cuenta por las autoridades en salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Alvarez C. Morell. Analysis of the capacity or in the diagnostic prediction of uterine neck histopatology. Montevideo Uruguay 1977.
2. Andrade, Edgar Armando. Neoplasia intracervical. Tesis (médico y cirujano) USAC . FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. 1994.
3. Bobadilla, Rosa. Hallazgos histologicos cervico vaginal pos-Papanicolaou en las pacientes geriátricas en el CAMID. Tesis USAC. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS . 1990. 89 pp.
4. Borst M. Buterxort CE. Baker. Human papillomavirus screening form women with atypical Papanicolaou smear. J. Reprod Med. 36; 96, 1991.
5. Cecil. L. Tratado de Medicina Interna. Candidiasis, Tricomoniasis (pp11-116-236-238) 1996.
6. De Bray Regis. La crisis de las armas. Capitulo Guatemala, Editorial Siglo XXI. 1972. Pp 232-289.
7. Decherney – Pernoll. Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétrico. Manual Moderno. 7ª. Edición. 1997.
8. Dr. De León Barillas Edgar R. Guia para presentación del proyecto de tesis e informe final. USAC. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS CICS
9. Fundación Guillermo Toriello. Diagnóstico socioeconómico de los desmovilizados de URNG- 1997. 48 pp
10. Harrison T. A. Medicina Interna. 13ª Edición. Candidiasis Volumen I. 1996.
11. Hedlun Klan. La situación de la mujer indígena en Guatemala. Tesis Salud Pública 1996. MSPAS-OPS.
12. Hutchinson ML. Agarwall P. Denault. A new look at cervical cytology. Thinprep multicenter trial results. Acta cytol 36:499, 1992.

13. INCAN. Informe Cancerológico, anual. 1996 PP65
14. Jawetz Melnic. Microbiología Médica. Tricomona, Gardenella vaginalis,
14 edición. Pp 285.
15. MSPAS-OPS-URNG- Fac. Odontología USAC. -UE. Salud integral en la
fase de desmovilización y de la Incorporación de la URNG a la vida
ciudadana. 1997. pp 66.
16. National Cancer Institute Workshop. The 1988 bethesda system for
reporting cervical vaginal cytological diagnosis. JAMA. 267: 1982,
1992.
17. Novak. Tratado de Ginecología. Cancer de cervix, Edición
Interamericana, 9ª edición pp. 126-157.
18. OPS-OMS Condiciones de salud en Guatemala 1994. Guatemala mayo
1994.
19. OPS-OMS. Situación de salud en las Américas, Indicadores básicos. 1995
20. OPS-MSPAS-DGSS. Situación de salud en Guatemala, indicadores básicos
1995.
21. OPS. Programa de detección del cáncer cervicouterino. Directivas
administrativas. Ginebre 1985.
22. Dra. Rosal Paz María Luisa. La Situación de Salud Mental de los
excombatientes de URNG en los momentos previos a su incorporación
a la vida ciudadana. Tesis. USAC. Facultad de Medicina 1998.
23. Rigol Orlan Ricardo. Obstetricia y Ginecología. Tomo I. Editorial Pueblo
y Educación. Habana Cuba 1994.
24. Stern E. Efect of steroid contraceptives and cancerogenesis of the cervix.
American Journal of Epidemiology. September 1976.
25. Suros. Batlló-A. Suros. Batlló. Semiología Médica v Técnica exploratoria.
7ª Edición. Salvat 1995.

26. Stewart L. Massad. Cervical Intrahepitolial Neoplasia: History and detection. 1996. Pp- 1- 14.
27. URNG. Plan de atención de salud integral. Fase de incorporación de la Paz. Los acuerdos sustantivos, firmados entre el Gobierno v la URNG. Octubre 1996.
28. URNG. Plan de Diagnóstico v Atención integral de salud fase de desmovilización. 1996.
29. V. Klein Andrew. Fodd nutrition and the prevention of cáncer, a global perspective. Chapter 4: 14 Cervix 1997.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIDAD DE TESIS**

**“HISTORIA GINECO-OBSTETERICA DE MUJERES EXCOMBATIENTES DE
URNG”**

Número de Boleta: _____

DATOS GENERALES:

Edad: _____

Estado civil: _____

Campamento donde se realizó la historia clínica: _____

HISTORIA GINECO-OBSTETERICA:

Ginecologicos:

Menarquia: _____ Inicio de vida sexual: _____

Métodos Anticonceptivos: SI: _____ NO: _____ Cual: _____

Ciclos Menstruales: Regulares: _____ Irregulares: _____

Problemas de infertilidad: SI: _____ NO: _____

Obstétricos:

Gestas: _____ Partos: _____ Abortos: _____

Cesáreas: _____ Legrados: _____

Fecha de Última menstruación: _____

DIAGNOSTICO DEL PAPANICOLAOU:

Normal: _____ Anormal: _____

Inflamación:

Inflamación Ligera: _____

Inflamación Moderada: _____

Inflamación Severa: _____

Metaplasia: _____

Infección:

Tricomonas: _____

Cándida Albicans: _____

Gardnerella vaginalis: _____

Herpes: _____

Actinomyces: _____

Neoplasia:

NIC I: _____

NIC II: _____

NIC III: _____

Carcinoma en situ: _____

Carcinoma microinvasivo: _____

Carcinoma invasivo: _____

GUIA PARA LA RECOLECCION DE TESTIMONIOS

Los testimonios girarán entorno a los siguientes aspectos:

- ❖ Datos generales (respetando el anonimato)
- ❖ Aspectos relacionados con la higiene, guardada por las excombatientes, los inconvenientes de sus ciclos menstruales en los campamentos, su intimidad, etc.
- ❖ Antecedentes ginecológicos abordados en la historia clínica y otros que no hayan sido recabados.
- ❖ Se abordará aspectos relacionados con enfermedades de transmisión sexual, vaginitis, dispareunias, leucorreas, etc.
- ❖ Conducta sexual, considerando de una manera especial el número de parejas sexuales, el inicio de la vida sexual, métodos de planificación familiar.
- ❖ En algunos casos el antecedente de violación sexual y el efecto causado en su conducta sexual.
- ❖ Se pondrá atención en los antecedentes obstétricos, gestas, partos, abortos, considerándolos como inducidos o espontáneos, legrados interrogando el lugar en el que se efectuó el procedimiento.
- ❖ Los testimonios recabados serán anónimos.

ANEXO 8
FICHA CLINICA

I.-DATOS GENERALES:

Seudónimo: _____

Nombre: _____

Edad: _____

Lugar de trabajo actual: FRENTE: CIUDAD: POBLACION:

RESISTENCIA : INTERNACIONAL:

Fecha de nacimiento : _____

Lugar de nacimiento : _____

Estado civil : _____

II.-MOLESTIA ACTUAL : _____

III.-ANTECEDENTES:

Médicos: SI NO CUALES AÑO:

Traumáticos: SI NO CUALES AÑO:

Quirúrgicos: SI NO CUALES AÑO:

Alérgicos: SI NO CUALES AÑO:

Ginecologicos:Menarquia: FUR: Formula menstrual:

Embarazos: Partos: Abortos: Cesáreas:

Anticonceptivos: SI NO CUAL:

Inicio de vida sexual:

IV.-PROTESIS: SI NO Estado: Lugar:Material de construcción

Año de colocación:

V.- EXAMEN FISICO:

Peso: libras Estatura: centímetros

T.O: P/A: FC: FR:

ANOTAR SOLO DATOS POSITIVOS:

Cabeza: _____

Cuello: _____

Torax: _____

Abdomen: _____

Genitourinario: _____
Miembros superiores : _____
Miembros inferiores : _____
Sistema nervioso : _____

VI.-IMPRESIÓN CLÍNICA:

VII.-TRATAMIENTO:

VIII.-ANÁLISIS CLÍNICO:

Grupo RH:

TB:

Gota gruesa:

Papanicolaou:

Vacunación:

Sarampión:

Antitetánica:

Otros



Grupo de mujeres pertenecientes al Frente Unitario de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca.



La mujer combatiente al ser parte importante en los frentes guerrilleros tuvo que realizar tareas que al igual que al hombre le significaron desgaste físico, poniendo en riesgo su salud reproductiva.



El grupo de mujeres excombatientes de URNG estuvo constituido principalmente por mujeres jóvenes en edad fértil



La participación de las mujeres en la atención de la salud en los campamentos guerrilleros tuvo gran importancia en el mantenimiento de un buen estado físico de los combatientes.