

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DEL NORTE
CARRERA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

TRABAJO DE GRADUACIÓN



**INFORME FINAL DEL EJERCICIO PROFESIONAL
SUPERVISADO, REALIZADO EN EL CENTRO DE ATENCIÓN
PERMANENTE UBICADO EN EL MUNICIPIO DE
SAN FERNANDO CHAHAL, ALTA VERAPAZ**

ESTHER MARISOL MANCIO ROSALES

COBÁN, ALTA VERAPAZ, SEPTIEMBRE 2017

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR MAGNÍFICO

Dr. Carlos Guillermo Alvarado Cerezo

CONSEJO DIRECTIVO

PRESIDENTE: Lic. Zoot. Erwin Gonzalo Eskenasy Morales
SECRETARIA: Lcda. T.S. Floricelda Chiquín Yoj
REPRESENTANTE DOCENTE: Ing. Geól. Cesar Fernando Monterroso Rey
REPRESENTANTES DE ESTUDIANTES: Br. Fredy Enrique Gereda Milián
P.E.M. César Oswaldo Bol Cú

COORDINADOR ACADÉMICO

Ing. Ind. Francisco David Ruiz Herrera

COORDINADORA DE LA CARRERA

Lcda. Psic. Iris Josefina Olivares Barrientos

COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

COORDINADORA: Lcda. Psic. Claudia Odilly Catalán Reyes
SECRETARIA: Lcda. Ped. Cindey Zucey González Quiix
VOCAL: Lcda. Psic. Betzy Fernanda Heinemann del Valle

REVISORA DE REDACCIÓN DE ESTILO

Lcda. Ped. Cindey Zucey González Quiix

REVISORA DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

Lcda. Psic. Betzy Fernanda Heinemann del Valle

ASESORA

Lcda. Psic. Maria Elizabeth Olivares Pineda

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DEL NORTE
CARRERA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

TRABAJO DE GRADUACIÓN

**INFORME FINAL DEL EJERCICIO PROFESIONAL
SUPERVISADO, REALIZADO EN EL CENTRO DE ATENCIÓN
PERMANENTE UBICADO EN EL MUNICIPIO DE
SAN FERNANDO CHAHAL, ALTA VERAPAZ**

**PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DEL
CENTRO UNIVERSITARIO DEL NORTE**

POR

**ESTHER MARISOL MANCIO ROSALES
CARNÉ 201143782**

**COMO REQUISITO PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

COBÁN, ALTA VERAPAZ, SEPTIEMBRE 2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



**CENTRO UNIVERSITARIO
DEL NORTE -CUNOR-**
Cobán, Alta Verapaz
Teléfono: 7956-6600 ext.212
E-mail: psicologiacunor2012@hotmail.com

Cobán, A. V. 29 de abril de 2017
Ref. No.15/CP-239-2017

Señoras:
Comisión Trabajos de Graduación
Carrera de Psicología
CUNOR – USAC

Respetables señoras:

Atentamente, hago de su conocimiento, que dictamino aprobado el proceso de Asesoría del Trabajo de Graduación denominado: Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado, de la Carrera: Licenciatura en Psicología, realizado en Centro de Atención Permanente del Municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, ubicado en el municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, por el estudiante: **Esther Marisol Mancio Rosales, Carné No.201143782.**

Deferentemente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. E. Olivares Pineda'.

Lcda. María Elizabeth Olivares Pineda
Asesora



c.c. archivo.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



CENTRO UNIVERSITARIO
DEL NORTE -CUNOR-
Cobán, Alta Verapaz
Teléfono: 7956-6600 ext.212
E-mail: psicologiacunor2012@hotmail.com

Cobán, A.V. 15 de julio de 2017
Ref. 15/CP-405-2017

Señoras:
Comisión Trabajos de Graduación
Carrera de Psicología
CUNOR – USAC

Respetables señoras:

Atentamente, hago de su conocimiento, que dictamino aprobado el proceso de Revisión del Trabajo de Graduación denominado: Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado, de la Carrera: Licenciatura en Psicología, realizado en el Centro de Atención Permanente ubicado en El Municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, por la estudiante **Esther Marisol Mancio Rosales, Carné No. 201143782.**

Deferentemente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Lcda. Betzy Fernanda Heinemann del Valle
Revisora



c.c. archivo

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



CENTRO UNIVERSITARIO
DEL NORTE -CUNOR-
Cobán, Alta Verapaz
Teléfono: 7958-6600 ext.212
E-mail: psicologiacunor2012@hotmail.com

Cobán, A. V. 02 de septiembre de 2017
Ref. No.15/CP-508-2017

Señoras:
Comisión Trabajos de Graduación
Carrera de Psicología
CUNOR – USAC

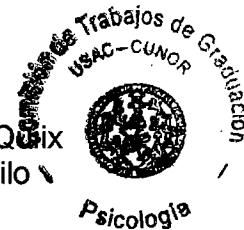
Respetables señoras:

Atentamente, hago de su conocimiento, que dictamino aprobado el proceso de Revisión de redacción y estilo del Trabajo de Graduación denominado: Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en el Centro de Atención Permanente ubicado en el Municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, por la estudiante de la Carrera de Licenciatura en Psicología: **Esther Marisol Mancio Rosales** carné No. **201143782**.

Deferentemente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Lcda. Gindey Zucey González Quix
Revisora de Redacción y Estilo



c.c. archivo

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



CENTRO UNIVERSITARIO
DEL NORTE -CUNOR-
Cobán, Alta Verapaz
Teléfono: 7956-6600 ext.212
E-mail: psicologiacunor2012@hotmail.com

Cobán, A. V. 02 de septiembre de 2017
Ref. No.15/CP-509-2017

Licenciado:
Erwin Gonzalo Eskenasy Morales
Director
Centro Universitario del Norte, -CUNOR-
Cobán, A. V.

Respetable Licenciado:

Habiendo conocido los dictámenes favorables de la asesora, revisora de trabajos de graduación y revisora de redacción y estilo; esta Comisión concede el visto bueno al Trabajo de Graduación denominado: Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en el Centro de Atención Permanente ubicado en el Municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, por la estudiante de la Carrera de Licenciatura en Psicología: **Esther Marisol Mancio Rosales, Carné No. 201143782.**

Atentamente,

"Id y Enseñad a Todos"

Lcda. Betzy Fernández Heinemann de Vique
Vocal

Lcda. Cindy Zucey Gonzalez Quijix
Secretaria

Lcda. Claudia Odilly Catalán Reyes
Coordinadora Comisión de Trabajos de Graduación
Carrera de Psicología

c.c.archivo.

HONORABLE COMITÉ EXAMINADOR

En cumplimiento a lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, presento a consideración de ustedes el Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en la Auxiliatura Departamental de los Derechos Humanos, ubicada en el municipio de Cobán, Alta Verapaz, como requisito previo a optar al título profesional de Licenciada en Psicología.



Esther Marisol Mardio Rosales
Carné 201143782

RESPONSABILIDAD

“La responsabilidad del contenido de los trabajos de graduación es del estudiante que opta al título, del asesor y del revisor; la Comisión de Redacción y Estilo de cada carrera, es la responsable de la estructura y la forma”.

Aprobado en punto SEGUNDO, inciso 2.4, subinciso 2.4.1 del Acta No. 17-2012 de Sesión extraordinaria de Consejo Directivo de fecha 18 de julio de año 2012.

DEDICATORIA

A:

MIS PADRES

Luis Alberto Mancio y Olga Rosales de Mancio (+)

MIS HERMANAS

Gilda, Brenda y Ana Luisa

MIS SOBRINOS

Luisa, Breylla, Wilfredo, Christian, Waleska, Juan
Luis y Julio Adrian..

AGRADECIMIENTOS

A:

DIOS

Por darme la sabiduría y la salud, para llegar a alcanzar esta meta. A ti infinitas gracias por todas las bendiciones recibidas.

MIS PADRES

Luis Alberto Mancio y Olga Rosales de Mancio (Q.E.P.D.), por su amor, esfuerzo y dedicación brindados durante toda mi vida. Gracias sin su ayuda no lo habría logrado. A mi madre que desde el cielo sonríe al ver mi sueño hecho realidad.

MIS HERMANAS

Gilda, Brenda y Ana Luisa, por su amor y por apoyarme en triunfos y los fracasos. Un agradecimiento especial a Gilda por todo su apoyo moral y económico.

LA FAMILIA DELGADO LUEVANO

Por todo el amor y la amistad que me han brindado y por ayudarme a lograr mis metas académicas.

MI PRIMO

Roberto Valladares y a su esposa Thelma Luceny Rodas de Valladares, por todo su apoyo, cariño y amistad de toda una vida.

MI CUÑADO

Hermenegildo Boya Guzmán, por su cariño y apoyo.

MIS DOCENTES:

Lcdas. Maclovia Villela, Maribel Archila, Elizabeth Olivares de Caal, Corina Espinoza Roldan, Claudia Catalan, Maribel Bueschel, Nancy Pereira, Lidia Marroquin, Cindey González, Marta Coy, Licenciados Carlos Hun Macz y Byron Oliva, por compartir sus conocimientos, durante mi formación académica, por sus palabras de aliento cuando estuve a punto de claudicar. Dios les bendiga por todo su apoyo.

**LA FUNDACIÓN INICIATIVA CIVIL
PARA LA DEMOCRACIA –INCIDE– :**

Por su apoyo financiero.

**LA LCDA. INOCENTA MACZ
COORDINADORA REGIONAL DE
ALTA VERAPAZ INCIDE:**

Por su apoyo durante la realización del EPS

**MI ASESORA DE EJERCICIO
PROFESIONAL SUPERVISADO**

Por compartir sus conocimientos y brindarme
su apoyo.

**LCDA. NADYA MARÍA MORALES
MÉRIDA DE LIGORRÍA:**

MIS UNIDADES DE PRÁCTICA:

Centro de Atención Permanente San
Fernando Chahal, A.V.

Centro de Salud de Raxruhá Alta Verapaz

**EL ALCALDE MUNICIPAL DEL
MUNICIPIO DE SAN FERNANDO
CHAHAL, A.V. LIC. CARLOS
FRANCISCO CÓRDOVA GARZA:**

Por el apoyo brindado durante la realización
del EPS

**EL CONCEJO MUNICIPAL Y
PERSONAL TÉCNICO Y
ADMINISTRATIVO DE LA
MUNICIPALIDAD DE SAN
FERNANDO CHAHAL, A.V.:**

Por el apoyo brindado durante la realización
del EPS

**ING. HERMES EMANUEL BOL
KLOTH:**

Por sus valiosas observaciones en la
estructuración del informe de EPS.

**LCDA.MIGDALIA AZUCENA
REQUENA RIVERA:**

Por su valioso apoyo en la impresión y
reproducción del informe.

LCDA.YADINA SANTOS TAYTOS:

Por su asesoría en la redacción de los
hallazgos de la investigación

MIS AMIGAS Y AMIGOS:

Carmen, Estuardo, Erick, Julissa Olvera,
Mireya, Mónica, Cipriano, Laura, Aidee,
David, José Manuel, Dilek, Susan, Allan, Julio
Alejandro, Tamara, Elder, Juan, Marta,
Emanuel Bol, Hellen, Carlos, Ronaldo,
Alex, Lianabel, Teresa, Julissa, Adelino,
Arnulfo, Carlos, Nelson y Janaly. Allan Juárez,
Dagoberto, Hernán, Angélica, Carmen Mucu,
Juan Gabriel, Luis, Stephany, Sarita, Miriam.

ÍNDICE GENERAL

Lista de abreviaturas y siglas	vii
Resumen	ix
Introducción	1
Objetivos	3

CAPÍTULO 1

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA UNIDAD DE PRÁCTICA

1.1	Localización geográfica	5
1.2	Condiciones climáticas	5
1.3	Condiciones edáficas	6
1.4	Vías de acceso	6
1.5	Recursos	7
	1.5.1 Recursos Naturales	7
	1.5.2 Recursos Físicos	9
1.6	Situación socioeconómica	9
	1.6.1 Atractivos Turísticos	9
	1.6.2 Producción Agrícola	9
	1.6.3 Artesanal	10
	1.6.4 Principales festividades	10
1.7	Organización social	10
	1.7.1 Instituciones	10
	1.7.2 Grupos Organizados	11
	1.7.3 Organización socio-cultural	11
1.8	Descripción de la institución	12
	1.8.1 Centro de Atención Permanete -CAP-	12
	1.8.2 Misión	13
1.9	Problemas y fortalezas encontradas	13
1.10	Organización institucional	14
1.11	Organigrama funcional y operativo de la institución	15
1.12	Infraestructura	16
1.13	Mobiliario y equipo	16
1.14	Ubicación del Ejercicio profesional supervisado	17
1.15	Descripción de la población atendida	17
1.16	Problemas y fortalezas encontradas	18

CAPÍTULO 2

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

2.1	Programa de servicio	23
	2.1.1 Objetivos	23
	2.1.2 identificación de las actividades realizadas	24
	2.1.3 Metodología	26
	2.1.4 Materiales utilizados	27
2.2	Programa de docencia	28
	2.2.1 Objetivos	28
	2.2.2 Identificación de las actividades realizadas	29
	2.2.3 Metodología de intervención	31
	2.2.4 Materiales Utilizados	32
2.3	Otras Actividades	32

CAPÍTULO 3

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1	Programa de servicio	33
	3.1.1 Resultados obtenidos	33
3.2	Programa de docencia	41
	3.2.1 Resultados obtenidos	41

CAPÍTULO 4

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1	Aspectos generales	45
	4.1.1 Título	45
	4.1.2 Carrera responsable	45
	4.1.3 Duración de la investigación	45
	4.1.4 Ubicación Programática	45
	4.1.5 Tipo de investigación propuesto	45
	4.1.6 Cronograma	47
4.2	Aspectos Específicos	48
	4.2.1 Resumen	48
	4.2.2 Planteamiento del problema	49
	4.2.3 Justificación de estudio	50
	4.2.4 Marco teórico	53
	4.2.5 Objetivos	76
	4.2.6 Elementos de estudio	76
	4.2.7 Metodología	77
	4.2.8 Técnicas utilizadas en el proceso de investigación	81
	4.2.9 Resultados esperados y su impacto	84
	4.2.10 Publicaciones y divulgaciones	89

4.3	Estrategia	90
	4.3.1 Presupuesto	90
	4.3.2 Recursos empleados en la investigación	90
CONCLUSIONES		91
RECOMENDACIONES		93
BIBLIOGRAFÍA		95
ANEXOS		97

ÍNDICE DE TABLAS

	Página	
1	Cronograma	47
2	Presupuesto	90

ÍNDICE DE GRAFICAS

1	Procedencia de los pacientes atendidos en servicio	33
2	Sexo de la Población atendida en servicio	34
3	Edad de la población atendida en servicio	35
4	Registro de los pacientes	36
5	Impresiones clínicas	37
6	Diagnósticos	38
7	Tratamiento Psicológico	40
8	Sexo de la población atendida en docencia	42
9	Edad de la población atendida en docencia	43
10	Actividades realizadas en docencia	44

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

	Página	
1	Solicitud de apoyo para actividad de EPS ante COMUDE	99
2	Líderes San Fernando Chahal	99
3	Líderes Raxhuhá	100
4	Participación del programa espacios	100
5	Programa Jóvenes Emprendedores	101
6	Programa Jóvenes Emprendedores	101
7	Entrega de diplomas a Directores del nivel Primario y Medio	102
8	Programa Jóvenes Emprendedores	102
9	Entrevista Programada de Investigación	103

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

APA	American Psychiatric Association
APROSUR	Asociación de Promotores de Salud Urbana y Rural AV
AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria
AV	Alta Verapaz
CAP	Centro de Atención Permanente
CEPAL	Comisión económica para América Latina y el Caribe
CIE-10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Edición
COCODE	Concejo Comunitario de Desarrollo
COMUDE	Concejo Municipal de Desarrollo
CONAP	Consejo Nacional de Áreas Protegidas
CPU	Unidad central de proceso (Siglas en Inglés)
DASAV	Dirección General de Salud de Alta Verapaz
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Cuarta Edición Texto Revisado(Siglas en Inglés)
EE.UU.	Estados Unidos
INCIDE	Iniciativa Civil para la Democracia
INE	Instituto Nacional de Estadística
LCDA	Licenciada
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAREC	Programa de apoyo al proceso de incorporación definitiva de los excombatientes
P/A	Peso Altura
P.E.	Por Ejemplo
PROASE	Programa de apoyo al sector educativo
QEPD	Que en Paz Descanse
RENAP	Registro Nacional de las Personas
SEGEPLAN	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
SIGSA	Sistema de Información Gerencial de Salud
SINIT	Sistema Nacional de Información Territorial
TDAH	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas (siglas en Ingles)
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la infancia
UPS	Sistema de Alimentación Ininterrumpida

RESUMEN

Ante el compromiso social de la Universidad de San Carlos de Guatemala, de formar profesionales capaces de intervenir humana, científica y técnicamente de forma eficaz y efectiva, para atender a la población guatemalteca en su salud mental, vinculado a esto los estudiantes de la Carrera de Psicología realizan el Ejercicio Profesional Supervisado, en territorios o instituciones priorizados por el Centro Universitario del Norte.

El principal objetivo del Ejercicio Profesional Supervisado, es que los estudiantes apliquen los conocimientos teóricos adquiridos en sus años de formación, para mejorar el conocimiento existente y contribuir a la solución de la problemática psicosocial que afecta a la población altaverapacense, en lo relacionado a las psicopatologías, que pueden presentarse durante la etapa del desarrollo evolutivo en la que se encuentren, (niños, adolescentes, adultos) aunado a la creciente tasa de divorcios, violencia intrafamiliar, de género, física, psicológica, patrimonial, así como la multiparidad y pobreza, que algunos enfrentan en el hogar.

Se debe agregar que los trastornos de la conducta de etiología diversa, trastornos psicosomáticos y traumas entre otros, son considerados factores que crean en la población problemas emocionales y conductuales.

El Ejercicio Profesional Supervisado se realizó según las siguientes etapas: El programa de servicio consta de: Evaluación, diagnóstico, tratamiento y cierre de casos a individuos que presentan trastornos emocionales y conductuales, para ello se contó con el respaldo institucional de la Unidad de Salud Mental, del Área de Salud de Alta Verapaz, del Centro de Atención Permanente –CAP- del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, y del Centro de Salud del municipio de Raxruhà Alta Verapaz, que proporcionaron un espacio físico, para la realización de las actividades relacionadas con el proceso de intervención psicológica a la población demandante, durante el periodo del 15 de Febrero al 14 de Octubre de 2016.

A efecto de priorizar las actividades que se ejecutaron, se realizó un diagnóstico institucional y se estructuró un plan de trabajo, ambos permitieron el abordaje de los temas seleccionados y presentados en el programa de docencia que permitió por medio de la realización de charlas y talleres, la concientización de las y los adolescentes que participaron, sobre la importancia de postergar el embarazo.

Los hallazgos del mismo revelaron que los embarazos en las adolescentes, son prioridad para salud pública. El análisis del aspecto cultural relacionado con el estilo de vida de las adolescentes, originó el interés sobre la realización de un proceso investigativo, el cual permitió describir los factores de riesgo psicosocial que afrontan las adolescentes embarazadas quienes solicitan atención en el Centro de Atención Permanente del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz.

INTRODUCCIÓN

El presente informe contiene el detalle de las acciones ejecutadas en el Ejercicio Profesional Supervisado de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Las mismas se realizaron en un período de ocho meses, del 15 de febrero al 14 de octubre de 2016 con énfasis en la atención clínica y la promoción de estilos de vida que fomenten la conservación de la Salud Mental en la población objetivo.

Se presentan de forma sintetizada las intervenciones realizadas en los programas establecidos. El programa de servicio, está enfocado en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de psicopatologías. El programa de docencia con orientación preventiva y de proyección a las y los adolescentes, maestros, grupos organizados, círculo de mujeres embarazadas, lideresas comunitarias, alcaldes auxiliares, personal de la institución-CAP- del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, quienes se beneficiaron del mismo, dentro de su contexto psicosocial y cultural.

El informe se encuentra estructurado de la siguiente manera: el capítulo uno contiene la descripción de la unidad de práctica e incluye, localización geográfica, condiciones climáticas y edáficas, vías de acceso, recursos, situación socioeconómica, organización social, misión, visión, así como las fortalezas y debilidades encontradas durante la realización del diagnóstico institucional.



El capítulo dos, contiene el detalle de las actividades realizadas en el programa de servicio, se consideran los casos clínicos atendidos, se incluye una breve descripción de las herramientas evaluativas y de las terapias y técnicas utilizadas en los procesos.

Con respecto al capítulo tres, el cual incluye la presentación y el análisis de los resultados obtenidos de la intervención institucional, por medio de las actividades realizadas en los programas de servicio y docencia.

De acuerdo al capítulo cuatro, se presenta la investigación descriptiva con enfoque cualitativo, la cual mediante el uso de métodos y técnicas propias de la metodología cualitativa, permitió la construcción de conocimiento, sobre el impacto psicosocial del embarazo en la adolescencia, que se traduce en mayor número de hijos, fracaso en la relación de pareja e ingresos económicos bajos, que interfiere en el desarrollo humano, cabe mencionar que el embarazo adolescente, es considerado como parte de las prioridades de salud en el departamento de Alta Verapaz.

Finalmente, el informe incluye las conclusiones y recomendaciones, evidencia los hallazgos significativos de cada uno de los programas.



OBJETIVOS

General

Brindar atención psicológica a los usuarios del Centro de Atención Permanente -CAP-, del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz. Que presenten psicopatologías o conflictos emocionales, por medio de un abordaje que incluya la prevención, con una metodología integral.

Específicos

Realizar diagnósticos y la propuesta de intervención terapéutica, a efecto del fortalecimiento de las aptitudes y destrezas necesarias que permitan a los usuarios del Centro de Atención Permanente del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, el restablecimiento de su equilibrio emocional.

Implementar un programa de orientación psicopedagógica, que permita la participación de las y los adolescentes a nivel de área urbana y semiurbana, del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, a efecto de minimizar la tasa de embarazos en la adolescencia y las implicaciones psicosociales que estos conllevan. Conjuntamente con el personal de la institución, por medio de charlas y talleres.

Describir los factores de riesgo psicosocial que afrontan las adolescentes embarazadas, que solicitan el servicio de control prenatal, en el Centro de Atención Permanente de San Fernando Chahal, Alta Verapaz.





CAPÍTULO 1

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA UNIDAD DE PRÁCTICA

1.1 Localización geográfica

El municipio de San Fernando Chahal, se encuentra localizado al noroeste del Departamento de Alta Verapaz, en la región denominada Franja Transversal del Norte, con una extensión territorial de 672 kilómetros cuadrado, con una altura de 240 metros sobre el nivel del mar, dista 154 kilómetros de la cabecera departamental y 373 kilómetros de la ciudad capital.

“Al norte colinda con el municipio de San Luis Petén, al sur con Santa María Cahabón, al oriente con Livingston, Izabal al poniente con Fray Bartolomé de las Casas, cuyos puntos de referencia fueron debidamente establecidos”.¹

1.2 Condiciones climáticas

El municipio tiene un clima cálido y húmedo; la temperatura del Municipio es cálida con humedad permanente, con temperaturas mayores de 30°, con una evaporación aproximada entre 0.40 y 0.45, y ésta varía de acuerdo a la influencia de los vientos.

¹Secretaría de Planificación y programación de la Presidencia SEGEPLAN 2011-2015. “Plan de desarrollo Chahal, Alta Verapaz”. Págs. 10 – 55



1.3 Condiciones edáficas

Los suelos del Municipio son de textura arcillo arenoso, poco profundos, generalmente con un drenaje interno deficiente. Los suelos se clasifican dentro del grupo “suelos de tierras bajas Petén-Caribe”. Este grupo se subdivide en: a) suelos profundos bien drenados, b) suelos poco profundos bien drenados, c) suelos profundos mal drenados, d) suelos aluviales.”²

1.4 Vías de acceso

Para llegar al municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, partiendo de la ciudad capital se dispone de 3 rutas, dos de ellas atraviesan la cabecera departamental.

1.4.1 Ruta 1: Vía San Pedro Carchá, Campur, Sebol, Fray Bartolomé de las Casa.

1.4.2 Ruta 2: Vía Cobán, Chisec, Raxruhá, Fray Bartolomé de las Casas.

1.4.3 Ruta 3: Ruta al Atlántico, Río Dulce, Cadenas.

Las tres rutas están compuestas por tramos carreteros asfaltados y de terracería transitables todo el año.

²Mario Roberto Rosales Hernández, “*Diagnóstico socioeconómico, potencialidades productivas y propuestas de inversión*” Municipio de Chahal, Alta Verapaz”. Informe Individual de Ejercicio Profesional Supervisado. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala 2006.

1.5 Recursos

1.5.1 Recursos naturales

Son todos los bienes que provee la naturaleza, de los que el ser humano puede disponer para satisfacer necesidades. Lo constituyen todas las riquezas y fuerzas naturales que el hombre incorpora a las actividades económicas, mediante el cultivo y la siembra, extracción o explotación.

a. Flora

La cobertura vegetal del municipio está constituida por bosques primarios y secundarios, con árboles de especies latifoliadas, que se caracterizan por su hoja ancha, dentro de esta clasificación aún pueden encontrarse especies maderables y leñosas.

Entre las especies nativas se encuentran: caoba (*Swieteniamacrophylla*), medallo (*LonchocarpusHeptaphyllus*), matilisguate (*Tabebuia rosea*), cansan (*Terminalia amazonia*), chico zapote (*Achrassapota*), cenicero (*Pithecellobium-Saman*), se utilizan para construcción de viviendas y diversas utilidades. Existen cultivos perennes como: hule (*Hebeabrasilensis*), palma africana (*Elaeisgoineensis*) y plantaciones forestales.

b. Fauna

La fauna está compuesta por especies de: pizote (*Nasuanasua*), venado cola blanca (*Odocoileusviriginianus*), cabra (*Caprahircus*), tucan (*Ramphastidae*), loro (*Psittacidae*), pajuil (*Crax rubra*), pava (*Penélope oscura*) y coche de monte

(*Tayassupecari*). De acuerdo a la información del Consejo Nacional de Áreas Protegidas –CONAP- la fauna del municipio se encuentra dentro del listado de especies silvestres amenazadas de extinción (Lista roja de fauna) por lo que su existencia depende de factores como la temperatura, disponibilidad de agua, bosque y la depredación humana.

c. Recursos hídricos

Los ríos Chiyú y Chahal son los más importantes del municipio, la población extrae agua de estas fuentes destinándola al consumo, tareas domésticas y productivas. Entre los nacimientos de agua que se identifican por la población esta los siguientes: Raxchá, Sebox, Setzul, Xalajá, Chivitz, Setz´ak, Setzimin, Setal, Trece Aguas, Gaspar, Chinayú, Setaña, Semox, Sosela, Sebac, Santo Domingo y San Jacinto, de estos 4 se encuentran en propiedades privadas.

d. Áreas Protegidas

Según registro del CONAP San Lucas Secanté, San Agustín Chahal y Las Conchas, son áreas protegidas declaradas en el año 2005, las dos primeras como reserva forestal municipal y la última como parque recreativo natural municipal. Las tres son administradas por la municipalidad.

El Centro de Salud de tipo B (Funciona como Centro de Atención Permanente-CAP-) 16 escuelas preprimarias bilingües, 4 escuelas públicas de párvulos, 85 escuelas de nivel Primario, 4 centros de telesecundaria, 3 institutos básicos por cooperativa, 1 instituto nacional de educación básica, biblioteca pública municipal y el edificio municipal.

Además, el municipio cuenta con un salón municipal de usos múltiples, sub-estación de policía, cementerio general, mercado municipal, juzgado de paz, oficina de correos, tribunal supremo electoral, registro nacional de las personas (RENAP).

1.6 Situación socioeconómica

1.6.1 Atractivos turísticos

El Parque Municipal Las Conchas, que sobresale por sus cataratas, vegetación y variedad de peces; las cuevas de Setzol, donde se puede apreciar el paso subterráneo de uno de los ríos (aún no se ha explorado completamente); el paseo acuático del río Chiyú, el nacimiento del río Sacuitz y el río Chahal.

1.6.2 Producción agrícola

“La producción agrícola es una de las principales actividades económicas, la agricultura representa el 69.41% de la fuerza laboral, y emplea personal de manera temporal, la aportación a la economía del municipio es de 17%. Está basa en cultivos de subsistencia como maíz (*Zea Mays*), frijol (*Phaseolusvulgaris*), y otros que son comercializados tales como arroz (*Oryza sativa*), chile (*Capsicumannuum*), cardamomo (*Elettariacadamomun*), pimienta negra (*Pipernigrum*) y achiote (*Bixa Orellana*).

Actualmente se ha concentrado en el municipio el cultivo de palma africana (*Elaeisgoineensis*), lo que ha ocupado grandes

extensiones de tierra, creando oportunidades de empleo para muchas personas”.³

1.6.3 Artesanal

Las actividades artesanales que son desarrolladas empíricamente y de forma manual. Entre las principales se encuentran la panadería, carpintería y la blockera, el porcentaje de personas que se dedican a estas actividades es de un 5% de la población, razón por la cual se sitúa en orden de importancia en un tercer lugar. Esta actividad aporta el 7% a la economía del municipio.

1.6.4 Principales festividades

Las actividades culturales, sociales y religiosas se realizan principalmente durante la celebración de la Fiesta Patronal en honor a San Fernando del 24 al 28 de mayo y en honor a San Agustín del 23 al 28 de agosto. Se realizan otras celebraciones como: semana santa, diez de mayo, día de la independencia, día de los santos, navidad, año nuevo y costumbres a cerca de la siembra de maíz.

1.7 Organización social

1.7.1 Instituciones

Las instituciones sociales que se presentan a continuación, muestran la organización actual: Municipalidad, Concejo municipal de desarrollo COMUDE, siete Concejos Comunitarios de Desarrollo COCODES.

1.7.2 Grupos Organizados

a. Comité de padres de familia

Grupo organizado de personas, que velan por el buen desempeño de la educación de la población. Lo conforman los padres de familia, la función principal es mejorar el servicio educativo, para beneficio de la población estudiantil.

b. Comité de feria

Es una asociación de personas orientadas a un objetivo específico. Con el fin de proporcionar momentos de sana distracción y entretenimiento, se organizan cada año con la cooperación de toda la comunidad, en un comité dedicado exclusivamente a preparar las distintas actividades que se celebran durante la feria del municipio.

1.7.3 Organización socio-cultural

En el municipio de Chahal, se cuenta con apoyo de las siguientes instituciones no gubernamentales: Programa Talita Kumi, Pastoral Social, Fundación Iniciativa Civil Para La Democracia (INCIDE), Programa de Apoyo al Sector Educativo (PROASE), Asociación de Promotores de Salud Urbana y Rural (APROSUR), Programa de Apoyo al Proceso de Incorporación Definitiva de los Excombatientes (PAREC).



1.8 Descripción de la institución

1.8.1 Centro de Atención Permanente –CAP-

a. Breve historia del Centro de Atención Permanente-CAP-, Chahal Alta Verapaz

Fue creado el 22 de septiembre de 1982, en categoría de Centro de Salud, gracias a la mano de obra de padres de familia vecinos de la población, y el apoyo financiero de la institución de Obras Públicas de la Presidencia de la República de Guatemala, y el Consejo Municipal del Señor Reginaldo Lima Lemus (Q.E.P.D.) y el Gobierno del General Romeo Lucas García. Con acciones dentro del marco de la ley de los derechos humanos.

Es una entidad con alto sentido social sin fines de lucro, conformado con personal de la región con ética, moral, vocación humanista, centrada en el cuidado de la salud de la persona o prójimo. Aplicando los conocimientos según las normas de atención en salud, empleando las teorías de enfermería. Ofertando diversos programas, en salud.

Funcionó como Centro de Salud de 1982 a 2009. A mediados del 2009 fue elevado a Centro de Atención Permanente. Con perspectivas de mejorar la atención materno infantil y reducir la tasa de mortalidad materna, sin embargo, debido a que no se contaba con personal calificado y equipo para la atención, el Centro de Atención Permanente no funcionó como tal hasta el año 2011.

Actualmente debido a que no se cuenta con recursos necesarios el hogar materno no está en uso, únicamente se brinda atención de partos, siempre y cuando el personal

determine que no se presentaran complicaciones, ya que no se cuenta con equipo e insumos, ni con personal calificado, para la atención de partos con complicaciones, por lo que se hace necesario el traslado de los pacientes al Hospital del municipio de Fray Bartolomé de las Casas”.

1.8.2 Misión

“Garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las y los habitantes del país, ejerciendo la rectoría del sector salud, a través de la conducción, coordinación y regulación de la prestación de servicios de salud y control del financiamiento y administración de los recursos, orientados al trato humano para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de las personas, con calidad, pertinencia cultural a través de la efectiva coordinación interinstitucional”.⁴

1.9 Recurso humano que labora en la institución

Debido a la naturaleza de los servicios que brinda la institución se hace necesario contar con personal calificado, para atender las necesidades de los usuarios, actualmente la misma cuenta con el siguiente personal, cabe mencionar que la mayoría de los profesionales de salud que laboran en la institución se encuentran laborando por contrato.

“Dos médicos, tres licenciadas en enfermería, tres enfermeras profesionales, trece auxiliares de enfermería, un enfermero profesional ambulatorio, un inspector de saneamiento, un técnico en salud rural, un estadígrafo, una secretaria, tres pilotos de ambulancia, cinco personales operativos, una educadora en Salud, un encargado de vectores. Además, el distrito cuenta con el siguiente personal que labora fuera de las instalaciones del CAP: cinco auxiliares de enfermería en los cinco puestos de salud del distrito, sesenta y cinco comadronas y treinta y cinco facilitadores comunitarios”.⁵

⁴ Archivos de la institución 2016

⁵ Memoria de labores CAP 2015.

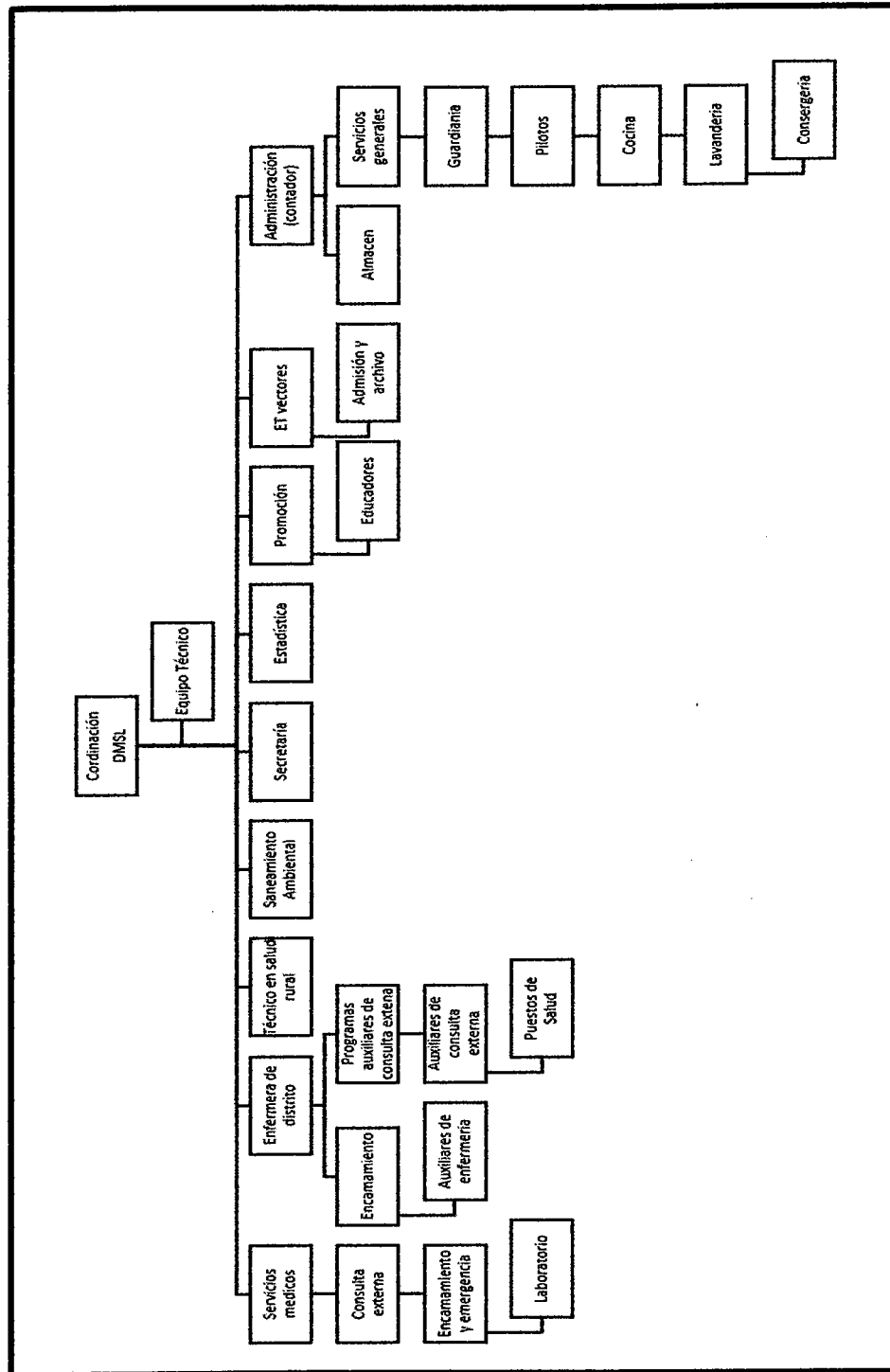


1.10 Organización Institucional

Existe un sindicato que cuenta con 4 dirigentes, el 100% del personal se encuentra afiliado al sindicato. Entre las funciones de este ente local están: Presentar ante el sindicato departamental solicitud de atención a las necesidades del CAP y del personal, así como acudir a las convocatorias cuando se ha agotado el recurso del diálogo.

1.11 Organigrama funcional y operativo de la institución

CUADRO NO.1
ORGANIGRAMA



Fuente: CAP 2015

1.12 Infraestructura

El centro de atención permanente –CAP- del Municipio de San Fernando Chahal, A.V. cuenta con 5 edificaciones, las paredes están construidas de block y concreto, el techo de lámina con cielo falso, piso cerámico, ventanas de vidrio y aluminio, balcones de hierro forjado, puertas de vidrio, metal y madera, lámparas tubulares. Estas edificaciones albergan los siguientes servicios: odontología, dirección, enfermería, siete bodegas para almacenar insumos, medicamentos, documentos y otros, oficina de saneamiento ambiental, área de esterilización, oficina del técnico en salud rural, secretaría, oficina de estadística, una farmacia, oficina de equipo institucional en salud.

También cuenta con dos habitaciones que funcionan como área de encamamiento (con aire acondicionado) tres áreas de labor y parto, 2 salas de espera, 1 laboratorio, 4 clínicas, área de pre consulta, área de post consulta 2 dormitorios con baño privado, 8 servicios sanitarios, área de lavandería, 2 dormitorios para pacientes en espera de dar a luz, área de inmunización, 1 cocina, 1 garaje para ambulancias, garita de control.

1.13 Mobiliario y equipo

6 archivos de 4 gavetas, 18 anaqueles tipo esqueleto, 6 archivos tarjeteros, 17 bancos de metal, 13 recipientes para basura, 6 calculadoras, 5 computadoras, 4 impresoras, 2 monitores, 1 CPU, 3 escaleras de aluminio, 6 escritorios de metal, 8 estanterías de metal, 13 locker de 2 compartimientos, 6 máquinas de escribir, 19 mesas (diferentes tamaños y estilos) 1 Rotafolio, 32 sillas, 1 UPS, 11 bancos giratorios, 11 bacines para adultos, 6 bacines para niños, 26 bandejas, 6 balanzas, 1 cilindro eléctrico, 1 baño maría con capacidad para 10 lts., 3 basculas para bebé, 1 silla

odontológica, 15 camas (9 Hogar materno 6 encamamiento), 4 camillas , 7 cancelas de 3 cuerpos, 6 carros con bacinete, 2 carros para aspirador.

Además, 1 carro porta expedientes, 1 carro porta palanganas, 1 carro porta oxígeno, 5 carros de curaciones, 10 catres metálicos, 16 lámparas (diferentes estilos) 4 vitrinas para medicamentos, 1 DVD, 1 pantalla trípode, 4 pizarrones de fórmica, 2 proyectores, 2 televisores, 1 videograbadora, 1 estufa con horno, 1 estufa de mesa, 1 inflador con manómetro, 1 lavadora, 1 secadora, 1 planta eléctrica, 5 refrigeradores, 10 ventiladores de cielo, equipo para realizar ultrasonido, utensilios de cocina, equipo médico ginecológico, equipo médico sanitario, equipo e insumos de laboratorio, sábanas, toallas, batas, útiles e insumos de oficina, utensilios, herramientas e insumos para limpieza.

1.14 Ubicación del Ejercicio Profesional Supervisado

El Centro de Atención Permanente –CAP- Se encuentra ubicado en la calle principal del Barrio El Centro, del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz.

1.15 Descripción de la población atendida

La población estuvo constituida por los usuarios del Centro de Atención Permanente –CAP- del municipio de San Fernando Chahal y del Centro de Salud del municipio Raxruhá, Alta Verapaz. Se identificó los siguientes grupos etarios: niños, adolescentes, adultos jóvenes, adultos medios, adultos y adultos mayores. Se brindó atención psicológica a 78 mujeres y 42 hombres. En total se atendieron en clínica 120 personas, entre las edades de 5 a 75 años.

1.16 Problemas y fortalezas encontradas

Con el objetivo de sistematizar la focalización de los problemas existentes en la institución, así como la obtención de información de parte del personal de la institución, se utilizó una herramienta, que consta de un cuadro que permite anotar los criterios diagnósticos e identificar la factibilidad de las acciones a implementarse, se recurrió a una ficha técnica de los inmuebles, para registrar las condiciones en que se encuentran estos activos y a un cuadro de viabilidad que permitió el análisis de la posibilidad de la prestación del servicio psicología. Para la aplicación de estos instrumentos se recurrió a la observación y a la entrevista no estructurada.

Se realizó una entrevista estructura a 5 miembros del personal entre estos se entrevistó a las encargadas de distrito, encamamiento, consulta externa, al técnico en salud rural y a la secretaria de la institución, quien ha laborado para la institución por aproximadamente 20 años. Así mismo se efectuó una entrevista no estructurada al secretario del sindicato, a fin de conocer la situación organizacional de la institución.

La demanda de atención psicológica por parte de los usuarios es inexistente, se infiere que la población que solicita los servicios del CAP, desconoce los beneficios que pueden obtener al recibir ayuda psicológica, se hizo necesario hacer surgir la necesidad de recibir acompañamiento psicológico, entre individuos que por las condiciones psicosociales y culturales de la región, están más concentrados en su salud física y en cubrir las necesidades fisiológica y que desconocen la relación que existe entre sus necesidades físicas y sus emociones.

La memoria de labores del año 2015, reporta 7 casos de violencia intrafamiliar, 20 casos de trastorno del ciclo menstrual, 1 caso de VIH, siendo estos los únicos casos registrados con connotación psicológica, la

revisión de los registros médicos mostró que estos pacientes no han tenido acceso a atención psicológica de ningún tipo.

Posterior a la recolección de información y el análisis de la población a la que se brindaría el servicio, se encontró que un elevado porcentaje de los usuarios únicamente habla el idioma *q'eqchi*. No fue posible determinar la proporción de usuarios monolingües, sin embargo, se estima que oscila entre el 70 y el 80% de la población total. En una prueba piloto realizada con un paciente del sexo femenino que únicamente habla este idioma, se evidenció que la paciente no expresó sus sentimientos al traductor, también se comprobó la dificultad de contar con traductor o traductora, que pueda brindar apoyo en los casos que sea necesario.

Entre los problemas de mayor relevancia a nivel de estructura física de la institución, se encontró que los edificios se encuentran deteriorados, con techos en mal estado, sistema de cableado eléctrico en malas condiciones, la iluminación tanto en el edificio administrativo, como el servicio de atención es deficiente, los servicios sanitarios tanto para los usuarios como para el personal son disfuncionales, haciéndose necesario utilizar cubetas para poner agua en los inodoros, algunos lavamanos están quebrados.

La pintura de las paredes y puertas en todas las edificaciones está sucia, algunas de las puertas están quebradas y tienen óxido. No se cuenta con espacio suficiente para instalar a todo el personal en el área de enfermería comparten el espacio físico 3 profesionales. Las pilas para recolección de agua se encuentran deterioradas y ubicadas donde no es factible utilizarlas cuando llueve, se considera que en general las instalaciones no están en condiciones de prestar un servicio adecuado a los usuarios.



Las deficiencias a nivel de estructura física presentan una dificultad para la prestación del servicio de psicología, debido a que no se cuenta con un espacio que reúna las condiciones necesarias para brindar el servicio.

Es evidente en la institución la insuficiencia de insumos, medicamentos y equipo médico hospitalario, esto contribuye a que se presenten problemas a nivel emocional entre el personal, durante las entrevista se hizo incuestionable que las carencias, están afectando la emocionalidad de quienes laboran en la misma, algunos expresaron que resulta para ellos difícil enfrentar cada día, ver a usuarios de escasos recursos regresar a casa sin los medicamentos que necesitan o tener que solicitar a los usuarios que compren los insumos para que puedan ser atendidos, llegando esta situación al extremo de no contar con bolsas para basura o cloro para lavar sabanas.

Algunos miembros del personal expresaron que en ocasiones tiene sentimientos de impotencia, frustración, tristeza y desmotivación. La situación existente crea problemas de interrelación, al presentarse situaciones en que algunos empleados buscan una solución a las situaciones que se presentan y otros simplemente no hacen nada para solucionarlo. También existe desmotivación, ya que un elevado número de los miembros del personal considera que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, requiere el cumplimiento de todas las funciones y producción a nivel de servicio, cuando no provee lo necesario al personal para cumplir con lo requerido.

Se evidenció que entre los usuarios que acuden a la consulta externa, se presentan problemas de estrés, depresión, tendencias autodestructivas, ansiedad, uso de drogas, alcoholismo, situaciones de violencia física, sexual, psicológica, estos problemas afectan a los núcleos familiares.

Es absurdo creer que las condiciones de salud mental se puedan mejorar con únicamente el apoyo psicológico que brinde la epesista, se necesita fortalecer los lazos de redes naturales (familia) y formales (escuelas, municipalidad, servicios de salud), por lo tanto se realizó un análisis de factibilidad de fortalecimiento de redes, encontrándose la mayor dificultad en el fortalecimiento a nivel de escuelas, debido a que no se contará con el tiempo necesario para brindar atención a este sector de la población, ante el hecho de que esto requiere de la participación de la comunidad educativa local y de la intervención directa de la epesista.

Durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado, se hicieron evidentes las siguientes fortalezas: personal capacitado en atención integral, mobiliario y equipo que permite brindar servicio a los usuarios. Ruedas de prácticas implementadas con personal capacitado. El 95% del personal habla el idioma Q'eqchi'. Capacidad de realizar las coberturas en los programas prioritarios de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, apoyo y presupuesto del Concejo Municipal al sector salud, personal anuente a realizar cambios que redunden en mejorar el servicio que se brinda a la población, credibilidad de la población en el servicio que se brinda (demanda).



CAPÍTULO 2 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS

2.1 Programa de servicio

2.1.1 Objetivos

a. General

Realizar diagnósticos y la propuesta de intervención terapéutica, a efecto del fortalecimiento de las aptitudes y destrezas necesarias que permitan a los usuarios del Centro de Atención Permanente del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, el restablecimiento de su equilibrio emocional.

b. Específicos

1. Brindar atención psicológica a los usuarios del Centro de atención Permanente –CAP- del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz.
2. Evaluar, diagnosticar y ejecutar plan de intervención terapéutica a los usuarios del centro que soliciten atención psicológica.
3. Prevenir, mejorar o modificar conductas que constituyen factores de riesgo en la aparición de trastornos psicológicos,

en los usuarios del Centro de atención Permanente –CAP- del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz y del Centro de Salud del municipio de Raxruhà, Alta Verapaz.

2.1.2 Identificación de las diferentes actividades realizadas

El proceso de detección de casos, se inició con informar a los usuarios y al personal del Centro de Atención Permanente -CAP- del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz y del Centro de Salud del municipio de Raxruhà, Alta Verapaz, que se brindaría servicio de psicología clínica, para ofrecer atención psicológica a los interesados que presentaran problemas emocionales y conductuales.

Además, Se solicitó para este efecto a la auxiliar de enfermería, que realiza la pre consulta proporcionar mediante la ficha clínica, los datos relevantes sobre la emocionalidad y la conducta de los pacientes referidos, así como las acciones que se hubiesen realizado para minimizar la presencia de síntomas psicopatológicos por parte de los profesionales de la salud en la institución.

Se requirió la presencia de los progenitores o encargados de los estudiantes referidos (menores de 18 años), se realizó una entrevista que permitió obtener información para la elaboración de la historia clínica, se solicitó la cooperación de los mismos en el proceso de intervención psicoterapéutica.

Se realizaron entrevistas y se aplicaron herramientas evaluativas que permitieran confirmar o denegar la impresión clínica y obtener información esencial para la determinación del diagnóstico en cada caso. Las entrevistas se realizaron a padres de familia o encargados, a los docentes de los estudiantes referidos y a los adultos que solicitaron atención psicológica.



Como requisito indispensable en la realización del Ejercicio Profesional Supervisado. Los casos fueron sujetos a supervisión, a estricto seguimiento y aprobación, se efectuó la sistematización de los procesos realizados, siguiendo los lineamientos proporcionados por la supervisora asignada.

A continuación, se presenta una breve descripción de las acciones realizadas durante la sistematización de procesos:

- a. Entrevista diagnóstica psicológica área personal y social: Permitió al terapeuta analizar las áreas personal y social del paciente a efecto de establecer el tipo de herramientas evaluativas que se utilizaron en cada caso y determinar el área que se encuentre afectada.
- b. Consentimiento informado: documento de carácter legal utilizado para obtener la autorización del padre de familia para iniciar el proceso psicoterapéutico, el cual consiste en la aplicación de pruebas psicológicas y la aplicación de métodos y técnicas terapéuticas para restablecer la emocionalidad alterada de los pacientes, o permitir la disminución o eliminación de los efectos en la conducta, producidos por una psicopatología.
- c. Administración de pruebas psicológicas: consisten en una batería de pruebas, que permiten evaluar las manifestaciones de la estructura psíquica de los pacientes y obtener rasgos de personalidad que lleven a establecer un diagnóstico.
- d. Informe de evaluación: Se hizo entrega de los resultados obtenidos de la administración de las pruebas y se dio a conocer diagnóstico establecido y el plan de intervención terapéutica que se utilizaría.

Así mismo, se solicitó la cooperación de los padres en los casos que los jóvenes debían realizar tareas en casa.

- e. Intervención terapéutica: se basó en la aplicación de técnicas psicológicas, para resolver sus conflictos psíquicos, y mostrarle las habilidades necesarias para hacer frente a las situaciones que se presenten en su vida, que le crean inestabilidad emocional de cualquier índole.

En algunos casos fue necesario concientizar a los padres de familia sobre la necesidad de recibir ayuda psicológica, por considerar que la emocionalidad alterada de los progenitores y las progenitoras estaba creando inestabilidad emocional en los menores en proceso psicoterapéutico.

Se evitó imponer la atención psicológica en los padres como algo necesario para brindar servicio a los menores, puesto que es factible tratar a los menores de forma individual con buenos resultados, mismos que se optimizan cuando los progenitores reciben psicoterapia individual, de pareja o familiar.

Se mostró la importancia de que exista un ambiente familiar armonioso, que permita el equilibrio a nivel emocional, familiar y social para que sus hijos o hijas se desarrollen de forma íntegra y cuenten con salud física y mental.

2.1.3 Metodología

Se evaluaron, diagnosticaron y se brindó tratamiento, a 120 personas entre las edades de 5 a 75 años. Se abrió expediente clínico, se utilizaron herramientas evaluativas, que permitieron estructurar un perfil psicológico y técnicas para la aplicación de tratamiento, las más utilizadas fueron las siguientes:

Observación, entrevista y escucha activa, técnicas gestálticas: Silla vacía, el darse cuenta. Técnicas cognitivo-conductuales:

Entrenamiento en resolución de problemas, entrenamiento asertivo, auto instruccional, entrenamiento en control de emociones, reestructuración cognitiva, relajación, logodiarario, biblioterapia, detención de pensamiento autoregistro, modelado, *role playing*. Técnicas de la logoterapia: intención paradójica, diálogo existencial analítico (Socrático) auto distanciamiento. Técnicas de la terapia centrada en el cliente: la empatía, la consideración positiva incondicional, la congruencia. Técnicas de la terapia racional emotiva: Detección, refutación, discriminación.

2.1.4 Materiales utilizados

Entre los materiales utilizados se encuentran: formas impresas de historia clínica para niños y adultos, protocolos de test psicológicos y psicométricos, formas impresas de hojas de evolución, consentimiento informado, fotocopias, ficha clínica, control de asistencia, genograma, rompecabezas, juegos de memoria, juego de lotería, legos, muñecas, muñecos de plástico (familia), tarjetas de colores, peluches, pelotas de diferentes tamaños, títeres, plastilina, hojas de papel bond, lápices, borradores, sacapuntas, folders, globos, calcomanías, juegos de mesa, pinceles, hojas para carta decoradas con diferentes motivos, tangram, 2 cuadernos, computadora portátil e impresora.

Se utilizaron las siguientes pruebas proyectivas menores: Test de la figura humana (Machover), Test de la familia (Corman) Test del árbol (Koch) Test de la persona bajo la lluvia (Querol Chávez) que permiten buscar signos de necesidades inconscientes, conflictos y rasgos de personalidad, relacionados con el auto concepto y la imagen corporal y el contexto social del sujeto evaluado. Se utilizaron test psicométricos

entre estos, el Test de matrices progresivas escala especial o coloreada (Raven) y el Test de matrices progresivas escala general (Raven) ambos miden y asignan un valor a la inteligencia, la memoria y la atención.

Para el establecimiento de los diagnósticos se recurrió al CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión. Esta determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad y el DSM IV TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, *American Psychiatric Association*) este contiene la clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas.

2.2 Programa de docencia

2.2.1 Objetivos

General

Implementar un programa de orientación psicopedagógica, que permita la participación de las y los adolescentes a nivel de área urbana y semiurbana, del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, a efecto de minimizar la tasa de embarazos en la adolescencia y las implicaciones psicosociales que estos conllevan. Conjuntamente con el personal de la institución, por medio de charlas y talleres.

Específicos

Contribuir con los esfuerzos de la institución en la reducción de embarazos en la adolescencia, por medio de la implementación de un programa psicopedagógico, que incremente el conocimiento de los adolescentes del municipio, sobre temas de salud sexual y reproductiva.

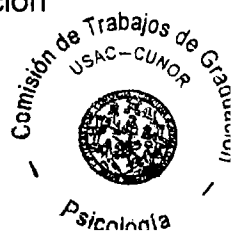
Incrementar el conocimiento del personal de la institución en temas relacionados principalmente con la salud mental y con los factores que inciden en la alta tasa de embarazos en adolescentes.

Realizar actividades de docencia dirigidas a la población de los municipios de San Fernando Chahal y Raxruhá, Alta Verapaz, con énfasis en la preservación de la salud mental y formación de estilos de vida que permitan conservarla.

2.2.2 Identificación de actividades realizadas

En el programa de docencia se realizaron actividades psicopedagógicas en los municipios de San Fernando Chahal, Raxruhá y Fray Bartolomé de las Casas, Alta Verapaz. A efecto de incrementar el conocimiento de personal de la institución y de las madres de familia, sobre las diversas psicopatologías que afectan a la población infantil y adolescente del municipio.

Las actividades dirigidas a los adolescentes se realizaron siguiendo los lineamientos de la institución por medio de los programas “Jóvenes emprendedores y Espacios amigables” estas se centraron en la prevención del embarazo en la adolescencia, la prevención de las infecciones de transmisión sexual, la prevención



del suicidio y las adicciones, prevención de la muerte materna, prevención de la violencia contra la mujer, anatomía y fisiología de los órganos sexuales, abstinencia sexual y autoestima.

Cabe mencionar que durante la realización de las actividades también se dio énfasis a las consecuencias psicológicas de los flagelos psicosociales que se pretenden minimizar. El programa se extendió a los grupos organizados de los municipios en donde se efectuaron las actividades, mismas que se ejecutaron en apoyo a los programas establecidos en la región por la institución Iniciativa Civil para la Democracia –INCIDE- y a los programas del Centro de Atención Permanente del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz.

Debido a que se encontró una incidencia de embarazos en adolescentes este tema fue abordado en 8 talleres con los siguientes temas: Abstinencia sexual (2) Prevención del embarazo en la adolescencia (3) sexualidad responsable (3) y 2 charlas con el tema Prevención del embarazo en la adolescencia.

Se finalizó esta fase de forma satisfactoria y se obtuvieron resultados positivos, ya que existió apertura por parte de los profesionales de la salud, de las madres de familia, y de los estudiantes, quienes mantuvieron actitud de participación, interés y aceptación de los temas presentados.

Como parte del programa de docencia se realizaron 26 charlas, 14 talleres y 1 capsula informativa. Se abordaron siguientes temas dirigidos a adolescentes: Prevención del embarazo en la adolescencia, sexualidad responsable, autoestima, anatomía y fisiología de los órganos sexuales, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, prevención del suicidio y

adiciones y abstinencia sexual. Con el personal de la institución se abarcaron los siguientes temas: Comunicación asertiva, síndrome de burnout, salud mental y atención humanizada (énfasis en atención de partos en adolescentes).

Entre los temas impartidos a los grupos organizados están: Violencia intrafamiliar, Prevención del Embarazo en la Adolescencia, Autoestima, Métodos Anticonceptivos (Mitos y Realidades) Sexualidad Responsable, Anatomía y Fisiología de los Órganos Sexuales, Violencia Contra la Mujer, Autoestima y Autocuidado durante el Embarazo, Prevención de la Violencia y Nuevas Masculinidades, Importancia del Apego, Salud Mental.

2.2.3 Metodología de intervención

Se tomó como base la teoría existencial humanista, que concibe al ser humano, como individuo dentro del ámbito social al que pertenece y da importancia al proyecto de vida, logrando con esto que las y los adolescentes tomaran conciencia de los beneficios de postergar el embarazo por medio de las siguientes modalidades de intervención grupal:

a. Charla

Conferencia o disertación acerca de un tema que se da en un ambiente familiar, distendido y ameno, sin la solemnidad o formalidad habituales.

b. Taller

Curso, generalmente breve, en el que se enseña una determinada actividad práctica o artística.



c. Capsula informativa

Segmento audiovisual mediante el cual se brinda una información de interés público, que permita mostrarle al receptor la significación de lo que se informa

2.2.4 Materiales Utilizados

Para la realización de las actividades del programa de docencia se utilizaron los siguientes materiales: Computadora, cañonera, impresora, fotocopias, papel periódico, cartulina, gafetes, papel iris, papel lino, formas impresas de control de asistencia, crayones, marcadores, pliegos de papel construcción, pegamento, folders, ganchos (ropa y folder), trifoliales, tijeras, perforador, engrapadora.

2.3 Otras actividades

Se brindó apoyo para organizar la carrera en conmemoración al día internacional de la mujer (8 de marzo) a el personal de la Municipalidad de Chahal y de la institución Iniciativa Civil para la Democracia –INCIDE-. De igual forma se colaboró para organizar la caminata en conmemoración del día mundial de la prevención del embarazo en la adolescencia (26 de septiembre).

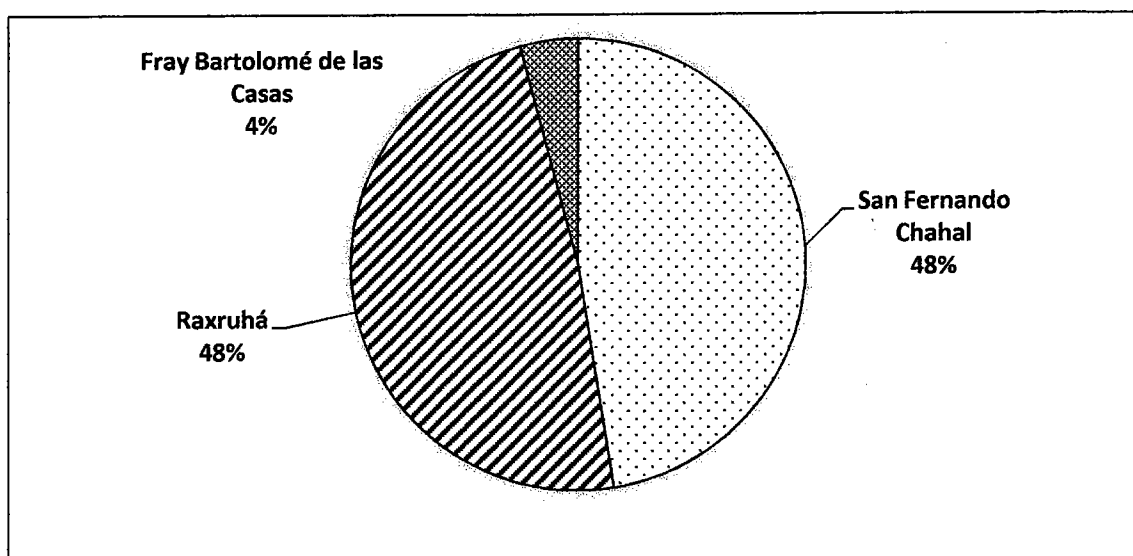
Se contribuyó a promover las medidas de prevención de las enfermedades transmitidas por vectores (Dengue, Chincuncuya y Zika), por medio de reproducir y entregar material impreso a las personas que participaban en las actividades de docencia, para que ellos tomaran las medidas necesarias en sus hogares. Además, se promocionó la Anticoncepción quirúrgica voluntaria- AQV- entre las mujeres en edad reproductiva que asistieron a las actividades de docencia, para que las interesadas se pudieran beneficiar de la jornada que se realizó en el municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz.

CAPÍTULO 3 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1 Programa de servicio

3.1.1 Resultado obtenidos

GRÁFICA 1 PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN SERVICIO



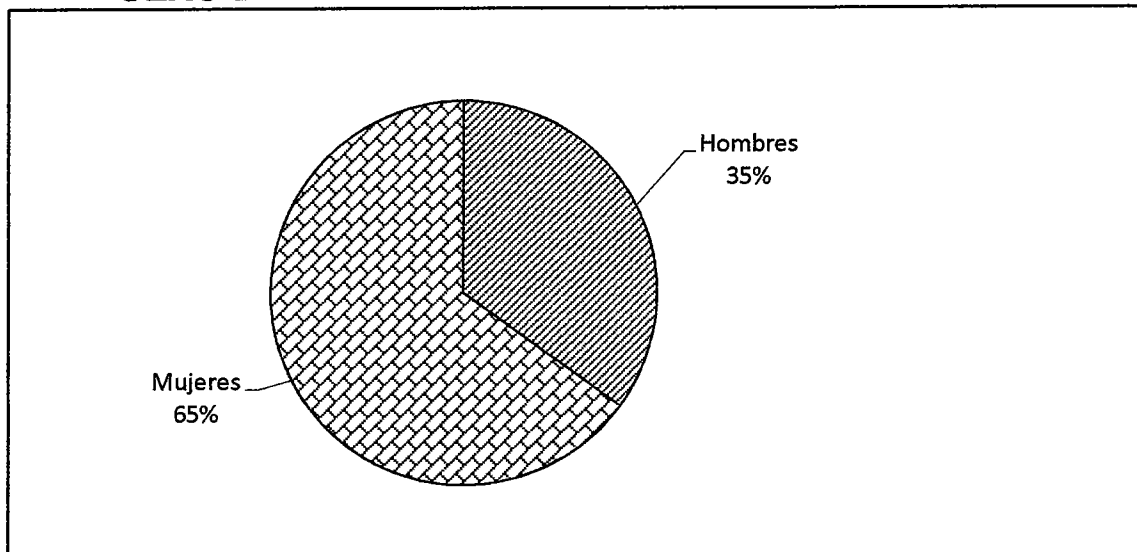
Fuente: Expedientes clínicos. Año 2016

Interpretación: Las personas que se beneficiaron del programa de servicio procedían en mayor porcentaje del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, donde se encuentra la unidad de práctica, con un porcentaje menos significativo procedían del municipio de Fray Bartolomé de la Casas, Alta Verapaz.

La relación que se estableció con el personal del CAP, propició el interés por la atención psicológica de los miembros de su familia que residen en otro municipio, se brindó la atención y se tomó en cuenta, las circunstancias de la familia (niño de 5 años afectado por separación de los padres, presentaba

alteración del patrón del sueño, pérdida del apetito y temor a ser obligado a vivir con su progenitora), se debe mencionar que el hospital de Fray Bartolomé de las Casas no contaba con psicólogo.

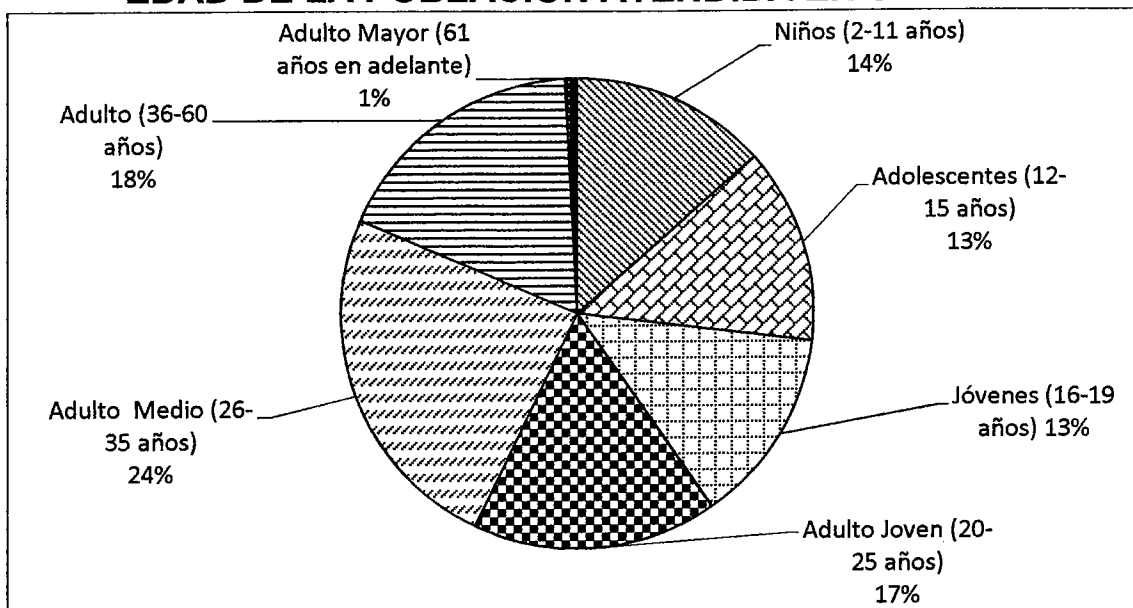
GRÁFICA 2
SEXO DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN SERVICIO



Fuente: Expedientes clínicos. Año 2016

Interpretación: Las mujeres se presentan con mayor frecuencia a solicitar atención en la institución, se infiere que esto obedece a que un alto porcentaje de las usuarias es ama de casa, por tal motivo están pendientes del estado de salud de sus hijos, así mismo acuden con frecuencia a los controles prenatales, en comparación con los hombres, la gráfica refleja que, en los casos atendidos durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado, el mayor porcentaje de alteraciones emocionales se presentó en las mujeres.

GRÁFICA 3
EDAD DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN SERVICIO

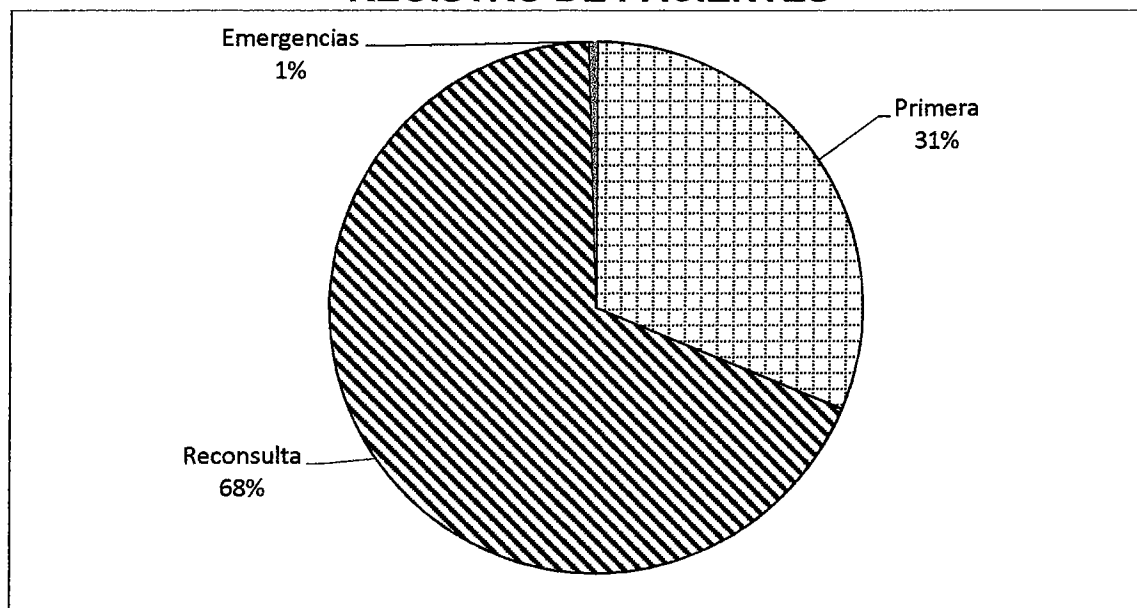


Fuente: Expedientes clínicos. Año 2016

Interpretación: Un porcentaje significativo de casos atendidos, fueron de edades comprendidas entre 36 y 60 años. Esto obedece a que los pacientes entre estas edades se encuentran frente a situaciones relacionadas con la pareja y la crianza de los hijos, ya que algunos de los pacientes se acercaron a la clínica a solicitar ayuda para sus hijas o hijos adolescentes, tras mostrarles que ellos también se beneficiarían de recibir atención psicológica, aceptaron iniciar el proceso, cabe mencionar que este grupo etario tiende a ser responsable, por lo que la asistencia a las citas fue constante y la participación en los procesos activa.

El porcentaje mínimo corresponde a la tercera edad a pesar de que las personas a esta edad presentan desequilibrios emocionales de etiología diversa, la poca credibilidad en los beneficios que las ciencias psicológicas pueden aportar al mejoramiento de su calidad de vida, impide que este grupo busque ayuda.

GRÁFICA 4 REGISTRO DE PACIENTES

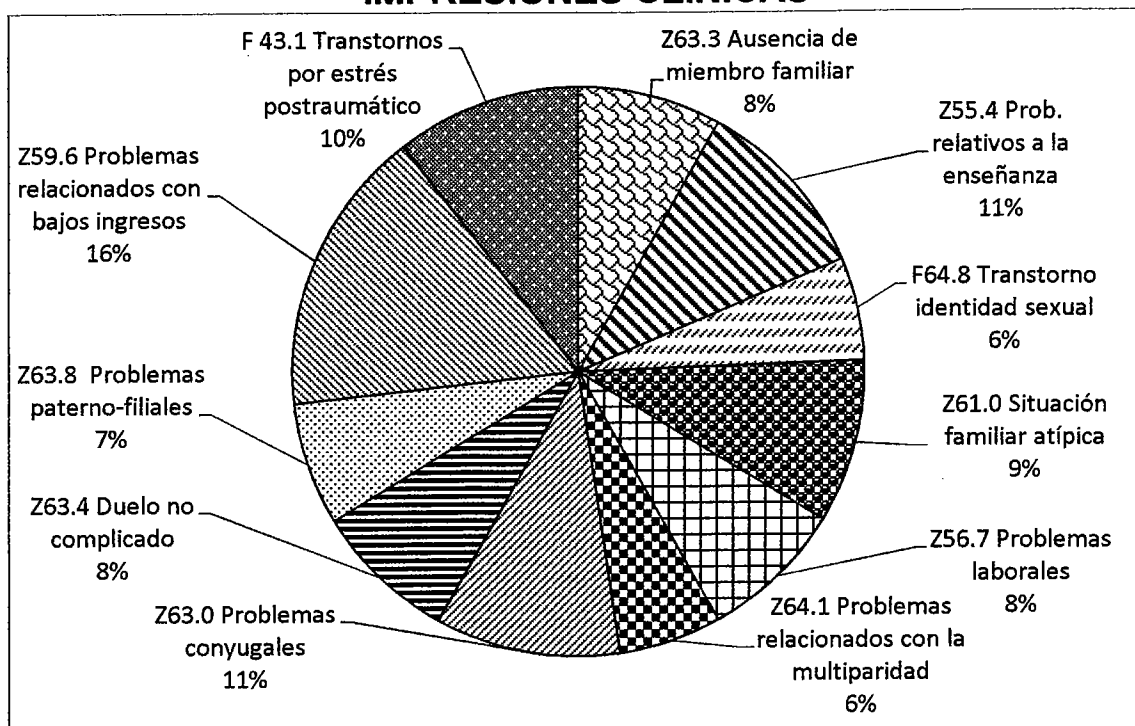


Fuente: Expedientes clínicos. Año 2016.

Interpretación: El mayor porcentaje de los casos atendidos 68% regreso para continuar con los procesos de intervención, por lo que las re consultas realizadas están arriba de la media, debido a que algunas personas referidas, viven en el área rural, se les dificulta asistir a las citas, por lo que se registran únicamente en la primera consulta 31%, posteriormente las primeras se convierten en re consultas, el que el porcentaje se haya duplicado refleja la constancia en la asistencia de aquellas personas cuyas circunstancias les permitieron continuar con el proceso de intervención.

Las emergencias representan el porcentaje mínimo 1% de la atención brindada, debido a que en ocasiones los casos de ingesta de insecticida o plaguicida, son referidos al hospital de Fray Bartolomé de las Casas, los casos atendidos permanecieron en la institución, hasta ser dados de alta por el personal de la misma.

GRÁFICA 5 IMPRESIONES CLÍNICAS



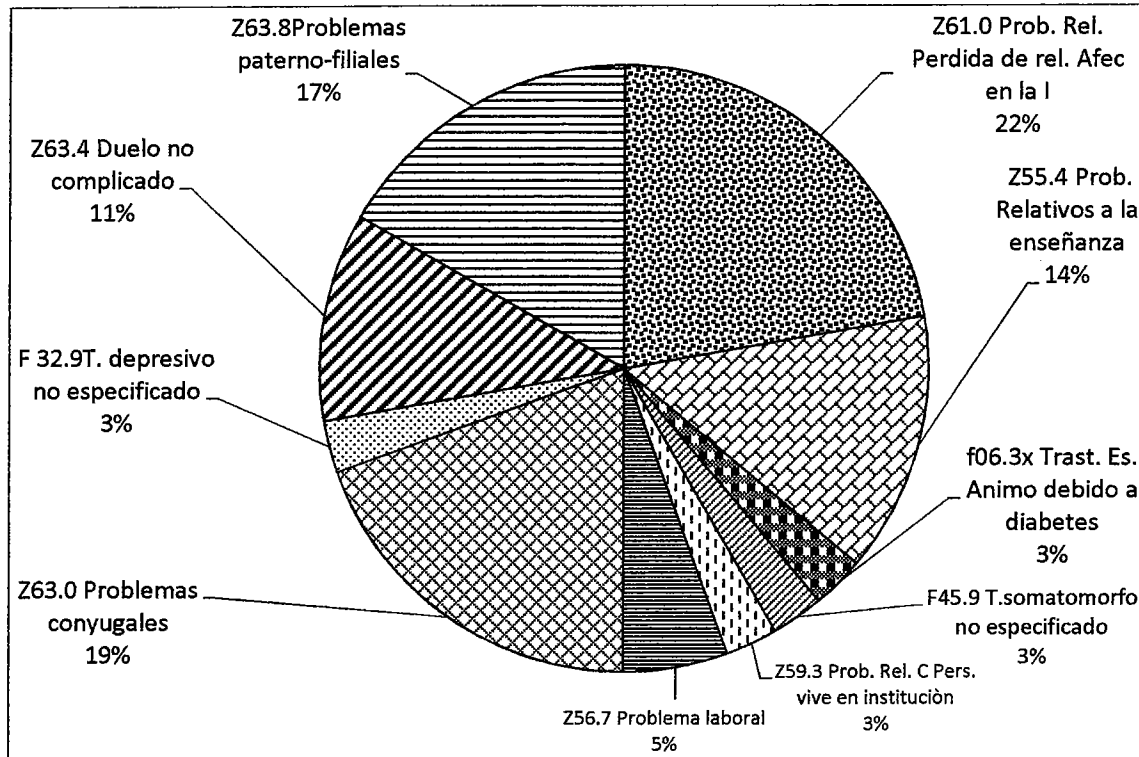
Fuente: Expedientes clínicos. Año 2016.

Interpretación: Durante la entrevista diagnóstica psicológica que tiene lugar en la mayoría de los casos en la primera sesión es factible la estructuración de una impresión clínica.

Entre los pacientes atendidos el mayor porcentaje de las mismas corresponde a problemas relacionados con los bajos ingresos, reflejando así que el bajo poder adquisitivo puede relacionarse con alteración de la emocionalidad, los porcentajes mínimos se encuentra en los trastornos que se desarrollan a nivel individual y en ocasiones de etiología biopsicosocial, entre estos el deseo sexual hipoactivo en la mujer, el trastorno somatomorfo, enfermedad del sistema digestivo, trastorno del estado de ánimo debido a diabetes y el trastorno depresivo no especificado, fueron agrupadas en otras impresiones clínicas.

Debido a que algunos pacientes suspenden el proceso de atención por diversas circunstancias no es factible determinar un diagnóstico, cabe mencionar que muchas personas no regresaron para continuar con el proceso debido a que residen en el área rural y se les dificulta asistir a la clínica 1 o 2 veces por semana.

**GRÁFICA 6
DIAGNÓSTICOS**



Fuente: Expediente clínicos. Año 2 016.

Interpretación: De acuerdo a los datos obtenidos por medio de la observación, revisión de ficha clínica, interpretación de las herramientas evaluativas utilizadas y las impresiones clínicas; se concretaron los diagnósticos, con el uso de los criterios establecidos en los manuales de clasificación DSM IV-TR y CIE-10.

La gráfica presenta una mayor incidencia en los problemas de relación: Problemas relacionados con pérdida de relación afectiva en la infancia, problemas conyugales, problemas relativos a la enseñanza, problemas paterno-filiales, que

Para el diagnóstico diferencial entre duelo normal y duelo patológico, se tiene en cuenta que el malestar sea mayor de lo esperado que traiga consecuencias significativas para la actividad social o laboral.

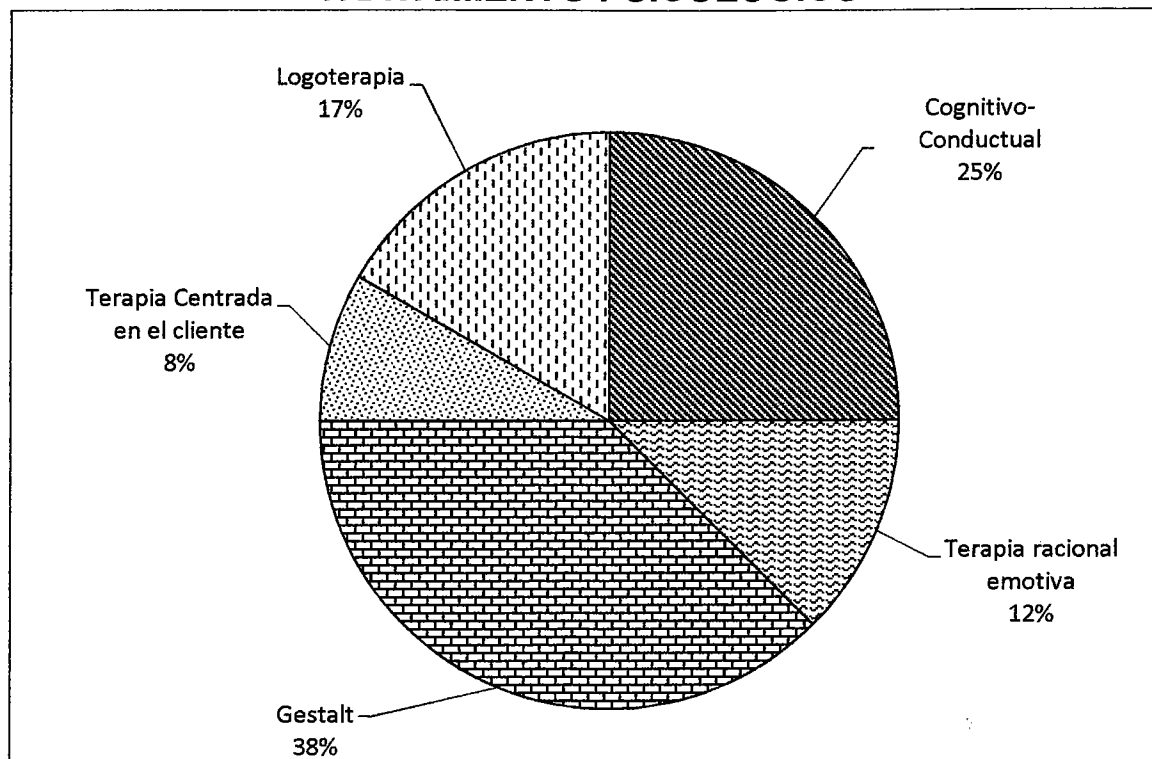
El trastorno somatomorfo no especificado, se trata de una categoría diagnóstica reservada para manifestaciones somáticas inexplicadas que no cumplen los criterios de ninguno de los trastornos somatomorfos específicos del DSM-IV TR.

En el caso del trastorno del estado de ánimo debido a diabetes (DSM IV TR), se estableció el diagnóstico tras constatar que la paciente cumplía con 4 de los 5 criterios diagnósticos: 1) Estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades. Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. 2) A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica. 3) La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica). 4) Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El trastorno depresivo no especificado, incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. (DSM IV TR).



GRÁFICA 7 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO



Fuente: Expedientes clínicos. Año 2016

Interpretación: Para el proceso psicoterapéutico, se aplicaron diferentes psicoterapias, cada una de ellas de acuerdo a la problemática encontrada, se observa que la de mayor incidencia es la terapia gestalt, debido que en su mayoría los pacientes atendidos presentaban problemas relacionados con la percepción de sí mismos (Z63.0), era necesario que modificaran conductas a través de la estimulación al consciente, que les permitiera darse cuenta de los recursos para conseguir su crecimiento, conservar la salud mental y ajustarse al entorno social.

En los casos donde la cognición se ve afectada por sucesos ocurridos en la infancia (Z61.0) se hace necesaria la utilización de técnicas cognitivo-conductuales, que como refleja la gráfica se utilizó con frecuencia significativa. La logoterapia que utiliza los recursos del espíritu y tiene enfoque futurista se utilizó con una frecuencia significativa (F32.9). Las creencias irracionales pueden asociarse a distorsiones conductuales (F45.9) por lo tanto se consideró necesaria

el uso de la terapia racional emotiva y la terapia centrada en el cliente (Z63.0), consiguiendo que los pacientes pudieran enfrentar sus temores, estas últimas con menos frecuencia.

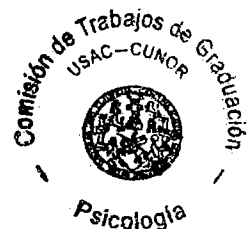
3.2 Programa de docencia

3.2.1 Resultados obtenidos

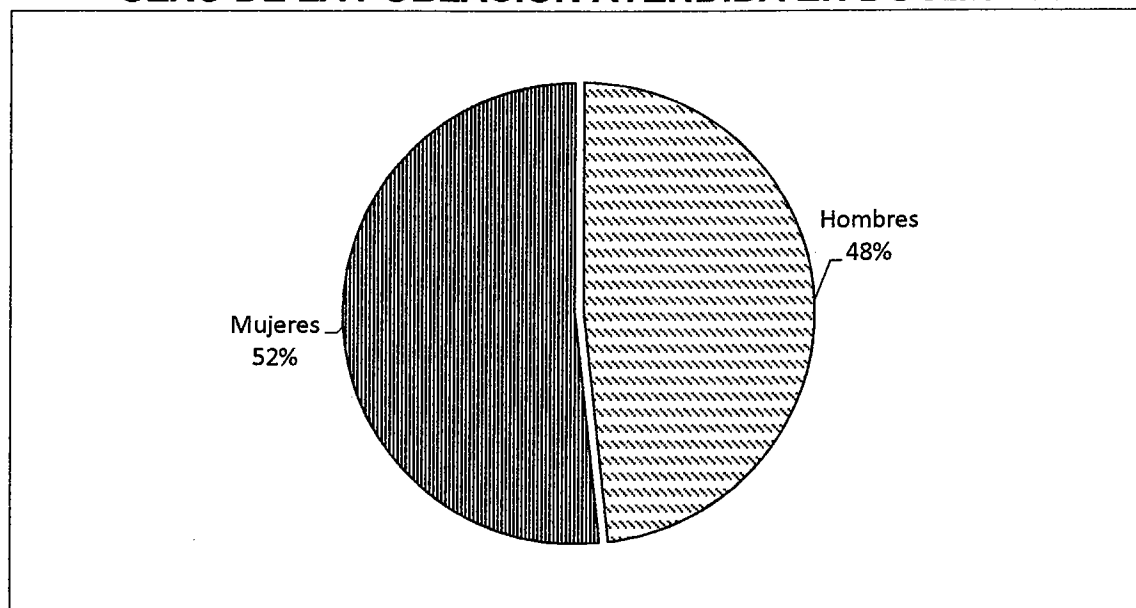
El programa de docencia consistió en la ejecución de talleres, charlas y capsulas informativas, con el objeto de contribuir a la estabilidad y desarrollo integral en la población que participó misma y que fue constituida por 584 hombres y 677 mujeres, no fue posible establecer el sexo de un total de 616 individuos, que participaron en charlas realizadas en los municipios de San Fernando Chahal y Raxruhá.

Debido a que los participantes no firmaron listado de asistencia, estas se ejecutaron en establecimientos educativos. Las actividades realizadas se enfocaron en la prevención de los flagelos psicosociales que afectan a los residentes de los 3 municipios ubicados en la región conocida como la Franja Transversal del Norte.

De esta forma, se consiguió intercambiar conocimientos, puntos de vista y experiencias que fortalecieron las necesidades encontradas en el desempeño laboral del personal de la institución, en el actuar cotidiano de las lideresas comunitarias, los estudiantes de los establecimientos de los niveles primario y medio, los adolescentes no escolarizados en el área rural y las mujeres en periodo de gestación.



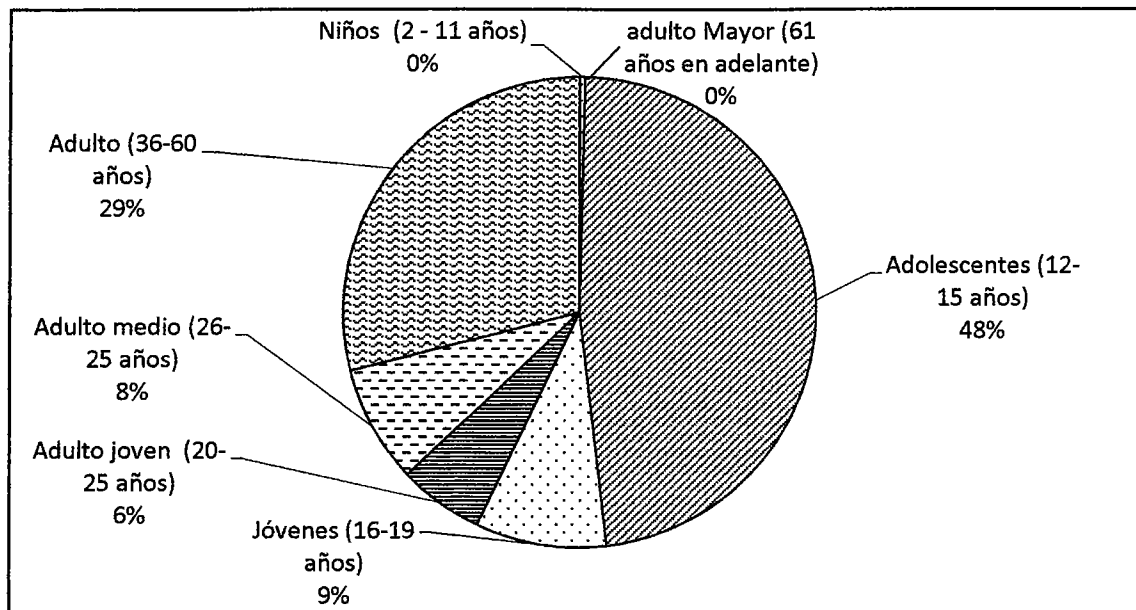
GRÁFICA 8
SEXO DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN DOCENCIA



Fuente: Trabajo de campo. Año 2016

Interpretación: El mayor porcentaje de los participantes en las actividades de docencia son mujeres, sin embargo, es significativo el hecho de que cerca del 52% de los participantes son hombres, esto obedece al entorno de la población atendida, ya que en los establecimientos educativos el porcentaje de hombres supera al de mujeres, sin embargo, en la comunidad se atendieron a los grupos organizados de mujeres únicamente. Debido a que en 2 actividades de docencia la asistencia fue masiva, no fue factible determinar el sexo de los participantes el número de los mismos ascendió a 616, se pudo percibir por observación de los grupos que el porcentaje mayor fueron hombres.

GRÁFICA 9 EDAD DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN DOCENCIA

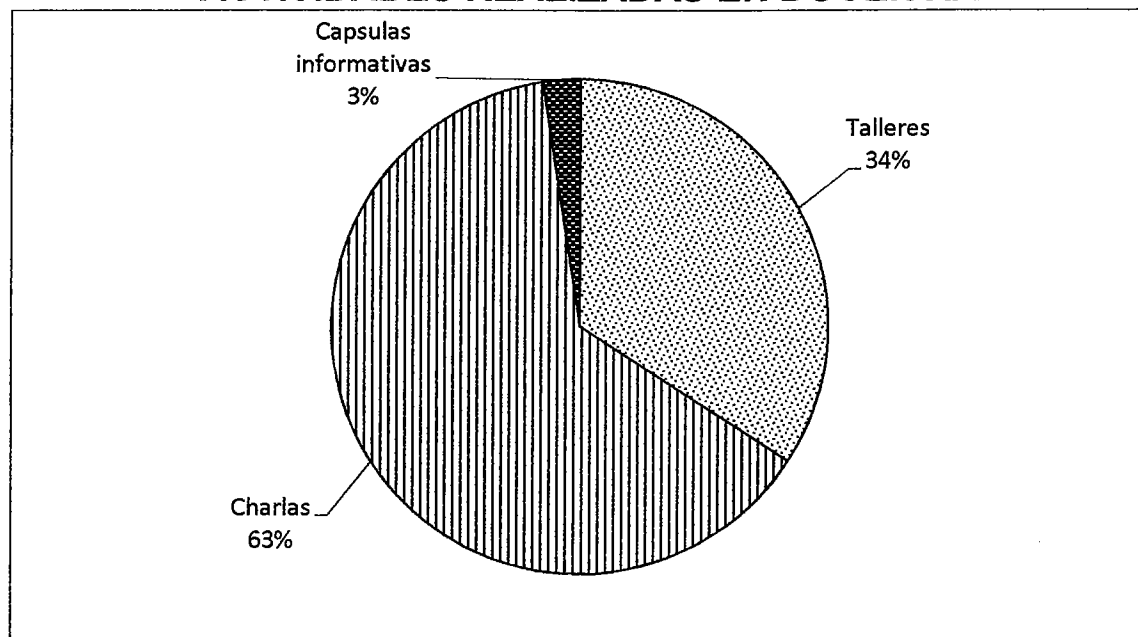


Fuente: Trabajo de Campo. Año 2016

Interpretación: La gráfica muestra que el porcentaje mayor de los participantes en el programa de docencia se encuentra en la adolescencia, esto es un indicativo del cumplimiento de lo solicitado por la unidad de práctica de dirigir las actividades a la población adolescente en los programas “Jóvenes Emprendedores y Espacios Amigables”. El 29 % de los participantes fueron adultos este grupo estuvo integrado en su mayoría por lideresas y líderes comunitarios, que asistieron a las actividades realizadas en apoyo a INCIDE.

Los adultos mayores representan el porcentaje mínimo, la participación de los mismos estuvo ligada a la selección de los temas por lo que la asistencia fue casi nula. No fue posible determinar el rango de edad de 281 estudiantes del Instituto Nacional de Educación Básica por Cooperativa de Raxruhá A.V. Debido a que no se llenó el formato de asistencia esto obedeció, a la solicitud del director del establecimiento de que en la actividad programada participaran todos los alumnos presentes en el establecimiento.

GRÁFICA 10 ACTIVIDADES REALIZADAS EN DOCENCIA



Fuente: Trabajo de campo EPS 2016

Interpretación: En el programa de docencia, las actividades ejecutadas fueron los talleres, las charlas y las capsulas informativas, que constituían parte de los programas realizados con una serie de actividades de conocimiento y motivación para los participantes. Dada la naturaleza de la institución y de los establecimientos educativos que se incluyeron, fue factible la realización de charlas en un porcentaje relevante, los talleres ejecutados se representan en un porcentaje significativo. La única cápsula informativa que realizó, fue con el objetivo de concientizar las usuarias que se encontraban en la institución en el día internacional de la mujer (8 de marzo) sobre la importancia de prevenir la violencia contra la mujer.

CAPÍTULO 4 DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Aspectos generales

4.1.1 Título

Factores de riesgo psicosocial que afrontan las adolescentes embarazadas, que solicitan atención en el Centro de Atención Permanente de San Fernando Chahal, Alta Verapaz.

4.1.2 Carrera Responsable

Psicología

4.1.3 Duración de la Investigación

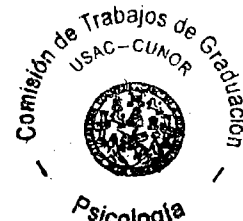
La investigación descriptiva se realizó del 01 de marzo de 2016 al 14 octubre de 2016.

4.1.4 Ubicación programática

En la presente investigación se identifican elementos técnicos, teóricos y metodológicos, establecidos por la Universidad de San Carlos de Guatemala.

4.1.5 Tipo de investigación propuesto

De acuerdo a la problemática presentada, se desarrolla una investigación cualitativa descriptiva, que permita exponer los hallazgos sobre el tema.



La investigación cualitativa tiene la peculiaridad que permite presentar todos aquellos atributos o características propias del fenómeno estudiado, permite presentar los resultados por medio de las descripciones interpretadas, bajo una observación, para analizar a profundidad los significados que puedan apropiarse la investigación, por lo que implica ciertas pautas establecidas dentro de la misma:

- a) Exploración y descubrimiento
- b) Contexto y la profundidad del problema planteado.
- c) Interpretación de la problemática y la investigación efectuada

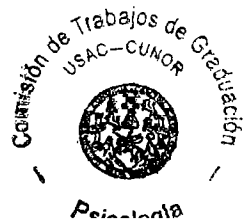
Esta técnica de investigación establece sus propias formas para abordarlas efectivamente, por medio de originar una indagación de la investigación para descubrir la problemática en sí, la que afecta a la sociedad.

4.1.6 Cronograma

**TABLA 1
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDAD	MES											
	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov		
Identificación y jerarquización de problemas	■											
Asesoría y revisión			■	■	■							
Elaboración del diseño		■	■	■	■							
Diseño de instrumentos												
Recolección y tabulación de datos						■	■	■				
Análisis e interpretación de resultados								■				
Conclusiones y Recomendaciones									■	■		
Redacción de informe										■	■	
Entrega de informe											■	■

Fuente: Elaboración propia. Año 2,016.



4.2 Aspectos específicos

4.2.1 Resumen

La presente investigación es de tipo cualitativa, descriptiva y de corte transversal, se realizó con una muestra de 10 adolescentes del total de la población de adolescentes embarazadas, que solicitan atención en distrito No. 11 del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz durante los meses de marzo a octubre del año 2016, se utilizó una herramienta para recolección de datos de 17 reactivos, que facilitó recolectar la información pertinente que permitiera la identificación de los factores relacionados a la edad, etnia, estado civil y nivel educativo, así como los antecedentes familiares y sociales.

Dentro de los resultados obtenidos, el 80 % de las participantes se encuentra en la adolescencia media comprendida entre los 15 a los 18 años, es relevante el bajo nivel educativo de las mismas, ya que un 50 % únicamente ha cursado algún grado del nivel primario, el lugar de residencia del 70 % es el área rural y el 70% pertenece a la etnia indígena, únicamente el 20 % se encuentra casada, el 80 % está en unión consensuada. Estos factores son un indicativo de que las adolescentes con bajo nivel educativo tienen tendencia a embarazos precoces.

En general, los datos obtenidos reflejan que los bajos niveles de conocimiento, la pobreza y el origen étnico son factores que influyen a aumentar el número de adolescentes embarazadas, que constituyen un grupo vulnerable. Por lo antes descrito se considera importante tomar en cuenta estos aspectos para la implementación de un plan educativo permanente que permita el fortalecimiento de

los factores protectores educación sexual, salud reproductiva y planificación familiar.

4.2.2 Planteamiento del problema

Los embarazos entre las adolescentes representan un problema de salud pública en Guatemala, un elevado porcentaje de los embarazos que se reportan a nivel nacional, se presentan en el departamento de Alta Verapaz.

Aunque existe un programa creado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con énfasis en atención al y la adolescente, sobre prevención del embarazo, los cambios no han sido notables, pues este problema aumenta cada vez más.

A efecto de conocer la repercusión que tiene un embarazo en la esfera psicosocial, de las adolescentes, que acuden a solicitar atención prenatal al Centro de Atención Permanente del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, donde los recursos son limitados, es imperativo abordar los factores de riesgo psicosocial, ya que muchas de las adolescentes de la región son forzadas por las presiones sociales y culturales a tener matrimonios tempranos y embarazos tempranos.

En línea con lo antes expuesto se realizó una investigación descriptiva que respondió al siguiente problema:

¿Qué factores de riesgo psicosocial afrontan las adolescentes embarazadas que solicitan atención en el Centro de Atención Permanente de San Fernando Chahal, Alta Verapaz?



El trabajo de investigación se realizó en el Centro de Atención Permanente del Municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, en los meses de marzo a septiembre de 2016, el tema a investigar es los factores de riesgos psicosocial que afrontan las adolescentes embarazadas del municipio.

Se contó para el efecto con el apoyo de la enfermera profesional que se encarga del encamamiento en la institución y de la auxiliar de enfermería, que registra las consultas y re consultas, que se realizan como parte del control prenatal, se pretende entrevistar a 10 adolescentes entre las edades de 13 a 19 años que se encuentren embarazadas y que estén recibiendo control prenatal. La epesista realizó el análisis de resultados a fin de poder describir los factores psicosociales, que afrontan las adolescentes embarazadas, se contará con la asesoría de la supervisora del Ejercicio Profesional Supervisado.

4.2.3 Justificación del estudio

Los embarazos en la adolescencia son algo común en el municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, la comunidad y las instituciones gubernamentales, no le han dado importancia a los factores psicosociales que influyen en la ocurrencia de los mismos. Según estudios realizados en Guatemala, es de relevancia el hecho de que los embarazos en adolescentes, se producen en un porcentaje mayor entre la población indígena, esto se constituyen un factor importante, ya que la memoria de labores 2015 del Centro de Atención Permanente del municipio, reporta que el 80 % de la población es indígena.

Es importante considerar que el municipio ocupa el octavo lugar en los índices de pobreza extrema a nivel nacional y el índice de

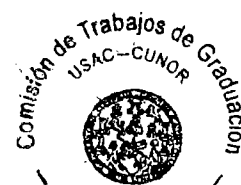


pobreza general es de 92.0% (SEGEPLAN/SINIT/2008). Numerosos estudios han mostrado que las adolescentes con bajo nivel económico, son las que están en mayor riesgo de maternidad precoz. En el municipio se han observado casos de adolescentes que antes de determinar la adolescencia tienen hasta tres niños, lo que lleva a pensar que la situación socioeconómica es un factor determinante de la edad en que quedan embarazadas.

Se considera que el bajo nivel académico de las adolescentes del municipio influye en la maternidad precoz, esto se evidencia por el hecho de que un elevado porcentaje de las niñas no reciben una educación, más allá de primaria y en muchos casos la primaria no se completa.

En el nivel primario existe una relación de 88 niñas por cada 100 niños, en el nivel básico 50 niñas por cada 100 niños y en el nivel diversificado 51 mujeres por cada 100 hombres. (SEGEPLAN 2010), esto niega el derecho de las niñas de tener acceso a la educación, de conocer sus derechos ante la ley, sus derechos a salud reproductiva. Las madres de familia son quienes deben instruir a sus hijas sobre sexualidad y maternidad, pero debido a que ellas mismas tienen poco o ningún conocimiento sobre estos temas, no pueden brindar una orientación adecuada a sus hijas.

El Centro de Atención Permanente está adecuado a la cultura de la población, desde el control prenatal de forma integral a la atención del parto con pertinencia cultural. Pero aun así existe resistencia por parte de las adolescentes para asistir al servicio y recibir control prenatal, este aspecto se intensifica cuando la adolescente queda embarazada sin casarse o sin estar unida a una pareja, en estos casos los padres esconden a su hija, debido a que esto se considera



motivo de vergüenza, lo que pone en riesgo a la adolescente, por no tener un control prenatal para la evaluación del desarrollo fetal.

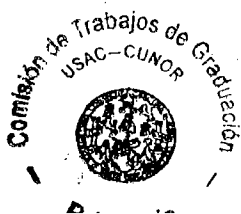
La institución provee educación sexual y acceso a métodos anticonceptivos para las y los adolescentes que han iniciado su vida sexual activa, sin embargo, las adolescentes únicamente utilizan los métodos anticonceptivos, después de haber dado a luz y cuando están casadas o unidas, cuando no lo están, no los utilizan lo que puede llevar a un segundo embarazo en la adolescencia.

Es alarmante la cantidad de embarazos en adolescentes que se reportan en la institución cada año, según registro de SIGSA 3 C/S, en el primer trimestre del 2016 se han reportado 165 adolescentes embarazadas, el rango de edad es de 11 a 19 años. Se estima que al finalizar el año 2016, se reportaran más de 600 embarazos en adolescentes.

En línea con lo antes expuesto, se considera necesaria y accesible la realización de un trabajo de investigación descriptivo que permita conocer los factores de riesgos psicosociales, a los que están expuestas las usuarias de la institución, entre las edades de 11 a 19 años, que reciben control prenatal.

La trascendencia del mismo radica en el hecho de que permitirá al personal de la entidad pública que les brinda el servicio, conocer los factores de riesgos, orientar con precisión e implementar estrategias que puedan contribuir a la disminución de los embarazos entre las adolescentes, ya que es un problema de salud pública no solo en el municipio, sino a nivel departamental y nacional.

La factibilidad del estudio está dada por el apoyo de las autoridades de salud pública del municipio, quienes permitieron el



acceso a la información. Es considerado novedoso porque en la actualidad no se ha realizado en la institución un estudio relacionado con el elevado porcentaje de embarazos en adolescentes que se reportan anualmente en la institución.

4.2.4 Marco Teórico

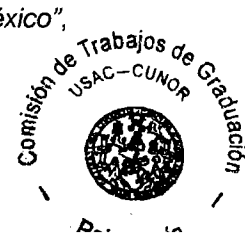
a. Embarazo en la adolescencia

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad (comienzo de la edad fértil) y el final de la adolescencia. El término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen (Issler2001).

“La adolescencia es la transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales y que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos. Abarca aproximadamente el lapso entre los 11 y 19 o 20 años”.⁶

En su teoría del desarrollo social Erikson define la adolescencia como un periodo determinante para la formación de la identidad. En esta etapa los adolescentes deben transformarse en personas por derecho propio en individuos responsables de su propia vida y que saben quiénes son. La

⁶ Diane E. Papalia, Sally Wendkosods y Ruth Duskin Felman. “Desarrollo Humano. México”, McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. de C.V. 2009 Página 354.



principal tarea del desarrollo durante la adolescencia es remediar el conflicto entre alcanzar su propia identidad y evitar el esparcimiento de la misma.

La adolescencia se divide en tres etapas: Adolescencia temprana (10 a 13 años): En esta etapa ocurren grandes cambios biológicos y funcionales que inician con la menarca, el apego a los padres disminuye, los púberes empiezan a establecer amistad con jóvenes de su misma edad y sexo, se preocupan por los cambios físicos, la apariencia, no controlan sus impulsos y son incapaces de establecerse metas claras.

Adolescencia media (14 a 16 años): En esta etapa el desarrollo somático y el crecimiento están casi completos, en esta etapa comparten al máximo con amigos de su edad, estandarizando los valores y los problemas familiares.

La experiencia y la actividad sexual inician en esta etapa, asumen conductas de riesgo, se preocupan al máximo por la apariencia física y por estar a la moda.

Adolescencia tardía (17 a 19 años): En esta etapa los cambios físicos son insignificantes, aceptan su imagen corporal, se acercan de nuevo a sus padres y demuestran una perspectiva más adulta, establecen relaciones románticas estables, sus amistades dejan de ser lo más importante y establecen metas reales.

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad (comienzo de la edad fértil) y el final de la adolescencia. El término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad

jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen (Issler 2001).

b. Causas

1) Factor Sociocultural

La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual y cambios demográficos que afecta por igual los diferentes niveles socioculturales, se relaciona con los siguientes factores:

2) Valor cultural

Mientras que en muchos países en desarrollo la condición social de la mujer está determinada por el matrimonio y la maternidad, en países desarrollados se han establecido altos estándares de cumplimiento social y económico para ella.

Falta o deficiencia de una educación con respecto a la vida sexual y reproductiva.

En muchos países esta educación no se realiza desde los primeros años de la escuela o desde otros ámbitos como la familia y la comunidad.

3) Falta de Información y de servicios

Los adolescentes por lo general cuentan con poca información sobre los temas de reproducción y sexualidad y

acceso restringido –ya sea por razones económicas y/o culturales- a los servicios de salud reproductiva y a los métodos de planificación familiar.

4) Diferencia de edades en las relaciones sexuales

Un estudio de 1992 del estado de Washington de 535 madres adolescentes encontró que el 62 por ciento de las madres habían sufrido abusos o habían sido violadas por hombres de una edad promedio de 27 años.

Este estudio encontró que las madres adolescentes habían sufrido abusos incluso antes del inicio de la actividad sexual y habían tenido relaciones sexuales con numerosas parejas de más edad, por lo que habían estado expuestas a más riesgos y de forma más frecuente.

Estudios realizados por el Population Reference Bureau y el Centro Nacional para Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics) reveló que cerca de dos tercios de los niños nacidos de mujeres adolescentes en los Estados Unidos son engendrados por hombres adultos de 20 años o más (Males, Chew 1996).

5) Migración

Ocurre cuando los jóvenes se trasladan a las ciudades en busca de trabajo o con motivo de continuar los estudios superiores, es factor determinante en estos casos la pérdida del vínculo familiar.



c. Factor Socioeconómico

1) Bajo nivel educativo

Debido a que no se tiene un proyecto de vida, que impulse a alcanzar un determinado nivel educativo que requiera posponer la maternidad hasta la edad adulta. Es más probable que una joven con un nivel medio- alto adopte una prevención efectiva del embarazo.

Las madres más educadas tienen menos niños, con una menor probabilidad de embarazo en la adolescencia o la incidencia de embarazos no deseados (Rosenzweig y Schultz, 1985). Además, la educación superior se relaciona con el deseo de una familia de menor tamaño (Schultz 1993). Lam y Duryea (1999) demostraron que el efecto de la escolarización en la fecundidad es negativo y particularmente fuerte en los niveles de educación inferiores en Brasil.

Merrick (1989) y Martine (1995) llegaron a la misma conclusión. Consistentemente con la explicación de suministro de mano de obra femenina de Becker, el costo de oportunidad de la maternidad es mayor para las mujeres más educadas (Birdsall 1988; Schultz 1993). Merrick (1989) y Martine (1995) asocian la disminución de la tasa de fecundidad en Brasil durante el crecimiento económico de la década de 1960 y 1970 principalmente al aumento de la educación de las mujeres y su participación en el mercado laboral.



2) Pobreza

En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo.

La pobreza se asocia con altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, países económicamente pobres, como Nicaragua en América, Níger en África y Bangladesh en Asia y, tienen un número mayor de madres adolescentes en comparación con países económicamente más ricos. En el Reino Unido alrededor de la mitad de todos los embarazos de menores de 18 años se produce en el 30% más pobre de la población (Besharov, Gardiner 1997).

d. Factor psicosocial

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfunciones, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud y educación, con el consecuente mayor riesgo de que se presenten embarazos en adolescentes.⁷

1) Violencia y abuso sexual

Las adolescentes, sobre todo las menores de 15 años, pueden vivir en relaciones de sometimiento y abuso que les impiden tener relaciones sexuales consensuadas.

⁷ Ibid. Pág. 13.

Influencia de los medios de comunicación y de estereotipos sociales idealizados que modelan conductas que exacerban los impulsos sexuales y asocian el ejercicio precoz de la sexualidad con el prestigio social y el poder.

2) Sociedad Represiva

Considera al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. La sexualidad inactiva, es considerada una virtud, acepta la sexualidad únicamente con fines procreativos. Las manifestaciones de sexualidad se convierten en fuentes de temor, angustia y culpa. La castidad prematrimonial es impuesta.

3) Sociedad Restrictiva

Limita la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se sugiere la castidad prematrimonial, dándole al hombre cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo. Es considerada la sociedad más común en el mundo.

4) Sociedad permisiva

La sexualidad es ampliamente tolerada, con mínimas prohibiciones formales como la homosexualidad. Admite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es común en los países desarrollados.

5) Sociedad alentadora

En este tipo de sociedad el sexo es importante y vital para la felicidad. Se considera que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Estas sociedades son comunes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

6) Menarca Temprana

La madurez reproductiva se presenta cuando los adolescentes aún no manejan las situaciones de riesgo. Inicio precoz de relaciones sexuales, cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

7) Ambiente en la infancia

Las mujeres expuestas al abuso, la violencia doméstica y los conflictos familiares en la infancia tienen más probabilidades de quedar embarazadas en la adolescencia y el riesgo de quedar embarazada aumenta con el número de experiencias adversas en la infancia. Los investigadores señalan que "la disfunción familiar tiene consecuencias duraderas y desfavorables para la salud de las mujeres durante la adolescencia, la edad fértil, y más allá." (Anda, Felitti, Chapman 2001).

También se ha indicado que las niñas cuyos padres abandonaron a la familia cuando ellas eran pequeñas tuvieron mayor tasa de actividad sexual temprana y de embarazo adolescente. Las niñas cuyos padres abandonaron a la familia más tarde tuvieron menor tasa de actividad sexual temprana. Las tasas más bajas de actividad sexual y embarazo se encuentran en las niñas cuyos padres estuvieron presentes durante toda su infancia (Ellis 2003).⁸

Las familias monoparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia consciente, con buen diálogo entre padres-hijos. Su ausencia genera creencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsando a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

e) Consecuencias:

Alvarado e Infante (2010) identifican las consecuencias del embarazo adolescente de mayor presencia a nivel global:

1) Mortalidad materna

Entre los 10 y 15 años, los embarazos se consideran de alto riesgo, además son más frecuentes las complicaciones que pueden ocasionar la muerte durante el parto.

⁸ *Ibíd.* Pág. 37.

2) Mortalidad infantil

Los niños de madres adolescentes en condiciones de pobreza tienen mayor probabilidad de morir durante los primeros cinco años de vida. Embarazo no deseado o no planeado, que puede conducir al rechazo y/o maltrato hacia el bebé.

3) Aborto

El aborto ilegal, que se lleva a cabo en condiciones inadecuadas, suma sus efectos al riesgo de mortandad materna. También existe la probabilidad de trastornos por estrés postraumáticos secundarios a un aborto, principalmente cuando existen problemas previos (depresión, ansiedad, conflictos familiares o con la pareja y otros) así como baja autoestima, violencia de género o trastornos de personalidad.

4) Infecciones y enfermedades de transmisión sexual

Cada año, a nivel mundial, una(o) de cada 20 adolescentes puede adquirir una infección de este tipo. Su incidencia se asocia a la falta de asistencia a los centros de salud, al acceso a medios de protección, a mitos y creencias y a la falta de conocimiento informado.

5) Matrimonios o uniones forzadas

Las premisas morales o religiosas en muchas sociedades urbanas y rurales discriminan a la madre soltera, así que las



adolescentes se ven obligadas a casarse o unirse para evadir el rechazo social y familiar.

Tensiones familiares e individuales, tanto en varones como en mujeres, limitaciones económicas, desajuste en la organización familiar, rechazo familiar, dificultad para consolidar una relación de pareja, dificultad para integrarse a grupos de pares que aún no han contraído compromisos de adultos.

6) Bajo promedio de escolaridad

El promedio escolar de las madres trabajadoras adolescentes es el equivalente al tercer año de educación media, motivo por el cual, les es difícil encontrar trabajo bien remunerado y competitivo.

7) Deserción

Muchas adolescentes que se convierten en madres interrumpen su educación formal de forma permanente por circunstancias individuales, como matrimonio infantil o presiones de la familia o la comunidad, o porque las escuelas prohíben la asistencia de embarazadas o les prohíben que regresen después de tener a su bebé (Pandayet al., 2009; citado en UNFPA, 2013a).

El Estudio de Jara (2008) en varios países latinoamericanos confirma que, entre adolescentes sin educación, el porcentaje de las que son madres o están embarazadas es mayor al de aquellas con algún nivel de educación.

8) Psicosociales

A menor edad también serán menores las posibilidades de aceptar el embarazo y de criar al niño, al tener la obligación de cumplir con el papel de madre a edades tempranas. Una adolescente no transita a la adultez por el simple hecho de estar embarazada, ella seguirá siendo una adolescente que tendrá que hacerse cargo de un hijo. Las jóvenes de 10 a 13 años suelen tener grandes temores frente al dolor y a los procedimientos invasivos y generalmente el parto es muy difícil debido a que pierden el control con facilidad.

En estos casos, lo ideal es que sean atendidas por personal profesional sensitivo y capacitado para esta labor, que pueda acompañarlas y contenerlas y que les explique de manera clara y concreta todo el proceso por el que están pasando, para reducir el estrés de la embarazada.

Las adolescentes de 14 a 16 años pueden adoptar una actitud de omnipotencia y manifestar que no le temen a nada. Generalmente en este grupo de edad, las chicas están más preocupadas por los cambios que está sufriendo su cuerpo y por el interés que despiertan a su alrededor con su embarazo, que por lo que les puede pasar.

Es común que exhiban sus vientres y es clásico que manifiesten ¡a mí no me va a pasar!, condiciones todas que dificultan su preparación para la maternidad, tomando la crianza inmediata como un juego. Sin embargo, los problemas aparecen después, cuando tienen que hacerse cargo del niño todo el tiempo y abandonar su estilo de vida

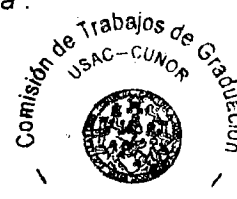
anterior al embarazo. En estos casos, al igual que en el anterior, el soporte familiar con el que cuenten, así como el trabajo de los equipos de salud que las acompañen fungirán, si son positivos, como factores protectores.⁹

En el ámbito social, el embarazo en adolescentes y los problemas asociados a él presentan tipologías distintas según el sector social en el que se manifiesten. En el nivel rural generalmente conduce a uniones tempranas y los problemas que se presentan generalmente son de orden biológico, como desnutrición y un malo o nulo control prenatal o de deficiente calidad y problemas económicos.

En el nivel suburbano las consecuencias son deserción escolar, económicos, uniones conyugales inestables que presentan frecuentemente violencia intrafamiliar, abortos provocados, mala atención del embarazo y del parto. A nivel urbano popular, el embarazo en una adolescente es considerado como un evento inesperado que restringe las ambiciones de progreso familiar.

En el nivel medio-medio y medio-alto, la problemática que el embarazo en adolescentes presenta esta mediada principalmente por las aspiraciones que tienen los padres de familia de este nivel a lograr que sus hijos terminen la universidad, así como el hecho de que la dependencia de los jóvenes se prolonga hasta muy avanzada la tercera década de la vida.

⁹ A.M. Chávez Galindo. *“Estudio diagnóstico nacional sobre el rezago educativo que presentan las madres jóvenes y las jóvenes embarazadas en relación con la educación básica”*. México. CRIM-UNAM. 2010 página 5.

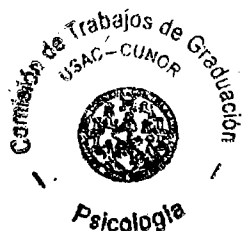


Por lo tanto, cuando éste ocurre, tiene un significado de accidente y generalmente termina en abortos inducidos, algunas veces sin claro consentimiento de la adolescente o en uniones tempranas no siempre satisfactorias para la joven pareja, a costa de prolongar la dependencia de su familia (OMS).

En la mayoría de los casos, independientemente del nivel social del que proceda la adolescente embarazada, la asistencia al control prenatal se inicia cuando la situación del entorno familiar empieza a estabilizarse, lo que generalmente ocurre de la mitad del embarazo hacia adelante. El que la adolescente reciba tardíamente una adecuada atención médica, es un factor que agrava aún más, la condición de riesgo durante la gestación, la cual en sí misma ya se encuentra comprometida.

Por otro lado, a nivel individual, para la adolescente el embarazo puede significar varias cosas: comprobar su fertilidad; considerar a ese hijo como algo que le pertenece, que la va querer y a quien va a querer como ella misma no fue querida; como una salida a una situación que ya no tolera, que puede ser un ambiente de abuso de cualquier tipo o la expresión de una condición no resuelta, como por ejemplo la muerte de alguno de los padres o su divorcio o como una salida hacia la vida cuando la adolescente presenta enfermedades crónicas.

“Sea cual fuere la situación individual o grupo social al que pertenece la joven, un embarazo en la adolescencia implica repercusiones biológicas, sociales, económicas y psicológicas que clasifican la situación como de muy alto riesgo. Esto amerita que sea visualizado desde una



perspectiva integral considerando a la familia, a la sociedad, los medios de comunicación, el sector salud y educativo, entre otros".¹⁰

f. Comportamiento sexual adolescente

Además de la práctica sexual deseada y consentida pero practicada sin métodos anticonceptivos también existen comportamientos sexuales no deseados por los adolescentes que pueden contribuir a incrementar los embarazos no deseados. Así, un estudio de la Kaiser Family Foundation en adolescentes de EE. UU.

Concluyó que el 29% de los adolescentes se sintieron presionados a tener relaciones sexuales, el 33% de los adolescentes sexualmente activos creían que mantenían una relación en las que "las cosas se movían demasiado rápido en el aspecto sexual" y el 24% declaraba que había "hecho algo sexual que realmente no quieren hacer"(Henry 2005).

El consumo de drogas y medicamentos que han mostrado evidencias en su vinculación con el embarazo de adolescentes son: alcohol, y anfetaminas, (incluyendo -éxtasis-). Las anfetaminas son ampliamente prescritas para el tratamiento de TDAH (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad). Los países con las tasas más altas de prescripción de las anfetaminas a los adolescentes también tienen las tasas más altas de embarazo en la adolescencia (Henry 2005).

¹⁰ S. Donas Durak, "Adolescencia y Juventud en América Latina". Costa Rica. Libro Universitario Regional. 2001. Página 4



g. Actitud frente al embarazo en las diferentes etapas de la adolescencia

1) Etapa de la adolescencia temprana

- Incidencia más elevada de trastornos emocionales y negación patológica.
- El foco de preocupación es su propio cuerpo y la separación de la madre, en muchas adolescentes el embarazo es la respuesta contra fóbica a la dependencia (nunca satisfecha) misterioso.

2) Etapa de la adolescencia media

- Establecimiento de la identidad y de la feminidad. Es característica la marcada comprensión con la madre.
- El embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, durante esta etapa es frecuente el gran vaivén de los estados de ánimo, de la depresión (se siente aislada, rechazada, no querida) pasa a la euforia (dinámica, querida, popular). El embarazo, por ende, puede ser visto el mismo día como una amenaza peligrosa o como una oportunidad que brindará madurez y oportunidades.

3) Etapa de adolescencia tardía

- Absorbida por el tema de las relaciones interpersonales, a menudo el embarazo es un intento de consolidar la intimidad y de atar al novio.

- Es la etapa de la consolidación de la identidad y para algunas adolescentes eso se logra con la integración en el rol de la madre joven, estrechamente ligado a factores culturales.

h. Toma de decisiones

La adolescencia constituye una etapa en la que aumenta la toma de decisiones sobre el futuro, los amigos, la universidad, con quien tener una cita, el sexo, comprar un carro, etc. Según algunos estudios los adolescentes de más edad son más eficaces que los más jóvenes, quienes por su parte toman decisiones de forma más eficaz que los niños (Keating, 1990) si los comparamos con los más niños los adolescentes más jóvenes suelen tener opiniones, analizar una situación desde diferentes perspectivas, anticipar las consecuencias y plantearse la credibilidad de la fuente de información.

"Poseer capacidad para tomar decisiones eficaces no significa que está capacidad se emplee en la vida diaria, un contexto en el que también influye la amplitud de la experiencia que se posea. Así, por ejemplo, la formación para aprender a conducir mejora las habilidades cognitivas y motoras de los adolescentes hasta alcanzar niveles similares o incluso superiores a los adultos".¹¹

¹¹Santrock John W. *"Psicología del desarrollo. El Ciclo Vital"*. Madrid, McGraw-Hill Interamericana de España S.A.U. 2006 Página 413



i. Aspectos éticos

La sociedad adulta considera el embarazo de la adolescente de diferentes maneras, dependiendo del grupo al que pertenece la adolescente. Esta variación oscila de la aceptación, con un elemento de aprobación, un tipo de paso a la edad adulta, a la condena y al rechazo.

Con frecuencia la respuesta es ambivalente y contradictoria dentro de un ambiente de silencio y de crítica. Los valores basados en normas culturales y creencias religiosas afectan la respuesta emocional de la familia, de esto se observa una mezcla de resignación y de fatalismo por un lado y de rabia, por otro lado. En este contexto, son poderosos los argumentos que se esgrimen de deshonra de la familia y de pecado.¹²

j. Modelo Médico

El modelo médico ha sido utilizado para prevenir y dar atención a la embarazada adolescente. Este destaca el problema como si su razón fuera única: relaciones sexuales sin protección, por lo tanto, los programas que entregan anticonceptivos son desarrollados como la solución. Este método establece estrategias como si el embarazo de la adolescente fuera solamente un problema del aparato reproductivo. Algunos investigadores consideran el modelo médico es incompleto y erróneo.

El embarazo de la adolescencia está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se

describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad, y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga.

Las estrategias de salud reproductiva de la Organización Mundial de la salud analizan las principales barreras para la promoción de una buena salud reproductiva en la adolescencia, y una de ellas es la falta de políticas efectivas y programas adecuados, así como la falta de participación juvenil en las actividades de promoción.¹³

Dentro del grupo de edad fértil la adolescente embarazada muestra una frecuencia mayor de complicaciones durante el embarazo y el parto que las madres adultas. Esa condición, aunada al alto riesgo de mortalidad perinatal y de bajo peso al nacimiento causa preocupación en los países de las Américas. En Costa Rica y Cuba se ha determinado el nivel de riesgo del embarazo durante la adolescencia, que se ha reflejado en la asignación de recursos y prioridades dentro del programa nacional de atención materna.

No obstante, la acción más efectiva y de verdadero impacto en cuanto a mejorar las condiciones futuras sociales y de salud del adolescente y reducir la mortalidad perinatal y el bajo peso al nacimiento, es la prevención del embarazo. Muchos países han decidido prevenir esos embarazos por medio de

¹³ Arely Lucrecia Ramos Escobar. "Perfil clínico y epidemiológico de la mujer adolescente con embarazo no deseado en el departamento del Petén estudio descriptivo prospectivo transversal realizado en mujeres adolescentes embarazadas que consultaron a los centros de salud del departamento del Petén durante los meses de octubre del 2001 a enero 2002". Tesis médica y cirujana. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala: Facultad de Ciencias Médicas, 2002



programas de planificación de la familia y de educación sexual. También se han llevado a cabo algunas actividades como las de Santiago, Chile que ofrecen métodos anticonceptivos a las adolescentes después del parto.

Sin embargo, el mayor éxito no ha sido la prevención del embarazo, sino la disminución de los nacimientos. Mientras los Estados Unidos ha disminuido su tasa de fecundidad en el grupo menor de 19 años, ha aumentado la tasa de embarazos, lo mismo que la tasa de abortos del mismo grupo de edad.

Por lo general, los países que han tenido un impacto en la disminución del embarazo entre adolescentes comparten las siguientes características: aumento del número de clínicas de planificación familiar que ofrecen servicios gratuitos o a bajo costo para las adolescentes, esos servicios se ofrecen a toda la población, no solo a los sectores de bajos ingresos.

Clínicas especiales para los adolescentes, que mantienen relaciones con las escuelas y brindan servicios confidenciales de planificación familiar como parte de los servicios de salud y una política liberal de información en forma de publicidad sobre el uso de anticonceptivos, todo esto se resume en una política nacional clara, dirigida a ayudar a los jóvenes sexualmente activos a evitar el embarazo.¹⁴

En los Estados Unidos a partir de 1980, la preocupación de la comunidad científica y de las instituciones dedicadas a la atención de las adolescentes llevó a desarrollar programas con una variedad de enfoques dirigidos a mejorar la atención para

¹⁴ *Ibíd.*

la adolescente embarazada y sus hijos. La mayor parte de esos programas han sido orientados primero a prevenir el embarazo durante la adolescencia.

El programa que ha tenido más éxito en los últimos años es el *School-Based Clinics*. Un programa que se ha ejecutado en varias ciudades de los Estados Unidos dirigido a reducir el número de embarazos en las adolescentes.

El programa contempla la prestación de servicios clínicos generales, planificación familiar y exámenes prenatales. Los programas de atención prenatal ofrecen además atención especializada para la mujer embarazada, apoyo psicológico, educativo en nutrición, atención médica, apoyo social y educativo. En algunas ciudades los programas de educación tienen como objetivo que la mujer no pierda el año de escuela, ya que se ha determinado que las adolescentes que continúan sus estudios corren menos riesgo de quedar embarazadas de nuevo.

En varias ciudades de América Latina se ha puesto en práctica un enfoque asociado con las universidades, para ofrecer atención a las adolescentes como parte de los programas para las mujeres embarazadas en general y en clínicas de atención para adolescentes. Todos esos programas pioneros representan un paso cualitativo en la atención de salud de la adolescente embarazada.

En Guatemala existe un programa Nacional Materno Infantil, creado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1998, con énfasis en la mujer adolescente. El



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como ente rector de las acciones de salud en el país, ha realizado una reestructura interna para satisfacer la demanda de servicios preventivos y curativos en forma organizada y sistemática a través de implementar un nuevo modelo de atención que constituye un punto de partida para lograr un impacto adecuado en las condiciones de salud.

El programa tiene como estrategia central la educación permanente, tomando en cuenta el conjunto de características, sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas, económicas propias de la población en forma diferenciada como enfoque de género, tanto a nivel institucional como comunitario desde un enfoque que favorezca las acciones de fomento y autoridades de la salud, prevención de enfermedades de acuerdo a perfil epidemiológico y a las condiciones locales.¹⁵

Más recientemente, la literatura económica sobre los procesos de toma de decisiones hace hincapié en las interacciones sociales como factores determinantes. Debido a las interacciones sociales, las decisiones individuales no son independientes. (Manski, 2000).

Los individuos muestran una tendencia a interactuar con otras personas con características similares y tienden a tomar decisiones que se ajustan a ese escenario (Marsden, 1988; Akerlof y Kranton, 2000; López-Calva, 2002; Cooley, 2010). El

¹⁵Azevedo, Favara, Haddock, López-Calva, Muller, Perova. "Embarazo Adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos". Washington D.C. Estados Unidos de América. 2012. Página 54

embarazo adolescente se relaciona no solo con los niveles de pobreza y educación sino también con las dimensiones culturales importantes de la salud.

Existe evidencia empírica sobre el impacto de las influencias sociales sobre la fecundidad (Behrman et al. 2002; Behrman et al. 2009; Kohler et al. 2001). En particular, algunos estudios han investigado el impacto de la influencia social en la fecundidad en (i) grupos étnicos o religiosos en los países en desarrollo (Manski y Mayshar, 2003), zonas geográficas o barrios (Bloom, et al. 2008), lugares de trabajo (Hensvik y Nilsson, 2010; Ciliberto et al., 2010) y familias (Kuziemko, 2006).

En otras palabras, los estereotipos y las normas sociales podrían desempeñar un papel crucial en esta decisión. Considerando que en algunos lugares tener un bebé se convierte en un medio para mejorar su estatus social y garantizar el respeto de la comunidad, en otros puede crear un estigma, especialmente cuando ello implica tener sexo fuera del matrimonio. Es más probable que el estigma de quedar embarazada ocurra en un contexto en el que la incidencia de embarazos adolescentes es baja.

Donde es más común quedar embarazada a una edad temprana, también es más probable ser socialmente aceptada y, por lo tanto, el costo de actuar de esta manera es menor. Evidencia de la investigación cualitativa en Ecuador respalda la idea de que, en algunos casos, ser madre joven también puede aumentar el control de las mujeres sobre sus vidas y puede dar un "propósito" y un rol dentro de la sociedad. En la

sección de factores de riesgo a continuación, se examina la función de los estereotipos y las normas sociales.¹⁶

4.2.5 Objetivos

a. General

Describir los factores de riesgo psicosocial que afrontan las adolescentes embarazadas, que solicitan atención en el Centro de Atención Permanente de San Fernando Chahal, Alta Verapaz.

b. Específicos

Identificar las características socioeconómicas de las adolescentes embarazadas, que solicitan atención en el Centro de Atención Permanente de San Fernando Chahal, Alta Verapaz.

Explicar la dinámica psicosocial de la maternidad, en las adolescentes embarazadas, en el Centro de Atención Permanente de San Fernando Chahal que solicitan atención, Alta Verapaz.

Determinar las consecuencias psicosociales, que afrontan las adolescentes embarazadas, que solicitan atención en el Centro de Atención Permanente de San Fernando Chahal, Alta Verapaz.

4.2.6 Elementos de estudio

La investigación de carácter cualitativa descriptiva que se realizará orientada a los siguientes elementos de estudio: Factores de riesgo psicosociales, características socioeconómicas, dinámica

psicosocial de la maternidad y consecuencias psicosociales que afrontan las adolescentes embarazadas del municipio. La muestra es no probabilística e intencional.

4.2.7 Metodología

a. Cualitativa

El enfoque cualitativo, a veces referido como investigación naturalista, fenomenológica, interpretativa o etnográfica, es una especie de "paraguas" en el cual se incluye una variedad de concepciones, visiones, técnicas y estudios no cuantitativos (Grinnell, 1997). Sus características más relevantes son:

El investigador plantea un problema, pero no sigue un proceso claramente definido. Sus planteamientos no son tan específicos como en el enfoque cuantitativo. El enfoque cualitativo, utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación.

Se utiliza primero para descubrir y refinar preguntas de investigación (Grinnell, 1997). Bajo la búsqueda cualitativa, en lugar de iniciar con una teoría particular y luego "voltear " al mundo empírico para confirmar si esta es apoyada por los hechos, el investigador comienza examinando el mundo social y en este proceso desarrolla una teoría coherente con lo que observa que ocurre con frecuencia denominada teoría fundamentada (Esterberg, 2002).



Dicho de otra forma, las investigaciones cualitativas se fundamentan más en un proceso inductivo (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas). Van de lo particular a lo general.

Por ejemplo, en un típico estudio cualitativo, el investigador entrevista a una persona, analiza los datos que obtuvo y saca algunas conclusiones; posteriormente, entrevista a otra persona, analiza esta nueva información y revisa sus resultados y conclusiones; el mismo modo, efectúa y analiza más entrevistas para comprender lo que busca. Es decir, procede caso por caso, dato por dato, hasta llegar a una perspectiva más general.

En la mayoría de los estudios cualitativos no se prueban hipótesis, estas se generan durante el proceso y van refinándose conforme se recaban más datos o son un resultado del estudio.

El enfoque se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados. No se efectúa una medición numérica, por lo cual el análisis no es estadístico. La recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos).

También resultan de interés las interacciones entre individuos, grupos y colectividades. El investigador pregunta cuestiones generales y abiertas, recaba datos expresados a través del lenguaje escrito, verbal y no verbal, así como visual, los cuales describe y analiza y los convierte en temas, esto es, conduce la indagación de una manera subjetiva y reconoce sus tendencias personales. (Todd, Nerlich y McKeown, 2004).

Debido a ello, la preocupación directa del investigador se concentra en las vivencias de los participantes tal como fueron (o son) sentidas y experimentadas (Sherman y Webb, 1988). Patton (1980, 1990) define los datos cualitativos como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones.

Existen diversos marcos interpretativos como el interaccionismo, la etnometodología, el constructivismo, el feminismo, la fenomenología. La psicología de los constructos personajes, la teoría crítica, etc., que se incluyen en el paraguas cualitativo.

“Dentro del enfoque cualitativo existe una variedad de concepciones o marcos de interpretación, como ya se comentó, pero en todos ellos hay un común denominador que podríamos situar en el concepto de patrón cultural (Colby, 1996), que parte de la premisa de que toda cultura o sistema social tiene un modo único para entender situaciones y eventos.

Esta cosmovisión, o manera de ver el mundo, afecta la conducta humana. Los modelos culturales se encuentran en el centro del estudio de lo cualitativo, pues son entidades flexibles y maleables que constituyen marcos de referencia para el actor social, y están contruidos por el inconsciente, lo transmitido por otros y por la experiencia personal.”¹⁷

En el enfoque descriptivo el propósito del investigador es describir situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos

¹⁷ Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio. “*Metodología de la Investigación*”. México McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. de C.V. 2006. Págs. 8-9



buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se encontró.

El proceso de la descripción no es exclusivamente la obtención y la acumulación de datos y su tabulación correspondiente, sino que se relaciona con condiciones y conexiones existentes, prácticas que tienen validez, opiniones de las personas, puntos de vista, actitudes que se mantienen y procesos en marcha. Los estudios descriptivos se centran en medir los explicativos en descubrir. El investigador debe definir que va a medir y a quienes va a involucrar en esta medición.

La investigación cualitativa descriptiva, se enfocará en los siguientes elementos de estudio: Características socioeconómicas de las adolescentes embarazadas, dinámica psicosocial de la maternidad, en las adolescentes embarazadas, efectos psicosociales que afrontan las adolescentes embarazadas. La muestra es no probabilística e intencional.

4.2.7 Técnicas utilizadas en el proceso de la investigación

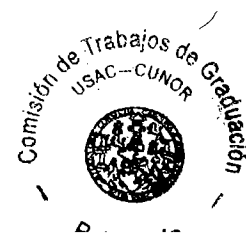
a. Observación participante

Técnica de observación utilizada en las ciencias sociales y en las naturales, sobre todo en la antropología, en donde el investigador comparte con los investigados (objetos de estudio según el canon positivista) su contexto, experiencia y vida cotidiana, para conocer directamente toda la información que poseen los sujetos de estudio sobre su propia realidad, o sea, pretender conocer la vida cotidiana de un grupo desde el interior del mismo.

b. Encuesta de preguntas mixtas

Es aquella que solicita una respuesta libre, permite al participante dar respuestas de mayor profundidad, sin embargo, también posee preguntas cuyas alternativas de respuesta han sido delimitadas de antemano, se utiliza cuando la información que pueden proporcionar las preguntas cerradas es insuficiente.

El instrumento se conformó de 2 secciones la primera destinada para los datos de las adolescentes que participaron, que incluyó edad, estado civil, número de embarazos, escolaridad, ocupación, religión y grupo étnico. En la segunda sección se plantearon preguntas abiertas y de respuesta predeterminada que permitieron el análisis del entorno familiar y social, el nivel socioeconómico.



c. Entrevista en profundidad

La entrevista es la técnica más empleada en las distintas áreas del conocimiento. En un sentido general, se entiende como una interacción entre dos personas, planificada y que obedece a un objetivo, en la que el entrevistado da su opinión sobre un asunto y, el entrevistador, recoge e interpreta esa visión particular.

Cuando se habla de entrevista, con frecuencia se identifica en una técnica de investigación estructurada como las encuestas de actitud o de opinión y los cuestionarios. Sin embargo, cada vez más se va utilizando la entrevista en profundidad, también conocida como cualitativa, no estructurada, abierta o no estandarizada.

En la metodología cualitativa, la entrevista en profundidad se entiende como los encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y el entrevistado, que tienen como finalidad conocer la opinión y la perspectiva que un sujeto tiene respecto de su vida, experiencias o situaciones vividas.

d. Instrumentos para registro y medición

- 1) Guía de observación participante aplicada a adolescentes embarazadas en el Centro de Atención Permanente de San Fernando Chahal, Alta Verapaz.
- 2) Boleta de encuesta de enfoque mixto dirigida a 10 adolescentes embarazadas que solicitaron atención en el Centro de Atención Permanente de San Fernando Chahal, Alta Verapaz.

- 3) Entrevista en profundidad dirigida a la Enfermera Profesional encargada de encamamiento.

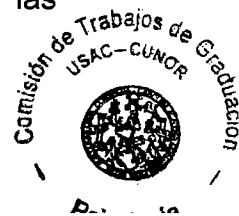
e. Recolección de datos

Se realizó observaciones participantes en el área de labor y parto y en encamamiento, previamente se solicitó la autorización de forma verbal de las adolescentes y del personal de turno. Se aplicó encuesta individual a 10 adolescentes embarazadas, que aceptaron responder a la misma de forma voluntaria y en anonimato.

Se entrevistó a la enfermera profesional encargada de encamamiento, se consideró que ella era la persona idónea para proporcionar información, pues ella atiende partos, supervisa la atención de los mismos, realiza ultrasonidos, coordina las referencias al hospital de Fray Bartolomé de las Casas, en la sala situacional y en las reuniones de personal, da las recomendaciones sobre la atención a adolescentes, ya que los embarazos en adolescentes son considerados de alto riesgo, ella hace énfasis en la importancia de la atención que se presenta a solicitar los servicios de las institución.

f. Análisis e interpretación de datos

Se recurrió al uso de un cuadro de vaciado de datos (obtenidos por medio de la encuesta), posteriormente se codificó la información obtenida en categorías que concentraban las ideas, los conceptos y los temas similares, entre estos los datos biográficos, las relaciones familiares, el contexto sociocultural y la condición socioeconómica de las



participantes. La fase interpretativa requirió la conversión de los datos relevantes a porcentajes que permitieran mostrar la incidencia de los factores analizados, constituyéndose en la base para la fase descriptiva, junto a los datos obtenidos por medio de la entrevista a profundidad y las observaciones realizadas.

4.2.9 Resultados esperados y su impacto

Para la realización del proceso de investigación sobre los factores psicosociales que afrontan las adolescentes embarazadas que asisten al Centro de Atención Permanente –CAP- del Municipio de San Fernando Chahal Alta Verapaz, se utilizó una encuesta, en la que se obtuvo información de 10 adolescentes embarazadas, la misma consta de 17 reactivos con enfoque mixto, los cuales proyectaron resultados que coinciden con las estadísticas a nivel nacional y con estudios realizados en países latinoamericanos.

El 80% de las adolescentes que participaron reportaron que iniciaron su vida sexual activa durante la adolescencia media entre 15 y 18 años, lo cual demuestra que las jóvenes comprendidas en esta edad tienen tendencia a embarazarse, los resultados muestran que esta tendencia se intensifica por la falta de educación sexual y los factores del entorno familiar.

La alta tasa de embarazos en adolescentes es una preocupación a nivel nacional y en los países latinoamericanos, el objetivo de la presente investigación es la identificación de las características socioeconómicas de las adolescentes embarazadas, la dinámica psicosocial en la maternidad y los efectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. A través de la tipificación de los factores

relacionados a la ubicación geográfica, la edad, el estado civil, el nivel educativo y la procedencia étnica.

Se encontró que el 80 % de las participantes es de condición socioeconómica baja, esto se determinó considerando que el salario percibido por los convivientes y los progenitores de las participantes es menor al salario mínimo, su nivel de escolaridad es primario y no cuentan con una fuente de ingresos que provenga de actividad comercial.

El embarazo en la adolescencia ha sido considerado un problema de salud pública desde hace mucho tiempo, en 1990 el teórico Klein mencionó que cada año más de un millón de adolescentes en el mundo se embarazaba y de ellas 30,000 eran menores de 15 años y en su mayoría estos embarazos eran no planificados. Según la Organización Mundial de la Salud-OMS- hay un alto nivel de la fecundidad adolescente, que entre 1990 y 2005 pasó de 70 a 90 niños nacidos vivos por mil mujeres entre 15 y 19 años de edad.

Estudios realizados en Guatemala, Colombia y México indican que la media de la edad para el inicio de las relaciones sexo genitales fue de 15 años con un rango entre 11 y 16 años. Los hallazgos de la investigación muestran que el 50 % de las participantes tienen una educación primaria incompleta. En lo que respecta a otros estudios realizados en Guatemala, se ha demostrado que existe una relación inversa entre el nivel de escolaridad y la aparición de embarazos en adolescentes. Este factor concuerda con el hecho de que el 100 % de las participantes son amas de casa. Esto puede deberse a factores de índole cultural, económico y social.



Las adolescentes que fueron participantes del actual estudio, cuando dan a luz generalmente se dedican por completo a la atención de su hijo o hija y por lo tanto no se dan la oportunidad de continuar estudiando para convertirse en personas económicamente productivas, por lo que es probable que continúen siendo amas de casa el resto de su vida. Esto limita sus oportunidades y perpetua la dependencia emocional y económica de los padres, los resultados muestran que el 40 % de las participantes viven con los padres, el 20% con los padres del conviviente, lo que señala que la dependencia emocional y económica de las participantes es significativa puesto que ascendió a un 60 %.

Un hecho que resulta de esta problemática es que el 80% de las adolescentes embarazadas pertenecen a las comunidades del área rural del municipio y un 20 % se encuentran en el área urbana del municipio de San Fernando Chahal. En el área rural, es común que las adolescentes constituyan pareja a una edad más temprana debido a sus propias costumbres y esto también puede vincularse a que el 70% pertenece a la etnia indígena. Los resultados también evidencian que del 90 % de las participantes las progenitoras y las hermanas inician su vida en pareja antes de terminar la adolescencia.

En los municipios de Alta Verapaz, la diferencia entre contextos geográficos es significativa, las adolescentes que residen en el área urbana tienen más posibilidad de adquirir un empleo y de continuar estudiando, ahora las que residen en el área rural debido a que los poblados son más pequeños y no cuentan con las mismas oportunidades además los y las adolescentes están expuestos a la influencia de las personas adultas de ambos sexos.

Sin embargo, la tendencia a ser madre soltera es menor en el área rural los resultados muestran que el 80 % se encuentra en una unión consensuada. La observación realizada permitió constatar que las parejas de las adolescentes también se encuentran en la adolescencia.

La presión social de los estratos bajos y las necesidades económicas son condicionantes que favorecen la decisión de las adolescentes de formar pareja ya que el 80% reportó que formar una pareja es una decisión propia.

Como se mencionó las adolescentes atienden a sus hijos ya sea en unión libre o en compañía de padres de familia u otro recurso familiar idóneo, muchas de ellas no han tenido orientación sexual, los padres de familia no poseen información, por analfabetismo y por sus propios intereses; debido a que muchos de ellos se desarrollan en trabajo de campo como cultivos, albañilería, entre otros y además no existe una planificación familiar por lo que procrean familias de diez a doce hijos, cantidad que no les permite brindar el espacio considerable para atender las necesidades de cada uno de sus hijos.

Por otro lado los escasos recursos económicos, la ausencia objetivos de vida en las adolescentes (Estudios superiores, trabajo, adquisición de propiedades, etc.) los cuales se encuentran latentes pero relegados a otro plano y restan atención a las necesidades afectivas de sus hijas, quienes manejan una especie de dinámica psicosocial de la maternidad en un estilo de encapsulamiento de emociones y sensaciones, viven este aspecto como natural haciendo a un lado su emocionalidad y aceptando como parte de su momento de vida el hecho de concebir un hijo, aunque sea a temprana edad.



En relación a los efectos psicosociales que atraviesan las adolescentes quienes presentan embarazos, se encuentran hallazgos como, madres solteras, abandono de niños, desnutrición dentro de los problemas de salud y otros, dentro de los indicadores emocionales se tiene dificultades de conducta, rebeldía, conformismo, baja estima, apatía social, entre otros. Sin embargo, todo ello es considerado normal en el contexto de la población objetivo.

El análisis de la información permitió la identificación de los siguientes factores de riesgo psicosocial: Bajo nivel socioeconómico, deserción escolar, desconocimiento del uso de métodos anticonceptivos, aceptación del rol de madre a temprana edad, entorno familiar y social que las alienta a embarazarse durante la adolescencia.

Los resultados obtenidos serán de utilidad para la institución considerando que los hallazgos de la muestra, pueden ser generalizados al resto de las adolescentes que acuden a la misma. Entre los beneficios que obtendrá la institución se puede señalar que podrán poner énfasis en la educación sexual que se brinda a las adolescentes, se considera factible el mejoramiento del programa existente y esto se puede lograr por medio de enfocar en las y los adolescentes del área rural, las actividades de información, comunicación y educación que se realizan en el municipio por el personal asignado.

El programa de planificación familiar puede dirigirse a las adolescentes que han tenido más de un embarazo, se encontró que las participantes, no utilizan métodos anticonceptivos antes del primer embarazo, esto puede tener su origen en los factores de índole cultural, la modificación de un patrón cultural implica la acción de

muchos entes sociales, por lo que los cambios, aunque factibles no son a corto plazo. Sin embargo, las instituciones de salud pública, cuentan con los recursos para iniciar los cambios y lograr que se disminuyan los embarazos adolescentes.

La mayoría de las participantes se encuentra en una relación de pareja, se considera que, con la orientación adecuada por parte del personal de la institución, se puede lograr que se retrase un segundo o tercer embarazo, durante la adolescencia de quienes acudieron al servicio en su primer embarazo.

4.2.10 Publicaciones y divulgación

Para la efectiva publicación y divulgación de los resultados finales de esta investigación, se utilizarán las siguientes estrategias: Redacción e impresión de los hallazgos y de los conceptos relacionados con los mismos, procediéndose a hacer entrega de una copia del informe a la Unidad de Práctica en este caso a la Unidad de Salud Mental de la Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz DASAV, una copia a la coordinación de la carrera de Psicología.



4.3 Estrategia

4.3.1 Presupuesto

**TABLA 2
PRESUPUESTO**

No.	Insumos	Costo Total
1.	Transporte extra urbano y urbano Chahal – Cobán	Q. 600.00
2.	Renta equipo de cómputo (Internet y estructuración)	Q. 300.00
3.	Tinta de impresiones	Q. 250.00
4.	Impresiones y encuadernados ejemplares	Q. 650.00
5.	Materiales adicionales para las sesiones de trabajo	Q. 250.00
6.	Fotocopias de los materiales a utilizar en la investigación	Q. 250.00
7.	Hoja de papel bond	Q. 200.00
TOTAL		Q.2,500.00

Fuente: Elaboración propia. Año 2,016.

4.3.2 Recursos empleados en la investigación

Entre los recursos humanos se estable que intervinieron en la ejecución de la investigación lo siguiente: Supervisora del Ejercicio profesional Supervisado, Directora del Centro de Atención Permanente de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, 2 Enfermeras dentro del Centro de atención permanente del Municipio de San Fernando Chahal de Alta Verapaz, 10 Adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Atención del Municipio de San Fernando Chahal de Alta Verapaz y estudiante epesista.

CONCLUSIONES

1. Se evidenció en base de las observaciones y entrevistas individuales efectuadas, durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado, que los contextos individual, grupal y familiar de los usuarios del Centro de Atención Permanente del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz y del Centro de Salud del municipio de Raxruhá ,Alta Verapaz se ven afectados a consecuencia de las situaciones conflictivas que viven día a día, entre las más relevantes: La violencia intrafamiliar, la falta de recursos económicos, el hacinamiento en las viviendas, el bajo nivel de escolaridad y la multiparidad entre otros.
2. Se estructuró y ejecutó un programa de atención a los usuarios que permitió el fortalecimiento de aptitudes y destrezas para el equilibrio emocional a 78 mujeres y 42 hombres, para hacer un total de 120 pacientes, entre las edades de 5 a 75 años, que recibieron atención psicológica individual. Algunos usuarios mostraron intransigencia al proceso psicoterapéutico al inicio del programa, el número de personas atendidas denota que a pesar de que los usuarios desconocían los beneficios que podían obtener de la atención clínica, la resistencia se minimizó y permitió que se establecieran bases para la aceptación de la ayuda psicológica entre personas del área rural, cuya cultura no fomenta la necesidad de recibir ayuda profesional en caso de sufrir desequilibrio emocional.



3. Se implementó un programa de orientación psicológica que permitió el establecimiento de un grupo de adolescentes que se beneficiaron de participar en charlas y talleres cuya temática fue orientada a la prevención del embarazo en la adolescencia y promoción de estrategias que permitan la conservación y mejora de la Salud Mental, a través de la estrategia de espacios amigables de la Unidad de Salud Mental del Área de Salud de Alta Verapaz.
4. Se identificaron los siguientes factores de riesgo psicosocial que afrontan las adolescentes embarazadas: el que las mujeres de su familia se embaracen antes de terminar la adolescencia, el bajo nivel socioeconómico, que es resultado de que los progenitores y los convivientes de las mismas obtienen ingresos inferiores al salario mínimo, el 80 % de las participantes no tiene una educación más allá de la primaria, el desconocimiento del uso de métodos anticonceptivos y la aceptación del papel de ama de casa, lo que limita sus posibilidades de adquirir un empleo remunerado o iniciar una actividad comercial.
5. Se determinó que dentro de las consecuencias psicosociales que afrontan las adolescentes embarazadas, se puede mencionar: aceptar el rol de madre a temprana edad, deserción escolar, temor al dolor y a los procedimientos invasivos durante el parto, dependencia emocional, bajos ingresos económicos, uniones conyugales inestables o forzadas a causa del embarazo, entorno familiar y social que las alienta a embarazarse durante la adolescencia.

RECOMENDACIONES

1. Integración de las acciones institucionales en salud del municipio, con temas relacionados a la salud sexual y reproductiva, la conservación de la salud mental, el fortalecimiento de los lazos familiares, formando a individuos de todas las edades, para que sean inclusivos del cambio social y de bienestar familiar, que propicie el desarrollo integral de los participantes.
2. Promoción de la atención psicológica comunitaria, a efecto de reducir el desinterés de la población objetivo hacia los conflictos psicosociales y psicosomáticos, lo cual puede ser erradicado a través del abordaje de atención psicológica, primero a nivel comunitario y luego conforme la población se sensibiliza motivándoles para comprender la importancia de la atención individual.
3. Se considera necesario recomendar a la Unidad de Salud Mental del Área de Salud de Alta Verapaz, la continuidad de los programas “Jóvenes Emprendedores y Espacios Amigables”, para expandirse a la mayor cantidad de establecimientos localizados en el área rural y en su idioma materno, por medio de alianzas estratégicas con docentes y representantes comunitarios, estos últimos pueden coordinar actividades con adolescentes no escolarizados.
4. A las autoridades del Centro de Atención Permanente del Municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, se les recomienda impulsar el cumplimiento del programa de Planificación Familiar, creado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a nivel de Puestos de Salud, que incluya conseje-

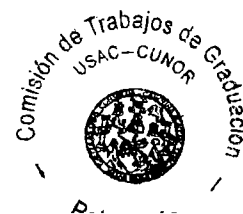


ría para que logre suplir los vacíos del seno familiar y la oferta de servicios de planificación familiar a las adolescentes que soliciten atención en los mismos, a efecto de minimizar los factores de riesgo entre las adolescentes embarazadas, evitando de esta manera un segundo o tercer embarazo antes de que lleguen a la edad adulta.

5. Ante la realidad sociocultural y lingüística del departamento de Alta Verapaz y con el objetivo de que los profesionales de Psicología, estén en capacidad de brindar atención a la población monolingüe, se recomienda a la coordinación de la carrera de psicología considerar como parte del pensum de estudios el aprendizaje del idioma maya Q'eqchi' para optimizar y mejorar la atención que se brinda durante el Ejercicio Profesional Supervisado.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría -APA-. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV texto revisado*. Barcelona, España: Masson 2002.
- Azevedo, Favara, Et.Al. *Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos*. [http:// documents.worldbank.org](http://documents.worldbank.org) (26 de agosto 2016).
- Chávez Galindo, A.M.. *Estudio diagnóstico nacional sobre el rezago educativo que presentan las madres jóvenes y las jóvenes embarazadas en relación con la educación básica*. Universidad Nacional Autónoma de México. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2010.
- Craig Grace J., Baucum Don. *Desarrollo Psicológico*. México: Pearson Educación, 2009.
- Donas Bura, S. *Adolescencia y juventud en América Latina*. Costa Rica: Libro Universitario Regional, 2001.
- García de Vásquez, Alma Aracely. *Caracterización epidemiológica de las adolescentes embarazadas*. Tesis maestría en enfermería. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala: Facultad de Ciencias Médicas, 2014.
- Gonzales Llana, Felicia Miriam. *Instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas, 2007.
- Hernández Sampieri, Roberto Et.Al. *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill, 2006.
- Organización Panamericana de la Salud-OPS- *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10*. Washington, D.C. Estados Unidos de America: OPS., 2003.
- Papalia, Diane E. Et.Al. *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill, 2009.



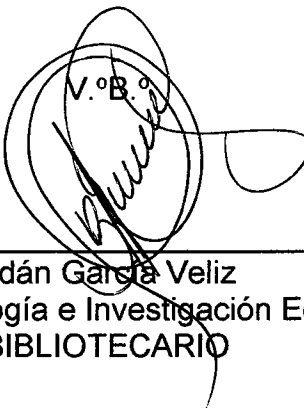
Ramos Escobar, Arelly Lucrecia. *Perfil clínico y epidemiológico de la mujer adolescente con embarazo no deseado en el departamento del Petén estudio descriptivo prospectivo transversal realizado en mujeres adolescentes embarazadas que consultaron a los centros de salud del departamento del Petén durante los meses de octubre del 2001 a enero 2002*. Tesis médica y cirujana. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala: Facultad de Ciencias Médicas, 2002.

Rosales Hernández, Mario Roberto. *Diagnóstico Socioeconómico, potencialidades productivas y propuesta de inversión, Municipio de Chahal, Alta Verapaz*. Informe Individual de Ejercicio Profesional Supervisado. Carrera Licenciatura en Administración de Empresas. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala: Facultad de Ciencias Económicas, 2006.

Santrock, John W. *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. Madrid, España: McGraw-Hill, 2006.

Secretaria de planificación y programación de la presidencia -SEGEPLAN-. *Plan de Desarrollo Chahal, Alta Verapaz 2011-2025*. Cobán, Alta Verapaz, Guatemala: SEGEPLAN., 2011.

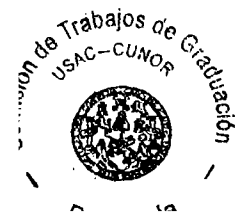


V.º B.º


Adán García Veliz
Lic. en Pedagogía e Investigación Educativa
BIBLIOTECARIO

ANEXOS





FOTOGRAFIA 1
SOLICITUD DE APOYO PARA ACTIVIDADES EPS ANTE EL COMUDE
SAN FERNANDO CHAHAL ALTA VERAPAZ



Tomada por: Luis López Vielman. Año 2016

FOTOGRAFIA 2
LIDERESAS SAN FERNANDO CHAHAL
CHARLA: PLANIFICACION FAMILIAR MITOS Y REALIDADES



Tomada por: Marisol Mancio. Año 2016.

FOTOGRAFÍA 3
LIDERESAS RAXRUHA
CHARLA: AUTOESTIMA



Tomada por: Marisol Mancio. Año 2016.

FOTOGRAFIA 4
PARTICIPANTES DEL PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES
CASERIO SEPAC, SAN FERNANDO CHAHAL



Tomada por: Josefa Caal Ba. Año 2016.

FOTOGRAFIA 5
PROGRAMA "JÓVENES EMPRENDEDORES"
SAN FELIPE SETZIMIN, CHAHAL



Tomada por: Josefa Caal Ba. Año 2016.

FOTOGRAFIA 6
PROGRAMA "JÓVENES EMPRENDEDORES"
SAN AUGUSTIN, CHAHAL



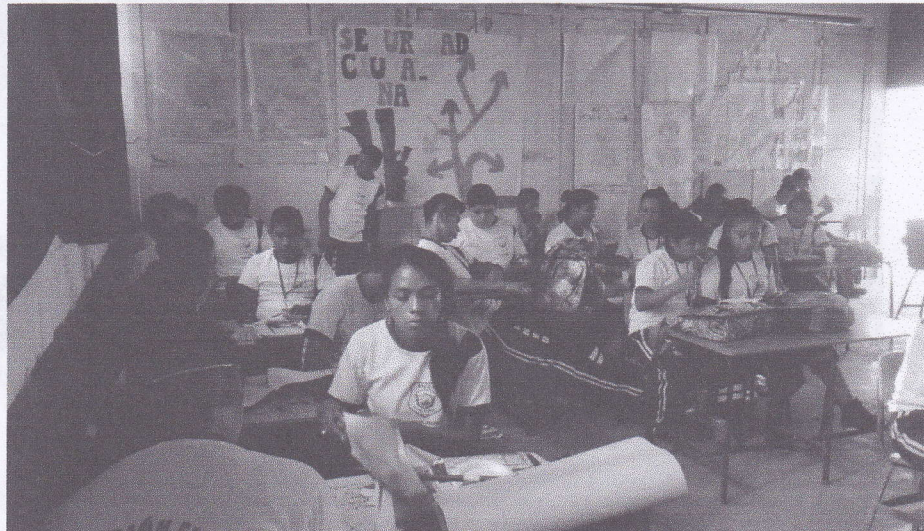
Tomada por: Luis López Vielman. Año 2016.

FOTOGRAFÍA 7
ENTREGA DE DIPLOMAS DE PARTICIPACIÓN
DIPLOMADO A DIRECTORES DE NIVEL PRIMARIO Y MEDIO
SAN FERNANDO CHAHAL, ALTA VERAPAZ



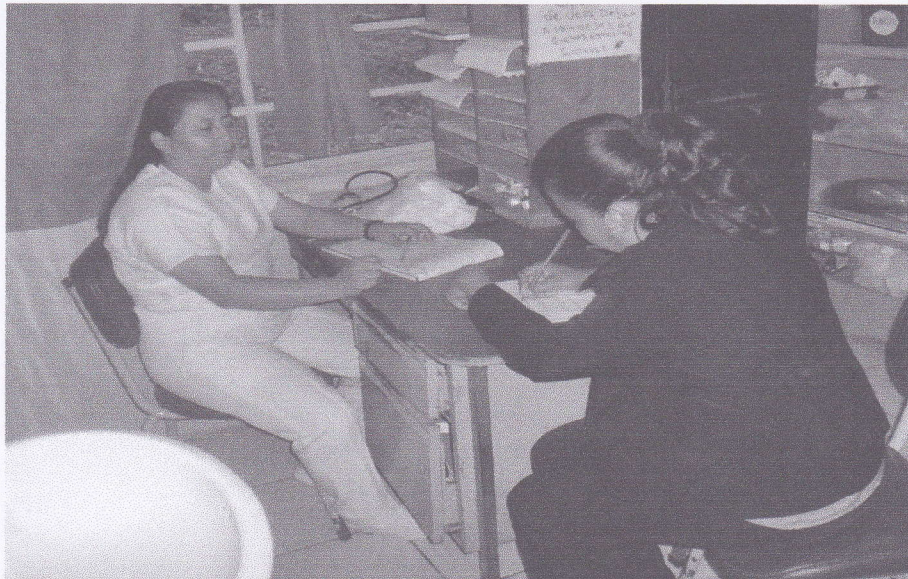
Tomada por: Winder Cabnal Pec. Año 2016.

FOTOGRAFÍA 8
PROGRAMA “JÓVENES EMPRENDEDORES”
INED RAXRUHA



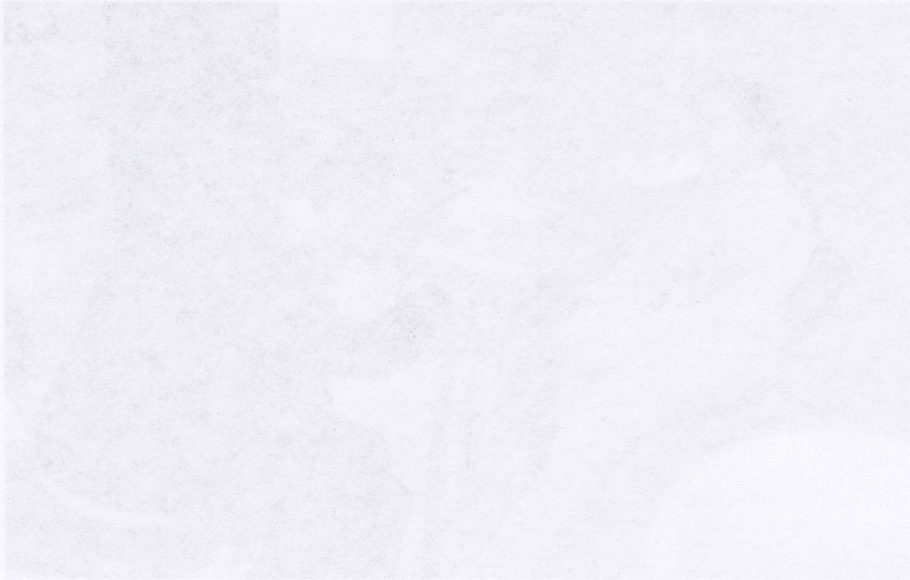
Tomada por: Marisol Mancio. Año 2016

FOTOGRAFIA 9 ENTREVISTA PROGRAMA DE INVESTIGACION

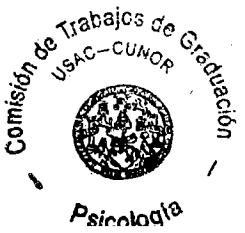


Tomada por: María Tec. Año 2016.

FOTOGRAFIA 9
ENTREVISTA PROGRAMA DE INVESTIGACION



Tomada por Maria Tec. Año 2018





No. 208-2017

**USAC
CUNOR**

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario del Norte



El Director del Centro Universitario del Norte de la Universidad de San Carlos de Guatemala, luego de conocer los dictámenes de la Comisión de Trabajos de Graduación de la carrera de:

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

Al trabajo titulado:

INFORME FINAL DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO, REALIZADO EN EL CENTRO DE ATENCION PERMANENTE UBICADO EN EL MUNICIPIO DE SAN FERNANDO CHAHAL, ALTA VERAPAZ

Presentado por el (la) estudiante:

ESTHER MARISOL MANCIO ROSALES

Autoriza el

IMPRIMASE

Cobán, Alta Verapaz 26 de Septiembre de 2017.

Lic. Erwin Gonzalo Eskenazi Morales
DIRECTOR

