

# **EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN GUATEMALA**

**Proceso participativo de educación para la salud  
en Santa Clara de Chajul, Guatemala**

Autor: José Pérez Carbonero

**INDICE**

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>FASES DEL PROYECTO .....</b>	<b>5</b>
Primera fase: .....	5
Segunda fase:.....	6
Tercera fase .....	7
<b>PALABRAS CLAVE.....</b>	<b>7</b>
<b>CONTEXTO.....</b>	<b>8</b>
Situación geográfica.....	8
Historia .....	8
Situación actual de Guatemala .....	13
Situación actual del Triángulo Ixil y Santa Clara .....	18
Servicios básicos .....	21
Educación .....	21
Salud.....	22
Desnutrición e Inseguridad Alimentaria.....	22
Género .....	24
Religión .....	24
Economía .....	24
<b>IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS.....</b>	<b>26</b>
Entrevista estructurada .....	27
Informantes clave .....	27
Grupos de formación. ....	27
Observación.....	28
Fuentes bibliográficas consultadas .....	28
Epidemiología .....	29
Factores condicionantes del nivel de salud .....	36
<b>OBJETIVO .....</b>	<b>43</b>
<b>ACTIVIDADES.....</b>	<b>44</b>
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>46</b>
<b>EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO .....</b>	<b>50</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>51</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA:.....</b>	<b>53</b>
Monografía impresa .....	53
Monografía electrónica: .....	53
<b>ANEXO I.....</b>	<b>56</b>
<b>Contenidos de los talleres .....</b>	<b>56</b>
<b>Actividad número 1 .....</b>	<b>56</b>
Taller 1º. Cuidados en el embarazo.....	56
Taller 2º. Planificación Familiar .....	58

<b>Actividad número 2.....</b>	<b>61</b>
Talleres 3º, 4º y 5º. Cáncer y correcto uso de los medicamentos .....	61
<b>Actividad número 3.....</b>	<b>65</b>
Taller 6º. Aborto, VIH y SIDA .....	65
Taller 7º. Infecciones de transmisión sexual y Cáncer .....	67
<b>Actividad número 4.....</b>	<b>67</b>
Talleres 8º y 9º. Embarazo en adolescentes, paternidad responsable, VIH y SIDA. ....	67
<b>Actividad número 5.....</b>	<b>68</b>
Taller 10º. Alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, VIH y SIDA.....	68
<b>ANEXO II Fotografías de talleres .....</b>	<b>72</b>

## INTRODUCCIÓN

*“La salud es un componente del desarrollo y a la vez un condicionante de éste. La percepción que de ella tengan las personas, las familias y las comunidades es un buen indicador del estado de bienestar social que se ha alcanzado”* (Díez & Uria, 2005: 15).

La salud de la población es un producto de la sociedad y a la vez un aporte imprescindible para el desarrollo, para avanzar en esta dirección es necesario integrar las actividades sanitarias en las sociales, de forma que no se produzcan interferencias entre unas y otras.

El grado de salud de la población es de por sí un indicador excelente del Desarrollo Humano, (PAHO<sup>1</sup>, 2000) cuando se reconoce esta relación se percibe con claridad la necesidad de que el sector salud haga un esfuerzo más eficaz de integración estableciendo alianzas con otros actores públicos y privados, y sobre todo con las organizaciones comunitarias, encabezando la defensa de políticas públicas y los programas que conduzcan a la salud y al desarrollo humano.

Salud y desarrollo van íntimamente ligados, el estado nutricional y la mejoría de la salud son a su vez causa y consecuencia del crecimiento económico, de tal modo que la inversión en salud debe considerarse como un instrumento de lucha contra la pobreza y, globalmente, de política de desarrollo.

De ahí la importancia de cooperar y mejorar la atención sanitaria y facilitar el acceso del conjunto de la población a los cuidados implantando un esquema sanitario basado en la atención primaria de la salud, con la promoción, prevención y educación sanitaria como estrategias fundamentales, incidiendo en la participación comunitaria asociada a la necesidad de mejorar la situación de salud y mantenerla en el tiempo. El trabajo del personal de los servicios sanitarios coordinado con los órganos asociativos de las comunidades y con el apoyo de las instituciones de cooperación que actúan en la zona favorecerá el desarrollo de las estrategias de salud puestas en marcha o en su caso actuará de palanca para promover el cambio de las estrategias de salud que no se ajusten al modelo de desarrollo pretendido por la comunidad.

**Para la OMS, el objeto de la educación para la salud es ayudar a la población a adquirir la salud a través de sus propios esfuerzos.**

La educación sanitaria constituye uno de los pilares fundamentales de la estrategia de Atención Primaria. La mayoría de los proyectos de cooperación no se entenderían sin un componente importante de transmisión de conocimientos y de modificación de

---

<sup>1</sup> Siglas que hacen referencia a la Organización Panamericana de Salud.

comportamientos y estilos de vida en aspectos referentes a los condicionantes de salud.

## RESUMEN

El trabajo que voy a desarrollar lo planteo como un proceso de cooperación llevado a cabo con la población de la comunidad de Santa Cara del departamento del Quiché en Guatemala. A través de la educación para la salud pretendo acercarme a la situación de la comunidad y conocer su forma de vida para establecer una cooperación en la que las dos partes, la comunidad y yo, salgamos beneficiadas del trabajo mutuo, adquiriendo experiencia y conocimientos que nos ayuden a mejorar nuestras capacidades.

Dirigido a una parte de la población indígena de Guatemala que durante los más de 30 años de conflicto armado, entre 1960 y 1996, uno de los más crudos y violentos de la región, fue desplazada, perseguida y asesinada por el ejército guatemalteco. En la actualidad estas comunidades sufren las consecuencias de la pobreza, el aislamiento y el olvido de las promesas hechas en los Acuerdos de Paz alcanzados en 1996.

El proyecto se ha desarrollado en tres fases, una primera fase realizada en España previa al viaje, la segunda fase sobre el terreno en Guatemala y una tercera fase a realizar por el personal sanitario de la comunidad una vez yo haya regresado a España.

## FASES DEL PROYECTO

### **Primera fase:**

Una vez analizada la situación de Guatemala y de la zona donde voy a actuar en particular: su historia, sus costumbres, su economía, la situación política, la educación, los problemas sociales y la sanidad, he procedido a realizar un primer sondeo de las carencias de la población en el ámbito de la salud, con el fin de determinar los temas que a priori puedan ser tratados a través de actuaciones de educación para la salud durante el proceso.

El análisis previo de situación lo he realizado con la ayuda de la ONG Cultura Indígena Asturiana<sup>2</sup>, que trabaja en la zona desde hace 13 años, con la contraparte con la que trabaja

---

<sup>2</sup> La organización Cultura Indígena Asturiana es una pequeña institución española con sede en Asturias que lleva trabajando con las Comunidades de Población Resistencia (CPR) de Guatemala desde hace 13 años.

Entre sus objetivos se encuentran:

- Promover el desarrollo educativo en las comunidades indígenas más desfavorecidas.
- Reclamar el derecho del indígena a la educación primaria, básica, diversificada y formación universitaria.
- Concienciar que la formación personal ha de revertir en beneficio de toda la comunidad.
- Sensibilizar a las sociedades desarrolladas sobre la situación marginal de estas comunidades.

Cuenta con más de 50 voluntarios, muchos viajan a Guatemala para desarrollar su trabajo en los campos de educación o salud y más de 300 socios.

La organización desarrolla su trabajo en las áreas de educación y salud.

En el campo educativo a través de:

- Programa de becas desde educación primaria hasta la universidad para 200 alumnos indígenas de las etnias ixil y quiché, que viven en extrema pobreza.
- Capacitaciones a promotores de educación y a maestros con personal local y con voluntariado español.
- Construcción de dos bibliotecas escolares con aulas de mecanografía y ordenadores, y un pequeño espacio para alojar a los cooperantes que cada año visitan las comunidades.

esta ONG en Guatemala<sup>3</sup> y a través de Bibliografía y Webgrafía.

Una vez identificadas las carencias en el análisis previo he preparado un primer borrador de posibles talleres de formación a realizar con la población con el fin de que a través de dinámicas sencillas y con un lenguaje apropiado lograr transmitir el mensaje, los talleres preparados fueron:

- Cuidados del enfermo.
- Aseo y saneamiento.
- Higiene alimentaria.
- Nutrición.
- Prevención y tratamiento de enfermedades diarreicas.
- Prevención y tratamiento de infecciones respiratorias.

Con este primer análisis de la situación de Guatemala y del departamento del Quiché, los contenidos de posibles talleres y las herramientas para transmitirlos diseñadas me puse rumbo a Guatemala. También metí en mi mochila el ordenador con bibliografía suficiente para poder adaptar o crear nuevos contenidos en función de la situación encontrada.

### **Segunda fase:**

He pretendido a través del proyecto conocer la realidad de la población de la comunidad de Santa Clara, conocer su forma y medio de vida, sus inquietudes, cuáles son las necesidades sentidas por la población y de entre ellas detectar las necesidades relacionadas con la educación para la salud, cómo se están cubriendo estas necesidades y cual es su nivel de motivación y predisposición a trabajar por satisfacerlas.

Una vez en Guatemala y gracias a la ONG Cultura Indígena Asturiana, he tomado contacto con el país y con Santa Clara, en el Departamento del Quiché donde he residido durante dos meses. Al principio mi propósito se ha centrado en convivir de manera cercana con la

---

En el área de salud:

- Capacitación de promotores de salud y comadronas de varias comunidades.
- En 2009 se inauguró la primera clínica, "El hospitalillo" de primeros auxilios, en la comunidad de Santa Clara, donde se localiza este proyecto. A ella acude periódicamente personal sanitario español para pasar consulta y seguir con la formación de los promotores de salud.

En el área comunitario, empoderamiento de la mujer:

- Proyecto rotativo de ganado (periguey) y de hortalizas para 40 familias de las CPR.
- Proyecto de letrinas aboneras para la comunidad de San Marcos Uspantan. Beneficiará a las 35 familias de esta comunidad

<sup>3</sup> Asociación de Mujeres Indígenas La Voz de la Resistencia "AMIVR", fue fundada en el 2009 con el apoyo comunitario y la colaboración de otras entidades propiamente de mujeres como la asociación huehueteca Ixmucané.

Inscrita en la Alcaldía Municipal de Santa María Nebaj; el grupo inicial de mujeres comparten experiencias de intervención y trabajo en sus respectivas comunidades y organizaciones indígenas y sociales guatemaltecas, y han participado en diferentes proyectos de Cooperación Internacional al Desarrollo CID, algunos de estos centrados en la problemática específica de las mujeres. Como función principal se proponen promover el desarrollo integral, con carácter comunitario, multiétnico y pluricultural, con perspectiva de género.

gente, me he hospedado en “El hospitalillo” de la comunidad, una construcción de bloque con dos consultas y un dormitorio para los cooperantes, he hecho las comidas en las casas de las familias y he compartido con ellos las labores cotidianas para poco a poco conocer su modo de vida.

El objetivo general ha sido reforzar los procesos de educación para la salud en la comunidad de Santa Clara. Apoyar e impulsar las actuaciones de educación para la salud que se desarrollan por parte de los auxiliares de enfermería mediante la realización de talleres de formación sobre temas de salud, impartidos en equipo por los dos auxiliares de enfermería y por mi. A través de una metodología participativa y actuando como facilitador de la intervención conseguir que los participantes desarrollen las capacidades para cubrir estas necesidades. Para ello he utilizado los conocimientos y materiales de la primera fase, adaptándolos y completándolos durante mi estancia a la situación real de la comunidad.

En la tercera semana comencé a realizar los talleres de educación para la salud, en total se han llevado a cabo 10 talleres, con una duración de entre una y dos horas y los asistentes han sido un total de 134 personas.

### **Tercera fase**

Después de finalizar los talleres y una vez de vuelta a España, continuará el proceso de educación para la salud en la comunidad, esta continuación natural del proceso servirá también para la evaluación de la intervención. El pretendido impulso de este trabajo podrá ver los resultados en los próximos talleres de capacitación que se realicen por parte de los auxiliares de enfermería y en la participación y seguimiento de la comunidad.

Aunque como cabe esperar la continuidad de la formación no depende en exclusiva del éxito de los talleres realizados si no que otros factores influyen en la puesta en marcha de nuevos talleres, como la disponibilidad de tiempo, la carga de trabajo o la continuidad de los auxiliares de enfermería en su puesto de trabajo.

### **PALABRAS CLAVE**

- **CPR:** las Comunidades de Población Resistencia son comunidades indígenas de Guatemala asentadas en su mayoría en las montañas de la región del Quiché que fueron duramente perseguidas durante el conflicto, se asesinaban a sus habitantes por considerarlos miembros de la guerrillas, se quemaban sus casas y destruían sus cultivos, tuvieron que organizar su producción colectiva para sobrevivir, se autogobernaron y defendieron de una manera heroica, con tal de no someterse a las políticas del ejército y poder defender sus valores (Comité de Unidad Campesino, 38).

- **Participación:** entendida como una parte un proceso continuo de empoderamiento de la población en las comunidades, les capacitará para manejar eficazmente los programas de desarrollo, una vez ya no sea necesaria la figura del facilitador en las comunidades.
- **Educación para la salud:** proceso de comunicación interpersonal, dirigido a proporcionar las informaciones necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y a responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones que tienen efectos directos e indirectos sobre la salud física y psíquica de los individuos y de la colectividad. La educación sanitaria tiene, por tanto, objetivos concretos, que se alcanzan sólo cuando en los individuos o en la población se logran comportamientos precisos. (Díez & Uria, 2.005: 52).
- **Planificación familiar:** en cualquier sociedad las madres y los padres tienen derecho a decidir cuántos hijos quieren tener y cuando tenerlos. La Planificación familiar es un éxito cuando el hombre y a la mujer toman la decisión juntos. Constituye un factor importante a tener en cuenta en el desarrollo de los países empobrecidos en especial en Guatemala con una de las tasas de natalidad y densidad de población mayores de nivel mundial.

## CONTEXTO

### Situación geográfica

Guatemala con 15,4 millones de habitantes se sitúa en el istmo centroamericano, ocupa una extensión territorial de 108.889 km<sup>2</sup> (Ficha País 2.013) (superficie similar a la de Castilla y León y País Vasco juntas), hace frontera al oeste y norte con México, al este con Belice y el golfo de Honduras, al sureste con Honduras y El Salvador, y al sur con el Océano Pacífico. El territorio se encuentra formado por 22 departamentos, que se dividen en 331 municipios, su capital es la Ciudad de Guatemala, conocida por Guatemala por los guatemaltecos. El país está asentado en tres placas tectónicas que provocan frecuentes movimientos sísmicos de diversa intensidad.

### Historia

Guatemala se **independizó** de la Corona Española en 1.821, las élites criollas que impulsaron su independencia cansados de que sus impuestos se fueran hacia la península se hicieron con el poder y mantuvieron el carácter colonial basado en un modelo de producción agrícola que contaba con el trabajo forzado de los indígenas para la producción, fueron los llamados **gobiernos conservadores** por conservar la sociedad tal y como estaba establecida antes de la independencia.



Los criollos menos favorecidos por los gobiernos conservadores y los mestizos que lograron estudiar o tener una vida más acomodada hicieron suyas las ideas liberales procedentes de la Revolución Francesa de 1789: Libertad, Igualdad y Fraternidad y llevaron a cabo levantamientos contra el poder gobernante y en mayor medida contra el gobierno del principal representante de la tendencia conservadora el General Rafael Carrera (1.847-1.849 y 1.851-1.865)

**Figura 1. Localización de Guatemala**



*Fuente International Sai Organization*

Hubo dos levantamientos armados que persiguieron muy diferentes fines y que tuvieron muy diferente desenlace, aunque a ambos se les conoce como **levantamientos liberales**. El primero a través de la lucha armada promovida por el Mariscal Serapio Cruz, conocido como “Tata Lapo” que pretendía que los campesinos e indígenas fueran sacados de la explotación y la opresión en que vivían, el movimiento fue derrotado cuando las tropas del gobierno capturaron y asesinaron al “Tata Lapo”.

El segundo unos años más tarde en 1.870, Justo Rufino Barrios y Miguel García Granados iniciaron una lucha militar para acabar con el gobierno conservador de Vicente Cerna, vencéndolo y llegando al poder el 30 de Junio de 1.871. No obstante sus intereses eran

diferentes a los del “Tata Lapo”, no perseguían la justicia social ni la libertad para los más desfavorecidos sino impulsar medidas que sirvieron para profundizar y legalizar el despojo de tierras, la opresión y la explotación de los indígenas. Las medidas que se tomaron fueron para beneficiar a los poderosos, (Comité de Unidad Campesino, 25)

- Se creó el Ejército Nacional formado por hijos de familias ricas y descendientes de españoles, para controlar las rebeliones y protestas de la población.
- Se creó el Registro de la Propiedad que sirvió para legalizar la expropiación de tierras comunales de los indígenas y de la iglesia católica.
- Se dictó el Reglamento de Jornaleros para asegurar una mano de obra casi gratuita, los jornaleros que se negaban a trabajar eran capturados por la policía o el ejército y obligados por la fuerza
- Se apoyó a los productores de café y frutas, en su mayoría ricos finqueros

En este escenario se establece en el país la compañía estadounidense bananera **United Fruit Company (UFCO)** que unos años después en 1.931 apoyaría la subida al poder del dictador **Jorge Ubico** en la búsqueda de mejores condiciones para su crecimiento empresarial. Durante el periodo en el que estuvo en el poder Jorge Ubico la UFCO llegó a ser la empresa más importante del país.

En 1.944 Jorge Ubico fue derrocado en la Revolución de Octubre marcando la transición entre el Estado liberal y el Estado desarrollista. El alzamiento del 20 de octubre dio paso a la promulgación de la **Constitución de la República de 1.945**, la cual estableció la nacionalidad ampliada y el marco para impulsar condiciones democráticas. Este periodo revolucionario duro 10 años, conocidos como “**los 10 años de Primavera**”, la movilización de los sectores populares, obreros y campesinos encabezados por partidos de clase media llevaron al poder al candidato de la Revolución Juan José Arévalo y a su sucesor Jacobo Arbenz.

El gobierno de Arévalo estableció medidas que reconocían los derechos de los trabajadores y situaban al Estado como eje de la vida social. El gobierno de Arbenz aprobó la **Ley de Reforma Agraria** o Decreto 900 que mejoraba las condiciones de vida de la población campesina (Comité de Unidad Campesino, 29):

- Se repartirían a los campesinos tierras en usufructo para que las trabajaran de manera permanente.
- Se creó el Banco Nacional Agrario para dar créditos con bajos intereses a los campesinos, para la producción de la tierra, la compra de semillas, fertilizantes y el pago del transporte para sacar sus productos al mercado.

- Se dio formación para aprender a mejorar la producción .
- Se realizó la primera campaña de alfabetización rural, para que la población campesina y pobre en general, aprendiera a leer y escribir.

Las tierras que se repartieron eran las de los ricos terratenientes que las tenían sin cultivar, por lo que se les obligó a venderlas y se les pagaron al precio que las habían comprado. En un contexto mundial de guerra fría, al intentar la reforma agraria el Gobierno encontró la resistencia de la oligarquía, de las grandes corporaciones estadounidenses y de la iglesia católica que les acusaban de comunistas. En 1954 Castillo Armas del llamado Movimiento de Liberación Nacional con ayuda de la CIA y la UFCO derrocó a Arbenz<sup>4</sup>. En esta nueva etapa se perderían los espacios de participación política, social y económica conseguidos en la década anterior justificando estas actuaciones en la lucha contra el comunismo. Se devolvieron las tierras expropiadas a los ricos, se persiguió a líderes campesinos, sindicales, funcionarios del gobierno revolucionario, artistas, universitarios y líderes comunitarios, descabezando a las organizaciones sociales y políticas, y fue prohibido el Partido Guatemalteco del Trabajo (PGT) cercano al gobierno de Jacobo Arbenz.

Vuelta de nuevo la situación política y militar hacia la opresión del pueblo es en este marco donde surgen las **primeras guerrillas** en los años 60, expandiéndose por todo el país desde el este hacia el oeste y desde el sur hacia el norte. La guerrilla surge desde un enfoque nacionalista con levantamientos de militares que no comparten las ideas de su gobierno para luego ir asentándose en posiciones marxistas o socialistas, la lucha armada planteaba la toma del poder por el pueblo y el cambio a una sociedad justa.

Los principales objetivos de la guerrilla fueron luchar contra la dictadura del ejército, la oligarquía cafetalera y las compañías fruteras, Guatemala vivió 36 años de conflicto armado interno (1960-1996) uno de los más crudos y violentos de la región.

De 1978 a 1982 especialmente con los gobiernos militares de **Fernando Romeo Lucas García** y **Efraín Ríos Montt** se realizaron programas de matanza selectiva, en la ciudad, y colectiva, en el área rural, por medio de programas conocidos como "Tierra Arrasada" y "Frijoles y Fúsiles" dando como resultado el genocidio, etnocidio, la desaparición forzosa y el desplazamiento interno y externo.

Según las *Estadísticas confirmadas por la "Comisión de la Verdad"*:

- 130.000 asesinatos y 45.000 desaparecidos
- 1.000.000 desplazados internos y 500.000 refugiados en México (Chiapas, Yucatán, Quintana Roo)
- 50.000 viudas y 250.000 niños huérfanos

---

<sup>4</sup> El director de la CIA en esa época era Foster Dulles, hermano del dueño de la UFCO Allen Dulles

- 440 pueblos desaparecidos

El conflicto fue mas cruel especialmente con las comunidades indígenas, hubo **Comunidades de Poblaciones en Resistencia (CPR)** en las montañas que fueron duramente perseguidas, se asesinaban a sus habitantes por considerarlos miembros de la guerrillas, se quemaban sus casas y destruían sus cultivos, tuvieron que organizar su producción colectiva para sobrevivir; se autogobernaron y se defendieron, con tal de no someterse a las políticas del ejército y poder defender sus valores. (Comité de Unidad Campesino, 38).

*“Hay CPR porque el ejército nos ha obligado a resistir. Trajimos restos de bombas y balas con las que quisieron matarnos (...). Ustedes saben que no somos guerrilleros, sino campesinos civiles; saben que han ametrallado nuestras champas, que las han quemado varias veces (...). Han bombardeado nuestras comunidades, han capturado miles de hermanos nuestros; también han ordenado a las patrullas civiles que no permitan nuestro comercio (...). La Constitución nos da derecho a resistir cuando ustedes se ponen sobre el poder civil, cuando nos persiguen, cuando nos capturan ilegalmente, cuando han envenenado nuestros ríos y nos han querido matar por hambre”.<sup>5</sup>*

En la década de los 80 Guatemala se unió a los países en transición a la democracia de Centroamérica y en 1.985 se produjo el traspaso democrático del poder de manos militares a civiles, el primero tras un largo período de gobiernos autoritarios, aunque el conflicto entre la guerrilla y el ejército continuaba.

La movilización social que se organizó en respuesta a la represión, las reivindicaciones por el respeto a los derechos humanos y la aparición de grupos organizados en torno a las demandas para esclarecer las graves violaciones cometidas, además del agotamiento de un sistema político-militar, entre otros, propiciaron las condiciones para una apertura democrática.

La Constitución de 1985, aún vigente, llevó a cabo importantes reformas para promover la participación social y política, consolidando la creación de tres instituciones garantes de la democracia: el Tribunal Supremo Electoral, la Corte de la Constitucionalidad y la Procuraduría de los Derechos Humanos, además de otras provisiones para los organismos ejecutivo, legislativo y judicial, entre ellas la no reelección tras mandato presidencial. El

---

<sup>5</sup> “Mensaje al Ejército de Guatemala” de las CPR publicado en Guatemala Flash el 10-9-93 (citado del Centro de Estudios de Guatemala (CEG), 1994).

presidente electo en 1.986, Vinicio Cerezo, a los pocos meses de asumir el cargo inició los primeros pasos para establecer un marco para la paz en Centroamérica con el acompañamiento del Grupo de Contadora<sup>6</sup> y de los organismos internacionales OEA<sup>7</sup> y ONU. El **Acuerdo de Paz Firme y Duradera** fue firmado el 29 de diciembre de 1.996 poniendo fin a 36 años de enfrentamiento armado. Doce acuerdos en total fueron firmados entre 1.991 y 1.996 para resolver los principales problemas del país, incluyendo acuerdos operativos relativos al cese al fuego, la desmovilización, el reasentamiento, reformas socioeconómicas y políticas relativas a los derechos de los pueblos indígenas, entre otros. Tras tres décadas de conflicto armado, la Asamblea de la Sociedad Civil con amplia representación de movimientos y grupos sociales, Gobierno, ejército y la Unidad Revolucionara Nacional Guerrillera URNG concertaron planteamientos sobre una visión conjunta de país expresada, entre otros, en el Acuerdo de Paz Firme y Duradera:

“El reconocimiento de la identidad y derechos de los pueblos indígenas es fundamental para la construcción de una nación de unidad nacional multiétnica, pluricultural y multilingüe. El respeto y ejercicio de los derechos políticos, culturales, económicos y espirituales de todos los guatemaltecos es la base de una nueva convivencia que refleje la diversidad de su nación.”

“La paz firme y duradera debe cimentarse sobre un desarrollo socioeconómico participativo orientado al bien común, que responda a las necesidades de toda la población. Dicho desarrollo requiere de justicia social como uno de los pilares de la unidad y solidaridad nacional, y de crecimiento económico con sostenibilidad, como condición para atender las demandas sociales de la población.

El Estado y los sectores organizados de la sociedad deben aunar esfuerzos para la resolución de la problemática agraria y el desarrollo rural, que son fundamentales para dar respuesta a la situación de la mayoría de la población que vive en el medio rural, y que es la más afectada por la pobreza, las inequidades y la debilidad de las instituciones estatales.”

### **Situación actual de Guatemala**

Transcurridos 17 años desde la firma de los acuerdos de paz el escenario en Guatemala se dibuja con un lento crecimiento del PIB nacional, con una fuerte desigualdad en la

---

<sup>6</sup> El Grupo Contadora fue una instancia multilateral establecida por los gobiernos de Colombia, México, Panamá y Venezuela, en 1983, para promover conjuntamente la paz en Centroamérica.

<sup>7</sup> La Organización de Estados Americanos fue creada en 1948 con el objetivo de lograr en sus Estados Miembros, como lo estipula el Artículo 1 de la Carta, "un orden de paz y de justicia, fomentar su solidaridad, robustecer su colaboración y defender su soberanía, su integridad territorial y su independencia".

distribución de la riqueza y un progresivo aumento del número de personas en situación de pobreza. Aparecen débiles avances sociales y graves carencias de derechos y libertades de los más desfavorecidos, además de una peligrosa y creciente explotación de los recursos naturales en tierras indígenas por parte de transnacionales extranjeras, que está provocando graves desastres para la salud y el medioambiente a cambio de escasos beneficios que ni muchos menos lograran pagar sus nefastas consecuencias.

Guatemala es el único país de América Latina que ha retrocedido en la senda hacia el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir el hambre a la mitad, donde uno de cada dos niños sufre hambre crónica.

El Índice de Desarrollo Humano es de 0,581, ocupa el puesto 131 de 173 países (PNUD 2.013), uno de los más bajos de América latina , más la mitad de la población es de origen Maya y vive en las áreas rurales. Con una población de 15,4 millones de habitantes presenta un elevado crecimiento demográfico 2,3% al año y el 56% de la población son menores de 18 años (Documento Estrategia País. 2007-13) . La exclusión y la desigualdad han conducido a la población a unos índices de pobreza alarmantes (ENCOVI 2.011):

- El 40,38 % de la población vive en la pobreza media (con menos de 842 €/año) lo que significa un aumento del 4,58% respecto del año 2005 (30,58%).
- El 13,33% en la pobreza extrema (con menos de 298 €/año) que supone un ligero descenso con respecto a los datos del 2.005 (15,20%).

Aunque ha habido cambios positivos para la sociedad guatemalteca desde el fin del conflicto armado interno, sobre todo en cuanto a la democratización del país, persiste la fragilidad del sistema de justicia. El actual gobierno de **Otto Pérez Molina** elegido como presidente de la República en enero de 2012, ha desarrollado tres pactos en pro del desarrollo del país: el Pacto por la Seguridad, la Justicia y la Paz; el Pacto por el Desarrollo Económico y el Ordenamiento Fiscal y el Pacto Hambre Cero. Pero las instituciones son débiles y carecen de los recursos adecuados para combatir la pobreza y la creciente inseguridad. Un aspecto a destacar es el temor de los funcionarios gubernamentales a posibles sanciones, pues asumen una responsabilidad penal por la gestión de los recursos por lo que gran parte de los presupuestos no se gastan, para evitar problemas.

Guatemala se enfrenta a una elevada deuda pública con uno de los ingresos tributarios más bajos de la región y el menor gasto per cápita en sectores sociales, representando alrededor del 11% del PIB. Los impuestos como porcentaje del PIB en Guatemala están por debajo del promedio de 13,3% en América Central, y muy por debajo del promedio de 19,2% para toda

América Latina, según encuestas solo 1/3 de la población trabaja en “empleo formal”. En consecuencia, los ingresos totales del Gobierno Central han estado por debajo del 13% del PIB en la última década (Banco Mundial)

En educación se han conseguido logros, como la mejora de la matrícula primaria neta que alcanzó el 95,8% en 2.011, el equivalente a un incremento de 24 puntos en 20 años (Banco Mundial), aunque la calidad de la educación es notablemente mejorable. La acreditaciones de los maestros son débiles con menos del 10% de los profesores de escuelas primarias con título de licenciatura. El rendimiento de los estudiantes ha ido disminuyendo, en 2.009 sólo 20% de los estudiantes del grado obtuvo calificaciones satisfactorias en lectura y 30% obtuvo resultados satisfactorios en matemáticas frente al 40% y 50% respectivamente en 2.007 (MAP 2013-17).

Pero si nos fijamos en la población indígena los datos son más significativos de la situación política del país, el 74% de la población indígena vive en la pobreza y el 40% en la extrema pobreza (Documento Estrategia País 2.007-13). La mitad de la población indígena es analfabeta. Los niños indígenas en las áreas rurales tienen un promedio de escolaridad menor de dos años. A esto se suma la discriminación contra los pueblos Mayas, Xinca y Garífuna y especialmente contra las mujeres.

Guatemala tiene la tasa más alta de desnutrición crónica infantil en América Latina y el Caribe y una de las más altas del mundo. La desnutrición crónica entre la niñez menor de cinco años de edad llegó a 49,8%, pero este dato es mayor al suponer un 89% en algunas zonas indígenas (ENSMI 2.008-09). A finales de la década de los 90 los ajustes estructurales del gobierno afectaron a las políticas sociales agrícolas, perjudicaron al pequeño agricultor y eliminaron muchas instituciones que prestaban servicio al campesinado. Actualmente es el 5º exportador de azúcar y 6º de café del mundo (Intermon Oxfan 2012), a partir de la firma del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos las importaciones de granos básicos no han dejado de crecer, lo cual ha hecho que el coste de importar alimentos ya supere el 4% del PIB.

Se produjo el abandono a los pequeños agricultores que es la base de la alimentación nacional, la producción de granos básicos y alimentos perecederos destinados al mercado interno. Será necesario revertir las políticas de apoyo a la agricultura de exportación e invertir en el desarrollo rural, para ello es necesario fortalecer el papel de los pequeños agricultores, indígenas y mujeres para que puedan influir en las políticas públicas, mayor transparencia y equidad en las inversiones públicas. En la estrategia de lucha contra el

hambre toma especial importancia el rescate de semillas criollas, adaptadas a la tierra durante generaciones en contra de los monocultivos de productos que no dan de comer a la población y que crean una fuerte dependencia de los mercados abocando a la población a las crisis alimentarias padecidas en los últimos años.

En la actualidad cinco niños y niñas mueren cada día por enfermedades transmitidas a través del agua, bien por la mala calidad de la misma o bien porque no cuentan con servicios de saneamiento. Las bajas tasas de drenaje (11% en las zonas rurales y 44,3% en las zonas urbanas) se traducen en que más de 1.500 millones de metros cúbicos de aguas residuales sin tratar se vierten en el agua y en el suelo cada año. Otras enfermedades causantes de la mortalidad infantil se relacionan con la malaria, así para la población total, el índice parasitario anual en 2.010, para la malaria fue de 3,1 frente al 3,8 de la región centroamericana (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Otro problema con que se enfrenta Guatemala es la violencia, con un promedio anual de 6.000 homicidios por año, Guatemala presenta la octava tasa a nivel mundial. El crimen y la violencia se han incrementado en el período posterior al conflicto armado. La tasa de homicidios casi se duplicó durante la década de 2.000, de 26 por cada 100.000 habitantes en 1.999 a 49 en 2.009. Si bien desde entonces ha descendido a 39 (2011), está todavía muy por encima del promedio centroamericano de 29 (Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2012).

Guatemala ocupa el tercer lugar del mundo en violencia contra las mujeres con aproximadamente 10 muertes violentas de mujeres por cada 100.000 habitantes (Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala, 2011).

La aprobación de la Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia contra la Mujer en el año 2.008 tipificó la violencia contra la mujer con consecuencia de muerte como delito y su aplicación ha permitido incrementar el número de denuncias penales de 849 casos ingresados en 2.008 a 4.678 en 2.011.

Según estadísticas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Guatemala ocupa el segundo lugar en América Latina en el índice de analfabetismo femenino y el 64% de las mujeres analfabetas son indígenas. Las mujeres indígenas que viven en el área rural constituyen el 37% de la población femenina adulta y la mayoría sufren de una grave discriminación. Las mujeres indígenas abandonan muy temprano la escuela para ocuparse de las tareas domésticas. De los 158 diputados del congreso solo 14



son mujeres, las mujeres tienen un salario menor que los hombres, el desconocimiento de la escritura y la vergüenza les impiden el acceso a las escrituras de propiedad y a recurrir a la municipalidad para denunciar los abusos y la pérdida de sus derechos.

Los 13 principales países donantes bilaterales de Guatemala forman el grupo del **G-13**, la presidencia es rotatoria y buscan alcanzar los compromisos de la declaración de París. Según el “Informe de Intermon Oxfan, la realidad de la ayuda 2012” Guatemala no tiene una política nacional en materia de cooperación para coordinar y dirigir la ayuda, la ausencia de un mecanismo de diálogo político entre el Gobierno y la cooperación internacional que permita trascender el enfoque sectorial que existe actualmente a llevado a la Mesa de Seguridad Alimentaria del G-13 a asumir el papel coordinador de los donantes. Existe una preocupación del gobierno por la sustitución de la ayuda no reembolsable por la reembolsable, en 2.009 solicitaron préstamos por valor de 1.5000 millones de dólares, el 25% del presupuesto nacional. España no hace uso de la ayuda reembolsable con Guatemala, en 2.008 España fue el primer donante, al condonar una deuda de 124 millones de dólares.

Guatemala está incluido dentro del grupo A por la AECID<sup>8</sup>. Las prioridades sectoriales en la Estrategia de País que se encuentra vigente son: gobernabilidad democrática; desarrollo rural y lucha contra el hambre; sectores sociales básicos y género y desarrollo, que coinciden con las prioridades del gobierno en el pacto hambre 0 y el Pacto por la seguridad y justicia.

Según el MAP 2013-17<sup>9</sup>, la cooperación española en el sector rural busca promover el desarrollo económico local apoyando la transición desde una agricultura de subsistencia hacia una excedentaria y que produzca también para el mercado, con un enfoque tradicional del desarrollo rural. Se deben impulsar las reservas de alimentos por parte de las familias, por ser la primera línea de defensa contra el hambre. Aunque en los últimos años la AOD de España ha sufrido recortes al igual que para el resto de países y esto ha afectado especialmente a la nutrición y la seguridad alimentaria de los guatemaltecos.

---

<sup>8</sup> Los países incluidos en el grupo A por la AECID son “aquellos países menos adelantados, de bajos ingresos o de renta media-baja, con presencia y capacidad institucional de la cooperación española y donde se dan las condiciones necesarias para la agenda de eficacia de la ayuda” donde se va a concentrar la AOD española durante el periodo 2013-2017.

<sup>9</sup> Marco de Asociación País de la Cooperación Española en Guatemala 2013.2017

### Situación actual del Triángulo Ixil y Santa Clara

El triángulo de Ixil en el departamento del Quiché está formado por los municipios de Nebaj, San Juan Cotzal y Chajul, la comunidad donde se localiza el proyecto, Santa Clara, pertenece al municipio de Chajul.

Esta zona se caracteriza por su alto índice de pobreza y escasez de recursos a todos los niveles. La situación de precariedad es en parte debida al conflicto armado que tuvo lugar desde los años 60 hasta finales de los 90 y al aislamiento geográfico, acrecentado por la ausencia de vías de comunicación. Por otro lado, cabe destacar que se cuentan con pocos registros de la zona, debido a la destrucción documental que supuso este conflicto.

La localización del proyecto se sitúa concretamente en la comunidad de Santa Clara que se encuentra a unos 60 km del municipio de Chajul.

**Figura 2. Localización del Triángulo Ixil en Guatemala**



Fuente: Prensa Libre 2012

### Datos demográficos

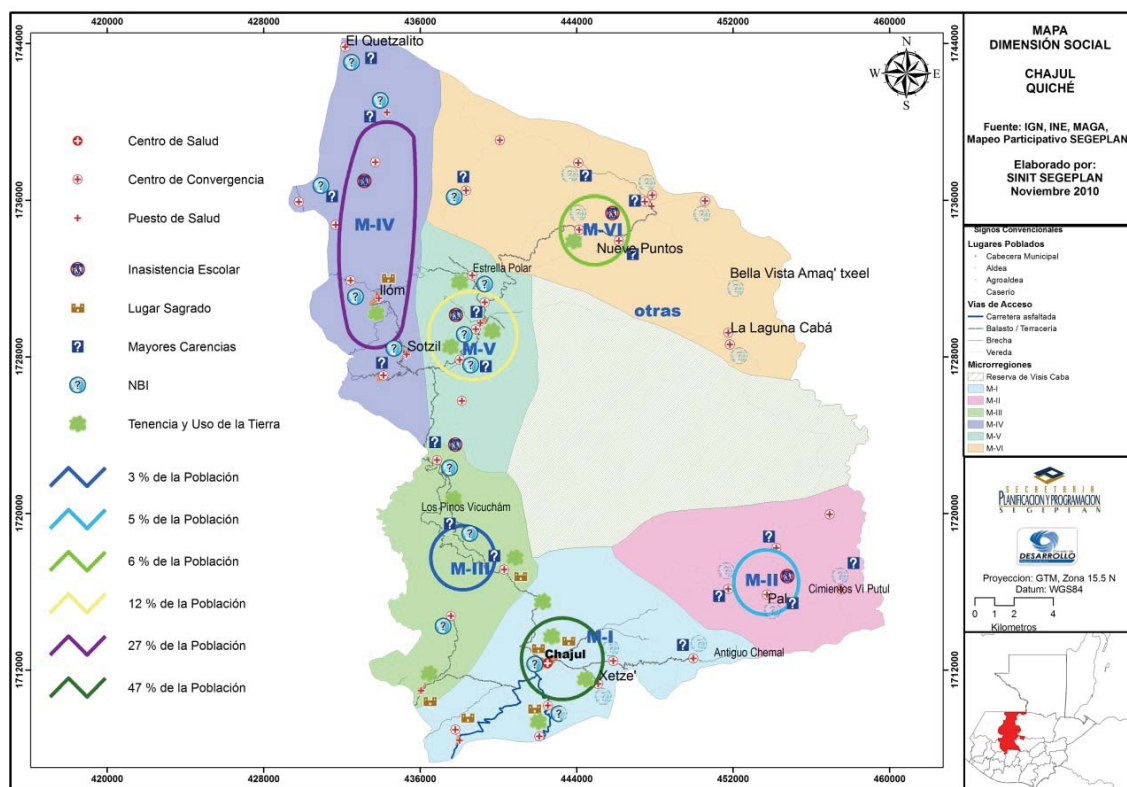
El triángulo Ixil cuenta con una superficie de 2.314 Km<sup>2</sup> y una población de 148.670 habitantes en el año 2.011 (91% ixiles y 9% quichés, ladinos, kanjobal y man). En cuanto a

su distribución el 49% son hombres y el 51% son mujeres. La densidad de población es de 64,24 habitantes por km<sup>2</sup>. Cada familia consta de un promedio de 5 a 6 miembros y la población es predominantemente joven (55% menores de 17 años).

En cuanto a su distribución geográfica el 70% vive en el área rural, comunidades dispersas y alejadas, y el 30% en áreas urbanas. Cabe mencionar que esta situación implica que la población rural no tiene acceso a los servicios básicos o este es limitado (Fundación Ixil, 2.010)

El municipio de Chajul, está dividido en 6 microrregiones y cuenta con 63 comunidades pobladas, concretamente este proyecto va dirigido a la microrregión VI donde se localiza el 6% de la población y está integrada por El Mirador, Nueva Victoria Xecoyeu, Encuentros Amajchel, Xetza, Esperanza Amajchel, Centro Amajchel, Nuevo Amajchel y Santa Clara.

**Figura 3. Microrregiones de Chajul**



Fuente: Gobierno de Guatemala.

Santa Clara cuenta con 736 habitantes, está situada en una zona de sierra, a 1.350 metros de altitud, a 5 horas en todoterreno del municipio de Chajul y a 6 horas del de Nebaj donde se encuentra el hospital más próximo.

El terreno es montañoso, con abundante vegetación, el clima es templado y las precipitaciones se concentran en la época de lluvias, invierno, de mayo a noviembre.

### **Gobernabilidad y participación local**

En esta zona persiste el clientelismo sobre todo en los gobiernos municipales lo que se traduce en falta de procedimientos democráticos, favorecida por el bajo nivel cultural. Existe un bajo grado de transparencia en la toma de decisiones administrativas y se observa la exclusión de parte de la población por motivos políticos.

En las Comunidades Población en Resistencia como es Santa Clara existe una organización sociopolítica muy desarrollada y con mucha fuerza. La alcaldía se encuentra en la cabecera del municipio, en Chajul, y en la comunidad hay una institución auxiliar que se conoce también como Alcalde, es una institución formada por el *vicealcalde*, un *vicealcalde* auxiliar un *secretario* y tres *mayores* que son las personas encargadas de realizar y organizar los trabajos que ordena el *vicealcalde*, el Alcalde se elige en Asamblea por toda la comunidad cada año. También está el COCODE que es el Comité Comunitario de Desarrollo, formado por 15 miembros y cada miembro es representante de un Comité: Comité de tierra, Comité de Agua, Comité de Mujeres, Comité de Salud, Comité de la Iglesia, Comité de padres de alumnos... Los miembros del COCODE y de los comités también son elegidos en Asamblea cada dos años. El alcalde y los miembros del COCODE se reúnen regularmente, el Alcalde se reúne a diario, para tratar los temas de la comunidad, todos son sus miembros son de presentación voluntaria, no cobran ningún salario y tienen que rendir cuentas en las asambleas comunales. Cabe destacar que en estos órganos participan muy pocas mujeres, en el Alcalde ninguna, lo que evidencia la organización machista de esta sociedad. La mujer se ve relegada al cuidado de la casa y de los hijos, aunque las mujeres forman parte de una Asociación de Mujeres formalmente constituida, institución independiente, las actuaciones que quieran llevar a cabo en la comunidad tienen que pasar por la asamblea de los Directivos (Alcalde y COCODE)

Las mujeres tampoco tienen acceso a la tierra, después del conflicto el Gobierno entregó a la comunidad un terreno de cultivo comunal y se constituyó la Empresa Asociativa Campesina (ECA) para hacerse cargo del terreno, formada por 92 socios todos hombres cabeza de familia salvo dos mujeres viudas. En el periodo que he estado en Santa Clara se estaba formalizando la medición de las parcelas de cada propietario para reconocer los títulos de propiedad a nivel individual.

Todas las organizaciones sociales, el Alcalde, los Cocodes, la Asociación de Mujeres y la ECA, se rigen por un sistema democrático, las reuniones son frecuentes y la participación es muy elevada, los problemas que acontecen en la comunidad tienen rápida respuesta por parte de estos órganos. Toda la comunidad realiza trabajos para el mantenimiento de los lugares

públicos y participan en la resolución de problemas. Las disputas judiciales entre vecinos también son resueltas por los directivos.

### **Servicios básicos**

El acceso a los servicios básicos es limitado, solo la mitad de las casas cuenta con energía eléctrica producida por un pequeño panel solar. El acceso al agua es a través de la recogida del agua de lluvia que baja por los tejados y la recogen en depósitos de plástico. Existe un problema de acceso al agua en la temporada seca de diciembre a mayo, las lluvias son escasas y el agua tiene que ser racionada. El sistema de potabilización que emplean es hervir el agua y guardarlo en cazuelas o pequeños depósitos de plástico.

El saneamiento es a través de letrinas, en su mayor parte aboneras o secas, los desechos de estas letrinas son utilizados como abono para el cultivo.

El combustible empleado para cocinar es la leña, en aproximadamente la mitad de las casas se cuenta con una “estufa mejorada”, que consiste en una estructura de cemento y ladrillo refractario con una chapa en la parte superior donde cocinan, una entrada de leña y una chimenea, en el resto de las casas el fuego se hace directamente en el suelo o sobre estructuras de cemento sin chimenea por lo que el humo se acumula en la casa.

Las casas son de tablas de madera en su mayoría salvo algunas excepciones que son de bloque, los pisos también en su mayoría de tierra y los tejados de lámina de acero galvanizado.

### **Educación**

En el Área Ixil el 52% de la población en edad escolar tiene acceso a una educación formal (55% hombres y 44% mujeres). La primaria es el nivel que mayor atención recibe un 67% (niños y niñas entre 7 y 12 años asisten a la escuela). Sin embargo sólo el 13% y 5% son atendidos en el nivel básico y diversificado de jóvenes con la edad correspondiente a estos niveles. De acuerdo a las Estadísticas del Ministerio de Educación la tasa promedio de analfabetismo ha disminuido al 39% tomando una población adulta de 71.406 del cual el 60.48% son mujeres (Fundación Ixil, 2010).

La educación es aún excluyente en cuanto a área, género, situación económica y cultural. La educación en el ámbito rural está peor que en el entorno urbano, el absentismo tanto de los estudiantes como de los maestros es otro problema, aunque tras un programa puesto en marcha hace 6 años sobre Bonos de Educación, por el que las familias reciben del gobierno la cantidad de 100 quetzales al mes por cada niño de primaria que acude a la escuela, la importancia de este problema ha disminuido. Prevalece una fuerte deserción de las niñas al terminar sexto de primaria, debido a rasgos culturales, ya que a esa edad sus roles cambian

y pasan a tener responsabilidades familiares y por lo tanto no pueden continuar con su educación. (Fundación Ixil, 2.010).

Asimismo la pobreza limita el aprendizaje, los niños y niñas no cuentan con las condiciones adecuadas de salud y nutrición, viven en casas hacinadas, no tienen contacto con libros, tienen que trabajar en sus hogares y para sus familias el costo de estudio es muy alto y no lo pueden asumir.

En Santa Clara hay un colegio público que fue construido por una ONG española y cedido al Ministerio de Educación donde se imparte el nivel primario y básico. También cuenta con una biblioteca construida por otra ONG, gestionada por la propia comunidad, tiene servicio de préstamo de libros y de acceso a ordenador, aunque en la comunidad no llega señal de internet.

### **Salud**

La cobertura de salud es limitada, las comunidades cuentan con un pequeño consultorio, donde pasan consulta los auxiliares de enfermería, cuya periodo de capacitación es de un año, existe un enfermero profesional que acude a las comodidades una vez cada 15 días y no existe cobertura médica en los consultorios.

El hospital más próximo de Santa Clara se encuentra a 6 horas en vehículo todo terreno, el camino es muy accidentado hay continuos baches y en varias ocasiones hay que bajar del carro para empujar. El pasaje cuesta 55 quetzales por persona, al cambio 5,5 €, esto impide que muchas familias puedan acudir al hospital ante un problema de salud al no poder pagar el pasaje.

En el triángulo Ixil la primera causa de morbilidad son las infecciones respiratorias agudas (26% en promedio de los 3 municipios) debido a las condiciones climáticas del área y las condiciones de vivienda, acumulación de humo por leña, la segunda es el parasitismo intestinal (13.7%) principalmente ocasionada por el consumo de agua contaminada y por la falta de infraestructura sanitaria adecuada y la tercera ocasionada por desnutrición (9.25%)(Fundación Ixil, 2010).

### **Desnutrición e Inseguridad Alimentaria**

Las condiciones de inseguridad alimentaria y nutricional se reflejan en las causas de mortalidad, de las cuales se ha identificado que el 9.25% ocurre por desnutrición.

A esto hay que agregar la existencia de una alta tasa de desnutrición crónica, es decir, el número de niños y niñas escolares con peso y estatura por debajo del esperado para su edad. Si observamos la situación de la desnutrición en el área Ixil encontramos que en la

zona de Chajul la desnutrición crónica supone un 82.4%, la global un 41.8% y la aguda un 1.3%.

**Tabla 1. Tasa de desnutrición infantil en el Triángulo Ixil.**

Municipio	Desnutrición Crónica	Desnutrición Global	Desnutrición Aguda
Nebaj	77.0%	40.1%	1.3%
Chajul	82.4%	41.8%	1.3%
Cotzal	72.6%	43.5%	2.0%

Fuente: Fundación Ixil, 2.010:18.

Además hay que tomar en cuenta que la referencia de niños con desnutrición es sumamente débil ya que las madres no pueden permanecer mucho tiempo en el hospital. Las principales causas de desnutrición en el área son: inadecuado acceso a alimentos, debido a la insuficiente producción (falta de acceso a tierra, asesoría técnica y condiciones climáticas adversas), a la capacidad de compra (falta de fuentes de ingreso/empleo, incremento de precios, maíz 10% más), y la escasa o nula diversificación de los cultivos. Esta situación se agrava en el área rural debido a la pobreza extrema (Fundación Ixil, 2.010).

Además de las condiciones de pobreza, existen factores culturales y de formación, educación e higiene que crean un ambiente insalubre en que viven las familias (mal uso del agua, falta de higiene o servicios sanitarios, hacinamiento, etc). Prevalecen inadecuadas prácticas alimentarias, especialmente hacia niños menores de 2 años y hacia las madres, por lo que se identifican precarias condiciones nutricionales especialmente de las mujeres embarazadas y en período de lactancia. Las mujeres más jóvenes suelen padecer anemia, provocando problemas en el desarrollo del bebe.

La dieta de la mayoría de familias es eminentemente vegetariana, el maíz es el alimento básico de consumo diario. La dieta se complementa con poca cantidad de leguminosa (frijol) y verduras, dependiendo de la capacidad de compra. El consumo de alimentos de origen animal y frutas es muy bajo tanto en frecuencia como en cantidad. Entre estos, el huevo es el alimento que más se consume. Existe un alto consumo diario de café y frescos elaborados, bebidas a base de jugo de frutas o polvos comprados, con gran cantidad de azúcar.

Los principales problemas del **servicio de salud** son:

- La escasa atención sanitaria profesional a la población del área.
- La atención es prioritariamente curativa y no preventiva y de promoción de la salud.
- Los auxiliares de enfermería y el personal de los servicios de salud no tienen los conocimientos nutricionales necesarios.
- Las creencias equivocadas sobre los usos los medicamentos y sobre el seguimiento de los tratamientos pautados
- Otros sectores e instituciones, como son los Gobiernos Municipales, tienen menor preocupación por este problema y aun no están muy involucrados en fomentar acciones de educación para la salud

### **Género**

Hay que destacar que las mujeres tienen un menor acceso a los servicios básicos, principalmente a la educación. También tienen menor acceso a la tierra, y una escasa participación en la vida pública y política.

Sin embargo, el papel de la mujer es fundamental en el sostenimiento del hogar, la mujer es la encargada de la alimentación, del agua, del cuidado de los niños, del cuidado de los animales, de apoyar en los trabajos del campo, así como preparar los productos agrícolas para la venta, como el café o el cardamomo. Por todo ello, sí se lograra que la mujer se incorporara en los procesos participativos, y tuviese igualdad en el acceso de oportunidades, el proceso de mejora en la calidad de vida de la comunidad aumentaría de forma significativa.

### **Religión**

En todo Guatemala hay un seguimiento mayoritario de la religión cristiana, existen numerosas iglesias y los cultos son continuos. En Santa Clara hay tres pastores evangélicos y una iglesia católica. Bajo mi punto de vista esto explica muchos aspectos de la vida diaria como es su resignación ante las duras condiciones de vida y su forma de pensar ante la familia y especial ante la planificación familiar considerada como pecado mortal sobre todo por la iglesia evangélica y por una parte de sus fieles.

### **Economía**

La población desarrolla una agricultura de subsistencia, el cultivo principal es el maíz, el terreno es muy escarpado, con muchas piedras y poco fértil. Para cultivar una parcela, en una ladera, primero tienen que limpiar la selva con machete, de arboles y plantas y después quemarla para eliminar las hiervas. En esta parcela podrán cultivar durante dos o tres años



hasta que el suelo se agote, no utilizan abonos y las semillas son criollas, aunque desde hace 10 años muchos utilizan herbicidas para acabar con las malas hierbas. También cultivan en menor cantidad café y cardamomo que son los cultivos que transportan a la ciudad para venderlos, con lo que consiguen un poco de dinero que es el único ingreso que tienen durante el año. El año pasado no hubo producción de café debido a una plaga en las plantas y este año aunque aún es pronto para saberlo amenaza con volver a suceder, los precios del cardamomo varían en un margen de 5 a 1 de un año a otro, por lo que su economía está gravemente amenazada.

## JUSTIFICACIÓN

El área Ixil fue una de las más afectadas por el conflicto armado interno que duró más de treinta años, lo que ocasionó grandes repercusiones en la zona, secuelas de violencia, aumento de la pobreza, bajo desarrollo etc. Las municipalidades pasaron a ser manejadas por líderes Ixiles y pocas tierras pasaron a ser posesión de agricultores locales.

La comunidad de Santa Clara está integrada por familias numerosas, cada familia consta de un promedio de 8 a 9 miembros lo que dificulta en una población tan pobre tanto el acceso a los servicios básicos como a la tierra y provoca problemas serios en la salud y en la calidad de vida de la población.

**La producción agrícola** se ve afectada porque el terreno es fuertemente accidentado y por la constante pérdida de la capa orgánica original, la tala de árboles y la poca tradición de conservación de suelos. Esto ocasiona un sistema inestable que requiere cada vez más de mayor inversión de mano de obra, argumento de algunas personas para tener familias numerosas, y herbicidas para mantener los niveles actuales de producción, ya que son los más bajos del país.

En **educación**, la alta tasa de analfabetismo y el bajo nivel educativo aunque la cobertura es amplia, evidencian que es indispensable ampliar la atención de los niveles de preprimaria, básico y diversificado (secundaria). La escasa calidad en la educación señala que es fundamental promover procesos de formación y profesionalización docente y al mismo tiempo generar incentivos que motiven a los maestros a asistir, a mejorar el uso del tiempo y a implementar metodologías y técnicas adecuadas. En la actualidad el Gobierno tiene establecido un sistema de bonos para las familias que envían a sus hijos a la escuela, les entrega una cantidad de dinero por cada niño que acude al colegio, al igual sucede con la salud, entregando un dinero por cada niño que acude a los controles de seguimiento para niños menores de 5 años.

Las **condiciones de salud** son precarias ya que por un lado existen los problemas de la contaminación del agua y de las viviendas que ocasionan altas tasas de morbilidad y por

otro lado, muchas de las comunidades no cuentan con ningún tipo de infraestructura para atender la salud. En Santa Clara el acceso a consulta médica solo es posible en la ciudad de Chajul, que está a 5 horas de camino, el hospital más cercano se encuentra a 6 horas y el precio del transporte muchas familias no se lo pueden permitir.

Las mujeres tienen hijos en edades muy tempranas, a partir de los 16 años y hasta edades tardías incluso hasta los 50 años, en ocasiones con muy poco espacio de tiempo entre los partos sin apenas tiempo para recuperarse, las mujeres padecen anemia como mal endémico en la zona lo que les provoca problemas de salud tanto a ellas como a sus hijos.

Esto evidencia la necesidad de promover esfuerzos de generación de ingresos, de incremento de productividad, de producción de alimentos sanos en espacios pequeños, de educación nutricional en las escuelas y con los padres de familia, de educación para la salud y sobre planificación familiar.

Otro reflejo agudo de las condiciones de pobreza, **es la vivienda**, no sólo por la carencia en cuanto a los materiales de construcción o la contaminación, sino por el hacinamiento en que viven las familias.

El hecho de que el 87% de la población viva en condiciones de pobreza y el 33% en condiciones de extrema pobreza, que Chajul (36º) y Cotzal (41º) estén dentro de los primeros 50 municipios de prioridad nacional (dentro de los 333) indican que el área Ixil es una de las más pobres del país (Fundación Ixil, 2.010).

La situación de las mujeres expresa discriminación y marginación en el acceso a las oportunidades. La cultura en el hogar denota importancia del rol que juegan en la alimentación, el acceso al agua, la crianza de animales. Es por ello que una actuación para la mejora de la situación de la mujer repercutirá en toda la comunidad.

En resumen la comunidad de Santa Clara cuenta con altos índices de pobreza, morbilidad, desnutrición, natalidad y desigualdad de género, todos ellos relevantes para una posible intervención.

Es por ello que este proyecto se va a centrar en la educación para la salud en la comunidad de Santa Clara de Chajul.

“La educación en la salud de la comunidad es apropiada en tanto que ayuda a los pobres y a los débiles a ganar más control sobre su salud y su vida” (Werner D. y Bower B. 17)

## IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS

El conocimiento de la realidad de la comunidad y de manera específica de la realidad sanitaria es el elemento esencial para poder planificar las intervenciones en salud a fin de modificar las condiciones encontradas. La percepción que la comunidad tiene de los

problemas de salud indica la trascendencia social de éstos, por lo que la utilización de métodos cualitativos tiene un mayor protagonismo. Para realizar el diagnóstico de salud he tenido en cuenta dos características principales: la objetividad y la integridad.

La fase de análisis ha estado presente durante todo el proceso, compartiendo espacio con el resto de fases, los medios utilizados en la fase de análisis han sido los siguientes:

### **Entrevista estructurada**

Especialmente durante la primera fase de mi estancia he realizado números entrevistas formales e informales: Dr. Germán médico voluntario de la ONG; Gustavo Coyuch promotor de salud de Santa Clara; Jacinto Brito y Juan Pérez miembros de la Alcaldía de Santa Clara; Dra. Patricia Resinos directora del Hospital Nacional de Nebaj; Dr. Juan Pablo Noriega director del Hospitalito privado de Nebaj; Juan Ixcoy profesor de la escuela; Urbano Gregorio Pérez pastor evangélico; Paula Coyuch comadrona, además de entrevistas con pacientes atendidos en consulta de enfermería y en visita domiciliaria y con numerosos miembros de la comunidad que me han invitado a sus casas.

### **Informantes clave**

De las entrevistas realizadas he recibido una información más detallada y más amplia sobre la situación en general y en particular sobre la situación de salud a través de las entrevistas mantenidas con: Antonio Diez presidente de la ONG CIPE; Nazaria Tum presidenta de la Asociación de Mujeres La Voz de la Resistencia; Diego Raimundo Matón enfermero profesional de área; Feliciano Ixcoi y Ana Brito auxiliares de enfermería de Santa Clara; Guillermo Ixcotoyac director de la escuela; Ambrosio Pérez terapeuta maya y Vicente Cava vicealcalde de Santa Clara

### **Grupos de formación.**

Durante el proyecto se han formado 7 grupos de trabajo, durante las sesiones he recogido la información sobre las necesidades sentidas en materia de salud, las actuaciones que llevan a cabo para solucionar estas necesidades, en qué nivel se satisfacen y cómo se pueden mejorar estas actuaciones. En algunos grupos he planteado abiertamente estas preguntas y el resultado ha sido en parte un fracaso, los asistentes apenas han respondido más allá de pequeños y escasos comentarios, pudiera ser que no entendieron las preguntas o que no tuvieran vergüenza en responder o miedo en equivocarse o que no se hayan planteado de una forma objetiva y aislada las necesidades en salud, la información recogida salió en el debate espontáneo mantenido durante el proceso y en las reflexiones finales de los participantes y los auxiliares de enfermería.

### Observación

A lo largo de los dos meses que he pasado en Santa Clara he podido convivir con la comunidad, trabajar en el consultorio de enfermería, apoyar en la realización de un nuevo censo, hablar con ellos, asistir sus reuniones y asambleas, comer en sus casas, conocer sus cultivos, su colegio, sus iglesias y sus cultos, sus tradiciones...y de todo ello he sacado información que ha aplicado al proceso.

### Fuentes bibliográficas consultadas

- Informe Alternativo del Derecho a la Alimentación en Guatemala. Monitoreo de las Directrices Voluntarias para el Derecho a la Alimentación 2.012. Jaime Tecu, Sergio Rosales, Magali Cano, Victoria Mogollón, Wolfgang Krenmayr; Emilio sebastian Cael y Ricardo Zepeda. Magna Terra editores S.A.
- La realidad e la ayuda 2.012. Intermon Oxfan. 2.013. Jaime Atienza, Déborah Itriago, Irene Milleiro, Susana Ruiz y Saya Saulière (Intermón Oxfam), Flora Cabranes e Isabel Tamarit (investigadoras independientes), Carlos Mataix (Universidad Politécnica de Madrid), Verónica López Sabater (Fundación Afi), Victoria Anderica, Andreas Pavlou, Pamela Bartlett y Helen Darbishire (Access Info Europe) y Carlos Cordero Sanz (Sustentia).
- Documento de Estrategia Guatemala, País 2.007-2.013. Comisión Europea
- Marco de Asociación País de la Cooperación Española en Guatemala 2.013-17. Gobierno de España
- Informe de Diagnóstico. Descripción de la Situación del Área Ixil. Fundación Ixil, El Quiché, Guatemala, mayo de 2.010.
- Plan Territorial de salud 2.010. Área de Salud Ixil.
- Análisis de Situación de Salud 2.009. Área de Salud Ixil.
- Análisis situacional de la malnutrición en Guatemala, sus causas y abordaje. Mireya Palmeri y Hernán L. Delgado. Informe Nacional de Desarrollo Humano. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala 2.011
- Plan de estratégico de seguridad alimentaria y nutricional para Occidente- Planocc. 2.012- 2.016. Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional SESAN. Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Gobierno de la Republica de Guatemala. Octubre 2.011.
- Estadísticas Sanitarias Mundiales 2.011. Organización Mundial de la Salud

## DIAGNÓSTICO DE SALUD DE SANTA CLARA

**Epidemiología**

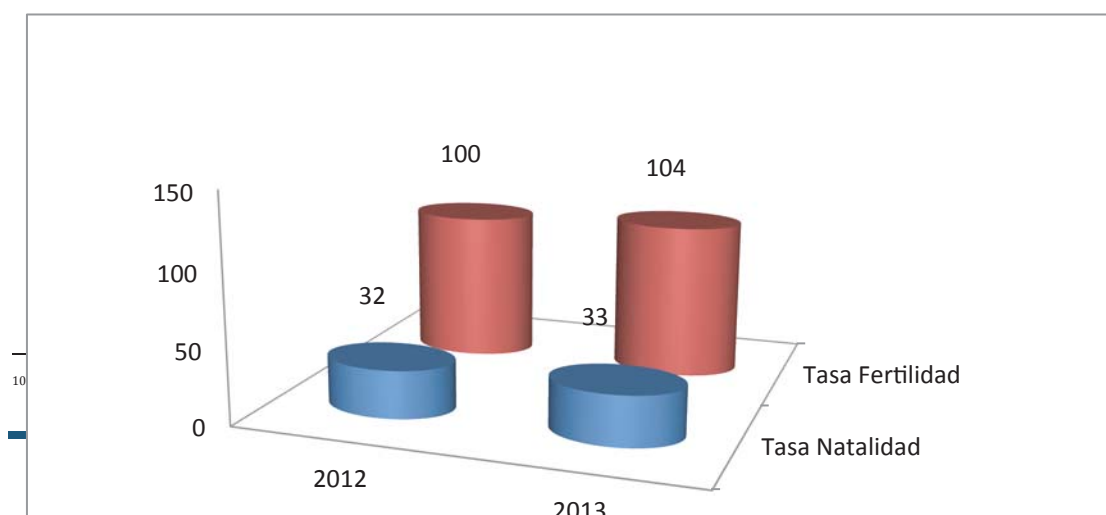
Datos recogidos del Informe de situación de salud 2.013 del territorio de Chajul, Quiché, Guatemala. Instituto de Salud Inuyente ISIS, Ministerio de Salud Pública de Guatemala.

**Tabla 2. Datos de Población (Personas por grupos etéreos, sexo y área geográfica) por Territorio de Chel, Chajul, Quiché.**

Municipio	M	H	Total Sexo
Amajchel	737	774	1.511
Antiguo	88	107	195
Caba	180	203	383
Chel	1.837	1.822	3.659
El Mirador	323	307	630
Encuentros	234	219	453
Estrella Polar	855	846	1.701
JUA	638	591	1.229
<b>Santa Clara</b>	<b>385</b>	<b>351</b>	<b>736</b>
<b>Total Municipio</b>	<b>5.277</b>	<b>5.220</b>	<b>10.497</b>

Fuente: boleta de censo 2.013 Subsistema SIGS

**Figura 4. . Tasa de Natalidad y Tasa de Fecundidad por Año Territorio Dos Chel.<sup>10</sup>**



*Fuente: Reporte del número de nacimientos por mes SIGSA 1, años 2012 y 2013*

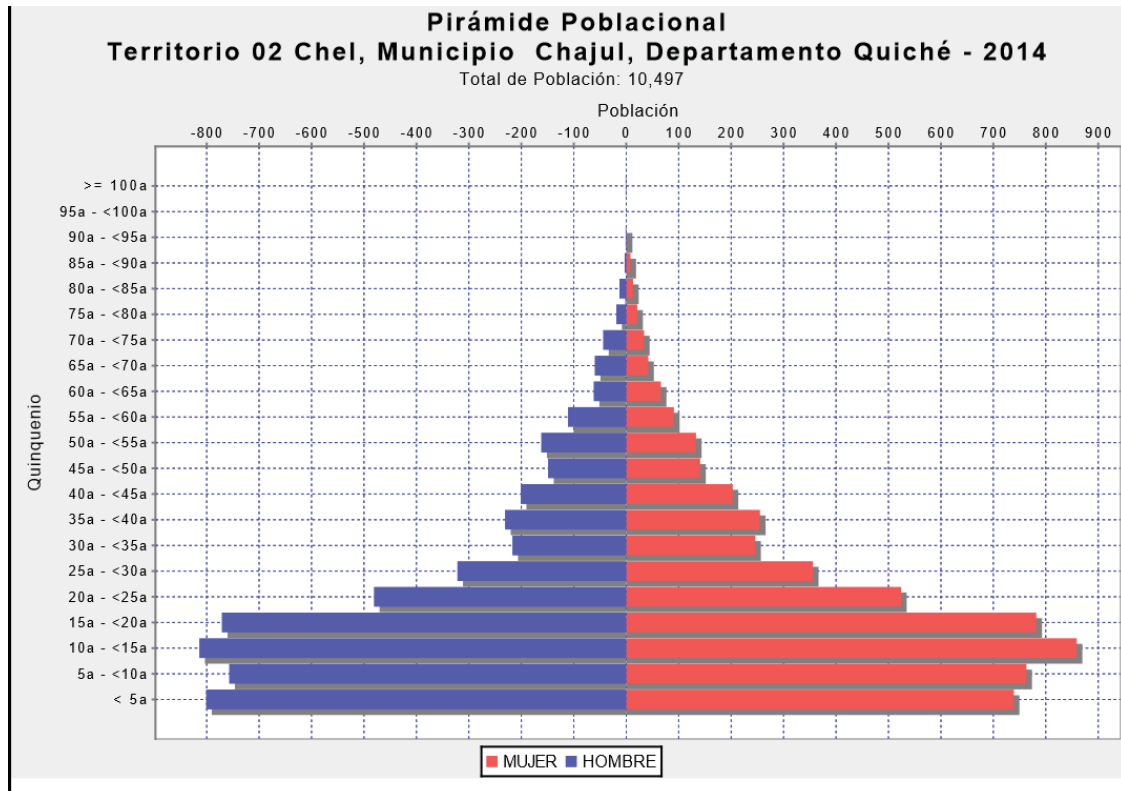
El número de hijos que nacería por cada mil mujeres en sus años reproductivos de acuerdo a la tasa de fecundidad es 104 en el año 2013, por cada mujer de 10 a 54 años, se estima el nacimiento de 9 niños por cada una de ellas, reflejando un incremento a diferencia del año 2012. Según la tasa de natalidad por mil habitantes nacen 33 niños en el territorio de Chel en el año 2013 a diferencia del año 2012 que fue 32.

**Tabla 3. Grupos Prioritarios (Materno-Infantil) Territorio Chel, Chajul Quiché.**

Comunidad	Mujeres en edad fértil	Nacidos Vivos	Embarazos Esperados
Amajchel	206	36	40
Antigua Amajchel	20	5	6
Bella Vista	16	2	2
Chel	634	70	77
Covadonga	42	19	21
El Mirador	71	9	10
Encuentro Amajchel	69	9	10
Estrella Polar	191	36	40
Jala A Las Flores	186	21	23
Júa	189	37	41
Nuevo Amajchel	39	4	4
Rancho Escondido	20	3	3
<b>Santa Clara</b>	<b>166</b>	<b>31</b>	<b>34</b>

**Fuente:** Datos fijos 2013

Figura 5. Pirámide Poblacional Territorio Dos, Chajul Quiche.



Fuente: boleta de censo 2014 Subsistema SIGSA

Tabla 4. Datos Demográficos del Territorio 02 Chel, Chajul Quiché, año 2013.

DATOS DEMOGRÁFICOS	2.012	2.013
Población Total	9.952	10.252
Población Migrante (Total)	106	107
Nacimientos	313	353
Defunciones	14	23
No. de Mortinatos	0	5
Tasa de Natalidad	32	33
Tasa de Fecundidad	100	104
Tasa de Mortalidad General	0	2
Razón de Mortalidad Materna	315	566

Tasa de Mortalidad Infantil	10	32
-----------------------------	----	----

Fuente: SIMIS-Censo, SIGSA 1 Y SIGSA2.

**Tabla5.: Diez Primeras Causas de Morbilidad General por sexo, territorio 2 de Chajul, Quiche año 2013.**

No.	Código	Morbilidad	HOMBRES		MUJERES	
			Casos	%	Casos	%
1	J00,J00.X	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	370	23.49	492	18.39
2	A06.9	Amebiasis, no especificada	124	7.87	215	8.04
3	J18.9	Neumonías y bronconeumonías	135	8.57	147	5.50
4	R51	Cefalea	34	2.16	184	6.88
5	A09	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	106	6.73	110	4.11
6	D64.9	Anemia de tipo no especificado	27	1.71	139	5.20
7	M13.9	Artritis, no especificada	55	3.49	101	3.78
8	B82,B82.9	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	64	4.06	90	3.36
9	K29.7	Gastritis, no especificada	23	1.46	105	3.93
10	J03.9	Amigdalitis aguda, no especificada	35	2.22	80	2.99
<b>Subtotal</b>			<b>973</b>	<b>61.76</b>	<b>1663</b>	<b>62.18</b>
<b>Resto de Causas</b>			<b>602</b>	<b>0</b>	<b>1012</b>	<b>37.83</b>
<b>Total</b>			<b>1575</b>	<b>61.76</b>	<b>2675</b>	<b>100.01</b>

Fuente: SIMIS - ficha clínica

Analizados los datos de morbilidad por grupo de edad las causas principales de morbilidad consultadas por la población en general del territorio dos Chajul 2013, destacan los problemas respiratorios y enfermedades diarreicas afectando a la población menor de cinco años, debido a la vulnerabilidad de este grupo de edad y por la escasa practica de medidas higiénicas y pocos hábitos de cuidado de los niños sanos y enfermos de parte de los padres, la población adulta es afectada por los problemas respiratorios tan frecuente como en los niños menores de cinco años, pero si se ven afectos por los problemas crónicos como artritis, gastritis, debido a los estilos de vida que tienen. En la edades de 20 a 59 años el sexo femenino es otro de los grupos vulnerables ante las principales causas de morbilidad y se ven afectadas por problemas de anemia y cefalea, la cefalea es una consecuencia de la anemia que



es causado por el rol que este grupo desempeña dentro del ámbito familiar.

**Tabla 6. Veinte primeras causas de Morbilidad Infantil (menores de un año), territorios, Chajul, Quiché del 01/01/2013 al 31/12/2013.**

Causa Morbilidad	No.	%
J00 Rinofaringitis aguda [resfriado común]	157	39
J18.9 Neumonías y bronconeumonías	59	15
A09 Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	51	13
J15.9 Neumonía bacteriana, no especificada	30	8
A09.X Otras enfermedades diarreicas agudas	16	4
J06.9 Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	15	4
A03.9 Shigelosis de tipo no especificado	9	2
T78.4 Alergia no especificada	9	2
B86 Escabiosis	8	2
A06.9 Amebiasis, no especificada	7	2
L20.9 Dermatitis atópica, no especificada	7	2
H10.3 Conjuntivitis aguda, no especificada	6	2
A06.0 Disentería amebiana aguda	4	1
J20.9 Bronquitis aguda, no especificada	4	1
B01.9 Varicela sin complicaciones	3	1
B37.0 Moniliasis oral	3	1
H66.9 Otitis media, no especificada	3	1
L01.0 Impétigo [cualquier sitio anatómico] [cualquier organismo]	3	1
R50.9 Fiebre, no especificada	3	1
B37.8 Candidiasis de otros sitios	2	1
	399	103

Fuente: Ficha Clínica SIMIS

**Tabla 7. Veinte primeras causas de Morbilidad MEF (Mujeres de 10 a 54 años no embarazadas), territorio dos, Chajul, Quiché del 01/01/2013 al 31/12/2013.**

Causa Morbilidad	Número	Porcentaje
J00 Rinofaringitis aguda [resfriado común]	226	18
R51 Cefalea	141	11
A06.9 Amebiasis, no especificada	130	10
D64.9 Anemia de tipo no especificado	110	9
K29.7 Gastritis, no especificada	88	7
M13.9 Artritis, no especificada	88	7
J03.9 Amigdalitis aguda, no especificada	59	5
N39.0 Infección de vías urinarias, sitio no especificado	47	4
B82.9 Parasitosis intestinal, sin otra especificación	44	4
J06.9 Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	40	3
R25.2 Calambres y espasmos	40	3
J18.9 Neumonías y bronconeumonías	38	3
T78.4 Alergia no especificada	38	3
A09 Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	33	3
K02.9 Caries dental, no especificada	27	2
H10.3 Conjuntivitis aguda, no especificada	26	2
H66.9 Otitis media, no especificada	23	2
L20.9 Dermatitis atópica, no especificada	23	2
N89.8 Otros trastornos especificados no inflamatorios de la vagina	16	1
A06.0 Disentería amebiana aguda	15	1
	1252	100

Fuente: Ficha Clínica SIMIS

**Tabla 8. Estado nutricional en la población de un año a < de 5 años, Territorio dos, Chajul Quiche.**

TERRITORIOS	NÚMERO	TOTAL
<b>Población 1 Año A &lt;5 Años</b>	<b>1583</b>	<b>1583</b>
<b>Peso Bajo</b>	<b>90</b>	<b>90</b>
Incidencia	57	57
<b>Crónica (Retardo Del Crecimiento)</b>	<b>361</b>	<b>361</b>
Incidencia	228	228
<b>Obesidad</b>	<b>152</b>	<b>152</b>
Incidencia	96	96
<b>Sobrepeso Moderado</b>	<b>19</b>	<b>19</b>
Incidencia	12	12
<b>Desnutrición Aguda Leve</b>	<b>27</b>	<b>27</b>
Incidencia	17	17
<b>Desnutrición Aguda Moderada</b>	<b>9</b>	<b>9</b>
Incidencia	6	6
<b>Desnutrición Aguda Severa</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
Incidencia	6	6

Fuente: Cuadernillo de niño y la niña SIMIS

**Tabla 9. Número y Proporción de personas con Problemas Crónicos según sexo, Territorio Dos, Chajul Quiche.**

Morbilidad	Sexo		TOTAL
	Mujeres	Hombres	
<b>Diabetes</b>	7	2	9
<b>Hipertensión</b>	11	3	14
<b>TOTAL</b>	18	5	23

Fuente: Ficha clínica

**Tabla 10 Causas de Mortalidad General del Territorio Dos, Chajul Quiche en 2013.**

Causa Mortalidad	No.
A01.0 Fiebre tifoidea	1
A41.9 Septicemia, no especificada	1
E14.1 Diabetes mellitus no especificada, con cetoacidosis	1
I10 Hipertensión esencial (primaria)	1
I50.9 Insuficiencia cardíaca, no especificada	1
J00 Rinofaringitis aguda [resfriado común]	3
J15.9 Neumonía bacteriana, no especificada	2
J18.9 Neumonías y bronconeumonías	7
J45.9 Asma, no especificado	1
K29.7 Gastritis, no especificada	2
P95 Muerte fetal de causa no especificada	1
R57.1 Choque hipovolémico	1
S02.9 Fractura del cráneo y de los huesos de la cara, parte no especificada	1
	<b>23</b>

Fuente: Registro de Defunción

### Factores condicionantes del nivel de salud

La población de Santa Clara se **sitúa en una zona montañosa** a 1.350 metros de altitud, el terreno es escarpado, con abundante vegetación, el clima es templado y las precipitaciones se concentran en la época de lluvias con alto índice de humedad ambiental, de mayo a noviembre y dos meses especialmente secos, febrero y marzo. El aislamiento se acrecienta por la ausencia de vías de comunicación, se tardan 5 horas en vehículo todoterreno al municipio de Chajul y 6 horas al de Nebaj donde se encuentra el hospital más próximo.

Por el **clima y la vegetación** hay numerosos insectos, arañas y serpientes, las picaduras se infectan frecuentemente por la falta de higiene, los mosquitos zancudos transmisores de la malaria no tienen presencia en la comunidad debido a la altitud aunque sí en las tierras bajas donde muchos campesinos bajan a cultivar sus parcelas.

**El agua** disponible es agua de lluvia recogida en depósitos de plástico acondicionados, para beber se hierve el agua y se almacena en recipientes. Aunque toda la población está sensibilizada con este método de potabilización del agua, en muchas ocasiones los recipientes utilizados carecen de las condiciones higiénicas adecuadas.

**El saneamiento** es a través de letrinas, en su mayor parte aboneras o secas, los desechos de estas letrinas son utilizados como abono para el cultivo.

**La utilización de combustible** de leña en el hogar provoca en muchos casos un ambiente dentro de la casa contaminado por humo y monóxido de carbono que favorece las infecciones respiratorias y oculares. La mitad de las casas no cuenta con “estufa mejorada” y el fuego se hace directamente sobre el suelo o a poca altura existiendo el riesgo de quemaduras sobre todo en niños pequeños.

**Las casas** son de tablas de madera en su mayoría, salvo algunas excepciones que son de bloque, carecen de la ventilación adecuada y en el ambiente se acumulan el humo, el polvo del maíz seco que almacenan en las casas y los insectos.

Muchos de los pisos de las casas son de tierra, los animales (pollos, gallinas, perros y gatos) entran en las casas libremente, orinan y en ocasiones defecan, y en muchas casas el barrer el suelo no es un hábito diario. Los tejados son de chapa de acero galvanizado salvo unos pocos que son los de hoja de palma.

**Los hábitos de higiene** en general son escasos y depende de las familias, de sus costumbres y de su nivel educativo, hay familias en las que sus miembros se bañan al menos una vez a la semana y los hombres después de trabajar y otras familias, generalmente las más humildes, en las que apenas se bañan. Con la limpieza de manos ocurre lo mismo, aunque en algunos lugares existe el hábito por parte de los mayores de lavarse antes de comer, generalmente solo con agua, no existe el hábito de lavarse las manos antes de hacer la comida, y después de ir al baño, los niños apenas se lavan las manos.

Hay costumbre de colocar a secar la ropa en el suelo o sobre los tejados para secarla, exponiéndola a insectos y a la suciedad.

La basura orgánica la aprovechan para los animales y como abono para las plantas y los plásticos y papeles suelen quemarse, aunque es habitual tirarlos al suelo de la calle, los alumnos del colegio distribuidos en grupos recogen periódicamente los papeles de las calles.

**La alimentación** es deficiente en proteínas, grasas y vitaminas, el maíz es el alimento principal de consumo diario, la dieta se complementa con, hierva (similar a las espinacas) güisquil (alimento parecido a la calabaza), la malanga (parecido a la patata), la patata, los bananos, plátanos, piña, naranjas y con alimentos de origen animal, otras frutas, frijoles y arroz que dependen de la capacidad de compra de la familia, por lo que su consumo es muy bajo tanto en frecuencia como en cantidad. Existe un alto consumo diario de café con gran

cantidad de azúcar. Estos factores son los causantes de la desnutrición infantil que se manifiesta en un peso por debajo del correspondiente a los niños sanos, retraso en el desarrollo y favorece la aparición y el agravamiento de otras enfermedades como infecciones respiratorias, gastrointestinales o parasitarias.

Las mujeres en edad fértil padecen en su mayoría anemia, que se incrementa durante el embarazo periodo en el que las necesidades del cuerpo aumentan y se hace más evidente la carencia de nutrientes, por otro lado el elevado número de hijos desde muy temprana edad y en ocasiones muy seguidos sin tener el tiempo suficiente para reponerse favorece esta enfermedad.

La falta de higiene y la deficiente alimentación son condicionantes que aumentan y emporan determinadas enfermedades, los problemas de salud con mayor incidencia en la población son la Infección Respiratoria Aguda (IRA), la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), la desnutrición y las enfermedades de la piel. Generalmente los pacientes con EDA no acuden a consulta si se trata de episodios que duran pocos días, solo en el caso de que cursen con fiebre y se mantenga durante varios días acuden a consulta para recibir tratamiento contra la amebiasis, enfermedad parasitaria producida por amebas que produce fiebre y diarrea. Pero el principal problema de la EDA es que empeora la situación de desnutrición de los niños y de anemia de las mujeres.

Por parte del **ministerio de salud existen varios programas** a nivel de atención primaria para colectivos específicos:

- Programa de seguimiento a niños menores de 5 años, los niños acuden a consulta para recibir las vacunas, recibir aporte de nutrientes mediante vitaminas y realizar un control de talla y peso, la mayor parte de los niños está por debajo de un peso adecuado para su edad y los auxiliares explican a las madres que tienen que comer mejor, aunque examinadas las fichas de evolución los niños que acuden a consulta apenas experimentan cambios en la tendencia a la baja.
- Programa de seguimiento a mujeres en edad fértil, de los 10 a los 54 años, para administrarles hierro y ácido fólico como medida de prevención de la anemia.
- Programa de seguimiento a mujeres embarazadas, con consultas mensuales y preparación del parto, el cual tiene lugar en las casas de las embarazadas con la asistencia de la comadrona y del auxiliar de enfermería. En los casos en los que se produce una complicación durante el parto los medios son muy limitados y el traslado al hospital es muy dificultoso.
- Programa de Planificación Familiar, por parte del ministerio de salud existe una campaña de información y aplicación gratuita de métodos de Planificación Familiar. Los

auxiliares de enfermería y el enfermero de área informan a las mujeres en edad fértil que acuden a consulta de las opciones que hay para planificarse.

- Programa de detección precoz de cáncer de útero, mediante una prueba de detección de presencia del Virus del Papiloma Humano (VPH) a través de una citología. Personal del servicio de salud se desplaza a las comunidades para realizar la prueba una vez al año<sup>11</sup>, pero la falta de recursos impiden que se lleve a cabo correctamente en tiempo y forma, no se llega a todas las comunidades, no hay cobertura de todas las mujeres de las comunidades a las que llegan y no hay un seguimiento adecuado a las mujeres con presencia de infección por el VPH.

Los medios técnicos y humanos del consultorio de Santa Clara son muy limitados, aunque el personal a pesar de la escasa formación tiene mucha experiencia, solo logran solucionar los problemas más básicos y para muchas enfermedades no hay diagnóstico o se produce un diagnóstico equivocado y/o un tratamiento equivocado. En el consultorio de Santa Clara trabajan dos auxiliares de enfermería a jornada completa, que han recibido una formación sanitaria de un año y hay un enfermero profesional, con tres años de formación sanitaria, que tiene asignadas otras cuatro comunidades, no llega ningún doctor a la comunidad por parte del Ministerio de Salud.

Los auxiliares de enfermería ocupan una parte de su tiempo importante en realizar labores administrativas, registros e informes, que por la falta de formación y experiencia en estas tareas les resta mucho tiempo.

El problema del transporte hacia el hospital es una gran barrera en la lucha contra la enfermedad, por un lado el pasaje cuesta 55 Quetzales (5,50 € al cambio) que muchas familias no se lo pueden permitir y por otro lado las condiciones del viaje son muy difíciles, suponen 6 horas en vehículo todoterreno por caminos impracticables sobre todo en la temporada de lluvias. También existen **creencias** por parte de la población en la sanación a través de los tratamientos de los curanderos, una vez a través de hierbas medicinales y otras veces a través de ritos o aplicación de remedios claramente perjudiciales para la salud, esta creencia se suma a las dificultades de transporte y el coste cuando se trata de acudir al hospital.

Otra de las creencias fuertemente asentadas es la de la necesidad de complejos vitamínicos para mejorar su salud, son muchos los usuarios de los servicios de salud que demandan vitaminas y también muchos los que compran complejos vitamínicos en las farmacias de otras comunidades o a vendedores ambulantes, creen que si las vitaminas se inyectan tienen

---

<sup>11</sup> La prueba de Papanicolaou (también conocida como la prueba Pap o examen de citología) es una manera de examinar células recolectadas del cuello uterino y la vagina. Esta prueba puede mostrar la presencia de infección, inflamación, células anormales, o cáncer.

mayor efecto.

La asistencia sanitaria en el consultorio y en el hospital es gratuita aunque los medios como he dicho son escasos, falta instrumental adecuado y medicamentos básicos, para paliar esto hay un plan en marcha a través del cual la ONG CIPE enviará unos medicamentos que se dispensarán en una farmacia o botiquín a un precio simbólico de 5 quetzales por cada tratamiento, que servirán para pagar al promotor de salud encargado del botiquín y como fondo para el comité de emergencia, aún así existe un déficit de medicinas.

La falta de **dinero** como vemos es un condicionante de la salud, en Santa Clara apenas hay dinero, la gente practica una agricultura de subsistencia y solo obtiene ingresos de la venta de los pocos excedentes de la cosecha que no todos los años se producen. Los hombres ayudados muchas veces por los niños y las mujeres tienen que labrar la tierra en condiciones muy duras, en laderas empinadas, llenas de vegetación piedras y mosquitos, en ocasiones tienen que andar más de una hora para llegar a su parcela y son numerosos los accidentes por corte de machete, única herramienta que utilizan para trabajar.

Este diagnóstico es el resultado de las entrevistas mantenidas, de la observación, de la realización de los talleres y del análisis bibliográfico.

Para los profesionales de salud los principales problemas de salud son la Infección Respiratoria Aguda, la Enfermedad Diarreica Aguda, las infecciones de la piel y la falta de planificación familiar siendo los condicionantes los ya expuestos.

Por parte de la población en general los principales problemas sentidos son las Infecciones Respiratorias Agudas, las enfermedades de los niños menores de 5 años y la alta natalidad con los problemas de salud para la madre y para los hijos que de ella se derivan.

Enfermedades como la diarrea y las infecciones de la piel no son consideradas en un primer momento como problemas graves de salud, durante las entrevistas y en los grupos de formación no aparecen estas enfermedades hasta avanzada la conversación, esto puede deberse a mi juicio a que la gente está acostumbrada a padecer estos problemas y lo siente como algo normal.

Otro problema de salud del que me han expresado su preocupación en entrevistas y en los grupos de formación de las mujeres es el cáncer, no tanto por su incidencia si no por su desconocimiento sobre la enfermedad.

Por parte del ministerio de salud hay déficit palpable en medios materiales y humanos



aunque son visibles las mejoras que se están poniendo en marcha en el sistema de salud los recursos son escasos y la evolución lenta. Los Auxiliares de Enfermería reciben mucha formación continua, a consta de tener que desplazarse por sus medios y sin apoyo económico adicional entre 4 y 6 días cada mes fuera de su comunidad.

Se está implantado en el país de forma progresiva un Modelo Inclusivo de Salud que pretende un enfoque de la atención primaria similar al que tenemos en España, a través de la puesta en marcha de programas de salud dirigidos a colectivos determinados (programa de diabéticos, hipertensos, mayores...) con el fin de dar una atención enfocada en la prevención y no una atención a demanda enfocada en la curación. Se parte de una posición muy atrasada, hay un grave déficit de asistencia sanitaria sobre todo en las poblaciones más asiladas y los cambios son muy lentos.

El gobierno también lleva varios años haciendo promesas sobre la construcción de una carretera aunque la gente lo ve como promesas electorales incumplidas año tras año, a día de hoy todas las comunidades del área están unidas y realizan campañas de demanda, recogida de firmas y continuas visitas al alcalde en el municipio de Chajul, pero estas comunidades suponen un escaso porcentaje del total de los votos del municipio y de momento no son tenidos en cuenta.

El pronóstico de salud es visto como una lenta mejoría en base al cambio en condicionantes clave como son: la higiene, conforme se vayan cambiando los hábitos en la población sobre todo más joven; la disminución del número de hijos por familia o el aumento considerable de su poder adquisitivo; el aumento de la disponibilidad y calidad de recursos asistenciales y la llegada de la carrera.

#### POBLACIÓN BENEFICIARIA

La población beneficiaria indirecta se puede considerar como la comunidad de Santa Clara, se trata de una población de 736 personas. La población beneficiaria directa son todos los asistentes a los talleres de formación incluidos los auxiliares de enfermería y yo mismo.

En primer lugar y una vez llegué a la comunidad mantuve una reunión con los auxiliares de enfermería para presentarme y explicarles el motivo de mi estancia, estas personas están ya acostumbradas a la visita de otros voluntarios en salud y agradecen su presencia, hay un clima de cordialidad y cooperación y por su parte muy buena disposición para el trabajo. También mantuve una reunión con el Alcalde y los miembros del COCODE (Comité Comunitario de Desarrollo) para presentarme y hablar con ellos sobre mi intención de

trabajar como enfermero en la comunidad, apoyando y a la vez aprendiendo de los auxiliares de enfermería que trabajan en el consultorio de salud y también la de desarrollar talleres de formación, o “capacitación” como ellos los llaman, dirigidos a los miembros de la comunidad interesados sobre problemas de salud, la autoridades me brindaron su apoyo en la organización y programación a la hora de comunicárselo a las personas convocadas.

También me reuní con la Asociación de Mujeres, una asociación constituida únicamente por mujeres y que forman parte de una asociación regional que trabajan por el desarrollo de la comunidad y por el empoderamiento de la mujer y la igualdad de género, Asociación de Mujeres la Voz de la Resistencia, para exponerles de la misma forma mi trabajo. He de decir que si bien los hombres mostraron mayor disposición a la hora de poner en marcha los talleres de capacitación las mujeres estuvieron más distantes y no parecían tener interés en principio, aunque al final de la reunión acordamos que los auxiliares de enfermería y yo haríamos grupos y dividiríamos a las mujeres en dos grupos: mujeres entre 25 y 35 y mayores de 35 años y les pasaríamos los listados a las autoridades para que se encargaran de avisar a las convocadas. Mi impresión es que mantuvieron una actitud distante hacia mí, al ser hombre y ajeno a ellas, tendría que haber acudido a la reunión con la auxiliar de enfermería. Los grupos de hombres se dividieron en los mismos grupos de edad que los de las mujeres. Los resultados finales en cuanto a la participación de hombres y mujeres fueron bien diferentes como veremos.

Esta comunidad considero que tiene dos puntos a favor muy importantes para el desarrollo de este proyecto, por una lado se trata de una comunidad tremendamente participativa, tienen numerosas estructuras donde se debaten y se deciden continuamente todos aspectos que conciernen a la comunidad, existe una cultura y una tradición de participación y de implicación comunitaria muy desarrollada. Por otro lado la ONG con la que acudo al proyecto está muy bien considerada por los miembros de la comunidad, su director Antonio Díez es muy querido por la gente, su labor fundamental de promoción de la educación a través de la concesión de becas a los alumnos que desean completar sus estudios fuera de la comunidad es muy apreciada, representa un instrumento de desarrollo puesto en valor y no ha provocado controversias con la población ni con las autoridades en los trece años de evolución al trabajar siempre de la mano del pueblo.

La organización de los talleres de formación la hemos realizado en equipo los dos auxiliares de enfermería y yo, estableciendo los grupos, los horarios y los temas iniciales a tratar.

El primer taller de formación fue dirigido a las mujeres embarazadas y a las comadronas de la comunidad, dentro de la organización sanitaria de Guatemala está implantado un programa de capacitación para las comadronas, todos los meses debe haber una jornada de

capacitación por parte de los auxiliares de enfermería. Hemos realizado dos sesiones para comadronas y embarazadas y dos sesiones para comadronas. La convocatoria de las asistentes se realizó en centro de salud a las mujeres que acudían a consulta los días previos y el resto fueron avisadas en sus domicilios por los auxiliares de enfermería.

Los siguientes grupos de hombres y de mujeres se formaron a través de los listados de población del centro de salud y luego se comunicó a las autoridades para que hicieran la convocatoria a través de la megafonía de la comunidad, que utilizan como medio ordinario para hacer los avisos.

## OBJETIVO

Como prioridades en el abordaje de los problemas de salud se encuentran el modificar los condicionantes de salud que son entendidos por la población como causa de enfermedad pero que aún no han cambiado.

Para modificar comportamientos y por consiguiente insertar la temática de la educación sanitaria en los modos de vida, en las decisiones de cada día, se requiere una acción continua y no campañas o lecciones esporádicas. La educación sanitaria debe implicar a quien está principal y cotidianamente en contacto con la comunidad, a los responsables sanitarios, sociales y de la enseñanza.

El objetivo general de este proyecto ha sido reforzar los procesos de educación para la salud en la comunidad de Santa Clara. Apoyar e impulsar las actuaciones de educación para la salud que se desarrollan por parte de los auxiliares de enfermería mediante la realización de talleres de formación sobre temas de salud, impartidos en equipo por los dos auxiliares de enfermería y por mi.

Los objetivos específicos:

- Reforzar la figura de los auxiliares de enfermería de cara a la comunidad.
- Trabajar con los auxiliares de enfermería en la preparación y puesta en marcha de los talleres de formación para intercambiar experiencias y motivarlos en el proceso.
- Informar y debatir con los asistentes a los talleres sobre las mejores prácticas para mejorar los condicionantes de salud que afectan a la comunidad.

ACTIVIDADES

Tabla 10. Actividades realizadas

ACTIVIDAD	CONTENIDOS	OBJETIVOS	EVALUACIÓN	RECURSOS	TALLER	BENEFICIARIOS	TEMPORIZACIÓN
1ª. Dirigida a comadronas y embarazadas	Cuidados en el embarazo	Conocer la medidas para prevenir las enfermedades y las señales de peligro durante el embarazo	Reflexión en grupo al finalizar el taller.	Rotafolios	1º	5 embarazadas 1 puérpera 9 comadronas	20/06/2014 Inicio: 9:45 h. Fin: 11:00 h.
	- Higiene - Alimentación - Cambios normales - Señales de peligro	Reflexionar sobre la PF, informar sobre los métodos de PF para evitar los embarazos no deseados	Nuevos talleres por parte de los Auxiliares de Enfermería (AE)	Rotafolios Métodos anticonceptivos	2º	4 embarazadas 1 puérpera 9 comadronas	01/07/2014 Inicio: 9:30 h Fin: 10:40 h.
2ª. Dirigida a mujeres con edades entre 25 y 45 años	Planificación Familiar (PF)	Informar sobre que es el cáncer, causas, diagnóstico precoz y tratamiento del cáncer de mama y de matriz	Reflexión en grupo al finalizar el taller.	Rotafolios y cartulina con fotografías	3º	17 mujeres entre 35 y 45 años	14/07/2014 Inicio: 9:30 h. Fin: 10:45 h.
	Cáncer	Promover la correcta utilización de los medicamentos	Nuevos talleres por parte de los AE	Fotografías	4º	19 mujeres entre 25y 35 años	16/07/2014 Inicio: 9:40 h. Fin: 11:00 h.
	Correcto uso de los medicamentos			Medicamentos para utilizar como ejemplos	5º	9 mujeres entre 25 y 35 años	18/07/2014 Inicio: 9:30 h. Fin: 10:55 h.
3ª. Dirigida a comadronas	Aborto	Informar sobre las complicaciones del aborto espontaneo	Reflexión en grupo al finalizar el taller.	Rotafolios y cartulina con fotografías	6º	7 comadronas	26/07/2014 Inicio: 9:40 h. Fin: 11:40 h.
	VIH y SIDA	Reflexionar sobre la interrupción voluntaria del embarazo, condicionantes y peligros. Conocer el VIH y SIDA, medidas de prevención	Nuevos talleres por parte de los AE	Vídeo sobre el SIDA "Alguien como tú"			
	Infeciones de Transmisión Sexual (ITS)	Conocer las ITS, riesgos para el recién nacido y la madre	Reflexión en grupo al finalizar el taller.	Rotafolios y cartulina con fotografías	7º	7 comadronas	02/08/2014 Inicio: 9:10 h. Fin: 10:10 h.
	Cáncer	Informar sobre qué es el cáncer, causas, diagnóstico precoz y tratamiento del cáncer de mama y de matriz	Nuevos talleres por parte de los AE				

ACTIVIDAD	CONTENIDOS	OBJETIVOS	EVALUACIÓN	RECURSOS	TALLER	BENEFICIARIOS	TEMPORIZACIÓN
<b>4ª. Dirigida a Adolescentes</b>	Embarazo en adolescentes Paternidad responsable VIH y SIDA	Informar sobre las medidas para practicar un sexo seguro y evitar los embarazos no deseados	Reflexión en grupo al finalizar el taller.	Rotafolios y cartulina con fotografías	8º	18 niñas con edades entre 13 y 17 años	5/08/2014 Inicio: 8:15 h. Fin: 9:15 h.
		Implicaciones de la paternidad Conocer el VIH y SIDA, y las medidas de prevención	Nuevos talleres por parte de los AE	Métodos anticonceptivos Vídeo sobre el SIDA "Alguien como Tú"	9º	22 niños con edades entre 13 y 17 años	5/08/2014 Inicio: 9:20 h. Fin: 10:20 h.
<b>5ª. Dirigida jóvenes entre 18 y 25 años</b>	Alcoholismo Tabaquismo Drogadicción	Informar sobre los problemas que pueden generar el alcoholismo, tabaquismo y drogadicción	Reflexión en grupo al finalizar el taller. Nuevos talleres por parte de los AE	Rotafolios y cartulina con fotografías	10º	20 jóvenes entre 18 y 25 años	5/08/2014 Inicio: 15:00 h. Fin: 16:30 h.

Fuente: elaboración propia

## METODOLOGÍA

Los talleres de formación se programaron en un principio en dos sesiones por cada grupo con una duración aproximada de 1 hora, aunque posteriormente por la disponibilidad de tiempo de los auxiliares de enfermería debido a su carga de trabajo se redujo a una sesión por cada grupo. Solo se realizaron dos sesiones con el primer grupo formado por embarazadas y de comadronas y con el grupo formado exclusivamente con las comadronas. Hemos preparado la estructura y los contenidos en base al diagnóstico de salud realizado, las inquietudes de la población y los intereses manifestados por los auxiliares de enfermería durante el proceso. La planificación del programa considero que no debía seguir un plan determinado inicial pues la planificación se realiza continuamente como parte de un proceso de aprendizaje, por lo tanto los contenidos de los talleres se han ido adaptando conforme se iban realizando los talleres y aparecían temas para los que se demandaba mayor atención por parte de los participantes o aspectos de la salud en los que apreciábamos durante las consultas diarias que realizábamos los auxiliares y yo que había un déficit de información por parte de la población. He invitado a todos los participantes a proponer, cambiar o criticar los contenidos para que se adapten a las inquietudes, a las necesidades de la gente y hacer los talleres flexibles y dinámicos. Las propuestas recibidas han sido enriquecedoras y han sido tenidas en cuenta de cara a siguientes talleres y de cara a las actividades de atención sanitaria realizadas por los auxiliares de enfermería pues muchas de ellas estaban relacionadas con el servicio sanitario prestado.

Los tres últimos talleres se han realizado en base a una programa de capacitación del ministerio de salud que les llegó al equipo de salud a finales del mes de julio, de esta forma se organizaron los talleres con los contenidos y dirigidos a los grupos que señalaba este programa.

Durante este proceso y como ya he resaltado anteriormente la figura de los auxiliares de enfermería ha sido de gran importancia, y también he pretendido que a través de su participación se refuerce su protagonismo en la comunidad, en ocasiones son victimas de rechazo por parte de algunas personas que les pueden considerar no válidos, en ocasiones respetan más a los de fuera pero esto crea dependencias externas que tenemos que eliminar.

Las sesiones han tenido lugar en la biblioteca de la comunidad, se ha dispuesto un corro de bancos con el fin de situarnos todos en una posición de igualdad. También he pretendido acercar a los miembros de la comunidad a un espacio como la biblioteca, rodeados de libros para que vivan el espacio y se familiaricen con él. Los anteriores talleres de capacitación, antes de mi llegada, se han realizado en las instalaciones del pequeño hospitalillo de la

comunidad, pero los grupos eran más reducidos, he considerado la biblioteca, situada al lado, como instalación más cómoda y apropiada.

El desarrollo de los talleres ha sido similar en todos los grupos, por lo general han estado divididos en cuatro fases claras:

- I. En una primera fase de presentación, en la que me he presentado y se han presentado los participantes, siendo consciente en todo momento de la brecha que existe entre los alumnos y yo, y buscando la forma de reducir esta brecha. He explicado los contenidos que se pretenden ver en la jornada y que se pretende que la sesión sea participativa, que todas las personas expresen su opinión y sus dudas para enriquecer al grupo, para aprender unos de otros de nuestras experiencias y conocimientos.
- II. Después de la presentación por mi parte he iniciado la explicación del contenido de la sesión. He procurado emplear un lenguaje sencillo de entender, con ejemplos gráficos y repitiendo las ideas de formas diferentes, apoyado por dibujos y carteles y preguntando en ocasiones de forma directa a alguno de los asistentes. Ha habido diferencias entre los grupos, por lo general los grupos de personas con más edad eran más participativos y los más jóvenes al principio la participación era escasa, las respuestas eran cortas y se notaba mucha distancia con los asistentes.
- III. Los auxiliares de enfermería, intervienen para traducir lo que he expuesto, con nuevas aportaciones, ejemplos ocurridos en la comunidad y aplicados sobre la vida diaria.
- IV. Se alternan las intervenciones por mi parte, por parte de los auxiliares de enfermería y por parte de los asistentes que poco a poco van participando en la sesión, exponiendo sus dudas y sus opiniones y debatiendo otros temas fuera de programación y que les preocupan.

En esta fase muchas de las intervenciones no me las traducen y toman el protagonismo los auxiliares de enfermería y los asistentes, al finalizar exponen sus reflexiones.

Es una comunidad muy acostumbrada a realizar asambleas y participar de forma activa, una vez vencido el miedo inicial y conseguido un ambiente distendido los asistentes se animan a intervenir.

Al finalizar cada sesión reparto un refrigerio, un café y unas galletas a los asistentes, es costumbre en Guatemala que después de un acto como este haya una refracción y los asistentes lo agradecen mucho.

Durante la formación considero necesario incidir en que cada participante es importante en sus procesos de salud y enfermedad y en los procesos de los que les rodean, que tanto si están involucrados como si no, tienen un papel clave. Entiendo que esto puede ayudarles a adquirir motivación, en primer lugar en el proceso de aprendizaje y con posterioridad en la adquisición de conductas hacia la promoción de la salud. A través de una comunicación clara, con la utilización de casos prácticos e historias cercanas a su realidad y a través de historias de otros lugares que les hagan considerar otras formas de actuar, respetando su individualidad y estimulándola. En los talleres sobre el SIDA se ha proyectado un video educativo del Ministerio de Salud de Guatemala, los asistentes han prestado mucha atención y lo recibieron con entusiasmo.

Un elemento clave en cuanto a la motivación, es la autoestima de los participantes sobre todo en los grupos de mujeres ya que esta sociedad es claramente machista, por esta razón es importante su refuerzo durante la formación. Se pretende que estén convencidos que la información adquirida será relevante y que las habilidades específicas que aprenderán están de acuerdo con sus necesidades.

La falta de motivación es una de las principales razones del fracaso en el aprendizaje, hay muchas razones por las que los participantes pueden no estar motivados o perder motivación:

- Se les obliga a asistir a los talleres.
- No saben por que están asistiendo al taller.
- Están pendientes de las tareas que están esperándoles y se les está retrasando.
- Las sesiones son demasiado largas.
- El estilo de enseñanza no es lo suficientemente participativo como para involucrar su conocimiento, habilidades y observaciones.
- Se les ha enseñado esto antes y por lo tanto ya lo saben.

Para luchar contra estas causas he pretendido transmitir:

- La asistencia a los talleres es voluntaria, así se ha informado a las autoridades y a los participantes de cada grupo.
- Se ha procurado informar a los asistentes en la convocatoria sobre el contenido de los talleres.
- Se ha consensuado con los asistentes el mejor horario y se ha programado cada sesión con varios días de antelación.



- Se ha iniciado el taller con una presentación sobre los contenidos, la duración y la metodología del taller.
- La duración de las jornadas ha sido de una hora aproximadamente, a partir de ese tiempo la atención empieza a decaer, aunque los talleres han comenzado con media hora de retraso por regla general, es algo normal en la comunidad que vayan llegando durante la media hora o 45 minutos después de la hora convocada.
- Los talleres han buscado como objetivo metodológico la participación del grupo, la presencia de los auxiliares de enfermería ha facilitado el intercambio de experiencias entre los asistentes.
- Se ha procurado abordar los temas desde una perspectiva práctica, enfocando hacia temas reales y utilizando ejemplos personales.
- Se ha procurado hacer sentir a los participantes que son importantes, el propósito de toda capacitación es desarrollar destrezas y motivar a que se den cambios en el comportamiento y la actitud de los participantes.

En la formación de los grupos los auxiliares y yo decidimos formar dos grupos con hombres con edades entre 18 y 35 años, programamos las sesiones para dos días y se hizo e aviso por la megafonía de la comunidad citando los nombres de los convocados. En la primera convocatoria para 54 hombres acudieron solamente 4, por lo que se decidió aplazar la sesión dos días más tarde, se volvió a convocar por la megafonía y en esta ocasión no acudió ningún hombre. Los auxiliares de enfermería dan por normal esta situación y haciendo una reflexión con ellos y con varios miembros de la comunidad podemos decir que los hombres no participan en las capacitaciones en materia de salud por varias razones: por un lado muchos están fuera de la comunidad, viajan para vender o comprar, para trabajar, para visitar o para hacer alguna gestión administrativa; las reuniones a las que acuden por parte de la alcaldía, los COCODES, la ECA y de la comunidad en general son numerosas, varios días a la semana; las jornadas de trabajo en ocasiones se alargan en el día, pero como causa fundamental que resta su participación en este tipo de capacitación es que los hombres no consideran la educación para la salud como un tema importante y piensan que estas sesiones son más propias de mujeres y para ellos es una pérdida de tiempo.

En la aplicación de la educación para la salud nos encontramos con factores que condicionan el proceso: modelos culturales y filosóficos diferentes, diferente idioma, medios adaptados a las personas y al contexto, miembros de la comunidad y sanitarios implicados. Los medios necesarios para poner en práctica las enseñanzas recibidas deben estar al alcance de la población, es necesario tener el compromiso por parte de la comunidad, comprometer el comportamiento e implicar participación y también es imprescindible la participación

también en la fase de evaluación de los resultados. Para el caso de los hombres decidimos no volver a convocarlos hasta que tengamos cierta certeza sobre la forma y medio adecuados para despertar su interés.

En Santa Clara hay dos tribus de indígenas, los ixiles y los quichés que hablan ixil y quiché respectivamente, ambos hablan en su mayoría el castellano, es el idioma que utilizan para comunicarse ixiles con quichés pero no su idioma natural por lo que se sienten más cómodos hablando en su lengua. Los dos auxiliares de enfermería cada uno es de una tribu por lo que la comunicación ha sido más fácil al poder expresarse cada asistente en su lengua natural y poder ser traducido. En ocasiones no se producía esa traducción y yo no la consideraba importante al ser ellos los protagonistas del proceso.

La tarea del educador es ofrecer nuevas ideas e informaciones y ayudar a interpretar los propios conocimientos y los propios problemas después de recibir las nuevas ideas. Pero no es suficiente tener una información para adaptar en consecuencia el comportamiento, se aceptará el mensaje si satisface alguna necesidad sentida. Los auxiliares de enfermería conocen cuales son las necesidades, cuales son las creencias de la comunidad y los conocimientos previos con los que parten, a través de un lenguaje cercano han expresado y completado las ideas que yo exponía durante las sesiones.

#### EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La evaluación del proyecto consiste en la evaluación de los objetivos perseguidos, considero que los determinantes cualitativos tienen el peso principal en esta fase, se pretende reforzar los procesos de educación para la salud en la comunidad de Santa Clara. Apoyar e impulsar las actuaciones de educación para la salud que se desarrollan por parte de los auxiliares de enfermería mediante la realización de talleres de formación sobre temas de salud, impartidos en equipo por los dos auxiliares de enfermería y por mí.

Los resultados esperados se podrán valorar en base a un incremento en la cantidad y en la calidad de educación para la salud prestada por los auxiliares de enfermería. El desarrollo de actividades de educación para la salud está condicionada por su carga de trabajo, por su organización y por la motivación para realizar sesiones de capacitación. La carga de trabajo y la organización van de la mano, si bien el exceso de tareas sobre todo administrativas no depende de ellos la organización de estas labores sí, es un condicionante interno del equipo de salud, que debido a la poca preparación organizativa, se les pide demasiado sin haberles capacitado en tareas administrativas fundamentalmente, muchas veces desatienden otras facetas de su trabajo como puede ser la educación para la salud. Sobre la motivación para

poner en marcha estas actividades considero que la realización de estos talleres ha ayudado a adquirir mayor motivación, la participación por su parte ha sido muy activa y una vez comenzadas las sesiones ha llevado ellos gran parte del peso, pero también la educación para la salud estará presente en su actividad diaria de atención en consulta a los pacientes, dedicando un mayor tiempo a explicar a los pacientes aspectos relativos a la prevención en detrimento de un abordaje meramente curativo, atención secundaria, de la enfermedad.

La evaluación de este proceso por lo tanto será el fruto de las actividades realizadas por el personal sanitario durante el siguiente año, para valorar estas actividades y para seguir trabajando con las CPR temas de salud el próximo año volveré a la comunidad de Santa Clara para permanecer otra temporada.

Los cambios esperados no son ambiciosos y considero pretencioso establecer criterios cuantitativos para valorar esta pequeña actuación realizada, que he planteado desde el principio como un proceso de aprendizaje por mi parte y que al finalizarlo puedo manifestar que si bien pretendía un proceso de cooperación en la que las dos partes, la comunidad y yo, saliéramos beneficiados del trabajo mutuo, adquiriendo experiencia y conocimientos que nos ayudasen a mejorar nuestras capacidades, puedo decir que los resultados obtenidos en cuanto a la experiencia personal y profesional han sido altamente satisfactorios.

Es difícil establecer relación de causalidad directa entre las pocas sesiones de educación para la salud realizadas y las modificaciones efectivas del comportamiento, este cambio irá apareciendo después de un proceso continuado a lo largo del tiempo. Solo el conocimiento es insuficiente para lograr influir en las actitudes, la intención de la conducta y el comportamiento objetivo. Es necesario también a través de la educación para la salud promover la reflexión personal sobre las propias concepciones, capacidades y habilidades para llevar a cabo conductas preventivas.

## CONCLUSIONES

La estancia en Santa Clara apoyando a los auxiliares de enfermería además de en la realización de los talleres de capacitación en las consultas del centro de salud y recibiendo consultas en “El hospitalillo”, participando en las reuniones de las autoridades y estructuras asociativas y entrevistándome y “platicando” con numerosos miembros de la comunidad, me ha servido para conocer y comprender en parte su forma de vida y sus inquietudes y para que la comunidad se familiarizase con mi presencia, me conociera y muchos de ellos pudieran hablar y tratarme antes de acudir a los talleres de formación. De esta forma

entiendo que el clima conseguido ha sido más cordial, menos invasivo, que si hubiera iniciado los talleres a los pocos días de mi llegada. La fase de observación es imprescindible en la puesta en marcha de un proceso de cooperación participativa y debe estar presente durante todo el proceso y no solo al inicio, condicionando las actividades, reorientándolas, o cambiándolas por completo si fuese necesario, en un proceso de acción-investigación en el que los participantes sean los protagonistas y nuestro figura adquiera el rol de facilitador del proceso.

El proyecto se ha ido formando a medida que evolucionaba, partiendo de una preparación previa por mi parte, el ritmo, el contenido y la organización han sido marcados por los participantes y en mayor medida por los auxiliares de enfermería, haciendo yo una labor motivadora pero sin imponer mis criterios, sino alentando y facilitando la evolución hacia el éxito pretendido y adaptándome en todo momento a las circunstancias.

Nos hemos encontrado con varios obstáculos ya citados en el trabajo, por un lado las convocatorias infructuosas para capacitar a grupos de hombres, fracaso pronosticado en parte los auxiliares de enfermería pero que yo alenté a intentar, y por otro lado la excesiva carga de trabajo que tienen los auxiliares, también como he comentado debida a la acumulación de tareas administrativas y la falta de organización del trabajo. El sistema de salud de Guatemala está avanzando hacia un modelo de atención primaria que a priori y bajo mi punto de vista es prometedor, pero los recursos son escasos y esta evolución se carga sobre las espaldas del personal sanitario, poco formado, mal remunerado y con inseguridad en la continuidad de su puesto de trabajo.

Otro aspecto a destacar es la actitud de las mujeres, su participación en estas actividades creo que pone de manifiesto sus ganas de aprender y compromiso con la comunidad, con su familia y con ellas mismas. La mayoría de las mujeres no saben leer ni escribir, firman con su huella digital y las creencias sobre la salud aún están muy asentadas sobre tradiciones, costumbres y en ocasiones falsas supersticiones.

De esta experiencia he sacado una idea de la situación de la comunidad, se trata de una primera idea y considero que aún me queda mucho por conocer y entender, especialmente en lo concerniente a la forma de ser de la gente, un carácter muy diferente al que estoy acostumbrado a tratar o quizá no tanto si no que las condiciones de vida hacen que los valores de cada uno tengan distinto orden, en mi entorno tengo claros los valores pero en el suyo aún no logro diferenciar el orden con claridad, o si en ocasiones creo adivinarlo me cuesta trabajo entenderlo. La observación ha sido una fuente continua de conocimiento, desde el principio y hasta el final, conforme ha pasado el tiempo se han ido modificando las

ideas que en un primer momento me formaba de las cosas, en una ocasiones profundizando en ellas y en otras incluso cambiando por completo su interpretación, considero que aún me queda mucho por conocer al respecto.

#### BIBLIOGRAFÍA:

##### **Monografía impresa**

- A. August Burns, Ronnie Lovich, Jane Maxwell y Katherine Shapiro, 1.999. Donde no hay doctor para mujeres: Una guía a la salud para mujeres. Hesperian Guías de la salud, California, EEUU.
- David Werner, Carol Thuman y Jane Maxwell, 2.012. Donde no hay doctor. Hesperian Guías de la salud, California, EEUU.
- David Werner y Bill Bower, 1.990. Aprendiendo a Promover la Salud. Hesperian Guías de la salud, California, EEUU.
- Jeff Conant y Pam Fadem, 2.011. Guía comunitaria para la salud ambiental. Hesperian Guías de la salud, California, EEUU.

##### **Monografía electrónica:**

- Acción Social (2.006). Manual de Formulación de Proyectos de Cooperación Internacional. Dirección de Cooperación Internacional, República de Colombia
- Área de Salud Ixil (2.010). Plan Territorial de salud. Guatemala
- Área de Salud Ixil (2.009). Análisis de Situación de Salud. Guatemala
- Comisión Europea (2.007), Documento de Estrategia País, Guatemala.
- Diana Ortega Vincenzi (2.002). Educación para la Salud de los Niños y de las Niñas de Centroamérica. Coordinadora Educativa y cultural Centroamericana (CECC). Colección Pedagógica Formación Inicial de Docentes Centroamericanos de Educación Primaria Básica. Costa Rica
- Comité de Unidad Campesino (2.007). Historia de Guatemala desde un punto de vista crítico. Editorial Rukemik Na'ojil, Guatemala.
- Díez, I., & Uria, J. L. (2005). Salud y cooperación para el desarrollo. Vitoria: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- Ezequiel Arias Rodríguez (2.009). Módulo de orientación educativa del cáncer de mama para féminas de aldea de Cuyuta, municipio de Masagua, departamento de Escuintla. Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de humanidades, Departamento de

Pedagogía.

- Fundación Ixil. (2010). *Descripción de la Situación del Área Ixil*. El Quiché.
- Gobierno de Guatemala. (s.f.). *Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia*. Obtenido de [http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com\\_k2&view=itemlist&task=category&id=212:chajul&Itemid=333&&opc=2](http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_k2&view=itemlist&task=category&id=212:chajul&Itemid=333&&opc=2)
- Gonsalves, J., T. Becker, A. Braun, D. Campilan, H. De Chavez, E. Fajber, M. Kapiriri, J., Rivaca-Caminade y R. Vernooy (eds). 2006. *Investigación y Desarrollo Participativo para la Agricultura y el Manejo Sostenible de Recursos Naturales: Libro de Consulta. Volumen 1: Comprendiendo. Investigación y Desarrollo Participativo. Perspectivas de los Usuarios con la Investigación y el Desarrollo Agrícola - Centro Internacional de la Papa, Laguna, Filipinas y Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Ottawa, Canadá*
- Jaime Atienza, Déborah Itriago, Irene Milleiro, Susana Ruiz y Saya Saulière (Intermón Oxfam), Flora Cabranes e Isabel Tamarit (investigadoras independientes), Carlos Mataix (Universidad Politécnica de Madrid), Verónica López Sabater (Fundación Afi), Victoria Anderica, Andreas Pavlou, Pamela Bartlett y Helen Darbishire (Access Info Europe) y Carlos Cordero Sanz (Sustentia), (2.013). *La realidad e la ayuda 2012*. Inermon Oxfan.
- Jaime Tecu, Sergio Rosales, Magali Cano, Victoria Mogollón, Wolfgang Krenmayr; Emilio sebastian Calel y Ricardo Zepeda (2012). *Informe Alternativo del Derecho a la Alimentación en Guatemala. Monitoreo de las Directrices Voluntarias para el Derecho a la Alimentación*. Magna Terra editores S.A. Guatemala.
- Jules N. Pretty, Irene Guijt, Ian Scoones y John Thompson (1.995). *Guía del Capacitador para el aprendizaje y acción Participativa*. Instituto Internacional para el medio Ambiente y el Desarrollo, Londres.
- Ministerio de salud, Costa Rica (2.012). *Plan para a Prevención y Control del cáncer 2011-2017*. San José, Costa Rica
- Mireya Palmeri y Hernán L. Delgado, 2011 *Análisis situacional de la malnutrición en Guatemala, sus causas y abordaje*. Informe Nacional de Desarrollo Humano. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala
- Oficina de información diplomática 2012. *Ficha país, Guatemala*. Ministerio de asuntos exteriores y cooperación
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*
- MSPAS, M. (2013). *Diagnóstico Nacional de Salud*. Guatemala.

- PNUD, P. d. (2013). *El ascenso del Sur. Progreso humano en un mundo diverso*. Estados Unidos: PNUD.
- Prensa Libre. (2012). *Prensa Libre. com*. Obtenido de [http://www.prensalibre.com/noticias/justicia/Posturas-dividen-region-ixil\\_0\\_917908215.html](http://www.prensalibre.com/noticias/justicia/Posturas-dividen-region-ixil_0_917908215.html)
- Secretaría de seguridad Alimentaria y Nutricional SESAN (2.011). Plan de estratégico de seguridad alimentaria y nutricional para Occidente- Planocc. 2012- 2016. Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Gobierno de la republica de Guatemala.
- Sally Sutton and Hope Nkoloma (2.003). *Encouranging Change*. Central Board of health, Republic of Zambia.

## ANEXO I

**Contenidos de los talleres.****Actividad número 1**

Dirigido a mujeres embarazadas y comadronas

*Taller 1º. Cuidados en el embarazo**I. El aseo y los problemas de la falta de aseo*

Durante el embarazo uno de los peligros que hay es que son pocas las medicinas que se pueden tomar por que pueden hacer daño al niño, sobre todo durante el primer trimestre, por eso es muy importante prevenir las enfermedades. El aseo de las personas y de la casa previene muchas enfermedades.

Hay enfermedades que se contagian a través de microbios y pequeñas lombrices que están en la suciedad, en los excrementos, en los animales y que pueden pasar a las personas a través de las manos sucias, del agua contaminada o de la comida. Estos microbios y lombrices son muy pequeños y no los podemos ver, necesitamos maquinas que se llaman microscopios para poder verlos.

Los microbios producen enfermedades como diarrea, infecciones de la tripa, de la piel, de los ojos o de los pulmones.

Cuando una mujer embarazada tiene una de estas enfermedades solo puede tomar unas pocas medicinas y puede complicarse la enfermedad poniendo en peligro el embarazo.

Consejería para el aseo de las personas:

- Lavarse las manos con agua y jabón, o con ceniza si no tenemos jabón, durante al menos 10 segundos, después de utilizar la letrina, antes de cocinar y antes de comer. Si nos lavamos solo con agua solamente quitamos de nuestras manos unos pocos microbios pero hay muchos que todavía quedan.



- Bañarse cuando haga mucho calor y sudemos mucho, como mínimo una vez a la semana. Si tenemos granos en nuestro cuerpo es mejor bañarse todos los días y ponerse ropa limpia.
- Lavarse los dientes después de cada comida, es costumbre tomar café con mucho azúcar y refrescos con azúcar que dañan los dientes y provocan caries, una enfermedad que ataca a los dientes y los destruye.

Consejería de aseo en la casa:

- No deje que los puercos, las gallinas, los patos o los pollos entren en las casas, orinan y dejan excrementos que nos pueden pasar enfermedades.
- Si los niños o los animales obran cerca de la casa quite rápido la suciedad, en los excrementos puede haber muchos microbios y lombrices.
- Enseñe a los niños a usar las letrinas
- Si hay chinches, pulgas o bichitos que provocan sarna en la casa, lave toda la ropa con agua hirviendo y acuda al consultorio para recibir una crema para el cuerpo.
- Los restos de alimentos tírelos fuera de la casa y la basura que no sea comida quémela fuera de la casa.

## II. La alimentación

El comer bien ayuda al cuerpo a resistir las enfermedades

El comer bien ayuda a los enfermos a aliviarse

El maíz nos da la energía que necesitamos, pero además de energía nuestro cuerpo necesita más cosas, podemos llenar la tripa comiendo solo maíz y enfermarse por que necesitamos también alimentos para crecer y vitaminas.

Los alimentos para crecer son los frijoles, los huevos, la leche, el pollo o el ganado.

Las vitaminas se encuentran en la fruta y en las verduras

El dulce nos estropea los dientes y no nos da vitaminas, es mejor comer menos dulce y más fruta.

Para purificar el agua hay que hervirlo durante 1 minuto luego guardarlo en un tampo o cazuela limpia y taparlo.

## III. Los problemas del embarazo

Durante el embarazo se producen cambios en el cuerpo de la mujer, unos cambios son normales pero otros tienen peligro y hay que saber diferenciarlos.

Cambios normales, consejería:

- Ganas de vomitar: más por las mañanas, es peor en 2º y 3º mes. Para evitarlo comer poca cantidad muchas veces al día y hacer té con hierba buena.
- Dolor en el estomago, ardor. Comer poca cantidad y beber de seguido, dormir con la cabeza un poco levantada.
- Los pies se hinchan, descansar con los pies en alto, hacer té con barbas de maíz, hace orinar más y que se hinchen menos los pies.
- Dolor en las caderas: descansar sentada con la espalda recta.
- Anemia y desnutrición: por falta de alimentos suficientes y variados. Comer alimentos para crecer y alimentos con vitaminas. Tomar las pastillas que entregan en el consultorio a todas las embarazadas, Sulfato ferroso y Ac. Fólico, tomarlas después de las comidas, estas pastillas producen ardor de estomago.
- Estreñimiento y almorranas: tomar mucho agua hervida, fruta y hacer baños de las nalgas con agua tibia.

Cambios que son señales de peligro, consejería:

- Sangrado: la mujer puede perder al niño o el niño puede estar creciendo fuera de la matriz (embarazo ectópico). Acostarse y llamar a los auxiliares de enfermería.
- La mujer está débil, muy cansada, con la piel pálida, palidez en las uñas, detrás de los párpados y en las encías. La mujer tiene mucha anemia, avisar a los auxiliares de enfermería, tomar pastillas de Sulfato ferroso y Ac. Fólico y alimentarse bien.
- La mujer de repente una mañana al despertar tiene la cara y el cuerpo hinchado, tiene dolores de cabeza, mareos, vista borrosa, dolor en el vientre, en los últimos meses del embarazo. Avisar a los auxiliares de enfermería y acostarse, la mujer puede tener la TA alta.

Para controlar el embarazo acudir todos los meses a la consulta para hacer una revisión.

Preparar un Plan emergencia:

En caso de señales de peligro ¿dónde acudir?

Si necesita ir al hospital: ¿cómo ir?; ¿tiene dinero para el pasaje? ahorrar todos los meses un poco de dinero; ¿quién la acompañará?; ¿qué papeles debo llevar? Llevar ropa de la mujer y del niño.

*Taller 2º. Planificación Familiar*

Dirigido a mujeres embarazadas y comadronas

### Planificación familiar (PF)

En cualquier sociedad las madres y los padres tienen derecho a decidir cuántos hijos quieren tener y cuando tenerlos.

Para muchas familias tener hijos es una necesidad económica, suponen manos para poder labrar la tierra.

Algunas parejas jóvenes deciden esperar a tener una casa, tierras o un trabajo para tener hijos

Otras familias dejan pasar varios años entre un hijo y otro para que la mujer se recupere.

En algunos lugares los padres piensan que si tienen muchos hijos no les podrán cuidar, no les podrán pagar los estudios, no tendrán tierra para cultivar cuando crezcan, no podrán comprarles ropa o llevarlos al hospital cuando estén enfermos.

Los hombres y las mujeres usan los métodos de planificación familiar para tener los hijos que quieran y cuando quieran. La PF es un éxito cuando el hombre y a la mujer toman la decisión juntos. La PF es cosa del hombre y de la mujer, pueden hablarlo con sus parejas y será mejor para los dos, si lo usan bien funciona mejor.

También la PF puede evitar:

- Hijos en mujeres muy jóvenes o muy mayores, tienen mayor peligro en el embarazo y en parto
- Hijos muy seguidos, el cuerpo de la mujer necesita tiempo para recuperarse.
- Muchos hijos, hay mayor riesgo de sangrado después del parto tras muchos hijos.

Hoy en día se mueren menos niños gracias a los avances de la ciencia, gracias a los avances de la ciencia tenemos la PF.

A la hora de decidir el método de PF pueden hablar con los auxiliares de enfermería, acudir servicios de PF de confianza es importante para la salud de las mujeres y de los niños.

Historia de la evolución de las familias en España a través de mi historia personal, los hijos que tuvieron mis abuelos, mis padres y mis hermanos.

### Métodos de planificación familiar

Todos los medicamentos tienen riesgos, hay que tomarlos como dicen los auxiliares de enfermería y acudir a ellos si tienen algún cambio del que no han sido informados, o si los cambios le provocan trastorno en su vida diaria.

#### *Pastillas anticonceptivas (píldora):*

Se toma 1 pastilla al día a la misma hora, contienen hormonas que son una sustancia química que hace que los ovarios no ovulen, que no se formen semillas en los ovarios de la mujer y no pueda quedarse embarazada.

Un método bueno si se toma correctamente

Algunas veces produce: náuseas, se hinchan los pechos, sangrado entre reglas en los 2 o 3 primeros meses, sangran menos con la regla. No son señales de peligro, continuar con las pastillas.

Es muy raro quedarse embarazada con la píldora.

No se debe usar si tiene fuertes dolores de cabeza, T.A. alta, mal de corazón, hepatitis, cirrosis o cáncer.

Si se deja de tomar la píldora hay que esperar 1 o 2 meses para quedarse embarazada.

Las pastillas son gratuitas y se dan en el consultorio.

#### *Preservativo o condón:*

Son bolsas de hule delgado que el hombre utiliza para cubrirse el pene.

Evitan las Enfermedades de Trasmisión Sexual (ETS), son infecciones que pueden tener el hombre y la mujer y que se contagian a través de las relaciones sexuales.

Los condones se usan solo una vez y se tiran, no se pueden lavar y volver a utilizar

Es muy raro quedarse embarazada con el condón, pero puede estar mal puesto o pueden picarse o romperse.

Son gratuitos y se reparten en el consultorio.

#### *Dispositivo Intrauterino (DIU) o T de cobre:*

Es un pequeño aparato de un tamaño que cabe en la palma de la mano, de plástico o de cobre, se coloca en la matriz y evita que el esperma o semilla del hombre llegue al ovulo o semilla de la mujer.

Explicación de la forma de uso y comprobación.

Para colocarlo hay que acudir al hospital y se puede retirar en cualquier momento, también en el hospital.

No protege de las ETS.

Dura 5 años y su colocación y retirada son gratuitos.

#### *Inyecciones*

Se trata de unas inyecciones de hormonas que se ponen cada 3 meses en el consultorio.

Pueden provocar náuseas, dolores de cabeza, aumento de peso, cambios en la regla, al principio puede sangrar un poco cada día y después retirar la regla.

Puede dejarlo cuando desee y tarda aproximadamente un año en quedarse embarazada después de abandonar las inyecciones.

Las inyecciones son gratuitas.

### *Implantes anticonceptivos (Diadel)*

Son unos pequeños tubos de plástico de unos 5 centímetros de largo que se colocan en la cara interna del brazo y liberan hormonas.

Puede sangrar un poco cada día durante el primer año y luego deja de sangrar.

En algunas mujeres causa dolor de cabeza, dolor en los pechos y náuseas.

Para implantarlo o retirarlo acude una persona capacitada del ministerio de salud y lo implanta cuando haya un grupo de mujeres (4 o 5) interesadas, también se puede implantar o retirar en el hospital.

Los implantes son gratuitos y duran de 3 a 5 años, dependiendo del tipo.

### *Collar*

Se trata de un collar con 28 piezas, se empieza a contar en la primera pieza el primer día de regla, y cada día se cuenta una pieza, para evitar quedarse embarazada no deben tener relaciones sexuales sin condón desde el octavo día hasta el día 19, durante 11 días.

Es un método natural para calcular los días en los que los ovarios ovulan, en los que los ovarios tienen semillas y se pueden quedar embarazadas.

Otros métodos definitivos en Guatemala:

### *Ligadura de trompas*

Se trata de una operación a la mujer en la que se hacen unas cortadillas en el vientre para cortar y ligar los tubos que unen los ovarios con la matriz.

Se hace en el hospital y la operación tiene el riesgo de la infección de la operación.

Esta operación no produce ningún cambio en la regla.

### *Vasectomía*

Es una operación rápida y sencilla para el hombre que se hace en el hospital, se hacen unas cortadillas en la bolsa que contiene los testículos y se cortan los tubos que llevan las semillas de los hombres. El riesgo que tiene la operación es la infección.

El hombre sigue teniendo semen aunque sin esperma, sin semillas.

## **Actividad número 2**

*Talleres 3º, 4º y 5º. Cáncer y correcto uso de los medicamentos*

### I. Cáncer

¿Qué es el cáncer?

Es una enfermedad en la que dentro de nuestro cuerpo, puede ser en cualquier parte de nuestro cuerpo, comienza a crecer un bulto muy pequeño y poco a poco el bulto se va haciendo más grande y puede extenderse por nuestro cuerpo a través de la sangre. El bulto lo llamamos tumor y es como si fuera un “nacido” un “grano” interno que destruye las partes del cuerpo que están cerca.

La mayoría de las veces no se ve hasta que ya está muy avanzada la enfermedad, tampoco duele al principio, a veces no hay señales hasta que el cáncer está avanzado.

El cáncer solo se cura si se descubre al pronto, antes de que se extienda por todo el cuerpo.

El cáncer no se contagia de una persona a otra.

¿Qué produce el cáncer?

No se sabe cuales son las causas exactas del cáncer, pero si se sabe que hay algunas cosas que favorecen que una persona tenga cáncer.

El cáncer es una enfermedad más frecuente en los países ricos: EEUU; Canadá, países de Europa, pero también hay cáncer en Guatemala.

Hay enfermedades que se dan más en los países empobrecidos como Guatemala como son: la diarrea, la desnutrición, los cortes por machete, la anemia o los problemas de la boca.

Otras enfermedades se dan más en los países ricos como son: las enfermedades del corazón, tensión arterial alta, diabetes, depresión, accidentes de carro o cáncer.

Hay cosas que favorecen el cáncer y que son propias de los países ricos como: la contaminación de los carros, de las fábricas, de las ondas de radio, televisión o celulares; la mala alimentación, comer muchos alimentos envasados, con químicos; hacer poca actividad física o tener mucho estrés y nerviosismo.

Pero también hay otras cosas que favorecen el cáncer como son: las infecciones sexuales frecuentes; tener muchos niños o tener relaciones sexuales a temprana edad.

No quiere decir que si tienen estas practicas vayan a tener cáncer pero si tienen más posibilidades.

En Guatemala los tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres son el cáncer de cuello de matriz y el cáncer de mama.

¿Cómo podemos descubrir el cáncer?

Señales del cáncer de mama:

(Enseñar a realizar una exploración mamaria)

El dolor en la mama no es señal de cáncer, el cáncer de mama es difícil de encontrar y de diagnosticar.

En la exploración deben notar cambios que permanecen varios meses: pelotas pequeñas duras que no duelen; cambios en los pezones, hundidos, torcidos o abultados; piel de naranja o enrojecida o bultos en las axilas

Si tiene alguna de estas señales acuda al consultorio para que los auxiliares de enfermería lo remitan al hospital para realizar una mamografía.

Señales del cáncer de matriz:

El cáncer de matriz se descubre con una prueba que el test de Papanicolau, se trata de una exploración de la vagina por parte de un enfermero profesional o doctor para detectar infección en cuello del útero, es la parte de la matriz por donde pasa el niño antes de la vagina. La infección del cuello del útero puede provocar cáncer por eso importante descubrirla cuanto antes.

Todas las mujeres mayores de 25 años se deben hacer una prueba al menos cada 5 años, hasta los 60.

La pruebas se hacen en el consultorio, una vez al año acude un técnico del ministerio a la comunidad para hacer esta prueba.

¿Cómo se cura el cáncer?

El cáncer solo se cura si se descubre pronto, hay que operar y retirar el tumor.

En ocasiones también hay que dar medicinas muy fuertes que tienen efectos secundarios muy fuertes y en otras ocasiones también hay que dar radiaciones, una especie de rayos X.

## *II. Correcto uso de medicamentos*

Para que las medicinas nos ayuden hay que usarlas correctamente.

Todas la medicinas llevan peligro y unas medicinas son más peligrosas que otras. A veces se utilizan medicinas muy peligrosas para enfermedades leves que son sencillas de curar.

Use solo las medicinas que le den los auxiliares de enfermería o doctores, si compran medicinas en las farmacias consulten antes de tomarlas con lo auxiliares. A veces aparecen vendedores ambulantes de medicinas que no tiene conocimientos y engañan a la gente vendiéndoles medicinas que no son necesarias y pueden ser peligrosas, en ocasiones les hacen gastarse el dinero y ponen en peligro su salud.

Todas las medicinas que se inyectan son más peligrosas que las que se toman, pueden infectar la vena, la sangre o producir una alergia fuerte. Los auxiliares de enfermería solo pueden poner las medicinas del ministerio de salud o del botiquín de la comunidad no las medicinas que compran ustedes a los vendedores ambulantes.

Tome la medida de medicina que le digan los auxiliares o doctores, la cantidad y en las horas indicadas y finalice los tratamientos.

Si la medicina le produce algún cambio o no le cura vuelva a acudir al consultorio.

Tome las medicinas con alimento, después de comer para que la comida le proteja el estomago y no le provoque ardor de estomago o gastritis, sobre todo el sulfato ferroso, los antibióticos y los antiinflamatorios.

Los antibióticos si no se toman bien el cuerpo puede acostumbrarse a ellos y después no hacen efecto, solo se deben tomar si es necesario. Son medicinas muy útiles pero pueden ser peligrosos si se toman sin control.

Hay muchas enfermedades que se curan sin medicina siguiendo la consejería de los auxiliares de enfermería y otros necesitan consejería y medicinas. Si los auxiliares no les dan medicinas y solo dan consejería, los auxiliares solo buscan lo mejor para usted.

Ejemplos de enfermedades que se curan con consejos de salud:

- Diarrea: tomar mucho suero oral y comer muchas veces poca cantidad
- Nacido (eccema): aplicar paños calientes tres veces al día
- Tos: hacer vahos con fruto de ciprés
- Dolor de garganta: hacer gárgaras con agua con sal
- Congestión nasal: aspirar agua con sal

Las mujeres embarazadas, las que estén dando de mamar y los recién nacidos solo pueden tomar unas pocas medicinas y siempre las que les den los auxiliares o el doctor.

Los medicamentos la primera vez que se toman pueden provocar una relación alérgica que puede provocar alguna de estas señales: granos y picor por el cuerpo, hinchazón de cara, dificultad para respirar; se hincha la lengua; mareo; visión borrosa o palidez y piel fría y con sudor. Si nota alguna de estas señales acuda al consultorio para que le ponga un medicamento para que se sienta mejor. Las personas que tienen alergia a un medicamento no pueden volver a tomarlo nunca.

Las vitaminas inyectadas son peligrosas, muchas de ellas no son necesarias, otras no contienen las vitaminas que dicen o se han perdido con el tiempo.

Es mejor gastarse el dinero en comprar alimentos que tienen las mejores vitaminas. Si una persona come bien no necesita vitaminas extras.

Los sueros solo se deben inyectar cuando una persona está deshidratada o está inconsciente.

Hay un gran negocio con las vitaminas, y hay gente que quiere ganar mucho dinero engañando para vender vitaminas que no son necesarias.



### Actividad número 3

#### Taller 6º. Aborto, VIH y SIDA

##### I. Aborto

El aborto es un embarazo que termina solo antes de que el bebe se haya desarrollado por completo. Muchas veces pasa por que el bebe tenía un problema, no se hubiera desarrollado bien.

La mayoría de los abortos ocurren en los tres primeros meses.

Las señales son sangrado y dolor, puede haber cuajarones en la sangre.

Señales de peligro:

- Si el sangrado continua durante unos cuantos días
- Si la mujer comienza a tener calentura y dolor de vientre
- Flujo vaginal con mal olor

Si se producen estas señales puede ser que parte del embarazo se haya quedado en la matriz.

Las complicaciones pueden causar:

- Hemorragia (mucho pérdida de sangre)
- Infección peligrosa
- Muerte

Ante las señales de peligro avisar a los auxiliares de enfermería y acudir con urgencia al hospital.

Si la mujer tiene dolor fuerte y seguido en a parte baja del vientre, puede ser por que hay un embarazo ectópico. (Explicar con dibujos de la anatomía de la mujer el embarazo ectópico)

Ante estas señales acudir con urgencia al hospital.

Después del aborto:

- La mujer es mejor que descansa y no realizar trabajo duro ni cargar pesos en dos semanas
- No lavarse la vagina por dentro en dos semanas
- No tener relaciones sexuales en dos semanas
- Las mujeres se pueden sentir muy tristes, puede ayudar hablar con otras mujeres que hayan tenido aborto.

Lo normal para una mujer que tiene muchos hijos es tener uno o dos abortos, puede ser la forma en la que el cuerpo acaba con un embarazo demasiado débil para sobrevivir.

Si hay tres o más abortos puede haber un problema:

- Los huevos o el espermatozoides del hombre no están bien, tienen que ser analizados en un hospital
- La mujer puede tener bultos en la matriz

- La mujer puede tener un problema con las hormonas en su cuerpo (explicar la función de las hormonas)
- La mujer puede tener alguna enfermedad como el paludismo.
- La mujer tiene débil la abertura de la matriz, es necesario una atadura en el cuello de la matriz, cérvix, que antes del parto se desata. Esto lo tienen que hacer en el hospital

La decisión de hacer un aborto voluntario es muy difícil para la mujer.

En Guatemala el aborto es ilegal salvo en los casos de violación y de riesgo para la salud de la madre. La mujer aún no estando dentro de estos casos puede querer abortar por muchas causas que pueden ser:

- Ya tiene todos los hijos que puede cuidar.
- Ella no tiene un compañero que pueda ayudar a mantener al niño.
- Ella quiere completar su educación.
- Ella no quiere tener hijos
- Alguien está forzando a la mujer para abortar.
- El niño nacerá con problemas graves.

Muchas veces la falta de información sobre planificación familiar y de educación sexual provocan embarazos no deseados y abortos.

Un aborto no seguro puede provocar la muerte de la mujer.

Los abortos seguros son los que:

- Se hacen por alguien cualificado: doctor, enfermero o comadrona capacitados.
- Se hace con los instrumentos y con los métodos adecuados.
- Se hace en los tres primeros meses de vida o después si se hace en un hospital.

Los abortos peligrosos son los que:

- La persona no está capacitada.
- Los instrumentos y métodos no son adecuados.
- En condiciones sucias.
- Después del tercer mes de embarazo si no se hace en un hospital.

Para hacer un aborto no se deben usar medios peligrosos, un aborto, puede provocar la muerte de la mujer:

- Meter objetos punzantes o con filo en la vagina.

- Poner hiervas o cloro en la vagina.
- Usar mucha cantidad de medicamentos para matar al feto.

Si se hace un aborto si aparecen señales de peligro: sangrado durante varios días, dolor en el vientre; calentura o flujo con mal olor debe acudir al hospital.

## II. VIH-SIDA

Visionado del video “Alguien como tú” editado por el Ministerio de Salud Pública de Guatemala en colaboración con la AECID

Debate después del video:

- Formas de transmitir el VIH
- Medidas de prevención
- Que hacer si se sospecha de estar contagiado
- Como convivir con una persona con VIH

*Taller 7º. Infecciones de transmisión sexual y Cáncer*

### **Actividad número 4**

*Talleres 8º y 9º. Embarazo en adolescentes, paternidad responsable, VIH y SIDA.*

#### I. Educación sexual

Visionado del video sobre Educación sexual del Ministerio de Salud de Guatemala.

Explicación sobre los cambios en la adolescencia

El aparato reproductor masculino y femenino

#### II. Embarazo en adolescentes y paternidad responsable

Quizás estés embarazada si tuviste relaciones sexuales y tu regla se ha retrasado, te duelen los pechos, tienes que orinar con frecuencia o sientes ganas de vomitar. Para saberlo acude al auxiliar de enfermería tan pronto como puedas para averiguar con certeza si estás embarazada. Muchas muchachas se embarazan sin querer. Algunas de ellas pueden obtener el apoyo que necesitan de su familia y sus amigos, para otras, no es tan fácil

Si te estás sintiendo muy mal por un embarazo que no habías planeado y quieres ponerle fin, es mejor tomar las decisiones con cuidado. Por todo el mundo, muchachas y mujeres mueren tratando de ponerle fin a un embarazo de maneras peligrosas. Hay maneras seguras de hacerlo, puedes acudir al consultorio para hablar recibir consejería de los auxiliares de enfermería.

En muchas comunidades, las mujeres jóvenes y las adolescentes se están infectando con el virus del SIDA en mayores números que cualquier otro grupo de personas. Las muchachas que tienen sexo con hombres mayores corren un riesgo más grande, pero puede suceder con un hombre de cualquier edad

Puede que a veces te sea difícil hablar con tus padres. Quizás ellos quieran que vivas siguiendo sus tradiciones, mientras que tú piensas que los tiempos están cambiando. Tal vez sientas que tus padres no te escuchan o no tratan de entenderte. O quizás temas que ellos se enojen.

Tu familia puede quererte sin estar de acuerdo con todo lo que tú digas. Quizás a veces se enojen porque les importas no porque no te quieran. Trata de hablar con ellos respetuosamente y ayúdales a entenderte mejor.

Ideas para una mejor comunicación:

- Escoge un buen momento para hablar, cuando tus padres no estén ocupados, cansados, o preocupados por alguna otra cosa.
- Habla con ellos sobre tus inquietudes, preocupaciones y metas. Pregúntales qué harían ellos en tu situación
- Dale algo de leer o muéstrales una ilustración para ayudarles a empezar a hablar.
- Si te enojas, trata de no gritar. Puedes hacer que tus padres se enojen contigo, y tal vez ellos piensen que no los respetas.
- Si has probado estas cosas y aún no puedes hablar con tus padres, encuentra a otro adulto con quien hablar. Podría ser una maestra, la madre de una amiga, una tía, una hermana mayor, tu abuela, alguien de tu iglesia o un trabajador de salud.

### III. Aborto

Ver taller actividad 3 taller 6

## Actividad número 5

*Taller 10º. Alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, VIH y SIDA*

### I. Alcoholismo

El alcohol le ha traído mucha alegría a la gente, pero también mucho sufrimiento, sobre todo a las familias de los que toman.

Tomar un poco de alcohol de vez en cuando, por lo general no hace daño. Pero a menudo, un poco acaba siendo un mucho.

Por todo el mundo, el abuso del alcohol es una causa de problemas de salud muy serios incluso para la gente que no toma.

El alcohol no sólo perjudica la salud del que bebe, produciendo enfermedades del hígado, sino que también daña a la familia y a la comunidad.

Una persona que toma demasiado, pierde el juicio cuando está borracho y el aprecio por sí mismo cuando no lo está. Por eso, el que toma puede hacer cosas que resultan en mucha tristeza, pérdida y violencia, y puede lastimar a los seres que más quiere.

¿Cuántos padres gastan sus últimos quetzales en alcohol cuando sus hijos pasan hambre?

¿Cuántas enfermedades resultan porque el hombre de la casa gasta lo poco que gana en alcohol, en vez de mejorar las condiciones de vida de su familia?

¿Cuántas personas, cuando se odian a sí mismas por haber lastimado a sus seres queridos, se toman otro trago para olvidar?

Cuando una persona se da cuenta de que el alcohol está perjudicando la salud y felicidad de su familia, ¿qué puede hacer?

Primero tiene que reconocer que el vicio de beber es un problema. Debe ser honesto consigo mismo y con los demás.

Algunos individuos pueden dejar el vicio al seco. Pero con más frecuencia, la gente necesita la ayuda y apoyo de los familiares, amigos y los que entienden lo difícil que es dejar el vicio.

El tomar no es sólo un problema del individuo, sino de toda la comunidad, en Santa Clara no está permitido tomar por parte de las autoridades, pero muchas personas cuando salen de la comunidad toman, o incluso toman dentro de la comunidad.

## II. Tabaquismo

El fumar es peligroso para su salud y la de su familia por muchas razones:

- El fumar aumenta el riesgo de cáncer de los pulmones, boca, garganta y labios. (Mientras más fume, mayor es su riesgo de morir de cáncer).
- El fumar causa enfermedades graves de los pulmones, (y puede matar a quienes tengan estas dolencias o asma).
- El fumar puede causar o empeorar las úlceras del estómago.
- El fumar aumenta el riesgo de enfermarse y morir de un mal del corazón
- Los hijos con padres que fuman, padecen más de pulmonía y otras enfermedades respiratorias que los hijos de personas que no fuman.
- Los bebés de las madres que fumaron durante el embarazo, son más pequeños y se desarrollan más despacio que los bebés de madres que no fumaron.

- Además, es caro fumar. Parece que se gasta poco, pero llega a ser mucho. En algunos países, muchos de los pobres gastan más dinero en cigarrillos que lo que el país gasta por persona en programas de salud. Si el dinero que se usa para comprar tabaco se gastara en comida, los niños y sus familias serían más sanos.

Toda persona interesada en la salud de otros no debe fumar y debe animar a los demás a que no fumen.

### III. Drogadicción.

Además del alcohol y el tabaco, en diferentes partes del mundo mucha gente está usando 'drogas ilegales'. Incluyen la marihuana, la cocaína y la heroína o el opio.

Un problema que se está volviendo más común es que los niños pobres de las ciudades aspiran ciertos productos químicos, sobre todo ciertos tipos de gomas o pegamentos, pero a veces también, cera para zapatos, gasolina y líquidos de limpieza.

Las drogas se pueden tragar, inyectar, fumar, mascar o aspirar. Diferentes drogas causan diferentes efectos en el cuerpo y la mente. La cocaína y las nueces de cola pueden hacer que una persona se sienta contenta y con energía. Pero después de un rato se sentirá cansada, de mal humor y triste. Algunas drogas como el alcohol pueden hacer que al principio la persona se sienta relajada y calmada. Pero más tarde puede que pierda la vergüenza, el control de sí misma y quizás hasta el conocimiento. Otras drogas, como la marihuana, hacen que la persona se imagine cosas que no existen, o que tenga fantasías como de un sueño.

Las mujeres embarazadas que usan alcohol, cigarros u otras drogas pueden dañar al bebé que traen adentro.

Además, cuando 2 o más personas comparten la misma aguja para inyectarse drogas, corren el riesgo de contagiarse enfermedades peligrosas como la hepatitis y el VIH

Por lo general, la gente empieza a tomar drogas para escaparse de sus dificultades, olvidar el hambre o calmar el dolor de su vida diaria. Pero una vez que comienzan, muchas veces se envician. Si tratan de parar, se sienten mal o se vuelven violentas. Para conseguir más drogas, a menudo cometen delitos, pasan hambres o descuidan a sus familias. Así es como las drogas llegan a afectar a familias y comunidades enteras.

Algunas drogas como la cocaína, y heroína son muy enviciadoras. Una persona puede probar la droga una sola vez y sentir que tiene que seguir tomándola.

Otras drogas envician después de un buen tiempo.

El vicio es una trampa peligrosa que puede causar problemas de salud y hasta la muerte.

Pero con determinación, esfuerzo y ayuda, los vicios pueden vencerse.

Consejería para ayudar a resolver el problema del uso de drogas y el enviciamiento:

- Ayude y apoye lo más que pueda a la persona que esté tratando de vencer el uso de drogas. Recuerde que su mal humor se debe a su enviciamiento, no a usted.
- Las familias, escuelas y trabajadores de la salud pueden informar a los niños sobre los peligros de los cigarros, el alcohol y las drogas. Ayude a los niños a aprender que hay formas más sanas de 'sentirse bien', de 'actuar como adultos' o de ser rebeldes.

## ANEXO II      **Fotografías de talleres**

Fotografías de algunos de los talleres de capacitación realizados en Santa clara.









Alders Santa Clara 14-02-2014  
 siendo las 9:30 minutos reunidos en la Biblioteca con grupo de madres en edad fértil de dicho comunitario y A/E Ana Brito Feliciano Jacob y E/P Jose Perez de España donde se trata sobre 3 temas importantes que son El cáncer uterino, mamá y en otro sitio por lo cual se les explican a las personas sobre los riesgos también se se les trata sobre el uso de métodos los riesgos por saber cosas también se trata de planificación familiar sobre esperey endow (as) les explico sobre los métodos naturales métodos tentados y métodos definitivos.

Feliciano Jacob

Alders Santa Clara 16-02-2014  
 siendo a las 9:30 minutos reunidos A/E E/P Diego Raimundo Jose Perez de España A/E Feliciano Jacob Ana Brito Raimundo

