



**UNA VISION DE LOS DERECHOS
SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DESDE
LA CULTURA MAYA MAM Y KÍICHEÍ**

Investigación antropológica con comadronas y jóvenes sobre los derechos sexuales y reproductivos abordados desde la cosmovisión maya.

ASOCIACIÓN DE SERVICIOS COMUNITARIOS DE SALUD
ASECSA, REGION OCCIDENTE

UNA VISION DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DESDE LA CULTURA MAYA MAM Y K'ICHE'

Investigación antropológica con comadronas y jóvenes
sobre los derechos sexuales y reproductivos
abordados desde la cosmovision maya



GARAPENERAKO
LANKIDETZAREN
EUSKAL AGENTZIA
AGENCIA VASCA DE
COOPERACIÓN PARA
EL DESARROLLO




medicusmundi
bizkaia

UNA VISION DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DESDE LA CULTURA MAYA MAM Y K'ICHE'

Proyecto

Fortalecimiento técnico político de comadronas y jóvenes con enfoque en derechos sexuales y reproductivos. PRO-2011/K1/0084

Financiador

Gobierno Vasco

Consultores técnicos

Dr. Carlos Enrique Lix Socop
Dr. Sergio Llobani Tumax Sierra

Revisión

Por ASECSA

Dr. Hugo Icó
Equipo Técnico de ASECSA Occidente

Por Medicus Mundi Bizkaia

Dr. Carlos Rubén Rodas Ruíz

Portada

Alexis Rojas

©Derechos de autor

Asociación de Servicios Comunitarios de Salud –ASECSA-

Oficinas Centrales: 6 calle 4-70 zona 1, Quinta Los Aposentos.

Chimaltenango, Guatemala. Apartado Postal No 27

Telefax 7839-1332 y 7839-5850

Correo electrónico: asecsa2@yahoo.com

Oficina Región Occidente: 13 Calle B 3-83. Zona 7

Barrio la Ciénaga, San Cristóbal Totonicapán.

Teléfono: 7767-8461

Correo electrónico: asecsatoto@gmail.com

Guatemala, Septiembre 2012

El contenido del presente informe es responsabilidad de los autores y no necesariamente refleja los puntos de vista de la entidad financiadora. El contenido de este documento puede ser utilizado con propósitos educativos por terceras personas e instituciones siempre y cuando se cite la fuente.



GARAPENERAKO
LANKIDETZAREN
EUSKAL AGENTZIA


AGENCIA VASCA DE
COOPERACIÓN PARA
EL DESARROLLO



medicusmundi
bizkaia

Índice

I.	INTRODUCCIÓN:	5
II.	ANTECEDENTES:	5
III.	LA MUESTRA DE ESTUDIO:	11
A.	Participación de Comadronas	11
B.	Participación de Jóvenes	14
C.	Participación de Médicas y Médicos Coordinadores de Distritos de Salud	15
IV.	METODOLOGÍA:	17
V.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	20
A.	Objetivo principal	20
B.	Objetivos Específicos:	20
VI.	SEXUALIDAD Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN COMUNIDADES INDÍGENAS	20
A.	Causas de la Violencia Contra las Mujeres	20
B.	Manifestaciones de la Violencia Contra las Mujeres	24
C.	Uso de Métodos Anticonceptivos	26
D.	Prevención de la Violencia Contra Las Mujeres	29
E.	Acciones Comunitarias para la Atención de la Violencia Contra las Mujeres	32
F.	Dificultades para Atender la Violencia Contra las Mujeres	35
VII.	SEXUALIDAD Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES INDÍGENAS:	38
A.	El Sexo Frente al Ser Papá y Mamá:	38
B.	Los Embarazos a Temprana Edad	41
C.	Aprendizaje de la Sexualidad entre los Jóvenes	45
D.	Uso de Métodos Anticonceptivos por los Jóvenes	48
E.	Atención a la Adolescente Embarazada:	50
VIII.	ARTICULACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD Y LA MEDICINA INDÍGENA PARA LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	53
A.	Terapeutas de la Medicina Indígena Según Comadronas y Jóvenes	53
B.	Terapeutas de la Medicina Indígena Según Médicas y Médicos	56
C.	Los Servicios Públicos de Salud Vistos por las Comadronas y los Jóvenes	59
D.	Situación de la Violencia Contra las Mujeres y de Adolescentes Embarazadas	62
E.	Atención a la Violencia Contra las Mujeres en los Distritos de Salud	65



F.	Atención al Embarazo en Adolescentes en los Distritos de Salud.....	70
IX.	NECESIDADES Y OPORTUNIDADES PARA ASECSA, A MANERA DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
A.	Atención a la Violencia Contra las Mujeres	73
B.	Atención al embarazo en Adolescentes	74
C.	Articulación de los Servicios de Salud para la Atención de la Violencia Contra las Mujeres y el Embarazo en Adolescentes.....	76
	Referencias Bibliográficas.....	76

I. INTRODUCCIÓN:

La presente investigación se realizó en los departamentos de Sololá y Quetzaltenango, ambos de la región occidente de Guatemala, cuyos municipios y comunidades son áreas de cobertura de la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud –ASECSA- en su región occidente y son priorizados por Medicus Mundi Bizkaia –MMB-.

Durante el proceso de construcción de la presente investigación se orientó hacia la Violencia Contra las Mujeres, Embarazo en Adolescentes y Articulación de la Medicina Indígena Maya con los Servicios Públicos de Salud.

Se entrevistaron a comadronas por ser mujeres, pero también como personas que participan activamente en la atención de la salud de mujeres, niños y niñas a nivel comunitario y son lideresas en estas comunidades y a jóvenes como grupos con alta vulnerabilidad por el limitado acceso de atención e información, educación y comunicación para el reconocimiento y ejercicio de los derechos de las mujeres, además Guatemala es considerado un país joven ya que “El 70 por ciento de las y los guatemaltecos tiene menos de 30 años; el 33 por ciento de este grupo posee entre 13 y 29 años”. **(1:5)**

Y para definir los aspectos en que se pueda dar la articulación entre la medicina indígena maya y los servicios públicos de salud, se completó la información obtenida con comadronas y juventud, entrevistando a las coordinadoras y coordinadores de los distritos de salud en donde se encuentran las comunidades que se incluyeron en la presente investigación.

Los resultados están desarrollados en 3 capítulos centrales de la presente investigación:

- Sexualidad y Violencia Contra las Mujeres en Comunidades Indígenas
- Sexualidad y Embarazo en Adolescentes Indígenas
- Articulación de los Servicios Públicos de Salud y la Medicina Indígena para la Atención de la Violencia Contra las Mujeres y el Embarazo en Adolescentes.

Se concluye y recomienda, que es necesario eliminar la violencia contra las mujeres y el embarazo en la adolescencia temprana y que sigue siendo difícil pero necesaria la articulación de la Medicina Indígena con los Servicios Públicos de Salud para resolver estos problemas de salud pública en las comunidades indígenas.

II. ANTECEDENTES:

La Medicina Indígena Maya puede entenderse como aquel sistema que se sustenta en los principios de la cosmovisión maya, que presenta una organización de trabajo acorde a esos principios y que es valorizada por la población a través de la ejecución de prácticas preventivas y la búsqueda de las y los terapeutas mayas, para la solución de sus problemas. **(2:67)**

En cuanto a la promoción de la salud en que también se debe entender que la prevención de la violencia es primordial, ya en el Modelo de la Medicina Indígena Maya planteado

por ASECSA en el año 2002, se indicaba que *“Uno no debería pelearse, deberíamos de amarnos y cuidarnos... y en este mismo sentido las comadronas consideraban como factor de riesgo para la salud de la mujer, tener embarazos muy seguidos y por eso aconsejan una planificación familiar. Además recomendaban cuidado específico de la mujer durante el embarazo y el período después del parto y esto incluía no levantar cosas pesadas, consumir vitaminas prenatales, no trabajar mucho, buena alimentación, hacer ejercicio y caminar bastante. Una de las comadronas entrevistadas en esos años compartía que daba consejos a las madres para que reposen 30 días “después del parto”, que no toquen agua fría, tomar muchas plantas medicinales una vez al día por ocho días para tener fuerza (2:56 a 58)*

Con respecto al trabajo de la comadrona encontramos en el mismo documento sobre el Modelo de Medicina Indígena Maya en Guatemala propuesto por ASECSA que *el diagnóstico realizado por las comadronas en la fase prenatal es de doble atención, a la mujer y al futuro bebé, en ocasiones implica cierta técnica de frotación y masaje y en casos extremos la referencia a centros públicos. El tiempo para la realización es variado pero los datos más frecuentes son los que indican el cuarto mes de iniciado el embarazo; además, los datos coinciden en que la frecuencia del control aumenta en las proximidades del alumbramiento. En este sentido se encuentran testimonios de atención a problemas de posición del feto sin indicarnos de algunos otros problemas de salud que atienden las comadronas, aunque la atención de un parto es diferenciado en tres momentos: el pre-parto, durante el parto y el post parto. Momentos complementados con la realización de rituales. (2:58)*

Respecto a la salud sexual después del parto, se han encontrado testimonios de comadronas que indican recomendar *una dieta de un mes para la recuperación, que proporciona vitaminas y recomienda una buena alimentación, y no tocar. Complementado a esto se bañan a las mujeres en el temascal, se les atiende bien y se les hace sobada para el alivio. (2:62)* La expresión Dieta y no tocar son expresiones que significan abstinencia sexual durante por lo menos 30 días aunque en otros lugares de cuidados más arraigados y de significado espiritual se recomienda que dicha abstinencia sea de 40 días.

En este mismo estudio propuesta de Modelo de la Medicina Indígena Maya en Guatemala, se describe una serie de plantas medicinales utilizadas por las comadronas pero sin definir en que situaciones las aplican. También se encuentra el uso de mezclas realizadas con plantas medicinales y medicamentos químicos de venta libre conocidos como populares y que además utilizan instrumentos aprendidos en los entrenamientos proporcionados por los centros de salud pública y por organizaciones no gubernamentales. **(2:62)** Ante esta situación se identificó que las posibilidades de articulación entre la medicina indígena y la medicina oficial, pública u occidental... *se observa en el ámbito local y la práctica diaria es el uso de uno y otro o una combinación, con algunas posibilidades de articulación. No se puede combinar la medicina química con la medicina indígena, lo químico es lo químico y lo indígena es lo indígena, afirman las comadronas. Pero que la combinación se da cuando ya se ha usado lo natural, luego lo químico, pero no juntamente. Lo que sugieren estos enunciados es el uso alterno de las dos medicinas en momentos distintos. (2:70)*

ASECSA ha venido trabajando el tema de Salud Sexual y Reproductiva desde la capacitación sistemática con comadronas y promotores de salud, misma que inició de 1985 a la fecha, aunque ha ido sufriendo algunas modificaciones en su metodología, contenido y de acuerdo al contexto en el que se ha venido desarrollando el trabajo, se mantiene el interés por mejorar la salud integral de las comunidades y en especial de las mujeres en su salud sexual y reproductiva. Todo esto a través del trabajo de capacitación, actualización y acompañamiento al que hacer de las comadronas en el nivel comunitario.

El trabajo por la salud sexual y reproductiva con la juventud en el nivel comunitario comienza un poco más tarde, alrededor del año 2004 con la llegada del programa Go Joven auspiciado por el instituto de salud pública de San Francisco California, con su programa de formación en salud sexual y reproductiva dirigida a jóvenes mujeres y hombres. A estos cursos les seguía una aplicación práctica en sus áreas de trabajo a través de pequeños proyectos financiados por la misma universidad de salud pública de San Francisco. Y como resultado de este proceso en ASECSA se establece el trabajo por la salud sexual y reproductiva con juventud en las distintas regiones de ASECSA y con una direccionalidad centralizada desde el equipo de apoyo técnico de la dirección nacional.

A partir de los años 1997 a la fecha, ASECSA ha venido produciendo materiales, sistematizaciones e investigaciones sobre la Salud reproductiva, lo cual encontramos en el documento de investigación “Conocimientos y Prácticas, Acceso a Servicios y Calidad de Atención sobre Salud Infantil, Materna y Reproductiva” en donde encontramos que para la automedicación en la población indígena, se indicaba que se utiliza tanto la medicina occidental como la tradicional principalmente el uso de plantas medicinales aunque la medicina química seguía siendo la primera opción. **(3:19, 22-24)** y en esta misma investigación se encuentra evidencia de que se habla de enfermedades propias de la epidemiología cultural como la caída de la mollera, mal de ojo, el pujo y empacho, y se hace una llamado al entendimiento, rescate de conocimientos, reconocimiento y aceptación de los saberes de la medicina tradicional. En este mismo estudio se indicaba que *“el embarazo ha sido presentado tradicionalmente como una enfermedad, en los diferentes idiomas mayas y en castellano se señala a la mujer embarazada “está enferma” y por ser ella quien se embaraza todo el proceso, debe ser propiamente de la mujer”*. **(3:31)** Aunque esto último es cuestionable de interpretarse literalmente como enfermedad, es algo que se debe profundizar para comprender desde la lógica de la medicina indígena para establecer con mejor claridad el significado del embarazo para la mujer, la familia y la comunidad.

Otros datos que en ASECSA se decía ya en 1998 es que la mayoría de los partos se realizaba en casa en donde la familia cercana participa en el acontecimiento del parto y además indicaba que *“las madres llegan a tener conocimientos mediante la orientación de la comadrona...”*, y que la participación de los padres-esposos ayudaron en: dar ánimos, apoyar a la comadrona a alcanzar cosas, cuidar a los niños y niñas, preparar los alimentos y remedios, salir a comprar algo, ayuda a detener a la esposa, además de cargarla, agarrarla, llevarla al hospital o rezar por ella. En este sentido también se encuentra que *“a pesar de las condiciones en que vive la mayoría de las población indígena y campesina, la mujer da a luz en un ambiente que le es familiar en el sentido comunitario, que la acoge, que la hace sentirse bien. Puede estar rodeada de familiares, no necesita separarse de*

sus demás hijos y de su pareja, se pone ropa adecuada (limpia y viejita). La atención no se reduce a lo físico..., sino se realiza una atención más integral que tiene que ver con conocimientos y prácticas culturales y algunas veces espirituales en donde la presencia del Aj Q'ij... ó la misma comadrona “ayudan, protegen y limpian el camino quitando toda clase de enfermedades, accidentes, muertes ó aborto” y también se indicaba que la atención en el postparto inmediato consiste en la limpieza o baño de la mujer y el recién nacido en el temascal (Chuj o tuj) y la realización de otras prácticas terapéuticas que realiza la comadrona como los masajes y otras prácticas de calentamiento, y esto adecuar las prácticas al equilibrio entre lo frío y caliente (3:34-39)

Una práctica alrededor del parto se encuentra que “...se lleva a cabo un rito especial y consiste en la quema de la placenta o compañera de la criatura. Por el significado que tiene, son las mujeres quienes realizan el rito. La comadrona acompañada por otras mujeres quema la placenta junto a otras plantas medicinales en el temascal. Este rito es acompañado de oraciones...”

En cuanto a la salud sexual, ya en el documento de ASECSA 1998 se indicaba que en la población indígena tanto para hombres y mujeres definían las prácticas desde su vivencia cotidiana y realidad en la cual se desenvolvían y el análisis que se hacía es desde el punto de vista de la sociología y las realidades de género. Se indagaba respecto a la edad de tener hijos, el número de hijos a tener y el espaciamiento del embarazo y llama la atención las respuestas con referencia a menor de 20 años y en la expresión “lo que Dios mande” como una orientación de las religiones presentes en las comunidades. El tener los hijos muy seguidos en su mayor porcentaje tanto padres como madres entrevistadas indicaron que no es bueno por limitantes para satisfacerles sus necesidades básicas, por la salud de la niñez y de la mujer madre; y en este sentido según el estudio alrededor del 80% han dialogado respecto a las prácticas, percepciones y toma de decisiones, y que también tienen mínimo conocimiento sobre métodos de planificación familiar y se indicaba el papel de la comadrona para transmitir este mensaje aunque ubicada en un cuarto lugar. Y finalmente en este estudio se encontró que tanto hombres y mujeres de la población indígena desconocían sobre el cáncer de cérvix y de mama. (3:39-59)

Y alrededor de la atención del parto, en la propuesta de Modelo de Medicina Indígena Maya que resultó de una investigación con enfoque de antropología médica realizada de 1999 a 2001 por ASECSA, se indica que “La práctica de la preparación para la atención del parto tiene significación social y no se limita al sólo evento del nacimiento. En efecto, en la atención, cada miembro de la familia realiza una función y la comadrona cumple un papel de organizadora del evento” (2:23) y se menciona que además de la atención del parto la comadrona tiene la función de curar a los niños (2:36) a la vez que “... se relacionan entre sí en casos específicos obstétricos en los cuales requieren otra opinión para ratificar o modificar su diagnóstico y tratamiento; también, con las curanderas y los curanderos, en aquellos casos obstétricos que presentan padecimientos de orden común, agregados al caso de atención del parto; por último remiten a los hospitales o centros de salud, las pacientes con signos de presentación y posición difícil del feto para un parto normal, que requieren atención quirúrgica.” (2:37)


Y en este mismo estudio presentado por ASECSA en el año 2002, se menciona que las comadronas no solamente se dedican a la parte curativa de la enfermedad sino también a acciones de prevención de problemas y promoción de la salud, nos indica el documento que las comadronas aconsejan la higiene personal y del hogar así como la buena alimentación, y que para el cuidado del embarazo recomiendan las siguientes acciones:

- *No levantar cosas pesadas*
- *Cuidarse del frío y del sol*
- *Buena alimentación*
- *Comer frutas y verduras*
- *Ingerir vitaminas prenatales*
- *Asistir a control prenatal*
- *No tomar medicamentos químicos*
- *Hacer ejercicio*
- *Planificación familiar*
- *Educar en salud. (2:42)*

Ya en el año 1998 ASECSA comienza un proceso de investigación sobre la salud sexual y reproductiva con los pueblos indígenas en sus áreas de trabajo con el apoyo de la Socióloga Emma Chirix quien al analizar los conocimientos y prácticas sobre salud reproductiva y específicamente sobre espaciamiento de embarazos en la población indígena en Guatemala indicaba “...la cultura y algunas tradiciones afectan, no hay suficiente información sobre lo que significa la adolescencia y la juventud. No se cuestiona la identidad genérica impuesta cuando una niña es definida como mujer y cuando un niño es definido como hombre. Existen normas y valores culturales que no permiten abordar el tema de la sexualidad en la cultura maya y esto hace difícil la comunicación entre adultos y adolescentes y entre parejas, no se da respuesta a inquietudes sobre el tema. Existe desinformación sobre riesgos reproductivos.” (3:53 y 54)

A partir del año 2009 en las comunidades de Sololá y Quetzaltenango ASECSA ha venido realizando acciones afirmativas a favor de comadronas y de la juventud en los temas de salud sexual y reproductiva y como producto de estas acciones se tienen un manual sobre plantas medicinales que las comadronas utilizan en sus prácticas terapéuticas y también se cuenta con un manual sobre salud sexual y reproductiva dirigida a la juventud y que es utilizado en los procesos de formación y capacitación.

Aunque ASECSA ha orientado sus esfuerzos en diversos temas a favor de la buena salud sexual y reproductiva para mujeres y adolescentes, consideró que es necesario profundizar en el conocimiento sobre cómo se da la violencia contra las mujeres y el embarazo en adolescentes en los pueblos indígenas de Guatemala para poder mejorar sus acciones en conjunto los y las terapeutas indígenas y apoyar de manera coordinada con los Centros de Salud ahora con Atención Permanente, para fortalecer los servicios orientados a la atención integral de estas dos problemáticas.



En este contexto ASECSA Occidente se planteó realizar una investigación con enfoque antropológico para analizar los siguientes tópicos:

- La violencia contra las mujeres en comunidades indígenas K'iche' y Mam en los departamentos de Sololá y Quetzaltenango.
- El embarazo en Adolescentes en comunidades indígenas Kiché y Mam en los departamentos de Sololá y Quetzaltenango.
- Posibilidades de Articulación de los servicios públicos de salud y los servicios de salud indígena para la atención de la violencia contra las mujeres y el embarazo en adolescentes en los departamentos de Sololá y Quetzaltenango.

III. LA MUESTRA DE ESTUDIO:

A. Participación de Comadronas

Se entrevistaron individualmente a 42 comadronas, de las cuales 29 también son curadoras de niñez, 2 son guías espirituales, 2 a su vez son auxiliares de enfermería y 1 es promotora de salud, la mayoría presenta solamente 2 especialidades a la vez. En dos casos, una comadrona de Santa Clara la Laguna y otra de Santa Lucía Utatlán son también Curadoras de Niñez y Guía espiritual. En el municipio de Génova se encuentran 2 comadronas que además son auxiliares de enfermería, y en un solo caso ubicado en San Juan Ostuncalco en donde una Comadrona es también promotora de salud, por cierto que es la más joven de todas las entrevistadas ya que cuenta con 24 años. Estas entrevistas fueron realizadas del 12 al 24 de octubre del año 2012, en 39 aldeas (comunidades) de 12 municipios de 2 departamentos de Guatemala distribuidos de la siguiente manera.

Cuadro No. 1.a
Número de Terapeutas Indígenas Entrevistadas por Departamento y Municipios

Departamento	Municipios	No. Aldeas Participantes	No. De Terapeutas Indígenas Entrevistadas
Sololá	Santa Clara La Laguna	1	1
	Santa María Visitación	1	1
	Santa Lucía Utatlán	5	5
	Santa Catarina Ixtahuacán	4	4
	Nahualá	5	5
Quetzaltenango	Génova	4	4
	Coatepeque	1	2
	Cabricán	7	9
	Huitán	2	2
	Palestina	1	1
	Concepción Chiquirichiapa	1	1
	San Juan Ostuncalco	7	7
TOTAL		39	42

Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

También se entrevistaron a 14 comadronas que participaron 5 en un grupo focal convocado por el programa socio de ASECSA Asociación de Desarrollo Integral –ADI- en el municipio de Coatepeque del departamento de Quetzaltenango y 9 en un segundo grupo focal convocadas en el municipio de San Cristóbal Totonicapán por los programas socios, Clínica el Novillero, Asociación Cultural Mam –ACUMAM- y por la Asociación Comunitaria de Desarrollo Integral Mam –ACODIMAM. El grupo focal de Coatepeque se realizó el 24 de octubre y el grupo focal de San Cristóbal Totonicapán se realizó el 05 de noviembre, ambos en el año 2012.

Las comadronas participantes en los dos grupos focales provienen de 6 municipios de 2 departamentos de Guatemala distribuidos de la siguiente manera:

Cuadro No. 1.b
Número de Comadronas Participantes de los
Grupos Focales por Departamento y Municipios

Departamento	Municipios	No. Aldeas Participantes	No. De Comadronas en Entrevistas Focales
Sololá	Santa Lucía Utatlán	1	1
	Nahualá	2	2
Quetzaltenango	Génova	4	5
	Cabricán	1	3
	Palestina	1	1
	San Martín Sacatepéquez	1	2
TOTAL		10	14

Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

Según Idioma como indicador de pertenencia cultural en este estudio, se sabe que en la zona del departamento de Sololá en donde se realizaron las entrevistas pertenecen a la cultura K'iche', y en la zona entrevistada de Quetzaltenango es de cultura Mam. Según lo indicado por las Terapeutas Indígenas entrevistadas, de las 42, 16 son K'iche', 18 son Mam, y 8 indicaron hablar Español; solamente un caso se encuentra que habla K'iche' y Kaqchikel. Llama la atención que en la zona de Coatepeque considerada área de origen Mam, en su totalidad indicaron hablar español.

En cuanto al grupo focal se encontró que 5 comadronas participantes no registraron su idioma indígena porque solamente hablan español. 6 de las participantes se definieron por su idioma como Mam y 3 se definieron como K'iche'.

En cuanto a la edad de las participantes, las mismas oscilan entre los 23 años a 80 años de edad. Si consideramos que en la cultura maya a pesar de que el ser Terapeuta es un Don y Misión que se trae desde el nacimiento, su desarrollo y madurez se va dando directamente proporcional con la edad, de esta manera se sabe que las Terapeutas más buscadas, respetadas y efectivas son las de mayor edad. En el presente estudio encontramos los números de participantes según su edad.

Cuadro No. 2.a
Participantes Comadronas Individuales según rango de edad

Rango de Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
21 a 25	2	5 %
26 a 30	0	0 %
31 a 35	1	2 %
36 a 40	1	2 %
41 a 45	2	5 %
46 a 50	8	19 %
51 a 55	13	31 %
56 a 60	9	21 %
61 a 65	3	7 %
66 a 70	0	0 %
71 a 75	1	2 %
76 a 80	2	5 %
TOTAL	42	100 %

Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

Se observa que el 66% de las entrevistadas es mayor de 50 años y entre el rango de edad entre 46 a 60 años, se encuentra el 71 % de las entrevistadas. Según la esperanza de vida de la mujer guatemalteca se observa que mayores de 65 años solamente se encontró al 7% de las entrevistadas, así también a menores de 40 años solamente pertenecen el 9% de las terapeutas entrevistadas.

Con respecto a los grupos focales de comadronas, las edades van de los 22 años a los 65 años, y según rangos de edad se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 2.b
Participantes Comadronas en Grupos Focales Según Rango de Edad

Rango de Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
21 a 25	1	7%
26 a 30	0	0%
31 a 35	0	0%
36 a 40	1	7%
41 a 45	2	14%
46 a 50	2	14%
51 a 55	5	36%
56 a 60	1	7%
61 a 65	2	14%
TOTAL	14	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

Como se observa en el cuadro 2.b, el 86% de las comadronas que participaron en los grupos focales tenían más de 40 años de edad y solamente 1 se hallaba en el rango de edad entre 21 a 25 años. El 57% de comadronas de los grupos focales entrevistados se hallaban entre 51 a 65 años de edad, datos coherentes con los encontrados en la participación de las comadronas en las entrevistas individuales.

B. Participación de Jóvenes

Se entrevistaron a 13 jóvenes entre mujeres y hombres en dos grupos focales, uno realizado con 5 jóvenes en el municipio de Coatepeque coordinados todos por la Asociación de Desarrollo Integral –ADI- y el otro realizado con 8 jóvenes en la sede de ASECSA Occidente en San Cristóbal Totonicapán, coordinados por los programas socios Clínica el Novillero, Asociación Cultural Mam –ACUMAM- y Asociación Comunitaria de Desarrollo Integral Mam –ACODIMAM-.

Estas entrevistas fueron realizadas uno el 24 de octubre y el otro el 05 de noviembre del año 2012 respectivamente. Los jóvenes participantes llegaron de 7 comunidades, de 5 municipios de 2 departamentos de Guatemala distribuidos de la siguiente manera.

Cuadro No. 3
Número de Jóvenes Participantes en los Grupos
Focales por Departamento y Municipios

Departamento	Municipios	No. Aldeas Participantes	No. De Jóvenes que participaron en grupos focales
Sololá	Santa Clara La Laguna	1	1
	Nahualá	1	2
Quetzaltenango	Coatepeque	3	5
	Cabricán	1	3
	San Juan Ostuncalco	1	2
TOTAL		7	13

Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

Según Idioma como indicador de pertenencia cultural en este estudio, se sabe que en la zona del departamento de Sololá en donde se realizaron las entrevistas pertenecen a la cultura K'iche', y en la zona entrevistada de Quetzaltenango es de cultura Mam. Según lo indicado por los y las jóvenes entrevistadas, de las 13 participantes, 5 no se registró su idioma aunque por la zona se entiende que hablan español, expresamente 2 solamente hablan español, 3 hablan mam y 3 hablan K'iche'. Llama la atención que en la zona de Coatepeque y en Cabricán consideradas área Mam, en su totalidad indicaron o se infiere hablar español.

En cuanto a la edad de las y los participantes, las mismas oscilan entre los 14 años a 22 años de edad. En el presente estudio se les preguntó sobre preguntas ya estructuradas como guías y no precisamente sobre su experiencia de vida, por lo que se obtuvieron respuestas sin que necesariamente sean su caso. Un dato importante en la cultura indígena es que la juventud está catalogada no tanto por la edad sino por el hecho de estar casada o casado, o tener pareja, por eso llama la atención de la edad de las participaciones por arriba de los 19 años de edad hasta donde según las normas de atención del Ministerio de Salud, llega el límite superior de edad de la adolescencia pero en el caso de ASECSA la edad para ser considerada joven llega hasta los 29 años.

Cuadro No. 4
Participantes Jóvenes en los Grupos Focales Según Rango de Edad

Rango de Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
10 a 13	0	0%
14 a 16	9	69%
17 a 19	1	8%
20 a 22	3	23%
TOTAL	13	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

Se observa del cuadro No. 2 que el 69% de las entrevistadas están entre las edades de 14 a 16 años y entre el rango de edad entre 20 a 22 años, se encuentra el 23 % de las entrevistadas.

C. Participación de Médicas y Médicos Coordinadores de Distritos de Salud

Se entrevistaron individualmente a 9 coordinadores de distritos de salud, 5 médicos y 4 médicas. Estas entrevistas fueron realizadas entre el 15 de octubre y el 07 de noviembre del año 2012, en 9 municipios de 2 departamentos de Guatemala, aclarando que en Guatemala existen distritos de salud que no corresponden a un solo municipio sino pueden extenderse a 2 o más, estos son los casos del distrito de salud de Santa Lucía Utatlán que cubre también los municipios de Santa María Visitación y Santa Clara la Laguna; y el distrito de salud de Santa Catarina Ixtahuacán que también cubre el municipio de Nahualá

Cuadro No. 5
Número de Médicos y Médicas Entrevistadas por Departamento y Municipios

Departamento	Municipio	No. Médicas (os) entrevistadas
Sololá	Santa Clara La Laguna	1
	Santa María Visitación	
	Santa Lucía Utatlán	
	Santa Catarina Ixtahuacán	1
	Nahualá	
Quetzaltenango	Génova	1
	Coatepeque	1
	Cabricán	1
	Huitán	1
	Palestina	1
	Concepción Chiquirichiapa	1
	San Juan Ostuncalco	1
TOTAL		9

Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

Según Idioma como indicador de pertenencia cultural en este estudio, se sabe que en la zona del departamento de Sololá en donde se realizaron las entrevistas pertenecen a la cultura K'iche', y en la zona entrevistada de Quetzaltenango es de cultura mam. Los nueve entre médicas y médicos que participaron en el presente estudio indicaron que hablan español.

En cuanto a la edad de las médicas y médicos participantes, oscila entre los 35 años a 60 años de edad y según rango de edad se distribuye de la manera siguiente.

Cuadro No. 6
Participantes Médicos y Médicas Según Rango de Edad

Rango de Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
31 a 35	1	11%
36 a 40	1	11%
41 a 45	1	11%
46 a 50	2	22%
51 a 55	3	33%
56 a 60	1	11%
TOTAL	9	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

Del cuadro No. 2 se observa que el 55% de las entrevistadas se encuentran en el rango de edad entre 46 a 55 años, un participante tiene 60 años y una participante tiene 35 años.

IV. METODOLOGÍA:

Se elaboró 3 instrumentos de recolección de la información tomando en cuenta los trabajos previos que ASECSA ha realizado en la línea de investigaciones respecto al Modelo de Medicina Indígena Maya, también se consideraron otros estudios que se han realizado en la zona de intervención del proyecto “**Fortalecimiento técnico/político de comadronas y Jóvenes en derechos sexuales y reproductivos del Occidente de Guatemala**”

- El instrumento aplicado en las entrevistas con comadronas constó de 19 preguntas divididas en 3 grandes apartados: Violencia Hacia las Mujeres, Sexualidad y Salud Sexual, y Articulación de la Medicina Indígena con los Servicios Públicos de Salud.
- El instrumento aplicado en las entrevistas con jóvenes constó de 16 preguntas divididas igualmente en los 3 grandes apartados ya mencionados para las comadronas.
- El instrumento aplicado en las entrevistas con médicas y médicos coordinadores de distritos de salud constó de 13 preguntas divididas de la misma forma mencionada para comadronas y jóvenes.

Se realizaron reuniones con el personal de ASECSA Región Occidente y de sus enlaces con programas socios para compartir la metodología e instrumentos de recopilación de la información con comadronas, jóvenes, terapeutas mayas, médicas y médicos de los Centros de Atención permanente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. El propósito de esta reunión fue también para definir el cronograma final de realización de las entrevistas focales, visitas a comunidades para entrevistas a terapeutas mayas y a personal clave de los centros de salud.

Las comadronas y jóvenes que participaron en la realización del presente estudio fueron identificadas directamente por integrantes de Programas Comunitarios de Salud socios de ASECSA. Y para las entrevistas a médicas y médicos se llegó directamente a los Centros de Atención Permanente para conversar con el médico coordinador o la médica coordinadora del distrito de salud.

Se realizaron 2 entrevistas focales con comadronas, uno con 5 comadronas se convocó por la Asociación de Desarrollo Integral –ADI- en su sede ubicado en el municipio de Coatepeque del departamento de Quetzaltenango, y otro con 9 comadronas se convocó por Clínica El Novillero, Asociación Cultural Mam –ACUMAM- y Asociación Comunitaria de Desarrollo Integral Mam –ACODIMAM-, en la sede de ASECSA Occidente en San Cristóbal Totonicapán. En estos mismos momentos, sedes y convocantes se realizaron las 2 entrevistas focales con jóvenes, con participación de 5 jóvenes en Coatepeque y 8 en San Cristóbal Totonicapán.

Se entrevistaron a 42 comadronas provenientes de 39 comunidades ya mencionadas en la muestra de estudio y **Cuadro No. 1.a**, de las cuales 29 también se identificaron como curadoras de niñez y 2 también como guías espirituales. Las entrevistas se realizaron en la sede de los 4 programas comunitarios de salud que participaron en el presente estudio, según se observa en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 7
Comadronas Entrevistadas por Programas Socios

Nombre Programa Socio de ASECSA Occidente	Lugar Ubicación de Sede	Número de Comadronas Entrevistadas
Clínica El Novillero	Aldea el Novillero, Santa Lucía Utatlán, Sololá	16
Asociación de Desarrollo Integral –ADI-	Coatepeque, Quetzaltenango	6
Asociación Cultural Mam – ACUMAM-	Cabricán, Quetzaltenango	11
Asociación Comunitaria de Desarrollo Integral Mam –ACODIMAM-	San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango	9
Total Comadronas Entrevistadas		42

Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

Durante todo este proceso de entrevistas a las comadronas fue muy importante el acompañamiento por parte del enlace del programa socio para facilitar la comunicación en el idioma de las comadronas a ser entrevistadas.

El buen nivel de relacionamiento entre programas socios, ASECSA y los Servicios locales del Ministerio de Salud facilitó la cooperación y relacionamiento, por lo que se visitó en conjunto el personal específico al proyecto de ASECSA Occidente y personal enlace de los programas socios, a los centros de salud de los 9 municipios y aunque fue difícil y complicado convencer a algunos médicos y médicas coordinadoras de sus respectivos distritos de salud finalmente se les entrevistó, sin embargo algunos prefirieron quedarse con el instrumento el cual enviaron vía correo electrónico una vez lo tenían completo. Esta actitud difícil y complicada de los médicos y médicas para proporcionar información es vista por ASECSA como manifestación de racismo. En total estas 9 coordinaciones cubren los 12 municipios que participaron en el presente estudio según se describió en la participación de médicos y médicas de la muestra de estudio y se observa en el **Cuadro No. 1.a**.

Al obtener las 4 boletas de grupos focales y las 51 boletas individuales debidamente llenas, se procedió a transcribir la información una por una para tener registro electrónico de cada boleta, en seguida se contrastó la información transcrita con cada boleta y garantizando su fidelidad se archivan las boletas originales. A partir de la versión electrónica de las boletas se elabora una base de datos en Excel para cada uno de los grupos entrevistados:

- Comadronas Individuales
- Grupos Focales de Comadronas
- Grupos Focales de Jóvenes
- Médicas y Médicos de Distritos de Salud Individuales.

Durante la construcción de la base de datos se fueron ubicando cada una de las respuestas según similitud en una sola fila y en las columnas respectivas se anotaba el número 1 si existía igual, similar o acercamiento a la misma respuesta, y el número 0 si no existía nada relacionado a la respuesta. Al ir introduciendo la información de cada boleta a la respectiva base de datos, se alimentaba la opción de respuestas con lo nuevo similar que se iba encontrando, y al finalizar con la última boleta se revisó cada opción de respuesta tal como iba quedando y se juntaban columnas si era necesario, se validó cada base de datos con cada una de las boletas originales y queda finalizada cada base de datos.

A partir de la base de datos se prepararon cuadros para la presentación de respuestas por frecuencias y porcentajes en el caso de las entrevistas individuales, esto es para las comadronas y para médicos y médicas respectivamente. En el caso de los grupos focales se prepararon cuadros presentando la totalidad de las respuestas ya revisadas y mediadas en vista que no se pueden presentar por frecuencia y porcentajes dado que fueron respuestas acordadas en cada grupo focal.

Se prepararon documentos de presentación de resultados con su respectiva interpretación y análisis realizando acá una última revisión de las distintas respuestas según el respectivo análisis y revisión bibliográfica para argumentarlo. Se elaboraron 3 documentos siguiendo la lógica de la guía de entrevistas en sus 3 grandes apartados:

- Resultados según Comadronas, incluyendo las entrevistas individuales y las de grupos focales que en la mayoría de las veces validan y refuerzan las respuestas individuales.
- Resultados según Jóvenes.
- Respuestas según Médicas y Médicos Coordinadores de distritos de salud.

Con los documentos de resultados se preparan los 3 capítulos centrales que conforman el presente informe según fueron los 3 objetivos que guiaron el presente estudio:

- Sexualidad y Violencia Contra las Mujeres en Comunidades Indígenas
- Sexualidad y Embarazo en Adolescentes Indígenas
- Articulación de los Servicios Públicos de Salud y la Medicina Indígena para la Atención de la Violencia Contra las Mujeres y el Embarazo en Adolescentes.

Preparados estos documentos se procede a elaborar los informes borradores, mismos que se ponen a consideración del equipo responsable de la investigación por parte de ASECSA Occidente y de MMB. Una vez recibidas y aclaradas las preguntas y solicitudes de ampliación de la información, se procede a elaborar el presente informe.

V. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN¹

A. *Objetivo principal*

Contar con información para revalorizar los conocimientos y las prácticas terapéuticas que desde la cultura maya favorecen o apoyan la salud sexual y reproductiva y previenen la violencia de género.

B. *Objetivos Específicos:*

1. Identificar los conocimientos y prácticas terapéuticas de comadronas mayas y terapeutas tradicionales sobre la salud sexual y reproductiva, y prevención de la violencia contra las mujeres.
2. Identificar los conocimientos y actitudes positivas y negativas de los jóvenes sobre la salud sexual y reproductiva, y prevención de la violencia contra las mujeres.
3. Identificar similitudes y diferencias entre prácticas, actitudes y conocimientos entre jóvenes y comadronas/terapeutas mayas.
4. Identificar el Abordaje de la Salud Sexual y Reproductiva, y la violencia contra las mujeres indígenas y jóvenes indígenas; por parte del personal médico y paramédico de los servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
5. Tener propuesta sobre el diálogo intercultural para promocionar servicios de salud sexual y reproductiva desde el saber de las comadronas y actitud de los jóvenes indígenas.

VI. SEXUALIDAD Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN COMUNIDADES INDÍGENAS

A. *Causas de la Violencia Contra las Mujeres*

Según se observa en el **Cuadro No. 8**, el 86% de las comadronas entrevistadas, considera que la violencia hacia las mujeres se da por el machismo ejercido por los hombres hacia las mujeres, seguido por la infidelidad del esposo en el 48% y el 33% indicó que se debe al alcoholismo en el hombre. Este hallazgo evidencia lo que estudios sobre el patriarcado y teóricas sobre el feminismo indican que el conquistar muchas mujeres e ingerir grandes cantidades de bebidas alcohólicas son manifestaciones prácticas del machismo.

¹ Los objetivos descritos fueron planteados en los Términos de Referencia para la realización de la presente investigación, sin embargo cuando se analizaron en conjunto el comité de investigación conformado por ASECSA y MMB, los instrumentos para la recolección de la información se orientaron hacia la “Violencia Contra las Mujeres”, “Embarazo en Adolescentes” y “Articulación de la Medicina Indígena Maya con los Servicios Públicos de Salud”, considerándolos puntos estratégicos en la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres indígenas en Guatemala.

Cuadro No. 8
Causas de la Violencia Contra las Mujeres Según Comadronas

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Machismo del hombre	36	86%
Infidelidad del esposo	20	48%
Alcoholismo del hombre	14	33%
Celos del hombre	8	19%
Desvalorización de la mujer por parte del hombre	5	12%
Infidelidad de la mujer	3	7%
Por Violencia heredada de padre a hijo	2	5%
La mujer ignora sus derechos	2	5%
Casamiento Joven	1	2%
Infidelidad de ambos	1	2%
Chismes	1	2%
Por no poder tener dinero	1	2%
Tratan mal a la mujer para dominarla	1	2%
Mujer provoca al hombre	1	2%
Mujer no se portan bien	1	2%
Falta educación y comunicación entre hombres y mujeres	1	2%
Total de Entrevistas Realizadas	42	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

El machismo es matizado por las comadronas como un mecanismo de dominación hacia las mujeres por parte del hombre, para amenazarla y en muchas ocasiones para obtener relaciones sexo genitales. En el caso de la infidelidad del hombre esposo es considerado por parte de las comadronas entrevistadas cuando anda con otras mujeres y tener amantes; y en tercer lugar se encuentra el alcoholismo como causa de la violencia hacia las mujeres en las comunidades indígenas.

Según estos datos obtenidos, el cambio de una familia violentada hacia una familia en armonía y bienestar libre de violencia depende de la actitud del hombre quien debe deconstruir su ser machista e infiel, considerando que la infidelidad tiene causas no exploradas en el presente estudio y tampoco se profundizó sobre el sentir de las mujeres para resolver las causas y efectos de la infidelidad, en todo caso no justifica la violencia contra las mujeres. El otro aspecto es que el alcoholismo provoca o exagera la actitud violenta del hombre con sus consecuencias hacia su compañera de hogar, también en este estudio queda el vacío de las causas del alcoholismo en el hombre.

Lo que si se percibe es una triada o círculo vicioso actitudinal que provoca la violencia contra las mujeres: machismo, infidelidad y alcoholismo, los cuales están relacionados según estudio realizado con mujeres indígenas trabajadoras del sexo en Chimaltenango, donde indican que escuchan esta relación con los hombres que les visitan y hacen uso de sus servicios. **(4:127,140 y 143)**

Recuadro No. 1

Causas de la Violencia Contra las Mujeres Según Comadronas en Grupos Focales

- Por el machismo de los hombres
- El alcoholismo es la principal causa de ese maltrato
- Las mujeres se dejan porque no saben que tienen sus derechos y que valen mucho
- Celos de los maridos
- Es un problema muy grave que afecta a muchas mujeres
- Los hombres creen que son mejores
- Hay dependencia económica
- Es un mal de toda la población
- Falta de educación de las mujeres

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Al indagar de manera colectiva con las comadronas en las dos entrevistas con grupos focales se encontraron también el machismo de los hombres y el alcoholismo en los hombres como las causas por las que se da la violencia contra las mujeres, pero en estos dos grupos focales no se habló de la infidelidad de los hombres como causa de la violencia contra las mujeres porque en los espacios colectivos les es difícil hablar de su vida de pareja por prohibiciones social y familiarmente aprendidas. **(5:17. 6:88-92 y 106-108)** Pero también se mencionan causas como el desconocimiento de las mujeres sobre sus derechos y de que valen mucho, y se menciona además que *“hay dependencia económica”* lo cual lleva más que a ser causa de la violencia que sufren, es una condición que les lleva a aguantarla. **(4:37. 7:115,116) Ver Recuadro No. 1**

Con los jóvenes entrevistados en grupos focales se pueden observar 3 apartados de respuestas, por una parte la tríada del machismo-alcoholismo-infidelidad del hombre, arraigados como concepto y práctica desde la juventud; en seguida también la falta de seguridad en las calles y responsabilizando directamente al gobierno a todo nivel pues principalmente en el caso de violaciones que regularmente sucede en los caminos desolados. **Ver Recuadro No. 2**

Recuadro No. 2

Causas de la Violencia Contra las Mujeres Según Jóvenes en Grupos Focales

- Machismo porque el hombre manda y todos deben obedecer
- Alcoholismo del hombre
- Infidelidad del hombre
- Falta seguridad en las calles por parte del gobierno
- Los hombres creen saber más y se aprovechan de las mujeres por no haber estudiado
- Falta comunicación entre padres
- Las mujeres lo callan y no lo hablan
- A las mujeres amas de casa se les viola el derecho de defenderse a sí mismas
- Las mujeres no saben sus derechos
- Por la desigualdad de derechos

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Pero también se puede ver que la juventud tienen claridad en que la mujer puede hacer mucho por cambiar su situación de violentada, conociendo y ejerciendo sus derechos y rompiendo el silencio.

Llama la atención que la juventud menciona que *“los hombres creen saber más y se aprovechan de las mujeres por no haber estudiado”*, es una forma de manifestar la desigualdad de oportunidades y una manera de ejercer el machismo por parte de los hombres, pero también se vislumbra una de las claves para romper con esta situación mediante el empoderamiento de las mujeres involucrándolas más en la educación formal.

Lo que encontramos en los hallazgos anteriores en cuanto a la violencia contra las mujeres es que inicialmente es algo innegable en las comunidades indígenas del occidente de Guatemala y que tiene sus causas en el machismo, que consiste básicamente en el énfasis o exageración de las características masculinas y la creencia en la superioridad del hombre, lo cual es un mecanismo psicológico para compensar un complejo de inferioridad que tiene sus orígenes en la crianza de los hijos varones, en la historia de agresión hacia las comunidades y en la competencia con los hombres no indígenas y entre sí mismos para la ubicación en puestos de trabajo. **(8:295-309)**

Como se dijo, el machismo tiene su origen histórico en la familia, cuya jefatura ejerce el padre y se proyecta a toda la comunidad; en seguida se puede notar que aunque las comadronas y la juventud mencionan al machismo como causa principal de la violencia contra las mujeres, en esencia no la definen como la dominación de las mujeres por parte del hombre sobre la base de una supuesta inferioridad biológica, pero tampoco plantean el papel de la cultura en la práctica del machismo ya sea como justificación o como se plantea desde ASECSA que la complementariedad entre hombres y mujeres es un valor en la cultura maya que se debe promover para romper con el machismo, pero a decir de algunas mujeres indígenas, de este valor existen quienes lo cuestionan, otras lo rechazan en tanto que las hay quienes efectivamente lo promueven para lograr relaciones equitativas entre hombres y mujeres en las comunidades. **(9:42)**

B. Manifestaciones de la Violencia Contra las Mujeres

Al indagar con las comadronas que participaron en las entrevistas individuales sobre la manifestación de la violencia hacia las mujeres, se encontró lo que se describe a continuación en el **Cuadro No. 9**.

Cuadro No. 9
Manifestaciones de la Violencia Contra las Mujeres Según Comadronas

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Física	42	100%
Psicológica	37	88%
Económica	20	48%
Sexual	1	2%
Entrevistas Realizadas	42	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

En el cuadro anterior se encuentra que la agresión física es la forma más frecuente de violencia contra las mujeres indígenas en opinión del 100% de las entrevistadas, seguida de la violencia psicológica en opinión del 88% de entrevistadas y en tercer lugar la violencia económica en opinión del 48% de comadronas entrevistadas.

Llama la atención que la violencia sexual solamente se manifiesta en opinión de una sola comadrona, acá se debe considerar que de las relaciones sexo genitales no se hablan y que la satisfacción sexual al hombre es considerada erróneamente una obligación de la mujer y de esta manera no se habla como una manifestación de la violencia. **(10:54-56. 5:107-125. 11:56-58)**

A excepción de la violencia sexual y el dato obtenido en el presente estudio, las otras manifestaciones de la violencia hacia las mujeres en las población indígena K'iche' y Mam se da exactamente igual cómo en otros estudios y opiniones de autoras que han trabajado en el tema, indicando que la violencia no solamente es física sino también psicológica, económica y sexual. **(12:118. 17:13)**

De los datos anteriores se puede indicar que la violencia hacia las mujeres en la población indígena K'iche' y Mam no solamente existe, sino además tienen sus causas en el machismo del hombre, la infidelidad del hombre y el alcoholismo del hombre; y que tiene manifestaciones físicas, psicológicas, económicas y sexuales. La Terapeuta Indígena, en este caso la comadrona tiene influencia en el manejo de la violencia hacia las mujeres, por ser como dice ASECSA *“más que una sanadora de la comunidad”*, es una terapeuta que además puede ser curadora de la niñez, guía espiritual o en los últimos tiempos también promotora de la salud, según el presente estudio porque en la promoción de la salud para su comunidad trabaja desde que ejerce su misión. **(13: Introducción. 14: 54-60. 15:25-27)** Y al escuchar a las comadronas en los grupos focales, se confirma lo que dijeron durante las

entrevistas individuales con respecto a las manifestaciones físicas, psicológicas, económicas y sexuales de la violencia contra las mujeres. Se agrega a esto que la violencia contra las mujeres por parte de los esposos también alcanza a los hijos y a las hijas, lo cual sucede en los hogares cuando no se es capaz de resolver las causas de la violencia y porque los hijos intentan mediar en el conflicto de los padres pero resultan agredidos, siendo entonces que la violencia contra las mujeres afecta a todo su entorno familiar. **Ver Recuadro No. 3**

Recuadro No. 3

Manifestaciones de la Violencia Contra las Mujeres Según Comadronas en Grupos Focales

- Golpes
- Maltratan con gritos
- Violación sexual al no querer tener relaciones
- Maltrato psicológico con palabras abusivas que ofenden el corazón, humillación en la calle y con la familia
- Maltrato a los hijos y a las hijas
- No dan aporte económico para el gasto

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

En el **Recuadro No. 4** se observa que la adolescencia menciona lo que ha visto y sufrida con relación a la violencia contra las mujeres, y lo expresan como las manifestaciones físicas con golpes y psicológica. Hacen una descripción de la violencia psicológica tal como lo sienten y viven a través de insultos, gritos, menosprecio, desvaloración y piropos vulgares.

La violencia sexual lo expresan como violaciones en general y el abuso sexual de los padres, que no se profundizó en el presente estudio pero se logra determinar que es entendido como expresión de la violencia que sufren las adolescentes dentro de su propio hogar y por sus propios padres. **(16: 9-20. 17:12,26)** Es un punto a profundizar en futuras investigaciones o como parte de las acciones sobre sexualidad y salud sexual en las comunidades, pues si las formas de violencia se hereda, esta manifestación se reproduce en las etapas adultas de la vida y se van adaptando a esta forma de violencia que después se integra como parte de la convivencia que no se expresará como problema en la vida de pareja.

Recuadro No. 4

¿Cómo se manifiesta la violencia hacia las mujeres?

Manifestaciones de la Violencia Contra las Mujeres Según Jóvenes en Grupos Focales

- Golpes físicos
- Malos tratos dentro de la casa y en la calle
- Maltrato verbal con insultos y regaños
- Gritos
- Violaciones, abuso sexual de los padres
- Si usan falda las insultan y les faltan al respeto
- Psicológica con menosprecio, la encierran, diciéndoles que no valen nada, con gestos
- Piropos obscenos y palabras vulgares a las mujeres

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

C. *Uso de Métodos Anticonceptivos*

El uso de los métodos anticonceptivos considerados en el plano de la planificación familiar, para el espaciamiento de los embarazos o para el control de la natalidad y por lo tanto sobre población de los pueblos; también de parte del movimiento de mujeres es considerado una de las tantas formas para que las mujeres tengan el control sobre su cuerpo, sobre su salud reproductiva y sobre el número de hijos a tener. Pero en este estudio se considera un indicador para el control del cuerpo de la mujer ya sea por ella misma o por el hombre que considera su esposo o pareja, siendo también un indicador por su imposición como una forma de violencia sexual que se ha mencionado párrafos arriba por las mismas comadronas pero también por los y las jóvenes entrevistadas. (10:72. 18:115)

Cuadro No. 10
Uso de Métodos Anticonceptivos Según Comadronas

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Inyección de 3 meses	38	90%
Pastillas	18	43%
T de Cobre	8	19%
Condomes	2	5%
Natural	1	2%
Entrevistas Realizadas	42	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Con los datos que se presentan en el **Cuadro No. 10**, se trató de explorar lo que hacen las parejas en general en la comunidad para evitar el embarazo no deseado, y aunque se intencionó obtener respuestas acordes a las prácticas propias de las comunidades

indígenas K'iche' y Mam, solamente se obtuvieron respuestas relacionadas al uso de métodos de planificación familiar promovidas y facilitadas desde la medicina occidental o convencional aun conociéndose en la zona que existen prácticas propias para evitar o espaciar los embarazos pero al respecto indicaron que fallan mucho. Esto queda como un vacío en este estudio ya que con los datos obtenidos no se pueden identificar claves culturales para evitar los embarazos no deseados.

Con relación a los métodos que más se utilizan en la comunidad para evitar los embarazos no deseados, se encontró que el 90 % de las comadronas entrevistadas dijeron que se utiliza la inyección de 3 meses, seguido por las pastillas en opinión del 43%, y el 19% opinó que se utiliza la T de cobre.

Sin embargo en opinión de las comadronas que participaron en los grupos focales, los métodos que utilizan las parejas en la comunidad para evitar el embarazo no deseado son la inyección y las pastillas. Mencionan un dato importante y de impacto social que no dijeron las comadronas en las entrevistas individuales, y es que *“en la infidelidad hacen abortar a muchas mujeres”*, esto es una práctica que individualmente se dificulta hablar por parte de las comadronas, pero en los grupos focales se mencionó mas no se profundizó en qué casos y condiciones se practican estos abortos, lo cierto es que si existe el aborto obligado a las mujeres con embarazo no deseado. **Ver Recuadro No. 5** El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala conoce la situación del aborto en Guatemala pero no le entran al análisis de sus causas que es donde el presente estudio proporciona un dato importante para plantear acciones a favor de una vida sexual y reproductiva más saludable. **(19:129 y 130)**

Recuadro No. 5

Uso de Métodos Anticonceptivos Según Comadronas en Grupos Focales

- La inyección
- La pastilla
- En la infidelidad hacen abortar a muchas mujeres

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Indagando esta situación con los servicios públicos de salud se encontró que en lo concreto están con la preocupación de alcanzar las metas nacionales de entrega de métodos de planificación familiar, y de esta cuenta en los distritos de salud que participaron en el presente estudio se encontró según los datos del **Cuadro No. 11** que los médicos y las médicas opinan con relación a los métodos de planificación familiar en la población indígena que *“cada vez son más demandados, usados y aceptados aunque con dificultad por falta de educación e insumos”*, esta es la opinión del 67% de las médicas y los médicos entrevistados.

Es conocido que cuando la demanda de métodos de planificación familiar incrementa en la realidad de carencias de los servicios públicos de salud no se es capaz de cumplir con la demanda, y esto es lo que expresan en los distritos de salud que faltan insumos luego de que la demanda, uso y aceptación de los métodos incrementa en la población indígena.

Otras opiniones sobre los métodos de planificación familiar en la población indígena por parte de las médicas y los médicos entrevistados por más frecuentes, por un lado el 33% indicó que “las mujeres los utilizan sin libertad y sin conocimiento de los maridos”, y por otro lado el 22% opinó que “los hombres siguen ejerciendo un machismo insano en ellas, lo que nos ha dificultado en que utilicen métodos de planificación familiar” **Ver Cuadro No. 11.**

Cuadro No. 11
Uso de Métodos Anticonceptivos Según Médicos y Médicas

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Cada vez son más demandados, usados y aceptados aunque con dificultad por falta de educación e insumos	6	67%
Las mujeres los utilizan sin libertad y sin conocimiento de los maridos	3	33%
Los hombres siguen ejerciendo un machismo insano en ellas, lo que nos ha dificultado el que utilicen métodos de Planificación Familiar.	2	22%
No trabajamos población indígena	1	11%
No tenemos promotoras e incluso enfermeras bilingües y eso es un problema para que entiendan los beneficios y maleficios de los métodos	1	11%
Programa de Planificación Familiar es el más importante y medular para la salud materna e infantil y de la población en general para lograr la realización total requerida por el país	1	11%
Al aplicar correctamente los métodos e informar de cada uno de ellos se lograría el verdadero desarrollo de toda la población, así como el desarrollo de infraestructura y beneficio total integral,	1	11%
Son muy necesarios	1	11%
Son aceptados pero en un grupo grande	1	11%
La educación que se imparte sobre el tema ha venido a ayudar mucho a que tanto hombres como mujeres cambien su manera de pensar y se abran ante los beneficios de la planificación familiar.	1	11%
Falta mucha educación para su uso correcto	1	11%
Entrevistas Realizadas	9	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Interesante el hecho de que en los servicios públicos de salud se identifique que los hombres ejercen su poder sobre el cuerpo de la mujer y deciden lo que ellas hacen o no hacen respecto al uso de los métodos de planificación familiar, pero también se encuentra el reto para los servicios públicos de salud de realizar acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva con los hombres de las comunidades indígenas.

En algunos programas socios de ASECSA dada su dependencia de la iglesia católica, se cuestiona fuertemente el uso de métodos artificiales de planificación familiar y más aún si se plantea como métodos anticonceptivos, esta postura favorece la negativa por parte de los hombres en el uso de tales métodos que promueven los servicios públicos de salud, pero esta situación no fue indagada en el presente estudio puesto que no se profundizó en las razones del no uso de métodos artificiales de planificación familiar o demanda insatisfecha de los mismos.

D. Prevención de la Violencia Contra Las Mujeres

En el **Cuadro No. 12** se observa que las comadronas entrevistadas acompañan y aconsejan a las mujeres para el ejercicio de sus derechos en el 83% de las entrevistadas, como ellas mismas indican, *“para que conozcan sus derechos, para que no se dejen y para que denuncien”*; tienen claridad de las instituciones involucradas legalmente en el manejo de la violencia hacia las mujeres: Juzgados, Policía y Procuraduría de Derechos Humanos.

Pero el acompañamiento en palabras de las comadronas entrevistadas también significa darle a la mujer la posibilidad de desahogarse. Prácticamente es lo que en la gran mayoría de los casos pueden realizar las comadronas por sus limitantes personales y la realidad en las comunidades, tal como se verá más adelante en este mismo estudio.

En segundo lugar, la comadrona hace un manejo de la violencia hacia las mujeres con la pareja, orientándolas y aconsejándolas, esto en el 24% de las entrevistadas, *“para solucionar el problema, para que busquen a Dios, regañando a los dos”* es lo que indican. Se observa en el planteamiento de las comadronas que es importante indagar y solucionar las causas de la violencia hacia las mujeres y luego tener un fundamento espiritual tan importante en la población indígena de Guatemala en donde la espiritualidad está arraigada y se hace sincretismo con la presencia de otras religiones principalmente la católica y la evangélica. Este aspecto de la espiritualidad indígena maya es importante para fortalecer una relación equitativa entre las parejas pero como se indicó en el capítulo de la metodología del presente estudio, no fue posible entrevistar a guías espirituales para profundizar en este aspecto, pero en ASECSA se sabe y se promueve la práctica de la espiritualidad maya para lograr el equilibrio en las relaciones de pareja, de la familia y de la comunidad.

Cuadro No. 12
Acciones Para Prevenir la Violencia Contra las Mujeres Según Comadronas

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Acompañar y aconsejar a las mujeres para el ejercicio de sus derechos	35	83%
Orienta y aconseja a la pareja	10	24%
Regaña a los hombres	6	14%
Aconsejar a los hombres esposos y papás que maltratan	4	10%
Ayuda con pláticas	1	2%
Refiere a centro de salud	1	2%
Entrevistas Realizadas	42	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

En el ámbito comunitario en donde se da la gobernanza local de la violencia hacia las mujeres, se encontró que la comunidad en estos casos no se involucra, pues deja la problemática en el ámbito privado familiar aunque públicamente se sepa por ser la comunidad un espacio pequeño y público donde uno de los mecanismos de control social se da a través de las conversaciones informales entre sus habitantes. **(20:263 y 264)**

En los grupos focales tal como se observa en el **Recuadro No. 6**, de nuevo las grandes acciones indicadas párrafos arriba están dirigidas hacia las mujeres a quienes de parte de las comadronas se las aconseja y enseña a ejercer sus derechos para no ser violentadas, y de sufrir violencia se las aconseja a buscar ayuda con instituciones que las puedan ayudar o a cómo denunciar ante las autoridades. Y en sus opiniones indican que las denuncias las hacen ante el alcalde o ante la policía, lugares a donde también las comadronas acompañan a las mujeres violentadas.

Pero esto de las denuncias dicho en los grupos focales de comadronas pueda que quede en el plano del “debe ser o hacerse”, pues como se observa en el **Cuadro No. 12** es una opinión que no aparece, pero que puede entenderse como un potencial que las comadronas puedan promover en sus respectivas comunidades pero las dificultades a las que se enfrentarían siguen latentes tal como se describirá en adelante, en todo caso es un aspecto a profundizar en futuras investigaciones sobre el tema en las comunidades indígenas.

Recuadro No. 6

Acciones Para Prevenir la Violencia Contra las Mujeres Según Comadronas en Grupos Focales

- Aconseja a las mujeres sobre sus derechos, que no se dejen y sobre cómo denunciar con las autoridades
- Denunciar con el alcalde
- Acompañarlas a denunciar con la policía
- Enseñar a las mujeres a luchar por sus derechos, que no se les puede golpear y a buscar instituciones que las puedan ayudar
- A los hombres se les llama la atención o regaña

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Lo que si aparecen en ambas modalidades de entrevistas realizadas con las comadronas que participaron en el presente estudio es que le llaman la atención o regañan a los hombres violentos, pero con esto no han llegado a permear la conducta de cambio en los hombres violentos según sus propias palabras durante el presente estudio.

En relación a las formas para evitar la violencia hacia las mujeres, la adolescencia entrevistada menciona 3 líneas de acción bien identificadas. **Ver Recuadro No. 7**

Una de las acciones es fortalecer los factores protectores como lo son la familia, organizaciones con presencia en la comunidad y buscar ayuda con otras personas, y esto de los factores protectores se menciona como estrategia y parte de las normas de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.

Otra de las formas para evitar violencia hacia las mujeres es que ellas mismas conozcan y defiendan sus derechos y hablando sobre el problema, lo que en muchas organizaciones de mujeres hablan de romper el silencio para romper con el ciclo de la violencia hacia las mujeres.

Recuadro No. 7

Acciones Para Prevenir la Violencia Contra las Mujeres Según Jóvenes en Grupos Focales

- Buscar a la familia
- Buscar organizaciones que dan apoyo
- Denunciar a los abusadores y violentos
- Contar y compartir el problema
- Tomando en cuenta los principios y valores de cada ser humano, saber que uno mismo vale mucho
- Estudiar y trabajar por la defensa de sus derechos
- Dejar y abandonar al violento
- Platicando
- Conciencia
- Buscar ayuda hablando con otras personas

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Una tercera forma sin que sea jerárquico es abandonar al hombre violento a la vez que denunciándolo, aunque no especifican ante que entidades se debe denunciar pero sí se rescata acá el sentido de abandonar la situación de violencia en que se vive.

Es interesante encontrar que la adolescencia sabe que las mujeres tienen derechos y que el ciclo de violencia se puede romper mediante compartir el problema, denunciarla legalmente y/o abandonar a la persona violenta.

E. Acciones Comunitarias para la Atención de la Violencia Contra las Mujeres

Del **Cuadro No. 13** llama la atención que del gran bloque de respuestas, 69% de las comadronas entrevistadas indican que las personas de la comunidad NO se involucran en los casos de violencia contra las mujeres, aduciendo ellas mismas que no se enteran del problema, que no se hace nada si la mujer no quiere o que categóricamente indican que *“es problema familiar”*, afianzando de esta manera la idea de que la familia es un ámbito privado y cerrado en donde lo público no tiene intervención o se sujeta a las consecuencias de irrumpir lo privado como en otro lado del presente estudio se menciona que lo que se obtiene es la agresión del hombre violento a otros hombres que intervienen. Esta situación también aparece en las respuestas obtenidas con comadronas que participaron en los grupos focales, indicando en referencia a la comunidad que *“no se sabe ni se quieren meter en problemas familiares”*. **Ver Recuadro No. 8**

El valor familiar como núcleo social comunitario está muy arraigado en las comunidades, pareciera ser la condición más importante de reproducción comunitaria y de la sociedad en su conjunto, lo cual también conlleva la reproducción de la violencia de padres a hijos como se observa en el **Cuadro No. 8** en donde aparece que el 5% de las comadronas entrevistadas indican esta situación como causa de la violencia hacia las mujeres.

Cuadro No. 13
Acciones Comunitarias para la Atención de la
Violencia Contra las Mujeres Según Comadronas

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
No se meten en los problemas de las parejas	13	31%
No se hace nada	12	29%
Denuncian ante la policía nacional civil cuando la agresión física hacia la mujer es grande y seria	10	24%
Denuncian ante juez o Ministerio Público	7	17%
Los COCODES y Alcaldes Comunitarios intervienen	7	17%
Nadie se entera	2	5%
No se hace nada si la mujer no cuenta o no quiere que se sepa	2	5%
Desprecian y discriminan al hombre malo	2	5%
Criticar a mujeres y hombres que tienen problemas	1	2%
Aconsejar a la mujer para denunciar	1	2%
Van con Derechos Humanos	1	2%
Ayudan a la pareja	1	2%
Ayudan a la mujer para que no se deje	1	2%
Entrevistas Realizadas	42	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

El hecho de que la comunidad denuncie los casos de violencia hacia las mujeres ante las instituciones legales llámese Policía Nacional Civil, Juzgado o Ministerio Público se da en opinión del 41% de comadronas entrevistadas, sin embargo, la condición para denunciar ante la Policía Nacional Civil, según ellas mismas, es que la agresión física comprometa la vida de la mujer o afecte la vida pública de la comunidad, *“que la mujer esté bien golpeada, cuando es serio, es grande o cuando es mucho”* y según se observa en el **Recuadro No. 8**, para las comadronas que participaron en los grupos focales, esta búsqueda de intervención se da *“... cuando hay daño físico extremo, el problema es grave, hay muchos golpes o mucho relajo”*. De esta cuenta la denuncia y por lo tanto la intervención pública en los casos de la violencia en contra de las mujeres prácticamente no se da o es bien limitada tal como en adelante en este mismo estudio iremos encontrando, y esto es coherente con los números de denuncia que conoce el ministerio público tanto en el nivel nacional como en los departamentos sujetos del presente estudio en donde de los números de casos presentados solamente un porcentaje mínimo se resuelve por la vía legal. **(17:12,14 y 15, 26 y 27)**

Recuadro No. 8

Acciones Comunitarias para la Atención de la Violencia Contra las Mujeres Según Comadronas en Grupos Focales

- La comunidad es indiferente
- Llaman a la policía y auxilian a la mujer cuando hay daño físico extremo, el problema es grave, hay muchos golpes o mucho relajó
- Si la comunidad se mete, los hombres violentos insultan y golpean a los vecinos
- Cuidan a la mujer y a los hijos para que no sufran
- Acuden al COCODE
- No se sabe, ni se quieren meter en problemas familiares

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

La intervención de los COCODE y de los alcaldes comunitarios que según el marco legal del país, son las autoridades legalmente reconocidas para el ámbito comunitario, (21:32-34) se menciona en opinión del 17% de las comadronas entrevistadas, la cual está condicionada porque *“la situación se sepa, que sea serio o que afecte el ámbito público a través del relajó”*

Recuadro No. 9

Acciones Comunitarias para la Atención de la Violencia Contra las Mujeres Según Jóvenes en Grupos Focales

- Denuncian
- Prevenir a los jóvenes que no maltraten a las mujeres
- Las personas no se meten
- Hablar con los padres para que orienten a sus hijos a que aprendan poco a poco a no maltratar y respetar.
- Algunos ayudan con consejos
- Nos unimos para ver a la persona que hace una violencia contra las mujeres
- Linchamientos
- No buscan ayuda
- Solo Critican

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Del **Recuadro No. 9** se encuentra una serie de acciones que según la adolescencia entrevistada se realizan por la comunidad en los casos de violencia hacia las mujeres, es interesante observar opiniones que parecieran “el debe hacerse” cuando plantean acciones como *“prevenir a los jóvenes que no maltraten a las mujeres”*, *“hablar con los padres para que orienten a sus hijos a que aprendan poco a poco a no maltratar y respetar”*, *“nos unimos para ver a la persona que hace una violencia contra las mujeres”*; son las 3 acciones que ayudarían en gran manera para reducir la violencia contra las mujeres en las comunidades indígenas.

También persisten acciones como el no meterse en situaciones de violencia contra las mujeres, que las mismas no buscan ayuda o que solamente se critica a las personas violentadas sin que se haga algo al respecto. Acciones que llaman la atención son que denuncian el caso pero sin especificar hacia quien o hacia donde, y de los linchamientos mencionados no se indican en qué casos son aplicados como resultado de la violencia contra la mujer en el ámbito familiar. La procuraduría de derechos humanos de Guatemala en su informe primer semestre 2012 sistematiza los casos de linchamientos en Guatemala pero no menciona en qué casos son aplicados. (22:26-33)

F. Dificultades para Atender la Violencia Contra las Mujeres

La solución de la violencia contra la mujeres según se observa en el presente estudio es en el ámbito individual y en el ámbito familiar, llevarlo al plano público comunitario sigue siendo difícil, tal como se observa en el **Cuadro No. 14**, en donde se indica en opinión del 50% de las comadronas entrevistadas, las mujeres no hablan del problema y el 14 % de comadronas opinó que las mujeres tienen miedo a denunciar.

La dificultad en primera línea para erradicar la violencia hacia las mujeres indígenas K'iche' y Mam, está en la decisión y empoderamiento de la mujer para hablar y denunciar la situación de violencia que sufre y vive. Esta opinión también aparece tal como se puede apreciar en el **Recuadro No. 10**, con los grupos focales de comadronas quienes opinan que “*el problema está oculto porque las mujeres no denuncian*” y “*las mujeres que sufren violencia se quedan calladas*”.

Cuadro No. 14
Dificultades para Atender la Violencia Contra las Mujeres Según Comadronas

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Las mujeres no hablan del problema	21	50%
No se quieren meter en problemas de familia	6	14%
Las mujeres tienen miedo a denunciar	6	14%
No se sabe qué hacer	5	12%
Los hombres no cambian	4	10%
Falta unión en la comunidad	2	5%
Las familias no hablan del problema	2	5%
Las familias no quieren denunciar	2	5%
Se deben dar pláticas a todos los hombres	2	5%
No atienden el problema	1	2%
No quieren recibir pláticas	1	2%
No se interesan en el tema	1	2%
Las instituciones no actúan rápido	1	2%
Entrevistas Realizadas	42	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

En opinión del 10% de las comadronas entrevistadas la dificultad consiste en que los hombres no cambian, siendo esto un porcentaje que no depende de las mujeres sino de ellos mismos.

Con relación a que la comunidad no interviene en el ámbito privado, el 14% de las comadronas entrevistadas opinan que la comunidad no se quiere meter en problemas de familia. Esta dificultad para solucionar la violencia hacia las mujeres se entiende como del ámbito privado en donde lo público comunitario aun no atiende, no sabe cómo hacerlo o sencillamente no les interesa la situación.

Según los datos que se observan en el **Cuadro No. 14**, se percibe que el gobierno de las comunidades indígenas K'iche' y Mam, sigue estando en manos de hombres que reproducen las causas de la violencia contra las mujeres y que por lo tanto hasta que esta situación no cambie, la solución inmediata para la violencia hacia las mujeres en estas realidades depende de las mujeres mismas al decidir romper el silencio y atreverse a denunciar legalmente la situación de violencia en que viven, esto también lo indican diversas opiniones del movimiento de mujeres dedicadas a solucionar la problemática. **(5:111-113. 23:37-40)**

La violencia contra las mujeres por parte de los hombres en las comunidades indígenas K'iche' y Mam es una realidad, de causas bien conocidas y definidas, con manifestaciones universalmente reconocidas y con poca intervención del ámbito público para erradicar este mal que debe ser atendida por la salud pública porque atenta contra el desarrollo y la salud de las mujeres. **(24:7 y 9)** Y por lo menos como se percibe en el presente estudio, el erradicarlo depende de la propia mujer en su decisión para denunciarlo y como lo proponen las comadronas en los grupos focales *“se debe capacitar más a las mujeres jóvenes”*. **Ver Recuadro No. 10**

Recuadro No. 10

Dificultades para Atender la Violencia Contra las Mujeres Según Comadronas en Grupos Focales

- El problema está oculto porque las mujeres no denuncian
- Las mujeres que sufren violencia se quedan calladas
- Como comadronas no tenemos mucho conocimiento para ayudar
- A veces la policía o el juez se deja comprar por la familia del hombre que golpea y maltrata a la mujer
- Hay que dar charlas a los hombres y mujeres sobre los derechos
- La pobreza de la mujer hace que no pueda ir al juzgado para demandar
- Se debe capacitar más a las mujeres jóvenes

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Se debe fortalecer, motivar y acompañar por parte de entidades públicas y privadas, a las comadronas, que como factor protector y de acompañamiento a las mujeres para que sigan su intervención con las mujeres para ejercer sus derechos, romper el silencio y atreverse a denunciar la situación en que viven. Como se observa en el **Recuadro No. 10**, las

comadronas reconocen que “... *no tenemos mucho conocimiento para ayudar*”, y por lo mismo es necesario proporcionarles herramientas y rutas para la atención integral de la violencia contra las mujeres.

Es necesario fortalecer las capacidades de intervención de los COCODE y alcaldes comunitarios ante la situación de violencia contra las mujeres, considerando la misma como un problema de orden público que afecta los derechos de las mujeres. A los hombres en general de las comunidades se les debe educar de manera creativa y alternativa en mejores formas de conducta personal y para con su pareja e hijos construyendo una masculinidad acorde a una mejor forma de vida individual, familiar y comunitaria.

Para la adolescencia consultada, mencionan que la dificultad más inmediata para atender la violencia contra las mujeres, es que las mujeres se callan porque tienen miedo de hablar pero al mismo tiempo mencionan que también las mujeres deben denunciar la violencia, además mencionan como dificultad el hecho de que “*es difícil ayudar si no se conoce el problema*”. **Ver Recuadro No. 11**

Recuadro No. 11

Dificultades para Atender la Violencia Contra las Mujeres Según Jóvenes en Grupos Focales

- Es difícil ayudar si no se conoce el problema
- Las mujeres deben denunciar la violencia
- Las mujeres se callan porque tienen miedo de hablar
- El COCODE no ayuda
- La policía no cumple con su función
- Unirse para denunciar
- Tener más unión
- Falta educación y valores de los padres

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Esto es la salida y propuesta que también se plantean desde otras organizaciones, que depende de las propias mujeres la solución, que deben romper el silencio ante estas dificultades por su propia cuenta, puesto que las autoridades legales en el ámbito comunitario no ayudan y como indican tampoco la policía cumple con su función. Claro que también se plantea y se lucha por el cumplimiento del marco legal a favor de las mujeres y conformando las alianzas adecuadas para lograrlo.

VII. SEXUALIDAD Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES INDÍGENAS

En el presente capítulo se describe los hallazgos en relación al embarazo en adolescentes indígenas K'iche' y Mam, su realidad planteada desde las comadronas, jóvenes, médicos y médicas de los distritos de salud quienes posiblemente hablen desde su propia realidad como hijas, como madres, como abuelas, como hijos, como padres. La proyección de sus propias vivencias es una condición psicológica que aflora según se fue desarrollando las entrevistas, no hubo ningún tema tabú como convencionalmente se considera para las poblaciones indígenas, desde hablar sobre el sexo hasta los métodos de prevención del embarazo no deseado, para todos los temas indagados hubieron respuestas de una amplia variedad.

A. *El Sexo Frente al Ser Papá y Mamá*

En relación con tener sexo entendido y planteado como las relaciones sexo genitales en las comunidades indígenas K'iche' y Mam, las comadronas entrevistadas opinan de diversa manera tal como se observa en el **Cuadro No. 15**

No hay contundencia que oriente a una respuesta fuerza, pues los mayores porcentajes en el significado de las relaciones sexo genitales, se encuentra que hacen relación a estar bien por un momento y que el sexo es placer del hombre, en el 33% y 24% respectivamente, mientras tanto el 12% opina que el sexo es sin responsabilidad ni compromiso.

No se profundizó en estos significados del sexo desde la percepción del ser mujer puesto que la intención del estudio fue indagar si hay claridad en que las relaciones sexo genitales y el hecho de ser madre-padre son asuntos diferentes, y efectivamente los datos encontrados indican que son concepciones diferentes y solamente en el 5% de comadronas entrevistadas se encuentra que *“para ser papás hay que tener sexo y que el sexo lleva la responsabilidad de ser padres”*, lo cual según la Organización Panamericana de la Salud plantea que el ser padres desde un embarazo deseado es una opción y no un accidente en las relaciones sexo genitales, **(25:Módulo 3: 7)** en tanto que según los datos del presente estudio no alcanza a plantear lo contrario para la población indígena.

Cuadro No. 15
El Sexo Frente al Ser Papá y Mamá Según Comadronas

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Padres es responsabilidad y compromiso	26	62%
Sexo es estar bien por un momento	14	33%
Sexo es placer del hombre	10	24%
Padres es para toda la vida	7	17%
Sexo es sin responsabilidad ni compromiso	5	12%
Sexo es para tener hijos	4	10%
Sexo es satisfacción y diversión	3	7%
Sexo es por curiosidad	2	5%
Padres es tener amor y es una bendición	2	5%
Padres es tener conciencia de pareja y de los hijos	2	5%
Para ser papás hay que tener sexo y el sexo lleva la responsabilidad de ser padres	2	5%
Sexo es entre las parejas	1	2%
Sexo es tener compromiso	1	2%
Sexo se debe planificar	1	2%
Sexo trae abortos	1	2%
Sexo es solo para portarse mal	1	2%
Entrevistas Realizadas	42	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

En relación al ser mamá-papá, el 62% de las comadronas entrevistadas considera que *“es responsabilidad y compromiso”* descrito también como la necesidad de ser ejemplo, trabajar, que requiere sacrificio y preparación para afrontar esta realidad.

Las opiniones arriba mencionadas también se encuentran contundentes en los grupos focales de comadronas cuando indican que *“el sexo es solo un momento de placer”* y que el *“ser padres debe ser un compromiso, responsabilidad y conciencia, que requiere prepararse bien porque es para toda la vida”*. **Ver recuadro No. 12**

Recuadro No. 12

El Sexo Frente al Ser Papá y Mamá Según Comadronas en Grupos Focales

- El sexo es solo un momento de placer
- Ser padres debe ser un compromiso, responsabilidad y conciencia, que requiere prepararse bien porque es para toda la vida

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

En este punto es necesario insistir con la adolescencia, que las relaciones sexo genitales y el hecho de ser padres son situaciones diferentes y que el embarazo no debe ser un accidente en las relaciones sexo genitales sino una opción que debe ser vista como dicen las comadronas con responsabilidad y compromiso, y desde el planteamiento de la maternidad y paternidad responsable del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, es una oportunidad para trabajar la salud sexual con la población adolescente analizando sus factores de riesgo y fortaleciendo sus factores protectores. **(26:320 y 321)**

Entre la adolescencia que participó en las entrevistas focales no se encontró claridad respecto a la diferencia que existe entre las relaciones sexo genitales y lo que conlleva ser padres.

En las respuestas que se observan en el **Recuadro No. 13** se tiene la percepción de parte de la adolescencia que *“la relación entre parejas es cuando están casados o unidos entre un hombre y una mujer”*, a esto lo pueden definir como la sexualidad o que también pueda significar *“compartir todos juntos mujeres y hombres”*, y quizás se plantean las relaciones sexo genitales como la intimidad con las características secundarias de los órganos sexuales del hombre y de la mujer, así hablan de pene, vagina, pechos, vello púbico. Sin entrar en detalles mencionaron que los hombres comienzan primero en las relaciones sexo genitales y que ellos no pierden nada y en cambio las mujeres pierden mucho.

Recuadro No. 13

El Sexo Frente al Ser Papá y Mamá Según Jóvenes en Grupos Focales

- La relación entre parejas o sea cuando están casados o unidos entre una mujer y un hombre
- Compartir todos juntos mujeres y hombres
- Tener respeto
- Intimidad (pene-vagina), la voz, los pechos, el pelo, la forma de vestir, el vello púbico
- Los hombres lo viven primero
- Los hombres no pierden nada
- Las mujeres pierden mucho
- Si se enferman los niños la mamá lo resuelve
- El papá solo debe dar el gasto
- El embarazo lo sufre la mamá
- La mamá se sacrifica más con dar de mamar, cambiar y cuidar a los hijos
- Que cuando uno está soltera no es igual cuando ya estamos casados porque ya no tenemos las cosas iguales
- Cuando las mujeres que tienen 13 o 14 años no son responsables para ser padres o madres

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

En relación a ser padres se van con lo observado en los espacios familiar, comunitario y social, lo cual proyectan al reproducirlo casi que igual a sus mayores sobre todo en el hecho de ser mamá, puesto que el ser papá solamente lo dejan como “*el papá solo debe dar el gasto*”, en cambio ser mamá indican “*si se enferman los niños la mamá lo resuelve*”, “*el embarazo lo sufre la mamá*”, “*la mamá se sacrifica más con dar de mamar, cambiar y cuidar a los hijos*”. El sentimiento y valoración que despiertan estas aseveraciones en la juventud no se profundizó en el presente estudio pero valdría la pena realizarlo en futuros estudios, pues estos nudos podrían ayudar a retrasar la primera relación sexual y a tomar conciencia sobre la opción de embarazarse por decisión propia y ejerciendo sus derechos, aspectos en los que es una realidad que hay que trabajar con los y las jóvenes de las comunidades indígenas.

B. Los Embarazos a Temprana Edad

Al no tener claridad por parte de la adolescencia sobre la diferencia entre las relaciones sexo genitales y el hecho de ser padres y madres, resultan en embarazos que en la mayoría de los casos son no deseados (asunto no indagado en el presente estudio). En el **Cuadro No. 16.a** se describen las respuestas obtenidas en cuanto a la edad en que comienzan los embarazos en las adolescentes.

Cuadro No. 16.a
Edad a la que Comienzan los Embarazos en la
Comunidad Según Comadronas

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
13 a 14 años	19	45%
15 años	10	24%
12 años	7	17%
10 a 11 años	3	7%
16 a 18 años	2	5%
20 años	1	2%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Según el 45% de las comadronas que participaron en el presente estudio, las niñas se embarazan entre los 13 y los 14 años de edad, un 24% de comadronas opinaron que los embarazos se dan a la edad de 15 años, en tanto que el 17 % indicó que los embarazos comienzan cuando las niñas tiene tan solo 12 años de edad.

Estos datos son alarmantes sobre todo en las comunidades indígenas donde los indicadores de desarrollo humano son las más bajas del país, (27:141) y los datos se completan con la opinión de 2 comadronas que indican que los embarazos comienzan a los 10 años y una tercera indica que los embarazos comienzan entre los 10 y 11 años de edad. Solamente el 8% indicó que los embarazos se dan entre los 16 a 20 años, siendo un solo caso para 20 años.

En el caso de las comadronas que participaron en los grupos focales indicaron que los embarazos en la comunidad comienzan entre los 13 a 15 años de edad. **Ver Recuadro No. 14**

Al indagar sobre las razones de los embarazos a temprana edad en las comunidades indígenas K'iche' y Mam, y lo que las comadronas consideran al respecto se observa en el **Cuadro No. 16.b** que 31% de las comadronas entrevistadas indicaron que el embarazo en adolescentes se da porque *“las niñas son engañadas por los hombres”*, el 24% opinó *“porque las niñas tienen curiosidad”*, en tanto que el 19% indicó que el embarazo a temprana edad en las adolescentes se da porque *“hace falta educación y orientación sobre sexualidad y métodos de prevención del embarazo”*. Y un dato por demás preocupante es que el 10% indicó que el embarazo en adolescentes se da *“por violación por hombres mayores en la calle o por algún familiar”*.

Cuadro No. 16.b
Razones del Embarazo a temprana edad Según Comadronas

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Las niñas son engañadas por los hombres	13	31%
Los padres no cuidan ni orientan a sus hijas	11	26%
Porque las niñas tienen curiosidad	10	24%
Hace falta educación y orientación sobre sexualidad y métodos de prevención del embarazo	8	19%
Por tener muchos problemas en su casa, se quieren ir de ella	5	12%
Por violación por hombres mayores en la calle o por algún familiar	4	10%
Porque las niñas no saben el compromiso	3	7%
Porque las niñas no saben las consecuencias	2	5%
Las niñas no respetan a los padres	2	5%
Las mujeres no se cuidan	2	5%
No saben lo que hacen	1	2%
Mujeres se dejan llevar por los hombres	1	2%
Por mañosas	1	2%
Se van con el hombre para que las cuide	1	2%
Papás las consienten a veces	1	2%
A los 20 años ya se cuidan y son maduras	1	2%
Abandono del hogar de los padres	1	2%
Entrevistas Realizadas	42	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Según las normas de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, la adolescencia es la etapa de la vida comprendida entre las edades de 10 a 19 años. **(26:294)**

La curiosidad de las adolescentes junto a su falta de información sobre sexualidad y métodos de prevención del embarazo, estaría directamente relacionada al hecho de ser engañadas por los hombres de mayor edad en la calle. Esta expresión de “en la calle” fue expresada como lugares aislados, oscuros, silenciosos y sin protección como veredas, ríos y caminos donde se ven expuestas al engaño, a la amenaza y violación, es el espacio fuera del hogar puesto que en las aldeas de Guatemala el ordenamiento territorial no se da por calles y avenidas y no existen distancias uniformes ni homogéneas entre las casas sino según las propiedades de sus habitantes.

La violación es un tema que no se le presta la suficiente atención y menos cuando es dado dentro del propio hogar y en la calle por hombres mayores, esto puede unirse con lo mencionado en el capítulo sobre la violencia contra las mujeres, en donde la comunidad entendida como los hombres, no se mete en la atención de la violencia que se ejerce contra las mujeres. Para las comadronas entrevistadas en los grupos focales, el embarazo en las adolescentes está más claro que se debe a violaciones por los propios padres o por los tíos y aunado a esto indican que las niñas son abusadas con engaños por parte de los hombres, entendido esto como a los hombres dentro del círculo familiar. **Ver Recuadro No. 14**

Recuadro No. 14

Los Embarazos a Temprana Edad Según Comadronas en Grupos Focales

Edad a la que Comienzan:

- 13 años
- 14 a 15 años

Razones:

- A veces las niñas se embarazan por violación de los papás o los tíos
- Los hombres abusan de las niñas con engaños
- Por la ignorancia
- Se van a la calle a estudiar y allí se embarazan
- Falta educación completa a los jóvenes sobre sexualidad

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Llama la atención que en estos datos al preguntar la opinión de las comadronas respecto a los embarazos en adolescentes, no se considera un problema público y quizás ni privado, más bien consideran que es responsabilidad de los padres “*por no cuidar ni orientar a sus hijas*”, indica el 26% de las opiniones, y el 12% de comadronas entrevistadas indicó que el embarazo en adolescentes se da a consecuencia de “*tener muchos problemas en su casa por lo que se quieren ir de ella*”; como se observa no hay opinión de preocupación ni que sea problema en la comunidad. ¿Es posible considerar como normal o una realidad el hecho de existir embarazos en menores de 15 años en las comunidades indígenas de Guatemala?

En los grupos focales de comadronas se indica que los embarazos a temprana edad se dan “*por la ignorancia*” y por lo tanto hace “*falta educación completa a los jóvenes sobre sexualidad*”, pero al mismo tiempo plantean un asunto controversial que frecuentemente se escucha en las comunidades, “*se van a la calle a estudiar y allí se embarazan*”. La prevención del embarazo en las adolescentes debe atenderse de manera integral y los resultados del presente estudio presentan los nudos a los que hay que darles solución.

Pero por si misma el no cuidar a las hijas puede estar relacionada al hecho de tener problemas en la casa y entonces se plantean las adolescentes buscar sustitutos en los espacios fuera del hogar, por lo que es necesario plantearse el apoyo psicológico para el desarrollo emocional de la adolescente y fortalecer su capacidad de toma de decisiones sobre su cuerpo.

En el **Recuadro No. 15** se observa que la adolescencia que participó en el presente estudio indica que los embarazos comienzan entre los 11 y 14 años de edad, esto es menor de 15 años considerado legalmente como producto de violaciones a las adolescentes y que por lo tanto se convierten en casos médico legales, **(17:16 y 17. 24: 16)** es realidad en las comunidades y que obviamente a decir de la adolescencia las relaciones sexo genitales comienzan a más temprana edad, “*tiene relaciones a temprana edad y en medio de eso resulta embarazada*”, y la razón propia que motiva a las adolescentes es según ella misma “*por experimentar qué se siente*”.

Recuadro No. 15

Los Embarazos a Temprana Edad Según Jóvenes en Grupos Focales

Edad a la que Comienzan:

- 11 años
- 13 a 14 años

Razones:

- Tiene relaciones a temprana edad y en medio de eso resulta embarazada
- Por experimentar qué se siente
- Producto de violación
- Las mujeres son engañadas por los hombres
- Se desespera y no sabe qué hacer
- Porque se quieren ir de la casa por maltrato de los padres

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Otro bloque de razones de las relaciones sexo genitales a temprana edad lo constituye opiniones como “*producto de violación*”, “*las mujeres son engañadas por los hombres*”, en estas razones de nuevo se evidencia la fuerza que como machista ejerce el hombre hacia las adolescentes para conseguir su satisfacción sexual. Otras opiniones giran en torno al maltrato que reciben las adolescentes de parte de sus propios padres y a decir de ellas mismas es que “*se desespera y no sabe qué hacer*”, esto en opiniones de las comadronas resulta en que las adolescentes buscan sustituto de padre en espacios fuera del hogar y se

dejan engañar por hombres más grandes que ellas quienes las arrancan relaciones sexo genitales sin prevenir el embarazo y sus consecuencias.

C. *Aprendizaje de la Sexualidad Entre los Jóvenes*

Respecto a cómo se habla la sexualidad entre los jóvenes no se obtuvieron respuestas respecto a *“la forma”* aunque la excepción se refiere el 10% de las comadronas al indicar que los jóvenes *“en la calle hablan lo malo, lo aprenden mal y en mala forma”* pero no se profundizó en qué forma se habla de la sexualidad en las comunidades indígenas. En todo caso se obtuvo una respuesta interesante en el sentido de ¿en qué lugares aprenden sobre sexualidad?, y entonces se podría inferir la forma en que se habla y aprende sobre sexualidad. De esta cuenta, el 76% de comadronas entrevistadas opinaron que la sexualidad entre los jóvenes se *“lo hablan en la calle con los amigos y con los más grandes a su modo”*.

Ver cuadro No. 17

En la actualidad la presencia de las escuelas e institutos juega un papel preponderante en la enseñanza sobre la sexualidad para la adolescencia, lo cual también conlleva una gran responsabilidad sobre la información correcta, adecuada y completa y que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala trata de implementar a través de su programa de Escuelas Saludables creado según acuerdo Gubernativo No. 551-93 de fecha 6 de octubre de 1993 y se coordina con la creación de la “Comisión Nacional de Escuelas Saludables, -CONAES-” según Acuerdo Biministerial SP-BM-24-2000. **(28:65. 29:72)** que aunque no se conocen de sus resultados tampoco ha existido evaluación al respecto de este programa así como el esfuerzo por su lado del Ministerio de Educación.

Cuadro No. 17
Aprendizaje de la Sexualidad Entre los Jóvenes Según Comadronas

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Lo hablan en la calle con los amigos y con los más grandes a su modo	32	76%
Lo hablan y aprenden en la escuela e institutos	20	48%
No saben cómo	5	12%
En la calle hablan lo malo, lo aprenden mal y en mala forma	4	10%
Entre ellos	3	7%
Aprenden en la iglesia	2	5%
No lo hablan en particular las mujeres	2	5%
Saben mucho	1	2%
Lo estudian	1	2%
Aprenden de la Televisión	1	2%
Aprenden de los adultos	1	2%
Pláticas que ella recibe las transmite	1	2%
Entrevistas Realizadas	42	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Del **Cuadro No. 17** se observa que el 48% de comadronas entrevistadas opinaron que la sexualidad entre los jóvenes *“lo hablan y aprenden en la escuela e institutos”*.

Aunque continua la preocupación real de que el tema de la sexualidad para adolescentes se sigue hablando en la calle entre amigos y con personas de mayor edad que la adolescencia y como dicen acertadamente el 10 % de las comadronas entrevistadas, *“se habla en la calle lo malo, lo aprenden mal y en mala forma”*.

No se encontraron datos respecto a que la sexualidad se hable en la familia, de los padres a los hijos o de las madres a las hijas como sucede en otros aspectos de la vida en las comunidades indígenas de Guatemala, tampoco se mencionó que se hable en los espacios propios del hogar como en el temascal, lo cual ha sido reportado por otras experiencias en el centro y occidente de Guatemala. **(10:42-49. 11:9,47, 54 y 55. 30:198-209)**

Recuadro No. 16

Aprendizaje de la Sexualidad Entre los Jóvenes Según Comadronas en Grupos Focales

- Solo un poco lo hablan en la escuela
- Un poco lo habla en la iglesia
- Todo lo aprenden en la calle con amigos y hombres más grandes y vividos
- Lo que aprenden no lo hacen bien y no hacen caso
- La mayoría no tiene educación sexual.

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Al observar el **Recuadro No. 16**, se encuentra que las opiniones de las comadronas entrevistadas en grupos focales no cambian con relación a las respuestas obtenidas de las entrevistas individuales.

Dado lo anterior se plantea la necesidad de realizar acciones tendientes a mejorar la forma de educación sexual en la calle dirigidas a la adolescencia, actividades que experiencias de ASECSA lo definen como creativas y alternativas, audiovisuales y lúdicas, en donde el involucramiento de la organización comunitaria y de instituciones presentes en la comunidad es importante. **(31:12,13 y 16)**

Y por otro lado es necesario profundizar en el cómo actualmente se realiza la educación sobre sexo y sexualidad en los propios códigos o claves culturales, en los propios espacios de las comunidades indígenas y con principios de la cosmovisión maya, este aspecto no salió en este estudio porque las personas entrevistadas sencillamente dijeron que es un tema que no se habla desde esa perspectiva y porque el interés acá fue argumentar las razones y situaciones por las que se da el embarazo en las adolescentes.

Recuadro No. 17

Aprendizaje de la Sexualidad Entre los Jóvenes Según Jóvenes en Grupos Focales

- Lo hablamos en la calle con amigos y con amigas
- Lo hablamos en el estudio
- Lo hablamos en la casa
- Leer libros y revistas
- Lo hablamos con los papás
- Lo hablamos con los tíos
- Solo tener amistad y no compartir ni tener comunicación entre hombres y mujeres
- Cuando existe noviazgo o amistad con comunicación entre todos

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Se encuentra en el presente estudio que la adolescencia habla de sexualidad en los espacios dentro del círculo familiar y fuera de ella. Se indica que lo hablan en la casa, con los papás y con los tíos, y fuera de este círculo se menciona que lo hablan en el estudio y en la calle con amigos y amigas. **Ver Recuadro No. 17**

En estas aseveraciones principalmente al indicar que se habla de sexualidad en la casa o con los papás aunque dicho más por jóvenes que viven en áreas urbanas, se puede inferir una clave cultural cuando se sabe que la educación y formación en la cultura indígena de Guatemala se da por tradición oral y de padres a hijos, y esto se reproduce en todos los campos de la vida. Y aunque no se profundiza en que forma o acciones concretas se da esto queda el reto de potenciar este hecho como un factor protector y clave para hablar de sexualidad con la adolescencia de manera adecuada y no la transmisión de aspectos machistas de padres a hijos.

Otra forma de conocer sobre sexualidad según el **Recuadro No. 17** es a través de la lectura de libros y revistas, es una forma de autoeducarse en el tema que poco se ha aprovechado para trasladar información completa y adecuada a la adolescencia en las poblaciones indígenas, ya que experiencias como las de ASECSA indican que fomentar la lectura con material escrito adecuado, es efectiva para la educación sobre sexualidad en la población adolescente aprovechando su curiosidad como ellos y ellas mismas indican tener. Es importante fomentar en las escuelas e institutos y en los servicios de salud, espacios de lecturas dirigidas o autodirigidas para la adolescencia con material culturalmente pertinente, contenido adecuado y completo sobre la sexualidad y salud sexual.

La adolescencia propone también algunas conductas sobre la sexualidad en el sentido de solo tener amistad y buena comunicación entre hombres y mujeres, y al indicar que *“no compartir ni tener comunicación entre hombres y mujeres”* podría interpretarse como la intención de tener relaciones sexo genitales en esos compartires o comunicaciones dado la conducta machista, de engaño o exigencia violenta de los hombres. Parecieran pues las opiniones indicadas, como un mecanismo de defensa que plantea la adolescencia, pero también lo plantean como algo que debe comunicarse *“cuando existe noviazgo o amistad con comunicación entre todos”*

D. *Uso de Métodos Anticonceptivos por los Jóvenes*

Considerando la información encontrada sobre el aprendizaje de la sexualidad entre los jóvenes, se pensó para el presente estudio que los medios que se utilizan en las comunidades para prevenir los embarazos se transmiten a los adolescentes de generación en generación, y por una parte esta aseveración se comprueba en los métodos que utilizan los jóvenes pero por otra parte no son métodos desde la lógica cultural de los pueblos originarios de Guatemala sino los que se promueven desde los servicios públicos de salud. **Ver Cuadro No. 18**

Cuadro No. 18
Uso de Métodos Anticonceptivos por los Jóvenes
Según Comadronas

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Condomes	39	93%
Pastillas	6	14%
No Usan Nada	2	5%
Ciclo Natural	1	2%
Entrevistas Realizadas	42	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

En el **Cuadro No. 18** se encuentra que el 93% de las comadronas entrevistadas indica que los jóvenes evitan el embarazo con el uso de condones y solamente el 14% de opinión de las comadronas se orientó a que los jóvenes utilizan pastillas para evitar los embarazos. Esto se diferencia con el **Cuadro No. 10** respecto a la población en general de la comunidad en donde en primer lugar se utilizan las inyecciones y las pastillas, en tanto que la juventud utiliza los condones.

Recuadro No. 18

Uso de Métodos Anticonceptivos por los Jóvenes Según Comadronas en Grupos Focales

- Condones
- Se les debe dar educación para que sean responsables con el sexo
- Buscan como abortar siempre en forma clandestina y se arriesgan a morir

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

En el **Recuadro No. 18** se observa que las comadronas que participaron en los grupos focales indicaron que los jóvenes solamente utilizan condones para evitar los embarazos no deseados. Mencionan además que a los jóvenes *“se les debe dar educación para que sean responsable con el sexo”* pues en seguida mencionan algo que no dijeron en las entrevistas individuales con relación a que la juventud *“buscan como abortar siempre en forma clandestina y se arriesgan a morir”*.

El aborto es una opción que las comadronas entrevistadas mencionan tanto para los embarazos producto de la infidelidad de los hombres como para los embarazos en los jóvenes a temprana edad, y como ya se indicó párrafos arriba, no se profundizó en la práctica del aborto en el presente estudio pero lo interesante es que existe y se le debe prestar la atención necesaria en los servicios de salud presentes en la comunidad.

Según estos datos y los esfuerzos de distintas organizaciones privadas no lucrativas y del propio Ministerio de Salud, la promoción del uso correcto del condón, sus beneficios y su distribución es un programa que debe fortalecerse dado la aceptación en las comunidades y en la propia población adolescente. Pero también es necesario realizar acciones para la atención integral del aborto que aunque en el país no es legal, en los servicios de salud se debe dar tratamiento inmediato a las consecuencias que deja la práctica del aborto. (12: 92. 32:6, 8, 18-22)

Recuadro No. 19

Uso de Métodos Anticonceptivos por los Jóvenes Según Jóvenes en Grupos Focales

- Evitar que se duerman juntos
- Condones
- Inyecciones
- Tener una posición digna para salir en adelante
- Pastillas
- No conocen los métodos y no los han visto
- Aborto

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Según se observa del **Recuadro No. 19**, la adolescencia de las comunidades indígenas entrevistadas conoce y utilizan condones, inyecciones y pastillas para evitar el embarazo no deseado. Pero también proponen acciones como el “*evitar que duerman juntos*” e indican que “*no conocen los métodos y no los han visto*”.

Llama la atención que la adolescencia plantea que el aborto es una opción para las adolescentes que quieren evitar el embarazo no deseado, no se entra en detalles en el presente estudio pero el solo hecho de plantearlo en estas opiniones deja la necesidad de profundizar en el tema por las condiciones en que lo realizan y las consecuencias que quedan en ellas.

Recuadro No. 20

Consejería Recibida Sobre Uso de Métodos Anticonceptivos Según Jóvenes en Grupos Focales

- Hace 5 meses
- Nunca han recibido
- En la escuela
- Lo primero estar preparado para tener una relación sexual
- Métodos para evitar un embarazo: condón, pastillas, operación

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Una de las necesidades para la adolescencia es proporcionarles información acerca de las formas o métodos para evitar los embarazos, así menciona las normas de atención del ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala que no se puede hablarles de métodos de planificación familiar ni de espaciamiento de embarazos sino de métodos anticonceptivos y porque los mismos deben ser una opción y no un accidente en las relaciones sexo genitales. **(26:320 y 321. 25: Módulo 3: 7)**

En el presente estudio se menciona de parte de la adolescencia entrevistada, una demanda insatisfecha en consejería sobre cómo evitar los embarazos, algunos mencionan que han recibido información hace 5 meses y otros mencionan que nunca lo han recibido y el único lugar que mencionan es en la escuela. Sobre temas de consejería mencionaron que se les menciona que *“lo primero estar preparado para tener una relación sexual”* y *“métodos para evitar el embarazo: condón, pastillas, operación”*. **Ver Recuadro No. 20**

Es necesario insistir con la adolescencia en la necesidad de retrasar su primera relación sexual en el sentido del “estar preparado”, lo cual debe entenderse desde su desarrollo físico, emocional y sexual, a lo que debe agregarse su preparación profesional y económica. **(12: 70, 92 y 93. 19: 111 y 112. 25: Módulo 1:1-12)** Algunos jóvenes han escuchado sobre algunos métodos como el condón, las pastillas y la operación pero hace falta profundizar en la información completa y adecuada para que tomen la decisión informada sobre los mismos.

E. Atención a la Adolescente Embarazada

El hecho de la existencia de embarazos en adolescentes menores de 15 años conllevó a indagar sobre lo que la comunidad como factor protector o como factor de riesgo realiza para apoyar a estas niñas embarazadas y luego madres, puesto que ya otros estudios indicaban que el embarazo en adolescentes no les causa problemas en tanto se hace en el marco del matrimonio o como producto del embarazo la pareja de adolescentes se casan, lo contrario sí les causa problemas tanto para la familia como para la comunidad. **(33:32)**

En el presente estudio según se observa en el **Cuadro No. 19**, el 45 % de las comadronas entrevistadas opinaron que las personas de la comunidad critican mucho a las adolescentes embarazadas, y el 38% indicó que se las discriminan. *“Las tratan mal y con desprecio”* fue la opinión del 19% de las comadronas entrevistadas, en tanto que el 17% opinó que a las

adolescentes embarazadas “*las desvaloran, avergüenzan, burlan, humilla e investigan*”; y el 21% de comadronas participantes en el presente estudio indicó que en la comunidad “*no las apoyan*” a las menores de 15 años cuando están embarazadas.

Si se esperaba encontrar a la comunidad como un factor protector o las instituciones públicas y privadas cuiden de las adolescentes embarazadas, no es el caso por lo menos en el presente estudio, no se indicó ningún solo apoyo de parte de la comunidad sino más bien se llega a extremos controversiales en que se aconseja el aborto (2%) o que los papás las echen de casa (5%).

Cuadro No. 19
Atención a la Adolescente Embarazada Según Comadronas

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Las critican mucho	19	45%
Las discriminan	16	38%
No las apoyan	9	21%
Las tratan mal y con desprecio	8	19%
Las desvaloran, avergüenzan, burlan, humilla e investigan	7	17%
Se las ve mal	3	7%
Papás las regañan	3	7%
La comadrona apoya con consejos	2	5%
Las apoyan con consejos	2	5%
La regañan	2	5%
Pocos papás las apoyan, las echan de la casa	2	5%
Si piden ayuda se les apoya	1	2%
Si lo esconde la critican o discriminan	1	2%
Las margina	1	2%
Las aconsejan para abortar	1	2%
Entrevistas Realizadas	42	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Las opiniones de las comadronas entrevistadas en los grupos focales afirman lo que individualmente dijeron con relación a que las personas de las comunidades critican, se burlan, regañan, discriminan, marginan y no apoyan a las adolescentes menores de 15 años cuando se encuentran embarazadas. Y dando su opinión respecto al futuro de las adolescentes embarazadas indican que “*su futuro es más complicado si no tienen marido, si no tienen trabajo y es pobre*”. **Ver Recuadro No. 21**

Con respecto a la recomendación del aborto en adolescentes, es necesario indicar que el desarrollo psicológico recién comienza en la adolescencia cuando ya resulta embarazada, pero este desarrollo continúa y su estado cuando sea adulto depende mucho de lo realizado, recibido o apoyado en esta etapa de su vida; y si la experiencia del aborto fue traumática, tendrá sus repercusiones en la vida adulta.

Recuadro No. 21

Atención a la Adolescente Embarazada Según Comadronas en Grupos Focales

- Las critican mucho
- Se burlan de ellas
- Todos las regañan
- Las discriminan
- Su futuro es más complicado si no tienen marido, si no tiene trabajo y es pobre
- Las comadronas las aconsejan y las ayudan
- Se les margina
- No se las apoya

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

También es necesario multiplicar los esfuerzos para informar en los distintos espacios comunitarios sobre el embarazo en las adolescentes y sus formas de prevención y atención, principalmente es una labor que le corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en alianza con organizaciones públicas y privadas con presencia en las comunidades. Los espacios amigables, servicios de salud amigable o pertinente y las escuelas saludables son algunos ejemplos a potenciar.

Recuadro No. 22

Atención a la Adolescente Embarazada Según Jóvenes en Grupos Focales

- Apoyarlas
- Las Critican
- Las discriminan mucho
- Las hacen burlas y las humillan
- Les ayudan con ropa o alimentos
- Critican a los papás por haberlas descuidadas
- Se previene para que el bebé nazca sano

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Ante la realidad de embarazos en menores de 15 años, la comunidad de alguna u otra manera tiene respuestas, que a decir de la adolescencia consultada es que las apoyan concretamente con ropa y alimentos y también se promueve el control prenatal para que el bebé nazca sano. Pero que también y pareciera que con mucha fuerza las personas de la comunidad critican, discriminan mucho, hacen burlas y humillan a las adolescentes menores de 15 años embarazadas; y todo esto afecta en el desarrollo psicológico de la adolescente además de lo que se ve limitado en su desarrollo físico, sexual y social. **(12: 92 y 93. 25: Módulo 3:5 y 6) Ver Recuadro No. 22**

También se critica a los papás por descuidar a sus hijas pues se cree que eso condujo al embarazo en la adolescente menor de 15 años. De alguna manera esta aseveración es correcta en el sentido del juicio social que se aplica en las comunidades para la corrección de algunas acciones socialmente inaceptable o poco aceptables, pero también llama la atención en que los padres deben promover la educación y promoción de la salud sexual en sus hijos e hijas adolescentes.

VIII. ARTICULACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD Y LA MEDICINA INDÍGENA PARA LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

A. *Terapeutas de la Medicina Indígena Según Comadronas y Jóvenes*

El potencial de las comadronas para atender la salud en las comunidades lo tienen ellas muy claro al valorar adecuadamente y con honestidad su trabajo. **Ver Cuadro No. 20**

Cuadro No. 20
Terapeutas de la Medicina Indígena Según Comadronas

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Se hace muy buen trabajo honesto y sincero, de mucha ayuda e importancia para la comunidad.	35	83%
Se debe aprender más y prepararse mejor para ayudar bien a las mujeres y hacer mejor el trabajo	15	36%
Se entiende y atiende bien a las mujeres: en su idioma, en su lugar, según sus necesidades	14	33%
Las personas de la comunidad las busca, las valoran, las agradecen, las respetan	8	19%
El trabajo es duro y de mucha responsabilidad	4	10%
Algunas personas no las valoran y es difícil su trabajo porque no tienen ayuda	2	5%
Las mujeres van a otra comunidad por vergüenza de su embarazo o de que les pegan	1	2%
Los hombres no cambian	1	2%
Estamos todos los días	1	2%
Único que tienen las personas sin gastar mucho	1	2%
Trabajo único cerca de la comunidad	1	2%
Es un Don que Dios lo manda, desde el nacimiento recibe el destino de hacerlo	1	2%
Mucha Competencia	1	2%
Entrevistas Realizadas	42	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

En el **cuadro No. 20** se encuentra que el 83% de las comadronas entrevistadas indican que “*se hace muy buen trabajo honesto y sincero, de mucha ayuda e importancia para la comunidad*”, aunque al mismo tiempo reconocen que es necesario aprender más y prepararse mejor para ayudar bien a las mujeres y hacer mejor el trabajo en opinión del 36% de las comadronas que participaron en el presente estudio.

El que los y las terapeutas indígenas realizan un buen trabajo y que demandan mejorar sus conocimientos en especial para atender mejor a las mujeres violentadas, son elementos que se encontraron con los grupos focales de comadronas entrevistadas. **Ver Recuadro No. 23**

Ya en la descripción del Modelo de Medicina Indígena Maya que la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud –ASECSA- realizara en el año 2002 se mencionaba que los terapeutas indígenas reconocen sus limitaciones y reconocen los beneficios de la medicina occidental, y en este caso reconocen que les hace falta capacitación para poder hacer mejor su trabajo en la comunidad y en especial con las necesidades de salud de las mujeres.

Recuadro No. 23

Terapeutas de la Medicina Indígena Según Comadronas en Grupos Focales

- Su y nuestro trabajo es bueno
- La comunidad nos busca
- La comunidad las apoya
- Falta más conocimiento sobre cómo ayudar mejor a las mujeres violentadas

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

La valoración que hacen las comadronas de su trabajo es positivo respecto a su aporte hacia las mujeres, el 33% indica que *“se entiende y atiende bien a las mujeres en su idioma, en su lugar, según sus necesidades”*; sin embargo su trabajo es para toda la comunidad según la opinión del 19% de comadronas entrevistadas quienes indicaron respecto a su trabajo que *“las personas de la comunidad las buscan, las valoran, las agradecen y las respetan”*. En estas opiniones de las comadronas que participaron en el presente estudio se encuentra a decir de ASECSA que la comadrona es más que una sanadora de la comunidad, más bien no solamente atiende la salud reproductiva de la mujer sino en todas sus necesidades de salud y extiende sus servicios a la niñez y a toda la comunidad. **(12: Introducción)**

No se encontró información acerca del trabajo de las otras especialidades terapéuticas puesto que las comadronas decidieron hablar de sí mismas, lo cual parece interesante e importante para promover procesos de interculturalidad para la atención de la salud en distintas lógicas de atención, esto en la experiencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en los años 2002 y 2003, se planteó la necesidad de pasar por un proceso de sensibilización sobre la medicina maya con personal de los servicios de salud pero también por un proceso de valoración de la medicina maya por sus propios practicantes y de esta manera estrechar la brecha de acercamiento entre ambas lógicas de atención. Y respecto a claves culturales solamente se encontró la opinión de una comadrona al indicar que su trabajo es un Don de Dios recibido como destino desde el nacimiento, lo cual es coherente con lo descrito por ASECSA en el Modelo de la Medicina Indígena Maya hecha pública en el año 2002. **(2:40)**

La adolescencia según se observa en el **Recuadro No. 24**, opina que el trabajo de los terapeutas indígenas *“es importante para apoyar a la comunidad”*, que *“si ellas no ayudan a las mujeres se mueren”*, *“atienden bien a los niños”* y que *“atienden a cualquier hora”*.

En estas opiniones de la adolescencia que participó en el presente estudio se percibe la importancia que le dan a sus terapeutas para la salud de la comunidad, para el cuidado

de las mujeres y de la niñez, aunque se intuye acá, que se le da más importancia a la presencia de las comadronas. La atención a cualquier hora o a la hora de las necesidades de restablecer la salud en la comunidad es de vital importancia para la accesibilidad de los servicios de salud que brindan los terapeutas indígenas.

Pero también la adolescencia es crítica con relación al trabajo de los y las terapeutas indígenas al mencionar que cobran muy caro un parto mencionando los costos entre Q400.00 a Q500.00, y aunque este costo dista mucho de una atención en los servicios privados de un parto y la gratuidad en los servicios públicos de salud, se encuentran ante una realidad de accesibilidad económica, geográfica, tiempo y pertinencia en los últimos servicios mencionados, también es cierto que la economía de la mayor parte de las comunidades indígenas no da para pagar el costo de un parto aun con las comadronas.

Ver Recuadro No. 24

Recuadro No. 24

Terapeutas de la Medicina Indígena Según Jóvenes en Grupos Focales

- Es importante para apoyar a la comunidad
- Cobran muy caro un parto (Q400 a Q500)
- Si ellas no ayudan a las mujeres se mueren
- Cuidan bien a los niños
- Atienden a cualquier hora
- Orientan a las jovencitas para que se cuiden
- Algunas son malas y hacen abortos
- No atienden a cualquier hora, solo a sus pacientes
- Otras toman mucho güaro
- Es un destino
- Es una misión de Dios
- Enseñan a planificar

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Otras cuestiones críticas que menciona la adolescencia es que los terapeutas indígenas no atienden a cualquier hora sino solamente a sus pacientes con las que ya previamente se ha adquirido un compromiso en especial las comadronas, y que otras terapeutas “*toman mucho güaro*”, asimismo indican que “*algunas son malas y hacen abortos*”.

Se sabe de la presencia del alcoholismo en las comunidades y a decir de la adolescencia las terapeutas no escapan de esta realidad, pero el tema controversial es que algunas realicen abortos, pues en párrafos arriba la misma adolescencia menciona que se recurre al aborto como método para prevenir el embarazo, y por lo mismo sigue siendo tema controversial en la realidad guatemalteca sobre todo en la población en donde se concibe un embarazo como sagrado y de mucha responsabilidad ante la vida. Y en relación al cuidado de la adolescencia solamente se menciona que los terapeutas y se infiere especialmente que comadronas “*orientan a las jovencitas para que se cuiden*” y que “*enseñan a planificar*”.

En las claves culturales que la adolescencia menciona es que el trabajo de los y las terapeutas indígenas “*es un destino*” y “*es una misión de Dios*”. De esta cuenta no queda claro la opinión acerca de que si no ayudan a las mujeres se mueren, puesto que es cierto que dado las deficiencias de cobertura de los servicios públicos de salud las mujeres tienen mayores posibilidades de morir sin la presencia de las comadronas, pero también se cree y vive en las comunidades que de no cumplirse el Don y la Misión de los terapeutas indígenas sufren de conflictos, enfermedades o hasta pueden morir. **(14: 123 y 125)**

B. Terapeutas de la Medicina Indígena Según Médicas y Médicos

Anteriores estudios realizados por ASECSA acerca de la medicina indígena maya vista desde la medicina occidental a través de entrevistas realizadas con médicos y enfermeras de centros de salud, se evidenció la poca valoración que le daban a la medicina indígena **(2:69 y 70)** pero en ese mismo año el Ministerio de Salud implementaba a nivel central y nacional su Programa de Medicina Popular, Tradicional y Alternativa con una serie de esfuerzos que incluía la sensibilización a personal de los servicios de salud de las áreas de salud, sobre la Medicina Maya en Guatemala. **(34: 14 y 22)**

En seguida por los años 2001 en adelante, la facultad de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala comienza a incluir el tema de la Medicina Tradicional en su pensum de estudios para la cátedra de Salud Pública a todos sus niveles, incluyendo primeros años de la carrera, para el ejercicio profesional supervisado y para su maestría en salud pública. Y más tarde se conforma la Comisión de Medicina Tradicional a nivel de la decanatura.

También el colegio de médicos y cirujanos de Guatemala incluye el tema de la medicina tradicional en el 50 aniversario del Congreso Nacional de Medicina, realizándose conferencias y otras actividades para conocer sobre el tema.

Transcurrida una década después de haberse iniciado los esfuerzos señalados a nivel nacional y desde instituciones estratégicas para la práctica de la salud pública en Guatemala, se considera que existen avances en el respeto a la práctica de la medicina indígena maya en Guatemala y que es tiempo de avanzar en otro paso más que pudiera ser estrechar la relación entre esta y los servicios públicos de salud bajo condiciones de interculturalidad equitativa.

En el **Cuadro No. 21** se puede apreciar un contexto favorable a la articulación de la medicina indígena maya con los servicios públicos de salud, más allá del mero aprovechamiento que se ha tenido de sus terapeutas en especial de la comadrona para alcanzar sus metas en producción materna infantil como el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social propone con la creación de la Unidad de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad. **(35:3 y 4)** Y considerando también la valoración positiva que el 33% de médicas y médicos manifiestan en el sentido que “*el trabajo que hacen en la atención del embarazo y del parto es bueno, importante, necesario y útil por la carencia de médicos accesibles en comunidades lejanas*”

Dos aspectos manifestados por los médicos y las médicas que participaron en el presente estudio hacen referencia a dos necesidades impostergables para mejorar el sistema de salud en Guatemala. Por una lado la adecuada capacitación a los terapeutas indígenas y por el otro lado su integración al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Ver Cuadro No. 21**

En el sentir de ASECSA lo que en el siguiente cuadro se demuestra es la percepción hegemónica de la medicina occidental vía el medico occidental, al plantear la capacitación por parte de la medicina occidental y se cuestiona el por qué no plantear la misma en doble vía. Se debe cuestionar esta insistencia en la visión integracionista históricamente demostrada que no es viable principalmente en aquellos programas gubernamentales conocidos como castellanización y ladinización del indígena.

Al referirse a que *“es necesario capacitarlas en forma adecuada para saber hasta qué punto pueden llegar con un paciente y hacer referencia al médico cuando la ocasión lo amerite y en tiempo”*, se debe indicar que existieron expresiones como *“darles mucha capacitación”*, *“deben mejorar”* o *“se les debe capacitar”*, pero en conjunto estas y otras expresiones hacen énfasis en la necesidad de una capacitación adecuada porque es una expresión más crítica respecto a la forma en que se ha venido realizando y con lo cual se ha obtenido los mismos resultados de falta de comprensión y contradicciones entre ambos modelos de atención a la salud que existen en las comunidades.

Lo que hay que insistir en este aspecto es que la capacitación sigue siendo necesaria también para el personal de los servicios de salud pues aún existen equivocaciones como lo mencionado por el 33% de las médicas y los médicos entrevistados al decir que:

- *“El trabajo que realizan es muy empírico sin ninguna preparación en la mayoría de veces, los temas que manejan muchas veces todavía están influenciados por creencias y costumbres, en algunas oportunidades se pierden hasta vidas por el manejo inicial que se le da a los pacientes en las comunidades”*

Cuadro No. 21
Terapeutas de la Medicina Indígena Según Médicos y Médicas

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Es necesario capacitarlas en forma adecuada para saber hasta qué punto pueden llegar con un paciente y hacer referencia al médico cuando la ocasión lo amerite y en tiempo	6	67%
Es necesario que se integren al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, involucrándoles en el programa de educación en salud pública para no caer en contradicciones y para homogenizar las normas de atención. Si el paciente cree en la medicina natural y/o espiritual puede ser de gran ayuda para su recuperación, pero debe ir de la mano con la medicina convencional	6	67%
El trabajo que realizan es muy empírico sin ninguna preparación en la mayoría de veces, los temas que manejan muchas veces todavía están influenciados por creencias y costumbres, en algunas oportunidades se pierden hasta vidas por el manejo inicial que se le da a los pacientes en las comunidades, en el aspecto de la sexualidad y la violencia de la mujer no se maneja de manera adecuada por falta de conocimiento y resistencia al cambio por parte de las personas encargadas como comadronas y guías espirituales	3	33%
El trabajo que hacen en la atención del embarazo y del parto es bueno, importante, necesario y útil por la carencia de médicos accesibles en comunidades lejanas	3	33%
Es un trabajo desarticulado	2	22%
Con las comadronas en cierta medida se pierden menos vidas ya que ellas asisten a reuniones y se ha logrado en alguna medida la estandarización de procedimientos	1	11%
Esto es parte de nuestra cultura y tenemos que aprender a vivir con ella porque es parte esencial del sistema, es culturalmente apropiada y tiene una riqueza inmensa en cuanto a conocimientos y prácticas.	1	11%
Entrevistas Realizadas	9	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Por parte de ASECSA se entiende que es también peyorativo el planteamiento de que el trabajo de los y las Terapeutas Indígenas sea empírico y desarticulado sin reconocer que ambos aspectos son también aplicados a los servicios públicos de salud y al sistema nacional de salud pero como acá se trata de una aparente superioridad se discrimina el sustento científico y organización terapéutica de la Medicina Indígena Maya. **(36:1-5)**

Sin embargo se tiene razón al indicar que *“en el aspecto de la sexualidad y la violencia de la mujer no se maneja de manera adecuada por falta de conocimiento y resistencia al cambio por parte de las personas encargadas como comadronas y guías espirituales”*, pues las comadronas como terapeutas indígenas que participaron en el presente estudio, indican esta necesidad al valorarse a sí mismas.

Con respecto a la integración de los terapeutas indígenas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social los médicos y las médicas entrevistadas en el presente estudio mencionan que *“Es necesario que se integren al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, involucrándoles en el programa de educación en salud pública para no caer en contradicciones y para homogenizar las normas de atención. Si el paciente cree en la medicina natural y/o espiritual puede ser de gran ayuda para su recuperación, pero debe ir de la mano con la medicina convencional”*.

La integración al Ministerio de Salud se puede dar de diversas maneras ya experimentadas e implementadas en varios servicios públicos de salud en Guatemala tal como lo registra la Unidad de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad en su informe ejecutivo 2009 - 2011, **(35:7-14)** pero en el presente estudio se mencionan dos aspectos estratégicos como lo son en el programa de educación en salud pública y en las normas de atención.

Está claro que en los distintos esfuerzos por estrechar la brecha entre los servicios públicos de salud y la medicina indígena en Guatemala se exacerban las contradicciones que violentan los procesos y se vuelve cada lógica de atención a su respectivo espacio sin poder llegar a coordinarse, por eso el planteamiento necesario es que la capacitación sea recíproco en espacios de intercambio y con apertura al diálogo para llegar a acuerdos. Y el otro aspecto estratégico que es la normativa de atención en los servicios de salud, conlleva la participación de los terapeutas indígenas en su elaboración más que su participación en términos de consulta solamente, y si se llegara a acuerdos con respecto a los lineamientos integrales en la atención de los servicios de salud se habrá dado un gran avance en la pertinencia cultural para la promoción de la salud en Guatemala.

C. Los Servicios Públicos de Salud Vistos por las Comadronas y los Jóvenes

Es interesante encontrar en el presente estudio que el 71% de las comadronas opina en relación a los servicios de salud que presta el gobierno en su respectivo municipio que *“son buenos y atienden bien a la gente”* y aunque existen muchas otras valoraciones positivas y negativas hacia los servicios públicos de salud no alcanzan a rebasar el 14% de opiniones entre las comadronas entrevistadas. Entre las cosas negativas de los servicios públicos de salud se mencionan el tiempo de espera, la distancia, la falta de personal o falta de valoración al trabajo de las comadronas, pero la de mayor importancia porcentual es *“la falta o no hay medicina”* que alcanza el 43% de comadronas que tuvieron esa opinión. **Ver Cuadro No. 22**

Aunque apenas el 12% de las comadronas opinaron al respecto, se alcanza a observar que en los servicios públicos de salud *“atienden bien y apoyan a las mujeres embarazadas y su parto”*, aunque también el 21% de las comadronas opinó que la atención que dan no es buena y que son enojados y regañan mucho. Ya en otro estudio relacionado con las comadronas y los servicios públicos de salud se encontró que lo que más se cuestiona de los servicios públicos de salud es el trato que se da a las personas más que sus carencias técnicas, humanas o de insumos. **(37:44 y 45)**

Cuadro No. 22
Los Servicios Públicos de Salud Según las Comadronas

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Son buenos y atienden bien a la gente	30	71%
Falta o no hay medicina	18	43%
No dan buena atención, son enojados y regañan mucho	9	21%
No hay personal que atienda o solo atienden una vez al mes	6	14%
Atienden bien y apoyan a las mujeres embarazadas y su parto	5	12%
Valoran y respetan a las comadronas y su trabajo	5	12%
No tienen vitaminas para embarazadas	5	12%
No valoran ni respetan el trabajo de las comadronas y no las dejan estar con la paciente.	4	10%
No atienden a las mujeres que sufren de violencia	4	10%
Hay buen control	1	2%
No hablan el idioma	1	2%
Atienden con buenas medicinas	1	2%
Si hacen buen trabajo	1	2%
Dan pláticas a los jóvenes	1	2%
A las mujeres no les gusta ir	1	2%
No atienden de noche	1	2%
Esperan mucho	1	2%
Queda a 2 horas en camioneta	1	2%
Entrevistas Realizadas	42	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

En el **recuadro No. 25**, se observa que las comadronas que participaron en los grupos focales y como colectivo han respondido lo contrario a las comadronas en entrevistas individuales, con relación a que en los servicios de salud que presta el gobierno en el municipio *“tratan mal a las mujeres y a las comadronas, son muy enojados, no valoran el trabajo de las comadronas y regañan a las mujeres por no ir al centro de salud”*. En lo que se coincide es en que en los servicios de salud que presta el gobierno se *“atienden con muchas carencias: solo tienen las vacunas y el examen, falta de medicamentos, no tienen vitaminas y falta personal”*

Recuadro No. 25

Los Servicios Públicos de Salud Según las Comadronas en Grupos Focales

- Tratan mal a las mujeres y a las comadronas, son muy enojados, no valoran el trabajo de las comadronas y regañan a las mujeres por no ir al centro de salud
- Atienden con muchas carencias, solo tienen las vacunas y el examen
- Falta de medicamentos
- No tienen vitaminas
- El ministerio no atiende los problemas de violencia contra las mujeres, no les ponen mucha atención y les dicen que eso no es enfermedad, las refiere a otro lado.
- Falta personal

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Con respecto a los servicios de salud sexual, atención del embarazo en adolescentes y la violencia contra las mujeres, no se encontraron mayores opiniones más que lo que indica el 10% de comadronas entrevistadas que en los servicios de salud que presta el gobierno en sus respectivos municipios *“no atienden a las mujeres que sufren de violencia”*, misma opinión se encontró en los grupos focales cuando las comadronas indican que *“el ministerio no atiende los problemas de violencia contra las mujeres, no les ponen mucha atención y les dicen que eso no es enfermedad, las refieren a otro lado”*. **Ver cuadro No. 22 y Recuadro No. 25**

En el **Recuadro No. 26** con respecto a los servicios públicos de salud que existen en los municipios de origen de la adolescencia entrevistada se encontró opiniones en tres sentidos.

Lo primero es que se menciona de parte de la adolescencia que los servicios de salud que presta el gobierno, *“atienden bien”* y *“atienden bien a los jóvenes”*, opiniones que se mencionan sin mayores comentarios, por lo que se intuye una buena valoración de estos servicios. Lo segundo es que se menciona las carencias de estos servicios con relación a la falta de medicina, falta de vitaminas y que no tiene mucho personal, los cuales son carencias ampliamente conocidas de los servicios públicos de salud en general y que también se debe a un presupuesto limitado para estos y otros rubros más para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Recuadro No. 26

Los Servicios Públicos de Salud Según Jóvenes en Grupos Focales

- Atienden bien
- Atienden bien a los jóvenes
- Falta Medicina
- Falta Vitaminas
- No tiene mucho personal
- Solo atienden si la mujer va golpeada
- Deberían dar atención psicológica
- No atienden a las mujeres maltratadas

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Lo tercero hace relación a la atención para los casos de violencia contra las mujeres, mencionando que *“no atienden a las mujeres maltratadas”, “solo atienden si la mujer va golpeada”* y que *“deberían dar atención psicológica”*. Estos son elementos que contienen las normas de atención para el primer y segundo nivel del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con respecto a la violencia contra las mujeres, aunque en la práctica generalmente como lo menciona la adolescencia que participó en el presente estudio, solo se atiende a las mujeres por los golpes o heridas que presentan pero sin darle la atención integral que mandan las normas para los casos de violencia y el protocolo sobre violencia sexual.

También llama la atención que la adolescencia no menciona maltratos en los servicios públicos de salud, pero tampoco se les preguntó intencionadamente sobre este aspecto, pero esto puede indicar que es posible cambiar la percepción que se tiene de la atención que se brinda en los servicios públicos de salud.

D. Situación de la Violencia Contra las Mujeres y de Adolescentes Embarazadas

Buscando finalmente la opinión de las terapeutas indígenas sobre la situación de la salud sexual, el embarazo y la violencia hacia las mujeres en la población adolescente indígena, las comadronas entrevistadas mencionaron 24 opiniones diferentes sobre la situación, por un lado hablan de lo que cualitativamente observan y viven de la situación mencionada, pero luego dan sus razones del por qué plantean tal situación para que finalmente nos dejan con una sensación de impotencia sobre resolver la problemática de violencia contra las mujeres y el embarazo en adolescentes. **Ver Cuadro No. 23**

Esta relación que se hace entre una situación que es muy dura para las mujeres que sufren mucho maltrato o embarazadas jóvenes, con la pobreza y que luego no tienen a donde ir por ayuda, se observa entre líneas y conociendo la realidad de las mujeres en el área rural en donde la población indígena es mayoría, la dependencia económica de las mismas es absoluta y sus aportes económicos es poco valorada por los hombres. De esta manera se entiende que la situación es difícil para las mujeres en opinión del 26% de las comadronas entrevistadas en tanto que el 19% indicó que *“la situación es de tristeza”*

Y finalmente hay una sensación de impotencia por parte del 33% de las comadronas entrevistadas, al indicar que *“a las mujeres embarazadas jóvenes les cuesta mucho salir*

adelante porque no tienen a donde ir por ayuda y nadie hace nada para evitar estos embarazos”.

Para las comadronas que participaron en los grupos focales “la situación y el futuro de las mujeres indígenas es muy triste, duro, incierto y complicado” y que además hablando de la violencia contra las mujeres “no se sabe qué hacer y dónde hacerlo, no hay quien las ayude” y que “falta conocer las instituciones que ayudan legalmente”. Dos razones plantean para explicar estas situaciones, “por la pobreza” y por “la falta de educación”. Ver **Recuadro No.27**

Cuadro No. 23
Situación de la Violencia Contra las Mujeres y Adolescentes Embarazadas Según Comadronas

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
La situación es muy dura para las mujeres que sufren mucho maltrato	14	33%
Hay mucha pobreza	14	33%
A las mujeres jóvenes embarazadas les cuesta mucho salir adelante porque no tienen a donde ir por ayuda y nadie hace nada para evitar estos embarazos	14	33%
Situación difícil para las mujeres	11	26%
La situación es de tristeza	8	19%
El problema es muy grande	5	12%
La situación es muy mala	4	10%
Falta de conocimientos de las mujeres sobre sus derechos	4	10%
Situación muy delicada y complicada	3	7%
Las mujeres indígenas sufren mucho en la casa y con los embarazos	3	7%
Es un problema serio	2	5%
No podemos hacer mucho	2	5%
No se hace nada para ayudar a las mujeres	2	5%
Cada día hay más violencia y embarazos en jóvenes	1	2%
A las mujeres les cuesta mucho los embarazos	1	2%
Las mujeres tienen muchos hijos	1	2%
Los hombres abandonan a las mujeres	1	2%
No hay trabajo para los hombres	1	2%
No hay trabajo	1	2%
No hay medicinas	1	2%
Por la discriminación	1	2%
Las mujeres no dicen nada	1	2%
Las mujeres tienen miedo	1	2%
No encuentran apoyo del juez o del gobierno	1	2%
Entrevistas Realizadas	42	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Recuadro No. 27

Situación de la Violencia Contra las Mujeres y Adolescentes Embarazadas Según Comadronas en Grupos Focales

- La situación y el futuro de las mujeres indígenas es muy triste, duro, incierto y complicado
- Por la pobreza
- No se sabe qué hacer y donde hacerlo, no hay quien las ayude
- Falta conocer las instituciones que ayudan legalmente
- Hay que darle confianza a los jóvenes
- La falta de educación

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Al indagar con los médicos y médicas coordinadoras de los 9 distritos de salud que participaron en el presente estudio acerca de la situación de la salud sexual, el embarazo y la violencia hacia las mujeres, en la población adolescente indígena; si bien es cierto se obtuvieron 16 respuestas diferentes por los 9 médicos y médicas, solo hubo una respuesta que alcanzó el 33% de opinión entre los entrevistados, 2 respuestas alcanzaron solamente el 22% de opinión, y las 12 respuestas restantes son individuales y aisladas porque solo tienen la opinión de una sola persona entrevistada por cada una. **Ver Cuadro No. 24**

Sin embargo, analizando las distintas opiniones obtenidas, se las puede clasificar en 3 grandes grupos según se puede observar en el **Cuadro No. 24**:

Un primer grupo que consta de 6 opiniones valoran la situación en las comunidades como complicada, que es un problema de todo el país, que se discriminan a las mujeres, las esconden, las castigan, que por su condición de mujer e indígena se las condena al abandono familiar y del Estado porque finalmente como mujeres adolescentes son sometidas a la voluntad de los adultos.

Cuadro No. 24 Situación de la Violencia Contra las Mujeres y Adolescentes Embarazadas Según Médicas y Médicos

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Es una situación muy complicada y preocupante	3	33%
Ocurría desde épocas anteriores pero en los últimos años estamos trabajando arduamente para mejorar esta situación con los nuevos programas del ministerio de salud pero son pocos los logros que se han alcanzado	2	22%
Las organizaciones y las instituciones deben de unirse con la rectoría de la municipalidad para desarrollar políticas conjuntas que promuevan desarrollo verdadero en las comunidades, porque estamos haciendo trabajos focalizados y muy aislados, que aunque tienen impacto en cierto tipo de población no van a lograr impacto sobre el difícil problema	2	22%

Es un problema de todo el país	1	11%
Las discriminan	1	11%
Las esconden	1	11%
Castigarlas poniendo en riesgo su vida	1	11%
Hasta la fecha se ha logrado un 75 % de conocimiento sobre salud sexual en adolescentes pero en las comunidades del área rural no ha sido muy bueno debido a que aún se maneja como un tema que solo los mayores de edad puede abordar	1	11%
Se están abriendo espacios amigables en los servicios de salud	1	11%
Charlas a adolescentes para poder prevenir y evitar que se sigan dando estos casos	1	11%
Requiere mucha educación para erradicarlo	1	11%
Las niñas son marginadas inicialmente por la familia porque muchos de estos embarazos son producto de violaciones dentro del mismo grupo familiar, embarazos escondidos al inicio y descuidados desde el punto de vista médico	1	11%
En este tema hay mucho trabajo por realizar	1	11%
El problema es también familiar y delicado cuando el agresor es de la familia	1	11%
Su condición de mujer e indígena la condena al abandono familiar y del Estado	1	11%
Son sometidas a la voluntad de los adultos	1	11%
Entrevistas Realizadas	9	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

En un segundo grupo que consta de 7 opiniones mencionan las acciones que realizan o proponen desde los distritos de salud para reducir la violencia contra las mujeres, incrementar los conocimientos sobre salud sexual en el área rural, la necesidad de la coordinación interinstitucional y la apertura de espacios amigables como propuesta para la atención a la adolescencia porque se necesita mucha educación y trabajo en el tema de la violencia contra las mujeres.

El tercer grupo consta de 3 opiniones y revelan lo que saben sobre la violencia hacia las mujeres en las comunidades y plantean que *“el problema es también familiar y delicado cuando el agresor es de la familia”* y *“las niñas son marginadas inicialmente por la familia porque muchos de estos embarazos son producto de violaciones dentro del mismo grupo familiar, embarazos escondidos al inicio y descuidados desde el punto de vista médico”*. Sin embargo a esta realidad no se comenta más y tampoco se proponen acciones concretas para comenzar a resolverlo.

E. Atención a la Violencia Contra las Mujeres en los Distritos de Salud

En el **Cuadro No. 25** se observa que las médicas y los médicos de los distritos de salud entrevistados indicaron que las acciones que más frecuentemente realizan para evitar la violencia contra las mujeres en la población indígena son *“capacitación a hombres y mujeres*

acerca de los derechos individuales de las mujeres indígenas, tipos de violencia contra las mujeres y su denuncia”, esta fue la opinión de 5 de los y las médicas entrevistadas. 4 de 9 médicas y médicos entrevistados indicaron las “charlas educativas en los servicios de salud” que pueden ser en espera de consulta externa, en visitas domiciliarias, en programas radiales o en las charlas a comadronas. También indican que fuera de los servicios de salud realizan charlas en las escuelas.

Las acciones de prevención de la violencia contra las mujeres desde los servicios públicos de salud se limita a la realización de charlas en los distintos espacios donde se trabaja la promoción y educación en salud, pero no se le entra a las causas que se ha mencionado por parte de las comadronas y de los jóvenes, como lo son el machismo, el alcoholismo y la infidelidad o como arriba misma se indica cuando se les limita el acceso a los servicios de salud reproductiva.

Cuadro No. 25
Prevención de la violencia Contra las Mujeres Indígenas en los Distritos de Salud

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Capacitación a hombres y mujeres acerca de los derechos individuales de las mujeres indígenas, tipos de violencia contra las mujeres y su denuncia	5	56%
Charlas educativas en los servicios de salud	4	44%
Pláticas y charlas educacionales en la sala de espera de la consulta externa de los servicios de salud	2	22%
Charlas educacionales en visitas domiciliarias	2	22%
Se imparten charlas educacionales en programas y cuñas radiales	2	22%
Pláticas y Charlas a las comadronas	2	22%
Charlas educativas en las escuelas	2	22%
Charlas a la población en general	1	11%
Apoyo psicológico en caso de que se detectara un caso	1	11%
No trabajamos población indígena	1	11%
Denunciando cualquier caso que se nos presenta a la clínica	1	11%
Trabajando en conjunto con la CONACMI	1	11%
Entrevistas Realizadas	9	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Pero las acciones que se realizan para la prevención de la violencia contra las mujeres en los distritos de salud también presentan dificultades planteadas por las propias médicas y médicos coordinadores de tales distritos de salud. Se observa en el **Cuadro No. 26** que un grupo de dificultades tiene que ver con los hombres en términos de “la cultura machista de los indígenas” y al mismo tiempo porque “las mentes cerradas de los hombres no quieren entender y no asisten a las reuniones que se les programan”, ambas dificultades fueron identificadas por el 56% y el 33% respectivamente de las y los entrevistados en las coordinaciones de los distritos de salud.

Otro grupo de dificultades que del **Cuadro No. 26** se observa para la prevención de la violencia contra las mujeres en los distritos de salud se refiere a “*la baja escolaridad de las mujeres*” con un 22% de opiniones entre médicos y médicas, “*las mujeres desconocen sus derechos y las formas de ejercerlos*” con un 22 % de opiniones, y “*la cultura con que se han criado las mujeres en su hogar con baja autoestima*” también con el 22% de médicos y médicas que así opinaron.

De las dificultades propiamente de los servicios de salud para prevenir la violencia contra las mujeres solamente se menciona “*el idioma*”, la cual debe entenderse del personal de los servicios públicos de salud que no entienden ni hablan el idioma local, siendo esto una clave cultural para mejorar la pertinencia en la prestación de los servicios de salud para atender la violencia contra las mujeres indígenas. **Ver Cuadro No. 26**

Cuadro No. 26
Dificultades para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres Indígenas en Distritos de Salud

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
La cultura machista de los hombres indígenas	5	56%
Las mentes cerradas de los hombres no quieren entender y no asisten a las reuniones que se les programan	3	33%
La baja escolaridad de las mujeres	2	22%
La cultura con que se han criado las mujeres en su hogar con baja autoestima	2	22%
El idioma	2	22%
Las mujeres desconocen sus derechos y las formas de ejercerlos	2	22%
La falta de educación en hombres y mujeres	1	11%
Factores culturales evitan que hombres y mujeres cambien de actitud	1	11%
La cultura es muy cerrada	1	11%
Las mentes cerradas de las suegras y suegros que en la mayor parte de hogares son los que toman las decisiones	1	11%
No se tiene mucho apoyo de la municipalidad, ministerio público y juzgados de paz locales	1	11%
Entrevistas Realizadas	9	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Con relación a otras claves culturales se puede observar en el **Cuadro No. 26** que los médicos y las médicas entrevistadas de los distritos de salud mencionaron que “*factores culturales evitan que hombres y mujeres cambien de actitud*” y que “*la cultura es muy cerrada*”. No se profundizó en qué términos definen los médicos y las médicas, lo que mencionan como “*cultura*”, pues se habla de “*cultura machista*”, “*cultura con que se han criado a las mujeres*”, “*factores culturales*”; pero es necesario analizar lo que es y lo que no es “*cultura indígena*” en las zonas donde se aplicó el presente estudio y en conjunto con el

personal de los servicios públicos de salud. A priori se puede indicar que los coordinadores y las coordinadoras de los distritos de salud desconocen la definición o el uso correcto de la palabra “cultura”, y si este no fuese el caso entonces se está ante algo más grave pues proyectan una visión racista institucionalizada en los servicios públicos de salud al dejar entrever una inferioridad de la cultura indígena en tanto actitud, cerrada, machista y crianza de las mujeres; aspectos que al analizar la cultura ladina o mestiza resultan iguales o peores.

Cuadro No. 27
Aplicación del Protocolo de Atención a la Violencia Sexual en Distritos de Salud

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
No se hace diferencia significativa con mujeres indígenas, si el personal de salud no habla el idioma indígena se necesita un traductor	9	100%
Se aplica el protocolo siguiendo los lineamientos establecidos en las normas adecuados al nivel de educación	7	78%
Atención clínica integral	4	44%
Atención médica urgente o los auxilios inmediatos que requiera	4	44%
Atención psicológica	4	44%
Referencia a hospital para atención psicológica y tratamiento antiretroviral	4	44%
Tratamiento médico y prevención de infecciones de transmisión sexual	2	22%
Se denuncia a las autoridades.	2	22%
Denuncia del caso al Ministerio Público	2	22%
Denuncia del caso a la Policía Nacional Civil	2	22%
Diagnóstico	1	11%
Toma de muestras para laboratorios que pueden servir como evidencia	1	11%
Se llena expediente clínico	1	11%
Se aplica anticoncepción de emergencia como manejo del embarazo	1	11%
Se debe llenar un consentimiento informado, leerlo a la paciente antes de que lo firme	1	11%
Se recolecta toda la información pertinente y luego hacemos una denuncia escrita dirigida al Juez de paz local. Se cuenta con una cámara para documentar nuestros esfuerzos	1	11%
Entrevistas Realizadas	9	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Lo que no se puede negar es la existencia de violencia contra las mujeres en las comunidades indígenas K'iche' y Mam que participaron en el presente estudio y por lo tanto es necesario definir claves culturales para la atención de este problema para la salud y el desarrollo de las

mujeres. Y fue esta inquietud parte de la pregunta a las médicas y médicos coordinadores de los distritos de salud partiendo de la premisa que tienen, conocen y aplican el protocolo de atención a la mujer que sufre violencia sexual, se indagó si hay alguna diferencia en su aplicación si la misma es indígena.

En el **Cuadro No. 27** se observa que el 100% de los médicos y médicas entrevistadas indicaron que *“no se hace diferencia significativa con mujeres indígenas, si el personal de salud no habla el idioma indígena se necesita un traductor”*, diciendo con esto que el protocolo para la atención de la violencia sexual se aplica a todas por igual, aunque al preguntar sobre la forma en que aplica tal protocolo refieren dos grandes acciones, *“atención clínica integral”* y *“referencia a hospital para atención psicológica y tratamiento antirretroviral”*, ambas acciones en opinión del 44% de médicas y médicos para cada una respectivamente. El 78% de las médicas y médicos entrevistados indicaron que para la atención de la violencia sexual contra las mujeres *“se aplica el protocolo siguiendo los lineamientos establecidos en las normas adecuados al nivel de educación”*

La intención de la pregunta es conocer si las médicas y los médicos conocen los pasos a seguir según protocolo para atender la violencia sexual contra las mujeres, pero tal respuesta no se obtuvo en ninguno de los entrevistados, se quedan solamente en el discurso político de que se proporciona atención clínica integral o que dado las carencias en los distritos de salud se refieren al hospital para atención psicológica y tratamiento antirretroviral o en el mejor de los casos se indica que el protocolo se aplica siguiendo los lineamientos establecidos en las normas. Aunque al unir todas las respuestas dadas por uno o dos de los entrevistados se puede construir algunos de los pasos que se menciona en el protocolo de atención a la violencia sexual.

- Atención Médica
- Diagnóstico
- Tratamiento médico y prevención de infecciones de transmisión sexual
- Toma de muestras para laboratorios
- Se llena expediente clínico
- Atención psicológica
- Se aplica anticoncepción de emergencia como manejo del embarazo
- Manejo con consentimiento informado que debe leerse muy bien a la víctima o paciente
- Referencia a hospital para atención psicológica y tratamiento antiretroviral
- Se denuncia a las autoridades (sin especificar).
- Denuncia del caso al Ministerio Público
- Denuncia del caso a la Policía Nacional Civil

Una experiencia proporcionada por un médico entrevistado es que *“se recolecta toda la información pertinente y luego hacemos una denuncia escrita dirigida al juez de paz local”* e indica además que *“se cuenta con una cámara para documentar nuestros esfuerzos”*, esto es un caso paradigmático, ya que según el protocolo los servicios de salud se limitan a atender la parte médica y la parte legal que incluye la recolección de información le corresponde de oficio al Ministerio Público; pero los esfuerzos son loables en el tratamiento a la violencia sexual contra las mujeres.

F. Atención al Embarazo en Adolescentes en los Distritos de Salud

Con relación a la prevención del embarazo no deseado en los jóvenes indígenas, en el **Cuadro No. 28** se registra las respuestas de los médicos y las médicas de los distritos de salud que participaron en el presente estudio, de las cuales se destacan 3 acciones:

- Formación de grupos para brindarles charlas, en actividades de los espacios amigables y en los servicios de salud
- Charlas educativas en las escuelas y en los institutos con grupos de discusión y prevención sobre temas relacionados a la adolescencia
- Charlas en la consulta externa de los servicios de salud a las familias sobre la prevención de embarazos en adolescentes

Cuadro No. 28
Prevención del Embarazo en los Jóvenes Indígenas en Distritos de Salud

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Formación de grupos para brindarles charlas, en actividades de los espacios amigables y en los servicios de salud	5	56%
Charlas en la consulta externa de los servicios de salud a las familias sobre la prevención de embarazos en adolescentes	5	56%
Charlas educativas en las escuelas y en los institutos con grupos de discusión y prevención sobre temas relacionados a la adolescencia	4	44%
Ferías educativas	1	11%
Foros que se han realizado en el distrito con el apoyo de organizaciones cooperantes	1	11%
Promoción constante a través de las sesiones del COMUDE y también en cada reunión con los COCODES de las aldeas, caseríos o del pueblo	1	11%
Entrevistas Realizadas	9	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

Los espacios amigables es una estrategia que trata de brindar la oportunidad a la adolescencia para desarrollar su salud integral y sobre todo sexual, espacio de consejería sobre sus problemas más frecuentes de salud. Se sabe que en los servicios de salud están poco desarrollados pero lo interesante es que aparece como acciones que ya se implementan en el 56% de los distritos de salud consultados, y estos se complementan con las charlas educativas en las escuelas y en la consulta externa de los servicios de salud. Pero los servicios de salud deben trascender más allá de solo realizar charlas y más charlas y aun las acciones que se realizan deben articularse con propuestas de acción más integrales y sostenibles, de las que el presente estudio menciona algunas:

- Ferias educativas
- Foros que se han realizado en el distrito con el apoyo de organizaciones cooperantes
- Promoción constante a través de las sesiones del COMUDE y también en cada reunión con los COCODE de las aldeas, caseríos o del pueblo

Cuadro No. 29
Aplicación del Protocolo para la Atención del Embarazo
en Adolescentes en Distritos de Salud

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Se sigue los lineamientos de la norma establecida en el protocolo para la mujer embarazada en el programa de adolescencia y niñez	5	56%
Atención Médica	3	33%
Denuncia a las autoridades	2	22%
Reportarlo a la policía nacional civil	2	22%
Un abordaje integral de atención médica	1	11%
Reportarlo al área de salud	1	11%
Atención Psicológica	1	11%
Acompañamiento	1	11%
Referencia si es necesaria	1	11%
Los adolescentes siempre llegan acompañados de sus padres a la clínica, lo que ayuda a que se pueda establecer una relación más confortable y amigable con la adolescente embarazada	1	11%
Además de darle el control prenatal, examen físico y micronutrientes, se debe reportar el caso al área de salud y esta a la vez lo reporta en base al acuerdo interinstitucional con el MSPAS, MP, INACIF y PDH ya que son tipificados como delito de violación y violencia sexual.	1	11%
Reportarlo al Ministerio Público	1	11%
Entrevistas Realizadas	9	100%

Fuente: Elaboración Propia según datos del estudio

En el **Cuadro No. 29** se encuentra lo que las médicas y los médicos coordinadores de los distritos de salud que participaron en el presente estudio opinaron respecto a la aplicación del protocolo para la atención del embarazo en adolescentes. Se observa que en su mayoría (56%) mantienen un discurso político que les corresponde como coordinadores de sus distritos de salud, indicando que “*se sigue los lineamientos de la norma establecida en el protocolo para la mujer embarazada en el programa de adolescencia y niñez*”, si bien este conjunto de aseveraciones son ciertas, no dice en lo concreto lo que se realiza para atender el embarazo en adolescentes.

Solamente una médica indicó que se tiene en la última información de parte de la Dirección General del Sistema de Atención Integral en Salud -SIAS- que *“además de darle el control prenatal, examen físico y micronutrientes, se debe reportar el caso al área de salud y esta a la vez se lo reporta en base al acuerdo interinstitucional con el Ministerio Público, Instituto Nacional de Ciencias Forenses y Procuraduría de Derechos Humanos ya que son tipificados como delito de violación y violencia sexual”*. Ciertamente esto es parte importante del protocolo del embarazo en menores de 15 años, pero no es conocido ni aplicado en la mayoría de los distritos de salud que participaron en el presente estudio. **Ver Cuadro No. 29**

Hasta donde se indagó con el Ministerio de Salud, no existe un protocolo específico para la atención del embarazo en adolescentes, sí existe la Guía de Prevención del Embarazo en la adolescencia, al cual ya se ha hecho referencia en varias ocasiones en los apartados anteriores de este estudio. Sin embargo, existe un memorando proveniente de la unidad de Género de la Salud con el Visto Bueno del Ministro de Salud, con fecha 5 de septiembre del año 2012 en donde se solicita notificar y cumplir la denuncia de todos los casos de embarazos y partos en menores de 14 años, ya que son considerados delito de violación y/o violencia sexual. **(38:1)**

En la suma de opiniones proporcionadas por las médicas y los médicos de los distritos de salud, se encuentran acciones claras que proponen o realizan, las cuales son parte del protocolo de atención a la violencia sexual:

- Un abordaje integral
- Reportarlo al área de salud
- Atención Médica
- Atención Psicológica
- Acompañamiento
- Denuncia a las autoridades
- Reportarlo al Ministerio Público
- Reportarlo a la policía nacional civil

IX. NECESIDADES Y OPORTUNIDADES PARA ASECSA, A MANERA DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Atención a la Violencia Contra las Mujeres

1. La violencia contra las mujeres en la población indígena K'iche' y Mam existe y tiene sus causas en el machismo del hombre, la infidelidad del hombre y el alcoholismo del hombre; y que tiene manifestaciones físicas, psicológicas, económicas y sexuales.
2. La infidelidad y el alcoholismo que para nada justifican la violencia contra las mujeres, necesitan ser exploradas como problemas de salud pública y desde el sentir de las mujeres para luego plantearse acciones concretas para su disminución y erradicación como casusas de la violencia contra las mujeres.
3. La denuncia y por lo tanto la intervención pública en los casos de la violencia en contra de las mujeres prácticamente no se da o es bien limitada por las instituciones, organizaciones y personas en la comunidad; la solución sigue dándose en el ámbito individual y en el ámbito familiar, llevarlo al plano público comunitario sigue siendo difícil.
4. El conocimiento y ejercicio de las mujeres con énfasis en las jóvenes, sobre sus derechos y autoestima las ayuda a romper el silencio, a su empoderamiento y romper con el ciclo de la violencia hacia las mujeres mediante compartir el problema, denunciarla legalmente y/o abandonar a la persona violenta.
5. Es necesario analizar, capacitar y sensibilizar sobre los temas de relaciones sexo genitales y la satisfacción sexual desde las propias mujeres, comadronas y jóvenes para fortalecer la equidad en la sexualidad y relaciones sexo genitales entre hombres y mujeres, dejando de considerarlas obligación de la mujer y con esto reducir y erradicar la violencia sexual contra las mujeres indígenas.
6. Se debe fortalecer, motivar y acompañar a las comadronas, que como factor protector y de acompañamiento a las mujeres sigan su intervención con las mujeres para ejercer sus derechos, romper el silencio y atreverse a denunciar la situación en que viven. Se les debe apoyar con conocimientos, herramientas y rutas para la atención integral de la violencia contra las mujeres y para enfrentar las dificultades con los propios hombres violentos de la comunidad.
7. El abuso sexual contra las adolescentes por parte de los hombres del círculo familiar es un punto a profundizar en futuras investigaciones y como parte de las acciones contra la violencia sexual en las comunidades indígenas, evitando su reproducción en parejas actuales y en futuras generaciones.
8. Se debe profundizar en el conocimiento de prácticas propias que existen en las comunidades para evitar o espaciar los embarazos pues con los datos del presente estudio no se pueden identificar claves culturales para evitar los embarazos no deseados.

9. Los servicios públicos de salud deben ser abastecidos con insumos y materiales para satisfacer la demanda de métodos de planificación familiar en las comunidades indígenas. Aprovechando la demanda insatisfecha con las comadronas para que ellas puedan proporcionarlos con la consejería respectiva.
10. En los servicios públicos de salud se identificó que los hombres ejercen su poder sobre el cuerpo de la mujer al decidir lo que ellas hacen o no hacen respecto al uso de los métodos de planificación familiar, por lo cual se hace necesario promover acciones de salud sexual y reproductiva con los hombres de las comunidades indígenas para ir transformando esta situación.
11. A los hombres en general de las comunidades se les debe educar de manera creativa y alternativa en mejores formas de conducta personal y para con su pareja e hijos, construyendo una masculinidad acorde a una mejor forma de vida individual, familiar y comunitaria.
12. Una de las estrategias para prevenir o atender la violencia contra las mujeres adultas y adolescentes es fortalecer los factores protectores presentes en la comunidad como la familia, organizaciones pro derechos humanos, organizaciones de salud, líderes y lideresas reconocidas, maestros.
13. Es necesario fortalecer las capacidades de intervención de los COCODE y alcaldes comunitarios ante la situación de violencia contra las mujeres, considerando la misma como un problema de orden público que afecta los derechos de las mujeres.

B. Atención al embarazo en Adolescentes

1. Es necesario insistir con la adolescencia, que las relaciones sexo genitales y el hecho de ser padres son situaciones diferentes y que el embarazo no es un accidente en las relaciones sexo genitales sino una opción que debe ser vista con responsabilidad y compromiso y desde el planteamiento de la sexualidad, maternidad y paternidad responsable
2. El sentimiento y valoración de los jóvenes respecto a los roles socialmente asignados al ser papá y ser mamá, no se profundizó en el presente estudio pero valdría la pena realizarlo en el futuro, pues podrían ayudar a retrasar la primera relación sexual y a tomar conciencia sobre la opción de embarazarse por decisión propia y ejerciendo sus derechos sexuales y reproductivos.
3. La curiosidad de las adolescentes junto a su falta de información sobre sexualidad y métodos de prevención del embarazo, se suma al hecho de ser engañadas por los hombres de mayor edad en la calle, para ser causas del embarazo a temprana edad.
4. La violación sexual es una situación que no se le presta la suficiente atención como causa del embarazo en adolescentes y menos cuando es dado dentro del hogar por los propios padres o por los tíos y en la calle por hombres mayores, unido a esto el gobierno de la comunidad conformado por hombres no se mete en la atención de la violencia que se ejerce contra las mujeres.


5. Dado el contexto de descuido y violencia que sufren las adolescentes dentro de su propio hogar, es necesario realizar acciones de apoyo psicológico para fortalecer su desarrollo emocional y su capacidad de toma de decisiones sobre su cuerpo, en lugar de buscar padres sustitutos en los espacios fuera del hogar.
6. En la actualidad la presencia de las escuelas e institutos juega un papel preponderante en la enseñanza sobre la sexualidad para la adolescencia, lo cual también conlleva una gran responsabilidad sobre la información correcta, adecuada y completa; que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social trata de implementar a través de su programa de Escuelas Saludables, lo cual es preciso fortalecer y coordinar acciones de apoyo.
7. No se encontraron datos respecto a que la sexualidad se hable en la familia, de los padres a los hijos o de las madres a las hijas, y tampoco se mencionó que se hable en los espacios propios del hogar como en el temascal. Es necesario profundizar en el cómo actualmente se realiza la educación sobre sexo y sexualidad en los propios códigos o claves culturales, en los propios espacios de las comunidades indígenas y con principios de la cosmovisión maya y potenciarlos como factores protectores y claves para hablar de sexualidad con la adolescencia de manera adecuada y no la transmisión de aspectos machistas de padres a hijos.
8. Es urgente e impostergable la necesidad de realizar acciones tendientes a mejorar la forma de educación sexual en la calle dirigidas a la adolescencia, actividades que experiencias de ASECSA lo definen como creativas y alternativas, audiovisuales y lúdicas, en donde el involucramiento de la organización comunitaria y de instituciones presentes en la comunidad es importante.
9. Es importante fomentar en las escuelas e institutos y en los servicios de salud, espacios de lecturas dirigidas o autodirigidas para la adolescencia con material culturalmente pertinente, contenido adecuado y completo sobre la sexualidad y salud sexual.
10. Los jóvenes no utilizan métodos de prevención de los embarazos desde la lógica cultural de las comunidades indígenas sino los que se promueven los servicios públicos de salud, por lo que es preciso fortalecer este aspecto en los distintos espacios y acciones dirigidas a la prevención del embarazo en adolescentes.
11. El aborto es una práctica que existe en las comunidades para interrumpir los embarazos en casos de infidelidad de los hombres, para los embarazos en las jóvenes a temprana edad y para ocultar los casos de violación, este aspecto no se profundizó en el presente estudio pero se le debe prestar la atención inmediato e integral en los servicios de salud presentes en la comunidad y profundizar en las condiciones en que lo realizan y las consecuencias que quedan en las mujeres especialmente adolescentes.

12. La promoción del uso correcto del condón, sus beneficios y su distribución es un programa que debe fortalecerse por organizaciones privadas no lucrativas de salud y del propio Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dado la aceptación en las comunidades y en la propia población adolescente.
13. Algunos jóvenes han escuchado sobre algunos métodos de prevención del embarazo como el condón, las pastillas y la operación pero hace falta profundizar en la información correcta, completa y adecuada acerca de las formas o métodos para evitar los embarazos no deseados, para que tomen la decisión informada y voluntaria sobre los mismos.
14. Es necesario insistir con la adolescencia en retrasar su primera relación sexual en el sentido del “estar preparado”, lo cual debe entenderse desde su desarrollo físico, emocional y sexual, a lo que debe agregarse su preparación profesional y económica.
15. También es necesario multiplicar los esfuerzos para informar en los distintos espacios comunitarios sobre el embarazo en las adolescentes y sus formas de prevención y atención, principalmente es una labor que le corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en alianza con organizaciones públicas y privadas con presencia en las comunidades. Los espacios amigables, servicios de salud amigable o pertinente y las escuelas saludables son algunos ejemplos a potenciar.

C. Articulación de los Servicios de Salud para la Atención de la Violencia Contra las Mujeres y el Embarazo en Adolescentes

1. Transcurrida una década después de haberse iniciado los esfuerzos señalados a nivel nacional y desde instituciones estratégicas para la práctica de la salud pública en Guatemala, se considera que existen avances en el respeto a la práctica de la medicina indígena maya en Guatemala y que es tiempo de avanzar en otro paso más para estrechar la relación entre esta y los servicios públicos de salud bajo condiciones de interculturalidad equitativa.
2. Dos aspectos manifestados por los médicos y las médicas que participaron en el presente estudio hacen referencia a dos necesidades impostergables para mejorar el sistema de salud en Guatemala. Por una lado la adecuada capacitación a los terapeutas indígenas y por el otro lado su integración al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
3. En los distintos esfuerzos que han existido por estrechar la brecha entre los servicios públicos de salud y la medicina indígena en Guatemala, se exacerban las contradicciones que violentan los procesos y se vuelve cada lógica de atención a su respectivo espacio sin poder llegar a coordinarse, por eso el planteamiento necesario es que la capacitación sea recíproco en espacios de intercambio y con apertura al diálogo para llegar a acuerdos.

4. La construcción de la normativa de atención en los servicios de salud requiere la participación de los terapeutas indígenas en su elaboración más que en términos de consulta solamente, y si se llegara a acuerdos con respecto a los lineamientos integrales en la atención de los servicios de salud se habrá dado un gran avance en la pertinencia cultural para la promoción de la salud en Guatemala.
5. Aunque no se les preguntó intencionadamente, llama la atención que la adolescencia no menciona maltratos en los servicios públicos de salud, pero esto puede indicar que es posible cambiar la percepción que se tiene de la atención que se brinda en los servicios públicos de salud.
6. La apertura de espacios amigables son propuestas para la atención y educación a la adolescencia en el tema de violencia contra las mujeres, es una estrategia que trata de brindar la oportunidad a la adolescencia para desarrollar su salud integral y sobre todo sexual, espacio de consejería sobre sus problemas más frecuentes de salud.
7. Las acciones de prevención de la violencia contra las mujeres desde los servicios públicos de salud se limita a la realización de charlas en los distintos espacios donde se trabaja la promoción y educación en salud, pero no se le entra a las causas mencionadas por parte de las comadronas y de los jóvenes, como lo son el machismo, el alcoholismo y la infidelidad o como arriba misma se indica cuando se les limita el acceso a los servicios de salud reproductiva.
8. De las dificultades propiamente de los servicios de salud para prevenir la violencia contra las mujeres solamente se menciona “*el idioma*”, la cual debe entenderse del personal de los servicios públicos de salud que no entienden ni hablan el idioma local, siendo esto una clave cultural para mejorar la pertinencia en la prestación de los servicios de salud para atender la violencia contra las mujeres indígenas
9. Lo que no se puede negar es la existencia de violencia contra las mujeres en las comunidades indígenas K'iche' y Mam que participaron en el presente estudio y por lo tanto es necesario definir claves culturales para la atención de este problema para la salud y el desarrollo de las mujeres.
10. El protocolo de Atención a Víctimas / Sobrevivientes de Violencia Sexual se aplica sin diferenciar entre mujeres indígenas y no indígenas, esta aplicación se queda solamente en el discurso político de que se proporciona atención clínica integral o que dado las carencias en los distritos de salud se refieren al hospital para atención psicológica y tratamiento antirretroviral o en el mejor de los casos se indica que el protocolo se aplica siguiendo los lineamientos establecidos en las normas.
11. Los servicios de salud deben trascender más allá de solo realizar charlas y más charlas y aun las acciones que se realizan deben articularse con propuestas de acción más integrales y sostenibles como ferias educativas, foros y promoción constante a través de las sesiones del COMUDE y también en cada reunión con los COCODE de las aldeas, caseríos o del pueblo



12. Hace falta difundir el protocolo de atención a víctimas / sobrevivientes de violencia sexual y proporcionar las herramientas necesarias a los distritos de salud para su aplicación, ya que en la suma de opiniones se encuentran acciones claras que proponen o realizan las médicas y médicos entrevistados, los cuales son parte del protocolo de atención a víctimas / sobrevivientes de violencia sexual.

Referencias Bibliográficas

1. Presidencia de la República de Guatemala, Consejo Nacional de la Juventud (CONJUVE), Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN). Política Nacional de Juventud 2010-2015. Guatemala, 2010.
2. Eder, Karin y García, Manuela. Modelo de la Medicina Indígena Maya en Guatemala. Guatemala 2002.
3. Chirix García, Emma Delfina. Por la Vida Un Grito de Salud y de Esperanza: Conocimientos y Prácticas, Acceso a Servicios y Calidad de Atención sobre Salud Infantil, Materna y Reproductiva. Guatemala, 1998.
4. Asociación Frente de Salud Infantil y Reproductiva de Guatemala –FESIRGUA-. Mujeres Indígenas Trabajadoras del Sexo en Chimaltenango, Condiciones Sociales, Derechos Sexuales y Reproductivos. Guatemala, 2011.
5. Grupo de Mujeres Mayas Kaqla. La Palabra y el Sentir de las Mujeres Mayas de Kaqla. Guatemala, 2006.
6. Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial –ECAP-, Unión Nacional de Mujeres Guatemaltecas –UNAMG-. Tejidos que Lleva el Alma, Memoria de las Mujeres Mayas Sobrevivientes de Violación Sexual Durante el Conflicto Armado. Guatemala 2009.
7. Ortega Hegg, Manuel; Centeno Orozco, Rebeca y Castillo Venerio, Marcelina. Masculinidad y Factores Socioculturales Asociados al Comportamiento de los Hombres: estudio en cuatro países de Centroamérica. Managua: UNFPA-CEPAL, 2005.
8. Octavio Giraldo en Revista Latinoamericana de Psicología. El Machismo como Fenómeno Psicocultural. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Colombia 1972.
9. Cumes, Aura Estela y Monzón, Ana Silvia (Compiladoras). La Encrucijada de las Identidades. Mujeres, Feminismos y Mayanismos en Diálogo. Primera Edición. Guatemala 2006.
10. Asociación Pop Noj. Todos y Todas Somos Ajmaq Reflexiones sobre las relaciones afectivas, la sexualidad y el SIDA desde las perspectiva Mayas. Primera edición Guatemala, 2009.
11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA (PNS). Informe Estudio Antropológico Multiétnico sobre Comportamiento, actitudes y prácticas de la población Maya sobre ITS, VIH y sida y uso del Condón, y Estrategias de abordaje sobre la Sexualidad Humana en Guatemala”. Guatemala, enero a julio 2007.

12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Educación para la Vida: un reto de Generaciones. Manual Sobre Sexualidad. Guatemala, 2010.
13. Asociación de Servicios Comunitarios de Salud –ASECSA-. ¡Más que una Sanadora de la Comunidad! ¡La Comadrona Tradicional!, Manual de Capacitación. Guatemala, 1999.
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Medicina Tradicional y Alternativa. Conociendo la Medicina Tradicional en Guatemala. Guatemala, 2007.
15. Asociación PIES de Occidente. El Rol de la Comadrona en su Contexto Sociocultural, Investigación Realizada entre los años 1998-1999. Segunda Edición. Guatemala, s/f.
16. Equipo del Espacio de Salud para Mujeres “Entre Nosotras”. Cuadernos Inacabados 14 serie salud. Después del Incesto, Apoyo para la Elaboración de las Experiencias de Incesto. España, 1994.
17. De León Duque, Jorge Eduardo. Procurador de los Derechos Humanos. Informe Violencia Sexual en Contra de Niñas, Adolescentes y Mujeres en Guatemala. 146°. Período de Sesiones Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Guatemala, 2012.
18. MSPAS. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 (ENSMI-2008/09). Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)/Instituto Nacional de Estadística (INE)/ Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Guatemala, 2010.
19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Guía de Prevención del Embarazo en la Adolescencia en Guatemala, Prevenir con Educación. Guatemala, s/f.
20. Nanda, Serena. Antropología Cultural, Adaptaciones Socioculturales. Edición Extracomercial para uso de los Alumnos del Instituto de Antropología Aplicada. Quito 1994.
21. Secretaria Presidencial de la Mujer –SEPREM-, Gobierno de la República de Guatemala. Recopilación de Leyes: Ley General de Descentralización, Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, Código Municipal. Guatemala, 2003.
22. Procurador de los Derechos Humanos de Guatemala. Informe Primer Semestre Situación de los Derechos Humanos en Guatemala Enero a Junio 2012. Guatemala, s/f.
23. Incidencia Democrática, CS Sondea. Estudio “Violencia Contra las Mujeres”. Guatemala, 2008.
24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Protocolo de Atención a Víctimas / Sobrevivientes de Violencia Sexual. Guatemala, 2009.

25. Organización Panamericana de la Salud y Johns Hopkins University. Un Modelo para Des-Armar, Capacitación en Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes. Washington, 2006.
26. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas / DRPAP. Normas de Atención en Salud Integral para Primero y Segundo Nivel. Segunda Edición. Guatemala, s/f.
27. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala: ¿UNA ECONOMIA AL SERVICIO DEL DESARROLLO HUMANO?, Informe Nacional de Desarrollo Humano 2007/2008. Guatemala, 2008.
28. Diario de Centro América, Guatemala, Noviembre 17 de 1993.
29. Diario de Centroamérica, Guatemala, viernes 11 de agosto de 2000.
30. Emma Chirix. Ru Rayb'äl ri qach'akul, Los Deseos de Nuestro Cuerpo. Guatemala, 2010.
31. Medicus Mundi Bizkaia -MMB-, Asociación de Servicios Comunitarios de Salud – ASECSA-. Documento de Proyecto “Fortalecimiento Técnico/Político de Comadronas y Jóvenes con enfoque en Derechos Sexuales y Reproductivos. Guatemala, agosto 2011.
32. Prada E et al., Embarazo no Planeado y Aborto Inseguro en Guatemala: Causas y Consecuencias. Nueva York: Guttmacher Institute, 2006.
33. Asociación de Servicios Comunitarios de Salud. Impacto de los Cambios Macroeconómicos en la Salud Comunitaria. Informe Guatemala. Guatemala, Febrero 2012.
34. Lix Socop, Carlos Enrique. Informe Diagnóstico Sobre la Situación de Políticas y Programas del Ministerio de Salud en la Prestación de Servicios de Salud con Pertinencia Cultural en el Primer Nivel De Atención. Guatemala, 2007.
35. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Unidad de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad. Informe Ejecutivo 2009-2011. Guatemala, 2011.
36. Hernández, Jerónimo y Lix Socop, Carlos Enrique. Validación Científica Vs Empírica de las Plantas Medicinales. Guatemala, s/f.
37. Batres Marroquín, Ruth Anabella. Desempeño de las Comadronas Tradicionales Capacitadas por ASECSA Chimaltenango Durante 1998 y su Interacción con los Servicios Estatales de Salud. Tesis de Graduación como Médica y Cirujana. USAC Guatemala, 1998.
38. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Unidad de Género de la Salud. Memorando UGS/MSPAS/LV-013-2012. Guatemala, 5 de septiembre 2012.

