

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**PROGRAMA DE ABORDAJE PSICOSOCIAL DE LAS
MADRES QUE PRESENTEN COMPLICACIONES ANTES Y
DESPUÉS DEL PARTO DEL SERVICIO
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL
PEDRO DE BETHANCOURT DE
ANTIGUA GUATEMALA**

CLAUDIA BEATRIZ GARCÍA MÉNDEZ

GUATEMALA, MARZO DE 2005

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

PROGRAMA DE ABORDAJE PSICOSOCIAL DE LAS
MADRES QUE PRESENTEN COMPLICACIONES ANTES Y
DESPUÉS DEL PARTO DEL SERVICIO
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL
PEDRO DE BETHANCOURT DE
ANTIGUA GUATEMALA

INFORME FINAL DE EPS
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

CLAUDIA BEATRIZ GARCÍA MÉNDEZ

PREVIO A OPTAR EL TITULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADEMICO DE

LICENCIATURA

GUATEMALA, MARZO DE 2005

CONSEJO DIRECTIVO

Licenciado Riquelmi Gasparico Barrientos
DIRECTOR ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada Karla Emy Vela Díaz de Ortega
SECRETARIO ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada María Lourdes González Monzón
Licenciada Liliana Del Rosario Alvarez de García
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Estudiante Elsy Maricruz Barillas Divas
Estudiante José Carlos Argueta Gaitán
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

INDICE

| | Páginas |
|---|---------|
| RESUMEN | 06 |
| INTRODUCCIÓN | 08 |
| CAPITULO I ANTECEDENTES | |
| 1.1 Monografía del Lugar | 10 |
| 1.2 Descripción de la Institución | 16 |
| 1.3 Descripción de la Población Atendida | 22 |
| 1.4 Planteamiento del Problema | 23 |
| CAPITULO II REFERENTE TEORICO METODOLOGICO | |
| 2.1 Abordamiento Teórico Metodológico | 25 |
| 2.2 Objetivos | 52 |
| 2.2.1 Objetivo General | 52 |
| 2.2.2 Objetivos Específicos | 52 |
| 2.2.3 Metodología de Abordamiento | 53 |
| CAPITULO III PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS | |
| 3.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO | 63 |
| 3.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA | 65 |
| 3.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION | 67 |
| 3.4 OTRAS ACTIVIDADES Y RESULTADOS | 68 |

CAPITULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

| | |
|----------------------------------|----|
| 4.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO | 71 |
| 4.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA | 74 |
| 4.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN | 76 |
| 4.4 ANALISIS DE CONTEXTO | 80 |

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

| | |
|---------------------|----|
| 5.1 CONCLUSIONES | 82 |
| 5.2 RECOMENDACIONES | 85 |

| | |
|----------|----|
| GLOSARIO | 88 |
|----------|----|

| | |
|--------------|----|
| BIBLIOGRAFÍA | 94 |
|--------------|----|

| | |
|--------|----|
| ANEXOS | 96 |
|--------|----|

RESÚMEN

El Ejercicio Profesional Supervisado, se realizó en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, el cual está ubicado en la Aldea de San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Departamento de Sacatepéquez en el cual se abordó la problemática psicosocial de las madres que presentaron complicaciones antes y después del parto por medio de la orientación y atención psicológica.

Este trabajo se llevó a cabo en tres subprogramas los cuales fueron de servicio, docencia e investigación. El subprograma de servicio se realizó con las pacientes que presentaron amenaza de aborto o ya habían sufrido un aborto, ya que fue la población más necesitada. Porque esta problemática muchas veces es resultado de la situación en la que viven, además afrontan problemas emocionales fuertes tales como ansiedad, angustia, depresión, trastornos de personalidad; los cuales les provocan inestabilidad, ideas de suicidio, temor etc; por lo que necesitaron atención psicológica. El subprograma de docencia se trabajó con las futuras madres que asistían a su control prenatal en la consulta externa, se les brindó orientación sobre estimulación intrauterina así como información sobre los cuidados prenatales de forma oral y escrita ya que se impartieron charlas y se les proporcionó trífolios de estos temas con la finalidad de que las pacientes logaran un desarrollo óptimo del embarazo. El subprograma de investigación se llevó a cabo con la población de madres adolescentes tanto del área de encamamiento como en el área de consulta externa, por medio de entrevistas no estructuradas y la recopilación de testimonios lo cual permitió determinar los factores psicosociales que influyen en las

madres adolescentes, en este centro hospitalario se presentó un alto índice de menores de edad embarazadas. Para el desarrollo de estos subprogramas se contemplaron una serie de actividades las cuales se ejecutaron desde el mes de febrero al mes de octubre en un horario de 8:00 a 12:00 horas, durante el año 2,004. Logrando así los objetivos planteados los cuales fueron de apoyar emocionalmente a las pacientes con amenaza de aborto, aborto espontáneo o provocado, evitar los riesgos del embarazo en las pacientes por medio de charlas sobre cuidados prenatales y estimulación prenatal. Además se logró determinar los factores psicosociales que influyen en el embarazo de pacientes menores de edad; obteniendo buenos resultados ya que se atendieron un total de 245 casos con complicaciones pre y post-natales; además por medio de las charlas impartidas se logró que las pacientes de consulta externa comprendieran la importancia de la etapa del embarazo así como el desarrollo del nuevo ser que está en formación. En el subprograma de investigación se obtuvo como resultado que muchos embarazos en adolescentes son a causa de violaciones o por falta de educación sexual en los y las adolescentes; así también por la discriminación de género ya que todavía no se educa a la mujer desde su niñez.

Por lo que la salud materno-infantil debe ser una prioridad del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, atendiendo de forma integral a las pacientes de pre y post-parto para evitar así las complicaciones durante la etapa del embarazo por medio del trabajo multidisciplinario de profesionales del área de salud; brindándole más campo a la Psicología para mejorar la salud mental de la población.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es la ejecución del ejercicio profesional supervisado que se realizó en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala; en el cual se abordó la problemática psicosocial de las madres que presentaron complicaciones antes y después del parto por medio de la orientación y atención psicológica.

En el capítulo I se reunió toda la información necesaria del contexto histórico, económico, político y sociocultural de la Aldea San Felipe de Jesús, la cual es el área de ubicación del hospital. Así como también se presenta una descripción de la población con la cual se trabajó. Por medio de un diagnóstico previo se determinaron las necesidades más urgentes de las pacientes embarazadas que asistían al servicio de gineco-obstetricia para lo cual se les brindó orientación psicológica tanto en el área de consulta externa como en el área de maternidad.

En el capítulo II se hace referencia a los datos teóricos metodológicos, ya que se presentan los datos bibliográficos que sustentaron este proyecto con bases científicas. Así como también se presentan los objetivos general y específicos que se lograron con la ejecución de este ejercicio profesional supervisado, también se aborda la metodología que se utilizó en cada uno de los subprogramas de servicio, docencia e investigación.

En el capítulo III se presentan de forma detallada las actividades que se realizaron en cada subprograma así como los logros que se

obtuvieron en cada una de ellas durante el tiempo de ejecución del mismo.

En el capítulo IV se analizan los resultados obtenidos de los subprogramas de servicio, docencia e investigación y a la vez se presenta un análisis de contexto, lo cual permitió conocer más a fondo la relevancia de este trabajo y se dan a conocer los aspectos psicosociales que afectan a las madres embarazadas, antes y después del parto y de la necesidad de orientar a la población en temas como cuidados prenatales, estimulación intrauterina, planificación familiar y métodos anticonceptivos. Ya que las condiciones de pobreza, bajo nivel educativo, desintegración familiar, desempleo y violencia como afecta no sólo a las madres sino también a los bebés que están en formación.

En el capítulo V se presentan las conclusiones obtenidas de los ocho meses de trabajo, siendo estas generales y específicas por cada uno de los subprogramas. Así como también se dan a conocer una serie de recomendaciones para mejorar la atención de la población que asiste al servicio de maternidad del hospital.

La realización de este Ejercicio Profesional Supervisado fue de suma importancia ya que por medio de la ejecución de cada uno de los subprogramas se contribuyó a mejorar la salud mental de las madres de pre y post-parto que asistieron al servicio de ginecología y obstetricia del hospital, brindándoles una ayuda profesional por medio de la intervención psicológica. Contribuyendo así a la salud materno-infantil del Departamento de Sacatepéquez.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

1.1 Monografía del Lugar:

MARCO HISTÓRICO-ANTROPOLÓGICO

El Departamento de Sacatepéquez genera su historia alrededor del surgimiento, desarrollo y destrucción de la ciudad de Santiago de Guatemala, y posteriormente de La Antigua Guatemala, es por eso que toda la actividad de este municipio y sus aldeas giran alrededor de esta alucinante ciudad en ruinas, con un pie en el siglo XVIII y otro en el siglo XXI.

La aldea San Felipe de Jesús no es la excepción ya que pertenece al municipio de Antigua Guatemala; que por acuerdo gubernativo del 14 de marzo de 1883 se dispuso que el poblado quedara anexo al municipio de Jocotenango; luego pasó al de Antigua Guatemala por acuerdo gubernativo del 23 de agosto de 1935.

No hay que olvidar, que es una área de la etnia Cakchiquel, que entró en contacto pleno con los españoles desde el inicio de la conquista en el siglo XVI y posterior colonización en los siglos XVI y XVII. En la región del Departamento de Sacatepéquez quedaron asentados los indios tlaxcaltecas que Pedro de Alvarado trajo incorporados a su ejército de conquista. Es decir, que por un lado está presente la herencia española y occidental y por el otro, la herencia de la tradición cakchiquel.

La aldea San Felipe de Jesús fue fundada en el siglo XVII por disposición del Muy Noble Ayuntamiento de la entonces metrópoli del Reino de Guatemala, Santiago de los Caballeros de Guatemala. Fuentes y Guzmán, por la última década del siglo XVII indicó que era pueblo anexo a la doctrina o curato de Jocotenango, con quién se unía por la parte oriental. Entre 1768 y 1770 el Arzobispo Doctor Don Pedro Córtez y Larraz realizó visita pastoral a su diócesis. Mencionó que a la parroquia de San Sebastián pertenecía el pueblo de San Felipe, sin indicar número de familias ni habitantes, por no haberlo dado el cura Don Carlos Suncín. Los frutos de este territorio son los dichos en las parroquias antecedentes, maíces, frijoles, algunas frutas y verduras que traen a Guatemala. Los indígenas hablan el idioma cakchiquel y los ladinos el castellano. El mayor vicio era el de la embriaguez.

El nombre de San Felipe de Jesús se le dio para rendir homenaje a uno de los primeros santos nacidos en el Nuevo Mundo, ya que San Felipe de Jesús nació el 1 de mayo de 1572 en México, hijo de padres españoles que se habían establecido en la Nueva España, pocos meses antes, San Felipe de Jesús se dirigió en busca de aventuras, ingresó a la orden Francisca y cuatro años después, el 5 de febrero de 1597, murió martirizado en la isla de Nagasaki, Japón dando así testimonio de su fe.

Los primeros vecinos que se establecieron en este valle, en el siglo XVII, construyeron un modesto oratorio pajizo que en 1760 fue consumido por el incendio, salvándose milagrosamente las imágenes de San Felipe Apóstol, patrono del oratorio, así como la milagrosa imagen del Santo Cristo Yacente, a iniciativa del presbítero Don Manuel Francisco Barrutia, en 1819 se procedió a construir un nuevo oratorio en el mismo solar y un año más tarde, en 1820 se inauguró y fue puesto al culto religioso, ante el regocijo de los fieles y vecinos de la aldea.

En 1978 se inició la reconstrucción y ampliación de la iglesia quedando terminada en 1984; el 1 de diciembre de ese mismo año se consagró el Santuario y el altar mayor. En 1986 por disposición de la venerable Curia Eclesiástica, siendo nombrado para ocupar tan delicado cargo, Monseñor José Ramiro Pellecer Samayoa. El 2 de mayo de 1986 es consagrada la milagrosa imagen del Santo Cristo Yacente a cargo del Reverendísimo Monseñor Próspero Penado del Barrio, ex arzobispo de Guatemala.

Esta población se encuentra situada en una quebrada, rodeada de cerros elevados. Tiene los caseríos: El Llano y Cerro de San Felipe.

La altura sobre el nivel del mar es de 1535 metros, goza de un clima templado y agradable, durante casi todo el año.

Población: De acuerdo al último censo de 1996, la aldea de San Felipe de Jesús tiene una población de 7,000 habitantes, integrada de la siguiente forma:

Hombres: 3,500

Mujeres: 2,000

Niños: 1,500

MARCO SOCIOCULTURAL

La aldea San Felipe de Jesús es un centro turístico-religioso de Antigua Guatemala que está ubicada en el valle que está al pie de las

colinas de "El Rejón", a dos kilómetros al norte de la ciudad colonial estando unida a ella por excelente carretera asfaltada. En la cual se venera la imagen del Señor Sepultado, que es considerado milagroso, no sólo por visitantes de Guatemala, sino de Centroamérica y México.

Sus habitantes se dedican a la agricultura en su gran mayoría, entre sus principales productos agrícolas están: café, maíz, frijol, verduras, variedad de hortalizas, flores y árboles frutales de diversas clases. La producción más importante es el café que se cultiva en gran escala en numerosas fincas ubicadas en esta población. Entre sus principales fincas cafetaleras están: La Quinta y La Folié.

Existiendo además excelentes artesanos; entre las artesanías se pueden mencionar muebles y adornos tallados en maderas finas y objetos zoomorfos de barro cocido de buena calidad.

Una gran parte de sus habitantes se dedican a realizar ventas de comida típica en la plazuela central de la aldea, tales como: atol de elote, atol blanco, arroz en leche, dulces típicos del área, rellenitos, así como artesanías propias del lugar.

Otra minoría de la población son profesionales de los cuales algunos trabajan para el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

Es una población profundamente cristiano católica, otros profesan la religión evangélica, y una minoría creciente la mormona. Dentro de las festividades que celebran esta la del 1 de mayo cuando celebran al fiesta patronal de San Felipe Apóstol, con actos religiosos, culturales y deportivos, sociales y populares,. También la del Jueves de Ascensión del Señor, la del Corpus Christi y la Navidad.

MARCO IDEOLÓGICO-POLITICO

Esta población está marcada por la extraordinaria herencia histórico-cultural de la etnia cakchiquel así como del contacto pleno con los españoles desde la conquista y posteriormente la colonización. Por lo que esta huella histórica matiza y define el marco ideológico-político de la aldea San Felipe de Jesús, del municipio de Antigua Guatemala.

El legado de las tradición oral cakchiquel se encuentra amalgamado y sincretizado en el largo proceso histórico y la forma de transmitirla se da en velorios, acabos de novena y cuando personas mayores y jóvenes se reúnen en corredores de las viejas casonas o en los patios comunales de las casas del pueblo. Entre las que se comentan frases como: "Aquí en la Antigua Guatemala nacieron los espantos, porque aunque los españoles los trajeron, aquí entre los indios también los habían".

Don Domingo España de la calle Ancha de los Herreros, camino a San Felipe de Jesús, afirma que "quienes se echan los cheles de los perros en los ojos, pueden ver a la muerte y a los rezadores, porque tales legañas, son lágrimas que los animales derraman cuando los miran y es cuando se lo cargan a uno los Rezadores". Por lo que se destaca una ideología animística llena de mitos, leyendas de casos y cuentos maravillosos. En la cual predomina un pensamiento mágico.

La organización política de la población está basado en un núcleo familiar con un promedio de 5 a 7 integrantes, esa es la media aunque hay familias con más integrantes.

La administración pública la ejerce la Municipalidad de la Antigua Guatemala y la Alcaldía Auxiliar que está integrada por un alcalde auxiliar y un encargado de repartir la correspondencia a toda la aldea. Entre los servicios básicos urbanos con los que cuenta están: los servicios públicos necesarios como agua potable, alumbrado eléctrico, vías de comunicación, transporte, teléfonos y el centro hospitalario. Además están las instituciones educativas que son: una escuela rural mixta, llamada San Felipe de Jesús, de nivel primario y un colegio llamado Centro Pedagógico Antigüeño que atiende nivel primario, básico y diversificado.

En la amplia plazuela central de la aldea se encuentra una hermosa fuente colonial del siglo XVII, al oriente y al poniente de la misma se encuentra ubicado un moderno mercado de artesanías, comedores y otros centros comerciales para turistas. El comercio lo efectúa con la cabecera departamental y la ciudad capital.

No existen filiales de partidos políticos. Pero la población tiene organizado un Comité Pro-mejoramiento de la aldea.

1.2 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Antecedentes: Cuando se construyó la Catedral de Guatemala, se dispuso que de las rentas de los diezmos de la iglesia se separaran la novena y media parte para la fabricación y manutención de un hospital para los eclesiásticos. Se trataba de favorecer a los sacerdotes, diáconos y subdiáconos pobres que enfermaran, pero como las rentas de la iglesia eran mínimas, los obispos y el cabildo eclesiástico dispusieron que el producto de la disposición sirviera para repartir el dinero como limosnas que se daban los sábados en la misma iglesia, y así se acostumbró hasta el año 1646 en que el Obispo Dr. Bartolomé González Sotero, observando que ya entonces las rentas habían aumentado dispuso suprimir las limosnas y construir un Hospital para eclesiásticos, y desde luego se comprara una casa o predio donde se construyera éste.

No faltó sin embargo, lo inesperado, el obispo murió y no se volvió a tratar el asunto hasta el 15 de octubre de 1654, en que el Cabildo Eclesiástico ordenó poner en obra el Hospital, trazándolo el 3 de noviembre siguiente.

Realizada la bendición de la casa, así como de la primera piedra para la iglesia que hizo Fray Payo Enríquez de Rivera, en noviembre de 1662; en mayo de 1663 comenzaron a llegar enfermos nombrándose entonces para primer Rector del Hospital a Don Antonio Alvarez de la Vega y como enfermero y ecónomo a Don Salvador Nabrija.

Los religiosos de San Juan se hicieron cargo de la administración del Hospital, en mayo de 1663 y el 2 de diciembre del mismo año,

cuando tanto el Hospital como el Templo ya estaban terminados, fueron bendecidos por el Obispo Fray Payo Enríquez de Rivera, trasladándose enseguida provisionalmente la catedral al referido templo, hasta el 6 de noviembre de 1680 en que se estrenó la nueva.

Con el terremoto de 1773, la situación varió completamente, las casas de beneficencia pública sufrieron trastornos y el Hospital que se encontraba tan ordenado, se vio en circunstancias tan aflictivas por el hecho de tener que atender no solamente al elemento clerical, sino a toda clase de personas.

Se construyó todo lo que se pudo, especialmente se hizo la iglesia, que se estrenó el 24 de octubre de 1869 con el nombre de San Juan de Dios, pero la suerte se presentaba tan voluble, pues a causa de generalizar el servicio para hombres, mujeres y niños en su estado seglar, los religiosos tuvieron que dejar la administración, sustituyéndolos en 1865 las hermanas Capuchinas de la Divina Pastora, congregación fundada por Fray Pedro de Elisa. Las hermanas Capuchinas dejaron de prestar sus servicios en 1869, fueron sustituidas por las Hermanas de la Caridad.

Hoy la institución se conoce como Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt" y su nueva ubicación es en la aldea de San Felipe de Jesús, cuenta con un edificio adecuado con todos los servicios, un excelente personal y el equipo indispensable, beneficiando, así a más de 20,000 personas por año, fue inaugurado en 1991 y un año más tarde inició sus labores; está construido al sur oriente de la aldea en un terreno que mide aproximadamente siete manzanas, cedido por el Muy Noble Ayuntamiento al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en

1972 de donde depende, así como de la Dirección del Sistema Integral Atención en Salud, y de la Dirección Área de Salud.

Está compuesto fundamentalmente por un Dirección Ejecutiva, Comités de Apoyo, por una Sub-Dirección Ejecutiva y una Sub-Dirección Administrativo-Financiera, de la primera subdirección se desprenden todos los Servicios Médicos y Servicios Técnicos de Apoyo, de la segunda se desprenden la Jefatura Administrativa y Financiera de donde dependen todos los Departamentos Administrativos y el de Recursos Humanos, teniendo también ingerencia en los Servicios Técnicos de Apoyo.

Los objetivos del Hospital Pedro de Bethancourt son:

1. Prevenir enfermedades (atención primaria)

- a) Saneamiento del medio
- b) Educación sanitaria
- c) Control del niño sano

2. Curar enfermedades (atención secundaria)

- a) Atención de pacientes agudamente enfermos con tratamiento médico quirúrgico.
- b) Atención del paciente ambulatorio
- c) Educación para recuperar la salud

d) Atención de la madre embarazada.

3. Rehabilitación (atención terciaria)

a) Educación para mantener la salud

b) Integración al hogar

c) Seguimiento en consulta externa o en la comunidad.

Funciones del Centro: Baja morbi-mortalidad del área de influencia.

Los servicios con los que cuenta el Hospital son: Psicología, Estimulación Temprana, Ginecología, Pediatría, Nutrición de Niños, Nutrición de Adultos, Crecimiento y Desarrollo, Medicina de Mujeres, Medicina de Hombres, Cirugía, Cirugía Plástica, Traumatología, Dermatología, Neurología, Odontología, Cirugía Menor, Terapia del Lenguaje, Endoscopia, Radiología, Laboratorio, Ultrasonido, Curaciones Varias, Servicio Social, Farmacia interna y externa, Programa para Diabéticos y Emergencia.

Recursos Físicos, Equipo y Materiales: El Hospital Nacional Pedro de Bethancourt cuenta con cuatro niveles los cuales son suficientes para cubrir cada uno de los servicios que presta. En el Departamento de Gineco-obstetricia donde se realizara el Ejercicio Profesional Supervisado, cuenta con lo siguiente:

Área Educativa y Recreativa: Se utiliza para orientar a las madres sobre los cuidados que deben tener para con sus hijos especialmente en la Lactancia Materna, para dar la información se utiliza una televisión que se encuentra en esta área, específicamente para las mujeres de post parto, la cual también sirve de entretenimiento en el horario establecido de 17:00 a 20:00 horas.

Encamamiento: Consta de 9 habitaciones, en las cuales se dividen a las pacientes que presentan complicaciones y en otras donde se encuentran las pacientes de pre y post parto. Cada habitación cuenta con un promedio de 6 camas y mesas de noche, la cual se utiliza para colocar sus pertenencias, como alimentos y ropa.

Servicio Sanitario: Existe una sección de 6 sanitarios y 6 duchas, los cuales son exclusivos para las pacientes de esta área, cuentan con la higiene adecuada y están debidamente desinfectados.

Puesto de Enfermería: En el cual se puede acudir para solicitar información de las pacientes de pre y post parto, así como solicitar ayuda en caso de emergencia.

Oficina Jefe de Área: Se encuentra el Médico de Planta, el cual cuenta con su respectivo mobiliario y equipo, así como la papelería y útiles necesarios.

Oficina de Reuniones: Donde se realizan las reuniones con el personal del Departamento, así como donde se atiende a personas de afuera.

Oficina de Secretaría: Donde se encuentra la secretaria, la cual cuenta con una computadora donde registra a las pacientes que ingresan a dicho servicio.

Sala de Partos Complicados: Donde se atiende partos complicados por diversas razones, cuenta con el equipo necesario.

Bodega de Fármacos: Donde se guardan las medicinas, así como la ropa que las pacientes utilizan como batas, pañales y demás.

Área de Mantenimiento: Donde el personal de limpieza realiza sus actividades diarias, como lavar etc.

Clínica de Ultrasonido: En esta área se atiende a pacientes de encamamiento y consulta externa para lo cual cuenta con el equipo necesario.

Recurso Humano: En el área de encamamiento del Departamento de Gineco-obstetricia, está constituido por 2 médicos graduados con especialización en el área de Ginecología y Obstetricia, ellos se encargan de examinar a las pacientes de pre y post parto, además cuenta con 1 médico fijo, quien se encarga específicamente de realizar los ultrasonidos de las pacientes de Consulta Externa y Encamamiento. También hay 2 enfermeras profesionales, las que se encargan de supervisar la debida administración de fármacos a las pacientes de esta área; 6 auxiliares de enfermería que se encargan de administrar el medicamento. También se encuentra un grupo de estudiantes de enfermería y de medicina, los que se encargan de chequear los signos

vitales de las pacientes a cada cierto tiempo. Además cuenta con 1 secretaria, la cual tiene a su cargo el control de los expedientes; así también está el personal de mantenimiento, los cuales se encargan de la limpieza de esta área.

1.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

El Ejercicio Profesional Supervisado, se llevó a cabo en el Departamento de Gineco-obstetricia, el cual está ubicado en el segundo nivel del Hospital. Se trabajó en las salas de Maternidad, Ginecología, Complicaciones Pre-natales, Sepsis y Consulta Externa.

La población que se atendió estaba comprendida por pacientes mujeres entre las edades de 14 a 65 años, procedentes de áreas cercanas a la Aldea de San Felipe de Jesús, como Antigua Guatemala, San Miguel Dueñas, Jocotenango, San Juan del Obispo, Ciudad Vieja, Alotenango, Pastores, Santa María de Jesús, Santa Ana, Santa Lucía Milpas Altas, Las Victorias, San Pedro las Huertas, San Lucas, así como del departamento de Chimaltenango y en su minoría de la ciudad capital.

La mayoría de esta población pertenece a la etnia maya, en su minoría a grupos ladinos y mestizos, siendo de escasos recursos económicos, ya que no cuentan con un nivel de preparación educativa necesaria, dependiendo así de la ayuda económica de los esposos, quienes también tienen una economía baja. El estado civil de la población que se atendió son mujeres casadas, unidas y solteras.

El núcleo familiar está constituido de 4 a 8 hijos, debido a que no han utilizado métodos anticonceptivos, por creencias o normas religiosas o por falta de orientación. También están las madres primerizas, las cuales se ven afectadas emocionalmente por los cambios que presentan o cuando hay amenaza de aborto, manifestando así angustia. A la Maternidad llegan aproximadamente de 6 a 10 mujeres diariamente, de las cuales 1 ó 2 son primerizas y las demás ya han tenido varios hijos.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Por la evaluación diagnóstica realizada en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt se observó que en las pacientes embarazadas que asisten a este servicio repercute la problemática psicosocial del contexto en el que se desenvuelven; muchas veces por la precaria situación económica, la falta de educación sexual, la desintegración familiar, la poca información sobre la planificación familiar, se dan los embarazos no deseados; tanto en adolescentes como en mujeres mayores de edad; por lo que existen muchos casos de pacientes con amenaza de aborto, abortos espontáneos o ya sea porque la madre lo ha provocado. Esta situación se da porque las pacientes no asisten a chequeo médico desde el inicio del embarazo o por no tener acceso a los servicios de salud.

Un aborto es una experiencia emocional traumática. Lo cual genera en las pacientes el síndrome post-aborto en el que se presentan tanto manifestaciones físicas como psicológicas. Entre las manifestaciones psicológicas de este síndrome están: culpa, tristeza, enojo, hostilidad, desesperación, pesimismo, pesadillas, nostalgia,

disminución del deseo sexual, llanto, insomnio, etc. Por lo que se presenta la necesidad de brindar atención psicológica a las pacientes que sufren esta experiencia para brindarles apoyo emocional.

A la vez se observa que es necesario prevenir desajustes emocionales en las pacientes embarazadas que asisten a la consulta externa por lo que se les brindará orientación sobre salud mental; así como se les proporcionará una guía de cuidados para asegurar un mejor ambiente prenatal para el bebé y así lograr un desarrollo óptimo del embarazo.

También se desea determinar los factores psicosociales que influyen en el embarazo de mujeres menores de edad ya que se observa un alto índice de esta población que no han cumplido ni los catorce años de edad. Esta problemática afecta tanto a la madre como al nuevo ser que se está formando.

CAPITULO II

REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1 ABORDAMIENTO TEÓRICO METODOLÓGICO

En Guatemala los problemas relacionados con la Salud Mental son múltiples y complejos. Ya que la situación socioeconómica del país contribuye a éstos. La pobreza aparece como un fenómeno de primer orden, el cual se une a una baja cobertura de servicios sociales de salud, educación, agua potable, nutrición, vivienda; situaciones que se agravan en las zonas rurales e indígenas. Es así como esto afecta al individuo y lo hace vulnerable a sufrir perturbaciones de tipo emocional. Ya que la salud mental es una actitud equilibrada que permite aceptarnos como somos, permite enfrentar de manera racional y eficaz el estrés de la vida cotidiana, realizar un trabajo fructífero, aceptar y dar afecto, permitiendo realizar aportaciones a la comunidad. En salud mental, hay una inexistencia casi total de servicios especializados en el interior del país, es así como en el Departamento de Sacatepéquez, la población esta totalmente desprotegida en esta área lo cual agrava la problemática psicosocial tanto a nivel individual y familiar; lo cual se ve reflejado en los pacientes que acuden al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la aldea San Felipe de Jesús de la Antigua Guatemala.

Especialmente nos referimos a las pacientes embarazadas que asisten al Servicio de Ginecología y Obstetricia de dicho centro hospitalario; ya que toda esta gama de problemas psicosociales afectan tanto a la madre como al nuevo ser que está en formación.

“Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por la persona.”¹ Esta problemática psicosocial se ha observado directamente en las pacientes embarazadas que asisten a dicho servicio ya que se presentaron embarazos no deseados, amenazas de aborto, abortos y desintegración familiar ya que no cuentan con el apoyo de la pareja o muchas veces el embarazo es resultado de una violación, así como por falta de educación sexual o planificación familiar.

La decisión de ser padres trae consigo sentimientos encontrados con respecto a las alegrías y aflicciones de tener hijos. En el caso de la población que asiste a este servicio de gineco-obstetricia, se observan madres solteras, madres adolescentes que ni siquiera cuentan con el apoyo del padre del bebé lo cual trae consigo una serie de consecuencias no favorables tanto para la madre como para el niño o niña que se está formando. “El tener hijos, especialmente para la madre, tenía una importancia emocional única pues solamente la mujer que llegaba a ser madre se consideraba que realmente había cumplido con su deber; únicamente a aquella que deseaba tener hijos se le consideraba normal. Sin embargo, actualmente hay menos razones culturales y económicas para desear ser padres.”²

¹ López Gamboa, Guadalupe. DOCUMENTO DE APOYO SALUD MENTAL COMUNITARIA.

² Papalia, Diane y Sally Wendkos Olds. PSICOLOGIA DEL DESARROLLO. Editorial McGraw Hill. México 1999. Pág. 53

Aunque en el ambiente sociocultural de nuestro país todavía se critica mucho a las mujeres que no desean tener hijos o ya son mayores y no se han realizado como madres. “Cuando las mujeres tienen hijos por razones equivocadas como las siguientes pueden generar problemas mayores para ellas y sus familias:

- Los niños le darán sentido a mi vida
- Seré una buena hija, si tengo niños
- No puedo ser mujer total si no tengo un bebé
- Un bebé arreglará mi matrimonio”³

Estas ideas provocan en la mujer el deseo de embarazarse aunque luego sean madres solteras y no puedan ofrecerle al hijo o hija un hogar integrado, muchas veces creen que el tener un bebé les solucionará la falta de sentido de vida o se cree que si no se realiza como madre no es una mujer completa; ya que en nuestra sociedad todavía se mantiene la creencia de que una mujer solo sirve para tener hijos y ser ama de casa, especialmente en el interior del país se presenta más esta problemática entre las familias indígenas que ni siquiera proporcionan educación a la mujer, desde la niñez lo cual desencadena que se embaracen desde muy jóvenes y no se realicen en otras áreas.

Por lo cual un embarazo debe ser planificado por la pareja para el buen desarrollo de éste. Y la total aceptación del nuevo ser que está por nacer.

El inicio del embarazo se da con la unión de material genético del padre y de la madre. “Más o menos 14 días después del comienzo del período menstrual, puede ocurrir la fecundación. Este es el proceso

³ Ibid. Pág. 54

mediante el cual una célula del semen de un hombre se une con un óvulo de una mujer para formar una célula nueva única, llamada cigoto.”⁴ Es una etapa clave en la mujer, por lo que es sumamente importante tener los conocimientos adecuados sobre el desarrollo del mismo e iniciar con la atención médica adecuada.

“Por lo general, el embarazo se detecta tempranamente cuando sobreviene ausencia de período menstrual y se aprecian síntomas tales como náusea, hipersensibilidad de los pechos y sensaciones de fatiga. Las reacciones emocionales ante un embarazo dependen mucho de cada persona, incluso cuando se trata de un embarazo deseado, éste suele ser fuente de dudas y preocupaciones”⁵

La duración promedio del embarazo o gestación es de 266 días. Después de la fecundación y a lo largo del período prenatal, un complicado programa genético influye en el desarrollo de billones de células especializadas. Las tres etapas del desarrollo prenatal: germinal, embrionario y fetal, la cantidad de células aumenta con rapidez y el nuevo ser se hace cada vez más complejo.

La etapa germinal inicia desde el momento de la fecundación hasta las 2 semanas después de la concepción. Durante esta etapa, el organismo se divide, se vuelve más complejo y se ubica por sí solo en la pared del útero.

⁴ Ibid. Pág.56

⁵ Salguero, Manuel. PRIMER CURSO CIENCIAS NATURALES. Editorial Salguero, Guatemala 1993. Págs. 187-188

La etapa embrionaria se caracteriza por la diferenciación de las partes del cuerpo y de los sistemas y termina cuando las células óseas aparecen, ésta se desarrolla de las 2 a las 8 ó 12 semanas de gestación.

La etapa fetal es la etapa final del embarazo se desarrolla entre las 8 ó 12 semanas hasta el nacimiento, se caracteriza por el aumento en la definición de las partes del cuerpo y el crecimiento rápido del tamaño del cuerpo. Conocer el desarrollo del embrión y el feto es importante para que la madre tenga conocimiento del crecimiento del nuevo ser que tiene dentro de su cuerpo, este proceso es culminante para toda mujer embarazada, la cual manifiesta ternura al darle vida a su bebé.

Una vez terminado el desarrollo fetal se produce el parto, es decir la expulsión del feto, que continúa desarrollándose fuera del cuerpo de la madre, el parto se inicia por contracciones lentas y rítmicas de los músculos de la pared del útero y la ruptura del saco lleno de fluido en el cual se ha desarrollado el nuevo ser. Acompañando las contracciones iniciales del útero, la pelvis y la vagina se dilatan, formando un canal de parto a través del cual pasará el niño, estos son conocimientos que la madre debe tener para prevenir anoxias perinatales.

El parto o trabajo de parto ocurre en tres fases sucesivas, más una cuarta fase de recuperación. La siguiente descripción se aplica al alumbramiento típico y normal por vía vaginal.

1. "Primera Etapa del Parto: Esta es la más larga y suele durar doce horas o más cuando una mujer va a tener a su primer bebé. Sin embargo, el nivel de variación es bastante grande y en los partos posteriores la primera etapa tiende a ser más corta. Durante esta

etapa, las contracciones uterinas producen el ensanchamiento del cuello, un proceso que se llama dilatación, hasta que alcanza un tamaño suficiente para permitir el paso de la cabeza del bebé.”⁶ Al principio las contracciones se presentan casi cada ocho o diez minutos y dura hasta 30 segundos. Hacia el final del trabajo pueden presentarse cada dos minutos y durar entre 60 y 90 segundos.

2. “Segunda Etapa del Parto”: Esta tarda más o menos una hora y media, comienza cuando la cabeza del bebé asoma a través de la cerviz y del canal vaginal, termina cuando el cuerpo de la criatura sale por completo del cuerpo de la madre, a esta etapa también se le conoce como Pujos.”⁷ Ya que la madre siente la urgencia de pujar y ayudar al progreso del parto mediante la presión con sus músculos abdominales en cada contracción.

3. “Tercera y Cuarta Etapas del Parto: Durante la tercera etapa, que tarda entre cinco y 30 minutos, salen el cordón umbilical y la placenta. El par de horas después del alumbramiento constituye la cuarta etapa, cuando la madre descansa en la cama y se controla su recuperación del trabajo de parto y del alumbramiento.”⁸ La persona que atendió el parto puede masajear el útero para ayudarlo a contraerse, examinará la vagina y el cuello uterino para verificar que no haya desgarres o exceso de sangrado.

⁶ Papalia, Diane y Sally Wendkos Olds. PSICOLOGIA DEL DESARROLLO. Editorial McGraw Hill. México 1999. Pág. 129

⁷ Ibid. Pág. 129

⁸ Ibid. Pág. 130

Luego de pasar por todo el proceso del embarazo es necesario que el bebé viva en un hogar lleno de afecto y amor, donde exista armonía y tenga los cuidados necesarios, tanto de la madre como del padre y de los demás integrantes de la familia.

Toda la información sobre el embarazo es de mucha utilidad para la futura madre, ya que reducirá el nivel de ansiedad antes y después del parto, sobre todo se pretende el nacimiento de niños sanos física y mentalmente.

En tiempos antiguos la gente creía que una mujer podía estar en peligro de perder al bebé por el sonido de un trueno. Sin embargo, en la actualidad se sabe que el feto se encuentra bien protegido contra casi todos los accidentes y no se puede soltar con facilidad. “La mujer embarazada en el afán de orientarse sobre todo el proceso de vivencia, comienza su búsqueda de información con las personas más cercanas que le rodean, abriéndose así ante ella toda una gama de datos, que más que científicos, son todo un bagaje de nuestra herencia cultural, así como los diversos rituales a realizar durante el embarazo”⁹ Es así como todos estos mensajes culturales rigen la vida de la mujer embarazada, desde el momento de conocer su estado hasta llegar al parto. Esto es explicable debido a la vulnerabilidad que la mujer tienen en esta época de su vida.

Las circunstancias que ocurren en nuestra cultura, provocan ansiedad en la mujer durante el embarazo, situación que pudo observarse en las pacientes embarazadas que asistían al servicio de consulta externa del servicio de gineco-obstetricia del hospital.

⁹ Wolf, Werner. INTRODUCCIÓN A LA SICOPATOLOGÍA. Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1980. Pág. 172

“Siendo así como la mujer empieza a utilizar cintas de color rojo, ganchos en cruz, para evitar con ellas las malas influencias de la gente que la rodea, del sol y la luna, satisface todos sus antojos relacionados a comidas, según ellas con el fin de prevención de un aborto, establece una dieta especial que lleva alimentos que le facilitarían el parto y algunas molestias durante el embarazo, evita dormir demasiado para que la placenta no se le pegue al útero al momento de dar a luz.”¹⁰ Estas son algunas de las creencias que la mujer embarazada tiene y sigue durante su embarazo con la finalidad del bienestar de su hijo y la propia.

Todas las mujeres necesitan cuidados prenatales, ya sean jóvenes o mayores, madres primerizas o madres que ya van por su quinto bebé, los cuidados prenatales regulares durante el embarazo son un beneficio para las futuras mamás. Las mujeres que reciben cuidados regularmente durante el embarazo tienen bebés más sanos, tienen menos probabilidades de tener un parto prematuro, y de tener otros problemas serios relacionados al embarazo como: infecciones urinarias, hipertensión arterial, hemorragias vaginales, anomalías fetales, desprendimientos de placenta y óbitos fetales.

Al quedar embarazada. la mujer es responsable de la salud del bebé así como de su propia salud. La mamá y el niño dependen el uno del otro. Las necesidades de crecimiento del bebé pueden afectar la salud de la madre, del mismo modo los hábitos de la madre afectan la salud del bebé.

¹⁰ Ibid. Pág. 172

Es importante tener control médico periódico, junto con las visitas al médico, es importante que se tomen en cuenta los siguientes aspectos:

ALIMENTACIÓN

Durante la gestación la madre necesita diariamente aportar elementos nutritivos para el desarrollo del embarazo y debe acumular grasas de reserva para el período de la lactancia. El aporte energético de la embarazada debe estar ajustado a su estado nutricional y a la intensidad de trabajo que realiza a diario. Por ejemplo si una mujer está bajo peso o tiene una actividad física intensa, debe aumentar la ingesta calórica. Si la embarazada está bien nutrida, se recomienda que mantenga una dieta equilibrada, al igual que una embarazada obesa. La dieta equilibrada debe incluir diariamente: leche u otros derivados lácteos (aporte de calcio), verduras y frutas (aporte de vitaminas y sales minerales), proteínas (carnes rojas, pescado, pollos, pavo, huevos), hidratos de carbono (pan, masas, cereales) y grasas (aceites). Los elementos antes mencionados garantizan el adecuado crecimiento y desarrollo del feto; los hidratos de carbono y grasas sólo aportan energía (calorías). Por último la ingesta de líquido (agua) ayuda al adecuado metabolismo de todos los nutrientes y al funcionamiento óptimo de órganos tales como el riñón.

CUIDADO DE LOS PECHOS

Esto se refiere al aseo habitual de la madre y al uso de un sostén adecuado (tamaño y forma) a medida que el pecho va creciendo. Algunos elementos de aseo como lociones o jabones, en el pezón, pueden interferir en la lubricación de éste, y producir molestias (resecamiento de la piel). Hoy en día el ejercicio del pezón, sobre todo en mujeres que tienen pezones umbilicados o planos, está en

cuestionamiento; ya que ésta zona es un tejido blando y sólo bastaría con una adecuada técnica de amamantamiento para corregir esta situación.

Es importante no olvidar que la manipulación de los pezones esta contraindicada en los casos de síntomas de parto prematuro, ya que por un mecanismo neuro-reflejo se producen contracciones uterinas.

CONSUMO DE DROGAS, ALCOHOL, TABACO Y CAFEÍNA

Es sabido que cualquier droga o medicamento puede afectar potencialmente al niño en gestación, sobre todo en el primer trimestre del embarazo. Si por razones de salud (epilepsia, diabetes, hipertensión, alergias, etc.) la madre consume algún medicamento en forma habitual, el médico tratante deberá analizar y evaluar la situación. Los riesgos de la automedicación, sin prescripción médica (analgésicos, antiinflamatorios, tranquilizantes) pueden causar más daño que beneficios.

- El **alcohol**, si se ingiere diariamente, aunque sea en pequeñas dosis, puede afectar al feto, de manera que es preferible evitarlo.
- El **tabaco**, aun en pequeñas dosis, constituye un riesgo comprobado para el feto (hipoxia, prematurez, bajo peso, etc.) esta situación es similar si la embarazada permanece en ambientes donde otros fuman.
- Tanto la **cafeína** como la teína son excitantes del sistema nervioso por lo tanto la madre debe consumirlos con moderación. Si ella tiene alguna adicción específica al té o al café, ésta etapa puede ser una buena motivación para dejarla

EJERCICIO FISICO DIARIO

La embarazada debe proponerse realizar ejercicios diarios. Puede hacer una caminata al aire libre de unas ocho a diez cuadras, o si prefiere hacer un esquema de ejercicios específico para flexibilizar su organismo y estimular la circulación sanguínea y mejorar la musculatura abdominal.

ROPA DURANTE EL EMBARAZO

El sostén debe adecuarse al tamaño de los pechos, no se recomienda que los presionen demasiado sobre todo en el contorno de la mama o hacia la axila; la ropa en general debe ser cómoda, liviana, fácil de poner y sacar, que no dificulte los movimientos.

ESTIMULACIÓN PRENATAL

Un factor que no debe subestimarse es la atención de las necesidades emocionales, una mamá emocionalmente cuidada, es fundamental para el buen desarrollo del nuevo ser. Se puede comenzar a crear un fuerte apego familiar aun antes de nacer el bebé. La estimulación prenatal permite enseñarle a los bebés en el útero y este aprendizaje prenatal, no sólo optimizará el desarrollo mental del bebé sino que ayuda a crear una corriente continua de comunicación con él.

Es una técnica que usa varios estímulos como sonidos, especialmente la voz de la madre y la música, movimiento, presión, vibración y luz para comunicarse con el bebé antes de nacer. El bebé aprende a reconocer y responder diferentes estímulos, lo que favorece el desarrollo sensorial, físico y mental.

La estimulación prenatal es la única herramienta que permite predecir con éxito cómo será el bebé, asegurando en un alto porcentaje que será alegre, con facilidades de adaptación, inteligente y feliz. El útero es un ambiente interactivo, y como tal, es importante establecer un diálogo amoroso entre madre e hijo, sobre la base de un vínculo afectivo sólido, estable, y un buen equilibrio emocional. La madre deberá mantenerse contenta, equilibrada, relajada, evitando las reacciones fuertes y las preocupaciones, y controlando, en la medida de sus posibilidades, emociones, sensaciones y pensamientos negativos que puedan afectar al nuevo ser que se está formando. Así como evitar los ambientes o situaciones que puedan inducirle estrés. Toda esa química que se produce frente a los sentimientos y sensaciones, le es transmitida al feto en un porcentaje mayor al sentimiento inicial; es decir, si se alegra por recibir un regalo, el bebé sentirá más alegría, pero si está triste por algo, su bebé estará más triste que la propia madre. Por eso, el eje fundamental de la estimulación prenatal se encuentra en lo bien que la futura madre debe estar y sentirse durante los nueve meses de gestación; además de tener presente que la felicidad debe ser su compañera constante en el embarazo, debe buscar el placer a nivel de todos los sentidos.

La estimulación intrauterina logra que el bebé sea más inteligente, creativo, despierto. Por lo cual será un bebé curioso, atento, dinámico, con iniciativa, relajado, afable, risible, sociable, con un mayor desarrollo visual, motriz y del lenguaje.

También se ha comprobado que las madres que estimulan a sus hijos son más tranquilas y relajadas durante las contracciones y el parto, disfrutan más cada momento con sus hijos, sin demostrar angustia o miedo. Entre las técnicas de estimulación prenatal están:

LA MUSICA, EL CANTO Y EL BAILE

Desde el primer mes de embarazo, la música debe ser una compañera constante para la madre y el bebé. La música es un elemento fundamental ya que permite relajarse, cuando ésta es clásica o disfrutar del placer de escuchar música favorita, que le permitirá a la madre cantar y sentirse feliz.

Sin embargo, se debe tomar en cuenta que la música fuerte, con muchos tambores o sonidos repetitivos, al igual que aquellas canciones que causan despecho, tristeza y melancolía, no son recomendables durante el embarazo.

El baile es otro elemento para el bienestar de la futura madre y por ende, para el bebé. Es importante que se tenga presente que se deben bailar aquellas canciones que inciten a hacerlo (no sólo música tropical) con movimientos suaves. Es bueno que se escuche música instrumental y que la madre se mueva libremente dejándose llevar por el ritmo. La pareja puede participar activamente en esta actividad. Esto le dará mayor confort y placer a ambos.

Por otra parte, las canciones de cuna o infantiles son una herramienta fundamental para la estimulación en el vientre y fuera de él. Es importante que se tenga un repertorio de 2 ó 3 canciones infantiles cortas para que se le canten frecuentemente al nuevo ser y así, cuando nazca, al escucharlas se tranquilizará rápidamente. Cada vez que sienta angustia o miedo, se puede cantar la canción mientras se mece suavemente.

COMUNICACIÓN ORAL Y ESCRITA

El diálogo con el pequeñín debe ser una conversación llena de amor y ternura, que le transmita pensamientos y sentimientos positivos. Para construir y fortalecer los lazos de unión, se debe establecer un momento del día para comunicarse con él, utilizando un lenguaje sencillo que exprese los sentimientos, las emociones y las vivencias del día. Utilizar una voz dulce y pausada. Empezar a ilustrarle el mundo que lo rodea, contarle como es la casa, qué hace papá, como está el día, que flores hay en el jardín, que sucesos del día determinaron una sensación especial, narrarle los futuros planes con respecto a él, contarle lo felices que están todos en la familia esperando su llegada.

El padre puede participar de este diálogo, al igual que los hermanos, si los hay. Para hacer más efectiva esta comunicación, se puede hacer un gran embudo con medio pliego de cartulina y usarlo como parlante. Así, el mensaje llegará de forma más directa al vientre y las vibraciones de la voz influirán en el desarrollo del sistema nervioso.

La comunicación escrita, por su parte, se inicia desde el momento mismo en que sabe del embarazo. Esta permite establecer un lazo de unión madre-hijo que permanece en el tiempo. Se puede conseguir un cuaderno o diario para escribirle al bebé todas las vivencias, sentimientos y experiencias que se generan durante los nueve meses de gestación. Además, es muy bueno que se le ponga toda la ternura y amor, y se ilustre con dibujos infantiles; el papá también debe tener su espacio para escribir y expresar sus sentimientos. Cuando el niño o niña pueda leerlo, sabrá del gran amor y deseo que lo trajo a este mundo y eso reforzará por siempre su autoestima

MECERSE

Mecerse es un arte que le permite a la madre regocijarse consigo misma. Durante el embarazo, debe realizarse esta práctica de manera regular. Lo ideal es que se haga en una silla mecedora donde se arrullará al bebé; mecerse ayuda al pequeñín a desarrollar el equilibrio y las bases de la direccionalidad. Cuando la madre practique esta técnica debe acariciar su vientre para enriquecer el lazo de afecto. Además es el momento ideal para que se le narre un cuento cambiando el tono de la voz.

ESTÍMULO-RESPUESTA

Cuando la madre sienta una manifestación física (movimiento) de su pequeñín, debe devolver el estímulo en el mismo sitio que lo sintió, como una respuesta a su llamado. Puede dar un par de golpecitos o una caricia. Así, el bebé se acostumbrará a recibir la respuesta y jugará con ella en un diálogo íntimo de movimiento y apretones suaves donde dice "aquí estoy". Este ejercicio permite que el bebé establezca un referente para el movimiento y estimule la memoria y la orientación espacial. Se recomienda tener un cascabel que se haga sonar antes de iniciar la rutina, de modo que el bebé estará más alerta. Así aprenderá a reconocerlo y a responder al llamado.

EL AGUA

El agua es el elemento que permite desarrollar más sensaciones kinestésicas. Se puede utilizar en múltiples formas: relajándose en una bañera de agua tibia para transmitirle al bebé paz y tranquilidad; jugando con el chorro de la ducha, que se puede pasar por todo el vientre... primero con agua tibia y luego con agua fría. Además de esto se recomienda la práctica de ejercicios en el agua, guiados por expertos y con supervisión médica. Estos facilitan y preparan para el momento

del parto. Se pueden practicar estos ejercicios máximo hasta el octavo mes de gestación para evitar posibles infecciones, ya que durante el último mes desaparece el tapón mucoso y se producen fisuras o rotura de membranas.

LOS MASAJES

Los masajes son indispensables durante los nueve meses del embarazo. Los hay de diferentes tipos: el masaje para reafirmar la piel del vientre, que por su frecuencia, estimulan al bebé; los masajes para estimular los movimientos del pequeñín, que son suaves como caricias y permiten tener un contacto físico con él. Se deben acompañar estos masajes con palabras que se puedan asociar a la acción, como por ejemplo: "te acaricio", "te palmoteo". De esta forma, se estimula el aprendizaje asociando la palabra con la acción. Por último, están los masajes que se reciben de un tercero, en especial de la pareja, que brindan relajación y tranquilidad, y cuyo placer sólo se puede sentir cuando la persona que hace el masaje transmite todo el amor hacia la madre y al nuevo ser en formación.

LA LUZ

Se debe permitir al bebé que experimente la luz y la oscuridad. El mejor aliado para estos ejercicios es el sol. Se debe dejar penetrar los rayos del sol y luego tapar el abdomen con una manta gruesa. En los últimos meses del embarazo las paredes del abdomen son más delgadas y permiten el paso de la luz, estimulando el sentido de la visión del feto. Por lo tanto, se puede emplear la luz de una linterna cerca de la parte baja del abdomen.

LA VISUALIZACIÓN Y RELAJACIÓN

Este es un ejercicio que se recomienda para prevenir la ansiedad, el temor y el nivel de tensión que afectan al bebé durante el embarazo. Para iniciar el ejercicio, la madre debe ponerse cómoda y comenzar a respirar elevando su vientre. Luego, realizar una relajación completa del cuerpo y comenzar a visualizar dentro de sí a ese bebé que está esperando, mirarlo, hablarle, conocerlo y establecer un diálogo interno de conocimiento. Se recomienda que busque láminas de bebés que le permitan tener una imagen clara de su futuro hijo.

TIPOS DE ABORTO:

ABORTO INDUCIDO: Es el embarazo terminado deliberadamente con una intervención. Puede ocurrir tanto en recintos médicos seguros, siguiendo las normativas legales y de salud pública, como fuera del sistema médico. Cuando el aborto lo realiza un personal calificado, usando técnicas y criterios higiénicos adecuados, es por lo general un procedimiento seguro, con una baja tasa de mortalidad y morbilidad. Los abortos son más seguros cuando se realizan en una etapa temprana del embarazo y en las condiciones de seguridad arriba mencionadas.

ABORTO INSEGURO: Se caracteriza por la falta de capacitación por parte del proveedor, quien utiliza técnicas peligrosas, y por llevarse a cabo en recintos carentes de criterios higiénicos. Un aborto inseguro puede ser inducido por la mujer misma, por una persona sin entrenamiento médico o por un profesional de la salud en condiciones antihigiénicas. Este tipo de aborto puede realizarse introduciendo un objeto sólido (como una raíz, rama o catéter) en el útero, provocando un proceso de dilatación y curetaje inapropiado, ingiriendo sustancias

tóxicas, o aplicando fuerza externa. Entre el 10% y el 50% de los abortos inseguros requieren atención médica, aun cuando no todas las mujeres la soliciten.

ABORTO ESPONTÁNEO: Resulta de la interrupción de un embarazo sin que medie una maniobra abortiva. Aproximadamente entre 10% y 15% de todos los embarazos terminan en aborto espontáneo. Este tipo de aborto requiere por lo general tratamiento y hospitalización, aunque resulta menos fatal que un aborto inseguro. Sus causas, excepto cuando hay traumatismos, no suelen ser evidentes y a menudo tienen relación con problemas genéticos del feto o trastornos hormonales.

Es lamentable que en Guatemala se den los abortos inseguros, ocasionando muchas veces la muerte de la persona que se lo está realizando, se debe hacer conciencia en estas mujeres, para prevenir los embarazos no deseados, por medio de la utilización de métodos anticonceptivos o bien dar a estos niños en adopción.

Entre los síntomas de un aborto espontáneo, cuando se da entre el primero o segundo mes es frecuente que se expulse el huevo completo, cuando es muy pequeño puede pasar de inadvertido entre los coágulos. Se producen hemorragias acompañadas de dolores intermitentes que son una especie de cólicos en la parte baja del abdomen. Cuando el aborto es del tercer o cuarto mes aparecen síntomas semejantes al segundo mes, como hemorragias, luego dolores y por último se expulsa el feto, siendo lo común que se retenga total o parcialmente la placenta, que puede provocar hemorragia e infecciones.

Cuando el aborto es del quinto y sexto mes, se produce muy a menudo un pequeño parto, en donde se producen contracciones

uterinas que dilatan el cuello uterino y así se expulsa el feto y más tarde la placenta.

CONSECUENCIAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS DE UN ABORTO:

El aborto, legal o ilegal también daña física y psicológicamente a la mujer y hasta puede acarrearle la muerte. Es por eso que las pacientes que se presentan al servicio de gineco-obstetricia por amenaza de aborto o ya sufrieron un aborto necesitan intervención tanto médica como psicológica.

Entre las complicaciones físicas del aborto en la mujer están las infecciones, las hemorragias, las complicaciones debido a la anestesia, las embolias pulmonares o del líquido amniótico, así como las perforaciones, laceraciones o desgarros del útero.

Además de las complicaciones físicas, las mujeres sufren emocional y espiritualmente de lo que ya se ha identificado como el "Síndrome post-aborto, en el que los efectos del aborto incluyen sentimientos de culpa, tristeza, enojo, hostilidad, desesperación, pesimismo, ensoñaciones diurnas y nocturnas, angustia, ansiedad, depresión, baja autoestima, llanto, insomnio, hipersomnia, disminución del deseo sexual y diversos tipos de neurosis y de enfermedades psicopáticas, tendencia al suicidio, pesadillas en las que aparecen los restos del bebé abortado, recuerdos dolorosos en la fecha en que hubiera nacido, etc."¹¹

¹¹ www.prodigyweb.net.mx/cprovida

SÍNDROME DEL POST-ABORTO

Uno de cada 5 embarazos termina en un aborto espontáneo, esto es la norma médica y algo que se espera a menudo. Para una mujer que ha pasado por una experiencia de un aborto, es un tiempo de soledad, duda personal y un sentimiento de fracaso. Perder a un bebé es para muchas madres un final doloroso de sus sueños y esperanzas. Los doctores, enfermeras y amistades muchas veces ignoran esto y no saben como actuar con el sufrimiento que le sigue y con la pena que le acompaña. Hay demasiados sentimientos que acompañan un aborto espontáneo, entre ellos están el que no lo cree, desesperación, culpa, rabia, frustración, depresión y una sensación de que ya no tiene control de su propio cuerpo. La mayoría de los abortos suceden en el hogar o fuera del hospital, entonces muchas mujeres tienen que lidiar con su tragedia a solas.

Es un hecho que el sentimiento más difícil de tratar después de un aborto espontáneo es la sensación de no ser una mujer adecuada. La víctima siente que todas las mujeres del mundo pueden quedar embarazadas y mantenerse embarazadas, menos ella. Nada más que ver a otras embarazadas puede producir un coraje interno, ellas ven particularmente a muchas mujeres embarazadas donde quiera que van y esto les hace recordar constantemente su pérdida. Ellas pueden tratar de evadir a embarazadas y amigas o mujeres que han tenido bebés recién nacidos y ellas, hasta pueden llorar cuando ven en televisión comerciales de pañales de bebé. Estos sentimientos empañan o nublan los embarazos subsiguientes. El miedo es real especialmente si ella ha tenido varios abortos espontáneos y sin ninguna razón medica.

Los sentimientos de apego que se forman entre un bebé sin todavía nacer y la mamá embarazada, intensifican el aspecto emocional de un aborto espontáneo. Algunos expertos creen que el lazo o apego, se forma cuando la madre embarazada comienza a sentir los primeros movimientos de su bebé dentro de su mamá. Pero en muchas mujeres que están ansiosas de quedar embarazadas este lazo se forma con cada día que pasa de su período menstrual tardío.

“Los tres estadios del Síndrome Post-aborto según la Dra. Standfort son:

Estadio 1: Desasosiego y tristeza (No tiene ni el alma ni el espíritu en paz)

Estadio 2: Revive continuamente el momento traumático del aborto de un modo muy profundo, aunque pasen 5, 10 ó 15 años, se preguntan a menudo como sería el niño.

Estadio 3: Depresión profunda, con gran sentimiento de culpabilidad, pérdida de interés por lo que antes le interesaba, piensa en el suicidio como escape.”¹² Además se presenta la Depresión de aniversario, la que se sitúa alrededor de la posible fecha del nacimiento o de la fecha del aborto.

EL DUELO DEL SÍNDROME POST-ABORTO

El duelo es la respuesta de la persona ante una pérdida o un cambio, sin importar cuan insignificante o profundo sea. Es frecuente

¹² www.psicologiacientifica.com

un período de desequilibrio donde el sufrimiento, la desesperanza, la desilusión y el dolor profundo son síntomas frecuentes. En este, existe una gama y una profundidad de emociones y sentimientos que no se han experimentado antes o no es habitual vivenciar. El individuo al encontrarse frente a nuevas situaciones, no es capaz de enfrentarlas de una manera adecuada, ya que no puede utilizar los mecanismos habituales frente a esta nueva situación.

El duelo es el proceso de asimilación de una pérdida, cuya ausencia es transformada en una presencia interna o en la negación de dicha ausencia. En este, hay una inversión emocional importante, que conlleva a una falta de interés en el mundo exterior, conflictos en los vínculos interpersonales, lo cual implica una inversión de tiempo más o menos prolongada.

Para S. Freud: "Las causas desencadenantes de un duelo pueden ser múltiples, pero todas tienen una base común: la valoración afectiva que consciente o inconscientemente es atribuida a la pérdida."¹³

Por lo que, es interesante analizar el proceso de duelo por aborto, ya sea aborto natural e inducido, esta situación es de gran importancia y trascendencia en la mujer, desde lo psicológico, por todo lo que implica la recuperación de la pérdida de la fantasía del bebé.

El aborto natural es una experiencia bastante dolorosa para la mujer, porque se ve enfrentada a una situación en donde experimenta una gran sensación de impotencia, por no poder evitar el sangrado, esto hace difícil el proceso de duelo, propicia un gran sentimiento de culpa por no

¹³ www.psicologiacientifica.com

haber podido hacer nada para evitarlo, además va acompañado de depresión y sentimientos de minusvalía.

Por otra parte, están las mujeres que se someten a abortos inducidos. Durante este proceso de duelo estas mujeres experimentan grandes sentimientos de cólera con todas las personas que tuvieron que ver con la decisión del aborto, directa o indirectamente incluyéndose a sí misma.

“La Dr. Elizabeth Kubler-Ross quien ha estudiado el proceso de penar a fondo, reconoce cinco diferentes etapas que un individuo experimenta cuando esta trabajando a través de su pena:

1. Negarlo, coraje
2. Miedo, negociación
3. Depresión
4. Retiro
5. Aceptación”¹⁴

Es muy importante reconocer que no hay un tiempo límite para completar las etapas de sufrimiento; esto es muy diferente en todos, muy dificultoso y en el caso de un aborto espontáneo temprano, muy solitario. A pesar que la mayoría de las mujeres comparten con el esposo el sufrimiento hasta algún grado, algunas veces hay malentendidos envueltos. Es muy normal que la mamá sienta una pena más intensa y que dure por más tiempo que a su marido. Es también común que los sentimientos del marido no se tomen casi en cuenta, por ser la madre la que cargó a su bebé y tiene el trauma físico del aborto.

¹⁴ www.lalecheleague.org

El marido tiene que bregar con sus sentimientos más con los sentimientos de recuperación emocional y física de su esposa. El puede tratar de esconder sus sentimientos para proveer fuerza moral y apoyo a su esposa, puede sentir que su marido no comparte su sentimiento de pérdida. Las parejas que tiene que bregar con un aborto, concuerdan que es muy importante compartir sus sentimientos abiertamente, de manera de proveer comodidad y fuerza entre cada uno de ellos.

NECESIDAD DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:

Las mujeres que han abortado tienen bastantes más probabilidades que otras de requerir el ingreso posterior en un hospital psiquiátrico. Adolescentes, mujeres separadas o divorciadas, y aquéllas en cuya historia clínica figura más de un aborto encaran un riesgo especialmente alto. Puesto que muchas mujeres tras un aborto recurren a la represión como mecanismo de defensa puede darse un largo período de negación antes de que una mujer requiera tratamiento psiquiátrico. Estos sentimientos reprimidos son susceptibles de causar afecciones psicósomáticas y psiquiátricas o de conducta en otras facetas de la vida de la mujer. En consecuencia, algunos asesores informan del hecho de que la angustia por un aborto que no se quiere reconocer es lo que en realidad subyace en muchas de sus pacientes, incluso aunque se hayan dirigido a ellos en demanda de terapias para problemas que aparentemente nada tienen que ver con ello.

Para el tratamiento de las pacientes se consideró importante abordar diversas terapias, tales como:

La terapia existencialista es la que se ubica al paciente en el aquí y el ahora, sin ver hacia atrás, solo interesa el presente, por lo que se utilizaron ejercicios de meditación para comprender positivamente la situación por la que las pacientes estaban atravesando en ese momento.

La terapia de apoyo que consiste en ayudar al paciente a alcanzar un equilibrio emocional lo más pronto posible, ésta fue la que más se utilizó en el área de encamamiento debido al corto tiempo que las pacientes se encuentran en el hospital.

La terapia cognitivo-conductual fue la que más se utilizó con las pacientes de Consulta Externa, con el objetivo de modificar las cogniciones y las conductas que le permitan reemplazar los pensamientos problemáticos y las formas de comportamiento desadaptados por ideas y conductas constructivas.

Dentro del trabajo que se realiza en relación a la educación sexual y la prevención de embarazos se ha podido detectar que debido a la censura que existe en muchas sociedades con respecto al tema de la sexualidad, los y las adolescentes carecen de información y acceso a servicios adecuados de planificación familiar en condiciones de confidencialidad e independencia. Por lo que este hecho los coloca en la categoría de riesgo de un embarazo no deseado y por consiguiente en la práctica de abortos inseguros.

Como las adolescentes no están suficientemente maduras para el parto desde el punto de vista psicológico y físico, los partos a edad temprana también se traducen en elevados índices de morbi-mortalidad materna. Las jóvenes adolescentes tienen más probabilidades que las mujeres mayores de tener un parto prematuro, un aborto espontáneo o

de que la criatura nazca muerta. También es cuatro veces mayor la probabilidad de que mueran por complicaciones del embarazo.

Investigaciones de campo ya realizadas indican que el bajo nivel de educación está directamente relacionado con una alta tasa de embarazos entre las adolescentes. La conducta reproductiva de los y las adolescentes es un tópico de reconocida importancia no sólo en lo concerniente con embarazos no deseados y abortos, sino también en relación a las consecuencias sociales, económicas y de salud. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones de nuestro país y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común, o que tienen lugar en condiciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así un problema social de la madre soltera. Muchos de estos abortos terminan en abortos practicados por personas empíricas y en condiciones sanitarias inadecuadas, ya que los servicios médicos especializados son escasos y costosos porque el aborto es ilegal en Guatemala.

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999, Guatemala 1999, "en cuanto a la fecundidad de adolescentes por edad tenemos que entre el total de las adolescentes menores de 20 años, el 17% ya son madres y 4% se encuentran embarazadas con el primer hijo. La relación entre grupo étnico y adolescentes que ya son madres existe una mayor proporción en el grupo indígena; con relación al grupo ladino, 19 y 16.5 por ciento respectivamente. En lo que respecta a la relación entre adolescentes que ya son madres y el lugar de residencia también encontramos diferencias importantes, ya que en el área urbana

tenemos un 13.4% a diferencias del área rural en la que la proporción es de 20.1%.

La edad en la cual las mujeres comienzan su vida reproductiva constituye uno de los factores demográficos determinantes en la fecundidad de la población, pero también determina en gran medida los niveles de mortalidad materna, mortalidad infantil y abortos. Según esta encuesta materno infantil, el 8.3% de la población estudiada tuvo su primera relación sexual antes de cumplir 15 años.¹⁵

Por consiguiente la finalidad de este trabajo de investigación, es de promover una educación sexual adecuada para prevenir embarazos no deseados y el aborto entre las adolescentes. Así como actitudes responsables entre ellos. A pesar de que el embarazo no deseado entre las adolescentes constituye un problema prioritario en los países de América Latina y el Caribe, en muchos países de la región no existen programas nacionales que atiendan las necesidades de los y las adolescentes en lo referente a información sobre salud o programas de educación sexual orientados a prevenir embarazos no deseados. Por lo tanto, resulta imperativo que en nuestro país se promuevan programas para garantizar el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva que permita atender las necesidades de los y las adolescentes. Y esto se puede iniciar en el área de Sacatepéquez con la población adolescente que atiende el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

¹⁵Organización Panamericana de la Salud. SITUACIÓN DE LOS Y LAS ADOLESCENTES GUATEMALTECOS. Editorial Artes Impresos, Guatemala 2,003. Págs. 41-45

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Abordar la problemática psicosocial de las madres que presentaron complicaciones antes y después del parto que asistieron al Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt por medio de la orientación y atención psicológica

2.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Subprograma de Servicio

- Apoyar emocionalmente a las pacientes con amenaza de aborto, aborto espontáneo o provocado del área de maternidad del Servicio de Gineco-obstetricia del hospital.
- Brindar orientación y psicoterapia individual a las pacientes embarazadas que se presentaron a la clínica psicológica del hospital.

Subprograma de Docencia

- Orientar a las pacientes embarazadas que asistieron a consulta externa del servicio de gineco-obstetricia por medio de charlas sobre estimulación prenatal para mejorar el ambiente prenatal

del bebé y así lograr que tenga un mejor desarrollo físico y emocional al nacer.

- Evitar los riesgos del embarazo en las pacientes por medio de charlas sobre cuidados prenatales en el área de consulta externa para lograr un desarrollo óptimo del embarazo.
- Informar a las pacientes embarazadas que asistieron a la consulta externa por medio de trifoliales, los cuales fueron una guía tanto de cuidados prenatales como de estimulación intrauterina para una mejor enseñanza-aprendizaje sobre las charlas que se impartieron.

Subprograma de Investigación

- Determinar los factores psicosociales que influyen en el embarazo de pacientes menores de edad que asisten al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

2.2.3 METODOLOGIA DE ABORDAMIENTO

El Ejercicio Profesional Supervisado se desarrolló con la población del Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, a través de acciones y procedimientos divididos en tres subprogramas, los cuales fueron Servicio, Docencia e Investigación, con una duración de 8 meses. Abordando la problemática psicosocial de las pacientes, brindando así

orientación y atención psicológica a las necesidades observadas en la población. Para lo cual se contó con el apoyo de la Jefe del Departamento de Psicología y Gineco-Obstetricia así como de los Médicos Residentes del Servicio y del Personal de Enfermería.

Por lo que a continuación se describen los métodos, técnicas, procedimientos e instrumentos que se utilizaron para lograr los objetivos de cada subprograma.

Subprograma de Servicio:

Este subprograma se llevó a cabo con las pacientes de encamamiento y consulta externa del Departamento de Gineco-obstetricia. Para lo cual se realizaron visitas diarias a las salas de Complicaciones Prenatales, ya que aquí se encontraban las pacientes con aborto o amenaza de aborto y fue la población con la que se trabajó este subprograma brindándoles una atención individual. Al identificar los casos que ameritaban intervención psicológica, se realizaba una entrevista con las pacientes para establecer rapport y luego se les brindó apoyo psicológico utilizando técnicas de psicoterapia como: terapia breve o de emergencia, existencialista, de apoyo, conductual con una duración de 15 a 30 minutos dependiendo de cada caso. A la vez se les incentivó a las pacientes para que le dieran continuación al tratamiento psicológico en consulta externa.

Subprograma de Docencia:

Este subprograma se trabajó con las madres que asistieron a la consulta externa del servicio de gineco-obstetricia del hospital y a las cuales se les brindó orientación sobre estimulación prenatal y cuidados

prenatales por medio de charlas cortas. Por lo que se logró evitar riesgos durante el embarazo, prevenir desajustes emocionales durante el desarrollo del mismo y que las madres comprendieran la importancia de lograr un buen ambiente prenatal para el bebé que está en formación y así lograr que ese nuevo ser tenga un mejor desarrollo físico y emocional. Además se les transmitió a las pacientes que debían mantener una actitud positiva durante el transcurso de los nueve meses del embarazo aunque tuvieran problemas económicos, sociales o con la pareja. A la vez se les brindaron estos conocimientos por escrito ya que por medio de trifoliales se les dio la información de los temas de las charlas. Los cuales se elaboraron de una forma clara, específica y con dibujos relacionados a los cuidados prenatales y a la estimulación intrauterina. Por medio de este subprograma se contribuyó a mejorar la salud materno-infantil de la población que asistió al hospital.

Estas charlas se realizaron de forma oral con apoyo de material psicopedagógico, se utilizó un lenguaje sencillo de acuerdo al léxico de la población; se impartieron los días lunes y viernes de 8:15 a 8:30; es decir dos veces por semanas con una duración de 15 a 20 minutos.

Subprograma de Investigación:

Por medio de este subprograma se determinaron los factores psicosociales que influyen en los embarazos de las pacientes menores de edad que asisten al Servicio de Maternidad y de Consulta Externa del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

Este trabajo se llevó a cabo por medio de una investigación cualitativa, para lo cual se recopilieron testimonios de las pacientes tanto del área de consulta externa como del área de encamamiento. Para llevar a cabo este trabajo se siguieron las siguientes fases:

Fase I: Se realizó una visita diagnóstica en la cual se identificó el problema por medio de observaciones. A la vez se hizo una recopilación de datos, por medio de entrevistas no estructuradas, con lo que se estableció el tipo de investigación, así como también la técnica a utilizar la cual fue por medio de testimonios de las pacientes que conformaron la muestra de la población la cual estaba comprendida entre los 14 a 18 años.

Fase II: En esta fase se elaboró un marco referencial obtenido en bibliografías con base científica sobre la problemática del embarazo en adolescentes tanto a nivel nacional como a nivel mundial. Así como también se recopiló información sobre la investigación cualitativa y las técnicas que se pueden utilizar en este tipo de investigación.

Fase III: Se realizó la grabación de testimonios de los diferentes casos de pacientes embarazadas menores de edad que estaban en el área de encamamiento o asistían a la consulta externa del Servicio de Gineco-obstetricia del hospital. Luego se llevó a cabo la interpretación de los datos reunidos en los testimonios.

Fase IV: En esta fase se analizaron los resultados obtenidos, así como se redactó el informe final donde se describen las conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación y las cuales se presentan en el siguiente capítulo.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

En este capítulo se presentan las actividades y resultados obtenidos en cada uno de los subprogramas del Ejercicio Profesional Supervisado que se llevó a cabo en el Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt durante los meses de febrero a octubre del 2004.

3.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

El Subprograma de Servicio se llevó a cabo tanto en el área de Consulta Externa, como en el área de Encamamiento del Servicio de Gineco-Obstetricia del hospital; realizando durante ocho meses de ejecución visitas tanto a las pacientes de parto normal, por cesárea y a las pacientes que presentaron alguna complicación como amenazas de aborto, abortos en curso, infecciones de heridas operatorias, etc; se les brindó terapia de apoyo, terapia breve o de emergencia y terapia existencialista. A la mayoría de estas pacientes solo se les atendió durante el tiempo que estaban internas ya que aunque se les exhortaba a seguir el tratamiento en consulta externa ya no se presentaban a la misma.

Así también se presentó la necesidad de darle más cobertura al servicio psicológico en la Consulta Externa atendiendo varias pacientes que necesitaron apoyo por diferentes problemáticas. Muchas de estas pacientes fueron referidas por los médicos.

ACTIVIDADES

Las actividades que se llevaron a cabo en el subprograma de Servicio durante la ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado fueron:

- Visitas a las Pacientes de Encamamiento:
 - Parto Normal.
 - Parto Por Cesárea
 - Pacientes con Complicaciones Pre y post- parto.

- Atención en la Consulta Externa

Durante estos ocho meses se realizaron un total de 245 consultas a pacientes con complicaciones en el área de maternidad, se atendió un total de 24 pacientes en el área de Consulta Externa. A continuación se presenta en forma detallada el número de visitas realizadas a las pacientes que se atendieron en el área de encamamiento y las cuales presentaron complicaciones en pre y post-parto.

| No. DE CONSULTAS A Px. CON COMPLICACIONES | DIAGNOSTICO | TRATAMIENTO |
|--|--------------------|---------------------|
| 67 | Amenazas de Aborto | Terapia Breve |
| 37 | Abortos | Terapia Existencial |
| 10 | Hemorragia Vaginal | Terapia Breve |

| | | |
|----|-------------------------------------|------------------------------|
| 8 | Molas Hidatidiformes | Terapia Breve |
| 16 | Infecciones de Herida Operatoria | Terapia de Apoyo |
| 33 | Amenazas de Parto Prematuro | Terapia Breve |
| 1 | Emb. 34 sem con Síndrome Convulsivo | Terapia Cognitiva-Conductual |
| 3 | Embarazos Gemelares | Terapia de Apoyo |
| 2 | Embarazos Anembriónicos | Terapia Breve |
| 1 | Emb. 17 sem. Pielonefritis | Terapia Breve |
| 1 | Puerperio Mediato Complicado | Terapia Cognitiva |
| 1 | Endometritis Post-parto | Terapia Breve |
| 2 | Miomatosis Uterinas | Terapia Breve |
| 3 | Anomalías Fetales | Terapia Existencial |
| 17 | Óbitos Fetales | Terapia Existencial |
| 1 | Abceso glándula Bartolín | Terapia Cognitiva |
| 9 | Embarazos a término | Terapia de Apoyo |
| 1 | Quiste de Glándula de Bartolín | Terapia Breve |
| 1 | Bartolinitis | Terapia Cognitiva |

| | | |
|---|------------------------------------|------------------------------|
| 1 | Retención de Restos Placentarios | Terapia Cognitiva |
| 2 | Histerectomía Vaginal | Terapia Cognitiva-Conductual |
| 2 | Embarazos Ectópicos | Terapia Existencial |
| 4 | Embarazos de Px Diabéticas | Terapia Cognitiva |
| 1 | Preeclampsia Severa | Terapia Breve |
| 1 | Parto Mediato Complicado | Terapia de Apoyo |
| 1 | Exploración Pélvica | Terapia de Apoyo |
| 1 | Hipertensión Crónica | Terapia Breve |
| 1 | Pos-parto Cesárea de una Violación | Terapia Cognitiva-Conductual |
| 4 | Desprendimientos de Placenta | Terapia Breve |
| 1 | Cistocele II Rectocele II | Terapia Breve |
| 2 | Pomeros | Terapia Cognitiva |
| 1 | Pos-parto de Px . Esquizofrénica | Terapia Breve |
| 1 | Hiperemesis Gravídica | Terapia Breve |
| 5 | Embarazos resultados de Violación | Terapia Cognitiva-Conductual |
| 2 | Probl. De Retención Urinaria | Terapia Breve |
| 1 | Parto Extrahospitalario | Terapia Breve |

En la Consulta Externa se atendieron pacientes con otras problemáticas que no pertenecían al Servicio de Gineco-Obstetricia, pero debido a la necesidad que presentó la población se le dio más cobertura al subprograma de servicio. Entre los casos que se presentaron están:

PRIMERA CONSULTA

| DIAGNOSTICO | No. DE CASOS | TRATAMIENTO |
|--------------------------|--------------|-------------------------------|
| Episodio Depresivos | 2 | Terapia Breve o de Emergencia |
| Trastorno de Ansiedad | 3 | Terapia Cognitiva-Conductual |
| Problemas de Pareja | 2 | Terapia Cognitiva-Conductual |
| Reacción Depresiva Breve | 1 | Terapia Cognitiva-Conductual |
| Abuso Sexual | 1 | Terapia Breve o de Emergencia |
| TOTAL | 9 | ----- |

RECONSULTAS

| DIAGNOSTICO | No. DE CASOS | RECONSULTAS | TRATAMIENTO |
|-----------------------------|--------------|-------------|---|
| Trastorno de Ansiedad | 6 | 36 | Terapia Cognitiva-Conductual |
| Problemas de Pareja | 5 | 23 | Terapia Cognitiva-Conductual |
| Pérdida del Deseo Sexual | 1 | 1 | Terapia Cognitiva-Conductual |
| Abuso Sexual | 1 | 11 | Terapia Cognitiva-Conductual Orientación sobre Cuidados Prenatales |
| Episodio Depresivo Leve | 1 | 2 | Terapia Cognitiva-Conductual |
| Episodio Depresivo Moderado | 1 | 2 | Terapia Cognitiva-Conductual |
| TOTAL | 15 | 75 | ----- |

3.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

En el Subprograma de Docencia se les brindó orientación a las futuras madres en el área de Consulta Externa por medio de charlas sobre Cuidados Prenatales y Estimulación Prenatal las cuales se impartieron los días lunes y viernes de 8:15 a 8:30, durante el transcurso del Ejercicio Profesional Supervisado. A la vez se instruyó a las pacientes por medio de material escrito ya que se les hizo entrega de trifoliales con información sobre las charlas.

ACTIVIDADES

Las actividades que se realizaron en el subprograma de Docencia fueron:

- Charlas sobre Cuidados Prenatales en el área de Consulta Externa.
- Charlas sobre Estimulación Prenatal en el área de Consulta Externa.
- Se entregaron trifoliales con información sobre los temas anteriores.
- Se dio orientación sobre planificación familiar en el área de maternidad.
- Se colaboró impartiendo charlas en el Programa de Madre Participante.

| CHARLAS IMPARTIDAS | TEMA | No. DE PARTICIPANTES |
|--------------------|---|----------------------|
| 12 | Estimulación Prenatal | 395 |
| 11 | Cuidados Prenatales | 355 |
| 5 | Crianza con Amor Comunicación Familiar Valores en la sociedad | 59 |
| Varias | Planificación Familiar Métodos Anticonceptivos | 100 |

3.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

Por medio del subprograma de Investigación se determinaron los factores psicosociales que provocan los embarazos en las pacientes adolescentes. Esta investigación se realizó de forma cualitativa. Por lo que se recopilaron 35 testimonios de pacientes menores de edad embarazadas, por medio de entrevistas no estructuradas y algunas permitieron la grabación de sus experiencias personales.

ACTIVIDADES

- Diagnóstico previo por medio del cual se identificó el tema que se investigó.
- Recopilación de un marco referencial sobre el embarazo en adolescentes.

- Se realizaron entrevistas no estructuradas a las pacientes menores de edad que asistieron a la consulta externa y a las pacientes del área de maternidad.
- Se grabaron testimonios de varios casos de adolescentes embarazadas, las cuales dieron su aprobación para grabar sus casos.

3.2 OTRAS ACTIVIDADES Y RESULTADOS

Durante la ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado se participó en otras actividades tales como:

- Atención de pacientes con diferentes problemáticas del área de Consulta Externa.
- Elaboración de murales para el Día Internacional de la Mujer, Día de la Madre, Día del Padre.
- Se impartió una charla por el día de la Madre en el área de Consulta Externa.
- Se participó en la Celebración del Día del Niño.

Todas estas actividades permitieron que se diera a conocer más el Departamento de Psicología en el Hospital, así como también se contribuyó con la necesidad de la población que asistió a consulta durante los ocho meses de trabajo.

También se participó en otras actividades como oyente específicamente en la Semana Científica que organiza el personal médico del Hospital, durante la cual se impartieron temas muy interesantes, que permitieron adquirir más conocimientos científicos en el campo médico. Así también la Jefa del Departamento de Psicología impartió algunas charlas durante el transcurso del EPS, lo cual contribuyó en la formación profesional.

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El Ejercicio Profesional Supervisado que se llevó a cabo en el Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt durante los meses de febrero a octubre del 2004, cumplió con el objetivo general del mismo con el que se logró abordar la problemática psicosocial de las madres que presentaron complicaciones antes y después del parto que asistían a este servicio por medio de la orientación y atención psicológica.

Para lograr este objetivo, fue necesario cumplir con los objetivos específicos de cada subprograma, los cuales se llevaron a cabo con mucha satisfacción realizando así durante los ocho meses de trabajo las actividades planificadas en servicio, docencia e investigación.

4.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

Durante la ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado en el área de gineco-obstetricia del hospital Pedro de Bethancourt; el subprograma de Servicio fue el que tuvo mayor cobertura ya que durante los meses de febrero a octubre del 2004 se atendieron un alto índice de casos de pacientes con complicaciones pre y post-natales tanto en el área de encamamiento como en el área de Consulta Externa.

Por lo que se lograron los objetivos de este subprograma los cuales fueron apoyar emocionalmente a las pacientes con amenazas de

aborto, aborto espontáneo o provocado así como brindar orientación y psicoterapia individual a las pacientes embarazadas que asistieron al servicio de gineco-obstetricia del hospital. Para ello se llevaron a cabo visitas a la sala de complicaciones del área de maternidad así como se atendió a pacientes de consulta externa.

Por lo que se dio apoyo psicológico a estas pacientes que por abortos o amenazas de aborto presentaban reacciones depresivas así como también algunas presentaron ansiedad o angustia.

En la Consulta Externa se atendieron pacientes con diferentes problemáticas las cuales asistieron por su propia cuenta o fueron referidas por el médico y fueron casos que no pertenecían al servicio de gineco-obstetricia; sin embargo por la necesidad de la población se brindó atención psicológica en la clínica de esta área. Así también se logró un buen número de reconsultas, lo cual satisface el trabajo que se realizó este subprograma. Por lo que se logró adquirir mayor experiencia y obtener nuevos conocimientos.

En este subprograma no se presentaron mayores dificultades ni en el área de encamamiento ni en la atención en la Consulta Externa. Solamente se presentó la problemática que las pacientes de encamamiento sólo se les atendía durante los días que estaban internas ya que luego no asistían a la Consulta Externa para darle seguimiento a sus casos.

Se atendieron un total de 245 casos, en los cuales se presentaron diferentes complicaciones pre y postnatales, así como también se presentaron diferentes casos de pacientes con complicaciones ginecológicas. Por el trabajo realizado se logró observar que la

problemática psicosocial de las pacientes afectaba en sus diagnósticos, ya que muchas de ellas tenían problemas económicos, bajo nivel educativo, problemas con la pareja, problemas de índole emocional, etc.; desencadenaba inestabilidades en la salud de la madre y la del nuevo ser que está en formación. Realmente todo esto es resultado de la problemática que se vive en nuestro país, ya que la ola de violencia, inseguridad, desempleo, analfabetismo, machismo, después de los 36 años de conflicto armado que afectaron a nuestra sociedad se refleja en las pacientes que asisten al servicio de gineco-obstetricia del hospital directa e indirectamente. Otro aspecto muy importante es la falta de educación sexual y sobre métodos de planificación familiar ya que se presentaron casos de pacientes que tuvieron su doceavo hijo. Así como también los casos de madres adolescentes.

Es impresionante que en pleno siglo veintiuno, en nuestro país se discrimine a la mujer y no haya equidad de género, ya que en las pacientes atendidas se observó el maltrato por parte del sexo masculino, se presentaron varios casos de violación y los cuales no fueron denunciados por temor de las pacientes (amenazas, represalias, mayores golpes, el que dirán). Así mismo la propia familia reproduce los patrones de crianza inadecuados; porque los padres prefieren llevar a la escuela a los varones educándolos para ser protagonistas dentro de la sociedad (trabajo, oportunidades, derechos, educación, liderazgo, autoridad, etc.) que a las niñas porque todavía se tiene la idea de que la mujer es para los quehaceres de la casa (sumisas, obedientes, recatadas, pasivas, débiles); situaciones que se contrastan en la realidad porque la mujer actualmente en países desarrollados goza de las mismas oportunidades y derechos que el hombre.

Realmente hay mucho trabajo que hacer por el género femenino en nuestra sociedad para que se de una igualdad de derechos. No es la excepción la población del Departamento de Sacatepéquez, ni la población que asiste al Hospital Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, ya que por los mismo se presentan los casos de embarazos no deseados, abortos, amenazas de aborto. Lo cual es una problemática redundante sino no se trabaja a nivel preventivo, educando a la mujer desde su niñez, adolescencia y edad adulta.

4.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

Durante la ejecución del subprograma de Docencia se realizaron las charlas de sensibilización que estaban planificadas. Por medio de las cuales se dio orientación a la población que asistía a la consulta externa, específicamente a las futuras madres que asistieron al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital. Aunque el tiempo de las charlas era muy corto se les brindó información a las pacientes por escrito por medio de trifoliales con los que se instruía sobre los temas de las charlas. Además se brindó apoyo en el Departamento de Pediatría con lo cual a este subprograma se le dio más cobertura ya que realmente se presentó la necesidad de orientar a la población, especialmente a los padres de familia de los niños que están en el área de encamamiento.

Por lo que se considera que en este subprograma se lograron cada uno de los objetivos que se deseaban alcanzar cumpliendo así con la finalidad de informar a las pacientes embarazadas sobre la importancia de los cuidados prenatales durante los nueve meses de gestación así como instruir a las futuras madres sobre las técnicas de estimulación

prenatal para un desarrollo óptimo del embarazo y un mejor desarrollo físico y emocional del bebé al nacer.

En base a las observaciones realizadas, el impartir las charlas se convirtió en una necesidad primordial debido a que muchas de las pacientes por su bajo nivel educativo o por su inmadurez en los casos de las adolescentes desconocen la importancia del embarazo así como también la relevancia del desarrollo del nuevo ser que se está formando.

Es necesario que el nuevo ser en formación sienta el nivel de aceptación que tiene tanto por parte de su mamá como de la familia en general. Aunque en nuestra realidad guatemalteca y específicamente en la población de Sacatepéquez se da un alto índice de embarazos no deseados, ya que muchas veces son resultados de violaciones o simplemente embarazos no planificados lo cual trae consigo consecuencias negativas tanto para la madre como para el bebé (mujeres que piensan que esto no les va a suceder).

La salud materno-infantil debe ser una prioridad del Estado ya que en esta se encuentran las bases para un mejor desarrollo del país. Por lo que también es necesario brindar orientación sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados ya que estos provocan frustraciones en la madre y en el bebé lo cual trae consigo una carga de problemas emocionales; depresión, ansiedad, angustia que luego afectan a toda la sociedad.

El haber brindado orientación sobre estimulación prenatal provocó impacto tanto para la población como para el personal de enfermería ya que realmente se observó el nivel de interés de las pacientes embarazadas de consulta externa. Así como también las enfermeras de esta área solicitaron la información por escrito de este tema, por lo que

se considera necesario continuar con dicha orientación ya que las madres identificaron esto como una herramienta importante de beneficio para el bebé, se lograron cambios como: interés por los padres que acompañaban a sus esposas a la consulta, necesidad de mayor información sobre el tema y la sensibilización de las futuras madres para estimular a sus bebés antes de nacer.

4.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

En nuestro país es alarmante la situación de las y los adolescentes ya que por la falta de educación sexual y control de natalidad se dan los embarazos en las menores de edad lo cual provoca embarazos no deseados o abortos inducidos. Esto se hizo evidente en el área de maternidad del Hospital Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala ya que se presentó un alto índice de madres adolescentes, así como también en el área de Consulta Externa. Por lo que por medio de la ejecución del subprograma de investigación en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital, se determinaron los factores psicosociales que influyen en el embarazo de las pacientes menores de edad. Este trabajo de investigación se realizó de forma cualitativa. Para lo cual se tomó una muestra de 35 adolescentes embarazadas, a las cuales se les realizaron entrevistas no estructuradas y se logró grabar las experiencias de algunas pacientes.

En los testimonios recopilados se logró determinar que varias de las adolescentes embarazadas habían sido “violadas” por los mismos integrantes de la familia o por los padrastros, casos que no se denunciaban ante la ley por temor o a veces no les creen a las

adolescentes que han sido abusadas. Fueron impresionantes algunos testimonios, ya que muchas veces se desconoce la realidad que se vive en nuestro país, especialmente entre los jóvenes y en la cual a la mujer todavía se le discrimina de una forma exagerada. A continuación se presentan y se analizan algunos de estos testimonios:

Nombre: B. G.

Edad: 14 años

Escolaridad: Analfabeta

“Estoy viviendo con unos Sres., bueno la Sra., se llama Noemí, yo no se los apellidos, ahorita tengo cuatro años de no estar con mi mamá. El hombre que mi mamá tiene ahorita me violó desde pequeña, me violó desde pequeña, desde ese tiempo ya no estoy yo con mi mamá, como casi a los nueve años. Yo le dije a mi mamá y todo pero ella me echo de la casa, desde ese tiempo ya no estoy con mi mamá.”

Cuánto tiempo tienes de embarazo? “Ahorita no sé, es primera vez que vine a consulta para que me dijeran que hasta mañana me decían cuanto meses tenía. Tengo más de cuatro meses de no ver la menstruación. Yo quede embarazada después de que me junte con él, yo deje de cuidarme, me deje de cuidar y todo y cuando me acosté con él y al poco tiempo se me vio el estómago y me dijeron que tal vez yo estaba embarazada. La que me da la comida y ropa es la señora con la que estoy viviendo ahorita, ella es la que me da todo. Ella se mantiene en la casa. Ahorita no tiene ningún negocio, sólo el esposo de ella sale a cuidar carros, sólo a la una bajamos a darle el almuerzo y de ahí en la tarde vamos a la casa. Yo si quiero al bebé. Ahorita más que todo

estoy desanimada por lo que me pasó y todo y no se yo no quisiera volver a regresar con mi mamá. Ella vende comida aquí enfrente del hospital.

Si puse denuncia y todo, no estudie, no sé ponerme a trabajar y cuidar a mi niño. Ahorita no he hablado con él, ya no lo he visto a él. Bueno así como ahorita no se nada del embarazo. Voy a ponerme a trabajar, seguir adelante, cuidar a mi niño.”

Cómo sucedió la violación? “Mi mamá estaba trabajando de noche y cuando mi mamá me dejó dormida ella se fue a trabajar vino hasta el siguiente día, cuando mi mamá llegó yo le dije que el me había agarrado a la fuerza y vino mi mamá y le dio igual y a mi mamá no le importo nada. Yo baje corriendo a la emergencia y que llamará a la patrulla y mi mamá lo defendió no quiso que se lo llevarán. De hembras somos tres, yo soy la más pequeña, las demás ya están casadas.”

El caso de esta paciente fue realmente impresionante ya que a su corta edad le había tocado vivir experiencias muy duras, ya que refirió que después de salir de su casa para sostenerse económicamente había trabajado como prostituta, además ya había consumido todo tipo de droga entre las que mencionó: la marihuana, piedra, coca, etc. El no tener apoyo de su propia madre que no le creyó lo de la violación y prefirió echarla de la casa. Esta paciente es todavía una niña que evidencia toda asustadiza, desnutrida, desorientada; que no sabía nada del embarazo, ni siquiera sabía cuantos meses tenía de gestación y solamente tenía el apoyo de una señora que no se supo si se aprovechaba de ella. La situación de esta adolescente fue alarmante y además como podía estar esa criatura que venía en camino. Ella realmente no sabía que iba a realizar en el futuro así como también no

contaba con el apoyo del padre del bebé que estaba esperando ya que la había abandonado.

Nombre: A. R. G. A.

Edad: 14 años

Escolaridad: 4º. Grado de Primaria

“ Me siento mal, tengo cinco meses de embarazo. Cuando salí de la escuela me salieron dos muchachos, me agarraron, pero sólo uno me agarró, saliendo de la escuela. Vivo con mi mamá, tengo mucho dolor. –La paciente presentaba hemorragia-. “Una Sra. Me dijo que no tenía nada, me dio un remedio amargo, una semana después me caí y me vine aquí.”

Que sientes por el bebé? “No lo quiero, mi papá me regaña vive en Quiché, vine a trabajar aquí en Santiago solo cuido a un nene con mi hermano, porque mi hermano tiene un puesto en un carnicería, yo solo cuido al nene, almuerzo y hago la comida del nene, mi hermano se enoja conmigo y no me pegó. Mi mamá me regaña, echaron la culpa a mi hermano, lo regañaron que porque me trajo, cuando estaba en Santiago me pegaba. Mi papá trabaja de ayudante de albañil. Si me pagaban Q250.00, el dinero era solo mío, la comida me la daban.”

Esto caso es otra muestra de muchas adolescentes que viajan del interior para trabajar en la capital esperando un mejor futuro, y por el bajo nivel educativo trabajan como empleadas de casa o niñeras. Esta paciente por lo que contó dio la impresión de que ella había provocado la amenaza de aborto, ya que dijo haber tomado un remedio amargo y a la vez de haber provocado la caída lo cual la había llevado al hospital. Era una paciente indígena que fue traída por su hermano para trabajar

de niñera. Y por la falta de educación sexual había quedado embarazada ya que por los datos recopilados no fue muy creíble lo de la violación.

Nombre: F. V. S.
Edad: 14 años
Escolaridad: 1º. Básico

“Vivo con mis abuelos, desde 15 días vivo con ellos, tengo un hermano que esta con ella (mamá) mi papá no tiene esposa, vive solo, mi mamá si tiene esposo, si tiene pareja, estoy contenta porque Dios me la ha regalado (a la nena) y realmente no la esperaba pero así fue. Mis abuelos me apoyaron, porque no fue que yo quisiera sino que fue parte de una violación, iba saliendo del instituto paro un carro y me subieron a la fuerza con un cuchillo y no pude hacer nada. Me quede en sexto primaria, este año estaba en 1º. Básico. Era un hombre, no sólo me lastimaron de mi parte. Cuando fui con el Dr. Me puse mala y se dieron cuenta, no pusimos denuncia en la policía. Primero sentía odio por el bebé, pero fui donde una psicóloga. Primero no estaba contenta pero ahora sí. Mi abuelo trabaja en un ingenio de azúcar de llevar gente en un bus.”

Este otro caso es muestra de la desintegración familiar, otra problemática que afecta a los y las adolescentes, ya que muchas veces son abandonados por los papás y son criados por otros miembros de la familia. Por lo que los y las adolescentes no son criados de una forma integral y provoca en ellos resentimientos por lo cual repiten el patrón de crianza de una forma inconsciente. Es así como el testimonio de esta paciente que fue criada por los abuelos ya que la madre la dejó con ellos desde los quince días de nacida. Su experiencia de la violación no fue

de mucha credibilidad ya que manifestó que no hubo golpes ni maltratos por parte del agresor. Esto sucede muchas veces entre las adolescentes embarazadas que prefieren ocultar la verdad de que han tenido relaciones sexuales con su consentimiento siempre por el que dirán o por no perder el apoyo de la familia.

Nombre: R. M. V. Y.

Edad: 17 años

Escolaridad: 4º. primaria

“Tengo infección urinaria, es mi primer bebé, si vivo con mi pareja, él tiene 22 años, tenemos un mes de estar juntos y cinco meses de novios. Yo no trabajaba solo estaba en la casa. Mis papás se enojaron, se incomodaron, pero después me mandaron a llamar. Tengo cuatro hermanos, si estoy contenta, si quiero al bebé, si nos llevamos bien con él.. Me siento triste es bien aburrido estar aquí, primera vez que estoy en el hospital. Cuando supe que estaba embarazada me asuste y se lo conté a una mi amiga. El me acompañó a hacer el examen, él trabaja en una fabrica de costales, vivimos con la suegra, es amable conmigo. Quiero trabajar pero no me deja él, quiere que solo me dedique a los hijos y a las cosas de la casa.”

El caso de esta adolescente también es muy frecuente en nuestra sociedad, ya que los padres de familia consideran que tan sólo por el hecho de ser niñas no merecen recibir educación, por lo que esta adolescente sólo había estudiado hasta cuarto primaria. Y todavía se tiene la creencia en muchos hogares guatemaltecos especialmente en el interior del país que la función de la mujer es de tener y cuidar a los

hijos así como de realizar los quehaceres en la casa. Por lo que es necesario realmente trabajar lo que es la igualdad y equidad de género.

Nombre: M. S. C. M.

Edad: 17 años

Escolaridad: 1º. Básico

“Lo que pasa es que estaba esperando, tenía cuatro meses y entonces ayer en la madrugada me empezaron los dolores y me trajeron aquí y cuando yo vine aquí, me dijeron que ya estaba muerto y entonces me examinaron y después me entraron allá y ya hoy me voy para la casa. Me trajo mi mamá, se vinieron todos los de mi familia. Él no es enojado, tampoco me pega, él tiene 20 años. Tenemos ocho meses de estar juntos, tardamos un año diez meses de novios. Solo somos unidos, los dos dijimos que nos queríamos juntar. Solo estudie hasta 1º. Básico y ya no quise estudiar por inglés no me gustaba. Él esta trabajando en rosas. Estoy triste por la pérdida del bebé, antes había ido con la comadrona. Vivimos con mis suegros.” La paciente tiene 5 hermanos y no tiene pensado seguir estudiando ni trabajar.

Muchas veces la falta de información entre las madres adolescentes provoca que no se logre un desarrollo óptimo del embarazo, ya que por la falta de educación muchas de las menores de edad no asisten a sus consultas prenatales y desconocen los cuidados que deben tener durante el transcurso de los nueve meses de gestación. Esta es otra problemática que se presentó en el hospital la cual es muy frecuente ya que se presentaron muchos casos de óbito fetal, así como amenazas de aborto, provocados por descuidos o por no asistir a los chequeos médicos durante la etapa del embarazo.

Nombre: L. G. G. C.

Edad: 17 años

Escolaridad: Analfabeta

Paciente de post-parto normal, tuvo un varón.

“Me siento bien, estoy contenta con mi hijo, fue parto normal, estoy viviendo con mi esposo, él tiene 17 años. Solo somos unidos, fuimos novios un año dos meses. Sólo él trabaja, yo no estude nunca, yo no se leer ni escribir, mi mamá no me puso en la escuela a mis hermanos si los mandaron. Yo trabajaba de china desde los 15 años. Si estoy contenta ahorita.”

Este es otro ejemplo de la realidad que vive la mujer en nuestro país, ya que en las familias prefieren educar a los hijos varones y a las niñas no les permiten ni siquiera aprender a leer o escribir, por lo que realmente se demuestra un atraso cultural en nuestra sociedad ya que se sigue dando la discriminación de género. Esto ocurre más en las familias indígenas y en el interior del país donde no se cree que la mujer no tiene derecho a la educación y a un mejor futuro.

Nombre: M. D. P. G.

Edad: 16 años

Escolaridad: 3º. Primaria

Paciente de post- parto normal, tuvo un varón.

“Es mi primer bebé, si vivo con mi pareja, él tiene 17 años, es ayudante de albañil, fuimos como 6 meses novios. Estaba estudiando, estaba en 3º. Primaria, ya no seguí estudiando porque resulte esperando, no sabía como cuidarme para no tener bebés tan rápido. Él es enojado pero no me pega, vivimos en Pastores con los suegros con la suegra si no me

llevo bien. Si trabajo en casas haciendo limpieza, él no quiere que trabaje. Ya no quiero seguir estudiando.”

Este otro caso es ejemplo de la poca información sobre educación sexual y control de la natalidad que tienen los y las adolescentes ya que no se puede negar que la mayoría de adolescentes están teniendo relaciones sexuales a temprana edad, lo cual provoca embarazos no deseados. La desinformación se da desde la casa ya que los padres de familia prefieren no hablar de sexo pensando así que los hijos no lo van a practicar. Es así como también es necesario el apoyo de las instituciones como la escuela, la iglesia etc. Para hablar de una forma adecuada a los y las adolescentes sobre este tema. Porque aparte de esto también está las infecciones de transmisión sexual que es un gran riesgo para nuestros adolescentes que no usan ningún tipo de protección al momento de tener relaciones sexuales.

Estos testimonios son una muestra de la realidad que están viviendo las y los adolescentes del área de Sacatepéquez, lo cual es totalmente alarmante. Toda esto es resultado de la problemática psicosocial que vive nuestro país, inicia desde la desintegración familiar, la pobreza, el desempleo, la falta de educación, la violencia, la inseguridad y en si todo el clima de descomposición que esta viviendo nuestra sociedad. Lo cual afecta a la población más joven ya que muchos ni siquiera terminan la educación primaria, especialmente las adolescentes porque los propios padres no les dan educación a las niñas por la discriminación de género.

Se debe trabajar mucho lo que es la igualdad y equidad de género y educar a la mujer desde su infancia para que realmente comprenda que su función no es sólo tener hijos o ser ama de casa.

Fue una investigación muy importante ya que es de urgencia educar a los y las adolescentes sobre la sexualidad, métodos de planificación familiar y sobre las infecciones de transmisión sexual. Es una problemática que debe ser abordada de forma integral, incluyendo a la familia, la escuela, las instituciones religiosas y sociales. Porque realmente no se da una paternidad responsable en los adolescentes, son niños criando a niños. Lo cual repercute en toda la sociedad y es un círculo vicioso el cual se debe de tratar de detener.

En la población que se tomó como muestra se presentó un mayor caso de pacientes indígenas menores de edad embarazadas ya que todavía no les dan el derecho a la educación tan solo por el hecho de ser niñas. La violación es otro fenómeno muy fuerte que se da en las adolescentes, las cuales no son tratadas ni física ni psicológicamente, por lo que no superan las secuelas de este trauma y se ven afectadas toda su vida por esta situación.

Se debe trabajar mucho con la población adolescente que asiste al hospital de forma preventiva para evitar los embarazos no deseados y a la vez brindar orientación también a la madre adolescente para que tenga un mejor futuro tanto ella como el bebé y así tratar de controlar esta problemática que se da entre los y las adolescentes.

4.4 ANÁLISIS DE CONTEXTO

El contexto en el que se desenvuelve la población que asiste al Hospital Pedro de Bethancourt se ve afectado por toda la problemática psicosocial que se vive en nuestro país específicamente en las pacientes

embarazadas que asisten al área de gineco-obstetricia ya que durante la ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado se observó un alto índice de casos de pacientes con complicaciones pre y post-parto. Muchas de estas complicaciones que presentaron las pacientes embarazadas que estaban en el área de encamamiento o asistían a control en el área de Consulta Externa son resultado de factores que aquejan a nuestra sociedad como la violencia, inseguridad, pobreza, desempleo, falta de educación, machismo etc. Lo cual provoca ya de forma específica las amenazas de aborto, abortos espontáneos, embarazos no deseados, etc.

Por medio del trabajo realizado se dio orientación y atención psicológica a las pacientes de este servicio del hospital, pero realmente falta mucho por hacer ya que se necesita abrir más campo a la Psicología en el área de salud, especialmente en este hospital ya que muchas veces los médicos no brindan el apoyo necesario o no creen en el trabajo del psicólogo o psicóloga en este caso. Las pacientes muchas veces desconocen lo que es la psicología y por lo mismo no permiten la ayuda profesional que se les puede brindar.

Las pacientes todavía manejan creencias o pensamientos mágicos sobre lo que es la etapa del embarazo o sobre el control de la natalidad ya que muchas de ellas creen que es pecado utilizar métodos de planificación familiar. Por lo que la educación sexual es un factor muy importante que se debe dar a la población desde la niñez, la adolescencia y la edad adulta por que hay un alto grado de desconocimiento sobre este tema en las pacientes que asisten a este hospital para evitar los embarazos no deseados.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

5.1.1 CONCLUSIONES GENERALES

La salud materno-infantil debe ser una prioridad del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, atendiendo de forma integral a las pacientes pre y post-parto que asisten al servicio de Gineco-obstetricia para evitar así las complicaciones durante la etapa del embarazo, por medio del trabajo multidisciplinario de profesionales del área de salud.

La problemática psicosocial que vive nuestro país, afecta a toda la población guatemalteca, no siendo la excepción la población del Departamento de Sacatepéquez que en su mayoría son los que asisten al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala. Especialmente a las pacientes embarazadas que asisten al Servicio de Gineco-obstetricia del hospital.

En el área de salud es necesario buscar espacios de apertura a la Psicología, para mejorar la salud mental de la población, ya que son muchos los trastornos emocionales que presentan las pacientes de pre y post-parto del área de maternidad y consulta

externa del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

5.1.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

El embarazo es una etapa de la mujer la cual es de suma importancia pues implica la formación de un nuevo ser, por lo que es necesaria la orientación y atención psicológica de las pacientes embarazadas antes y después del parto para mejorar la salud materno-infantil de la población que asiste a este Hospital.

Las pacientes que sufren aborto, amenaza de aborto u otra complicación antes y después del parto necesitan apoyo psicológico para manejar el nivel de ansiedad o angustia que les provoca esta experiencia traumática y así evitar posteriormente el sentimiento de culpa o trastornos emocionales.

5.1.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

El desarrollo óptimo del embarazo es el resultado de los cuidados prenatales que toda mujer embarazada ya sea primeriza o aquella mujer que vaya por su cuarto o quinto embarazo debe tener durante este período, para lograr que ese nuevo ser en formación nazca en buenas condiciones tanto físicas como emocionales.

La estimulación intrauterina o prenatal es una técnica efectiva que ayuda tanto a la futura madre como al bebé en formación, la cual crea un fuerte apego emocional antes de que nazca el niño o niña,

logrando así que el bebé tenga un mejor desarrollo sensorial, físico y mental.

La planificación familiar, es un tema relevante al cual no se le presta mayor interés, y es urgente darlo a conocer a la población que asiste al hospital, ya que el no tener control de la natalidad es un problema para el país tanto a nivel social, económico y de salud. Por medio de la educación sexual, se evitarían los embarazos no deseados tanto en las pacientes adolescentes como en las mujeres adultas.

5.1.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION

Los factores psicosociales que influyen en los embarazos de pacientes menores de edad son producto de la toda la problemática social que se vive en nuestro país a nivel general ya que la pobreza, el desempleo, la violencia, la inseguridad, etc., afectan al núcleo familiar y por ende provoca la disfuncionalidad de los hogares, lo cual provoca el maltrato a los hijos y especialmente a los y las adolescentes que prefieren abandonar sus hogares y formar sus propias familias a esta corta edad.

El abuso sexual es otro factor determinante ya que por los testimonios recopilados, muchos de los embarazos en las adolescentes son resultado de violaciones, las cuales no se denuncian y por los mismo no se juzga ni se castiga al agresor. Ya que las adolescentes no denuncian estos hechos ante la ley por temor o los mismos padres prefieren callar esta situación porque

el abuso sexual se da por algún miembro de la familia. Realmente es alarmante esta situación.

Es necesario instruir a la población adolescente sobre educación sexual, control de natalidad e infecciones de transmisión sexual de forma preventiva y brindar orientación a las madres adolescentes para que tengan un mejor futuro tanto ellas como los hijos, a nivel nacional como en la región del Departamento de Sacatepéquez y de forma más específica a la población adolescente que asiste al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

5.2 RECOMENDACIONES

5.2.1 RECOMENDACIONES GENERALES

Es necesario crear programas de atención integral para las pacientes embarazadas para mejorar la salud materno-infantil de la población a nivel nacional y específicamente a la población que asiste al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala por medio del trabajo multidisciplinario de profesionales del área de la salud.

Es muy difícil erradicar toda la problemática psicosocial del país, pero se debe trabajar poco a poco o de forma específica para mejorar las condiciones psicosociales de la población que asiste al hospital, especialmente de las pacientes embarazadas que asisten al área de maternidad y a la consulta externa por medio de la

colaboración de instituciones nacionales o no gubernamentales, religiosas o sociales para educar a las pacientes y lograr una mejor calidad de vida.

Es necesario abrirle más espacio a la orientación y atención psicológica de los pacientes que asisten al hospital en todos los servicios y darle mayor interés a la población que consulta el Servicio de Gineco-obstetricia del hospital Nacional Pedro de Bethancourt, para mejorar la salud mental de las pacientes de pre y post-parto del área de maternidad y consulta externa.

5.2.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

Brindar mayor orientación sobre el embarazo a la población tanto de consulta externa como del área de encamamiento del Servicio de Gineco-obstetricia del hospital, por parte del Departamento de Psicología.

Darle continuidad a el EPS de Psicología específicamente en el área de maternidad con las pacientes que presenten complicaciones antes y después del parto, así como a la demás pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

5.2.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

Darle continuidad a las charlas que se impartieron sobre cuidados prenatales en el área de Consulta Externa, para instruir a las pacientes embarazadas que asisten a este servicio y así evitar las

complicaciones durante la etapa del embarazo, y que este llegue a feliz término.

Es necesario crear un programa de estimulación prenatal para las pacientes embarazadas que asisten a la consulta externa del hospital, brindándoles así en algunos días específicos orientación sobre técnicas de estimulación intrauterina y técnicas de relajación que se pueden realizar durante la etapa del embarazo con la finalidad de apoyar a la futura madre y contribuir a un mejor desarrollo físico y emocional del bebé que está por nacer.

5.2.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

Es necesario trabajar conjuntamente con el Departamento de Pediatría y específicamente con la Clínica del Adolescente para orientar a las y los adolescentes del área de Sacatepéquez sobre educación sexual, control de la natalidad e infecciones de transmisión sexual a nivel preventivo.

Así como también darles apoyo psicológico a las pacientes adolescentes embarazadas que asisten al Servicio de Gineco-obstetricia del hospital antes y después del parto para lograr que tengan una mejor calidad de vida tanto la madre como el bebé y contribuir así a disminuir aunque sea en mínima parte los factores psicosociales que afectan a esta población, que son el futuro de nuestra patria.

GLOSARIO

ABORTO: Interrupción del embarazo antes de que el feto pueda desarrollar vida independiente. Se habla de parto prematuro si la salida del feto desde el útero tiene lugar cuando éste ya es viable (capaz de una vida independiente), por lo general al cabo del sexto mes de embarazo.

ANSIEDAD: Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo.

BARTOLINITIS: Es el nombre que recibe una dolencia femenina muy poco conocida, la inflamación de las glándulas de Bartolino, situadas a ambos lados de la vagina.

CERVIZ: Parte posterior del cuello uterino

CIGOTO: Célula única que se forma a través de la fertilización.

CISTOCELE: Hernia de la pared anterior de la vagina, acompañada habitualmente de protrusión del suelo de la vejiga en el introito vaginal. El útero y la vagina reciben sostén y soporte de los ligamentos cardinales, redondos y anchos, de las condensaciones de los tabiques vésico-vaginal y recto-vaginal, y de los músculos perineales. Los partos producen una distensión excesiva de estos tejidos; sin embargo, los síntomas son escasos hasta la menopausia que se produce una atrofia de esos tejidos, la cual aumenta la debilidad y aparece el cuadro clínico florido.

ECLAMPSIA: Proceso agudo de convulsiones desencadenado por una hipertensión mal controlada durante el embarazo. La hipertensión durante el embarazo puede existir previamente o ser inducida por la gestación (denominada clásicamente toxemia del embarazo, puede manifestarse como preeclampsia, eclampsia o hipertensión gestacional).

EMBARAZO ECTOPICO: En un embarazo ectópico, el óvulo fertilizado se implanta fuera del útero, generalmente en las trompas de Falopio, y comienza a crecer. En raras ocasiones, un embarazo ectópico puede implantarse dentro del abdomen de la mujer, del lado externo del útero, en un ovario o en el cuello del útero.

EMBARAZO MOLAR: En un embarazo molar, la placenta inicial se convierte en una masa de quistes (denominada "masa hidatidiforme") que se asemeja a un racimo de uvas blancas. El embrión no llega a formarse en absoluto, o lo hace de manera deforme y no puede sobrevivir.

EMBRIÓN: Germen de un ser orgánico con reproducción sexual. Es de 0 a 8 semanas durante el embarazo.

FECUNDACIÓN: Penetración de un espermatozoide en óvulo.

FETO: Es el producto no nacido aún. Se aplica al producto de la concepción, desde que se cumplen 12 semanas de gestación hasta el parto.

GESTACIÓN: Proceso durante el cual se desarrolla el embrión y el feto en el interior de la madre.

GLANDULAS BARTOLINO: Están situadas a ambos lados de la vagina, entre los labios menores y la pared genital. Dichas glándulas favorecen las relaciones sexuales puesto que tienen como función lubricar la vagina.

HIPERSOMNIA: Excesiva somnolencia, manifestada por sueño nocturno prolongado, dificultad para mantener un estado de alerta durante el día o episodios diurnos de sueño no deseados.

HIPERTENSIÓN: Tensión arterial alta. Frecuentemente se trata de una hipertensión esencial, primaria o idiopática, cuando la etiología es desconocida. La hipertensión secundaria es aquella debida a alguna causa fácilmente identificable.

HISTERECTOMÍA: Extirpación total del útero.

INSOMNIO: Quejas subjetivas de dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido o a causa de la mala calidad del sueño. Éstos son los tipos de insomnio:

Insomnio inicial: Dificultad para conciliar el sueño.

Insomnio medio: Despertar a media noche después de haber conciliado el sueño aunque con dificultades.

Insomnio terminal: Despertar antes de la hora usual de hacerlo, con incapacidad para reemprender el sueño.

MIOMAS UTERINOS: Son tumores benignos, es decir no producen la muerte. Sin embargo, producen cierta sintomatología que debe ser

controlada, como sangrado uterino anormal que puede producir anemia; otro síntoma es la pesantez pélvica que puede afectar en algún grado la columna vertebral; el tercer síntoma de importancia corresponde a las manifestaciones de desplazamiento y compresión de los órganos vecinos.

OBITO FETAL: Fallecimiento del feto.

OBSTETRICIA: Rama de la Medicina que se especializa en la gestación, parto y puerperio.

OVIDUCTOS: Trompa de Falopio. Canales dobles que llevan el óvulo desde el ovario al útero.

PELVIS: Cavidad del cuerpo que forma la base del tronco del cuerpo humano.

PIELONEFRITIS: Infección de las vías urinarias altas que incluye a la pelvis y al parénquima renal. Se considera que existe infección de las vías urinarias cuando existen microorganismos patógenos que invaden la orina.

PLACENTA: Masa esponjosa que envuelve al feto.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Es la utilización de procedimientos naturales o artificiales, tanto temporales como definitivos para impedir la fecundación, con el objeto de disminuir el número de hijos por familia de manera voluntaria.

PREECLAMPSIA: Complicación del embarazo caracterizada por hipertensión arterial a partir de la vigésimo cuarta semana de gestación, proteinuria (eliminación de proteínas en la orina) mayor de 0,3 gramos por litro en 24 horas, o edema (acumulación de líquidos en el espacio intersticial de los tejidos) después de 12 horas de reposo en cama. La hipertensión arterial en el embarazo se define como la presión mayor de 140/90 mm Hg o el incremento en más de 30 mm Hg de la presión sistólica o de 15 mm Hg en la diastólica sobre la basal, tras 6 horas de reposo. La primiparidad juvenil o añosa, la obesidad, la diabetes, la existencia de una mola o el embarazo gemelar son algunos de los factores que favorecen esta complicación. El tratamiento se realiza en el medio hospitalario y consiste en reposo, dieta y uso de fármacos hipotensores. En ocasiones es necesario inducir la finalización precoz del embarazo.

PUERPERIO: Período comprendido entre el final del parto y la normalización de la mujer, en lo que se refiere a los cambios anatómicos y fisiológicos que se habían producido durante el embarazo. Su duración aproximada es de 5 a 6 semanas, divididas en dos partes: la semana inmediata al parto, y las 4 o 5 semanas posteriores a ésta. Durante esta fase de la vida de la mujer ocurren muchos cambios, tanto personales como en el ámbito familiar, y aparecen nuevas responsabilidades que, a veces, son origen de trastornos psíquicos o físicos. Los trastornos más comunes en el puerperio son las hemorragias posparto que, si son abundantes, pueden poner en peligro la vida de la madre; las infecciones genitourinarias; las molestias perineales y mamarias; las disfunciones familiares, por sentimientos de insatisfacción, desinterés sexual o rechazo de roles; y la depresión posparto, cuyo riesgo es mayor en los días inmediatamente posteriores al nacimiento del niño.

RECTOCELE: Protrusión de la pared del recto.

SALPINGOCLASIA: Método recomendable en pacientes que ya cubrieron su expectativa reproductiva, cuando el embarazo significa una amenaza grave y constante para la salud materna o cuando se trate de evitar la transmisión de taras hereditarias. Existen diversas técnicas. La OTB (oclusión tubárica bilateral) aunque no es perfecta, es el método de anticoncepción más seguro. Pero esta seguridad no alcanza el 100%, pues hay que tener en cuenta que, en algún caso excepcional, puede producirse un error técnico, que facilite la recanalización tubárica espontánea.

SIGNO: Manifestación objetiva de un estado patológico. Los signos son observados por el clínico más que descritos por el individuo afectado.

SÍNDROME: Agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente concurrencia, que puede sugerir una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes.

SÍNTOMA: Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afecto más que observados por el examinador.

UTERO: Órgano de gestación donde el óvulo fecundado se desarrolla hasta cuando está listo para nacer, vientre materno.

VULNERABILIDAD: Situación en la que se puede dañar, recibir lesión física o moral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Biblioteca de Consulta Microsoft®
Encarta® 2003.
1993-2002
2. Dorsch, Friederich
Diccionario de Psicología
Editorial Herder
Barcelona 1981
3. Feldman, Robert
Psicología con Aplicaciones a la Psicopatología
Editorial McGraw Hill
México 1995
Pág. 346
4. Papalia, Diane y Sally Wendkos Olds
Psicología del Desarrollo
Editorial McGraw Hill
Séptima Edición
México 1999
Pág. 97
5. Salguero, Carlos
Ciencias Naturales
Editorial Salguero
Guatemala 1995
Pág. 190
6. Santisteban Alicia
Educación para El Hogar
Editorial Económica
México 1995
Pág. 19

7. Wolf, Werner
Introducción a la Psicopatología
Editorial Fondo de Cultura Económica
México, 1980
Pág. 172

8. www.bbmundo.com

9. www.celsam.org

10. www.lalecheleague.com

11. www.prodigyweb.net.mx/cprovida

12. www.psicologíacientífica.com

13. www.sanitas.es

ANEXOS

