

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

"ANALISIS Y DIAGNOSTICO; PROGRAMA DE
INTERVENCION PRIMARIA EN ABORTO EN PACIENTES
DE TRECE A CUARENTA Y UN AÑOS (13-41 AÑOS)
INTERNOS EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL
HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE
AMATITLAN.

MUNICIPIO DE AMATITLAN, DEPARTAMENTO DE
GUATEMALA"

Informe final de Investigación
Presentado al Honorable Consejo Directivo
de la
Escuela de Ciencias Psicológicas
de la
Universidad de San Carlos de Guatemala
POR

MARIA ANAVELA PEREZ CHINCHILLA

Previo a optar al título de

PSICOLOGA

En el Grado Académico de Licenciatura

GUATEMALA, MAYO DE 1998

211

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejía
D I R E C T O R

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
S E C R E T A R I A

Licenciada Loris Pérez Singer de Salguero
R E P R E S E N T A N T E C L A U S T R O C A T E D R A T I C O S



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M.S. Ciudad Universitaria, Zona 12
Tel. 4700700-4, 4700888, ext. 400-1
Oficinas: 4700700, 4700710, las 4700814
e Mail: USANCPSIC@edu.usc.g
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Académico
Depto. EPS.
archivo

REG. 1033-98

CODIPs. 399-98

ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE EPS.

Mayo 19 de 1998

Señorita Estudiante
María Anavela Pérez Chinchilla
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DECIMO QUINTO (15o.) del Acta DIECISEIS NOVENTA Y OCHO (16-98) de Consejo Directivo, de fecha 06 de mayo del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO QUINTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO - EPS, titulado: "ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PRIMARIA DE ABORTO EN PACIENTES DE TRECE A CUARENTA Y UN AÑOS (13-41), INTERNAS EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS", DE AMATITLÁN, MUNICIPIO DE AMATITLÁN, DEPARTAMENTO DE GUATEMALA", de la carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA, realizado por:

MARIA ANAVELA PEREZ CHINCHILLA

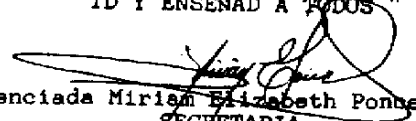
CARNET No. 83-14147

El presente trabajo fue supervisado por el Licenciado Luis Roberto Mazariegos Ríos y revisado por el Licenciado Estuardo Espinoza Méndez.

Después de conocido el expediente, Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESION** del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional, en lo que sea aplicable."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciada Miriam Elizabeth Ponte
SECRETARIA



/Rosy



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio 148, Ciudad Universitaria, Zona 12
Tels. 4780914 y 4780915 ext. 402-1
Directores: 4780902, 4787218, los 4780914
e INF: UNACPSIC@univ.gg
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

Handwritten signature
140678

E.P.S. 006-98

Reg. 1033-96

Guatemala,
Mayo 5 de 1998.

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLÓGICAS

RECIBIDO
07 MAY 1998
14:15:00 HORA

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Respetables Miembros:

Hago de su conocimiento que el Licenciado Luis Roberto Mazariegos Ríos, realizó la asesoría y supervisión de la ejecución del Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado, realizado por la Estudiante: MARIA ANAVELA PEREZ CHINCHILLA, Carnet: 8314147, titulado: "ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO EN UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PRIMARIA EN ABORTO Y POST-ABORTO, EN PACIENTES DE 15 A 40 AÑOS, INTERNAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL E INFANTIL "SAN JUAN DE DIOS" DE AMATITLÁN, MUNICIPIO DE AMATITLÁN, DEPARTAMENTO DE GUATEMALA".

Asimismo se informa que el Licenciado Estuardo Espinoza, tuvo bajo su cargo la revisión del Informe Final del trabajo referido, y al mismo tiempo se hace constar que por ajustarse mas al trabajo referido, el título cambia a: "ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PRIMARIA DE ABORTO EN PACIENTES DE TRECE A CUARENTA Y UN AÑOS (13-41), INTERNAS EN EL SERVICIO DE MATERIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS", DE AMATITLÁN, MUNICIPIO DE AMATITLÁN, DEPARTAMENTO DE GUATEMALA".

El trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por el Departamento, por lo que emito APROBACION al mismo.

Atentamente.

"DID Y ENSEÑAR A TODOS"

Handwritten signature
LICENCIADO ERICK GUMIEL CORZANTES
COORDINADOR



EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO, E.P.S.



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M.S., Ciudad Universitaria, Zona 12
Telf. 4700700-1, 4700900, ext. 460-1
Dirección: 4700502, 4182719, fax 4700014
e Mail: USACPSIC@usac.g
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLÓGICAS

RECEBIDO
10:00 hORA

E.P.S.006-98

Reg. 1033-96

Guatemala, Mayo 5 de 1998.

Licenciado Erick Gudiel
Coordinador del Departamento de
Ejercicio Profesional Supervisado, E.P.S.
Edificio

Licenciado Gudiel:

De manera atenta informo que revisé el Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado, titulado: "ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO EN UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PRIMARIA EN ABORTO Y POST-ABORTO, EN PACIENTES DE 15 A 40 AÑOS, INTERNAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL E INFANTIL "SAN JUAN DE DIOS" DE AMATITLÁN, MUNICIPIO DE AMATITLÁN", correspondiente a la Carrera de Licenciatura en Psicología, presentado por la Estudiante: MARIA ANAVELA PEREZ CHINCHILLA, Carnet: 8314147.

Al mismo tiempo, se hace constar que por ajustarse mas al trabajo realizado, el título cambia a: "ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PRIMARIA DE ABORTO EN PACIENTES DE TRECE A CUARENTA Y UN AÑOS (13-41), INTERNAS EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS", DE AMATITLÁN, MUNICIPIO DE AMATITLÁN, DEPARTAMENTO DE GUATEMALA".

El trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por el Departamento, por lo que emito APROBACION al mismo.

Atentamente.

" ID Y ENSEÑAR A TODOS "

LICENCIADO ESTUARDO ESPINOZA
REVISOR

EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO, E.P.S.



/ab.



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio 808, Ciudad Universitaria, Zona 12
Tels. 4763200-1, 4763200, ext. 400-1
Directivo: 4763202, 4763219, fax 4766914
e Mail: USAC@USC.edu.gt
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

E.P.S.006-98

Reg.1033-96

Guatemala,
Mayo 5 de 1998.

Licenciado Erick Gudiel
Coordinador del Departamento de
Ejercicio Profesional Supervisado, E.P.S.
Edificio

Licenciado Gudiel:

Con la presente informo que he concluido con la *asesoría y supervisión* del Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado, realizado por la Estudiante: **MARIA ANAVELA PEREZ CHINCHILLA**, Carnet: 8314147, titulado: **"ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO EN UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PRIMARIA EN ABORTO Y POST-ABORTO, EN PACIENTES DE 15 A 40 AÑOS INTERNAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL E INFANTIL "SAN JUAN DE DIOS" DE AMATITLÁN, MUNICIPIO DE AMATITLÁN"**.

Considero que el presente trabajo cumple con los requisitos establecidos por la Coordinación respectiva, por lo que emito la **APROBACION** al Informe Final.

Sin otro particular, atentamente.

" **ID Y ENSEÑAR A TODOS** "


LICENCIADO **LUIS ROBERTO MAZARIEGOS RIOS**
ASESOR Y SUPERVISOR
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO, E.P.S.



/ab.



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIO 1AS. 14-37
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 780780-84 Y 780985-88
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.
Depto. EPS.
Asesor
Archivo

REG. 1033-96

CODIPs. 457-96

DE APROBACION REALIZACION PROYECTO DE
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

Agosto 23 de 1996

Señorita Estudiante
María Anavela Pérez Chinchilla
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGESIMO PRIMERO (21o.) del Acta VEINTISIETE NOVENTA Y SEIS (27-96) de Consejo Directivo, de fecha 30 de julio del año en curso, que copiado literalmente dice:

"VIGESIMO PRIMERO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el proyecto de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO (E.P.S.), denominado: "ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO EN UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PRIMARIA EN ABORTO Y POST-ABORTO EN PACIENTES DE 15 A 40 AÑOS INTERNAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL E INFANTIL SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLÁN, MUNICIPIO DE AMATITLÁN, DEPARTAMENTO DE GUATEMALA", de la Carrera de Licenciatura en Psicología, presentado por:

MARIA ANAVELA PEREZ CHINCHILLA

CARNET No. 83-14147

Dicho proyecto se desarrollará en el Municipio de Amatitlán, Departamento de Guatemala, ubicándose al Licenciado Luis Roberto Mazariegos Ríos, como la persona que ejercerá funciones de supervisión por la parte requiriente y al Licenciado Luis Cifuentes Cantó por parte de esta Unidad Académica.

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos, resuelve APROBAR SU REALIZACION en el periodo comprendido del 01 de febrero al 30 de septiembre de 1996."-----

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAR A TODOS

Licenciada *Elizabeth Ponce Ponce*
SECRETARIA



ACTO QUE DEDICO

A: José Luis Aragón Cifuentes:
Porque nuestro amor me dió la estabilidad emocional
que necesitaba para salir adelante y que hoy me
permite acariciar este momento.

Mis hijos: María José, María Luisa y José Luis.
Por llenar mi vida de alegría.

María Alejandra, Diego y Gaby.
Porque aunque las circunstancias cambien, siempre
serán mis hijos.

Mi Madre: Luz Chinchilla Izquierdo.
porque con su sacrificio de mujer y madre fué mi
inspiración para superarme en la vida.

Mis hermanos: Osmín, Mario, Mariory y Alba Luz.
Con todo mi amor y como un estímulo para que busquen
siempre el éxito.

Mi Abuela: Delfina Izquierdo Celada.
Con mi mas grande agradecimiento por su apoyo
económico durante toda mi vida.

Mis cuñados: Willian Barillas, Nidia Arriaza y Lilian
Duarte.
con mucho afecto.

Mis sobrinos, primos y tíos, especialmente a:
María Chinchilla y a toda su familia.
Por su apoyo moral, espiritual y económico en etapas
muy importantes de mi vida.

Sofía Izquierdo.
con cariño especial.

Mis amigas y amigos en general, especialmente a:

Iliana Maribel Juárez Martínez.
Con muchísimo afecto, gracias Ilian porque la
intensidad de su cariño me dió la seguridad de que
puedo contar con usted a pesar del tiempo y la
distancia.

Aura Alicia Mazariegos Figueroa y a toda su familia.
Con mucho agradecimiento por brindarme su amistad y
compartir tantos momentos tristes.

Paty Sandoval, Margoth Izaguirre, Nineth Gordillo,
Olga Mendizabal, Vilma Peña y Sheny Uluán.

DEDICO ESTA TESIS

A: Lic. José Luis Aragón Cifuentes
 Por su apoyo constante en el aspecto técnico
 de ésta tesis.

 Licda. Hilda Miranda de Orozco.
 Con mucho cariño, mil gracias por su amistad
 y su apoyo profesional.

 Dr. Raúl Natareno Rodríguez.
 Con agradecimiento especial por su apoyo
 profesional en momentos difíciles.

NOMINA DE PADRINOS

Lic. José Luis Aragón Cifuentes.
Economista

Licda. Hilda Miranda de Orozco.
Psicóloga

Dr. Raúl Natareno Rodríguez.
Psiquiatra.

SINTESIS DESCRIPTIVA

Guatemala se encuentra entre los países latinoamericanos con los niveles más bajos de bienestar social y una escasa satisfacción de las necesidades básicas de la población. El perfil social se ha deteriorado en los últimos años debido a la crisis económica, política y social que atraviesa el País. El sector de la Salud Mental no escapa de esta realidad.

Dentro de este contexto, la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, instituyó el Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- con el fin de poder participar en la realidad socioeducativa del país y tener la oportunidad de transformarla con su aporte en la INVESTIGACION, SERVICIO Y DOCENCIA.

El EPS bajo esta perspectiva, cumplió con varios objetivos, desde los académicos, como una forma de confrontar la teoría con la realidad, hasta los de proyección social y de extensión universitaria.

En este sentido y cumpliendo con los requerimientos, se realizó una investigación sobre las consecuencias psicológicas del aborto con una población de 120 pacientes, de sexo femenino, de trece (13) a cuarenta y un (41) años de edad, internas en el Servicio de Maternidad, unidad de séptico, del Hospital Nacional San Juan de Dios, del Municipio de Amatitlán, departamento de Guatemala. Asimismo, se realizó el servicio aplicando una Psicoterapia de apoyo post-aborto a las mismas 120 mujeres y se ejerció docencia con personal médico y paramédico del mismo hospital y con estudiantes practicantes de cuarto y quinto grado de Licenciatura en Psicología.

En este orden, el EPS se llevó a cabo a través de sus tres subprogramas, Investigación, Servicio y Docencia.

PRESENTACION

El presente Informe Final de ejecución de Ejercicio Profesional Supervisado, constituye un documento básico sobre la realización de los propósitos de proyección social de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Se llevó a cabo en el Hospital Nacional San Juan de Dios, del municipio de Amatitlán, departamento de Guatemala, en las fechas comprendidas del primero (01) de febrero al treinta (30) del Septiembre de 1996.

Dentro del contexto de los tres subprogramas, el punto central es el aborto y sus consecuencias psicológicas, tomando en consideración que el aborto es una de las entidades que con mayor frecuencia pasa desapercibida en nuestros hospitales, debido a que no ha sido suficientemente estudiada. En esta investigación se determinó cual es la situación psicológica real de la mujer frente al aborto y cual es su incidencia

De esta manera se está proporcionando al departamento de psicología del Hospital y a la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, un documento oportuno y válido que sirva de base tanto a futuros especialistas y practicantes, como al personal médico y paramédico del Servicio de Maternidad del Hospital Nacional de Amatitlán y de los demás Hospitales del país.

El informe se estructura en cinco capítulos, de la siguiente manera:

En el primer Capítulo, se describe la comunidad de Amatitlán y el Hospital Nacional del mismo municipio. En el caso de la comunidad objeto de estudio, se describe con sus antecedentes, su monografía y su contexto geográfico. El Hospital, se enfoca desde sus antecedentes, su cobertura, objetivos, los recursos con los que cuenta y la estructura organizativa del Departamento de Psicología.

En el segundo Capítulo se hace el abordamiento científico de las bases teórico-metodológicas que enfocan el problema a tratar, tomando el entorno de la crisis social por la que atraviesa el país y que constituye la estructura etiológica de los mismos; se plantea el problema, los objetivos, se describe la metodología de abordamiento y también las técnicas e instrumentos utilizados.

Luego, en el Capítulo tres se hace la presentación de actividades y resultados, por cada uno de los subprogramas. En el Capítulo cuatro se presenta el análisis y discusión de resultados y finalmente en el Capítulo cinco, se anotan las conclusiones y se hacen las recomendaciones generales y específicas.

INTRODUCCION

La maternidad reviste uno de los acontecimientos más importantes de toda mujer, quienes en su mayoría ven en la reproducción la parte central de su feminidad. pero, aproximadamente del 10 al 15 % de todos los embarazos terminan en aborto espontáneo. El aborto provocado es muy difícil cuantificarlo y no hay estadísticas al respecto, debido básicamente al subregistro. Pero las dos situaciones planteadas se acompañan de consecuencias y repercusiones, psicológicas, que valió la pena estudiar y que deben ser tomadas muy en cuenta.

En nuestro país la incidencia de pacientes que consultan por problemas de aborto en curso es elevado en los servicios de emergencia de nuestros hospitales. El Hospital Nacional de Amatlán no es la excepción.

Siendo este un problema prioritario de morbi-mortalidad y tomando en cuenta la solicitud de las autoridades superiores del Hospital quienes visualizaron la problemática, se realizó el presente trabajo con la finalidad de conocer los trastornos psicológicos de la mujer tras el aborto y de aplicarles una psicoterapia.

La investigación se realizó con 120 pacientes de sexo femenino de 13 a 41 años ingresados al Servicio de Maternidad a través de la sala de emergencia por presentar aborto en curso, a quienes se les recolectó datos en una boleta específica y se evaluó su estado emocional por medio de la prueba psicométrica de Zung.

En el Programa de servicio se atendió a las mismas 120 pacientes aplicándoles una psicoterapia de apoyo breve y de emergencia, siendo esta la más adecuada, tomando en cuenta el corto tiempo que la paciente permanece internada y a las características propias de la psicoterapia que no saca a flote material inconsciente que puede ser contraproducente en estos casos; también se les aplicó la técnica de Relajación e Imaginería. Se evaluó, diagnosticó y se dio terapia de apoyo a pacientes internas en los diferentes servicios del Hospital, según referencia médica y se atendió a pacientes de consulta externa haciendo evaluación, diagnóstico y tratamiento.

En Docencia se implementó al personal paramédico del Servicio de Maternidad, en los temas: El aborto y sus consecuencias, Técnica de Relajación e Imaginería, Depresión y Terapias de Apoyo y su importancia. Se implementó también dicho plan a los estudiantes de cuarto y quinto grados, en Técnica de Relajación e Imaginería, Terapia de Apoyo breve y de Emergencia, la prueba psicométrica de Zung y se les orientó en el procedimiento de atención a pacientes de consulta externa, en entrevista, evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Resumiendo los resultados obtenidos podemos decir que se evaluó y trató a un promedio de cuatro pacientes diarias en los diferentes servicios de encamamiento, prevaleciendo el diagnóstico de crisis de ansiedad y depresiones exógenas básicamente y a un promedio de tres pacientes diarios en la consulta externa, en quienes prevalece el diagnóstico de trastornos de conducta, problemas de aprendizaje presentados por niños y depresiones endógenas en adultos, aunque prevalece la población infantil.

En cuanto a la investigación se pudo evidenciar que de las 120 pacientes, la mayoría presentó tristeza, depresión, temor y ansiedad, por desconocimiento de lo sucedido y falta de información de lo que es un legrado uterino.

El mayor número de casos de aborto se registró en los grupos etáreos de 25 a 30 y de 31 a 35 años, ocupando un 33 y un 25 % respectivamente.

De acuerdo a los resultados de la investigación puede inferirse que el aborto acarrea serios trastornos emocionales a la mujer y sus repercusiones alcanzan a las personas a su alrededor. Asimismo que el apoyo que la mujer reciba de la pareja o de un pariente minimiza los efectos de los fenómenos psicológicos.

CAPITULO I

DESCRIPCION DE LA COMUNIDAD Y DEL ORGANISMO REQUIRIENTE

I.1 DESCRIPCION DE LA COMUNIDAD

I.1.1 ANTECEDENTES

En 1886 el Presidente de la República, José Vicente Cerna designó a la comunidad de Amatitlán, Departamento; manteniendo esta categoría por 49 años. El 29 de abril de 1935, el Presidente Jorge Ubico suprimió el Decreto por medio del cual se declaraba Departamento y surgió el municipio de Amatitlán.

I.1.2 MONOGRAFIA DEL MUNICIPIO DE AMATITLAN

El municipio de Amatitlán es uno de los diecisiete municipios del Departamento de Guatemala. Amatitlán significa Ciudad de las Letras o Ciudad de las Cartas, derivado de la voz Nahuatl Amath. Tiene una extensión territorial de 204 kilómetros cuadrados.

I.1.3 UBICACION GEOGRAFICA

Está ubicado al Sur del Departamento de Guatemala a una distancia de 28 kilómetros de la capital sobre vía asfaltada. Limitado al Norte con los municipios de Villa Nueva, Villa Canales y San Miguel Petápa; al Sur con los municipios de Palín del Departamento de Escuintla y Santa María de Jesús del Departamento de Sacatepéquez; al Este con los municipios de San Vicente Pacaya, del Departamento de Escuintla y Villa Canales del Departamento de Guatemala; al Oeste con los municipios de Magdalena Milpas Altas y Santa María de Jesús, ambos del Departamento de Sacatepéquez.

Jurisdiccionalmente está compuesto por ocho (8) cantones, catorce (14) aldeas, ocho (8) caseríos y cuarenta y siete (47) colonias. Cuenta también con 18 cerros, varias canteras, minas y rocas; este último recurso resulta una fuente generadora en la economía del municipio. El Volcán de Pacaya se ubica también en Amatitlán. Su entorno de planicies, montañas y volcanes lo convierten en una región rica en recursos naturales.

Sus principales fuentes económicas son la agricultura, la ganadería, la avicultura, el turismo y la industria. Tiene alturas que van desde 1,200 a 2,500 metros sobre el nivel del

mar y pertenece a la zona húmeda subtropical templada. En cuanto a los recursos hídricos el Lago de Amatitlán es el principal y además una rica fuente de la Industria Turística.

El lago se originó a causa de un fenómeno tecto-volcánico hace aproximadamente 24 mil años, tiene una extensión de 15.2 kilómetros cuadrados. Para el país es un recurso de gran importancia, sin embargo se utiliza para descargar las aguas residuales domésticas y agroindustriales que se generan en la cuenca que desemboca en su superficie. También tiene utilidad de carácter alimentario, comercial, recreativo y como sistema de riego para la agricultura. Está ubicado al noreste del municipio y más o menos la mitad de su extensión se considera parte del municipio, el resto se distribuye entre los municipios de Villa Canales, Petápa y Villa Nueva.

Su población total se estima en 54,930 habitantes, según el último censo de 1.994. Del total 28,141 son mujeres que representan el 51.23% y 26,789 son hombres. Del total, 36,999 viven en el área urbana y 17,931 viven en el área rural. La población, se dedica principalmente a la agricultura, con prioridad al cultivo de café, tabaco, legumbres y frutas; situación que en los últimos tiempos se ha visto afectada por la migración debido probablemente a su cercanía y fácil acceso con la ciudad capital. Mucha de la tierra apta para la agricultura, ha sido ocupada en lotificaciones para vivienda. Es un pueblo que arrastra sus tradiciones y costumbres básicamente las de orden religioso.

En cuanto a su organización política, la máxima autoridad municipal es el Alcalde, quien se auxilia en su consejo municipal y cuenta con 24 Alcaldes Auxiliares en el área rural y en el área urbana cuenta con 8 alcaldes auxiliares para los cantones y 9 para las colonias.

Por su importancia ecológico-ambientalista, funcionan en el municipio muchas organizaciones no gubernamentales que prestan servicio a la comunidad, tales como: La Autoridad de Lago, Plan Internacional, Asociación Amigos del Lago, ARCAS, Etc.

Además cuenta con organizaciones gubernamentales, sociales, de servicios y educativas como: Policía Nacional, Bomberos Municipales, servicio de Correos y Telégrafos, GUATEL, Biblioteca Pública, 1 Instituto Nacional de Educación Básica, 32 Escuelas públicas, 10 colegios privados, dos mercados municipales, 1 cementerio General, IGSS, Centro de Salud, así también varios Centros Recreativos del estado y de la iniciativa privada. También operan en la ciudad un juzgado de Paz y más de cinco bancos privados.

I.2 DESCRIPCION DEL ORGANISMO REQUIRIENTE. EL HOSPITAL DE AMATITLAN

I.2.1 ANTECEDENTES

El Hospital Nacional "San Juan de Dios" del Municipio de Amatitlán fue fundado el 30 de noviembre de 1862. Los edificios que originalmente albergaron al Hospital, fueron construidos gracias al esfuerzo conjunto de la Hermandad de la Caridad, integrada por vecinos notables del Municipio y la participación del gobierno de turno, en un terreno de ocho manzanas que en su tiempo donó la Municipalidad.

I.2.2 COBERTURA Y OBJETIVOS

Da cobertura a una población de condición Socio-económica y educativa baja, básicamente cubre las poblaciones de Amatitlan, Villa Nueva, Villa Canales, San Miguel Petápa, Palín, Santa María de Jesús y San Vicente Pacaya. Sus objetivos son brindar atención en sus diferentes áreas de especialización a la población necesitada e ir ampliando sus servicios a otras especializaciones.

I.2.3 RECURSOS

I.2.3.1 RECURSOS INSTITUCIONALES

Las clínicas con que cuenta son amplias, iluminadas y con bastante ventilación, cuenta también con áreas de descanso al aire libre.

I.2.3.2 RECURSOS HUMANOS

El hospital tiene la siguiente organización:

Un médico director, un administrador, un médico para cada sala, quien es el jefe del servicio; un psicólogo, una jefa de enfermería, diecinueve enfermeras graduadas y noventa y tres enfermeras auxiliares (Según el rol de turnos).

Asimismo, se cuenta con el personal administrativo tales como secretarías, contadores, auditores, oficinistas, personal técnico y de mantenimiento, conductores de vehículos, jardineros, costureras, lavanderas, cocineras, conserjes, mensajeros y otros.

Se agregan también como personal asignado al Hospital, a los estudiantes practicantes de Psicología y Medicina.

I.2.4 SERVICIOS CON QUE CUENTA

Actualmente el Hospital cuenta con los siguientes servicios:

Dos clínicas de Cirugía (hombres y mujeres), dos de Medicina (hombres y mujeres), una de Maternidad y Recién Nacidos, una de Pediatría, una Sala Cuna, una clínica de Ginecología, una para servicio Oftalmológico, una de Urología, una de Odontología, una de Traumatología, una de Dietética, cuatro de Consulta Externa, dos salas de Operaciones, una Central de Equipos, una clínica de Radiología, una de Electroencefalografía, una para Laboratorio y una para servicio de Emergencia. Además una farmacia, un banco de sangre, dos clínicas del Departamento de Psicología, para consulta interna y externa y una clínica para Estimulación Temprana, la cual cuenta con el apoyo directo de la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia de la República.

1.2.5 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

I.2.5.1 ANTECEDENTES

El Departamento de Psicología del hospital fue creado el 01 de Junio de 1,978 propiciado por la visión de varios profesionales de la Psicología y aprobado por el Director y por la Comisión Administradora del mismo. Cuenta en la actualidad con dos clínicas asignadas para la atención de pacientes de encamamiento y consulta externa, referidos por la consulta médica externa.

I.2.5.2 RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

El Departamento cuenta desde septiembre de 1,994 con un Psicólogo de planta, quien es la máxima autoridad del departamento y es el enlace entre la Dirección y demás personal. Como psicólogo de planta, atiende también consulta externa.

A partir de 1,995, contó con personal de EPS de la USAC, que ha venido a dinamizar el trabajo psicológico, ya que en su quehacer profesional cubre un servicio específico.

Se cuenta también con estudiantes practicantes de tercero, cuarto y quinto años de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

RECURSOS FINANCIEROS

El Hospital de Amatitlán financia los gastos administrativos que ocasiona la prestación de los servicios profesionales de Psicología, tales como: papelería, útiles y equipo de oficina.

RECURSOS MATERIALES

Se cuenta con dos clínicas, una para consulta externa y otra para consulta interna.

El Departamento de Psicología presta sus servicios, en el horario de 08:00 a 16:00 horas, de lunes a viernes.

AUTORIDAD SUPERVISORA

El EPS contó con la colaboración de un Supervisor asignado por el Departamento de EPS de la Escuela de Ciencias Psicológicas; quien asesoró, supervisó y evaluó el trabajo en sus tres etapas y fue el enlace entre el departamento de EPS y la Escuela, responsabilidad delegada en este caso al Lic. Roberto Mazariegos.

I.3 DESCRIPCION DE LA POBLACION META

- I.3.1 Pacientes ingresadas al servicio de maternidad, por presentar aborto en curso
- I.3.2 Pacientes que acuden a consulta externa al Departamento de Psicología
- I.3.3 Pacientes referidos de las diferentes salas de encamamiento
- I.3.4 Personal paramédico de la unidad de maternidad
- I.3.5 Estudiantes de cuarto y quinto grado de Psicología, practicantes del Hospital

CAPITULO II

MARCO TEORICO

II.1 ABORDAMIENTO TEORICO METODOLOGICO

Tomando en cuenta que la personalidad premorbida de la mujer es determinante en su actitud post-aborto, se aborda el tema con aspectos relacionados con la personalidad con un enfoque psicoanalítico.

"Personalidad es la integración de todos los rasgos y características del individuo que determinan una forma propia de comportarse"/1.

También es aquella que permite predecir lo que una persona hará en una situación dada. Por lo que el objeto de la investigación psicológica consiste en establecer leyes acerca de las diferentes personas ante todo tipo de situación social y del ambiente en general.

La base de la formación de los tipos de carácter, llamada síndrome de rasgos, son las necesidades frustradas o consentidas; por lo que los trastornos del carácter deben considerarse como distorsiones en la formación y desarrollo de la personalidad. La distorsión puede tomar la forma de una exageración, una deficiencia o un desequilibrio de los rasgos.

Un trastorno del carácter es una falla del equilibrio del ego y predispone a la persona a elaborar mecanismos no adaptativos. Una persona con un trastorno del carácter, es vulnerable a la tensión en mayor grado que una persona normal con un ego bien desarrollado.

"La estructura de una personalidad débil se derrumba bajo tensión y los trastornos del carácter pueden empeorar bajo condiciones de tensión y provocar trastornos psicóticos o neuróticos"/2.

1 Fradiman Frager, Roberto. **TEORIAS DE LA PERSONALIDAD.** Editorial Trillas, México. pp 240-345.

2 Kolb, Lawrence C. **PSIQUIRIA CLINICA MODERNA.** Editorial La Prensa Médica. México 1,989. pp. 70-73

Según Freud, la estructura de la personalidad, queda determinada permanentemente por las experiencias infantiles, por las frustraciones y por los placeres y los rasgos formados en este período son bastante resistentes al cambio y conforme el niño se desarrolla muchas circunstancias incrementan el desarrollo y la potencia de los primeros rasgos.

Desde un enfoque psicoanalítico, la personalidad es una estructura formada por el aparato psíquico integrado por el Ello o Id, el Yo o Ego y Super yo o Super Ego.

El Ello o Id representa los impulsos de tipo biológico, tales como, la necesidad de agua, de alimento, de aire, la temperatura corporal, la necesidad de procrear y de una integración física. Así también existen aspectos de tipo psicológico que son parte del Ello, los anhelos de dependencia, tendencias agresivas, huida, rabia, sexualidad, como también estados productores de dolor, sofocación, aflicción, hambre y sed.

El Yo o Ego es fundamentalmente el contacto con la realidad; es la parte que establece una relación con el mundo en que vivimos. Se relaciona con la realidad por medio de la percepción conscienté, el pensamiento, el sentimiento y la acción. Reviste también los aspectos que forman evaluaciones y defensas.

El yo se encarga de funciones muy importantes como la percepción, la memoria, la evaluación y la comprobación de la realidad; además sintetiza la experiencia y es el intermediario entre el mundo interior y el exterior. Es también responsable de relacionarse de manera racional y lógica con los requerimientos de la realidad y de adaptar la conducta al medio y mantener la armonía o equilibrio entre las necesidades o impulsos del Ello y las exigencias y normas del Super Yo.

La formación del yo se obtiene gracias al tipo de transacciones u objetivo de cambio que se establecen entre el niño y sus padres u otras personas significativas. Si estas transacciones son satisfactorias se formará un yo positivo, si no son satisfactorias se desarrollará un yo conflictivo y angustiante.

El Super Yo o Super Ego es la parte de la estructura psíquica que observa y evalúa el funcionamiento del yo. Toma forma con las normas de conducta que se percibieron o introyectaron de los padres o figuras sustitutas, normas religiosas, de tipo social, prohibiciones, tabúes, prejuicios, actitudes valorativas con respecto a la política, ideología, sexo, etc.

El Super Yo se desarrolla a partir más o menos de los

ante la superioridad de los padres, contra los instintos del niño. Este no es capaz de juzgar sus propios actos, ni los de los demás, acepta los dictados y exigencias de los padres como absolutos. El Super Yo se deriva de la identificación con los padres o figuras sustitutas o con figuras de autoridad que puedan castigar o recompensar.

El Super Yo amenaza, castiga produciendo sentimientos de culpa y remordimiento. Si es severo o inflexible, el miedo resultante conducirá hacia una personalidad rígida, inhibida, infeliz, angustiada y a menudo neurótica. También facilita satisfacciones placenteras cuando juzga que el funcionamiento del yo incluye esfuerzos para alcanzar ideales, objetivos y logros, el logro produce satisfacción respecto a sí mismo, integridad personal, orgullo como producto de haber logrado algo o a partir de la convicción de que se ha portado con rectitud.

Las tres instancias del aparato psíquico en armonía proyectan una personalidad equilibrada. Cuando el yo no está bien equilibrado, tiende a recurrir a los mecanismos de defensa en una forma repetitiva, reduciendo síntomas de tipo neurótico o psicótico.

Las defensas son medios que la psique tiene para protegerse de tensiones internas y externas. Hay defensas que evitan la realidad (represión), otras la excluyen (negación) o vuelven a definirla (racionalización), en otros casos la invierten (formación reactiva). Otras sacan los sentimientos interiores al mundo externo (proyección) o dividen la realidad (aislamiento), otras más se alejan de la realidad (regresión). La sublimación es una defensa satisfactoria que realmente disuelve y elimina tensiones.

En todos los casos se necesita energía libidinal para mantener la defensa, limitando efectivamente la flexibilidad y la fuerza del ego y limitando la energía psicológica que podría ser usada en actividades más efectivas del ego.

Cuando una defensa se vuelve muy poderosa domina el ego y reduce su flexibilidad y adaptabilidad y finalmente si las defensas no se mantienen firmes, el ego no tiene nada a que recurrir y es agobiado por la ansiedad. Todas las defensas bloquean la expresión directa de las necesidades instintivas y si bien es cierto que pueden hallarse en individuos sanos, su presencia generalmente indica la posibilidad de síntomas neuróticos.

Atendiendo a los factores anteriores se mencionan algunos tipos de personalidad, ya que si bien es cierto cada persona tiene sus propias características que la distinguen de los demás, se pueden encontrar ciertos rasgos repetitivos que permiten agruparlas y asignarles un tipo específico. Dentro de estas podemos encontrar la personalidad paranoica, histórica,

explosiva, inadecuada, antisocial, adicción y fijación neurótica y reacción depresiva.

Bajo esta perspectiva y tomando como base el concepto de personalidad, los tipos de personalidad y los diferentes fenómenos psicológicos que están a su alrededor, se enfoca el embarazo y el aborto y sus respectivas consecuencias psíquicas.

El embarazo es un período que exige de la mujer su más alta capacidad de adaptación tanto física como psicológica; "es un acontecimiento biológico de gran importancia, se modifican los metabolismos y el volumen sanguíneo, pero lo más importante son las modificaciones endócrinas, mismas que están en correlación con los trastornos mentales (hipófisis suprarrenales, tiroides etc.). La actividad hipófisis/ovárica habitual es sustituida por una producción hormonal nueva, debido al cuerpo amarillo, a la placenta y a las glándulas mamarias"³.

Las condiciones que se exigen para lograr plenamente un fruto a término son:

- a) Ovulo y espermatozoide normales, tanto en su substrato genético como en otros elementos menos conocidos del resto del gameto que pueden tener participación en dicho proceso.
- b) Adecuada conjunción de los gametos y ulterior división celular.
- c) Factores ambientales favorables para el transporte y la vitalidad del huevo en sus primeros estadios de desarrollo.
- d) Nido endometrial correctamente preparado, que implica un balance Hormonal adecuado y ausencia de factores anatómicos e inflamatorios que los alteren.
- e) Utero con su arquitectura y desarrollo normales, como para permitir las modificaciones que el crecimiento del huevo imponen al órgano.
- f) Ausencia de factores patógenos, exógenos (infecciosos, actínicos, tóxicos, etc.), capaces de perturbar por uno u otro mecanismo, el proceso de desarrollo y maduración ovular.

El embarazo es un acontecimiento que representa un factor psicosocial de gran importancia, ya que modifica todas las

condiciones y las perspectivas de la vida de la mujer. Insensiblemente se puede pasar de éstas modificaciones al acontecimiento temido y muchas veces no deseado, como es el aborto. Entran en este complejo acontecimiento, nuevas relaciones a menudo ambiguas y ansiógenas.

El aborto es la terminación del embarazo por cualquier medio, antes de que el feto esté lo suficientemente desarrollado para sobrevivir. Desde una concepción médico-legal, el aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez y el entorno socio cultural que caracteriza al aborto, hace que para la mujer tenga consecuencias psicológicas tales como sentimientos de culpa, que impiden que dicha mujer, durante el resto de su vida pueda tener una vida normal, hasta situaciones tan complejas como crisis de ausencia y crisis maniaco-depresivas. Toda una serie de psicosis post-aborto.

La importancia que el embarazo tiene en la vida de una mujer da lugar a diversas consecuencias psíquicas. Cuando se presenta un aborto ya sea este espontáneo o voluntario, sus connotaciones son una verdadera amenaza para su salud física y mental.

Debido a que entre el 10 y el 15 % de todos los embarazos entre la cuarta y la vigésima semana de gestación pueden finalizar en aborto y dado a que los efectos del aborto sobre la salud física y mental de la mujer son de importancia y sobre todo, las secuelas psicológicas, La Organización Mundial de la Salud -OMS- concluyó que "No hay duda que la terminación del embarazo puede precipitar serias reacciones psíquicas y psiconeuróticas en forma individual".

A nivel internacional, en países como Estados Unidos, Suecia, España y Argentina entre otros, ya se han realizado estudios sobre el aborto y sus consecuencias y han implementado avances terapéuticos efectivos, que si bien es cierto, no han solucionado el problema por completo, tratan de mermar las consecuencias trágicas que este conlleva, mediante la colaboración conjunta de ginecólogos, psiquiatras y psicólogos.

En nuestro país no hay datos estadísticos sobre cuales son los problemas psíquicos que se presentan en las mujeres que han sufrido un aborto. Además se carece de información incluso desde el embarazo mismo.

La situación de la mujer frente al aborto debe ser estudiada como punto de su pasado, (herencia, antecedentes patológicos, constitución biológica, etc.), pero sobre todo, con la formación de la personalidad, estructura neurótica o psicótica, con los incidentes o accidentes puerperales y finalmente con las perspectivas que tiene ella frente al aborto y la maternidad.

Según la práctica Psicoanalítica los trastornos que pueden observarse mas frecuentemente post-aborto son:

- Hipocondrias
- Fobias
- Neurosis de fracaso
- Disminución de procesos sublimatorios
- Deterioro del vínculo de pareja (fracaso en general de todas las relaciones objetales)

Normalmente en todo embarazo se despiertan ansiedades hipocondríacas por la modificación del esquema corporal (miedo de accidentes, de morir, de quedar deformada etc.). Post-aborto pueden darse somatisaciones distintas, síntomas leves, temores de esterilidad definitiva, frigidez etc. "En cuanto a las fobias las más frecuentes son la agorafobia y la claustrofobia, en las que el factor más importante es la regresión del yo y su identificación con el feto que ha muerto; pueden encontrarse sutiles elementos fóbicos como no aguantar a quedarme en tal lugar, Me dan ganas de salir corriendo, Me ahogo, No aguantar estar en mi casa. etc."⁴.

Las neurosis de fracaso, en parte se dan por las mencionadas reacciones fóbicas de huir frente a los compromisos vitales, pero sobre todo por identificación con el super-yo.

Las relaciones de pareja después del aborto empeoran, pero más que todo, el aborto es a menudo índice de deterioro en dicha relación. A partir del aborto, entre la pareja se interpone una realidad muy persecutoria, por la culpa que genera la muerte del hijo.

Mientras el aborto permanezca enquistado y disociado de la conciencia, es una amenaza constante, un peligro potencial. "La única solución es tomar conciencia de todas las angustias y culpas negadas abriendo así el camino a la reparación"⁵.

El aborto como toda pérdida, es un duelo, pero un duelo agravado porque no se trata sólo de una pérdida de un hijo, sino de importantes partes del yo corporal y psicológico. Puede ser el desencadenante de perturbaciones Psiquiátricas muy graves.

⁴ Calandra, Dante. EL ABORTO, ESTUDIO CLINICO, PSICOLOGICO, SOCIAL Y JURIDICO. España. 1989. pp. 230-254.

⁵ Ibidem. pp. 253

Según el doctor Henry Ey. "Los abortos se producen en condiciones de angustia muy particulares y el duelo por el aborto tiene un contenido específico que unido a los núcleos más profundos de la personalidad, deja cicatrices retractiles en el inconsciente, que al replegarse distorcionan y subtraen energías y capacidades que solo se recuperan a través de una trabajosa elaboración consciente".

Para Nathan Simon y David Rothman, en casi todos los estudios realizados sobre mujeres con aborto, se revela un 65% de perturbaciones psicológicas evidenciando un estado de alta tensión emocional previa y durante el acto quirúrgico de legrado y posteriormente se dan reacciones de pena y culpa.

Exponen también que la respuesta post-aborto, es un episodio depresivo transitorio, en las mujeres psiquiátricamente más sanas, pero algunos autores suizos, encontraron perturbaciones provocadas por la culpa y el fracaso de la maternidad que se daban tiempo después del aborto. Indudablemente la respuesta emocional de la mujer dependerá en gran medida de su personalidad previa, de sus sentimientos conscientes e inconscientes hacia el embarazo, hacia el hombre y hacia sí misma. Dentro de este contexto uno de los fenómenos más graves que pueden presentarse son las psicosis puerperales post-aborto.

Podemos incluir en este concepto todos los accidentes del embarazo, puerperio y del aborto y revisten los aspectos psicosociales y biológicos, así como las relaciones entre esta situación actual y la personalidad de la paciente.

"Estas psicosis tienen lugar en los días que siguen al aborto, de dos a diez días después, lo más particular e importante es la condición de angustia que a menudo se produce, las mujeres se lamentan de haberse comprometido a sus posibilidades de maternidad, lo que las lleva a un estado depresivo"^e.

Para Hemphil, las psicosis post-aborto, van acompañadas generalmente de modificaciones significativas, el factor hormonal influye en la depresión post-aborto.

Según Backer, la incidencia de psicosis post-aborto, es un caso por dos mil, para Rothman y Simon llega a 62 por cada 100 casos.

Para la doctora Poltawska (Polonia) los efectos psicológicos del aborto se dividen en tres grupos.

1. Depresiones y sentimientos de culpa.

^e Latolr. John. RESPECTO AL ABORTO (Espontáneo).
Revista "Estrella de La Mañana". 1.986. pp 18-23.

2. Agresión contra el padre del niño abortado o contra la gente en general y contra ella misma.
3. Trastornos de la personalidad.

La depresión, es uno de los fenómenos más frecuentes y es por definición el término que se utiliza para describir el estado de ánimo de tristeza, abatimiento, y disminución del tono afectivo; además existe la depresión enmascarada que es un trastorno psicoafectivo donde los síntomas somáticos están en primer plano.

En nuestro siglo el alemán Kraepelin hace estudios sobre demencia y constituye a la represión como entidad sociológica separada y se hace énfasis en el tratamiento que viene desde el electrochoque hasta el apareamiento de la imipramina en los años sesenta que fue el primer fármaco antidepresivo de utilidad real.

Según Dora R. Sánchez, la depresión se clasifica en dos categorías básicas, tomando en cuenta el grado de desorganización mental que presenta el paciente:

a) Depresión Psicótica:

Es una severa desorganización mental, que llega hasta la pérdida de contacto con la realidad y presenta conductas depresivas; a su vez se subdivide en dos:

1. DEPRESION PSICOTICA ENDOGENA:

En estas depresiones el inicio no se relaciona con eventos externos y existen tres clases de enfermedad maniaco depresiva:

a) Tipo Maníaca (Unipolar)

Se caracteriza principalmente por excesiva alegría, vuelo de ideas, irritabilidad, incremento de actividad motora y conversación, pobre juicio ilusiones de grandeza.

b) Tipo Depresiva (Unipolar)

Se distingue por severa lentitud mental y motora que puede progresar a estupor con episodios exclusivos de depresión.

c). Tipo Circular (Bipolar)

Se dan episodios maniacos y depresivos, el estado de ánimo oscilante puede ocurrir en un mismo ataque.

2. DEPRESION PSICOTICA EXOGENA

La aparición de esta depresión se relaciona con algún suceso externo, es frecuente en ancianos con severa culpabilidad, soledad o falta de valor, sin historia previa, de estado de ánimo variable.

b) Depresión no psicótica:

Aquí se incluye a pacientes con estado de ánimo depresivo que mantiene el contacto con la realidad, se divide en dos:

1. DEPRESION NO PSICOTICA ENDOGENA

Se caracteriza por la melancolía complicada que ocurre en pacientes de edad avanzada (50-60 años) de ambos sexos compulsivos y orientados al trabajo, responden desproporcionadamente al estrés, pérdida de belleza física y valentía o disminución de la libido.

2. DEPRESION NO PSICOTICA EXOGENA

En esta categoría se distinguen dos enfermedades depresivas.

a). Neurosis Depresivas:

Se debe generalmente a un conflicto interno que es precipitado por un evento externo (pérdida de un amor o del trabajo) el paciente ha tenido episodios depresivos severos y usualmente presenta ansiedad, enuresis y temperamento colérico durante la infancia, reacciona positivamente a estímulos placenteros.

b). Depresión Reactiva

Usualmente se tiene historia de personalidad adaptable, pero existe un pronto evento definible o estrés que se manifiesta con tristeza, irritabilidad, dificultad de concentración, cólera y decaimiento, que se resuelve en un período relativamente corto.

ETIOLOGIA DE LAS DEPRESIONES

Cada uno de los factores que se relacionan con la génesis de la depresión, se consideran por aparte, esto es de poca importancia a ninguno de ellos.

a) Aspectos Bioquímicos

Desde 1985 se reconoce la importancia de los neurotransmisores en la etiopatogenia de la depresión. Estudios realizados en el líquido encéfalo-raquídeo de pacientes deprimidos sobre las concentraciones de 5-hidroxitriptamina (5HT) precursor del ácido 8-hidroxilindolacético (5-HTAA), muestran el papel que juega la monoaminoxidasa (mao) y que sirvió de base para la terapéutica actual.

b) Aspectos Físicos

Las causas somáticas más frecuentes que se relacionan con la depresión:

- Enfermedades del sistema nervioso central arteriosclerosis cerebral, atrofia cerebral, lesión cerebral traumática o en la infancia, epilepsia, parálisis progresiva y enfermedad de Parkinson.
- Convalecencia post-infección
- Afecciones hepáticas
- Trastornos endocrinos, cushing, Adisson y otros.
- Cambios hormonales, puerperio, adolescencia y otros.

c) Aspectos psicosociales

La noción de pérdida es básica en el estudio psicosocial de la depresión y cuanto mas se prolongue dicho sentimiento de dolor mayor será la probabilidad de que la persona se muestre con síntomas de depresión; existen personas mas vulnerables a esta reacción, especialmente inseguros, sensibles inmaduros, autodramatizantes y emocionalmente inestables.

Estudios epidemiológicos demuestran predisposición en personas que habitan en zonas urbanas de clase media y trabajadoras, multiparas y desempleadas, ausencia de relación íntima y confiable con el cónyuge y que hayan perdido a uno de sus padres antes de los once años.

INCIDENCIA DE LA DEPRESION

La OMS reporta una incidencia del 3.5% de la población en general. "De la población que requiere atención médica por diversas patologías, sufren síntomas depresivos alrededor del 10 al 20 por ciento. Se considera que del total de las depresiones el 1.5% asisten con el médico general y solo el

0.2% se dirige al psiquiatra"/7.

La depresión aparece en cualquier etapa de la vida, desde la infancia (depresión anaclítica) hasta la senectud (depresión evolutiva). Se obtiene la mayor frecuencia en el etáreo de los 18 a 40 años para mujeres y de 23 a 45 para el hombre, luego viene un ascenso entre los 45-55 años, al aumentar la edad paralelamente aumenta la frecuencia hasta un 10% al llegar a los 80 años, donde la frecuencia regresa a rasgos normales. La prevalencia de la depresión es de 18.23% en mujeres y de 8.11% en hombres, lo que significa que por cada hombre existen dos mujeres en esta situación. Además se observa exacerbación de los síntomas depresivos durante la fase folicular y durante los días que anteceden a la menstruación.

SINTOMATOLOGIA DE LA DEPRESION

"Los síntomas de la depresión se pueden estudiar bajo el punto de vista físico (neurovegetativo) o Psíquico (Comportamiento Paicosocial)"/8.

Estos pueden ser:

- a) **Afectividad:** Tristeza inmotivada, falta de ilusiones, indiferencia, aburrimiento, renuncia a proyectos o ideales, deseo de morir, escepticismo, apatía, hipersensibilidad y susceptibilidad.
- b) **Pensamiento:** Inhibición y empobrecimiento, curso lento y difícil, contenido monotemático, cavilaciones, ausencia de ideas sensación de vacío, ideas estériles, deliberantes o paracides.
- c) **Percepción:** Ensimismamiento, percepciones delirantes somestésicas, alucinaciones auditivas y visuales, falsas interpretaciones.
- d) **Lenguaje:** Dificultad para conversar, sintoniza mal con los contenidos alegres, incommunicaciones, hermetismo y solipsismo.

⁷ Comité internacional para la prevención y tratamiento de la Depresión. **LAS DEPRESIONES EN LA CLINICA COTIDIANA.** Barcelona, España. 1980. 138 p.

⁸ Otten C., Astrid M. **DEPRESION. ANALISIS PROSPECTIVO DE 40 PACIENTES.** (Tesis). Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1988. 127 p.

- e) **Experiencia espacio-temporal:** Fluidez temporal lenta y penosa, refugio en el pasado, obstrucción del futuro por amenazas o fobias, exageración de las distancias, inseguridad y duda.
- f) **Sensación de enfermedad:** Muy resaltada, se considera cansado e incapaz de realizar la más pequeña tarea.
- g) **Interacción Social:** Inhibida y bloqueada, penosa, monotemática, perseverante, dificultad para rebasar su propia intimidad, impermeabilidad frente a otros, autoconcepto peyorativo.
- h) **Actividad:** Inhibida, excesiva reflexión en torno al obstáculo insuperable, carente de sentido, reducción de proyectos personales, inhibición psicomotriz, dificultad para transformar ideas en actividades.
- i) **Tendencias:** Disminución de la fase paradójica del sueño, imposibilidad de dormir, sueño inquieto, superficial y con pesadillas; anorexia, bulimia, inhibición de la apetencia sexual y apatía generalizada.
- j) **Análisis funcional de la conducta:** Extensión de conductas adaptativas, disminución de conductas de escape, aumento de conductas de evasión y fracaso de las mismas, pérdida de contingencias positivas, disminución de los reforzadores sociales y bajo repertorio de habilidades sociales.
- k) **Trastornos vegetativos y equivalentes depresivos:** Náuseas, vómitos, sequedad de la boca, gastralgias, hipercloridia, constipación, descenso del metabolismo basal, probable curva diabética, bradicardia o taquicardia, hipertensión, cefaleas, parestesias, vértigo, prurito, opresión precordial e hipersensibilidad al ruido.

Para un diagnóstico clínico de la depresión el **Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSMIII)**, usa los criterios siguientes:

- a) Pérdida de interés o placer en casi todas las actividades usuales, por lo menos durante dos semanas.
- b) Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas y que estén presentes por lo menos dos semanas; Alteración en el apetito, disturbios del sueño, agitación o retardo motor, pérdida de interés en actividades usuales, pérdida de energía, sentimientos de inferioridad o culpa, disminución de la habilidad de concentración, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

LA DEPRESION Y SU RELACION CON EL EMBARAZO Y EL ABORTO

Durante el embarazo, la primera etapa de adaptación psicológica es la identificación, especialmente en el segundo trimestre cuando comienza a sentir movimientos fetales la mujer fantasea sobre el bebe. Conforme se aproxima el parto las fantasías ya no son satisfactorias y la mujer desea tener en sus brazos un bebe real lo más pronto posible. Todos estos cambios pueden destruir el equilibrio emocional aún de la mujer con excelente salud psicológica.

Se encuentra asociación de complicaciones obstétricas por aumento de ansiedad, con baja condición socioeconómica, frecuente migración rural-urbana, menor de 17 años o mayor de 55 años, intervalo intergenésico menos de 12 meses o multiparidad.

"Entre los signos de problemas emocionales esta la incapacidad para manifestar recursos de adaptación, no aceptar la condición de embarazo después de la 10-12 semana, incapacidad de mostrar interés en el lactante o para prever el parto más de 14-20 semanas"/⁶.

Según estudios recientes, los síntomas psíquicos principales son: Insomnio inexplicable, temor, ideas extrañas, pensamientos rápidos, ansiedad del parto, cuidados neonatales y de alimentación infantil.

Las psicosis post-aborto son más frecuentes según sea el caso y se encuentra disforia en un 50-60% durante las primeras 48 horas, depresión en un 10-20 % durante las 6-8 semanas, las psicosis puerperales se dan en 1-2 x 1000. Se les divide por su periodo de apareamiento y su asociación con patologías pre-existentes.

Los cuadros depresivos son comunes y los principales síntomas son: incremento de fatigabilidad, labilidad emocional, irritabilidad, sentimientos de inferioridad, pérdida de iniciativa, miedo, palpitaciones y tensión.

TRATAMIENTO

Según la Psicóloga Nidia Osorio Guzmán, independientemente de cual sea el efecto psicológico específico de cada mujer, el tratamiento para los estados de salud mental, posteriores al aborto, consiste en sanar y curar la herida psicológica y espiritual, el objetivo primordial es liberar a la mujer de la culpa y establecer un recuerdo positivo del bebe.

⁶ Friedrich, M.A. ASPECTOS EMOCIONALES DEL EMBARAZO. 5a. Edición. Editorial El Manual Moderno. México. 1989. pp. 540-588.

La terapia psicológica conlleva un proceso de aprendizaje estructurado que implica: Lograr empatía o establecer rapport con la paciente, ya que a ella le es difícil hablar del tema, esto es vital para llevar a cabo una comunicación abierta y sincera, donde se explora la penosa situación pasada del bebe.

Se le da información a la paciente y se le explica todo acerca del aborto (clases, causas, consecuencias, etc.), esto la tranquilizará porque sabrá qué es lo que está ocurriendo.

En el aspecto espiritual se recomienda identificar el sexo del bebe abortado y ponerle un nombre, pues el dolor entre otros, es causado porque no se tiene una imagen concreta del niño, no lo vio, no lo sepultó. "Mediante la técnica de Relajación e Imaginería se bautiza al niño simbólicamente para entregárselo a Jesús y María y que descanse en paz, esto hace que las madres se sientan liberadas y puedan hablar del suceso con tranquilidad"/¹⁰.

Conociendo la magnitud de los fenómenos psicológicos que se dan en la mujer tras el aborto, resulta evidente, que la intervención de la psicoterapia es lo más indicado.

Para entender la intervención de la psicoterapia, definamos primero que es salud mental. Para Mauricio Knobel, "Es el resultado dinámico y estructural del aparato psíquico funcionando adecuadamente".

Para Preston, salud mental "Es la capacidad que el individuo tiene de vivir: a) dentro de los límites impuestos por su físico. b) con otros seres humanos. c) sintiéndose feliz. d) productivamente y e) sin ser un estorbo".

De acuerdo a este concepto, es evidente que el mejoramiento del hombre no es una preocupación reciente, como tampoco lo es el estudio de la naturaleza humana y de los móviles de la conducta. A este respecto la psicología y sus aplicaciones en psicoterapia corren paralelos en la historia de todas las disciplinas. "Cuando el hombre se supo capaz de dominar y controlar pudo entregarse a la tarea de exploración y comprensión más amplia, fue entonces cuando realmente se concebía a sí mismo como capaz de comprender lo que él era y de cambiar"/¹¹.

¹⁰ Osorio Garzón, Nidia. Psicóloga. SANACION POST-ABORTO. Revista Caminos de Esperanza. USA. Julio-agosto/91. 32 p.

¹¹ Singer, Erwin. CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE PSICOTERAPIA. Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1985. pp. 15

Básicamente podemos entender la Psicoterapia como una asistencia psicológica que consiste en poner nuestros conocimientos teórico-técnicos al servicio de una reestructuración de la personalidad, ayudando así a resolver los conflictos y a adquirir un funcionamiento adecuado de nuestro aparato mental o anímico, para posibilitar el goce de nuestra condición humana en un constante proceso de desarrollo y crecimiento que nos proporcione una inefable vivencia de plena felicidad.

El criterio sobre la necesidad de la intervención terapéutica se mantiene relativamente independiente de las consideraciones científicas y en mayor medida del resultado de proposiciones morales. El proceso terapéutico dependerá de lo que el terapeuta considere como la meta última del ser humano y del paciente como tal, un binomio de mutua coparticipación.

"La Psicoterapia trata de hacer desaparecer a través de una elaboración inconsciente primero y consciente después, aquello que el paciente presenta como perturbador en su vida o si ello no fuera posible, modificarlo o retardar su desarrollo para que le perturbe menos y la vida se haga más tolerable"¹²

La psicoterapia tiene un campo de acción aún más amplio que el psicoanálisis moderno. Con las metas modelo de la psicoterapia rápida y una amplia variedad de auxiliares, probablemente no haya una persona o una situación que no puedan ser tratados hasta cierto punto, siempre y cuando existan el conocimiento, la capacidad y la disposición

Para lograr esto también se dan ciertos conceptos fundamentales como: Establecer deliberadamente una relación profesional que aún cuando tenga un profundo contenido humano no puede dejar de ser esencialmente profesional. Otro factor importante es que solo puede ser ayudado quien quiere serio.

TERAPIA DE APOYO

"La esencia del apoyo radica en la sensación general de bienestar y satisfacción de la necesidad de afecto. El apoyo puede ser considerado de tres maneras"¹³.

- a) Como un suscitador de seguridad, ya que el paciente experimenta la sensación de que hay alguien que lo acepta tal y como es, que se interesa por el y lo respeta.

¹² Knobel, Mauricio. **PSICOTERAPIA BREVE**. 1a. Edición. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina 1987 pp. 39

¹³ K. Lawrence Op. cit pag. 222-225

- b) Como tranquilizador, porque por medio del apoyo, se reducen o se suprimen tensiones y presiones internas o del medio.
- c) Como un soporte temporal, ya que un apoyo prolongado podría producir un reforzamiento de la dependencia y con este disminuir el grado de responsabilidad del paciente.

"La psicoterapia breve toma estos conceptos como pilares en los cuales se apoya para ayudar al individuo a tener una visión real de sus dificultades; una verdadera apreciación de sus problemas y un punto de referencia para correcciones positivas de su conducta que es el resultado de un funcionamiento psicológico perturbado"/¹⁴.

Según Knobel (1975), existen "factores estresantes" y "acontecimientos vitales" de la vida cotidiana y de circunstancias especiales, que pueden llevar a una psicoterapia de urgencia. También explica que hay casos en que una terapia de corto plazo es mucho más necesaria, indicada y útil que una técnica compleja y de tiempo indefinido que sería totalmente impracticable.

Dentro de éstos casos pueden verse situaciones de emergencia, diversos tipos de crisis, depresiones reactivas, reacciones ansiosas o fóbicas y problemas repentinos de ajuste emocional.

La terapia breve procura localizar el centro principal del conflicto, que resuelto por acción directa y específica, deja de lado otros aspectos de la personalidad, resolviendo el problema. Se trata de hacer lo máximo en el tiempo mínimo. (Ley de Parkinson).

Según Kenia M. Ballve V. la psicoterapia breve se distingue por el hecho de que se basa en una triada, cuyos aspectos esenciales y característicos son: la actitud, la planificación y el foco.

Alberto Braler (1988) compara adecuadamente, la psicoterapia con el psicoanálisis y la psicoterapia analítica e involucra temas como la situación-problema, el foco, el punto de urgencia y la hipótesis psicodinámica inicial.

Brasler traslada los conceptos psicoanalíticos tradicionales a una teoría y práctica de una verdadera psicoterapia breve a base estrictamente psicoanalítica.

Para Malan (1983), terapia breve es sinónimo de terapia focal; analiza cuidadosamente el pasaje de una psicoterapia analítica a una psicoterapia focal y contribuye a encarar el

problema de la evaluación de los resultados psicoterapéuticos, especialmente el de la psicoterapia breve

Knobel, expone que la terapia breve trata de ayudar a encarar los diversos conflictos que presionan angustiosamente determinados cuadros de psicopatología psicodinámica (diversos cuadros que pueden ser predominantes y accesibles).

Sifneos (1972) trabaja intentando movilizar al máximo la ansiedad para descubrir la situación conflictiva predominante, llamándole Psicoterapia Breve.

En psicoanálisis tenemos una psicoterapia que cronológica y vivencialmente se transforma en una experiencia emocional y cognitiva tan extensa que puede volverse interminable; esto, complica situaciones, acentúa angustias y moviliza fuertemente los niveles inconscientes del psiquismo.

En psicoterapia breve se debe tratar de ensayar la acción terapéutica reduciendo su cronología técnica y procurando mantener su esperada eficacia. Para Knobel, la ambición terapéutica puede reducirse enormemente en aras del deseo de ayudar; en ocasiones es válido que solamente pretenda que la persona que consulta pueda llegar a comprender que necesita ayuda y la busque luego de la manera más adecuada para ella.

Cabe mencionar que el psicoanálisis acarreo ventajas a la psicoterapia breve; dentro de éstas está toda la gana de contribuciones dinámicas a través de sus concepciones técnicas y estratégicas, su metodología estricta, sus innumerables contribuciones científicas a la teoría de la técnica, sus postulados básicos y su ideología coherente dentro del cuerpo de doctrinas cada vez más sistematizado y aparentemente acabado. Pero la psicoterapia breve se plantea siempre cuestionamientos nuevos no se convierten en sistema cerrado de conocimientos, pues esto la aniquilaría.

En la Psicoterapia breve la regresión debe ser desalentada totalmente, mediante la activación de todos los medios que permitan un control permanente de los aparatos autónomos del yo. La regresión obliga a la revisión de la historicidad real o fantaseada y estimula la neurósis transferencial, impidiendo toda reducción del tiempo terapéutico.

Mauricio Knobel propone una técnica de psicoterapia breve que apoya en cuatro principios: 1) Es no transferencial. 2) Es no regresiva. 3) Es elaboradora de predominio cognitivo (en aparente detrimento del predominio afectivo). 4) Se da la relación objetal al permitirle experimentar el reemplazo de información falsa por verdadera, creando así una vivencia real en la que la persona pasa a ser sujeto activo de su propia historia.

MEDICION DE LA DEPRESION: (ESCALA PARA LA AUTOMEDICION DE LA DEPRESION Y LA ANSIEDAD DEL DR. WILLIAM K. ZUNG)

En la investigación realizada se utilizó la escala de automedición de la depresión del Dr. William W. K. Zung, la cual permite efectuar una medición cualitativa de la depresión.

La prueba de Zung se publicó por primera vez en 1,965, en una serie de informes sobre pacientes deprimidos y con otros desórdenes mentales o emocionales. El uso de la escala que contiene la prueba, en cualquier clase de pacientes que manifiestan síntomas físicos sin base orgánica aparente, puede descubrir y medir las llamadas depresiones ocultas, economizando tiempo valioso en la clínica y en las entrevistas de tanteo.

Los estudios realizados indican como las mediciones obtenidas de esta manera pueden correlacionarse de forma segura con otras escalas de medición de la depresión que requieren más tiempo y que están en uso actualmente.

II.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pocos problemas Gineco-obstétricos son tan complejos en su etiopatogenia y tan dinámicos en su evolución como el aborto espontáneo; el aborto provocado tiene también sus propias connotaciones, pero los factores psicógenos que acompañan a estas dos situaciones merecen especial atención por parte de los profesionales de la psicología.

En el Hospital Nacional San Juan de Dios del municipio de Amatitlán, el aborto es la tercera causa de morbi-mortalidad, se atiende un promedio de cuatro casos diarios de aborto en curso en mujeres de 13 a 41 años de bajo nivel socioeconómico, escasa escolaridad y con muy pocas oportunidades de recibir del Estado, servicios en salud y menos aún en salud mental.

La situación analizada, plantea ante la sociedad en general un problema por demás agravado y en el caso del Hospital Nacional de Amatitlán un asunto al cual no se le da cobertura adecuada, puesto que no se cuenta con programas específicos y permanentes para la atención de estos casos, ni con personal paramédico capacitado, por otra parte el departamento de Psicología no pudo cubrir este espacio por falta de personal.

Atendiendo a toda esta situación se hizo necesario, trabajar una terapia de apoyo post-aborto aunado a una orientación sobre sus causas y consecuencias en la salud física y mental de la mujer. Debido a la falta de datos estadísticos sobre este problema, también se llevó a cabo una investigación sobre las consecuencias psicológicas más comunes y luego de

detectar necesidades de capacitación en el personal médico y paramédico se les implementó un plan de orientación y capacitación sobre el tema, en diferentes aspectos.

El trabajo en sus tres etapas tuvo mucha receptividad, fue evidente que era muy necesario y ayudó a resarcir los efectos negativos del aborto en 120 mujeres.

II.3 OBJETIVOS DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

OBJETIVO GENERAL

Llevar a cabo el Ejercicio Profesional Supervisado prestando un servicio a la comunidad y con fines de graduación, utilizando los recursos, conocimientos y técnicas al alcance para mejorar la calidad de vida de la población meta de esta investigación.

Aportar al Hospital de Amatlán, a su departamento de Psicología y a la Escuela de Ciencias Psicológicas, un documento válido sobre las consecuencias psicológicas del aborto.

Ejercer la docencia como parte de una experiencia enriquecedora en el campo de acción del profesional, en el contexto del Hospital de Amatlán.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

DE INVESTIGACION

- Desarrollar una investigación e identificar las consecuencias psicológicas más comunes post-aborto.
- Determinar la incidencia del aborto espontáneo.
- Identificar las expectativas de la mujer frente a un nuevo embarazo.

DE SERVICIO

- Aplicar una terapia de apoyo post-aborto a pacientes de 13 a 41 años internas en el servicio de maternidad, unidad de séptico, del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán.
- Proporcionar atención psicológica a pacientes de consulta externa, evaluando, diagnosticando y tratando.

- Proporcionar apoyo psicológico en las diferentes salas de encamamiento, evaluando, diagnosticando y tratando.
- Proporcionar apoyo profesional en diversas actividades, al personal médico, paramédico, administrativo y de servicio.

DE DOCENCIA

- Instruir al personal de enfermería sobre los beneficios de la psicoterapia de apoyo y sobre la técnica de Relajación e imaginaria.
- Implementar a los estudiantes practicantes de cuarto y quinto grado de Licenciatura en Psicología, sobre la terapia de apoyo breve y de emergencia, técnica de relajación e imaginaria y las pruebas psicométricas de Zung.
- Asesorar a los estudiantes practicantes de cuarto y quinto grado, en el proceso de entrevista, diagnóstico y tratamiento.

II.4 METODOLOGIA DE ABORDAMIENTO

El Ejercicio Profesional Supervisado, titulado, ANALISIS Y DIAGNOSTICO EN UN PROGRAMA DE INTERVENCION PRIMARIA EN ABORTO EN PACIENTES DE TRECE (13) A CUARENTA Y UN (41) AÑOS INTERNAS EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO DE AMATITLAN, DEPARTAMENTO DE GUATEMALA, se llevó a cabo bajo la supervisión y asesoría del Licenciado Luis Roberto Mazariegos Ríos.

A continuación se describen las actividades, resumidas en grandes pasos.

1. Reunión de información general sobre posibilidades. (Departamento de E.P.S. 1 día)
2. Selección del Organismo requiriente (1 día)
3. Reunión previa de presentación de Asesor-supervisor (1 día)
4. Visita de reconocimiento a Hospital Nacional San Juan de Dios del municipio de Amatitlán (1 día)
5. Reunión con autoridades superiores del Hospital (1 día)
6. Selección del servicio.
7. Selección del tema a investigar.

8. Visitas a diferentes instituciones de la comunidad (1 día)
9. Recopilación de material bibliográfico. (1 semana)
10. Lectura de material bibliográfico. (1 semana)
11. Elaboración de proyecto de factibilidad (1 semana)
12. Revisión y aprobación del proyecto por parte del Asesor-supervisor (1 semana)
13. Aprobación del proyecto por parte del Departamento de EPS y Consejo Directivo (2 semanas)
14. Ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado (recopilación de datos investigación, servicio y docencia) 8 meses febrero a octubre.
15. Procesamiento de datos y elaboración de cuadros estadísticos (1 semana)
16. Exposición de informe final de investigación al personal del servicio de maternidad. (1 día)
17. Elaboración de Informe Final. (4 semanas)

II.5 METODOLOGIA UTILIZADA

El trabajo se dividió en tres subprogramas:

a). Subprograma de Investigación

La investigación es de tipo prospectivo, con diseño observacional descriptivo, con el objetivo de identificar la incidencia de los trastornos psicológicos (depresión, angustia, ansiedad, cólera, temor, culpa, confusión, frustración, ira, tristeza), después de haber sufrido un aborto.

Se tomó como sujeto de estudio a toda persona de sexo femenino ingresada al servicio de maternidad, unidad de séptico, a través de la emergencia, con diagnóstico de aborto ya sea espontáneo o provocado. Se estudiaron 120 casos, luego de haberles efectuado el legrado uterino; no se tomó en cuenta la edad gestacional. Se tomó en cuenta su anuencia a participar, ya que se les explicó que se trataba de una investigación y que si estaba de acuerdo en participar. Ninguna paciente se negó.

Se elaboró la boleta de encuesta tomando en cuenta las variables a estudiar; la paciente fue encuestada cuando se encontraba en su cama en la unidad de séptico, luego de más de ocho horas de haberles efectuado el legrado.

b). Subprograma de Servicio

Pacientes internos:

- Se visitaron los servicios para detectar necesidades.
- Se priorizaron las necesidades.
- Se seleccionó el tema del aborto (por ser muy recurrente)
- Se estudió cuál era la terapia más adecuada, atendiendo a las necesidades propias del fenómeno y a las características del proceso del Legrado (manejo de paciente y tiempo de encamamiento). Se seleccionó la terapia más apropiada Psicoterapia de apoyo breve y de Emergencia.
- Se aplicó la terapia de apoyo y la técnica de relajación e imaginiería (en dos sesiones)

Pacientes de consulta externa:

- Entrevista, con formato previamente aprobado por el Departamento de Psicología, estableciendo rapport a la vez (tres o cuatro sesiones)
- Evaluación, por medio de examen mental, pruebas psicométricas de árbol, familia, figura humana, C.A.T., T.A.T Bender Copitz, M.M.P.I., básicamente, según el caso.
- Diagnóstico, de acuerdo a entrevista, pruebas aplicadas, examen mental y al manual DSM-4.
- Se estableció el plan terapéutico.
- Se hizo las recomendaciones respectivas
- Se aplicó el tratamiento adecuado.
- En cuanto a la consulta interna, se procedió así:
- Se visitó los diferentes servicios médicos, atendiendo los casos referidos, evaluando su estado mental, diagnosticando, recomendando, aplicando tratamiento y dando seguimiento al caso.
- Se atendió llamadas del servicio de emergencia, para atender casos especiales de shock, básicamente.
- Se colaboró en actividades recreativas y sociales con todo el personal, especialmente, el día del niño, oportunidad en la que se llevó a cabo una celebración por tres días consecutivos. Convivencias con el personal, por unidades de trabajo, fuera del Hospital.

c). Subprograma de docencia

Se abordó a través de una metodología de base participativa, con el auxilio de técnicas y actividades diversas.

- Se elaboró un pretest y postest para evaluar el conocimiento del personal de enfermería del servicio de maternidad sobre las consecuencias del aborto.
- Se aplicó el pretest, detectándose necesidades.
- Se les orientó sobre consecuencias del aborto.
- Se les implementó sobre los beneficios de la Psicoterapia de apoyo y la técnica de Relajación e Imaginería.
- Se aplicó el postest.
- Se expuso en una clase magistral el Informe Final de la investigación.
- Se asesoró a los estudiantes practicantes en el seguimiento de caso, observando cómo lo hacía el especialista y discutiendo el caso posteriormente.
- Se orientó a los estudiantes practicantes en el proceso de atención a pacientes internos y se les guió al hacerlo.
- Se implementó a los estudiantes practicantes en los temas de Terapia de Apoyo, Técnica de Relajación e Imaginería y sobre las consecuencias psicológicas del aborto.

II.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS

Durante la ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado, se utilizaron varios instrumentos, que viabilizaron el trabajo e hicieron posible la recolección de datos.

Para la investigación se elaboró una boleta que reúne la información general de la paciente y que contiene diez ítems. Esta sirvió para recabar datos del estado emocional de la paciente, durante el proceso de aborto y luego del legrado uterino, así como también de la dinámica familiar; la misma es una boleta estructurada pero se aplicó verbalmente introduciendo report, no como un cuestionamiento rígido. se hizo de la siguiente manera:

1. Sabe exactamente lo que le sucedió?

Sirvió para medir el grado de conocimiento de la paciente sobre el acontecimiento.

2. Le explicaron cuál fue su problema?

La paciente respondió sobre la explicación que hicieron las personas que le atendieron sobre su problema.

3. Qué entendió?

Aquí se narró lo que la paciente comprendió, en caso de que su respuesta anterior fuera positiva.

4. Quién fue la persona que le explicó?

Se le preguntó a la paciente quién fue la persona que le brindó la información, correspondiendo su respuesta a médico, enfermera o estudiante.

5. Qué sintió cuando se enteró de que había perdido al bebé?

Si contestó que se sintió afligida, desconsolada, apenada, con dolor, inquieta, desesperada o con espanto, correspondió a la casilla de ANGUSTIA, si contestó que sintió ira, con bilis, furiosa o irritada, entonces correspondió a la casilla de COLERA, si la paciente contestó que sintió revoltijo, una mezcla de sentimientos, un lío, que está con duda, abatida, abochornada o con desasosiego entonces correspondió a la casilla de CONFUSION, si contestó que se siente con flaqueza, si ella se culpa por lo ocurrido, correspondió a la casilla de CULPA; si la paciente contestó que está desmoralizada, descorazonada, consternada, decaída desalentada, abatida o decepcionada, correspondió a la casilla de DEPRESION; si contestó que se siente fracasada, defraudada, entonces correspondió a la casilla de FRUSTRACION; si respondió que se siente con recelo, aprensiva, con desconfianza, con espanto o asombrada, correspondió a la casilla de TEMOR; y si respondió que se siente con pena, afligida, desconsolada, amargada, atormentada o con ansia, entonces correspondió a la casilla de TRISTEZA.

6. Cómo se siente ahora?

Se relaciona la respuesta de la paciente con las casillas correspondientes, al igual que la pregunta anterior.

7. Qué piensa de un nuevo embarazo?

Se consultó si la paciente piensa que sea pronto (menos del año), si desea dejar pasar un tiempo (más de un año) y si desea o no estar embarazada de nuevo y sus razones.

8. Qué opina su pareja de lo ocurrido?

Se averiguó si la pareja la apoya o no, si esta confundida, triste, enojada o ignora lo sucedido.

9. Esta recibiendo apoyo de su pareja o familia?

Se persigue conocer un poco la dinámica familiar y que papel juega el apoyo de la pareja o de la familia.

10. Qué piensa hacer al salir del Hospital?

Básicamente se pretende averiguar si la paciente buscará ayuda, en caso de que su respuesta sea afirmativa, a quien buscará, médico, (ginecólogo) psicólogo y las razones por las cuales la buscaría.

En el subprograma de Servicio se utilizó la escala para automedición de la depresión y de la ansiedad del Dr. William W. K. Zung.

Esta prueba mide cualitativamente la ansiedad y la depresión, puede descubrir y medir las llamadas depresiones ocultas, generalmente se necesitan menos de cinco minutos para hacer la prueba y calificar al paciente.

Las clasificaciones altas no son en si mismas un diagnóstico, sino una indicación de la presencia de síntomas, que pueden tener importancia clínica.

La escala consta de veinte items, con cuatro posibles respuestas "Muy pocas veces", "Algunas veces", "La mayor parte del tiempo" y "Continuamente". Cada declaración se refiere a una característica específica y común de la depresión.

Los veinte items evidencian los síntomas ampliamente reconocidos como desórdenes de la depresión. Puede interpretarse como sigue: Control normal: 20 puntos, se escribe al margen el valor indicado de cada declaración y luego se suma; esta declaración básica se convierte a un índice basado en cien. Un índice abajo de veinte indica poca o ninguna depresión y un índice alto, como 50 por ejemplo, señala una depresión de significación clínica.

CAPITULO III.

PRESENTACION DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

III.1 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION.

III.1.1 DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE ABORTO ESTUDIADOS

En los cuadros que se incluyen a continuación se consignan los resultados de la investigación realizada:

CUADRO No. 01
 NUMERO DE CASOS POR GRUPO ETAREO
 DE UN TOTAL DE 120 PACIENTES

PACIENTES INGRESADAS A LA UNIDAD DE SEPTICO DE LA
 SALA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL
 SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN
 POR PRESENTAR ABORTO EN CURSO

No.	EDAD (Años)	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1	13-18	20	17
2	19-24	10	08
3	25-30	40	33
4	31-35	30	25
5	36-41	20	17
	TOTALES	120	1 00%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Se avaluó a un total de 120 pacientes, entre las edades de 13 a 41 años, quienes se agruparon en cinco grupos etáreos. El mayor número de casos estudiados se concentró en las edades de 25 a 30 años. La menor incidencia se reportó en pacientes entre las edades de 19 a 24 años.

**CUADRO No. 02
NUMERO DE CASOS POR GRUPO ETNICO
DE UN TOTAL DE 120 PACIENTES**

PACIENTES INGRESADAS A LA UNIDAD DE SEPTICO DE LA
SALA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL
SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN
POR PRESENTAR ABORTO EN CURSO

No.	GRUPO ETNICO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1	INDIGENA	28	23
2	LADINO	92	77
	TOTALES	120	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

De las 120 pacientes estudiadas, la mayor incidencia fué en el grupo de ladinas. Esto puede ser el resultado de formas de conducta o costumbres más conservadoras en el indígena.

**CUADRO No. 03
NUMERO DE CASOS POR RELIGION
DE UN TOTAL DE 120 PACIENTES**

PACIENTES INGRESADAS A LA UNIDAD DE SEPTICO DE LA
SALA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL
SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN
POR PRESENTAR ABORTO EN CURSO

No.	RELIGION	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1	CATOLICA	103	86
2	EVANGELICA	15	12
3	OTRAS	2	2
	TOTALES	120	1 00%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

El cuadro anterior refleja una mayor incidencia del problema de aborto en mujeres que profesan la religión Católica.

CUADRO No. 04
NUMERO DE CASOS POR CAUSA DE ABORTO
DE UN TOTAL DE 120 PACIENTES

PACIENTES INGRESADAS A LA UNIDAD DE SEPTICO DE LA
 SALA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL
 SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN
 POR PRESENTAR ABORTO EN CURSO

No.	CAUSA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1	NO SABE	60	50
2	SE ENOJO	30	25
3	SE CAYO	7	6
4	DEBILIDAD	7	6
5	LA SOBO UNA COMADRONA	6	5
6	INFECCION VIAS URINARIAS	4	3
7	LA GOLPEO SU PAREJA	2	3
8	PLACENTA PREVIA	4	2
	TOTALES	120	1 00%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

De acuerdo al cuadro anterior, las mayores causas del aborto se reflejan en las casillas de No sabe, con el 50% y el 25% le atribuye la causa a un enojo.

**CUADRO No. 05
NUMERO DE CASOS POR ESTADO CIVIL
DE UN TOTAL DE 120 PACIENTES**

PACIENTES INGRESADAS A LA UNIDAD DE SEPTICO DE LA
SALA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL
SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN
POR PRESENTAR ABORTO EN CURSO

No.	ESTADO CIVIL	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1	SOLTERA	20	17
2	CASADA	68	56
3	UNIDA	32	27
4	VIUDA	0	0
5	DIVORCIADA	0	0
	TOTALES	120	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

De las 120 pacientes, el 56 % son casadas y el 25 % mantienen una unión de hecho. 20 Casos de aborto se reportaron en mujeres solteras.

**CUADRO No. 06
NUMERO DE CASOS POR ESCOLARIDAD
DE UN TOTAL DE 120 PACIENTES**

PACIENTES INGRESADAS A LA UNIDAD DE SEPTICO DE LA
SALA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL
SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN
POR PRESENTAR ABORTO EN CURSO

No.	ESCOLARIDAD	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1	ALFABETA	42	35
2	ANALFABETA	78	65
	TOTALES	120	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

De las pacientes evaluadas, se estableció que un 35 % son mujeres alfabetas y un 65 % son analfabetas.

III.1.2 PRESENTACION Y ANALISIS DE LAS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS DEL ABORTO

CUADRO No. 07
CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS POR GRUPO ETAREO
DE UN TOTAL DE 120 PACIENTES

PACIENTES INGRESADAS A LA UNIDAD DE SEPTICO DE LA
SALA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL
SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN
POR PRESENTAR ABORTO EN CURSO

TRASTORNO PSICOLOGICO	GRUPO ETAREO				
	13-18 %	19-24 %	25-30 %	31-35 %	36-41 %
TRISTEZA	20 100%	10 100%	40 100%	30 100%	20 100%
TEMOR	20 100%	10 100%	40 100%	30 100%	20 100%
DEPRESION	20 100%	10 100%	40 100%	30 100%	20 100%
ANGUSTIA	20 100%	10 100%	40 100%	30 100%	20 100%
FRUSTACION	00 0%	00 0%	40 100%	20 66%	00 0%
CULPA	00 0%	00 0%	30 75%	10 33%	00 0%
COLERA	00 0%	10 100%	05 12%	05 16%	00 0%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Del cuadro anterior se infiere que del total de 120 pacientes ingresadas a la Unidad de Séptico, en un 100 % todos los grupos etáreos manifestaron tristeza, temor, depresión y angustia. En los grupos etáreos comprendidos entre los 19 y 30 años manifestaron alguna grado de frustración, culpa o cólera.

CUADRO No. 08
CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS POR GRUPO ETNICO
DE UN TOTAL DE 120 PACIENTES

PACIENTES INGRESADAS A LA UNIDAD DE SEPTICO DE LA
 SALA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL
 SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN
 POR PRESENTAR ABORTO EN CURSO

TRASTORNO PSICOLOGICO	GRUPO ETNICO			
	LADINO		INDIGENA	
TRISTEZA	92	77%	28	23.2%
TEMOR	92	77%	28	23.2%
DEPRESION	92	77%	28	23.2%
ANGUSTIA	92	77%	28	23.2%
FRUSTRACION	60	50%	00	0.0%
CULPA	25	21%	15	12.5%
COLERA	20	11%	15	12.5%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

De acuerdo al Cuadro anterior, de las 120 pacientes evaluadas se determinó que la población ladina, en un 92 % y la población indígena en los porcentajes que se indican, presentaron cuatro fenómenos psicológicos que son: Tristeza, temor, depresión y angustia. En cuanto a la frustración se presentó en un 50 % de la población ladina y estuvo ausente en la indígena.

CUADRO No. 09
CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS POR RELIGION
DE UN TOTAL DE 120 PACIENTES

PACIENTES INGRESADAS A LA UNIDAD DE SEPTICO DE LA
SALA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL
SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN
POR PRESENTAR ABORTO EN CURSO

TRASTORNO PSICOLOGICO	CASOS Y PORCENTAJES					
	CATOLICA		EVANGELICA		OTRA	
TRISTEZA	103	87%	15	12%	2	2%
TEMOR	103	87%	15	12%	2	2%
DEPRESION	103	87%	15	12%	2	2%
ANGUSTIA	103	87%	15	12%	2	2%
FRUSTRACION	48	40%	10	08%	2	2%
CULPA	28	23%	10	08%	1	2%
COLERA	15	12%	05	04%	0	0%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

En el cuadro anterior se refleja que la totalidad de pacientes Católicas y las Evangélicas, presentaron del fenómeno de la tristeza, temor, depresión y angustia.

CUADRO No. 10
CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS POR ESCOLARIDAD
DE UN TOTAL DE 120 PACIENTES

PACIENTES INGRESADAS A LA UNIDAD DE SEPTICO DE LA
 SALA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL
 SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN
 POR PRESENTAR ABORTO EN CURSO

TRASTORNO PSICOLOGICO	E S C O L A R I D A D			
		ANALFABETISMO		ALFABETISMO
TRISTEZA	78	65%	42	35%
TEMOR	78	65%	42	35%
DEPRESION	78	65%	42	35%
ANGUSTIA	78	65%	42	35%
FRUSTRACION	52	43%	08	07%
CULPA	30	25%	10	08%
COLERA	08	2.5%	12	10%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

El Cuadro anterior permite apreciar que de las 120 pacientes evaluadas, tanto las alfabetas como las analfabetas, presentaron en diferentes grados, tristeza, temor, depresión y angustia, mientras que frustración solo se presentó en un 43 % de las pacientes analfabetas y en un 8 % en las alfabetas.

CUADRO No. 11
CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS POR PARIDAD
DE UN TOTAL DE 120 PACIENTES

PACIENTES INGRESADAS A LA UNIDAD DE SEPTICO DE LA
 SALA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL
 SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLÁN
 POR PRESENTAR ABORTO EN CURSO

TRASTORNO PSICOLÓGICO	PARIDAD					
	0	%	1	%	2 o más	%
TRISTEZA	25	21%	15	12.5%	80	67%
TEMOR	25	21%	15	12.5%	80	67%
DEPRESION	25	21%	15	12.5%	80	67%
ANGUSTIA	25	21%	15	12.5%	80	67%
FRUSTRACION	00	00%	20	17%	40	33%
CULPA	10	08%	00	00%	30	25%
COLERA	10	12.5%	00	00%	05	04%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

De las 120 pacientes evaluadas, las más afectadas fueron las que tienen dos hijos o más, presentando tristeza, temor, depresión y angustia, además de frustración y culpa. Un mínimo porcentaje presentó cólera o enojo.

CUADRO No. 12
CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS POR APOYO DE PAREJA O FAMILIA
DE UN TOTAL DE 120 PACIENTES

PACIENTES INGRESADAS A LA UNIDAD DE SEPTICO DE LA
 SALA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL
 SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN
 POR PRESENTAR ABORTO EN CURSO

TRASTORNO PSICOLÓGICO	APOYO DE PAREJA O FAMILIA			
	SI TIENE		NO TIENE	
TRISTEZA	85	71%	35	29%
TEMOR	85	71%	35	29%
DEPRESION	85	71%	35	29%
ANGUSTIA	85	71%	35	29%
FRUSTRACION	48	40%	55	10%
CULPA	10	08%	30	25%
COLERA	15	12.5%	05	4%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

De las 120 pacientes evaluadas, tanto las que tienen apoyo, como las que no lo tienen, en sus correspondientes porcentajes, presentaron tristeza, temor, depresión o angustia. Asimismo, todas las pacientes presentaron algunos signos de culpa y cólera en los porcentajes que se indican.

III.1.3 INFLUENCIA DEL CONTROL PRENATAL EN LOS CASOS DE ABORTO ANALIZADOS

CUADRO No. 13
ASISTENCIA A CONTROL MEDICO
DE UN TOTAL DE 120 PACIENTES ESTUDIADAS

PACIENTES INGRESADAS A LA UNIDAD DE SEPTICO DE LA
SALA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL
SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN
POR PRESENTAR ABORTO EN CURSO

GRUPO ETAREO	ASISTENCIA MEDICA			
	TUVO CONTROL	%	NO TUVO CONTROL	%
13-18	05	04%	15	12.5%
19-24	03	2.5%	07	06%
25-30	25	21%	15	12.5%
31-35	22	18%	08	07%
36-41	06	05%	14	12%
TOTAL	61		59	

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Del total de 120 pacientes evaluadas, 61 tuvieron control prenatal y 59 no. De estas el grupo etáreo con más control fue el comprendido entre las edades del 25 a 30 años y el de menos control prenatal fue el de 19 a 24 años.

**CUADRO No. 14
CONTROL PRENATAL POR GRUPO ETNICO
DE UN TOTAL DE 120 PACIENTES**

PACIENTES INGRESADAS A LA UNIDAD DE SEPTICO DE LA
SALA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL
SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN
POR PRESENTAR ABORTO EN CURSO

GRUPO ETAREO	LADINO				INDIGENA			
	SI TUVO	%	NO TUVO	%	SI TUVO	%	NO TUVO	%
13-18	05	04%	11	09%	00	0%	04	3.5%
19-24	03	2.5%	05	04%	00	0%	00	0%
25-30	25	21%	05	04%	00	0%	10	8%
31-35	20	17%	00	0%	02	2%	08	7%
36-41	06	5%	12	10%	00	0%	02	2%
TOTALES	59	49.5%	33	27%	02	02%	26	22.5%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Del total de 120 pacientes, 92 corresponden a ladinas. De estas, 59 tuvieron control prenatal y 33 no. Asimismo, del grupo de las indígenas únicamente 2 tuvieron control y 26 no.

**CUADRO No. 15
CONTROL PRENATAL POR ESCOLARIDAD
DE UN TOTAL DE 120 PACIENTES**

PACIENTES INGRESADAS A LA UNIDAD DE SEPTICO DE LA
SALA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL
SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN
POR PRESENTAR ABORTO EN CURSO

No.	ESCOLARIDAD	TUVO CONTROL	PORCENTAJE
1	ALFABETA	78	65
2	ANALFABETA	42	35
	TOTALES	120	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

De las 120 pacientes evaluadas, del total de las alfabetas, 55 tuvieron control prenatal. De las analfabetas, únicamente 6 recibieron control.

III.1.4 RESULTADOS DE LA APLICACION DE LA PRUEBA DEL DR. ZUNG

CUADRO No. 16 DIFERENTES GRADOS DE DEPRESION Y/O ANSIEDAD DESPUES DE UN ABORTO. EN 120 PACIENTES

PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL
SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN. FEBRERO A SEPTIEMBRE DE 1996
ESCALA DE ANSIEDAD Y/O DEPRESION DEL DR. W. ZUNG

No.	GRADOS	CASOS	PORCENTAJE
1	Leve o moderada	29	24
2	Marcada o severa	69	58
3	Niveles extremos	22	18
	TOTALES	120	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

De las 120 pacientes evaluadas, 29 presentaron una ansiedad y/o depresión leve o moderada. 69 presentaron depresión y/o ansiedad marcada o severa y 22 de ellas presentaron niveles extremos.

CUADRO No. 17 PACIENTES CON DEPRESION Y/O ANSIEDAD LEVE O MODERADA PUNTAJE DE 29 PACIENTES DE UN TOTAL DE 120

PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL
SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN. FEBRERO A SEPTIEMBRE DE 1996
ESCALA DE ANSIEDAD Y/O DEPRESION DEL DR. W. ZUNG

No.	PUNTAJE	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1	75	3	10.3%
2	78	10	34.5%
3	79	12	41.4%
4	81	3	10.3%
5	87	1	03.5%
	TOTALES	29	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

De los 120 casos evaluados, 29 presentaron depresión y/o ansiedad leve o moderada. De éstas, tres pacientes obtuvieron un puntaje de 75 puntos, 10 pacientes 78, 12 llegaron a 79 y 3 a 81 puntos.

CUADRO No. 18
PACIENTES CON DEPRESION Y/O ANSIEDAD MARCADA O SEVERA
DESPUES DEL ABORTO
PUNTAJE DE 69 PACIENTES DE UN TOTAL DE 120

PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL
 SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN. FEBRERO A SEPTIEMBRE DE 1996
 ESCALA DE ANSIEDAD Y/O DEPRESION DEL DR. W. ZUNG

No.	PUNTAJE	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1	61	26	22%
2	68	12	10%
3	70	08	07%
4	73	16	13%
5	74	07	6%
	TOTALES	69	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

En el Cuadro anterior se hace una distribución de las 69 pacientes que se ubicaron dentro de un estado de depresión y/o ansiedad marcada o severa.

CUADRO No. 19
PACIENTES CON PRESENCIA DE DEPRESION Y/O ANSIEDAD
DE NIVELES EXTREMOS, DESPUES DE UN ABORTO
PUNTAJE DE 22 PACIENTES DE UN TOTAL DE 120

PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL
 SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN. FEBRERO A SEPTIEMBRE DE 1996
 ESCALA DE ANSIEDAD Y/O DEPRESION DEL DR. W. ZUNG

No.	PUNTAJE	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1	45	4	
2	48	6	
3	55	6	
4	59	6	
	TOTALES	22	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Este cuadro presenta la distribución de los pacientes que se reportaron con niveles extremos de depresión y/o ansiedad.

III.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO.

III.2.1 APLICACION DE TERAPIA DE APOYO EN PACIENTES DESPUES DE UN ABORTO

CUADRO No. 20
 APLICACION DE TERAPIA DE APOYO
 BREVE Y DE EMERGENCIA, DESPUES DE UN ABORTO
 PACIENTES SEGUN PROCEDENCIA Y NUMERO DE SESIONES

PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL
 SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN
 FEBRERO A SEPTIEMBRE DE 1996

GRUPO ETAREO	NUMERO DE CASOS	PROCEDENCIA		SESIONES	
		URBANA	RURAL	1	2
13-18	20	05	15	03	17
19-24	10	02	08	01	09
25-30	40	10	30	08	22
31-36	30	05	25	00	30
37-41	20	05	15	03	17
TOTALES	120	27	93	15	105

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

De las 120 pacientes a quienes se les aplicó la terapia de apoyo, 27 son del área urbana y 93 del área rural. Con 15 de las pacientes se tuvo una sola sesión y con 105 pacientes se tuvo dos sesiones.

III.2.2 ATENCION DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA

CUADRO No. 21
ATENCION DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA
PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL
SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN
FEBRERO A SEPTIEMBRE DE 1998

NUMERO	SEXO	EDAD/AÑOS	DIAGNOSTICO
6	F	30-42	Depresión
3	F	9	Problemas de aprendizaje
4	M	10-12	Trastornos de conducta
2	F	10-11	Trastornos de conducta
3	M	10	Problemas de aprendizaje
12	F	20-35	Shock nervioso
8	M	32-45	Shock nervioso
38	---	----	TOTALES

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

LOGROS. Se logró la disminución de los síntomas en el 80% de los pacientes. El mayor logro fue que el 90% de los pacientes no faltaron a ninguna sesión y la integración de la familia al tratamiento. Se dió cobertura en la unidad de emergencia.

III.2.3 ATENCION DE PACIENTES EN CONSULTA INTERNA

CUADRO No. 22
ATENCION DE PACIENTES EN CONSULTA INTERNA
ENCAMAMIENTO
PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL
SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN
FEBRERO A SEPTIEMBRE DE 1996

NUMERO	SEXO	EDAD/AÑOS	DIAGNOSTICO
22	F	20-45	Depresión
8	M	19-38	Problemas de aprendizaje
12	F	30-52	Trastornos de conducta
42	----	-----	TOTALES

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

LOGROS. En el 100% de los casos se aplicó terapia de apoyo. Se logró disminuir la ansiedad en un 60% en la mayoría de los casos. Un 40% de los casos no tuvo seguimiento porque los pacientes tuvieron egresos por orden médica. De estos un 10% tuvo seguimiento en consulta externa.

III.2.4 OTRAS ACTIVIDADES

CUADRO No. 23
OTRAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN SERVICIO
HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN
FEBRERO A SEPTIEMBRE DE 1996

CANT	ACTIVIDADES	PARTICIPANTES	MOTIVO	PARTICIPANTES
8	Sesión/ Convivio	13	Planificación mensual	Practicantes de 4o. y 5o. Grado y EPS
1	Baile/almuerzo Adorno y animación	200	Aniversario Hospital	Personal Médico, paramédico, administrativo y de servicio, practicantes y epesistas
6	Dinámica de grupos	180	Reuniones de trabajo	Personal médico, paramédico, administrativo y de servicio
2	Función de titeres y payasos	100	Día del niño	Pacientes internos y externos

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

LOGROS: Se logró la interrelación individual y grupal de practicantes y epesistas entre sí y con el personal del Hospital. Se logró hacer evidente el trabajo del personal del Departamento de Psicología.

III.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

CUADRO No. 24
ACTIVIDADES DESARROLLADAS
HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN
FEBRERO A SEPTIEMBRE DE 1996

NUMERO	ACTIVIDAD	CANTIDAD	PARTICIPANTES
3	Talleres de Relajación	9	Practicantes de 4o. y 5o. Grado
2	Taller de relajación	8	Paramédicos Sala de maternidad.
3	Clase magistral Terapia de Apoyo	9	Practicantes de 4o. y 5o. Grado
1	Clase magistral Terapia de Apoyo	11	Paramédicos Sala de Maternidad
1	Taller de Autoestima	9	Practicantes de 4o. y 5o. Grado
2	Charla sobre Autoestima	78	Paramédicos diferentes salas y administración
1	Implementación prueba psicométrica de Zung	9	Practicantes de 4o. y 5o. Grado
/	Orientación y asesoría en seguimiento de casos	9	Practicantes de 4o. y 5o. Grado
1	Exposición Informe Final	8	Paramédicos sala de maternidad

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

LOGROS: Básicamente se logró la orientación al personal involucrado en los temas relativos a esta investigación para poder obtener el apoyo necesario al momento de la realización de la misma y para beneficio de pacientes en casos posteriores.

CAPITULO IV

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

IV.1 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION.

Se determinó a través de los resultados que el 100% de las pacientes atendidas presentaron, aunque en diferentes niveles cuatro fenómenos psicológicos que son, tristeza, temor, depresión y angustia; solo un 50% presentó frustración, un 33% presentó culpa y el 17% presentó colera.

El mayor número de casos de aborto de un total de 120 se dieron en los grupos etáreos de 25-30 años, con 40 casos que representan un 33% del total; y de 31-35 años con 30 casos que representan el 25%. (cuadro # 1)

La paciente de menor edad que ingresó por aborto fué de 13 años (1 pte.) y la de mayor edad de 41 años (2 ptes.) (cuadro # 1).

En cuanto a la Etnia, podemos ver en el (cuadro # 2) que la mayoría de casos, 92 que representan un 77% se presentó en la raza ladina y 28 casos que representan un 23% en la raza indígena, la mayoría de pacientes de raza indígena atendidos provenían de municipios aledaños.

En el cuadro # 3 podemos apreciar la relación en cuanto a religión, 103 casos que representan un 86% se dieron en pacientes católicas; 15 casos que representan un 12% se dieron en pacientes evangélicas y dos en otras religiones (testigos de Jehova y mormoma).

En cuanto a la causa del aborto, 60 pacientes o sea un 50% manifestó no saber la causa del aborto, al profundiza en el tema se encontró en la mayoría, signos de violencia contra la mujer, aunque ninguna de las 60 llegó a manifestarlo abiertamente. 30 pacientes que representan un 25% lo atribuyó a un enojo, siete pacientes lo asociaron a debilidad, seis pacientes argumentaron que por haberla sobado una comadrona, cuatro lo atribuyeron a golpes recibidos de la pareja y solamente cuatro lo asociaron a placenta previa. Estos datos evidencian tanto el pensamiento mágico respecto al embarazo que maneja la mujer, como también violencia intrafamiliar, pero sobre todo falta de control prenatal. (cuadro # 4)

En el cuadro # 5 podemos evidenciar una marcada diferencia en casos presentados, por un lado, por mujeres solteras que suman 20 representando un 17% y por otro las casadas y unidas que juntas suman 100 representando un 83% esto puede estar evidenciando que las presiones del hogar, carencias económicas, esfuerzo físico, el atender a los hijos, a la pareja y no tener tiempo para si misma, pueda precipitar el fenómeno.

En cuanto a escolaridad, de los 120 casos atendidos 42 pacientes son alfabetas y 78 analfabetas representando un 65 y un 35% respectivamente, diferencia significativa que hace pensar en la influencia que tenga en el fenómeno, el conocimiento y el grado de recepción de la información.

En el cuadro # 8 podemos ver que el grupo más afectado es el ladino. Se pudo observar en la entrevista que las pacientes indígenas aceptan el hecho como "algo que estaba escrito", Dios "así lo quiso yo solo soy su instrumento" lo que las hace liberarse un poco de la culpa, frustración y colera, consecuencias psicológicas que arroja la investigación.

En el cuadro # 9 se puede ver una marcada diferencia entre las consecuencias psicológicas post-aborto entre pacientes que profesan la religión católica y la evangélica, el grupo católico es el más afectado, se pudo observar que la mayoría de pacientes evangélicas recibían visitas de los miembros de la Iglesia, esto posiblemente las fortalece. En cuanto a la variable escolaridad podemos apreciar en el cuadro # 10 que las pacientes alfabetas presentaron menor incidencia de los fenómenos y además, los presentados fueron en menor grado.

Respecto a la variable paridad las pacientes más afectados son las que tienen dos o más hijos y en segundo lugar las que aún no tienen hijos. (cuadro 11) El apoyo de la pareja o de un pariente es importante en la situación post-aborto el cuadro # 12 ilustra que del total de 120 pacientes 85 contaron con apoyo y el resto 35 no tuvieron ningún tipo de apoyo, aunque los cuatro primeros trastornos por su orden, tristeza, temor, Depresión, Angustia afectaron a todas, las pacientes con apoyo los presentaron en menor grado y las pacientes sin apoyo presentaron además, en la mayoría de los casos, sentimiento de culpa, mientras que en las pacientes con apoyo, la culpa tiene una incidencia mínima, pero manifiestan más afección en cuanto a frustración y colera.

El control prenatal se investigó en cuanto a grupo étnico y grupo étnico. El grupo etéreo que manifestó mayor incidencia de control prenatal es de 25-30 años con 25 casos que representa un 21% y los de menos control fueron los de 13-18 años y de 36-41 con 5 casos que representan un 4% y 6 casos que representan un 5% respectivamente (cuadro 13 y 14). de lo cual se infiere la posibilidad de que las mujeres mayores de 25 años tengan sus embarazos planificados y mas conciencia de la importancia del control prenatal que las que oscilan entre 13 y

18 años.

En el cuadro # 16 podemos apreciar los puntajes obtenidos en la "Escala de Ansiedad y/o Depresión del Dr. W. K. Zung" donde 29 pacientes representando un 24% presentaron ansiedad y/o Depresión MIMINA O MODERADA. Luego vemos que de las 120 pacientes atendidas, 69 que representan un 58% presentaron ansiedad y/o Depresión MARCADA O SEVERA, mientras que 22 pacientes que representan un 24% presentó ansiedad y o Depresión de NIVELES EXTREMOS.

Concluimos que el 100 % de las pacientes evaluadas presentó cualquier grado de Depresión. En los casos en los que se tuvo dos sesiones, se pudo observar mucha ansiedad antes de la práctica del legrado, manifestando que tenían mucho temor ya que no sabían qué era un legrado y en qué consistía. Después del legrado permanecía más que todo la depresión.

En cuanto a las expectativas frente a un nuevo embarazo, el 80% de las pacientes manifestó que esperaría un año o más, el 15% dijo que buscaría pronto un nuevo embarazo y un 5% manifestó no querer otro embarazo. Estos resultados hacen pensar que aunque las consecuencias del aborto son serias, el instinto materno es muy fuerte y capaz de vencer los temores.

SUBPROGRAMA DE SERVICIOS

En el programa de servicio se aplicó la psicoterapia Breve y de emergencia a 120 pacientes ingresadas a la unidad de séptico de la sala de maternidad a través de la emergencia, por presentar aborto en curso. En la mayoría de los casos se tuvo dos sesiones haciendo un total de 2 sesiones (Cuadro No. 20).

La psicoterapia tuvo mucha receptividad, la misma en pacientes jóvenes como en las de mayor edad, hubo resistencia en algunos casos (cuatro casos) con pacientes de religión evangélica de entre 31-41 años de edad. La mayoría de casos atendidos fueron de procedencia rural.

En consulta externa se atendió a un promedio de tres pacientes diarios, se les dió seguimiento por un espacio de cinco meses, después de este tiempo algunos casos fueron referidos a otro epesista para continuar el tratamiento. Se contó con el apoyo fuerte del Departamento de Trabajo Social, en muchas ocasiones en que fué necesario referir a los pacientes a otros hospitales de la ciudad capital para exámenes especiales. Se contó también con el apoyo del programa de Estimulación Temprana de la Secretaría de al Presidencia de la República.

En algunos momentos el trabajo se dificultó por falta de equipo, implementos e instrumentos de trabajo, las clínicas no

son suficientes y en ocasiones se atendió a pacientes en pasillos y esto dificultaba el trabajo por la poca privacidad, no se contó con un cuarto de juego para el trabajo, lo que también fué un factor importante en el logro de los resultados.

En consulta interna se atendió a pacientes referidos por el personal médico de cada una de las salas de encamamiento, básicamente se atendió problemas de Depresión, se aplicó terapia de apoyo, se realizó una sesión semanal de terapia de grupo y una sesión de ejercicios de relajación.

En determinados momentos hizo falta el apoyo de técnicos, tales como terapeutas ocupacionales, terapeutas del lenguaje, de educación especial. El Departamento de Psicología no contó entre su personal con estas especialidades.

Entre el recurso humano del departamento de Psicología existía una interrelación conflictiva hasta cierto punto, aunque se hizo algunas actividades para corregirla y fortalecerla.

En el 60% de los casos se logró reunir a la familia y hacer psicoterapia familiar, lo cual resultó muy beneficioso porque se lograron grandes avances en los pacientes.

A los practicantes de cuarto y quinto grado, se les orientó en el proceso de entrevista y seguimiento de casos y se realizaron dos reuniones semanales para discusión de casos específicos en los que se necesitaba apoyo.

SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

Se coordinó la realización de actividades comprendidas dentro del subprograma de docencia, las cuales permitieron mayor interrelación de estudiantes del EPS con el personal paramédico y administrativo del Hospital, así como con los estudiantes practicantes.

Se realizaron dos sesiones mensuales de relajación con los estudiantes de cuarto y quinto, llevándose a cabo el primero y último lunes de cada mes, resultó muy beneficioso según lo expresaron los participantes.

Se realizó dos talleres de Relajación con el personal paramédico de la sala de maternidad, con el objeto de que las enfermeras lo aplicaran en su oportunidad a las pacientes de séptico.

Se implementó a los practicantes de cuarto y quinto grado, sobre la terapia de apoyo breve y de Emergencia, los lunes de cada semana durante dos meses.

Se orientó al personal paramédico sobre los beneficios de la terapia de apoyo, para que entiendan mejor el trabajo del Psicólogo y obtener así más apoyo de ellos.

Se implementó a los practicantes de cuarto y quinto sobre talleres de Autoestima, para que a su vez ellos implementaran a los practicantes de tercer grado.

Se realizaron tres talleres sobre el tema La Autoestima, con la participación de practicantes de cuarto y quinto y personal paramédico y administrativo del Hospital, esta actividad fomentó la interrelación entre el Depto. de Psicología y el personal del Hospital.

Se realizó cinco talleres de dinámica de grupo con los practicantes de cuarto y quinto grado, quienes a su vez realizaron actividades sociales y recreativas con el personal paramédico, administrativo y de servicios, en las que aplicaron las dinámicas de grupo con mucho éxito.

Se orientó y asesoró a los practicantes de cuarto y quinto grado en el seguimiento de casos, lo que permitió un trabajo más profesional y dió a los practicantes la oportunidad de sentirse apoyados.

Se hizo la exposición del Informe Final de la Investigación al personal paramédico de la sala de maternidad, con el fin de que tuvieran una visión clara y concreta de las consecuencias más comunes del aborto y así tener más sensibilidad ante la problemática y abordarla mejor. Hubo mucha complacencia por el hecho de tomarlos en cuenta y expresaron que el conocimiento les sería de mucho beneficio.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

V.1 CONCLUSIONES GENERALES

1. El Ejercicio Profesional Supervisado en sus tres subprogramas se concluyó, alcanzando de manera satisfactoria su objetivo general y cubriendo los objetivos específicos con mucho éxito.
2. Se brindó servicios profesionales a la comunidad, evaluando, diagnosticando y aplicando tratamiento psicoterapéutico.
3. El Departamento de Psicología con todo su recurso humano, tuvo una relación y participación activa, con el personal del Hospital, tanto en actividades profesionales de servicio, como en las sociales y recreativas.

V.2 CONCLUSIONES ESPECIFICAS

SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION.

1. Las consecuencias más comunes post-aborto son, tristeza, temor, depresión y ansiedad.
2. Se encontró una incidencia promedio de cuatro casos diarios.
3. Las pacientes que contaban con el apoyo de la pareja y familia, presentaron en menor grado los fenómenos psicológicos.
4. Un grupo muy reducido manifestó tener antecedentes Gineco-obstétricos, como quistes en matriz, biopsia de la matriz.
5. La mayoría de pacientes no tenían ningún grado de información sobre qué es un legrado uterino, y este desconocimiento les provocó mucho temor.
8. No hay duda de que la perdida del embarazo provoca reacciones psicológicas individuales que no deben pasar desapercibidas.
9. El aborto constituye la tercera causa de morbi-mortalidad en el hospital de Amatlán.

SUBPROGRAMA DE SERVICIO.

1. Se aplicó con éxito la psicoterapia de apoyo, generando en la paciente una sensación general de bienestar y satisfacción, logrando que hablara de lo sucedido con más calma.
2. En consulta Externa se evaluó, diagnosticó y trató a un promedio de tres pacientes diarios
3. La mayoría de casos atendidos en Consulta Externa fueron niños de seis a catorce años.
4. El Diagnóstico más común en los niños atendidos en consulta externa fue, Trastornos de Conducta y Problemas de Aprendizaje.
5. Se dió cobertura a un promedio de 4 pacientes diarios en consulta interna.
6. El diagnóstico -más común - en pacientes de consulta interna (encamamientos) fué, crisis de ansiedad y depresión.

SUBPROGRAMA DE DOCENCIA.

1. Se proporcionó al personal médico y paramédico del servicio de maternidad, una visión más clara de las consecuencias psicológicas del aborto, a través de la exposición del Informe Final de la investigación
2. El personal de enfermería conoció los beneficios de la terapia de apoyo, breve y de Emergencia y aprendió la técnica de Relajación e Imaginería.
3. Los estudiantes practicantes recibieron asesoría en el proceso de entrevista, evaluación, diagnóstico y tratamiento.
4. Se implementó al personal paramédico, administrativo y de servicio en talleres de Autoestima y Dinámicas de grupo.

V.3 RECOMENDACIONES GENERALES.

1. Se recomienda mantener y mejorar la relación profesional con todo el personal del Hospital, para lograr mayor éxito en cualquier actividad que se emprenda.
2. Equipar adecuadamente las dos clínicas de psicología, e incorporar una sala de estudio para los practicantes y especialistas.

- 3 Implementar un cuarto de juego en la clínica de consulta externa
4. A futuros epeistas. investigar los temas de Maltrato Infantil y Maltrato a la mujer, para conocer su incidencia y proponer terapias adecuadas.
- 6 Al Depto. de psicología, hacer gestiones para que la Secretaría de la Presidencia de la República reinstale el programa de Estimulación Temprana en el Hospital.

IV 4 RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION

- 1 Se recomienda asignar cada año a un epeista o practicante de quinto grado, de planta en el servicio de maternidad, unidad de séptico, ya que por la incidencia del aborto, se hace necesario.
- 2 Que periódicamente se retroalimente el conocimiento del personal médico y paramédico sobre las consecuencias psicológicas más comunes post-aborto.
- 3 Al personal médico y paramédico, que se oriente o informe a la paciente, previo a la operación, sobre qué es un legrado y en qué consiste.
- 4 Qué se ubique a las pacientes ingresadas por aborto en curso en la sala de ginecología, ya que por estar en maternidad, tienen comunicación directa con los recién nacidos y esta situación altera el estado emocional de la paciente.
- 5 Que se identifiquen temas a investigar en la sala de Recién nacidos, ya que la patología allí es abundante

SUBPROGRAMA DE SERVICIO.

- 1 Se recomienda que se continúe con la aplicación de la terapia de apoyo, ya que resultó evidente que es necesaria y bien recibida.
- 2 Para optimizar resultados en la terapia de apoyo, se recomienda contactar a la pareja de la paciente para trabajarlos juntos.
- 3 Para futuros trabajos en este tema se recomienda, orientar también a la familia completa sobre la importancia de su apoyo a la paciente.

4. Que se asignen al Depto. de Psicología del Hospital, estudiantes practicantes de las carreras técnicas de, Educación Especial, Terapia del Lenguaje y Terapia Ocupacional.
5. Que se fortalezca la interrelación del recurso humano del departamento de Psicología a través de actividades sociales y recreativas.

SUBPROGRAMA DE DOCENCIA.

1. Implementar talleres de salud mental con practicantes y epesistas para fortalecer la interrelación y el trabajo exitoso.
2. Elaborar un programa de inducción al Hospital, y que se constituya en la primera etapa de la docencia.
3. Detectar y jerarquizar necesidades de implementación, del personal médico paramédico, administrativo y de servicio.
4. Asignar cada año a un epesista o estudiante de último grado que mantenga una constante implementación al personal médico y paramédico, básicamente sobre optimización del trabajo.
5. Promover reuniones mensuales con un equipo multidisciplinario, psicología, trabajo social, Estimulación Temprana, Enfermería, Medicina, para exponer casos concretos.

BIBLIOGRAFIA.

1. Calandra Danta. "El Aborto. estudio clinico, psicológico, Social y jurídico" España. 1989.
2. Colb, Lawrence C. "Psiquiatría clinica Moderna" Editorial La Prensa Médica. México. 1989.
3. Colegio de Médicos de Madrid. "La ciencia y la sociedad frente al aborto" España. 1984..
4. Comite Internacional para la Prevención y Tratamiento de la Depresión. "Las Depresiones en la Clínica Cotidiana" Barcelona 1980. 138 p.
5. Ey Henry "Tratado de Psiquiatría" Barcelona. España. 1980.
6. Fradiman Frager, Roberto "Teorías de la Personalidad" Editorial Trillas. México. 1976.
7. Friedrich. M. A. "Aspectos Emocionales del Embarazo" 5ta. Edición. Editorial El Manual Moderno. México. 1989. 1190 p.
8. Latolr. John "Respecto al Aborto" (espontaneo) Revista Estrella de la Mañana. 1986. p. 31.
9. Monedero Carmelo. "Psicopatología General" Editorial Biblioteca Nueva. Segunda Edición. Madrid. 1988.
10. Osorio Garzón, Nidia. Psicóloga. "Sanación Post-aborto" Revista Caminos de Esperanza. U.S.A. julio-agosto/91.
11. Otten C. Astrid M. "Depresión Análisis Prospectivo de 40 pacientes (tesis) Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala. 1988. 127 p.
12. Sanchez Dora R. "Depresión durante el embarazo". Grados de Depresión. (tesis) Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala. 1988. 81 p.
13. Singer Erwin. "Conceptos fundamentales de Psicoterapia". Editorial Paidós. Buenos Aires. 1987.
14. "Departamentos, Municipios, ciudades, Villas, Pueblos, Aldeas y Caserios de Guatemala" Dirección General de Estadística de Guatemala. 1989.
15. Programa de Diseño Gráfico. "Proyecto gráfico ambiental del municipio de Amatitlán. Facultad de Arquitectura. Universidad de San Carlos de Guatemala. 1993.

ANEXOS

GUIA DE ENTREVISTA

No. de Registro Médico _____

Edad ___ años. Lee y escribe Si ___ No ___

Procedencia: Urbana ___ Rural ___ Religión _____

Paridad. Primipara ___ Multípara ___ Número de Hijos _____

Etnia _____ Estado Civil _____

CAUSA DEL ABORTO: _____

ANTECEDENTES PERSONALES: _____

ANTECEDENTES MEDICO-QUIRURGICOS: _____

FECHA DE INGRESO: DIA ___ MES ___ AÑO ___

Diagnóstico de Ingreso: _____

1. Sabe exactamente lo que le sucedió? _____

2. Le Explicaron cual fue su problema? _____

3. Que entendió? _____

4. Quien fue la persona que le explico? _____

5. Que sintió cuando se enteró de que había perdido al Bebé?

6. Como se siente ahora? _____

7. Que piensa de un nuevo embarazo? _____

8. Que opina su pareja de lo ocurrido? _____

9. Esta recibiendo apoyo de su pareja o familia? _____

10. Que piensa hacer al salir del Hospital? _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA: _____

Por favor, señale una respuesta de cada una de las siguientes declaraciones	Nunca o muy pocas veces	Algunas Veces	Frecuentemente	La mayoría del tiempo o siempre
1 ME SIENTO DESCORAZONADO, MELANCOLICO Y TRISTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 TIENDO DUELOS DE TIBORAN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 ME CUESTA TRABAJO DORMIR DURANTE LA NOCHE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 NUNCA LANTO COMO SOLIA COMER ANTES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 DISFRUTO CONVERSANDO, MIRANDO Y ESTANDO CON MUJERES/HOMBRES ATRACTIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 TIENGO QUE LLEVO Y PERDIENDO PESO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 TIENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 ME COBIZON LA TR MAS RAPIDAMENTE QUE LO NORMAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 ME CANSO SIN MOTIVO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 ME SIENTO ESTA TAN DESESPERADA COMO SIEMPRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 ME RESULTA FACIL HACER TODO LO QUE SOLIA HACER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 ME RESULTA FRAQUERO Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 TIENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 ME IRRITO MAS DE LO NORMAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 ENCUENTRO FACIL EL TOMAR DECISIONES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 SIENDO QUE ME NECESITAN Y QUE SOY UTIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 LLEVO UNA VIDA SATISFACTORIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 SIENDO QUE LOS DEMAS SE DIVERTIRIAN MAS SI YO ESTUVIERE MUERTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 TODAVIA DISFRUTO DE LAS COSAS QUE SOLIA HACER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

W.W.K. ZUNG, 1963, 1974, 1989, 1991 TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS

Indice EAD	Impresión Clínica Global Equivalente
Dejado de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia de depresión (de mínima a leve)
60-69	Presencia de depresión (de moderada a notable)
70 o más	Presencia de depresión (de severa a extrema)

INDICE EAD	
------------	--

Punt. Bruta	Indice EAD	Punt. Bruta	Indice EAD	Punt. Bruta	Indice EAD	Punt. Bruta	Indice EAD
20	25	32	37	44	50	56	63
21	26	33	38	45	51	57	64
22	27	34	39	46	52	58	65
23	28	35	40	47	53	59	66
24	29	36	41	48	54	60	67
25	30	37	42	49	55	61	68
26	31	38	43	50	56	62	69
27	32	39	44	51	57	63	70
28	33	40	45	52	58	64	71
29	34	41	46	53	59	65	72
30	35	42	47	54	60	66	73
31	36	43	48	55	61	67	74
32	37	44	49	56	62	68	75
33	38	45	50	57	63	69	76
34	39	46	51	58	64	70	77
35	40	47	52	59	65	71	78
36	41	48	53	60	66	72	79
37	42	49	54	61	67	73	80
38	43	50	55	62	68	74	81
39	44	51	56	63	69	75	82
40	45	52	57	64	70	76	83
41	46	53	58	65	71	77	84
42	47	54	59	66	72	78	85
43	48	55	60	67	73	79	86
44	49	56	61	68	74	80	87
45	50	57	62	69	75	81	88
46	51	58	63	70	76	82	89
47	52	59	64	71	77	83	90
48	53	60	65	72	78	84	91
49	54	61	66	73	79	85	92
50	55	62	67	74	80	86	93
51	56	63	68	75	81	87	94
52	57	64	69	76	82	88	95
53	58	65	70	77	83	89	96
54	59	66	71	78	84	90	97
55	60	67	72	79	85	91	98
56	61	68	73	80	86	92	99
57	62	69	74	81	87	93	100

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA: _____

Por favor, señale una respuesta de cada una de las siguientes declaraciones	Nunca o muy pocas veces	Algunas Veces	Frecuentemente	La mayoría del tiempo o siempre
1 ME SIENTO DESCORAZONADO, MELANCOLICO Y TRISTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 SIENTO DESEOS DE LLORAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 ME CUESTA TRABAJO DORMIR DURANTE LA NOCHE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 COMO TANTO COMO SOLIA COMER ANTES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 DISFRUTO CONVERSANDO, MIRANDO Y ESTANDO CON MUJERES/HOMBRES ATRACTIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 TENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 MI CORAZON LATE MAS RAPIDAMENTE QUE LO NORMAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 ME CANSO SIN MOTIVO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 ME RESULTA FACIL HACER TODO LO QUE SOLIA HACER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 ME SIENTO INTRANQUILO Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 ME IRRITO MAS DE LO NORMAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 ENCUENTRO FACIL EL TOMAR DECISIONES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 SIENTO QUE ME NECESITAN Y QUE SOY UTIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 LLEVO UNA VIDA SATISFACTORIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 SIENTO QUE LOS DEMAS ESTUVIERAN MEJOR SI YO ESTUVIESE MUERTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 TODAVIA DISFRUTO DE LAS COSAS QUE SOLIA HACER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

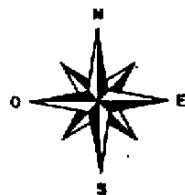
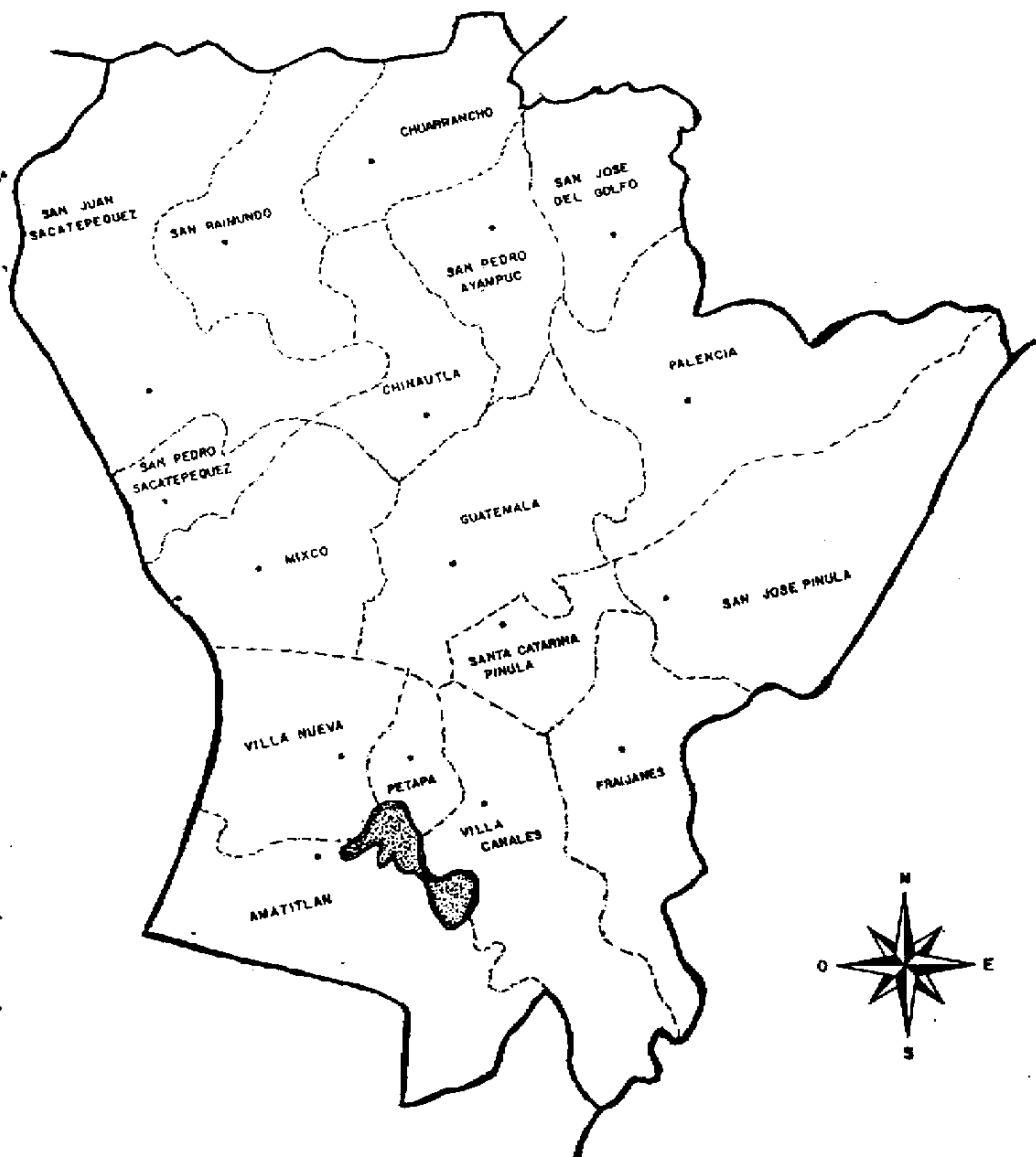
W.W.K. ZUNG, 1965, 1974, 1989, 1991 TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS

INSTRUCCIONES:









lea cada declaración cuidadosamente. Para cada declaración, marque el círculo de la columna que mejor responde a la forma como usted se ha sentido durante las últimas dos semanas.

Para las declaraciones 5 y 7, si usted está en dieta, conteste como si no lo estuviera.

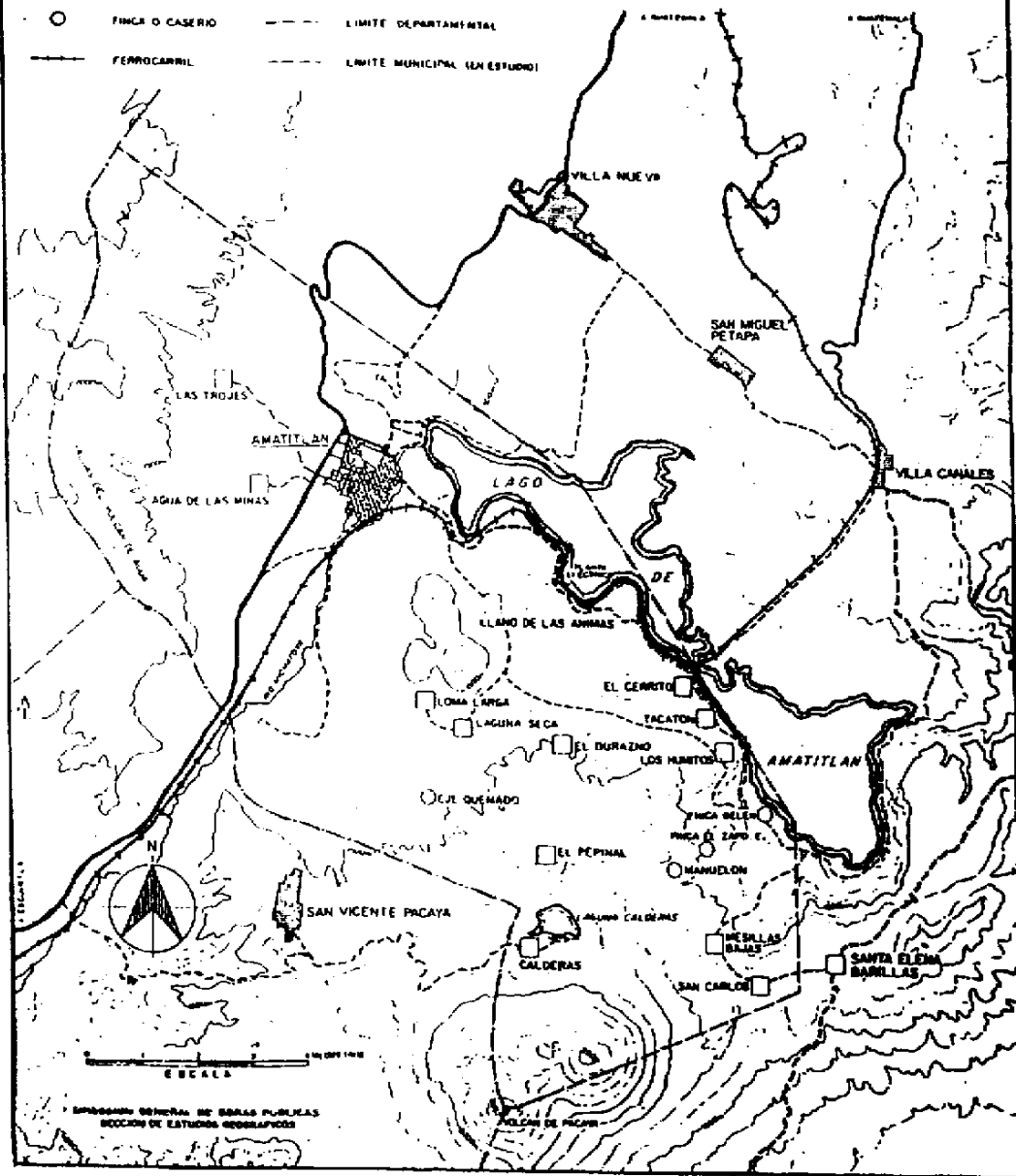
DEPARTAMENTO DE GUATEMALA



REFERENCIAS

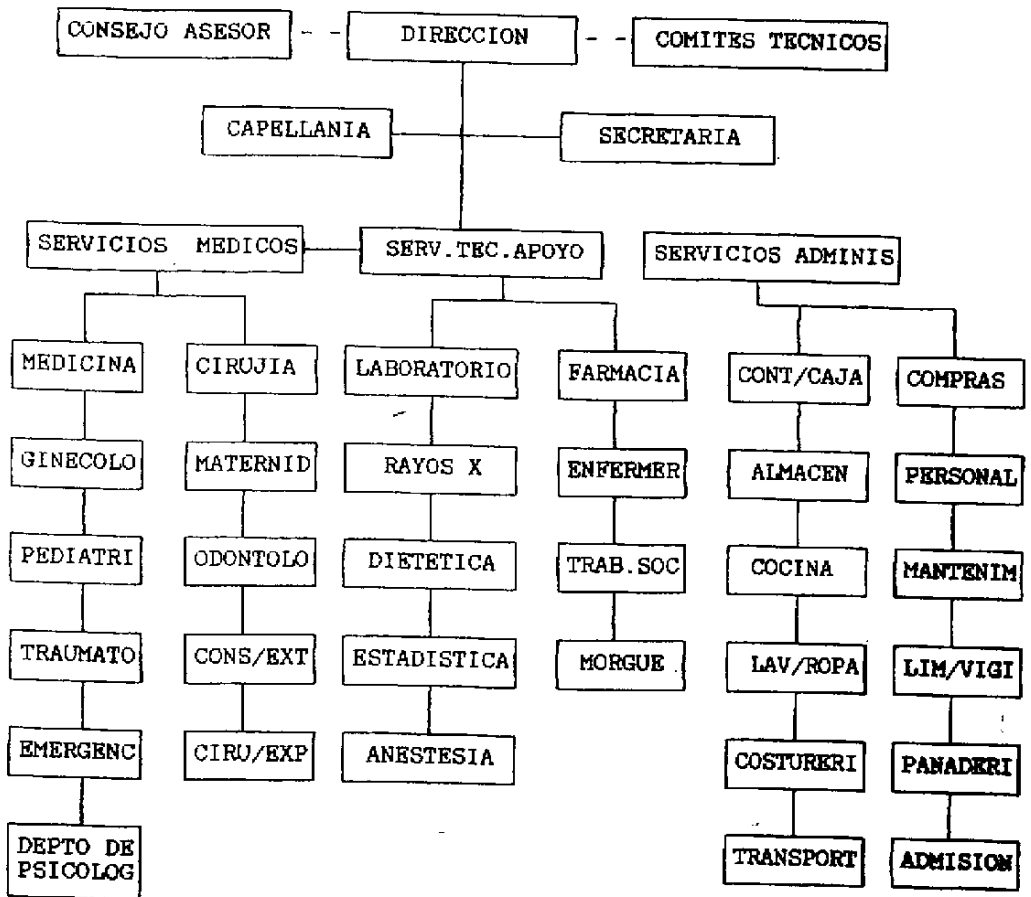
- | | | | |
|---|-------------------|---|--------------------------------|
|  | CABEERA MUNICIPAL |  | CARRETERA PRINCIPAL |
|  | ALDEA |  | CALLETERA SECUNDARIA |
|  | FINCA O CASERO |  | LIMITE DEPARTAMENTAL |
|  | FERROCARRIL |  | LIMITE MUNICIPAL (SEN ESTUDIO) |

**AMATITLAN
MAPA REGIONAL**



INSTITUCIÓN GENERAL DE OBRAS PÚBLICAS
SECCIÓN DE ESTUDIOS GEOGRÁFICOS

**ORGANIGRAMA
HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS"
AMATITLAN**



INDICE

SINTESIS DESCRIPTIVA
PRESENTACION
INTRODUCCION

Página

CAPITULO I

DESCRIPCION DE LA COMUNIDAD Y DEL ORGANISMO REQUIRIENTE

I.1	Descripción de la comunidad	
I.1.1	Antecedentes	1
I.1.2	Monografía del Municipio de Amatitlán	1
I.1.3	Ubicación geográfica	1
I.2	Descripción del organismo requiriente, el Hospital de Amatitlán	
I.2.1	Antecedentes	3
I.2.2	Cobertura y objetivos	3
I.2.3	Recursos	3
	I.2.3.1 Recursos institucionales	
	I.2.3.2 Humanos	
I.2.4	Servicios con que cuenta	4
I.2.5	Departamento de Psicología	4
	I.2.5.1 Antecedentes	
	I.2.5.2 Recursos	
I.3	Descripción de la Población Meta	5
I.3.1	Pacientes ingresadas al servicio de maternidad, por presentar aborto en curso	
I.3.2	Pacientes que acuden a consulta externa al Departamento de Psicología	
I.3.3	Pacientes referidos de las diferentes salas de encamamiento	
I.3.4	Personal paramédico de la unidad de maternidad	
I.3.5	Estudiantes de cuarto y quinto grado de Psicología, practicantes del Hospital	

CAPITULO II
MARCO TEORICO

II.1	Abordamiento teórico-metodológico	6
II.2	Planteamiento del problema	23
II.3	Objetivos del Ejercicio Profesional Supervisado	24
II.4	Metodología de abordamiento	25
II.5	Metodología utilizada	26
	a) Subprograma de Investigación	
	b) Subprograma de Servicio	
	c) Subprograma de Docencia.	
II.6	Técnicas e instrumentos	28
	II.6.1 Boleta de encuesta	
	II.6.2 Prueba psicométrica de Zung	

CAPITULO III
PRESENTACION DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

III.1	Subprograma de Investigación	
	III.1.1 Distribución de los casos de aborto estudiados	28
	III.1.2 Presentación y análisis de las consecuencias psicológicas del aborto	35
	III.1.3 Influencia del control prenatal en los casos de aborto analizados	41
	III.1.4 Resultados de la aplicación de la prueba del Dr. Zung	43
III.2	Subprograma de Servicio	
	III.2.1 Aplicación de terapia de apoyo en pacientes después de un aborto	45
	III.2.2 Atención a pacientes en consulta externa	46
	III.2.3 Atención a pacientes en consulta interna	47
	III.2.4 Otras actividades	48
III.3	Subprograma de Docencia	49

CAPITULO IV

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

IV.1	Subprograma de Investigación	50
IV.2	Subprograma de Servicios	52
IV.3	subprograma de Docencia	53

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.1	Conclusiones generales	55
V.2	Conclusiones específicas	55
	Subprograma de Investigación	
	Subprograma de Servicio	
	Subprograma de Docencia	
V.3	Recomendaciones generales	56
V.4	Recomendaciones específicas	57
	Subprograma de Investigación	
	Subprograma de Servicios	
	Subprograma de Docencia	

INDICE DE CUADROS

CUADRO No. 01	Número de casos por grupo étnico de un total de 120 pacientes	39
CUADRO No. 02	Número de casos por grupo étnico de un total de 120 pacientes	40
CUADRO No. 03	Número de casos por religión de un total de 120 pacientes	40
CUADRO No. 04	Número de casos por causa de aborto de un total de 120 pacientes	41
CUADRO No. 05	Número de casos por estado civil de un total de 120 pacientes	42
CUADRO No. 06	Número de casos por escolaridad de un total de 120 pacientes	42
CUADRO No. 07	Consecuencias psicológicas por grupo étnico de un total de 120 pacientes	43
CUADRO No. 08	Consecuencias psicológicas por grupo étnico de un total de 120 pacientes	44
CUADRO No. 09	Consecuencias psicológicas por religión de un total de 120 pacientes	45
CUADRO No. 10	Consecuencias psicológicas por escolaridad de un total de 120 pacientes	46
CUADRO No. 11	Consecuencias psicológicas por paridad de un total de 120 pacientes	47
CUADRO No. 12	Consecuencias psicológicas por apoyo de pareja o familia de un total de 120 pacientes	48
CUADRO No. 13	Asistencia a control médico de un total de 120 pacientes estudiadas	49
CUADRO No. 14	Control prenatal por grupo étnico de un total de 120 pacientes	50
CUADRO No. 15	Control prenatal por escolaridad de un total de 120 pacientes	50
CUADRO No. 16	Diferentes grados de depresión y/o ansiedad después de un aborto en 120 pacientes	51
CUADRO No. 17	Pacientes con depresión y/o ansiedad leve o moderada puntaje de 29 pacientes de un total de 120	51

CUADRO No. 18	Pacientes con depresión y/o ansiedad marcada o severa después del aborto puntaje de 69 pacientes de un total de 120	52
CUADRO No. 19	Pacientes con presencia de depresión y/o ansiedad de niveles extremos, después de un aborto puntaje de 22 pacientes de un total de 120	52
CUADRO No. 20	Aplicación de terapia de apoyo breve y de emergencia, después de un aborto pacientes según procedencia y número de sesiones	53
CUADRO No. 21	Atención de Pacientes en Consulta Externa	54
CUADRO No. 22	Atención de Pacientes en Consulta Interna -Encamamiento-	55
CUADRO No. 23	Otras actividades desarrolladas en Servicio	56
CUADRO No. 24	Actividades desarrolladas en Docencia	57
Bibliografía		

ANEXOS

No. 1	Guía de Entrevista
No. 2	Organigrama funcional del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán
No. 3	Mapa del Departamento de Guatemala
No. 4	Mapa de Ubicación del Municipio de Amatitlán
No. 5	Test de Prueba del Dr. Zung

