

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

**ATENCIÓN INTEGRAL PSICOLÓGICA A MADRES DE PRE Y
POST PARTO DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT**

SALLY ALELÍ ALCÁNTARA CHAVARRÍA

GUATEMALA, FEBRERO DE 2,006

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

**ATENCIÓN INTEGRAL PSICOLÓGICA A MADRES DE PRE Y POST PARTO DEL
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE
BETHANCOURT**

**INFORME FINAL DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

SALLY ALELÍ ALCÁNTARA CHAVARRÍA

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

GUATEMALA, FEBRERO DE 2006

CONSEJO DIRECTIVO

Licenciado Riquelmi Gasparico Barrientos
DIRECTOR; ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA; ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

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

Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Estudiante Edgard Ramiro Arroyave Sagastume
Estudiante Brenda Jullissa Chamán Pacay
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico
EPS
REG. 118-2005
CODIPs. 271-2006

**De Orden de Impresión Informe Final
de EPS**

16 de febrero de 2006

Estudiante
Sally Alelí Alcántara Chavarría
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto SÉPTIMO (7º) del Acta CERO SEISGUION DOS MIL SEIS (06-2006) de la sesión del Consejo Directivo del 10 de febrero de 2006, que copiado literalmente dice:

"SÉPTIMO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: "ATENCIÓN INTEGRAL PSICOLÓGICA A MADRES DE PRE Y POST PARTO DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT" de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

SALLY ALELÍ ALCÁNTARA CHAVARRÍA

CARNÉ No. 1999-23227

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por el Licenciado Josué Samayoa Herrera y revisado por el Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



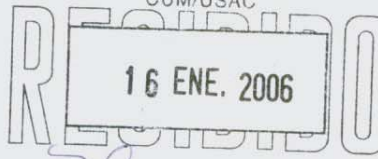
/Gladys



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Reg.118-2005

Firma: *[Signature]* Hora: 18:30 Registro: 118-05

28 de noviembre del 20055

Señores Miembros
De Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Presente

Respetables Miembros:

Respetuosamente esta Coordinación informa que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del informe final de Ejercicio Profesional Supervisado de la carrera de Licenciatura en Psicología de la estudiante **Sally Alelí Alcántara Chavarría**, con No. de carnet **199923227**, titulado:

"ATENCIÓN INTEGRAL PSICOLÓGICA A MADRES DE PRE Y POST PARTO DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT".

Así mismo, se hace constar que la revisión del informe final, estuvo a mi cargo, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Sin otro particular, atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]
Licenciado Estuardo Espinoza Méndez
COORDINADOR DE EPS



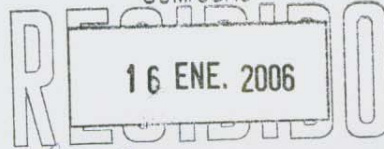
/Dg.
c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Firma: *[Signature]* Hora: 18:30 Registro: 118-05

Reg.118-2005

28 de noviembre del 2005

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Presente

Respetables Miembros:

Atentamente tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado de la carrera de Licenciatura en Psicología de la estudiante **Sally Alelí Alcántara Chavarria**, con No. de carnet **199923227**, titulado:

"ATENCIÓN INTEGRAL PSICOLÓGICA A MADRES DE PRE Y POST PARTO DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT".

Así mismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por el programa, por lo que, me permito dar la aprobación respectiva.

Sin otro particular, sinceramente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
REVISOR



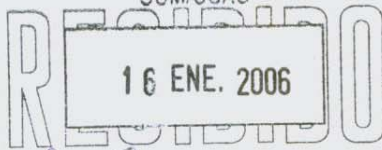
/Dg.
c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Firma: [Signature] hora: 18:30 Registro: 118-05

Reg. 118-2005

028 de noviembre del 2005

Licenciado Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador de Ejercicio Profesional Supervisado
Escuela de Ciencias Psicológicas
Presente

Respetable Licenciado:

Atentamente, informo a ustedes que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado de la carrera de Licenciatura en Psicología de la estudiante **Sally Aleli Alcántara Chavarria**, con No. de carnet **199923227**, titulado:

"ATENCIÓN INTEGRAL PSICOLÓGICA A MADRES DE PRE Y POST PARTO DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT".

En tal sentido y dado que cumple con los lineamientos establecidos por el programa, me permito dar mi aprobación para concluir con el trámite respectivo.

Sin otro particular, y agradeciendo la atención, atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]
Licenciado Josué Samayoa Herrera
Asesor-Supervisor



/Dg.
c.c. Control Académico
Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

cc: Control Académico
EPS
Archivo
Reg. 118-2005

CODIPs. 402-2005
De aprobación de proyecto de EPS

23 de febrero de 2005

Estudiante

Sally Alelí Alcántara Chavarría
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante Alcántara Chavarría:

Transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO TERCERO (22º) del Acta DOCE GUIÓN DOS MIL CINCO (12-2005) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 18 de febrero de 2005, que literalmente dice:

"VIGÉSIMO TERCERO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: "ATENCIÓN INTEGRAL PSICOLÓGICA A MADRES DE PRE Y POST PARTO DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT", de la Carrera: Licenciatura en Psicología, presentado por:

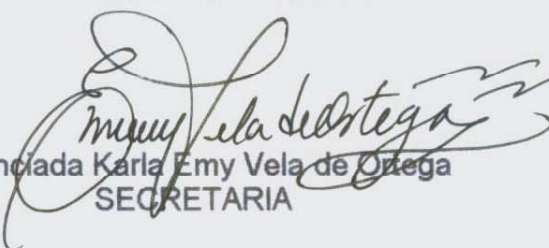
SALLY ALELÍ ALCÁNTARA CHAVARRÍA

CARNÉ No. 1999-23227

Dicho proyecto se realizará en La Antigua Guatemala, ubicándose al Doctor José Antonio Hernández como la persona que ejercerá funciones de supervisión por la parte requiriente y al Licenciado Josué Samayoa Herrera por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve APROBAR SU REALIZACIÓN."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Karla Emy Vela de Ortega
SECRETARIA



/Gladys



Of. _____
Ref. _____

Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
San Felipe de Jesús

Teléfonos: 7831-1319 al 25
Antigua Guatemala
Guatemala, C. A.

03 de Octubre 2005

LICENCIADO
ESTUARDO ESPINOZA
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO E.P.S.
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, CUM.
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Licenciado Espinoza:

Tengo el agrado de informarle que la estudiante **SALLY ALELI ALCANTARA CHAVARRIA**, carné 9923227, realizó satisfactoriamente su Ejercicio Profesional Supervisado en este Hospital, en las fechas correspondientes del 26 de enero al 26 de septiembre de 2005, tiempo durante el cual ejecutó el proyecto denominado **“ATENCION INTEGRAL PSICOLOGICA A LAS MADRES PRE Y POST PARTO DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT”**

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo, atentamente,

LIC. FERNANDO SALVATIERRA G.
Jefe Depto. De Psicología



C.c. archivo

PADRINOS DE GRADUACIÓN

Dr. Carlos Humberto Yax Chávez
Médico Ginecólogo Obstetra y Oncólogo
Colegiado No. 7082

Dr. Carlos Alfredo Laylle Romero
Médico Psiquiatra
Colegiado No. 2250

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por estar siempre a mi lado

A MI ESPOSO

Jorge Antonio Gómez Pérez
Gracias por su apoyo incondicional

A MIS HIJOS

Sally Anally, Juan Diego, Dulce María y Jesús Antonio
Por su comprensión y tolerancia

A MI ABUELA

Maximiliana Ténaz Ramírez
Por su amor y dedicación

A MIS PADRES

Mario Enrique López y Edelmira Chavarría de López
Por su cariño

AGRADECIMIENTO

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Y

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Por permitirme realizarme como profesional

AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT

Especialmente al Departamento de Gineco-Obstetricia por apoyar
las actividades realizadas durante el E. P. S.

A LA LICDA. FLOR DE MARÍA MENESES PAZ

Por su valiosa colaboración en el desarrollo de las actividades del E.P.S.

A LA LICDA. ARACELY SOTO

Por su interés y asesoría brindada para el E.P.S.

A LA LICDA. NIDIA MEDRANO Y LIC. FERNANDO SALVATIERRA

Por su apoyo profesional y amistad

A LOS LICENCIADOS ESTUARDO ESPINOZA Y JOSUÉ SAMAYOA

Por revisar, asesorar y compartir sus conocimientos

INDICE

SÍNTESIS DESCRIPTIVA

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

Página

1.1 MONOGRAFÍA DEL LUGAR	08
1.2 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN	13
1.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	18
1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19

CAPÍTULO II

REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1 ABORDAMIENTO CIENTÍFICO TEÓRICO METODOLÓGICO	22
2.2 OBJETIVOS	44
2.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
2.3 METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO	44

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

3.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO	50
3.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA	58
3.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN	64
3.4 OTRAS ACTIVIDADES	70

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO	72
4.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA	80
4.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN	84
4.4 ANÁLISIS DE CONTEXTO	88

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES GENERALES	91
5.1.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO	91
5.1.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA	92
5.1.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN	93
5.2 RECOMENDACIONES GENERALES	94
5.2.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO	94
5.2.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA	95
5.2.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN	95

BIBLIOGRAFÍA	97
---------------------	----

GLOSARIO	99
-----------------	----

ANEXOS	103
---------------	-----

SINTESIS DESCRIPTIVA

El Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en El Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, ubicado en la aldea de San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, departamento de Sacatepéquez, se llevó a cabo con el objetivo de brindar atención integral psicológica a madres de pre y post parto del servicio de Gineco Obstetricia.

Se atendieron pacientes de pre-parto y post parto que presentaron ansiedad y angustia, en la mayoría de los casos, primigestas que desconocen el proceso que conlleva el período de la gestación a las que se abordó con psicoterapia existencial y psicoterapia de apoyo, para explicar el fin primordial de la maternidad y, psicoterapia cognitiva para explicar el proceso fisiológico y psicológico y eliminar falsas creencias acerca de la concepción y el embarazo. Se atendieron pacientes por amenaza de aborto y aborto espontáneo y (o) provocado, además de pacientes de ginecología por histerectomía. El objetivo primordial fue brindar psicoterapia para reducir los síntomas de ansiedad, angustia y depresión.

La docencia se llevó a cabo por medio de charlas que se enfocaron en la educación materna infantil, porque la formación de la embarazada estuvo enfocada a la reducción de los factores de riesgo, a la información sobre los distintos cambios que se van a producir en su cuerpo, a conocer cuales son los mecanismos que le van a ayudar a llevar un buen embarazo, y a eliminar expectativas negativas (por cultura o conocimientos erróneos) e irreales sobre el proceso de embarazo y parto.

La Educación Materna Infantil permitió el cambio de aptitudes con respecto al embarazo, parto y puerperio en las pacientes atendidas, con lo que se redujeron estados de ansiedad, miedo y mecanismos de estrés. Se utilizaron técnicas de relajación, respiración y ejercicios prenatales con el objetivo de reducir los dolores durante el parto y evitar la angustia lo cual se logró en gran medida, lo que se pudo constatar por medio de testimonios que dieron las pacientes que iniciaron trabajo de

parto durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado y que posteriormente se les visitó en Consulta Interna de maternidad.

Debido a la importancia que tiene a nivel general que la mujer esté conciente de la Salud Reproductiva, se brindaron charlas a las pacientes de post parto acerca de métodos de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, cuidados durante el puerperio entre otros, con el objetivo de que exista control sobre los embarazos y que la paciente no sufra desgaste físico y psicológico.

Se participó activamente en el programa de Transmisión Vertical de la Fundación Fernando Iturbide, que tiene como objetivo prevenir el SIDA y evitar la transmisión perinatal, impartiendo el tema de autoestima e instando a las pacientes de maternidad a asistir a las psicoterapias grupales de relajación.

Se realizó una investigación por medio de testimonios, diálogos e historia de vida, tomando como muestra a la población adolescente que asistió a consulta externa e interna y que dieron su aprobación para participar en esta actividad, con el objetivo de conocer las causas psicosociales de los embarazos tempranos.

Se observó en las pacientes motivación por continuar con los tratamientos psicológicos, positivismo y esmero por modificar hábitos y comportamientos para que el embarazo, parto y puerperio constituyera una experiencia feliz.

Durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado, se contó con el apoyo del personal de la institución, en especial del Departamento de Gineco-obstetricia, quienes facilitaron los medios para brindar la psicoterapia satisfactoriamente. Para la realización de las psicoterapias grupales se contó con el apoyo de la Fisioterapista, quien prestó la Clínica de Fisioterapia porque las condiciones del espacio físico fueron las necesarias para esa actividad. Los últimos meses, estuvieron cargados de mucho trabajo, por la afluencia de pacientes,

durante los cuales se obtuvo de parte del Jefe del Departamento de Psicología su mayor interés para que los subprogramas se realizaran lo mejor posible.

INTRODUCCIÓN

En Guatemala el índice de natalidad es bastante alto, la cultura ha contribuido para que las mujeres adopten un papel de procreadoras sin fin. Existe lugares del interior de la República en dónde la mujer desde el inicio de su menarquía, ya está lista para casarse y tener una familia. Con certeza la mujer desde la primera menstruación, está dotada de todos los órganos para concebir, sin embargo, no está psicológicamente preparada para realizar esta gran tarea. Tiene la madurez sexual, pero no la madurez emocional, para formar una familia.

Sacatepéquez es un lugar que no se aleja de los flagelos que afectan a todo el país, como la pobreza y el analfabetismo, porque el nivel de escolaridad es sumamente bajo. Para combatir la pobreza las personas han empleado los recursos menos indicados, los hijos. Desde ocho o 10 años las niñas son enviadas a cumplir con labores que implican responsabilidad y que deberían de tener solo los adultos. La mayoría de adolescentes que trabajan no alcanzan a cubrir sus más mínimas necesidades alimenticias, lo cual obviamente repercute en el desarrollo psicofísico de ellas, haciéndolas demasiado vulnerables a enfermedades, retardando su desarrollo corporal e incidiendo en la capacidad intelectual y de aprendizaje, así como su participación efectiva futura en la población económicamente activa del país. Debido a este contexto la adolescente busca afiliación que le provea afectividad, seguridad y posiblemente el apoyo económico que no tiene con sus padres. Las adolescentes además de vivir en extrema pobreza también son víctimas de maltrato infantil, porque tanto en Sacatepéquez como en otros lugares las familias continúan con los mismos patrones de crianza y dañan el desarrollo psicosocial de las hijas. Se estima que la mayoría de pacientes del hospital, que ingresan al Departamento de Gineco-obstetricia, son adolescentes, tomando en cuenta que el rango de edad de la etapa de la adolescencia es de 12 a 20 años, se ven problemáticas como embarazo temprano, aborto, amenaza de aborto de adolescentes u otros problemas como abuso sexual o problemas ginecológicos, los que tienen como consecuencia

diversidad de trastornos psicológicos como, depresiones, ansiedad y angustia, que son los más comunes.

La importancia de la atención psicológica a esta población en el marco hospitalario es que, es necesario crear conductas que posibiliten el desarrollo integral del adolescente, para lograrlo, lo más indicado fue, conocer las causas psicosociales que determinan los embarazos tempranos, porque solo desde ese punto se puede atacar ese mal social que golpea a la población más joven de Guatemala. Se ven patrones establecidos que favorecen este tipo de comportamiento en las adolescentes, como la violencia en contra de ellas y la falta de comunicación para tratar sus problemas con los padres. La mayoría de pacientes adultas del Departamento de Gineco-obstetricia en sus entrevistas también admitieron haber iniciado con su vida sexual en la adolescencia y sostuvieron que fueron maltratadas física y psicológicamente por sus padres. Casi todas las pacientes presentaron algunos trastornos psicológicos que fueron tratados para disipar traumas que generen problemas que afectan a su familia.

La mujer desde tiempos remotos ha sido desplazada por el hombre y crea conductas de sumisión y subordinación para adaptarse al medio, es importante reconocer que es de nivel prioritario brindar todos los años el Servicio Psicológico en el Departamento de Gineco-obstetricia, porque es allí donde se concentra la mayor cantidad de mujeres y llegan con muchos problemas emocionales que son el punto de acción de la Psicología. Es necesario que los subprogramas continúen, porque las pacientes accedieron a los mismos motivadas y tratar de innovar en nuevos programas en los cuales la población de clase social baja no tiene acceso, pero que en el hospital se encuentren al alcance de todos.

CAPITULO I

Antecedentes

1.1. Monografía del lugar

Según datos obtenidos de la biblioteca que se encuentra en el convento de Capuchinas de Antigua Guatemala, San Felipe de Jesús es una aldea que fue fundada en el siglo XVII, por disposición del Muy Noble Ayuntamiento de la que fuera entonces la Metrópoli del Reino de Guatemala, sobre el valle que se encuentra al pie de las colinas de "El Rejón" a dos kilómetros al norte de la ciudad colonial Antigua Guatemala; comunicada por carretera asfaltada.

El origen del nombre de la aldea se debe al Santo Felipe de Jesús, quien nació en México, el 1 de mayo de 1572, hijo de padres españoles, que se establecieron en México. Cuando Felipe contaba con la edad de 21 años ingresó a la orden Franciscana en Filipinas, y cuatro años después el 5 de febrero de 1597, muere martirizado en la isla de Nagasaky, Japón. Por tal razón a juicio del Muy Noble Ayuntamiento se le rindió homenaje a uno de los primeros santos nacidos en el nuevo mundo. Por lo cual se le confiere el nombre de San Felipe de Jesús a la aldea y al templo, el nombre de San Felipe Apóstol.

Los primeros pobladores que habitaron este valle, en el siglo XVII, construyeron un modesto oratorio pajizo que se incendió en 1760, pero se salvaron milagrosamente las imágenes de San Felipe Apóstol, patrono del oratorio y del Santo Cristo Yacente. En 1819 se construyó otro, por iniciativa del presbítero Manuel Francisco Barrutia, en 1820 se inauguró y fue puesto al culto religioso. En 1867 se construyó una iglesia más formal, por el presbítero Don Manuel Leal, más amplia, estilo barroco y se estrenó el 28 de agosto de 1870. Luego de padecer las calamidades de los terremotos, se inicia una nueva reconstrucción de la iglesia en 1978 y se termina quedando inaugurada el 30 de noviembre de 1984. El 1 de diciembre del mismo año, se consagró el Santuario y el Atar Mayor.

El 27 de julio de 1986 este santuario de fe, fue elevado a la categoría de vicaría episcopal, por disposición de la venerable curia eclesiástica. Siendo nombrado para ocupar tan noble cargo, Monseñor Ramiro Pellecer Samayoa. En la historia de este santuario de fe, el 8 de mayo de 1986, merece citarse el solemne acto de consagración de la milagrosa imagen del Santo Cristo Yacente a cargo del Reverendísimo Monseñor Prospero Penados del Barrio, arzobispo de Guatemala. El culto a San Felipe de Jesús, se inició en 1670 en el templo de San Juan Perdido, Finca los Tarros, ubicada en Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla.

Entre las festividades religiosas están, la del primer viernes de cuaresma, que data desde 1921 y Semana Santa, el 1 de mayo se celebra con actos religiosos, deportes, y ventas de comida y artesanía. También el Jueves de Ascensión del Señor, Corpus Cristis, y Natividad.

San Felipe de Jesús tiene una altura sobre el nivel del mar de 1,500 metros, mantiene durante todo el año un clima templado. Existe un río que nace en un caserío colindante con San Felipe de Jesús llamado, "El Hato" que durante la época de invierno su caudal se hace mayor, pasa por otro caserío "El Guayabal", pero luego desemboca en San Felipe de Jesús, causando pequeñas inundaciones que causan incomodidades y algunos daños a los pobladores y visitantes.

Población: Según el último censo tiene una población total de 4,627 habitantes, contando con 2,225 hombres y 2,402 mujeres. Según información recabada del INE las siguientes son cifras obtenidas según el promedio de edad

Edades	Población
0-6	820
7-14	945
15-64	2655
65- +	207

Total de hogares es de 907, contando con 1018 viviendas. Casas formales son 985, apartamentos 3, palomar y casas improvisadas 38. El 2 % no tiene los servicios mínimos.

Existen 473 analfabetas, y los demás si han podido continuar y, o, terminar los estudios. En preprimaria se cuenta con 26 niños, en primaria con 2152, en educación media 1015 y para educación superior 158.

Sus habitantes profesan en su mayoría la religión católica, pero existen otros de diferente religión.

Aspecto Histórico - Antropológico

Con la conquista de las monarquías indianas que existían en el territorio que abarca la república de Guatemala, que se llevó a cabo en la primera mitad del siglo XVI, quedó vencida, pero no aniquilada la raza vernácula de esta comarca que estaba densamente poblada. Sobre éste territorio predominó la etnia Cakchiquel, quien inmediatamente entró en contacto pleno con los españoles desde el inicio de la conquista y posterior colonización en los siglos XVII y XVIII. Esta etnia es muy semejante en costumbre y rasgos a los de los Quichés, entre los elementos que integraban esta población figuran individuos aztecas, descendientes de los indígenas mexicanos que trajo consigo Don Pedro de Alvarado.

Al mezclarse los españoles con los indígenas dieron origen a la raza mestiza que adquirió virtudes y defectos de ambas razas. A las personas nacidas en Guatemala, de hijos españoles se les llamó "criollos".

A pesar de todo, esa mezcla no se generalizó lo bastante como para hacer desaparecer la unidad indígena, que por el contrario, como su número era mayor al núcleo de conquistadores, logró mantenerse en gran parte, pura, aunque fue deteriorándose debido al consumo de alcohol.

En la aldea de San Felipe de Jesús encontramos personas pertenecientes a las etnias indígena cakchiquel, o como se les dice comúnmente "naturales", y ladinos, que son por lo general, mestizos, aunque se puede mencionar la existencia de algunos criollos.

Los conquistadores españoles trajeron de la mal llamada madre tierra "España" el idioma, sus costumbres, tradiciones, religión, etc. Los indígenas fueron sometidos al cristianismo y a dejar sus dialectos. Sin embargo a pesar de que los conquistadores fueron crueles en el sometimiento de estas comarcas, hubo muchos otros españoles que llegaron a la República de Guatemala con el afán de servir a los moradores y a dar sus enseñanzas con amor, algunos plasmaron en obras de arte pinturas al óleo, escenas de dolor que sufrieron los aborígenes durante el período de la colonia.

Mucha de la cultura española es la que ahora se exhibe cuando se visita Antigua Guatemala, con su arquitectura barroca, que se puede observar sobre todo en las iglesias que presentan enormes cúpulas talladas a mano. Así se aprecia a San Felipe de Jesús, como un pedazo del "Monumento Cultural de la Humanidad".

Orografía: En esta región existen dos fincas que anteriormente se dedicaban al cultivo del café, son La Quinta y La Folié, la primera aún se encuentra en producción a pesar de la caída del precio de este grano. La segunda se encuentra en regulares condiciones, según entrevista a vecinos del lugar, la plantación cafetalera de esta finca fue abandonada porque este producto ya no es rentable.

Integración económica: Los habitantes de esta aldea, se dedican en su mayoría a laborar fuera de la región, algunos son agricultores y otros, artesanos. En este lugar existe gran cantidad de comercio de artesanías y comidas típicas, que no son propiedad de los vecinos de la aldea, si no, de personas que vienen de distintos lugares, las personas que viven del comercio y que son vecinos del lugar son aproximadamente un 25%. Los principales productos agrícolas que se cosechan son el maíz y el frijol.

Aspecto social: La familia está integrada normalmente por cinco a siete integrantes, algunos cuentan con más. Debido al turismo, muchas personas extranjeras han radicado en este lugar, por la belleza y la cercanía de Antigua. Se puede observar lujosas residencias de tipo colonial, adornadas con suntuosos jardines, propiedad de personas que han inmigrado de otro país o de la ciudad capital de Guatemala. El idioma que más se utiliza es el español, porque la etnia ladina, conforma el 95 % de la población. En su mayoría el nivel socioeconómico de las familias es bajo.

Servicios básicos urbanos: cuenta con servicios públicos, alumbrado eléctrico, agua potable, transporte, vías de comunicación, teléfono, hospital y la auxiliatura de la municipalidad, en la actualidad se cuenta con un servicio más de transporte y es el de motocicletas tipo "tuc - tuc" que prestan su servicio, cobrando cinco quetzales o más a cualquier lugar de Antigua. Las unidades de transporte público pasan cada 15 minutos, inician su recorrido en la Terminal de buses de Antigua Guatemala, y llegan frente al Hospital Pedro de Bethancourt, el costo del pasaje es de Q1.00. También existe la opción de abordar carros particulares que prestan el mismo servicio y cobran la misma cantidad.

Infraestructura: Existe una plazuela que luce una hermosa fuente colonial del siglo XVII, y al norte de la misma, la alcaldía auxiliar en donde funcionan otras oficinas de servicio comunal, al oriente y al poniente el mercado de artesanías, típico de estos lugares es, ver expresiones de belleza artística como pinturas, objetos tallados en piedra, mármol, madera y otros materiales, además de ventas de comida típica en el mercado como restaurantes.

La aldea cuenta con una Escuela Rural Mixta de nivel primario, y dos colegios que atienden nivel primario, básico y diversificado. Uno solo atiende nivel pre primario. En su jurisdicción se construyó el moderno Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt" que fue inaugurado en 1991 y que comenzó a funcionar en 1992.

Aspecto político: La municipalidad de antigua atiende los problemas más complejos porque existe en San Felipe de Jesús, una auxiliatura comunal que funciona como sede de la Municipalidad, en la cual se tratan asuntos que benefician a la población. Los pobladores manifiestan el deseo de engrandecer y colaborar con el desarrollo de su aldea, tienen un consejo comunitario de desarrollo y se creó el COLRED, "Comité Local para la Reducción de Desastres; se organizan para atender los daños que puede ocasionar la inundación del río, y reciben capacitaciones para prevenir este desastre natural. La Universidad Rafael Landívar por medio de sus estudiantes en ejercicio profesional supervisado, les brinda estas pláticas.

La auxiliatura está conformada por 45 personas, existe 1º. Alcalde, 2º. Regidor 3º, 4º. Y 5º, regidores, las demás personas son asistentes de los alcaldes o regidores. Los vecinos de esta aldea, dan muestras de amabilidad, calidez humana y son muy activos.

1.2 Descripción de la institución

Antecedentes: la historia se remonta al tiempo de la colonia en dónde encontramos la figura del antecesor de esta institución. Según datos dispersos encontrados en el INGUAT, el Hermano Pedro de San José de Bethancourt, conocido como "hermano Pedro", nació en Chasna, Villaflor, en la isla de Tenerife, (Islas, Canarias, España) el 19 de marzo de 1626, proveniente de una familia de pastores; cuando creció salió de Tenerife hacia América, sin papeles de identificación, caminando.

Llegó a Santiago de Guatemala el 18 de febrero de 1651, cuando los vecinos de esa ciudad sufrían los estragos de un terremoto. Trabajó en distintos lugares, tenía deseos de seguir la carrera sacerdotal, pero en su afán de servir ingresó a la orden franciscana como Hermano Terciario del Hábito Descubierto, en este lugar él realizaba el trabajo de jardinería y luego de su labor, enseñaba a niños pobres, y atendía enfermos, estas actividades con el tiempo, le permitieron fundar una escuela y un hospital.

Inaugurado en 1663 bajo la administración de los hermanos dominicos para el hospital San Juan de Dios, se construyó este hospital con los fondos provenientes del diezmo recibido por la Catedral. Posteriormente se trasladó la Catedral temporalmente a la iglesia del hospital, mientras se llevaba a cabo la construcción del tercer edificio. El hospital funcionó allí atendiendo únicamente a varones hasta 1773 cuando fue abandonado por el traslado de la capital. Se relata que el edificio aún se encontraba en buenas condiciones y en uso temporal.

A las monjas capuchinas se les dio posesión del edificio a mediados del siglo XIX. Ubicado a una cuadra de la Plaza Mayor y contando con una manzana de extensión, se realizaron mejoras en 1865. Cuatro años más tarde, se les encargó el hospital en forma permanente a las hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl. Luego lo administra el Estado, por lo cual se dividen las que hoy se conocen como Obras Sociales del Hermano Pedro, las cuales están siendo administradas en la actualidad por la Orden Franciscana y el hospital Nacional se conoce ahora como "Hospital Nacional Pedro de Bethancourt" el cual luego de estar improvisadamente funcionando en la Finca Nimajay, a un costado del mercado de Antigua, pasa a la jurisdicción de la Aldea de San Felipe de Jesús. Fue inaugurado en 1991 e inició sus labores en 1992, construido en un terreno de aproximadamente siete manzanas, que fue cedido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Este hospital, junto a los hospitales nacionales de Chimaltenango y Escuintla, forma la red hospitalaria de la Región V de Salud Pública.

Objetivos: El Hospital Nacional Pedro de Bethancourt tiene los siguientes objetivos:

1. Prevenir enfermedades (Atención Primaria)
 - a) Saneamiento del medio
 - b) Educación sanitaria
 - c) Control del niño sano.

2. Curar enfermedades (Atención Secundaria)
 - a) Atención de pacientes agudamente enfermos y encamamiento
 - b) Atención del paciente ambulatorio (servicio externo y emergencia)
 - c) Educación para recuperar la salud
 - d) Atención de la madre embarazada

3. Rehabilitación (Atención Terciaria)
 - a) Educación para mantener la salud
 - b) Integración al hogar
 - c) Seguimiento en consulta externa o visitas comunitarias

Funciones del Hospital: Reducir la morbi - mortalidad del área de influencia, atendiendo a la población de todas las edades y estratos socio económicos, laica y gratuitamente.

La estructura orgánica del hospital está organizada de la siguiente forma:

1. Dirección: integrada por el despacho del Director Ejecutivo, secretaria y archivo.
2. Subdirección Ejecutiva: integrada por el despacho del subdirector ejecutivo, secretaria y archivo
3. Subdirección Administrativa y Financiera: integrada por el despacho del subdirector administrativo - financiero, secretaria y archivo
4. Servicios médicos: medicina interna, Cirugía, Gineco-obstetricia, Pediatría, Anestesiología, Consulta Externa, Emergencia, Traumatología, Ortopedia y Odontología.
5. Servicios Administrativos: Despacho del Administrador, Jefe de Recursos Humanos, contabilidad, transporte, almacenes, mantenimiento, intendencia, patrimonio, lavandería, costurería.
6. Servicios Técnicos de Apoyo: Enfermería, rayos X, laboratorio, farmacia, trabajo social, patología, registros médicos, alimentación y dietas, biblioteca, central de equipos, quirófano, banco de sangre, fisioterapia y salud mental.

Recursos físicos: El hospital cuenta con cuatro niveles, que se utilizan para cubrir cada uno de los servicios que presta. El departamento de obstetricia cuenta con lo siguiente:

Área Educativa y Recreativa: se da orientación a las madres sobre cuidados a sus hijos, en lo que respecta a lactancia materna, para esto se utilizan los recursos materiales disponibles como una televisión que está destinada para la docencia de los profesionales de la salud, además de procurar entretenimiento en horario establecido.

Encamamiento: El departamento de Gineco-obstetricia, consta de nueve habitaciones entre ellas encontramos pacientes que presentan complicaciones, como mujeres embarazadas con amenaza de aborto y mujeres intervenidas quirúrgicamente. Algunas habitaciones albergan personas pre y post parto de tipo normal. Cada habitación tiene un promedio de seis camas y mesas de noche, en las que la paciente guarda sus objetos necesarios. Las pacientes obligadamente usan bata de hospital.

Área de alimentación: existe una habitación en la cual el personal de enfermería puede utilizar para alimentarse, en este lugar también se reciben las bandejas vacías. El hospital brinda alimentación a las pacientes a partir de las 6:00 a.m., el almuerzo, se inicia a las 11:30 y la cena de 5:00 p.m. a 6:00 p.m. además de que, las pacientes post parto son alimentadas con refacción a través de atoles y pan, para contribuir al desarrollo de una buena cantidad de leche con la que se pueda alimentar al lactante neonato.

Servicio Sanitario: en este departamento se encuentra una sección de seis sanitarios y seis duchas que utilizan las pacientes a diario, se encuentran en buenas condiciones y continuamente son desinfectados para mantener la higiene.

Puestos de enfermería: al que se puede acudir en cualquier momento para solicitar información sobre las pacientes de pre y post parto, también atienden emergencias.

Oficina del Jefe de Área: Aquí se localiza el medico de planta, cuenta con su respectivo mobiliario y equipo, como la papelería y útiles necesarios.

Oficina de reuniones: se realizan reuniones con el personal del departamento, y también se atiende a otras personas que no pertenecen al hospital.

Oficina de Secretaría: En este lugar se encuentra la secretaria, quien se encarga de registrar a las pacientes que ingresan y por medio de archivos se guardan los expedientes de pacientes egresadas. Este lugar dispone de todos los recursos materiales necesarios para realizar su función.

Sala de partos complicados: se atienden partos complicados por diversas razones, cuenta con camillas y todos los materiales necesarios.

Bodega de fármacos: aquí se guardan las medicinas, así como la ropa que las pacientes utilizan para su permanencia en el hospital, batas, sábanas, pañales y otros.

Área de mantenimiento: en este lugar, el personal de limpieza realiza sus actividades diarias, como, lavar la ropa utilizada en el hospital y otros instrumentos.

Clínica de ultrasonido: esta, cuenta con el equipo necesario, así como, camilla. En esta área se atienden a pacientes de encamamiento y consulta externa.

Existen tres ascensores que están al servicio de pacientes y del personal de servicio de alimentación y conserjería.

Recurso Humano: El área de encamamiento del departamento de Gineco-obstetricia, está constituida por dos médicos graduados con especialización en

ginecología y obstetricia; se encargan de pasar a evaluar a las pacientes de pre y post parto, además cuentan con un médico fijo, quien se encarga, específicamente de realizar los ultrasonidos de las pacientes de consulta externa y encamamiento. También existen dos enfermeras profesionales, quienes se encargan de supervisar la debida administración de fármacos a los pacientes de ésta área, seis auxiliares de enfermería, quienes se encargan de administrar el medicamento a las pacientes internas. También se encuentra un grupo de estudiantes de enfermería y de medicina, los que se encargan de pasar cada cierto tiempo a evaluar los signos vitales de las pacientes. Además se cuenta con una secretaria, que lleva los expedientes de las pacientes, y personal de mantenimiento, que se encarga de realizar la limpieza y mantener en condiciones higiénicamente adecuadas este departamento.

Se cuenta con dos pilotos de ambulancia, de vehículos para diligencias y encargados de garitas, de personal y de emergencia. Todos los trabajadores que tiene el hospital en conjunto hacen un total de 430 empleados distribuidos en los diferentes departamentos, a ellos se les suman los trabajadores contratados por el renglón 029.

1.3 Descripción de la población atendida

El proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado, estuvo dirigido a brindar atención integral psicológica a todas las mujeres que se presentaron a consulta, externa o interna en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

La población atendida estuvo comprendida entre las edades de 13 a 74 años, la mayoría de sexo femenino, que procedieron de toda el área de Sacatepéquez, además de otros departamentos como: Chimaltenango, Escuintla, y la ciudad capital, de las etnias Maya Cakchiquel y mestizos, sin predominio de ninguna de ellas. Se atendieron pacientes adolescentes con embarazos tempranos. La mayoría de pacientes son personas de escasos recursos económicos, y dependen de sus

esposos, quienes también tienen una economía reducida, Algunas pacientes tienen estado civil de unidas, una minoría son casadas y algunas son madres solteras. Un alto número de pacientes presentaron baja escolaridad, otras son analfabetas y su núcleo familiar está constituido de cuatro a ocho hijos. Casi todas las pacientes se dedican a atender a sus hijos en sus hogares, además de realizar labores agrícolas y otras laboran en maquilas o son empleadas de casas, algunas se dedican a la venta de verduras y frutas. Una minoría de mujeres si tiene condiciones económicas aceptables de vida.

1.4 Planteamiento del problema

Basándose en la evaluación diagnóstica realizada y a la información obtenida durante la visita de reconocimiento en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, luego de entrevistas al personal y al médico jefe del departamento de Gineco-obstetricia, además de visitas a las pacientes del área de encamamiento, se concluyó, que existe una gran necesidad de educar a las mujeres con respecto a lo que significa ser madre y de los cuidados que se deben de tener durante el embarazo, se evidenció que algunas pacientes no conocen los períodos del embarazo, no saben acerca de los cuidados prenatales, que deben de hacer ejercicio, la higiene que se debe de llevar el tipo de ropa que se debe de utilizar. Cuando son primigestas desconocen totalmente cómo cuidar de un bebé recién nacido y cómo lactarlo. Muchas pacientes manifestaron temor a tocar el ombligo del bebé porque pensaron que lo lastimarían si lo cambiaban.

En las pacientes que presentaron amenaza de aborto se observó angustia y ansiedad. En mujeres que abortaron se observó períodos de depresión. Se observaron signos de tristeza y miedo en mujeres primigestas, al igual que en mujeres que sobrepasaban los 40 años de edad. Todas ellas expresaron sentimiento de soledad porque sus esposos no comprenden la complejidad de esta etapa y no las acompañan a los controles, debido a esta situación la mujer no se siente apoyada y pasa el mayor tiempo de gestación con sentimientos de soledad, tristeza, cansancio y esto conlleva a afrontar períodos depresivos. La estadística y

entrevistas realizadas a enfermeras demostraron que existen más adolescentes en gestación que mujeres adultas, y que las adolescentes iniciaron a una edad más temprana su actividad sexual observándose pacientes de 14 años reingresando al hospital por un segundo parto. Algunas adolescentes presentaron abuso sexual y consecuentemente, embarazos que terminaron en la mayoría de los casos en aborto o rechazo al infante al grado de querer abandonarlo dentro del hospital. Estas pacientes no quisieron lactar a sus bebés. Según testimonios, varias de ellas provienen de familias disfuncionales y sufrieron de maltrato infantil y de violencia intrafamiliar, con familiares que padecen alcoholismo; en la mayoría de los casos el miembro alcohólico es el padre de familia. Debido a esto las adolescentes huyen de sus hogares e inician las relaciones sexuales temprano, afectando con ello su desarrollo psicofisiológico.

El personal médico y de enfermería refirieron pacientes que presentaron amenaza de aborto, aborto provocado, aborto espontáneo, parto normal, cesáreas, y mujeres que pasarán por proceso quirúrgico o que fueron intervenidas quirúrgicamente por problemas ginecológicos. En todos estos casos la mayoría de pacientes presentaron angustia, ansiedad cuadros depresivos y baja auto estima, en los abortos se observó que la mayoría de pacientes al inicio del embarazo experimentaron rechazo al mismo, por lo cual, cuando el embarazo no llegaba a termino, se encontró sentimiento de culpabilidad con signos de tristeza y deseos por tener un bebé entre sus brazos, al extremo de querer adoptar algún niño. En estos casos se evidenció que las pacientes no usaron ningún método de planificación familiar para espaciar sus embarazos, por lo cual muchos de estos embarazos no fueron deseados. Algunas mujeres no planifican por miedo a sus esposos, porque según ellos, las mujeres cambian de conducta y se tornan infieles debido a los métodos de planificación familiar.

En las pacientes post parto se encontró depresión leve, esto fue debido a que muchas de ellas no poseen los recursos económicos para pagar una persona que se encargue de cuidar de sus niños mayores y que se quedan en el hogar cuando su

madre va al hospital a dar a luz, por esto las madres quieren abandonar rápido el hospital y algunas se van contraindicadas. Existen además un buen número de mujeres que sostienen la economía en su hogar con su trabajo y por eso no quieren permanecer mucho tiempo dentro del hospital, sobre todo cuando es temporada de feria, en estos casos se detecta ansiedad y angustia por la responsabilidad que tienen con su familia.

Los problemas de pareja, se dieron frecuentemente por falta de comunicación y comprensión, en muchos casos hubo predominio de violencia intrafamiliar que afectó directamente la salud de la mujer embarazada, porque se detectó una minoría de pacientes ingresadas por aborto que fueron golpeadas por sus esposos y como consecuencia el embarazo no llegó a término. Sin embargo las pacientes no presentaron cargos en contra de su agresor y continúan con la violencia dentro de sus hogares.

CAPITULO II

REFERENTE TEORICO METODOLOGICO

2.1 Marco Teórico

Guatemala es un país tercermundista por el subdesarrollo en que está inmerso. El índice de pobreza y la creciente población debido al poco control de la natalidad son indicadores de la existencia de un buen número de fenómenos psicosociales, como lo es el hacinamiento, la falta de empleo, la delincuencia, hogares desintegrados por alcoholismo y violencia intrafamiliar. Existe un alto porcentaje de niños en las calles y de niñas que se prostituyen para obtener dinero para sobrevivir. Algunas de estas niñas resultan embarazadas iniciando la adolescencia.

Sacatepéquez es un área en la cual existen diversidad de culturas debido a la migración de extranjeros que se han radicado en este lugar, por el clima templado, el ambiente agradable, porque las personas son conservadoras, muy religiosas y trabajadoras, a pesar de esto, también existen problemáticas sociales que padecen la mayoría de sus habitantes, debido a la falta de empleo, la escasez de vivienda, poco acceso a los servicios médicos y el alto costo de las medicinas, todo esto sumado a la delincuencia, crea problemas emocionales en la mujer embarazada.

Los temores en los cuales se ven la mayoría de mujeres, porque son adolescentes, o carecen de recursos económicos, porque viven en extrema pobreza, además de que algunas sufren de violencia intrafamiliar, alteran su emocionalidad. En la etapa del embarazo la mujer primigesta experimenta síntomas de angustia y ansiedad "la característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de angustia libre flotante). Los síntomas predominantes son muy variables, quejas de sentirse constantemente nerviosa con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas o miedo" (CIE 10. 1992: 176) Debido a la poca información que tienen acerca de su estado, algunas mujeres multíparas, por carecer de recursos no tienen

con quien dejar a sus hijos en el momento del parto, y esto también las deprime o les da ansiedad e insisten en abandonar el hospital contraindicadas para ir al lado de sus hijos. "La angustia es una sensación persistente de terror, aprensión, y desastre inminente; constituye una respuesta a la amenaza que surge de profundos y peligrosos impulsos reprimidos dentro de la personalidad, o bien; a los sentimientos reprimidos que luchan por hacerse conscientes. Es una advertencia de peligro que se origina en la presión que ejercen las actitudes internas inaceptables."(Kolb. 1992: 165).

Algunas pacientes sienten miedo por que carecen de los conocimientos acerca del embarazo, y temen morir o que muera el bebé en el momento del parto. La población de mujeres embarazadas va en aumento en esta región, y se debe también a los patrones de crianza que utilizaron sus padres, el tipo de familia que más prevalece en esta región es la familia consanguínea o extensa, debido a que cuenta con cuatro o cinco hijos, y en algunos hogares viven los abuelos de los niños. Sin embargo la mayoría de adolescentes atendidas poseen una familia nuclear sobre todo las jóvenes que provienen de familias integradas por el padre y la madre.

Algunas de esta mujeres asisten a control médico solo cuando están embarazadas, porque no creen conveniente hacerlo periódicamente para mejorar su salud, algunas nunca recibieron atención médica en su infancia, porque los padres no se preocuparon de llevarlas al hospital, influyendo esta situación en su estado de salud, porque muchas madres corren riesgos durante el embarazo, debido al descuido que los padres han tenido perjudicando su salud, no crearon en ellas el hábito de visitar los servicios hospitalarios en caso de enfermedad.

La mayoría de mujeres llegan al extremo de no ir a los hospitales, porque prefieren dar a luz en su casa. Ingresos por amenazas de aborto o aborto espontáneo y la realización de histerectomías, dejan a las pacientes con depresiones leves que deben de ser tratadas para que no se agrave el cuadro. La depresión es un tono afectivo de tristeza. En el síndrome depresivo menos grave, el paciente está callado,

cohibido, inhibido, infeliz, pesimista, se desprecia a sí mismo y experimenta una sensación de lasitud, insuficiencia, falta de ánimo y desesperanza (kolb. 1992: 165). Todo esto porque entran en una etapa de duelo o sienten temor a lo que dirá su cónyuge, La histerectomía es la ablación del útero. Este es un procedimiento quirúrgico para extraer la matriz, esto afecta a la mujer porque piensa o cree que no poseerá las mismas cualidades sexuales que tenía antes del procedimiento quirúrgico, provocando baja autoestima, además de que se altera su identidad porque la cultura agrega una función vital en el rol de ser mujer y es la de procrear a los hijos, es la parte fundamental que hace la diferencia entre los sexos, según esquemas o conceptualizaciones de falsas creencias que se deben de modificar con técnicas psicoterapéuticas que ayuden a la mujer a valorarse y recuperar su autoestima.

La mujer en proceso de gestación en su deseo por orientarse sobre las etapas del embarazo, inicia su búsqueda de información con las personas que le rodean, tomando así, toda una constelación de datos que más que científicos, son un estrato de nuestra herencia cultural, iniciando aquí con el aprendizaje de los mitos y creencias propias de la cultura. Por esta razón se ve la importancia de que la mujer sea instruida en los aspectos concernientes al embarazo, parto y puerperio. Las teorías que han existido sobre la concepción son diversas y pintorescas a la vez y han reflejado constantemente la fantasía popular y el interés sobre la procreación. Durante muchas décadas se han formado las más sutiles suposiciones sobre el embarazo, pero no cristalizaron hasta el año 1854 en el que se descubrió en los animales inferiores, por medio del microscopio la esencia del proceso de la fecundación.

El aparato genital femenino está configurado de la forma idónea para la recepción, fecundación y desarrollo del feto, contando para ello de una serie de órganos, los ovarios, encargados de la producción continua de óvulos o células germinales femeninas, las trompas de Falopio que sirven para la recepción y transporte de los óvulos al útero o matriz, en cuya mucosa anidará el óvulo

fecundado y servirá de universo para el desarrollo del feto, y los órganos genitales externos, que sirven para la conjugación y recepción de las células germinales masculinas.

El espermatozoide es la célula sexual masculina, es de mucho menor tamaño y tiene un aspecto parecido al de un renacuajo microscópico. Se producen o maduran con una velocidad de casi 300 millones por día y cuando se expulsan por medio de la eyaculación, tienen una esperanza de vida de casi 48 horas dentro del aparato reproductor femenino, está compuesto de una cabeza, una porción central y una cola, dentro de la cabeza se encuentra el material genético (Tortora. 1998: 1115). Están en mayor cantidad y se movilizan de una vez alrededor de cientos de millones de ellos, pero solo uno completa su destino dentro del óvulo. Solo se completa la fecundación cuando la mujer está ovulando y tiene relaciones sexuales. La ovulación tiene lugar una vez cada 28 días, y se considera que el día de la ovulación es el catorceavo del ciclo, contando siempre a partir del primer día de la última menstruación. Cuando se da la fecundación se puede decir que se está iniciando el embarazo o gestación, este período comprende 266 días. Este proceso se da en tres etapas, germinal, embrionaria y fetal. En las primeras dos semanas se llega a la etapa germinal.

Durante la etapa germinal el organismo se divide, se vuelve más complejo y se implanta en la pared del útero, este período dura entre diez días a dos semanas, después de la concepción y termina cuando el embrión se fija al útero (Papalia. 1999: 98) En la etapa germinal la célula fecundada se denomina blastocisto, otros órganos se desarrollan para dar vida al blastocisto, como la placenta la cual le proporciona alimento por medio del cordón umbilical, y el saco amniótico. La placenta tiene varias funciones, una de ellas es alimentar al nuevo ser, porque suministra oxígeno y nutrientes y retira los desechos de su cuerpo. También ayuda a combatir las infecciones internas y le da inmunidad al bebé. Produce las hormonas que sostienen el embarazo, prepara los senos de la madre y estimula las

contracciones uterinas que servirán al bebé para el nacimiento. El saco amniótico es una membrana llena de líquido, protege al bebé de golpes y le da movimiento.

En la etapa embrionaria se desarrollan los órganos y los principales sistemas del cuerpo, este es el período crítico del embarazo, debido a que un hecho o suceso puede causar mayor impacto. En este lapso de tiempo hay más posibilidades de que el organismo nuevo resulte afectado. Durante este período existe el riesgo de aborto espontáneo. El aborto espontáneo, es la expulsión de un embrión o feto que se encuentra en el útero y no puede sobrevivir fuera de él (Papalia: 1999: 101). Las mujeres tienen mayor riesgo de aborto si fuman, o ingieren algún tipo de sustancias psicotrópicas. En ocasiones se presentan hemorragias, o embolias. Las mujeres de más de 29 o menores de 15 años de edad tienen mayor riesgo de aborto.

El período fetal empieza en el tercer mes de embarazo. El embrión se vuelve feto y se denomina así al resto del período prenatal. Estos siete meses se relacionan con un proceso de perfeccionamiento. En el cuarto mes ya se pueden sentir los movimientos fetales. Durante el período embrionario se desarrollan todos los órganos, La excepción principal de este patrón de desarrollo es el sistema nervioso, el cual se haya presente en una forma rudimentaria a las ocho semanas, en este período solo existe una pequeña parte y un esbozo de la espina dorsal. El desarrollo principal del cerebro y del sistema nervioso no tiene lugar sino hasta los tres últimos meses del embarazo y continúa de los seis meses al año del nacimiento (Bee. 1978: 43).

La futura madre debe de proteger al niño durante el embarazo y después del parto para que su cerebro se desarrolle en óptimas condiciones. El feto cómodamente instalado en el interior de la cabina uterina, vive totalmente a expensas de la madre, tomando de ella todo aquello que le precisa para su existencia y encargándole la eliminación de lo que le sobre. El feto toma de su madre el oxígeno que necesita para vivir, el hierro que precisa para su sangre, esto puede ocasionar a menudo anemia a la madre, también toma el calcio para formar

sus huesos, y el glucógeno del hígado para obtener energía. También existe sobrecarga de las funciones de los riñones maternos con los desechos del feto, además, éste empuja a un lado los órganos del abdomen de la madre para conseguir espacio. En todo este proceso existe un plan y una sabiduría, ya que solo de esta forma puede asegurar su supervivencia.

La primera señal que puede hacer sospechar a la mujer que está embarazada la constituye la falta de menstruación. Transcurridos diez días de la fecha en que debería haberse presentado la regla, en una mujer con ciclos normales y regulares, es muy probable que la concepción haya tenido lugar. Si transcurren dos períodos puede decirse con certeza que va a nacer un bebé. Es indispensable que el ginecólogo le realice un examen ante la ausencia de menstruación, para que no exista duda y se pueda llevar un buen control prenatal.

La mujer embarazada puede presentar vómitos y náusea matutina, así como aumento del apetito, somnolencia, necesidad de orinar frecuentemente, repulsión por ciertos olores y sabores etc. El útero aumenta de tamaño y éste desplaza a los órganos abdominales hacia atrás. El intestino se vuelve a veces tan laxo que puede aparecer un estreñimiento exagerado. Los órganos urinarios también se afectan y obligan a una emisión de orina frecuente y lenta. Los tejidos de la pared abdominal se relajan para permitir la ocupación de un mayor espacio por parte del útero grávido, puede sobrevenir la aparición de estrías cutáneas que se localizan preferentemente en la parte alta del abdomen y en las caderas, aparecen en el último tercio del embarazo y pueden persistir después del parto.

Todas estas alteraciones físicas que sufre la madre van a la par de drásticos cambios psicológicos que alteran el proceso psíquico y pueden producir estados emocionales variables. Durante este período la futura madre se pone susceptible, sus sentidos están alertas y se debe tener especial cuidado en esto para no dañar el desarrollo del embarazo. La psicología tiene una participación importante durante estas etapas.

Es importante reconocer que el embarazo es el estado psicofisiológico llevado a cabo únicamente por el sexo femenino para la formación de un nuevo ser, que permite que las funciones psicológicas se optimicen para coadyuvar al desarrollo y se necesita el apoyo desde el inicio hasta el final del sexo masculino.

La cultura en algunos lugares limita a las personas a pensar que el embarazo es una enfermedad y no es así porque el embarazo es normal, la ley dice que dura 300 días, la ciencia u obstetras 42 semanas y el vulgo nueve meses. Para su estudio psicológico se divide en tres trimestres; sin embargo algunos de los siguientes aspectos se presentan en condiciones de embarazos deseables, en los cuales, la futura madre es apoyada por su cónyuge durante el desarrollo de su embarazo, y se muestra la unión de la pareja a través de los malestares y cambios físicos que la mujer experimenta.

Primer trimestre

Los fenómenos psicológicos normales en el primer trimestre del embarazo Son:

- comienza con sueño
- cansancio
- erotismo bajo
- poco arreglo personal
- se sublima al niño
- hay desplazamiento del padre
- existe simbolización

La madre buscó lo que quería, ya lo tiene, lo sublima, lo simboliza, se imagina siendo madre y ve a su hijo dentro de su vientre. El hombre también adquiere ciertos cambios psicológicos que provienen además por la cultura de su ambiente y se pueden observar los siguientes:

- autoafirmación
- optimismo
- expectación

Se da cuenta que puede llevar a cabo la procreación o continuidad de la especie, y se auto afirma como varón. Los futuros padres se ponen optimistas, felices. Existe expectación, el futuro padre ya ve el futuro de su hijo, tiene sueños de cuando su hijo vaya a la universidad, se imagina al niño ayudándole en sus actividades.

Segundo trimestre

La señora luce el embarazo, le gusta que la vean, se muestra en el aspecto social, hay erotismo, caricias, abrazos, halagos, se da la primera comunicación física, corporal, a través de los movimientos del cuerpo, los movimientos fetales. La primera expresión se da, a través del lenguaje corporal.

Del cuarto al quinto mes tienen una comunicación con movimientos. La emotividad de la madre es buena, quiere que todos sientan al niño, está feliz, y comienza la **diada**, que es la comunicación afectiva provocada por la comunicación física que tienen todas las mamás del mundo y es de carácter trascendental, trasciende en el cuarto al quinto mes y es que las mamás quieren a sus hijos aunque estos crezcan. Las personas llaman a este proceso como presentimiento de madre, "intuición de madre", científicamente se llama *Diada*. Es la afectividad que hay entre el niño y la madre, es el lazo que unirá a la madre con su hijo de una manera bastante permanente.

Las futuras madres quieren compartir la comunicación con los demás, gracias a la participación que provoca la diada, se da la **identificación** en el segundo trimestre, el hombre se siente super, se siente él también embarazado. El padre que se identifica con el embarazo sabrá cuidar al niño.

Si hay pérdida o aborto y no es determinada la causa, es psicológico, y puede ser que la madre no quiere estar embarazada y existe rechazo. En muy raras ocasiones puede presentarse un embarazo psicológico, que se denomina **pseudosiniesis**.

La comunicación fetal con la mamá es porque ella ya sublimó al niño y quiere que él se comunique con ella.

Tercer trimestre

1. Ansiedad	}	producido por cambios hormonales
2. conflicto		físicos/fisiológicos
3. ambivalencia		culturales/sociales

La ambivalencia es la propiedad que consiste en presentar dos aspectos contradictorios o distintos (Larousse. 1997: 72). Fenómenos que desencadenan el parto, dar a luz o no dar a luz, dos sentimientos encontrados, tener o no tener al bebé. El apoyo que le da su cónyuge a la mujer en el trabajo de parto rompe la ambivalencia y ayuda a que la mujer quiera dar a luz, porque deja de sentir miedo, ansiedad y angustia. El parto puede ser normal, o por cesárea.

El término parto se refiere al nacimiento. El parto se acompaña de una secuencia de acontecimientos que por lo común se conoce con el nombre de *trabajo de parto* y se divide en tres etapas, etapa de dilatación, etapa de expulsión, etapa placentaria (Tortora. 1998: 1115). Si el bebé no puede nacer por un parto normal porque es un parto difícil y se alteran las fuerzas uterinas, se realiza una cesárea. La cesárea es el procedimiento quirúrgico que se utiliza para extraer al niño cuando no se puede por medio del proceso normal. Una mujer a la que se le practica una cesárea, no se le excluye que posteriormente, pueda dar a luz de nuevo por medio de parto normal.

Por razones culturales algunas mujeres prefieren dar a luz en su casa, cuando esto sucede se debe de elegir un médico especializado en asistir partos o una

comadrona capacitada con conocimientos de higiene, normas para la atención y cuidados para la madre y el niño (Santiesteban. 1995: 57).

En algunos casos el embarazo no llega hasta su etapa final y puede ocurrir un aborto espontáneo o provocado. El aborto espontáneo: consiste en la expulsión natural desde el útero, de un embrión o feto, que no puede sobrevivir fuera de la matriz, generalmente ocurre en las madres muy añejas, suelen tener gestaciones más complicadas, debido a problemas ginecológicos. Aborto provocado ocurre cuando la mujer no está preparada psicológicamente y reacciona en contra del bebé (Santiesteban. 1995: 19). No saber como cuidar al bebé, ser madres primerizas y adolescentes provoca angustia y alteraciones emocionales, se da una mala utilización de los mecanismos de defensa, y se llega a tomar decisiones equivocadas que pueden ocasionar la muerte del producto gestante y a veces hasta de la propia madre.

Otras causas que pueden provocar el aborto son una mala alimentación de la madre, la ingestión de productos que pueden provocar alteraciones orgánicas al embrión, las enfermedades que sufre la madre durante la gestación, exceso de ejercicio, entre otras.

La placenta protege al bebé de la mayoría de enfermedades, pero hay excepciones. El Sarampión Alemán, propiamente llamado rubéola, que difiere de la enfermedad conocida como sarampión, es una de las enfermedades más nocivas para la madre embarazada, es peligroso para el feto, porque comúnmente nacen sordos, con problemas de corazón, o también con cataratas, generalmente se acompaña de retardo mental que puede ser leve o grave. Si se contrae la rubéola durante los primeros tres meses existe un 50 % de los fetos que son abortados (Bee. 1978: 47).

Otras causas ambientales son las drogas tomadas por la madre, la automedicación no debe de realizarse en ninguno de los casos sin embargo algunas

mujeres gestantes toman analgésicos a la más leve señal de dolor. Las consecuencias pueden ser lamentables. El cigarrillo produce en el feto aceleración en el ritmo cardíaco, la madre que fuma puede dar a luz a niños prematuros, de bajo peso al nacer y adictos a la nicotina. Las madres alcohólicas pueden dar a luz niños con *síndrome fetal del alcohol* son por lo general retardados mentales, retardo en el crecimiento antes y después de nacer, cabeza pequeña, irregularidades faciales (Tortora. 1998: 1194). Otras drogas de dependencia potencial como la heroína, marihuana y los barbitúricos provocan claros efectos de larga duración, y pueden producir daño irreversible al niño.

La dieta de la madre debe de ser rica en hierro debido a todos los nutrientes que toma el niño durante el embarazo y a la gran cantidad de sangre que pierde durante el parto. Debe de ingerir también vitaminas, el déficit de vitamina E produce causa de aborto.

En el momento que una mujer sabe que está embarazada se le presenta la incógnita de cual debe ser a partir de aquel momento el ritmo de vida que tiene que adoptar, no debe considerarse al embarazo como una enfermedad y a la gestante como una enferma. Una mujer embarazada puede continuar llevando el mismo ritmo de vida que cuando no lo estaba, naturalmente deberá prescindir de deportes violentos. Hace pocos años la gimnasia era una actividad prohibida a la futura mamá, pero hoy día, si se cuenta con la aprobación de su médico, se recomienda entonces que las embarazadas dediquen de 15 a 20 minutos diarios para realizar ejercicios encaminados a mantenerse ágil y sin acumulación de grasa, para conservar la musculatura abdominal en buen estado. Existen unos ejercicios, preferentemente respiratorios, que realizados bajo la dirección de un especialista pueden atenuar los dolores consecutivos a las contracciones de la matriz. Durante los tres primeros meses de embarazo, los movimientos violentos y bruscos están prohibidos.

Concienciar a la madre sobre la planificación familiar es muy importante. Para evitar los embarazos muy seguidos la pareja deberá visitar un puesto de salud que le quede más cercano, existen diversas formas de prevenir la natalidad, en Guatemala los cuatro métodos que pueden utilizarse sin ningún temor son los siguientes: a) métodos naturales, b) métodos para cada vez c) Métodos para un tiempo, c) Métodos para siempre.

Entre los métodos naturales está el MELA, es el método de solo dar de mamar, si la mujer da solo pecho día y noche a su hijo o hija menor de seis meses y todavía no ha visto su menstruación, puede evitar un embarazo esos seis meses.

El método de la *ovulación* consiste en revisar y observar cada día cambios en el flujo o moco vaginal de la mujer, para saber qué día puede quedar embarazada.

El método del *collar* sirve de guía a las parejas para saber qué días puede o no quedar embarazada la mujer.

El método para cada vez que hay una relación sexual es más seguro y se trata del *condón o preservativo*, es una bolsa resistente hecha de un material elástico (latex) que se coloca en el pene del hombre antes de cada relación sexual. Evita el embarazo y las infecciones de transmisión sexual y VIH /SIDA

Los métodos para largo tiempo también son recomendables. Existen *pastillas, T de cobre, e Inyección*. La pastilla la debe tomar la mujer todos los días para evitar un embarazo. La mayoría viene en cartones o sobres de 28 pastillas. La inyección (3 meses) se inyecta en la cadera o brazo de la mujer cada tres meses para evitar un embarazo, la pueden usar las mujeres que están dando de mamar. El Diu, o T de cobre es un dispositivo intrauterino, se coloca dentro de la matriz, es un pequeño aparato de plástico y cobre. Una vez colocado si no da problemas puede permanecer en su sitio por varios años (Tortora. 1998: 1146). El personal de salud la coloca dentro de la matriz de la mujer para evitar un embarazo.

Los métodos para siempre son *la operación del hombre, se denomina vasectomía, o la operación de la mujer*. Los hombres pueden colaborar y apoyar en el control de la natalidad por medio de este mecanismo que se denomina vasectomía, es uno de los métodos más efectivos, se trata de una operación sencilla que cierra los conductos que transportan los espermatozoides del testículo al pene del hombre. Esta operación dura pocos minutos y se práctica con anestesia local. Antes de que el hombre la solicite, la pareja debe estar segura de no querer tener más hijos. Tarda menos de 15 minutos, el hombre puede regresar a su casa entre dos y cuatro horas después. Las relaciones sexuales de la pareja siguen igual.

La operación de la mujer es también una operación muy sencilla y muy segura, para la mujer que ya no desea tener más hijos o hijas, tarda menos de 20 minutos. La mujer puede regresar a su casa entre dos y seis horas después. No existe variabilidad en las relaciones sexuales y la mujer continúa viendo su menstruación. La ligadura de trompas es una operación sencilla, mediante la cual se cierran los conductos que transportan los óvulos a los ovarios. Es uno de los métodos más efectivos.

Existen otras formas para evitar los embarazos, los espermaticidas, son drogas que matan a los espermatozoides, vienen en varias presentaciones, cremas u óvulos y espumas. No son considerados métodos muy seguros, son completamente inofensivos respecto a la lactancia. La usuaria debe de colocarlos dentro de la vagina 15 minutos antes de cada relación sexual.

La pareja debe instruirse acerca de las enfermedades de transmisión sexual. "El término general de enfermedad de transmisión sexual se aplica para cualquiera de las enfermedades que se puedan transmitir por contacto sexual. El grupo incluye condiciones que en forma tradicional se especifican como enfermedades venéreas, de Venus o de la diosa del amor como en el caso de la gonorrea, la sífilis, el herpes genital, y otras (Tortora. 1998: 1152). La sífilis puede ser transmitida a los fetos, aunque no siempre. Algunos fetos con sífilis son abortados y si nacen tienen un alto

grado de anormalidad mental y deformaciones físicas. Si la madre con sífilis recibe tratamiento y la enfermedad es combatida durante las 18 semanas del embarazo, el feto tiene posibilidades de no ser contagiado (Bee. 1978: 47).

Todas estas enfermedades pueden ser transmitidas al feto o él niño puede nacer con serias deformaciones debido a no prevenir cualquier contacto sexual, una de las más trágicas es el SIDA. El SIDA es otro flagelo que ha azotado desde hace varios años a este país. La mujer embarazada que es portadora de VIH puede contagiar a su hijo durante el embarazo por medio de la Transmisión Vertical, o transmisión perinatal, que puede ser de tres formas: a) durante el embarazo, b) durante el parto, y c) durante la lactancia materna. Para evitar este tipo de contagio se debe de contar con una serie de exámenes médicos como lo es la prueba de ELISA, la cual es confidencial y por decisión propia.

La población más propensa a padecer ETS son por lo regular trabajadoras sexuales, y en algunos casos existen mujeres que han sido infectadas por sus esposos, los cuales conviven con diferentes parejas. Las mujeres que son infectadas sienten vergüenza para explicar su estado al médico, algunas son descubiertas hasta el momento del parto, razón por la cual se decide en realizar una cesárea, proceso quirúrgico por medio del cual el bebé no es contagiado con esta enfermedad porque no pasa por el cuello vaginal, evitando así todo contacto con la infección.

La emocionalidad de la mujer embarazada es muy importante durante este período. Su afectividad se ve alterada y a veces la mujer gestante cae en estados depresivos debido a que no hay acompañamiento de su pareja en las etapas del embarazo. Algunas de las mujeres que pasan por procesos de aborto padecen algún tipo de violencia intrafamiliar. La mayoría de las adolescentes que presentan embarazos tempranos han sufrido maltrato infantil o han sido abandonados por sus padres durante su infancia. Cuando se habla de violencia intrafamiliar se dice que es cualquier acción, omisión, o conducta, mediante la cual se ocasiona sufrimiento

físico, psicológico sexual o patrimonial, mediante engaño, seducción, amenaza, acoso, coacción o cualquier otra medida en contra de uno o más miembros de su familia (SOSEP. Manual de capacitación sobre violencia intrafamiliar. 1992: 19).

Son acciones que producen intimidación, castigo, y humillación y que mantiene a la otra persona en un papel de estereotipo, le niega su dignidad de persona humana, menoscaba la seguridad de su persona, su autoestima y su personalidad la violencia intrafamiliar o doméstica, ocurre en relaciones donde no existe igualdad, es decir se comete en función de una posición mayor de poder o privilegio en contra de una persona que por sus características individuales o sociales, se encuentra en una posición de subordinación o dependencia que puede ser de adulto a adulto, de adulto a niño, de adulto a anciano, y de niño a niña o viceversa.

Los tipos de violencia pueden ser: Física, que ocurre, cuando una persona que está en una relación de poder con respecto a la otra, le infringe daño no accidental, que puede provocar o no lesiones externas, internas o ambas. El castigo repetido, no severo también se considera violencia física, como golpes en la cara, cabeza, cuerpo con cualquier objeto o con las manos, jalones de pelo, patadas, empujones, mordiscos, arañazos, azotes con cinchos, cuerdas, alambre, u otros objetos, etc. Lanzar platos, u objetos aunque no lleguen directamente al cuerpo de la otra persona, sino que, caigan en la pared o piso.

La violencia psicológica o emocional incluye todas las conductas o acciones que tienen como propósito denigrar, controlar y bloquear la autonomía de otro ser humano por medio de la intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento etc.

La violencia sexual, es todo tipo de conducta sexual en contra de la voluntad de la víctima. Entre estas está contemplado el incesto, por que el niño o niña nunca consciente algún tipo de conducta sexual de parte de un adulto. Los abusos

deshonestos como manoseo, exhibicionismo, pornografía, prostitución, sexo oral, anal o vaginal, sodomía, etc. Son parte del abuso si no está consentido.

Las pacientes se presentan a los servicios con signos de violencia intrafamiliar o maltrato infantil como los son quemaduras, raspaduras, fracturas, daños en el cerebro, problemas ginecológicos, partos prematuros, amenazas de aborto, gastritis, discapacidades permanentes o pasajeras.

Algunas pacientes prefieren no denunciar el acto y se van a sus hogares a seguir con el tipo de vida al cual están acostumbradas; casi siempre existe el mecanismo de identificación con el agresor, porque se observa que estas pacientes llegan a defender a su pareja, llegando a ser capaces de soportar en silencio los golpes, humillaciones y pueden llegar hasta la muerte. Una de las causas de esta violencia es el alcoholismo. Cuando el padre de familia es alcohólico, por lo general arremete contra los demás miembros de la familia, Sin embargo no es verdad que solo los alcohólicos generan violencia, se llegó alguna vez a decir que el alcoholismo era el responsable directo de la mayor parte de los crímenes, en la actualidad existe una tendencia creciente a considerar que tanto el alcoholismo como la criminalidad, son provocados por factores sociales y psicológicos similares (Kolb. 1992: 717)

La problemática social expuesta genera las condiciones de vida del adolescente en el área de Sacatepéquez y son alarmantes, se realizó un estudio para explicar las causas de los embarazos tempranos y los resultados están a la vista. La mayoría de adolescentes viven en niveles de pobreza muy altos. La pobreza es el síndrome situacional en el que se asocia el infraconsumo, la desnutrición, las precarias condiciones de vivienda, bajos niveles educacionales. Esto constituye un elevado grado de mala alimentación y por ende la deserción escolar para sumergirse en el desarrollo productivo de un departamento, aprovechando su productividad como mano de obra barata. La deserción escolar es un indicador de la deficiencia interna del sistema educativo, es más relevante en el nivel primario y secundario que son

los niveles del sistema educativo en los cuales se concentra la mayoría de la población adolescente.

Las adolescentes debido a factores culturales se incorporan a la fuerza laboral familiar, en donde desarrollan actividades como diseño de tejidos, agricultura, ayudan en la crianza de niños menores, y actividades domésticas.

El problema del trabajo infantil no se refiere a toda actividad generadora de ingresos realizada por los niños, sino principalmente aquellas actividades que colocan en gran riesgo su integridad física y su desarrollo integral, uno de los aspectos del desarrollo integral del niño es la educación. Es nocivo para el niño o joven cualquier actividad laboral que impida estudiar y en este punto debe de enfatizarse que según estudios recientes sobre el tema, no es suficiente la educación primaria para garantizar que una persona pueda salir de la situación de pobreza, es necesario por lo menos doce años de educación para que el individuo pueda acceder a mejores oportunidades de empleo y de vida en general (Trabajo Infantil, Concepción y Realidad. 1997).

El uso y abuso de las sustancias adictivas representa un serio problema para las adolescentes del área de Sacatepéquez, tiene repercusiones para la familia, una minoría de adolescentes femeninas tienen una edad promedio del primer consumo de 14 años, las sustancias más consumidas son el alcohol, el tabaco, marihuana e inhalantes.

Las adolescentes que viven en extrema pobreza también están expuestas a violaciones o abuso deshonesto de parte de sus patronos o de sus familiares, entre otros. La violación es un problema relacionado con la seguridad ciudadana, en ocasiones es a niñas menores de 15 años, y algunas veces resulta en embarazos tempranos, que por lo regular ponen de manifiesto cuadros depresivos en la mayoría de las pacientes que padecen este tipo de abuso. De las diversas formas que adopta la violencia contra la niñez y la adolescencia se hace referencia al maltrato, la

prostitución, y la callejización, que afortunadamente en el área de Sacatepéques se observó en una minoría.

El maltrato está definido como el daño físico o mental, el abuso sexual, el trato negligente contra un menor, por parte de la persona responsable directa o indirecta del adolescente, en circunstancias que indican que la salud o su bienestar sufren serias amenazas o daños (PRODEN, informe sobre la situación de los niños, niñas y adolescentes de Guatemala). El fenómeno de la prostitución también afecta a la población adolescente, sobre este problema solo se evidencia en esta área una pequeña cantidad de niñas que han migrado hacia Sacatepequez, y que son niñas que han sufrido violencia intrafamiliar y son víctimas de la callejización que está definida como un proceso de ruptura con el hogar, sustituido éste por la calle, al tiempo que la familia es reemplazada por el grupo de pares o la pandilla, este fenómeno es muy complejo en el que participan diversos factores de orden social y familiar (Anleu y González. 1996: 19). En la mayoría de los casos las jóvenes al sentirse acosadas por los padres, abandonan el hogar en busca de afiliación, buscan una familia que los acepte y la encuentran en una “mara” nombre como se conoce a las pandillas juveniles en Guatemala, definidas como organizaciones voluntarias compuestas por jóvenes nacidos y crecidos primordialmente en la ciudad, que tiene un sentimiento positivo acerca de su participación en un grupo que perciben como democrático. Dentro del cual predominan los de género masculino, son alfabetos porque la mayoría asistió a la escuela, pero son desertores escolares.

La conducta sexual reproductiva de los y las adolescentes es un tópico de reconocida importancia en los embarazos tempranos, en los embarazos no deseados, en abortos y también con relación a las consecuencias sociales, económicas y de salud. Los embarazos tempranos forman parte del patrón cultural de algunas regiones del país y grupos sociales, pero en el área urbana generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común, o que tienen lugar en condiciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así un problema social de la madre

soltera (INE, Guatemala 1999). Muchos de estos embarazos terminan en abortos provocados por personas empíricas y en condiciones sanitarias inadecuadas, porque los servicios médicos son escasos y costosos ya que los abortos son ilegales en Guatemala. Esto pone en riesgo la vida de la madre quien llena de angustia y ansiedad accede a este tipo de situaciones sin analizar las consecuencias que le traerá posteriormente.

La edad en la cual las mujeres comienzan su vida reproductiva constituye uno de los factores demográficos determinantes de la población, pero también determina en gran medida los niveles de mortalidad materna, mortalidad infantil y abortos además de los problemas psicológicos que se presentan luego de llegar al período de la adolescencia, se suman los temores por embarazos tempranos, el abandono de la pareja etc.

A las pacientes adolescentes que padecieron algún tipo de violencia durante la infancia, les es más fácil hablar y relatar sus experiencias que las llevaron a abandonar tempranamente sus hogares, la mayoría, en su afán de buscar la felicidad, encuentran más golpes, abuso, maltrato lo cual se conoce como un patrón de crianza que viene siendo un desglose de la cultura en la cual se desarrollaron y es el legado que sus padres les heredaron. Los patrones de crianza negativos se siguen transmitiendo de generación en generación.

Estos factores psicosociales afectan a una gran cantidad de mujeres en esta área. Las pacientes de pre y post parto del hospital nacional Pedro de Bethancourt, al pasar por todos estos problemas presentan signos de tristeza, dolor, síntomas de angustia, la angustia provoca un estado de tensión que revela la posibilidad de un desastre inminente. Sienten temor, por que la mayoría de mujeres embarazadas, creen que pasará lo peor. Se llenan de ansiedad, queriendo irse a su casa cuando el trabajo de parto no llega y tardan en dar a luz, no desean continuar en el hospital y lloran, se agitan porque los médicos que conocen por el estado en que se encuentran prefieren que se queden internas, también ellos sienten temor de que

puedan dar a luz en su casa, la calle o en otro lugar que puede ser perjudicial para la vida de ellas y del niño. La madre angustiada se siente impotente por no poder arreglar la situación y no colabora con el tratamiento. Es cuando la intervención psicológica es solicitada por los médicos quienes refieren a la paciente para que sea calmada y siga colaborando con el tratamiento.

Las madres de post parto pasan por un período depresivo leve luego del parto, se ponen tristes, cansadas por el ejercicio realizado, y también muestran ansiedad por querer abandonar el hospital. La depresión que padecen las madres se debe a que sienten que pierden algo en el parto, ya no sentir al niño moverse en el vientre y saber que el estará expuesto a situaciones ambientales que quizá no son muy buenas, hace caer a la madre en un nivel elevado de sensibilidad, en el cual cualquier cosa que se le diga le provoca tristeza, y frecuentemente la paciente de post parto puede llorar. Este estado desaparece luego de diez días, en ocasiones puede durar hasta 40 días. Cuando la madre se acostumbra a tener al bebé en sus brazos, abrazarlo y cuidar de él. Según el apoyo que reciba la madre de parte de sus familiares y sobre todo de su esposo, así será el tiempo que dure con el estado de depresión.

Para abordar a las pacientes que presentan angustia, ansiedad o depresión por cualquier situación, ya sea por desconocimiento del proceso del embarazo, post parto, por alguna pérdida, o por estar bajo un tratamiento por enfermedades de transmisión sexual o histerectomías etc., se pueden tomar técnicas de las siguientes terapias:

La terapia existencialista propone técnicas que ayudan a la paciente a vivir el aquí y el ahora, sin ver hacia atrás, solo interesa el presente. Darle un sentido a su vida, tener metas. Se utilizó la logoterapia porque es la implementación práctica del análisis existencial, se apoya principalmente en los recursos del espíritu. Como forma terapéutica la logoterapia es una ayuda para percibir las posibilidades de

sentido que tiene cada situación de la vida, reconociéndolas y actuando. Es una psicoterapia centrada en el sentido.

Teoría Conductual o Comportamental: en este enfoque el objeto de la psicología es el estudio de la conducta observable, por consiguiente tiene que ser una ciencia experimental y objetiva que estudia las relaciones entre estímulos y respuestas (Tortosa. 1998: 483). Con esta técnica se maneja el sistema de hábitos de la paciente.

La psicoterapia de apoyo o soporte es un enfoque que se basa en brindar apoyo al paciente, dándole acompañamiento psicológico a través de la escucha activa. El objetivo de la terapia de apoyo es ayudar al paciente a alcanzar el equilibrio emocional lo más rápido posible. Ayudarlo a controlar sus defensas y mejorar sus mecanismos de control, que la paciente utilice lo menos posible las defensas. Este tipo de psicoterapia se utiliza en la mayoría de los casos debido al corto tiempo que se mantiene interna. Es necesario brindar el soporte necesario para lograr bajar niveles de ansiedad en la paciente y eliminar los síntomas.

Se utilizó la Psicoterapia Breve o de Emergencia, porque es no transferencial, no hay que ocupar un tiempo muy largo realizando regresiones en las pacientes, sino que es elaboradora de predominio cognitivo, con ella se logra una modificación objetal que se opera al permitir experimentar el reemplazo de un información falsa por otra verdadera, creando así una vivencia real.

La terapia Cognitiva tiene técnicas que van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que subyacen a las cogniciones. Es común en esta área que las pacientes manifiesten todo tipo de mitos acerca del embarazo, sus roles, sus hijos, etc. Con esta terapia podemos modificar ideas falsas por verdaderas. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables (Beck. 2001: 13).

La Psicoterapia Gestaltica sirve de base para la técnica de relajación y meditación la cual se aborda con pacientes que mantienen un nivel alto de ansiedad o que presentan preocupación ante el embarazo. La musicoterapia y aromaterapia, son técnicas que inducen a los pacientes a la relajación, se utiliza en estos casos y, cuando se realizan actividades de grupo.

La futura madre y su familia deben de recibir la educación necesaria para culminar esta etapa con éxito. La alegría que trae consigo un nuevo bebé debe de ser compartida con todos los miembros de la familia. Del apoyo que la gestante reciba de los demás dependerá un buen desarrollo posterior del niño.

2.2 OBJETIVOS:

2.2.1 Objetivo General:

Proporcionar atención psicológica integral a pacientes de pre y post parto del área de Gineco-obstetricia.

2.2.2 Objetivos Específicos:

Subprograma de Servicio

- ✓ Brindar psicoterapia a las madres de pre y post parto de Consulta Interna y Externa, para disminuir síntomas de angustia y ansiedad y dar tratamiento a otros problemas emocionales según el caso.
- ✓ Contribuir al buen desarrollo del embarazo, brindando psicoterapia al cónyuge para que apoye a la paciente antes, durante y después del parto.

Subprograma de Docencia

- ✓ Dar orientación a las madres de pre y post parto, acerca de la educación de la salud materna infantil, por medio de charlas y talleres.
- ✓ Brindar charlas sobre el control de la natalidad para espaciar los embarazos para que la paciente no sufra continuo desgaste físico y psicológico.
- ✓ Lograr una actitud positiva y conciente que permita comprender la importancia y los efectos que tiene una adecuada preparación sobre el embarazo para mejorar la calidad de vida de las pacientes de Gineco-Obstetricia.

Subprograma de Investigación

- ✓ Conocer las causas psicosociales de los embarazos tempranos en la población que asiste al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

2.3 Metodología de Abordamiento

El Ejercicio Profesional Supervisado se realizó en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, tuvo una duración de ocho meses a partir de enero a septiembre, y como se estableció de acuerdo al plan de actividades planteado por la Universidad de San Carlos de Guatemala, su ejecución se dividió en tres subprogramas, que

cubrieron las necesidades que se presentaron durante ese tiempo. Los subprogramas fueron:

1. Subprograma de Servicio
2. Subprograma de Docencia
3. Subprograma de Investigación.

Cada uno de los programas tuvo procedimientos y acciones específicas. Para llevar a cabo las actividades se tomaron técnicas de observación, que permitieron establecer las necesidades de la población y jerarquizar problemas. Técnicas participativas, que proporcionaron una relación más o menos horizontal, con las que se pudo animar a las pacientes a expresar dudas y opiniones acerca de la temática. Las técnicas expositivas establecieron una relación vertical con las pacientes, porque la epesista estuvo a cargo de dirigir la exposición. Con ello se aportó conocimiento acerca de situaciones que perjudican la salud de las pacientes. Se utilizaron técnicas narrativas con las cuales se analizaron testimonios. Historias de vida, diálogos, relatos, con las que se conoció la contextualización de las pacientes y diferentes problemas de su vida cotidiana.

Subprograma de Servicio

Fase diagnóstica: Se realizó la visita de reconocimiento para identificar necesidades de la población que fue atendida. Se realizaron entrevistas a personal médico y de enfermería sobre la problemática emergente de las pacientes. Se preparó un subprograma para solucionar los problemas. Para la ejecución del Subprograma de Servicio, se presentó el mismo a las autoridades del hospital, quienes aprobaron de buena manera las actividades propuestas.

Fase promocional: Se realizó la divulgación y presentación del servicio psicológico a la población interna y externa que llega al hospital para acceder a sus servicios.

Fase de atención psicoterapéutica: Se atendieron casos referidos en encamamiento a diario y en consulta externa, un día a la semana, del área de gineco

obstetricia con técnicas de psicoterapia existencial, de apoyo o soporte y psicoterapia breve y de emergencia, para disminuir síntomas de angustia y ansiedad, lo más rápido posible debido al corto tiempo de permanencia de la paciente en el hospital. En algunos casos más graves se dejó cita continua. Se atendieron casos individuales con las mismas técnicas a algunos cónyuges según el caso, para que pudieran brindar apoyo durante el desarrollo del embarazo de la paciente y coadyuvar al manejo de la ansiedad.

Fase de evaluación. Se sistematizó el trabajo abriendo expediente psicológico a pacientes de consulta externa y dejando la evolución en expedientes de pacientes de encamamiento, además se realizaron anotaciones estadísticas que se utilizan para evaluar la producción del departamento de psicología dentro del hospital.

Subprograma de Docencia

Fase Diagnóstica: Este subprograma se realizó con pacientes de encamamiento y de consulta externa, luego de la visita de reconocimiento se identificó la problemática, seguidamente, se elaboró un programa que ayudara a resolver los problemas emocionales de la población que asiste al hospital. Se presentó el subprograma a la Jefatura del Departamento de Gineco-obstetricia, y fue aprobado ofreciendo el apoyo necesario.

Fase promocional: Se divulgó por medio de carteles, trifoliales, aparatos eléctricos sobre las actividades que se realizarían durante los meses de febrero a septiembre.

Fase de docencia: Se brindó a pacientes que se presentaron a control prenatal, Talleres de Educación Materna Infantil. El contenido de las actividades fue de exposición teórica de 10 minutos, meditación/ relajación con musicoterapia y aromaterapia por 20 minutos, y luego se realizaron los ejercicios de respiración, entrelazados con la gimnasia prenatal. Los talleres se realizaron todos los miércoles del mes de mayo a septiembre. En cada taller se dio material escrito conteniendo un resumen de la charla para que las pacientes reatralimenten en su casa sobre los temas.

A pacientes de post parto de la consulta interna o encamamiento se apoyó con charlas sobre Salud Reproductiva que incluyó los temas de autoestima, derechos reproductivos, planificación familiar, pánico y enfermedades de transmisión sexual.

A las pacientes de consulta interna del Departamento de Gineco-obstetricia se les brindó una charla un día a la semana con una duración de 15 minutos con temas que hablaron sobre el desarrollo del embarazo que incluyó la higiene durante el embarazo, lactancia materna, aspectos psicológicos durante el embarazo, autoestima, depresión post parto, manejo de la ansiedad, como reconocer la angustia, ritmo de vida de la embarazada, molestias durante el embarazo. Para el abordamiento de los contenidos se utilizaron técnicas de la metodología expositiva y participativa, la cual tuvo la participación activa de todas las asistentes. Se utilizó material como, trípticos y folletos informativos. Se utilizaron rota folios que ilustraron con detalles los conceptos que se trataron. La motivación, la conceptualización por parte de la epesista y la organización de su trabajo fue lo que permitió que se cumpliera con los objetivos.

Fase de evaluación: Se dio tiempo prudencial de aclaración de dudas, se observó la motivación, la participación de las pacientes, se pidieron opiniones como, lluvia de ideas, se hicieron las anotaciones necesarias en expedientes, diario de campo y hojas de estadísticas que lleva el hospital para conteo de producción. Todo enfocado a valorar los conocimientos que se habían aportado.

Subprograma de Investigación

Fase diagnóstica: Luego del diagnóstico de problemas psicosociales encontrados en el contexto y de la población que asistió al Hospital se determinó el objetivo "conocer las causas psicosociales de los embarazos tempranos en la población que asiste al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

Documentación teórica: Para alcanzar este objetivo se realizó una serie de consultas bibliográficas que explicaran acerca de la etapa de la infancia, adolescencia, problemática social, como violencia intrafamiliar y maltrato infantil, abandono, pobreza, el trabajo infantil, todas, encaminadas a dar una explicación del

porque, una adolescente deserta de su hogar para formar su propia familia a una edad muy temprana. Se tomaron datos de las visitas realizadas durante el programa de servicio en el Hospital. Se realizaron lecturas de documentos que fundamentan el tema y la problemática encontrada y se elaboraron los instrumentos para el trabajo de campo, se tomaron los siguientes porque según los problemas psicosociales que se observaron, una simple encuesta no daría el mismo resultado porque se acorta el deseo de la paciente de expresar todo lo que siente. Se utilizó la observación, (examen mental), historia de vida, y testimonios. Según el tiempo de permanencia de la paciente, A continuación se hace una breve descripción de los instrumentos.

La observación es un instrumento muy utilizado por los psicólogos porque tiene un campo de aplicación amplio, se puede utilizar en cualquier tipo de investigación. Se considera como un registro sistemático, válido y confiable de comportamientos o conducta manifiesta, también como un registro visual de lo que ocurre de una situación real, clasificando y consignando los acontecimientos pertinentes de acuerdo con algún esquema previsto y según el problema que se estudia.

El examen mental es un instrumento que tiene como objetivo realizar una valoración global del paciente y sobre todo conocer si está consciente o no dispone de sus facultades psíquicas para ser entrevistado.

La historia de vida, instrumento de preguntas abiertas, recopila datos acerca de la personalidad del paciente, autoestima, dinámica familiar, aspectos sociales, religiosos y laborales. Este es un documento muy completo con el cual se pudo obtener mucha información cualitativa, pero que debe de realizarse en dos sesiones mínimo, por lo que en algunos casos se dejó de utilizar porque las pacientes no permanecen mucho tiempo hospitalizadas.

El testimonio, es la herramienta que más se apega a los requerimientos. Es un relato histórico de las actividades y un método de producción de conocimiento en la psicología, es un proceso catártico, que una vez logrado implica una fase orientada a la mejoría emocional, psicológica, social y de la persona. Sirve para que la psicología retome el aspecto social del sujeto, para comprender la clase de vida que ha tenido, comprendiendo sus mundos y visión que tiene de este, así como el uso

particular del lenguaje y lo que nos dicen las historias significadas por las palabras en el discurso, insertas en el contexto de la vida como un todo.

Se observó a la población adolescentes que asistió al servicio de Gineco-obstetricia y se identificaron problemáticas que afectan la emocionalidad de ellas. Algunas evidenciaron amenaza de aborto, aborto espontáneo, aborto inducido, y sobre todo que casi a todas las menores de 17 años, se les realizaba cesárea. Por lo cual luego de aplicar el instrumento se brindó tratamiento psicoterapéutico según el caso. Con la comunicación lineal se establecieron niveles de confianza con la paciente, la cual relataba su historia de vida y la problemática psicosocial fue evidente en la mayoría de ellas. Algunas de estas pacientes también se atendieron por presencia de ansiedad, angustia, preocupación por no saber acerca del parto o el proceso post parto, como cuidar al bebé, algunas adolescentes que presentaron amenaza de aborto o aborto, pasaron por un proceso depresivo leve, en el cual fue necesario dar seguimiento al caso y brindar una atención continua.

Fase de evaluación: La muestra se tomó de 50 pacientes a quienes se les tomaron testimonios, cada sesión tuvo una duración de 45 o 60 minutos. Esto permitió conocer las causas más frecuentes sobre los embarazos tempranos. Algunas pacientes se atendieron en consulta externa. Con todas las pacientes se realizaron las debidas anotaciones y a pacientes de consulta externa se les abrió expediente.

Se tabularon los datos para la integración de los resultados y se realizó el análisis. Seguidamente se realizaron las conclusiones y las recomendaciones.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

El presente trabajo de Ejercicio Profesional Supervisado, realizado durante los meses de enero a septiembre titulado “Atención Integral Psicológica a Madres de pre y post parto del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt” desarrolló diversas actividades con el fin de lograr los objetivos planteados en cada uno de los subprogramas.

3.1 Subprograma de Servicio

Luego de realizada la visita de reconocimiento en la población que asiste al hospital, se elaboró el subprograma de acuerdo a los requerimientos del Jefe del Departamento de Gineco-obstetricia, quien solicitó se diseñara un programa que sirviera de base a las futuras epesistas para que no se perdiera tiempo y propuso brindar todo el apoyo necesario, incluyendo espacio físico. Se enfatizó sobre algunos problemas característicos de la población del área de Gineco-obstetricia, como lo es la presentación en la mayoría de pacientes de ansiedad y angustia y ayudar a elevar la autoestima a pacientes que se atendieron quirúrgicamente por histerectomía. También trató el tema de amenaza de aborto y aborto, que se debería atender como problemática emergente porque son muchos los casos que se presentan al año, pero su mayor preocupación lo constituyó la incidencia de adolescentes con embarazos tempranos, porque el número ha ido aumentando año por año.

Durante los meses de enero a septiembre se desarrollaron las siguientes actividades en el área de Gineco-obstetricia o maternidad.

--Se presentó el programa del EPS a las Autoridades del hospital, Jefatura del Departamento de Psicología, y Jefatura del Departamento de Gineco-obstetricia, quienes aceptaron las actividades propuestas en el proyecto y se llevó a cabo la coordinación de las actividades con jefas de enfermería de consulta externa e

interna. Se estableció comunicación con médicos del departamento para solicitar su colaboración en la referencia de pacientes.

Resultados

Se recibió información sobre papelería que se llena en el hospital acerca de los pacientes para llevar la estadística de la producción del Servicio de Psicología. Se acordó la forma de cómo se debe brindar el servicio psicológico. Se asignó un día a la semana para dar atención a Consulta Externa. Se observó motivación y entusiasmo por apoyar las actividades que se realizarían durante el EPS, además se informó a todo el departamento de Gineco-obstetricia sobre las mismas. Se observó el interés y la importancia que se da a la Psicología para coadyuvar al mejoramiento del paciente, porque desde inicio de labores de la epesista, se atendieron referencias de los médicos y personal de enfermería.

Atención Psicoterapéutica a madres de pre y post parto de Consulta Interna y Consulta Externa y al cónyuge

S	Área	Apoyo	Existen	Breve	Cognit	Conduc	Total
F	Co-in	266	60	08	10	2	346
	Co-ex	15	35	15	15	18	98
M	Co-ex	0	10		4	7	21
Total							465

Atención Psicoterapéutica en Consulta Interna

--Se brindó apoyo psicoterapéutico a pacientes de encamamiento de la sala de complicaciones, referidos por médico de turno o enfermería, las pacientes permanecían internas por amenaza de aborto, aborto o malformaciones fetales, como embarazo anembriónico o feto anencefálico, porque al descubrirse esta anomalía, el tratamiento médico consiste en hacer expulsar al feto antes de que el

embarazo llegue a término. En casi todos los casos las madres no aceptaron que su bebé no puede vivir luego del parto. Algunos casos se trataron en privado porque la problemática a veces avergonzaba a la paciente y evitaban hablar. Luego de brindar tratamiento a las pacientes se procedió a anotar la evolución en el expediente clínico. Algunos médicos se acercaron para conocer el estado emocional de las pacientes, el cual fue tratado con mucha seriedad. Se brindaron, 60 psicoterapias existencialista con técnicas de la logoterapia, para que las pacientes encontraran un sentido a su vida y salieran de la etapa de duelo lo más pronto posible. A veces se cambió la técnica que se utilizaba porque fue obvio que en algunos casos no dio el resultado requerido.

Resultado

Se evidenció en pacientes de amenaza de aborto y aborto, que la mayoría de ellas al inicio de su embarazo han tenido rechazo al mismo y en las que sintieron eso, se encontró culpa y episodios depresivos leves con signos de llanto y tristeza. Se observaron signos de estabilidad emocional en las pacientes, luego de recibir la psicoterapia, pequeñas sonrisas, palabras alentadoras, se logró el reconocimiento de su problemática.

Las pacientes con depresión leve por pérdida de su bebé agradecieron el apoyo psicológico, realizando valoraciones. Algunas pacientes respondieron mejor al tratamiento médico. Según manifestaron los médicos.

Se detectó en algunas pacientes por aborto, que presentan ansiedad por tener un bebé que llene el vacío que dejó el aborto. Estas pacientes quieren por todo los medios conseguirlo y hablan sobre la posibilidad de adoptar; pero con las técnicas de la psicoterapia cognitiva se obtuvo inducir a la paciente a esperar la llegada de ese bebé con tranquilidad y utilizando algún método anticonceptivo, porque resulta arriesgado para la paciente resultar embarazada en muy corto tiempo. En casos de aborto inducido o provocado y cuando se trató de menores se formó parte de un equipo multidisciplinario que contó con médico de turno, Enfermera Profesional, Trabajadora Social, Delegado de Derechos humanos y Psicólogo, con lo cual se

logró resolver problemáticas graves y se tomó como última palabra la evaluación y opinión psicológica.

Se observó que las pacientes bajaron niveles de ansiedad luego de ventilar sus problemas. Se fortaleció la autoestima de las pacientes porque algunas sufrían de violencia intrafamiliar y no habían hablado del tema anteriormente, pero gracias al apoyo psicológico y al encuadre que se realizaba, las pacientes se sintieron seguras al contar su problemática, agradeciendo la importancia que le dan los psicólogos a los problemas emocionales. También las pacientes hicieron conciencia acerca de la importancia de la planificación familiar, eliminaron tabúes al hablar de la sexualidad, dejaron el miedo a los anticonceptivos y mostraron positivismo hacia esta forma de planificación. Comprendieron que embarazarse muchas veces, es riesgoso y que la mujer sufre un desgaste continuo con ello.

--Se brindó psicoterapia a pacientes de post parto de Consulta Interna, de las salas de post operadas y las de parto normal. Con ellas se utilizaron técnicas de la Psicoterapia de Apoyo y Conductual para reducir síntomas de ansiedad por querer abandonar el hospital, debido a que en su casa algunas madres dejaron a otros hijos más pequeños. Los médicos muchas veces ven que las pacientes se mantienen preocupadas por obtener su salida inmediata, por tal razón las refieren a Psicología. Algunas pacientes fueron orientadas sobre los cuidados puerperales, como la higiene, la limpieza de los puntos, la alimentación etc. Al realizar la evaluación psicológica se inició con examen mental, entrevista y se dejó la nota en la hoja de evolución acerca de las condiciones de la paciente, y la impresión clínica. Algunas veces, según el caso, se refirió a Consulta Externa. Se brindaron 266 Psicoterapias de Apoyo y dos Conductuales.

Resultados

Con ello se logró reducir la preocupación en las madres multíparas utilizando técnicas de la psicoterapia existencial, se establecieron niveles de confianza y seguridad para que la paciente que presentó problemática familiar ventilara su situación y no siguiera soportando en silencio su sufrimiento. Se evidenció que casi

todas las pacientes pasan por una leve depresión después del parto. Existe una minoría en las que se observó ánimo estable. Las pacientes incrementaron su conocimiento acerca de los cuidados puerperales y los cuidados del niño. Algunas pacientes primigestas, obtuvieron aprendizaje acerca de cómo dar la lactancia materna al niño, esto se realizó de forma individual. Hubo muestras de agradecimiento, de cariño, sonrisas, entusiasmo al finalizar la visita. Se observó que algunas madres pusieron en práctica lo aprendido con respecto a la forma de lactar a su bebé. Una minoría de madres, rechazaron al infante problemática que se resolvió con la ayuda de Trabajo Social.

--Atención Psicológica a pacientes de la Sala de Ginecología. La sala de ginecología alberga a pacientes que se les realizó ablación del útero o histerectomía, algunas pasaron por procesos post operatorios debido a masas en los senos o tumores en el útero. En esta sala fue común encontrar pacientes a quienes se les realizó legrado por aborto, debido a la saturación de pacientes en Sala de Complicaciones. Se brindaron 10 psicoterapias utilizando técnicas de la Psicoterapia Cognitiva de la depresión porque se necesitaba cambiar los esquemas acerca de la pérdida del útero en las pacientes. Por medio del apoyo psicoterapéutico se pretendió la recuperación de la autoestima en las pacientes. También se manejaron técnicas de la Logoterapia para inducir a la paciente a plantearse un proyecto de vida y a darle un sentido a su existencia, por si misma.

Resultados

Las pacientes atendidas, lograron elevar su autoestima, incrementaron su conocimiento e información, mejoraron su situación emocional, mejoraron su apariencia. Se evidenció que todas las pacientes que fueron operadas para extraerles el útero, presentaron duelo por la pérdida de una parte muy importante según expresiones de tristeza. Dieron respuesta en las cuales se observó que tenían una creencia falsa acerca de su estado como de que “la mujer ya no sirve”, también se observó que se sentían con pérdida de su identidad debido al papel que juegan al no poder cumplir con la función de la fertilidad. Se cambiaron falsas

creencias con la Psicoterapia Cognitiva, algunas pacientes presentaron mejor respuesta al tratamiento médico luego de recibir la psicoterapia, se bajaron niveles de ansiedad porque ya contaban con información adecuada para explicar a los cónyuges acerca de la nueva etapa que estaban iniciando.

--Se brindó Atención Psicológica a pacientes adolescentes de embarazos tempranos y Consejería sobre Planificación Familiar. Según observaciones realizadas, el 90% pacientes adolescentes se mostraron ansiosas y angustiadas porque no sabían cómo cuidar de su bebé, cómo lactarlo y que deben hacer cuando se enferme. Al entrevistar a las madres adolescentes se observó que algunas no conocían acerca de cómo planificar su familia y no resultar embarazada continuamente. Los médicos se preocupan porque se oriente a las jóvenes sobre los métodos anticonceptivos, debido a que existe un alto índice de natalidad y es mayor el impacto que se da en madres adolescentes porque al llegar a la edad adulta ya cuentan con tres y hasta cinco hijos. Se dio aprendizaje sobre como lactar al bebé, los ejercicios que estimulan la producción de leche, y la higiene durante el puerperio, se orientó sobre los derechos de la mujer y a cuidar de su salud reproductiva, para evitar la mortalidad materna infantil.

Resultados

Se logró la atención necesaria y se establecieron niveles de confianza lo cual facilitó la ventilación de los problemas emocionales de las pacientes. Esto permitió tomar información acerca de las causas que propician los embarazos tempranos. En algunos casos se tuvo acceso a hablar con los cónyuges de las pacientes y se obtuvo apoyo para continuar con el tratamiento psicológico. Además de manifestaciones positivas acerca de los cuidados que prometieron dar a su pareja. Las pacientes obtuvieron conocimiento sobre cuidados al bebé e información sobre planificación familiar, las pacientes que posteriormente se presentaron a control, y al encontrarse con ellas, manifestaron su agradecimiento porque sus relaciones familiares mejoraron en gran manera. Algunas pacientes fueron vistas en la clínica

de planificación familiar, esto indicó que el apoyo que se brindó en encamamiento dio buen resultado, porque las pacientes decidieron espaciar sus embarazos.

--**Atención Psicoterapéutica a pacientes de Sala de Sepsis**, la cual está habitada por pacientes que reingresan al hospital en su mayoría por carecer de conocimientos sobre higiene post operatoria, presentando infecciones en los puntos y en casos extremos operaciones abiertas con exposición de tejido graso. Algunas pacientes ingresaron por mastitis porque desconocen la forma de preparar sus pezones para lactar a su bebé; el bebé al succionar continuamente le provoca pequeñas heridas a la madre que posteriormente se infectan. Los médicos refieren a estas pacientes porque las ven muy solas, a veces no las visitan sus familiares, y ellas mantienen resistencia al tratamiento porque es doloroso.

Resultados

Las pacientes se sintieron apoyadas y presentaron menos resistencia al tratamiento médico que consistió en curación de las heridas, algunas pacientes pidieron su salida contraindicada porque las curaciones les provocaban mucho dolor, pero, luego de recibir tratamiento psicológico se logró que las pacientes se sintieran positivas y deseosas de quedarse para terminar de sanar. Varias pacientes mostraron optimismo y buen humor, se observó que la visita de sus familiares les llena de entusiasmo. Las pacientes manifestaron preocupación porque sus bebés se quedaban en sus casas con sus familiares y ellas, mantienen el constante deseo de verlos A la hora de la visita, pero esto no es permitido, por medidas profilácticas, al recibir la explicación sobre esto, las pacientes aceptaron esta razón y algunas mostraron agradecimiento por medio de abrazos y palabras que motivaron a la epesista a seguir adelante.

Atención Psicoterapéutica En Consulta Externa a madres de pre y post parto, y al cónyuge.

--Se brindó Atención Psicológica un día a la semana en Consulta Externa a pacientes de pre y post parto. Quienes en su mayoría fueron referidas por diversos problemas uno de ellos, violencia intrafamiliar por problemas de pareja a quienes se les apoyó por medio de psicoterapia de pareja, en la cual se utilizaron técnicas conductuales para cambiar los hábitos de la familia y se le orientó a la formación de valores. Algunas pacientes llegaron con sus cónyuges por problemas sexuales, los cuales no se quedaban, sino que prefirieron dejar a sus esposas en psicoterapia para recibir la orientación. Varias pacientes llegaron referidas por personal de enfermería porque rechazaban su embarazo, algunas desconocían por completo el proceso del embarazo.

Resultados

Se logró que los médicos de otras especialidades realizaran referencias a Psicología. Las pacientes que se atendieron en consulta externa recibieron un tratamiento más largo, con el cual fue posible ayudar en la dinámica familiar porque en algunos casos se brindó psicoterapia de pareja, en la cual se observó que es más efectiva porque al asistir los dos a la psicoterapia, las relaciones conyugales mejoraron. Se observaron cambios en el trato a sus hijos, niveles bajos de agresividad, mejor manejo de emociones. Los pacientes mostraron en varias ocasiones su agradecimiento con obsequios, y con valoraciones hacia la Psicóloga. Algunas pacientes acentuaron su negatividad a continuar con el tratamiento con otra psicóloga por el cierre de actividades, con palabras de agradecimiento refirieron no tener el deseo de expresar sus problemas a otras persona, se vieron lagrimas en los ojos de algunas pacientes de Consulta Externa, quienes fueron referidas a otra Psicóloga para continuar con la atención psicológica.

--Atención Psicológica a los cónyuges de las pacientes durante la visita que realizaron a su pareja, se pudieron captar algunos cónyuges que no querían brindar

apoyo a sus esposas. Algunos continuaron con tratamiento psicoterapéutico en consulta externa, pero fue mínima la afluencia, porque la mayoría de ellos, trabajan y no les dan permiso para faltar. Algunas familias cuentan con cuatro o seis hijos y esto dificulta la visita al hospital.

Resultados

Se logró captar la atención de algunos esposos, que llegaron a visitar a las pacientes, de post parto y de las otras salas. Se atendió el 4% de cónyuges del total de la población que recibió psicoterapia. Algunas pacientes que presentaron violencia intrafamiliar fueron referidas a consulta externa en la cual tuvieron atención de pareja, esto contribuyó a mejorar las relaciones familiares y se manifestaron algunos cambios en la conducta según relataron las pacientes en entrevista individual. Los problemas más comunes que se encontraron fueron de tipo sexual, según testimonios de los cónyuges, las esposas no cuidan de su arreglo personal, descuidan las labores de su casa, y el cuidado de los niños, y presentan bajo interés por las relaciones sexuales. Refirieron además, que constantemente se quejan de dolor de cabeza, y enfermedades de tipo nervioso. El cónyuge que se presentó a consulta psicológica lo hizo siempre deseoso de ayudar a su pareja, y se observó en ellos, motivación y optimismo. La mayoría de los cónyuges llegaron a la comprensión del proceso que pasa la mujer durante el embarazo y les brindaron apoyo emocional antes y después del parto.

3.2 Subprograma de Docencia

Se realizó la presentación del programa general de trabajo a la Jefatura del Departamento de Psicología. Quien designó el espacio físico para realizar la docencia.

Se recibió un horario para dar las charlas en consulta externa y encamamiento, no se pudo dar las charlas sobre Salud Reproductiva en sala de RN (recién nacidos), porque contemplaba el tema planificación familiar que está prohibido en ese espacio, según información recibida por médico del Servicio de Pediatría. Se

expusieron los temas en tres salones que albergan a la mayoría de pacientes de Gineco Obstetricia.

Orientación Docente a madres de pre y post parto de Consulta externa e Interna del Departamento de Gineco-obstetricia

No	Programa	Actividad	Cantidad de Pxs.		
1	Docencia a madres de Control Prenatal Días miércoles	Talleres de Educación Materna Infantil	131 F	0M	131
2	Docencia a madres internas de Post - Parto, día viernes,	Charlas sobre Salud Reproductiva (Planificación Familiar)	545 F	0M	545
3	Docencia sobre Desarrollo del embarazo, día miércoles	Charlas en Co- Ex. Área de Gineco -obstetricia	532 F	96M	628
4	Total		1208 F	96M	1304

--Se brindaron Talleres de Educación Materna Infantil que iniciaron en el mes de mayo y finalizaron el 21 de septiembre, todos los miércoles. Fueron dirigidos a pacientes que se presentaron a control prenatal. En cada taller se impartió una exposición teórica con contenidos sobre el desarrollo del embarazo utilizando gráficas que ilustraron los períodos de la etapa de la gestación para que las pacientes pudieran visualizar el desarrollo del bebé. Se orientó sobre las etapas del parto y los tipos de parto, se proporcionó material de apoyo con el resumen de las exposiciones teóricas. Para continuar con la actividad y conseguir motivación de parte de las pacientes, se procedió a realizar ejercicios de meditación, con esto se pretendió obtener el máximo de relajación utilizando la musicoterapia y aromaterapia, que brindó a la paciente el ambiente agradable para poder visualizar al bebé dentro del vientre, posteriormente; se realizaron los ejercicios de respiración que consistieron en la inhalación, exhalación y retención del aire en cuatro tiempos, brindando aprendizaje a las pacientes de la forma correcta de respirar que no daña a su bebé y cómo se debe de respirar para disminuir los dolores del parto. La

gimnasia prenatal se realizó de forma simultánea con los ejercicios de respiración; principalmente se indujo a la paciente a practicar cinco tipos de ejercicios, que fueron los que no perjudican el estado de las pacientes. Al finalizar los talleres, se entregó un diploma de reconocimiento de participación a las madres que asistieron con regularidad.

Resultados

Se logró la captación de 32 mujeres embarazadas de diferentes trimestres de embarazo; ellas se presentaron con regularidad todas las semanas durante los meses de mayo a septiembre, con la asistencia de 32 pacientes se lograron 131 reconsultas. Al inicio las pacientes se presentaron llenas de dudas que se fueron resolviendo con el paso de los meses. Las pacientes recibieron información sobre el desarrollo de su embarazo cambiaron ciertas actitudes negativas por otras positivas, conocieron acerca de la sexualidad y algunas elevaron su autoestima por el aprendizaje que recibieron, conocieron sobre las necesidades del bebé en desarrollo, dieron muestra de habilidad verbal al intercambiar opiniones con el grupo, hubo expresiones de autorrealización y de eliminación de expectativas negativas. Con la meditación las pacientes lograron relajar los músculos, eliminar la tensión, se concentraron en sentir a su bebé y se realizó la comunicación por medio de los movimientos fetales y las caricias de la madre al vientre.

Las pacientes del último trimestre de embarazo expresaron que se sintieron muy relajadas cuando dieron a luz, no llegaron ansiosas, objetando porqué no las atendían, si no que supieron esperar la última fase del parto realizando los ejercicios de respiración. Se bajaron niveles de ansiedad.

Hubo manifestaciones de agrado, de disfrute, las pacientes siempre tuvieron la sensación de estar en un bello jardín. Algunas pacientes expresaron la sensación del aroma de las flores que imaginaron en sus meditaciones y algunos colores en la luz energética que permanecía con ellos. Los ejercicios les sirvieron para mejorar la circulación de la sangre en las piernas y evitar las molestas varices, los ejercicios respiratorios ayudaron a bajar los umbrales de dolor al momento del parto según testimonio en visita a encamamiento a pacientes que participaron en los talleres y

que dieron a luz durante el EPS. Estas pacientes agradecieron la realización de los talleres en el hospital, porque hay mucha gente que no tiene posibilidades económicas para asistir a otros lugares y enfatizaron que era el único hospital que tenía esas actividades. Las pacientes expresaron que pusieron en práctica la técnica de respiración y sintieron que los dolores disminuían.

El reconocimiento otorgado a las madres por medio del diploma es la prueba objetiva del amor que ellas brindaron a sus bebés desde antes de nacer, porque las pacientes realizaron estas actividades con el único objetivo de que su embarazo se desarrollara de la mejor manera. Algunas madres que sintieron rechazo al embarazo en su inicio, cambiaron de comportamiento durante los talleres porque sintieron el amor y el deseo de cuidar de su bebé gracias a la meditación, musicoterapia y lecturas que se daban en la actividad. Se recibió apoyo de la enfermera profesional encargada del programa de Transmisión Vertical de la Fundación Fernando Iturbide, quien refirió a los talleres de Educación Materna Infantil, a la mayoría de pacientes que llegaron a su programa, con esto se observó la aceptación que tuvo la docencia para todo el personal.

--Se brindaron Charlas en Consulta Interna a madres de Post Parto sobre, Salud Reproductiva, que incluye, enfermedades de transmisión sexual y Planificación Familiar. La Salud Reproductiva es un tema muy importante que al brindarse en los hospitales puede prevenir la mortalidad materna infantil. El chequeo que deben realizarse las mujeres para vigilar que sus órganos reproductivos estén sanos ayuda a evitar el cáncer. También se habló sobre, abuso de drogas, que es muy perjudicial para la salud de la familia, el tabaco y el alcohol dañan la salud de la madre y causan deterioro en las relaciones familiares. Se orientó a madres primigestas sobre cuidados del niño, el puerperio que es muy importante porque implica tener higiene y cuidados después del parto, crianza con cariño, para que las madres no maltraten a sus hijos, se les dio a conocer otras formas de corregir a sus hijos con amor. Se brindó aprendizaje sobre la importancia de la lactancia materna, que consistió en hablar sobre el tema y enseñar ejercicios que estimulan la producción de leche. Las charlas siempre se realizaron en forma dinámica para motivar a las pacientes. Se les

mostró gráficamente el uso adecuado de los métodos anticonceptivos, y se permitió la participación de las pacientes con sus opiniones, y la resolución de dudas.

Resultados

Se logró la atención de 545 pacientes de post parto, primigestas y multíparas. Las pacientes ampliaron su conocimiento e información sobre temas de importancia que les permitió, mejorar la expresión verbal, mejorar las relaciones sociales y familiares, mejorar su situación emocional, se observó interés porque las pacientes hicieron preguntas acerca de dudas sobre los temas que se impartieron. En ocasiones, se logró la participación de los familiares y cónyuge, que realizaron preguntas sobre temas acerca de la sexualidad, algunos esposos indagaron con preguntas acerca de los métodos más efectivos de planificación familiar. Algunas adolescentes enfatizaron en que no les gusta usar anticonceptivos porque son dañinos para la salud, causándoles quistes, según les han advertido sus abuelas. Sin embargo es reconfortante observar que la mayoría de adolescentes aceptan espaciar sus embarazos y dicen no querer “llenarse de hijos”. Los visitantes familiares y las pacientes escucharon con atención las pláticas y mostraron agradecimiento con palabras agregando que pondrían en práctica lo que habían escuchado. Algunas madres manifestaron su agradecimiento de cómo las charlas las tranquilizaba con respecto a algunos temas que ellas consideraban inabundantes, porque anteriormente no se encontraron con alguien que pudiera orientarlos adecuadamente. Se observó que el idioma no significó una barrera para la comunicación, porque hubo pacientes que sirvieron de intérpretes a sus compañeras de etnias mayas, en algunas ocasiones.

Orientación docente a madres que asisten a control prenatal en la Consulta Externa del área de Gineco-obstetricia y a sus cónyuges

--En consulta externa se realizó la promoción de los talleres que se realizarían en el hospital por medio de carteles y trifoliales y utilizando el alta voz. Esta actividad se realizó donando trifoliales que ilustraran los objetivos del subprograma

de docencia, se realizaron carteles para motivar a las pacientes a inscribirse en los talleres de Educación Materna Infantil. Por medio de alta voz, se informaron horarios y días para cada actividad programada. Se acordó con la Jefatura del Departamento de Psicología sobre la temporalidad y el horario de las charlas. Fue importante continuar brindando la docencia en la Consulta Externa porque es un espacio abierto a las Ciencias Psicológicas para difundir la salud mental en la población que asiste al hospital.

Resultados

Se observó la aceptación de las pacientes que se acercaron a pedir cita para los talleres de Educación Materna Infantil, llenas de entusiasmo, con deseos de aprender sobre el desarrollo del embarazo. Cada semana se logró la inscripción de nuevas pacientes. En sus rostros se observó alegría y deseos por aprender, sus expresiones fueron positivas. Las actitudes que mostraron fueron positivas; cuidar más de sus embarazos y de ellas mismas. Los cónyuges ampliaron su información acerca de los cambios fisiológicos de la madre, durante el embarazo, por medio de trifoliales que sirvieron para retroalimentar sobre lo aprendido en la semana anterior.

--Se brindaron charlas a las pacientes de Consulta externa, del área de Gineco-Obstetricia sobre el desarrollo del embarazo. Para mejorar su calidad de vida, los temas que se trataron fueron relacionados con el embarazo, la higiene, importancia de la lactancia materna, autoestima, aspectos psicológicos del embarazo, depresión post parto, manejo de la ansiedad, cómo reconocer la angustia, ritmo de vida de la embarazada, molestias durante el embarazo. Para desarrollar esta actividad se inició en el mes de febrero y finalizó en septiembre, cada mes se les brindó un tema un día a la semana, el cual se repetía cuatro veces porque la mayoría de pacientes asiste a control prenatal mensualmente. Se brindó retroalimentación por medio de trifoliales que se donaban al final de la charla, para que la madre obtuviera información por escrita acerca del tema del mes.

Resultados

En cada charla realizada se observó el interés de las pacientes por los temas. La participación de cada una de ellas fue bastante positiva, colaboraron en las dinámicas, intercambio de opiniones, resolución de dudas y ampliación de conocimientos. Los cónyuges que acompañaron a sus esposas durante el control y escucharon la charla, se mostraron muy agradecidos por los temas que se impartían. Sin embargo fueron muy pocos los esposos que acompañaron a sus esposas al control prenatal. Algunas pacientes se acercaron a pedir cita luego de la charla y se observó la emotividad con la que hablaban cuando expresaron su agradecimiento, pero esto sucedió solo en los primeros meses, porque, luego las personas se sintieron desmotivadas, no ponían atención, estuvieron más preocupadas por sus hijos o leer el periódico en el momento de la charla. Algunas personas continuaron atentas en todo el tema, pero para otros pacientes fue de poco interés.

3.3 Subprograma de Investigación

Este subprograma se trabajó simultáneamente con el subprograma de servicio. Se encontró una incidencia de adolescentes con embarazos tempranos en el Hospital Nacional de Antigua luego de las entrevistas realizadas al personal de enfermería, quienes ven de cerca las necesidades de las pacientes, y las observan más tiempo, porque se relacionan con ellas debido a los turnos que cumplen dentro del hospital. También los datos estadísticos revelaron que la población adolescente con embarazos tempranos, está creciendo, porque cada año se comprueba que la edad fértil de la mujer va en aumento. Se observaron ingresos de niñas de 12 años, que presentaron problemática de aborto y niñas de 14 años que reingresaron por un segundo parto. En Consulta Interna y Externa se atendieron 285 pacientes madres de pre y post parto con psicoterapia, de ellas 128 son adolescentes. Esto demuestra la gravedad de la situación, porque el número casi es igual al de pacientes adultas, atendidas en Psicología, la cantidad de pacientes que se atienden en maternidad es mayor. Se realizó el subprograma con las siguientes actividades.

Se seleccionaron 50 pacientes que cumplieran con los requisitos como la edad, no mayor de 17 años, que presentara embarazo, post parto u otra problemática del

período del embarazo. Como, aborto, o amenaza de aborto; que voluntariamente quisieron relatar sus experiencias para colaborar con la investigación. El 67% de las pacientes son originarias de Sacatepéquez, las demás, de áreas aledañas.

--Realización de lecturas y documentos de libros relacionados con el tema. Se concluyó en la necesidad de prepararse teóricamente para conocer el período de la adolescencia y de la problemática que inicialmente se observó; Además de conocer las diferentes opiniones que presentan algunos teóricos acerca del contexto guatemalteco y como beneficia o perjudica a la población adolescente. Algunas instituciones caracterizan los problemas sociales como la pobreza, el trabajo, la salud la callejización, prostitución, etc., presentados estos en orden de importancia, que afectan a los adolescentes y destruyen su desarrollo; todo esto es la realidad social, pero, se debe agregar que del apoyo familiar depende el futuro de los jóvenes, de la formación de valores a través de la educación y el amor que se le brinde en el hogar.

Resultados

Permitió conocer más acerca de la problemática que se estaba presentado en la población estudiada. Conocer acerca de la adolescencia, con esto se mejoró la comunicación con las pacientes, porque de alguna forma se manejó una relación horizontal, en la cual las pacientes pudieron ser escuchadas, se sintieron importantes, se les dio la razón en algunos casos y otros se trató de explicar y de modificar las falsas conceptualizaciones. Se pudo comprender la actitud de las adolescentes acerca de su situación familiar. La información obtenida por medio de las lecturas ayuda a establecer categorías acerca de todo el proceso que se da en una mala relación familiar hasta llegar a la deserción del hogar que es lo que ocurre con las adolescentes con embarazos tempranos.

Aplicación de instrumentos

--Visita diaria a encamamiento del área de Gineco Obstetricia El Subprograma de investigación trabajado con las pacientes adolescentes que presentaron

embarazos tempranos, se realizó simultáneamente con el Subprograma de Servicio para detectar adolescentes de pre y post parto a las que se les aplicaron los instrumentos para el trabajo de campo. Se realizaron observaciones a todas las pacientes que se tomaron para la muestra para indagar sobre sus síntomas y signos, se sacaron testimonios y se pasó un cuestionario sobre la historia de vida, que es un formato del Centro de Orientación Universitaria, el cual tiene como objetivo obtener un panorama amplio de la vida del sujeto, según la problemática se brindó psicoterapia a las pacientes. Desde el inicio del EPS se visitaron las salas de Encamamiento de Gineco-obstetricia para observar si existían adolescentes que se tomaran para la muestra. Al realizar la entrevista se observaba si presentaba signos o síntomas de depresión, o de algún otro problema y si la persona estaba dispuesta a responder a las preguntas o a dialogar con la epesista. Se tomaron esos datos por medio de un examen mental que se adjuntó a los expedientes de las pacientes.

Resultados

Visitar la sala y saludarlas con optimismo fue el primer paso que se dio para atraer la confianza de las pacientes, para luego, iniciar con evaluaciones a adolescentes que permitieran la indagatoria. El examen mental proporcionó datos de cómo efectúa la actividad diaria la paciente, observando cómo funcionan sus procesos mentales. Realizar la observación dio como principal resultado conocer quienes estaban dispuestas a colaborar con el trabajo de investigación, por ser más accesibles, también porque a veces el idioma significó una barrera, no se pudo hablar con pacientes de etnias que no hablaran nada de castellano. Se observó que algunas pacientes estaban mal económicamente, en otras se encontró mala alimentación, porque su complexión física lucía muy delgada, se notó poco acceso a los servicios de salud, por mala dentadura, poca higiene. El sensorio en todas se encontró normal, con buena memoria, inteligentes, atentas y orientadas, su juicio relativamente bien, porque la madurez psicológica del adolescente a veces no le permite ver las consecuencias de sus actos. Se observó que todas pasaron por una ligera ansiedad dentro del hospital y depresión post parto.

Historias de Vida: De las 50 pacientes se sacaron 20 historias de vida, en la cual se tomaron datos generales que dieron un resultado de 36 % analfabetas, porque sus padres no las pusieron a estudiar, sobre su estado civil, el 64% se unieron a su pareja y solo el 12% son casadas, el 24% son madres solteras. El cuestionario contiene una serie de preguntas abiertas y otra serie de preguntas cerradas, en las preguntas abiertas la paciente tuvo la oportunidad de extenderse y relatar la historia de su vida, los problemas que se presentaron durante su infancia y se encontró que la pobreza es uno de los principales factores que desencadenan la desintegración familiar, el alcoholismo, la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la deserción escolar y del hogar. Se comprobó que el 84% de las pacientes vivieron en extrema pobreza, y que estuvieron obligadas a trabajar y dejar la escuela, algunas ya no estudiaron porque cuidaban de sus hermanos en su casa, la mayoría de ellas se dedicó al trabajo doméstico en casas, otras en maquilas, en la cual la fuerza productiva es desarrollada casi solo por adolescentes y esta forma de interactuar permite a las jóvenes conocer miembros del sexo opuesto que da como resultado el fomento de las relaciones sexuales a temprana edad y como consecuencia un embarazo temprano y una unión de hecho, algunas jóvenes fueron abandonadas como madres solteras y por esto rechazaron su embarazo al inicio, por el temor de qué dirán sus padres, qué les pasará, porque no conocen nada acerca de ser madres.

El 84% de pacientes también manifestó que sus padres las golpearon mucho, algunas al extremo de producirles heridas en la cabeza, porque los objetos utilizados para golpear fueron palos, alambre, y cincho, algunas veces les provocaron heridas contundentes que tuvieron que ser tratadas en hospitales, pero que por el temor a represalias mayores, las niñas no dijeron la verdad al ser entrevistadas. En la mayoría de los casos los maltratadores fueron los papás, quienes padecen de alcoholismo y además de agredir a su cónyuge agraden a los hijos cuando están en estado de ebriedad. Algunas pacientes manifestaron que también las golpearon cuando no realizaban todas las labores de su casa, no les daban alimento y tampoco vestuario. Otras pacientes fueron abandonadas por sus padres quedando bajo la responsabilidad de los abuelos quienes también las agredieron física y

psicológicamente. Otra consecuencia psicosocial que evidenció la muestra es que el 76% no recibió ninguna información sobre la sexualidad, el 22% sólo en la escuela primaria les hablaron un poco acerca del desarrollo de las niñas y únicamente el 2 % tuvo la oportunidad de que sus padres les explicaran algo acerca del tema de la sexualidad. Las pacientes expresaron que a sus padres les parecía indignante que se hablara sobre el sexo, y algunas eran golpeadas cuando pretendían hablar de noviazgo. También se realizaron una serie de preguntas sobre el auto concepto, y se encontró que un 67% de ellas tiene autoestima baja, por el maltrato psicológico que tuvieron durante su infancia y porque existen secuelas que aún no se han podido disipar, que están afectando su vida familiar. Las pacientes lograron hacer catarsis y algunas expresaron sentimientos de cólera e ira en contra de sus progenitores por el maltrato que recibieron.

Testimonios: Durante la observación se estableció el testimonio como instrumento para recolectar información, porque permitió profundizar en aspectos en los cuales es imposible por medio de una simple encuesta de 10 preguntas cerradas. Se realizaron en un mínimo de dos sesiones y se seleccionaron pacientes que permanecieron más tiempo internas. Se registró la vida de la paciente en tres instancias, lo concreto, lo subjetivo, y lo histórico. En el relato se verbalizaron los hechos actuales, y luego se incluyó la historia vital, desde la infancia, para que con ello se integren las experiencias traumáticas con el conjunto de la vida de la paciente. En la segunda sesión, se reconstruyó el nudo traumático o experiencias traumáticas en una verbalización continua. Al comunicarlo y compartirlo se socializó el sufrimiento y se produjo alivio, dando un efecto psicoterapéutico no sólo por la relación que se estableció entre la epesista de Psicología y la paciente sino por el interés y compromiso en establecer la lógica de su vida cotidiana en un enfoque concreto y científico. Se obtuvieron 30 testimonios que permitieron observar de cerca la dinámica familiar en la que interactuó la paciente, durante la infancia e inicios de la adolescencia, etapas muy importantes porque fueron las que antecedieron la etapa actual de las pacientes. Lo concreto se recabó mediante una serie de preguntas para obtener datos generales de las pacientes, obviándose

únicamente el nombre para guardar la confidencialidad de la información recogida. Se pudo constatar que el 40% de ellas son analfabetas, no saben leer ni escribir, como siempre, por los mismos factores, no tuvieron acceso a la educación, porque desde pequeñas ayudaron a sus padres en las ventas, la agricultura o los oficios domésticos, algunas pacientes contaban con cinco o seis hermanos más pequeños que ellas, a los que tuvieron que alimentar y cuidar, porque sus padres trabajaban. Se encontró que la mayoría desde los ocho años, se dedicaron a trabajar como empleadas domésticas, vivieron en casas en las cuales carecían hasta de agua potable y en condiciones de hacinamiento, porque el 80% tuvieron familias extensas. Algunas acompañaron a sus padres a traer leña porque no contaban con estufa de gas. Todo esto se toma como el mundo objetivo e histórico. El mundo subjetivo está cargado de emociones negativas, de sufrimiento, el 85% de las pacientes entrevistadas, relató que guardan un profundo resentimiento en contra de sus padres porque fueron golpeadas, algunas se encontraron muy sensibles por el parto y rompían en llanto, al relatar el pasado; muchas de ellas fueron explotadas en sus casas en las labores domésticas, recibieron maltrato psicológico y carecían de amor, los padres nunca las abrazaron, o mostraron afectividad ante ellas. No tuvieron una celebración de cumpleaños. El 58% de ellas tuvieron padre alcohólico que maltrató psicológica y físicamente a toda su familia por lo que las relaciones en los hogares de las adolescentes estuvieron deterioradas. Un 2% desertó de su hogar para acceder a la callejización y a la inserción en “maras”, consecuentemente a la prostitución. El 29% admitieron haber tenido pensamientos suicidas por la situación que vivieron.

Integración de Resultados

Tomando como base la información anterior se puede deducir que la mayoría de pacientes investigadas padecieron de maltrato infantil, físico y psicológico, y que esta es una determinante para que se produzcan embarazos tempranos porque la persona en busca de la afectividad explora otras alternativas que la conducen a la deserción del hogar para formar su propia familia. La violencia intrafamiliar es otro factor psicosocial que prevaleció como dato importante, provocada esta en su

mayoría por algún miembro alcohólico que afectó la armonía en la familia. La pobreza es una problemática que afectó a la mayoría de adolescentes porque los padres excusándose en esto, explotan a sus hijas a trabajar, obligándolas a asumir una responsabilidad que no les corresponden. Pero la situación que más afectó a las pacientes fue que no contaban con información sobre la sexualidad y las consecuencias de asumir la responsabilidad de la maternidad. Los padres se preocupan en instruir a los hijos sobre valores pero no permiten la educación sexual porque los tabúes sexuales están enraizados en la cultura de la región, Se observó en la mayoría de pacientes que manifestaron los problemas de maltrato infantil, violencia intrafamiliar o pobreza, que al momento de relatar la historia, se llenaron de tristeza y llanto, produciéndose en ese momento la catarsis por la elaboración del nudo traumático. El relato permitió el desahogo, el alivio, con la confesión del hecho.

3.4 Otras actividades

- Participación en festejos y realización de adorno de todas las actividades realizadas por Jefatura de Psicología
- Participación como asistente en Semana de Lactancia Materna
- Participación como asistente en aniversario de Clínica del Adolescente
- Participación como asistente en Psimposium de Psicología en el Hospital
- Participación como asistente en Semana Científica de Cirugía y Traumatología

Resultados

Por medio de la participación en los días de festejos se logró la convivencia con el grupo de EPS y se demostró la unidad y la cohesión, fortalezas muy importantes para conseguir los objetivos propuestos.

La participación en la Semana de la Lactancia Materna realizada en mayo, proporcionó conocimientos sobre aspectos desconocidos que se pudieron enseñar en las actividades del Subprograma de Docencia. Con ello se observó el interés de la epesista de participar en otras actividades que realizan en el hospital y la dedicación de su trabajo.

Con la asistencia en las demás actividades que fueron de ámbito científicas se logró obtener conocimientos sobre problemáticas que afectan a los adolescentes y como se pueden resolver, además de conocimiento científico referente a otras disciplinas en las cuales se puede aplicar la Psicología para el manejo del estado de ánimo del paciente interno en un hospital por cualquier causa orgánica.

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Subprograma de Servicio

El subprograma de servicio fue el primero en ejecutarse debido a la enorme cantidad de problemas emocionales que padecen la mayoría de pacientes en el hospital. La aceptación que se observó desde el principio por las actividades que se realizaban a diario, la petición de citas y otro tipo de manifestaciones fueron indicadores de que todo estaba funcionando bien. El personal médico siempre colaboró en la referencia de pacientes a psicología. Hubo temporadas en que las salas permanecieron saturadas de pacientes, las pacientes llenaron los pasillos, esperando que quedara una cama vacía. Todos los días se realizó la visita para detectar pacientes que necesitaran apoyo psicológico; se encontró que las pacientes referidas presentaron mayores problemas porque se mantenían ansiosas. Lo más frecuente fue la referencia de casos de pacientes ingresadas por amenaza de aborto y aborto. Estas pacientes presentaban signos de tristeza, ansiedad, algunas se observaron deprimidas, cuando se entrevistaban mostraban mucha preocupación por el temor de perder a su bebé. Los médicos siempre tomaron en cuenta la importancia de la psicología, y se recibió información acerca del estado fisiológico de la paciente cuando presentaba mucho rechazo al tratamiento, los médicos manifestaron que a veces las pacientes enferman porque su emocionalidad se encuentra muy golpeada, debido a problemas que tienen en su entorno familiar. Con frecuencia se encontraron pacientes que desde el primer momento de la visita se abrieron en el diálogo con la psicóloga, relatando problemas de pareja, económicos, preocupaciones por sus hijos, esto comprobó que en realidad los médicos realizan un gran trabajo utilizando principios de la psicología médica, en ese ámbito, los médicos ponen en práctica algunos aspectos generales de la Psicología, para tratar algunos signos, o síntomas que observan en las pacientes, en ausencia de la psicóloga. Es importante el trabajo que ejecuta la especialista de Psicología en el Departamento de Gineco-obstetricia, y es prioritario por la afluencia de pacientes,

las salas se mantienen saturadas y siempre es alentador tener a alguien como la psicóloga que brinde apoyo en el momento necesario.

Las enfermeras conocieron el trabajo de la psicóloga muy de cerca, fue reconfortante escuchar palabras de aprobación de parte de ellas, y además de que bastaba con llegar para escuchar las referencias de los pacientes que necesitaban de la ayuda psicológica. Las enfermeras se preocuparon mucho por el estado emocional de las pacientes que pasaban por un legrado, solicitando los servicios de Psicología por la extensión telefónica o por la Planta de Voceo. Las pacientes que pasan por un legrado, se encuentran todas en una etapa de duelo por la pérdida que sufrieron, a veces es inevitable sentirse tocada por el dolor emocional que manifiestan, ver los signos de tristeza en sus rostros, las palabras, casi siempre apoyándose ellas mismas en la espiritualidad que afortunadamente les da la tranquilidad que necesitan y en la cual encuentran un sentido a su existencia. Se manifiesta el valor de las mujer, que ha pesar de su dolor sigue adelante y al frente de su hogar.

Casi siempre la paciente de amenaza de aborto presentaba problemas de pareja, problemas familiares, o problemas económicos. Durante la visita psicológica a las diferentes salas se logró detectar pacientes con problemas emocionales, personas de mirada triste, que no hablaron con nadie, ventilaron sus problemas por medio de la Atención Psicológica. La mujer en la actualidad sigue sufriendo en la mayoría de los casos violación a sus derechos. La violencia intrafamiliar que vive cada día, la deja con lesiones emocionales, como son la disminución de la autoestima, neurosis, tendencia al abuso del alcohol y esto puede terminar con la muerte. Además desarrollan conductas y sentimientos que conspiran contra la solución del problema de la violencia e impide búsqueda de ayuda, por ejemplo: sentimiento de vergüenza, tristeza, y miedo, dificultades para confiar y relacionarse con otras personas y para restablecer relaciones íntimas. Dificultades para autoprotegerse, esto puede sobrevenir en un intento de suicidio, pérdida del sentido de la autoeficacia, se sienten incapaces, responsables de que todo es culpa suya. Posterior a la psicoterapia, las

pacientes tomaron la vergüenza como algo que las impulsó a hablar, dejaron la tristeza, los episodios de llanto que utilizaron con anterioridad como mecanismo de defensa ante las agresiones sufridas, ya no se dieron más, los esposos, aceptaron la nueva situación y algunos aplaudieron que sus esposas pudieran tomar decisiones, y que mostraran su fortaleza. Algunas mujeres que en ocasiones habían intentado suicidarse, comprendieron que la vida es muy importante y que nadie debe quitársela, que son importantes para ellas y para los demás.

El ser humano siempre está necesitando apoyo de alguien y en esos momentos fue importante, colocar una mano sobre la espalda, un apretón de manos, mostrando a la persona que no estaba sola, fue una experiencia trascendental porque el psicólogo juega un papel muy importante en la vida de un paciente.

Las pacientes que presentaron aborto espontáneo tuvieron tratamiento psicológico continuo. En ellas prevaleció la depresión con manifestación de llanto espontáneo, cuando ellas comunicaban sus sentimientos y el suceso, se observaron signos de tristeza, gestos de que las palabras no fluían, sobre todo en primigestas. Se debió de recurrir a un poco de frialdad, porque en ocasiones la empatía resultó ser el punto débil de la psicóloga, porque temió quebrarse ante el sufrimiento que experimentaban las pacientes. No hubo palabras para expresar consuelo ante una pérdida; esto de “Dios sabe lo que hace”, no queda bien; fueron las técnicas de la Logoterapia las que ayudaron a la resolución de estas situaciones. Las pacientes que no aceptaron de inmediato la pérdida tuvieron signos de ansiedad por querer tener un bebé entre sus brazos, porque debido a la estructura biológica en el cual el cuerpo se prepara para dar a luz, es imposible detener al sistema hormonal realizar su función y los senos de las mujeres que pasaron por aborto segregaron leche, esto influye de forma negativa en la paciente porque no olvida y no acepta lo que está pasando. Sucedió algo diferente en pacientes muy mayores, de 40 años en adelante y multíparas, algunas no presentaron tanto dolor por la pérdida, sino que expresaron que iban a realizarse una operación para no tener más hijos, y solicitaban información para la misma. Esto se debió a que en la mayoría de los casos estas

pacientes no utilizaron planificación familiar y tienen de cinco a ocho hijos por lo que otro embarazo representaba más gastos y la economía de los hogares de Sacatepéquez no es buena.

Algunas pacientes al sentirse confiadas y apoyadas, relataban el hecho de haber rechazado su embarazo, algunas por estar en extrema pobreza, otras por sufrir de violencia intrafamiliar de parte del esposo o también porque tenían de cinco a nueve niños a quienes alimentar. Esto provocó en la mayoría de mujeres que tuvieran sentimiento de culpa y que pasaran por un proceso de duelo más largo, querían por todos los medios adoptar un bebé. Surgieron casos en los cuales algunas madres abandonaron a sus bebés en el hospital, algunas veces habían pacientes por aborto al lado de ellas, esto resultaba doloroso para ellas porque, las pacientes que pasaron por aborto deseaban un bebé y la institución no podía entregar un niño, porque se quedaban a cargo del Ministerio Público y resulta difícil que algunas pacientes que quieren adoptar tengan esa posibilidad por la situación económica.

El equipo multidisciplinario, Trabajadora Social, Enfermera, Doctor, Delegado Departamental de Antigua de la Procuraduría de los Derechos Humanos y Psicólogo son los encargados de resolver problemáticas como abuso sexual a menores, violencia intrafamiliar, aborto provocado, abandono de los infantes etc. Entre las dificultades que se observaron dentro del hospital, es que cuando no se trabaja en equipo, no hay coordinación y las pacientes son entrevistadas muchas veces, en ocasiones no quieren contar la problemática porque no todas las personas les inspiran confianza.

Las mujeres que han pasado por un proceso post operatorio de histerectomía tienden a presentar bajo estado de ánimo, depresión por duelo no resuelto debido a la pérdida del útero, las mujeres pierden la autoestima, sienten que son incapaces de continuar con el rol de mujer y que sus esposos las dejarán. La sexualidad juega un papel muy importante en la vida de una mujer; pero en el sentido en que la mujer hace lo que el hombre quiere para mantenerlo contento, tranquilo, y la cultura enseña

ese rol, da al hombre el poder que según las relaciones desiguales, de poder y la socialización moldean el patrón de crianza que la sociedad acepta y reproduce, en el cual, en nuestro caso, está basado en el machismo y el autoritarismo, por las relaciones de poder que se dan en un patriarcado, por esto la mujer se siente disfuncional porque pierde el elemento principal, según ella que la hace ser mujer. Se sienten sin identidad porque ya no pueden cumplir con la función de ser madres. Cuando las pacientes recuperaban la autoestima se observó que comprendían mejor la situación, la importancia que tiene para ellas ser mujer y el gran esfuerzo que esto representa, los signos de tristeza desaparecieron en casi todas las pacientes atendidas. Aprendieron a valorar la vida desde una perspectiva diferente, a través de su propio cuerpo, tocarse y amarse para experimentar los miles de puntos sinápticos que acercan al ser humano a la experiencia de vivir por si misma y no por alguien más.

La edad fértil de la mujer cada año varía, se encontraron niñas de 14 años que estaban dando a luz al segundo bebé. Menores que sufren abuso sexual las cuales se quedan con heridas psicológicas que las acompañaran hasta la vida adulta.

Las pacientes de post parto también fueron referidas a Psicología, la mayoría de ellas presentó depresión leve por estar internas en el hospital y porque el momento del parto es muy difícil, algunas presentaron signos de ansiedad debido a que las glándulas mamarias aún no producían la cantidad de leche suficiente para llenar los requerimientos del bebé que no deja dormir a la madre durante toda la noche, a estas madres se les ayuda a calmar al bebé tomándolo en los brazos y permitiéndole a ella que pueda descansar sola, a la vista de su hijo. Algunas mostraron signos de ansiedad por querer abandonar el hospital, pero hicieron conciencia de la importancia de su hospitalización. Las pacientes primigestas no saben cómo amamantar al bebé y se sienten frustradas al escucharlo llorar, algunas presentan baja autoestima por esta situación. Además porque en algunos casos las jóvenes no asumen su rol de madre, porque las abuelas se hacen cargo de los niños desde su nacimiento. Estas pacientes con el acompañamiento psicológico se prepararon para

atender a su bebé en casa, obtuvieron aprendizaje en dar la lactancia materna al bebé, se mostró la forma en la cual la madre debe amamantar a su hijo, la mayoría de pacientes aprendieron de inmediato, porque el instinto materno se hace presente en todas sus expresiones, según se observó, a otras les fue un poco difícil, pero dieron muestras de poner todo su empeño porque cuidaron de sus bebés siempre.

Las pacientes post operadas de cesárea, sienten temor a que la operación se les abra en el momento de quitar los puntos, temen caminar y se manifiestan muy ansiosas, con expresiones fuertes de dolor. Los ejercicios post operatorios de caminar despacio, hablar poco, respiraciones lentas, son recomendables porque muchas de las pacientes que los realizaron mejoraron su condición porque los dolores disminuyeron en la mayoría de los casos. Recibir información acerca de la higiene que debe de tenerse es muy importante. Las pacientes del área de sepsis reingresan porque se les infectan los puntos, esto es muy doloroso en todos los casos por el proceso de curación que posteriormente se realizan. Las pacientes pasan un tiempo más o menos largo en el hospital y esto las pone ansiosas y con deseos de abandonarlo contraindicadas, por esto las refieren, en la mayoría de los casos, se estabilizan las emociones, y se baja el nivel de ansiedad porque las pacientes tienen con quien hablar, expresar lo que sienten y esto ayudó en la aceptación del tratamiento, porque muchas expresaban que no sintieron tanto dolor las últimas veces de la curación.

Enseñar sobre métodos de planificación familiar es muy importante en el hospital sobre todo para las adolescentes, quienes tienen reingresos por embarazo casi al año siguiente, porque la mayoría de ellas no tiene la educación adecuada debido a que quizá nunca fue a la escuela y en su familia no le brindaron la atención necesaria para educarla sobre la sexualidad. Se logró que las pacientes se inclinaran por algún método anticonceptivo y el mecanismo utilizado es que se refirió a la paciente a clínica 13 quien se encargó de dar consejería acerca de los métodos de planificación familiar y los proporciona de forma gratuita. Algunas pacientes no aceptan la planificación familiar porque creen que les provocará alguna enfermedad

en el útero, otras porque pertenecen a alguna religión que no les permite planificar, en las mujeres mayores se encontró que es el cónyuge quien no las deja tomar anticonceptivos porque significa muestra de infidelidad. Fue sorprendente observar que algunas mujeres no conocen y no han escuchado nada acerca del preservativo, al manipularlo daban muestra de miedo y se tuvo que ampliar la información para desensibilizar a las pacientes sobre este método de planificación, muy importante porque protege de enfermedades como el SIDA.

Los logros se evidenciaron, porque algunas pacientes con baja auto estima se presentaron a reconsulta y manifestaron que se sentían mejor, se observaron cambios en la forma de vestir, la conducta fue más participativa, se observó motivación por continuar con su vida, sobre todo que algunas que eran dependientes, se veían seguras de sí misma

Los logros obtenidos son evidentes, las pacientes se fueron del hospital con una sonrisa en el rostro, con conocimiento e información. Se observó motivación y deseos por cuidar de su bebé. El regreso a su casa ya no fue el mismo, las abuelas podrán aconsejar de buena manera a las pacientes con respecto a los cuidados del bebé, pero las ideas falsas o mitos, por cuestiones culturales ya no están esquematizadas en las áreas cognitivas de las madres que fueron atendidas con psicoterapia, y esto ayudará a que no haya más mortalidad materna infantil. La madre acudirá a centros de salud con más frecuencia en lugar de quedarse a curar a su hijo con remedios caseros. Esto se conoció porque algunas pacientes dieron muestras de su agradecimiento de forma verbal y puntualizaron en el hecho de que cumplirán con el control médico de sus hijos por medio de puestos de salud cercanos.

Los pacientes atendidos en consulta externa fueron muy pocos, debido a que la mujer embarazada solo asiste al hospital una vez al mes, la mujer es el pilar fundamental en la economía del hogar, algunas trabajan en ventas, negocios, otras realizan oficios domésticos, y además cuidan de sus hijos. Los únicos días que

aprovechaban para hablar con la psicóloga fueron cuando llegaron a control de su embarazo; por esta razón se utilizó la psicoterapia de apoyo para tratar de ayudar en el momento según la problemática que presentaron. La problemática que más prevaleció fue la violencia intrafamiliar que como ya se ha explicado, son malas relaciones de poder que se dan por medio del aprendizaje social. Sin embargo se conoce que casi siempre son los hombres los que abusan de su pareja, pero fue común y significativo escuchar que algunos hombres también son víctima de abuso por parte de su esposa. Refirieron que luego de haber sido ellos quienes las golpearon, en la actualidad, ellas los agraden con objetos como palos, cuchillos, hierros etc. A veces les causan pequeñas heridas. Esto, el hombre no es capaz de denunciarlo debido a la posición que ocupa dentro de la sociedad, al machismo y al temor de perder su papel de hombre frente a los demás; existen varias instituciones para defender los derechos de la mujer, pero es significativo que no se conozca alguna que defienda los derechos de los hombres, porque en la realidad estos casos de abuso en contra de los hombres suceden, pero se quedan en silencio debido a que no se les da el interés necesario. Para los niños y las niñas, la figura de los padres es muy importante, se toman como modelos, y si suceden estas situaciones, al niño y a la niña se les está formando dentro de una sociedad cargada de agresividad en la cual, la formación de valores no existe.

Las valoraciones realizadas de los pacientes fueron desde una sonrisa, un abrazo, hasta regalos que realizaron como muestra de agradecimiento, de los cuales fue muy difícil prescindir porque representaría una ofensa hacia los pacientes. Brindar psicoterapia es una tarea humanitaria la cual hay que realizar con entrega, empatía y responsabilidad, conocer las propias limitaciones, saber que por momentos van a darse fracasos, caídas, de las cuales el psicólogo debe de aprender a levantarse y buscar, indagar en donde estuvo el problema para poder dar la atención necesaria a todo el que la solicita.

4.2 Subprograma de Docencia

El contexto sociocultural del departamento de Sacatepéquez es bastante amplio, porque es un lugar en donde se reúnen diversidad de culturas incluyendo personas extranjeras que migran para Antigua. Los pacientes beneficiados con las charlas y los talleres pertenecen a etnias maya y mestizos. Se obtuvo aprendizaje acerca de cuestiones antropológicas, culturales, tradiciones, costumbres, del porqué la gente del altiplano migra hacia este lugar, además de la facilidad con que aprenden el idioma inglés y se dedican al comercio, algunos renuncian a usar el traje típico. Siempre que se tuvo la oportunidad al iniciar las charlas, se realizó algún tipo de comentario extra con las pacientes, con el objetivo de lograr motivarlos.

Antes de iniciar las actividades se presentó el Subprograma de Docencia a la Jefatura del Departamento de Psicología, la cual obstaculizó la realización de los talleres de Educación Materna Infantil y cambió todo el horario que se tenía por otro. Sin embargo siempre se respetaron las disposiciones tomadas de la Jefatura, quien determinó que el grupo de epesistas diera las charlas de todo el año en la consulta externa un día a la semana cada una, y dos charlas por día. En el hospital se acostumbra que un equipo multidisciplinario incluyendo psicólogo realice la charla durante la semana, pero la Jefatura de Psicología no permitió que esto se llevara a cabo en el año, esto representó la realización de otro objetivo que fue el de “mejorar el estilo de vida de las pacientes de consulta externa del área de Gineco Obstetricia” La Jefatura de psicología también designó el espacio de RN (recién nacidos) del segundo Nivel del área de Pediatría para impartir las charlas de encamamiento.

En ese lugar en determinado horario se reúnen las pacientes de post parto para ver un video filme sobre lactancia materna y llevan a medir y a pesar a sus niños. Sin embargo las charlas de psicología no se pudieron realizar porque el tema de Planificación Familiar está prohibido hablarlo en ese lugar, según información recibida por médico del Servicio de Pediatría. Esto puede tener repercusiones tanto negativas como positivas. En primer lugar se privó a varias pacientes de recibir la información porque la charla se realizó solo en tres salones que albergan a solo seis

pacientes cada uno, mientras que a RN acudían casi 25 madres. En lo positivo se observó la importancia que el departamento de pediatría le da a la vida, porque en todas sus expresiones tratan la manera de mejorar las condiciones de vida de los niños. Es bien gratificante encontrar profesionales médicos que manifiesten un gran respeto hacia seres que aún no se han concebido y luchan porque todos los niños reciban lo mejor de las madres.

La Salud Reproductiva está teniendo mucha aceptación en todo el país, por lo cual en este hospital no se podía dejar de hablar de esto. Conociendo la problemática que presenta la mujer que termina un embarazo, inicia otro, sigue con otro y sufre un gran desgaste físico y mental, que llega a neurotizarse, estresarse, y puede caer en períodos depresivos, fue de gran ayuda desensibilizarla ante los métodos de planificación familiar, porque en la mayoría de los casos nunca los han visto, otras si los conocen, pero les temen porque piensan que con ellos pueden enfermar; con los temas de puerperio y lactancia materna, enfermedades de transmisión sexual y planificación familiar, se aclararon dudas a las pacientes y se logró realizar un compromiso con ellas, que tratarían de buscar un puesto de salud para que se les brinde de forma gratuita los métodos anticonceptivos y así no traer hijos no deseados o por accidente como refirieron algunas pacientes.

En consulta interna se observó que existe aún mucha ignorancia sobre la sexualidad, porque algunas pacientes multíparas aún no conocen el preservativo ni su utilización. Se observó que existen madres multíparas de cinco y hasta ocho hijos, pero que rehúsan operarse debido a que en algunos casos el esposo no está de acuerdo porque se tiene el falso concepto de que la promiscuidad en la mujer es una consecuencia de la operación que se realizan para no tener hijos. Los hombres las agraden con insultos cuando ellas les comentan sobre este tema. Con estas charlas obtuvieron refuerzo ante estas situaciones, conocieron acerca de los derechos reproductivos de la mujer porque cada una es dueña de su propio cuerpo. Sin embargo hubo algunas que el miedo no las dejó decidirse.

La Educación Materna Infantil es una gran ayuda para las mujeres embarazadas porque a través de los talleres aprendieron a conocer las distintas etapas del embarazo, por medio de la exposición teórica el programa de Educación Materna Infantil tuvo la aceptación esperada. Este tipo de talleres solo se realiza en sanatorios y se cobra por ellos una cantidad muy grande que las pacientes de este hospital no pueden pagar. Algunas pacientes hablaron de eso y mostraron su agradecimiento hacia la institución, a la universidad y a la psicóloga por preocuparse en llevar estas actividades a personas de muy escasos recursos. Las pacientes se motivaron con los talleres porque tuvieron un momento de esparcimiento, contaron experiencias de su embarazo, hablaron de sus hijos, compartieron sus sentimientos, y algunas veces sus problemas. Algunas pacientes no faltaron a ningún taller y en ellas se observó que conseguían con mayor facilidad la relajación. Al principio las pacientes se quejaron de dolores musculares por los ejercicios que se realizaban pero luego estos dolores fueron desapareciendo con el transcurso de las semanas. Pasaron los meses y fue agradable ver que los vientres crecían, porque hubo pacientes de diferentes trimestres, pacientes que estaban a punto de dar a luz, se tuvo la oportunidad de realizarles visita en las salas de post parto y las expresiones de ellas fueron de que los talleres les habían servido de gran ayuda porque durante el parto, las técnicas de relajación y de respiración fueron efectivas para disminuir el dolor y la ansiedad.

Al finalizar los talleres se entregó un reconocimiento de participación a las madres inscritas para que tengan una prueba de amor hacia sus hijos, porque son madres que dejaron muchas cosas importantes por asistir a los talleres, por aprender a cuidar de su embarazo para que su bebé naciera sano. Con estos talleres las futuras madres aprendieron sobre cambios físicos y fisiológicos de su cuerpo, sobre cómo se desarrolla su bebé y las necesidades posteriores de ambos, se observaron cambios de hábitos, comportamientos y la adquisición de habilidades.

La docencia que se impartió en la consulta externa estuvo dirigida a educar a la población prenatal, acerca de las etapas por las que pasa la gestación y los cuidados que requiere.

Por medio de las charlas de consulta externa se pudo detectar pacientes con problemas emocionales que pedían cita luego de terminada la charla. Se impartieron diversidad de temas, debido a que algunos cónyuges acompañaron a sus esposas fue posible que incrementaran su información y conocimiento acerca del desarrollo del embarazo y los cuidados que las mujeres deberían de tener, conociendo la situación económica que viven la mayoría de pacientes, se les dio alternativas acerca de alimentos más sanos en los cuales se encuentra el hierro que es importante para la salud del bebé y de la madre como quiletos, más conocida como hierba mora, bledos, acelga, espinaca. El arraigado concepto de que la mujer debe de comer por dos, es parcialmente erróneo, pues un aumento excesivo de peso y la acumulación de grasa pueden resultar perjudiciales en el momento del parto. Se orientó a la paciente para que tuviera una dieta rica y equilibrada.

Fue motivador observar cuando se habló acerca de deberes con las esposas, la mayoría de hombres sonreían. Las pacientes se acercaron a expresar que sus relaciones familiares habían mejorado y que sus cónyuges las ayudaban en las tareas del hogar. Algunos jóvenes todavía conservan los principios y los valores que la vida moderna a veces quiere esconder.

Las pacientes participaron realizando preguntas y escucharon con atención los temas que se iban impartiendo. La afluencia de las pacientes en consulta externa del área de maternidad fue poca, pero con ello se consiguió demostrar a la paciente que el embarazo es un estado saludable para la mujer y que trae consigo mucha alegría. La población atendida en la mayoría de las charlas fue femenina aunque se logró atraer la atención de algunos hombres que acompañaron a sus esposas en su control prenatal. Se observó motivación, y entusiasmo por los temas a tratar, se aclararon dudas y algunas pacientes se acercaron para pedir cita a Consulta Externa

porque según manifestaron que las charlas les eran de provecho en sus vidas. Sin embargo, luego de transcurridos varios meses, se pudo observar que hubo indiferencia ante los temas que se trataron, algunos pacientes no pusieron la debida atención y realizaban otras cosas durante el tiempo que duró la exposición. Es necesario que exista un equipo multidisciplinario para realizar estas actividades, y así los pacientes se sientan motivados para atender las charlas, porque habrá diversidad de cosas que se pueden aprender a través de otras disciplinas.

4.3 Subprograma de Investigación

El objetivo de este subprograma fue conocer las causas de los embarazos tempranos. Se realizó sobre la base de la metodología descriptiva utilizando las técnicas de observación y entrevistas abiertas de las cuales se elaboraron testimonios, diálogos e historias de vida. Se realizó de forma individual. Se tomó como eje las causas de los embarazos tempranos que pueden ser de todo tipo, sociales, familiares, religiosas.

Por medio de los instrumentos se pudo obtener varios resultados, las adolescentes atendidas por referencia médica debido a ansiedad o depresión leve, varían entre los trece y dieciocho años, la mayoría de ellas son de religión católica, la problemática psicosocial que prevalece entre ellas es que la mayoría sufrió de algún tipo de maltrato infantil, como, regañones, abandono, negligencia, golpes que van de moretones hasta quebraduras o laceraciones en cualquier parte del cuerpo incluyendo la cabeza, por algún miembro de su familia alcohólico, y por lo regular siempre fue el padre quien proporcionó abusos de todo tipo a los miembros de la familia, se observó que algunas pacientes al hablar de estos problemas, lo hicieron con rencor, lagrimas como expresión de dolor.

La familia guatemalteca en la actualidad está pasando por pérdida de valores, los padres no son capaces de instruir a sus hijos sin utilizar la violencia, porque ellos mismos fueron maltratados por sus padres y este es un patrón de crianza. El ser humano se está desensibilizando ante el dolor que causa a sus propios hijos.

El maltrato infantil está definido como el daño físico o mental, el abuso sexual, el trato negligente contra un menor, por parte de persona responsable, directa o indirecta del adolescente, en circunstancias que indican que la salud o su bienestar mental sufren serias amenazas o daño. El ambiente social y cultural que ha prevalecido en el mundo de los adultos ha propiciado que entre estos exista la tendencia a aplicar algún tipo de violencia en sus relaciones con los niños y las adolescentes. Lo anterior puede asociarse con pobreza, desintegración familiar y otras variables sociales.

La extrema pobreza juega un papel muy importante en los problemas familiares, combinación de extrema pobreza, sobre todo en las ciudades urbanas con el maltrato infantil, conduce, en numerosos casos, a que los niños abandonen, paulatinamente o súbitamente la familia, conduciendo a los niños y adolescentes a un proceso de callejización.

Cuando una joven se siente acosada en su casa, maltratada humillada, explotada, se pone en riesgo su vida. Algunas niñas desertan de este ambiente hostil y se van a la calle. La callejización, según el informe sobre la situación de los derechos de los niños, niñas y adolescentes de Guatemala está definida como un proceso de ruptura con el hogar, sustituido éste por la calle, al tiempo que la familia es reemplazada por el grupo de pares o pandilla. En las pandillas las adolescentes encuentran una familia, que las protegen de agresiones de otras pandillas, la necesidad de afiliación es inherente al ser humano. Si el hijo o hija no tiene formas de convivencia en su familia, se va, y busca el cariño, el afecto en otros grupos. Este fenómeno es muy complejo en el que participan diversos factores de orden social y familiar, en dónde las niñas pueden acceder a la prostitución, drogadicción o delincuencia, algunas jóvenes entrevistadas pasaron por este problema ahora están viviendo el de ser madres solteras porque su pareja no se responsabilizó de ellas.

Otra causa de maltrato es la explotación infantil por medio del trabajo, muchas adolescentes desde niñas trabajaron, algunas no fueron inscritas por sus padres a la escuela, las pusieron a trabajar desde los ocho años, en labores agrícolas o domésticas, o bien, cuidando a sus demás hermanitos, todo esto por la extrema pobreza en que se desarrolla la familia. Las familias extendidas son hogares habitados por varias generaciones, en las cuales las condiciones de hacinamiento no permiten crear hábitos adaptados al medio social, porque los niños son testigos de actos sexuales que no son explicados por ningún adulto y que pueden provocar tergiversaciones acerca de la sexualidad.

Según lo observado en los instrumentos las niñas y adolescentes que no tienen acceso a la educación y que no saben nada acerca de la sexualidad son más propensas a pasar por un embarazo temprano. Uno de los aspectos del desarrollo integral del niño es la educación, es nocivo para el niño o joven cualquier actividad laboral que impida estudiar, y se debe de enfatizar que según estudios recientes, no es suficiente la educación primaria para garantizar que una persona pueda salir de la situación de pobreza, es necesario por lo menos doce años de educación para que el individuo pueda acceder a mejores oportunidades de empleo y de vida en general. Cuando a las niñas se les enseña a obtener dinero por medio del trabajo, resulta difícil que vuelvan a la escuela, porque se acostumbran a ganar por lo que hacen, estas niñas trabajadoras llegan a la adolescencia con roles que no les pertenecen, porque a cortas edades ya ayudan al sostenimiento del hogar y para ellas es normal casarse, o resultar embarazada siendo una adolescente, porque así le pasó a su mamá, a sus tías, esto también puede ser cultural.

A las niñas que se les niega el acceso a la educación se les niega el acceso de conocer, de saber acerca de su evolución como ser humano. La mayoría de niñas no recibieron educación sexual, no hubo instrucción de los padres sobre el sexo, los cuidados que se deben de tener. Esto no solo sucede en las familias que carecen de recursos para mandar a sus hijos a estudiar. A veces son los tabúes sexuales que se tienen. Según comentarios realizados con epesistas de otros programas, en el

área de Sacatepéquez existen lugares en los cuales se prohíbe la educación sexual a los alumnos. Sin embargo cuando se tiene un grupo social las niñas aprenden de cualquier forma y algunas aprenden experimentando.

La familia es la primera en socializar a la niña, y le enseña roles, los roles de mamá, que la niña aprende con devoción, pero no le enseñan a que edad se debe de ser mamá, que significa ser mamá, que consecuencias trae ser una niña-mamá. Se entrevistaron adolescentes con embarazos que no tenían idea de cómo nace un niño.

Se encontraron otros indicadores como el abandono, la negligencia, familias desintegradas en la cuales llega a tomar el papel de padre el padrastro. En los testimonios obtenidos se evidenció que por lo regular cuando la familia se integra de esta manera, la madre abandona su rol de madre y se dedica a atender a su esposo. La madre psicológicamente separa los hijos de su primer matrimonio y su nueva familia, excluyendo de su protección a los mayores y dejando que hagan lo que ellos quieran. No existe preocupación por las tareas escolares, por las amigas o amigos que frecuentan los hijos y las hijas, el horario de entrada. No hay supervisión. En otros casos las hijas son las encargadas de sus hermanos más pequeños, tienen la responsabilidad de darle la comida y de cuidarlos en todo momento porque la madre y el padre trabajan, todo el día y tienen que hacerlo porque los salarios de la clase trabajadora son miserables, si la madre no trabaja, no se ajusta el presupuesto de gastos básicos en el hogar.

En otros casos la sobreprotección jugó un papel muy importante como causa de embarazos tempranos, cuando los padres no permiten a sus hijas que tengan un novio, las jóvenes buscan lugares alejados en los cuales se exponen al riesgo de sufrir una violación, no solo del novio, sino, de algún delincuente. Posteriormente tienen el riesgo de convertirse en madres solteras. La sobreprotección es característico más en las madres, es una psicopatología en la cual las madres manejan tanta ansiedad que son capaces de provocar daños a sus hijos, y luego los

protegen tanto para compensar la ambivalencia de sentimientos hacia ellos. Esto es muy grave porque los hijos se confunden y niegan los maltratos para defender a sus padres porque en ocasiones se muestran perfectos, amorosos, cariñosos, detallistas, halagadores y en otras son rudos, golpeadores, manipuladores y ofensivos

Realizar esta investigación fue muy importante tanto para la institución como para la familia de Sacatepequez, porque son muchas las adolescentes que llegan al hospital embarazadas y cada vez son más pequeñas de edad. Aclaró muchas dudas acerca de cual debe de ser el comportamiento de los padres para evitar una situación como esta. Es fundamental que la familia enseñe valores a los niños desde que son pequeños y tratarlos con el amor que cada ser humano es capaz de dar.

4.4 Análisis de Contexto

La elaboración del proyecto que se llevó a cabo durante el Ejercicio Profesional Supervisado requirió de responsabilidad, motivación, dedicación y vocación por servir a las personas que se encuentran pasando por problemas emocionales.

Sacatepequez está habitado por personas de muy escasos recursos económicos y otros que si tienen las posibilidades para vivir cómodamente. Su clima templado favorece a los lugareños porque la tierra es fértil y se producen todo tipo de legumbre. El turismo ha beneficiado económicamente las comunidades de Sacatepéquez. Pero también ha causado que personas originarias, se muden de estos lugares porque han vendido sus propiedades a extranjeros que gustan de los municipios. La mayoría de personas que solicitan los servicios del hospital son personas que pertenecen a la clase social baja y muchos otros a la clase social media. Algunos de las más altas estratificaciones también acceden a este hospital, porque este hospital atiende a todas las personas sin importar el nivel social, además de que hay atención en diferentes especialidades médicas y cuenta con el servicio

psicológico del Departamento de Psicología y el apoyo que brinda Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Al iniciar la Ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado, se contó con la motivación, los deseos, la responsabilidad que se llegó a obtener luego de una disciplinada vida estudiantil y una buena formación teórica-práctica. Para realizar los subprogramas hubo apoyo de parte de todo el personal médico y de enfermería de Gineco-obstetricia y de las más altas autoridades de la institución. Se tuvo oportunidad de compartir opiniones con profesionales de otras disciplinas, con instituciones legales y de defensa de Derechos Humanos. Se conocieron aspectos ideológicos y políticos de algunos profesionales. Entre las debilidades de la institución está que no existe espacio físico apropiado para la atención psicoterapéutica. Las epesistas siempre estuvieron en condiciones de hacinamiento debido a la falta de clínicas. El departamento de psicología no alcanza a cubrir los programas que se desarrollan en el Ejercicio Profesional supervisado. La labor del Psicólogo es ardua, porque el tiempo de consulta no puede estimarse en diez, 15 o 20 minutos, a veces es de 40 minutos o una hora, y la jornada de labor es de únicamente cuatro horas.

Uno de los medios que posibilitó el éxito en este trabajo fue la implementación teórica-metodológica brindada por el supervisor de la Universidad de San Carlos de Guatemala a cargo del área de Sacatepéquez. Siempre apoyó y colaboró en la resolución de problemáticas que se dieron durante la realización del E.P.S. fortaleciendo la cohesión grupal y motivando a las epesistas a continuar con el trabajo

Para la realización de las diferentes actividades también se dieron amenazas que se tomaron como obstáculos porque en algunos momentos no se pudo continuar con lo establecido. De parte de la Jefatura de Psicología se cambiaron horarios, hubo prohibiciones en ejecutar los subprogramas que venían proyectados para cierto tiempo. Prohibiciones en realizar la visita domiciliaria, que es muy importante, porque

no hubo credibilidad del profesionalismo de las epesistas de Psicología. Se crearon conflictos a nivel de Jefatura y epesistas, porque hubo intimidación, actitudes de humillación que hicieron tambalear el papel del epesista en algunos momentos. Estos problemas se tuvieron que resolver a nivel de dirección. Se observó que a pesar de que el servicio de EPS de Psicología atiende al mayor número de pacientes, y que es gratuito porque no se devenga remuneración económica, no cuenta con el apoyo necesario cuando se dan este tipo de situaciones. A pesar de los obstáculos, el deber se cumplió hasta el final, siendo muy gratificante porque la actitud que se mostró por parte de las epesistas fue muy madura, adecuada, porque en ningún momento dejó de dar la consulta, además dio como resultado fortalecer la unión de grupo, el liderazgo, que se tomaran decisiones para defender los derechos inherentes a cada ser humano.

El cambio de Jefatura del Departamento de Psicología, dado por razones laborales benefició a las epesistas, porque se trabajaron con libertad los subprogramas y permitió que se cumplieran los objetivos. Se ha visto un creciente interés en acceder al Servicio Psicológico por toda la población, se brindó atención a personal que labora en el hospital porque ellos observan que los tratamientos dan resultado, y que se llevan con el profesionalismo esperado.

Los mitos se han roto, los psicólogos no atienden “locos” como suelen expresarse personas que no conocen nada acerca de la Psicología. El campo está abierto para continuar con la gran vocación de servicio que tienen la mayoría de epesistas de Psicología, es necesario que se continúe con el trabajo que otros epesistas realizaron y seguir rompiendo barreras, para que la Ciencia Psicológica se desarrolle en Guatemala a través de investigaciones, y programas que se deben de dar a conocer para que no se pierdan aportaciones que están dirigidas a nuestras comunidades y no ha países desarrollados que casi siempre sobrepasan los límites de la norma en nuestro país.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.

5.1.1. Conclusiones Generales

1. El Ejercicio Profesional Supervisado cumplió con los objetivos planteados, porque permitió brindar atención psicológica a madres de pre y post parto del área de Gineco Obstetricia, que presentaron mejor respuesta al tratamiento médico y reducción de síntomas de ansiedad y angustia.
2. El Ejercicio Profesional Supervisado permitió contrastar los conocimientos adquiridos en la formación académica de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con las problemáticas encontradas y con la realidad, lo cual es totalmente diferente.
3. Se benefició a las Ciencias Psicológicas, por medio de los subprogramas realizados porque se ampliaron conocimientos sobre problemáticas psicosociales que afecta a las madres de pre y post parto y como orientar a la solución.
4. Realizar el Ejercicio Profesional Supervisado en el Departamento de Gineco-obstetricia fue una experiencia gratificante, porque se tuvo la oportunidad de atender a mujeres que la sociedad margina debido a la cultura y el nivel socioeconomico bajo.

5.1.2. Subprograma de Servicio

1. La atención psicoterapéutica que se brinda a las pacientes de pre y post parto, mejora su salud emocional, reduciendo síntomas de angustia y ansiedad y ayudó en la prevención de trastornos emocionales posteriores.

2. La fluencia de pacientes a consulta externa es muy poca y se debe a que las madres tienen responsabilidades familiares y laborales que cumplir, lo que no les permite buscar atención psicológica, o continuar con tratamientos psicológicos que les ayude en la orientación del desarrollo de su embarazo.
3. Por medio de testimonios se constató que la mayoría de pacientes que pasan por amenaza de aborto y aborto presentan sentimientos de culpabilidad por embarazo no deseado, por medio de psicoterapia existencial, se logró restablecer el equilibrio emocional de la paciente
4. Según observaciones y entrevistas realizadas, la violencia intrafamiliar es un factor psicosocial que afecta a la mayoría de pacientes atendidas en Gineco-obstetricia, se asocia a depresiones leves y baja autoestima en las pacientes.
5. La mayoría de médicos de turno se interesan por el estado emocional de las pacientes y dedican momentos en brindar apoyo a las pacientes internas, de esta forma se pueden compartir opiniones con otros profesionales y mejorar el estado emocional y fisiológico de las pacientes y que les sea más grata la estadía en el hospital.

5.1.3. Subprograma de Docencia

1. Las charlas de Consulta Externa contribuyen a orientar acerca de cambios de actitudes, mejorar el estilo de vida y prevenir la mortalidad materna infantil, además es un medio de promocionar el servicio psicológico, porque la mayoría de pacientes se captan por el interés hacia algunos temas.
2. Las charlas que se brindaron en Consulta Interna sobre Salud Reproductiva son importantes porque motivan a las pacientes a acceder a algún método anticonceptivo que las ayude a espaciar sus embarazos.

3. Los talleres de Educación Materna Infantil permitieron a las mujeres manejar la ansiedad, sentirse realizadas con su embarazo, optimizaron las relaciones madre hijo, y ampliaron los conocimientos acerca del desarrollo del embarazo.

5.1.4. Subprograma de Investigación

1. Según la información recabada por medio de testimonios, historias de vida y diálogos la violencia en contra de uno o varios miembros de familia provocan la desintegración familiar, deserción escolar, la deserción del hogar, la callejización, la prostitución y es causa frecuente de embarazos tempranos y de madres solteras.
2. La mayoría de adolescentes embarazadas, sufrió maltrato infantil durante su infancia lo cual se establece como causa fundamental en los embarazos tempranos.
3. Según datos obtenidos, casi todas las adolescentes con embarazos tempranos no tuvieron información sobre la sexualidad por parte de sus padres. Esto se determina como causa fundamental.
4. Conductas represivas y otras permisivas extremas de parte de los padres hacia las hijas, son causa determinante de los embarazos tempranos.
5. Los dos entornos que afectan la vida del adolescente son el entorno familiar y el entorno social. La familia como instancia socializadora sufre pérdida de valores y el social brinda los distractores que motivan a los adolescentes a huir de la realidad.
6. Según observación y testimonios, la edad en que las mujeres comienzan su vida reproductiva constituye uno de los factores determinantes de la fecundidad de la población, y determina en gran medida los niveles de mortalidad materna,

mortalidad infantil y abortos. En Sacatepéquez la edad de fecundidad que más predominó fue 16 y 17 años.

5.2 Recomendaciones

5.2.1. Recomendaciones Generales

1. Continuar brindando la atención psicológica con el mismo interés, trato agradable, y vocación de servir a las pacientes que asisten al hospital Nacional Pedro de Bethancourt y que solicitan el servicio psicológico.
2. Que exista buena formación académica de los estudiantes de la escuela de Ciencias psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, para que al llegar a realizar el Ejercicio Profesional Supervisado, lo hagan con profesionalismo y esmero y puedan orientar la reflexión sobre los problemas psicosociales.
3. No dejar que los canales de comunicación se dispersen y solicitar siempre el apoyo de la Jefatura del Departamento de Gineco-obstetricia en la realización de los subprogramas para que tengan una amplia cobertura y se logren los objetivos propuestos.
4. Que se realice un buen diagnóstico para que se creen objetivos que vayan de acuerdo con las necesidades encontradas, y no se tenga que cambiar propuestas durante el tiempo de ejecución.

5.2.2. Subprograma de Servicio

1. No descuidar las pacientes referidas porque son las que presentan síntomas y signos que se deben de atender con urgencia aunque esté fuera del horario de consulta.

2. Continuar brindando asesoría por medio de trifoliales que contengan información acerca del desarrollo del embarazo y hacer énfasis en la importancia de la atención psicológica para lograr un óptimo resultado en la vida familiar.
3. Realizar visitas domiciliarias para reconocer la dinámica familiar de las pacientes e insertarse en la población y conocer de cerca el contexto, para comprender las vivencias testimoniadas y orientar a la reflexión de los problemas.
4. Se debe de capacitar al personal médico y de enfermería sobre diversos aspectos psicológicos para que sus aportaciones sean más certeras, y sirvan de apoyo en el tratamiento psicológico de las pacientes.

5.2.3. Subprograma de Docencia

1. Se debe de coordinar con un equipo multidisciplinario para dar las charlas en la consulta externa, para que las personas se motiven y reciban aprendizaje sobre diversos tópicos de importancia además de los psicológicos.
2. Es muy importante que los futuros especialistas del Departamento de Gineco-obstetricia incluyan dentro de su programa continuar dando las charlas sobre Salud Reproductiva, porque la retroalimentación sobre este tema evita la sobre población, la mortalidad materna infantil y problemáticas psicosociales.
3. Que los talleres de Educación Materna Infantil continúen brindándose porque se observó motivación y empeño por asistir además del beneficio que representan para el manejo de la ansiedad y la disminución del dolor durante el parto.

5.2.4. Subprograma de Investigación

1. Que se incluya en la docencia visitar escuelas, institutos básicos y diversificados, para dar charlas dirigidas a padres de familia sobre educación sexual, que instruyan a los padres a motivar los diálogos con sus hijas, crear un ambiente de confianza y prevenir las consecuencias de conductas sexuales irresponsables.

2. Que el hospital cree un programa con un equipo multidisciplinario para orientar a las madres que asisten a Consulta Interna o Consulta Externa, poner énfasis en el maltrato infantil y evidenciarlo como causa fundamental de los embarazos tempranos
3. Brindar psicoterapia a madres adolescentes y primigestas y poner énfasis en asesoría sobre Planificación Familiar para evitar embarazos no deseados, reingresos por abortos, mortalidad infantil y que las jóvenes puedan espaciar sus embarazos.
4. Es necesario orientar a las madres adolescentes a que busquen mejores alternativas para mejorar su calidad de vida y la de su hijo o hija, a continuar con sus estudios sin descuidar la responsabilidad de ser madres para que tengan una vida digna y productiva.
5. Continuar con los casos de las adolescentes que reingresen al hospital y que fueron víctimas de maltrato infantil, para evitar continuar con los patrones de crianza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bee, Helen.
EL DESARROLLO DEL NIÑO,
Editorial HARLA, México 1978, pp. 359
2. **CIE 10 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO,**
OMS, 1992 pp. 424
3. **EL PEQUEÑO LAROUSSE ILUSTRADO.**
Segunda edición, Editorial Larousse, Colombia 1997.
4. **Encuesta Nacional de Salud Materna Infantil 1998 – 99**
Instituto Nacional de Estadística, Guatemala 1999
5. Kolb, Lawrence, C.
PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA,
6ª. Edición, Editorial ediciones científicas, México 1992 pp. 1016
6. Papalia, Diane, E., et. al.
PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO,
Séptima edición, Editorial MCGRAW HILL, México 1999, Pp. 671
7. Santiesteban, Alicia.
EDUCACIÓN PARA EL HOGAR,
segundo curso, Editorial Económica, México 1995 Pp 93
8. SOSEP,
MANUAL DE CAPACITACIÓN SOBRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR pp 85

9. Tortora, Gerard, J. Et. al.

PRINCIPIOS DE ANATOMIA Y FISIOLOGIA,

Edit. HARLA, México 1998. Pp 1205

GLOSARIO

1. Aborto espontáneo

Es la terminación del embarazo antes de que el feto sea viable, antes de que hayan pasado unas 25 semanas desde la concepción y por causas accidentales se da el suceso.

2. Ambivalencia

Propiedad que consiste en presentar dos aspectos contradictorios o distintos. Relación con un objeto en la que el sujeto experimenta simultáneamente sentimientos contradictorios, principalmente, amor y odio.

3. Anembrionario

Embarazos que se presentan sin embrión, se atribuyen como molas o masas dentro del útero.

4. Anencefálico

Ausencia de Cerebro

5. Blastocisto

Ovulo fecundado en la etapa germinal

6. Callejización

Proceso de ruptura con el hogar, sustituido éste por la calle, al tiempo que la familia es reemplazada por el grupo de pares o la pandilla

7. Cesárea

Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto por incisión de la pared abdominal y del útero cuando el parto resulta imposible por vía natural.

8. Diada

Unión de dos principios que se completan recíprocamente.

9. Diu

T de cobre, dispositivo intrauterino de larga duración, que permite espaciar los embarazos.

10. Embolia

Obstrucción de un vaso sanguíneo por un coágulo o un cuerpo extraño transportado por la sangre hasta el lugar donde el calibre es insuficiente para permitir su paso.

11. Embrión

Organismo en vías de desarrollo, a partir del huevo fecundado hasta la realización de una forma capaz de vida, autónoma y activa. En el hombre, se llama feto al embrión de más de tres meses.

12. Espermatozoide

Célula sexual masculina, formada habitualmente por una cabeza, ocupada por el núcleo haploide, y un flagelo que asegura su desplazamiento.

13. Expectación

Espera, generalmente curiosa o tensa, de un acontecimiento que interesa o importa. Contemplación de lo que se muestra o expone en público.

14. Feto

Producto de la concepción que no ha llegado todavía a término, pero que ya tiene la forma de la especie.

15. Germinal

Algo que ha empezado a desarrollarse.

16. Gestación

Proceso del desarrollo del embrión de las hembras vivíparas para su concepción hasta el parto. En la mujer es el embarazo.

17. Histerectomía

Ablación del útero. Sacar el útero.

18. Identificación

Acción o efecto de identificar o identificarse. Proceso psíquico por medio del cual el sujeto se asimila a otra persona o a un objeto afectivo.

19. Laxo

Flojo que no tiene la tensión que debería tener naturalmente. Tener los músculos laxos.

20. Menarquía

Inicio de la menstruación

21. Multíparas

Que ha dado a luz varios hijos.

22. Obstetricia

Rama de la medicina que se especializa en la gestación, parto y puerperio.

23. Ovulo

Célula femenina destinada a ser fecundada. Pequeño órgano contenido en el ovario.

24. Primigesta

También se denomina primípara. Hembra que pare una sola vez o por primera vez

25. Pseudosiniesis

Embarazo psicológico

26. Psicología

Estudio científico del comportamiento y de los procesos mentales.

26. Puerperio

Período transcurrido desde el momento del parto, hasta que los órganos genitales, sus funciones y el estado general de la mujer vuelven a su estado ordinario anterior al parto.

27. Saco amniótico

Bolsa uterina que protege al feto por medio del líquido contenido en ella.

28. Útero

Órgano de la gestación en la mujer y en las hembras de los mamíferos.

29. Vasectomía

Operación quirúrgica que se realiza en los hombres, como manera de prevenir embarazos no deseados.

ANEXOS

TESTIMONIO

Fecha _____ Expediente _____ Nombre (iniciales) _____
Domicilio _____ Teléfono _____
Escolaridad _____ Religión _____ Estado civil _____
Dx. Médico _____ ¿ con quién vive? _____
Dx. Psicológico _____ Psicoterapia _____

Relato

“ _____

_____”

Hoja de análisis cualitativo de los mundos de la vida

Mundo objetivo (hechos)	Mundo subjetivo (pensar y sentir)	Mundo social (lo histórico)

Nudo traumático

Psicóloga

CUESTIONARIO SOBRE LA HISTORIA DE VIDA

Llenando este formulario de la forma más detallada y precisa que pueda, contribuirá a facilitar su tratamiento psicoterapéutico. Puede contestar estas preguntas por su cuenta, pero si necesita ayuda, se le brindará en cualquier momento. **Ninguna persona fuera del terapeuta podrá ver su informe sin su autorización.**

1. Datos generales:

Nombre _____ Dirección _____
No. de teléfono _____ Edad _____ Ocupación _____ Escolaridad _____
Grado escolar _____ Profesión _____ Estado civil _____ Religión _____

2. Datos clínicos:

Expresar con sus propias palabras sus problemas _____
Historia y desarrollo de los problemas _____
Cual es la gravedad de los mismos _____

3. Datos personales:

Fecha de Nac. _____ Lugar de Nac. _____
Casa propia _____ tipo de vivienda _____
Condición de la madre durante el embarazo _____
Problemas que se dieron durante la infancia _____
Cinco temores principales _____

4. Información sexual:

Actitud de sus padres respecto al sexo _____
Como adquirió los primeros conocimientos sobre el sexo _____
Cuando tomó conciencia de sus propios impulsos sexuales _____
Sentimientos de culpabilidad por actitudes sexuales _____
Detalles sobre su primera experiencia sexual _____

5. Menstruación:

Edad del primer período _____ estaba informada _____ es regular _____
Le afecta el estado de ánimo _____

6. Matrimonio:

Tiempo que tiene de estar casada _____ tiempo de noviazgo _____ edad de su esposo _____ ocupación _____
Describir tres cualidades y tres defectos de su esposo _____

7. Datos familiares:

Padre vive? _____ en caso negativo, ¿qué edad tenía usted cuando murió? _____
Si vive, ocupación _____ Estado de salud _____
Madre vive? _____ en caso negativo, ¿qué edad tenía usted cuando murió? _____
Si vive, ocupación _____ estado de salud _____
Cantidad de hermanos _____ edades _____ número de hermanas _____

Relación con sus hermanos _____ pasada y presente _____
Describir tres cualidades y tres defectos de su padre _____

Describir tres cualidades y tres defectos de su madre _____

De que forma la castigaban sus padres cuando era pequeña _____

Que tipo de atmósfera reinaba en su hogar _____

Podía confiar en sus padres _____

Si tubo padrastro o madrastra, que edad tenía usted cuando se unió o se caso nuevamente su progenitor _____ si no fue criada por sus padres, ¿quién la crió? _____

8 Otros datos:

Algún miembro de su familia sufre de alcoholismo _____ ¿quién? _____ drogadicción _____

Epilepsia _____ ¿quién? _____ Trastorno mental _____

Enumere las situaciones que la hacen sentir ansiosa _____

Enumere las situaciones que la hacen sentir relajada _____

9. Realice una auto descripción:

Como se siente _____

Como se ve _____

Que piensa de usted _____

Como le gustaría ser _____

De una imagen de usted misma _____

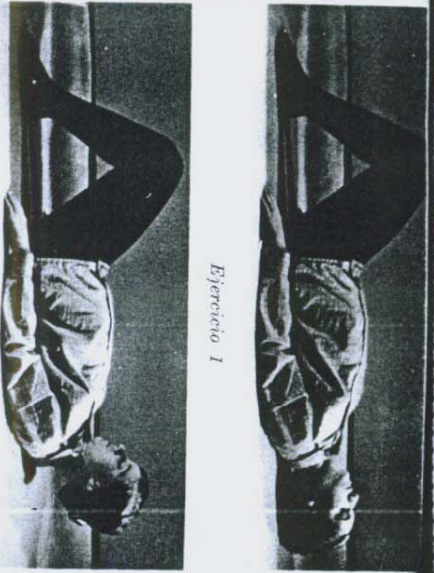
De su cónyuge _____

De su mejor amiga _____

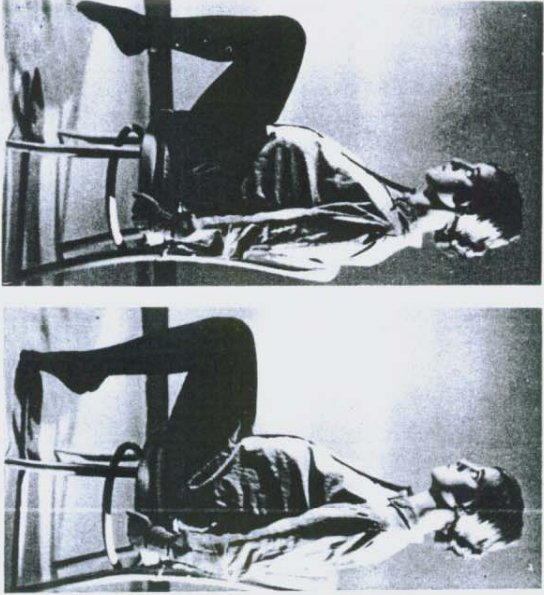
De alguien que no la quiere _____

Agregar cualquier información no solicitada en el cuestionario que pueda ayudar al terapeuta a comprenderlo y apoyarlo.

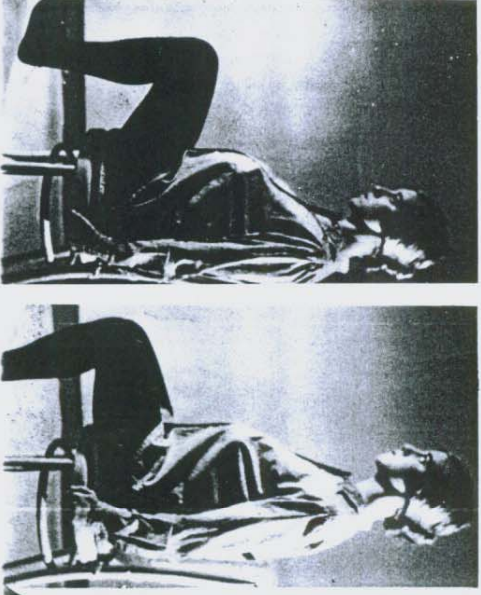
Psicóloga



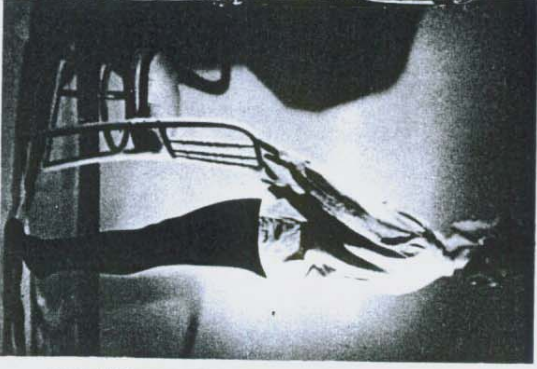
Ejercicio 1



Ejercicio 2



Ejercicio 3



Ejercicio 4



Ejercicio 5



SUBPROGRAMA DE SERVICIO



SUBPROGRAMA DE DOCENCIA
Educación Materna Infantil



SUBPROGRAMA DE DOCENCIA
Consulta Externa



SUBPROGRAMA DE DOCENCIA



OTRAS ACTIVIDADES

