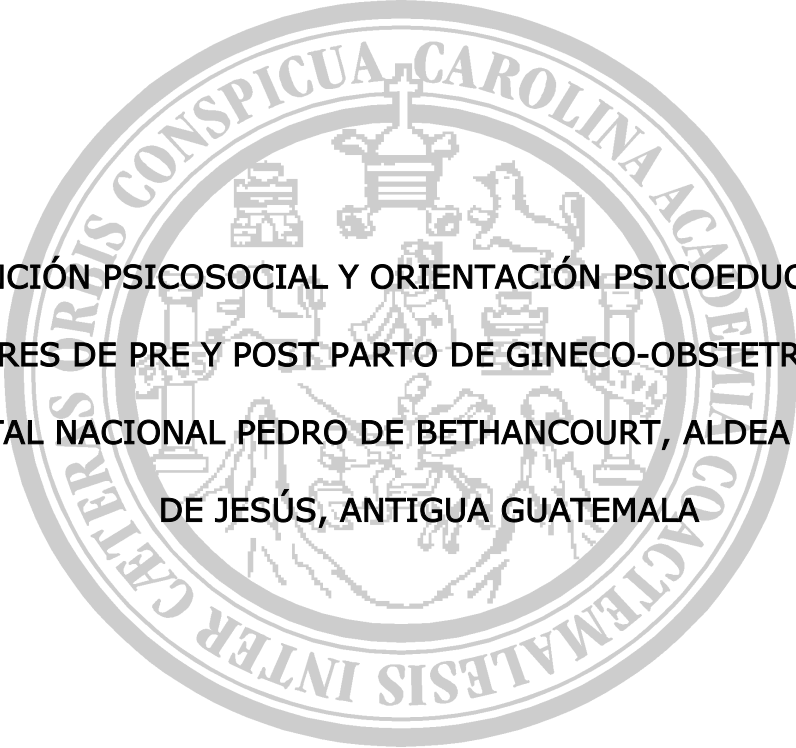


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA A  
MADRES DE PRE Y POST PARTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE  
DE JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA

CYNTHIA GABRIELA ARCHILA TOLEDO

GUATEMALA, JUNIO DE 2007

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA A MADRES  
DE PRE Y POST PARTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS,  
ANTIGUA GUATEMALA



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

POR

CYNTHIA GABRIELA ARCHILA TOLEDO

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE  
PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

GUATEMALA, JUNIO DE 2007

**MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO**

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín  
**DIRECTORA**

Licenciado Helvin Velásquez Ramos; M.A.  
**SECRETARIO**

Doctor René Vladimir López Ramírez  
Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo  
**REPRESENTANTES DE CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS**

Licenciada Loris Pérez Singer  
**REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES  
EGRESADOS**

Brenda Julissa Chamám Pacay  
Edgard Ramiro Arroyave Sagastume  
**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES  
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico  
EPS  
Archivo  
REG.682-2006  
CODIPs. 806-2007

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

11 de junio de 2007

**Estudiante**

**Cynthia Gabriela Archila Toledo**  
**Escuela de Ciencias Psicológicas**  
**Edificio**

**Estudiante:**

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO SEXTO (16o.) del Acta VEINTIOCHO GUIÓN DOS MIL SIETE (28-2007) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 08 de junio de 2007, que copiado literalmente dice:

**"DÉCIMO SEXTO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA A MADRES DE PRE Y POST PARTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA"** de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:


**CYNTHIA GABRIELA ARCHILA TOLEDO**

**CARNÉ No.200113694**

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por el Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera y revisado por la Licenciada Sonia del Carmen Molina Ortíz 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"**

  
Licenciado Helvin Velásquez Ramos; M.A.  
**SECRETARIO**



c.c.r.



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"

TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14

e-mail: usapsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas  
Recepción e Información  
CUM/USAC



Firma: Gul hora: 11:20 Registro: 682-06

EPS 054-2007  
Reg. 682-2006

06 de junio de 2007

Señores  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Señores:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Cynthia Gabriela Archila Toledo**, carné No. **2001-13694**, titulado:

**"ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA A MADRES DE PRE Y POST PARTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA"**

De la carrera: Licenciatura en Psicología

Asimismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo de la Licenciada Sonia del Carmen Molina Ortiz, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Claudia Rossana Rivera Maldonado  
COORDINADORA DE EPS



/Gladys  
c.c. Control Académico  
EPS



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

EPS 054-2007  
Reg. 682-2006

06 de junio de 2007

Licenciada  
Claudia Rossana Rivera Maldonado  
Coordinadora del EPS  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
CUM

Licenciada Rivera:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Cynthia Gabriela Archila Toledo**, carné No. **2001-13694**, titulado:

**"ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA A MADRES DE PRE Y POST PARTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA"**

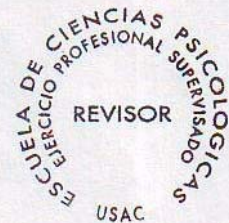
De la carrera: Licenciatura en Psicología

Asimismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este Departamento, por lo que me permito dar la respectiva **APROBACIÓN**.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Licenciada Sonia de Carmen Molina Ortiz  
Revisora



/Gladys  
c.c. EPS



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

EPS 054-2007  
Reg. 682-2006

06 de junio de 2007

Licenciada  
Claudia Rossana Rivera Maldonado  
Coordinadora del EPS  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
CUM

Señores:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado –EPS- de **Cynthia Gabriela Archila Toledo** carné No. **2001-13694** titulado:

**“ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA A MADRES DE PRE Y POST PARTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA”**

De la carrera: Licenciatura en Psicología

En tal sentido, y dado que cumple con los lineamientos establecidos por este Departamento, me permito dar mi **APROBACIÓN** para concluir con el trámite respectivo.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera  
Asesor-Supervisor



/Gladys  
c.c. EPS



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico  
EPS  
Archivo  
Reg. 682-2006  
CODIPs. 917-2006

De Aprobación de Proyecto EPS

06 de junio de 2006

**Estudiante**

Cynthia Gabriela Archila Toledo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

**Estudiante:**

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO QUINTO (15º) del Acta VEINTISEIS GUIÓN DOS MIL SEIS (26-2006) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 26 de mayo de 2006, que literalmente dice:

**"DÉCIMO QUINTO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: "ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA A MADRES DE PRE Y POST PARTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA", de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**CYNTHIA GABRIELA ARCHILA TOLEDO**

**CARNÉ No. 2001-13694**

Dicho proyecto se realizará en Sacatepéquez, ubicándose a la Doctora Cynthia Akú como la persona que ejercerá funciones de supervisión por la parte requiriente y al Licenciado Josué Samayoa 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 Blanca Leonor Peralta Yanes  
SECRETARIA

/Gladys





**Tu Salud**  
es nuestro compromiso



HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT



Ministerio de Salud Pública

Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala,  
06 de Octubre, 2006

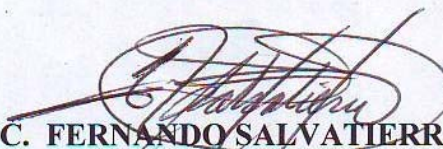
LICENCIADA:  
**CLAUDIA RIVERA**  
COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO  
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO E.P.S.  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS CUM-  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Licenciada Rivera:

Tengo el agrado de informarle que la estudiante **CYNTHIA GABRIELA ARCHILA TOLEDO** carné 200113694 realizó satisfactoriamente su Ejercicio Profesional Supervisado en este Hospital, en las fechas correspondientes del 06 de febrero al 06 de octubre del año 2006, tiempo durante el cual ejecutó el proyecto denominado **“ATENCION PSICOSOCIAL Y ORIENTACION PSICOEDUCATIVA A MADRES DE PRE Y POSTPARTO DE GINECO-OBSTETRICA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE DE JESUS ANTIGUA GUATEMALA.**

Sin otro particular me suscribo, atentamente,



  
**LIC. FERNANDO SALVATIERRA G.**  
Jefe Depto. De Salud Mental  
Hospital Nacional de Antigua

C.c. archivo

## **PADRINOS DE GRADUACIÓN**

**Lic. Leonidas Benedicto Toledo Barrios**  
**Psicólogo**  
**N. de Colegiado 10719**

**Dra. Verónica Mesías de Ríos**  
**Médico y Cirujano**  
**N. de Colegiado 6991**

## **ACTO QUE DEDICO**

### **A Dios**

Por ser fuente de toda sabiduría, por haberme brindado la vida y la oportunidad de llegar a este momento importante en mi vida.

### **A mi Madre**

Elsa H. Toledo V. de Archila, por su amor incondicional, apoyo y dedicación. Querida mamá le agradezco por todos sus esfuerzos y sacrificios; y este triunfo es gracias a usted.

### **A mi Hermano y hermanas**

Josué Roberto, Xiomara y Melisa  
Por su cariño y apoyo incondicional.

### **En memoria**

A mi papá Oscar Roberto Archila Fuentes  
Desde donde está éste triunfo sea un presente para usted.

### **A mi Tío y Asesor de EPS**

Lic. Leonidas Benedicto Toledo Barrios  
Por su apoyo incondicional y enseñanza que me brindó durante todo este tiempo. Gracias.

### **A mi Familia**

Por su apoyo y cariño en todo momento.

### **A mis amigas de EPS**

Por su amistad y por los gratos e inolvidables momentos compartidos.

### **A Alguien en especial**

Por su apoyo incondicional durante mi carrera. Gracias.

### **A Usted**

De manera muy especial.

## **AGRADECIMIENTOS**

**La Universidad de San Carlos de Guatemala  
(USAC)**

**Escuela de Ciencias Psicológicas**

**Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado (EPS)**

**Lic. Josué Samayoa**

**Licda. Sonia Molina Ortiz**

**Hospital Nacional Pedro de Bethancourt  
Antigua Guatemala**

**Departamento de Psicología del Hospital Nacional  
Pedro de Bethancourt**

**Por el apoyo y colaboración en el desarrollo del  
Ejercicio Profesional Supervisado (EPS)**

## ÍNDICE

	<b>No. Pág</b>
Resumen .....	1 - 2
Introducción.....	3- 5
CAPITULO I .....	6
Antecedentes .....	6
1.1 Monografía del lugar .....	6- 17
1.2 Descripción de la institución .....	18- 22
1.3 Descripción de la población atendida .....	23- 24
1.4 Planteamiento del Problema .....	25 - 27
CAPITULO II .....	28
2.1 Abordamiento Teórico Metodológico .....	28 - 56
2.2 Objetivos .....	57
2.2.1 Objetivo General .....	57
2.2.2 Objetivos por Subprogramas .....	57 - 58
2.2.3 Metodología de Abordamiento .....	58- 72
CAPITULO III .....	73
Presentación de Actividades y Resultados .....	73
3.1 Subprograma de Servicio .....	73- 77
3.2 Subprograma de Docencia .....	77 - 92
3.3 Subprograma de Investigación .....	93 - 97
3.4 Otras Actividades .....	97- 100
CAPITULO IV .....	101
Análisis y Discusión de Resultados .....	101

4.1 Subprograma de Servicio .....	101- 106
4.2 Subsprograma de Docencia .....	106- 115
4.3 Subprograma de Investigación .....	115- 122
4.4 Análisis de Contexto .....	122- 123
CAPITULO V .....	124
Conclusiones y Recomendaciones .....	124
5.1 Conclusiones .....	124
5.1.1 Conclusión General .....	124
5.1.2 Subprograma de Servicio .....	125
5.1.3 Subprograma de Docencia .....	125- 126
5.1.4 Subprograma de Investigación .....	126
5.2 Recomendaciones .....	126
5.2.1 Recomendación General .....	126- 127
5.2.2 Subprogama de Servicio .....	127- 128
5.2.3. Subprograma de Docencia .....	128
5.2.4 Subprograma de Investigación .....	128
Bibliografía .....	129- 131
Glosario .....	132- 134
Anexos	

## RESUMEN

La presente experiencia del Ejercicio Profesional Supervisado EPS, se realizó en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Departamento de Sacatepéquez, en un período de ocho meses; fue creado con el fin de brindar Atención Psicosocial y Orientación Psicoeducativa a madres de pre y post parto de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala.

El Ejercicio Profesional Supervisado se dividió para su ejecución en los subprogramas de: Servicio, Docencia e Investigación. El presente trabajo se estructuró en las siguientes fases, Servicio: divulgación, selección, evaluación diagnóstica, atención y evaluación; Docencia: incorporación, organización, abordamiento y evaluación, e Investigación: planeación, inmersión a la problemática, planificación, ejecución y evaluación de resultados.

Los objetivos y actividades de cada subprograma que se dirigieron a madres de pre y post parto, los cuáles se describen a continuación:

### **Subprograma de Servicio:**

Básicamente este subprograma, tuvo como objetivos: Brindar atención psicológica y orientación psicoterapéutica a madres de pre y post parto de consulta externa e interna del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt .

Uno de los logros obtenidos de este subprograma, fue la aceptación de la atención psicológica y orientación psicoterapéutica a madres de pre y post de consulta externa e interna del Departamento de Gineco-Obstetricia

del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt. Otro de los logros fue el mejoramiento de su salud mental y el enriquecimiento de su conocimiento.

### **Subprograma de Docencia:**

Este subprograma abarcó como objetivos: Fomentar el aprendizaje de gimnasia aeróbica (técnicas corporales de relajación) y estimulación prenatal a madres de pre-parto de consulta externa, a través de charlas; Promover el conocimiento psicológico sobre educación sexual a madres embarazadas de consulta externa, a través de charlas participativas y Desarrollar el aprendizaje en madres de post-parto de consulta interna sobre cuidados materno infantil, a través de charlas participativas.

A través de gimnasia aeróbica y charlas participativas se logró fomentar el aprendizaje en la estimulación prenatal de madres de pre parto de consulta externa, se elevó el conocimiento psicológico sobre educación sexual y se desarrolló el aprendizaje sobre cuidados materno infantil a las mismas.

### **Subprograma de Investigación:**

En este subprograma se investigó la problemática de la Identificación de los factores socioculturales que influyen en las mujeres de post parto, comprendidas entre las edades de 21 a 45 años, que han procreado de tres a cinco hijos que asisten al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

Con la aplicación de la entrevista estructurada a la población meta, se identificaron los factores socioculturales que influyen en dicha problemática: influencia de la familia y otras personas ajenas a la misma, falta de educación, las creencias, la religión y la actitud machista.



## INTRODUCCIÓN

Al Gobierno de la República le compete como uno de sus principales objetivos reducir la mortalidad materno-infantil, por esta razón ha implementado por medio del Ministerio de Salud Pública programas de Salud Reproductiva; para el efecto, y de acuerdo con la Ley de Desarrollo Social vigente desde 2001, impulsa una campaña para informar sobre la importancia de espaciar los embarazos como mínimo tres años; además de prestar y ampliar los servicios de planificación familiar, que incluyen consejería sobre los métodos anticonceptivos, tanto naturales como artificiales. Con el mismo fin se fortalecen los programas de atención prenatal del parto limpio y seguro, y de evitar embarazos en edades muy tempranas o tardías; así como la promoción de la paternidad responsable.

La capacitación del personal de salud se ha incrementado con el fin de brindar atención pre-natal, parto, post-parto, asistencia al recién nacido(a) y emergencias obstétricas. Entre otras acciones tomadas: Implementación de Centros de Atención de 24 horas; Centros Materno-Infantil Integrales, Regionales y Casas Maternas; Talleres regionales de planificación de los nuevos centros y Habilitación al año 2008 de cuarenta Centros de Atención Integral.

Otro rubro del fortalecimiento de la Salud Reproductiva, del Ministerio de Salud ha sido el de incrementar la formación de comadronas; ya que de acuerdo a datos estadísticos del año 2005 se capacitaron 3380 comadronas y su número se triplicará en 2006, ellas fomentarán el parto limpio y seguro, y la utilización de los métodos de planificación familiar.

Como parte de ese engranaje mayor, le corresponde a la Universidad de San Carlos de Guatemala, rectora de la Educación Superior y única

universidad estatal; el deber ético de desarrollar programas que se orienten a la solución de los problemas, necesidades nacionales, y el compromiso de sus profesionales de aportar y proponer cambios de conciencia ciudadana, de la realidad guatemalteca; así como también el de propiciar y promover proyectos de investigación en beneficio de la humanidad, y el de colaborar en el estudio, análisis y solución de la problemática nacional.

Dentro de las principales necesidades psicosociales que se observaron en la población meta, se identificaron las siguientes: Precaria situación económica, falta de educación sexual, desintegración familiar, desinformación sobre planificación familiar, patrones de crianza inadecuados, falta de educación pre y post natal, falta de conocimientos sobre el cuidado prenatal, falta de conocimientos sobre lactancia materna y cuidado del neonato, falta de formación de agentes multiplicadores de pautas y métodos de educación sexual y de planificación familiar a padres de familia. Con el objetivo de contribuir para mejorar las condiciones psicosociales de las madres de pre y post parto, a partir de un proceso psicoeducativo, que les permitió una vida más digna.

De acuerdo a lo anterior y como parte del servicio comunitario del Ejercicio Profesional Supervisado EPS, este trabajo se desarrolló en la Aldea San Felipe de Jesús, Departamento de Sacatepéquez, Guatemala; específicamente con madres de pre y post parto de consulta externa e interna, que asistieron al Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, en el período comprendido de febrero de 2006 a octubre de 2006.

Por medio de la planificación y desarrollo de los subprogramas de: Servicio, Docencia e Investigación, se desarrollarán los siguientes

objetivos, prestar atención y orientación psicológica; fomentar el aprendizaje de gimnasia aeróbica y estimulación; promover el conocimiento psicológico sobre educación sexual y aprendizaje sobre cuidados materno infantil, a través de charlas participativas a madres de pre y post parto de consulta interna y externa. Y el de identificar los factores socioculturales que influyen para procrear de tres a cinco hijos en mujeres de post parto, comprendidas entre las edades de 21 a 45 años.

El presente trabajo se somete a la consideración del lector para que obtenga una visión de la problemática que se presentó en la población y en especial a cualquier persona que se interese en el tema, con el objeto de que el mismo constituya una fuente secundaria de investigación y punto de referencia para estudios posteriores.

# CAPÍTULO I

## ANTECEDENTES

### 1.1. MONOGRAFÍA DEL LUGAR:

En la región Central de la ciudad de Guatemala, se encuentra el departamento de Sacatepéquez, su nombre proviene de dos dicciones de la lengua del país de los pipiles: **Sacat**, que significa hierba y **Tepet**, que significa cerro, o sea, **"CERRO DE HIERBA"**; su cabecera departamental Antigua Guatemala, fue creada por decreto de Asamblea Constituyente el 4 de Noviembre de 1825, considerada en el tiempo de la colonia, Capital del Reino de Guatemala, conocida como Santiago de los Caballeros de Guatemala.

Conforme se desprende de documentos que existen en el convento de Capuchinas de Antigua Guatemala, consta que por acuerdo gubernativo del 23 de agosto de 1935 suprimió el municipio San Felipe de Jesús y lo anexó como aldea a Antigua Guatemala.

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 y comunicada por carretera asfaltada.

San Felipe de Jesús, nació en México, el 1 de mayo de 1572, hijo de padres españoles, que se establecieron en la Nueva España; algunos meses anteriores San Felipe de Jesús se dirigió en busca de aventuras, ingresó a la orden Franciscana y cuatro años después, el 5 de febrero de 1597, murió martirizado en la isla de Nagasaki, Japón, dando testimonio

de su fe. Por tal gesto y a juicio del Muy Noble Ayuntamiento se le rindió homenaje a uno de los primeros Santos nacidos en el Nuevo Mundo. Y por lo tanto se le confirió el nombre de San Felipe de Jesús a la aldea, y al templo el nombre de San Felipe Apostol.

Aproximadamente dos siglos después de su muerte en 1760, los primeros pobladores de la ciudad de Santiago de los Caballeros construyeron un modesto oratorio que no soportó las llamas de un devastador incendio, sorprendentemente el único rastro que dejó aquel siniestro fueron las imágenes del Santo Cristo Yacente y del Apóstol San Felipe. Entre 1768 y 1770 el arzobispo doctor Pedro Cortéz y Larraz realizó una visita pastoral a su diócesis. Mencionando que a la parroquia de San Sebastián pertenecía el pueblo de San Felipe, sin indicar número de familias ni habitantes, por no haberlo dado el cura don Carlos Suncin.

En 1819 se construyó otro oratorio, por iniciativa del presbitero Manuel Francisco Barrutia; en 1820 se inauguró y fue puesto al culto religioso. En 1867 se construyó una iglesia más formal, por el presbitero Don Manuel Leal, más amplia, estilo barroco y el 28 de agosto de 1870 se inauguró y fue puesto al culto religioso, ante el regocijo de los fieles y vecinos de la aldea. Después de padecer de las secuelas de los terremotos, se inició la reconstrucción y ampliación de la iglesia, quedando terminada en 1984. El 1 de diciembre de ese año se consagró el Santuario y el Altar Mayor.

El 27 de julio de 1986 es elevada a la categoría de vicaria episcopal por disposición de la venerable Curia Eclesiástica. Nombrado para ocupar tan distinguido cargo, Monseñor José Ramiro Pellecer Samayoa. En este santuario de fe, el 2 de mayo de 1986 es consagrada la imagen del Santo

Cristo Yacente a cargo del Ilustrísimo Monseñor Prospero Penados del Barrio, arzobispo de Guatemala.

Desde 1670 se inició el culto a San Felipe de Jesús, en el templo de San Juan Perdido, Finca los Tarros, ubicada en Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla. Otras festividades religiosas que caben mencionar están, el primer viernes de cauresma, la cual data desde 1921 y semana santa. El 1 de mayo se celebra con actividades religiosas, deportivas, y ventas de comidas y artesanías. Así como también el Jueves de Ascensión del Señor, Corpus Cristo, y Natividad del Niño Jesús.

San Felipe de Jesús se sitúa a una altura de 1,500 metros sobre el nivel del mar, su clima durante todo el año es templado. Por sus laderas nace un río en un caserío colindante con San Felipe de Jesús, llamado "El Hato", que durante la época de invierno su caudal se hace mayor. Existe otro río "El Guayabal", el cual desemboca en San Felipe de Jesús, causando pequeñas inundaciones que ocasionan incomodidades a sus habitantes.

La mayoría de los habitantes profesan la religión católica, aunque existen otros credos religiosos en mínimas cantidades.

#### **POBLACIÓN:**

De acuerdo a datos estadísticos del **INE** y del último censo de población, San Felipe de Jesús tiene un total de 4,627 habitantes, de estos 2,225 son hombres y 2,402 son mujeres. El total de hogares es de 907, 1018 viviendas. Cuenta con 985 casas formales, 3 apartamentos, 38 palomares y casas improvisadas. El 2% de sus habitantes no cuentan con los servicios mínimos.

Su población analfabeta es de 473 y el resto si ha tenido la posibilidad de continuar y/o terminar sus estudios. La educación preprimaria cuenta con 26 niños, primaria 2152, educación media 1015 y educación superior 158.

#### **ASPECTO HISTÓRICO-ANTROPOLÓGICO:**

En la primera mitad del siglo XVI se llevó a cabo la conquista de las monarquías indianas en el territorio que abarca la República de Guatemala, y por ende vencida pero no aniquilada la raza vernácula de estas comarcas que estaban densamente pobladas, a juzgar por el número de tribus que existían diseminadas por toda la nación guatemalteca. Sobre el territorio de ella predominó la etnia Kaqchiquel, quien inmediatamente entró en contacto pleno con los españoles desde el inicio de la conquista y posterior colonización en los siglos XVII y XVIII. Es importante destacar que ésta, es una etnia muy semejante en sus costumbres y rasgos faciales a la de los quichés. Además entre los elementos que integraban esta población figuraban individuos aztecas, descendientes de los indígenas mexicanos, que como auxiliares trajo consigo don Pedro de Alvarado, al conquistar estas regiones.

Con el tiempo los conquistadores hispanos fueron incrementándose entre los moradores indígenas, mezclándose con las mujeres de la raza vencida, originándose así un nuevo elemento etnológico, el mestizo, adquiriendo de manera lógica y natural, las virtudes y los defectos de ambas razas.

Dadas las circunstancias imperantes, 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 su mayor parte pura; aunque fue deteriorándose como consecuencia del alcohol.

En esa oportunidad, el gobierno español, tomó a muchos de los conquistadores como esclavos, quienes recibían un trato indigno y eran explotados de la manera más cruel, con el propósito de manejarlos a su voluntad. Esta situación se mantuvo durante muchos siglos, pero gracias a la revolución política y social que desde la magna cruzada de 1871, se ha iniciado la formación de nuevos estados mentales o psíquicos, de acuerdo con las nuevas instituciones democráticas, quienes han logrado la igualdad de todos los guatemaltecos ante la ley, para destruir en parte aquellas desigualdades que perduran aún en las relaciones de indios y mestizos.

La clasificación de los pobladores que habitan la Aldea San Felipe de Jesús, se describe en indígenas, o como vulgarmente se dice, naturales y ladinos, que son por lo general mestizos de indio y español en su origen.

Los conquistadores españoles introdujeron a América su idioma y su religión; es decir, el castellano y el cristianismo. Cuando llevaron a cabo la conquista, encontraron en las diversas comarcas que poco a poco iban sometiendo a su dominio, multitud de lenguas y dialectos, y diversas creencias religiosas.

Referiéndonos al lenguaje de los aborígenes, algunos espíritus observadores, extrajeros, se empeñaron en conocerlo mucho más, para ponerse en mejor comunicación con la raza vencida y poder sondear los arcanos de su vieja civilización.

En el lugar que se encuentra la Aldea de San Felipe de Jesús, predominó el idioma Kaqchiquel, que es una rama del quiché y que fue



objeto de estudio por algunos sacerdotes, entre los que se encuentran el padre Fray Idelfonso Joseph Flores, quien escribió una obra llamada **Arte de la Lengua Kaqchiquel**.

#### **OROGRAFÍA:**

San Felipe de Jesús colinda con el cerro de la Cruz y está al pie de las colinas de el Rejón, tiene una altura sobre el nivel del mar de 1,535 metros, mantiene un clima templado durante todo el año.

Los habitantes de dicho lugar obtienen sus ingresos económicos por medio de la agricultura, lo que más se cosecha y que obtienen mayor abundancia son: las verduras, café, frijol, frutas, maíz y cultivo de flores; los cuales son utilizados como producto de exportación. Sin embargo otra parte de los habitantes son subempleados.

Dentro de algunas manualidades creativas que realizan están: la cerámica pintada, el hierro forjado, madera tallada, comida y dulce típicos, entre otros.

#### **ASPECTO SOCIOCULTURAL:**

La Aldea San Felipe de Jesús es un centro turístico-religioso, donde veneran a la imagen del Señor Sepultado, el cuál es considerado milagroso. Los habitantes en su mayoría son de religión cristiana católica, sin embargo a aumentado la religión evangélica. Mantiene dentro de las tradiciones las hermandades que corresponden a las diferentes imágenes de la Pasión y Muerte de Jesucristo. Dentro de las actividades que celebran está la del 1 de mayo, cuando celebran la fiesta de San Felipe Apóstol, con actos religiosos y culturales.

El fervor religioso se ve reflejado en las actividades patronales, la cual organizan diferentes actividades religiosas, culturales, deportivas y sociales. Al ingreso de la aldea se empieza a percibir la tranquilidad y nostalgia que transmite esta aldea, indiferente al tiempo, aún conserva algunas calles empedradas y sus casas de un nivel, con techos de teja de barro. Algunos templos recuerdan una vida pasada de devotos rezos y plegarias a santos silenciosos, que yacían en sus interiores, en retablos de oro y ambientes iluminados con tenues luces de velas con olor a incienso. Vuelve a la realidad las ruinas en que quedaron la mayoría de ellos, víctimas de terremotos, a los cuales, sus preciosas bóvedas y sus gruesos muros, sucumbieron. Algunos muros aún están de pie y ahora nos hablan de un pasado venerable.

En la Antigua , y especialmente en la Aldea de San Felipe de Jesús, donde la fe católica de un pueblo, se mantiene a través de sus tradiciones religiosas, esta devoción heredada, sobresalen la celebración de la Semana Santa , el día del Corpus, el día del Señor Sepultado y las festividades previas a la Navidad. Las "hermandades", formadas por vecinos devotos, juegan un papel importante en los actos religiosos ya que integran a la Iglesia con los distintos actos de religiosidad popular y les confieren a estos, el marco religioso y la organización necesaria que hace posible que no desaparezcan o sean simples manifestaciones eventuales.

Otro aspecto importante acerca de la veneración al Señor Sepultado de San Felipe lo constituye la famosa "Romería", establecida en 1921. La Romería consistió en viajar a pie y en horario nocturno de la Ciudad Capital hacia la Antigua Guatemala finalizando en el atrio del Santuario de San Felipe, cuyas puertas permanecían abiertas desde el anochecer del primer viernes de Cuaresma hasta el amanecer del día sábado.

Ya en el plano de la procesión, cabe anotar que esta se realiza solamente una vez al año, en Viernes Santo, con la imagen del Señor Sepultado en el interior de la aldea. La procesión ingresa a la Antigua Guatemala desde 1942. Para este año, el entorno de la procesión en su inmenso escenario espacial/estructural cambia, pasando de las callejuelas y callejones retorcidos de su aldea para adentrarse en la ciudad modelo español colonial establecido en la Ordenanzas de su majestad Don Felipe II en el año de 1573 cuyas características son observables en el antiguo asentamiento de la ciudad de Santiago lugar que hoy ocupa la Antigua Guatemala

Además de todo ese fervor religioso la aldea cuenta con una tradición heredada de generación en generación que es el de la Dulcería, el cuál es un arte practicado celosamente dentro de los gruesos muros de los conventos de monjas en tiempos de la colonia, de donde debió salir por alguna grieta, ya que actualmente se puede experimentar los sabores más variados, hechos dulces. Su fama se debe no sólo a los ingredientes utilizados para su elaboración, que en su mayoría son de frutas que se cultivan en el país, sino también a las recetas y a la tradición de elaboración artesanal, que dictan las mezclas que cautivan la cultura de dicho lugar.

En lo que respecta a las familias de la Aldea San Felipe de Jesús, el núcleo familiar está conformada de 5 a 7 integrantes; sin embargo se da el caso en que hay familias con más integrantes y que se le conocen como familias extendidas.

Por influencia del turismo muchas personas extranjeras se han situado en este lugar por la belleza y cercanía de Antigua.

El idioma predominante en esta población es el español, debido a que la etnia ladina conforma el 95% de la población, y el Cakchiquel; siendo su estratificación social media baja y baja.

#### **ASPECTO SOCIOECONÓMICO:**

La integración económica de los habitantes de la aldea, se dedican en su mayoría a laborar fuera de la región, algunos son agricultores y otros artesanos. Una gran cantidad de comercio de artesanías y comidas típicas, no son propiedades de los vecinos de la aldea, sino de personas que vienen de diferentes lugares, las personas que viven del comercio y que son vecinos del lugar son aproximadamente un 25%. Su principal fuente de ingresos, además del turismo, es la agricultura. Sus tierras son fértiles, por lo que su producción agrícola es grande y variada, sobresale el café de muy buena calidad, la caña de azúcar, trigo, maíz, frijol, hortalizas de zonas templada, como el cultivo de zanahoria, ejote y alberjas; entre las frutas se pueden mencionar: el durazno, pera, manzana y aguacate; actualmente sobresale la producción de flores. Así mismo hay crianza de ganados vacuno y caballar.

En cuanto a las artesanías populares, es uno de los departamentos más importantes, pues se elaboran tejidos típicos identificándose por los diferentes diseños y coloridos que caracterizan a cada lugar en particular; tienen como característica en común, el alegre colorido de sus hilos y diseños y particularmente, su elaboración artesanal. Los orígenes de los trajes indígenas de la Aldea de San Felipe de Jesús, datan de muchos años atrás; su uso simboliza la pertenencia a un grupo que se identifica y comparte costumbres, creencias y valores comunes, así como una cultura que se trasmite de generación en generación. El uso de un traje indígena no sólo representa un símbolo de pertenencia, sino también el tejido en sí

guarda un decorado conformado por símbolos que representan fauna, flora y elementos naturales como el sol , la luna, lagos, ríos y la lluvia, que son parte de su cosmovisión y cultura.

Otra de las artesanías que trabajan son la cerámica, y ésta se puede dividir en vidriada y pintada; la cerámica pintada es famosa por las formas y colores en que se expresa. Destaca la elaboración de pájaros en miniatura, frutas y verduras de tamaño, forma y color de extraordinaria similitud a los naturales y las más populares: las alcancías. Las piezas de cerámica son modeladas en barro, traído del pueblo cercano llamado El Tejar; secadas a la sombra y horneadas con leña de pino. Después, son artísticamente pintadas a mano. Cada una representa una pieza original y distinta como lo dicta la tradición familiar.

Según datos del censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística INE, la situación de educación es la siguiente: asisten 1984 mujeres y 1823 hombres haciendo un total de 3807. De esta población acuden al sector público 1035 y privado 289, pero el factor predominante es la población que no asiste, que son 2483. Las causas de inasistencia escolar son: por falta de dinero, no les gusta o no quieren ir, tienen que trabajar y/o por otra causa. El nivel de escolaridad que alcanza la mayoría es 6to primaria y básico.

La población de la Aldea cuenta con un Hospital Nacional, el cuál presta los servicios siguientes: medicina interna, medicina de mujeres, medicina de hombres, ginecología y obstetricia, maternidad, traumatología, pediatría, psicología, cirugía de mujeres y cirugía de hombres; cada uno de estos servicios con consulta externa e interna, campañas de vacunación, etc... así mismo existen otros centros comunes que los pobladores utilizan para curarse según su costumbre y estos son:

curanderos y comadronas. Debido a la situación económica de la población no cuentan con la asistencia médica privada, sin embargo por testimonio de los pobladores existe una fe por el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, debido a que en él hay personal médico calificado y por el buen servicio que presta.

#### **ASPECTO IDEOLÓGICO/ POLÍTICO:**

Esta población está marcada por la herencia de la etnia Cakchiquel así como el contacto pleno con los españoles desde la conquista y posteriormente la colonización.

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

Según la ideología que tienen los habitantes de este lugar, Don Domingo España de la calle ancha de los erreos, camino San Felipe de Jesús, afirman que "quienes se echan los cheles de los perros en los ojos, pueden ver a la muerte y a los rezadores, porque tales legañas son lágrimas que los animales derraman cuando los miran, y es cuando se lo cargan a uno los Rezadores". Se destaca una ideología animística llena de mitos, creencias, leyendas de casos y cuentos maravillosos.

El pensamiento popular de los pobladores de la aldea es que en dicho lugar la vida es tranquila, la mayoría de los hombres trabajan de la

agricultura, las mujeres laboran en el mercado, tiendas, abarroterías, ventas de comida típica, etc... son personas que sus horarios de trabajo inician desde muy temprano hasta horas de la noche en algunos casos.

Entre las tradiciones orales, cuentan las leyendas anímicas de aparecidos y ánimas en pena, como la leyenda del sombreroón, la llorona, los rezados, el cadejo, y el cura sin cabeza. La tradición oral Cakchiquel se encuentra amalgamado y sincretizado en el largo proceso histórico y la forma de transmitirla se da en velorios

Según la Alcaldía Municipal no existen filiales de partidos políticos. La administración Política es ejercida por la Municipalidad de Antigua Guatemala y 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 la cual está conformada por 45 personas: 1 Alcalde, el cuál se encarga de ejecutar, organizar, proyectar, etc... todo los asuntos que tengan que ver con la aldea de San Felipe de Jesús; 2 Regidor, 3, 4, y 5 regidores, las demás personas son asistentes de los alcaldes o regidores y encargados de velar por asuntos secundarios del alcalde. 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 pueda ocasionar la inundación del río y la Universidad Rafael Landívar les brinda capacitaciones para prevenir desastres naturales y con un Comité Pro-Mejoramiento de la aldea.

La amplia plazuela de la aldea se encuentra una fuente colonial del siglo XVII, al oriente y al poniente de la misma se encuentra ubicado un mercado de artesanías, comedores y otros comercios para los turistas.

## 1.2. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN:

El Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Aldea San Felipe de Jesús, es una institución Estatal, adscrita al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Se encuentra ubicado al este del Departamento de Sacatepéquez a 48 km. de la ciudad capital. Este hospital, al igual que los hospitales de Chimaltenango y Escuintla forman la red hospitalaria de la Región V de Salud Pública. El horario de atención al público en consulta externa es de 8:00 a 12:00 hrs. de lunes a viernes, y de servicio general abierto las 24 hrs. Cubriendo un calendario de actividades que incluyen:

### SERVICIOS:

- Consulta Médica General
- Vacunación a niños menores de 5 años y mujeres embarazadas
- Hipodermia
- Curaciones
- Suturas
- Emergencias
- Odontología
- Psicología
- Pediatría
- Servicio social
- Ginecología y Obstetricia
- Planificación Familiar
- Maternidad
- Nutrición de Adultos y Niños
- Cirugía Plástica
- Traumatología



- Dermatología
- Endoscopía
- Radiología
- Ultrasonido
- Farmacia interna y externa
- Programa para diabéticos

#### **OBJETIVOS:**

##### **Prevenir enfermedades (Atención Primaria)**

- Saneamiento del medio
- Educación Sanitaria
- Control del niño sano

##### **Tratar enfermedades (Atención Secundaria)**

- Atención de pacientes agudamente enfermos con tratamiento médico quirúrgico
- Atención del paciente ambulatorio
- Educación para recuperar la salud
- Atención de la madre embarazada

##### **Rehabilitación (Atención Terciaria)**

- Educación para mantener la salud
- Integración al hogar
- Seguimiento en consulta externa o en la comunidad

## **FUNCIONES:**

- Baja morbi-mortalidad del área de influencia
- Servicios de la salud a la comunidad
- Prevención de enfermedades
- Llevar a cabo las campañas de vacunación
- Control de brotes epidémicos

## **ORGANIZACIÓN:**

El Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, cuenta con personal en las diferentes disciplinas, siendo su organización la siguiente:

- Dirección Ejecutiva
- Subdirección Ejecutiva
- Secretarías
- Subdirección Administrativo Financiera
- Jefatura Administrativa y Financiera
- Recursos Humanos
- Médicos
- Enfermeras Profesionales
- Odontólogo
- Psicólogo
- Inspector de Saneamiento Ambiental
- Auxiliares de Enfermería
- Técnicos de Apoyo
- Comités de Apoyo

**UBICACIÓN DEL EPESISTA:**

La Epesista se encontrará ubicada bajo la responsabilidad y supervisión del Jefe del Departamento de Psicología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, en la estructura administrativa.

**RECURSOS:****FISICOS:**

- Edificio de block y concreto
- Clínicas psicológicas
- Piso de encamamiento
- Área educativa y recreativa
- Sala de reuniones
- Sala de partos
- Laboratorio
- Puesto de enfermería
- Clínicas de consulta externa

**MOBILIDARIO Y EQUIPO:**

- Escritorios
- Sillas
- Mesas
- Estanterías
- Camillas
- Archivos
- Pizarrón
- Marcadores
- Televisor
- Videgrabadora
- Radigrabadora
- Cunas

- Máquinas de escribir
- Computadora
- Estufa de gas
- Equipo quirúrgico de emergencia
- Utilería médica

**MATERIALES:**

- Medicinas
- Vacunas
- Útiles y papelería de oficina

### 1.3. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

El Ejercicio Profesional Supervisado, se llevó a cabo en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Departamento de Gineco-Obstetricia, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Departamento de Sacatepéquez, el cuál se encuentra ubicado en el segundo nivel del mismo. Se trabajó con madres embarazadas de pre y post parto de consulta externa e interna, las cuáles acuden a este centro por carecer de los medios económicos suficiente para asistir a una institución privada, y por la creencia que se le tiene al Santo Hermano Pedro; así mismo, por ser un hospital que cuenta con médicos calificados y personal que se preocupa por la atención que brinda a la gente.

La mayoría de las madres embarazadas que se benefician con los servicios que presta este departamento, son por reconsultas y otras que son referidas por centros de salud o bien por médicos particulares.

La población atendida, son pacientes mujeres comprendidas entre las edades de 13 a 39 años de edad, procedentes de áreas cercanas a la Aldea de San Felipe de Jesús, entre ellas: Antigua Guatemala, Santo Tomás Milpas Altas, San José las Cañas, Santa Catarina, San Miguel Dueñas, San Luis Pueblo Nuevo, San Juan Comalapa, San Lucas, San Miguel Milpas Altas, Santa María de Jesús, Acatenango, San Bartolomé Becerra, San Luis Pueblo Nuevo, San Pedro las Huertas y Santa Lucía Milpas Altas. Así como también del departamento de Chimaltenango.

La población está constituida por ladinos, mestizos y por la etnia maya Cakchiquel, que son la mayoría; el idioma que predomina es el español, conformando el 95% la población ladina. Su estratificación social es media baja y baja. El nivel de escolaridad es inferior a sexto primaria,

como consecuencia de factores económicos y la poca accesibilidad a la educación superior.

El estado civil de la población meta, lo constituyen mujeres casadas, unidas y solteras. En esta población predomina la religión católica, como herencia de sus ancestros; así mismo se practica la religión evangélica, la cuál ha ido tomando terreno, a raíz del proselitismo que llevan a cabo sus altos dirigentes. El núcleo familiar está formado de 3 a 6 hijos; esto como resultado de diferentes factores, tales como: poco conocimiento que tienen acerca de planificación familiar, patrones de crianza, creencias y costumbres transmitidas de generación en generación, el predominio machista que existe sobre la mujer y la influencia religiosa.

En lo que respecta a la situación laboral, algunas de ellas se dedican a: servicios domésticos, como: lavar ropa, planchar, cocinar o cuidados de otros niños; dependientes de comercios, entre ellos: atender panaderías, tiendas, abarroterías, servir en comedores, restaurantes y cafeterías; y a actividades agrícolas como: siembra de hortalizas, maíz, frijol, café y corte del mismo. La situación económica es baja, debido a que gran parte de la población pertenece a una estratificación social baja; las condiciones de vida son precarias como consecuencia de familias numerosas, escasez económica, bajo nivel educativo, predominio del patriarcado en cuanto a la actividad laboral, y por la carencia de los principales servicios básicos, como: poca accesibilidad al agua potable, energía eléctrica, servicios de salud y alimentación.

#### 1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Guatemala forma parte de uno de los países con extrema pobreza, se estima que el 54% de su población es extremadamente pobre y el 22% se encuentra en pobreza no extrema (UNICEF, 1,995, Situación actual social de Guatemala). Todo lo anterior como consecuencia de la crisis económica sufrida en la década de los '80, en donde se elevó el nivel de pobreza, afectando grandemente a la población guatemalteca de escasos recursos, evitándoles poder tener acceso a la atención en las áreas de: salud, nutrición, educación, desarrollo psicosocial y de salud mental.

La población de la Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Departamento de Sacatepéquez, pertenece al área rural, viven en condiciones económicas precarias, limitados a los servicios básicos ( agua potable y energía eléctrica). Esta situación ha influido en las familias que viven en condiciones económicas bajas, lo que conlleva a que ambos cónyuges no tengan la educación adecuada en cuanto a la planificación familiar y por lo tanto trae como consecuencia una explosión demográfica incontrolable.

La misma está integrada por grupos étnicos que han emigrado de las distintas áreas aledañas a la Aldea, conformados de la siguiente manera: indígena 215, no indígenas 4412, maya 132 y ladina 4488. Lo que hace un total de población de 4627 habitantes, siendo 2225 hombres y 2402 mujeres. El idioma o lengua que se habla lo conforman: español 4215, xinca 69, maya 69 y garifuna 3.

De la información obtenida, por medio de la observación, entrevistas y visita diagnóstica de reconocimiento, realizada en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, a médicos,

personal paramédico, pacientes embarazadas, que asisten a la Consulta Externa y expedientes de pacientes internas (post-parto), trasciende la problemática psicosocial del entorno en el que se desarrollan, evidenciándose la presencia de los problemas más relevantes que a continuación se describen:

- 1) Precaria situación económica
- 2) Falta de educación sexual
- 3) Desinformación sobre planificación familiar
- 4) Patrones de crianza inadecuados
- 5) Falta de educación pre y post-natal
- 6) Falta de conocimientos sobre el cuidado prenatal
- 7) Falta de conocimientos sobre lactancia materna y cuidado del neonato

Como consecuencia de la poca información de la problemática existente, se originan los embarazos no deseados en adolescentes y en mujeres mayores de edad; así mismo amenazas de aborto, abortos espontáneos y/o inducidos por las madres; así como también el desmedido número de recién nacidos en la población meta.

La asesoría psicológica por parte del estudiante de EPS y de las autoridades del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, es colaborar en forma social e individual con la comunidad para mejorar la salud mental, promoviendo acciones con los elementos existentes para un desarrollo positivo en los aspectos individuales y familiares. Promoviendo la participación de la población de estudio, en actividades tales como: charlas y actividades participativas, para lograr no solo una superación personal, sino que también para elevar el nivel de conocimiento individual y familiar, que les permita mejorar su calidad de vida y por ende disminuir los



embarazos, amenazas de aborto, abortos espontàneos y/o inducidos por las madres; así como el de intencionar la concientizaciòn a los padres de familia, respecto una paternidad responsable y sobre todo a llevar una adecuada planificaciòn familiar.

Por lo anteriormente mencionado, y como parte de ese engranaje mayor, a la Universidad de San Carlos de Guatemala, como rectora de la educaciòn superior ùnica y estatal le corresponde el deber ético y humanitario de desarrollar programas que se orienten a la soluciòn de los problemas psicosociales, necesidades nacionales y el compromiso de sus profesionales, específicamente de la Escuela de Psicología y conjuntamente con el epesista a aportar y a proponer cambios en la salud mental de los ciudadanos y muy particularmente de los aldeanos de San Felipe de Jesús.

## CAPÍTULO II

### REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

#### 2.1. ABORDAMIENTO TEÓRICO METODOLÓGICO

Guatemala, es un país en vías de desarrollo, las condiciones socioeconómicas y políticas prevalentes en Guatemala se reflejan en la situación de la salud de la población, afectados por los cambios políticos, los problemas sociales y el deterioro del sistema de los servicios asistenciales. Todo lo anterior confirman las investigaciones hechas por UNICEF y dice que: *"Guatemala ocupa el lugar 108 de 145 países en el índice de desarrollo humano, principalmente porque la esperanza de vida al nacer y el logro educacional es muy bajo"*. Nuestro país ha sufrido a través de los años, un aumento progresivo de la violencia, como lo ha sido en todos los países en vías de desarrollo.

*"Desde la Independencia de España 1821, su política ha estado dominada a menudo por dictaduras militares, desigualdades sociales y económicas, aunadas a la represión estatal, condujeron a la guerra civil 60' ; a fines de los 80' se produjeron cambios hacia un sistema mas democrático, llegandose a formar un acuerdo de paz, en Diciembre de 1996, con el cual finalizaban 36 años de conflicto. Fue la guerra civil mas larga de la región, la cual dejó un saldo de cien mil muertos y miles de personas con discapacidad"*(González Ligia; 1999, 1)

Al igual que el resto de las sociedades que integran el tercer mundo Guatemala presenta una serie de características derivadas de una matriz común, históricamente compartida: la situación del subdesarrollo. Uno de los aspectos significativos que deben destacarse en esta aproximación, es la extrema desigualdad y polarización que exhibe la sociedad

guatemalteca. Dentro de ella destacan las abismales diferencias derivadas de la concentración de la riqueza y del poder político entre los grupos sociales, así como las diferencias étnicas que se traducen en la subordinación generalizada de los mayas como cultura dominada, a los no mayas o ladinos.

*"Entre 1954 se registra uno de los períodos mas complejos de la historia nacional. En la década de los 60' se inicia un proceso casi interrumpido de insurgencia y contrainsurgencia, uno de los mas antiguos del continente. El conflicto armado alcanzó momentos críticos en los años 80'-85'. Como resultado de 34 años de lucha, la sociedad guatemalteca a pagado un alto precio, cerca de 100,000 muertos y desaparecidos, el desplazamiento de medio millón de guatemaltecos de los cuáles cien mil aproximadamente fue a refugiarse a México, Belize y Honduras para huir de la guerra civil y sus secuelas a lo anterior se suman los mas de dos mil combatientes del ejército y de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca que quedó en situación de discapacidad por producto de la guerra"* (González Ligia; 1999, 2-3)

El resultado de todo lo anterior, no solamente fueron 34 años de lucha sino que también dejo una secuela en la memoria colectiva y por consiguiente diferentes problemas psicológicos en la población guatemalteca. Así mismo este conflicto armado entre ejército e insurgentes a traído consecuencias socioeconómicas y psicosociales. *"En 1996 se suscribió el acuerdo de "Paz firme y duradera" y concluyeron más de tres décadas de enfrentamiento armado interno, se levantaron muchas expectativas sobre su significado. El fin del conflicto militar se equiparó con el inicio de una nueva etapa, con el fin del proceso de transición a la democracia y con su fase de consolidación y con la reconstrucción de la sociedad sobre bases más solidas de convivencia pacífica"* (González

Ligia; 1999, 2-3). No obstante, para otros la paz también parecía significar la solución secular a problemas económicos, el inicio de una fase de desarrollo social y quizá hasta la ausencia de conflictos sociales. Pero la realidad no fue así, debido a que en la actualidad no se goza de una paz plena, ni de la ausencia de conflictos sociales, ni mucho menos psicosociales.

Otra de las causas fundamentales que las familias afrontan, en esta población es lo que respecta a: situación socioeconómica precaria, problemas conyugales, patrones de crianza inadecuados, desintegración familiar, desinformación sobre planificación familiar, falta de educación pre y post natal, etc...situaciones que se agravan en las zonas rurales e indígenas. Es así como esta situación afecta al individuo y lo hace vulnerable a sufrir alteraciones en su salud mental.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la salud mental *"es el bienestar resultante del buen funcionamiento cognitivo, afectivo, conducta y el despliegue óptimo de las potencialidades individuales para la convivencia en el trabajo y la recreación"* (OMS, 1974;3 ) , identificándose seis criterios:

- Actitud positiva hacia sí mismo
- Crecimiento, desarrollo y actualización de sí mismo
- Integración de sí mismo o equilibrio de la personalidad
- Autonomía o autodeterminación
- Percepción correcta de la realidad
- Dominio y control del entorno

Sin embargo se observó por medio de la visita de reconocimiento a la población, que la misma no cuenta con el bienestar en lo que respecta a

salud mental, debido a la falta de acceso a los servicios básicos de salud y recreación. Afectando el buen funcionamiento psicoafectivo para la convivencia en el trabajo y la recreación.

Por ende la salud mental no solo involucra la capacidad de funcionar, sino que también el comportarse en el medio social, el de mantener una conducta preservadora, el sentimiento de auto-aceptación, auto-valoración y el criterio que se obtenga de la estructura de la personalidad del individuo. Es notorio que los problemas que experimenta la población, en el grupo familiar y social, es un reflejo de los problemas que sufren en sus relaciones sociales, interpersonales e intergrupales; ya que el hogar es uno de los núcleos generadores de los problemas psicológicos.

*"Para su aplicación la psicología se encuentra dividida en ramas y, dentro de las actividades que se realizan, podemos mencionar la función del psicólogo(a) dentro de la comunidad; en la cual el psicólogo(a) lleva a cabo labores de carácter preventivo, de indentificación, orientación, tratamiento en el campo de las alteraciones, deficiencias conductuales y de ajuste al ambiente"* (Calderón Narvaes, Guillermo; 1990, 162 ).

Tomando en cuenta el punto de vista científico de la psicología, etimológicamente tiene sus raíces en el idioma griego: psicología viene de "*Psykhe*", que significa soplo vital, alma; y de "*Logos*" que significa estudio o tratado. Este termino se empleo en el pasado, para designar en el pasado el "*estudio del alma*" (Friedrich, Dorsch,1976;186 ). La definición de la psicología como "*ciencia*" del "*alma*" es insuficiente, porque es una mera traducción y no contribuye a explicar el significado. Una moderna concepción de la Psicología corresponde, por Ej; la definición de Rohrachev: "*Psicología es la ciencia que estudia los procesos y estados concientes y sus causas y efectos*" (Friedrich, Dorsch,1976;186 ).

En la actualidad, psicología se entiende como en el estudio del Psiquismo, sus funciones y expresiones; se interesa en cómo las personas piensan, sienten, se comportan, esto como expresión de la mente. En tanto que la definición de Pauli dice: *"la psicología es la ciencia de los procesos vitales subjetivos, que se asocian siguiendo leyes"*(Friedrich, Dorsch,1976;186 ). Esta concepción caracteriza a la psicología como ciencia experimental. Por su parte Charles G. Morris y Albert A. Maisto, comparten que la psicología como ciencia: *"es el estudio científico de la conducta y de los procesos mentales"* (Charles G. Morris y Albert A. Maisto, 2001;175 ). Estos autores recurren al método científico para describir, entender, predecir y obtener cierto grado de control sobre lo que estudian.

A diferencia de los anteriores psicólogos, S. Freud *"creía que gran parte del comportamiento humano está gobernado por motivos y deseos inconscientes"* (...) Morris sigue diciendo: *"Freud no sólo concedió gran importancia a las experiencias infantiles, sino que además sostuvo que muchos deseos inconscientes son sexuales"*(Charles G. Morris, 1,987; 7). Para Freud, el ser humano tiene que pasar por una serie de etapas críticas en sus primeros años de vida (etapas psicosexuales) y que hay que superar los conflictos que encontramos en cualquiera de ellas, de lo contrario se convertirán en problemas psíquicos, por habernos quedado en alguno de esos estadios.

Lo esencial de la psicología es como se desarrollan las percepciones y cogniciones que pertenecen a los cambios sociales, en los cuales cada individuo funciona. Tomando en cuenta lo anterior es necesario dentro de la realización del servicio, la aplicación de psicoterapias que conlleven a una mejora de la salud mental del individuo. Según Lewis R. Wolberg definió: *"la psicoterapia es una forma de tratamiento de los problemas de*

*naturaleza emocional, en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con un paciente, con el objetivo de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, de intervenir en patrones perturbados de conducta; y de promover un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad”*(Monedero, 1978; 743).

Wolberg señala que en este tratamiento participan por lo menos dos personas, el terapeuta y el paciente *“el terapeuta debe ser una persona entrenada, es decir, que para practicar la psicoterapia una persona debe estudiar, aprender, formarse dentro de un marco referencial teórico, y adquirir una experiencia práctica y supervisada. La otra persona es el paciente, o sea quién busca ayuda”*(Wolberg, 1965; 153).

Una de ellas es la Terapia Cognitiva del Dr. Aarón Beck, que es el resultado de las investigaciones para encontrar una terapia efectiva contra la depresión, que partiendo de una base psicoanalítica logró identificar como las personas deprimidas presentaban con más frecuencia pensamientos negativos acerca de sí mismos, los demás y el futuro. El punto clave que diferencia a la terapia cognitiva reestructurativa de Beck de otras terapias llamadas Cognitivo Conductuales, *“es el entender los trastornos emocionales desde una perspectiva cognitiva, es decir cómo los pensamientos y creencias pueden tener influencia sobre la conducta, emociones y reacciones corporales de la persona, en el contexto de su historia propia. Además de basarse en el aquí y ahora para modificar aquellos pensamientos y creencias que causen problemas para la persona a través de diversas y variadas técnicas que se individualizan hacia el paciente.”*(Quinto Barrera, See King Emilio, 2002; 7).

Esta terapia cuenta con técnicas que han resultado más efectivas para los distintos tipos de patologías. *“Tratamiento Cognitivo para*

*Trastornos Específicos: Fobias, Trastorno Depresivo, de Pánico, Obsesivo Compulsivo y de Ansiedad Generalizada, Síntomas físicos relacionados con el estrés y trastornos asociados, insomnio primario (condicionado). Problemas adicionales: Trastornos de personalidad y problemas de relaciones interpersonales crónicos, dejar de fumar, pobre adherencia al régimen médico y esquizofrenia". (Quinto Barrera, See King Emilio, 2002; 8-9).*

Paralelamente a la acción de vivir se conjuga la acción de aprender. La primera manifestación vital del individuo al abandonar el seno materno está condicionado por la necesidad de cambio y se da una inconciente pero sabia determinación orgánica de sufrir ese cambio y consiguiente experiencia adaptativa. A partir de ese momento, la vida es un proceso de adaptación constante que a la vez que deja su huella en la configuración del individuo lo desarrolla, lo forma, lo capacita, lo define y le permite autorealizarse con plena conciencia de sí mismo. " *A esa sensibilidad de nuestra naturaleza, que permite que la vida deje su huella en nosotros, que nos permite formar experiencia y luego servirnos de ella, podemos llamarla capacidad de aprender*" (Acuña, Angelina, 1969; 17). De acuerdo a la base fisiológica del aprendizaje " *el aprendizaje es la actividad vital de todos los seres de la naturaleza, desde los organismos unicelulares hasta la compleja estructura humana*" (Acuña, Angelina, 1969; 17 ). Toda célula es sensible y como tal, suceptible a cambios y modificaciones adaptativas para lograr supervivir. El sistema nervioso es el centro donde reside toda la posibilidad de sensibilidad o irritabilidad orgánica; así como la de formar reacciones o respuestas a diferentes estímulos.

Existe otra base del aprendizaje y esta es la psicológica. " *En su relación con el mundo circundante, al hombre le es posible observar, comparar, establecer asociaciones, generalizar caracteres, deducir ideas o*



*principios, elaborar en conceptos la imagen que le explica la realidad en que se mueve luego, en razón de esa realidad, el hombre se expresa así mismo con un sentido de yo personal, el cual es producto de todo un proceso de integración del individuo, sometido a las expresiones modificadoras del ambiente, que operan como estímulos provocadores de la actitud de aprender”* (Acuña, Angelina, 1969; 18). Por consiguiente todo desarrollo es producto de un aprendizaje, como todo aprendizaje es posible con base a un grado de desarrollo.

Considerando a las madres embarazadas de pre y post parto y para iniciar un proceso de educación, dados sus condiciones perceptivas, de memoria y atención como elementos psicológicos del desarrollo, se optó por elegir la técnica participativa como herramienta psicopedagógica eficaz que debe formar parte de la metodología del educador, consciente que el aprendizaje es un proceso dinámico y de doble vía de enseñanza-aprendizaje; convirtiéndose en el vehículo ideal del aprendizaje, permitiendo *"la identificación de niveles de participación, de resistencia al cambio, grado de libertad que facilitamos en los procesos participativos de concientización grupal y social"* (Rada, Barnen de Suecia, 1998; 10).

Es importante tomar en consideración las características de la metodología participativa:

- *Motiva la participación a través de juegos lúdicos-didácticos y dinámicos de motivación*
- *Se centralizan en el desarrollo humano, en el ámbito individual y grupal*
- *Promueve la discusión y reflexión*
- *Propician el protagonismo tanto del infante como del adulto*

- *Conducen procesos sistemáticos y ayudan a la organización y planificación*
- *Son dinámicas con una visión transformadora de la realidad*
- *Potencian la cooperación, solidaridad, integración, ayuda mutua y el esfuerzo propio*

(Rada, Barnen de Suecia, 1998; 15).

Partiendo de lo anteriormente es importante reconocer los beneficios que tienen las técnicas participativas, como un recurso psicopedagógico, que cada vez se hace necesario en el proceso de enseñanza-aprendizaje, el cual debe ir acompañado de las necesidades y de la realidad de su entorno; contribuyendo a un mejor conocimiento del ambiente que le rodea para tomar acciones concretas dirigidas al mejoramiento de la salud física y mental.

Para llevar a cabo lo anterior es necesario contar con la orientación psicoeducativa en el proceso de enseñanza-aprendizaje, la cual está integrada de la siguiente manera:

- ***INTERVENCIÓN:*** *lo que vamos a hacer con las personas en terapia*
- ***PSICOEDUCATIVA:*** *cómo vamos a trabajar con las personas, ya sea con manualidades o con recreación.*
- ***INTERÉS:*** *qué es lo que quiere aprender, o valerse por sí mismo.*
- ***NECESIDADES:*** *lo que necesita aprender para sobrevivir*
- ***CAPACIDADES:*** *lo que el puede o quiere aprender.*

En la intervención psicoeducativa la pedagogía y la didáctica juegan un papel trascendental en el proceso de enseñanza-aprendizaje, *“en donde la primera se refiere al conjunto de conocimientos sistemáticos relativos al fenómeno educativo y tiene como objeto específico, el estudio del*

*fenómeno educativo; este es investigado por ella en sus múltiples facetas y dimensiones, en sus manifestaciones en el tiempo y espacio y en sus complejas relaciones de causa y efecto con los demás fenómenos que integran la vida humana. Mientras que la segunda, se define como las normas generales, a las que todos los métodos ("camino para llegar a un fin") y técnicas de enseñanza deben responder"* (Grace J. Craig/Woolfolk, 1,992; Tomo IV, 25).

Otro aspecto que es importante mencionar, es el que respecta a las familias, específicamente las familias de la Aldea San Felipe de Jesús que pertenecen a un área rural del Departamento de Sacatepéquez; las cuales están relacionadas con el diario vivir de una sociedad que ofrece pocas posibilidades económicas, educativas, sociales y de salud mental. Sus condiciones de vida son precarias por su escasez económica, bajo nivel educativo, por la carencia de los principales servicios básicos; así mismo son comunes las uniones de hecho, separaciones de las parejas y divorcios, de manera que las obligaciones hacia los hijos son débiles o están ausentes.

Las familias están tipificadas dentro de la sociedad guatemalteca como un núcleo primario y básico para la formación integral del niño. Para Corsi *"La familia puede ser considerada como un grupo social primario que, al menos, cumple con las funciones básicas de reproducción de la especie y de transmisión de la cultura a las nuevas generaciones"*. Así mismo, las considera como: *"Una organización que tiende a ser conflictiva, sin embargo, se intenta conservar una imagen idealizada de la vida familiar, como un núcleo de amor más que de violencia potencial"* (Corsi; 1,994, 27).

Al realizar la visita de reconocimiento y de acuerdo a las entrevistas realizadas a las madres, se pudo notar que las familias predominantes en esta población son: familia invertida, familia hostil y familia extendida. Se pudo confirmar el tipo de familia extendida por lo que expresaban las madres, pues provienen de familias donde viven ambos padres o cónyuges, hijos y algún otro familiar consanguíneo, así mismo la característica de este tipo de familia es que existe una relación conflictiva entre ambos cónyuges y que esa relación es influyente en el ámbito escolar, laboral, etc...en los demás miembros.

Se llegó a determinar que los patrones de crianza que predominan son: el autoritarismo, el democrático y el permisivo. Pero el que más influye en la población es el autoritarismo. Este patrón de crianza se observó en la población atendida, quienes expresaban que el padre era quién "llevaba los pantalones" en el hogar y que se imponía ante los demás miembros de la familia, por la misma cultura machista que predomina. Esta misma autoridad impuesta tiende a crear sumisión o rebeldía y en ambos casos resentimiento.

Mientras que el patrón de crianza permisivo se observó en aquellas mujeres adolescentes y jóvenes adultas quienes tenían padres separados, padres con problemas de alcoholismo o porque vivían con algún familiar, etc... el cuál generaba un deterioro de la autoestima y la carencia de una autoridad que en muchos casos era difusa o inexistente. Sin embargo, el patrón de crianza democrático se evidenció en aquella población en donde la carencia económica era más evidente debido a que todos tenían que hacer lo que los padres hacen, debido a su misma situación.

De acuerdo a la bibliografía consultada los patrones de crianza son: *"prácticas cotidianas que se han heredado de generación en generación,*

*constituyen la forma en que se proyecta la dinàmica familiar en la socializaciòn de padres e hijos.*

*Segùn Gonzàles, Thelma, los patrones de crianza pueden ser:*

*a) Democràticos: Le dan libertad al niño para que exprese sus propias ideas, proporcionan estìmulos tiernos y afecto, existe un equilibrio en la educaciòn y evalúan objetivamente a sus hijos.*

- *La demostraciòn de amor*
- *Comunicaciòn entre padres e hijos*
- *Disciplina*
- *Escuchar reflexivamente a los hijos*

*b) No democràticos: No existe equilibrio en la relaciòn de padres e hijos, pueden sobreproteger al niño o permitirle cualquier comportamiento.*

- *Autoritarismo*
- *Sobreprotecciòn*

*Dejar hacer, dejar pasar” (Gonzàlez, Thelma; 1,999, 14-18)*

Así mismo, en los últimos tiempos se viene insistiendo en la importancia de una adecuada comunicaciòn entre padres e hijos y una orientaciòn a la educaciòn sexual, como una forma de prevenir y evitar las perturbaciones futuras. Sin embargo en los pobladores de esta aldea, la informaciòn relativa a la sexualidad y su valoraciòn se recibe con mucha frecuencia distorsionada durante el proceso de socializaciòn. Algunas veces las normas en este campo son contradictorias y confusas y en el ser humano, la sexualidad se combina con otros factores: biològico, psicològico, social y cultural no estrictamente sexuales, como la visiòn que tienen de sí mismo, la valoraciòn de los demás en este terreno, etc.

Este fenómeno se manifiesta específicamente en las familias numerosas de la Aldea de San Felipe de Jesús, debido a la carencia de una orientación sexual, factores culturales tales como: creencias, costumbres, tabúes con respecto a las relaciones sexuales, creencias religiosas, inadecuada información con respecto a las diferentes formas de planificación familiar, para prevenir y evitar los embarazos consecutivos.

Otro de los aspectos observados en la gente de la Aldea, es la falta de visión de sí mismas que tienen las mujeres, con respecto a la superación y metas de vida, como consecuencia de sus patrones de crianza, creencias en cuanto a procrear familias numerosas porque así lo fueron sus antecesores; o bien por factores religiosos como la influencia de que hay que tener la cantidad de hijos porque así lo designa Dios. No dejando por un lado la actitud machista que ejerce un gran poder sobre la mujer en la determinación del número de hijos; con el imperativo de que si la mujer no se deja embarazar buscará a otra para poderlos crear.

Para tener una mejor visualización sobre lo que es la educación sexual, la COESPO la define de la siguiente manera: *“trata de impartir una información progresiva y adecuada de lo que es la sexualidad humana para su formación, tanto en lo biológico como en lo afectivo-social. Debe perseguir la realización de una sexualidad plena y madura que permita al individuo una comunicación equilibrada con el otro sexo, dentro de un contexto de afectividad y responsabilidad”* ( COESPO; 1995, 85)

De acuerdo a la cita textual anterior la educación sexual, es ante todo educación de la sexualidad y para la vida. La sexualidad humana es un modo de comportamiento, una conducta de relación en la que se conjugan factores de naturaleza biológica, psicológica, social y cultural, lo que hace que no tengan un carácter invariable ni inamovible.

Es indispensable que el niño reciba amor para poder darlo. Las primeras experiencias maternas (pecho, caricias, alegría, ternura, etc.) son esenciales para la vida futura, ayuda al niño para que integre su propio sexo el cual es fundamental. El desarrollo libre de su motricidad y de experiencias e iniciativas personales va a condicionar una sexualidad sana, así como el establecimiento de unas relaciones paterno/filiales.

Cabe señalar que la educación sexual corresponde a la familia en cuanto a educación afectiva y a la escuela, en cuanto que esta se desarrolla en un régimen de coeducación. La formación e instrucción corresponde a la familia por lo menos en cuanto a información espontánea y sistemática. También en la familia es importante manejar gradualmente lo científico y sistemático, aunque esto muchas veces está condicionado por el nivel cultural.

A través de la historia se ha demostrado que en muchos pueblos, la educación sexual ha sido prohibida, mala e indebida. Hablar de sexo es todavía para muchas personas, despertar a los jóvenes adolescentes ideas y pensamientos malsanos y creen que el callar y no mencionar temas sexuales dejan de existir los problemas relativos a ello. La madurez sexual permite al ser, proyectarse ante la sociedad en forma muy especial y diferente a la conducta observada en la infancia y con los adultos.

Específicamente y de acuerdo al diagnóstico de la población se pudo observar en la entrevista realizada a padres e hijos que la educación sexual era un tema prohibido para hablarlo en el seno familiar y en alguno de los casos, manifestaron los adolescentes que sus padres les decían que era mala e indebida. Así mismo se obtuvo la información que en algunos centros de estudio de inclinación cristiana hablar de sexualidad o de métodos de prevención de embarazos era prohibido. O bien sí se permitía

hablar de aspectos generales de sexualidad, pero en ningún momento se tocarán temas relacionados a los anticonceptivos o preservativos, con la idea de que los jóvenes o jovencitas no tuvieran una vida sexual activa prematura o de promiscuidad, y como consecuencia produce una población demográfica incontrolable, que conlleva paralelamente factores de asinamientos, psicológicos, emocionales y de pobreza.

*Por lo tanto, "la educación sexual bien planeada debe orientar a los jóvenes sobre los procesos de desarrollo y de madurez sexual con un alto criterio sobre el sexo y conducir al adolescente a aceptar conscientemente (no por instinto) los modos elevados de satisfacer a la edad oportuna sus inquietudes y convertir esa relación humana en asuntos deseables para establecer la salud mental en un individuo y en una sociedad sana.*

*Un cuerpo sano sin enfermedades transmisibles y una mente sana sin sentimiento de culpa, son factores importantes para el matrimonio estable. La abstinencia o castidad antes del matrimonio contribuyen al éxito de la unión, haciendo la expresión amorosa más idealista y conservando entre el hombre y la mujer dando como resultado un alto grado de auto respeto. Por otro lado, la falta de educación sexual y las relaciones de los principios morales contribuyen a la prostitución y acarrear graves problemas sociales (relaciones premaritales y extramaritales, divorcio, embarazo en madres adolescentes, aborto). No es fácil evitar la diseminación de infecciones de transmisión sexual (gonorrea, sífilis, herpes, VIH, Sida) o de evitar el embarazo en relaciones sexuales clandestinas" (COESPO. Folleto; 1995, 85.)*

Por ello es primordial implementar en la población meta la importancia sobre la planificación familiar, la cuál hace referencia *"al proceso de toma de decisiones que una pareja hace respecto al tipo de*



*familia que desean conformar y al proyecto de vida familiar que desean construir"* (Romero, L ;1985, 78). Comúnmente se confunde planificación familiar con "no tener hijos", "lo que hace una pareja para no tener hijos", "el uso de métodos para no tener hijos" etc. Sin embargo ese concepto no es planificar una familia, aunque algunos de estos elementos si hacen parte de la toma de decisiones que debe tener una pareja que planifica intencional y conscientemente una familia. Escoger un método para regular la fecundidad es una cosa y planificar una familia es otra más compleja aún, escoger un método para regular la fecundidad hace parte del proceso de planificación familiar.

Ser padre y madre es una experiencia maravillosa que puede ser fuente de realización personal, siempre y cuando, se tenga la preparación adecuada para ello. Cada quien escoge como llegar a la paternidad y a la maternidad: por azar, las circunstancias o como resultado de una libre, consciente y responsable decisión. La planificación familiar requiere de un *"proceso complejo de formación que se debe promover desde tempranas edades, valores, actitudes y habilidades para una paternidad/maternidad responsable y exitosa como producto de una opción libre y consciente"* (FLASSE; 2002, 28). Esto requerirá de procesos intencionales, permanentes y sistemáticos de educación sexual tanto en el sistema educativo como familiar.

Para tal efecto es necesario la intervención de la atención psicosocial a las madres embarazadas de pre y post parto del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

Desde el punto de vista de López Gamboa, Guadalupe *"un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales u otro problema*

*relacionado con el contexto en el que se han desarrollado alteraciones experimentadas por la persona” (López Gamboa, Guadalupe; Dto. Apoyo Salud Mental Comunitaria). Lo anterior pudo evidenciarse como una problemática psicosocial directamente en la población meta y de donde se desprenden los embarazos en madres solteras, madres adolescentes que no cuentan con el apoyo del padre del bebé, lo cuál trae consigo una serie de consecuencias desfavorables, tanto para la madre como para el feto que se está formando.*

*“El tener hijos, especialmente para la madre tenía una importancia emocional única, pues solamente la mujer que llegaba a ser madre se consideraba que realmente había cumplido con su deber; únicamente a aquella que deseaba tener hijos se le consideraba normal. Sin embargo, actualmente hay menos razones culturales y económicas para llegar a ser padres” (Papalia, Diane y Sally Wendkos Olds; 1999, 53).*

De acuerdo a los aspectos socioculturales de nuestro país hay mujeres que se embarazan sin tener los conocimientos básicos para procrear un hijo, generando con ello problemas psicosociales. *“Cuando las mujeres tienen hijos por razones equivocadas como las siguientes, pueden generar problemas mayores para ellas y para sus familias:*

- *Los niños le darán sentido a mi vida*
- *Seré una buena hija si tengo hijos*
- *No puedo ser mujer total, sino tengo un bebé*
- *Un bebé arreglará mi matrimonio” (Papalia, Diane y Sally Wendkos Olds; 1999, 54).*

Lo anterior provoca en la mujer el deseo de embarazarse aunque luego sean madres solteras y no puedan ofrecerle al hijo(a) un hogar integrado; muchas veces creen que el tener un hijo les solucionará la falta

de sentido de vida o se crea que sino se realiza como madre no será una mujer completa. En nuestra sociedad actualmente se mantiene la creencia de que una mujer solo sirve para tener hijos y ser ama de casa; manifestándose con mas frecuencia esta problemática en las familias indígenas, que por razones culturales no permiten que la mujer reciba educación desde su niñez, lo cual repercute en embarazos prematuros y que las mismas no se realicen en otras áreas de su vida. Ya que un embarazo debe ser planificado para beneficio de la pareja y del nuevo ser que está por nacer.

Desde el punto de vista científico el inicio del embarazo se da con la unión del material genético del padre y de la madre. *"Mas o menos catorce días después del comienzo del período menstrual, puede ocurrir la fecundación. Este es el proceso mediante el cuál una célula del semen de un hombre se une con un óvulo de una mujer para formar una célula nueva, única, llamada cigoto"* (Papalia,Diane y Sally Wendkos Olds; 1999, 56). Es una etapa importante para la mujer, en donde debe adquirir los conocimientos sobre los cuidados prenatales para la procreación de un nuevo ser.

Un embarazo puede ocurrir con la ausencia del período menstrual. *"Por lo general un embarazo se detecta tempranamente cuando sobreviene la ausencia del período menstrual y se aprecian síntomas tales como: náusea, hipersensibilidad de los pechos y sensaciones de fatiga. Las reacciones emocionales ante un embarazo dependen mucho de cada persona incluso cuando se trata de un embarazo deseado, este suele ser fuente de duda y preocupaciones.*

*Un embarazo o gestación tiene de duración promedio 266 días teniendo después de la fecundación y a lo largo del período prenatal, un*

*complicado programa genético que influye en el desarrollo de billones de células especializada” (Salguero, Manuel; 1993, 187-188)*

En el mismo ocurren tres etapas del desarrollo prenatal:

- Germinal
- Embrionaria
- Fetal

Al concluir el desarrollo fetal continúa el proceso de nacimiento. *"El nacimiento es el comienzo y el final: del climax de todo lo que ha sucedido desde el momento de la fecundación. Trabajo de parto es una expresión apropiada. El parto es un trabajo difícil para la madre y el bebé, pero que da como resultado un maravilloso premio. El trabajo continuará durante años mientras los padres aprendan a cuidar de su hijo y este aprende cómo contruir una vida en el mundo. Por consiguiente, desde el comienzo, los seres humanos actúan sobre su ambiente con el fin de crear condiciones para su desarrollo.*

Es necesario que después de haber pasado la madre por el proceso del embarazo, ésta se dedique a su recién nacido, para que el mismo viva bajo los cuidados materno afectivos, y por ende del padre y de los demás integrantes de la familia.

Otro aspecto importante en el proceso del embarazo es lo que se refiere a los cuidados prenatales adecuados, los cuales influyen en que los bebés nascan sanos, con menos probabilidad de bajo peso y con otras anomalías fetales.

Al quedar embarazada la madre, el bebé está íntimamente conectado a ella tanto física como emocionalmente. No sólo lo que la

madre ingiere es transmitido al bebé, sino también sus emociones y sentimientos. Por eso es importante que la madre se sienta feliz, tranquila, relajada y lleve consigo un estilo de vida saludable. Por ende, es elemental que las madres de pre-parto del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, reciban la asesoría previa sobre cuidados prenatales, los cuales brindarán al nuevo ser, mejores posibilidades de llegar al mundo en buenas condiciones, para afrontar los retos de vivir fuera del útero. Para tal efecto es importante que se tomen en cuenta los siguientes aspectos:

- *"Mantener una dieta balanceada que le permita adquirir todos los nutrientes necesarios para el bienestar de la madre y el del bebé.*
- *Beber abundante líquido, sobre todo agua, durante el embarazo.*
- *El consumo de calcio ( leche, queso, zumo de naranja, cereales, espinaca, brócoli, etc...)*
- *Evitar el consumo de: **alcohol**, una de las causas más frecuentes de anomalías congénitas mentales y físicas; **drogas**, incluye el parto prematuro, el retraso del crecimiento, diversas anomalías congénitas y problemas de aprendizaje y de conducta; **nicotina**, parto de bebé muerto, parto prematuro, bajo peso al nacer, asma y otros problemas respiratorios; **cafeína**.*

Es importante señalar que de acuerdo con las investigaciones realizadas, cada vez aparece con mayor claridad la imperiosa necesidad de proporcionar a las futuras madres el necesario apoyo emocional durante su embarazo, así como los cuidados prenatales que estos implican, información acerca de la gestación, el parto y las posibles enfermedades a las que se encuentran expuestas, con el fin de conseguir una mejor adherencia terapéutica y un mayor control sobre la ansiedad, tanto antes como durante el parto.

Un factor que se debe tomar en cuenta también durante el embarazo es la estimulación prenatal, la cuál crea un fuerte apego familiar aún antes de nacer, permite enseñarle a los bebés en el útero. Este aprendizaje prenatal, no sólo optimizará el desarrollo mental sino que le ayudará a la madre a crear una corriente continua de comunicación con él. Los bebés estimulados antes de nacer, tienden a exhibir un mayor desarrollo visual, auditivo y motor; tienen mayor capacidad de aprendizaje y superiores coeficientes de inteligencia.

La manera como los padres interactúan con los bebés antes de nacer tiene un impacto en el desarrollo posterior del niño. Una persona puede confiar en sí misma, porque se sabe amada desde el momento en que fue concebida. Optimismo, confianza y cordialidad son consecuencias naturales de este sentimiento y puede ser transmitidas fácilmente cuando el útero se convierte en un cálido y enriquecedor ambiente. Comunicarse con el bebé, le proporcionará el ambiente estable y amoroso que todo niño necesita para aprender y crecer.

Algunas técnicas de estimulación prenatal que aprovechan las capacidades de sentir, oír y ver del nuevo ser son las siguientes:

- *"Técnicas auditivas: Puede iniciarse a la sexta semana de gestación (aproximadamente 2 meses). Hablarle, cantarle y leerle cuentos, decirle que lo ama. Ponerle música suave, de preferencia clásica con predominio de violines y/o piano. Colocar el aparato de música cerca del vientre.*
- *Técnicas táctiles: Mientras se estimula auditivamente también puede la madre "acariciar" dando un masaje suave a su vientre en busca de sentir las partes de su bebé. Puede también dar suaves*

*toquecitos con la mano en busca de estimularlo. Presionar con suavidad el vientre.*

- *Técnicas visuales: A partir de la 6o y 10o semana de gestación se hace mas efectiva. Colocar una linterna prendida con la luz dirigida al vientre y moverla suavemente por toda la superficie del abdomen. Enriquecer dicha estimulación con la auditiva y la táctil. Se puede cambiar el color de la luz colocando plásticos transparentes de color.*
- *Técnicas motoras: Estas se brindan cuando la madre hace ejercicio. Mejora el centro de equilibrio del niño y lo pone en alerta” (Revista: Tu Hijo; 2005, 44-47)*

Es primordial que durante los meses de embarazo la madre combine la estimulación prenatal con algún tipo de actividad física, esto ayudará a preparar el cuerpo para el parto y permitir que, a pesar de las libras de más, el cuerpo mantenga su forma.

Durante el embarazo varias emociones coexisten, muchas veces siendo contradictorias unas con otras. Alegría, amor, dudas, miedos, etc... irrumpen en el embarazo y generalmente son difíciles de manejar. De esta manera junto con el trabajo corporal ofrece una preparación integral de la maternidad y no sólo para el momento del parto. Este tipo de gimnasia aeróbica incluye técnicas de respiración y relajación, aliviando muchos dolores típicos del embarazo, creando un bienestar general y otorgando mayor flexibilidad.

Por ende, produce varios beneficios tanto a nivel físico como emocional y psicológico:

- *"En relación al cuerpo provoca mayor agilidad*

- *Mejora el estado corporal*
- *Ayuda a mejorar el sueño*
- *Alivia tensiones y genera mayor movilidad articular suprimiendo los dolores de cuello, cintura, espalda; evita calambres, edemas y várices*
- *Mejora la sexualidad*
- *Ayuda a manejar el dolor*
- *Mejora la interacción mamá, papá, bebé en formación*
- *Optimiza el desarrollo de los sentidos*
- *Base para su aprendizaje*
- *Asegura la salud física y mental del niño por nacer*
- *Desarrolla el vínculo afectivo niño-padres-familia*
- *Desarrolla la comunicación, lenguaje, vocabulario, coordinación visomotora, memoria, razonamiento e inteligencia social, funciones básicas para iniciar y continuar con éxito la educación formal.”*  
(Clapp, J.F; 2000, 271)

Todo lo anterior genera en la madre una mayor preparación para el momento del parto, disminuyendo la posibilidad de una cesárea. Sin embargo, a nivel emocional la gimnasia aeróbica ayuda a controlar las ansiedades y los miedos; mejora el estado de ánimo; proporciona recursos de auto-asistencia; ayuda a comprender de mejor manera las relaciones con la pareja y la familia.

La idea es integrar el trabajo del cuerpo con el de las emociones. Estar embarazada genera cambios a todos los niveles y es bueno hacer alguna actividad que los integre, para hacer que la mujer no se sienta totalmente otra. La incorporación natural de estos cambios, paso a paso, favorece un mayor bienestar físico y psíquico que luego se transmite en todo lo que hace, siente y piensa. Comenzar desde el tercer mes cumplido



o sea una vez que el embarazo está afianzado y que las molestias que pueden haber surgido ya han casi desaparecido, es una buena opción.

La gimnasia aeróbica genera modificaciones a nivel de postura, mejora la tensión muscular, recobra el equilibrio y lo sostiene, sin hacer ningún daño a la madre ni al bebé. La idea es trabajar no con repeticiones sino con la intención de incorporar el movimiento o la nueva postura como un aprendizaje que permite hacer propias nuevas maneras de desplazarse, sentarse, estar de pie e incluso dormir mejor.

Entre los ejercicios que se aplican están:

### ***Ejercicios circulatorios***

*"Se realizan en posición tumbada. El efecto que se busca es neutralizar y compensar las dificultades circulatorias de las extremidades inferiores ( edemas y varices). Al mismo tiempo, refuerzan el tono muscular de pies, piernas y muslos. Esto ayudará a compensar el exceso de peso.*

- *Imagina que estás dibujando círculos con el dedo gordo de tus pies. Moviliza sólo el pie realizando los círculos, hacia dentro o hacia fuera. Las piernas deben permanecer apoyadas en la colchoneta o donde estés tumbada. Repítelo entre diez y quince veces. No hay contraindicación si lo haces más veces*
- *En la misma posición que el anterior, moviliza las piernas en tres tiempos: piernas flexionadas, plantas de los pies apoyadas; eleva la pierna derecha flexionando la rodilla, formando ángulo recto entre el muslo y la pierna; y extensión completa de la pierna, mantener unos segundos arriba y volver a la posición inicial, hacerlo entre*

*cinco y diez veces, una o dos sesiones por día” (Clapp, J.F; 2000, 273-274)*

### ***Ejercicios para la pelvis***

- *"En posición tumbada, columna recta, piernas flexionadas y pies apoyados: flexiona la pierna derecha hacia el vientre, sujeta la rodilla con la mano derecha, extiende el muslo hacia fuera y luego la pierna. Volver a la posición inicial. Repite con la otra pierna. Realizar diez veces una sesión cada día.*
- *En posición tumbada, columna recta, piernas flexionadas y pies apoyados: eleva la pelvis unos quince centímetros de la colchoneta, permanece así contando hasta diez, baja suavemente apoyando una a una tus vértebras de la zona dorsal, lumbar y sacra. Repetir diez veces, una sesión cada día.*
- *En la misma posición inicial, moviliza las caderas hacia el lado derecho, procurando que la espalda siga apoyada, vuelve a la posición inicial y repite hacia el otro lado. Cinco veces hacia cada lado. Una sesión al día.*
- *Posición de pie apoyada en una pared lisa, visualiza tu pelvis y eleva el pubis hacia el ombligo, después rectifica volviendo a la posición inicial. Repítelo diez veces cada día.*
- *Posición de pie con las piernas algo separadas para mantener mejor el equilibrio. Con las manos en la cintura, realiza círculos con la pelvis marcando bien los cuatro puntos de referencia: cadera derecha, glúteos, cadera izquierda y pelvis. Si pones música de fondo podrás acompañar los movimientos a una pseudo danza del vientre*

- *Posición de Loto: inspiración y elevación de la espalda apoyandola sobre pared y volver a la posición inicial expulsando el aire. En la misma posición realiza movimientos de rodillas, en aleteo, durante tres o cuatro minutos” (Clapp, J.F; 2000, 275-276).*

### ***Ejercicio de suelo pélvico***

*“Es un ejercicio importante como entrenamiento al parto, pero es fundamental para la recuperación del suelo pélvico y la prevención de pérdida involuntaria de orina.*

- *Posición tumbada: inspiración y expulsión del aire, visualización de la vagina y contracción de la misma, elevación de pelvis ( 10 cm. de la colchoneta ) y reforzar la contracción contando hasta 10. Volver a la posición inicial*
- *Se puede intensificar el ejercicio juntando las rodillas y presionando una pelota, al mismo tiempo que contraes la vagina” (Clapp, J.F; 2000, 277)*

### ***Ejercicio para la espalda (posición del gato)***

- *“Posición inicial, de rodillas y las manos apoyadas en el suelo: inspiración manteniendo la espalda paralela al suelo, espiración lenta arqueando la espalda hacia fuera, como un gato enfadado” (Clapp, J.F; 2000, 277)*

### ***Ejercicio expulsivo***

- *“Posición inicial semisentada. Se realiza una respiración completa para prepararte (inspiración-espiración). Nueva inspiración profunda con bloqueo del aire, como si fueras a bucear, eleva la cabeza*

*acercando la barbilla al pecho, los codos hacia fuera y empuja con los abdominales para obligar al niño a descender por el canal del parto de manera continuada, hasta que tengas que intercambiar el aire.*

- *De nuevo repones el aire y otra vez vuelves a empujar de manera continuada. Después aflojas tu cuerpo y respiras despacio y profundo” (Clapp, J.F; 2000, 278)*

El objetivo de toda esta preparación integral es proporcionar herramientas que ayudan al goce pleno del embarazo, al acercamiento y unión más íntimo de la pareja, al contacto consciente y estimulador madre niño desde el útero y la creación de una elevada autoestima que fortalezca una poderosa actitud positiva hacia el parto.

*“La maternidad trae consigo temores ocultos como la incapacidad para velar por el bienestar de un ser tan pequeño e indefenso. Sin embargo, se debe saber dos cosas importantes: la primera, que el bebé necesita dedicación exclusiva; y la segunda, que aunque todo parezca complejo el instinto será el gran aliado de la madre y tendrá la capacidad de responder y atender cada una de las necesidades del niño” (Revista: Tu Hijo; 2005, 52-54). Existen cuidados del neonato básicos y esenciales durante sus primeras semanas, los cuáles se deben tomar en cuenta:*

- *“Cordón Umbilical: Tratar de mantener el área limpia y seca. Si el fragmento de cordón se humedece, el proceso de desprendimiento es aún más lento. Hay que mantener doblado el extremo superior del pañal para que el cordón quede al aire y protegido de la orina; humedecer una parte de algodón con alcohol y pasarlo sobre la base del cordón en cada cambio de pañal para ayudarlo a secar; observar que no presente señales de infección (sangrado excesivo, mal olor o*

*secreción). Si es el caso, consultar al médico; no intentar arrancar el fragmento del cordón por cuenta de la madre.*

- *Cambio de pañal: Se debe realizar con frecuencia para evitar salpullidos y quemaduras, además de que se ajuste perfectamente. Si le aprieta mucho, favorece la humedad y es un ambiente propicio para las bacterias y las infecciones. Si el bebé presenta pañalitis, utilizar una toalla húmeda en agua caliente en vez de las toallas húmedas; aplicarle una crema antipañalitis, sin lanolina y colocarle un nuevo pañal.*
- *Sacarle gases: Hacerlo cada vez que se cambie de seno o cuando la pacha vaya por la mitad. Ayudándole de la siguiente manera: apoyarlo sobre el hombro, el cual debe estar cubierto con una toalla limpia; darle algunas palmaditas durante un par de minutos; mantenerlo en una posición vertical durante 10 a 15 mins. Después de haberle dado de comer, para evitar que la leche se le devuelva.*
- *Cuidado de los ojos: Si el bebé amanece con costras en los párpados, acostarlo boca arriba y limpiárselo con una toalla húmeda; si le prescriben gotas, aplicárselas en el extremo interno de ambos ojos. Las infecciones de los ojos son extremadamente contagiosas. Las toallas y ropa deben permanecer limpios y separados del resto de prendas de la familia.*
- *Limpiar los oídos: No introducir algodón o cualquier otro material, ya que podría lesionarle el tímpano; humedecer un pedazo de tela de algodón en agua tibia, con suavidad limpiar los rincones y hendiduras del oído externo.*

- *Bañarlo: la limpieza es importante, evitar mojar el cordón umbilical; la habitación debe ser tibia y se debe tener todos los elementos necesarios a la mano, por ejemplo: toalla, jabón, pañal, crema, ropa, etc.. Vertir agua tibia en el baño del bebé de manera que la temperatura de la misma sea tolerable para el bebé; sostenerlo en un brazo y con la otra mano comenzar a enjabonar el cuerpo y luego quitarle el jabón; cuando se haya terminado envolverlo en una toalla. Un bebé no requiere un baño diario. Dos o tres veces por semana es suficiente para su limpieza” (Revista: Tu Hijo; 2005, 52-54).*

Otro aspecto que se toma en cuenta para el buen desarrollo del neonato es la leche materna, a la cuál se le atribuyen propiedades nutritivas y de inmunización; también es conocida su influencia en el desarrollo emocional e intelectual. Pero los beneficios de la lactancia van más allá: ayuda a perder peso la madre, reduce el riesgo de enfermedades y fortalece los huesos.

Las ventajas de la lactancia para la salud son mas marcadas durante los dos primeros años y más. *“Entre las enfermedades que previene o minimiza la lactancia materna están: la diarrea, las infecciones respiratorias e infecciones con estafilococo y del tracto urinario” (Papalia,Diane y Sally Wendkos Olds; 2001, 181)*

*“Alimentar a un bebé es un acto emocional y físico. El cálido contacto con el cuerpo de la madre estimula el vínculo entre ella y el bebé. La calidad de la relación entre los padres y el bebé, así como el afecto y el cuidado que acompañen las sesiones de alimentación pueden ser mas importantes para el desarrollo emocional del infante que el método de alimentación que se emplee” (Papalia,Diane y Sally Wendkos Olds; 2001, 182)*

## **2.2. OBJETIVOS:**

### **2.2.1 Objetivo General:**

Contribuir al mejoramiento de las condiciones psicosociales de las madres de pre y post parto a partir de un proceso psicoeducativo, que les permita una vida más digna.

### **2.2.2 Objetivos Específicos:**

#### **2.2.2.1 Subprograma de Servicio**

- Brindar atención psicológica y orientación psicoterapéutica a madres de pre y post parto de consulta externa e interna del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

#### **2.2.2.2 Subprograma de Docencia**

- Fomentar el aprendizaje de gimnasia aeróbica (técnicas corporales) y estimulación pre-natal a madres de pre-parto de consulta externa, a través de charlas participativas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
- Promover el conocimiento psicológico sobre educación sexual a madres post parto de consulta interna, a través de charlas participativas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.
- Desarrollar el aprendizaje en madres de post-parto de consulta interna sobre cuidados materno infantil, a través de charlas participativas, del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt

### 2.2.2.3 Subprograma de Investigación

- Identificar cuáles son los factores socioculturales que influyen en las mujeres de post parto, comprendidas entre las edades de 21 a 45 años, que han procreado de tres a cinco hijos, que asisten al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

### 2.2.3 METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO

El Ejercicio Profesional Supervisado EPS, se realizó en el año 2006, a través de los subprogramas de: Servicio, Docencia e Investigación, cuya aplicación se practicó en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala el cuál estuvo supervisado por el Jefe del Departamento de Psicología del hospital. Dirigido a madres de consulta externa e interna, con la finalidad de contribuir a mejorar las condiciones psicosociales de las madres de pre y post parto de Gineco-Obstetricia, referidas por los médicos y enfermeras; como consecuencia de la presencia de signos que evidencian algún tipo de trastorno psicológico, para disminuir las incidencias consecuentes de los mismos. Se brindó orientación psicoeducativa a madres de pre y post parto de Gineco-Obstetricia y se identificaron cuáles eran los factores socioculturales que influyen en las mujeres pre y post parto, comprendidas entre las edades de 21 a 45 años de edad, que han procreado de tres a cinco hijos. Cada uno de los subprogramas se abordó por separado con su propia estructuración metodológica, los cuales se describen a continuación:



### **2.2.3.1 SERVICIO:**

#### **Evaluación Psicosocial**

Previo al inicio de este subprograma se realizaron entrevistas de diagnóstico a las madres de pre y post parto de consulta interna y externa, con el fin de recoger sus impresiones respecto a sus necesidades e intereses, y/o problemas psicosociales. Siendo algunos de ellos: depresión post-parto, problemas conyugales, familiares, embarazos no deseados, aborto inducidos y no inducidos, etc...

#### **Fase de Divulgación**

Se presentó y divulgó el Subprograma de Servicio, ante las autoridades del Hospital, médicos y madres de pre y post parto del Departamento de Gineco-Obstetricia. El cual fue aceptado para su ejecución; así mismo manifestaron muestras de agradecimiento hacia la Universidad de San Carlos, como parte del Ejercicio Profesional Supervisado.

A las madres de post parto se les informó en la sala de encamamiento de forma verbal y escrita sobre el servicio de atención psicológica que se brindaría a las pacientes que estuvieran presentando algún signo o síntoma de problemas emocionales. Y a las madres de pre parto de consulta externa se les dio a conocer el servicio de forma verbal. Con el objetivo de incentivar su interés, participación y apoyo en el desarrollo de este subprograma; haciéndoles ver la utilidad que representaría para ellas el acudir a la atención psicológica y orientación psicoterapéutica.

## **Fase de Selección**

Se solicitó a los Médicos y Personal Paramédico su colaboración para que refirieran a las madres de pre parto de consulta externa, que presentaran problemas psicológicos, a través de una hoja de referencia, en donde se incluyeron ítems que debían ser completados con toda la información que se le solicitaba, para obtener así mayores datos acerca de la problemática de las madres. Con las madres de post parto de consulta interna, los médicos y enfermeras enviaban directamente una hoja de consulta, para evaluar a las pacientes que de acuerdo a su observación presentaban algún trastorno psicológico o emocional.

## **Fase de Evaluación Diagnóstica**

Para la recolección de la información, en primer lugar se realizaron entrevistas y observaciones individuales a las madres de pre y post parto de consulta interna y externa. Así mismo se elaboraron las historias clínicas; siendo esta un instrumento en el cual se reúne la información sobre datos generales, motivo de consulta, queja principal, historia del problema, historia personal, familiar, social, laboral, sexual, signos y síntomas, examen mental, impresión clínica, pruebas psicométricas, diagnóstico, plan psicoterapéutico y hoja de evolución.

Posteriormente según el caso se le solicitó a las pacientes que relataran un testimonio de los hechos traumáticos o de su historia de vida; ésta técnica es una herramienta tanto preventiva como rehabilitativa en el campo de la salud mental. Relatando el paciente los hechos más relevantes o traumáticos que le han sucedido en su vida y a la vez se le plantean alternativas de solución de su problema. Así mismo tiene un valor terapéutico a nivel psicosocial, pues posibilita ir reuniendo el dolor

individual de la persona afectada por algún acontecimiento trascendental en sus experiencias de vida.

## **Fase de Atención**

Al inicio de la atención psicológica se elaboró un cronograma de consultas de las pacientes que acudieron a este servicio. Para tal efecto se destinaron los días martes y jueves, en un horario de 8:00 – 12:00 horas, con una duración de 45 minutos cada sesión por paciente.

Posteriormente a la planificación de las citas se elaboraron expedientes para cada madre que requirió atención psicológica, incluyendo su ficha clínica, testimonio de vida, hoja de evolución y en algunos casos pruebas psicométricas. A excepción de las madres de encamamiento se referían dependiendo de su caso a la consulta externa de psicología.

Dentro de los trastornos más frecuentes que se encontraron en la población tratada fueron: episodio depresivo leve, estrés post-traumático, problemas conyugales y problemas paterno filiales. Entre los menos tratados fueron: psicosis post-parto y duelo no resuelto. Todos como resultado de la historia clínica y basado en el CIE-10. Entendiéndose como CIE-10: *"Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, es una clasificación estadística, no sólo de trastornos mentales sino de otras enfermedades y estados patológicos. Se trata de un instrumento esencial para la recogida y contrastación de datos sobre índices de morbilidad y mortalidad a escala internacional en la que los trastornos mentales han ido adquiriendo un lugar mas prominente.*

*El capítulo que trata los trastornos mentales en la CIE-9 sólo contenía categorías mientras que en la CIE-10 se incluyen cien. Esta*

*versión contiene una presentación multiaxial (al igual DSM-III), así como una versión para la práctica psiquiátrica infantil y otra para investigación, de forma que se cubren las necesidades de los distintos usuarios (clínicos, investigadores, estadísticos, especialistas, entre otros).*

*La Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10 presenta una descripción de cada trastorno, el diagnóstico diferencial y los principales síntomas a tener en cuenta para el diagnóstico. La mayor concreción de los trastornos de la CIE-10 en comparación con la CIE-9 conduce a una disminución de la prevalencia del trastorno, lo que puede afectar a la política de servicios psicológicos y psiquiátricos.*

*No obstante la CIE-10 presenta algunos puntos positivos, que en opinión de este autor Rutter (1989)son los siguientes:*

*- Su utilidad clínica por la forma flexible en la que están descritos los trastornos.*

*-Es un instrumento útil en la formación de los profesionales por la forma explícita en que se presentan los conceptos y por la acumulación de conocimientos que contiene.*

*-Su capacidad para adaptarse a los conocimientos nuevos” (González Barrón Remedios; 2000. 85 ).*

## **Instrumentos y Terapias Aplicadas**

Los instrumentos que se utilizaron en el desarrollo de la atención y orientación psicológica en todos los casos atendidos fueron: observación, entrevista, hojas de referencia, ficha clínica, exámen mental, hojas de evolución, testimonio de vida.

Refiriéndonos a la observación directa *“es una técnica útil para sondear aquellos aspectos de la conducta que no son accesibles a otros métodos convencionales, como por ejemplo el estudio de la conducta del individuo en situaciones naturales o espontáneas. Se llevan a puntos sistemáticos en términos de objetivos de conducta. Observar directamente es estar cuidadosamente atento a una situación inmediata. La observación directa puede ser activa si el observador también participa en la situación.* Esta técnica se utilizó para la detección de la conducta no verbal, de los signos de su trastorno y las pautas relevantes del exámen mental en las pacientes.

Por medio de la entrevista las pacientes expresaron libremente sus opiniones y actitudes respecto al objeto de la encuesta. La misma fue realizada con las pacientes que asistieron por primera vez a la consulta,

Otro instrumento valioso que se utilizó en el desarrollo de la atención psicológica fue el de las hojas de referencia, documento en el cual se anotaron los datos generales de la paciente, el servicio de donde estaba siendo referida y el motivo de consulta a psicología; la misma era firmada y sellada por el doctor que evaluó a la paciente. Con esta hoja recibida por la epesista de psicología del departamento de Gineco-Obstetricia procedía a la elaboración de su historial clínico.

Con respecto a la ficha clínica interna del hospital, este instrumento se utilizó para obtener toda la información de las pacientes, tales como: datos generales, motivo de consulta, información familiar, antecedentes médicos, desarrollo de hábitos, pruebas o test y observaciones. Esta ficha era completada por la epesista exclusivamente para las pacientes de primera consulta externa. Con el objetivo de obtener información general y

llevar un control estadístico de pacientes atendidas; misma que era archivada en el expediente de cada caso.

Un instrumento esencial en la atención y orientación psicológica, es el referente al examen mental, donde se anotaron sistemáticamente los hallazgos significativos de acuerdo a síntomas o áreas de la estructura y procesos psicológicos de las pacientes, como aspecto general y conducta, sensorio, contenido del pensamiento, autocognición y juicio, lenguaje y estado de ánimo, inteligencia, atención y orientación. Se trató de proveer una guía sistemática de procedimientos para obtener y luego anotar datos que fueron útiles para el exámen psicológico esto incluyó observaciones hechas por la epesista durante el momento de tomar la historia clínica, observaciones de enfermeras y otro personal que trabajó con la paciente (doctor de cabecera), las reacciones de la paciente durante las entevistas, los resultados de la asociación libre que momentáneamente se vuelven alteraciones de la conciencia. Así mismo el exámen mental representa una visión como un corte transversal en el momento en que la paciente se presenta a la entrevista. El período de tiempo (45minutos mínimo por sesión) fue suficiente para observar los procesos mentales.

Paralelamente a la historia clínica y exámen mental se utilizaron las hojas de evolución, las cuáles tienen como objetivo registrar la mejoría o desmejoría de las pacientes, terapias aplicadas, tareas, evaluación en cada sesión del exámen mental y fechas de futuras citas o ausencias a las sesiones.

Acerca de la técnica del testimonio de vida, es una herramienta tanto preventiva como rehabilitativa en el campo de la salud mental. En el cuál se relatan los hechos más relevantes o traumáticos que le han sucedido a la paciente en su vida, planteándoles alternativas por parte del psicólogo

para solución de su problema. Tiene un valor terapéutico a nivel psicosocial, pues posibilita ir reuniendo el dolor individual de la persona afectada por algún acontecimiento trascendental en sus experiencias de vida.

Las terapias que se aplicaron fueron desde un enfoque Cognitivo Conductual a todas madres de pre parto de la consulta externa, con trastornos de episodio depresivo leve, estrés post-traumático, problemas conyugales y problemas paterno filiales. Cada terapia tuvo una duración de 45 minutos por sesión, cada ocho días. Y la Terapia Breve y de Emergencia a madres de post- parto de la consulta interna, que presentaron trastornos de episodio depresivo leve, duelo no resuelto, psicosis post-parto, estrés post-traumático, problemas conyugales y problemas paterno filiales. Cada sesión tuvo una duración de 20 minutos.

### **Fase de Evaluación**

Esta fase se llevó a cabo por la epesista del Departamento de Gineco-Obstetricia del hospital, a través del seguimiento de los casos referidos por los médicos, en hojas de evolución para verificar los logros alcanzados durante las sesiones psicoterapéuticas.

### **2.2.3.2 DOCENCIA**

#### **Evaluación Psicosocial**

Previo al inicio de este subprograma se realizaron entrevistas y encuestas de diagnóstico a las madres de pre y post parto de consulta interna y externa, personal médico y enfermeras, con el fin de recoger sus impresiones respecto a sus necesidades e intereses. Manifestando

necesidades de aprender y de mejorar sus niveles de conocimiento. Sugiriendo temas de interés tales como: "*cuidados del bebé, cuidados durante el embarazo y cómo dar de mamar*". Así mismo se tomó en cuenta lo sugerido por el personal médico acerca de "*cuidados prenatales y cuidados del neonato*" y por las enfermeras acerca de "*gimnasia aeróbica y educación sexual*".

### **Fase de Incorporación**

Se llevó a cabo la presentación y divulgación del subprograma de docencia a las autoridades del Hospital, médicos y madres pre y post parto del Departamento de Gineco-Obstetricia, con el objetivo de fomentar el aprendizaje sobre cuidados materno infantil, gimnasia aeróbica y conocimiento psicológico sobre educación sexual.

### **Fase de Organización**

En esta fase se promocionó el servicio por medio de carteles y afiches, los cuales fueron colocados en la consulta externa e interna del Hospital, así como también se les informó de forma verbal a las pacientes que acudían a la consulta externa e interna.

Se tuvo una reunión con el personal de enfermería, en donde se determinaron los días lunes y miércoles, en horario de 10:00- 12:00 hrs. para la realización de las charlas participativas y la gimnasia aeróbica, con una duración de 40 mins. cada sesión.



## Fase de Abordamiento

En esta fase se abordaron los temas siguientes: cuidados materno infantil y educación sexual, según la calendarización programada, a través de charlas participativas y dinamizadas, las cuáles se llevaron a cabo con madres de post parto. Las actividades se iniciaron reuniendo a las madres de post parto en los encamamientos, formando grupos de 7 mamás como máximo. Luego se iniciaba la actividad programada que era la charla de cuidados materno infantil o la charla de educación sexual, se realizaba una evaluación, como por ejemplo preguntándoles si habían escuchado del tema o si sabían del mismo, las madres que sabían del tema se les solicitaba que lo compartieran con las demás para poder crear un ambiente de confianza y de participación a la actividad. Conforme el desarrollo de las charlas surgían dudas con respecto a los temas expuestos. Las cuáles fueron: ¿hasta qué edad era bueno darles de mamar?, ¿cómo se cambiaba el pañal?, ¿cómo y a qué hora era bueno bañarlos?, ¿cómo se cuidaba el ombligo?, ¿a qué edad es "bueno" hablarles a los hijos de sexualidad?, ¿cómo empezarles hablar de sexualidad?.

Adicional a lo anterior se trabajó con las madres de pre parto, la gimnasia aeróbica la cual incluyó ejercicios de estimulación prenatal. Este grupo se formó con las madres que asistían a la consulta externa, quienes fueron llevadas a la clínica de psicología para realizar los ejercicios que se tenían planificados. Al iniciar la actividad se les preguntaba si tenían algún tipo de contra-indicación para realizar alguna actividad física, embarazo con riesgo y qué mes de gestación llevaban. Frente a estos cuestionamientos las respuestas fueron: *"mi embarazo va bien, el doctor me dijo que tenía que hacer ejercicio para que así no tuviera tanta molestia en mi espalda porque he subido mucho de peso..."*, *"hasta ahora*

*todo va bien y no me dijo nada el doctor”, "a mí el doctor si me dijo que tenía que hacer un poco de ejercicio y por eso me dijo de los ejercicios que estaban dando para las embarazadas”*

## **Instrumentos y Técnicas Aplicadas**

Para su desarrollo las técnicas que se utilizaron en este subprograma, fueron los métodos participativos grupales e individuales, considerando a las madres embarazadas de pre y post parto y para iniciar un proceso de educación, dados sus condiciones perceptivas, de memoria y atención como elementos psicológicos del desarrollo, se optò por elegir ésta técnica, como herramienta psicopedagógica eficaz que formó parte de la metodología de la epesista, consciente que el aprendizaje es un proceso dinámico y de doble vía de enseñanza-aprendizaje, permitiendo *"la identificación de niveles de participación, de resistencia al cambio, grado de libertad que facilitamos en los procesos participativos de concientización grupal y social."*

Para su implementación, fue importante tomar en consideración las características de la metodología participativa. Tomando en cuenta lo anterior, es importante reconocer los beneficios que tienen las técnicas participativas, como un recurso psicopedagógico, que cada vez se hace necesario en el proceso de enseñanza-aprendizaje, el cual debe ir acompañado de las necesidades y de la realidad de su entorno; contribuyendo a un mejor conocimiento, para tomar acciones concretas dirigidas al mejoramiento de la salud física y mental.

Dentro de las actividades participativas grupales, se empleó la dinámica de la telaraña y el de la papa caliente, los cuales consistieron en mencionar algunos aspectos importantes de cada charla impartida en ese

momento, por ejemplo: mencionar algún cuidado que debía tener el bebé en su crianza, el de la gimnasia prenatal y educación sexual que habían aprendido. En las técnicas participativas individuales, se les pidió a las participantes que expresaran cómo les había parecido la actividad, si les había interesado el tema y de la exposición de la epesista.

### **Fase de Evaluación**

Se realizó la evaluación de los contenidos por medio de preguntas grupales e individuales y retroalimentación, para determinar la efectividad y eficacia del programa. Seguidamente de las exposiciones, se les preguntaba cómo les había parecido la actividad desarrollada o bien que habían aprendido, respondiendo: *"me gustó hacer los ejercicios porque no sabía que uno podía hacer cuando está embarazada, cuando estuvimos haciendo los masajes sentí que mi bebé se movió más, que bonito es aprender sobre todo esto porque cuando tenga a mis otros bebés lo voy hacer..."*, *"aprendí porque no sabía eso de sacarle el aire después de darle de mamar, es bueno que usted le enseña a uno porque a uno no le dicen nada de cómo hacer para cuidar al bebé..."*, *"en mi casa no se habla de ese tema, porque mi mamá es muy religiosa"*, *"no había escuchado de lo que habló pero aprendí ahora de lo que es la sexualidad y lo importante que es para decírselo a los hijos"*

### **2.2.3.3 INVESTIGACIÓN**

#### **Evaluación Psicosocial**

Previo al inicio de este subprograma se realizaron entrevistas de diagnóstico a las madres de post parto de consulta interna, con el fin de determinar el tema a elegir .

Este subprograma se planteó el objetivo sobre: "Identificar cuáles son los factores socioculturales que influyen en las mujeres post parto de consulta interna, comprendidas entre las edades de 21 a 45 años, que han procreado de tres a cinco hijos, que asisten al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Departamento de Sacatepéquez", como una propuesta hecha por la epesista del Departamento de Psicología, según lo observado en el diagnóstico institucional y poblacional, debido a que en esa población se ha incrementado el número de nacimientos, sin haberse tenido anteriormente la identificación de los factores influyentes en tal problemática psicosocial.

#### **Abordamiento Metodológico de la Investigación:**

- Selección del problema u objeto de estudio fue el primer paso para realizar la presente investigación. Para la selección del mismo se pudo evidenciar a través de entrevistas con las madres, que la mayoría de ellas tenían familias numerosas, las cuáles para la edad que tenían eran un factor determinante saber los motivos que influían para tener la cantidad de hijos que tenían.
- Seguidamente se planteo el problema en base a lo referido por las madres de post parto de la consulta interna y por la fundamentación teórica que sustentaba el problema.
- Diseño y elaboración del marco teórico fundamentado relacionado a la investigación, se diseño en base a los temas que se pretendían alcanzar con el objetivo planteado en la investigación.

## **Población y Muestra de la Investigación:**

- Madres de post parto del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, fue la población o el universo en el que se desarrolló el trabajo de investigación específicamente madres comprendidas ente las edades en el rango de 21 a 45 años de edad, que asistieron a la consulta interna del Hospital Nacional Pedro de Betancourt.

## **Instrumentos de Información y Técnicas**

- **Guía de Observación:** Se utilizò el método de observación estructurada para conocer algunos aspectos relacionados con los factores influyentes en la problàmita planteada.
- **Encuesta estructurada:** a madres de post parto de consulta interna: se elaboraron diez ítems o preguntas abiertas directas, para obtener información sobre "Identificar cuáles son los factores socioculturales que influyen en las mujeres post parto de consulta interna, comprendidas entre las edades de 21 a 45 años, de procrear de tres a cinco hijos".
- **Proceso de validación:** la validación del instrumento se inicio con la redacción y contenido de la encuesta estructurada y dirigida a la población estudio; su confiabilidad se medio a través de una prueba piloto al azar con 25 madres de post parto.
- **Aplicación del Instrumento:** entrevista estructurada madres de post parto del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional

Pedro de Bethancourt, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala. Por medio de éste instrumento la población estudio expresó libremente sus opiniones e ideas con respecto a las preguntas planteadas. En la entrevista estructurada se discutieron y trabajaron 10 ítems, para obtener información sobre: a) identificar cuáles son los factores socioculturales que influyen en las mujeres post parto de consulta interna, comprendidas entre las edades de 21 a 45 años, de procrear de tres a cinco hijos; b) información sobre el embarazo; c) creencias para procrear varios hijos; d) influencia de la familia para procrear varios hijos; e) influencia de la religión y las costumbres para llegar a tener varios hijos; f) métodos anticonceptivos y planificación familiar.

- **Técnicas de Estadística:** se utilizó la técnica de recolección de datos cualitativa, la misma se realizó teniendo información directa con las madres de post parto de consulta interna; la valoración estadística se llevo acabo a través de porcentajes.
- **Tabulación, ordenamiento y clasificación de la información:** se clasificaron y ordenaron las respuestas por categorías, seguidamente se elaboró una tabla con la información obtenida de cada persona.
- **Análisis e Interpretación de resultados:** los datos obtenidos de la encuesta estructurada se tabularon por cada ítem para realizar el análisis e interpretación de los resultados.

## **CAPÍTULO III**

### **PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS**

El presente capítulo refleja las distintas actividades y resultados que se alcanzaron en la ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado EPS, planificándose y ejecutándose los programas respectivos, según los objetivos planteados, así como también los cuadros de asistencia en los diferentes subprogramas.

#### **3.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO**

##### **3.1.1 ACTIVIDADES:**

Las actividades de este subprograma se iniciaron con la divulgación del mismo a las autoridades de la institución, personal médico, paramédico y a las madres de pre y post parto de la consulta interna y externa.

En este subprograma se contemplaron como acciones la atención psicológica y orientación psicoterapéutica a madres de pre y post parto de consulta externa e interna. Para la ejecución de los objetivos se solicitó la colaboración del personal médico y paramédico, para hacer las hojas de consulta de las pacientes de consulta interna y de consulta externa, las cuáles necesitaban atención psicológica. Se asistió al piso de maternidad para visitar a las madres que habían tenido alguna complicación o bien si se encontraban con embarazos de alto riesgo; dependiendo de la problemática existente se brindaba atención psicológica, sin embargo hubo pacientes a las cuáles se les refirió a la clínica de psicología de la consulta externa para un tratamiento a largo plazo.

Se brindó terapia breve a las madres de consulta interna. Al finalizar la sesión se llenaba la nota de evolución como constancia de que se atendió psicológicamente a las pacientes, en donde se anotaban todos los aspectos importantes de la evaluación y el examen mental. Se sugería dependiendo del caso referirla al Departamento de Psicología para brindarle la orientación psicológica adecuada. La nota de evolución se adjuntaba al expediente.

En cuanto a las pacientes referidas de consulta externa de maternidad y de ginecología, se solicitó la colaboración del personal médico para llenar las hojas de referencia de las pacientes a las que les consideraba necesario referirlas a psicología. Se contó con la colaboración de enfermería, ya que tenía contacto con las madres embarazadas, a las cuales les practicaba exámenes de VIH, hepatitis y otros... de ahí surgían casos para tratar en psicología. A las pacientes que eran de primera consulta, se les llenaba la Ficha Clínica, que era proporcionada por el Departamento de Psicología; para las que continuaban con las sesiones, se les hacía una nota de evolución, donde se describía el examen mental y los avances en sus logros obtenidos.

En el cuadro siguiente se presenta la asistencia del subprograma de servicio, llevadas a cabo como parte del trabajo implementado con una población de 287 madres de pre y post parto en primera consulta y 242 en reconsulta.



**CUADRO DE ASISTENCIA  
ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y ORIENTACIÓN PSICOTERAPÉUTICA**

<b>Edad</b>	<b>Consulta Externa</b>	<b>Consulta Interna</b>	<b>Población atendida 1ra. Consulta</b>	<b>Población atendida Reconsulta</b>
11-15	2	4	6	5
16-20	8	15	23	18
21-25	19	30	49	43
26-30	26	40	66	58
31-35	30	48	78	65
36-40	17	32	49	38
41-45	5	10	15	14
46-50	0	1	1	1
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>180</b>	<b>287</b>	<b>242</b>

Fuente: Grupo de madres de pre y post-parto de consulta externa e interna, que asistieron al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de febrero a septiembre de 2006.

### 3.1.2 RESULTADOS:

Se considera que los objetivos fueron alcanzados y satisfactorios, tomando en cuenta el avance psicoterapéutico que se le brindó a la población, a través de la recolección de información de la historia de vida de las pacientes; así mismo, por medio de las terapias Cognitivo Conductual y Terapia Breve y de Emergencia aplicadas, se obtuvieron resultados positivos, expresando las mismas: *"Ya puedo hablar de los problemas que tengo, me siento relajada y tranquila", "Se siente uno más tranquilo, desahogado cuando hablo de lo que me pasa, siento que se ha desprendido algo de aquí del pecho...", "He notado que puedo decir lo que siento, me he sentido cómoda y tranquila, es como quitarse una cosa aquí en el pecho...", "Ahora comprendo otras cosas que no sabía porque pasaban, el que venga con usted señor me ha hecho bien..."*

A través de los testimonios de las madres se observaron mejorías en el estado psicológico y emocional; otras manifestaron agradecimiento por

la: "ayuda" que se les brindó. Se observó seguimiento y regularidad en la puntualidad de las sesiones.

Dentro de los diagnósticos más frecuentes que se observaron en las pacientes, se encuentran: episodio depresivo leve, estrés post-traumático, problemas conyugales y problemas paterno filiales. Entre los menos tratados fueron: psicosis post-parto y duelo no resuelto. Para su diagnóstico dichos trastornos se fundamentaban con el manual de la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10. Los diferentes diagnósticos que las pacientes presentaban fueron abordados con la Terapia Cognitivo Conductual.

Dentro de las técnicas terapéuticas de esta corriente, se trabajó primero los síntomas afectivos, seguidamente los síntomas cognitivos, los síntomas conductuales y por último los síntomas fisiológicos. Así mismo se trabajó la visión negativa acerca de sí misma, visión negativa de las experiencias y visión negativa del mundo exterior. En algunos casos se trabajaron particularidades de los pensamientos automáticos, categorización de las creencias centrales. También se trabajó con las pacientes la conceptualización, tratamiento conductual (ansiedad) y el manejo de la culpa, tratando que la paciente corrigiera su distorsión cognitiva y por consiguiente reparara su culpa.

No todo el desarrollo del subprograma fue de excelentes resultados, ya que en el mismo se dieron algunos resultados negativos, dentro de ellos: la poca afluencia de pacientes referidas de la Consulta Externa para orientación psicoterapéutica, debido a la poca credibilidad que la población tiene hacia un proceso terapéutico, así mismo hubo pacientes que llegaban tarde a su sesión o no se presentaban a la misma. Mientras tanto para las madres de consulta interna, el lugar y momento para brindarles atención

psicológica fue inadecuado, debido a que en la habitación donde se encontraban habían más pacientes y en la mayoría de veces las pacientes se sentían incómodas para hablar del problema que les estaba afectando lo que dificultaba que exteriorizarán abiertamente lo que les estaba ocurriendo. A pesar de todos estos inconvenientes se les brindó la atención psicológica y posteriormente se les refirió a la consulta externa de psicología para darle seguimiento al caso.

## **3.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA**

### **3.2.1 ACTIVIDADES**

Primero se divulgaron las actividades que se iban a ejecutar con las madres de pre parto de la consulta externa por medio de carteles, que fueron pegados en la consulta externa y en el piso de maternidad. Se contó con la colaboración de una enfermera profesional que tuvo a su cargo dar una charla sobre Infecciones de Transmisión Sexual a madres embarazadas, la cual proporcionó un lugar a la epesista dentro de la charla para divulgar las actividades que se iban a llevar a cabo en este subprograma.

Otro medio que se utilizó para la divulgación del mismo fue la sala de espera de consulta externa en donde asistían madres embarazadas que estaban en la espera de su consulta, para que asistieran al anexo de Psicología, para llevar a cabo la actividad que se tenía planificada. Ya reunido el grupo se les expresaba el motivo por el cual se les había solicitado llegar a la clínica. Primero se les preguntó si habían escuchado sobre la gimnasia aeróbica y la estimulación prenatal, esto con el propósito de hacer participativa la actividad. Se les decía en que consistía la

gimnasia aeróbica y la estimulación pre-natal y sobre los beneficios que les traería.

Antes de realizar la gimnasia aeróbica se les preguntaba a todas las mamás si tenían un embarazo de riesgo o contraindicación para realizar algún ejercicio. Lanzada dicha pregunta se iniciaba con los ejercicios de calentamiento, utilizando equipo que fue proporcionado por la fisioterapeuta, seguidamente se realizaban ejercicios de rotación de cadera, en donde se les decía a las participantes que colocaran las piernas ligeramente separadas y manos en las caderas, hacer con ellas círculos lo más amplios posibles; rotación de cabeza, las participantes tenían que estar sentadas inhalar, al exhalar bajar la cabeza, repertir hacia cada lado y luego hacia atrás; rotación de hombros, con las manos sobre los hombros tenían que hacer círculos con los codos, hacia adelante y hacia atrás; y para los ejercicios circulatorios se realizaron acostados, donde se buscaba neutralizar y compensar las dificultades circulatorias de las extremidades inferiores, se les pedía que dibujaran círculos con el dedo gordo del pie, movilizaban solamente el pie que realizaba los círculos, hacia adentro y hacia fuera, las piernas permanecían apoyadas en la colchoneta, se hacían repeticiones de diez a quince veces. En la misma posición que la anterior, movilizaban las piernas en tres tiempos: piernas flexionadas, planta de los pies apoyadas, elevaban la pierna derecha flexionando la rodilla, formando ángulo recto entre el muslo y la pierna; extendían completamente la pierna manteniéndola unos segundos arriba y volviendo a la posición inicial, se realizaban entre cinco y diez repeticiones dependiendo de la capacidad de cada una de ellas.

Para los ejercicios de la estimulación prenatal se aplicaron técnicas auditivas en las cuales la madre le hablaba al bebé, le cantaba, se acercaba al sonido de la música que se ponía; en las técnicas táctiles

mientras se estimulaba auditivamente la madre acariciaba su vientre dándole un masaje suave en busca de sentir las partes de su bebé. De la misma manera se les enseñó que sus movimientos pueden tener una respuesta. Por ejemplo, si cuando patea se palmea suavemente el sitio del vientre donde se percibió repitiendo "patear, patear," se les enseñó que con esta actividad él modifica el ambiente y se obtiene una contestación. Así el bebé desarrollaría su atención y aprendería a asociar la acción con la palabra aún cuando no entendiera su significado.

Otro de los ejercicios que se realizó con las madres fue que apretara el abdomen firmemente; frotar circularmente la piel del abdomen con la punta de los dedos; palmear suavemente el abdomen; pasar las manos sobre el abdomen de arriba hacia abajo; hablar alto para que el feto oiga. Ocasionalmente, algunas madres indicaron sentir contracciones con estas actividades. En ese caso se suspendieron los ejercicios y se le consultó al médico para continuar con ellos.

Estos ejercicios representaban ciertas ventajas en la estimulación pre-natal, entre ellas:

- *"Mejora la interacción Mamá, Papá, bebé en formación"*
- *Optimiza el desarrollo de los sentidos*
- *Base para su aprendizaje*
- *Asegura la salud física y mental del niño por nacer*
- *Desarrolla el vínculo afectivo niño-padres-familia*
- *Desarrolla la comunicación, lenguaje, vocabulario, coordinación visomotora, memoria, razonamiento e inteligencia social, funciones básicas para iniciar y continuar con éxito la educación formal"*

Al finalizar dicha actividad se les preguntaba a las madres si tenían alguna duda o si tenían algún comentario sobre como les había parecido la

actividad con el fin de hacer una retroalimentación. En ciertos casos hubo madres que se acercaron para preguntar en qué otra ocasión podían asistir nuevamente. Hubo ocasiones donde las madres se acercaban a la clínica de psicología para solicitar una sesión de la gimnasia aeróbica o estimulación pre-natal, ajena a los horarios ya establecidos. Pero viendo el interés que mostraban se les brindaba la enseñanza.

En el cuadro siguiente se presentan las actividades de las madres de pre-parto de consulta externa, llevadas a cabo como parte del trabajo implementado con una población de 384 madres. Las mismas se realizaron dos veces por semana, con una duración de 45 mins.

**CUADRO DE ASISTENCIA  
GIMNASIA AERÓBICA Y ESTIMULACIÓN PRENATAL**

<b>EDAD</b>	<b>GIMNASIA AERÓBICA</b>	<b>ESTIMULACIÓN PRENATAL</b>	<b>TOTAL</b>
16-20	20	17	37
21-25	73	53	126
26-30	61	42	103
31-35	37	24	61
36-40	26	18	44
41-45	8	5	13
<b>TOTAL</b>	<b>225</b>	<b>159</b>	<b>384</b>

Fuente: Grupo de madres de pre-parto de consulta externa, que asistieron al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de febrero a septiembre de 2006

### **3.2.1.1 RESULTADOS:**

En el desarrollo de este objetivo, se impartieron charlas participativas de interés por parte de las mismas, entre ellas: gimnasia aeróbica y estimulación pre-natal, de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

El nivel de empatía logrado entre las madres y epesista permitió que la actividad de este subprograma se desarrollara con mayor aceptación y participación. Así mismo, se pudo observar el interés de las madres de pre parto de consulta externa por los temas desarrollados; la participación de cada una de ellas fue positiva en el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje; la cual fue manifestada mediante su intervención en el planteamiento de dudas, tales

como: *“¿hasta qué momento es bueno hacer ejercicios?, ¿qué música es buena para ponerle al bebé?, ¿puedo subir y bajar gradas?, ¿mire seño con un chinchín también puedo hacerle los ejercicios a mi bebé?.*

De lo anteriormente expuesto por las participantes, se les respondió que los ejercicios de gimnasia y estimulación prenatal podían hacerse a partir del quinto mes de gestación y así mismo que la mejor música para su bebé era una música clásica o instrumental, que podían subir y bajar gradas de una manera cuidadosa y por último que podían utilizar cualquier juguete que tuviera sonido, para hacerle los ejercicios al feto.

Otro de los resultados en cuanto al aprendizaje de esta técnica fue que al inicio del desarrollo de este objetivo, algunas de las participantes se encontraban sin mayor conocimiento sobre gimnasia aeróbica y estimulación pre-natal, lo anterior por observación efectuada en cada sesión. Pero al irse ejecutando el programa iban mostrando adelanto tanto en su estima personal como en el desarrollo del feto, actitud que manifestaban en las siguientes sesiones de trabajo.

En la práctica habían madres que sugerían, si se podían realizar de otra forma los ejercicios, no con la intención de cambiar la técnica, sino de incluir otros en la estimulación pre-natal. Dando como resultado que muchas de ellas se sintieran con confianza y que se les prestaba atención

en cuanto a sus sugerencias. Así mismo se logró un desarrollo emocional equitativo, superación de muchas tensiones estresantes y liberadoras de su angustia y por consiguiente el mejoramiento de su salud mental y psicológica.

Al momento de evaluar la actividad, se utilizó la técnica de retroalimentación de lo expuesto en la charla; expresando las participantes su experiencia sobre la actividad, con estas opiniones: *"me gustó hacer los ejercicios porque no sabía que uno podía hacerlos cuando uno esta embarazada", " cuando estuvimos haciendo los masajes, sentí que mi bebé se movió más, que bonito es aprender, sobre todo, porque cuando tenga a mis otros bebés lo voy hacer también", "tuve contacto con mi bebé, me gusto porque me siento relajada y lo bonito que no son difíciles de hacer"*.

Una de las dificultades que se presentaron en la actividad, fue la del espacio físico, el cual era inadecuado para trabajar la gimnasia aeróbica y la estimulación prenatal; además de no contar con el equipo necesario para la gimnasia aeróbica. A pesar de estos inconvenientes se trató la manera de solucionarlo, en primer lugar en lo que respecta al espacio físico se organizó a las madres de consulta externa en 6 grupos de 6 participantes, una vez por semana con una duración de 35 mins. cada sesión. En lo que respecta al equipo se contó con la colaboración del departamento de Fisioterapia quien nos brindó la ayuda al prestarnos su equipo para la realización de esta actividad.

Otra de las dificultades que no permitió trabajar los ejercicios de manera continua fue que no se formó un grupo constante de madres, debido a que no todas vivían cerca del hospital, o bien por sus horarios de



trabajo. Pero a pesar de esta dificultad se realizó el mismo con las madres de la consulta externa.

### **3.2.2 ACTIVIDADES:**

- Promover el conocimiento psicológico sobre educación sexual, a madres de post parto de consulta interna, a través de charlas participativas.

Al inicio de este objetivo se realizaron visitas a las madres de consulta interna, en cada una de las habitaciones del piso de maternidad, en donde se encontraron un promedio de 6 mamás por habitación, haciendo un total de 240. Como introducción a las actividades, se llevaron a cabo dinámicas de presentación, participación, conocimiento e integración de grupo para propiciar un ambiente confiable y ameno, dándose así la participación activa y motivada de las madres.

La epesista se presentó como parte del departamento de psicología, indicándoles que les impartiría los temas de su interés, expuestos en la visita diagnóstica, siendo los siguientes: salud, sexo, sexualidad, educación sexual, información sexual, consecuencias de la falta de educación sexual.

Con el objetivo de promover el conocimiento psicológico sobre educación sexual se impartieron las charlas a las madres de post parto. Los temas fueron desarrollados de forma participativa, individual y grupal. Desarrollándose cada uno de acuerdo a las necesidades de la población. Manteniendo en cada charla la participación activa, atención e interés de las madres, por medio de papelógrafos expuestos por la epesista.

El tema principal desarrollado en este subprograma fue sobre “ Educación Sexual”. Para dar inicio a la actividad y crear un ambiente de confianza con las madres, se les preguntó su nombre para dirigirse a ellas de una manera personalizada y conocerlas más y que ellas conocieran a la especialista y se entablara un mejor rapport. Así mismo se les planteó la pregunta : ¿Tienen conocimiento sobre el tema de educación sexual?. Algunas lo expresaron abiertamente: *"mis papás me han hablado muy poco"*, *"a mí no me dicen nada por la religión que tiene mi familia"*, *"creo que por la falta de conocimiento de mis padres sobre sexualidad"*. Las charlas se impartieron de una manera informativa por lo incómodo del espacio físico y porque las participantes se encontraban en su cama o convaleciéndose de su parto.

De acuerdo a la pregunta planteada se pudo observar que las participantes tenían bajo conocimiento del tema, pues en alguna de ellas se notó miedo, asombro, vergüenza sobre su sexualidad, cuando se abordaba lo referente a los aspectos físicos tanto del sexo masculino como femenino.

Las primeras experiencias maternas (pecho, caricias, alegría, ternura, etc.) son esenciales para la vida futura; ayudan al niño para que integre su propio sexo, el cual es fundamental en su vida. El desarrollo libre de su motricidad y de experiencias e iniciativas personales va a condicionar una sexualidad sana, así como el establecimiento de unas relaciones paterno/filiales adecuadas.

Hay que resaltar que la educación sexual corresponde a la familia en cuanto a educación afectiva, y a la escuela, en desarrollar un régimen de coeducación. La formación e instrucción corresponde a la familia por lo menos en cuanto a información espontánea y sistemática. También en la

familia es importante manejar gradualmente lo científico y sistemático, aunque esto muchas veces esta condicionado por el nivel cultural.

Al final de la charla se les dejaba un tiempo para preguntas abiertas, sobre lo que se había tratado o bien para responderles cualquier duda que tuvieran. Hubo participantes que expresaron con sus propias palabras lo siguiente: *"¿a qué edad es bueno hablarle uno a sus hijos sobre sexualidad", "¿sexo es tener relaciones con un hombre?", "¿a qué edad es bueno tener relaciones con un hombre? y "¿a qué edad es bueno tener mi primer hijo?"*. Todas estas preguntas se les iban respondiendo de acuerdo a su educación y conocimiento, pues muchas de ellas tan solo habían cursado hasta tercero primaria, factor que impedía que se les pudiera hablar de una manera mas científica.

Para determinar la efectividad y eficacia del programa se evaluó la actividad con la técnica de retroalimentación sobre lo que habían aprendido, cómo les había parecido los temas tratados y cómo esos conocimientos adquiridos los iban a aplicar para el mejoramiento de su salud sexual.

En el cuadro siguiente se presenta la asistencia de las madres de post-parto de consulta interna, llevadas a cabo como parte del trabajo implementado con una población de 240 madres. Las mismas se realizaron una vez por semana con una duración de 45 mins.

### CUADRO DE ASISTENCIA EDUCACIÓN SEXUAL

EDAD	PARTICIPANTES	TOTAL
16-20	40	40
21-25	62	62
26-30	49	49
31-35	37	37
36-40	29	29
41-45	23	23
<b>TOTAL</b>	<b>240</b>	<b>240</b>

Fuente: Grupo de madres de post-parto de consulta interna, que asistieron al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de febrero a septiembre de 2006

#### 3.2.2.1 RESULTADOS:

En la ejecución de esta charla se promovió el conocimiento psicológico sobre educación sexual a madres de post parto de la consulta interna, por medio de técnicas participativas. Obteniéndose los siguientes resultados:

Los resultados de la visita diagnóstica fueron fundamentales en la identificación, priorización, elaboración y planificación de los temas a trabajarse dentro del subprograma.

Aceptación del subprograma de docencia por parte de las madres de post parto de consulta interna, por las exposiciones hechas por la epesista, manifestando las mismas los siguientes comentarios: *"que bueno seño que haya alguien quien le explique a uno sobre ese tema, porque uno no sabe de muchas cosas de sexo"*, *"que bueno que aquí en el hospital nos explican ya que en otros lugares nos cobran"*, *"gracias seño por venir a enseñarnos y ayudarnos para aprender y cuidarnos"*. También surgieron comentarios sobre los temas expuestos, entre ellos: *"es importante hablar de sexualidad a los hijos porque uno no quiere que ellos no sepan, al*

*contrario es mejor que lo sepan para que esten alertas”, “es bueno que le hablen a uno de ese tema porque así aprende a que el sexo no es solamente tener relaciones sexuales como todas creemos”.*

La participación de las madres, fue un logro que se obtuvo desde el inicio del proceso de enseñanza-aprendizaje, la cual fue manifestada mediante su intervención en el planteamiento de dudas, opiniones, discusión de algún tema; dicha participación fue estimulada dentro del proceso por medio de dinámicas.

Se considera que el promover el conocimiento sobre los temas de sexualidad a madres de post parto contribuyó al descubrimiento y aclaración de muchos temas que para ellas, antes de la realización de los mismos era un tabú, como consecuencia de su cultura, religión y creencias de sus ancestros.

Una de las dificultades que se presentaron durante la ejecución de la charla fue el ingreso de personal de enfermería a la habitación donde se impartía la charla, pues interrumpía la secuencia de la actividad.

Otra dificultad con la que se dio al inicio de estas charlas, fue la privación en la no exposición de temas referentes a: planificación familiar y anticonceptivos por parte de uno de los empleados de la institución. Ante tal limitante se concretó el trabajo a tratar únicamente temas que habían sido autorizados y no entrando en discusión ni en polémica en cuanto a lo que la Escuela de Psicología demanda de nosotros los Psicólogos, como agentes promotores y orientadores de la educación sexual; todo lo anterior con el objetivo de disminuir el incremento de la explosión demográfica en el país.

### 3.2.3 ACTIVIDADES:

- Desarrollar el aprendizaje en madres de post-parto de consulta interna sobre cuidados materno infantil, a través de charlas y técnicas participativas.

Previo al inicio del desarrollo de este objetivo, se realizó una visita al servicio de maternidad, con la finalidad de fijar los horarios, quedando de la siguiente manera: los días lunes, jueves y viernes con una duración de 20 mins. También se realizó una evaluación a las madres de post parto, para saber el grado de conocimiento que tenían, con respecto a cuidados materno infantil; para tal efecto se contó con la colaboración del personal de enfermería del servicio de maternidad, quienes expresaron las siguientes opiniones: *"muchas no saben cómo darles de mamar al bebé o cómo cambiarle el pañal y a veces a uno le toca decirles, pero lo bueno es que ahora está usted aquí, para que les imparta las platicas relacionadas al cuidado del recién nacido"*.

Antes de dar inicio con las charlas, la epesista se presentaba como parte del departamento de psicología, seguidamente se les preguntaba abiertamente quiénes eran ya madres, con el fin de hacer participativa las charlas y algunas expresaron cómo había sido su experiencia en los cuidados de su bebé y otras madres que decían ser primerizas, indicaron que había sido por medio de sus mamás o bien por algún familiar. A partir de esa convivencia con las madres, se procedió a mencionarle los cuidados básicos que se deben de tener con los bebés, los cuales fueron: cuidado de la piel, cuidado del ombligo, cómo bañarlos, cómo cambiar el pañal, el aseo diario del bebé y su alimentación.

De acuerdo a lo sugerido en la Revista Tu Hijo, que en uno de sus artículos textualmente dice: "*Existen cuidados del neonato básicos y esenciales durante sus primeras semanas, los cuáles se deben tomar en cuenta: Cordón Umbilical, Cambio de pañal, Sacarle gases, Cuidado de los ojos, Limpiar los oídos, Bañarlo*" (2005, 52-54). Se procedió a realizar estas actividades con las madres de encamamiento, para que tuvieran un mayor contacto y un mejor aprendizaje de los cuidados del recién nacido, se utilizó el material que debe mantener una madre para estos cuidados, por Ejemplo: muñeco, pañal desechable y de tela, talco, ombligo, pomada lazar, baño plástico, esponja, jabón, toalla, etc... Con estos materiales se ponía a las madres a hacer una práctica de cómo bañar y cambiar a un recién nacido; algunas madres lo hacían correctamente, mientras que otras madres (primerizas) lo hacían de forma inadecuada. A estas madres primerizas se les enseñó la forma correcta de hacerlo, con la ayuda de otras madres mas experimentadas y con supervisión de la epesista.

Otro aspecto que se tomó en cuenta y que se les dio a conocer a las madres fue, que para el buen desarrollo del neonato, la leche materna juega un papel trascendental en el desarrollo del recién nacido, a la cuál se le atribuyen propiedades nutritivas y de inmunización; también es conocida su influencia en el desarrollo emocional e intelectual. Pero los beneficios de la lactancia van más allá: ayuda a perder peso a la madre, reduce el riesgo de enfermedades y fortalece los huesos.

Las ventajas de la lactancia para la salud son mas marcadas durante los dos primeros años y más. "*Entre las enfermedades que previene o minimiza la lactancia materna están: la diarrea, las infecciones respiratorias e infecciones con estafilococo y del tracto urinario*" (Papalia, Diane y Sally Wendkos Olds; 2001, 181)

Una sugerencia planteada a las madres fue lo referente a la alimentación; según el autor Papalia y Wendkos se refiere al respecto: *"Alimentar a un bebé es un acto emocional y físico. El cálido contacto con el cuerpo de la madre estimula el vínculo entre ella y el bebé. La calidad de la relación entre los padres y el bebé, así como el afecto y el cuidado que acompañen las sesiones de alimentación pueden ser mas importantes para el desarrollo emocional del infante que el método de alimentación que se emplee"* (2001, 182)

Basándose en lo expuesto por este autor, se solicitó la participación de una madre ya experimentada en lo referente a cómo alimentar a un recién nacido (lactancia materna), para que explicara a todas las participantes con su bebé en brazos y tomando su pecho, mostraba el cómo ella llevaba la boca de su bebé hacia el pezón de su mama y de esta manera quedaba explicado como debían hacerlo; posteriormente se pasaba a una voluntaria a que repitiera dicho proceso siempre supervisado y con las sugerencias pertinentes, hechas por la epesista.

Al final de las charlas se evaluaba la actividad con la técnica de retroalimentación, preguntándoles: sí habían aprendido sobre los cuidados básicos del neonato; a los que respondían lo siguiente: *"aprendí bastante, porque son cosas que uno no sabe y que son necesarias", "yo me recordé de muchas cosas después de seis años de haber tenido mi anterior hijo", "seño, que bueno que nos dio esa charla, porque a través de lo que usted nos enseñó mi hijo va a ser mejor cuidado", "ahora ya no tengo miedo y me voy a sentir más tranquila aunque esté sola, sé que voy a poder cuidar mejor a mi bebé"*

En el cuadro siguiente se presenta la asistencia de las madres de post-parto de consulta interna, llevadas a cabo como parte del trabajo



implementado con una población de 576 madres. Las mismas se realizaron tres veces por semana con una duración de 20 mins.

**CUADRO DE ASISTENCIA  
CUIDADOS MATERNO INFANTIL**

<b>EDAD</b>	<b>TOTAL</b>
11-15	98
16-20	105
21-25	122
26-30	107
31-35	71
36-40	45
41-45	28
<b>TOTAL</b>	<b>576</b>

Fuente: Grupo de madres de post-parto de consulta interna, que asistieron al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de febrero a septiembre de 2006

### **3.2.3.1 RESULTADOS:**

Se observó en la mayoría de las madres el interés por resolver sus dudas, sobre los cuidados materno infantil, preguntando: *¿a qué edad es recomendable darles el pecho?, ¿cómo se cambia un pañal?, ¿cómo se tiene que cuidar del ombligo?, ¿cómo se limpia a una nena?, ¿cómo se tienen que bañar los bebés?*. A tales preguntas se les respondió en su orden, para tal efecto se tomó la opinión no sólo de la epesista sino que también de las madres con experiencia.

La participación de madres ya experimentadas en la materia, fue de trascendental ayuda en la aclaración de dudas y de ejemplos en cada práctica de las charlas.

Otro de los logros importantes en el desarrollo de este objetivo fue el de poder reunir a un grupo mayoritario de madres primerizas, debido a que por su inexperiencia se sentían solas, rechazadas y con miedo de

participar; pero lo anterior fue superado con la intervención de la epesista en cuanto a la motivación de participación con las madres de mayor experiencia ya que al observar que las otras madres participaban se sentían en confianza para realizar preguntas y cada vez era mayor el interés de las madres primerizas en resolver sus dudas.

Así mismo hubo una gran participación para expresar lo que les había parecido la charla y sobre lo que habían aprendido, refiriendo lo siguiente: *“aprendí porque no sabía eso de sacarle el aire después de darle de mamar, es bueno que usted le enseña a uno porque a uno no le dicen nada de cómo hacer para cuidar al bebé...?”* *“me pareció una bonita actividad porque no sabía como asear al bebé, ahora ya se que una mujercita hay que limpiarla de adelante hacia atrás...”* *“orientan a las mamás de escasos recursos porque uno no puede pagar para que lo hagan además porque así conoce mejor al bebé”,* *“que bueno que hay alguien que se lo recuerde a uno porque yo ya no me acuerdo ya que a uno se le olvidan las cosas...”*

Sin embargo, para la ejecución de este subprograma, se presentaron dificultades como en todo proyecto siendo uno de ellos el ingreso del personal de enfermería y familiares de las pacientes, a la habitación donde se desarrollaba la charla, como también el llanto de los recién nacidos y el quejar de alguna madre. Esta dificultad se resolvió interrumpiendo temporalmente las actividades o bien sugiriéndole al personal que no dejaran entrar por un mínimo de tiempo a los familiares de las pacientes.

### 3.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

#### 3.3.1 ACTIVIDADES:

Para iniciar con este subprograma, se planteó el problema a investigar y la interrogante de establecer que problemas podrían ser abordados. Para la selección de esta investigación se basó en dos aspectos importantes: 1. Que el tema a investigar representara un problema sentido por la población y 2. Que el presente trabajo constituyera una tentativa por profundizar en un tema que hasta la fecha ha sido poco investigado.

Como objetivo de este subprograma se planteó el siguiente: "Identificar cuáles son los factores socioculturales que influyen en las mujeres de post parto, comprendidas entre las edades de 21 a 45 años, que han procreado de tres a cinco hijos, que asisten al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt."

La investigación se llevó a cabo, a través de la visita de reconocimiento a la población meta, durante el mes de noviembre de 2005, con la finalidad de contactar a las autoridades de dicha institución para darles a conocer las actividades previstas a desarrollar en este subprograma.

Las actividades relacionadas con el abordamiento metodológico de la investigación fueron: diseño del instrumento de recolección de datos (entrevista estructurada), prueba piloto, aplicación del instrumento, tabulación y análisis de datos, consolidación y recolección de la información, vaciado de la información requerida y elaboración estadística.

La sistematización de las actividades y tabulación de los datos obtenidos, fueron actividades que se agotaron a la planeación descrita en el capítulo correspondiente y siguiendo para tal fin, el procedimiento y pasos establecidos para la investigación en general. Así mismo se realizó una prueba piloto la cual consistió en 25 encuestas que se aplicaron al azar para medir su confiabilidad.

### **3.3.2 RESULTADOS:**

Aceptación del programa por parte de las autoridades y de la población meta, contando con la colaboración y participación de cada una de las personas involucradas en la ejecución de la presente investigación.

La investigación se llevó a cabo con las madres de post parto de la consulta interna, la muestra la constituyó 50 madres comprendida entre las edades de 21 a 45 años de edad, aplicándoles una encuesta estructurada dirigida (individual), la cual fue diseñada con los datos de: edad, escolaridad, religión, ocupación, lugar donde vive y 10 ítems o preguntas abiertas.

Entrevista a las madres de post parto, con la finalidad de identificar cuáles son los factores socioculturales que influyen en procrear de tres a cinco hijos.

#### **Eje No. 1**

Información adquirida en relación al embarazo

Sí ó No

En caso afirmativo o negativo: qué entiende por embarazo

De las 50 personas entrevistadas, se logró establecer que el 62% sí están informadas sobre lo que es el embarazo, y el 38 % indican no estar informadas.

### **Eje No. 2**

Medios para quedar embarazada

Del resultado obtenido se estableció que, el 80% de la muestra considera que es por medio de "Relaciones Sexuales", mientras que el 18% por "Inseminación Artificial" y el 2% respondió no saber nada.

### **Eje No. 3**

Información por parte de sus padres sobre el embarazo

Sí ó No

Sobre la información a tal cuestionamiento el 16% de 50 personas entrevistadas respondieron sí haber tenido alguna información, y el 84% se limitó a responder *"no recibimos ninguna información por parte de nuestros padres"*.

### **Eje No. 4**

Creencias acerca de tener varios hijos

Se determinó que de 50 personas entrevistadas el 16% respondió: Los hijos que Dios mande, el 8% respondió: Porque mi esposo quiere, el 16% respondió: Mi esposo no quiere que me opere, y el 60% respondió otras creencias

### **Eje No. 5**

Influencia de la familia u otras personas en tener varios hijos

Sí ó No, ¿quiénes?

Esta pregunta se estructuró de acuerdo a lo observado en la visita diagnóstica, hecha a la población, al inicio del proyecto, a tal cuestionamiento el 24% de 50 personas entrevistadas respondieron de forma afirmativa y el 76% respondieron negativamente.

En cuanto a quiénes habían influido a este respecto, respondieron: "*mi esposo*", "*ambos conyugues*", "*hermanos*", "*suegro/a*".

### **Eje No. 6**

Influencia de la religión para procrear varios hijos

Sí ó No, ¿quiénes?

De las respuestas de las entrevistadas a esta pregunta, se llegó a establecer que el 28% respondieron afirmativamente y el 72% respondieron de forma negativa.

### **Eje No. 7**

Las costumbres de la comunidad, barrio, aldea, fueron determinantes para tener una familia numerosa

El 32% respondió afirmativamente y el 68% negativamente.

### **Eje No. 8**

Métodos que conoce para evitar el embarazo

El 20% respondió los anticonceptivos, el 20% uso de condón, 16% el método natural y el 22% desconoce algún método, y 22% otros, entre ellos: inyección, T de cobre y espiral.

## **Eje No. 9**

Métodos que utiliza para evitar el embarazo

Del anterior planteamiento el 68% respondió no utilizar ningún método, el 10% método natural, el 6% uso de condón, 6% anticonceptivos, 6% T de cobre y el 4% inyección.

## **Eje No. 10**

Conocimiento de instituciones que presten servicios de Planificación Familiar

Sí ó No, ¿cuáles?

El 68% respondió afirmativamente, mientras que el 32% respondió que no. De las instituciones que dijeron conocer están: "*Aprofam, Centros de Salud, Hospitales e IGSS*".

### **3.4 OTRAS ACTIVIDADES**

Debido a la demanda de servicios psicológicos de la población de consulta externa del Departamento de Psicología, fue necesario brindarles la debida atención y orientación psicológica por parte de la epesista a los pacientes que requerían alguna ayuda, con respecto al programa implementado por parte de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Psicología.

La población de consulta externa general del Departamento de Psicología que fue atendida, es la siguiente: 89 de sexo femenino y 65 de sexo masculino en primera consulta haciendo un total de 154 pacientes atendidos. Mientras que a pacientes de reconsulta fue de 68 de sexo femenino y 45 de sexo masculino, para un total de 113.

Los pacientes eran referidos por el Departamento de Psicología, así como también de las otras clínicas de consulta externa; en la primera sesión se llenaba la ficha clínica con sus datos generales, se les preguntaba si era la primera vez que asistía al departamento de psicología, sino se les preguntaba cuánto tiempo hacían que habían asistido y los motivos por los cuáles no habían continuado con el proceso terapéutico. Esto con el fin de buscar su expediente en los archivos respectivos.

Las sesiones tenían una duración de 45 minutos una vez por semana. Al finalizar cada sesión se llenaba una nota de evolución como constancia de que se había atendido psicológicamente al paciente, en donde se anotaban todos los aspectos importantes de la evolución del caso y actualización del examen mental. La nota de evolución era adjuntada al expediente. Aunque fueran pacientes que habían asistido a consulta psicológica, se trabajaba en el motivo de consulta en la primera sesión, dependiendo del grado del problema se continuaba en la siguiente sesión.

En cuanto a los pacientes referidos de consulta externa, se solicitó la colaboración del personal médico para que llenaran las hojas de referencia de los pacientes que consideraban necesario de ayuda psicológica. Se contó con la colaboración de enfermería, ya que tenían contacto con la población general de consulta externa.

En el cuadro siguiente se muestra el número de pacientes atendidos en la consulta externa.



**POBLACIÓN GENERAL ATENDIDA EN LA CONSULTA EXTERNA  
DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

**Población atendida 1ra. Consulta**

**Población atendida en Reconsulta**

EDAD	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL
21-25	20	12	32	17	8	25
26-30	15	10	25	10	8	18
31-35	13	17	30	11	11	22
36-40	32	21	53	25	15	40
41-45	8	5	13	5	3	8
61-70	1	0	1	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>89</b>	<b>65</b>	<b>154</b>	<b>68</b>	<b>45</b>	<b>113</b>

Fuente: Grupo de pacientes de la consulta externa en general, departamento de psicología, que asistieron al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de mayo a septiembre de 2006

### **3.4.1 RESULTADOS:**

Se considera que las actividades propuestas por el Departamento de Psicología del hospital fueron alcanzados y satisfactorios, tomando en cuenta el avance psicoterapéutico que se les brindó a la población general de consulta externa, a través de la recolección de información de la historia de vida del paciente; así mismo, por medio de las terapias Cognitivo Conductual y Terapia Breve y de Emergencia aplicadas, se obtuvieron resultados positivos, expresando los mismos: *"Me siento mejor porque me ha disminuido la tensión nerviosa que manejaba"* *" mi estado de ánimo mejoró y ya no tengo problema para dormirme"*, *"mi rendimiento laboral a mejorado notablemente"*, *"ya acepté mi problema y reconozco que soy responsable de todo lo que me pasa"*, *"a partir de mis sesiones de terapia he disminuido el consumo de licor; aceptando asistir al grupo de alcohólicos anónimos"*, *"me siento mejor conmigo misma porque mejore la relación con mi madre"*

A través de los testimonios de los pacientes se observaron mejorías en su estado psicológico y emocional; otros manifestaron agradecimiento

por la: "ayuda" que se les brindó. Se observó seguimiento y regularidad en la puntualidad de las sesiones.

Los diagnósticos que se observaron en los pacientes, se encuentran: episodio depresivo leve, duelo no resuelto, estrés post-traumático, trastornos de ansiedad, problemas paterno filiales. Para su diagnóstico dichos trastornos se fundamentaron con el manual de Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10.

No todo el desarrollo del subprograma fue de excelentes resultados, ya que en el mismo se dieron algunos resultados negativos, dentro de ellos: la interferencia que existía con otras epesistas, para utilizar la misma clínica; así mismo hubo pacientes que llegaban tarde a su sesión o no se presentaban a la misma. Otro inconveniente que se presentó fue la poca privacidad entre una clínica y la otra, ya que se escuchaba el relato de otros pacientes en la clínica donde se encontraba la epesista y la interferencia que había por los ruidos externos en los pasillos de las clínicas. A pesar de todos estos inconvenientes se les brindó la atención y orientación psicológica, para mejoras de su salud mental.

por la: "ayuda" que se les brindó. Se observó seguimiento y regularidad en la puntualidad de las sesiones.

Los diagnósticos que se observaron en los pacientes, se encuentran: episodio depresivo leve, duelo no resuelto, estrés post-traumático, trastornos de ansiedad, problemas paterno filiales. Para su diagnóstico dichos trastornos se fundamentaron con el manual de Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10.

No todo el desarrollo del subprograma fue de excelentes resultados, ya que en el mismo se dieron algunos resultados negativos, dentro de ellos: la interferencia que existía con otras epesistas, para utilizar la misma clínica; así mismo hubo pacientes que llegaban tarde a su sesión o no se presentaban a la misma. Otro inconveniente que se presentó fue la poca privacidad entre una clínica y la otra, ya que se escuchaba el relato de otros pacientes en la clínica donde se encontraba la epesista y la interferencia que había por los ruidos externos en los pasillos de las clínicas. A pesar de todos estos inconvenientes se les brindó la atención y orientación psicológica, para mejoras de su salud mental.

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

A continuación se presenta el análisis y discusión de resultados del Ejercicio Profesional Supervisado EPS, realizado en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, Sacatepéquez, el mismo estuvo dirigido a: madres de pre y post parto de la consulta interna y externa.

Los resultados de este subprograma fueron varios, no obstante estos no se obtuvieron uniformemente, existiendo como en toda actividad variaciones a consecuencia de la presencia de factores internos y externos que facilitaron o dificultaron el desarrollo de todas las actividades realizadas.

#### **4.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO:**

Con el objeto de determinar la incidencia en brindar atención psicológica y orientación psicoterapéutica a las madres de pre y post parto, en el mejoramiento de la salud mental, se realizó el programa que a continuación se detalla, realizado en los meses de febrero a octubre de 2006.

A criterio de la Epesista, se considera que los factores que favorecieron el acercamiento entre la población beneficiaria y su persona, fue producto de un buen rapport, empatía y comunicación constante, que se estableció durante ocho meses de duración del servicio. Tal observación se vio manifestada en la confianza y aceptación que mostraron las pacientes a este subprograma; permitiendo lo anterior establecer y mejorar la atención y ayuda a las mismas.

Se puede considerar que el subprograma de servicio demandó atención y tiempo; atendiendo en primera consulta un total de 287 y 242 de reconsulta, todas madres de pre y post parto, con diferentes problemas. El promedio semanal de atención en este servicio fue de ocho pacientes, en sesiones de 45 minutos, en donde se prestó atención y orientación psicológica, para ayudarlas a mejorar su salud mental y emocional.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la salud mental *"Es el bienestar resultante del buen funcionamiento cognitivo, afectivo, conducta y el despliegue óptimo de las potencialidades individuales para la convivencia en el trabajo y la recreación"* (OMS, 1974;3 ). De la anterior definición, la salud mental no solo involucra la capacidad de funcionar, sino también el de comportarse de una manera adecuada en el medio social; el de mantener un patrón conservador, un sentimiento de autoaceptación, autovaloración y el criterio que se obtenga de la estructura de la personalidad del individuo. Es notorio que los problemas que experimenta la población en el hogar, la familia y en el grupo social, son algunos de los núcleos generadores de los trastornos psicológicos.

Sin embargo se observó por medio de la visita de reconocimiento a la población, que la misma no cuenta con el bienestar en lo que respecta a salud mental, debido a la falta de acceso a los servicios básicos de salud y recreación. Afectando el buen funcionamiento psicoafectivo para la convivencia en el hogar, trabajo y la recreación.

Cuando se inició el trabajo de este subprograma, se contó con una asistencia alta y regular de pacientes de la consulta externa en los primeros cuatro meses; misma que disminuyó a raíz de la huelga de los médicos por la falta de equipo y medicamentos.

Tanto a las pacientes de consulta interna y externa que solicitaron los servicios psicológicos, se les brindó la atención psicológica de acuerdo al numeral 2.3.1 ( Metodología de Abordamiento). Basándonos en el estudio del psiquismo, sus funciones y expresiones, ya que la psicología se interesa en cómo las personas piensan, sienten y se comportan; esto como expresión de la mente. En tanto que la definición de Pauli dice: "*La psicología es la ciencia de los procesos vitales subjetivos, que se asocian siguiendo leyes*"(Friedrich, Dorsch,1976;186 ). Por su parte Charles G. Morris y Albert A. Maisto, comparten que la psicología como ciencia: "*Es el estudio científico de la conducta y de los procesos mentales*" (Charles G. Morris y Albert A. Maisto, 2001;175 ). Estos autores recurren al método científico para describir, entender, predecir y obtener cierto grado de control sobre lo que estudian.

En la entrevista inicial con las pacientes se profundizó sobre el o los problemas que les afectaban en ese momento, detectándose los siguientes: episodio depresivo leve, estrés post-traumático, problemas conyugales y problemas paterno filiales. Entre los menos tratados fueron: psicosis post-parto y duelo no resuelto. Para su diagnóstico dichos trastornos se fundamentaron con el manual de Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) y la aplicación de sus respectivas psicoterapias.

Al identificar los diferentes tipos de problemas psicológicos, se pudo determinar que el episodio depresivo leve y estrés post-traumático era consecuencia de factores como: abortos espontáneos, pérdida de recién nacido, madres solas, abuso y/o violación sexual, maltrato y violencia intrafamiliar; mientras que en los problemas conyugales y paterno filiales por: problemas de comunicación, infidelidad, maltrato y violencia intrafamiliar, alcoholismo y/o drogadicción y patrones de crianza

inadecuados. Tomando en cuenta que a la psicología le interesa como se desarrollan las percepciones y cogniciones que pertenecen a los cambios sociales, en los cuales cada individuo funciona.

Tomando en cuenta lo anterior, fue necesario dentro de la realización del servicio, la aplicación de psicoterapias que produjeran una mejora de la salud mental de las madres. De acuerdo y tomando en cuenta lo que sugiere Lewis R. Wolberg, con respecto a la psicoterapia él mismo la define: *"la psicoterapia es una forma de tratamiento de los problemas de naturaleza emocional, en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con un paciente, con el objetivo de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, de intervenir en patrones perturbados de conducta; y de promover un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad"* (Monedero, 1978; 743).

Basándonos en el texto de este autor, el objetivo de brindarles la psicoterapia a las madres fue el de eliminar, modificar síntomas existentes, y de la intervención adecuada en la modificación de patrones perturbadores de la conducta y por consiguiente promover una mejor salud mental.

Los diferentes diagnósticos que las pacientes presentaron fueron abordados con la Terapia Cognitivo Conductual, desde una perspectiva afectiva, cognitiva y conductual. Así mismo se trabajó la autoestima de las mismas, con la técnica de la escalera de la autoestima. Tomando en cuenta que la baja autoestima en las pacientes es una de las bases fundamentales de su problemática emocional; así como también la concepción negativa que tengan de sí mismas, de sus experiencias y del mundo que les rodea (ambiente). Algunas pacientes lograron elevar sus

niveles de autoestima y por consiguiente resolver sus problemas emocionales, eliminando sus síntomas existentes y a la vez se les promovió un crecimiento y desarrollo personal para bien de sí mismas y de beneficio para sus familias.

Algunas pacientes continuaron con su tratamiento psicoterapéutico, pero otras no, al conocer de su impresión clínica; pues desertaban de la atención psicológica al no continuar con sus sesiones. Esta actitud de las pacientes se considera que fue motivada en primer lugar por la no aceptación de su problema, en segundo lugar por resistencia al cambio y en tercer lugar por no aceptar y enfrentar su realidad; utilizando en algunos casos ciertos mecanismos de defensa para controlar sus emociones intensas, sus instintos y ansiedades, entre ellos: negación, evitación, resistencia, racionalización, proyección, etc.. Otro de los factores que influyeron en la continuidad del tratamiento, fue por el desconocimiento de la psicología y de los tabúes que se tienen con respecto a la misma y del terapeuta.

Al continuar su desarrollo el subprograma de servicio, se pudo observar que algunos médicos no tenían clara la función que desempeña la epesista (psicóloga) dentro del equipo multidisciplinario de la institución, ya que miran a esta con celos profesionales, como alguien que tiene que entretener a las pacientes, por medio de juegos o manualidades y no como un agente transformador de cambios de conducta humana y de mejoramiento de la salud mental. Se considera que esto es resultado de la falta de credibilidad y de profesionalismo que tienen las instituciones que se dedican a desarrollar los programas de salud en los diferentes hospitales del país.



Se considera que los objetivos fueron alcanzados y satisfactorios, tomando en cuenta el avance psicoterapéutico que se le brindó a la población, a través de la recolección de información de la historia de vida del paciente, impresión clínica, tratamiento terapéutico y evolución de cada caso. No todo el desarrollo del subprograma fue de excelentes resultados, ya que en el mismo también se dieron algunos resultados negativos.

#### **4.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:**

Las actividades de este objetivo fueron dirigidas a un total de 384 madres de pre y post parto de consulta externa del Departamento de Gineco-Obstetricia, obteniéndose varios logros aunque no todos los esperados. Así mismo se contó con la participación, colaboración, anuencia y aceptación de las autoridades de la institución, la cual fue positiva a la propuesta de trabajo con las madres, y que a la vez permitió la calendarización conjuntamente con el departamento de psicología, de las actividades que se desarrollaron.

Se considera de suma importancia la empatía que la epesista logró con las madres, a raíz del acercamiento con las mismas, el interés por su aprendizaje, el escucharlas en cuanto a su problemática y el de mejorar su salud física y mental. El interés de las madres por los ejercicios realizados fue satisfactorio en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Durante el tiempo de ejecución de los ejercicios se desarrollaron actividades integradas en tres áreas principales: evaluación y diagnóstico inicial; programa y planificación de ejercicios y, evaluación y diagnóstico final.

En lo que respecta a la primera área se interrogó a las participantes con las siguientes preguntas: ¿Sabe qué es la gimnasia aeróbica y

estimulación prenatal?, en caso afirmativo, ¿En dónde aprendió?, ¿Qué ejercicios aprendió?, ¿Qué tipo de material conoce o utilizó?, etc... En la segunda área se programaron sesiones de dos veces por semana con una duración de 30 min. y se planificaron los ejercicios a partir del quinto mes de gestación con técnicas y materiales acordes a la actividad.

Sin embargo se permitió la participación de madres que contaban con dos o tres meses gestación, para tal efecto hubo necesidad de modificar el tipo de ejercicios que practicarían, pues las mismas mostraban interés y curiosidad hacia la actividad que se llevaba a cabo con las otras madres que ya tenían el tiempo adecuado para la ejecución de los ejercicios. Y en la tercera área se evaluó con una retroalimentación de los ejercicios y aspectos relevantes de cada actividad, por ejemplo: ¿Qué beneficios obtuvieron de los ejercicios y de la estimulación?, ¿Explíqueme algún ejercicio que usted pudiera hacer en su casa?, ¿Qué otros materiales sugieren que se pueden utilizar en la estimulación prenatal?, etc...

Para la ejecución de estas actividades la epesista se preparó por medio de la bibliografía respectiva en cuanto a los conocimientos de la técnica de gimnasia aeróbica y estimulación prenatal; así como también de los medios audiovisuales (DVD y Videos), para el mejor aprendizaje de dicha técnica. El impartir ésta técnica a madres de pre-parto, sirvió no solamente a ellas, sino que también a la epesista en su formación profesional.

En cuanto al aprendizaje de esta técnica, el resultado logrado fue que al inicio del desarrollo de este objetivo, algunas de las participantes se encontraban sin mayor conocimiento sobre gimnasia aeróbica y estimulación prenatal, lo anterior por observación efectuada en cada sesión por la epesista. Al irse ejecutando el programa las participantes

iban mostrando adelantos en su estima personal, así como también en el desarrollo del feto en gestación; opiniones que manifestaban en las siguientes sesiones de ejercicios, las cuáles aparecen en el capítulo III de este informe final.

Refiriéndonos al desconocimiento sobre gimnasia aeróbica y estimulación prenatal que se encontró en la mayoría de las madres, se debe a que en esta población no se cuenta con las facilidades de poder contar con centros o programas que brinden este tipo de actividades, o bien si los hay se encuentran muy alejados del lugar donde viven y sus costos son muy elevados; otro factor es su precaria situación económica y la poca accesibilidad a los mismos.

En el desarrollo de la práctica de los ejercicios, hubo madres que sugerían lo siguiente: "*¿Se pueden realizar de otra forma los ejercicios?*", la anterior pregunta la hacían no con la intención de cambiar la técnica, sino de incluir otros ejercicios en la estimulación prenatal. Al escuchar sus sugerencias se tuvo como resultado que muchas de ellas se sintieran en confianza y que se les prestara atención. Lográndose un desarrollo emocional equitativo, superación de muchas tensiones estresantes y liberadoras de su ansiedad y por consiguiente el mejoramiento de su salud mental y psicológica, así como también la estimulación del feto.

Haciendo referencia a lo anterior, se pudo observar que el cambio emocional en sus actitudes fue consecuencia de su decidida participación, perseverancia y superación de sus diferentes problemas que les aquejaban, entre algunos de ellos: acercamiento del alumbramiento, madres solteras, problemas conyugales, duelo no resuelto, antecedentes de aborto, etc...

Para el cumplimiento del objetivo de promover el conocimiento psicológico sobre educación sexual a madres de post-parto, se desarrollaron las actividades por medio de charlas dirigidas a un total de 240 madres. Las actividades se planificaron y ejecutaron una vez por semana, con la participación de 18 madres por semana, lo que demostró que el nivel de acercamiento y aceptación hacia la especialista fue satisfactorio.

Al inicio del subprograma se realizó una encuesta diagnóstica, la cuál consistió en conocer los temas de interés de las madres, entre ellos: *"salud, sexo, sexualidad, educación sexual, información sexual y consecuencias de la falta de educación sexual"*. Las fases que siguieron al desarrollo de este subprograma fueron expuestas en el numeral 2.3.2 (Metodología de Abordamiento).

El promover el conocimiento sobre los temas de sexualidad a madres de post parto contribuyó al descubrimiento y aclaración de muchos temas que para ellas eran en ese momento desconocidos. Quizás para muchas de ellas los mismos era un tabú, como consecuencia de su cultura, religión y creencias de sus ancestros. En nuestra cultura la información relativa a la sexualidad y su valoración se reciben con mucha frecuencia distorsionados durante el proceso de socialización. Muchas veces las normas en este campo son contradictorias y confusas, y en el ser humano la sexualidad se combina con otros factores psicológicos, no estrictamente sexuales; como la visión que uno tiene de sí mismo, la valoración de los demás en este terreno, etc. El comportamiento sexual humano viene determinado tanto por factores biológicos como culturales.

Se ha demostrado a través de la historia, que en muchos pueblos la educación sexual ha sido prohibida, mala e indebida. Hablar de sexo es

todavía para muchas personas un tabú, despertar a los jóvenes adolescentes ideas y pensamientos malsanos, creen que el callar y no mencionar temas sexuales dejan de existir los problemas relativos al mismo. La madurez sexual permite al ser humano, proyectarse ante la sociedad en forma muy especial y diferente a la conducta observada en la infancia y con los adultos.

Por lo tanto, *"la educación sexual bien planeada debe orientar a los jóvenes sobre los procesos de desarrollo y de madurez sexual con un alto criterio sobre el sexo y conducir al adolescente a aceptar conscientemente (no por instinto) los modos elevados de satisfacer a la edad oportuna sus inquietudes y convertir esa relación humana en asuntos deseables para establecer la salud mental en un individuo y en una sociedad sana"*. (COESPO. Folleto; 1995, 85.). En explicación al texto anterior, debe considerarse que sea necesario no sólo sentirse miembro de una determinada sociedad, sino también sentirse ser sexuado y como miembro de un sexo y no del otro. Condiciona el desarrollo del niño y puede producir individuos que se encuentren marginados, fuera de lugar en su sociedad. Es clara en nuestra sociedad la existencia de una división de actitudes según el sexo. La sexualidad, así entendida, no es solo un componente mas de la personalidad, sino la forma general en que el individuo se manifiesta así mismo y ante los demás como perteneciente a una determinada clase de su especie.

Existe así, un peligro real de trastornar el desarrollo normal hacia la maduración biopsíquica de la sexualidad; durante el proceso de socialización pueden generarse actividades inadecuadas, temores, insatisfacciones y desconcierto que alteren el funcionamiento psicosexual sano y maduro de la persona y den lugar a conductas sexuales desajustadas.

Según COESPO refiere: *"La abstinencia o castidad antes del matrimonio contribuyen al éxito de la unión, haciendo la expresión amorosa más idealista y conservando entre el hombre y la mujer dando como resultado un alto grado de autorespeto. Por otro lado, la falta de educación sexual contribuyen a la prostitución y acarrear graves problemas sociales (relaciones premaritales y extramaritales, divorcio, embarazo en madres adolescentes, aborto)"* (COESPO. Folleto; 1995, 85.)

De acuerdo a lo anterior, la falta de educación sexual y los conflictos sobre el sexo no son los únicos que contribuyen a una mala adaptación, pero son básicos en ciertos medios y edades. Es importante descubrir que la abundante ignorancia en los terrenos del sexo y la alta frecuencia de excesivas inhibiciones sobre la conducta que debe asumirse en las relaciones heterosexuales y la necesidad de alivio de las tensiones sexuales, convierten a estos problemas en las causas más comunes de sentimientos de incapacidad, a búsquedas desviadas de caminos que conducen a relaciones insatisfechas, conflictivas y poco soportables para los demás.

Se ha dicho que el ser padre y madre es una experiencia maravillosa que puede ser fuente de realización personal, siempre y cuando, se tenga la preparación adecuada para ello. Cada quien escoge como llegar a la paternidad y a la maternidad: por azar, las circunstancias o como resultado de una libre, consciente y responsable decisión.

Otro factor influyente en la educación sexual es la planificación familiar, la cuál requiere de un *"Proceso complejo de formación que se debe promover desde tempranas edades, valores, actitudes y habilidades para una paternidad/maternidad responsable y exitosa como producto de una opción libre y consciente"* (FLASSES; 2002, 28). Por ende esto se

valdrá de procesos intencionales, permanentes y sistemáticos de educación sexual tanto en el sistema educativo como familiar.

Tomando en cuenta que el objetivo primordial de este subprograma fue sobre educación sexual, implicando en el mismo la importancia sobre la planificación familiar en la población meta, y para tal respecto el autor refiere lo siguiente: *"al proceso de toma de decisiones que una pareja hace respecto al tipo de familia que desean conformar y al proyecto de vida familiar que desean construir"* (Romero, L ;1985, 78). Sin embargo en las madres de este subprograma aún confunden el término de planificación familiar con "no tener hijos", "lo que hace una pareja para no tener hijos", "el uso de métodos para no tener hijos", etc... No obstante, ese concepto no es planificar una familia, aunque algunos de estos elementos si hacen parte de la toma de decisiones que debe tener una pareja que planifica intencional y conscientemente una familia. El decidir por un método para regular la fecundidad es una cosa y planificar una familia es otra más compleja aún, tomar un método para regular la fecundidad hace parte del proceso de planificación familiar.

Dentro de las dificultades que se presentaron durante la ejecución de la charla fue el ingreso de personal de enfermería a la habitación donde se impartía la charla, pues interrumpía la secuencia de la actividad. Lo anterior como consecuencia de la falta de comunicación entre la epesista y el personal de enfermería, el cuál no se contempló dentro de la planificación y programación de la charla.

En lo que respecta a las actividades del desarrollo del aprendizaje de cuidados materno infantil, este fue dirigido a un total de 576 madres. Las actividades se planificaron y ejecutaron tres veces por semana en la cual

se observó una considerable participación de madres, lo que demostró que el nivel de acercamiento y aceptación hacia la epesista fue satisfactorio.

En la participación de las madres de post-parto se observó en la mayoría de ellas su interés por resolver algunas de sus dudas, en cuánto a cuidados materno infantil. Respuestas que la epesista les daba, así como también, se tomaba en cuenta la opinión de las madres con experiencia, la cuál fue de trascendental ayuda en la aclaración de dudas y de ejemplos en cada ejercicio.

La intervención de la epesista para lograr la participación mayoritaria de madres primerizas, fue en primer lugar el de motivarlas a que no solo las madres con experiencia podían llegar a tener el conocimiento sobre el aprendizaje de los cuidados del recién nacido sino que también una primeriza; en primer lugar tenían que tener confianza de sí mismas, seguridad en lo que iban a hacer y quitarse el miedo al realizar los diferentes cuidados de un recién nacido. Otro aspecto importante fue el de hablarles sobre el mejoramiento de su autoestima, en lo que respecta a que eran inteligentes, buenas madres y que todo radicaba en la actitud de criar bien y amar a su bebé.

El tener conocimientos del cuidado de un recién nacido no solamente involucra el poderlo bañar, saber cambiarle el pañal, darle de mamar, etc... sino que va más allá de ese contacto físico, es más bien formar ese vínculo afectivo entre madre e hijo. Debido a que hay un período sensible, comprendido entre las primeras horas y los primeros días después del nacimiento, durante el cual es importante que los padres establezcan un vínculo con el recién nacido. El contacto físico entre los padres y el recién nacido durante este período contribuye a crear una conexión emocional



entre ambos (formación del vínculo). El apego resultante permite que los padres hagan los sacrificios necesarios para poder hacerse cargo de él.

Este vínculo favorece el desarrollo emocional del lactante que, a su vez, repercute sobre su desarrollo en otros ámbitos, como el crecimiento físico. Otra forma de concebir la formación del vínculo y el apego consecuente es como un "enamoramiento" del recién nacido. Los niños que no tienen una madre u otro adulto que los quiere incondicionalmente tienen más probabilidades de tener problemas cuando maduran.

Para a establecer ese vínculo con el neonato, fue importante expresarle a las madres la forma cómo debían hacerlo, el cuál consistió en colocarse al pequeño en su regazo y acariciarlo suavemente de distintas formas, de modo que la piel del recién nacido entre en contacto directo con la de la madre mientras lo arrullan o lo alimentan. Ésta actividad fue de trascendental aprendizaje para las madres debido a que comprendieron lo importante que es el estar cerca del recién nacido y los cuidados que deben de prestarles.

Un mejor aprendizaje de las madres, fue lo conscerniente a la leche materna, para el buen desarrollo del neonato, a la cuál se le atribuyen propiedades nutritivas y de inmunización; también es conocida su influencia en el desarrollo emocional e intelectual. Pero los beneficios de la lactancia van más allá: ayuda a perder peso a la madre, reduce el riesgo de enfermedades en el neonato y fortalece los huesos del mismo. Así mismo, sobre los conocimientos de que la leche de la madre es de la mejor calidad, que si amamanta a su hijo éste va a crecer sano, ya que lo protege de infecciones y que el amamantamiento con frecuencia y regularidad ayuda a espaciar los embarazos.

Con respecto a la práctica realizada por una las madres ya experimentadas en cuanto a la alimentación del neonato, se observó que el aprendizaje fue de mayor trascendencia para las madres primerizas y para la epesista, pues de esa manera quedaba explicado y ejemplificado. Mismo que fue repetido por una voluntaria, acompañada por una madre experimentada y supervisada por la epesista.

#### **4.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN**

Para la realización, hubo necesidad de utilizar varias horas de trabajo, ajustado a las técnicas mencionadas en el numeral 2.3.3 (Metodología de Abordamiento). Presentando a continuación el análisis e interpretación de resultados con respecto a la encuesta estructurada y dirigida a 50 mujeres de post-parto de consulta interna comprendidas entre las edades de 21 a 45 años. Y en relación al objetivo planteado: "Identificar cuáles son los factores socioculturales que influyen en las mujeres de post parto, comprendidas entre las edades de 21 a 45 años, que han procreado de tres a cinco hijos, que asisten al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt", los interesados en esta materia podrán encontrar un análisis ajustado a la realidad en relación a las respuestas obtenidas de las mujeres post-parto de consulta interna, después de la aplicación correspondiente.

Presentándose a continuación el análisis e interpretación de resultados con respecto a la entrevista estructurada dirigida a 50 mujeres, obteniéndose la información que a continuación se describe:

## EDADES

EDADES	NÚMERO
21-25	7
26-30	17
31-35	11
36-40	9
41-45	6
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>

Las edades de las entrevistadas que predominan en esta investigación, están comprendidas entre las edades de 26 a 30 y de 31 a 35 años, lo cuál evidencia que para muchas mujeres esa edad es la más adecuada para llegar a tener varios hijos, según expresiones con respecto a sus creencias y costumbres.

## ACTIVIDAD LABORAL

ACTIVIDAD	NÚMERO
Ama de casa	42
Negocio propio	8
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>

La actividad laboral que más predomina en las mujeres entrevistadas es el ser ama de casa, lo que indica que en estos hogares sigue predominando la actitud machista, de que es el hombre quién trabaja y que la mujer es la que se debe quedar para criar a los hijos, no teniendo así la oportunidad de poder contribuir al hogar económicamente y servir solo como ser reproductor de hijos.

## ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	NÚMERO
Diversificado	3
Secundaria	6
Primaria	28
Ninguno	13
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>

Con respecto a la escolaridad, la investigación nos muestra que la mayoría de la población entrevistada solamente ha llegado hasta un nivel primario de educación, probablemente por factores económicos, falta de accesibilidad a los centros educativos y por el desinterés o motivación en sus metas o visiones de vida. Lo que significa que para muchas de las madres el no haber tenido una profesión, ha sido un factor determinante para procrear varios hijos, esto si lo comparamos con la población de la ciudad capital, que por su nivel económico medio alto y por la accesibilidad que se tiene a los diferentes niveles de educación, las mujeres deciden superarse profesionalmente para luego tener los hijos de forma planificada.

## RELIGIÓN

RELIGIÓN	NÚMERO
Católica	29
Evangélica	18
Otras	3
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>

De acuerdo a la información obtenida en este rubro, se puede considerar que la religión es un factor influyente en las mujeres con

respecto a sus creencias de procrear a varios hijos o bien de no utilizar algún método anticonceptivo, para la planificación de su familia.

### Análisis Eje N.1

En cuánto a la información adquirida en relación al embarazo, las personas entrevistadas respondieron que sí están informadas sobre el mismo. De las que respondieron afirmativamente, expresaron lo siguiente en cuanto a ¿qué entiende por embarazo?: "*Traer un bebé al mundo*", "*Tener nueve meses al bebé dentro de uno*", "*Bendición de Dios traer vida*", "*Unión de dos personas*", "*Compromiso, responsabilidad y gasto*". Lo anterior evidencia que no es por falta de información que las mujeres no entiendan éste término, sino que es por su bajo nivel de educación escolar y sexual; así como también por su cultura no saben dar una definición clara de lo que es el embarazo.

### Análisis Eje N.2

De los resultados obtenidos por parte de las entrevistadas se estableció que la mayoría considera que es por relaciones sexuales que se puede quedar embarazada. Sin embargo desconocen que existen otros métodos para quedar embarazadas, resultado de la falta de educación en el conocimiento de métodos de planificación familiar, factores religiosos y culturales.

### Análisis Eje N.3

La mayoría de las mujeres entrevistadas respondieron que no recibieron información por parte de sus padres con respecto al embarazo, debido a falta de educación por parte de sus padres, falta de comunicación

entre padres e hijos y por los diferentes tabúes que se manejan culturalmente en la región. Sin embargo las que respondieron afirmativamente, expresaron: *"Cuidarse cuando tuvieran la primer menstruación". " El tener relaciones sexuales daba como resultado quedar embarazada". "No tener hijos tan jóvenes".*

#### Análisis Eje N.4

A través de las respuestas dadas por las entrevistadas sobre otras creencias de tener varios hijos, concuerdan que: *"el esposo cree que se vuelve mañosa y/o porque tiene amante", "la mujer se enferma", "no usamos método de planificación porque: dañan a la mujer, nacen mal los hijos, los esposos creen que saber que hace uno en la calle", "gusto de tener una familia numerosa" y "he resultado embarazada sin darme cuenta".* Se concluye que las creencias y costumbres transmitidas de generación en generación son los que más influyen en las mujeres acerca de tener varios hijos; así mismo es evidente el predominio machista que existe sobre la mujer, debido a que a ellas les importa mucho la opinión de sus esposos con respecto a los métodos de planificación familiar. No importándoles así a los esposos la cantidad de hijos que puedan tener. Otro factor influyente es la religión, así como también el miedo que tienen las mujeres de operarse para no tener más familia, por lo que puedan pensar sus esposos con respecto a la infidelidad.

#### Análisis Eje N.5

Se pudo determinar que la familia no es un factor influyente para procrear varios hijos. Mientras que una cuarta parte de las entrevistadas consideró que si fue influyente su familia en tener varios hijos. Aspecto

que se ha ido debilitando como consecuencia de los cambios de patrones de crianza y aspectos culturales en las familias.

#### Análisis Eje N.6

La mayoría de las respuestas de las entrevistadas fueron negativas, la cuál evidencia que la religión no es influyente en la decisión de tener varios hijos. Ya que solo una minoría afirmó que sí. De las respuestas afirmativas se obtuvo lo siguiente: *"pecado no es tenerlos", "propósito de Dios porque son los hijos que le manda a uno", "planificar y operarse es pecado"*.

#### Análisis Eje N.7

De las respuestas obtenidas por la mayoría de las entrevistadas se llegó a determinar que no son los factores comunitarios ni de su Aldea, barrio, etc... los que influyen en llegar a tener una familia numerosa. Sin embargo las que dieron respuestas afirmativas determinaron las siguientes costumbres: *" porque hay antecedentes de familias numerosas", "donde vivo hay muchas familias indígenas y dicen que se deben tener muchos hijos", " por temor a operarme"*. Por lo tanto nos indica que no es por decisión de la pareja misma en llegar a tener una familia numerosa sino que viene siendo de generación en generación o por patrón de crianza.

#### Análisis Eje N.8

En las respuestas a este planteamiento, se determinó que la inyección, la "T de cobre" , "la espiral", el condón y los anticonceptivos son los métodos que más conocen. Por lo tanto la población conoce de

métodos para evitar el embarazo y que fueron adquiridos por la familia, escuela, amigos, etc...

#### Análisis Eje N.9

De éste planteamiento se estableció que la mayoría de las mujeres no utilizan ningún método para evitar el embarazo (aunque algunas los conocen), sino que por negligencia, factores económicos, miedo a sus esposos y vergüenza ante la comunidad por se señaladas. Todo lo anterior como consecuencia a las creencias y costumbres que se manejan de generación en generación. Y que el utilizar un método según expresaban las entrevistadas, era únicamente según sus esposos para: *"hacer lo que ellas quisieran en la calle"*, además por su religión, que algunas indicaban que *"era pecado, pues va en contra de las reglas de Dios"*...

#### Análisis Eje N.10

En la respuesta mayoritaria está plenamente confirmado que no es por falta del conocimiento de instituciones que las mujeres no acudan a solicitar los servicios de planificación familiar, sino por desinterés, irresponsabilidad, factores económicos y algunas otras por quedarles muy distantes dichos centros de sus lugares de donde viven.

En resumen se puede decir, que de acuerdo al objetivo planteado en este subprograma, el cuál consistió en: Identificar cuáles son los factores socioculturales que influyen en las mujeres de post parto, comprendidas entre las edades de 21 a 45 años, de procrear de tres a cinco hijos, que asisten al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt", se estableció que los factores socioculturales más frecuentes que presenta la población meta fueron: las creencias con respecto a tener varios hijos: *"mi esposo cree*



*que uno se vuelve mañosa y/o porque tiene amante”, “la mujer se enferma”, “no usamos método de planificación porque: dañan a la mujer, nacen mal los hijos, los esposos creen que saber que hace uno en la calle”, “gusto de tener una familia numerosa” y “he resultado embarazada sin darme cuenta”.* Así mismo la falta de educación, la religión y la actitud machista, constituyen algunos de los factores socioculturales identificados en la presente investigación.

#### **4.4 ANÁLISIS DE CONTEXTO**

Dentro del desarrollo del proyecto de EPS y la ejecución de cada uno de los subprogramas que éste contemplo, refiero que los resultados a nivel institucional y personal fueron significativos y satisfactorios.

Primero porque el mismo se concluyó en el tiempo previsto, a pesar de haber tenido algunos inconvenientes en la ejecución de los diferentes subprogramas.

Segundo porque permitió que la población de madres de pre y post parto identificarán el rol que desempeña el psicólogo: capacidad de escucha, liderazgo, función educativa y de orientador profesional, el cuál contribuye a que prevalezca una estabilidad en la salud mental del ser humano.

Tercero fue de esta forma en que el proyecto de EPS adquirió gran excelencia por la aceptación y participación en el desarrollo de cada uno de los subprogramas (servicio, docencia e investigación), en el que se hizo notar el apoyo brindado por el Director del Hospital, Jefe del Departamento de Psicología, médicos, personal de enfermería, y sobre todo por las madres de pre y post parto, población en la que el trabajo fue beneficioso

y enriquecedor, debido a la metodología de enseñanza-aprendizaje que se implementó en los diferentes procesos de la Orientación Psicoeducativa.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 CONCLUSIONES

##### 5.1.1 GENERALES

- El trabajo realizado por el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, trae importantes contribuciones que ayudan al mejoramiento de la salud física y mental de los pobladores de la Aldea San Felipe de Jesús, a quienes se dirigen y sitúan diferentes programas, que buscan optimizar el avance integral de las personas. El aporte de la epesista estuvo orientado al desarrollo del programa de Atención Psicosocial y Orientación Psicoeducativa a madres de pre y post parto de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.
  
- A modo de estudiante y profesional de las ciencias psicológicas, la realización del EPS fue fundamental para la enseñanza-aprendizaje, enriquecimiento y adquisición de experiencias; logrando así, planificar, desarrollar y ejecutar actividades de cada uno de los subprogramas, dentro del contexto requerido. Lo anterior permitió de alguna manera colaborar en la solución de algunos de los problemas por los que atraviesa la institución además de interesarse por la problemática de atención psicosocial y orientación psicoeducativa a madres de pre y post parto de consulta interna y externa; y a la vez poner en práctica sus conocimientos adquiridos durante toda su carrera universitaria, como la demanda la Universidad de San Carlos de Guatemala.

### 5.1.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

- El brindar atención psicológica a madres de pre y post parto de consulta externa e interna del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, permitió a la epesista ahondar en la aplicación de la terapia breve y de emergencia en el mejoramiento de la salud mental.
- Las madres de pre y post de consulta externa e interna del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, se beneficiaron a través de los procesos de orientación psicoterapéutica, por medio de la aplicación de la terapia Cognitiva y técnicas Conductuales, para mejorar el desarrollo integral de su salud mental.

### 5.1.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

- Al fomentar el aprendizaje de gimnasia aeróbica (técnicas corporales) y estimulación pre-natal a madres de pre-parto de consulta externa, a través de charlas participativas, del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt contribuyó al mejoramiento de su salud física, psicológica, emocional y psico-afectiva entre madre y feto.
- El promover el conocimiento psicológico sobre educación sexual a madres de post parto de consulta interna, a través de charlas participativas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, favoreció a la prevención de la tasa de natalidad, la implementación de métodos efectivos de

planificación familiar y mejorar la comunicación en la pareja e hijos, en beneficio de su salud sexual.

- Las madres de post-parto de consulta interna del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, incrementaron el desarrollo de su aprendizaje sobre cuidados materno infantil, a través de charlas participativas, en beneficio de los neonatos (recién nacidos).

#### **5.1.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN**

- Se identificarán cuáles son los factores socioculturales que influyen en las mujeres de post parto, comprendidas entre las edades de 21 a 45 años, de procrear de tres a cinco hijos, que asisten al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.
- Se concluye que los factores socioculturales que influyen en las mujeres de post parto, comprendidas entre las edades de 21 a 45 años, de procrear de tres a cinco hijos, fueron: las creencias con respecto a tener varios hijos. Así mismo la falta de educación, la influencia religiosa y la actitud machista.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

### **5.2.1 GENERALES**

- Continuar con la proyección del Ejercicio Profesional Supervisado de la Escuela de Ciencias Psicológicas, en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Aldea San Felipe de Jesús, con la finalidad de contribuir al mejoramiento

de la salud física y mental de las madres de pre y post parto de consulta interna y externa.

- Dar seguimiento a la atención psicosocial y orientación psicoeducativa, para lograr un mejor desarrollo de la salud física y mental, el enriquecimiento del conocimiento y adquisición de experiencias en el aprendizaje por parte de las madres de pre y post parto de consulta interna y externa.
- A la institución habilitar un espacio físico adecuado para la realización de técnicas gimnásticas- aeróbicas, debido a que en la actualidad no se cuenta con el mismo, dificultando así el desarrollo del aprendizaje en las madres.
- A la institución, a que implemente un programa continuo sobre educación sexual para la obtención de un mejor conocimiento de las relaciones heterosexuales y de una paternidad responsable.

### **5.2.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO**

- A futuros epeistas continuar con la atención psicológica desarrollando y aplicando terapias y técnicas a cada caso, para mejora de la salud mental...
- Promover con más auge la orientación psicológica a toda la población que asiste a dicha institución, para continuar con el proceso de cambios de conductas iniciados por la epeista.
- Utilizar todos los medios de comunicación para brindar más información a las madres de pre y post parto de consulta interna y

externa sobre la importancia de asistir al Departamento de Psicología para disminuir la problemática psicosocial y principalmente que mejoren su salud mental.

### **5.2.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA**

- Continuar con el aprendizaje de gimnasia aeróbica (técnicas corporales) y estimulación pre-natal a madres de pre-parto de consulta externa, a través de charlas participativas para mejorar la salud física y mental.
- Al futuro epesista darle seguimiento al programa de cuidados materno infantil, a través de talleres y charlas participativas, para un mejor aprendizaje de las madres de post parto y beneficio de los neonatos.

### **5.2.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN**

- Dar seguimiento a la presente investigación, para que de esta manera se amplíe la información sobre los factores socioculturales que influyen en las mujeres de post parto, comprendidas entre las edades de 21 a 45 años, de procrear de tres a cinco hijos, con la finalidad de disminuir el alto índice de natalidad y así mejorar sus condiciones de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Acuña, Angelina. "El Maestro". Revista Divulgativa del Ministerio de Educación. Guatemala.1969.
2. Barnen de Suecia, Radda. "Técnicas de Participación Infantil". Oficina Regional para Centroamérica y México. Fundación Olofpalme. ACISAM. 1998.
3. Bellak, Leopoldo. "Terapia Breve y de Emergencia". Editorial Mc Graw-Hill. México.1983.
4. Clapp, J.F. Exercicio during pregnancy. Clin Sports Med. 2000.
5. COESPO. Folleto "¿qué es la sexualidad?". México. 1995.
6. Corsi, Jorge. "Violencia Familiar". Editorial Paidos. Argentina, Buenos Aires. 1992.
7. Charles G. Morris y Albert A. Maisto. "Psicología". 1ra edición. Editorial Pearson Educación. México. 2001.
8. Dorsch, Friedrich. "Diccionario de Psicología". Editorial Herdes S.A. España, Barcelona. 1986.
9. FLASSES, Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual. 2002.
10. "Fundamentos de la Metodología Participativa". UNICEF. Guatemala. 1988.



11. González Barrón, Remedios. "Psicopatología del Niño y Adolescente". Editorial Pirámide. México. 2000.
12. González Pérez, Thelma Isabel. "Efectividad de un programa psicoeducativo y psicoterapia grupal, para favorecer patrones de crianza democráticos a niños con maltrato infantil atendidos en Centro de Salud". Guatemala. 1999. (Tesis)
13. Grace, J Craig/ Woolfolk. "Manual de Psicología y Desarrollo Educativo". Editorial Prentice Hall Hispanoamericana, S.A. México. TomoIV.
14. Karl A. Menninger. "Manual Psychiatric Care Study". Second Edition. 2001.
15. López Gamboa, Guadalupe. "Apoyo Mental Comunitario". Editorial Panamericana. México. 1995.
16. Papalia Dianne. "Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia". Editorial Mc Graw-Hill. México. 1999.
17. Quinto Barrera, See King. "Terapia Cognitiva Dr. Aarón Beck". 4ta edición. México. 2002.
18. Revista "Tu Hijo". Editora Cinco. Puerto Rico. 2005.
19. Romero, Leonardo. "Elementos de Sexualidad y Educación Sexual". Editorial Panamericana. 4ta edición. Colombia. 1985.

20. Sánchez Hidalgo, Efraín. "Psicología Educativa". Editorial Universitaria. 9na edición. Puerto Rico. 1978.
21. Toledo Barrios, Leonidas. "Orientación Psicoecológica dirigida a niños(as), adolescentes, maestros y personal del centro de salud para disminuir actitudes destructoras del ambiente en la Aldea Boca del Monte, Municipio de Villa Canales. Guatemala. 2003. (EPS).
22. <http://www.geocities.com/bebesano/neoestim.html>
23. [kidshealth.org/parent/en\\_espanol/embarazo/preg\\_health\\_esp](http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/preg_health_esp)

## GLOSARIO

1. **ABORTO ESPONTÁNEO:** Terminación del embarazo antes de que el feto sea viable, antes de que hayan pasado 25 semanas desde la concepción y por causas accidentales al suceso.
2. **AFFECTIVIDAD:** Estado de conciencia que se da a la vida psíquica una tonalidad de agrado o desagrado, de alegría o tristeza, de apacibilidad o angustia.
3. **ANEMBRIÓNICO:** Embarazos que se presentan sin embrión, se atribuyen como molas o masas dentro del útero.
4. **ANGUSTIA:** Temores sin motivo concreto con la sensación de peligro constante. Tensión psíquica con predominio de síntomas físicos, sobre todo del área motora.
5. **ANSIEDAD:** Estado emocional desagradable que está acompañado por la excitación fisiológica y los elementos cognoscitivos de aprensión, culpabilidad y sensación de desastre inminente.
6. **AÑEJAS:** Madres que cuentan ya con varios años, los cuáles presentan problemas durante el embarazo.
7. **CERVIS:** Parte posterior del cuello uterino.
8. **CESÁREA:** Operación que consiste en extraer el feto por incisión de la pared abdominal y del útero cuando el parto resulta imposible por vía natural.

9. **DEPRESIÓN POST-PARTO:** Sentimiento permanente de tristeza por pérdida del neonato con síntomas de insomnio, falta de energía, sentimientos de desesperanza, sentimientos de culpabilidad.
10. **DIU:** T de cobre, dispositivo intrauterino de larga duración que permite espaciar los embarazos.
11. **DUELO:** Parte de una reacción de pérdida, los cuáles manifiestan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor.
12. **EMBARAZO:** Conjunto de fenómenos que incluyen la fecundación, implantación, desarrollo embrionario y fetal el cual concluye con el nacimiento de neonato.
13. **EMBRIÓN:** Organismo en vías de desarrollo, a partir del huevo fecundado hasta la realización de una forma capaz de vida, autónoma y activa.
14. **EMOCIÓN:** Pautas de conducta que expresan un afecto.
15. **FECUNDACIÓN:** Penetración de un espermatozoide en un óvulo.
16. **FETO:** Producto de la concepción, desde que se cumplen 12 semanas de gestación hasta el parto.
17. **GESTACIÓN:** Proceso durante el cual se desarrolla el embrión y el feto, en el interior de la madre.

18. HISTERECTOMÍA: Ablandación del útero. Sacar el útero.
19. LACTANCIA: Secreción y expulsión de leche por parte de las glándulas mamarias.
20. MENARQUÍA: Inicio de la menstruación.
21. MORTINATO: Muertes prematuras, por lo regular se da por la calidad de vida de una población.
22. MULTÍPARAS: Mujeres que han dado a luz a varios hijos.
23. OBSTETRICIA: rama de la medicina que se especializa en la gestación, parto y puerperio.

# Anexos

## ENTREVISTA DIRIGIDA “Aplicación Individual”

### Datos Generales:

Edad:	Sexo:	Ocupación:
Estado Civil:		Escolaridad:
Religión:		Lugar donde vive:

### Entrevista

1. ¿Está informada sobre el embarazo ?
- |       |      |      |
|-------|------|------|
| MUCHO | POCO | NADA |
|-------|------|------|

¿Qué entiende por embarazo ?

2. ¿Cuáles son las formas para quedar embarazada?

RELACIONES SEXUALES	INSEMINACION ARTIFICIAL	OTRAS
------------------------	----------------------------	-------

¿Cuáles?

3. ¿Recibí alguna información por parte de sus padres sobre el embarazo?

SI	NO
----	----

¿Qué le informaron?

4. ¿Cuáles son las creencias que tiene acerca de tener varios hijos?

LOS HIJOS QUE DIOS MANDE	PORQUE MI ESPOSO QUIERE	MI ESPOSO NO QUIERE QUE ME OPERE	OTRAS
-----------------------------	----------------------------	--	-------

¿Cuáles?

5. ¿Influyó su familia u otras personas en tener varios hijos?

SI	NO
----	----

¿Quiénes?

6. ¿Su religión ha influido en la cantidad de hijos que ha tenido?

SI	NO
----	----

¿Cómo?

7. ¿Las costumbres de su Comunidad, Barrio, Cantón, Aldea o lugar de origen fueron determinantes para llegar a tener una familia numerosa?

SI	NO
----	----

¿Cuáles?

8. ¿Qué métodos para evitar el embarazo conoce?

MÉTODO NATURAL	USO DE CONDON	ANTICONCEPTIVOS	OTROS
----------------	---------------	-----------------	-------

¿Cuáles?

9. ¿Qué métodos para evitar el embarazo usa?

MÉTODO NATURAL	USO DE CONDON	ANTICONCEPTIVOS	OTROS
----------------	---------------	-----------------	-------

¿Cuáles?

10. ¿Conoce instituciones que presten servicios de Planificación Familiar?

SI	NO
----	----

¿Cuáles?





\_\_\_\_\_

**FICHA CLINICA PSICOLOGICA**  
**Adultos (18 años en adelante)**

Cama No. \_\_\_\_\_

Reg. Med. No.: \_\_\_\_\_

**I. DATOS GENERALES:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Labor: \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Etnia: Indígena \_\_\_\_\_ Ladino: \_\_\_\_\_

Referido por \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

Emergencia:

Paciente Interno

Consulta Externa:

Consulta Personal Directa

Otros: \_\_\_\_\_

**II. MOTIVO DE CONSULTA:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**III. MOTIVO DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**IV. INFORMACION FAMILIAR:**

Personas con que vive: \_\_\_\_\_

Lugar que ocupa en la familia: \_\_\_\_\_

Número de hijos: \_\_\_\_\_ Número de hermanos: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Vida Sexual: \_\_\_\_\_

FECHA: 23/08

V. ANTECEDENTES:

Enfermedades padecidas: \_\_\_\_\_

Intervenciones Quirúrgicas: \_\_\_\_\_

Enfermedades Nerviosas: \_\_\_\_\_

Antecedentes Toxicológicos: (Alcoholismo, Tabaquismo, Drogadicción): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enfermedades mentales (familia): \_\_\_\_\_

Accidentes sufridos: \_\_\_\_\_

Otro tratamiento psicológico: \_\_\_\_\_

VI. DESARROLLO DE HABITOS:

Calidad de Alimentación: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Se alimenta bien: \_\_\_\_\_ Duerme bien: \_\_\_\_\_

Eliminación: \_\_\_\_\_

Higiénicos: \_\_\_\_\_

VII. PSICODIAGNOSTICO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VIII. PRUEBAS O TEST:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IX. PSICOTERAPIAS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

X. OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

XI. MEDICAMENTOS: (que toma o tomó antes)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

rpm\*

Evaluado por: \_\_\_\_\_ Vo. Bo. \_\_\_\_\_  
Nombre y Cargo Psico<sup>l</sup>ogo jefe





