

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

**“INCIDENCIA DEL ABORTO EN EL AÑO 2008 Y SECUELAS
PSICOLÓGICAS EN MUJERES DE 15 A 35 AÑOS DE EDAD QUE
ASISTEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
GENERAL SAN JUAN DE DIOS”**

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

POR

SARA MAGALY GÓMEZ

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIATURA**

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

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

Ninette Archila Ruano de Morales
Jairo Josué Vallecios Palma
**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.086-2008
CODIPs. 908-2009

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

09 de junio de 2009

Estudiante
Sara Magaly Gómez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO QUINTO (25º) del Acta TRECE GUIÓN DOS MIL NUEVE (13-2009) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 04 de junio de 2009, que copiado literalmente dice:

"VIGÉSIMO QUINTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"INCIDENCIA DEL ABORTO EN EL AÑO 2008 Y SECUELAS PSICOLÓGICAS EN MUJERES DE 15 A 35 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

SARA MAGALY GÓMEZ

CARNÉ No.200317018

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



Velveth S.



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: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Firma:  hora: 18:30 Registro: 86-08

Reg. 086-2008
EPS. 224-2007

25 de mayo del 2009

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a usted que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Sara Magaly Gómez**, carné No. **200317018**, titulado:

"INCIDENCIA DEL ABORTO EN EL AÑO 2008 Y SECUELAS PSICOLÓGICAS EN MUJERES DE 15 A 35 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS."

De la carrera Licenciatura en Psicología

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo del Licenciado Rafael Estuardo Espinoza, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Claudia Rossana Rivera,
COORDINADORA DE EPS



/Dg.

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

Reg. 086-2008

EPS. 224-2007

20 de mayo del 2009

Licenciada

Claudia Rossana Rivera Maldonado

Coordinadora del EPS

Escuela de Ciencias Psicológicas

CUM

Respetable Licenciada:

Tengo el agrado de comunicar a ustedes que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado –EPS- de **Sara Magaly Gómez**, carné No. **200317018**, titulado:

“INCIDENCIA DEL ABORTO EN EL AÑO 2008 Y SECUELAS PSICOLÓGICAS EN MUJERES DE 15 A 35 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.”

De la carrera Licenciatura en Psicología

Así mismo, 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”


Licenciado Rafael Estuardo Espinoza
Revisor



/Dg.

c.c. Expediente



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

Reg. 086-2008
EPS. 224-2007

30 de marzo del 2009

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

Respetable Licenciada:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Sara Magaly Gómez**, carné No. **200317018**, titulado:

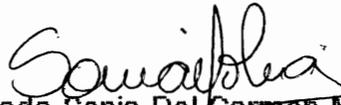
"INCIDENCIA DEL ABORTO EN EL 2008 Y SECUELAS PSICOLÓGICAS EN MUJERES DE 15 A 35 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS."

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"


Licenciada Sonia Del Carmen Molina
Asesora-Supervisora



/Dg.
c.c. Expediente



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.086-2008

CODIPs.274-2008

De Aprobación de Proyecto EPS

12 de marzo de 2008

Estudiante

Sara Magaly Gómez

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto TERCERO (3o.) del Acta CERO SIETE GUIÓN DOS MIL OCHO (07-2008) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 27 de febrero de 2008, que literalmente dice:

"TERCERO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **"INCIDENCIA Y SECUELAS PSICOLÓGICAS DEL ABORTO EN MUJERES DE 15 A 35 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

SARA MAGALY GÓMEZ

CARNÉ No. 200317018

Dicho proyecto se realizará en ciudad capital, asignándose a la Licenciada Miriam de Martínez, quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requiriente, y a la Licenciada Sonia del Carmen Molina Ortiz, 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



/rut

TELEFONOS

20318

23741-44

530423-32

530443-49

24834

Hospital General "San Juan de Dios"

Guatemala, G. A.

CALLE
"HOSPGRAL"
GUATEMALA

OFICIO NO _____

Guatemala 25 de Mayo de 2009

A quien interese:

Por este medio hago constar que la señorita Sara Magaly Gómez, carné No. 200317018, realizó su Ejercicio Profesional Supervisado en este centro asistencial llamado "INCIDENCIA DEL ABORTO EN EL AÑO 2008 Y SECUELAS PSICOLOGICAS EN MUJERES DE 15 A 35 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS". Trabajo que llevó a cabo durante el mes de febrero de 2008 a febrero del 2009 y que se realizó a mi entera satisfacción. Y para los usos legales que a la interesada convenga extiendo la presente a los 25 días del mes de mayo 2009.



Atentamente

A handwritten signature in black ink, appearing to read "M. Teresa Gaitán Juárez". The signature is fluid and cursive, written over a horizontal line.

Licda. María Teresa Gaitán Juárez
Jefe Sección de Psicología
Departamento de Medicina Interna.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Le doy gracias por las bendiciones recibidas, por iluminar mi camino y por permitirme alcanzar este triunfo.

A MI ABUELITA

Angela Aguilar por ser un ejemplo de madre y amiga, por todo su amor, esfuerzo, consejos y dedicación, mi inspiración principal a ella dedico este triunfo.

A MI TÍO

Camilo Gómez Aguilar por su paciencia, consejos y dedicación, gracias a Dios y a él he alcanzado esta meta.

A MI PADRINO

Juan José Estrada Rosa por el apoyo incondicional que me ha brindado.

A MIS AMIGAS

Gaby, Patty y Carol gracias por su amistad y apoyo que me han brindado

A

La Licenciada Sonia Del Carmen Molina y Licenciado Rafael Estuardo Espinoza por todo su apoyo y dedicación.

Y POR SUPUESTO

A toda la gente que me ha apoyado.

AGRADECIMIENTO

A Dios y a la Virgen Maria por permitirme llegar a esta meta.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Al Hospital General San Juan de Dios por darme la oportunidad de elaborar el Proyecto de EPS.

A las Licenciadas: Maria Teresa Gaitán, Argelia Mayorga y Miriam de Martínez quienes con esmero y cariño me ayudaron no solo en la asesoría de mi trabajo sino en todo sentido.

Al Ingeniero Mario Rodolfo Corzó Ávila por su apoyo y consejos.

A la familia Poroj Caraballo por todo el cariño, consejos y apoyo que me han brindado.

ÍNDICE

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

Antecedentes

1.1. Monografía de lugar.....	5
1.2. Descripción de la institución.....	7
1.3. Descripción de la población atendida.....	11
1.4. Planteamiento del problema.....	13

CAPÍTULO II

Referente teórico metodológico

2.1. Abordamiento teórico metodológico.....	15
2.2. Objetivos.....	37
2.2.1. Objetivo general.....	37
2.2.3. Metodología de abordamiento.....	38

CAPÍTULO III

Presentación de actividades y resultados

3.1. Subprograma de servicio.....	40
3.2. Subprograma de docencia.....	44
3.3. Subprograma de investigación.....	48
3.4. Otras actividades y resultados.....	55

CAPÍTULO IV

Análisis y discusión de resultados

4.1. Subprograma de servicio.....	56
4.2. Subprograma de docencia.....	58
4.3. Subprograma de investigación.....	60
4.4. Análisis de contexto.....	62

CAPÍTULO V

Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones.....	65
5.2. Recomendaciones.....	68

BIBLIOGRAFIA.....	71
-------------------	----

RESUMEN

El programa de Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) se llevó a cabo en el Hospital General San Juan de Dios en el departamento de Gineco-Obstetricia ubicado en la 1ra Avenida 10-50 de la zona 1 de esta ciudad, en el cual se brindó apoyo psicológico a mujeres que tuvieron un aborto principalmente a las adolescentes. Así como también se apoyó emocionalmente a la familia ó pareja que se vieron afectados por la pérdida.

Para poder llevar un orden del programa se trabajó en tres subprogramas: En el subprograma de Servicio se dió atención individual, familiar y de pareja con diversas terapias entre las más utilizadas, terapia de apoyo, terapia breve y de emergencia, logoterapia, cognitiva-conductual. Así como algunas técnicas de relajación, orientación, narración, etc.

En el subprograma de Docencia se implementó talleres y/o charlas a madres y familia sobre el aborto, superación personal, autoestima, entre otros para una mejor formación y educación. Las charlas se impartieron tanto en la Consulta externa de Gineco-obstetricia como en los diferentes servicios: Hospital de Día, Séptico y Complicaciones Prenatales, así como también se repartió trifoliales, esto con el fin de sensibilizar a la población que acude a dicho hospital.

Se impartieron charlas y talleres al personal de enfermería y personal del área verde, los temas que se dieron fueron: Autoestima, Relaciones Interpersonales, Trabajo en Equipo, Clima Laboral. La metodología que se utilizó en cada una de las charlas y/o talleres fue de dinámicas y de participación, ya que el objetivo era mejorar las relaciones y comunicación del personal para crear un mejor ambiente de trabajo y sobre todo mejorar el trato con las pacientes.

En el subprograma de Investigación el objetivo de este era determinar la incidencia del aborto y las secuelas psicológicas que sufren las mujeres en el

periodo post-aborto, para esto se elaboró una encuesta que se aplicó a las mujeres post-aborto y con la ayuda de los dos subprogramas, principalmente el de Servicio, se logró ver cómo ha incrementado el aborto siendo la población joven la que más acude al hospital por un aborto y la más afectada emocionalmente, ya que estas manifiestan más a menudo el deseo de tener el bebé, se sienten obligadas a abortar con más frecuencia, les cuesta mucho más superarlo.

INTRODUCCIÓN

El aborto es un problema que afecta a todas las clases sociales, teniendo grandes repercusiones emocionales sobre la mujer y su familia. Un nivel educativo deficiente no permite una adecuada información y orientación en materia de educación sexual, lo que no hace tener conciencia suficiente de la importancia que significa la concepción de un nuevo ser, por lo que la mayoría de abortos se origina debido en parte a que las mujeres se ven en una situación difícil de afrontamiento tanto emocional como materialmente.

Es indudable que el aborto es un recurso cada vez más utilizado para satisfacer la necesidad de controlar los nacimientos, que están generalizados en los diversos sectores de la sociedad que bien puede decirse que constituye una verdadera epidemia.

Pareciera ser que a la mujer que aborta se le juzga duramente desde el punto de vista moral y religioso, no dándole la importancia que esta tiene dentro de la sociedad donde se desenvuelve, ya que es parte importante en el desarrollo de la misma.

La mujer que se realiza un aborto sufre mucha tensión y angustia pre aborto, y después, sentimientos de culpa, sobre todo si la persona es muy religiosa. "El sentimiento de culpa tiene que ver con el hecho de que socio culturalmente se ve como un pecado, como algo negativo que va en contra de los valores que se inculcaron en la mujer desde que era niña. Si no logra manejar su sentimiento de culpa, puede interferir en la educación de sus hijos", explica la psicóloga Zara Pereira. Lo natural después de haber sufrido un aborto provocado, es sentir dolor, tristeza, culpabilidad, vacío,... lo anormal, sería quedarse completamente indiferente como si nada hubiera ocurrido (ello reflejaría un cierto grado de trastorno mental, aunque es preciso diferenciarlo de la actitud

de negación, con la que la mujer aparenta ante sí misma y ante los demás esta supuesta indiferencia). Desafortunadamente, y algunas veces con resultados trágicos, muchas mujeres guatemaltecas recurren al aborto cuando no tienen los medios para lograr sus metas reproductivas. En Guatemala los abortos inducidos son ilegales, excepto aquellos que se practican para salvar la vida de la mujer embarazada. Como resultado, las mujeres que recurren a un aborto para solucionar un embarazo no deseado lo hacen secretamente y bajo condiciones que representan un grave riesgo para su salud y su fecundidad futura. Estas mujeres son hospitalizadas para su tratamiento de las complicaciones del aborto, por lo que muchas de estas mujeres forman parte de la población que asiste al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, que hace que se desarrolle un proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado, con el fin de determinar la incidencia del aborto y las secuelas psicológicas que se da en las mujeres, principalmente las adolescentes, así como también brindar orientación a la pareja o familia ya que son entes importantes de solución o acompañamiento para mantener el equilibrio físico, social y emocional de las mujeres en el periodo post-aborto.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

1.1. Monografía del Lugar:

La República de Guatemala forma parte de Centro América y tiene una extensión territorial de 108,889 kilómetros². Limita territorialmente al Norte y Oeste con México, al Este con Belice, el Mar Caribe y Honduras, al Suroeste con El Salvador y al Sur con el Océano Pacífico. En todo el país domina el mismo tipo de clima, el cálido tropical, aunque las temperaturas varían con la altitud. La estación de lluvias se presenta entre mayo y noviembre. El suelo, muy fértil, es el recurso más importante de Guatemala, que es básicamente un país agrícola y ganadero. Los bosques cubren el 26,3% del territorio nacional. En las tierras bajas de Guatemala se encuentra la mayor parte de la flora característica de las áreas tropicales. El quetzal, con su esplendoroso plumaje, es el ave nacional. Gran parte de la rica biodiversidad de Guatemala se encuentra en sus bosques tropicales.

Guatemala se divide administrativamente en 22 departamentos, cuyo gobierno está a cargo de un gobernador designado por el presidente. Son los siguientes: Alta Verapaz, Baja Verapaz, Chimaltenango, Chiquimula, El Progreso, Escuintla, Guatemala, Huehuetenango, Izabal, Jalapa, Jutiapa, Peten, Quetzaltenango, Quiché, Retalhuleu, Sacatepéquez, San Marcos, Santa Rosa, Sololá, Suchitepéquez, Totonicapán y Zacapa. Otras ciudades importantes son: Puerto Barrios, Mazatenango y Antigua. El catolicismo es la religión que profesa la mayoría de los guatemaltecos. El español es el idioma oficial, aunque se hablan unas 21 lenguas indígenas del tronco maya, principalmente K'iche, Mam, Kaqchikel (o kakchikel), Poqomam y Q'eqchi. La educación es gratuita para todos los niveles, pero, debido a la escasez de escuelas públicas, hay muchas instituciones de carácter privado. La Universidad de San Carlos (1676), en la

capital, es la principal institución de educación superior del país. Las universidades privadas Rafael Landívar (1961) y Del Valle de Guatemala (1966), se encuentran también en la ciudad de Guatemala. El país cuenta con otras dos universidades, así como escuelas de música y arte.

El cultivo comercial más importante es la caña de azúcar, banano y el café. Otros productos son: maíz, tomate, frijol, sorgo, algodón, arroz, trigo y papa, todos ellos para consumo local, al igual que el ganado vacuno, porcino y ovino, y aves de corral. Los principales productos industriales son: alimentos y bebidas, azúcar, tabaco, chicle, productos químicos y farmacéuticos, papel, cueros y pieles, textiles y confección, petróleo refinado, objetos y muebles de madera, y metales. La unidad monetaria de Guatemala es el quetzal. Sus principales socios comerciales son: Estados Unidos, Japón, Alemania, México, Venezuela y los demás miembros del Mercado Común Centroamericano. Los principales productos de importación son: equipos de transporte, maquinaria, herramientas y materiales para construcción, petróleo, minerales, papel y celulosa, productos químicos y alimentos, bebidas y tabaco. Los de exportación son: café, azúcar, banano, camarón, pescado y langosta, cardamomo, textiles y carne de vacuno.

Aproximadamente dos terceras partes del territorio de Guatemala están formadas por montañas, muchas de ellas de origen volcánico. Las tierras altas comprenden dos cordilleras paralelas, la sierra de los Cuchumatanes y el sistema de la sierra Madre, continuación de la cordillera mexicana del mismo nombre, que atraviesa Guatemala de oeste a este y divide al país en dos mesetas de extensión desigual. La cumbre más elevada del país es el volcán Tajumulco (4.220 m); destacan también el Santa María (3.768 m), el Agua (3.776 m), el Fuego (3.835 m), el volcán Atitlán (3.537 m), situado junto al bellissimo lago de su mismo nombre, y el Pacaya (2.552 m), En el litoral atlántico, principal salida comercial en este océano,

se encuentra el mayor lago del país, que es Izabal. Los ríos de Guatemala de mayor longitud son: Motagua, Usumacinta (que forma parte de la frontera con México), Polochic, Dulce y Sarstún (Sarstoon), que forma parte de la frontera con Belice.

Las edificaciones más notables son el Palacio Nacional (1943) y la catedral (1815), parcialmente reconstruida después de los daños sufridos en 1976. Muy cerca se localizan algunas ruinas mayas de gran importancia, sobre todo las que se asientan en el lago Amatitlán.

El Ejercicio Profesional Supervisado se llevará a cabo en el Departamento de Guatemala, el cual tiene una extensión territorial de 2,253 kilómetros cuadrados y se encuentra a 1,458 metros el nivel del mar, con 2,521,470 habitantes aproximadamente. Sus límites territoriales son al Norte con Baja Verapaz, al este con El Progreso, Jalapa y Santa Rosa, al Sur con Escuintla y Santa Rosa y al Oeste con Chimaltenango y Sacatepéquez. Este departamento fue creado en 1,825 y su fiesta titular es el 15 de Agosto, Día de la Virgen de la Asunción.

La cabecera departamental es la ciudad de Guatemala y se divide en catorce municipios: Villa Nueva, Amatitlán, Villa Canales, Chiantla, Mixco, San Juan Sacatepéquez, San Raymundo, Chuarrancho, Fraijanes, Palencia, San José del Golfo, San Pedro Ayampuc, Santa Catarina Pinula y San Pedro Sacatepéquez.

1.2. Descripción de la Institución:

El Hospital General San Juan de Dios, está ubicado en la 1ra Avenida 10-50 de la zona 1 de esta ciudad. Dicha institución es de dependencia nacional, con carácter asistencial, docente y de investigación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; está a cargo del Dr. Héctor Fong, el departamento de medicina está a cargo del Dr. Rómulo López, y la Jefatura de Psicología es parte de dicho

departamento y está a cargo de la Licda. María Teresa Gaitán quién está a cargo de la supervisión del Ejercicio Profesional Supervisado, y como jefe inmediato la Licda. Miriam Elida de Martínez. El Hospital está rodeado por diferentes instituciones como la Liga Contra la Tuberculosis, APROFAM, El Paraninfo, el Centro de Educación Especial "Alida España" y la iglesia Las Misericordias, entre otros. El Hospital presta atención médica, psicológica, social y educativa, especializada a niños, adolescentes, adultos y ancianos de orígenes ladinos e indígenas, de sexo masculino y femenino procedentes de las áreas rurales y urbanas, de bajo nivel económico, con servicios públicos precarios y problemas de analfabetismo. Esta entidad de salud recibe ayuda de diferentes entidades nacionales y extranjeras.

Según monografía del Hospital General San Juan de Dios, escrita por el periodista José Vicente Salazar, este se origina a lo largo de la historia de la ciudad, fundada como capital de Guatemala. Pero por las catástrofes dadas fueron trasladadas de un lugar a otro y al mismo tiempo surgió la necesidad de los enfermos españoles y de los que descendían de ellos los cuales estaban en la calle y morían sin ser atendidos. En ese entonces el obispo Francisco Marroquín se compadeció de ellos, fundando el hospital llamándolo Santiago, pero no había quien atendiera, médicos ni paramédicos; los sacerdotes complacidos llevaban consuelo a los enfermos y algunos de ellos empíricos trataban sus problemas para aliviarlos.

Los hermanos sanjuaneros participaban en el cuidado de los enfermos y en la administración de los hospitales improvisados y del hospital Santiago. El 27 de septiembre de 1669 se le cambió de nombre al hospital Santiago por HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, después de esto el hospital mejoró notablemente, por lo que la Universidad de San Carlos de Borromeo había sacado los primeros médicos que fueron bastiones de la medicina preventiva y curativa.

En 1773 un terremoto destruyó el edificio del hospital, los médicos y hermanos sanjuaneros improvisaron las instalaciones con ranchos de paja, por lo que no dejaron de atender a heridos y enfermos. Debido a esto se decide el traslado de la ciudad al valle de la Virgen ó de la Ermita y se inicia la construcción del edificio en la parte del terreno en el que se encuentra actualmente, con vista a la Avenida Elena, en donde anteriormente se encontraba el cementerio que posteriormente fue trasladado al lugar donde se ubica en la actualidad.

El hospital empezó a funcionar cinco años después de que inició la construcción en 1778, según los estatutos se estableció gratuitamente la consulta para los pobres, quedando después en desuso por falta de personal médico. Sin embargo en 1882 vino el primer grupo de enfermeras especializadas en administración y manejo de hospitales; las hermanas de la caridad de San Vicente de Paúl. El terremoto del año 1976 causó grandes daños estructurales al hospital viéndose en la necesidad de trasladarse al parque de la industria trabajando durante siete años consecutivos en los salones del mismo. El 24 de mayo de 1983 fue nuevamente construido el edificio por completo, desde entonces sigue prestando sus servicios contando con un notorio avance tecnológico lo cual permite hacerle frente a las diversas necesidades de la población y específicamente en los problemas físicos, psicológicos y sociales.

Los servicios que presta el hospital San Juan de Dios a la población se dan en el área de Pediatría, Gineco-Obstetricia y Adultos, cada uno con sus diferentes salas de encamamiento, consultas externa y emergencias, también cuenta con el área educativa que integra una guardería y pequeñas áreas de trabajo-estudio en el encamamiento de pediatría, para trabajadores y personas ajenas a la institución.

Objetivos

- Contribuir a la salud asistencial de la población guatemalteca por medio de una atención de cobertura con calidad y calidez
- Colaborar con las diferentes facultades de medicina y otras especialidades para incrementar la capacidad médica de sus estudiantes
- Investigar y vigilar el proceso epidemiológico y farmacológico de enfermedades infectocontagiosas y productos medicinales utilizados en pacientes.

Misión

Somos una entidad pública de vanguardia con vocación docente, asistencial y de investigación, para brindar atención médica integral de tercer nivel a la población guatemalteca, con personal técnico y profesional especializados, utilizando la mejor tecnología.

Visión

Somos un hospital nacional-docente asistencial del tercer nivel del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, responsable de brindar atención médica integral, oportuna, eficiente y eficaz que contribuye en la salud de la población.

Recursos

La institución cuenta con un sótano y 7 niveles de los cuales el sótano y el primer nivel está localizada el área administrativa y ejecutiva, del segundo al sexto nivel están los servicios de adultos, maternidad cuenta con tres niveles y está ubicada entre adultos y pediatría, en el séptimo nivel se encuentra una biblioteca virtual que es para uso exclusivo de los residentes, salones de conferencias y habitación para los residentes de turno entre otros. Cada piso cuenta con salidas de emergencia a través de escaleras que se encuentran a los costados, rampas y 12 elevadores. Cada servicio cuenta con una estación de enfermería, área de

limpieza, servicios sanitarios y duchas con buena higiene para el personal y de los pacientes. El hospital cuenta con parqueo propio para el personal médico y administrativo, tiene accesibilidad en 8 entradas, (tres de emergencia, tres para consultas externas y dos garitas). Las clínicas médicas y psicológicas equipadas con camillas, escritorios, mesas, sillas, estantes, lockers; también cuenta con imprenta, fotocopiadoras, centro de cómputo, televisores en algunas áreas de consulta externa, así como en algunos servicios, hay una farmacia en pediatría, una en maternidad y dos en adultos.

1.3. Descripción de la Población atendida:

El Hospital General San Juan de Dios presta atención especializada a la población guatemalteca, de diferentes grupos como ladinos, indígenas, mestizos, garifunas, que provienen de diferentes zonas del área metropolitana, municipios aledaños, departamentos y países extranjeros, siendo el español el idioma predominante en su mayoría de escasos recursos económicos, con servicios públicos precarios; muchos de los hogares están integrados físicamente, pero desintegrados o disfuncionales en cuanto a su dinámica familiar, los lugares donde viven muchas veces se perciben vulnerables o de alto riesgo, ya que sus casas se encuentran en laderas, asentamientos y colonias sin seguridad, por lo que son víctimas de las maras y la violencia en general.

La población que generalmente se atiende en el área de gineco-obstetricia es de escasos recursos económicos, que carecen de vivienda propia o viven en áreas marginales de la ciudad y departamentos. Las familias tienen un número elevado de hijos y poca oportunidad de educación. Se ha observado un alto índice de maternidad en adolescentes entre las edades que oscilan de 15 a 22 años. Predominan pacientes provenientes de hogares desintegrados que han sufrido

durante su niñez maltrato físico, psicológico y sexual. La mayoría de la población es católica ó evangélica y pocas de otras religiones. El status laboral de las pacientes es de desempleo y economía informal, un bajo nivel escolar, pues en su mayoría no terminaron la primaria.

De toda la población que se atiende en el área de Gineco-Obstetricia nuestro objetivo es la atención psicológica a madres que por alguna razón tuvieron aborto siendo nuestro mayor interés las adolescentes. Estas pacientes serán detectadas en encamamiento de maternidad de los diferentes servicios: Hospital de Día, Séptico, y Complicaciones Prenatales. Por lo que el proyecto dirige su atención a este sector de mujeres, muchas veces estas mujeres son presionadas socialmente y por la familia, algunas son víctimas de abuso sexual, embarazos no deseados, lo que coadyuva a una inestabilidad emocional. De todos los factores de riesgo antes mencionados, el más importante es el hecho de ser adolescente, ya que las adolescentes manifiestan más a menudo el deseo de tener el bebé, se sienten obligadas a abortar con más frecuencia, tienen convicciones anti-abortistas más sólidas. Mientras el embarazo, el parto y la maternidad tienen un efecto protector sobre la salud de la mujer y favorecen su supervivencia, el aborto incrementa el riesgo de morir y de adoptar conductas o padecer trastornos psicológicos que pueden conducir a la muerte. Para la mujer, el aborto resulta en un trauma tremendo al reconocer que lo que tenía en el útero no era un puñado de células cualesquiera, sino un hijo que tenía vida desde el mismo momento en que se unieron el óvulo y el espermatozoide. Este impacto sufrido por ella es enorme al darse cuenta de que ha matado a su propio hijo.

1.4. Planteamiento del Problema:

De acuerdo al diagnóstico realizado en el Hospital General San Juan de Dios y la información obtenida por medio de observaciones y entrevistas al personal de enfermería, psicólogos, pacientes y familiares, se logró evidenciar que el aborto ya se está viendo como una necesidad, como algo que está de moda, siendo las más afectadas las adolescentes. Por lo tanto se ve la necesidad de hacer un estudio para ver la incidencia de abortos y las secuelas psicológicas que se dan en las mujeres que por alguna razón tuvieron un aborto, principalmente las adolescentes, que en su mayoría han sido víctimas de abuso sexual, violencia intrafamiliar, son las que más se sienten obligadas a abortar, a ellas les cuesta mucho más superarlo y a menudo sufren secuelas psicológicas irreversibles. La mayoría de mujeres que optan por abortar ante un embarazo no deseado, lo hacen presionadas por personas allegadas o por problemas de carácter social o económico. Son muchos los motivos que pueden hacer que una mujer se plantee la opción de abortar, pero en el fondo de estas decisiones se suele encontrar la falta de apoyo por parte del padre del bebé o de los familiares y amigos más allegados y también por parte de la sociedad que, en lugar de buscar medios para ayudar a las mujeres en su maternidad deseada, invierte recursos humanos y económicos en clínicas donde llevar a cabo los abortos no deseados. Estas mujeres quedan muy afectadas emocionalmente independientemente de si el aborto haya sido natural o provocado, ya que vienen sentimientos de culpa, tristeza, enojo, hostilidad, desesperación, pesimismo, llanto, insomnio, pérdida de concentración y motivación, cefaleas, pérdida de fuerza, pérdida del apetito, angustia, disminución del deseo sexual, autocastigo, baja autoestima, presión familiar y social. La madre se va a sentir más culpable aunque puede caer en una

depresión si no tiene el apoyo de la pareja o familia. Muchas mujeres se castigan por el aborto que hicieron y esto puede tener varias formas, algunas se retiran de la sociedad, no forman o no mantienen amistades, se prohíben otro noviazgo o comienzan a salir con un novio que les maltrata, sienten que no hay ninguna manera de recuperar lo perdido, su bebé, su maternidad y su dignidad como mujer, se sienten usada y aún explotada, porque no hay nadie para calmar sus temores y ansiedades, a nadie le importa su situación, lo suficiente, para apoyarla en esta crisis de su vida. Estas personas tienen que tomar conciencia que ponen en riesgo su vida. Algo interesante que resulta de las observaciones es que los problemas que ya traen las personas coadyuvan al problema del aborto. Por lo que se pretende en este proyecto brindar apoyo psicosocial a estas mujeres que debido a los factores anteriormente mencionados, se ven afectadas en su estabilidad emocional y autoestima, así como también será necesario brindar apoyo a la pareja si la hay, y familia ya que el duelo ante la pérdida del bebé no solamente la sufre la madre sino muchas veces la familia, principalmente la pareja y esto puede generar conflictos.

CAPÍTULO II

REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1. Abordamiento Teórico Metodológico:

En Guatemala, los abortos inducidos son ilegales, excepto aquellos que se practican para salvar la vida de la mujer embarazada. Como resultado las mujeres que recurren a un aborto para solucionar un embarazo no deseado lo hacen secretamente y bajo condiciones que representan un grave riesgo para su salud y su fecundidad futura. La ilegalidad del procedimiento significa la no disponibilidad de datos oficiales para medir su verdadero alcance; los estudios realizados en otros países latinoamericanos, con contextos culturales y legales similares, sugieren que el aborto inseguro contribuye a niveles inaceptables de morbilidad y maternidad en Guatemala. La falta de información acerca del problema del aborto inseguro significa que en este momento también hace falta la información básica requerida para planear soluciones eficaces. En general, se estima que dos quintas partes de las mujeres de Guatemala que tienen un aborto clandestino, serán hospitalizadas para el tratamiento de las complicaciones de aborto.

El aborto sólo está permitido por la ley si es necesario para salvar la vida de la madre, pero eso no impide que miles de mujeres se lo practiquen en condiciones precarias que ponen en riesgo su salud. Un estudio llevado a cabo por el Instituto Allan Guttmacher de Nueva York, basado en datos de 2003, revela que anualmente se practican en el país 65 mil abortos. Agrega que 21 mil 625 mujeres necesitan tratamiento médico por haber sufrido daños en estas prácticas hechas de manera insegura. “El que esté restringido el aborto en el país no evita que las mujeres lo busquen, y la falta de acceso a métodos anticonceptivos hace que aumenten los casos”, explicó Édgar Kestler, médico que participó en el estudio.

“Según las leyes guatemaltecas, el aborto es un delito, pero ello no detiene a quienes deciden terminar abruptamente con un embarazo, ni a quienes ejecutan la operación”. (Liliana Pellecer, 2005, Pág. 18). “El Estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona”. Basado en este artículo de la Constitución Política de Guatemala, el aborto es una actividad ilegal tipificada en el Código Penal como “muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez”. Este delito está penado con sanciones de prisión de tres a 12 años, con multas entre Q 500 y Q 3 mil y con la inhabilitación para el ejercicio del médico autor de la interrupción del embarazo. A pesar de que la ley es clara en este tema, lo cierto es que esta práctica se lleva a cabo con total impunidad en el país.

Una proporción alta de estos procedimientos son realizados por proveedores no capacitados y en condiciones de riesgo, lo que puede resultar, si no en la muerte en complicaciones graves y discapacidades de largo plazo. Las condiciones varían de país a país, pero es probable que hayan mejorado un poco en las últimas décadas con la introducción de la práctica del aborto con medicamentos (uso del misoprostol y el mifepristone) y con las mejoras en el acceso a servicios clandestinos de aborto seguro. Se ha establecido que el aborto inseguro conlleva riesgos graves en Guatemala y otros países de Centroamérica. Algunas de las complicaciones reportadas con más frecuencia son el aborto incompleto, sepsis, hemorragia y la lesión de órganos internos, tales como la perforación de útero. Las consecuencias a largo plazo incluyen dolor crónico, enfermedad pélvica inflamatoria e infertilidad.

Las estadísticas oficiales sobre el aborto, aún las del aborto legal, no se registran en Guatemala. Por lo tanto, se desconoce la ocurrencia real del aborto en este país. Un programa de vigilancia de muerte materna, realizado recientemente en el

área metropolitana de ciudad de Guatemala, encontró que entre 1993 y 1996, el 10% del total de muertes entre mujeres de 15 a 49 años estaba relacionado con el embarazo o el parto, y de estas muertes, un 25% fue debido a infección. De todas las muertes maternas debidas a infección, el 32% estaba asociado al aborto inducido o espontáneo. Aunque no existe información sobre qué proporción de estas muertes asociadas al aborto se deben a abortos inducidos o espontáneos, es claro que ambos contribuyen y es probable que el aborto inducido, con frecuencia realizado en condiciones de riesgo, sea un factor importante. No obstante, el Gobierno de Guatemala, las agencias internacionales, los profesionales de la Salud, las ONG y la sociedad en general, necesitan información acerca del aborto para permitirles afrontar en una forma más directa el tema del aborto inseguro, sus causas y sus consecuencias.

En los países donde el aborto es altamente restringido, muchas mujeres se encuentran en riesgo de presentar problemas de salud graves, discapacidades y hasta morir como resultado de someterse a un procedimiento de aborto inseguro. El silencio alrededor de esta práctica, significa que los procedimientos quirúrgicos tales como la dilatación y curetaje (D&c) y la aspiración manual endouterina (AMEU), a menudo son realizadas en condiciones de riesgo.

El sentimiento de culpa es común tras realizar un aborto. La mujer que se realiza un aborto sufre mucha tensión y angustia pre-aborto, y después, sentimientos de culpa, sobre todo si la persona es muy religiosa. “El sentimiento de culpa tiene que ver con el hecho de que socioculturalmente se ve como un pecado, como algo negativo que va en contra de los valores que se inculcaron en la mujer desde que era niña. Si no logra manejar su sentimiento de culpa, puede interferir en la educación de sus hijos” (Zara Pereira, 2005, Pág. 19). Algunas sufren depresiones muy serias por haberse provocada un aborto, pero otras, que podrían calificarse

como sociópatas, no sienten ninguna tristeza.

Relacionado con temas morales o éticos, este polémico acto provoca las más arduas discusiones entre los grupos pro vidas y las asociaciones feministas. Mientras los primeros consideran que el aborto es sinónimo de matar a un ser humano, los segundos creen que es una decisión que todas las mujeres deberían poder tomar. Ambas posturas se sustentan en diferentes teorías sobre el inicio de la vida humana. “La ciencia prueba que es un bebé cuando hay una sola célula”, explica el Doctor John Willke, presidente de la Federación Internacional de Derecho a la Vida (Internacional Right to Life Federation). Según esta postura, la vida comenzaría en el mismo momento de la fecundación, cuando el espermatozoide entra en contacto con el óvulo. Esta es la creencia en la que se basan los grupos anti abortistas y las Iglesias Católica y Evangélica. Sin embargo, hay otras teorías que consideran que esta comienza cuando se inicia la actividad cerebral, al tercer mes de embarazo. Eso justificaría que, en algunos países y en determinadas circunstancias, se acepte el aborto hasta la semana 12. Por último, están aquellos que creen que la vida comienza cuando el bebé sale del útero, para ellos, el aborto sería viable hasta el último mes de embarazo.

Otro tema controvertido es qué hacer cuando un embarazo es producto de un abuso sexual. Ambos son víctimas, para eso existe el regalo de la adopción”, comenta Alexandra de Skinner Klee. “Es claro que la mujer ha sufrido una espantosa agresión, pero presentar el aborto como solución es tanto como decir que una herida hay que cicatrizarla con otra herida”, opina el obispo Raúl Martínez. Esta postura es apoyada por la Iglesia Evangélica: “El feto no es culpable de la violación, puede llegar a ser un gran hombre”, explica David Murguía.

Algunas mujeres tienen cierta predisposición a tener abortos, y con cada aborto sucesivo disminuyen las posibilidades de que el embarazo llegue a término. En la mitad de los casos, hay alteración del desarrollo del embrión o del tejido placentario, que puede ser consecuencia de trastornos de las propias células germinales o de una alteración de la implantación del óvulo en desarrollo. También puede ser consecuencia de alteraciones en el entorno materno. Algunas mujeres que han tenido abortos repetidos padecen alteraciones hormonales. Otros abortos espontáneos pueden ser consecuencia de situaciones maternas anormales, como enfermedades infecciosas agudas, enfermedades sistémicas como la nefritis, diabetes o traumatismos graves. Las malformaciones y los tumores uterinos también pueden ser la causa; la ansiedad extrema y otras alteraciones psíquicas pueden contribuir a la expulsión prematura del feto.

Tipos de Aborto

Aborto espontáneo:

Los abortos espontáneos ocurren cuando un embrión o feto es perdido debido a causas naturales antes de la vigésima semana de desarrollo. Entre el 10% y 50% de los embarazos terminan en un aborto espontáneo dependiendo de la edad y la salud de la madre. El riesgo de un aborto espontáneo es mayor en aquellas mujeres que han tenido más de tres abortos espontáneos conocidos, algún aborto inducido o enfermedades sistémicas, y en aquellas mayores de 35 años.

Aborto inducido:

Se llama aborto inducido al que es provocado con la intención de eliminar el feto, con distintos fines, en distintos contextos sociales y legales y con o sin asistencia médica. Se estima que cada año 46 millones de mujeres alrededor del mundo recurren al aborto inducido para terminar con un embarazo no deseado. De ellos, al menos 20 millones son considerados abortos inseguros, es decir, abortos en los

que la vida de la mujer suele estar en peligro. En 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que en América Latina y El Caribe se realizaron treinta abortos inseguros por cada mil mujeres de entre 15 y 49 años, más del doble del promedio mundial de trece por cada mil. Se estima que el aborto inseguro constituye la causa primordial de las 600.000 muertes maternas que se producen cada año. En América Latina y El Caribe, de los 18 millones de embarazos que se producen cada año, 52% no son planeados y el 21% termina en un aborto.

Aborto terapéutico:

Es el que es justificado con razones médicas:

- Salvar la vida de la madre, cuando la continuación del embarazo o el parto significan un riesgo grave para su vida.
- Salvar la salud física o mental de la madre, cuando están amenazadas por el embarazo o el parto.
- Evitar el nacimiento de un niño con una enfermedad congénita o genética grave que es fatal o le condena a padecimientos muy graves.
- Reducir el número de fetos en embarazos múltiples hasta un número que haga el riesgo aceptable.

Para la Organización Mundial de la Salud, este tipo de aborto debe estar autorizado por las legislaciones de los países con el fin de evitar las miles de muertes de personas producidas anualmente: "Aborto legal para no morir". Los objetores aducen que no es ético sacrificar a unos para salvar a otros.

Aborto electivo:

Cuando el embarazo es el resultado de un delito de naturaleza sexual (violación) o de la aplicación de una técnica de reproducción asistida no consentida por la madre. También se incluye la minoría de edad de la madre, la incapacidad para cuidarlo por razones económicas o sociales, el deseo de ocultar el estigma que

representa en ciertos contextos sociales un embarazo fuera del matrimonio, etc.

Aborto químico:

Consiste en la interrupción del desarrollo del embrión y en su eliminación por el canal del parto, todo ello inducido por lo que suele ser una combinación de fármacos. Sólo es factible en las primeras semanas del embarazo y representa el 10% de los abortos realizados en los Estados Unidos y Europa. Se suele preferir, cuando es posible, porque no requiere anestesia ni intervención quirúrgica (uso de instrumentos), siendo los mayores inconvenientes el sangrado y que la mujer puede observar el proceso y el embrión expulsado, lo que es psicológicamente penoso para las que dudan de la moralidad o conveniencia del acto. El procedimiento ve reducida su efectividad después de la séptima semana. A pesar de su relativa sencillez el proceso requiere una vigilancia médica continuada para asegurar el éxito, prevenir posibles complicaciones y también a menudo porque la evacuación es incompleta y requiere la intervención final de un médico. Los regímenes más comunes son:

- Metotrexato más mixoprostol. El metotrexato se administra con una inyección y afecta a las células en proliferación del embrión, provocando la interrupción de su desarrollo. Unos días después la administración de mixoprostol, la prostaglandina que estimula la contracción del útero, provoca la expulsión de sus restos. El procedimiento está contraindicado con distintas condiciones médicas, como por ejemplo la insuficiencia renal.
- Mifepristona con o sin mixoprostol. La mifepristona (RU-486) es un antagonista de la progesterona, hormona necesaria para la continuidad de la gestación, y puede administrarse hasta 49 días después de la última regla. Si tras su uso no se produce la expulsión, está se estimula con mixoprostol, que cumple la misma función que en el protocolo anterior.

Igualmente presenta contraindicaciones diversas, por ejemplo con el uso previo continuado de terapias basadas en esteroides.

- Mixoprostol sólo. Raramente usado, requiere una dosificación muy precisa y una vigilancia médica especialmente intensiva.

Aborto quirúrgico:

El método quirúrgico más empleado entre las doce semanas de embarazo es el aborto por aspiración. Consiste en la remoción del feto o embrión por succión usando una jeringa manual o una bomba eléctrica de aspiración. La aspiración manual es llamada también minisucción o extracción menstrual, se aplica sólo durante las primeras semanas y no requiere dilatación cervical. Para estas primeras semanas se habla de interrupción del embarazo más que de aborto. Los antiabortistas dicen que eso es una denominación eufemística. A partir de la semana décimo quinta y hasta la vigésimo sexta se requiere dilatación cervical y manipulación quirúrgica, además de succión.

El método de dilatación y raspado, es un método general que es empleado también durante el examen médico para tomar muestras o la detección de cánceres. Es también conocido como nacimiento parcial, suele hacerse entre la sexta y la décima cuarta semana. La Organización Mundial de la Salud recomienda que este método no se use salvo cuando la aspiración manual no es factible y de hecho su uso es poco frecuente.

Procedimientos para la inducción del aborto:

El aborto puede ser inducido de muchas maneras, cuya elección depende de la edad del embrión o feto, de la salud de la madre, del contexto social en que es tomada la decisión y realizado el acto, especialmente el acceso a servicios médicos y los límites puestos por la legislación, y otros.

Aspectos jurídicos:

Dependiendo del ordenamiento jurídico vigente, el aborto se considera una conducta penalizada o despenalizada, atendiendo a las circunstancias específicas. Con todo, en la actualidad, todos los países desarrollados del mundo permiten la realización de abortos en determinadas circunstancias, siguiendo la recomendación de la OMS. Las situaciones jurídicas posibles van desde el aborto considerado como un delito contra la vida humana consistente en la interrupción intencional del proceso fisiológico del embarazo, por aniquilamiento del producto de la concepción en cualquiera de los momentos anteriores al término de la preñez, ya sea por la expulsión violenta del feto, o por su destrucción en el vientre de la madre, o despenalizado en caso de que la embarazada consienta.

Circunstancias legales de aborto:

La mayor parte de las legislaciones reguladoras, tanto las permisivas como las restrictivas, distinguen entre aborto terapéutico y aborto electivo.

Circunstancias sociales:

Amnistía Internacional respalda la despenalización del aborto para garantizar que las mujeres tienen acceso a servicios de salud cuando surgen complicaciones derivadas del aborto, y para defender el derecho de las mujeres al aborto -dentro de los límites razonables que impone la gestación cuando su vida o su salud corren peligro. Su postura se ha puesto en duda por personas y organizaciones, como la misma Iglesia Católica. Estos detractores sostienen que si Amnistía Internacional se opone a la pena de muerte, no es congruente que acepte su aplicación a lo que entienden como un menor de edad inocente.

Después del aborto viene una serie de trastornos psicológicos y psicosomáticos que experimentan mujeres a consecuencia de haber abortado conocido como El Síndrome Post-Aborto (SPA).

¿Qué es el Síndrome Post-aborto?

1. Una condición por medio de la cual el aborto destruye el vínculo natural entre los padres y su hijo, y que deja a la madre y al padre con la sensación de que les falta algo.
2. Un conflicto que se crea en la mujer entre su papel de madre y el papel que desempeña en la destrucción de la vida de su niño no nacido.
3. Una negación de la pena y el luto que una mujer tiene que reconocer y expresar por su hijo abortado.
4. Una condición que debilita tanto física como emocionalmente, y que puede disminuir el funcionamiento y el bienestar de la mujer como individuo, en la sociedad y dentro de su familia.
5. Un conflicto que otros miembros de la familia también experimentan en sus respectivos roles después del aborto.

Factores de Riesgo para sufrir el Síndrome Post-aborto:

No todas las mujeres que abortan experimentan el SPA ni todas las que lo padecen, sufren las mismas alteraciones ni en el mismo grado. Es difícil determinar a priori qué mujeres lo padecerán y cuáles no, pero sí se ha podido identificar ciertos factores que incrementan el riesgo de padecerlo: Ser adolescente, sufrir el aborto en el 2º o 3er trimestre de gestación, presentar antecedentes de enfermedades o alteraciones psicológicas previas al aborto, haber sido presionada a abortar por terceras personas (pareja, padres, tutores, jefe del trabajo), que el aborto vaya en contra de creencias o convicciones morales, que se aborte con la esperanza de que de este modo se salvaguarda la salud psicológica.

De todos los factores de riesgo antes mencionados, el más importante es el hecho de ser adolescente; esto es así por varios motivos: Las adolescentes manifiestan

más a menudo el deseo de tener el bebé, se sienten obligadas a abortar con más frecuencia, tienen convicciones anti-abortistas más sólidas. El SPA se manifiesta en ellas de un modo más cruento, les cuesta mucho más superarlo y a menudo sufren secuelas psicológicas irreversibles. El riesgo de suicidio es del doble en comparación con las mujeres adultas y el riesgo de padecer alteraciones mentales graves que requieran hospitalización, tres veces superior. También están expuestas a un mayor riesgo de sufrir lesiones uterinas, vaginales y abdominales durante la intervención abortiva.

Merece la pena aclarar que las manifestaciones del SPA son normales: es decir, lo natural después de haber sufrido un aborto provocado, es sentir dolor, tristeza, culpabilidad, vacío,... lo anormal, sería quedarse completamente indiferente como si nada hubiera ocurrido (ello reflejaría un cierto grado de trastorno mental, aunque es preciso diferenciarlo de la actitud de negación, con la que la mujer aparenta ante sí misma y ante los demás esta supuesta indiferencia). El SPA suele aparecer tardíamente, pasados meses e incluso varios años desde que el aborto tuvo lugar; las manifestaciones más frecuentes son depresión, ansiedad, rabia, vergüenza, rechazo de sí misma y gran sentimiento de culpa. Si la mujer padecía algún trastorno mental previo o bien tenía una cierta predisposición a padecerlo, el aborto suele agravarlo o desencadenarlo.

Estas alteraciones básicas, afectan la vida cotidiana de la mujer y se concretan de múltiples formas, perjudicando e interfiriendo en sus relaciones interpersonales (especialmente las conyugales o de pareja), su capacidad de trabajo o estudio, el interés por las cosas y por las otras personas, etc. También favorecen ciertas actitudes anormales como: auto-aislamiento, apatía, indiferencia, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia o bulimia), conducta autodestructiva (tendencia suicida, abuso de alcohol y drogas), estado híperalerta (sensación de estar

permanentemente amenazada, en peligro, de modo que se vuelven mucho más susceptibles e irritables), comportamiento esquivo con los niños, maltrato infantil, dificultad para establecer un vínculo apropiado con los propios hijos, promiscuidad, automutilación (histerectomía, ligadura de trompas), tendencia a establecer relaciones abusivas (en las que resultan maltratadas), búsqueda de sobrecompensación profesional, etc.

La herida abierta por el aborto puede provocar otro tipo de manifestaciones como insomnio, alucinaciones auditivas (oír el llanto de un niño), pesadillas (en las que el capítulo del aborto se repite continuamente, aparecen niños despedazados o mutilados,...), intrusiones (es decir: recuerdos súbitos diurnos de la experiencia del aborto), etc. Además, el aborto puede ocasionar dificultades en embarazos y partos posteriores, pero, en esta ocasión, influyen alteraciones tanto físicas como psicológicas que pueden comportar disfunción sexual (sobre todo con el padre de la criatura abortada) esterilidad, interrupción espontánea del embarazo, parto prematuro, (que, por cierto, incrementa el riesgo de parálisis cerebral en el neonato). Tampoco es infrecuente que las mujeres busquen embarazos "expiatorios" (es decir, que compensen la pérdida sufrida) o que se involucren en el movimiento pro-vida (con una intención de reparación) o pro-aborto (con la esperanza inconsciente de fortalecer la idea de que el aborto fue una decisión correcta y razonable, de modo que no hay motivos para arrepentirse o dolerse por ella). Estas manifestaciones típicamente empeoran en las fechas en que tuvo lugar el aborto o en que el niño debería haber nacido (reacciones de aniversario) y también pueden desencadenarse o agravarse ante determinados acontecimientos vitales estresantes o emocionantes. En palabras del profesor Willke: "es más fácil sacar al niño del útero de su madre que sacárselo de su pensamiento".

CONSECUENCIAS DEL ABORTO PROVOCADO

Los efectos del aborto:

En la mayoría de los casos a la mujer nunca le dijeron todo lo que le podía pasar. Muchas veces, se explica el aborto como un procedimiento quirúrgico clínicamente seguro. Pero los aspectos del llamado procedimiento "seguro" pueden dejar un deterioro físico permanente, sin mencionar el potencial de problemas psicológicos crónicos.

Efectos físicos:

Esterilidad, abortos espontáneos, embarazos ectópicos, nacimientos de niños muertos, trastornos menstruales, hemorragia, infecciones, shock, coma, llanto/suspiros, insomnio, pérdida de apetito, pérdida de peso, agotamiento, tragar constantemente, nerviosismo, disminución de la capacidad de trabajo, vómitos, trastornos gastrointestinales, frigidez, muerte.

Efectos psicológicos:

Culpabilidad, impulsos suicidas, sensación de pérdida, insatisfacción, sentimiento de luto, pesar y remordimiento, retraimiento, pérdida de confianza en la capacidad de tomar decisiones, pérdida de autoestima, preocupación por la muerte, hostilidad, conducta autodestructiva, ira/rabia, desesperación, incapacidad de valerse por sí misma, deseo de recordar la fecha de la muerte, preocupación con la fecha en que "debería" nacer o el mes del nacimiento, intenso interés en los bebés, instintos maternos frustrados, odio a todos los que tuvieron algo que ver con el aborto, deseo de acabar la relación con su pareja, pérdida de interés en el sexo, incapacidad de perdonarse a sí misma, sentimiento de deshumanización, pesadillas, ataques /temblores, frustración, sentimientos de haber sido explotada, abuso de los niños.

CONSECUENCIAS DEL ABORTO PARA EL HOMBRE

Impacto en el hombre de las leyes proabortistas de Estados Unidos.

El debate sobre el aborto se ha enfocado casi exclusivamente desde la perspectiva de las mujeres, haciendo caso omiso de los hombres. En un momento en que los hombres se comprometen cada vez más en la crianza de sus hijos, la ley en los Estados Unidos les niega sistemáticamente el derecho a estar implicados en decisiones de vida o muerte que afectan a sus hijos aún no nacidos. Esta impotencia tiene su efecto no sólo en la imagen que el varón tiene de sí mismo, sino que también puede causar conflictos de funciones, culpabilidad, depresión y, con frecuencia, el final de la relación con su cónyuge.

Se ha defendido el aborto como un sencillo procedimiento quirúrgico que produce poco o ningún impacto psicológico tanto en la mujer como en el hombre. En realidad, la mayoría de los hombres, lo mismo que las mujeres, niegan cualquier consecuencia emocional negativa del aborto. Sin embargo, cuando los hombres deciden reconocer sus sentimientos, describen con frecuencia la experiencia del aborto como desconcertante y dolorosa. Un estudio arrojó que tres de cada cuatro varones dijeron que pasaron por un momento difícil con la experiencia del aborto y una minoría relató sueños continuos de día y de noche sobre el niño que nunca nació, así como culpabilidad, remordimiento y tristeza considerables.

Lo mismo para los hombres que para las mujeres, la sensación de vacío puede durar toda una vida, puesto que los padres son padres para siempre, incluso del niño muerto. El problema emocional es casi imposible de resolver porque no es perceptible, sólo se trata de un recuerdo. Como al niño no nacido le fue negada la humanidad, le es negada también una sepultura o una señal.

En la decisión del aborto, con demasiada frecuencia el cometido del varón es marginal y pasivo. Puede que sea pasado por alto por su mujer, ignorado en la

clínica abortista y desamparado en el acto y las secuelas del propio aborto. Este conflicto de funciones bien puede ser responsable parcialmente del aumento en la disfunción sexual masculina. La experiencia clínica demuestra que los hombres se vuelven hostiles cuando han sido excluidos de la toma de decisiones y cuando descubren que han sido engañados y manipulados.

Convertirse en padre es, por supuesto, mucho más complejo que el contacto sexual y la concepción. Es un proceso que incluye el desarrollo de ciertas cualidades, objetivos, actitudes, etc. Para los hombres lo mismo que para las mujeres, el aborto detiene bruscamente este proceso y crea un vacío en el que abundan la confusión, la ambivalencia, la culpabilidad y la hostilidad. En ninguna parte se siente más dolorosamente la experiencia del aborto que en el campo de la expectativa del padre, responsable y protector de sus seres queridos. Para los hombres que no se interesan en las mujeres que dejan embarazadas, el aborto es un elegante sistema de abdicación de su responsabilidad. Sin embargo, una vez que ha tenido lugar el aborto, los varones pueden requerir tanta ayuda emocional como las mujeres. Para cualquiera de los dos sexos, la pérdida de un hijo no es una pérdida como otra cualquiera. La culpa y la pena pueden ser persistentes, y no pueden quitarse a base de fuerza de voluntad. Uno de los mejores remedios para disminuir la culpabilidad es la revelación de uno mismo. Hablar de los viejos asuntos inacabados ayuda a disipar la culpabilidad y con ello se consiguen pequeños milagros. La reconciliación con la muerte del hijo aún no nacido implica finalmente el acto del perdón. El perdón por el aborto cometido surge tras estar dispuesto a reconocer su verdad y a expresarla. En el problema del aborto, tanto investigadores, como consejeros y mujeres no han caído en la cuenta de las consecuencias trágicas que resultan para los padres. Los hombres también son víctimas del aborto junto con las mujeres y los niños aún no nacidos. Con

frecuencia sufren en silencio, desconcertados y frustrados. La solución no vendrá hasta que impere el amor, se garantice una auténtica igualdad de los sexos y se reconozca que el aborto nunca es la solución.

Consecuencias del aborto para el Matrimonio y la Familia.

Efectos del aborto en la relación entre el hombre y la mujer. Es lógico que los efectos negativos del aborto en la mujer afecten también la relación con su esposo o "amigo". Precisamente entre los efectos negativos emocionales del aborto en la mujer están la aversión hacia su esposo o "amigo", una desarmonía general en sus relaciones interpersonales. De hecho, ciertos estudios muestran que hasta un 70% de las parejas se separan en el término de un año después de haber ocurrido el aborto. Las leyes en los Estados Unidos, le permiten a la mujer recurrir al aborto sin el consentimiento de su esposo. Es insólito que el propio padre no pueda ni siquiera tener la posibilidad, por medio de la persuasión, de impedir la matanza del hijo que su esposa lleva dentro. Esto obviamente tiene que afectar la relación marido-mujer, pues se trata de una de las áreas principales del matrimonio: traer hijos al seno de una familia. Tristemente, sin embargo, en muchos casos, por no decir la mayoría, es el marido o "amigo" quien empuja a la mujer hacia el aborto, negándole todo tipo de apoyo o aún amenazándola con el abandono si no se lo practica. Todo esto va no sólo en detrimento de la mujer, sino de la misma institución del matrimonio y la familia. El aborto facilita el machismo y la explotación de la mujer por parte del hombre, pues le hace más fácil ser irresponsable y la convierte a ésta en un objeto sexual.

Los hermanos del bebé abortado también sufren:

A los hijos que ya han nacido también les afecta la muerte de un bebé. A menudo, los padres piensan que los niños no se dan cuenta del embarazo de su madre, pero inclusive los más pequeños saben si ella se practicó un aborto. Ya que

experimentan síntomas que son típicos de un niño que sobrevive un aborto, como por ejemplo, enojo contra los médicos, los hospitales y contra Dios, culpabilidad y, como resultado autocastigo, perturbaciones en el funcionamiento cognoscitivo y en el rendimiento escolar, depresión y tristeza. Las niñas también pueden experimentar temores acerca del embarazo y de su femineidad por su identificación con la madre.

Los síntomas de dolor en los padres, tales como el shock y la depresión, pueden ser aterradores para un niño pequeño. Un estudio demostró que aún los bebés de dos a cuatro meses de edad se muestran seriamente perturbados, cuando sus madres se sientan frente a ellos sin hablar y sin una expresión en el rostro durante dos o tres minutos. Los niños pueden sentirse abandonados por sus padres afligidos y éstos pueden erigir una barrera emocional entre ellos y sus hijos, debido a la culpabilidad y a la pérdida de confianza en su capacidad de ser padres. Los niños acongojados pueden también sentirse confundidos porque están sufriendo de una manera distinta a la de sus padres.

Un niño menor de cuatro años generalmente entiende la muerte sólo como una separación temporal. Los niños de cinco o seis años creen generalmente que el muerto puede ver y oír pero que no puede moverse. Entre los siete y los nueve años, los niños empiezan a comprender que la muerte es un estado final e irreversible. En esta etapa un niño puede soñar más acerca de la muerte y empezar a pensar en su propia muerte. Entre los diez y los doce años, la muerte es aceptada como algo universal, irreversible e inevitable. El sufrimiento durante los años de la adolescencia está marcado por el extrañar la relación con un ser querido. Debido a que los niños se hacen cada vez más conscientes del significado y la finalidad de la muerte, generalmente no sufren con intensidad

después de una pérdida, pero hay mayor posibilidad de que sufran de una manera intermitente en los años venideros.

Eventualmente, los niños muestran su reacción ante la muerte a través de tres preguntas principales: "¿La causé yo?" (Los niños creen que los deseos tienen poder y si un niño ha deseado algún vez que una persona no esté cerca y luego esa persona muere el niño puede sentirse responsable.) "¿Les ocurrirá a quienes yo quiero?" "¿Me pasará a mi pronto?" En cada edad, los niños necesitan tener la seguridad de que no hicieron nada para que esta persona muriera y que son amados, aún cuando sus afligidos padres no puedan estar emocionalmente presentes con ellos. Los niños afligidos pueden dar indicios de que necesitan ayuda y amor mediante una repetida conducta agresiva u hostil, un bajo y prolongado rendimiento escolar o conductas regresivas e inseguras que persisten con el tiempo.

Cuando los padres superan el sufrimiento a causa de un niño nacido muerto o abortado, quedan libres para ofrecer ayuda y amor a sus otros hijos vivos. Cuando ellos dan y reciben perdón con su niño por el bebé abortado, no sienten más ni culpa ni rabia, ni transfieren ésta a los otros miembros de la familia. Orar por un bebé que ha fallecido puede curar a los hijos que todavía viven y a familias enteras.

Consecuencias para el resto de la sociedad:

Quizás ya sabemos algo sobre la triste realidad del aborto a través de películas, literatura, charlas, etc. Tal vez conocemos sus repercusiones sobre la mujer y su familia, pero necesitamos darnos cuenta de las consecuencias que tiene sobre la vida familiar, social y política de las naciones y del mundo. La legalización del aborto engendra una mentalidad antivida que, como una espiral de muerte, se agranda cada vez más abarcando otros sectores de la vida humana,

introduciéndose en el sistema legal y político de una nación y alterando el concepto de la vida humana de sus gobernantes. Esto es lo que precisamente ha ocurrido en los Estados Unidos al legalizarse el aborto. Y esto es lo que puede ocurrir en cualquier país que cometa el error de los Estados Unidos, de legalizar o despenalizar el aborto.

El aborto supone un riesgo de muerte cuatro veces mayor que el parto. Contrariamente a la idea que los promotores de la cultura de la muerte se han encargado de difundir, el aborto supone un riesgo para la salud de la mujer significativamente mayor que el embarazo y el parto.

Merece la pena añadir que el 30-55% de las mujeres que abortan tienen ideas de suicidio y entre el 7-30% llegan a cometer intentos. Estos últimos son especialmente importantes en las mujeres de menos de 30 años y en las mujeres con antecedentes de alteraciones psicológicas o tendencia suicida. Es preciso destacar que una cierta proporción de suicidios en mujeres que han abortado, se asocian a infanticidio: la mujer se suicida después de haber acabado con la vida de sus otros hijos. Mortalidad por Conducta de Riesgo: Por un lado, las mujeres que dan a luz a un hijo, adoptan actitudes más cuidadosas y evitan situaciones de riesgo que puedan poner en peligro a su hijo o a ellas mismas. Contrariamente, las mujeres que han sufrido un aborto, adoptan actitudes más imprudentes y temerarias que ponen en peligro sus vidas (conducta auto-destructiva). La adquisición de esta conducta de riesgo es el resultado de los trastornos psicológicos incluidos en el denominado síndrome post-aborto: indiferencia, apatía, depresión, desprecio de la vida, baja auto-estima, sentimiento de culpabilidad, desesperación, mayor tendencia a abusar del alcohol y las drogas o automedicación con sustancias antidepresivas o estimulantes. También es posible que entre las mujeres que optan por abortar haya una proporción superior de

mujeres con trastornos psicológicos y con mayor tendencia a establecer relaciones conflictivas o abusivas en las que puede predominar el maltrato.

Por otro lado, el aborto provocado induce una serie de cambios físicos y psicológicos no fisiológicos (es decir, no naturales) que pueden repercutir negativamente en el estado general de salud de la mujer. Entre estos procesos encontramos: el estado depresivo (que compromete la funcionalidad del sistema inmunitario), los conflictos psicológicos (que consumen energía, de modo que la mujer descuida otros aspectos que condicionan su estado de salud) y las alteraciones del sueño y la alimentación o el abuso de sustancias tóxicas (alcohol, drogas y fármacos) que tan frecuentes son en las mujeres que han abortado.

El aborto como factor de riesgo para sufrir complicaciones en embarazos posteriores:

El aborto se ha identificado como factor de riesgo para dar a luz a bebés con bajo peso (alteración que se traduce en un mayor riesgo de parálisis cerebral). En este sentido las estadísticas norteamericanas son muy sugerentes: la población de color presenta una incidencia de bebés con parálisis cerebral notablemente superior a la población caucásica. No deja de ser "curioso" que la tasa de aborto sea proporcionalmente superior en la población negra que en la blanca. La asociación estadística entre ambos fenómenos es significativa y el punto de conexión se encuentra precisamente en la mayor incidencia de partos prematuros y de bebés con bajo peso entre las mujeres que han padecido algún aborto provocado. También se ha relacionado el aborto con una mayor dificultad con embarazos y partos posteriores, con un amplio abanico de manifestaciones que van desde la esterilidad hasta la dificultad para llegar a término, mayor incidencia de partos prematuros, alteraciones durante el embarazo que ponen en peligro la salud tanto de la madre como la del hijo (eclampsia, pre-eclampsia, muerte fetal,

infección intrauterina, hemorragia uterina), retención de la placenta, hemorragia posparto, embarazo ectópico, disfunción sexual (con gran componente psicológico) y dificultades para establecer un vínculo adecuado madre-hijo (tanto desde el punto de vista afectivo como físico, no siendo infrecuente la dificultad para amamantar al bebé).

En general, estos riesgos son: perforación uterina, infección, embolismo, convulsiones, hemorragia, daño cervical (es decir, del cérvix uterino), fiebre y vómitos entre otros. Estas lesiones pueden tener consecuencias inmediatas o bien manifestarse en forma de alteraciones de la fertilidad, el embarazo y el parto en gestaciones posteriores y que pueden repercutir negativamente tanto en la salud de la madre como del bebé.

Por otro lado, la interrupción del embarazo en el primer trimestre de gestación supone un riesgo 30-50% superior de desarrollar cáncer de mama. A esto hay que añadir que el hecho de dar a luz a un hijo tiene un efecto protector frente al cáncer de mama, de modo que el aborto no sólo supone un factor de riesgo positivo para desarrollar este tumor, sino que también priva a la mujer de un factor protector frente al mismo, como es el embarazo a término y la lactancia. Son los embarazos en edades tempranas los que presentan un mayor efecto protector frente al cáncer de mama. Y son precisamente las muchachas jóvenes las que padecen mayores trastornos físicos y mentales por el hecho de haber abortado. Estas observaciones contradicen el argumento pro abortista según el cual el aborto beneficia a la mujer en general y a las adolescentes o jóvenes en particular.

La "Educación Sexual" y el Aborto

Muchas veces, se le llama "educación sexual" a la información que se imparte sobre los anticonceptivos, especialmente a la juventud. La "educación sexual" debe distinguirse de la educación sobre el amor, la castidad y la sexualidad que

los padres de familia, como los primeros y principales educadores de sus hijos, les dan a éstos de forma respetuosa y promoviendo los valores morales. Pero los que promueven la "educación sexual" no buscan fomentar la castidad, sino que pretenden (falsamente) impedir el aumento del aborto, de los embarazos fuera del matrimonio y de las enfermedades de transmisión sexual.

La "educación sexual" y el aumento de los abortos y de las enfermedades de transmisión sexual:

Una vez que la promiscuidad y los embarazos aumentan no es raro que los abortos y los casos de enfermedades de transmisión sexual aumenten también. De hecho, entre 1970 y 1985 en los Estados Unidos, los abortos entre las adolescentes aumentaron en un 333% y las enfermedades sexualmente transmitidas en un 245%. Estados Unidos no es el único país donde la "educación sexual" ha experimentado este monumental fracaso. Los países europeos también han sufrido el mismo revés. Por ejemplo, en Dinamarca se instituyó la "educación sexual" en 1970. Sin embargo, para 1985 los embarazos fuera del matrimonio, las enfermedades venéreas y los abortos se duplicaron, a pesar de la amplia disponibilidad de los preservativos y otros anticonceptivos, los cuales se vendían en las tiendas de alimentos.

2.2. OBJETIVOS:

2.2.1. Objetivo General:

- Brindar apoyo y orientación psicológica a las mujeres, principalmente a las adolescentes que por alguna razón tuvieron un aborto, así como también a la pareja o encargados que asisten al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios.

2.2.2. Objetivos Específicos:

Subprograma de Servicio:

- Brindar atención y orientación psicológica a madres principalmente las adolescentes de forma individual y familiar, que propicie la integración familiar, para la comprensión y alternativas de solución ante la pérdida de un bebé y así mantener el autoestima de la madre.
- Identificar los factores de riesgo que se pueden sufrir y las complicaciones en embarazo posteriores.

Subprograma de Docencia:

- Sensibilizar a los padres de familia las formas en qué afecta el aborto emocionalmente.
- Implementar talleres y/o charlas a madres y familia sobre, el aborto, superación personal, autoestima, entre otros, para una mejor formación y educación.

Subprograma de Investigación:

- Determinar la incidencia del aborto en el año 2008 de las pacientes referidas al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios y las secuelas psicológicas que sufren las mujeres en el periodo post-aborto.

2.3. METODOLOGÍA DEL ABORDAMIENTO:

Con la intención de alcanzar los objetivos propuestos en cada subprograma se promovió lo siguiente: Detectar directamente a la población para la atención individual y familiar, realizando observaciones, entrevistas, historias clínicas, charlas y talleres, con el fin de realizar un plan de apoyo psicológico a madres, para lograr una mejor estabilidad emocional, salud mental y reforzar el autoestima. Para llevar un orden y registro de las actividades se hizo uso de un diario de campo.

➤ Subprograma de Servicio:

- Para alcanzar el objetivo planteado se brindó atención psicológica individual y familiar en la clínica psicológica de maternidad, los días Lunes, Jueves y Viernes de 8:00am a 10:00am para determinar el plan de tratamiento y orientación psicológica.

- Se pasó visita en Hospital de Día de Lunes a Viernes de 11:00 am a 12:00 am para brindar el apoyo y orientación psicológica con el fin de darle seguimiento en dicha clínica.

➤ Subprograma de Docencia:

- Se impartieron charlas a padres de familia acerca del aborto, estas se llevaron a cabo en la Consulta Externa de Gineco-Obstetricia, los días Martes de 8:00 a 9:00 am.

- Las charlas también se impartieron en los encamamientos de los servicios: Hospital de Día, Séptico y Complicaciones Prenatales estas se llevaron a cabo en una sala pequeña que está dentro del servicio. El día miércoles, de 9:00 a 12:00am.

- Se repartieron trifoliales acerca del aborto a las personas que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia.

- Se impartieron charlas y talleres al personal de enfermería y personal del área verde, los temas que se dieron fueron: Autoestima, Relaciones Interpersonales, Trabajo en Equipo, Clima Laboral. Estos temas fueron elegidos por el personal. La metodología que se utilizó en cada una de las charlas y/o talleres fue de dinámicas y de participación, ya que el objetivo era mejorar las relaciones y comunicación del personal para crear un mejor ambiente de trabajo.

➤ Subprograma de Investigación:

- Se inicia con el Reconocimiento Institucional en el cual se detectó la problemática psicosocial de la población a atender.
- Se busca referencias bibliográficas para realizar lecturas sobre el tema.
- Se define y ubica a la población para la realización de la investigación.
- Determinar la Incidencia del aborto en el año 2008 de las pacientes referidas al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios y las secuelas psicológicas en las mujeres principalmente las adolescentes en el período post-aborto, a través de observaciones, entrevista, historias clínicas con el fin de concientizar a las personas que ponen en riesgo su vida y determinar las alternativas de solución a dicho problema.
- La investigación fué de tipo Descriptiva, ya que se pretende señalar las características principales o predominantes del fenómeno psicológico de estudio.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

El Ejercicio Profesional Supervisado se llevó a cabo en el Hospital General San Juan de Dios, ubicado en la 1ra Avenida 10-50 de la zona 1 de esta ciudad. La atención se le brindó a la población que asiste al servicio de Gineco-Obstetricia. Esta actividad dio inicio el 21 de Febrero de 2008 y culminó el 23 de Febrero de 2009, trabajando tres subprogramas: Servicio, Docencia e Investigación.

3.1. SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

Se inició con la promoción del programa de atención Post-aborto, para la detección de la población y divulgación de qué es y dónde ubicar el programa, para esto se elaboraron trifoliales que fueron repartidos en la Consulta Externa y Encamamiento del servicio de Gineco-Obstetricia. Así también se hizo mención del programa en forma oral principalmente a las enfermeras jefes, que son las que tienen a su cargo los diferentes servicios, para que refirieran a Psicología a las pacientes que habían tenido un aborto y así poderles dar seguimiento en la clínica psicológica, como también a la pareja o familia ya que en algunos era necesario brindar este apoyo.

Se pasó visita a todos los servicios: Hospital de Día, Séptico, Complicaciones Prenatales y Post-parto donde se trabajó de manera grupal e individual. Así también se impartieron charlas en los diferentes servicios en especial Hospital de Día, los temas que se dieron fueron: “Consecuencias Psicológicas del Aborto”, “Actitud frente al duelo y a las pérdidas”, “Equilibrio Emocional”, “Autoestima”, “Relaciones Interpersonales”. Las técnicas más utilizadas fueron:

Terapia breve y de emergencia, terapia familiar, terapia de pareja, logoterapia, cognitivo-conductual.

POBLACIÓN ATENDIDA

La población que se atendió en el encamamiento y en la Clínica de cada uno de los servicios: Hospital de día, séptico, complicaciones prenatales y post-parto es la siguiente:

Cuadro No.1

Población atendida del Servicio de Gineco-Obstetricia

SERVICIO	No. de Pacientes
Encamamiento	227
Clínica	25
Total	252

Fuente: EPS realizado en el Hospital General San Juan de Dios, área de Gineco-obstetricia, febrero 2,008 a febrero 2,009

RESULTADOS:

La población que más se atendió fue del encamamiento debido a que se pasaba visita en cada uno de los servicios para brindar el apoyo psicológico a estas pacientes que por alguna razón tuvieron un aborto, y así de esta forma fue como se captó las 25 pacientes a quienes se les dió seguimiento en la clínica.

PROBLEMÁTICA PRESENTADA

Los problemas que más se presentaron en las pacientes que acudieron al hospital por aborto fueron de tipo personal y familiar.

Cuadro No. 2

PROBLEMÁTICA PRESENTADA

POBLACIÓN	PROBLEMÁTICA
ADULTOS	Violencia Intrafamiliar, problemas de pareja, alcoholismo, drogadicción, abandono, codependencia, abuso sexual, infidelidad, separación.
JÓVENES	Poca educación sexual, promiscuidad, retraso mental, negligencia por parte de los padres, abandono, embarazos por violación, conducta rebelde, padres separados.

Fuente: EPS realizado en el Hospital General San Juan de Dios, área de Gineco-obstetricia, febrero 2,008 a febrero 2,009

RESULTADOS:

Los problemas que más presentaron las pacientes tanto las jóvenes como adultos influyeron de cierta manera para que se diera un aborto, ya que durante la entrevista se pudo descubrir que muchas de estas pacientes tenían problemas con la pareja o con algún familiar situación que les afectó emocionalmente. La falta de educación sexual, el abandono y negligencia por parte de los padres en las jóvenes son factores que tuvieron que ver para que se diera embarazos inesperados y luego se diera un aborto espontáneo ó provocado.

TERAPIAS MÁS UTILIZADAS

Debido a la problemática por la cual pasaron las pacientes las terapias que más se utilizaron fueron las siguientes:

Cuadro No. 3

TERAPIAS UTILIZADAS

TIPO DE POBLACIÓN	TERAPIAS UTILIZADAS
ADULTOS	Orientación psicológica, Terapia breve y de emergencia, logoterapia, terapia cognitivo-conductual.
JÓVENES	Orientación psicológica, terapia de apoyo, terapia breve y de emergencia, terapia de pareja, terapia familiar.

Fuente: EPS realizado en el Hospital General San Juan de Dios, área de Gineco-obstetricia, febrero 2,008 a febrero 2,009

RESULTADOS:

Las terapias que se utilizaron variaron dependiendo del estado emocional en el cual se encontraba la paciente.

RESULTADOS DEL SUBPROGRAMA DE SERVICIO

Para captar a las pacientes de post-aborto se pasó visita en cada uno de los servicios del área de Gineco-obstetricia: Hospital de día, complicaciones prenatales, séptico y post-parto, la forma en que se trabajó fue la siguiente: se ofrecía el apoyo psicológico de forma general y se mencionaba el programa de atención post-aborto para que tuvieran un poco de información y así superar de una mejor manera la pérdida de su bebé. La cantidad de pacientes atendidas en el encamamiento fue grande en comparación con la atendida en la clínica debido

a que fueron muy pocas las que cumplían con la cita que se les dejaba y también porque sentían la necesidad de recibir el apoyo psicológico en ocasiones porque se presentó problemas con la pareja o familia, por ello se consideró trabajar a nivel de pareja o familiar en los casos requeridos. Cuando se entrevistaba a cada una de las pacientes se descubría que algunas ya estaban presentando problemas de tipo personal, social o familiar antes del aborto, situación que conllevó a que se diera un mayor desequilibrio emocional.

Se brindó orientación en cuanto a la importancia de planificar para no resultar embarazadas muy rápido, ya que se atendieron casos en los cuales las pacientes no tenían mucho tiempo de haber tenido un primer o segundo aborto, por lo tanto se les hizo ver que se tenían que cuidar para evitar otro aborto. Así como también se brindó orientación sexual a las jóvenes para evitar otro embarazo a temprana edad.

3.2. SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

En este subprograma se logró trabajar con el personal de enfermería, personal del área verde, estudiantes de medicina y con la población que acude al servicio de Gineco-obstetricia.

Cuadro No. 4

Charlas y/o talleres impartidos al personal que labora en la institución

TEMAS	PARTICIPANTES	TOTAL
Musicoterapia	Estudiantes de Medicina	15
Clima Laboral	Personal del área verde	35
Relaciones interpersonales, trabajo	Enfermeras Medicina de Mujeres	65

en equipo, autoestima		
Autoestima	Enfermeras de post-parto	15
TOTAL		130

Fuente: EPS realizado en el Hospital General San Juan de Dios, área de Gineco-obstetricia, febrero 2,008 a febrero 2,009

RESULTADOS:

Las charlas y/o talleres que se impartieron fueron solicitadas por el personal debido a la problemática que se estaba presentando en cada uno de los servicios en la cual laboran. La enfermera jefe mostró preocupación por la situación que se estaba dando en el área a su cargo por lo que solicitó estas charlas para mejorar el clima laboral en cada una de las áreas y así también mejorar la atención a los pacientes.

ACTIVIDADES DE LOS SERVICIOS DE GINECO-OBSTETRICIA:

Las charlas y/o talleres que se impartieron en cada uno de los servicios se elaboraron de acuerdo al tipo de pacientes que se atiende en cada servicio.

Cuadro No. 5

Charlas y/o talleres impartidos en los servicios de Gineco-obstetricia

SERVICIO	TEMA	MES	TOTAL
Hospital de día	Consecuencias psicológicas del aborto, actitud frente al duelo y a las pérdidas,	Mayo a enero	75
Complicaciones prenatales	Equilibrio emocional, consecuencias	Junio, agosto, enero	35

	psicológicas del aborto, actitud frente al duelo y a las pérdidas.		
Séptico	Autoestima, relaciones interpersonales	Noviembre	8
TOTAL			118

Fuente: EPS realizado en el Hospital General San Juan de Dios, área de Gineco-obstetricia, febrero 2,008 a febrero 2,009

RESULTADOS:

El objetivo de impartir estos temas en cada uno de los servicios fue orientar y apoyar a las pacientes que de alguna manera estaban afectadas emocionalmente debido al diagnóstico médico y/o a la pérdida de su bebé, el logro que se obtuvo fue muy satisfactorio ya que las pacientes se tranquilizaban solo con el hecho de obtener información de cómo una situación difícil puede afectar mucho emocionalmente y de la actitud que se debe manejar para su recuperación física y emocional.

ACTIVIDADES EN LA CONSULTA EXTERNA

Las charlas que se impartieron en la Consulta Externa de Gineco-Obstetricia fueron planificadas conjuntamente con estudiantes practicantes del tercer año de Educación Especial que estuvieron en Maternidad.

Cuadro No. 6

Charlas dirigidas a la población que asiste a la consulta externa

TEMAS	MES	TOTAL DE PARTICIPANTES
El aborto	Marzo	35

Estimulación temprana	Mayo	32
Control prenatal	Julio	25
Autoestima	Septiembre	22
TOTAL		114

Fuente: EPS realizado en el Hospital General San Juan de Dios, área de Gineco-obstetricia, febrero 2,008 a febrero 2,009

RESULTADOS:

Las charlas que se impartieron a la población que asiste a la consulta externa de maternidad fueron de vital importancia ya que se lograron captar varias pacientes a quienes se les dio seguimiento en la clínica, los problemas que más se atendieron fueron los siguientes: pacientes víctimas de abuso sexual, víctimas de violencia intrafamiliar, problemas en la relación de pareja, pacientes de post-aborto, codependencia, drogadicción, abandono, crisis de ansiedad debido al diagnóstico médico.

RESULTADOS DEL SUPROGRAMA DE DOCENCIA:

Los temas que se impartieron en este subprograma fueron muy útiles ya que tanto el personal que labora en el hospital como las personas que asisten a este servicio lograron cambiar de alguna manera ciertas actitudes que en un principio venían afectando tanto a nivel laboral como personal, las técnicas que se utilizaron para impartir cada tema fueron diferentes y dependiendo del personal al cual estaban dirigidos. Muchas de las personas que estuvieron presente en cada una de las charlas resolvieron muchas dudas que tenían: acerca del control prenatal, cuidados del bebé y de la madre, cómo afecta emocionalmente una pérdida y sobre todo la importancia de aceptar la ayuda psicológica. Otro aspecto

es que con las charlas que se daban en la consulta externa muchos médicos mandaban a pacientes que necesitaban el apoyo de parte de psicología.

3.3. SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:

El objetivo de este subprograma fue “Determinar la incidencia del aborto en el año 2008 de las pacientes que fueron referidas al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios y las secuelas psicológicas que sufren las mujeres en el periodo post-aborto. El motivo por el cual se decidió trabajar este tema fue debido a la afluencia de pacientes que asistían a dicho hospital por un aborto y sobre todo llamó mucho la atención que eran más mujeres jóvenes que adultas las que acudían a este servicio por dicho problema.

Para poder llevarse a cabo dicha investigación se presentó el proyecto a la Licenciada María Teresa Gaytan Juárez, jefe del Departamento de Psicología, así mismo a la Licenciada María Argelia Mayorga Cruz encargada del área de Gineco-Obstetricia, quien hizo los acuerdos con el personal encargado de dicha área. Se hizo acuerdos con las enfermeras jefes de cada uno de los servicios (hospital de día, complicaciones prenatales, séptico y post-parto), así como con las trabajadoras sociales encargadas de este servicio para que reportaran a las pacientes y así recibir el apoyo psicológico necesario.

La población con la que se trabajó fue con pacientes de 15 a 35 años de edad, debido a que se observó que la mayoría de pacientes que asisten por un aborto al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios son jóvenes, siendo estas muy afectadas emocionalmente debido a la pérdida, ya sea por ser primer bebé, sentirse culpable, miedo a quedar estéril, por problemas con la pareja o con una relación futura.

Se elaboró una encuesta con preguntas como: datos generales, familiares, de salud, nivel económico, nivel educacional, entre otras, ya que estos datos son importantes para ver la incidencia del aborto, otras preguntas están enfocadas de acuerdo a la situación por la cual estaban atravesando con el fin de investigar las secuelas psicológicas que estas pacientes sufren, dicha encuesta también nos sirvió para investigar acerca de los sentimientos o actitudes que la pareja manifiesta cuando se da un aborto.

Lo primero que se hizo fue dar a conocer el programa de atención post-aborto al personal médico y paramédico de cada uno de los servicios. Se hizo una programación de qué días se pasaba visita en cada servicio para atender a las pacientes post-aborto. Cuando se llegaba al servicio se daba una introducción acerca del programa, luego se pasaba con cada una para aplicar la encuesta, para poder investigar la incidencia del aborto en el año 2008 de las pacientes que son referidas al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, y las secuelas psicológicas que el aborto provoca en estas pacientes.

DATOS GENERALES DE PACIENTES ATENDIDAS DURANTE LA INVESTIGACIÓN

Con la encuesta que se aplicó se recabaron algunos datos importantes que fueron de ayuda para investigar la incidencia del aborto y estos son los resultados que se obtuvieron de las encuestas aplicadas a pacientes en proceso de aborto u óbito fetal.

Cuadro No. 7

Datos importantes de pacientes atendidas

Datos generales	Pacientes atendidas
grupo de edad	
15-21	107
22-28	112
29-35	33
Nivel de educación	
Sin educación	38
Primaria	133
Secundaria	42
Diversificado	17
Otros estudios	22
Religión	
Católica	114
Evangélica	79
Ninguna	22
Otros	37
Lugar de residencia	
Urbano	87
Rural	165
Ocupación	
Ama de casa	116
Empleada domestica	63
Estudiantes	17
Otro trabajo	56
Nivel económico	
Bajo	87
Muy bajo	31
Medio	134
Estado civil	
Casada	42
Soltera	37
Separada	22
Unión libre	151
Estado Nutricional	
Bueno	26
Muy bueno	17
Regular	122
Malo	87
Número de hijos vivos	
0	142
1-2	35
3-4	24
≥5	51

Fuente: EPS realizado en el Hospital General San Juan de Dios, área de Gineco-obstetricia, febrero 2008 a febrero 2009

RESULTADOS:

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede observar que fueron más mujeres jóvenes que adulta las que sufrieron un aborto, como podemos ver muchas de estas pacientes no cuentan con un buen nivel económico, así como educacional, así como tampoco nutricional, todos estos datos que nos presenta la tabla son importantes ya que de cierta forma tienen mucho que ver para que se den abortos, como por ejemplo; una mala alimentación, no tener acceso a la educación debido al lugar donde residen o bien porque el nivel económico no se los permite, lo cual hace que estas mujeres tengan un aborto. Así como también un número elevado de hijos puede incidir de cierta forma para que se de un aborto. La mayoría de las personas que asisten al hospital provienen del área rural, por lo que se dedican a los quehaceres de la casa. El estado civil que predomina es unión libre.

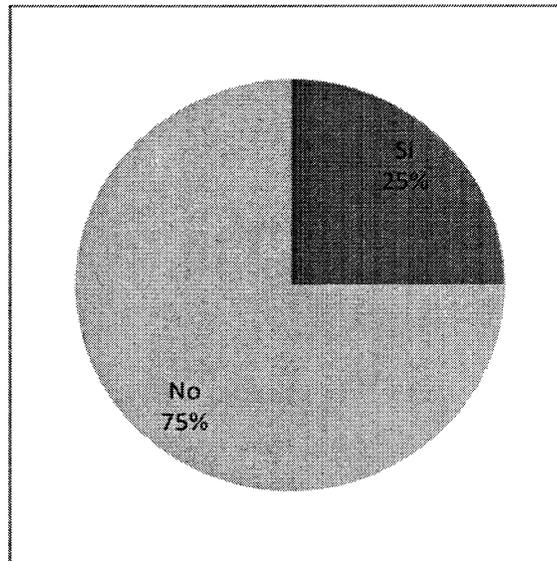
LA EDUCACIÓN SEXUAL ES UN FACTOR IMPORTANTE PARA PREVENIR EMZARAZOS NO DESEADOS

Una buena educación sexual puede ayudar a prevenir embarazos no deseados y así prevenir abortos provocados o espontáneos, durante el estudio nos dimos cuenta que hace falta todavía mucha orientación sexual, ya que muchas pacientes comentaron que nunca les hablaron acerca la sexualidad, por lo que de cierta forma esta ignorancia o falta de una buena educación influyó a que algunas de estas mujeres, principalmente las jóvenes tuvieran un embarazo inesperado, dándose así un aborto. Vemos que hablar de la sexualidad todavía sigue siendo un tabú para muchos, principalmente para las personas que viven en las áreas rurales, esto hace que muchos jóvenes busquen información en otro lado, donde

algunas veces les dan mala información y debido a esto muchos jóvenes tienen relaciones a muy temprana edad.

Grafica No.1

¿Ha recibido Educación Sexual alguna vez?



Fuente: EPS realizado en el Hospital General San Juan de Dios, área de Gineco-obstetricia, febrero 2008 a febrero 2009

RESULTADOS

En esta gráfica podemos observar que la mayoría de pacientes al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General, no recibieron educación sexual y esto de cierta forma hace que se den embarazos no deseados, incrementándose así en número de abortos principalmente en las jóvenes.

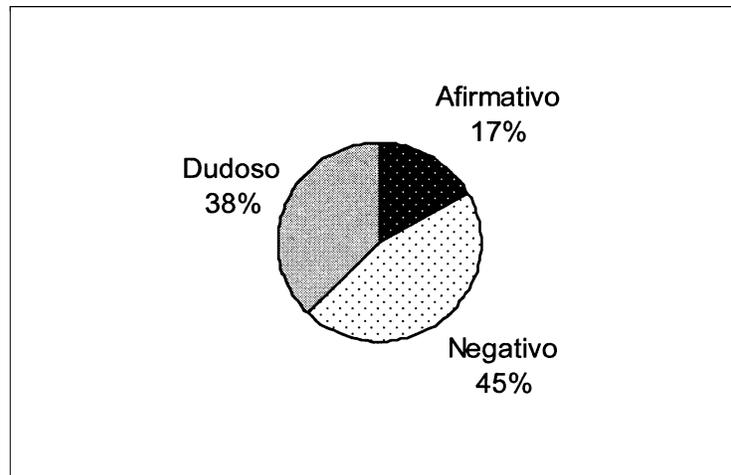
INFLUENCIA DEL ABORTO EN LA RELACIÓN DE PAREJA

Podemos decir que el aborto influye en algunos casos en la relación de pareja, pero todo esto va a depender de la cultura, educación y orientación que la pareja

tenga para poder comprender y entender el motivo por el cual se da un aborto, ya que las causas son muchas.

Gráfica No. 2

Cree usted que el aborto influiría en la relación de pareja



Fuente: EPS realizado en el Hospital General San Juan de Dios, área de Gineco-obstetricia, febrero 2008 a febrero 2009

RESULTADOS:

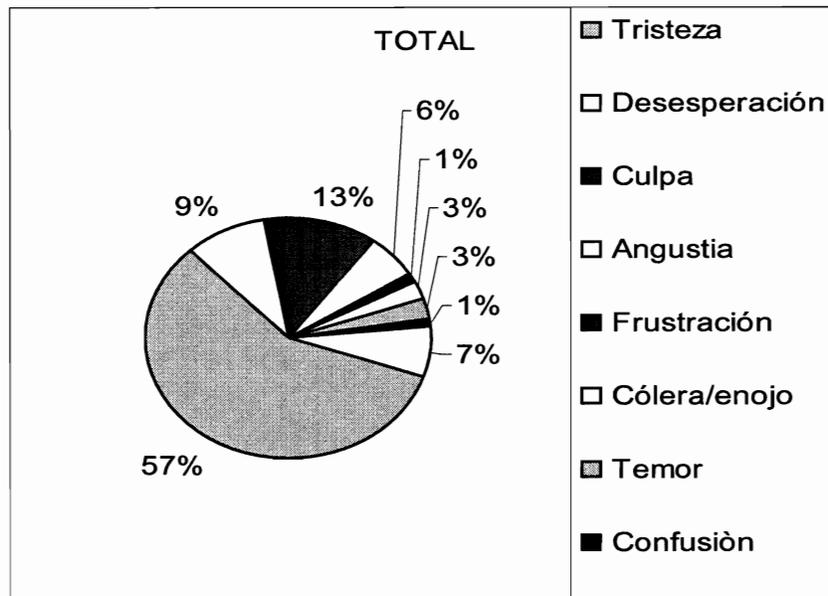
En la gráfica se puede observar que la mayoría de mujeres respondió que cuenta con el apoyo de la pareja y el 38% respondió no saber cuál será la reacción de su pareja, muchas de estas pacientes manifestaron sentir miedo, desesperación y culpa ante la pérdida de su bebé y ante la reacción de la pareja, el hecho de no saber qué va a pasar con su relación de pareja o de noviazgo, pone muy inquietas y tristes a estas mujeres.

SECUELAS PSICOLÓGICAS DEL ABORTO

Podemos decir que son muchas las secuelas psicológicas que se dan después de un aborto pero aquí presentamos las que más afectaron a las pacientes que participaron en el estudio.

Gráfica No. 3

Secuelas psicológicas del aborto



Fuente: EPS realizado en el Hospital General San Juan de Dios, área de Gineco-obstetricia, febrero 2008 a febrero 2009

RESULTADOS:

En la presente gráfica se puede observar que la tristeza, la culpa y la desesperación fue lo que más afectó emocionalmente a las pacientes que tuvieron aborto. Durante la entrevista muchas pacientes comentaron sentirse tristes por la pérdida, principalmente las primigestas, en algunos casos los dos estaban ilusionados, los hermanitos esperaban el nacimiento del bebé, etc. Algunas manifestaron sentirse culpables por no haber llevado control prenatal, no haber consultado al doctor con tiempo, no planificar, preocuparse demasiado, enojarse,

haber peleado con el esposo, haber tomado algún medicamento para aliviar algún dolor o malestar (dolor de cabeza, gripe, dolor de estómago, etc), se sentían desesperadas por no saber exactamente lo que pasó y que los médicos no les explicaban la razón de la pérdida.

3.4. OTRAS ACTIVIDADES Y RESULTADOS:

Siendo el Hospital una dependencia de referencia nacional, con carácter asistencial, docente y de investigación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, nos brindó la oportunidad de participar en el taller “Abordaje a la Violencia” que fue impartido por el Programa Nacional de Salud Mental, durante el mes de Marzo a Diciembre de 2008. Así también de participar en la “Replica del curso básico en drogodependencia” coordinado por Seccatid. También se participó en dos programas de radio “Radio Constelación y Radio Universidad” los temas fueron los siguientes: Desarrollo del niño de 0 a 6 años, desarrollo del niño de 6 a 9 años, preadolescencia, adolescencia, conducta rebelde en el adolescente, y para finalizar con el programa se habló acerca del “Aborto”. Estas charlas se impartieron el cuarto viernes de cada mes.

RESULTADOS

La oportunidad que se dio de poder participar en dichas actividades fue de gran ayuda, ya que hubo técnicas que se aplicaron en el trabajo diario, técnicas que se aplicaron con algunas pacientes dependiendo del problema y del estado en el cual se encontraba. Los programas de radio fue una experiencia muy bonita porque es de gran importancia para el crecimiento personal y laboral y lo más importante poder prevenir y orientar a la población guatemalteca que escuchaba dichos programas.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

El objetivo para este subprograma fue brindar atención y orientación psicológica a mujeres principalmente las adolescentes, de forma individual y familiar; a modo de propiciar la integración y comprensión familiar que fue una alternativa de solución para superar las secuelas psicológicas que produce el aborto y de esta forma mantener el autoestima de la madre. Así como también se dió a conocer los factores de riesgo que se pueden sufrir y las complicaciones en embarazos posteriores.

Al dar a conocer el proyecto al personal de cada uno de los servicios fue de mucho interés, quienes comentaron que el servicio de psicología es de vital importancia principalmente para las pacientes que han sufrido una pérdida.

El subprograma de servicio consistió en brindar atención psicológica individual y familiar en la clínica, los días lunes, jueves y viernes de 8:00 a 10:00 a.m. para determinar el tratamiento y orientación psicológica. Así también consistió en pasar visita a cada uno de los servicios de lunes a viernes de 11:00 a 12:30 para brindar el apoyo y orientación psicológica con el fin de darle seguimiento en dicha clínica.

Entre los pacientes que se atendieron la mayoría presentaban problemas relacionados con la pareja y/o familia, víctimas de violencia intrafamiliar, infidelidad, abuso sexual, falta de educación sexual. Los problemas que se dieron en las adolescentes fue: negligencia por parte de los padres, falta de educación sexual, padres separados, retraso mental, embarazos por violación, conducta rebelde.

Hay que tomar en cuenta que la mayoría de personas que asisten al Hospital son de escasos recursos económicos, que carecen de casa propia o viven en áreas marginales de la ciudad o departamentos, las familias tienen un número elevado de hijos y poca oportunidad de educación.

Las pacientes que asistieron a la clínica fueron muy pocas debido a que la mayoría tenían que trabajar o cuidar a sus hijos por lo cual les era difícil acudir a recibir el apoyo psicológico. En algunos casos se logró trabajar con la pareja ya que ellos estuvieron muy interesados, por lo que hicieron todo lo posible por asistir a psicología y de esta forma contribuir con la recuperación emocional de la pareja. De toda la población que se atendió muchas mujeres mostraban miedo debido a la reacción de la pareja, miedo a que las dejaran y/o que la pareja cambiara de actitud con ellas, ya no poder tener hijos o que les vuelva a pasar lo mismo, algunas ya tenían problemas antes de la pérdida y creían que esto sería el final de su relación, todos estos factores contribuían a que las pacientes manejaran mucha angustia y desesperación. Es importante mencionar que vivimos en una cultura machista, donde el hombre cree que la mujer es la responsable de un embarazo inesperado; en el estudio se observó que tanto adolescentes como mujeres adultas no contaban con el apoyo de la pareja, ya que ellos las abandonaban al enterarse del embarazo o del aborto, culpándolas de ser ellas las responsables de dicho problema.

La afluencia de personas que asiste a este hospital principalmente en el área de gineco-obstetricia hace que el trabajo sea breve pero gratificante, otra situación que se daba mucho era que llamaban a psicología para solicitar apoyo de emergencia a algunas pacientes del encamamiento o bien de la Emergencia, esto de cierta forma no permitió que se trabajara al ciento por ciento lo planificado ya que muchas veces no se daban algunas charlas y/o se pasaba visita al

encamamiento de forma rápida y solamente se atendían a las pacientes que más necesitaban del apoyo psicológico.

4.2. SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

Dentro de los objetivos principales en este subprograma estaba el de sensibilizar a los padres de familia acerca de cómo afecta emocionalmente el aborto, así como también el de implementar talleres y/o charlas a madres y familia acerca del aborto, superación personal, autoestima, entre otros, todo esto con el fin de educarlos y orientarlos para una mejor formación y educación para con sus hij@s. Para alcanzar cada uno de estos objetivos se planificaron los temas, días y horario en que se iba a impartir dichas charlas, para luego informarle a la enfermera jefe y así estar ella enterada de que el área de psicología impartiría charlas y no tener problemas, ya que tanto ellas como practicantes de otras áreas, imparten charlas. Las charlas se impartieron en la Consulta Externa de Gineco-Obstetricia, los días martes de 8:00 a 9:00 a.m. la mayoría de veces se asistía acompañada de una o dos practicantes de Educación Especial que estaban asignadas en esta área, por lo que había que orientarlas en cuanto al trabajo que se realiza en este servicio y apoyarlas en las charlas que ellas tenían que dar de acuerdo a su carrera. En esta área fue muy difícil trabajar ya que la mayoría de personas no prestaba atención, más bien estaban pendiente a la llamada para su cita médica.

En el encamamiento se impartía charla los días miércoles de 9:00 a 12:00 a.m. se llevaba a cabo en la sala de espera con las pacientes que tenían egreso, se tenía que ser muy breve, ya que las enfermeras y personal de otras áreas también daban charla por lo que a veces no se podía dar la charla aunque había un horario

para cada área pero no era respetado. Así mismo se les repartía trifoliales donde ellas podían tener acceso a más información acerca del aborto.

También se impartieron charlas y/o talleres al personal que labora en el hospital (enfermeras, personal del área verde, estudiantes de medicina). Los temas que se impartieron con el personal de enfermería fueron: autoestima, relaciones interpersonales, trabajo en equipo. Con el personal del área verde se trabajó lo que es Clima laboral y trabajo en equipo, estos temas fueron pedidos por la jefe de esta área debido a que se estaba dando problemas entre ellos, por lo que tampoco brindaban un buen servicio, cuando se impartieron los temas se hizo a manera de taller para que cada uno se diera cuenta de sus propios problemas, y así hacerlos reflexionar, algunos dijeron que necesitan dar un buen servicio y para esto tenían que cambiar algunas actitudes por ejemplo “hacer las cosas bien” “tener una actitud positiva” “dar gracias a Dios por tener un trabajo” “dar lo mejor de sí mismo”. La enfermera jefe comentó que había notado cambios en algunos “se empezaron a llevar mejor” “se ayudaban” “el trato con las personas mejoró”, aunque algunos seguían con actitud arrogante. Con algunos estudiantes de medicina que estaban en el departamento de Gineco-obstetricia se impartió el tema de musicoterapia ya que ellos querían implementarlo en el Servicio de Labor y Parto. Pero no se logró llevar a cabo el proyecto debido al poco tiempo que estuvieron en ese servicio.

Debido a que el hospital es una institución pública donde mucha gente de escasos recursos acude, el personal tanto médico, como enfermeras y estudiantes de medicina siempre están ocupados, por lo que fue bastante difícil trabajar con ellos. Con los que más se trabajó fue con el personal de enfermería, quienes se mostraron interesadas por hacer mejoras en su servicio como: la comunicación, el trato con el paciente, compañerismo, trabajo en equipo, responsabilidad con el

trabajo y el respeto tanto con los compañeros del servicio como con los pacientes y familias de estos.

4.3. SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:

El objetivo principal en este subprograma fue determinar la incidencia del aborto y las secuelas psicológicas que sufren las mujeres principalmente las adolescentes en el período post-aborto, para poder llevarse a cabo este estudio se elaboró una boleta de recolección de datos y una encuesta. Con la boleta de recolección de datos se recabó datos generales, situación familiar, situación de salud durante el embarazo, si habían tenido otras pérdidas y si recibieron atención médica. La información que se recabó en las encuestas fue más que todo para ver lo emocional, cómo el aborto influye a nivel personal, en la relación de pareja y a nivel familiar, también se investigó un poco acerca de la educación sexual, ya que era importante saber qué tanto sabían estas mujeres porque este es un factor principal para que se de un embarazo no deseado y luego un aborto provocado o espontáneo, debido a que muchas mujeres principalmente las adolescentes no estaban preparadas ni físicamente ni emocionalmente para un embarazo. Con este estudio nos dimos cuenta que las mujeres que tuvieron aborto la mayoría solamente tenían algún grado de primaria, por lo tanto no habían recibido educación sexual y que los padres tampoco lo habían hecho debido a que ellos lo ven como un tabú, se pudo ver que todavía hay muchas personas que al escuchar la palabra sexo se asustan, se hacen las desentendidas o simplemente evaden para no hablar acerca de esto, este es un factor que afecta a las adolescentes, aunque ya se esté dando información acerca de salud sexual y reproductiva en las escuelas o colegios, centros de salud, hospitales, se debe tener mucho cuidado

con la información que se da, ya que puede hacer que los jóvenes entren en promiscuidad y esto los lleva a tener relaciones sexuales a temprana edad.

En cuanto a las mujeres que se atendieron y que tenían pareja se pudo ver que el aborto no solamente afecta a la mujer sino también al hombre, algunas mujeres mencionaron que su pareja las inducía a que abortaran principalmente en los casos de abuso sexual, el hecho de pensar en un aborto provocado nos dice que estas personas no están preparadas y creen que el aborto es la solución, se atendieron algunos casos en los cuales la pareja había hecho comentarios acerca de provocar el aborto o simplemente que no estaban preparados para tener un bebé o que no quedaba otra que aceptar el embarazo, estos comentarios les hacia sentir culpabilidad, vergüenza, arrepentimiento cuando se daba un aborto espontáneo. Realmente no se pudo trabajar mucho a nivel de pareja, con los pocos que se trabajó se les observaba preocupados, tristes, desesperados no solamente por la pérdida sino también por la recuperación física y emocional de su pareja. Es importante mencionar que vivimos en una cultura machista donde al hombre se le ha enseñado que no debe llorar, que debe ser fuerte por lo que muchos hombres ocultan su tristeza o preocupaciones, aún así se pudo ver que los hombres quienes asistieron a recibir apoyo psicológico, mencionaban que lo hacían por su esposa, para ver cómo ellos podían apoyarlas a superar la pérdida. Algunos expresaron sentirse tristes, se dieron la oportunidad de llorar, de querer estar en el lugar de su esposa ya que para ellos el dolor emocional que ellas sentían era algo muy doloroso y difícil de superarlo.

También se pudo ver que muchos hombres dejaban a su pareja debido al aborto, en la mayoría de casos ya había problemas en la relación de la pareja y la pérdida venía a complementar para que se diera por terminada la relación.

En conclusión se puede decir que el aborto influye en la relación de pareja, el 17% de las mujeres sentían miedo a que su pareja las dejara, algunas ya estaban separadas, y el 38% tenía duda, no sabían cuál sería la reacción de su pareja al llegar a casa. Aparte de las secuelas emocionales que sufren estas mujeres debido a la pérdida, la separación, la indiferencia de la pareja también les afecta emocionalmente, la tristeza que viven es doble, se sienten desesperadas, frustradas, manejan mucho enojo, les cuesta aceptar la pérdida, se sienten solas, creen que ellas son las culpables de la pérdida y del abandono de la pareja y esto hace que el problema sea más grande para ellas, por lo tanto les cuesta superar tanto la pérdida del bebé como de la pareja, se puede decir que estas mujeres viven un doble duelo.

4.4. ANÁLISIS DE CONTEXTO:

El Ejercicio Profesional Supervisado, se llevó a cabo en el Hospital General San Juan de Dios, ubicado en la 1ra Avenida 10-50 de la zona 1 de esta ciudad. Para desarrollar el proyecto en dicha institución se contó con el permiso de la licenciada María Teresa Gaitán, jefe del área de Psicología, así como también se tuvo el permiso del Departamento de Investigación de dicho hospital. Se decidió trabajar acerca del aborto ya que se observó que muchas mujeres principalmente jóvenes acuden a esta institución para que se les realice el legrado, por lo que el EPS se dirigió a esta población en especial a las mujeres jóvenes para ayudarlas a superar las secuelas psicológicas del aborto. Se debe tomar en cuenta que la mayoría de estas personas son de escasos recursos económicos, que carecen de vivienda propia o viven en áreas marginales de la ciudad y departamentos, esto hace que se de un alto índice de maternidad en adolescentes entre las edades de 15 a 22 años, y que por alguna razón ya sea económica, física o emocional; el

embarazo no llega a término dándose así un aborto espontáneo o provocado. Muchas de estas jóvenes provienen de hogares desintegrados o donde los padres tienen un número elevado de hijos por lo que algunas de ellas se ven en la necesidad de trabajar o bien quedarse a cargo del cuidado de los hermanos; esta situación crea en ellas un vacío por lo que buscan en quien refugiarse para llenar ese vacío, muchos hombres se aprovechan de esto y las engañan diciéndole que con ellos van a estar seguras, que nada les va a ser falta, hasta que logran su objetivo, las inducen a tener relaciones teniendo como resultado embarazos no deseados, y cuando esto sucede no se hacen responsables, quedando estas como madres solteras.

El ejercicio profesional supervisado se llevó a cabo del 21 de febrero de 2008 al 23 de febrero de 2009 durante estos meses se atendieron varios casos de post-aborto donde descubrimos que muchas mujeres eran víctimas de maltrato físico, verbal y/o psicológico, algunas ya tenían varios abortos pero no se operaban porque su pareja les decía que así “ya no servían” “que a la hora de tener relaciones no era lo mismo” “si se operaban las dejarían”, o bien las inducen a un aborto pero nunca piensan en lo que puede pasar, ya que la mujer puede quedar con trastornos menstruales, infecciones, pérdida de peso, abortos espontáneos, esterilidad, embarazos ectópicos, nacimiento de niños muertos, todos estos problemas son a nivel físico y a nivel psicológico se maneja culpabilidad, impulsos suicidas, sensación de pérdida, sentimiento de luto, pesar y remordimiento, preocupación por la muerte, hostilidad, instintos maternales frustrados, odio a todos los que tuvieron algo que ver con el aborto, pérdida de interés en el sexo, incapacidad de perdonarse a si misma, pesadillas. Vemos que todavía en Guatemala existe mucho el machismo, el hombre no valora a la mujer, solamente piensa en él, en su bienestar físico y económico, cree que el aborto es la solución.

Entre los factores que favorecieron la realización del Ejercicio Profesional Supervisado es que se contaba con clínica que es bastante amplia, donde se atendió a las pacientes a quienes se les dejaba cita, además se pasaba visita en el encamamiento donde siempre había pacientes que necesitaban del apoyo psicológico. Otro factor que favoreció mucho es que dentro del hospital hay dos café Internet donde se podía imprimir e investigar.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

5.1.1. Conclusiones Generales

- Hablar de sexo es todavía un tabú para muchos padres de familia y esto contribuye en alguna medida para que las adolescentes sean mal orientadas por segundas personas.

- La recuperación de las secuelas psicológicas que provoca el aborto en una mujer no depende solo del terapeuta ni del paciente sino también de la familia y de la pareja si la hay.

- La falta de orientación acerca de los factores de riesgo y complicaciones que se pueden dar en embarazos posteriores en mujeres que han tenido un aborto, hace muchas veces que estas resulten embarazadas en muy poco tiempo y muchas veces dándose otro aborto.

5.1.2. Subprograma de Servicio

- Se brindó atención y orientación psicológica de forma individual y familiar a madres principalmente las adolescentes que tuvieron aborto.

- Se dió importancia a las adolescentes así como también a la pareja o encargados como alternativa de solución ante la pérdida.

- Los problemas que más presentaron las pacientes que acudieron al hospital por un aborto fue violencia intrafamiliar, infidelidad, abuso sexual, falta de educación sexual.
- La negligencia por parte de los padres, la falta de educación sexual, padres separados, retraso mental, embarazos por violación y conducta rebelde fueron los problemas que se dieron en la mayoría de adolescentes que tuvieron aborto espontáneo o provocado.
- De las parejas que fueron atendidas se logró observar que el apoyo del esposo es de vital importancia para la superación de un aborto, ya que esto las fortalecía, se sentían apoyadas y sobre todo sentirse seguras por el hecho de tener a la pareja que les esté apoyando.
- Con las charlas que se les daba a las pacientes se lograba bajar la ansiedad y desesperación que presentaban después de un aborto ya que lograban obtener información acerca de las secuelas psicológicas que provoca el aborto.
- **5.1.3. Subprograma de Docencia**
- Se consideró a la familia y/o pareja el principal contribuyente para la recuperación de la paciente que tiene un aborto.
- Se dió a conocer la importancia de utilizar algún método anticonceptivo para prevenir un embarazo repentino y así prevenir que se dé otro aborto.

- Los temas que se impartieron a la población que asistía a la consulta externa fueron de vital importancia pero la mayoría no prestaba atención ya que estaban pendiente a la llamada del médico.
- El trabajar con el personal médico es bastante difícil no solo porque ellos pasan todo el tiempo ocupados, sino porque todavía hay muchos que no creen en la Psicología, algunos creen ser los más importantes porque se ocupan de curar las enfermedades físicas y ven de inmediato los resultados, por lo que no le dan importancia a la Psicología, creen que este servicio se presta a personas con enfermedades mentales.

5.1.4. Subprograma de Investigación

- Las secuelas psicológicas que produce el aborto afecta no solamente a la madre sino también a la pareja o familia, debido al vínculo o afecto que se crea con el bebé, cuando el bebé es realmente deseado afecta mucho a la pareja y/o familia, así también va a afectar cuando se da un aborto provocado ya que muchas veces estos se sienten culpables.
- En algunos casos el aborto influye en la relación de pareja, dependiendo de la cultura, educación y orientación que tenga para poder comprender y entender el motivo por el cual se da un aborto, ya que son muchas las causas.
- La falta de educación sexual, el abandono y negligencia por parte de los padres en las jóvenes son factores que influyeron para que se dieran embarazos inesperados y darse así abortos espontáneos o provocados.

- En el estudio nos pudimos dar cuenta que todavía hace falta mucha educación sexual, hay mucha ignorancia o tabú acerca del tema de la sexualidad.
- Tristeza, culpa y desesperación fueron los sentimientos que más presentaron las pacientes que tuvieron aborto.

5.2. RECOMENDACIONES

5.2.1. Recomendaciones Generales

- Se recomienda al Departamento de Psicología del Hospital General San Juan de Dios que se de a conocer un poco más y se establezca planes de trabajo con los médicos para que estos valoren el trabajo que realiza psicología.
- En el departamento de Gineco-obstetricia es muy importante el apoyo psicológico, principalmente para las pacientes post-aborto, por lo que se recomienda que haya un psicólogo@ encargada de esa área.
- Al personal encargado de dar charlas acerca de la planificación familiar se les recomienda explicar las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos, ya que muchas mujeres por desconfianza no optan por utilizar algún método.

5.2.2. Subprograma de Servicio

- Se debería implementar promociones del servicio psicológico por medio de charlas y/o carteles ya que por desconocimiento la gente no asiste o se van a otro lado.
- Se recomienda continuar con el programa de atención post-aborto ya que estas pacientes necesitan mucho del apoyo psicológico.
- Es importante hacer ver a las pacientes post-aborto la importancia de cuidarse para no resultar embarazadas muy rápido y así evitar que se de otro aborto, por lo que se recomienda elaborar un programa de charlas educativas y/o de orientación para estas pacientes.
- Se recomienda brindar el apoyo psicológico no solamente a las pacientes sino también a la pareja o encargadas para un mejor tratamiento, ya que muchas veces el problema está en la pareja o familia.

5.2.3. Subprograma de Docencia

- Entre las charlas que se dan en la Consulta Externa deberían de darse temas acerca del aborto para que la familia tenga orientación acerca de este y así poder apoyar ya sea a alguien de su familia o conocido a superar la pérdida.
- Se debería de establecer un programa de charlas con el personal de enfermería para mejorar el trato con las pacientes, así como la relación entre ell@s.

- Debería de trabajarse en equipo, personal de enfermería, médicos y psicólogas para dar un buen tratamiento al paciente.

5.2.4. Subprograma de Investigación

- Se recomienda a la familia y a la pareja brindar el apoyo necesario a la paciente para la superación de la pérdida.
- Se recomienda a padres de familia dar educación sexual a las adolescentes para evitar embarazos inesperados.
- Se recomienda que haya una persona asignada para brindar el apoyo psicológico a las pacientes post-aborto.

BIBLIOGRAFÍA

- Defey, D; Rossello, D; Friedier, R; Núñez, M; Terra, C. (1996). Duelo por un niño que muere antes de nacer. UNICEF.
- Franco, H. (1980). Tesis: Incidencia del aborto. USAC. Guatemala.
- Makepeace, B. (1991). Tesis: Reacciones emocionales después del aborto. Tesis, USAC. Guatemala.
- Pelàez, J. (1993). Tesis: Problemas Psicológicos y Psiquiátricos después de un aborto espontáneo. USAC. Guatemala.
- Pellecer, L. (2005, junio). Morir antes de Nacer. Revista D. No. 51. Pág. 18-21 Prensa Libre, Guatemala.
- Pineda, R. (1997) Análisis Jurídico de la Tentativa de la mujer para causar su propio aborto. Tesis-USAC, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales.
- Prada, E. Edgar, Kestler, E. Sten, C. Dauphinee, L. Ramírez, L. (2005) Aborto y atención postaborto en Guatemala: Informe de profesionales de la salud e instituciones de salud. Informe ocasional No. 18, Washington, DC 20036.
- Serrano, S. (1995) Tesis: El Pensamiento Mágico sobre el Embarazo y Parto en Mujeres Primíparas. USAC. Guatemala.

Páginas consultadas en Internet:

- <http://www.vidahumana.org/vidafam/aborto/raquel-fe.html>
- http://www.vidahumana.org/vidafam/aborto/conseq_mujer.html
- http://www.guttmacher.org/pubs/2006/11/09/or_27.pdf
- <http://cyber.law.harvard.edu/population/abortion/Guatemala.abo.htm>
- http://es.wikipedia.org/wiki/Aborto_inducido
- <http://www.guttmacher.org/pubs/GuatemalaUPIAsp.pdf>

ANEXOS

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
ÁREA DE PSICOLOGÍA

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
(Para pacientes en proceso de aborto u óbito fetal)

Fecha de ingreso: _____
No. de Expediente: _____

I. DATOS GENERALES:

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Religión: _____ Grupo étnico: _____

Dirección: _____

Profesión: _____ Ocupación: _____

Nivel económico:

Bajo Muy bajo Medio Alto

Estado civil:

Casada Soltera Separada Unión libre Divorciada

Estado Nutricional:

Bueno Muy bueno Regular Malo

II. MOTIVO DE CONSULTA:

III. TRATAMIENTO MÉDICO RECIBIDO:

IV. SITUACIÓN FAMILIAR:

V. SITUACIÓN DE SALUD (condición del embarazo u otra circunstancia)

VI. OTRAS PÉRDIDAS:

Si No

Cuántas: _____

Por qué motivo: _____

VII. RECIBIO ATENCIÓN MÉDICA.

Si No

Por qué: _____

ENCUESTA A PACIENTES EN PROCESO DE ABORTO U ÓBITO FETAL

1) ¿Sabe exactamente lo que le sucedió?

Afirmativo Negativo Dudoso

2) ¿Le explicaron cuál fue su problema?

Afirmativo Negativo Dudoso

3) ¿Qué sintió cuando se enteró que había perdido al bebé?

Angustia _____	Cólera _____	Confusión _____
Culpa _____	Tristeza _____	Desesperación _____
Frustración _____	Temor _____	Otro _____

4) ¿Cómo se siente ahora?

Angustiada _____	Asustada _____	Avergonzada _____
Culpable _____	Temerosa _____	Tranquila _____
Triste _____	Enojada _____	Otro _____
Acepta lo sucedido _____		

5) ¿Cómo se siente su pareja?

Está confundido _____	Indiferente _____
Está enojado _____	Ignora lo sucedido _____
Está triste _____	Le está brindando apoyo _____

6) ¿Cree que este problema influiría en su relación de pareja o medio familiar?

Afirmativo Negativo Dudoso

Por qué: _____

7) ¿Cómo se siente actualmente y que piensa hacer para mejorar su estado de salud?

8) ¿Qué espera hacer para el futuro?

9) ¿Ha recibido usted educación sexual alguna vez?

10) ¿A que edad empezó a tener relaciones Sexuales?

11) Recomendaciones.
