

Universidad de Costa Rica

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Psicología

***PRÁCTICA DIRIGIDA PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA***

***Inserción profesionalizante en la Clínica de Adolescentes en el servicio de Ginecología y
Obstetricia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia***

Estudiante: Bach. Melina Mora Piedra

Equipo asesor:

Director: Ronald Ramírez Henderson, PhD


Lectores: MSc. Carlos Araya Cuadra

Dra. Ana María Jurado Solórzano

Asesora técnica: MSc. Elena Alvarado Rodríguez

2017

Tribunal Examinador



MSc. Adriana Rodríguez Fernández
Presidenta Tribunal Examinador



Ronald Ramírez Henderson, PhD
Director TFG



Dra. Ana María Jurado Solórzano
Lectora TFG



MSc. Carlos Araya Cuadra
Lector TFG



MSc. Demaluj Amighetti López
Profesora invitada



Bach. Melina Mora Piedra
Sustentante

Dedicatoria

Este trabajo va dedicado a muchas personas que han formado y continúan formando parte de mi vida personal y académica, por quienes he llegado hasta aquí y con quienes seguiré llegando muy lejos.

A mi familia, la motivación de mi vida, mi apoyo y mi mayor felicidad.

Mami y Papi, por ser padres excepcionales, por darme todo en la vida, por creer siempre en mí y estar siempre a mi lado, por enseñarme el significado del amor incondicional.

Mariel, mi hermana mayor, mi amiga, mi consejera y mi apoyo, a quien admiro y le debo tanto.

Fiorella, mi hermana gemela y la persona que más amo en mi vida, quien ha estado a mi lado cada segundo de este camino, mi calma en momentos de desesperación, mi compañera de millones de momentos inolvidables, un pilar indestructible en mi vida.

A mis bebés de cuatro patitas, porque en momentos de frustración, tristeza o alegría, la calma y el amor pueden venir en cuatro patas incondicionales y llenas del amor más puro y sincero que pueda existir.

Mis amigas que me dan tantas alegrías, tantas risas, tanto apoyo de tantos años, por lo afortunada que me siento al tenerlas en mi vida.

Mis nuevos colegas y amigos, por hacer de estos seis años una experiencia más bonita, por la compañía, los aprendizajes y el apoyo.

Por último, a tantas chicas adolescentes, sus bebés y sus familias, que me permitieron conocer sus vidas y me demostraron lo que significa la resiliencia.

Agradecimientos

A mi equipo asesor, profesionales que desde inicios de mi carrera admiro, quienes me han brindado una cantidad enorme de conocimientos, de acompañamiento y de lecciones para la vida.

Ronald Ramírez, mi director, quien desde tercer año de carrera me ha acompañado en mi formación y lo hizo durante todo este proceso de una forma excepcional, una persona que admiro por su calidad personal y profesional.

Mis lectores, Ana María Jurado, una mujer que admiro y aprecio y de quien guardo tanto aprendizaje a lo largo de muchos años, y Carlos Araya, quien conociéndome poco no dudó en brindarme su acompañamiento y conocimiento en este proceso.

Además al profesor Jorge Prado, quien desde primer año de carrera me ha brindado tantas oportunidades de aprendizaje y crecimiento.

Al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, especialmente a la Clínica de Adolescentes de este servicio, por abrirme sus puertas y permitirme ser parte del equipo. A la Dra. Rita Peralta, una profesional admirable, por la oportunidad, por su cariño, y por tanto que pude aprender de su experticia.

A Elena Alvarado, más que una supervisora, mi maestra, mi amiga, y una de las mejores y más grandes profesionales que he conocido, por su dedicación, por el amor con el que me enseñó a ejercer la Psicología. Gracias Elena, por escucharme siempre, por motivarme tanto, por creer tanto en mi capacidad profesional, por los aprendizajes diarios, por los buenos momentos, y por convertirse definitivamente en un modelo a seguir.

A todo el equipo de la Clínica de Adolescentes, enfermeras, administrativos, médicos, entre otros, de quienes aprendí a diario, quienes me incorporaron sin dudarlos en su equipo, quienes me brindaron un ambiente cálido y positivo siempre, y además me enseñaron lo que se necesita para ser un buen profesional.

A las chicas usuarias del servicio, por haberme permitido entrar un poquito en sus vidas, y que además me enseñaron tanto.

Índice

Portada	p. 0
Introducción.....	p. 1
Marco de referencia institucional.....	p. 5
Contexto histórico e institucional.....	p. 5
Vinculación e intervención dentro de la institución.....	p. 6
Marco de referencia teórico-conceptual.....	p. 8
Antecedentes internacionales.....	p. 8
Adolescencia.....	p.8
Ginecología.....	p. 13
Obstetricia.....	p. 18
Antecedentes nacionales.....	p. 22
Marco conceptual	p. 28
Psicología de la salud.....	p. 28
Medicina conductual	p. 30
Terapia cognitivo-conductual.....	p. 31
Ansiedad sobre la salud.....	p. 32
Depresión.....	p. 33
Salud sexual y reproductiva.....	p. 34
Adolescencia y pubertad.....	p. 36
Objetivos.....	p. 38
Metodología.....	p. 39
Caracterización de la población.....	p. 39
Funciones y tareas realizadas.....	p. 40
Relaciones interdisciplinarias.....	p. 48
Roles.....	p. 48
Supervisiones.....	p. 49

Evaluación e informes.....	p. 49
Protección a sujetos.....	p. 50
Resultados.....	p. 52
Ejercicio diario del rol dentro de la institución.....	p. 52
Intervenciones individuales.....	p.54
Intervenciones grupales.....	p. 70
Psicoeducación.....	p. 73
Documentación, evaluación y sistematización.....	p. 74
Otras actividades de formación profesional.....	p. 74
Revisión bibliográfica.....	p. 78
Evaluación/Retroalimentación.....	p. 79
Alcances y limitaciones.....	p. 81
Discusión.....	p. 83
Conclusiones.....	p. 92
Recomendaciones.....	p. 94
Referencias.....	p. 96
Anexos.....	p. 104

Índice de Figuras y Tablas

Figuras

Gráfico 1.....	p. 56
Gráfico 2.....	p. 57
Gráfico 3.....	p. 58
Gráfico 4.....	p. 58
Gráfico 5.....	p. 59
Gráfico 6.....	p. 60
Gráfico 7.....	p. 60
Gráfico 8.....	p. 61
Gráfico 9.....	p. 62
Gráfico 10.....	p. 62
Gráfico 11.....	p. 63
Gráfico 12.....	p. 63
Gráfico 13.....	p. 64
Gráfico 14.....	p. 64
Gráfico 15.....	p. 65

Tablas

Tabla 1.....	p. 52
Tabla 2.....	p. 66
Tabla 3.....	p. 67
Tabla 4.....	p. 71
Tabla 5.....	p. 75

Índice de abreviaturas

HCG: Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia

PANI: Patronato Nacional de la Infancia

IMAS: Instituto Mixto de Ayuda Social

UCR: Universidad de Costa Rica

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

LGTBI: lesbianas, gays, transgénero, bisexuales, intersexuales

DPP: depresión posparto

Índice de anexos

Anexo 1: Entrevista de caso nuevo.....	p.104
Anexo 2: Escala de Edimburgo para depresión en embarazo y posparto.....	p. 110
Anexo 3: Afiches y folletos psicoeducativos.....	p. 111
Ley de relaciones impropias.....	p. 111
Autoestima.....	p. 112
Dilataciones vaginales.....	p. 113
Dolor.....	p. 114
Duelo.....	p. 115
Emociones.....	p. 116
Mitos y realidades de la violencia sexual.....	p. 117
Relaciones de pareja saludables.....	p. 118
Técnicas de relajación.....	p. 119
Anexo 4: Reporte breve de sistematización de datos, depresión en embarazo.....	p. 120
Anexo 5: Presentaciones de sesiones clínicas realizadas.....	p. 134
Anexo 6: Carta de culminación de práctica dirigida.....	p. 141

Mora, M. (2017). *Inserción profesionalizante en la Clínica de Adolescentes en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Resumen

El presente, corresponde al informe final de una práctica dirigida realizada en la Clínica de Adolescentes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, la cual se desarrolló a lo largo de seis meses a tiempo completo.

Inicialmente, para realizar la propuesta de la práctica, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva, con el fin de justificar la importancia de la inserción de un profesional de Psicología en el área de la Ginecología y la Obstetricia, una vez logrado lo anterior, se procedió a realizar las coordinaciones necesarias para la inserción institucional, como lo fue la solicitud de un campo clínico y el contacto con la supervisora técnica Elena Alvarado.

Una vez procedida la inserción profesional, se realizaron las funciones propias del profesional de Psicología en el servicio, las cuales principalmente fueron: atención clínica, visitas a hospitalización, atención psicoterapéutica grupal, elaboración de material psicoeducativo, revisión bibliográfica y asistencia a sesiones clínicas.

Los resultados obtenidos de dicha inserción, correspondieron en primer lugar a la atención clínica de 303 casos, de los cuales 205 fueron casos de seguimiento, 45 casos nuevos, y 3 casos de hospitalización; de los 45 casos nuevos, 9 fueron seleccionados por la supervisora para darles continuidad semanal por la sustentante, de los cuales 7 fueron culminados con éxito.

En segundo lugar, se realizaron intervenciones en los siguientes grupos: grupo de autocuidado para adolescentes, curso de preparación para el parto para adolescentes embarazadas y sus parejas, grupo de madres de adolescentes para habilidades parentales, y grupo de adolescentes diagnosticadas con síndrome de Mayer Rokitansky Kuster Hauser.

En tercer lugar, se realizó la adaptación y elaboración de material psicoeducativo, con diversas temáticas, con el fin de brindar insumos de apoyo para el trabajo con estas temáticas.

En cuarto lugar, como parte de la revisión bibliográfica, se realizó una sistematización de datos utilizando la escala de depresión en embarazo y posparto de Edimburgo, con datos de 100 adolescentes atendidas en la Clínica, cuyos resultados fueron presentados y discutidos con todo el equipo de trabajo.

Por último, hubo otras actividades emergentes como: la asistencia a congresos, asistencia no participativa en sala de partos, asistencia a sesiones clínicas y la capacitación en métodos anticonceptivos.

En conclusión se considera que debido a las condiciones presentadas en la Clínica, se logró alcanzar los objetivos planteados para la práctica, principalmente los correspondientes a la adquisición de habilidades clínicas y profesionales. Además, un beneficio bilateral debido a que la inserción también resultó ventajosa para la Clínica. Por otro lado, se considera de gran importancia el fomentar la diversidad en la realización de prácticas dirigidas, fomentar desde la formación académica la importancia del trabajo interdisciplinario y destacar la relevancia de un trabajo ético fundamentado en la Psicología basada en evidencia.

I. Introducción

Como parte de una atención integral en un sistema de salud, el trabajo desde un enfoque bio- psico- social podría permitir un abordaje más adecuado y efectivo (Llewenly & Kennedy, 2003). Sin embargo, la aplicación real de este enfoque dista muchas veces en un sistema de salud público donde tienden a existir problemas en la relación oferta- demanda, es decir, una alta demanda de servicios excedente a la oferta de funcionarios, teniendo los profesionales un tiempo y una frecuencia limitada de atención por lo que esta modalidad integral puede verse en ocasiones bajo dificultades de aplicación.

Por ende, el trabajo desde la Psicología de la Salud (Ogden, 2012), podría verse obstaculizado, lo que implicaría la necesidad de un perfil con la suficiente versatilidad para lograr un mayor aprovechamiento de los recursos disponibles en beneficio de la salud de las personas usuarias.

Una de las áreas de acción del sistema de salud en las que la Psicología puede realizar un gran aporte es el área de Ginecología y Obstetricia, y en particular de interés para el presente proyecto, la ginecología y obstetricia, siendo la Clínica de Adolescentes instancia del Hospital Calderón Guardia, que brinda atención integral especializada a esta población. (Giacomin, 2011).

La relevancia de una atención distintiva por este grupo etario recae en que los procesos biológicos, psicológicos y sociales a los que se puede enfrentar una adolescente son diferentes a los que pueda enfrentarse una mujer adulta. Stotland y Steward (2001) afirman que incluso hay grandes diferencias dentro de la población adolescente, como los cambios biológicos, nuevos roles sociales, y la importancia de su relación con pares así como su

desarrollo sexual que es crítico en esta etapa del desarrollo, consideraciones necesarias de tomar en cuenta debido a que su nivel de desarrollo cognitivo y psicosocial va a predecir no solo que tan bien se previene de algún embarazo o enfermedad, sino también va a predecir su respuesta ante alguno de estos.

Por ello, un trabajo psicológico relacionado a diversas demandas de la consulta gineco-obstétrica, forma parte de un enfoque integral en el cual el abordaje no es exclusivo de una condición física sino de un acomodamiento psicosocial, ante el que se pueden maximizar resultados positivos con un acompañamiento adecuado. Son múltiples las formas en las cuales el profesional en Psicología puede realizar su trabajo en el área de la Ginecología y Obstetricia (Edozien, 2015) y probablemente, la práctica diaria sea un reto que implique nuevos roles debido a las diferencias interpersonales de las consultantes. Sin embargo, se pueden destacar algunas funciones importantes:

- Psicoeducación en temas de salud, sexualidad, maternidad, entre otros.
- Brindar información y apoyar en la movilización interdisciplinaria para el acceso a los diversos servicios estatales.
- Acompañamiento en la recepción de un diagnóstico, contención emocional e incluso intervención en crisis si se amerita.
- Evaluación psicológica de las consultantes.
- Intervención psicoterapéutica individual, con pareja o familia.
- Intervenciones psicológicas grupales, por ejemplo el caso de los cursos de preparación para el parto.
- Potenciar la adherencia al tratamiento.
- Intervenciones y psicoeducación a la familia.

- Sensibilización al personal de la salud con respecto a la comunicación y al trato con adolescentes.
- Otras.

Son múltiples las formas en las cuales resulta útil que la Psicología incida y que desarrolle un adecuado respaldo, ya que la evidencia además demuestra que un trabajo integral siempre traerá mejores resultados a la salud de las personas (Giacomin y Leal, 2012).

Además una mayor inserción que evidencie beneficios, permite ganar en un terreno o espacio que anteriormente no ha tenido mucha participación por parte de la Psicología de la Salud.

Como se menciona con anterioridad, el insertar la práctica en un contexto hospitalario público, implica una alta demanda, por lo que quizás no se pueda cumplir con el ideal de atención en cuanto a frecuencia y tiempo, ya que como lo menciona Giacomin (2011) en su informe, entre el 2006 y el 2011 la cifra de personas usuarias adolescentes creció de 500 a 4500, siendo evidente que es alto el volumen de atención. Ante esta dificultad un enfoque psicológico cognitivo- conductual que busque resultados más rápidos y eficientes, resulta de gran utilidad. Rodríguez (2000) resalta la importancia de una atención diferenciada a la población adolescente al afirmar que la sociedad costarricense es una sociedad en cambio dando un contexto donde se da la creciente importancia de los adolescentes como grupo, pues su problemática está estrechamente ligada a los cambios que se están produciendo cada vez más rápidamente en el campo social, cultural y económico y esto es particularmente cierto en el caso de la adolescente femenina.

Por último, a nivel de aprendizaje y de formación profesional, la práctica brindó la experiencia de una formación ante una demanda real y a mayor volumen diferente a la presenciada durante la formación académica, puesto que implica la puesta en un escenario real de las habilidades aprendidas a lo largo de cinco años, que representó un reto diario y además una necesidad constante de preparación, estudios complementarios, y trabajo interdisciplinario, que son los que preparan para una futura integración al gremio laboral, esto mediante la apropiación y desarrollo de habilidades y conocimientos profesionales.

II. Marco de referencia institucional

Contexto histórico e institucional

La Clínica de Adolescentes pertenece al Hospital Calderón Guardia fundado en 1943 bajo el nombre de Hospital Policlínico. Esta Clínica inicia su funcionamiento en 1991 creciendo cuantitativa y cualitativamente conforme aumentaba la demanda (Giacomin, s.f) y conforme aumentaba la demanda se evidenciaban las diversas necesidades de trabajo interdisciplinario considerando que lo ideal para la Clínica era un trabajo integral.

En 1988 se crea el Programa Atención Integral de la Adolescencia (PAIA) con el fin de atender estas necesidades particulares, que son diferentes a las requeridas por los niños y adultos, y dar respuesta no sólo desde lo clínico - asistencial, sino sobre todo desde lo preventivo y la promoción del desarrollo humano y la salud. El PAIA se articula con la Clínica de Adolescentes de atención ginecológica y obstétrica con el fin de cumplir con los objetivos propios de una atención diferenciada a los adolescentes.

Estructuralmente la Clínica pertenece a la Sección de atención Ginecológica- Obstétrica general del Hospital Calderón Guardia, y se divide en los siguientes tipos de consulta (Giacomin, 2010):

- Consulta ginecológica
- Consulta obstétrica
- Consulta en enfermería
- Consulta en trabajo social
- Consulta en nutrición

- Consulta en odontopediatría
- Consulta en psicología

Además las modalidades de atención son diversas:

- Atención individual, de pareja o familia
- Atención grupal
- Trabajo en red con otros sectores de atención
- Investigación y docencia

Según información brindada por la Psicóloga de la Clínica, Máster Elena Alvarado, el servicio de Psicología cuenta con únicamente una plaza con tres cuartos de tiempo, sin embargo, por la naturaleza del trabajo integral, se ve apoyado por todas las demás áreas de atención.

Vinculación e intervención dentro de la institución

La demanda dentro del sector salud público es elevada, por ende también lo es dentro de la Clínica del Adolescente ginecológica- obstétrica del Hospital Calderón Guardia, la cual cuenta únicamente con una psicóloga a cargo de las diversas funciones necesarias para las usuarias del servicio referidas al departamento de Psicología, siendo evidente una saturación de labores que podría verse beneficiado con la incorporación de mayor apoyo en la realización de las funciones diarias, principalmente en el área de la ginecología y obstetricia que muchas veces se manejan únicamente desde una perspectiva médica.

Por lo tanto, se considera de gran importancia la inserción de la práctica profesionalizante en este lugar, debido a los beneficios que desde la Psicología se pueden dar

a la institución, a las usuarias y al equipo interdisciplinario, así como la preparación, la experiencia y los conocimientos beneficiosos a la estudiante, siendo una fuente de beneficios a nivel personal y académico al proveer diversas oportunidades de crecimiento profesional mediante el desarrollo de competencias propias de la práctica psicológica.

Las funciones relacionadas a la inserción correspondieron en gran parte a la labor de un profesional de la Psicología dentro de este espacio, por lo que en términos generales las funciones de evaluación, intervención y diversos trabajos interdisciplinarios propios del rol establecido institucionalmente, delimitaron el quehacer de la práctica profesionalizante.

III. Marco de referencia teórico- conceptual

Antecedentes

El abordaje de diversos padecimientos ginecológicos y obstétricos se ha visto beneficiado de un acompañamiento interdisciplinario con la Psicología, mucho de esto ha sido documentado en diversos padecimientos específicos y de igual forma para la adolescencia en general y para las mujeres adolescentes que se encuentran ante una condición o un control por parte de los servicios de ginecología y obstetricia. Debido a que son amplios, se dividen algunos hallazgos en adolescencia en general, Ginecología y Obstetricia.

Antecedentes Internacionales

Con respecto a la investigación y el trabajo en el área a nivel internacional, son numerosos los estudios que demuestran el estado actual del aporte de la Psicología en el campo.

Adolescencia

Las investigaciones propias de la etapa de la adolescencia, son diversas y abarcan un sinfín de temáticas de gran relevancia, sin embargo, es importante recalcar algunas que tratan temas claves de los cuales la persona profesional en psicología debe contemplar en su ejercicio.

Newma, Harrison, Dashiff & Davies (2008) sugieren que la calidad de la relación entre los padres y los adolescentes tiene un impacto significativo en el desarrollo o prevención de conductas de riesgo. Refiriendo los Centros de Control y Prevención de Enfermedades a lo largo de Estados Unidos, donde han identificado seis conductas de riesgo

específicas que inciden en la salud, las cuales son: a) conductas que contribuyen al daño sin intención y violencia, b) uso de tabaco, c) uso de alcohol y otras drogas, d) conductas sexuales que contribuyan a embarazos no planificados y enfermedades de transmisión sexual, e) conductas alimenticias poco saludables, f) inactividad física.

Estos mismos autores describen que hay conductas específicas de los padres que se han encontrado que influyen directamente en la salud y conductas de riesgo del adolescente, se incluyen: tipo de disciplina, nivel de involucramiento parental, nivel de monitoreo parental, tipo de comunicación, estilo parental (autoritario, negociador, negligente, permisivo). Con respecto a lo último, definen el estilo parental como el compendio de aspectos individuales y contextuales que ofrece el padre o madre del adolescente para su contención y desarrollo como persona, y estos varían en dos dimensiones que son la demanda o el control y la aceptación de la responsabilidad paternal. Y según lo investigado, los adolescentes que se encontraban cercanamente supervisados por sus padres, con altos niveles de comunicación presentan una menor cantidad de conductas de riesgo sexuales que aquellos con baja supervisión y monitoreo.

El uso del internet pareciera ser un tema que va adquiriendo cada vez mayor relevancia y principalmente el uso de redes sociales, donde se encuentran implícitas otras áreas que llaman la atención como lo es el acoso por medio de internet. Esto se puede ver reflejado en los resultados del estudio de Ortega, Calmaestra y Mora (2008) realizados en España los cuales señalan que uno de cada cuatro escolares está involucrado en problemas de cyberbullying.

Mesch, (2009) menciona que para muchos de los adolescentes el internet es una fuente de información y entretenimiento, además de ser una importante vía de comunicación. Sin embargo, cuando no hay una correcta regularización efectiva, los jóvenes se encuentran en riesgo de exponerse a información con contenido abusivo incluyendo la pornografía, lo cual se ha encontrado puede llevar a percepciones distorsionadas de la sexualidad y a conductas acordes por ejemplo el justificar un abuso sexual.

Mientras que a nivel general Garaigordobil (2011) indica que estudios más recientes permiten concluir que en todos los países se constata una alta prevalencia del cyberbullying o acoso por medio de redes sociales y aparatos electrónicos, y que las mujeres víctimas representan un porcentaje significativamente mayor que al de los hombres.

Otro tema de importancia corresponde a la incidencia de conductas autolesivas Rossow y Wichstrom (2010) indican que la relación entre conductas autolesivas y otros problemas mentales se ha encontrado significativa. Sin embargo, principalmente los adolescentes, no buscan o consultan ayuda psicológica o psiquiátrica posterior al acto, siendo de gran importancia la captación de estos desde los servicios de salud.

Aunado a lo anterior se considera primordial la supervisión de los padres, tanto en esto como en otras temáticas de la adolescencia. Saleh y Hilton (2011) hacen referencia al modelo más conocido de involucramiento parental, el cual fue desarrollado por Lamb, Pleck, Charnov y Levine (1985, 1987). Este modelo propone tres dimensiones de involucramiento: Interacción definido como el compromiso uno a uno, disponibilidad definido como la presencia y disposición de uno con el otro que da paso a la interacción, y por último, la responsabilidad que se refiere al padre buscando formas de suplir las necesidades de su hijo.

Ko, Liu, Wang, Chen, Yen y Yen (2014) estudian el tema desde una perspectiva más patológica: la adicción al internet, la cual se puede definir como la pérdida de control sobre el uso del internet y puede resultar en consecuencias negativas, siendo común en adolescentes. Los estudios epidemiológicos refieren que la adicción al internet ocurre en el 17% de adolescentes tanto en poblaciones orientales como occidentales. Y además, se ha asociado a síntomas depresivos y ansiedad social.

De igual forma, parece de relevancia el tema de la búsqueda de pareja por medio de redes sociales, lo cual se ha encontrado con una estrecha relación a exposición y desarrollo de conductas de riesgo debido a que principalmente se asocia a personas extrañas o desconocidas que pueden sacar provecho de la o el adolescente (Rice, Winetrobe, Holloway, Montoya, Plant y Kordic, 2015).

El riesgo sexual y reproductivo, por otro lado, se ha encontrado evidente en algunas conductas sexuales de riesgo entre los adolescentes tales como el haber tenido relaciones sexuales, relaciones sexuales a edad temprana, no utilización de métodos de barrera y métodos anticonceptivos. De igual forma, se han encontrado la asociación de menores conductas sexuales de riesgo con factores protectores tales como un apoyo de pares positivo, supervisión adecuada de los padres y supervisión y consejería en los colegios (Peltzer, Pengpid, 2016).

El daño autogenerado y los intentos de suicidio se han considerado preocupaciones mayores de salud pública entre los adolescentes, siendo ambos además de su riesgo per se, predictores además del desarrollo de otras conductas como el consumo de sustancias, conductas de riesgo en general (Huang et al 2017). Hu, Taylor, Li y Glauert (2017) definen

estas conductas como aquella realizada directa e intencionalmente para causarse daño o destrucción física a sí mismo, independiente del intento suicida. La prevalencia global entre los adolescentes ronda el 16% y se ha considerado en términos de funcionalidad como una estrategia de afrontamiento desadaptativa para regular el dolor emocional que ha sido resultado de experiencias aversivas y traumáticas.

La relación de la persona adolescente con sus pares, tiene mucho que ver con el desarrollo o la prevención de muchos tipos de conducta, dentro de lo cual Lee, Foote, Wittrock, Xu y Niu, (2017) señalan que en la adolescencia en particular hay un deseo de pertenecer a un grupo social determinado lo cual parece ser un aspecto clave en el desarrollo de la identidad del adolescente, siendo además de gran importancia la percepción o valoración que haga la persona adolescente de este grupo. De igual forma indican que la influencia social se da tanto de manera diádica como en grupos grandes de amistad y la experiencia dentro de estos es importante y esa misma búsqueda de pertenencia puede llevar al sentimiento de aislamiento.

Relacionado con lo anterior, aunado además a la importancia de las relaciones con pares, se encuentra como sexto punto, las relaciones de pareja, que al parecer en la adolescencia comienzan a tener suma importancia, Young, Len y Young (2017) describen la adolescencia como una etapa en el desarrollo en la cual se inicia el compromiso con parejas románticas, y puede haber mayor motivación a la búsqueda de esta y al monitoreo de su presentación hacia sus pares, sin embargo, debido al auge presentado al uso de redes sociales, la exposición a estas guiada por la motivación a la búsqueda de pareja, puede exponer al adolescente a conductas de riesgo y violencia, por lo que es necesario un acompañamiento por parte de las personas adultas responsables, la orientación y supervisión en cuanto a esto.

De igual forma, es importante tomar en cuenta el desarrollo de las llamadas relaciones impropias, es decir, aquellas que se desarrollan entre una persona adulta y una adolescente, existiendo varios años de diferencia entre ambos, se parte de que parejas de mayor edad tienen mayor poder de decisión en la relación y puede que usen este poder para controlar y victimizar a sus parejas jóvenes, encontrándose estas ante un alto riesgo a su salud integral. (Oudekerk, Guarnera y Reppucci, 2017).

Ginecología

El aporte realizado desde la Psicología hacia el área del trabajo con mujeres sometidas a procedimientos ginecológicos y obstétricos ha sido extenso, este contempla diversos padecimientos o condiciones tratadas en este campo los que permite evidenciar que son muchos los beneficios que se pueden brindar. Con mayor delimitación, la Psicología puede realizar aportes a la ginecología y la obstetricia en población adolescente, que si bien existen aspectos generalizables tanto a mujeres adultas como a adolescentes, es preciso señalar ciertas consideraciones especiales que deben tomarse en cuenta con estas últimas.

Iniciando con temas de gran relevancia como lo es la comunicación, es necesario contemplar la información que se brinda. Según Pérez (2002), las adolescentes son víctimas de infecciones de transmisión sexual, a causa, entre otras razones, de la falta de información, a los sentimientos de vergüenza propios de su edad, y a la actitud consecuente de estas variables con que practican su actividad sexual. Además, en ocasiones se ven afectadas por un embarazo, que la mayoría de las veces no saben cómo surgió y cómo se pudo haber evitado, información la cual además no suele ser brindada ni siquiera dentro de un sistema

de salud, pero que sin embargo un abordaje psicoeducativo adecuado podría cambiar esta situación.

Por otro lado, destacando padecimientos más comunes dentro de la práctica ginecológica, Llewlyn y Kennedy (2003) afirman que una de las mayores áreas de dificultad está relacionada a la menstruación, más específicamente síntomas premenstruales. Los principales componentes son psicológicos caracterizados por irritabilidad, ansiedad y humor decaído, usualmente con intolerancia al contacto social, junto con síntomas físicos como retención de agua y aumento de peso, siendo estos factores de gran relevancia para la estabilidad en la salud de la mujer.

De manera más general, Olivares (2004) en su artículo propone una visión más amplia de los estresores ante los que se expone la mujer en todo su proceso de cuidado en caso de un padecimiento ginecológico y destaca las siguientes categorías: 1) Estresores agudos como es el caso del sometimiento a una cirugía, 2) Secuencias de estresores como es el proceso diagnóstico y terapéutico, 3) Estresores intermitentes, por ejemplo la quimioterapia en casos de cáncer y 4) Estresores crónicos como la pérdida de un órgano y el miedo a la recidiva.

Una relación más estrecha entre la Psicología y la Ginecología es propuesta de igual forma por Olivares (2004) quien expone la morbilidad entre padecimientos ginecológicos y psicológicos. Este autor, citando el estudio de Bos-Branolte (1991) expone de forma específica, según el estudio realizado por éste, altos porcentajes de morbilidad psicopatológica en una muestra de 90 mujeres con cáncer ginecológico, del siguiente modo: ansiedad presentada en un 34%, depresión en un 28%, problemas relacionados a la imagen

corporal un 22%, problemas de autoestima en un 36%, y déficits a nivel de relaciones de pareja en un 26%.

Espíndola (2007) plantea varias cuestiones importantes de recalcar. En primer lugar, la hospitalización corresponde a otro factor estudiado con un carácter de necesidad de intervención psicológica o apoyo en la medida de que corresponde una serie de cambios ambientales, emocionales, cognitivos y conductuales para la mujer, tal y como es expuesto en el estudio realizado por este, quien realiza una revisión de diez estudios sobre el tema de los aspectos psicológicos implicados en mujeres hospitalizadas en al área de ginecología y obstetricia, así como una propuesta de una intervención psicológica ante las necesidades resultantes, ante lo que expone que se estima que la conjunción de una enfermedad física, y una psicológica, mantienen una alta correlación y que los trastornos mentales son entre 1.5 y 3 veces más frecuentes cuando existe una enfermedad física. En general el autor comenta que se considera que el proceso de hospitalización exige a las mujeres, dejar de ejercer sus roles familiares, sociales, laborales y asumir el papel de paciente más dedicado al cuidado propio que no implica que sea la única preocupación.

En segundo lugar, afirma que las condiciones referidas permiten la observación de cuestiones emocionales como lo son: “aflicción, alteración del concepto de sí mismo, miedo, tristeza, angustia, ira, agresividad, impulsividad y evasión, entre otros.” (p. 23) es por esto que es necesario considerar la condición física de cada persona así como las implicaciones psicosociales derivadas que interactúan incidiendo en la situación de la mujer.

Una ejemplificación más específica directa de un padecimiento, la realiza Meza (2007) quien propone que la noticia de portar cáncer, en el caso específico de cérvix o de mama,

puede sobrepasar los recursos emocionales de una mujer, y llevar a un desborde emocional esto debido a que diversos factores se involucran, tales como: la representación social que se tiene de la muerte, la sensación de incapacidad, el deterioro corporal, la mutilación física, entre otros aspectos o posibilidades asociadas, que se diferencian por cada persona

Todos estos factores generan cierto grado de inestabilidad emocional durante la evolución de la enfermedad, conformando una amenaza constante, no sólo para la vida, sino también para la integridad física, familiar, económica y social de la paciente.

Brunner (2008), destaca el papel de la asesoría psicológica en términos de la comunicación de noticias relacionadas a la salud en el campo de la ginecología y la obstetricia resaltando que es innegable que los médicos, en algunos casos, han percibido que aun haciendo las cosas técnicamente bien, el paciente y/o la familia no percibe lo mismo. Los problemas de comunicación entre médico y paciente, especialmente cuando se relacionan con casos de discapacidad e incompatibilidad con la vida, generan en la familia desconfianza en el médico, incomprensiones, desencuentros, quejas y hasta demandas judiciales.

Es por esto que se considera que una correcta evaluación psicológica (Sperry, 2009), puede dirigir y guiar hacia un mejor abordaje de la situación potenciando los resultados positivos a la salud, así como la adherencia al tratamiento con un adecuado afrontamiento a la situación.

Un área importante que une tanto la ginecología como la obstetricia, corresponde a la prevención ante lo cual Commendador (2010) hace referencia a estudios de Steinberg (2005) quien propone que los adolescentes en cuanto a la toma de decisiones en relación a su salud sexual y el uso de anticonceptivos, evalúan las consecuencias de forma diferente a los

adultos, resultando en decisiones más riesgosas con resultados adversos. Tomando un papel crucial el desarrollo de la corteza prefrontal, evidente en varios estudios que demuestran que adolescentes tardíos, toman decisiones basadas en múltiples factores, que parecieran más seguras que aquellos en adolescencia temprana quienes toman decisiones basadas en pocos factores.

Commendador (2010) además, propone que un factor clave y de gran importancia en la toma de decisiones en cuanto a la iniciación en actividad sexual coital y el uso de anticonceptivos, corresponde a la comunicación familiar, siendo una comunicación sana y comprensiva en cuanto a la sexualidad un punto de gran importancia para asegurar que la toma de decisiones sea adecuada para los adolescentes.

Además de los indicadores anteriores los autores resaltan en relación a un manejo terapéutico, que éste debe de direccionarse hacia un enfoque bio- psico- social, la educación preventiva, y el direccionamiento de factores psicológicos para un mejor estilo de vida, involucrando esencialmente cambios significativos en hábitos como la dieta y la realización de actividad física prescrita con su correspondiente acompañamiento profesional para garantizar la pérdida de peso (Gómez, Vinaccia y Quinceno (2015).

En esa medida, el tratamiento debe ser integral, incluyendo consejería psicológica y participación en grupos de ayuda que permitan construir alternativas efectivas de afrontamiento a las diversas condiciones que afectan la calidad de vida en estas pacientes.

Obstetricia

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), unas 16 millones de jóvenes de 15 a 19 años, y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Además, afirman con respecto al contexto y condiciones indican que algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales.

Además se considera que el trabajo en cuanto a la prevención aún se presentan faltantes y se necesita un arduo trabajo en cuanto a educación sexual.

Stotland y Steward (2001) afirman que el embarazo implica profundos cambios biológicos, psicológicos e interpersonales en la vida de las mujeres, y que con frecuencia la ansiedad y la tristeza son parte del proceso. Sin embargo resaltan el hecho de que siempre es una posibilidad la presencia de algún tipo de psicopatología, o indicios de estas, así como sus efectos en el embarazo, en la descendencia y en su sistema familiar.

Continuando en la misma línea, se encuentran estudios relevantes como el realizado por el Centro Nacional de Colaboración para la Atención Primaria del Reino Unido, en su Guía de cuidado postnatal (2006), que establece que es necesario que las mujeres de forma sistemática reciban los cuidados postnatales necesarios según sus necesidades físicas, psicológicas, emocionales y sociales.

Manifiestan en esta guía, que esto debe ser alcanzado desde un enfoque multidisciplinario de diferentes profesionales de la salud. Además, destacan la necesidad de

una atención a diversas patologías que pueden surgir producto de un evento como lo es el parto, destacando la depresión postparto, la “psicosis” puerperal, el trastorno de estrés postraumático y ataques de pánico, contemplando siempre el parto como un evento estresor y generador de gran ansiedad a la mujer.

Santelli, Duberstein, Finer y Singh (2007) demuestran que la cantidad de embarazos adolescentes, dependería de dos conductas: la actividad y el uso de anticonceptivos. Encontrando además, que el principal predictor para una disminución en la cantidad de embarazos en adolescentes, corresponde al uso de anticonceptivos, siendo aún mayor a los modelos que busquen la promoción de la abstinencia sexual, los cuales en realidad contribuyen muy poco en temas de prevención, sin embargo, comentan que al menos en Estados Unidos en políticas de prevención la estrategia primaria corresponde a la promoción de la abstinencia.

Además de que existe una clara necesidad de un abordaje psicológico en relación al embarazo, es primordial la realización de una correcta evaluación o análisis de la situación que permita establecer relaciones causales claras, o que permita evidenciar variables relevantes valiosas para un manejo adecuado del acompañamiento psicológico, en este caso de un embarazo adolescente. Baeza, Póo, Vásquez, Muñoz y Vallejos (2007) encuentran tanto factores de riesgo que favorecen a que se desarrolle un embarazo adolescente, como factores protectores a que no se dé un embarazo, o a que no se repita un embarazo. Estos factores son:

Factores que favorecen el embarazo:

- Individuales:
 - Sesgo de un “amor romántico” y sus conductas asociadas
 - No uso de métodos anticonceptivos, o desconocimiento del uso de estos
 - Baja autoestima
 - Atribución externa de la responsabilidad, “irresponsabilidad masculina”
 - Falta de conocimiento e información en sexualidad
- Familiares:
 - Limite estrecho familiar, caracterizado por mucha restricción y prohibición en cuanto al ámbito social y emocional, acompañado de una comunicación deficiente del sistema familiar
 - Negligencia paterna por la ausencia de límites y el poco apoyo emocional
 - Padres ausentes del hogar
 - Familia poco acogedora y dinámicas mayormente problemáticas

Por otro lado, los factores protectores son:

- Individuales: Alta capacidad reflexiva y de análisis de su propia situación, así como el establecimiento de un proyecto de vida.
- Familiares: Familia cuidadora, con gran capacidad comunicativa, confianza y control de riesgos y la existencia de límites claros establecidos, sin tomar extremos de rigurosidad o permisividad.

Siendo entonces, el análisis del entorno familiar considerando estos factores una herramienta importante para la Psicología en cuanto al acompañamiento obstétrico se refiere.

La salud mental de la adolescente muestra relevancia en el sentido de que problemas de salud mental durante el embarazo como depresión y ansiedad se encuentran asociados con resultados problemáticos obstétricos y en el infante. Estrés prenatal y depresión se han encontrado asociados a nacimientos pretermino y complicaciones de la salud física así como la posibilidad de futuros problemas emocionales, conductuales y cognitivos. Siendo de importancia su identificación temprana, ya que además se ha encontrado como un predictor de depresión posparto (Bergink, 2011).

Por otro lado, La Sociedad Psicológica Británica (2014) establece una serie de razones consideradas de gran importancia para justificar la relevancia de una intervención psicológica adecuada en el periodo de embarazo y posterior a este. En primer lugar, debido a un estigma existente de que este periodo debe estar asociado con felicidad, sus emociones no se toman en cuenta. Una segunda razón es que hay un riesgo de que mujeres con un problema de salud mental existente detengan abruptamente la medicación lo que puede precipitar episodios peores. En tercer lugar los efectos de un problema de salud mental pueden afectar negativamente al feto o al bebé así como a otros miembros de la estructura familiar.

Molero et al (2014) indican que sobre el embarazo adolescente hay aspectos de riesgo que deben de tomarse en cuenta, en primer lugar el embarazo adolescente representa un importante problema de salud pública, que incide directamente en la posibilidad de las jóvenes de completar a cabalidad las tareas de la adolescencia y de asumir los desafíos que implica el embarazo y el nacimiento de un hijo. Además destacan en su trabajo que las adolescentes embarazadas tienen un mayor riesgo de experimentar síntomas depresivos que las mujeres adultas embarazadas y puérperas. Esta mayor prevalencia de depresión posparto

entre las madres adolescentes ha sido atribuida tanto a ciertos factores desmoralizadores en el entorno social como a experiencias pasadas, que tornan al adolescente más vulnerable a hechos vitales como el embarazo, como al antecedente de abuso físico y/o sexual en la infancia, lo cual se ha relacionado significativamente con la aparición de DPP entre las madres adolescentes, o al hecho de tener emociones negativas hacia el cuidado del bebé durante el embarazo.

Antecedentes nacionales

Los aportes desde la Psicología de la Salud al campo de la ginecología en el sistema nacional de salud pública, cuenta con escasa documentación al respecto, sin embargo, se pueden resaltar los siguientes estudios.

Algunas estadísticas demuestran datos importantes. Por ejemplo según el Centro Centroamericano de Población (2010) en la encuesta nacional de salud sexual y reproductiva realizada este mismo año encuentra que aproximadamente el 98% de la totalidad de los partos se atendió en centros de salud públicos, indicando una alta demanda para el área de obstetricia y de estas el 95,3% recibió atención profesional durante el parto. El porcentaje de atenciones reportadas para los centros privados es muy bajo y solamente alcanza el 1,7%, demostrando que la mayor parte de los partos de las mujeres costarricenses se encuentran a cargo del sistema de salud pública.

Dentro del mismo trabajo realizado de la encuesta nacional se establece que cada vez la iniciación de las relaciones sexuales es más temprana, evidenciando una necesidad de trabajo en la promoción de la salud sexual y reproductiva.

Según los datos de la Clínica de Adolescentes del Hospital Calderón Guardia (1998), de todas las consultas por diversos padecimientos de salud generales en la Clínica, los motivos de consulta en el área de ginecología por parte de las adolescentes fueron: dismenorrea en un 2.67%, trastornos del ritmo menstrual en un 1.52%, vulvovaginitis un 3.81%, problemas en mama 0.76%.

La necesidad de un abordaje desde la Psicología de la Salud es evidente debido a que según estos datos, un 70, 63% de las personas que acudieron a la Clínica incluidos en el estudio, referiría problemas a nivel psicosocial asociados a su salud, estableciendo un lazo estrecho entre las diversas disciplinas mencionadas.

Se encuentran además, patologías que si bien no son exclusivas de la adolescencia, su diagnóstico puede ser principalmente dado en esta etapa del ciclo vital, y conlleva una serie de aspectos de gran relevancia para la Psicología, como lo es el Síndrome de MayerRokitansky- Kuster-Hauser es una anomalía en el desarrollo de los conductos mullerianos. Aunque este no es un caso encontrado frecuentemente, la clínica es muy característica y necesita ser valorada por médico especialista para realizar o sospechar el diagnóstico y así brindar un temprano y adecuado tratamiento (Chacón, 2009). El cual tiene una serie de implicaciones en la vida de las mujeres que reciben el diagnóstico, que tal y como es destacado por Lau, Molina, Andrino y Reyes (2010) es altamente recomendable que estas pacientes reciban un tratamiento psicológico acompañado a su proceso médico en el cual se les debe crear una neovagina funcional, para que tengan una vida social y sexual normal, o esperada.

Según estudios realizados por el INEC (2011) para el año 2011, se reportan 13.867 partos de mujeres menores de 19 años, lo cual corresponde al 18% del total de partos reportados a nivel nacional, cifra que ha variado poco desde 1998, evidenciando una constante por lo tanto un campo que requiere una consideración importante en cuanto su abordaje.

El Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (2011) indica que los porcentajes de adolescentes que reportan haber utilizado condón en su primera relación sexual son bastante bajos, rondando apenas un 59%, lo cual según indican en el estudio, permite asumir que el uso del condón no se está incorporando como un hábito en las nuevas generaciones, lo que podría estar asociado al incremento proporcional de relaciones sexuales tempranas en las nuevas generaciones, edades en las cuales no hay tanta conciencia de los riesgos ni se asume con facilidad responsabilidad personal para incorporar conductas de auto cuidado. En ese sentido el 38% de los adolescentes de séptimo que tienen relaciones sexuales señalan utilizar condón la mayoría del tiempo, en octavo este porcentaje asciende a 47,6% y en noveno a 56,3%.

Además el estudio indica que una elevada proporción de la población de Costa Rica inicia sus relaciones sexuales en la etapa de la adolescencia mostrando resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva realizada el año 2010. El 60,9% de los hombres y 49% de la mujeres de 15 a 19 años ya han tenido relaciones sexuales con penetración vaginal. Y se encuentra que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales es menor en hombres (15,2 años) si se compara con las mujeres (15,8 años).

Según Giacomini y Leal (2012) la atención ginecológica y obstétrica adolescente por lo menos desde la atención que brinda el Hospital Calderón Guardia, asume un abordaje integral (perinatólogo, enfermera obstetra, psicólogo y trabajador social) el cual permite la identificación temprana de algunos factores o situaciones, que siendo reconocidas anticipadamente, disminuyen la prevalencia de las complicaciones obstétricas. Representando índices más positivos con relación a la salud de las adolescentes en comparación con otros países Latinoamericanos.

Se encuentran además protocolos específicos como la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del Cáncer de Mama (2012) realizada por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) la cual establece una serie de recomendaciones que resultan siendo el involucramiento del psicólogo o psicóloga en esta área, dentro de las cuales se rescatan aspectos como evaluación diferenciada, valoración del riesgo, trabajo interdisciplinario, grupos de apoyo, uso de la terapia cognitivo- conductual en depresión y ansiedad, mejor manejo de la información de la enfermedad, entre otros.

Otra guía o protocolo de relevancia encontrado es la Guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto realizadas en el 2009 por la CCSS. Sin embargo, el papel de la Psicología destacado dentro de esta guía es escaso y únicamente menciona como función del médico encargado del proceso, que durante la realización de los exámenes físicos propios del protocolo se debe referir oportunamente a trabajo social o psicología a las mujeres que así lo requieran para su intervención. Sin embargo no se especifica que se realiza en estos casos. A pesar de esto, se podría inferir que la Psicología puede brindar grandes aportes de preparación y prevención relacionada al embarazo y a asumir la maternidad.

En el VIII Informe Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia (2015) se destaca que en Costa Rica, los embarazos durante la adolescencia requieren esfuerzos interdisciplinarios e interinstitucionales para lograr un abordaje integral, donde no solo se vele por su atención, sino también para facilitar estrategias y herramientas que permitan construir un proyecto de vida exitoso.

Este mismo informe presenta los datos del INEC (2013), cuyos resultados indican que en el país se presentaron 4734 nacimientos de niños y niñas, cuyas madres tenían una edad menor de 15 años, y 12451 nacimientos en mujeres con edades entre los 15–19 años. Según la UNFPA (2012) el embarazo en la adolescencia viene siendo el resultado de múltiples violaciones de derechos, de aquí que sea necesaria la prevención y se plantea aún más como una obligación ética.

Así mismo realizan hincapié en las implicaciones, las cuales caracterizan tanto a corto como a largo plazo, incluyendo interrupción de estudios, prejuicios y dificultades sociales y económicas, entre otros.

Además en el informe se destacan algunas organizaciones gubernamentales que abordan la temática, señalando que el Ministerio de Salud coordina, a través del Consejo Interinstitucional de la Madre Adolescente (CIAMA), acciones y decisiones por medio de las cuales se reduzcan paulatinamente las cifras de nacimiento de niñas y niños entre la población adolescente. Y se describe el Consejo, el cual fue creado por medio de la Ley 8312, y se centra en la atención y prevención del embarazo en adolescentes, protección a las adolescentes embarazadas y a las que ya tienen hijos o hijas.

Por último, se destaca el Proyecto de salud Mesoamérica (2015) el cual se encuentra aún vigente y que trabaja de la mano con la Clínica de Adolescentes del HCG, el corresponde a un proyecto que busca contribuir a la reducción del embarazo adolescente, apoyando el desarrollo de un modelo intersectorial a través de redes locales para la prevención del embarazo y atención a la maternidad y paternidad precoz con modalidades de atención a adolescentes de acuerdo a sus distintos niveles de exposición a riesgos

En términos generales, se puede observar que las diversas investigaciones apuntan hacia diversos aspectos que ejercen un punto de encuentro de necesidades de integrar un trabajo entre la Psicología y el Ginecológico- Obstétrica, desde cuestiones básicas como la comunicación, la educación y la información, hasta al tratamiento de sintomatologías específicas asociadas a diversas patologías.

Si bien, la adolescencia representa una etapa del ciclo vital donde se observan eventos constantes compartidos por la mayor parte de la población, y donde a nivel biológico se pueden inferir una serie de aspectos maduracionales que describen ciertas capacidades y limitaciones, es importante considerar que existen aspectos bio-psico-sociales que van a diferenciar la vivencia de cada adolescente, ante lo que es necesario tener una perspectiva amplia de la vida de cada una de estas personas, lejos de los estereotipos y buscando a mayor profundidad las necesidades de la población.

Marco conceptual

La integración de la Psicología y la Ginecología- Obstetricia, implica el reconocimiento de diversos puntos teóricos que son los que permiten evidenciar donde pueden integrarse estas áreas de la salud, para lo cual es pertinente destacar los siguientes conceptos:

Psicología de la salud

La Psicología de la Salud es definida por Morrison & Bennett (2008) como aquella disciplina que se mueve dentro de un modelo biopsicosocial que tal y como su nombre lo dice toma en cuenta aspectos biológicos, sociales y psicológicos implicados en la etiología de algún padecimiento o enfermedad, así como en su prevención, promoción, tratamiento y mantenimiento de la salud.

A propósito de este enfoque biopsicosocial, Boyer y Paharia (2008) explican como este modelo incorpora explicaciones multifactoriales para la salud así como sus influencias bidireccionales o recíprocas, permitiendo un análisis más complejo.

Por ende, Morrison y Bennet (2008) sintetizan la Psicología de la Salud como el estudio de la salud, enfermedad y prácticas sanitarias. Además, definen que ésta intenta comprender, explicar y predecir la conducta de salud y enfermedad para de esta manera poder brindar intervenciones eficaces para la persona.

Toumbourou, Olsson, Rowland, Renati & Hallam (2014) mencionan que la exitosa reducción de la muerte mediante el manejo de sus causas, introduce un cambio en las prioridades de salud pública, que ahora incrementan el foco en la conducta y los estilos de

vida que causan muerte o enfermedad. Los psicólogos de la salud se especializan en entender la influencia de factores psicológicos y ambientales en la salud y la enfermedad.

Además, los autores realizan una distinción dentro la Psicología de la salud, indicando que una perspectiva de trabajo clínica es aquella enfocada en la aplicación de la Psicología a la evaluación de la enfermedad, la intervención y la rehabilitación. Y la otra corresponde al trabajo en prevención y promoción, siendo prevención enfocada a estrategias y programas que atrasan o impiden el desarrollo de la enfermedad y la promoción en cuanto a estilos de vida saludables.

Ambos resultan atractivos económicamente debido a la disminución de problemas futuros en cuanto a volumen de atención para el sistema de salud.

La Psicología de la Salud se mueve en lo que se ha descrito como un modelo biopsicosocial (citando a Engel, 1977, 1980) y tiene pues en cuenta factores biológicos, sociales y psicológicos implicados en la etiología, prevención o tratamiento de la enfermedad, así como en la promoción y el mantenimiento de la salud.

En la línea de planteamientos de los autores la Psicología de la Salud es el estudio de la salud, la enfermedad y las prácticas sanitarias (profesionales y personales). Intenta comprender, explicar y, a ser posible, predecir, la conducta de salud y enfermedad para desarrollar intervenciones eficaces a fin de reducir los costes físicos y emocionales de los comportamientos de riesgo y de la enfermedad. Esta ofrece un planteamiento más holístico pero fundamentalmente psicológico de los problemas relativos a la salud, la enfermedad y la atención sanitaria.

Aunado a lo anterior, Schwarzer (2016) indica que las conductas que comprometen la salud son difíciles de cambiar y la motivación para el cambio no es suficiente. Cuando emergen barreras las personas pueden dejarse llevar por la tentación. Las buenas intenciones necesitan apoyo conductual para ser trasladadas a la acción.

Una herramienta de la Psicología de la Salud que incluso puede ser vista como un componente nuclear casi indistinguible de la Psicología de la Salud corresponde a la Medicina Conductual, la cual será descrita posteriormente.

Medicina conductual

Una herramienta para la Psicología de la Salud es la utilización de la Medicina Conductual, definida por Morrison y Bennet (2008) como un campo interdisciplinar que analiza el desarrollo y la integración del conocimiento conductual, biomédico y las técnicas de relevancia para la salud y la enfermedad. Como su nombre lo dice, se utilizan los principios del comportamiento y el condicionamiento clásico u operante.

Este principio subyacente se aplica a continuación a las técnicas de prevención y rehabilitación, y no únicamente al tratamiento. El comportamiento también incluye emociones como el miedo y la ansiedad, aunque la medicina del comportamiento no se ocupa de los problemas de la salud mental en sí mismos. La medicina conductual fomentó el planteamiento de que la mente tiene una relación directa con el cuerpo. (p. 315).

Phillips (2011) expone que la investigación en medicina conductual recientemente se ha enfocado en mejorar el cuidado que reciben los pacientes en el encuentro médico con un proveedor, en cuanto a toma de decisiones, toma de responsabilidades y muestra de empatía, esto como conductas dirigidas a predecir la satisfacción, adherencia y resultados en cuanto a

la salud, permitiendo evidenciar como estos principios resultan de gran utilidad para la formación profesional y para potenciar mejoras no solo desde el cambio o iniciativa conductual del paciente, sino también por parte de los profesionales en salud. Además, la autora expone, como se ha demostrado una alta congruencia entre la calidad de la atención médica y los resultados en la salud de los pacientes, se han observado mejoras, en cuanto a mayor apego exista a técnicas que han demostrado ser más efectivas en términos de comunicación, atención, empatía y demás.

De igual forma, tanto la Psicología de la Salud como la Medicina Conductual, se ven apoyadas en el uso de la terapia cognitivo- conductual como aquella que se ha encontrado en numerosos estudios con mayor eficacia, dando un gran respaldo.

Terapia cognitivo- conductual

Garduño, Riveros y Sánchez (2010) definen la terapia cognitivo- conductual como aquella que busca modificar las cogniciones y conductas que complican los problemas de salud a través de técnicas basadas en la investigación científica, es decir, basadas en evidencia (citando a Trull & Phares, 2003). Desde sus proponentes clásicos esta terapia busca corregir patrones de pensamiento y creencias irracionales, enseñar técnicas de comunicación eficaz, reducir los efectos del estrés con afrontamiento eficaz y a autorregular reacciones emocionales negativas que añaden sufrimiento y por ende complican la situación de salud.

Meichenbaum (2009) tiene una visión de la terapia Cognitivo Conductual como un enfoque integrativo biopsicosocial, el cual toma en cuenta, tanto la historia del paciente, el contexto cultural, así como sus recursos y fortalezas. Además este autor lo describe como un enfoque sensible a la conexión entre pensamientos, emociones y consecuencias resultantes.

La psicoeducación se contempla como un aspecto clave para empoderar a los clientes en identificar su propia regulación en experiencias conductuales y emocionales y desarrollar habilidades para manejar sus pensamientos, emociones y conductas en interacción con otros.

Este tipo de terapia incluye procedimientos como reestructuración cognitiva, entrenamiento en inoculación del estrés, resolución de problemas, entrenamiento en habilidades, relajación y otras.

Temáticas generales de intervención

Las múltiples investigaciones sugieren que existen diversos aspectos psicológicos presentes en diferentes padecimientos ginecológicos o presentes en condiciones de embarazo, que son comunes y que son trabajados desde un enfoque cognitivo- conductual, estos son:

Ansiedad sobre la salud

En términos generales según Barlow (2002) la ansiedad es un estado emocional asociado al futuro u orientado hacia este, es una preparación para la ocurrencia de algún evento o situación percibida como negativa.

Mientras que Kowalk, Hadjistavropoulos y Jones (2009) definen la ansiedad asociada a la salud como un concepto dimensional que concierne a sensaciones corporales al final de un continuo de miedos altamente relacionados a la salud y constante preocupación, además, de estas sensaciones corporales. Se dice que además implica las siguientes cuatro dimensiones:

- Un componente afectivo sobre la preocupación por la salud
- Un componente cognitivo que es la convicción de que se tiene un padecimiento

- Un componente conductual que implica la búsqueda o propósito de aliviar los miedos a la enfermedad
- Un componente perceptual que se refiere a la preocupación por las sensaciones corporales

Siendo la ansiedad un componente presente en gran cantidad de aspectos relativos a la salud y que además suele acompañarse de otros factores como lo son el estrés o la depresión.

Depresión

Según el modelo de depresión de Beck (1979), la depresión resulta de una vulnerabilidad al estrés en el que se activan esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la forma negativa en que el individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro lo cual inicia y mantiene los síntomas depresivos.

En relación a los adolescentes la depresión puede ser bastante común, producto a los cambios asociados a la pubertad, asociados principalmente al sistema endocrino durante esta etapa del desarrollo. Acompañado del enfrentamiento a nuevas funciones cognitivas y nuevos roles sociales (Baeza, Póo, Vásquez, Muñoz y Vallejos, 2007)

Más específicamente es importante recalcar el concepto de depresión postparto, según Arranz et al (2008) se considera este tipo de depresión como cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento y consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante entre las cuatro y seis semanas postparto (p.342).

Sin embargo, es importante realizar una diferenciación entre esta depresión y una reacción puerperal, siendo esta última también conocida como el *baby blues* que afecta entre un 30 y un 75% de las mujeres que acaban de tener un hijo, y principalmente es debido a la súbita caída hormonal, es de alivio espontáneo y no requiere tratamiento específico, más allá de la educación y el apoyo familiar.

Dependiendo de qué tan fuertes sean las emociones negativas y cuánto duren llevará a modificaciones de sinapsis en el cuerpo del feto, teniendo efectos destructivos neurológicos desde la gestación, y si se mantiene después del nacimiento los efectos en el bebé también pueden ser significativos (Bembnowska y Josko, 2015).

Salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva implica que las personas puedan disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura y responsable, así como la capacidad de la pareja para reproducirse y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia. En esta condición está incluido el derecho del hombre y la mujer a recibir información y acceso a los métodos de regulación de la fertilidad de su elección que permitan a la mujer tener un embarazo y un parto seguros y a la pareja la oportunidad de tener hijos sanos (Izquierdo, 2013).

Kadri y Kapery (2016) además hacen énfasis en que trabajar en la salud sexual y reproductiva requiere y se orienta a la prevención, en el caso de adolescencia esto puede tener grandes implicaciones en prevenir embarazos adolescentes, enfermedades de transmisión sexual, experiencias traumáticas, entre otros aspectos de interés de salud pública, de interés económico y entre otros aspectos que afectan a la sociedad.

Izquierdo (2013) define que hay cinco aspectos fundamentales de la salud reproductiva y sexual:

- mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal
- ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos servicios de atención a personas con problemas de infertilidad
- eliminar los abortos peligrosos
- combatir las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras afecciones ginecológicas
- y promover la salud sexual

García, Méndez, Fernández y Cuesta (2012) destacan la importancia de una educación en salud sexual y reproductiva debido a que en la evolución sexual del adolescente van a entrar en juego factores como el propio desarrollo puberal, la aceptación de la imagen corporal, el descubrimiento de sus necesidades sexuales, el desarrollo de su personalidad, el aprendizaje de las relaciones sexuales y el establecer un sistema propio de valores sexuales, todo ello mientras están sometidos a la presión ejercida por su grupo de iguales, a situarse en el mundo como chico o chica y/o a las reacciones de los padres ante su evolución sexual. Dentro de la salud sexual y reproductiva, uno de los temas de mayor relevancia en el trabajo con adolescentes lo representa la anticoncepción, siendo esta una de las áreas con mayores vacíos de conocimiento por parte de los adolescentes.

Adolescencia y Pubertad

La pubertad y la adolescencia se reconocen como periodos que involucran cambios endocrinos que regulan el crecimiento y el desarrollo sexual (Balén, 2007).

Fisher et al (2011) indican que la adolescencia es la fase de la vida entre la niñez y la adultez, durante la cual ocurren la mayor parte de los cambios en diversas esferas: física, cognitiva, emocional e interpersonal. Existen diferencias conceptuales sobre las edades que abarca la adolescencia, pero se expone que podría extenderse desde los 10 años de edad hasta los 19.

Diferente, pero complementario a la adolescencia, es importante destacar el concepto de pubertad, que hace referencia a un plano más fisiológico. Cavanagh, Riegle, Crosnoe (2007) La pubertad hace referencia a un evento fisiológico que transforma el cuerpo humano. La pubertad es uno de los cambios universales del cuerpo humano, es un tiempo de cambios cualitativos en el cuerpo y debido a valores sociales asociados, implica una serie de cambios no físicos en la vida de la persona, principalmente para las mujeres. La menarca se considera el cambio más importante alrededor del cual las mujeres organizan y asimilan estos cambios, implica además una asociación a la sexualidad, principalmente a las relaciones sexuales.

Balén (2007) diferencia entre pubertad: normal, precoz y tardía. Una pubertad normal es aquella en la cual hay una apropiada secreción de gonadotropinas y hormonas del crecimiento así como un funcionamiento normal del eje hipotálamo-pituitaria- adrenal, a una edad esperada. La pubertad precoz, la define como la que ocurre dos desviaciones estándar más joven que la edad promedio que es menos de 8 años en mujeres. Mientras que, la

pubertad tardía es la ausencia del inicio de pubertad más de dos desviaciones estándar del promedio.

IV. Objetivos

General:

- Desarrollar las competencias y habilidades propias de un profesional en Psicología de la Salud mediante el ejercicio diario del rol propio del psicólogo dentro de la institución además del aporte de esta en su enfoque interdisciplinario en la Clínica de Adolescentes gineco- obstétrica del Hospital Calderón Guardia.

Específicos:

- Promover mediante la psicoeducación en la población consultante de la Clínica de Adolescentes prácticas que potencien una mejora de su salud integral: física, mental, sexual y reproductiva.
- Realizar evaluaciones guiadas al conocimiento de factores bio-psico-sociales asociados a padecimientos ginecológicos y a cuestiones obstétricas de la población consultante de esta área.
- Desarrollar a partir de las evaluaciones, intervenciones tanto individual como grupalmente en la consulta gineco-obstétrica desde un enfoque Cognitivo Conductual.

Externo:

- Documentar el aporte de la Psicología al campo de la ginecología y la obstetricia, como medio de referencia del trabajo a nivel nacional, para futuros trabajos en el área.

V. Metodología

Caracterización de la población

De manera general, la población atendida correspondía al sector de atracción del país que abarca el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, el cual abarca las personas atendidas en los centros de: la Clínica Carlos Durán, Clínica Jiménez Núñez y Clínica de Coronado y las Áreas de Salud de Catedral Noreste, Curridabat y Montes de Oca, y es el centro de referencia para especialidades de Cartago, Limón, Guápiles y Turrialba. De todo este sector poblacional, la intervención se limita a las adolescentes (entre los 10 años y los 19 años aproximadamente) referidas específicamente a la Clínica de Adolescentes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.

Las adolescentes eran referidas de otros centros, específicamente a los servicios de ginecología y obstetricia, y de estos servicios según fuera considerado por las doctoras o enfermeras de la Clínica, se referían a Psicología.

Sin embargo, la población no se reducía a las adolescentes, ya que también se brindó atención en conjunto con sus familias, parejas o hijos en el caso de las adolescentes de obstetricia.

En promedio, el servicio de Psicología de consulta externa, atendió 12 adolescentes por semanas de forma individual, mientras que dos veces por semana se realizaban grupos con una afluencia entre 10 y 25 adolescentes o familiares variantes según el grupo.

Funciones y tareas realizadas

La modalidad del trabajo final de graduación, correspondió en sí a una práctica dirigida, la cual conllevó la inserción de la estudiante dentro de una institución que ejerza labores propias de la Psicología, que en este caso fue la inserción dentro del servicio de Psicología de la Clínica de Adolescentes en ginecología y obstetricia, poniéndose en práctica todos los aprendizajes adquiridos a lo largo de la carrera, pero persiguiendo el objetivo de conseguir competencias propias de un profesional en Psicología de la Salud, y por ende beneficiar a la institución antes mencionada. La presente se realizó bajo la modalidad de tiempo completo, durante seis meses, con un horario de lunes a viernes de 7 am a 4 pm.

Para lo anterior se realizaron de forma general las siguientes funciones:

- *Evaluación conductual*

En términos generales se utilizó la Entrevista Clínica Conductual (Fernández-Ballesteros, 1994), con el fin de evaluar los aspectos necesarios a tomar en cuenta desde una perspectiva Cognitivo- Conductual. Lo cual permitió delimitar el motivo de consulta y recopilar información necesaria para elaborar el plan de intervención.

Con respecto a los casos nuevos, se utilizó la Entrevista de Caso Nuevo (ver anexo 1) utilizada en el servicio de Psicología. Acompañado a esta entrevista se tomó en cuenta el modelo de evaluación biopsicosocial de Sperry (2009) de evaluación biopsicosocial, con el fin de abarcar todas las áreas que busca cubrir la Psicología de la salud, a partir del cual se evalúa:

- Perfil de la paciente:

Lo que se revisó fueron las representaciones y expectativas sobre su padecimiento o condición, atribuciones de la causa, tiempo, consecuencias, así como la cura o control. Además se evalúa la capacidad, o potencial para hacer frente a esto, mediante la identificación de fortalezas y áreas de crecimiento, tomando en cuenta también esfuerzos anteriores, con que estrategias o recursos cuenta para hacer afrontar la situación en la que se encuentra. También se evalúan roles, relaciones y demás influencias sociales. Fue de suma importancia evaluar aspectos de la pacientes relativos a sus hábitos de autocuidado y adherencia al tratamiento.

- Perfil del padecimiento o condición:

Se evaluaron comorbilidades y riesgos como lo son por ejemplo depresión, ansiedad, entre otros factores. Así como el tipo y la severidad de la condición, y la fase en la cual se encuentra para realizar una diferenciación de necesidades, y el curso o trayectoria.

- Biomarcadores o marcadores conductuales:

Constó de la evaluación de manifestaciones biológicas que se deben controlar en búsqueda de una mejor calidad de vida, o de conductas específicas asociadas al padecimiento (Sperry, 2009), por ejemplo sudoración, hiperventilación, entre otras.

- Instrumentos:

Con el fin de evaluar aspectos específicos como ansiedad o depresión, se contaba con instrumentos como herramientas complementarias en caso de ser necesario, como lo son escalas para medir factores como depresión o ansiedad. Dentro de los que se encuentra el

Inventario de Depresión de Beck para Adolescentes (BDI-A por sus siglas en inglés), el cual cuenta con una consistencia interna satisfactoria siendo su coeficiente de Cronbach igual a 0.96 (Basker, 2007). Por otro lado, se cuenta con el *Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad* (ISRA- J) adaptado a jóvenes, presentando un alto nivel de fiabilidad con un coeficiente de 0.81 (García, 2014).

De forma más específica, se utilizó la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, escala de despistaje sintomático y no diagnóstico, con 10 ítems que evalúan: disforia, ansiedad, sentimientos de culpa, ideación suicida y dificultades de concentración, dicha escala cuenta con un coeficiente de Cronbach de 0.86 (Logsdon, Usui y Nering, 2009). De igual forma, ha sido validada para su uso en adolescentes embarazadas mostrando un coeficiente de 0.83 (Devi, Pradhan, Tran, Gualano, y Fisher, 2016)

- *Intervención*

Debido a que los padecimientos y condiciones de la consulta en ginecología y obstetricia, además de la adolescencia en sí, son diversos y variados, no se puede hablar de un patrón específico de intervención, sin embargo se recalcan dos grandes áreas de intervención planteadas por Sperry (2009) las cuales son:

- Psicoeducación:

La psicoeducación lo que pretendía era aumentar el conocimiento de la paciente sobre su situación actual y de su tratamiento tanto psicológico como médico, para que ese conocimiento guie un cambio conductual que mejore los resultados clínicos. En este caso en específico la psicoeducación es clave en relación a la salud sexual y reproductiva

principalmente en temas de anticoncepción y protección contra enfermedades de transmisión sexual. Hay muchas formas de intervenciones psicoeducativas como lo son entrenamientos en diferentes habilidades como lo son comunicación o resolución de problemas, hasta intervenciones de cambio de estilo de vida.

De igual forma, se elaboraron materiales psicoeducativos, tales como folletos y afiches, en los cuales se abordaron temáticas claves detectadas por el servicio de Psicología, que abarcaron los siguientes temas:

- ✓ Dilataciones vaginales
- ✓ Mitos de la violencia sexual
- ✓ Autoestima
- ✓ Manejo de las emociones
- ✓ Técnicas de relajación
- ✓ Relaciones de pareja saludables
- ✓ Ley de relaciones impropias
- ✓ Manejo del dolor
- ✓ Duelo

- Intervenciones cognitivo- conductuales:

Dentro de estas intervenciones se incluyen modificaciones de las representaciones del padecimiento o condición, aumentar la aceptación de ésta y lidiar con problemas asociados. Se incluye también dentro de estas intervenciones la psicoeducación. Además, se incluye el cambio del pensamiento negativo, aumentar la autoeficacia y la autoestima y reducir

conductas que empeoren la situación como el consumo de sustancias por ejemplo o malos cuidados a la salud, evitación de actividad, sobredependencia a otros, conflictos interpersonales y problemas de apoyo. Al ser un trabajo con menores de edad, puede que haya un alto involucramiento familiar por lo que se contempla esto tanto dentro de un contexto individual como familiar. Las intervenciones se apoyan en técnicas como lo son:

- Reestructuración cognitiva (RC): pretende que la persona identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles (Badós y García, 2010).
- Respiración y relajación muscular progresiva: Según Díaz, Villalobos y Ruiz (2012) la respiración consiste en una técnica que permite a la persona inducirse en estados de mayor relajación y disminución de la ansiedad con una correcta oxigenación. Por otro lado estos mismos proponen que el entrenamiento en relajación muscular progresiva tiene como objetivo reducir los niveles de activación mediante la disminución progresiva de la tensión de los músculos. Así, el procedimiento para lograrlo consiste en tensar y destensar diferentes grupos musculares tomando conciencia en cada situación de las sensaciones que se producen.
- Entrenamiento en habilidades de comunicación: esto en términos de comunicación receptiva siendo esta la capacidad para atender a los demás tanto en la comunicación verbal como no verbal para recibir los mensajes con precisión y comunicación expresiva, la capacidad para iniciar y mantener conversaciones, expresar los propios

pensamientos y sentimientos con claridad, tanto en comunicación verbal como no verbal, y demostrar a los demás que han sido bien comprendidos,

- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento: lo cual hace referencia a una utilización de aquellos recursos o habilidades de la persona ante diversas situaciones percibidas como amenazantes o conflictivas (Bisquerra y Pérez, 2007).
- Cambios conductuales progresivos como lo son la realización de ejercicio, alimentación saludable, entre otros: estos siendo posibles mediante un trabajo individual y generalización de este a otros ámbitos, así como con el apoyo de equipo interdisciplinario perteneciente a la Clínica.
- Búsqueda de posibles soluciones a problemas sociales y familiares: esto mediante el uso de las diversas técnicas de la terapia cognitivo conductual, así como del apoyo de un equipo interdisciplinario con trabajo social por ejemplo.

La intervención se limitó a las necesidades presentes en la consulta externa del servicio, por ende correspondió al seguimiento de casos, a la revisión de casos nuevos, y a la intervención fuera de la Clínica, pero si con pacientes con control en esta, es decir, aquellas que se encontraban en hospitalización.

Por otro lado es necesario recalcar que las intervenciones se realizaron tanto de atención individual como atención grupal. La intervención grupal, se llevó a cabo mediante la realización de grupos en los cuales se convocaban adolescentes según las necesidades presentadas e identificadas por el servicio de psicología, los cuales se desarrollan de la siguiente forma:

- Curso de preparación para el parto: Cada 15 días, el servicio de Psicología tiene un espacio dentro del Curso de preparación para el parto, coordinado por el servicio de enfermería, cada curso tenía una duración de 8 semanas. Podían acudir tanto la adolescente embarazada como su pareja, y al finalizar el curso se les brindaba un certificado de participación. Contenía charlas de: medicina, enfermería, trabajo social, nutrición y psicología. Se realizaron los lunes de 12 md a 4 pm.
- Grupo de madres: Este grupo se dirigió a las madres de las adolescentes atendidas en la Clínica y que se detectaba en la cita individual que presentaban alguna problemática que influyera en la relación con sus hijas, tales como comunicación, manejo de límites, aceptación de su hija embarazada, anticoncepción, entre otros. Los grupos se realizaron cada 15 días, los días lunes de 1 pm a 4 pm.
- Grupo de autocuidado: Este grupo correspondía a un espacio para las adolescentes identificadas dentro de la consulta externa con un perfil con rasgos depresivos, escaso grupo de pares, bajo apoyo familiar, o en algún tipo de riesgo mayor que la afiliación dentro del grupo le pueda ser provechosa. Las temáticas propuestas y acordadas con la supervisora son: proyecto de vida, riesgo sexual y reproductivo/ salud sexual y reproductiva, relaciones de pareja y violencia en el noviazgo, regulación emocional, derechos de los adolescentes, abuso sexual, autoestima, y estrategias de comunicación asertiva. A pesar de que existen temáticas propuestas, se maneja con la flexibilidad de que el grupo se oriente según las necesidades emocionales del grupo, o de alguna de las participantes

que se considere adecuado para manejar en grupo. El grupo se llevó a cabo cada 15 días los jueves de 1 pm a 4 pm.

- Grupo de adolescentes diagnosticadas con el Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser: Las adolescentes y mujeres jóvenes que se les dio este diagnóstico, son atendidas en la Clínica de Adolescentes, y desde su diagnóstico fueron referidas al servicio de psicología para el manejo de la percepción del Síndrome y todos los factores asociados a este que inciden en la vida de la adolescente. Se mantuvo la comunicación con las pacientes que ya habían incluso hace varios años pasado por la cirugía, para la continuidad del grupo y el monitoreo de cómo sigue incidiendo su condición en la vida, de igual forma se integraron adolescentes y mujeres jóvenes que recién recibían el diagnóstico, para que con las demás pudieran conocer la vivencia de otras en su misma situación. Se realizaron los grupos aproximadamente cada 3 meses y el horario se definió a conveniencia con las participantes.

Las funciones dentro de las intervenciones grupales fueron:

- ✓ Convocatoria a participantes: la convocatoria se desarrolló durante las intervenciones individuales, cuando se detectaba alguna adolescente que podía beneficiarse, principalmente para los grupos de madres y de autocuidado. De igual forma, para las sesiones siguientes se realizaba una convocatoria telefónica a cada una de ellas para recordar la asistencia.
- ✓ Preparación de materiales: se necesitó desde realizar una lista con los materiales necesarios para trabajar (lápices, papeles, goma, tijeras, etc.) hasta realizar la solicitud a la Asociación pro-Clínica de Adolescentes para el financiamiento de éstos. Una vez

conseguidos los materiales, se seleccionaban los necesarios para cada sesión y se preparaban otros en caso de ser necesarios.

- ✓ Intervención como co-terapeuta: todas las sesiones se llevaron a cabo con la supervisora, a excepción de la sesión del grupo de madres que se dio de forma individual. Entre ambas se facilitaron los grupos en condición de co-terapeutas.

Relaciones interdisciplinarias

Dentro de la metodología empleada, fue de suma relevancia el trabajo interdisciplinario, que caracteriza a la Clínica de Adolescentes, donde el abordaje de una paciente implicaba en muchas ocasiones la coordinación con otros profesionales, médicos, trabajadoras sociales, nutricionistas, enfermeras, con el fin de llegar a la atención integral de la paciente, o de potenciar el mayor bienestar para la paciente solicitando los recursos de otras profesiones.

De igual forma, una manera de intervenir consistía en la valoración y la realización de referencias a Psiquiatría, a las áreas de atracción del segundo nivel y a Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Roles

En primer lugar el rol de la practicante se limitó a dar apoyo en el departamento de Psicología, cumpliendo funciones propias de este nivel de consulta con el fin de un beneficio tanto institucional como personal. Para lograr esto el equipo asesor debió cumplir con una serie de roles o funciones.

El director de la práctica acompañó todo el proceso de la práctica asesorando la labor realizada con la práctica dirigida, y también introduciendo cambios que se consideraron pertinentes. Por otro lado los lectores acompañaron esta labor de supervisión y evaluación constante del proceso. Mientras que la supervisora técnica dio una orientación a las funciones y tareas diarias así como un monitoreo constante del desempeño.

Las supervisiones con la asesora técnica fueron diarias, mientras que con el director se dieron supervisiones semanales, los miércoles, alrededor de una hora.

Supervisiones

Inicialmente las supervisiones fueron más frecuentes debido al proceso de acomodamiento a la demanda y a la institución, sin embargo, fueron variando dependiendo del dominio y el desempeño adquirido, así como de la complejidad de los casos. Se desarrollaron tanto con el equipo asesor, así como con la supervisora técnica.

Evaluación e informes

La evaluación del trabajo fue constante a través de las supervisiones y a través de la revisión del progreso y del cumplimiento de objetivos de la práctica los cuales fueron documentados con el fin de ser incluidos en un informe dirigido a la institución y otro correspondiente a los requisitos de la Escuela de Psicología. Además se llevó a cabo una sistematización cuantitativa constante semanal y mensual, según lo acordado.

Protección a sujetos

Consideraciones ético- legales

En primer lugar debido a que corresponde a una práctica profesionalizante, se tomaron en cuenta todas las consideraciones estipuladas dentro del Código de ética del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica. Además, al tratarse de trabajo con menores de edad es necesario contemplar el marco legal costarricense, haciendo énfasis en el Código de la Niñez y la Adolescencia para asegurar el respeto por los derechos de estos. Incorporando además, la ley vigente desde enero del presente año Ley N° 9406 o Ley de Relaciones Impropias, la cual tiene como objetivo el fortalecimiento de la protección legal de las niñas y las adolescentes mujeres ante situaciones de violencia de género asociadas a relaciones abusivas. Por último, las estipulaciones del Comité de Estudio y Atención Integral del Niño, Niña y Adolescente Agredidos.

Antes de cualquier intervención se explicó a la adolescente y a su acompañante el papel de la sustentante en el servicio de Psicología y se le brindó una explicación sobre cómo iba a desarrollarse el proceso, ante lo cual se le preguntaba si se encontraba de acuerdo o no.

Es importante destacar que no se realizó ningún procedimiento invasivo o intrusivo para la persona. Lo anterior se realizó en el marco de un aval de campo clínico previamente tramitado por la Escuela de Psicología.

Precauciones

Debido a que existen probabilidades de cometer errores dentro de cualquier práctica profesionalizante, se contó con la supervisión técnica continua a lo largo de todo el proceso

de la psicóloga MSc. Elena Alvarado, esto con el fin de disminuir la probabilidad de que estos errores ocurran. Además del apoyo del comité asesor, esto bajo las normas institucionales pertinentes y la protección que brinda la tramitación del trabajo dentro de un campo clínico.

VI. Resultados

Con base a los objetivos expuestos inicialmente, se desarrolló mediante la inserción a tiempo completo dentro de la Clínica de Adolescentes, una serie de actividades propias de estos objetivos y otras no incluidas, que resultaron de la siguiente manera:

Ejercicio diario del rol dentro de la institución

Las actividades en términos generales fueron múltiples y variaron dependiendo de las necesidades que presentaba la clínica en general, el trabajo interdisciplinario y de cualquier tipo de situación inesperada o de emergencia que comúnmente se presentaban, sin embargo, las de mayor constancia se pueden observar en la Tabla 1:

Tabla 1

Principales funciones realizadas

<i>Actividad</i>	<i>Variables</i>
Atención clínica por casos	<ul style="list-style-type: none">- Individual- De pareja- De familia
Realización de grupos psicoterapéuticos	<ul style="list-style-type: none">- De adolescentes- De madres de las pacientes- De adolescentes embarazadas

	<ul style="list-style-type: none"> - De condiciones específicas (Síndrome Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser)
Visitas a hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención en crisis - Acompañamiento en el proceso médico - Seguimiento posparto
Elaboración de material psicoeducativo	<ul style="list-style-type: none"> - Folletos - Afiches - Presentaciones al personal de la clínica
Investigación bibliográfica	<ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo al tema que se considere de mayor relevancia
Documentación de casos atendidos	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de cada caso atendido - Registro de casos nuevos
Asistencia a sesiones clínicas	<ul style="list-style-type: none"> - De ginecología - De obstetricia - De gineco-oncología - De adolescencia

Intervenciones

Intervenciones individuales

En total se realizaron 303 intervenciones individuales, o de caso único. Debido al protocolo propio de psicología en la Clínica se iniciaban con la madre, familiar o acompañante de la adolescente, y se tenía un segundo momento dentro de la misma cita en el cual se continuaba únicamente con la adolescente.

Éstas se realizaron según los días asignados a consulta externa en la Clínica de Adolescentes, realizándose lunes, jueves y viernes de cada semana, mediante citas asignadas “a cupo” es decir, según la agenda programada. Dentro de estas 303 intervenciones realizadas, se realizó una sistematización de los casos nuevos, con base a sistematizaciones de años previos de casos nuevos; se registraron 45 casos nuevos, los cuales serán descritos posteriormente; por ende los restantes 255 casos corresponden a casos de seguimiento y 3 a casos de hospitalización.

Además, de estos 45 casos nuevos, fueron seleccionados por la supervisora 9 casos para seguimiento individual psicoterapéutico por parte de la sustentante, los cuales abarcaron diversos motivos de consulta usuales en la atención clínica que brinda el servicio de psicología. Los casos implicaron sesiones de pareja, de familia, individuales e interdisciplinarias. Estos se llevaban semanalmente.

Adicionalmente, se realizaron intervenciones hospitalarias a 3 adolescentes, la cantidad de sesiones variaba según los días de internamiento. Estas intervenciones implicaban, desde atención en crisis, hasta preparación prequirúrgica y seguimiento

postquirúrgico. Se desarrollaban en la cama en la que se encontraba la paciente y se trabajaba según la demanda de mayor relevancia, o según lo solicitaban los médicos, por ejemplo psicoeducación, o entrenamiento en técnicas de relajación. Esta información se explica con detalle posteriormente.

Es importante recalcar que cada intervención implicó:

- La revisión del expediente médico de la paciente: el expediente de cada paciente indica la historia de atención de la paciente tanto dentro de la Clínica de Adolescentes como en el Hospital Calderón Guardia, por ende, se revisaban las notas realizadas por profesionales en ginecología, exámenes de sangre, ultrasonidos, entre otros, así como las notas realizadas por otros profesionales como nutricionistas, trabajadores sociales, personal de enfermería o incluso otras especialidades ajenas a la Ginecología y Obstetricia.
- La realización de la nota respectiva de la intervención realizada: Si correspondía a un caso de seguimiento, la nota abarcaba lo realizado en la sesión así como un plan de seguimiento para la siguiente cita, mientras que en los casos nuevos se realizaba una síntesis de lo obtenido con la entrevista de caso nuevo y un plan de seguimiento, así como las referencias pertinentes en caso de que fuera necesario. La información anterior se resume en el Gráfico 1.

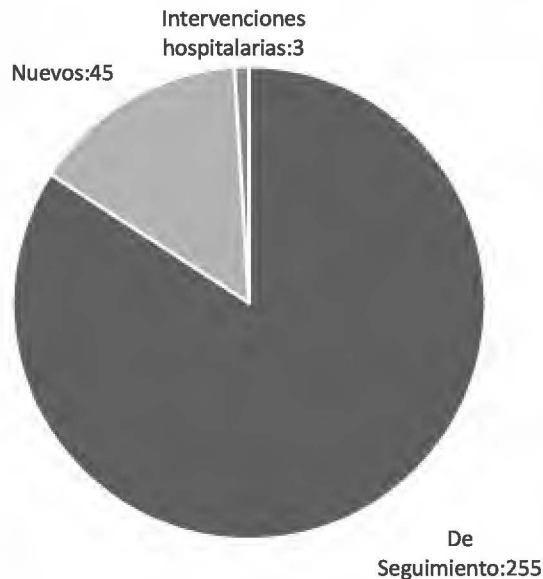


Gráfico 1: Intervenciones individuales

- *Casos de seguimiento*

Los 255 casos de seguimiento atendidos correspondieron a usuarias de la clínica desde meses anteriores a enero del 2017 con atención en ginecología u obstetricia y siendo referidos de estos servicios hacia los otros servicios de apoyo que son: psicología, trabajo social y nutrición. En el caso de psicología el seguimiento correspondía a una evaluación del progreso de factores bio-psico-sociales de la adolescente, que por razones de tiempo, espacio y disponibilidad implicaba una intervención psicoterapéutica en caso de ser necesario así como la toma de decisiones en cuanto a la necesidad de realizar referencias, denuncias, dar de alta y demás según cada caso. La estructura de la sesión comprendía un primer momento donde se recibía a la paciente con su acompañante (madre, padre, pareja, abuelos, etc), seguido por un segundo momento en el cual se trabaja de forma individual con la paciente, para que pudiera hacer referencia de forma privada a los temas que considerara relevantes para ella.

- *Evaluación de casos nuevos*

Los 45 casos nuevos, fueron de igual forma referidos desde el área de ginecología u obstetricia. Fueron abordados con la entrevista de caso nuevo del servicio de psicología la cual recolecta datos generales de la adolescente y de su familia que posteriormente fueron documentados en la base de datos del servicio. De igual forma, la entrevista se inicia con la persona que acompañe a la adolescente y posteriormente se procede la sesión con únicamente la adolescente. La sistematización de la información de los casos nuevos se encuentra en los siguientes gráficos:

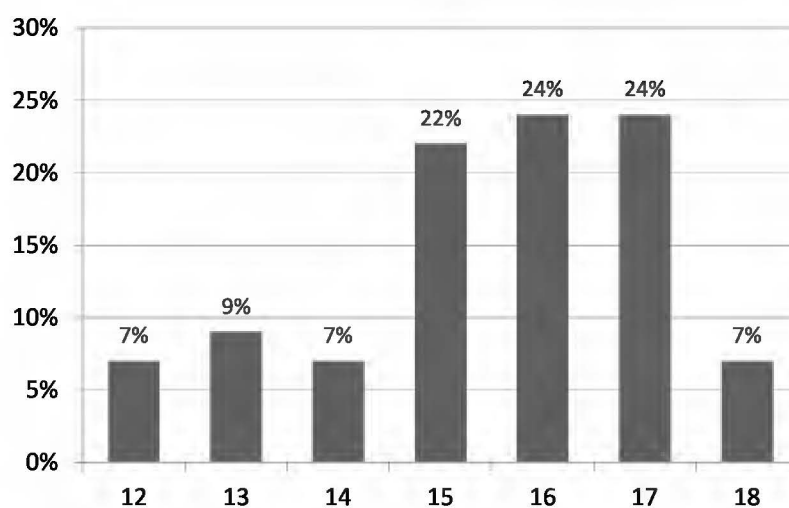


Gráfico 2: Edad de las pacientes vistas en caso nuevo

El gráfico 2 muestra el rango de edades de los casos atendidos corresponde entre los 12 y 18 años y se observa mayor cantidad de adolescentes de caso nuevo se entre los 15 y 17 años de edad.

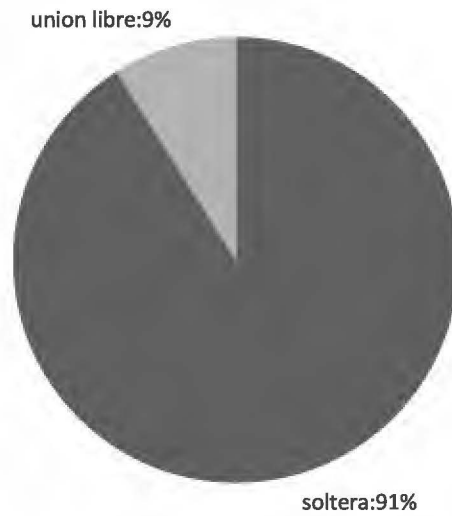


Gráfico 3: Estado civil

La mayor parte de las adolescentes se encontraba soltera, y un bajo porcentaje se encontraba viviendo bajo la condición de unión libre como se ve en gráfico 3.

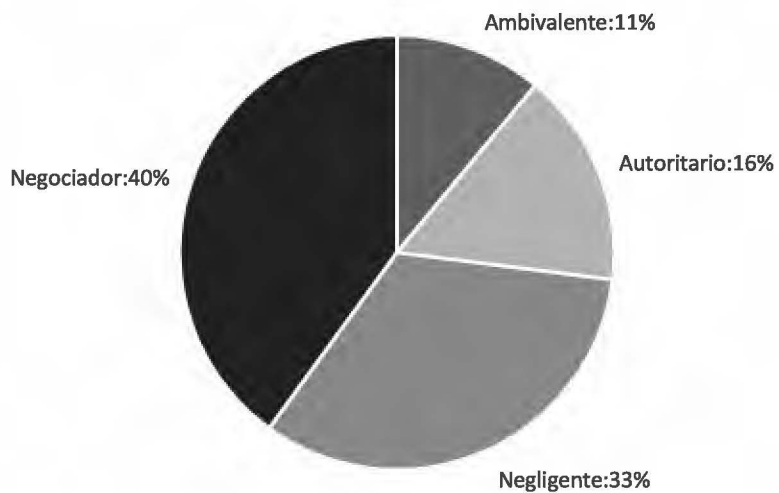


Gráfico 4: Estilo de control parental

En cuanto al estilo de control parental, en el gráfico 4, se trabajó con la identificación de algunas pautas que permitieran evidenciar establecimiento de límites y supervisión, con base a estos datos pareciera que mayormente se encontró un estilo negociador, seguido de un control negligente y en menor porcentaje autoritario y ambivalente (tanto negociador como negligente).



Gráfico 5: Área de atención

El gráfico 5 muestra que desde enero del 2017 la mayor cantidad de casos referidos provenían del área de obstetricia, sin embargo, se asemeja la cantidad de casos referidos de ginecología.

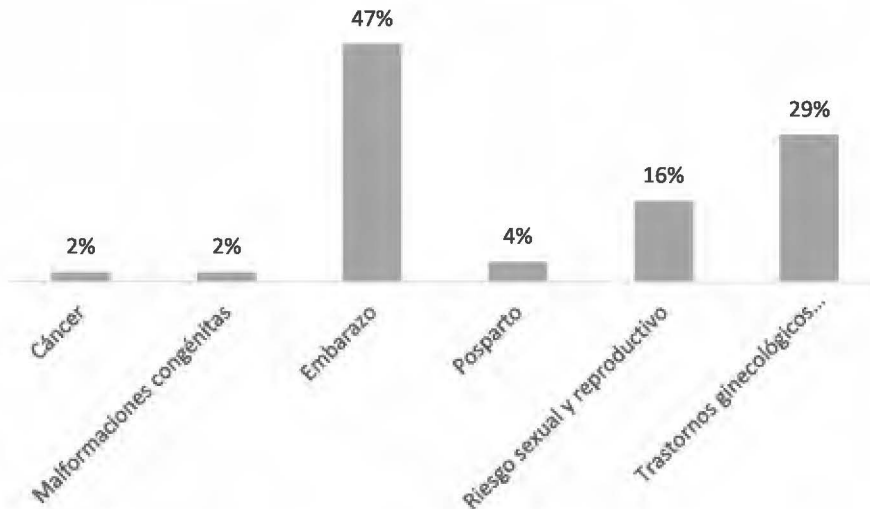


Gráfico 6: Motivo de atención en Ginecología y Obstetricia

El gráfico 6 indica que los principales motivos de consulta fueron embarazo, seguido de trastornos ginecológicos propios de la edad, seguidos de riesgo sexual y reproductivo, malformaciones congénitas y cáncer. Es importante recalcar que las categorías no son excluyentes, es decir, se podían identificar adolescentes posparto con alto riesgo sexual y reproductivo por ejemplo.

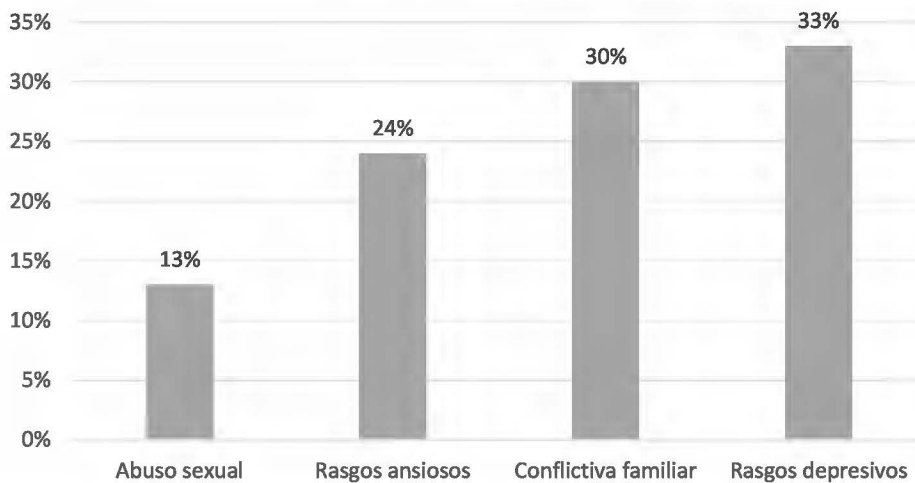


Gráfico 7: Motivo de consulta en Psicología

Las categorías de consulta en psicología se pueden ver el gráfico 7, son generales debido a que por la complejidad de cada caso, se tomó en cuenta el aspecto de mayor significancia según el criterio clínico, de igual forma, las categorías no son excluyentes entre sí. Se evidencia una predominancia de los rasgos depresivos y la conflictiva familiar, continuado por rasgos ansiosos y casos de abuso sexual.

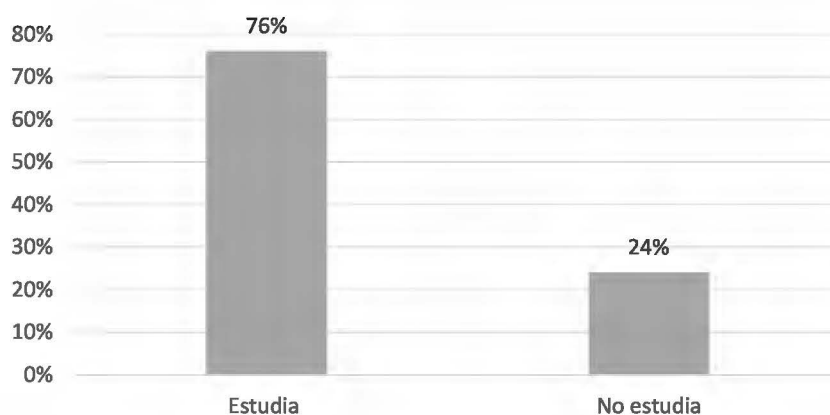


Gráfico 8: Condición de estudio actual

Como se ve en el gráfico 8, la mayor parte de las adolescentes se encontraba bajo alguna modalidad de estudio (colegio diurno, nocturno, prevocacionales, educación técnica, maestro en casa, entre otros.).

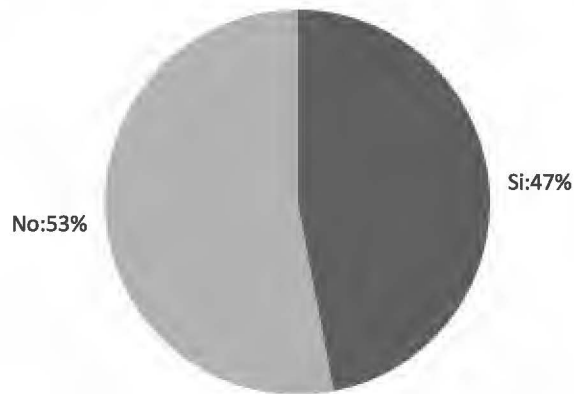


Gráfico 9: Repitencia de algún grado, tanto primaria como secundaria

Se observa en el gráfico 9 que un alto porcentaje de adolescentes repitió alguna vez un grado ya sea en primaria o secundaria.

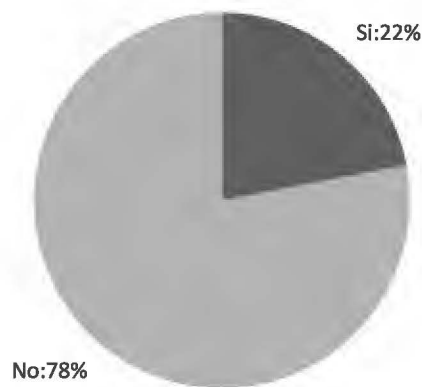


Gráfico 10: Ocurrencia de ideación suicida al menos una vez

Sobre la ocurrencia de ideación suicida, en el gráfico 10 se evidencia que en algún momento de la vida, la mayor parte de las adolescentes negó haber pasado por esto, pero un porcentaje importante respondió afirmativo.

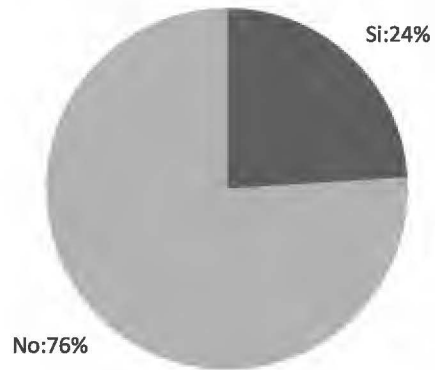


Gráfico 11: Realización de conductas autolesivas

En torno a la realización de gestos autolesivos ya sean cortes, golpes, o daños a sí mismas de cualquier tipo, se encuentra representado en el gráfico 11 que la mayoría negó haberlo realizado y un 24% reporta haberlo realizado en algún momento, o se encontraban aun realizándolo.



Gráfico 12: Ha vivido violencia doméstica

Se puede observar el gráfico 12 que más de la mitad de las adolescentes entrevistadas se había encontrado o se encontraba en ese momento bajo violencia intrafamiliar, mientras que un porcentaje menor negó vivir algún tipo de violencia.

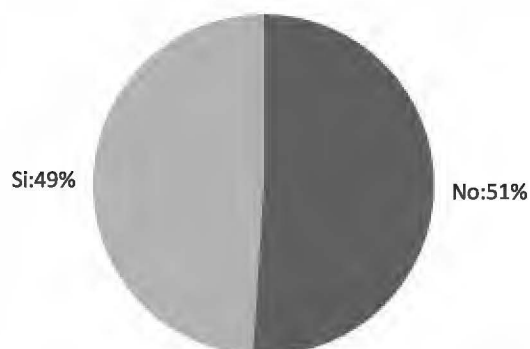


Gráfico 13: Cuenta con grupo de pares de referencia

Evaluando si la adolescente contaba o no con un grupo de pares de referencia, amigos o amigas, en cualquier contexto, la mayor parte refirió no tenerlo, con un porcentaje cercano se encuentran aquellas que sí refirieron grupo de pares, como se identifica en el gráfico 13.

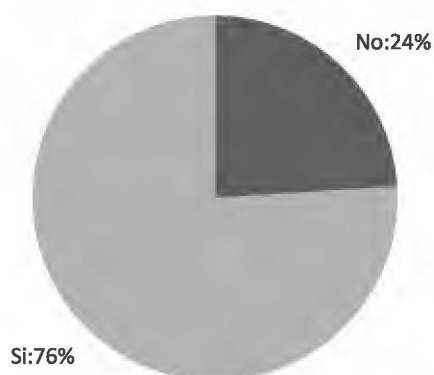


Gráfico 14: Uso social del internet

Según el gráfico 14, un alto porcentaje de adolescentes utilizaba el internet de forma social, es decir para comunicarse con otras personas, redes sociales como Facebook, Instagram, Snapchat, para establecer nuevas relaciones sociales o mantener vigentes.



Gráfico 15: Actividad sexual coital

Evaluando la sexualidad coital en las adolescentes, se observa en el gráfico 15 que la mayor parte de estas reportó que si ha tenido relaciones sexuales y un bajo porcentaje no.

En general, se puede observar que la población que fue atendida como caso nuevo, cuenta con características diversas, y es importante saber que todos estos casos continuaron con citas de seguimiento, ningún caso es dado de alta con una única evaluación.

- *Intervenciones hospitalarias*

Se llevaron 3 casos de intervención hospitalaria, de adolescentes con control en la Clínica de Adolescentes pero que por su condición se encontraban en internamiento, para un total de

10 intervenciones realizadas en el ambiente hospitalario. Los casos se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2

Intervenciones hospitalarias

<i>Caso</i>	<i>Edad</i>	<i>Cantidad de intervenciones</i>	<i>Tipo de intervención</i>
Labor de parto	15	2	Visita en internamiento por contracciones y visita después del parto
Malformación congénita	14	3	Evaluación de riesgo sexual y reproductivo, y acompañamiento en ajuste al ambiente hospitalario
Malformación congénita	18	5	Entrenamiento en técnicas de relajación,

Totales 10

- *Seguimiento individual psicoterapéutico*

En total fueron asignados por la supervisora 9 casos para un seguimiento semanal de psicoterapia, 2 de estos fueron atendidos en conjunto: 1 con la supervisora, 1 con la residente de Psicología Clínica Lcda. Karol Rodríguez, los 7 restantes se llevaron de forma individual por la sustentante. Dos casos por motivo de ausencias no se llevaron a la finalización del proceso terapéutico. Las generalidades de los casos se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3

Casos de seguimiento individual psicoterapéutico

<i>Motivo de consulta</i>	<i>Edad</i>	<i>Modalidad de atención</i>	<i>Cantidad de sesiones</i>	<i>Finalización del proceso</i>
Reacción de ajuste con ánimo depresivo al embarazo	19	Individual, con una sesión familiar	6 sesiones	Completo

Depresión en el embarazo y posparto	15	Individual, con 3 sesiones familiares	11 sesiones	Completo
Depresión posparto y conflictiva de pareja	16	Individual, con 2 sesiones de pareja	7 sesiones	Completo
Diagnóstico de Trastorno de Conducta Alimenticia (anorexia) y conflictiva familiar asociada	13	Individual, con 1 sesión individual con la madre	3 sesiones	Incompleto
Depresión y formulación de proyecto de vida	16	Individual, con 1 sesión familiar	10 sesiones	Completo
Diagnóstico de Síndrome de ovario poliquístico	15	Individual	4 sesiones	Incompleto

y depresión

asociada

Consumo previo de sustancias, explotación sexual y sintomatología depresiva	15	Individual, con 2 sesiones familiares	7 sesiones	Aún en proceso (atendido en conjunto con supervisora)
Incesto, sintomatología depresiva y conflictiva familiar	17	Individual, con 1 sesión familiar	12 sesiones	Completo
Diagnóstico de Síndrome de Mayer Rokitansky	17	Individual, con 1 sesión familiar	3 sesiones	Aún en proceso (atendido en conjunto con la residente)

Intervenciones grupales

Las intervenciones grupales eran de modalidad abierta y se dirigían a diversos subconjuntos de la población atendida en la Clínica tanto como a sus familiares o parejas, según la modalidad del grupo. Las sesiones se realizaron generalmente cada 15 días, la cantidad de participantes generalmente fluctuaba en cada sesión y en cualquier momento podían incorporarse nuevas personas. Se tuvo participación en conjunto con la supervisora en 4 grupos diferentes: Curso de preparación para el parto, Grupo de autocuidado, Grupo de madres de adolescentes, Grupo de Síndrome de Mayer- Rokitansky. Las actividades realizadas fueron variadas, ya que por más que se llevara un objetivo para la sesión, las adolescentes en la mayor parte de los casos redirigían la temática hacia lo que era más importante para ellas en ese momento, o a temas con los que se identificaran con otras, de igual forma las actividades variaban según las características de las asistentes, se realizaron tanto exposiciones magistrales, trabajo con arcilla, trabajo con pinturas, role plays, ensayos conductuales y demás. Los detalles se muestran en la tabla 4:

Tabla 4

Intervenciones grupales

<i>Grupo</i>	<i>Cantidad de sesiones</i>	<i>Población</i>	<i>Promedio de personas por sesión</i>	<i>Temas abordados</i>
Grupo de autocuidado	12 sesiones	Adolescentes con seguimiento en psicoterapia individual	12	<ul style="list-style-type: none"> - Autoestima - Sexualidad - Prevención del abuso sexual - Relaciones de pareja - Relaciones familiares - Proyecto de vida - Emociones
Curso de preparación para el parto	8 sesiones	Adolescentes embarazadas y sus parejas	25	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación con la familia - Vínculo materno filial

				- Proyecto de vida
Grupo de madres de adolescentes	1 sesión	Madres de adolescentes atendidas tanto en ginecología como obstetricia	5	- Comunicación con sus hijas - Manejo de límites
Grupo Síndrome de Mayer Rokitansky	2 sesiones	Adolescentes o adultas jóvenes con diagnóstico de Síndrome de Mayer Rokitansky prequirúrgico o posquirúrgico de Neovagina de Viecchietti	4	- Diagnóstico e implicaciones - Relaciones de pareja - Percepción sobre la feminidad - Ansiedad preoperatoria - Proyecto de vida - Adherencia a las dilataciones vaginales

Psicoeducación

La psicoeducación se llevó a cabo principalmente mediante la elaboración de nuevos folletos (ver anexo 3) y afiches psicoeducativos y adaptación de folletos ya realizados previamente, sobre temas de relevancia en la Clínica. En total se elaboraron 4 folletos nuevos y se actualizaron y adaptaron 4 previamente realizados en la Clínica, bajo la autorización de las personas que los confeccionaron. El material se encontraba disponible para los diversos servicios de la Clínica: ginecología, obstetricia, enfermería, trabajo social, nutrición y psicología. Los temas de estos fueron:

Adaptaciones:

- Mitos y realidades de la violencia sexual
- Manejo de las emociones
- Duelo
- Dolor
- Relaciones de pareja saludables

Nuevos

- Dilataciones vaginales
- Afiche de Ley de relaciones impropias
- Técnicas de relajación
- Autoestima

Documentación, evaluación e investigación bibliográfica mediante el uso de la escala de Edimburgo para casos de depresión prenatal y posparto.

Debido a que la depresión en las adolescentes embarazadas y posparto parecía ser un tema de relevancia, se realizó una evaluación de sintomatología depresiva en las adolescentes, con la Escala de Depresión de Edimburgo (ver anexo 2).

Con la recolección de datos sobre las pacientes que se encontraban en control prenatal y posparto, se documentó la información en una base de datos como estadísticas de la Clínica y se genera una pequeña sistematización e investigación bibliográfica con respecto al tema, siendo posteriormente presentado ante los y las demás profesionales del centro. Dicha sistematización de forma general demostró que se encuentra mayor sintomatología depresiva en las adolescentes evaluadas en control prenatal que aquellas que ya se encontraban posparto, siendo el sentimiento de culpa el síntoma con mayor relevancia, seguido de la ansiedad. (Ver anexos).

Otras actividades de formación profesional

Las siguientes actividades no se encontraban contempladas en sí dentro de los objetivos de la práctica, sino que fueron emergiendo según la dinámica de la Clínica específicamente del servicio de psicología, forman parte del rol del profesional en psicología, en su formación y actualización sobre temas pertinentes a la práctica.

Asistencia a Congresos

Se asistió a dos Congresos declarados de interés público, el Congreso Nacional e Internacional de Adolescencia y Juventud y el Congreso Nacional e Internacional de Psiquiatría. Los detalles de la asistencia se desglosan en la tabla 5.

Tabla 5

Otras actividades de formación profesional

<i>Congreso</i>	<i>Cantidad de días</i>	<i>Temáticas abordadas</i>
Congreso Nacional e Internacional de Adolescencia	Del 13 al 16 de junio	<ul style="list-style-type: none">- Situación actual de las personas adolescentes en Costa Rica- Embarazo adolescente- Anticoncepción en adolescentes- Virus del papiloma humano- Trastornos de la Conducta Alimentaria- Uso de redes sociales

**Congreso Nacional e
Internacional de
Psiquiatría**

Del 19 de julio al 21 de
julio

- Trastornos de
Ansiedad
- Población LGTBI
adolescente
- Suicidio en
Adolescentes
- Atención integral en
los servicios de
salud de
adolescentes
- Políticas nacionales
- Consumo de
sustancias en
adolescentes
- Estigma en los
Trastornos
Psiquiátricos
- Muerte y suicidio
- Trastornos
depresivos
- Trastornos Bipolares

- Trastornos de la Conducta Alimentaria
- Trastornos neurológicos

Total 2 Congresos de formación
médica continua

Asistencia no participativa en sala de partos

Se dedicó un día completo (9 horas) a la asistencia en sala de partos, con el fin de tener la vivencia de los procesos asociados a Obstetricia. Inicialmente se acompañó a la Dra. Meylin Mora, obstetra del HCG durante sus monitoreos de rutina en la sala de labor de parto, lo que implicó hablar con las mujeres que se encontraban en labor, observar los registros que se realizaban, los controles que se tenían para posteriormente ser ingresadas a la sala de partos, donde se tuvo una observación no participativa en un parto vaginal y en el proceso inmediato neonatal de enfermería.

Capacitación sobre métodos anticonceptivos utilizados en la Clínica de Adolescentes

Dentro de la formación que se brinda a médicos residentes de la especialidad de Pediatría, se realizó una formación sobre los métodos anticonceptivos utilizados por la Clínica para las adolescentes, dicha capacitación fue brindada por la Dra. Rita Peralta y el Dr. David Garbanzo, en el cual se explicó sobre métodos hormonales (orales e inyectables),

métodos de barrera, y los métodos de larga duración como el dispositivo intrauterino y el implante subdérmico así como la colocación de estos.

Asistencia y elaboración de sesiones clínicas

Todos los días a las 7:00 am, el servicio de ginecología del HCG, realizaba sesiones clínicas cuyas temáticas variaban según el día que correspondía: los días lunes las sesiones correspondían a obstetricia, los martes correspondían a gineco- oncología, los jueves ginecología y los viernes se realizaba la sesión en la Clínica de Adolescentes con temáticas diversas de adolescencia. En total, se asistió a 84 sesiones clínicas.

De esta totalidad, 2 sesiones fueron realizadas por la sustentante con el personal de la Clínica de Adolescentes y se desarrollaron de la siguiente forma:

- Sesión sobre dolor pélvico crónico: se desarrolló una exposición magistral sobre el tema de dolor pélvico crónico y la relación con la psicología, acompañado de la exposición de uno de los casos que se llevó de manera individual sobre este tema.
- Sesión sobre depresión prenatal y posparto: la sesión se desarrolló con una exposición magistral sobre la depresión en el embarazo y el posparto y se acompañó con la investigación realizada en la Clínica sobre este tema.

Revisión bibliográfica

A lo largo del proceso, acompañado a otras funciones, era de gran importancia la búsqueda y revisión bibliográfica, a lo que se dedicó al menos 5 horas semanales, esto debido a que surgían temáticas de corte médico de las cuales no se tenía conocimiento, por ende era imprescindible informarse para una mejor comprensión de la vivencia de la paciente así como

de los síntomas asociados a una condición específica, de igual forma se revisaron temas relativos a la psicología tales como depresión posparto, adolescencia, relaciones impropias, entre otros.

Evaluación/ Retroalimentación

En cuanto a la evaluación del desempeño de las labores o funciones realizadas dentro de la Clínica, no se cuenta en sí con un reporte escrito o con manifestaciones escritas, sin embargo, de forma verbal la mayor parte de las personas expresaron sus opiniones.

De las pacientes cuyos casos se asumieron en un proceso psicoterapéutico individual, al finalizar el proceso todas aquellas que culminaron este expresaron gratitud y satisfacción con respecto a la confianza depositada en la sustentante, al espacio brindado, a los cambios efectuados y al compromiso con ellas.

Una de las evaluaciones con mayor impacto positivo corresponde a una paciente que inicia su proceso por una depresión en el embarazo, a quien incluso fue necesario brindarle atención en crisis fuera del horario de consulta, y continuó el proceso posparto. Esta paciente una vez que se realiza el proceso, se conmociona con llanto expresando gratitud y brindando incluso muestras de afecto como abrazos, ya que consideró que el proceso psicoterapéutico fue de gran provecho.

De igual forma, dentro de los grupos la retroalimentación al final de las sesiones mantuvo una tendencia positiva, en la cual las adolescentes parecían felices y satisfechas con las sesiones realizadas y principalmente por el espacio brindado.

Por otro lado, la supervisora Elena Alvarado, al finalizar la práctica, expresa que las labores desempeñadas fueron siempre acorde a los objetivos, con un alto nivel de compromiso e involucramiento, y destacando la empatía con la población adolescente, recomendando además la continuidad del trabajo profesional en esta línea y en la línea de la salud sexual y reproductiva. Recalca además la facilidad y flexibilidad a lo largo de la práctica para tener un ambiente positivo de trabajo cooperativo dentro del servicio de Psicología e interdisciplinario. Brinda además retroalimentación en cuanto a la responsabilidad del cumplimiento de labores, horarios, asignaciones y convivencia en general en el espacio de trabajo.

Por último, el equipo de la Clínica de Adolescentes, principalmente la Dra. Rita Peralta coordinadora, brindó una evaluación positiva generalizada a las funciones desempeñadas, recalcando que el trabajo realizado fue uno de los mejores de los pasantes, residentes y demás que han transitado académicamente por la Clínica de Adolescentes. De igual forma, recalca el nivel de compromiso e involucramiento con el equipo, así como la apropiación y demostración del conocimiento en Psicología y la disposición para colaborar y trabajar aún en situaciones por ejemplo de emergencia que surgía fuera de las labores estipuladas.

A nivel hospitalario del servicio de Ginecología, el jefe de esta sección el Dr. Danilo Medina, tuvo conocimiento y recibió el material realizado con el objetivo de la psicoeducación, ante lo cual reconoció la utilidad del trabajo para el servicio y se mostró de igual forma satisfecho.

VII. Alcances y limitaciones

Alcances:

- ✓ Primeramente, como alcance general se toma en cuenta que se lograron todos los objetivos plantados inicialmente, que con la cantidad y la variedad de personas consultantes del servicio, se puso en práctica y se aprendieron habilidades tanto en evaluación, intervención, psicoeducación e incluso en otros no contemplados inicialmente que fortalecieron e incrementaron los aprendizajes de la sustentante en el área de la Psicología. De dichas competencias o habilidades se pueden mencionar: escucha empática, evaluación de riesgos, manejo del tiempo, manejo de muchas personas en sesión, intervención en crisis, psicoeducación en cuanto a procesos médicos, psicoeducación en cuanto a procesos legales, entre otras que en diferentes momentos de formación habían sido aplicadas pero con una menor frecuencia y práctica.
- ✓ Una habilidad importante que se considera primordial abarcarla por separado, es la de la capacidad de integrarse a una modalidad de trabajo interdisciplinario. Este tipo de trabajo, al menos en la Clínica era esencial, el cual además se vio facilitado por el equipo de trabajo de la Clínica al mostrarse con gran apertura a la incorporación de la sustentante. Esto implicó además el aprendizaje de terminología médica, la indagación bibliográfica de muchos temas médicos, legales, entre otros. Y además, el saber entenderse con otras profesiones y el saber expresarse para otros, como lo fue por ejemplo la realización de las notas a los expedientes las cuales debían de ser lo suficientemente claras para que otros profesionales pudieran comprenderlas.

- ✓ Por último, el trabajo con personas adolescentes llevó a una evaluación personal de diversos estereotipos y sesgos sociales que habían sido interiorizados con respecto al periodo de adolescencia. El trabajo con diferentes adolescentes, con diversas condiciones de vida, llevó a una reconceptualización de la adolescencia y a un despojo de calificativos negativos o de dificultad, y al ver la adolescencia como un periodo de cambios grandes pero más que todo de un gran potencial, de grandes capacidades y de además mucho compromiso, que si bien no se puede generalizar a toda la población atendida, se podría afirmar que en su mayoría lo representaron.

Limitaciones

- ✓ Las limitaciones son propias del ejercicio de la Psicología, en primer lugar, la asistencia de las personas a las citas resultaba un límite ya que en gran parte principalmente en las intervenciones grupales hubo inconsistencia con respecto a la asistencia a los grupos. De igual forma el abandono de procesos, y la falta de compromiso de algunas, en realidad muy pocas, personas.
- ✓ La duración de la práctica en sí, ya que en este caso en particular se le dio seguimiento a muchas adolescentes embarazadas con las cuales si bien culminó el proceso terapéutico, hubiese sido recomendable un seguimiento posparto, de igual manera con algunas pacientes de ginecología que tenían cirugías programadas.
- ✓ Como limitación propia de las intervenciones, se destaca el hecho de que en la mayoría de los casos la familia resultaba un aspecto importante para la mejora de la adolescente, pero contrariamente por falta de compromiso, negligencia u otros factores correspondía a una limitante para el éxito del proceso terapéutico.

VIII. Discusión

La formación en la carrera de Psicología, implica el desarrollo de una serie de habilidades que van más allá de una formación teórica, y que en el contacto con la realidad ante la que se enfrenta el profesional en el área permite precisamente esto, es por esta razón que se considera que la presente práctica profesional dirigida en grandes términos cumplió con los objetivos planteados inicialmente del desarrollo de habilidades y conocimientos teniendo una incidencia evaluativa, interventiva y psicoeducativa con la población de adolescentes de la Clínica de Adolescentes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Calderón Guardia. Es importante ahondar en cómo y por qué los resultados respaldan el cumplimiento de objetivos destacando varios aspectos.

Con respecto al objetivo general guiado hacia el desarrollo de la sustentante de habilidades y competencias propias de un profesional en Psicología que ejerza labores en el campo de Psicología de la salud. Esto se logró mediante el desarrollo de las diversas actividades guiadas al cumplimiento de objetivos.

En primer lugar, con las evaluaciones desde una perspectiva bio-psico-social (Sperry, 2009) que permitió evidenciar como la problemática o condición de las adolescentes va más allá de su condición ginecológica u obstétrica. Por ejemplo, una paciente con un diagnóstico de Síndrome de ovario poliquístico, requería una evaluación que fuera más allá de exámenes médicos, e implicaba además la consideración de aspectos sociales como la familia con la que convivía, sus grupos de pares, entre otras, cuestiones personales como la percepción de sí misma, como capacidades de afrontamiento a diversas situaciones, entre otros aspectos que complejizaban la atención y que en el caso que fuera necesario (que se podría afirmar

que corresponde a la mayoría) era imprescindible una acción interdisciplinaria para coordinar ayudas sociales, educación con respecto a posibilidades de estudio, intervenciones de otras instituciones como el Patronato Nacional de la Infancia, el Instituto Mixto de Ayuda Social, entre otros, con el fin de buscar soluciones u opciones que mejoren la calidad de vida de la adolescente, de su familia y en gran cantidad de la población atendida, de sus hijos o hijas.

En segundo lugar, con respecto al objetivo pertinente a la intervención tanto individual como grupal, se destaca que la cantidad de casos atendidos, los 303 conllevaron a un conocimiento sumamente amplio de la adolescencia y de la atención de la adolescencia desde la ginecología y obstetricia con sus correlatos psicológico. Cada caso resultó ser diferente al otro, por ende, necesitaban de un abordaje diferente, con sus familias, parejas, bebés, entre otros, que diferenciaron y caracterizaron a cada una de las personas atendidas y que requirieron de la flexibilidad, adaptación y formación tanto en aspectos médicos, como en abordajes desde la psicología.

Un aspecto importante a considerar con las intervenciones individuales es la tolerancia a diversas situaciones y dentro de esta práctica se destacan tres: tolerancia a la frustración, tolerancia al actuar de otras instituciones, tolerancia al actuar de los otros; la tolerancia se plantea en términos de mantener la cordura ante casos ante los cuales podría perderse. Cuando se habla de tolerancia a la frustración, era necesaria en la medida de que en ocasiones podía suceder que a pesar de que desde el trabajo integral de la Clínica se intentara realizar el mayor esfuerzo, algunas personas por diversas razones rechazaban o no eran adherentes al cumplimiento de citas con el fin de la mejora a su salud, o no se apegaban al plan de salud, la tolerancia al actuar de las instituciones debido a que cada institución estatal tiene sus procedimientos que en ocasiones pueden no ser desarrollados de la manera

deseada, por ejemplo: atrasos de años con denuncias de incesto, denuncias de urgencia al PANI, obstaculización de algunos colegios para la asistencia de adolescentes embarazadas, entre otras; y por último la tolerancia al actuar de los otros, ya que hay aspectos que se encuentran fuera de las manos de los profesionales, como lo es la estigmatización a la adolescente embarazada, la desinformación con respecto al uso de anticonceptivos e incluso la prohibición al uso de estos, personas mayores involucrándose en relaciones impropias con adolescentes a pesar de la existencia de leyes, en síntesis, son múltiples las situaciones que generan diversas emociones y que a su vez significan un reto para el profesional.

En esta misma línea con respecto a la intervención grupal, se destaca como aspecto primordial que generalmente garantizaba el éxito de la intervención correspondía al hecho de que el trabajo se realizaba con pares, que llevaba a la identificación de unas con otras y al surgimiento incluso de nuevas redes de socialización para muchas de ellas que han tenido en otros contextos dificultades para esto. Por ejemplo la realización con iniciativa de las adolescentes de un grupo de WhatsApp para mantenerse en contacto, estimulan y ponen en evidencia tal y como fue referido con anterioridad con el estudio de Lee, Foote, Wittrock, Xu y Niu, (2017) quienes señalan que en la adolescencia en particular hay un deseo de pertenecer a un grupo social determinado parece ser un aspecto clave en el desarrollo de la identidad del adolescente, siendo además de gran importancia la percepción o valoración que haga la persona adolescente de este grupo, un ambiente con mayor control como lo fue la Clínica, les permitió el desarrollo de oportunidades de una interacción social positiva y con mayor éxito que en otros ambientes como el colegio por ejemplo.

De igual forma, en el curso de preparación para el parto era evidente la identificación entre ellas debido a la predominancia de estigmatización y rechazo hacia su embarazo en la

adolescencia para muchas, y el impacto que esto tenía en ellas a nivel personal, muchas identificadas incluso con sintomatología depresiva persistente y que se agravaba con el tiempo.

Este último punto en el cual se hallaba una gran identificación entre ellas en cuanto a las situaciones que se encontraban afrontando y el considerar que para la mayoría su embarazo representaba una situación difícil de afrontar, se tomó como una motivación al desarrollo de la sistematización sobre depresión durante el embarazo y posparto, donde interesadamente las adolescentes en control prenatal mostraban mayores índices de sintomatología depresiva que aquellas posparto, y que analizando esta información con la experiencia clínica individual y los relatos del curso de preparación para el parto se podría realizar la hipótesis de que hay mayor sintomatología depresiva durante el embarazo debido a varias razones:

- a) La noticia del embarazo es reciente, y aún ellas mismas están trabajando en la aceptación de su embarazo, así como sus familias quienes en la mayoría de los casos se pudo ver que hubo rechazo, reclamos y expresión de sentimientos como “decepción”.
- b) Muchas veces el embarazo fue producto de un encuentro “casual” con una persona que no era su pareja, que desconocían, o incluso de un abuso, o de otra forma si se dio con su pareja pero esta se distancia o cambió la dinámica entre ambos, por lo que se podría decir que están lidiando con muchas situaciones con un impacto emocional al mismo tiempo. Además, dudas sobre la paternidad
- c) La ansiedad con respecto al futuro, muchas de ellas mostraban gran por varias razones: por sus estudios, por su capacidad de desarrollar labores maternas de cuidado,

por el momento del parto que predominaba como una preocupación, por la situación económica, por la salud del bebé, entre otras.

Contrastando también se pueden inferir razones por las cuales se encontró una disminución de la depresión en el posparto que de igual forma se compara con la experiencia clínica en la atención individual, las cuales pueden ser:

- a) La Clínica como un factor protector que con su modalidad de intervención integral sirve como un andamiaje de la adolescente para poder llevar de mejor forma su embarazo y solucionar durante este muchos aspectos psicosociales que permiten que una vez nacido su bebé se hayan aliviado muchas preocupaciones.
- b) No se generaliza, sin embargo, muchas una vez nacido su bebé este pasa a representar felicidad, e incluso mejoran algunas relaciones familiares, manifiestan además el percibir al bebé como una motivación en sus vidas.

Estos puntos anteriormente señalados, permiten desde la Psicología guiar hacia donde debe de dirigirse la atención tanto individual como grupal, representan un punto de partida que si bien se basa en suposiciones producto de los datos y de la experiencia clínica, tiene gran relevancia para el trabajo con adolescentes embarazadas y madres.

Por último y como punto importante de destacar es el objetivo relativo a la psicoeducación en aras de potenciar estilos de vida saludables y la importancia de este para cada una de las intervenciones.

Si bien la psicoeducación propiamente se desarrolló mediante la elaboración de folletos y afiches, en cada intervención también se desarrollaba psicoeducación sobre diversas

temáticas que incluso iban más allá de la psicología propiamente e implicaban temas de ginecología y obstetricia, principalmente en la línea de desmitificar sobre muchas áreas como lo fue la sexualidad y la anticoncepción y en gran medida el abuso sexual donde predominaba una visión de culpabilización a la víctima por parte de los padres, o de minimización o normalización de la violencia sexual.

A manera de síntesis, debido a que los temas son extensos, se destacan puntos que se consideran de mayor relevancia y consistencia a lo largo de los seis meses de práctica y que son indicadores de áreas de trabajo para la Psicología y que se generalizan al trabajo con adolescentes fuera del servicio que sea que de la atención. Primero la sexualidad, y al asumir que las personas adolescentes tienen relaciones sexuales y que por ende, necesitan educación al respecto. Así como lo demuestran las estadísticas que indican que una elevada proporción de la población de Costa Rica inicia sus relaciones sexuales en la etapa de la adolescencia mostrando resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva realizada el año 2010, el 60,9% de los hombres y 49% de la mujeres de 15 a 19 años ya han tenido relaciones sexuales con penetración vaginal, esto se ve reflejado en la muestra clínica del presente trabajo donde la mayoría de las adolescentes atendidas como caso nuevo ya habían tenido relaciones sexuales, corroborando de cierta manera lo dicho por la encuesta.

Lo anterior demuestra que porcentajes realmente altos, y que ante la falta de educación sexual se exponen a riesgos sexuales y reproductivos ya que la literatura lo evidencia: se necesita educación en anticoncepción. Los modelos de promoción de la abstinencia no son suficientes y los adolescentes no poseen por ende sin esta educación la facultad para tomar decisiones acertadas la mayor parte del tiempo en cuanto a estos temas, los adolescentes en cuanto a la toma de decisiones en relación a su salud sexual y el uso de anticonceptivos,

evalúan las consecuencias de forma diferente a los adultos, resultando en decisiones más riesgosas con resultados adversos (Commendador, 2010) aunado a los planteamientos de Pérez (2002), quien señala que las adolescentes son víctimas de infecciones de transmisión sexual, a causa, entre otras razones, de la falta de información, a los sentimientos de vergüenza propios de su edad, y a la actitud consecuente de estas variables con que practican su actividad sexual.

En segundo lugar, el involucramiento de los padres o encargados del adolescente, se observa una tendencia donde al dejar de ser niñas hay en muchos casos un desprendimiento o una desvinculación de responsabilidades, donde se observa que a menor involucramiento y responsabilidad parental adecuados, mayores riesgos para la adolescente. Respaldo por la teoría donde Saleh y Hilton (2011) refieren el modelo de involucramiento de Lamb, Pleck, Charnov y Levine (1985, 1987), en el cual idealmente se habla de interacción, disponibilidad y responsabilidad, como aspectos claves y necesarios para el desarrollo del adolescente. Dentro del involucramiento de los padres se toma en cuenta el acompañamiento en muchos de los aspectos de relevancia en la adolescencia como lo es el establecimiento de relaciones de pareja, donde se observó en la población atendida una elevada cantidad de casos de relaciones impropias donde se hace evidente lo propuesto por diversos autores donde se parte de que parejas de mayor edad tienen mayor poder de decisión en la relación y puede que usen este poder para controlar y victimizar a sus parejas jóvenes, encontrándose estas ante un alto riesgo a su salud integral (Oudekerk, Guarnera y Reppucci, 2017).

Como tercer área de relevancia, partir de que en la actualidad el internet y las redes sociales corresponden a una parte primordial dentro de la vida de las personas, y las adolescentes no son una excepción como se pudo ver al menos en las estadísticas de casos

nuevos, y que si bien pueden tener un lado positivo como medio de comunicación, investigación y demás, también pueden representar una problemática muy grave como lo es el llamado “cyberbullying” o como ellas reportaban “me quemaron” al referirse a situaciones donde otra persona expone fotos suyas desnudas o de contenido erótico ante otras personas y estas se propagan. Parece entonces que Costa Rica no está exenta del planteamiento de Garaigordobil (2011) quien indica que estudios más recientes permiten concluir que en todos los países se constata una alta prevalencia del cyberbullying o acoso por medio de redes sociales y aparatos electrónicos, y que las mujeres víctimas representan un porcentaje significativamente mayor que al de los hombres. Y este tema se traslapa con el anteriormente señalado del establecimiento de relaciones, donde existe un riesgo elevado del desarrollo de relaciones con personas desconocidas por estos medios que conllevan a riesgos como violencia y explotación sexual por ejemplo.

Como última área se encuentra la validación de emociones de la persona adolescente, y salirse de los estereotipos o de la normalización de conductas que podría pensarse que son pasajeras y propias de la adolescencia pero que pueden terminar agravándose, por ejemplo las conductas autolesivas y la ideación suicida indicada por Hu, Taylor, Li y Glauert (2017) con una prevalencia global entre los adolescentes ronda el 16% y se ha considerado en términos de funcionalidad como una estrategia de afrontamiento desadaptativa para regular el dolor emocional que ha sido resultado de experiencias aversivas y traumáticas, el hecho de que exista una alta prevalencia así como que indique una dificultad para el afrontamiento de las emociones, representa una alerta hacia los profesionales en psicología, un llamado de atención de que la población adolescente es algo más que todos esos estereotipos que rondan en la cultura.

En síntesis, la adolescencia corresponde a una etapa de la vida en la que es necesario intervenir, y en la que existe mucho potencial para trabajar, sin embargo, muchas veces son los estereotipos y la estigmatización que detienen la inserción de profesionales en el área, sin embargo, una vez que se logra involucrar y tener una mejor perspectiva de la adolescencia se adquiere una nueva visión y se vuelve incluso mejor la experiencia profesional, siendo de gran satisfacción recibir el agradecimiento de las adolescentes al final de los procesos, recibir muestras de cariño, percibir un ambiente de confianza, recibir una buena retroalimentación por parte de los profesionales con los que se trabajó, siendo estos últimos incluso los resultados más importantes que indican que realmente se cumplió con el objetivo.

IX. Conclusiones

- La inserción de la sustentante dentro del servicio de Psicología y en general de la Clínica de Adolescentes, brindó beneficios de ambos lados, para la sustentante en la medida de que brindó la experiencia deseada de inserción en el rol de un profesional en Psicología de la Salud, y por otro lado un beneficio para el servicio ya que muchas veces al contar con una sola psicóloga para la atención total de la Clínica, se dificulta la atención debido a cuestiones de espacio en la agenda.
- La inserción de la Psicología en el área de la Ginecología y la Obstetricia, ha sido poco común al menos desde la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica. Sin embargo, representa un área en la cual hay una gran cantidad de trabajo por realizar, y muchas necesidades en la población al menos en las adolescentes que fueron las que se abordaron en esta práctica, sin embargo, no sería extraño suponer que en la atención de mujeres adultas también existen necesidades.
- Los aprendizajes y la formación alcanzada a lo largo de los 6 meses constituye un amplio rango de habilidades clínicas propias de un profesional en Psicología de la Salud, desde cuestiones básicas como empatía, mejora en la calidad de la escucha, hasta algunas más complejas o precisas del ambiente hospitalario como lo son la realización de notas, el trabajo interdisciplinario, el conocimiento de cuestiones técnicas de Ginecología y Obstetricia para comprender mejor ciertas condiciones de las pacientes, en términos generales fueron múltiples las habilidades desarrolladas o mejoradas que brindan un complemento ideal a todos los recursos teóricos utilizados desde previo, durante y posterior a la práctica.
- Muchos de los temas abordados representan problemas de salud pública, de lo cual es necesario que existan mayores y mejores intervenciones organizacionales,

políticas, económicas y demás que impliquen en medidas que mejoren la salud de las personas. El tema del embarazo adolescente, por ejemplo, una de las temáticas centrales del presente informe, indica que aún hay muchos faltantes en cuanto al tema de educación sexual y prevención, que además acarrea una serie de consecuencias psicosociales para diversas personas, en un solo caso se podría hablar de: implicaciones para la familia, implicaciones para la adolescente, implicaciones para el bebé que nace. Por ende la prevención va más allá de un objetivo de salud únicamente, se trata de incidir en el sistema de salud nacional, en la economía, y en el sistema educativo del país.

- Es necesario ampliar el impacto de la Psicología, es necesario buscar nuevas áreas de inserción y plantear los aportes de la Psicología en estos, y una vez realizados, documentar todos estos avances y darlos a conocer, para que sirvan como modelo a otras personas, organizaciones, instituciones y demás.

X. Recomendaciones

A la Clínica de Adolescentes del HCG:

- a. Fomentar la realización de prácticas dirigidas en la institución y elaborar una estructura acorde a las necesidades que presenta la institución, con el fin de poder beneficiarse en aquellas áreas en las cuales pareciera haber mayor falta.
- b. Tener mayor coordinación con la escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, ya que hay muchas investigaciones, iniciativas, proyectos y demás para los cuales la clínica podría representar un recurso y esta a su vez podría verse beneficiada.
- c. Reconocer y darle un mayor énfasis a las necesidades del servicio de Psicología ya que cuenta con únicamente con una psicóloga a cargo y la demanda es sumamente elevada, y que a pesar de esto los resultados del trabajo de este servicio son excepcionales.
- d. Mantener esa modalidad interdisciplinaria de trabajo que caracteriza y distingue a la Clínica de Adolescentes sobre otras instituciones, que incluso puede servir como ejemplo para muchos otros servicios de la CCSS.
- e. Dar a conocer y divulgar los numerosos alcances que tiene la Clínica de Adolescentes en cuanto a prevención y promoción de la salud. Instituciones de tan alto nivel con un alto grado de compromiso de sus profesionales, deben de ser reconocidas.

A la escuela de Psicología de la UCR:

- a. Fomentar la diversidad en cuanto a la inserción profesional. Existen muchas áreas de las cuales la Psicología puede ser un recurso muy importante, sin embargo parece haber una tendencia por las tradicionales.
- b. Brindar mayor apoyo en cuanto a la coordinación de espacios con instituciones, empresas y demás para que existan opciones de inserción variadas.
- c. Mantener la relación con las instituciones con las que se han realizado otras prácticas dirigidas debido a que puede ser útil para otros estudiantes.
- d. Fomentar a Psicología basada en evidencia, como una forma de garantizar que la inserción profesional sea ética y de utilidad.

Referencias

- Arranz, C., Aguirre, W. & Ruiz, J. (2008). Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto. *Ginecología obstétrica México*, 76 (6), 341-348.
- Balen, A. (2007). *Reproductive endocrinology*. Estados Unidos: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Bados, A. & García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.
- Baeza, B., Póo, A., Vázquez, O., Muñoz, S. & Vallejos, C. (2007). Factores de riesgo y factores protectores del embarazo adolescente. *Revista chilena obstétrica y ginecológica*, 72 (2), 76-81.
- Basker, M., Moses, P., Russell, S. & Swamidhas, P. (2007). The psychometric properties of Beck Depression Inventory for adolescent depression in a primary-care paediatric setting in India. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 1-8.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory Second Edition. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bembnowska, M. & Josko, J. (2015). What causes depression in adults?. *Pol J Public Health*, 125 (2), 116-120.
- Bergink, V., Kooistra, L., Lambregste, M., Wijnen, H., Bunevicius, R., Van Baar, A. & Pop, V. (2011). Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. *Journal of Psychosomatic research*, 70, 385- 389.
- Bisquerra, R. & Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82.

Brunner, M. (2008). Asesoría psicológica ¿Cuándo y cómo?. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 54 (3), 199-202.

Caracterización de una muestra de población y su motivo de consulta en la Clínica de Adolescentes del Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia. (s.f). Recuperado el 18 de agosto del 2016, de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ays/1n1/Caracterizacion.htm>

Caja Costarricense del Seguro Social. *Guía de Atención Integral a las Mujeres Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto*. [En línea], Costa Rica. 2009. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/libros/guiaprenatal09.pdf>

Caja Costarricense de Seguro Social Programa Atención Integral de la Adolescencia. (s.f). recuperado el 18 de agosto del 2016, de <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/programa.htm>

[Cavanagh, S., Riegle, C., Crosnoe, R. \(2007\). Puberty and the education of girls. *Social psychology quarterly*, 70 \(2\), 186-198.](#)

Cervantes, R., Goldbach, J., Varela, A., Santiesteban, D. (2014). Self harm among Hispanic adolescents: Investigatin the role of culture related stressors. *Journal of adolescent health*, 55, 633-639.

Chacón, A. (2010). Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser, Caso Clínico. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 117 (592), 135-138.

Commendador, K. (2005). Parental Influences on Adolescent decisión making and contraceptive use. *Pediatric nursing*, 36 (3), 145-170.

- Devi, S., Pradhan, R., Tran, T., Gualano, R. & Fisher, J. (2016). Reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting perinatal common mental disorders (PCMDs) among women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 1-19.
- Delaine, M. Ohl, J. (2014). Sexual activity and quality of life in patients with Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser síndrome. *Gynecologie Obstetrique & Fertilité*, 42, 865-871.
- Díaz, M.I., Ruíz, M.A., Villalobos, A., Paz, M. (2012). Terapias y técnicas de exposición. En *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*, 2da. Edición (Ruiz, Díaz & Villalobos, Eds). Editorial UNED: España.
- Edozien, L. (2015). Beyond biology: the biopsychosocial model and its application in obstetrics and gynaecology. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, 122, 900-903.
- Espíndola, J. (2007). Guía clínica de intervención psicológica de la paciente ginecológica y obstétrica hospitalizada. *Perinatología reproductiva humana*, 21, 22-32.
- Fisher (2011). Adolescence: Developmental stage and mental health morbidity. *International Journal*, 57, 13-19.
- Garaigordobil, M. y Alisi, J. (2013). Ciberacoso (“Cyberbullying”) en el País Vasco: diferencias de sexo en víctimas, agresores y observadores. *Behavioral Psychology*, 21 (3), 461-474.

- Garduño, C., Riveros, A. & Sánchez, J. (2010). Calidad de vida: efectos de una intervención cognitivo- conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1 (1), 69-80.
- Giacomin, L. & Leal, M. (2012). Características del control prenatal de pacientes adolescentes atendidas en la consulta de obstetricia Hospital “Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia”. *Acta médica costarricense*, 54 (2), 97-101.
- Gómez, C., Vinaccia, S. & Quinceno, J. (2015). El síndrome de ovario poliquístico: aspectos psicológicos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 80 (4), 341-347.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medicine and Psychology*, 32, 50-55.
- Hu, N., Taylor, C., Li, J., Glauert, R. (2017). The impact of child maltreatment on the risk of deliberate self harm among adolescents: A population- wide cohort study using linked administrative records. *Child abuse & Neglect*, 67, 322-377.
- Huan, Y., Liu, H., Sun, F., Tsai, F., Huang, K., Chen, T., Huan, Y., Liu, S. (2017). Relationship between predictors of incident deliberate self harm and suicide attempts among adolescents. *Journal of adolescent health*, 60, 612-618.
- Ko, C., Liu, T., Wang, P., Chen, C., Yen, C. & Yen, J. (2014). The exacerbation of depression, hostility, and social anxiety in the course of Internet addiction among adolescents: A prospective study. *Comprehensive psychiatry*, 55, 1377-1384.
- Kowalyk, K., Hadjistravropoulos, H. & Jones, S. (2009). What impact does pregnancy have on anxiety about health?. *Journal of Psychosomatic obstetrics and gynecology*, 30 (4), 223-230.

- Lau, J., Molina, W., Andrino, R., Reyes, C. (2009). Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser. *Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología*, 14 (1), 11-14.
- Lee, S., Foote, J., Wittrock, Z., Xu, S. & Niu, L. (2017). Adolescents' perception of peer groups: Psychological, behavioral, and relational determinants. *Social science research*, 65, 181-194.
- Llewellyn, S. & Kennedy, P. (2003). *Handbook of clinical health psychology*. Reino Unido: Wiley.
- Logsdon, C., Usui, W. & Nering, M. (2009). Validation of Edinburgh postnatal depression scales for adolescent mothers. *Arch Womens Health*, 12, 433-440.
- Mesch, G. (2009). Social bonds and Internet pornographic exposure among adolescents. *Journal of adolescence*, 32, 601-618.
- Melipillán, R., Cova, F. & Rincón, P. (2008). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II. *Terapia psicológica*, 26 (1), 39-69.
- Ministerio de Salud. (2010). *Plan estratégico nacional de salud de las personas adolescentes 2010-2018. – 1ª. ed.* San José, Costa Rica: El Ministerio.
- Ministerio de Salud. (2010). *Informe de la encuesta de salud sexual y reproductiva*. Recuperado de: <http://www.unfpa.or.cr/index.php/documentos-y-publicaciones-14/informes-unfpa-nacionales-y-mundiales/88-informe-de-resultados-encuesta-nacional-de-salud-sexual-y-reproductiva-costa-rica-2010/file>

- Molero, K., Urdaneta, J., Sanabria, C., Baabel, N., Contreras, A., Azuaje, E. & Baabel R, N. (2014). Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79 (4), 294-304.
- Morrison, V & Bennet, P. (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid, España: Pearson.
- Newman, K., Harrison, L., Dashiff, C. & Davies, S. (2008). Relationship between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16 (1), 142-150.
- Oudekerk, B., Guarnera, L. & Reppucci, D. (2017). Older opposite-sex romantic partners, sexual risk, and victimization in adolescence. *Child abuse & neglect*, 38, 1238-1248.
- Olivares, M. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en psicología Latinoamericana*, 22, 29-48.
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology*. Texas, Estados Unidos: Open University Press.
- Ortega, R., Calmaestra, J. y Mora Merchán, J. (2008). Cyberbullying. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 8 (2), 183-192.
- Peltzer, K. & Pengpid, S. (2016). Risk and Protective Factors Affecting Sexual Risk Behavior Among School-Aged Adolescents in Fiji, Kiribati, Samoa, and Vanuatu. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 28 (5), 404-415.
- Phillips, A. (2011). Congruence research in behavioral medicine: methodological review and demonstration of alternative methodology. *J Behav Med*, 36, 61-74.

Proyecto de Integración y Desarrollo Mesoamérica (2015). *Proyecto de salud Mesoamérica*.

Recuperado de: <http://www.dnicostarica.org/wp-content/themes/sahifa/Gacetillas/2014/proyecto-salud-mesoamerica-2015.pdf>

Rice, E., Winetrobe, H., Holloway, I., Montoya, J., Plant, A. & Kordic, T. (2015). Cell Phone Internet Access, Online Sexual Solicitation, Partner Seeking, and Sexual Risk Behavior Among Adolescents. *Arch Sex Behav*, 44, 755-763.

Rossow, I. & Wichstrom, L. (2010). Receipt of Help After Deliberate Self-Harm Among Adolescents: Changes Over an Eight-Year Period. *Psychiatric services*, 61 (8), 783-787.

Saleh, M. & Hilton, J. (2011). A Comparison of the Paternal Involvement of Low-Income Fathers in Four Developmental Stages: Adolescence, Young Adult, Adult, and Midlife. *The family journal*, 19, (1), 47-55.

Santelli, J., Duberstein, L., Finer, L. & Singh, S. (2007). Explaining recent declines in adolescent pregnancy in the United States: The contribution of abstinence and improved contraceptive use. *American Journal of Public Health*, 97 (1), 150-156.

Schwarzer, R. (2016). Health behavior change: theory and digital interventions. *International Union of Psychological Science*, 658- 712.

Stotland, N. & Stewart, P. (2001). *Psychological aspects of women's health care*. Londres, Inglaterra: American Psychiatric Press.

Sociedad Psicológica Británica. (2007). *Guía de manejo y servicio clínico en salud mental prenatal y postnatal*. Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg45?unlid=101829663620151372047?print=true>

Sperry, L. (2009). *Treatment of chronic medical conditions*. Washington, Estados Unidos: APA.

Toumbourou, J., Olsson, C., Rowland, B., Renati, S., Hallam, B. (2014). Health psychology Intervention in key social environments to promote adolescent health. *Australian Pshychologist*, 49, 66- 74.

Universidad de Costa Rica (UCR) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2015). VII Informe Estado de los Derechos de la Niñez y Adolescencia en Costa Rica. San José, Costa Rica.

Young, R., Len, M. & Young, H. (2017). Romantic motivations for social media use, social comparison, and online aggression among adolescents. *Computers in human behavior*, 75, 385-395.

Anexos

Anexo 1: Entrevista Caso Nuevo

**HOSPITAL CALDERON GUARDIA
CLINICA DE ADOLESCENTES
PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

I DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

FECHA: _____

Datos generales

Nombre:

Número de expediente

Fecha de nacimiento:

Lugar de residencia:

Teléfonos:

Características sociodemográficas

1. Edad:

2. Nacionalidad:

3. Estado civil: 3.1 Soltero(a) ___ 3.2 Casado () 3.3 Unión libre () 3.4 Separado () 3.5 Otro ()

4. Ocupación: 4.1 Estudiante actual () 4.2 No estudia () 4.3 Empleada formal () 4.4 Empleada informal ()

5. Nivel educativo: 5.1 PI ___ 5.2 PC ___ 5.3 SI ___ 5.4 SC ___ 5.5 TI ___ 5.6 TC ___ 5.7 UI ___ 5.8 UC ___

6. 6.1 Nombre del colegio o institución: _____ 6.2 Cambios de institución: Si () No () Especifique 6.3 Repitente Si () No () Cuáles años. _____ Explique motivo. _____

6.4 Rendimiento académico:

6.5 Adecuaciones curriculares: Si () No () Tipo de adecuaciones ___

7 Vive con: 7.1 Ambos padres () 7.2 Madre () 7.3 Padre () 7.4 Abuelos () 7.5 Suegros () 7.6 Pareja afectiva ()
7.7 Institución () 7.8 Otro () _____

Datos generales de los padres

8. Madre () Cuidadora primaria () _____

Nacionalidad: Número de cédula: Teléfono: Edad: Profesión:

9. Padre () Padrastro () _____

Nacionalidad: Número de cédula: Teléfono: Edad: Profesión:

II MOTIVO DE CONSULTA:

III ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

1. Enfermedades médicas () _____
2. Enfermedades psiquiátricas () _____
3. Alcoholismo () Drogas () _____
4. Violencia intrafamiliar () _____

Toman medicamentos para su control Si () No () Especifique:

IV ANTECEDENTES PERSONALES

Condiciones médicas y tratamiento previo

1. Cuáles condiciones médicas y/o físicas han estado presentes? Internamientos? Duración, frecuencia, intensidad de la sintomatología? De qué manera han tenido influencia las condiciones médicas y/o psicológicas en el funcionamiento de la joven?Cuál ha sido la respuesta del joven y su familia hacia el tratamiento en el pasado?

Situaciones de riesgo de daño a sí mismo

1. Intentos de daño: Si () No ()
2. Especifique:

El primero:

El más severo:

El más frecuente:

3. Uso de alcohol? Si () No ()
4. Consumo de tabaco? Si () No ()
5. Consumo de drogas? Si () No ()

Estrategias de afrontamiento. Cómo lo resolvieron? Necesitó apoyo médico?

Búsqueda de apoyo ()

Evitación cognitiva ()

Descarga emocional ()

Aceptación/Resignación ()

Solución de problemas ()

Análisis lógico ()

Reevaluación positiva ()

Actividades e intereses. Cualidades.

Sondear aislamiento social, extroversión, introversión. Cuáles son las actividades que realiza? Deportes? Quiénes son los amigos? Desde hace cuánto ha establecido amistades? Desde hace cuánto tiene tales amigos?

V RELACIONES FAMILIARES

Incluye el sondeo si se presentó o no alguna situación conflictiva durante el desarrollo en sus primeros meses de vida y/o durante la actual consulta: **separación, divorcio, drogas en familia, pérdidas significativas** (de trabajo, de algún familiar, etc). **Cambios de domicilio.**

1. Cómo ha sido la relación entre el joven y cada cuidador primario?
 2. Cómo es el clima al interno de la familia? Conflictivo? Cálido?, Permisivo?
 3. Ha sido el joven testigo-víctima de violencia doméstica? Si () No () Tipo _____
 4. Ha sido víctima de abuso sexual? _____ Cuándo? _____
- Denuncia interpuesta? _____

GENOGRAMA

Prácticas disciplinarias

1. Cuáles han sido las técnicas de disciplina utilizadas? Cuáles técnicas han tenido buen resultado y cuáles no?
- 2.Cuál ha sido el “estilo parental”: exigente, autoritario, permisivo, negociador, conciliador, indulgente, etc?
3. Están de acuerdo ambos padres y/o cuidadores con la disciplina? Existen diferencias. Se desautorizan o comparten decisiones?

SI AMERITA, PREGUNTE POR EL DESARROLLO INFANTIL.

1. Desarrollo embarazo?
2. Desarrollo psicomotor?
3. Lactancia materna?
4. Lenguaje?
5. Social-amigos? Interacción social?
6. Rendimiento académico escolar? Deserción, expulsiones, repitencia?
7. Patrones de sueño, alimentación?
8. Descripción del temperamento?
9. Presencia de violencia intrafamiliar? Historia de abuso sexual? Otros.
10. Enfermedades – Visitas al médico?

ENTREVISTA CON LA ADOLESCENTE

Actividad sexual:

Edad inicio relaciones sexuales (VSA): _____

Número de compañeros sexuales: _____

Ha utilizado métodos de anticoncepción: Si () No () Especifique _____

Actual utiliza: Si () No () Especifique _____

ITS _____

Embarazo Si () No () Edad gestacional

Planeado Si () No () A qué edad deseaba embarazo? ()

Si aplica: Cuáles motivos adelantaron el embarazo?

- No se conocían métodos de anticoncepción
- No se utilizaron métodos de anticoncepción
- Incorrecto uso de anticoncepción /Por olvido Por dificultad de acceso a los mismos Otros
- Incorrecto uso del preservativo /Por desconocimiento Por olvido Por dificultad de acceso al mismo
- Otros
- No era negociable uso del preservativo (uno de los dos no quería utilizarlo)
- Relación sexual sin consentimiento (asalto sexual)
- Otro _____

Fechas de curso de preparación para el parto: _____

Pareja actual:

Es el padre del niño: Si No

Tiempo de relación:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Familia acepta al novio: Si No Otro Especifique

Anexo 2:

ESCALA DEPRESIÓN DE EDIMBURGO PARA EMBARAZO¹ Y POSPARTO.²

Escala Depresión de Edimburgo para Embarazo y Posparto

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días

1	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	a) Tanto como siempre b) No tanto ahora c) Mucho menos ahora d) No, nada	
2	He disfrutado mirar hacia delante	a) Tanto como siempre b) Menos que antes c) Mucho menos que antes d) Casi nada	
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente	a) No, nunca b) No con mucha frecuencia c) Sí, a veces d) Sí, la mayor parte del tiempo	
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	a) No, nunca b) Casi nunca c) Sí, a veces d) Sí, con mucha frecuencia	
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	a) No, nunca b) No, no mucho c) Sí, a veces d) Sí, bastante	
6	Las cosas me han estado abrumando	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	a) No, nunca b) No con mucha frecuencia c) Sí, a veces d) Sí, la mayor parte del tiempo	
8	Me he sentido triste o desgraciada	a) No, nunca b) No con mucha frecuencia c) Sí, a veces d) Sí, la mayor parte del tiempo	
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	a) No, nunca b) Sólo ocasionalmente c) Sí, bastante a menudo d) Sí, la mayor parte del tiempo	
10	Se me ha ocurrido la idea de haceme daño	a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Sí, bastante a menudo	

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada:

a) = 0 puntos; b) = 1 punto; c) = 2 puntos d) = 3 puntos

El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

Ley N° 9406 de Relaciones Impropias

Objetivo: Fortalecimiento de la protección legal de las niñas y las adolescentes mujeres ante situaciones de violencia de género asociadas a relaciones abusivas.

Relaciones sexuales con menores de edad *



Victima	Autor	Pena
Mayor de 13 y menor de 15 años	5 o más años mayor que esta edad	Prisión de 3 a 6 años
Mayor de 15 y menor de 18 años	7 o más años mayor en edad	Prisión de 2 a 3 años
Menor de edad	Tener con respecto a la víctima relación de consanguinidad, afinidad, sea tutor, posición de confianza o autoridad, medie o no relación de parentesco	Prisión de 4 a 10 años

Abusos sexuales contra personas menores de edad y personas incapaces

Victima	Autor	Pena
Persona menor de edad o incapaz	Quien se valga de su relación de confianza o autoridad con la víctima o familia, medie o no relación de parentesco *Siempre y cuando no constituya delito de violación	Prisión de 3 a 8 años
Persona menor de 15 años		Prisión de 4 a 10 años



Legalmente imposible el matrimonio para:



- Quien adopta y la persona adoptada y sus descendientes
- Hijos e hijas de adoptivos de la misma persona
- La persona adoptada y los hijos e hijas de quien adopta
- La persona adoptada y el excónyuge de quien adopta
- La persona que adopta y el excónyuge de quien es adoptado
- De la persona menor de dieciocho años

Suspensión de la patria potestad:

- Por mayoría de edad adquirida
- Por declaratoria judicial de abandono
- Cuando la persona menor de edad haya sido objeto de violación, abuso sexual, corrupción o lesiones graves o gravísimas de quienes la ejerzan



* Se considera cualquier vía: anal, oral, vaginal o por introducción de objetos, siempre y cuando no sea violación.



Clínica de Adolescentes. Hospital Calderón Guardia

¿Cómo mejorar el autoestima?

1. Reconozco tanto mis fortalezas como mis debilidades
2. Expreso lo que necesito, quiero y pienso de forma respetuosa, soy asertivo
3. Establezco límites cuando considero que es necesario
4. Procuero no compararme con otras personas
5. Busco ayuda de mis seres queridos cuando tengo un problema



Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
Servicio de Ginecología
Psicología Clínica

HOSPITAL
RAFAEL ANGEL
CALDERÓN
GUARDIA

CLÍNICA DE
ADOLESCENTES

AUTOESTIMA

SERVICIO DE
GINECOLOGÍA

Autoestima

Es la percepción que tengamos de nosotros y nosotras mismas, cómo nos evaluamos, qué capacidades creemos tenemos, y en general una percepción de mi totalidad como persona. Tiene varios componentes:

Autoimagen: ¿cómo me veo?
Es la fotografía que tenemos de nosotros y nosotras mismas, es además la imagen que construimos de nuestro cuerpo

Autoconfianza: "yo puedo":
Darme cuenta que soy capaz de cumplir lo que me propongo



Autocontrol: Tengo control de mis acciones y pensamientos, realizo acciones que me hagan sentir bien y que contribuyan a mi salud física y mental



Autoafirmación: "me respeto", "soy importante" me trato con respeto en todas las relaciones humanas, siendo auténtico

Autovaloración: "yo valgo", mi valor independiente de lo que digan o hagan los demás



Autorealización: ¿quién soy yo? ¿que quiero en mi vida?, todo aquello que quiero cumplir y mis esfuerzos para esto



La familia: comentarios negativos hacia los hijos, cuando se humilla a las personas o se les trata mal. Situaciones de violencia o agresión, sobre todo en la niñez y la adolescencia

¿Qué afecta el autoestima?



La escuela y las personas cercanas que tengamos ahí, los malos tratos de compañeros, acoso escolar, burlas, entre otras formas de violencia

Recuerda que tienes derecho a:

- Conocer tu cuerpo
- Una sexualidad plena y satisfactoria
- Estar informada y tomar decisiones
- Recibir asesoría en salud sexual y reproductiva

"Que nada nos limite, que nada nos defina, que nada nos sujete, que la libertad sea nuestra propia sustancia."

Simone De Beauvoir

Folleto Informativo

Clínica de Adolescentes

"De mujeres para mujeres"

Servicio de Ginecología
Hospital R.A. Calderón Guardia

Cada una de nosotras es única... Tenemos nuestros gustos, necesidades y características. Y tenemos un cuerpo que nos identifica. Nos vemos al espejo y sabemos que esa que está allí, es nuestra imagen.

¡Sos vos!

Así mismo, cada mujer tiene una parte del cuerpo llamada vulva, a la cual la naturaleza la dibujó como una hermosa flor, cada flor es distinta, única. Es delicada y requiere cuidados.



La vagina es el tallo de esa flor, y vos irás creando ese tallo con consistencia y perseverancia

¿Qué es la dilatación vaginal?

- Es un procedimiento en el cual se utiliza un dispositivo cilíndrico, para realizar una presión suave y progresiva en el espacio ubicado entre los labios menores y por debajo del orificio uretral (donde sale la orina)



Y entonces... ¿Cómo empiezas?

- 1 Tomar un baño caliente, para relajar tu cuerpo. Puedes aprovechar y rasurar el vello púbico

Busca un lugar con privacidad y un momento donde dispongas de tiempo

- 3 Revisa tu kit de dilatación que tiene:
 - Dilatadores
 - Preservativos
 - Lubricante
 - Espejo
 - Instrucciones de uso

Es tiempo de la exploración... Acostada, utiliza el espejo para conocer el área vulvar, ubica la entrada con tus dedos. Recuerda que esta zona es sensible

- 5 Elige el dilatador según el tamaño recomendado, cúbrelo con el preservativo, ponle el gel lubricante para que sea más fácil introducirlo.

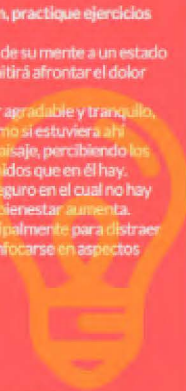
Introduce el dilatador durante 45 minutos o 1 hora, dividido en 3 tiempos de 15 o 20 minutos. Así vas creando el tallo

- 7 Una vez terminada la dilatación, lava y seca muy bien los dilatadores, desecha los preservativos, y guarda todo de nuevo en un lugar seguro

Anota todos aquellos aspectos importantes, dolor, incomodidad, dudas

- 8 Asiste a todas las citas para poder ir viendo tu progreso

5. Junto con la relajación, practique ejercicios de imaginación. Lleve su cuerpo a través de su mente a un estado de armonía, esto le permitirá afrontar el dolor con mayor capacidad. Piense ahora en un lugar agradable y tranquilo, permítase recorrerlo como si estuviera ahí mismo, visualizando el paisaje, percibiendo los aromas, los colores y sonidos que en él hay. Piense que es un lugar seguro en el cual no hay dolor y su sensación de bienestar aumenta. Esta técnica se usa principalmente para distraer la atención del dolor y enfocarse en aspectos positivos.



6. Combine estas técnicas usando su creatividad. Cada una de estas técnicas usted las puede practicar durante su internamiento o en su casa, y así comprobar que el dolor tiende a disminuir porque logra percibirlo y manejarlo de forma diferente.



Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
Servicio de Ginecología
Clínica de Adolescentes

¿Qué hago con este dolor?



Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
Servicio de Ginecología
Psicología Clínica

El dolor

El dolor asociado a la enfermedad es una realidad que se puede tratar para tener una mejor calidad de vida.

Si usted tiene dolor derivado de enfermedad oncológica, es importante que conozca acerca de las opciones de tratamiento tanto a nivel médico como psicológico.

Sobre la importancia de tratar el dolor

El dolor intenso provoca en las personas alteraciones en sus emociones y estado de ánimo, así como dificultades para dormir y sensación de pérdida de control de sobre sus vidas.

Conectarse con el dolor

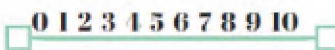
Cuando usted establece una relación más directa con el dolor, descubre que si lo observa, siempre hay forma de controlarlo y reaccionar más activamente ante él.

Es necesario que logre observar y conectarse con lo que le está sucediendo en su cuerpo.

Una forma de hacerlo es describir:

Cómo se experimenta:
Frecuencia: Cada cuánto siente el dolor: permanente, intermitente, solamente en cierta posición corporal, etc.
En qué parte del cuerpo?

Intensidad:



Recomendaciones Psicológicas

1. Procure informarse acerca de las causas y posibles tratamientos para su dolor.

Las personas con conocimiento acerca de su dolor, logran tener una actitud más receptiva a la ingesta de medicamentos y logran la disminución del miedo de dependencia a los analgésicos, y un mejor control de la intensidad del dolor.



2. Exprese su emociones derivadas del dolor, hable sobre sus mayores temores. Esto le permitirá externalizar la angustia e impotencia psicológica.

Las emociones suelen retroalimentar una espiral de culpa, rabia y lastima por uno mismo. No es fácil enfrentarse a la propia negatividad, a veces puede llegar a ser humillante y cada vez que usted logra expresar sus emociones, su nivel de control puede mejorar y llegar a estar más tranquilo (a).



3. Identifique los pensamientos negativos que le surgen y sustitúyalos por pensamientos positivos.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional compleja que se ve afectada por los pensamientos, sentimientos y conductas. La corrección de esos pensamientos favorece el alivio de los síntomas y ayuda a contrarrestar la visión de túnel que surge a causa del dolor. Si usted logra pensar en positivo, puede reducir los niveles de ansiedad y depresión. Los ejemplos a continuación le darán una idea de cómo aplicar este principio.

Negativo -	Positivo +
El dolor no se acaba	Si que se pasara
Me desespero mucho	Puedo tener control
Nunca me parga mal	A veces me parga mal

4. Practique ejercicios de respiración consciente, estos le ayudarán a tener un estado más sereno aún en medio de las crisis de dolor.

Inhale aire por su nariz tan profundo como pueda, cuente despacio hasta tres y lentamente deje salir el aire por su boca.



Mis derechos tras la pérdida

- Hablar de mi dolor siempre que tenga deseos de hacerlo.
- Que los demás me ayuden a sobrellevar el dolor.
- Disgustarme con los problemas normales y cotidianos.
- Utilizar mi fe en Dios para encontrarme mejor.
- Preguntarme el porqué de la pérdida.
- Recordar la situación y hablar sobre eso.
- Seguir adelante, y con el tiempo sentirme bien.

Recomendaciones para superar el duelo

- Sea amable y compasivo con usted mismo y permítase estar en duelo.
- Registre y exprese las emociones que surjan.
- Permítase estar en silencio si así lo necesita.
- Posponga algunas decisiones importantes.
- Evite el consumo de alcohol, drogas o tabaco
- Busque apoyo de un familiar y/o amigo cercano que lo escuche.
- Participe de un grupo de apoyo para personas que experimentan un duelo.
- Elaborar el duelo no es olvidar, es recordar lo perdido sin dolor.



Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
Servicio de Ginecología
Psicología Clínica

Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón
Guardia
Servicio de Ginecología
Clínica de Adolescentes

Duelo

"Lo que una vez disfrutamos, nunca lo perdemos. Todo lo que amamos profundamente se convierte en parte de nosotros mismos"
Hellen Keller

¿Qué es el Duelo?

Es un proceso de elaboración de una pérdida, para alcanzar la adaptación y armonización frente a la nueva realidad (estar sin lo que se perdió).

Cada persona experimenta la pérdida de diferentes formas y requiere el tiempo que sea necesario para lograr esa aceptación.

Etapas de este camino

Etapas de incredulidad o negación: por ejemplo "esto no puede ser real", "no ha fallecido".

Etapas de la regresión y la tristeza: Dejamos salir el dolor profundo provocado por la pérdida, a través del llanto, ideas de desesperanza, fatiga y/o cambios en el apetito y en el sueño.

Etapas del enojo: Nos sentimos molestos por la situación. Podríamos inclusive dudar de creencias religiosas, criticar el actuar del equipo médico, o podría el enojo dirigirse a la vida misma

Etapas de culpa:

Experimentamos auto reproches por la situación. Nos decimos "nada de esto hubiese pasado si yo hubiese hecho ...", "fue mi culpa".

Etapas de la desolación: Es esa sensación de vacío, de que lo perdido no regresará.

Etapas de la aceptación:

Logramos reconocer que a pesar de la pérdida, hay un lugar especial y único que guarda su recuerdo eternamente.

Formas adaptativas de expresar el enojo

- Reconozco de mejor forma mis emociones
- Me doy "tiempo fuera" retirándome de la situación que me enoja
- Respiro profundo y continuo para el autocontrol
- Practico algún deporte o actividad que me distraiga, como bailar, escuchar música, pintar u otras
- Hablo con alguien de confianza sobre la situación



Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
Servicio de Ginecología
Psicología Clínica

Hospital Rafael Ángel
Calderón Guardia
Servicio de Ginecología

Clínica de Adolescentes

Psicología Clínica

Comprendiendo mis emociones

Manejando mi enojo



Emociones

Son reacciones normales producto de la percepción e interpretación de situaciones diarias. Estas reacciones que muchas veces deben de ser moduladas.

¿Qué pasos hay que seguir para ser mas consciente de mis emociones?

- 1 Identificar que es lo que estoy sintiendo
- 2 Aceptar como me siento con respecto a la situación que enfrento
- 3 Expresarla de la mejor manera posible



¿Cómo regularme?



Alto, tranquilízate antes de actuar
Piensa soluciones y sus consecuencias
Adelante con la mejor solución



Enojo

El enojo es un estado emocional que varía en intensidad. Varía desde una irritación leve, hasta una furia e ira intensa (APA, 2014)

Manifestaciones de mi enojo:

- Tomo distancia o al contrario reacciono de forma abrupta
- Mi apetito y mis hábitos de sueño cambian
- Tenso los puños u otras partes de mi cuerpo, y puedo sentir ganas de golpear, alzar la voz o insultar
- Me siento irritable, con ansiedad o incluso tristeza



Qué puedo hacer?

1. Habla con alguien de confianza de lo que está ocurriendo
2. Date la oportunidad de recibir ayuda profesional
3. Realiza la denuncia respectiva

HOSPITAL RAFAEL
ÁNGEL CALDERÓN
GUARDIA

CLÍNICA DE
ADOLESCENTES

MITOS Y REALIDADES DE
LA VIOLENCIA SEXUAL



Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
Servicio de Ginecología
Psicología Clínica

PSICOLOGÍA CLÍNICA

Violencia Sexual

Es toda acción que obliga a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que sea en contra de la voluntad personal.

Nunca es tarde para recuperarse y salir adelante

Mitos

1. Los niños y las niñas mienten o inventan sobre lo que les pasó
2. Es poco frecuente
3. Solo ocurre entre "enfermos mentales"
4. Las personas con conductas abusivas son extrañas a la familia
5. Las mujeres lo buscan por "provocativas"
6. Las víctimas callan porque "les gusta".

Realidades

1. Los niños y las niñas no mienten sobre lo que les pasó
2. Aproximadamente un 20% de las mujeres han revelado haber sufrido de abuso sexual
3. La mayoría de personas con conductas sexuales abusivas no tienen antecedentes criminales ni son enfermos mentales
4. Usualmente son familiares o amigos cercanos
5. La responsabilidad total es de quien comete el abuso
6. Las víctimas tienen miedo o son amenazadas, por eso no hablan de lo ocurrido.

SECUELAS

Después de una situación como esta, es esperado experimentar:

- ➔ Vergüenza
- ➔ Miedo
- ➔ Tristeza
- ➔ Culpa
- ➔ Enojo
- ➔ Pérdida de confianza
- ➔ Sentimiento de indefensión
- ➔ Sensación de aislamiento



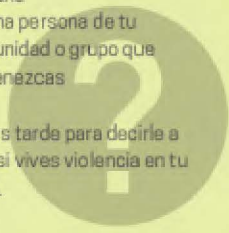
¿Buscar ayuda?

Las relaciones sanas y pacíficas en el noviazgo son un derecho que tienes como persona joven.

Si crees que estás viviendo violencia en tu relación de pareja tienes el derecho de hablar con alguien y pedir ayuda. Puedes acudir a:

- Un familiar a quien le tengas confianza
- Algún profesor del colegio o instituto
- Un profesional de la salud (Ebais o Clínica)
- La delegación policial más cercana
- Algúna persona de tu comunidad o grupo que pertenezcas

Nunca es tarde para decirle a alguien si vives violencia en tu relación.



Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
Servicio de Ginecología
Psicología Clínica

Hospital Rafael Ángel Calderón
Guardia

Clínica de Adolescentes

Relaciones de pareja saludables



Servicio de Ginecología

Psicología Clínica

Relaciones de pareja sanas

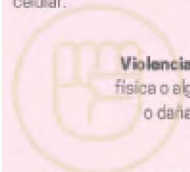
Para lograr una convivencia pacífica con nuestra pareja, se necesita interés de ambas personas, respetándose mutuamente, siguiendo algunas recomendaciones como estas:

- Tener derecho a escuchar y ser escuchado
- Expresarle aprecio, brindar apoyo, un consejo o alguna muestra de afecto
- Respetar la diferencia de opinión que se puede dar entre ambos
- Tomar distancia, en caso de que se presenten conductas de violencia

“¿Cómo se si hay violencia en mi relación?”

Existen formas de actuar violentas, basadas en el miedo y la inseguridad:

Violencia psicológica: Imita tu libertad para pensar y actuar de manera independiente, controlando lo que haces, con quien hablas o donde vas. Impide que estudies, trabajes, salgas, tengas amigos. Revisa tu correo o redes sociales, o las conversaciones de tu celular.



Violencia física: Utiliza la fuerza física o algún objeto para dañarte o dañar a alguien que quieres.

Violencia sexual: Te obliga a tener relaciones sexuales, ya sea a través de la fuerza o manipulando con hacer te daño si no aceptas. Exponiéndote a información, imágenes o prácticas que no deseas con personas que no deseas.

Violencia patrimonial: Destruye o te quita tus bienes personales (dinero, libros, ropa, celular, etc.).

El ciclo de la violencia

Fase de acumulación de tensión: comienzan las discusiones y el ambiente se vuelve tenso (peleas por todo, insultos, humillaciones, gritos, celos).

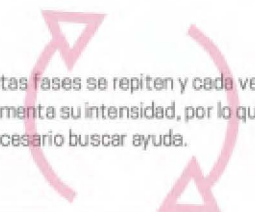


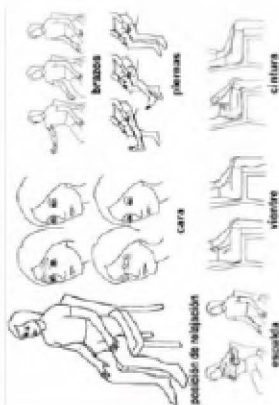
Fase de explosión violenta: se da algún tipo de maltrato físico, emocional o sexual (amenazas, insultos, golpes).



Fase de reconciliación o luna de miel: la persona que agrede pide perdón (regala flores, llora, da dinero, hace sentir culpable) y la víctima vuelve a confiar y le perdona.

Estas fases se repiten y cada vez aumenta su intensidad, por lo que es necesario buscar ayuda.





Hospital R.A.
Calderón Guardia
Servicio de
Ginecología

Técnicas de
relajación

Clínica de
Adolescentes
Psicología Clínica



Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
Servicio de Ginecología
Psicología Clínica

¿QUÉ ES LA ANSIEDAD?

Es una respuesta normal del cuerpo, frente a algún tipo de situación que se percibe amenazante.

Puede manifestarse con inquietud, exceso de preocupación y señales fisiológicas como sudoración, taquicardia e insomnio.

Técnicas



Respiración Diafragmática

- 1 Ubícate en una posición cómoda, si es posible.
- 2 Inhala por la nariz, despacio, sintiendo como el área abdominal se llena como si fuera una bolsa de aire

- 3 Mantén el aire entre tres y cinco segundos, antes de exhalar



Exhala por la nariz, despacio, sintiendo como esa bolsa de aire se vacía y sintiendo como el cuerpo se relaja

- 5 Repita, en caso de ser necesario

Estas técnicas pueden ser acompañadas de música relajante, un aroma agradable, o algo que brinde calma.

Relajación muscular progresiva

- 1 Siéntate en una posición cómoda y relajada sin que algún músculo se encuentre tenso o presionado

- 2 Tensa progresivamente un grupo de músculos y trata de identificar donde siente mayor tensión. Esto, de la siguiente forma:
 - a) Tensa el músculo lo más que se pueda durante 10 segundos.
 - b) Nota la sensación de tensión.
 - c) Relaja esos músculos.
 - d) Siente la agradable sensación de relajación.

- Realizar con los siguientes grupos musculares:
- * Nariz y labios
 - * Cuello y hombros
 - * Brazo y manos
 - * Piernas y pies
 - * Espalda y abdomen
 - * Glúteos y muslos

Anexo 4: Reporte breve de Sistematización de datos de Depresión en el embarazo y posparto

Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia

Clínica de Adolescentes

Servicio de Ginecología y Obstetricia

Reporte escrito breve: Depresión en el embarazo y posparto

Elaborado por:

Bach. Melina Mora Piedra

MASc. Elena Alvarado Rodríguez

Descripción de la depresión posparto

La depresión posparto (DPP) corresponde a una enfermedad del ánimo que se presenta en un periodo específico de la vida de algunas mujeres, el puerperio. (Molero et al, 2014). Existen diversos estudios que indican particularidades presentes en la mujer cuando se encuentra en estado depresivo, como lo son las alteraciones de procesamiento cognitivo, principalmente se ha encontrado en etapas más tempranas del embarazo, de igual forma parecen haber dificultades en la identificación de la experiencia emocional por lo que en ocasiones puede dificultarse el reporte de la sintomatología. Gollan, Hoxha, Getch, Sankin & Michon (2012).

En cuanto a la prevalencia Carcvhalo et al (2011) indican que aproximadamente entre el 7 -13% de las mujeres, en puerperio experimentan DPP.

En casos severos hay riesgo aumentado de suicidio, y en mujeres con depresión y episodios psicóticos particularmente podría presentarse hasta riesgo de infanticidio.

Rojas et al (2010) comentan que el 50% de los casos son depresiones que ya se presentaban en el embarazo o incluso antes de este. Y las mujeres que sufren de DPP tienen un mayor riesgo de sufrir episodios futuros de depresión con o sin relación a un parto.

Los síntomas son similares a los de una depresión clásica, incluyen:

- Animo depresivo
- Anhedonia
- Fatiga
- Trastornos del sueño
- Falta de apetito
- Ansiedad

Algunos factores predictivos o de riesgo para el desarrollo de DPP:

- Historia previa de problemas de salud mental
- Estrés psicológico durante el embarazo
- Eventos estresantes de la vida
- Bajo apoyo social
- Nivel socioeconómico
- Edad extrema
- Patología gineco-obstétrica
- Condiciones del recién nacido
- Problemas de lactancia

Metodología:

Participantes:

En total hubo 100 participantes, de las cuales 50 se encontraban embarazadas y 50 posparto hasta 1 año. Las participantes se captaron tanto en el curso de preparación para el parto y las restantes en las diversas consultas. Todas las participantes son pacientes de la Clínica de Adolescentes del Hospital Calderón Guardia.

Instrumento:

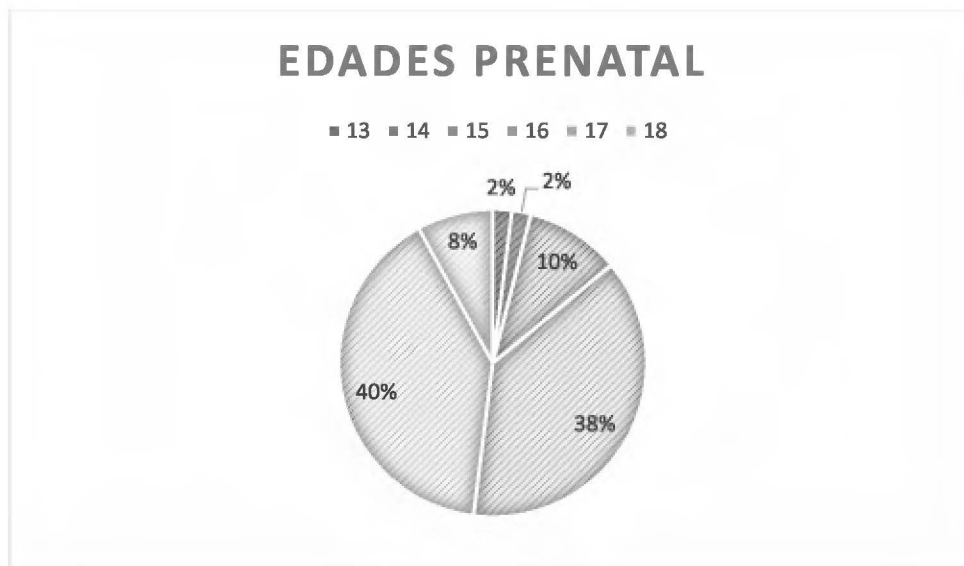
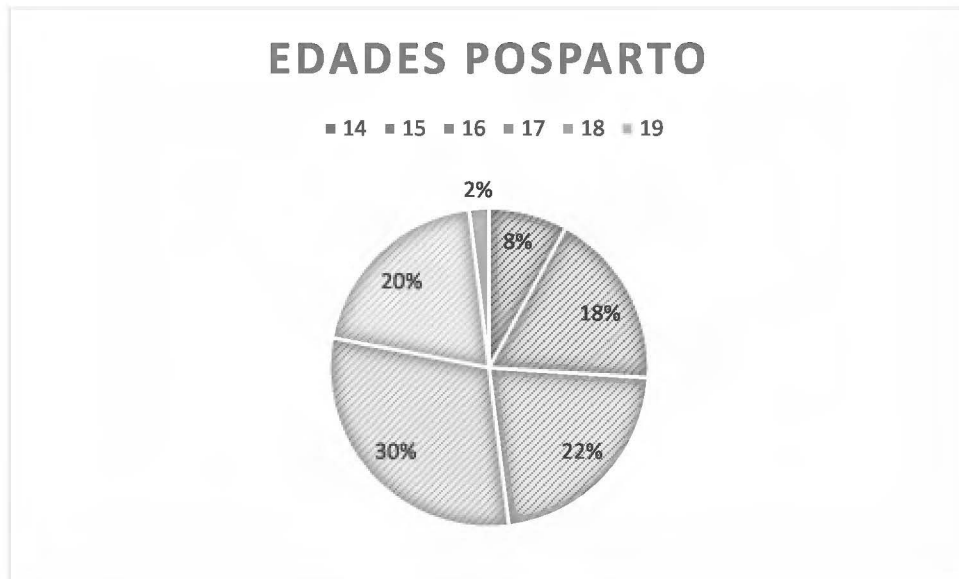
Para la identificación de la sintomatología asociada a la depresión posparto se utilizó la Escala Edimburgo de Depresión Posparto, el cual consiste en un instrumento de autoreporte de 10 ítems, método de identificación más no de diagnóstico. Mide la intensidad de los siguientes síntomas depresivos:

- Disforia (5 ítems)
- Ansiedad (2 ítems)
- Sentimiento de culpa (1 ítem)
- Ideas suicidas (1 ítem)
- Dificultad de concentración (1 ítem)

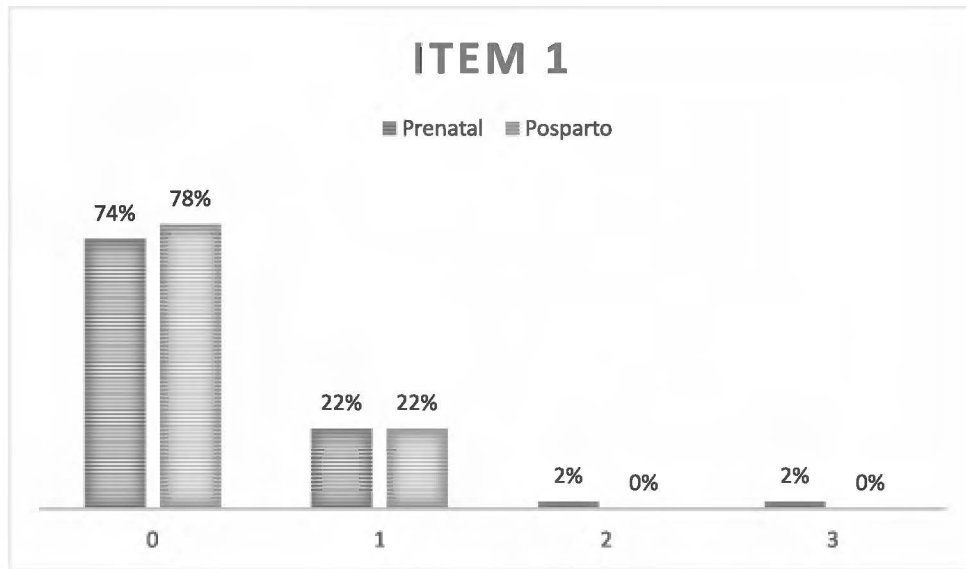
Según los resultados se puede clasificar en:

- a) Sin riesgo de depresión: -10
- b) Puntaje límite para riesgo de depresión: 10-12
- c) Puntaje indicador de probable depresión 13 +

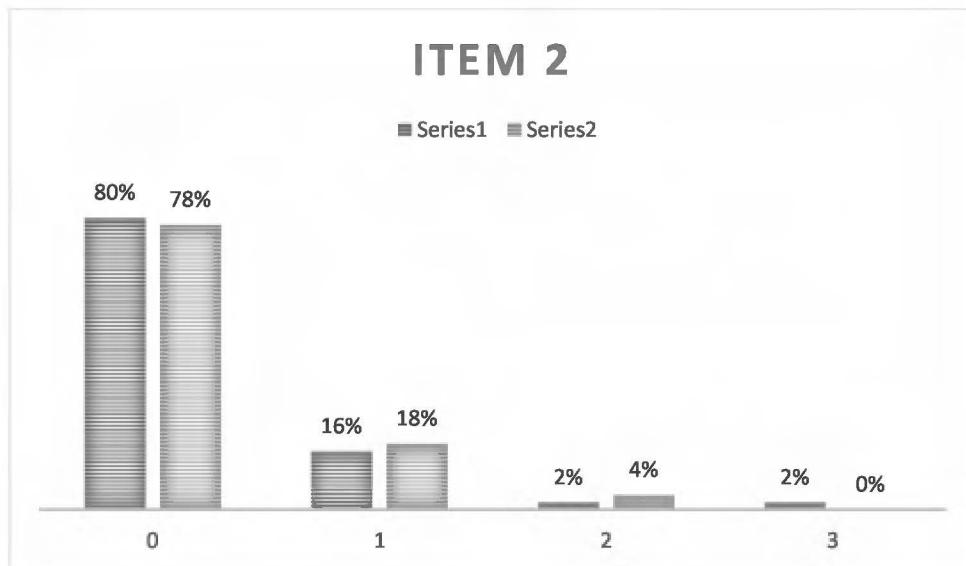
Resultados



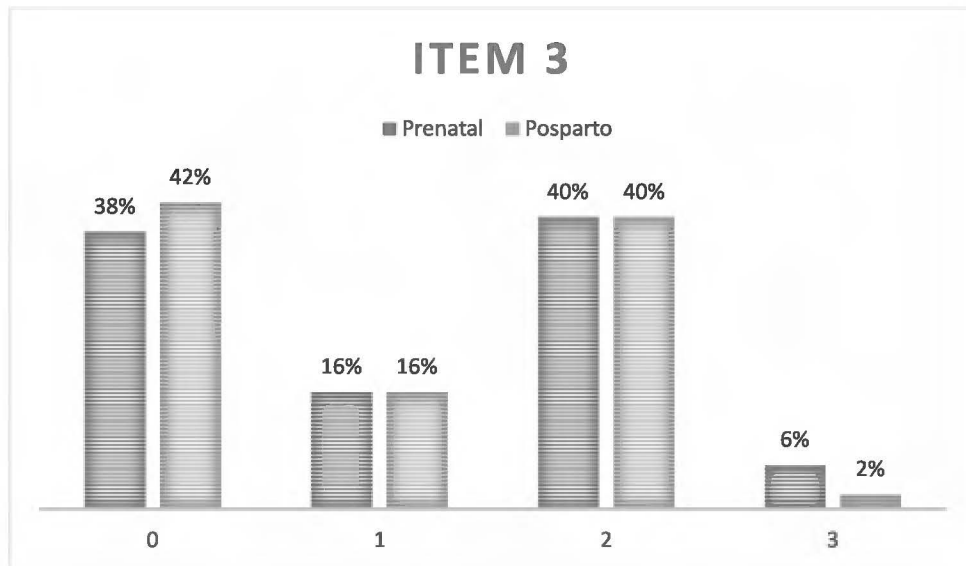
Ítem 1: Ha sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas



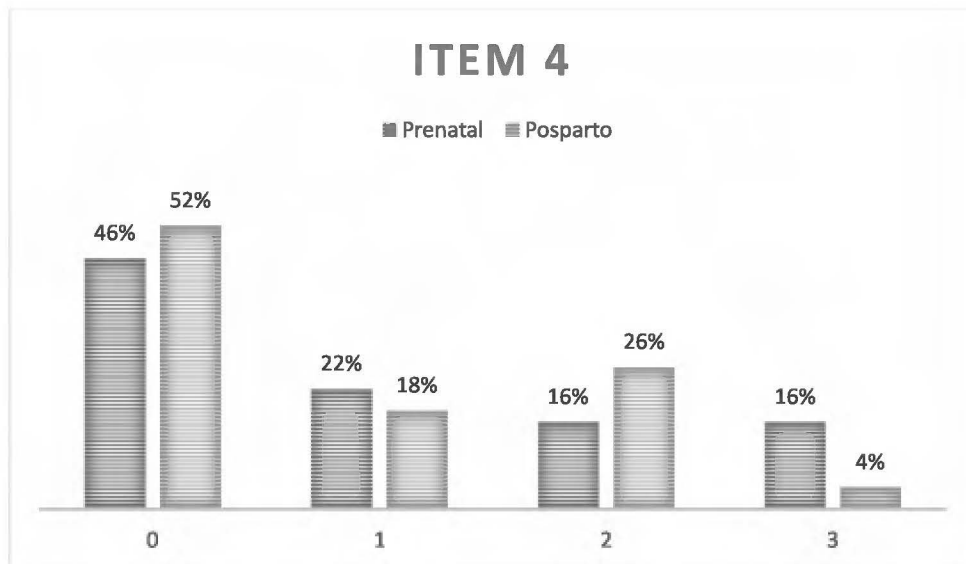
Ítem 2: He disfrutado mirar hacia adelante



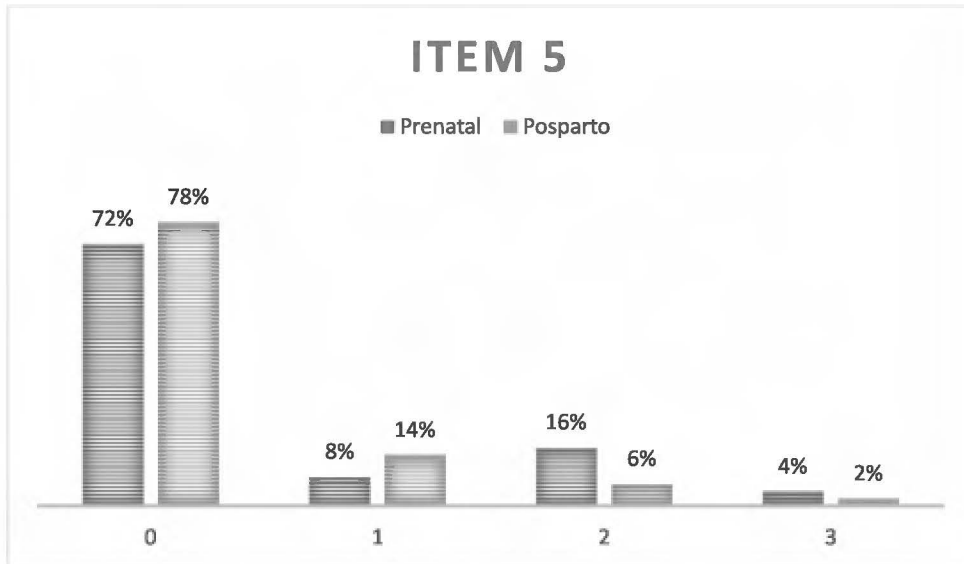
Ítem 3: Cuando las cosas me han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente



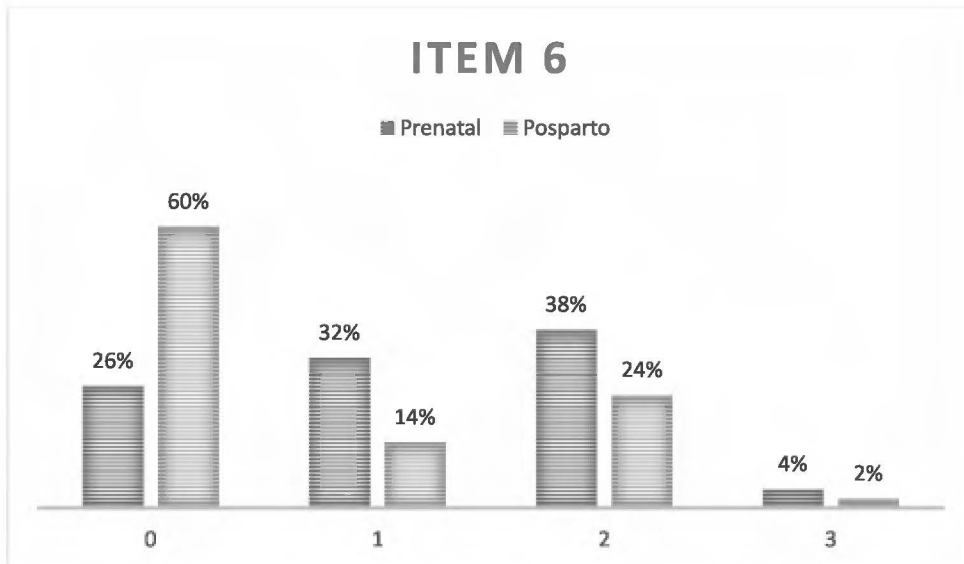
Ítem 4: He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo



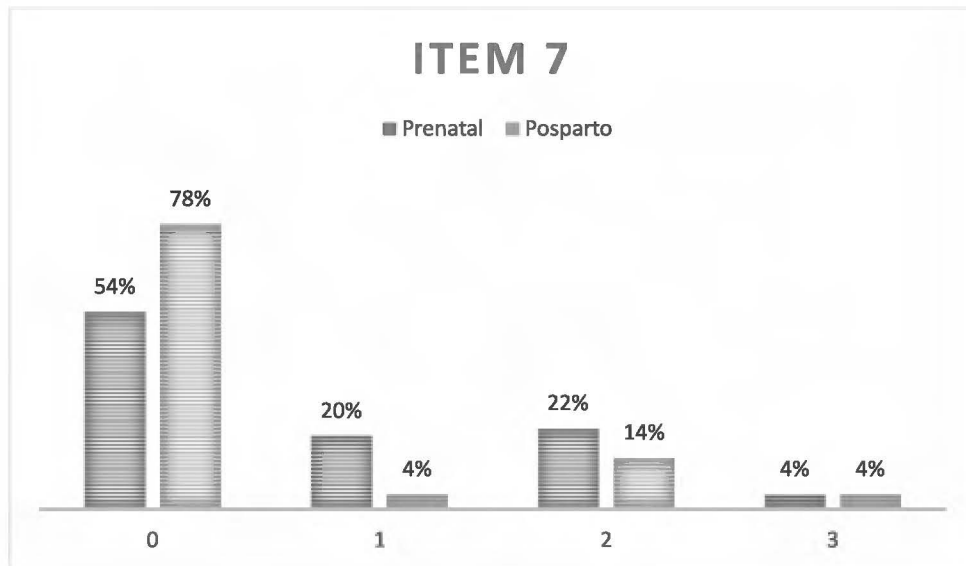
Ítem 5: He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo



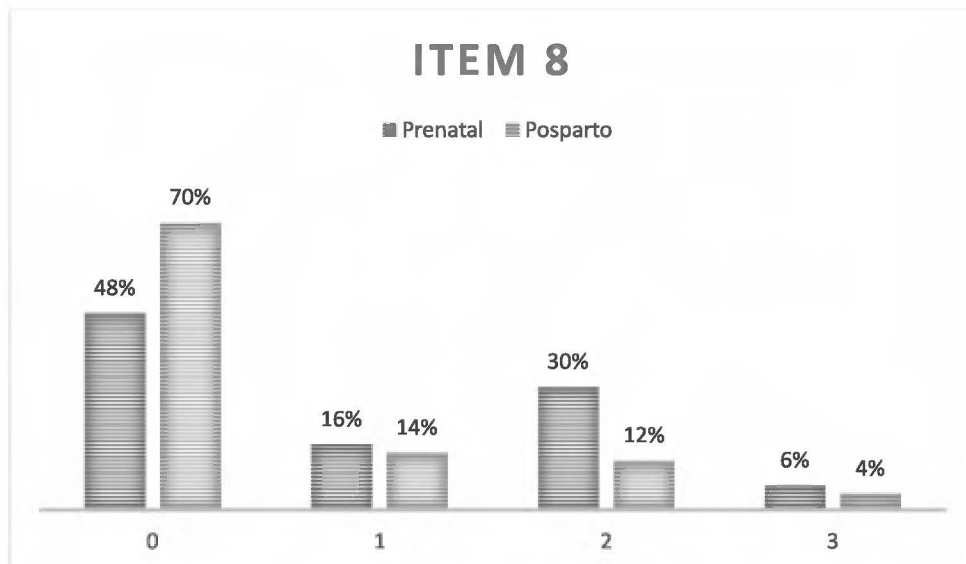
Ítem 6: Las cosas me han estado abrumando



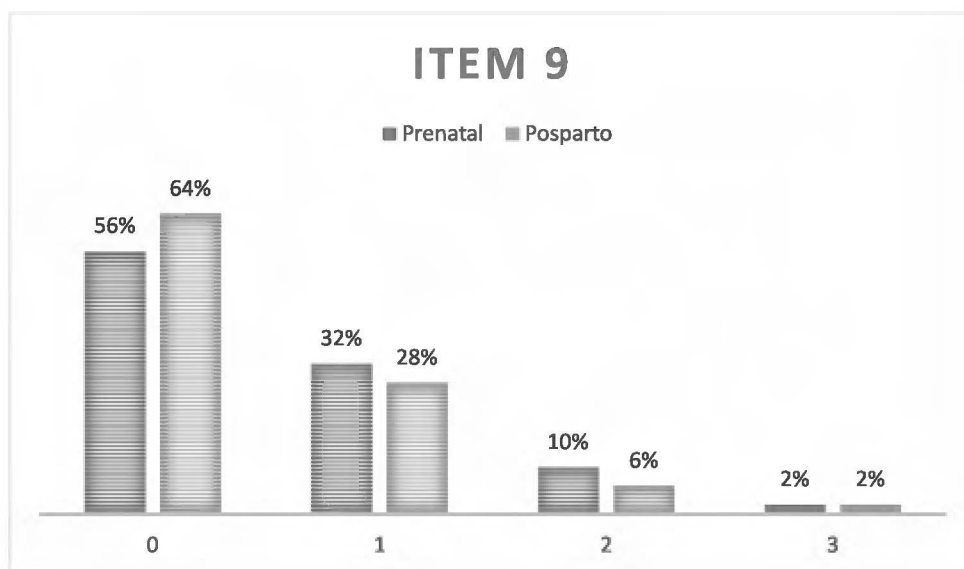
Ítem 7: Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir



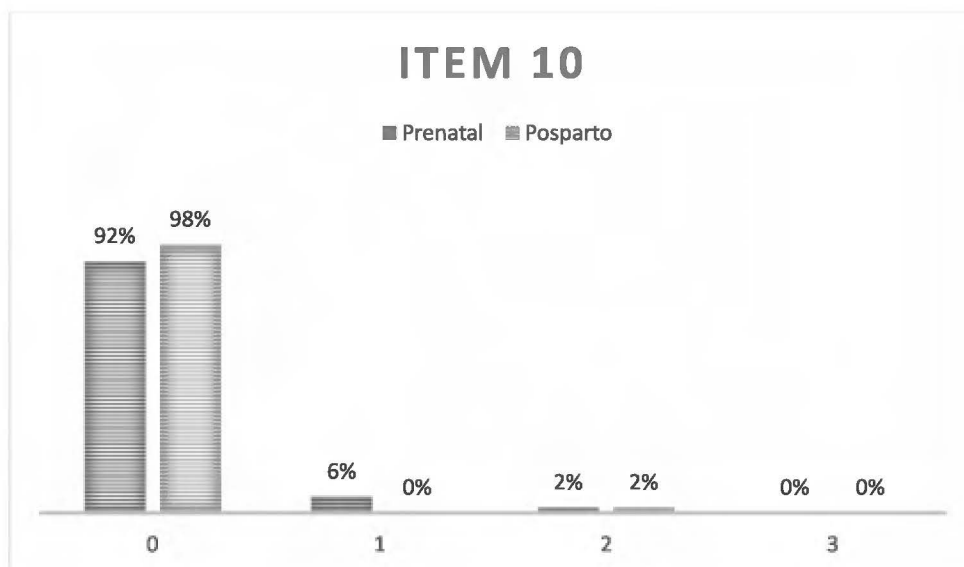
Ítem 8: Me he sentido triste o desgraciada



Ítem 9: Me he sentido tan desdichada que he estado llorando

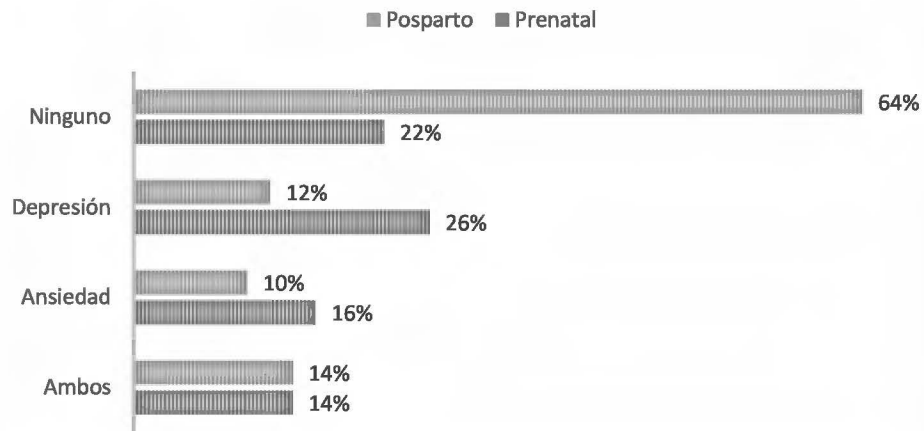


Ítem 10: Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño

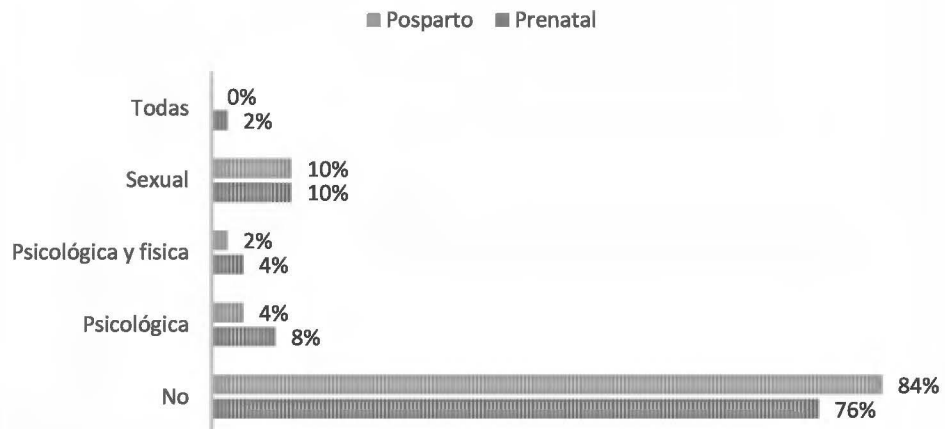


Se realizó además de forma complementaria, una serie de preguntas con el fin de ser un filtro con diversas problemáticas familiares, y los resultados fueron los siguientes:

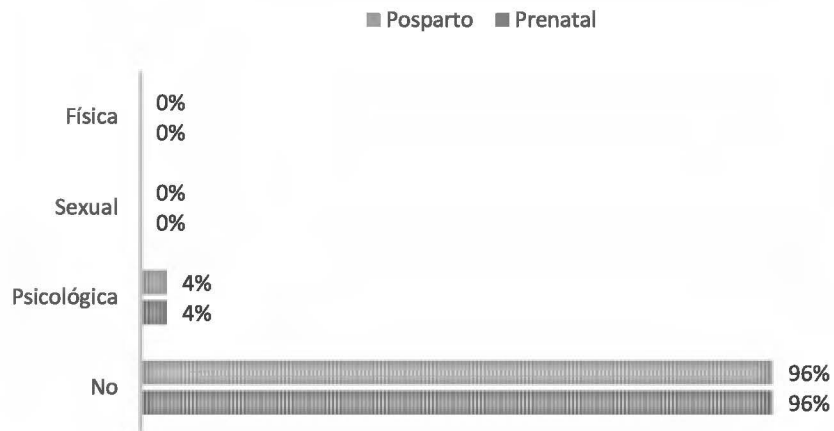
SINTOMATOLOGÍA



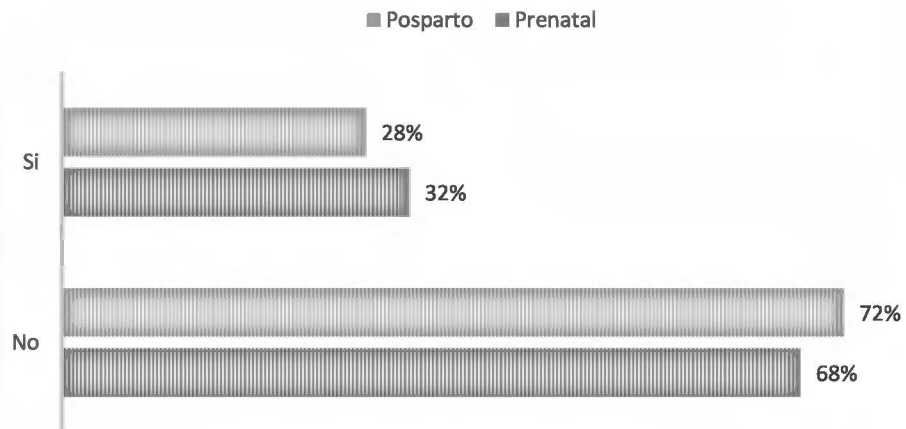
ANTECEDENTES DE VIOLENCIA



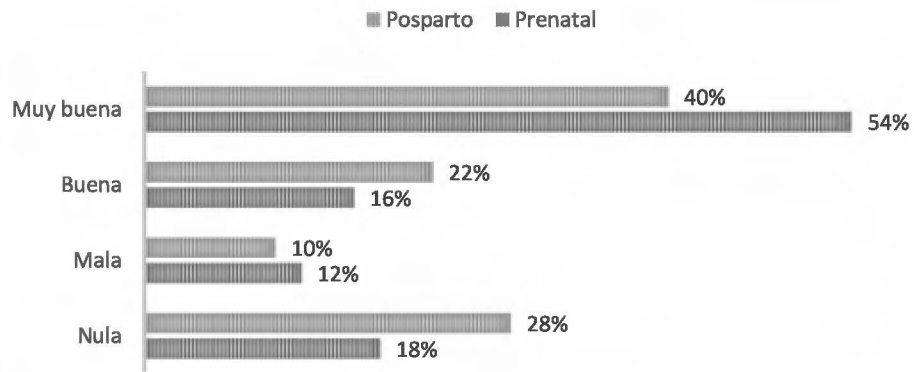
VIOLENCIA ACTUALMENTE



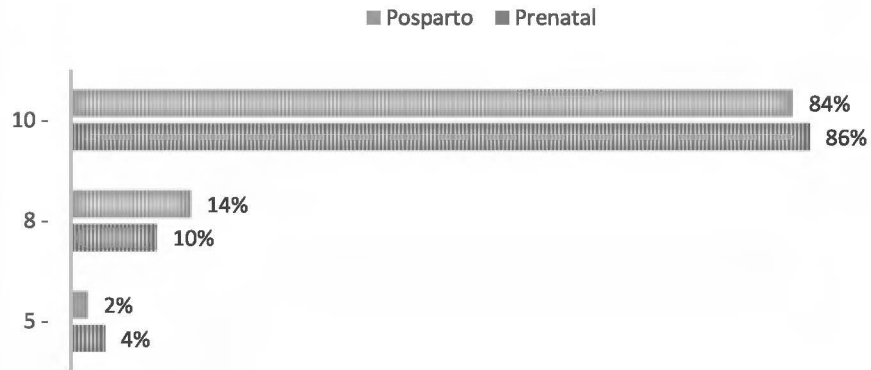
PÉRDIDA SIGNIFICATIVA

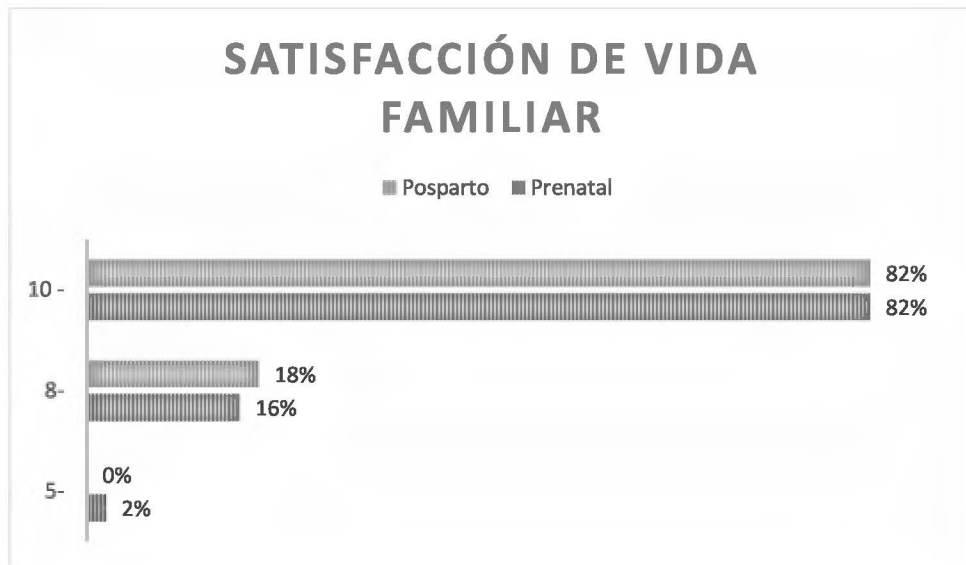


RELACIÓN CON EL PAPÁ DE BEBÉ



NECESIDADES BÁSICAS EN EL HOGAR





Conclusiones:

- Pareciera haber menor incidencia de síntomas depresivos en el posparto que en el embarazo
- Los síntomas de disforia presentan mayor puntaje en adolescentes embarazadas.
- El sentimiento de culpa pareciera ser significativo en ambas muestras, mostrándose en más del 50% de la muestra
- La ansiedad y las dificultades de concentración muestran significancia.
- La clínica y sus diversos servicios podrían presentarse como un factor protector
- La investigación no es generalizable, sin embargo representa un filtro de importante ayuda para la atención clínica

- Gollan, J., Hoxha, D., Getch, S., Sankin, L. & Michon, R. (2012). Affective information processing in pregnancy and postpartum with and without major depression. *Psychiatry Research*, 206, 206-212.
- Molero, K., Urdaneta, J., Sanabria, C., Baabel, N., Contreras, A., Azuaje, E. & Baabel, N. (2014). Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Revista chilena obstetricia y ginecología*, 79 (4), 294-304.
- Carvalho, S., Macedo, A., Marques, M., Pereira, A., Rodriguez, B., Joao, M., Valente, J., Allen, A. & Azevedo, M. (2011). Is positive affect in pregnancy protective of postpartum depression?. *Revista brasileira de psiquiatria*, 35, 5-12.
- Ministerio de Salud Chileno (2014). *Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento*. Santiago: Minsal.

Anexo 5: Presentaciones de sesiones clínicas

CLÍNICA DE ADOLESCENTES

DEPRESIÓN

EN EL EMBARAZO Y POSPARTO

MELINA MORA PIEDRA

DEPRESIÓN

La depresión posparto (DPP) corresponde a una enfermedad del ánimo que se presenta en un periodo específico de la vida de algunas mujeres, el puerperio.

- Alteraciones del procesamiento cognitivo
- Dificultades para la identificación de la experiencia emocional

Las adolescentes embarazadas muestran un mayor riesgo de desarrollo de depresión, por múltiples factores, las investigaciones refieren la adolescencia como un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión, pudiendo culminar en consecuencias tanto para la madre como para el bebé.



ESTADÍSTICAS

Aproximadamente entre el 7 -13% de las mujeres

CASOS SEVEROS

Puede haber riesgo aumentado de suicidio, y en mujeres con depresión y episodios psicóticos particularmente podría presentarse hasta riesgo de infanticidio

RECURRENCIA

El 50% de los casos son depresiones que ya se presentaban en el embarazo o incluso antes de este. Y las mujeres que sufren de DPP tienen un mayor riesgo de sufrir episodios futuros de depresión con o sin relación a un parto.

DEPRESIÓN

SINTOMAS

- Ánimo depresivo
- Anhedonia
- Fatiga
- Trastornos del sueño
- Falta de apetito
- Ansiedad




FACTORES PREDICTIVOS O DE RIESGO

- Historia previa de problemas de salud mental
- Estrés psicológico durante el embarazo
- Eventos estresantes de la vida
- Bajo apoyo social
- Nivel socioeconómico
- Edad extrema
- Patología gineco-obstétrica
- Condiciones del recién nacido
- Problemas de lactancia



INVESTIGACIÓN

METODOLOGÍA



MUESTRA	INSTRUMENTO	SUBESCALAS
- 50 adolescentes embarazadas entre los 13 y 18 años - 50 adolescentes posparto entre los 14 y 19 años Atendidas entre enero y junio del 2017	Escala de Edinburgh de depresión en el embarazo y posparto. Instrumento de auto-reporte	- Disforia (5) - Ansiedad (2) - Sentimiento de culpa (1) - Ideas suicidas (1) - Dificultad de concentración (1)

CLASIFICACIÓN.

- Sin riesgo de depresión: - 10
- Puntaje límite para riesgo de depresión: 10-12
- Puntaje indicador de probable depresión 13 +

RESULTADOS OBTENIDOS

EDADES

EDADES PRENATAL



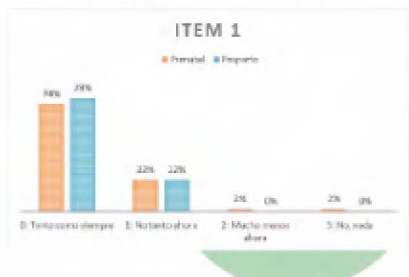
EDADES POSPARTO



+14
+15
+16
+17
+18
+19

SUBESCALAS

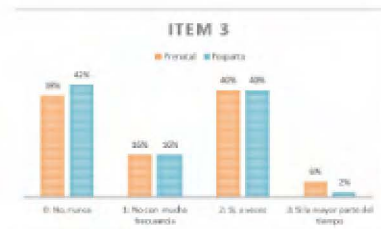
He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas



He disfrutado mirar hacia adelante



Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí mismo innecesariamente



He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo



He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo

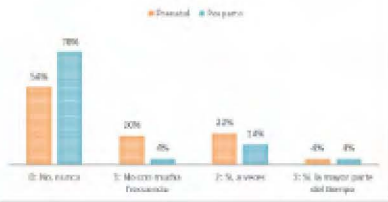


Las cosas me han estado abrumando



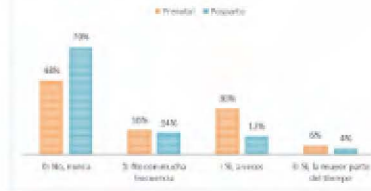
Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir

ITEM 7



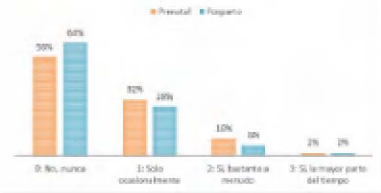
Me he sentido triste o desgraciada

ITEM 8



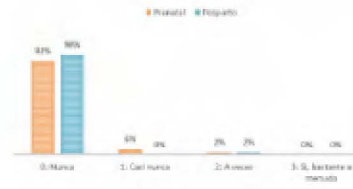
Me he sentido tan desdichada que he estado llorando

ITEM 9



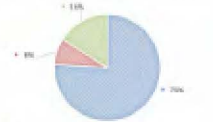
Se me ha ocurrido hacerme daño

ITEM 10



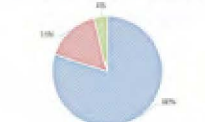
PUNTAJES TOTALES PRENATAL

• Sí, siempre • Un poco de veces • Indicado de momento



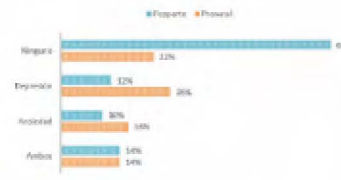
PUNTAJES TOTALES POSPARTO

• Sí, siempre • Un poco de veces • Indicado de momento



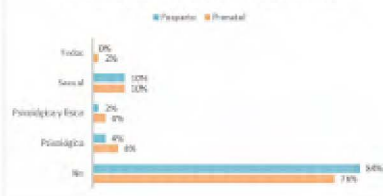
TOTALES

SINTOMATOLOGÍA

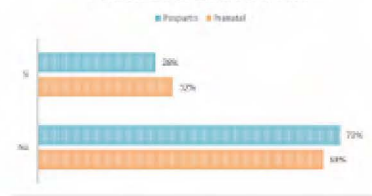


PREGUNTAS ADICIONALES

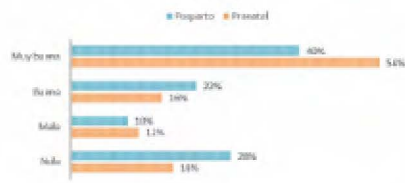
ANTECEDENTES DE VIOLENCIA



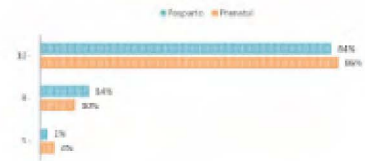
PÉRDIDA SIGNIFICATIVA



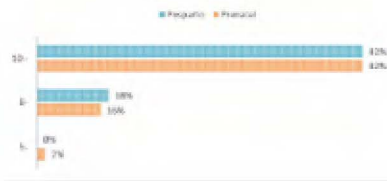
RELACIÓN CON EL PAPÁ DE BEBÉ



NECESIDADES BÁSICAS EN EL HOGAR



SATISFACCIÓN DE VIDA FAMILIAR



LIMITACIONES

- Instrumento de autorreporte
- Cuestionarios externos
- Comprensión de conceptos
- Concepción de estos conceptos

RECOMENDACIONES

- Limitar la aplicación a un espacio privado
- Aplicación individual
- Continuidad a la postmorte investigación
- Publicación de resultados

CONCLUSIONES

- Pareciera haber menor incidencia de síntomas depresivos en el posparto que en el embarazo
- Los síntomas de disforia presentan mayor puntaje en adolescentes embarazadas.
- El sentimiento de culpa pareciera ser significativo en ambas muestras, mostrándose en más del 50% de la muestra
- La ansiedad y las dificultades de concentración muestran significancia
- La clínica y sus diversos servicios podrían presentarse como un factor protector
- La investigación no es generalizable, sin embargo representa un filtro de importante ayuda para la atención clínica

Gallas, J., Hoda, D., Grech, S., Sabin, E. & Mcken, R. (2012). Affective infant to grossing pregnancy and postpartum with individualized depression. *Psychiatry Research*, 200, 206-212.

Molina, K., Urbina, J., Sautin, C., Babel, N., Carreras, A., Anaya, E. & Babel, N. (2014). Prevalencia de depresión posparto en púerperas adolescentes y adultas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(4), 294-304.

Carvalho, S., Macedo, A., Marques, M., Pereira, A., Rodriguez, B., Iaso, M., Valente, J., Alina, A. & Azeredo, M. (2011). Is positive affect in pregnancy protective of postpartum depression? *Revista brasileira de psiquiatria*, 23, 5-12.

Ministerio de Salud Chile (2014). *Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento*. Santiago: Mined.

GRACIAS

PREVENTION IS
THE DAUGHTER
OF INTELLIGENCE

WALDO BALDI
PROFESOR DE PSICOLOGÍA

Dolor pélvico crónico

Melina Mora Piedra

Qué es?

Se define como un dolor continuo o intermitente en la parte baja del abdomen con una duración de al menos 3-6 meses, que se encuentra diferenciado de la dismenorrea y el dolor durante las relaciones coitales. Afecta al rededor de un 15% de mujeres en edad reproductiva en el mundo. (Yosef et al, 2016)

15%

CAUSAS

GINECOLÓGICAS

- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Endometriosis
- Adhesiones peritoneales
- Otras (complicaciones en embarazo, embarazo ectópico)

PSICOLÓGICAS

- Abuso sexual o físico
- Depresión
- Ansiedad

Caso

- 17 años
- 10º año de secundaria
- Bajo rendimiento escolar
- Pocas amistades (2)
- Incesto, padre ex convicto por feminicidio, en actual proceso judicial
- Convive con:
 - Madre
 - Padrastro
 - Hermano 4 años
- Hermana 18 años, madre adolescente, TUP
- Violencia intrafamiliar
- Apoyo económico de abuelos
- Adherente al tratamiento (responsable de los recursos de afrontamiento)

Modelos explicativos. Relevancia de procesos psicológicos

Modelo neuropsicológico

- Respuesta fisiológica al estrés o estresores del ambiente
- El estrés tiene como componente principal el sistema neuroendocrino, específicamente el eje HPA (hipotálamo-pituitaria- adrenal)
- Cascada hormonal causada por la exposición al estrés

Corteza prefrontal (áreas de asociación, análisis de información)

Hipotálamo (proceso neuroendocrino)

Corteza prefrontal

- CPF envían información a Corteza cingulada anterior
- Interacción del sistema límbico (amígdala, hipocampo, septum)

Hipotálamo

- El hipotálamo libera CRF y AVP
- Presencia de CRF y AVP estimula a la hipófisis para que libere corticotropina a la circulación general del cuerpo
- La corticotropina actúa sobre la corteza de las glándulas suprenales induciendo la síntesis y liberación de cortisol

Diagrama: Estímulo → Tálamo → Corteza prefrontal / Hipotálamo

- El incremento de la producción de cortisol media las relaciones de alarma al estrés, facilitando una fase adaptativa del síndrome general de adaptación en el que las reacciones de alarma, como la respuesta, inmune son suprimidas permitiendo al organismo generar contramedidas.
- Crónico: estado permanente de alerta, ante múltiples y continuos estresores

F A M

FEAR AVOIDANCE MODEL DE LETHEM

Modelo conceptual que teoriza sobre como variables psicológicas particulares pueden contribuir al mantenimiento de dolores musculoesqueléticos. Una percepción exagerada contribuye al mantenimiento de dolores crónicos.



VARIABLES CENTRALES



MIEDO

Evitación de actividades, Rumiación, Conducta de limitación



ANSIEDAD

Hipervigilancia, anticipación



P. CATASTRÓFICO

Pocas habilidades de afrontamiento, magnifica el dolor

- Los niveles de depresión y ansiedad se encuentran significativamente altos en personas con dolor pélvico y estas variables correlacionan significativamente con creencias hipocondríacas.

Intervención



Fundamentos teóricos

Terapia Cognitivo-Conductual

Modelo de atención psicológica basada en evidencia

Modelo biopsicosocial de Sperry (2009)

Se enfoca en la interacción dinámica y recíproca entre variables biológicas, psicológicas y socioculturales que modifican la respuesta de la persona al dolor

FASES DEL PROCESAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

1. **CRISIS**
Proviene de la noticia, visión de vida, síntomas que experimenta.
2. **ESTABILIZACIÓN**
Mayor familiaridad con los síntomas.
3. **RESOLUCIÓN**
Entendimiento y aceptación de una condición.
4. **INTEGRACIÓN**
Adaptación de un estilo de vida.

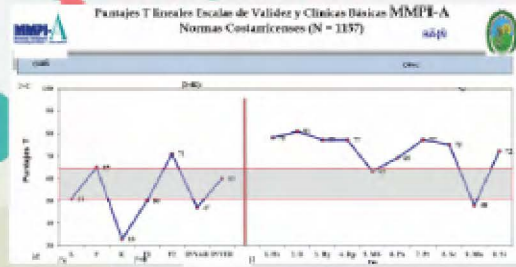
Tratamiento

Obj: Incidir en variables biopsicosociales que tengan impacto en la calidad de vida de la paciente.

Evaluación psicodiagnóstica

- Entrevista clínica
- MMPI-A
- Rorschach (Test de manchas de tinta)

Evaluación psicodiagnóstica



**A
A
R
I
P
I
M
C
I**

- APECTO**
restringido, inhibición emocional, sintomatología depresiva
- AUTOPERCEPCIÓN**
baja autoestima, baja confianza, sentimientos de debilidad o vulnerabilidad
- RELACIONES INTERPERSONALES**
Vínculos superficiales, poco interés, familia disfuncional
- PROCESAMIENTO INFORMACIÓN**
estilo evitativo, baja tolerancia a la ambigüedad y la incertidumbre
- MEDIACIÓN COGNITIVA**
Set a time frame for your goals
- IDEACIÓN**
indiferencia, desmotivación e percepción de vacío

**1.
2.
3.
4.
5.**

- EVALUACIÓN**
Intensidad del dolor, frecuencia, duración, estrategias de afrontamiento, estado emocional, apoyo social
- RECONCEPTUALIZACIÓN**
reestructuración cognitiva, psicoeducación
- DESARROLLO Y CONSOLIDACIÓN DE ESTRATEGIAS**
Relajación, distracción, asertividad, espíritu de lucha, superar patrones de pensamiento, fijar metas
- GENERALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO**
- PREVENCIÓN DE RECAÍDAS**

- Importancia de un trabajo interdisciplinario
- Asegurar un buen rapport ante temas de abuso sexual
- Flexibilidad al cambio
- Priorizar a pesar de la estructura

**Conclu
siones**

Gracias!

Anexo 6: Carta de culminación de la Práctica Dirigida

Agosto 2017, San José, Costa Rica

Escuela de Psicología
Universidad de Costa Rica



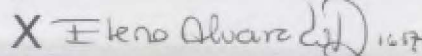
Por medio de la presente confirmamos que Melina Mora Piedra cédula 115390614, hizo uso de su campo clínico para la Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, cumpliendo con los seis meses propuestos inicialmente, en el horario establecido, siendo responsable y ética con sus labores dentro de la Clínica y con las pacientes.

Dicha práctica se extendió del 20 de enero del 2017 al 4 de agosto del mismo año en la Clínica de Adolescentes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Calderón Guardia.

X 

Dra. Rita Peralta Rivera
Coordinadora Clínica de Adolescentes

SECCION DE GINECO - OBSTETRICIA
Atención de Adolescentes
Dra. Rita Peralta Rivera
Código 5793

X 

MSc. Elena Alvarado Rodríguez
Supervisora

MSc. Elena Alvarado Rodríguez
PSICOLOGA CLINICA Y DE LA SALUD
Código 1607
Clínica de Adolescentes H. C. G.