

329521



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO**

“PSEUDOCESIS”

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
MARÍA ITHZE GONZÁLEZ APARICIO.

ASESOR DE TESIS:
LIC. PSIC. MARÍA ELENA PACHECO CORDOVA.

MEXICO, D.F. A 4 DE SEPTIEMBRE DE 2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

4 DE SEPTIEMBRE DE 2004.

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE JESÚS
LIC. MONICA CRUZ ROMAN
JEFA DE SERVICIOS ESCOLARES
P R E S E N T E.

Adjunto a la presente, me permito enviar a usted la Tesis Profesional:

PSEUDOCESIS

elaborada por la alumna:

MARIA ITHZE GONZALEZ APARICIO

una vez reunidos los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria, apruebo su contenido para ser presentado y defendido en el examen profesional, que sustente para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

Atentamente.



LIC. PSIC. MARIA ELENA PACHECO CORDOVA.

Lic. Psic. Ma. Elena Pacheco Cordova.

Gracias por su apoyo y comprensión,
me a inspirado confianza para obtener
uno de mis principales objetivos,
mi formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS.

Gracias Dios por haberme dado la oportunidad de realizar un sueño más en mi vida.

Por ayudarme a enfrentar cada reto que me pones y tomar con valor las decisiones más importantes de ella.

Por darme la oportunidad de seguir viviendo y por compartir mis sueños con mi familia.

Gracias Dios mío.
Gracias San Charbel.

MAMÁ:

No tengo palabras, de cómo agradecerte lo mucho que me has dado, toda mi vida te lo agradeceré, le doy gracias a Dios pOr darme los padres que tengo. Esta meta que he logrado es gracias a tu esfuerzo, a tu paciencia y a tu confianza que haz depositado en mí. Gracias por amarme y protegerme siempre.

Te ama tu hija lthze.



PAPÁ:

Aunque ya no estés aquí con nosotras, yo se que estas feliz por que termine mis estudios profesionales, también en donde quiera que estés mil gracias, siempre estas en nuestro corazón y en nuestros pensamientos de las tres, tu esposa y tus hijas.

Te amamos.



YAZ:

Gracias por darme el ejemplo a seguir, has sido para mí un patrón de vida. Siempre estas en mi corazón y en mis pensamientos, también te dedico esta meta de vida. Mil gracias.

Te áma, lthze.

BREN:

Mi chiquita has sido para mí una inspiración, gracias por darme alegría y tranquilidad en mi vida, eres tan pequeña pero tan grande de corazón, mil gracias chiquita.

Te amo, lthze.

ABUELITA JOSEFINA:

Gracias por abrirme tu corazón cuando más necesite apoyo.

Gracias por tu amor incondicional de abuelita.

Te ama Ithze.

A MIS TÍOS:

Tía Alicia mil gracias por tus consejos, por tu confianza, por tu apoyo, por tus regaños por tu gran amor que me tienes, muchísimas gracias a los dos los ama.

Ithze.



ÍNDICE.

| | |
|-------------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN. | 1 |
| CAPITULO I. | |
| METODOLOGÍA. | |
| a) JUSTIFICACIÓN. | 2 |
| b) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. | 3 |
| c) OBJETIVO GENERAL. | 4 |
| d) OBJETIVOS ESPECÍFICOS. | 5 |
| e) HIPÓTESIS. | 6 |
| f) DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN. | 7 |
| g) VARIABLES. | 8 |
| h) INDICADORES. | 9 |
| CAPITULO II. | |
| LA MATERNIDAD Y LA SOCIEDAD | 10 |
| CAPITULO III. | |
| APARATO REPRODUCTOR FEMENINO | 13 |
| CAPITULO IV. | |
| EMOCIONES | 26 |
| CAPITULO V. | |
| MENTE Y CUERPO | 30 |
| CAPITULO VI. | |
| MEDICINA PSICOSOMÁTICA | 31 |

CAPITULO VII.

ANTECEDENTES DE LA PSEUDOCESIS33

CAPITULO VIII

PSEUDOCESIS34

CAPITULO IX.

CASO CLINICO38

CAPITULO X

PROPUESTAS41

CONCLUSIONES.....42

ANEXOS

GUIA DE ENFERMERIA43

BIBLIOGRAFÍA.....45



INTRODUCCIÓN.

Dentro de nuestra sociedad la familia es una de las organizaciones fundamentales para su existencia y desarrollo, la supervivencia y formación de los individuos que la conforman, depende en gran parte de ella.

La salud física y psicológica de todo ser humano está en gran parte determinada por las experiencias vividas dentro de su hogar, la calidad de interacción que exista entre sus miembros dará la pauta para reproducir modelos socialmente aceptables, en algunos casos la finalidad será que los hombres y mujeres, integrantes de ese modelo de familia reproduzcan habilidades, aptitudes y actitudes para desenvolverse con éxito.

Dadas las condiciones en las que se desenvuelve la existencia femenina , y el constante maltrato físico, psicológico, sexual incluyendo lo socioeconómico al que esta expuesta la mujer al encontrarse en una relación de poder y vivir repentinamente la violencia, de parte de su compañero sexual o del núcleo familiar y moral en que se desenvuelve, la mujer puede llegar a desarrollar una serie de síntomas de gestación de ahí que la mujer que sufre maltrato puede llegar a sufrir transformaciones en su conducta, en la salud, y en las relaciones sociales, creando así una sintomatología llamada pseudocesis que muchas veces puede constituir para la mujer una forma de adaptarse y sobrevivir a su problemática.

CAPITULO I JUSTIFICACIÓN:

En etapa reproductiva, algunas mujeres llegan a tener la manifestación intensa de tener un hijo; existen mujeres que por diversas condiciones que veremos más adelante no pueden lograr el hijo deseado, llegan a presentar los síntomas de un embarazo real aun cuando este no sea concreto.

Las mujeres somos seres humanos con derecho a decidir y a realizarnos de la manera que nosotros podamos y queramos, sin ser juzgadas o acusadas de egoístas, en nuestra sociedad. Cuando esto no se logra, la mujer se ve envuelta en situaciones de presión de pareja, social y familiar que la orillan a buscar una solución a su problema y empiezan aparecer signos y síntomas de un embarazo "psicológico" o "falso" o como se le hace llamar científicamente como pseudocesis.

La pseudocesis es un deseo intenso de tener un hijo, llegan a presentar los síntomas y signos de un embarazo real.

Cuando llega una mujer embarazada, a los servicios de salud; con los síntomas de una de pseudocesis, la primera persona de salud con la que se relaciona es con la enfermera, quien debe tener conocimiento de este problema y de la manera de cómo debe ser tratado.

Actualmente la enfermería no atiende oportunamente la salud emocional de las mujeres en etapa reproductiva, para prevenir la pseudocesis.

Es por eso que me decidí darme la tarea de comprender y analizar, con fundamentos científicos, profesionales y con ética profesional el problema emocional que presenta la mujer en la pseudocesis.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En los servicios de salud, tanto a nivel público como privado, no es frecuente el padecimiento de la pseudocesis.

Cuando suele presentarse, en muchas ocasiones, el personal de enfermería no se encuentra capacitado para abordar el problema, ni mucho menos de comprender las situaciones personales y sociales, de acuerdo al proyecto de vida de cada mujer.

Por ser un problema poco frecuente, es conveniente que las enfermeras estén con el conocimiento y con la capacitación para comprender la situación emocional de la mujer.

OBJETIVO GENERAL:

- ★ Aportar los elementos teóricos y empíricos acerca de la pseudocesis para que las enfermeras puedan ayudar a las mujeres para la solución de este problema.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- ★ Elaborar un programa que pueda satisfacer las necesidades de salud ante la mujer con el padecimiento de la pseudocesis.

HIPÓTESIS

Mujeres en etapa reproductiva, con problemas emocionales que viven con una pareja, acompañada de la presión de reproducirse, las llevan a presentar una pseudocesis el personal de enfermería con conocimientos sobre la Pseudocesis sabrá como abordar y enfrentarlo con profesionalismo.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

Bibliográfica: es la que esta encaminada a leer, relacionar sintetizar y evaluar la información y objetivo sobre el tema de investigación.

VARIABLES:

- ★ Mujer en edad reproductiva.
- ★ Compañero sexual.
- ★ Presión familiar y de la sociedad.
- ★ Pseudocesis.

INDICADORES:

- ★ Mujeres en etapa reproductiva.
- ★ Problemas de la sociedad:
 1. Jóvenes solteras que mantienen relaciones sexuales.
 2. Presión social, porque no han formado una familia con hijos.
 3. Orígenes tumorales.
 4. Reforzar la identidad femenina.
- ★ Problemas de pareja:
 1. Deseo de tener un hijo.
 2. Deseo de estrechar nexos conyugales.
 3. En el climaterio.
 4. Mujeres estériles.
- ★ Pseudocesis – Embarazo Falso.

CAPITULO II LA MATERNIDAD Y LA SOCIEDAD.

La maternidad se ha considerado como el elemento central en torno al cual se construye el género de las mujeres. Ellas asumen la responsabilidad del cuidado de los hijos y establecen lazos emocionales.

En nuestra sociedad es muy fuerte la noción de que la feminidad se define fundamentalmente por la función de la maternidad, sobre todo por que es capaz de concebir, gestar, parir y nutrir a otros seres humanos, una de las responsabilidades de las mujeres es la crianza de los hijos y por velar por el bienestar de su familia.

La maternidad es reconocida como el espacio femenino donde las mujeres ejercen el control, obtienen reconocimiento social y fuerza para intervenir en los asuntos que conciernen a la vida comunitaria y para actuar en beneficio de la comunidad y de sus hijos (Browner,1986; Martín, 1990; Ledeira, 1993).¹

El deber de la pareja es cuidar de los hijos en una relación de dos; el hombre debe procurar mediante su trabajo el sustento de la familia; la mujer, quien sufre los dolores y arriesga su vida en el parto, debe nutrir a los hijos y criarlos, pero también mantenerlos con el trabajo que según desempeñen.

Esto quiere decir que la maternidad se manifiesta en un patrón reproductivo, en el cual los embarazos y los partos suceden cada dos o tres años hasta la menopausia; es decir, la vida reproductiva de las mujeres se prolonga, por lo general, durante 25 años o más.

La maternidad va más allá del hecho biológico de parir, pues sabemos que ésta comprende la reproducción social, cultural de los individuos, la mayoría de las mujeres dedican la vida entera al cuidado de los demás. Desde muy temprana edad cuidan a sus hermanos, después a sus hijos y después del marido y finalmente, también de sus nietos, sus padres y sus suegros.

En la maternidad, concebida como la práctica que otorga significado a la vida de las mujeres y que constituye y conforma al mismo tiempo su identidad de género: alegría, la plenitud y la satisfacción, pero también los conflictos, el sufrimiento y la desilusión.

¹ Bwonwner, 1986; Martín, 1990; Ledeira, 1993.

Alrededor de la maternidad transcurre la vida de las mujeres, la procreación y el cuidado de los hijos llenan y dan sentido a su existencia, una existencia en la que los embarazos y los periodos de lactancia, el cuerpo alcanza la madurez, y ya no es apto para la reproducción.

El significado de la maternidad está fuertemente valorado para las mujeres por los valores cristianos; sacrificio, dolor y sufrimiento, no obstante, las mujeres asumen la procreación como mandato divino consientes de que " Dios nos puso en la vida para que demos fruto"

Muchas mujeres piensan que si hay niños en la casa no se sufre la soledad cuando el marido sale, a veces por temporadas largas, a trabajar. Ellas aprecian la compañía de los hijos, creen que su vida sería triste sin ellos. La perduración del matrimonio depende de la capacidad de la pareja de traer hijos al mundo, pues las mujeres dicen que sus maridos "no están conformes si ellas no crían" y que, de no hacerlo, finalmente, buscan a otra mujer. La maternidad puede ser un factor importante de estabilidad para su matrimonio, por que la continuidad en la unión con el marido depende de su capacidad de procrear, evitando los conflictos que surgen cuando la pareja es estéril.

La maternidad constituye para las mujeres el espacio femenino que involucra la totalidad de su vida y que define su papel en la sociedad, en lo público y en lo privado. La mujer nunca deja de ser madre, pues su aprendizaje, iniciando en la infancia con los hermanos, en pocos años se completa con sus propio hijos, para después culminar con sus nietos, como ya lo habíamos comentado anteriormente. Siempre hay una mujer dispuesta amamantar al recién nacido cuando la madre no tiene aún leche, o dispuesta a hacerse cargo de los pequeños cuando éste tiene algún quehacer. Por ello podemos hablar de una maternidad colectiva, compartida entre parientes, comadres y vecinas.

Tanto para las mujeres como para los hombres, los hijos son el fundamento de la unión conyugal, prevalece una concepción en torno a los hijos, propia de las sociedades. Jóvenes y ancianos reconocen que los niños " son para que le ayuden a uno en el quehacer", pero también existe la preocupación por el futuro: "ellos nos van a servir cuando seamos viejos". El trabajo desempeñado por niños y niñas y las obligaciones hacia los padres ancianos son funciones imprescindibles para la supervivencia de los grupos domésticos campesinos. ²

² Arcetti llama a estas dos funciones producción y protección 1986:257. Nag White (1987) reconocen también el valor económico de los hijos: contribuyen con su trabajo a la economía de la unidad doméstica y son el soporte de los padres ancianos.

No existe una preferencia por niños o niñas, más bien las mujeres consideran importante tener "de los dos", puesto que de acuerdo con la división sexual del trabajo los niños ayudan al padre y las niñas a los quehaceres domésticos de la casa y cuidan a los hermanos más pequeños. Se trata de una valoración que responde a la división sexual del trabajo y el desempeño de las tareas en el interior de los grupos domésticos.

Sabemos que los seres humanos tenemos en la vida la capacidad de producir con el cuerpo la posibilidad de placer en el cuerpo del otro, pero sólo las mujeres tenemos un cuerpo que produce otro, sólo el cuerpo de las mujeres ha asegurado hasta ahora la sobre vivencia del ser humano. De ahí que el cuerpo femenino sea valioso en las edades reproductivas, pues posee un poder particular, específico de las mujeres. No es que el cuerpo femenino como entidad biológica tenga poder, son las sociedades las que se lo otorgan. Para asegurarse un control efectivo sobre la reproducción es necesario actuar también sobre la sexualidad, lo que requiere reglamentar el acceso al cuerpo femenino (De Barbieri, 1991).³

De tal forma, pareciera que las mujeres viven la maternidad como una cuestión fundamental que, las hace ser "un ser para los otros", también lo viven como algo gratificante y satisfactorio, por lo que esa parte de su identidad la viven con ambivalencia y conflicto, sabemos que las mujeres cuando deciden regular su fecundidad valoran en forma consciente o inconsciente diferentes acontecimientos de su vida diaria, la valoración de sus hijos, el significado que la maternidad da sus vidas, sus condiciones de salud, su relación de pareja, la ausencia de fuentes de trabajo, etc. Todos estos aspectos se toman en cuenta cuando las mujeres efectúan y deciden regular su fecundidad.

La adopción de métodos anticonceptivos puede posibilitar que las mujeres asuman una actitud diferente frente así mismas y a la sociedad, es decir, la práctica anticonceptiva puede ser una vivencia que permita un proceso de reflexión, en el cual las mujeres aprendan a tomar decisiones sobre sus cuerpos, sobre sus vidas, la posibilidad de vivir una sexualidad placentera, de ganar espacios que expresen su forma de ser y de pensar como seres humanos.

En nuestra sociedad la mayoría de las mujeres siguen siendo madres asumen la maternidad desde dos perspectivas una con sacrificio y ser víctimas, y la otra para obtener satisfacciones y gratificaciones, las dos perspectivas se complementan y juntas pueden ser una interpretación que se acerca más a la realidad, de cómo viven las mujeres la maternidad.

³ De Barbieri, 1991.

CAPITULO III

APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

Los órganos del sistema reproductor femenino se pueden clasificarse en dos partes como son:

1. Órganos sexuales primarios: los dos ovarios (gónadas femeninas).
2. Órganos sexuales secundarios: un útero, dos trompas uterinas, una vagina, una vulva, y dos mamas o glándulas mamarias.

Útero.

El útero virgen es periforme y mide aproximadamente 7.5 cm de longitud, 5 cm de ancho en su porción mayor, y 3 cm de grueso. Consiste en dos partes; una de ellas es la porción superior, el cuerpo, y porción superior más angosta, el cuello (fig. A). El cuerpo se redondea en una eminencia que sobre sale por arriba del nivel en el cual desembocan las trompas uterinas; esta porción abultada del útero se llama fondo.

Pared

La pared del útero consiste en tres capas: endometrio, miometrio, y peritoneo parietal.

1. La cubierta de membrana mucosa, denominada endometrio, esta compuesta por tres capas de tejido: una capa superficial compacta de epitelio cilíndrico simple, parcialmente ciliado, denominada capa compacta, una capa esponjosa media o intermedia de tejido conjuntivo laxo, llamada capa esponjosa y una capa interna más densa que se llama capa basal que une el endometrio con el miometrio subyacente.
2. La túnica media y gruesa, el miometrio, consiste en tres capas de fibras musculares lisas que se extienden en todas las direcciones, longitudinal, transversal y oblicuamente, y le dan al útero gran fuerza.

Las fibras musculares lisas se entrelazan con los componentes de tejido elástico y conjuntivo y se mezclan entre ambas capas. El miometrio alcanza grosor máximo en el fondo y mínimo en el fondo del útero: este es el magnífico ejemplo del principio de adaptación de la estructura a la función, para expulsar al feto; esto es: Para hacerlo descender y salir del útero.

3. La túnica externa de membrana serosa, el peritoneo parietal, que es incompleta pues no cubre porción alguna del cuello del útero y sólo reviste parte del cuello del cuerpo. El hecho de que el útero no esté cubierto completamente por peritoneo tiene importancia clínica porque permite efectuar operaciones en este órgano sin el peligro de infección.

Cavidad.

La cavidad del útero es pequeña a causa del grosor de las paredes (fig. B) la cavidad del cuerpo es plana y triangular; el vértice está dirigido hacia abajo y forma el orificio interno del cuello uterino, que desemboca en el conducto cervical, el conducto cervical también presenta un estrechamiento en el extremo inferior, llamado orificio externo, que desemboca en la vagina.

Riego Sanguíneo

El útero recibe riego sanguíneo abundante de las arterias uterinas, ramas de las ilíacas internas. Además la sangre de las arterias ováricas y vaginales llega al útero por anastomosis con los vasos uterinos.

Existen vasos arteriales tortuosos que entran en las capas de la pared uterina como arteriolas y se ramifican en capilares entre las glándulas endometriales.

Las venas uterinas, ováricas y vaginales devuelven la sangre venosa desde el útero hacia las venas ilíacas internas.

Localización.

En la figura C se ilustra la localización del útero, el cavidad pélvica, entre la vejiga urinaria por delante y el recto por detrás. La posición del útero se altera a causa de factores por la edad, el embarazo y la distensión de las vísceras pélvicas relacionadas, como la vejiga.

Posición

1. En estado normal, el útero presenta flexión entre el cuerpo y el cuello; el cuerpo se sitúa sobre la superficie superior de la vejiga y está orientado hacia delante y algo hacia arriba. El cuello uterino está orientado hacia abajo y atrás a partir del punto de flexión, se une a la vagina en ángulo recto, aproximadamente. Varios ligamentos mantienen fijo el útero, las fibras de diversos músculos que forman el piso pélvico son para formar un nodo que se denomina cuerpo perineal que es además un elemento importante del sostén del útero (fig. D).
2. Ocho ligamentos, tres de ellos pares, dos impares fijan el útero en la cavidad pélvica; ligamentos anchos (pares), uterosacros (pares), posterior (único), anterior (único) y redondos (pares). Seis de estos llamados ligamentos son en realidad prolongaciones del peritoneo parietal en varias direcciones; los dos restantes son cordones fibromusculares.

- a. Los dos ligamentos anchos son pliegues dobles del peritoneo parietal que forman una especie de tabique a través de la cavidad pélvica.
- b. Los dos ligamentos uterosacros son prolongaciones a manera de repliegue del peritoneo que van de la cara posterior del útero al sacro uno de cada lado del recto.
- c. El ligamento posterior es un pliegue de peritoneo que se extiende de la superficie posterior del útero hasta el recto. Este ligamento forma un fondo de saco profundo llamado fondo de saco de Douglas entre el útero y el recto, dado que esta es la porción más bajo de la cavidad pélvica, en las inflamaciones pelvianas se acumula pus en este sitio.
- d. El ligamento anterior es un pliegue de peritoneo formado por prolongación del peritoneo sobre la cara anterior del útero que se dirige a la superficie posterior de la vejiga; también forma un fondo de saco.
- e. Los dos ligamentos redondos (fig. C) son cordones fibromusculares que salen de los ángulos superoexternos del útero, pasan por los conductos inguinales y se pierden por los labios mayores.

Funciones

El útero o matriz ayuda a lograr las tres funciones vitales de la supervivencia humana, pero no de la supervivencia del individuo: menstruación, gestación y parto.

1. Menstruación es el desprendimiento de las capas compactas y esponjosas del endometrio, acompañado de hemorragia por los vasos desgarrados.
2. En la gestación, el endometrio se implanta en el endometrio y en este sitio vive durante todo el periodo fetal.
3. El parto consiste en las contracciones potentes y rítmicas de la pared uterina muscular que producen expulsión del feto o nacimiento.

TROMPAS UTERINAS O TROMPAS OVIDUCTOS.

Localización

Las trompas uterinas desembocan en los ángulos superoexternos del útero (fig. C) cursan entre las hojas del ligamento ancho y se extienden hacia arriba y afuera en dirección de los lados de la pelvis, y después describen una curva hacia abajo y atrás.

Estructura

Las trompas están compuestas por las mismas capas que el útero (mucosa, músculo liso y serosa), cada trompa uterina esta compuesta esta compuesta por tres divisiones:

1. Tercial medial que se extiende desde el ángulo superoexterno del útero denominado istmo.
2. Parte intermedia dilatada que se denomina ampolla y que sigue un camino tortuoso sobre el ovario.
3. Componente terminal en embudo que se denomina infundíbulo que se abre directamente en la cavidad peritoneal. Su borde exterior se parece un fleco por su contorno irregular, las proyecciones del fleco se denominan fimbrias.
(fig.E).

Función

Actúan de manera de conductos para el óvulo, aunque en realidad no están conectados con los ovarios, órganos que producen los óvulos (gametos femeninos).

En estado normal la fecundación, o unión de un espermatozoide con el óvulo, ocurre en la trompa.

OVARIOS – GÓNADAS FEMENINAS.

Las gónadas femeninas son equivalentes a los testículos del varón. Se trata de glándulas nodulares que después de la pubertad, presentan una superficie irregular con hoyuelos, guardan semejanza a almendras voluminosas en dimensiones y forman, y están situados uno a cada lado del útero por debajo y por detrás de las trompas uterinas, cada ovario pesa aproximadamente 3g y se dispone entre los pliegues del ligamento ancho y esta unido a la superficie posterior del mismo por el mesovario. La porción distal de la trompa describe una curva alrededor del ovario de manera de que las franjas del pabellón cubren a la gónada pero no se unen a la misma.

El ovario es una glándula cuyo conducto está separado, lo cual torna posible la gestación en la cavidad pélvica, y no en el útero como ocurre normalmente.

La superficie del ovario está cubierta por una capa de células epiteliales pequeñas que, en conjunto, se denominan epitelio germinal, las células epiteliales de esta capa no producen óvulos, en la profundidad de la capa superficial de las células epiteliales se encuentran miles de elementos llamados folículos ováricos, los folículos contienen células sexuales femeninas u óvulos que, después de la pubertad, se encuentran en diversas etapas del desarrollo.

Funciones

Los ovarios tienen dos funciones: ovulación y secreción. Los óvulos se desarrollan y maduran en los ovarios y son expulsados de los mismos hacia la cavidad pélvica entre los pliegues del ligamento ancho.

Los ovarios también secretan las hormonas femeninas; estrógenos (principalmente estradiol y estrona) y progesterona.

VAGINA.

Localización

La vagina está situada entre el recto por atrás y la uretra y la vejiga por delante. Tiene dirección hacia arriba y atrás desde el orificio externo en el vestíbulo entre los labios menores de la vulva (fig.F).

Estructura

La vagina es un tubo susceptible de colapsarse y dilatarse; está formada principalmente por músculo liso y de mucosa dispuesta en arrugas. En la virgen, un pliegue de mucosa, el himen forma un límite en el orificio externo de la vagina, al que cierra parcialmente. De cuando en cuando esta estructura cubre por completo la entrada de la vagina, estado en que recibe el nombre de himen imperforado. El repliegue debe perforarse para que pueda escapar el flujo menstrual.

Funciones

La vagina es parte indispensable del aparato reproductor por lo siguiente:

1. Es el órgano que recibe el semen que deposita el varón.
2. Es la porción inferior del conducto del parto.
3. Actúa como conducto de excreción para las secreciones uterinas y el flujo menstrual.

VULVA.

En la figura F se muestran los órganos genitales externos o vulva: monte de venus, labios mayores, labios menores, clítoris, meato urinario, orificio vaginal y glándula de Bartholin.

1. El monte de venus es un pelotón adiposo cubierto de piel situado sobre la sínfisis del pubis; en la pubertad aparecen vellos que permanecen casi toda la vida.
2. Los labios mayores presentan superficie externa de piel pigmentada y con pelos, y superficie interna lisa y lampiña.
3. Los labios menores están situados dentro de los labios mayores y cubiertos de piel modificada. Los dos labios se acercan hacia delante en la línea media; la zona circunscrita por los labios menores es el vestíbulo.
4. El clítoris es un pequeño órgano que consiste en tejido eréctil, situado por detrás de la unión de los labios menores y homólogo de los cuerpos cavernosos y el glande del pene. El clítoris está cubierto por repliegue cutáneo de prepucio, al igual que el glande en el varón.
5. El meato urinario es el pequeño orificio de la uretra, situado entre el clítoris y el orificio vaginal.
6. El orificio vaginal es una abertura que, en la virgen, suele tener dimensiones apenas mayores que las del meato urinario a causa del borde formado por himen.
7. Las glándulas de Bartholin o glándulas vestibulares mayores son dos formaciones que podrían compararse a una habichuela, situadas a cada lado del orificio vaginal. Cada glándula tiene un conducto largo que desemboca en el espacio situado entre el himen y el labio menor.

PERINEO.

El perineo es la región muscular revestida de la piel entre orificio vaginal y ano. Esta zona tiene gran importancia clínica por el peligro que se desgarrar durante el parto. Además las lesiones del cuerpo perineal pueden provocar prolapso uterino o vaginal parcial si se debilita esta importante estructura de sostén. Para evitar esta posibilidad, suele practicarse una incisión llamada episiotomía en el perineo.

MAMAS.

Localización

Las mamas están situadas sobre los músculos pectorales y unidos a ellos una capa de tejido conectivo, el desarrollo de estos órganos durante la pubertad es regulado por los estrógenos y la progesteronas, las dos hormonas ováricas, los estrógenos estimulan el crecimiento de los conductos de las glándulas

mamarias, y la progesterona el desarrollo de los alvéolos. El volumen mamario depende más de la cantidad de grasa que rodea al tejido glandular.

Estructura

Cada mama consiste en varios lóbulos separados por tabiques de tejido conectivo; cada lobula esta formado por varios lobulillos, los cuales, a su vez, consisten en células de tejido conectivo que rodean a las células secretoriales de la glándula dispuesta de manera de racimos de uvas alrededor de conductos diminutivos. Estos conductos convergen hacia el pezón de manera de los rayos de una rueda, se dilatan antes de llegar al pezón en los llamados senos lactíferos, que son pequeños reservorios,(fig,G) ,cada uno de estos conductos terminan en un pequeño orificio en superficie del pezón. Se deposita tejido adiposo alrededor de la superficie de la glándula, inmediatamente debajo de la piel y entre los lóbulos.

Los pezones están rodeados de una zona pigmentada circular, la areola; presenta muchas glándulas sebáceas que se advierten en forma de pequeños nódulos debajo de la piel. La areola y el pezón cambian de color desde el rosado delicado hasta el pardo durante el embarazo.

Función

La función de la glándula mamaria es la lactación; esto es, secretar leche para alimentar al neonato.

FIGURA A.

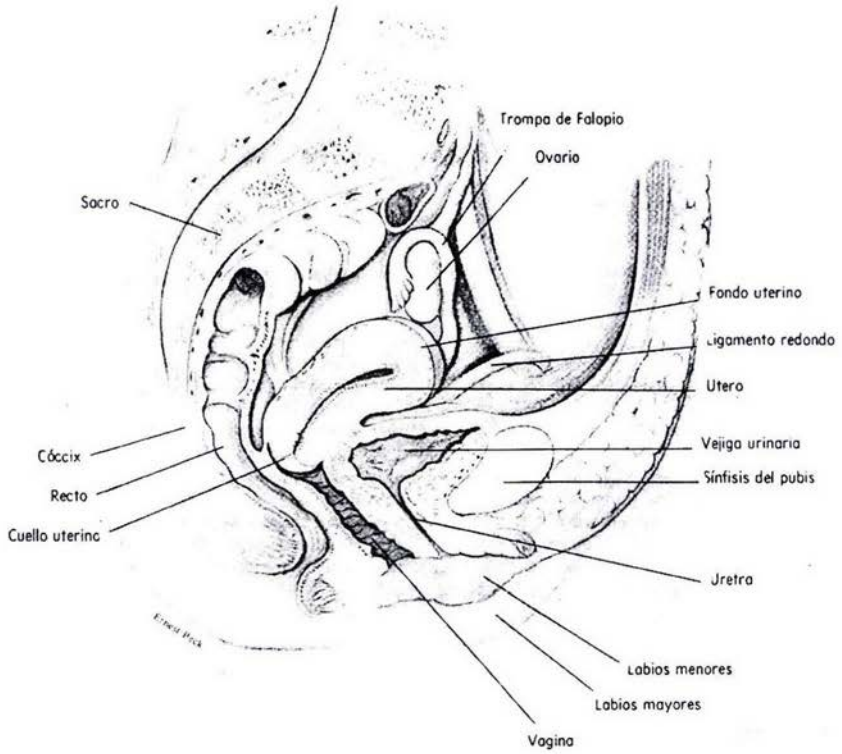


FIGURA B

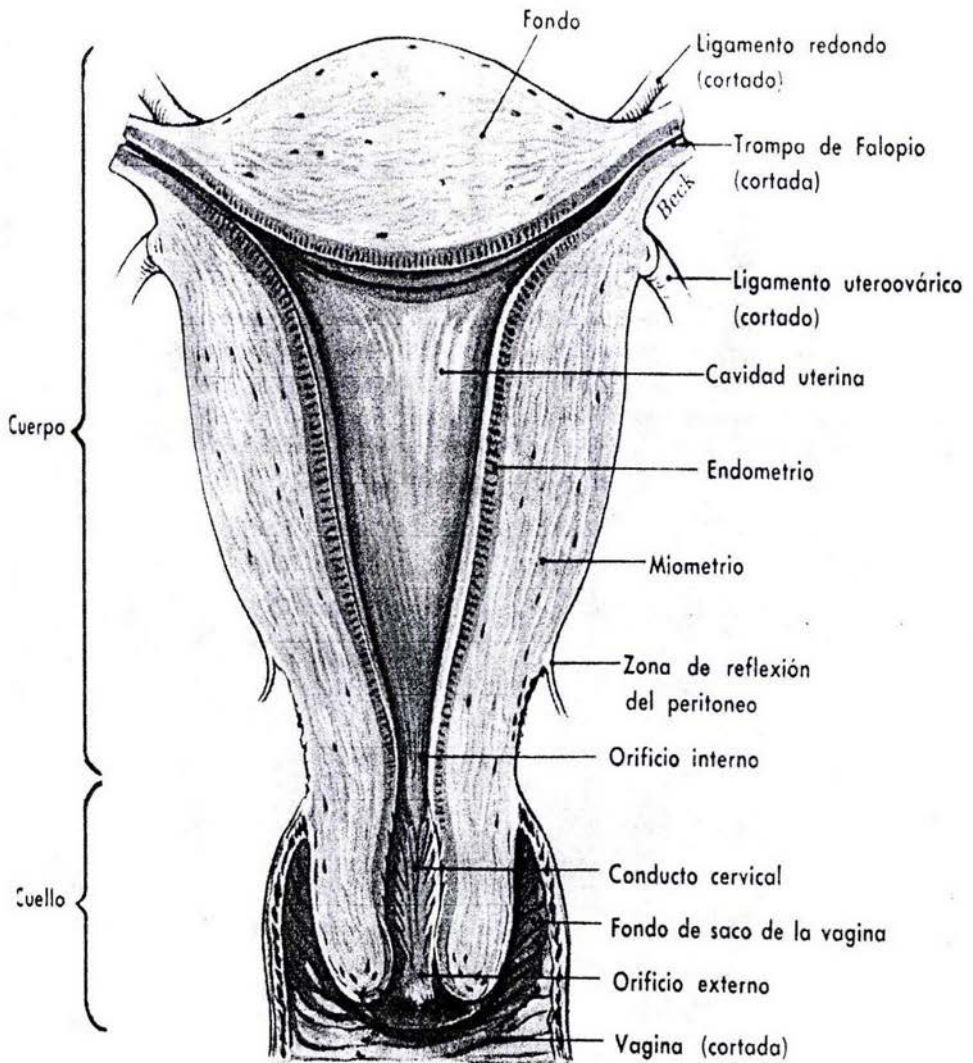


FIGURA C

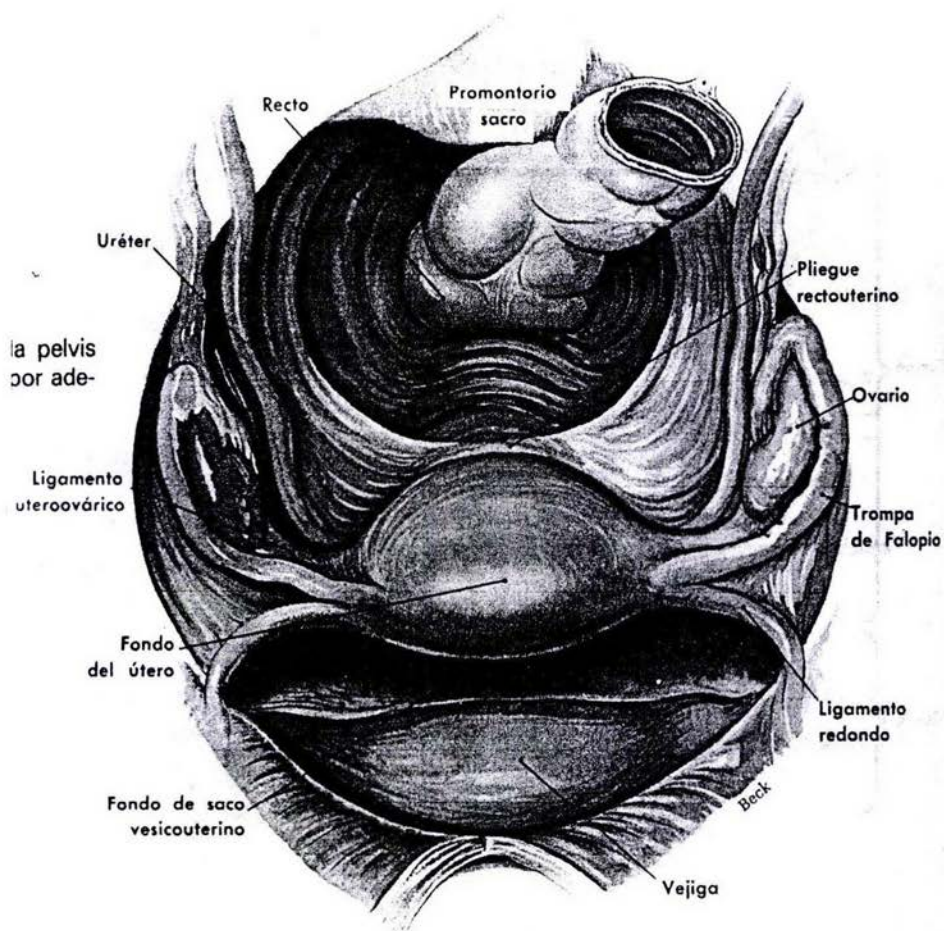


FIGURA D Y E

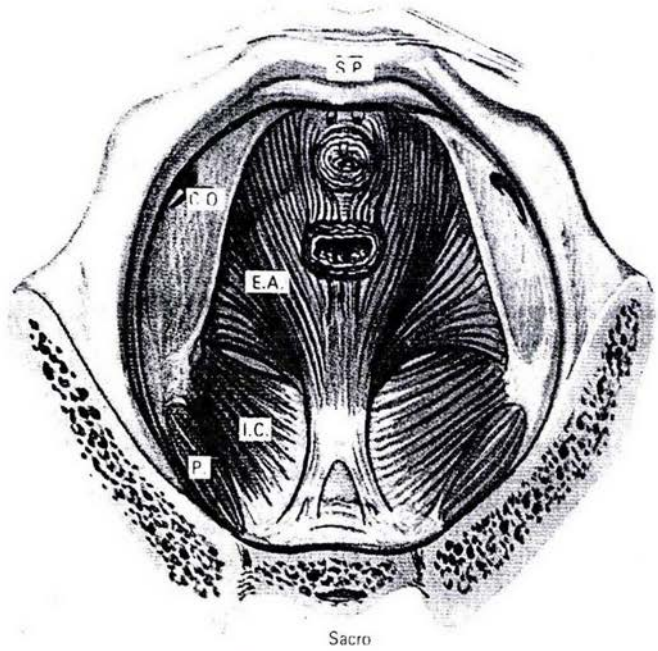
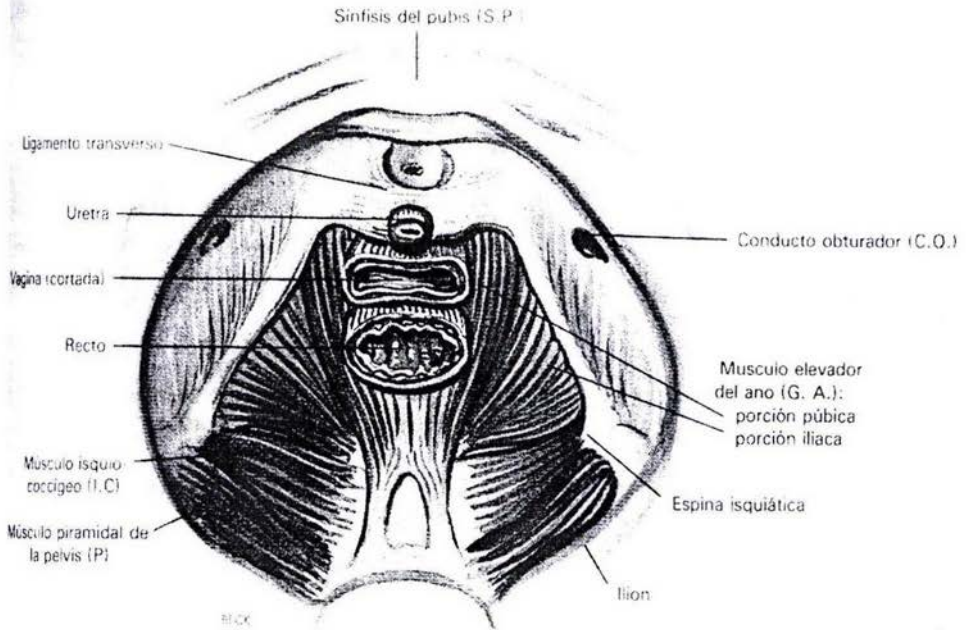


FIGURA F Y G

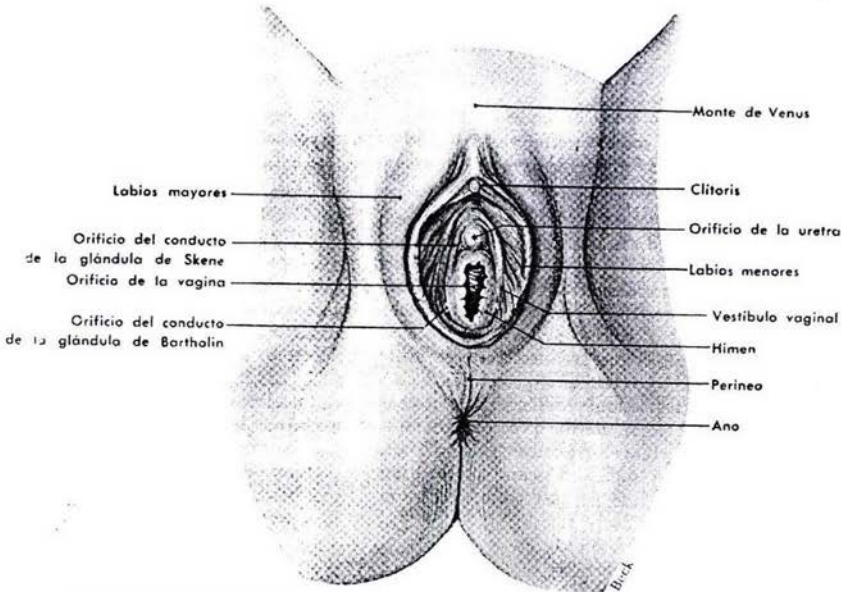
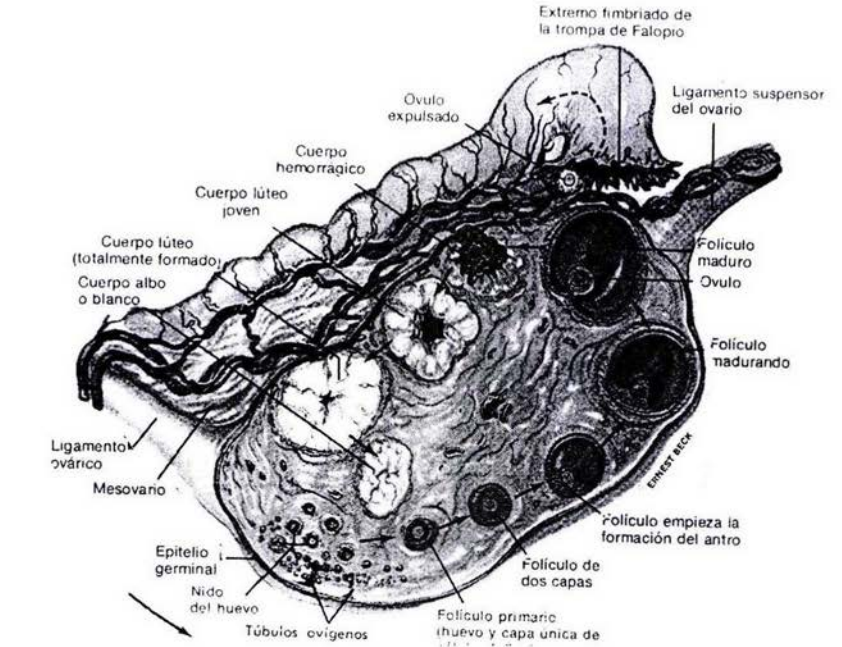
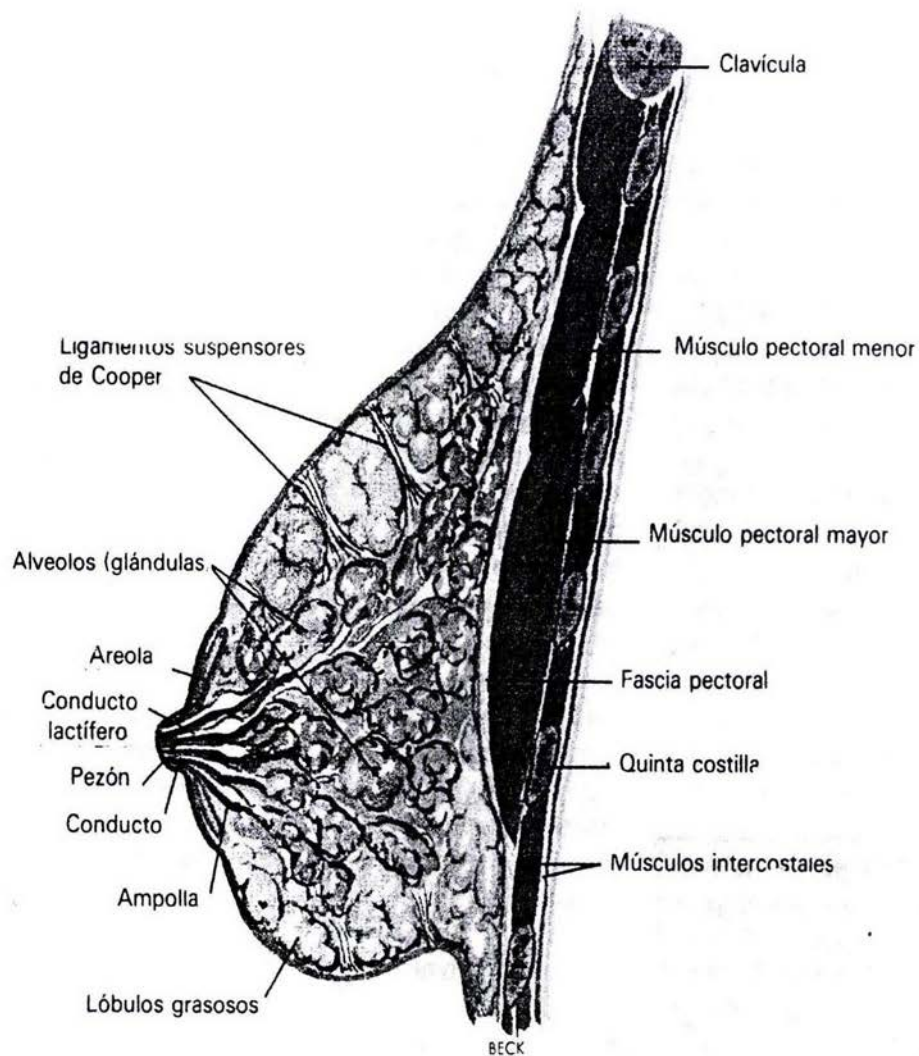


FIGURA H



CAPITULO IV LAS EMOCIONES.

Sin sentimientos y emociones la vida sería muy aburrida, porque los aspectos emocionales de la vida están muy ligados al valor y el significado de la vida misma.

En este capítulo veremos las características que definen la emoción, explicare la reacción del organismo cuando se encuentra excitado emocionalmente, y el efecto de las emociones en las enfermedades psicósomáticas.

Definición:

La palabra "emoción" se deriva de la palabra latina *emovere* que significa remover, agitar, o excitar. Emoción y motivo, las dos significan estar conmovido o agitado, y las dos pueden despertar la actividad del organismo.

Las emociones pueden ser distinguidas de los impulsos fisiológicos, porque estos impulsos nacen como resultado de ciertas necesidades de los tejidos, mientras que con las emociones no sucede así. Además las emociones con frecuencia dependen de la conciencia que tiene el organismo de la importancia de una situación y de esta manera intervienen los procesos cognoscitivos de percepción y pensamiento.

Las emociones generalmente se presentan en situaciones en la que no hay una respuesta habitual, para encarar las situaciones.

Las emociones como respuestas.

Existen dos clases de respuestas:

★ Respuesta externa que se hace al medio ambiente. En ella puede tomar la forma de cambios en la expresión facial, como son la sonrisa, el enojo, la risa o el llanto, agresión, como golpear.

★ Respuesta que acompañan a la emoción es interno y fisiológica. Cuando la emoción es intensa, vienen cambios muy extensos dentro del organismo, el corazón late más rápido, se libera azúcar a partir del hígado, las pupilas se dilatan, etc.

Dimensiones de la experiencia emocional.

De acuerdo a Scholosber (1954,) existen tres dimensiones la experiencia emocional conscientes : tensión-relajación, agrado-desagrado y atención-rechazo.⁵

⁵ Psicología. James O. Whittaker, Edit. Interamericana, 3era edición, 1987.

1. Tensión y Relajación:

Las emociones varían de intensidad desde los estados moderados tales como variaciones ligeras del carácter hasta las pasiones intensas que desintegran y desorganizan la conducta, podemos estar muy enojados, que podemos perder el control de nuestra conducta, es decir las emociones varían según el grado de tensión o la relajación que tengas.

2. Agrado y desagrado:

Las emociones varían también en la dimensión de agrado-desagrado se le ha llamado "tono hedónico" que es el tono del sentimiento asociado con la emoción como el la alegría, el orgullo, el contento, el amor, que son agradables, mientras que por otro lado el dolor, la vergüenza, el remordimiento, la culpabilidad son relativamente desagradables.

3. Atención y Rechazo:

Las emociones abarcan desde aquellas que tienen disgustos o desprecio por algo o alguien que es la dimensión de atención-rechazo, esta se refleja en las expresiones faciales que acompañan a la emoción.

Las emociones como en los casos de urgencia, nos ayudan a enfrentarnos en tres maneras:

- ★ Nos ayudan a utilizar nuestra fuerza máxima durante periodos cortos.
- ★ Pueden ayudar a la actividad sostenida durante un periodo más largo que lo normal y
- ★ la emoción intensa disminuye la sensibilidad al dolor.

Las emociones fuertes, tales como el temor y el coraje, permiten al organismo a utilizar al máximo su fuerza. Cuando la emoción se relaja, las fuerzas físicas del organismo se reduce en proporción.

Además de aumentar las fuerzas físicas, las emociones fuertes tienden a facilita mayor actividad durante tiempos prolongados sin ningún sentimiento de cansancio. El temor puede ser capaz de que la persona permanezca sin dormir, sin tener cansancio.

Las emociones fuertes nos ayudan también para enfrentarnos a las situaciones de urgencia reduciendo el dolor. Por ejemplo si una persona tiene un accidente de automóvil puede no darse cuenta del estado de gravedad de la lesión hasta un tiempo después que haya ocurrido el accidente. La emoción es un acompañamiento de la motivación mientras que la emoción es el motivo.

FISIOLOGÍA DE LAS RESPUESTAS EMOCIONALES.

Todos los seres humanos hemos experimentado muchas sensaciones emocionales en diversas ocasiones. El organismo reacciona de distintas maneras como son:

- ★ Ocurren cambios en la resistencia eléctrica de la piel, se le denomina respuesta galvánica cutánea o simplemente R.G.C , se mide por electrodos colocados en las palmas de las manos.
- ★ Se eleva la presión arterial y el volumen sanguíneo de varios órganos se alteran.
- ★ Aumenta la frecuencia cardiaca.
- ★ La secreción salival disminuye, y por lo tanto existe sequedad en la boca y de la garganta.
- ★ Se presenta respuesta pilomotoria, esta se conoce como la "carne de gallina".
- ★ La motilidad del aparato digestivo disminuye.
- ★ Los músculos se ponen tensos y tiemblan.
- ★ La composición de la sangre cambia, el cambio más notable es la elevación del azúcar sanguíneo.

Además de estas alteraciones fisiológicas, se secreta adrenalina a la sangre por la médula suprarrenal, que es la parte no endocrina de las glándulas suprarrenales. La adrenalina eleva la glucosa de la sangre, la coagula más rápidamente, y aumenta la presión arterial.

La división simpática del sistema nervioso autónomo regula estas funciones. Cuando está uno asustado o enojado, que es una emoción intensa, la división del simpático activa estos cambios de la fisiología del cuerpo. A medida que la emoción se relaja a través de la acción opuesta antagónica de la división parasimpático del sistema nervioso autónomo.

LA EMOCIÓN Y EL CEREBRO.

El cerebro activa y regula los aspectos fisiológicos de la emoción, tanto la división simpática como la parasimpática del sistema nervioso autónomo son controladas y reguladas por los centros ubicados en el cerebro.

El hipotálamo interviene en las emociones de tres maneras:

1. Los impulsos nerviosos que parten de los receptores pasan a través de él, hacia la corteza cerebral.

2. Los impulsos nerviosos que parten de la corteza cerebral llegan al hipotálamo en varias condiciones; por ejemplo, un recuerdo puede despertar actividad en el hipotálamo.
3. Desde el hipotálamo pueden ser enviados impulsos nerviosos a las vísceras y los músculos.

REACCIONES PSICOSOMÁTICAS DE LAS EMOCIONES.

Los trastornos psicológicos producen síntomas somáticos que son totalmente imaginarios.

El desajuste emocional constituye una enfermedad que es primariamente orgánica; en otros casos los problemas psicológicos producen enfermedades orgánicas genuinas. Estas son las llamadas reacciones psicósomáticas. Son trastornos del ajuste que sean asociado con ciertos procesos corporales, de tal manera que producen una enfermedad orgánica verdadera, en otros casos el problema emocional es el factor primario, y el trastorno orgánico es el secundario.

CAPITULO V MENTE Y CUERPO.

El término alma aparece ya en estadios muy antiguos del pensamiento humano se puede encontrar de un modo u otro en todas las culturas.

Alma o espíritu es considerado como un principio de vida interno que reside en todos los organismos vivos y que posibilita y regula tanto sus funciones fisiológicas como mentales.⁴

El alma actúa sobre los cuerpos y existe independientemente, por lo que puede separarse del cuerpo, esta separación puede ser temporal, como ocurriría en los sueños, en la enfermedad o es definitiva produciendo la muerte.

Así mismo todos los humanos tienen en sí un principio vital o alma que regula todas sus funciones vitales. Hoy en día, las enfermedades de la mente son atendidas por psiquiatras y psicólogos mediante terapias verbales y medicamentos. Las enfermedades del cuerpo son atendidas por médicos mediante medicamentos e incluso por técnicas aliviando el dolor.

Uno de los autores, que destaca sobre esto es Rene Descartes, matemático filósofo. Él subrayó que el cuerpo era una máquina formada y compuesta de nervios, músculos, venas, torrente sanguíneo, que aunque no haya mente no dejaría por ello de tener las mismas funciones.⁵

FUNCIONES DE LA MENTE:

La locomoción y la reproducción pasaron a ser funciones del cuerpo, la mente podía desear que el cuerpo se moviera, pero la acción la realizaban los músculos y los nervios. A la mente se debían el pensamiento y conciencia, voluntad, realización de ideas, entendimiento, las pasiones.

Descartes consideraba a la mente indivisible e inmaterial y al cuerpo divisible y material ya que la mente estaba sometida a la razón y a Dios, el cuerpo a las leyes mecánicas. Descartes consideraba el cuerpo y alma entes totalmente separados.⁶

⁴ Efecto mente/cuerpo. Dr Herbert Benson.

⁵ Idem.

⁶ Idem.

CAPITULO VI MEDICINA PSICOSOMÁTICA.

Se han hecho tentativas de eliminar esta situación mediante la creación de disciplinas como la medicina psicosomática. Los conceptos de la medicina psicosomática proporcionan un concepto teórico que relaciona mente y cuerpo, ya que el pensamiento pueden llevar a enfermedades concretas, por ejemplo; los sentimientos de cólera y hostilidad pueden traducirse trastornos de presión sanguínea elevada o ritmo cardiaco irregular.

Sin embargo, no podemos ignorar la estrecha relación entre mente y cuerpo cuando se consideran los conocimientos científicos modernos. Existe la posibilidad de que los procesos mentales provoquen enfermedad o buena salud.

Las descargas de energía que emanan nuestros pensamientos son como ordenes que hay que obedecer, al destino el cual van dirigidos. Por ejemplo, el rencor acumulado por mucho tiempo va degenerando todas y cada una de las células, transformándose en enfermedad, puede ir desde cefalea o dolor estomacal.

Así actúa la relación mente y cuerpo podemos decir que por cada pensamiento hay una reacción química en nuestro cuerpo. Todo tiene una razón de ser porque cada pensamiento o emoción libera sustancias químicas que ayudan ya sean al buen funcionamiento de nuestro cuerpo, o a liberar sustancias tóxicas que lo envenenan e impiden su natural función.

Para lograr la curación de enfermedades totalmente arraigadas en nosotros, es necesario hacer un revaloración de nuestras vivencias, nuestra autoestima, creencias, y nuestra actitud ante la vida. Solamente el equilibrio en nuestras emociones le darán a nuestro cuerpo el equilibrio físico que necesita.

TIPOS DE REACCIONES PSICOSOMÁTICAS.

Las reacciones psicosomáticas son clasificadas de acuerdo con la parte afectada, son diez grupos diferentes de reacciones que comprenden a lo siguientes:

1. Reacciones cutáneas, como el urticaria, acné etc.
2. Reacciones esqueléticas, como dolor de espalda, calambres musculares y reumatismo.

3. Reacciones respiratorias, inclusive algunos casos de asma, rinitis y bronquitis.
4. Reacciones cardiovasculares, infartos, hipertensión, cefalea o migraña.
5. Reacciones sanguíneas y linfáticas que comprenden cualquier trastorno de los aparatos sanguíneos.
6. Reacciones intestinales, como úlcera duodenal, colitis, estreñimiento, y pérdida de apetito.
7. Reacciones genitourinarias, como trastornos menstruales, micciones dolorosas, constricción dolorosa de la vagina.
8. Reacciones endocrinas, como aumento de tamaño de la glándula tiroides.
9. Reacciones del sistema nervioso, como ansiedad, pérdida de fuerza con fatiga, y dolores musculares.
10. Reacciones de los órganos de los sentidos, como conjuntivitis crónica.

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS.

El hombre no nace con sus emociones totalmente desarrolladas, el desarrollo emocional parece función tanto de la madurez como del aprendizaje. La maduración en apariencia desarrolla un papel de gran importancia en el desarrollo temprano de la conducta emocional, mientras que el aprendizaje es primariamente causa del desarrollo emocional de la vida. Las ocasiones que despiertan emociones son influidas por el aprendizaje, y aprendemos a expresar diversas emociones por medio de diferentes expresiones y gestos fáciles.

Su tratamiento requiere técnicas tanto médicas como psicológicas, como estos trastornos se originan como el resultado de una dificultad emocional, no es suficiente tratarlas como enfermedades físicas, la incapacidad física en cada caso puede ser considerada como síntoma de algún trastorno emocional. Pero dejar exclusivamente el síntoma dejaría la persona con el trastorno emocional que primero produjo la enfermedad somática.

CAPITULO VII ANTECEDENTES DE LA PSEUDOCESIS

Desde hace muchos años, se conoce el término de la pseudocesis algunos autores la describían como la más angustiada condición de la literatura médica.

En 1823 John Mason Good, introdujo el término de la pseudocesis. La pseudocesis es de todas las condiciones psicósomáticas, la única cuya etiología psicológica no admite ningún género de dudas.

Otros autores fueron Barglow y Brown, que después de estudiar varios casos reportados, describieron el cuadro clínico, como los signos y síntomas de un embarazo real pero sin producto.

Barglow decía: "un falso embarazo parece proporcionar una restitución defensiva, una especie de compensación para una pérdida real o imaginaria"⁷

Otro autor fue Paddock, él consideraba que las mujeres que presentan pseudocesis pueden ser agrupadas en cuatro categorías:

1. Las mujeres jóvenes recién casadas,
2. Mujeres en edad avanzada,
3. Problemas tumorales, y
4. Mujeres con problemas de concebir un hijo.

⁷ <http://caioco.ucv.ve/vitaetrace/casos/Psiquiatria/AarchivoHTML/comentarios.html>

CAPITULO VIII PSEUDOCESIS

CONCEPTOS:

1. Pseudocesis: Trastorno en el que la mujer cree que está embarazada cuando en realidad no lo está. El origen puede ser psicógeno o bien ser secundario a un tumor o una disfunción endocrina.⁸

2. Pseudocesis: Falso embarazo, embarazo fantasma o embarazo nervioso.⁹

Una de las decisiones de enfermería, se refiere a su participación para valorar el estado de salud, así como tener claro el cuadro clínico de la pseudocesis que es el siguiente:

1. Trastorno del ciclo menstrual, que varía entre la amenorrea y la hipomenorrea, de una duración aproximadamente de 9 meses, es decir, el tiempo que dura un embarazo real.
2. Aumento del volumen abdominal, sin borramiento del ombligo, originado por la posición de lordosis que toma la mujer y por la distensión de los músculos abdominales.
3. Modificaciones en las glándulas mamarias consistentes en turgencia, secreción de leche, y calostro, pigmentación.
4. Sensación subjetiva de movimientos fetales.
5. Ablandamiento del cuello uterino, acompañado con signos de congestión, aumento de volumen uterino, cuyo tamaño varía de 6 semanas a 8 meses.
6. Náuseas, vómito y aberraciones del apetito.
7. Aumento de peso, generalmente mayor que verdaderos embarazos.
8. Algunas pacientes pueden presentar niveles elevados de gonadotropina.

El factor etiológico:

- ♥ El deseo de tener un hijo.
- ♥ Deseo de estrechar nexos conyugales.
- ♥ Necesidad de reforzar la identidad femenina.
- ♥ Necesidad de sentirse joven y fecunda.
- ♥ Adolescentes por tener relaciones sexuales fuera del matrimonio.
- ♥ En el climaterio.
- ♥ Fibrosis uterina.

Paddock los agrupo en cuatro categorías que son:

⁸ Diccionario de Medicina, Océano Mosby.

⁹ Enciclopedia de Enfermería, Carlos Gisper.

- A. Mujeres jóvenes recién casadas, o solteras jóvenes que mantienen relaciones sexuales ilícitas, en las cuales el origen de la pseudociesis es el temor al embarazo, sobre todo en las solteras.
- B. Mujeres en edad avanzadas. Esto ocurre más frecuentes en mujeres que se han vuelto a casar y desean congraciarse con el esposo dándole un hijo.
- C. Mujeres de cierta edad hacen una pseudociesis a raíz de presentar una amenorrea de origen tumoral, menopausica, etc. En estos casos casi siempre la idea inconsciente de que aún se es fértil.
- D. Se ha llegado a un cuarto grupo, mujeres estériles que a partir de la tercera década de la vida comienzan formar aguda paciencia de su minusvalía. La incapacidad de ser madres aviva el deseo de tener hijos; deseo que se vuelve obsesivo, torturante a medida que la mujer avanza en edad y ve aproximarse a la menopausia.

Los factores etiológicos y la interacción entre los niveles que constituyen la personalidad, así como los mecanismos de defensa que intervienen en este trastorno:

1. Aspectos Psicológicos: los deseos de tener un hijo, en la pseudociesis están a su vez relacionados con los siguientes factores:
 - Deseos de formar un matrimonio, complacer al esposo, salvar al matrimonio, por una atención especial.

Se distinguen diferentes mecanismos psicodinámicos en la pseudociesis, algunos se sustentan en estímulos corporales que son secundariamente interpretados de manera errónea por la paciente. Así ocurre, por ejemplo, después de una esterilización quirúrgica, como duelo adaptativo a la pérdida de la capacidad reproductiva.

Existe la pseudociesis de origen psicológico puro, en la cual no es posible la coexistencia de factores físicos coadyuvantes. Así, puede ocurrir que el embarazo sea visto como una fuente de gratificación narcisista, constituyendo el feto sustituto de alguna relación objetal gratificante. Otras veces la firme creencia de estar embarazada representa la negación de una amenaza de muerte por enfermedad aguda o grave. El elemento psicodinámico más importante de la pseudociesis es la "depresión". La paciente descrita pudo haber presentado una reacción depresiva posterior a la esterilización quirúrgica, al punto de que este recuerdo fue reprimido de su conciencia como un mecanismo de defensa ante las fuertes ansiedades que le generaría la imposibilidad de tener un nuevo hijo. Deseo de gran

intensidad, estimulado por el anhelo del esposo de tener su primer descendiente.

9. Aspectos biológicos: en relación con el mecanismo psicofisiológico de este trastorno, los primeros autores que estudiaron el tema sostenían la idea de que en la pseudociosis existía una persistencia del cuerpo lúteo.

Los factores psíquicos, capaces de estimular la pituitaria a través del hipotálamo, provocarían la " liberación de hormonas lactogénicas", la supresión de la hormona foliculo-estimulante y la consecuente persistencia de la función luteínica, con la producción de estrógenos y progesterona en apoyo de esta hipótesis se citan casos en los que las determinaciones de hormona foliculo-estimulante, con concentraciones por debajo de lo normal, retornaron a sus valores habituales después de la psicoterapia como en el caso de nuestra paciente o simplemente, luego de ser notificada la persona afectada acerca de la ausencia de embarazo.

SISTEMA LÍMBICO:

La depresión subyacente a la pseudociosis, a través de la corteza y el sistema límbico, origina una disminución en la liberación del factor desinhibido de las hormonas luteinizante (LRF) y foliculo estimulante (FRF), así como del factor inhibidor de la prolactina. Los niveles disminuidos de LH y FSH, resultantes de estas alteraciones, impiden la ovulación y promueven la amenorrea; Mientras que los niveles aumentados de prolactina inducen la lactación y, posiblemente, la persistencia del cuerpo lúteo, que a su vez refuerza la amenorrea.

MECANISMOS MENTALES:

La personalidad adquiere y desarrolla defensas específicas para enfrentarse la angustia, los impulsos agresivos, las hostilidades, los resentimientos, y las frustraciones. Todos hacemos uso constante de mecanismos de defensa, los cuales no necesariamente son patológicos. El grado de salud mental de un individuo está determinado:

- Por el tipo de recursos motivadores que selecciona inconscientemente para encarar las causas de estrés y la necesidades emocionales y para proporcionar una defensa contra la angustia.
- Por la frecuencia con que usa dichos recursos y el grado en que distorsionan la personalidad dominan la conducta y trastornan la adaptación con individuos semejantes.

" El deseo consiente de tener un bebé de su nueva pareja, somete a la evolución del súper yo, se reprime la idea de ser madre otra vez o la

posibilidad de tener un hijo por su estado de ser estéril, originado de forma natural el conflicto".

El conflicto psíquico es el dilema en el cual el individuo es impulsado por fuerzas mentales mutuamente incompatibles e irreconciliables y por impulsos y necesidades de la personalidad que compiten entre sí.

El Conflicto Produce Angustia (proceso psicodinámico):

La angustia es un estado de tensión que revela la posibilidad de un desastre inminente, como una señal de peligro que nace de la presión de actitudes internas inaceptables, que surgen de pronto en la conciencia o en forma de acción, con las consecuentes respuestas de la personalidad individual o de la sociedad a dicha erupción. El que sufre de angustia, sólo se da cuenta del conflicto en forma vaga.

La angustia aparece cuando los mecanismos de defensa se desintegran.

Estos mecanismos de defensa no son mas que procesos que establecen un medio capaz de amortiguar las tensiones internas causantes de los conflictos. Estas son funciones del Yo.

CAPITULO IX CASO CLINICO.

Como hemos visto a lo largo de la investigación el problema de la pseudocesis es muy poco frecuente, yo como investigadora de este tema me di cuenta que no existe suficiente fuente bibliografica sobre el tema, por lo que no es frecuente en los hospitales. Tuve la oportunidad de encontrar este caso durante mi año de mi servicio social en CIMI-Gen, indagué por medio del personal que elabora ahí, que desde hace cuánto tiempo no se presentaba este problema, y una Licenciada en enfermería que tiene elaborando ahí más de quince años me comento que nunca se había presentado este tipo problema, por ello me preocupe que nosotras las Licenciadas en enfermería no estamos capacitadas para abordar este tema es por eso que a continuación les presento un caso clínico sobre el tema de investigación y también como fue manejado por la Psicóloga, por la Gineco-obstetra y por la Licenciada en enfermería.

Mujer de 28 años originaria del Distrito Federal.

Con estudios universitarios.

Dedicada al comercio.

Estado civil: casada desde hace cuatro años

Antecedentes Heredo Familiares: tía paterna padece cáncer en el estomago.

Antecedentes Personales Patológicos: preguntados y negados.

F.U.M : 11 octubre 2002

F. P.P: 17 julio 2003

OBSERVACIÓN: no llevo control prenatal nunca confirmo el posible embarazo.

Perfil de la pareja: hombre de 32 años.

Ocupación, se dedica también al comercio

Adicciones: alcoholismo y drogadicción.

EMOCIONES SEGÚN EL GRADO DE TENSIÓN-RELAJACIÓN:

- ★ Víctima del maltrato familiar verbal.
 - ★ Ella pensaba que el tener un hijo todo iba cambiar.
 - ★ Se encuentra preocupada,
 - ★ Con miedo.
-

- ★ Con llanto.

SIGNOS CLÍNICOS:

- ★ Llega al servicio con sangrado con contracciones.
- ★ Con palidez de tegumentos, conjuntivas normocromicas, orofaringe normal.
- ★ Campos pulmonares bien ventilados, mamas simétricas secretantes.
- ★ Con abdomen blando globoso a expensas de útero gestante, con fondo uterino de 30 cm.
- ★ A la palpación por medio de las maniobras de leopol, no se palpa presentación, ni dorso, ni situación,.
- ★ No hay frecuencia cardiaca fetal.
- ★ Ala especuloscopia se observa sangrado que proviene desde adentro del útero, durante la exploración física no se detecta ninguna contracción.
- ★ Al realizarle el ultrasonido no se encuentra nada de producto, solo agua.

OBSERVACIONES:

La enfermera que se encontraba en esos momentos no supo como abordar el problema en que se encontraba la paciente no entendía como es posible darse esos casos de la pseudocesis.

Yo como enfermera y conociendo ampliamente este tema de investigación; hubiera abordado el tema de la siguiente manera: primero hablar con la paciente tratar de tranquilizarla porque ese tipo de pacientes llegan muy alteradas, nerviosas, con miedo y temor, tratar de ganar su confianza, después indagar en ella a través de una serie de preguntas que me puedan dar donde esta el factor que la hizo pensar de que ella estaba embarazada y que posiblemente se la iban a resolver sus problemas.

La ginecoobstetra le comenta a la paciente que no hay embarazo que se trataba de un embarazo psicológico que se tranquilizara, la especialista de estos casos la psicóloga que ella la iba ayudar en su problema.El reporte de la psicóloga fue que la paciente tuvo una pelea con su marido, que ella se iba hacer cargo del bebe, porque no era de el, ella sentíemociones de preocupación, de soledad, que no iba a poder con el bebe ella sola, más tarde se empezó a sentir mal y así fue que decidió ir al médico.

Los mecanismos de defensa observados en la paciente son:

- Represión.
- Fijación (etapa oral)
- Disociación.
- Negación.

Represión: actúa como una defensa contra los impulsos y los recuerdos que no pueden ser controlados por el Yo. La paciente usa este mecanismo para

manejar el conflicto que representa estar esterilizada y no poder concebir nuevamente un hijo.

Fijación: sabemos que de la lactancia a la madurez debe haber un desarrollo, una diferenciación y una maduración progresiva en el aspecto instintivo, en el emocional, y en otros de la personalidad. El desarrollo de algún aspecto de la personalidad puede detenerse en una etapa incompleta de su evolución, lo que resulta de ciertos elementos inmaduros. Esta detención puede apreciarse en el aspecto intelectual de la maduración de la personalidad y en el emocional.

Disociación: este mecanismo tiene un cierto grado de satisfacción, cuando diversos componentes de la personalidad no están bien integrados, la paciente recurre a esto para tratar de eliminar una parte de la personalidad que es fuente de inquietud emocional como lo es su incapacidad de tener hijos. Trata así de controlar un poco la conciencia y evitar su realidad, es aquí donde están los elementos reprimidos. La persona organiza una personalidad propia, determinando una conducta distinta como por ejemplo estar tomando anticonceptivos, teniendo el antecedente de una esterilización con una conciencia que no tienen aquellos factores que le causan angustia, molestia, perturbación, entre ellos. Esta es una manera de escapar de la realidad que le causa depresión.

Negación: este mecanismo de defensa es usado para que aquellas percepciones consientes intolerables - su capacidad de procrear hijos - se traten de ignorar o de apreciar de manera insuficiente y así no causar tentó dolor, sufrimiento, angustia, temor, etc. Esta acción es una función del yo, puesto que ella no se da cuenta conscientemente de la negación de la situación. De tal manera que ella transforma o cambia su realidad, la esterilidad, y así ya no es desagradable ni dolorosa, y de esta forma ella cree conscientemente que puede darle a su pareja sin ningún problema.

La fantasía le proporciona una ilusión satisfactoria de los deseos que no pueden cumplirse - desea darle un hijo a su pareja pero es estéril - generando de forma fantasiosa un embarazo psicológico, a pesar de su frustración e incapacidad. Esto le ayuda a resolver su conflicto y prevenir su angustia.

CAPITULO X PROPUESTAS:

Este programa plantea satisfacer las necesidades de salud ante la mujer con el padecimiento de la pseudocesis, este programa contiene temas de interés para las enfermeras si en algún momento se les presenta este problema sabrán como tratarlo adecuadamente y sobre todo con profesionalismo.

1. Realizar un curso-taller dirigido al personal de enfermería sobre los temas del cuidado y la medidas que debe tener la paciente con el padecimiento de la pseudocesis.

PROGRAMA.

TEMA:

Pseudocesis.

OBJETIVO GENERAL:

1. Dar a conocer las causas y efectos de la pseudocesis.
2. Enseñar el tratamiento adecuado para la pseudocesis.

SUBTEMAS DE APOYO:

- a) Identificación de la pseudocesis.
 - b) Apoyo emocional.
 - c) Presión social y familiar que juega la mujer.
 - d) Cuidados y las medidas de salud para la paciente en la pseudocesis.
- Orientar a las mujeres para que en su vida personal, la maternidad, no sea un logro único.
 - Diferenciar entre la población las causas de la pseudocesis.

CONCLUSIONES

Al terminar la investigación y de analizarla, he llegado a la conclusión, de que si nosotras como Licenciadas en Enfermería si estamos capacitadas y con los conocimientos científicos sobre la PSEUDOCESIS, podremos ayudar a dar un tratamiento adecuado sin ningún problema, así como también dándoles apoyo emocional, donde las pacientes no se sientan solas, no con la presión social o familiar por la cual fue o será sujeta a desarrollar la pseudocesis.

Nosotras como Licenciadas en Enfermería tenemos la tarea de comprender la situación es personales y sociales de nuestros pacientes, de acuerdo al proyecto de vida de cada mujer.

ANEXOS GUÍA DE ENFERMERÍA

Esta guía nos va a permitir conocer a la paciente como fue el proceso del padecimiento de la pseudocesis.

FECHA:

1. NOMBRE DE LA PACIENTE.

2. ¿QUÉ EDAD TIENE?

3. ¿A QUE SE DEDICA?

4. ¿TIENE PAREJA?

SI _____ NO _____

5. ¿ TIENE SEXUAL ACTIVA?

SI _____ NO _____

6. ¿CUÁNDO INICIO SU VIDA SEXUAL?

7. ¿FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN?

8. ¿CUÁNDO TUVO RELACIONES SEXUALES, DESPUÉS DE SU ULTIMA MENSTRUACIÓN?

9. ¿USO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

10. ¿CUÁL FUE?

11. ¿POR QUÉ?

12. ¿CON QUE FRECUENCIA ES ÉL NUMERO DE RELACIONES SEXUALES QUE TIENEN USTED AL DÍA, SEMANA, O AL MES?

13. ¿POR QUÉ CREÉ USTED QUE ESTÁ EMBARAZADA?

14. ¿SE HIZO PRUEBA DE EMBARAZÓ?

15. ¿CUÁL FUE EL RESULTADO?

16. ¿FUE A UNA CONSULTA MÉDICA?

17. ¿QUÉ FUE LO QUE LE DIJO EL MÉDICO QUE LA ATENDIÓ?

18. ¿DESEA QUE LA AYUDEMOS A SENTIRSE MEJOR?

BIBLIOGRAFÍA.

Diccionario de Medicina Océano Mosby. Kenneth N. Anderson, Editorial: Océano, 4ta edición, año 1999.

El Efecto Mente/ Cuerpo. Dr. Herber Benson, Editorial: Grijalbo, 1er edición, año 1980.

El Método Científica en la Investigación en Ciencias. Luis Vázquez Camacho, Editorial: Méndez, 2da edición, año 1998.

Enciclopedia de Enfermería. Carlos Gispert, Editorial: Océano. 3era edición.

Williams Obstetricia. Cunningham, MacDonald. Editorial: Panamericana, 20ma edición, año 1999.

Psicología. James O. Whittaker, Editorial: Interamericana, 3era edición. Año 1987.

Relaciones de Genero y Transformaciones Agrarias. Soledad González Montes y Vanía Salles, Editorial: El Colegio de México, 1era edición, año 1995.

Nuevos Textos y Renovados Pretextos. Vania Sallesy Hélice Mcphail, Editorial: El Colegio De México, 1era edición, año 1998.

La Condición de la Mujer en el Espacio de Salud. Juan Guillermo Figueroa Perea, Editorial: El Colegio de México, 1era edición, año 1998.

Anatomía y Fisiología. C.P. Anthony, G.A. Thibodeau, Editorial: McaGraw-Hill interamericana, 10a edición, año 2002.

Bibliografía de Internet:

http://caibco.ucv.ve/vitaetrece/casos_clinicos/psiquiatria/ArchivosHTML.htm.