

**DUELO EN SITUACIÓN DE ABORTO:
CARACTERIZACIÓN Y CUIDADO A LAS MADRES.
HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA Y CLÍNICA LA ESTANCIA.
POPAYÁN. MARZO A AGOSTO DE 2008**

Investigadores principales:

**MARGARITA LUZ ÁNGELA ARANGO DORADO
FAURY ALEJANDRO DIAZ POLINDARA
HAROLD ERNEY ORDOÑEZ GÓMEZ
LINA MARCELA VIDAL ORTIZ**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
POPAYÁN
2008**

**DUELO EN SITUACIÓN DE ABORTO:
CARACTERIZACIÓN Y CUIDADO A LAS MADRES.
HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA Y CLÍNICA LA ESTANCIA.
POPAYÁN. MARZO A AGOSTO DE 2008**

Investigadores principales:

**MARGARITA LUZ ÁNGELA ARANGO DORADO
FAURY ALEJANDRO DIAZ POLINDARA
HAROLD ERNEY ORDOÑEZ GÓMEZ
LINA MARCELA VIDAL ORTIZ**

Trabajo de grado para optar al título de Enfermero (a)

Directora:

**MARIA DEL PILAR RESTREPO DE PAZ
Enfermera Magíster en Materno – Infantil
Especialista en Educación Médica**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
POPAYÁN
2008**

Nota de aceptación:

En cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios, se declara aprobado el siguiente trabajo.

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Popayán, 5 de Diciembre de 2008.

DEDICATORIA

En memoria de todas y cada una de las pequeñas vidas que se apagaron en los vientres de sus madres...

... Dedicado a todas las madres que voluntaria o involuntariamente tuvieron que vivir la difícil y dolorosa experiencia de perder la vida de un hijo, regalo de Dios, y de paso una parte de sus propias vidas...

*... En Rama se sienten unos quejidos
y un amargo lamento,
Es Raquel que llora a sus hijos
Y no quiere que la consuelen,
pues ya no están.
Así dice Jehová:
Deja de lamentarte,
y seca el llanto de tus ojos,
ya que hay un arreglo para tu pena...
Que tu descendencia no pierda la esperanza...*

Jeremías 31:15-1

A ti mi Danis, mi milagrito de vida, por ser mi más grande maravilla, por ser mi razón de ser, por cambiar mi vida con tu presencia, por alegrar mis días con tus sonrisas, por ser mi mejor bendición y porque en ti veo la grandeza y el amor de Dios. Todo esto es para ti mi pequeñita, te adoro...

A mis padres Gerardo y Amparo por ser los cimientos de mi vida, por su dedicación, apoyo, compañía y por ser mi modelo a seguir de fortaleza y esfuerzo, porque en ellos se refleja la perseverancia y el amor

A ti Ameyde, mi amor por tu apoyo constante, por tu ayuda, por ser la mano que nunca me dejó caer, por ser mi ejemplo de firmeza, y por ayudarme a alcanzar mi más grande sueño.

A mis hermanos Jenny, Elcy, Juan Pablo y Santiago porque siempre creyeron en mí, por su compañía por brindarme siempre una mano amiga cuando lo necesitaba y porque siempre fueron mi fuente de motivación.

A mis sobrinitas María Fernanda, Marcela, Sofía y Nicole, por depositar su admiración y confianza en mí, por las angelitas que alegran y hacen de mi vida una fortuna.

Margarita Luz Ángela Arango Dorado

*Agradezco a Dios por todas las bendiciones recibidas,
por confortarme en cada momento crítico de mi vida y por permitirme alcanzar una meta más.*

*Dedico este trabajo a mis padres, Héctor Díaz y Gloria Dolindara,
quienes además de ser mis mentores me han enseñado que sin Derrota no hay Triunfo...*

Agradezco a mis hermanos Laura y Daniel, por su comprensión y apoyo constantes.

*A mi novia Liller Janeth, por ser mi más grande motivación,
por lograr hacer de mi una mejor persona, y por demostrarme y recordarme que:
"El amor perdura a pesar de todo, lo cree todo, lo espera todo y lo soporta todo (1co 13,7)"*

*Finalmente, agradezco a todas y a cada una de las personas que me apoyaron
y que directa o indirectamente ayudaron al avance y culminación de este proyecto,
que representa el primer logro importante en mi vida profesional..*

Faury Alejandro Díaz Dolindara

*En memoria de mi padre Edgar Afranio Ordoñez Ledezma
quien no pudo ver concluido este trabajo...*

Agradezco a Dios por ser mi guía.

A mi madre, hermanos y demás familiares por el apoyo constante que me brindaron durante todo este tiempo, por su amor incondicional, comprensión y tolerancia en esos momentos de ausencia prolongada, por animarme a no desfallecer a pesar de los obstáculos, darme seguridad y fortaleza para lograr este sueño tan anhelado.

A mi sobrina Laura Isabela por alegrar mis días...

Harold Erney Ordoñez Gómez

A Dios por iluminar el camino de mi vida y llenar de bendiciones y esperanza todos y cada uno de los días de mi vida.

A mis padres Mauricio Vidal y Omaira Ortiz quienes con su ejemplo y dedicación, lograron hacer de mí una persona de bien, por todas sus valiosas enseñanzas y por brindarme su apoyo incondicional, aun en las peores situaciones.

A mi hermano Fabián por su alegría y compañía.

A mi tía, Doris Ortiz, quien aun me cuida y me consiente y ha sido una segunda madre para mí, por haberme malcriado bastante, pero también por haberme enseñado a ser una persona fuerte y perseverante.

A ti Felipe, mi novio y futuro esposo, por haber estado la mitad de mi vida a mi lado, haber compartido conmigo los momentos más felices, ser mi apoyo, mi inspiración, mi guía y por haberme enseñado a amar. Gracias por tu dedicación y sacrificio, pero sobre todo por regalarme a mi hijo y ser el mejor hombre del mundo.

A ti mi ángel, Juan Sebastián, la razón de mi vida, por haber llegado para llenarme de sueños, ilusiones y esperanzas, el brillo de tus ojos inocentes ilumina mi camino, tu sonrisa es mi felicidad, gracias por haberme mostrado la mayor grandeza del mundo. ser madre.

A mis amigos y todas las personas que han contribuido en mi formación.

Lina Marcela Vidal Ortiz

AGRADECIMIENTOS

Los autores extienden sus agradecimientos a:

Enf. Mg. María del Pilar Restrepo de Paz.

Enf. Mg. Sandra Felisa Muñoz Bravo.

Enf. Mg. María Gilma Pérez de Vera.

Enf. Esp. María Rocío Ramírez Cuellar.

Enf. Esp. Mónica Cecilia Dueñas Martínez.

Enf. Esp. María Mercedes Paredes.

Enf. Marlen Daniels San Jorge.

Dr. Pedro Meléndez.

Dr. Jaime Alberto Carvajal.

Sr. Jorge Gómez Paz.

De igual forma agradecen a las instituciones en las que se desarrolló el presente trabajo y realzan su contribución en el proceso de formación de los profesionales de Enfermería, al fomentar la investigación, para la formulación de nuevas y mejores alternativas de cuidado y atención en salud. Agradecen especialmente a las madres participantes, quienes aceptaron ser entrevistadas y en las cuales encontraron una amplia disposición; también a los médicos, residentes y enfermeros (as) del Hospital Susana López de Valencia y de la Clínica La Estancia, por su apoyo durante el estudio y su actitud abierta y cordial ante todas las preguntas e inquietudes.

Agradecen a las directivas de la Universidad de Antioquia, en especial a las de la Facultad de Enfermería, por facilitar el acceso a la información de sus bibliotecas y bases de datos.

Por último agradecen a todos aquellos que con su crítica constructiva, contribuyeron constantemente al desarrollo de este trabajo de grado, tan solo para alcanzar **¡la excelencia!**

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	
0. INTRODUCCIÓN	17
1. MARCO CONCEPTUAL	20
1.1 DUELO	20
1.1.1 Tipos de duelo	21
1.1.2 Etapas y reacciones del duelo	23
1.2 ABORTO	25
1.2.1 Aborto espontáneo	26
1.2.2 Aborto inducido	26
1.3 REFERENCIAS LEGALES SOBRE EL ABORTO EN COLOMBIA	27
1.4 CONSIDERACIONES EPIDEMIOLÓGICAS DEL ABORTO	29
1.5 DUELO EN ABORTO	32
1.5.1 Culpa	34

	pág.
1.6 COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA RESPECTO AL CUIDADO A LAS MADRES EN DUELO POST-ABORTO	36
1.7 INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA EN EL CUIDADO A LAS MADRES EN DUELO POST-ABORTO	38
2. DISEÑO METODOLÓGICO	40
2.1 TIPO DE ESTUDIO	40
2.2 POBLACIÓN SUJETO DE ESTUDIO	40
2.2.1 Universo	40
2.2.2 Muestra	40
2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	40
2.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	41
2.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	42
2.6 MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	44
2.7 VALIDEZ DEL ESTUDIO	45

	pág.
2.7.1 Prueba de expertos	45
2.7.2 Prueba piloto	45
2.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS	46
3. RESULTADOS	47
3.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	47
3.2 ASPECTOS FAMILIARES	51
3.3 ASPECTOS DE LA SALUD MATERNA	55
3.4 ASPECTOS RELACIONADOS CON EL DUELO POST-ABORTO	57
4. DISCUSIÓN	65
5. CONCLUSIONES	78
6. RECOMENDACIONES	80
7. PROPUESTA	81
BIBLIOGRAFIA	121
ANEXOS	126

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Distribución porcentual según edad. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.	48
Figura 2. Distribución porcentual según estrato socioeconómico. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.	48
Figura 3. Distribución porcentual según escolaridad. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.	49
Figura 4. Distribución porcentual según estado civil y dependencia económica. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.	50
Figura 5. Distribución porcentual según ocupación. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.	50
Figura 6. Distribución porcentual según convivencia con la familia. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.	52
Figura 7. Distribución porcentual según tipo de cambio en la relación con el padre del bebé. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.	53
Figura 8. Distribución porcentual según como las madres califican la relación con el padre del bebé. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.	53

Figura 9. Distribución porcentual según número de abortos. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.	56
Figura 10. Distribución porcentual según mecanismos de defensa utilizados. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.	58
Figura 11. Distribución porcentual según fases del duelo identificadas. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.	59
Figura 12. Distribución porcentual según tipo de aborto. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.	60
Figura 13. Distribución porcentual según tipo de ayuda requerida. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.	61
Figura 14. Distribución porcentual según sugerencias de las madres para las instituciones. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.	62

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Operacionalización de las variables.	127
Anexo B. Consentimiento informado.	136
Anexo C. Formulario de encuesta de la primera entrevista estructurada.	137
Anexo D. Formulario de encuesta de la segunda entrevista estructurada.	141
Anexo E. Instructivo para el diligenciamiento de los formularios de encuestas de la primera y segunda entrevistas estructuradas.	144
Anexo F. Formulario de recolección de datos de la historia clínica.	164
Anexo G. Instructivo para el diligenciamiento del formulario de recolección de datos de la historia clínica.	165

RESUMEN

El aborto en Colombia representa un problema de salud pública, no solo porque genera trastornos físicos sino también porque representa para las madres una pérdida que implica un duelo, que al no elaborarse adecuadamente, puede tornarse patológico. El presente estudio caracterizó el duelo en madres después de un aborto con el propósito de contribuir a que elaboren un duelo saludable.

Se realizó un estudio descriptivo, con 46 madres que consultaron por aborto al Hospital Susana López de Valencia y la Clínica la Estancia de Popayán. Se utilizaron dos instrumentos que permitieron identificar: el perfil socio-demográfico, algunos antecedentes de salud, aspectos familiares y características del duelo. También se aplicó un instrumento indirecto que permitió conocer el tipo de aborto diagnosticado y sus complicaciones.

Quienes consultaron por aborto, eran mujeres menores de treinta años, de bajo nivel educativo y escasos recursos económicos, convivían en unión libre y generalmente dependían económicamente de su pareja, además tenían por lo menos un hijo escolar. Situaciones que generan una condición precaria para el desarrollo de un duelo saludable.

Respecto al desarrollo del duelo, los cambios emocionales se manifestaron con negación y aislamiento, los cambios negativos en las relaciones familiares; además las múltiples sugerencias para las instituciones, reflejan el impacto de la pérdida y la necesidad de una atención post-aborto holística.

La intervención de Enfermería se centró en mejorar la atención post-aborto en los centros asistenciales, proponiendo a estos un modelo sobre atención integral post-aborto a las madres.

Palabras clave: aborto, duelo, madre, intervención de Enfermería.

0. INTRODUCCIÓN

En 1967, la Asamblea Mundial de Salud reconoció el aborto como un importante problema de salud de las mujeres y de salud pública, con un elevado índice de mortalidad y complicaciones que afectan, tanto física como psicológicamente el desarrollo normal de las mujeres que lo padecen, además resulta un acontecimiento traumático y difícil de aceptar. Posteriormente en la conferencia internacional de población y desarrollo realizada en El Cairo en 1994 y en la conferencia mundial sobre la mujer de Beijing en 1995, se destacó y recomendó la importancia de mejorar la atención post-aborto.

En relación al aborto, a pesar de que está legalmente restringido en la mayoría de los países de América Latina, esta región registra la tasa más alta de abortos inseguros en el mundo. Se estima que en América Latina, 26 de cada 1000 mujeres en edad reproductiva han tenido por lo menos un aborto inseguro alguna vez en su vida¹.

Estudios realizados en Estados Unidos en 2004 (Silvia L. Gaviria), encontraron que la mayoría de mujeres que abortan en este país, sufren diversos trastornos psicológicos, emocionales y espirituales como consecuencia del mismo, que requieren de una atención adecuada por parte del personal de salud. Así mismo un estudio realizado por Claudia L. Ibarra en Tijuana (México 2004)² demuestra que las mujeres que han vivido un aborto desarrollan un proceso de duelo y presentan secuelas emocionales importantes que demandan cuidado y una atención integral por parte de las entidades de salud.

En Colombia hasta la fecha se han realizado muy pocos estudios sobre aborto y casi la totalidad de estos están más enfocados hacia las consecuencias físicas que a las

¹. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Situación de salud de las Américas. Indicadores Básicos. Washington, D.C. 2001.

². IBARRA MARTINEZ, Claudia Lizeth. Duelo del aborto en adolescentes. Centro Universitario de Tijuana México. Octubre 2004. [En línea] Disponible en internet: <http://www.psicologiacientifica.com>.

psicológicas o emocionales de la mujer y la mayoría solo proponen estrategias para disminuir la incidencia del aborto y de los embarazos no deseados, dejando de lado las necesidades de las madres relacionadas con su salud mental durante la atención post-aborto.

En un estudio realizado en Popayán por Dueñas y Martínez (2001), abordan el problema del aborto teniendo en cuenta las prácticas y actitudes de las mujeres que recurren al aborto provocado y proponen una estrategia para prevenir el embarazo no deseado.

En el Cauca, especialmente en Popayán, la incidencia del aborto en la última década ha ido en aumento, además la atención psicológica y el apoyo que se brindan a las mujeres que lo padecen no son apropiados ni integrales, lo que hace necesario conocer el proceso del duelo por el cual atraviesan, para poder proporcionarles una atención holística.

El presente estudio tiene como **objetivo general:** caracterizar el proceso de duelo de las madres en situación de aborto y proponer una guía de cuidado de Enfermería que contribuya al desarrollo de un duelo saludable. Para lograr éste objetivo se realizó la caracterización del duelo después de un aborto, sin distinguir entre aborto espontáneo e inducido, salvo en los casos en que se mencione explícitamente; considerando los aspectos socio-demográficos, de la salud materna, familiares y del desarrollo del duelo; por medio de la identificación del predominio de los tipos de duelo, las etapas y manifestaciones de los mismos y finalmente identificando las necesidades en atención post-aborto. Basado en lo anterior se planteó un modelo de cuidado holístico, así mismo se presentaron recomendaciones para el resto del equipo de salud de las instituciones en las que se desarrolló el estudio, sobre atención post-aborto integral a las madres, con el propósito de contribuir a que aquellas que consultan por aborto, elaboren un duelo saludable, que redunde en su salud mental y la de sus familias.

En esencia, el presente trabajo investigativo, mostró la necesidad de educar y orientar a los integrantes del equipo de salud hacia un buen cuidado y prevenir las complicaciones subyacentes del duelo para la madre. A través del contenido se avanza en un desarrollo

teórico del duelo, las diferentes reacciones emocionales derivadas de este y estrategias para identificar ciertos factores de riesgo que pueden afectar negativamente su elaboración, además del desarrollo metodológico del trabajo y finalmente las respectivas recomendaciones y conclusiones del análisis de los resultados.

La Enfermería tiene como identidad el desarrollo de actividades asistenciales y educativas con una perspectiva holística, que destaca no solo los conocimientos científico-prácticos, evidenciados mediante la prevención, mantenimiento y restablecimiento de la salud, sino que también es capaz de brindar un cuidado que vaya más allá de suplir las necesidades físicas. La investigación en esta área de la salud hace posible la generación de nuevos conocimientos, aplicables al cuidado integral que requieren las madres. Por todo lo anterior, se abren las puertas para el planteamiento de nuevas soluciones y estrategias que contribuyan a mejorar la calidad y calidez en atención a las madres que experimentan aborto, tanto inducido como espontáneo.

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1 DUELO

Una pérdida es una privación que origina dolor y hace parte de la experiencia humana. El sentido y la extensión de la pérdida son percibidos de modo diferente por cada persona, de modo que todo cambio, positivo o negativo, implica una pérdida y la necesidad de hacer un duelo.

El duelo se refiere al estado de aflicción relacionado con la muerte de un ser querido y que puede presentarse con síntomas característicos de un episodio depresivo mayor. Sin embargo, el término duelo y procesos de duelo puede también aplicarse a aquellos procesos psicológicos y psicosociales que se ponen en marcha ante cualquier tipo de pérdida (la pérdida de un ser querido, fracasos escolares, situaciones de abandono: divorcio, separación, rechazo de los padres; problemas familiares o económicos, cambios de domicilio, pérdida de empleo, diagnóstico de una enfermedad grave o que genere una discapacidad). Todos estos factores estresantes pueden originar igualmente reacciones desadaptativas con manifestaciones de índole depresiva y emocional como tristeza, llanto, desesperanza, impotencia, rabia y culpa, además de disfunción importante a nivel social y laboral. En un sentido más amplio se puede entender el duelo y sus procesos, como el conjunto de representaciones mentales y conductas vinculadas con una pérdida afectiva.^{3,4}

El duelo no es un trastorno mental, aunque el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)⁵ lo clasifica en la categoría diagnóstica de trastornos

³. TIZÓN GARCÍA J. El duelo y las experiencias de pérdida. En: Vázquez Barquero, J. L. *Psiquiatría en Atención Primaria*. ED. Grupo Aula Médica, S. A. Madrid, 1998; Pág.: 519-540.

⁴. KAPLAN H, SADOCK B. Duelo, luto y el sentimiento de pérdida. En: Kaplan H, Sadock B. *Sinopsis de Psiquiatría; Ciencias de la Conducta - Psiquiatría Clínica*. Ed. Médica Panamericana S.A. 8a edición. Madrid. 1999: 78-83.

⁵. DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Ed. Masson, Barcelona. 2002.

adicionales que pueden requerir atención clínica, y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) lo clasifica dentro de los trastornos adaptativos, sólo a las reacciones de duelo que se consideren anormales por sus manifestaciones o contenidos⁶.

El duelo tiene una duración variable que, normalmente no es superior a doce meses, sin embargo un duelo normal puede acabar provocando un trastorno depresivo completo que requiera tratamiento⁷.

Las reacciones de luto a la pérdida y muerte no son universales y están sujetas a considerables diferencias culturales, familiares e individuales. *Wordon*⁸ establece cuatro objetivos del duelo:

- Aceptar la realidad de la pérdida.
- Dar expresión a los sentimientos, identificarlos y comprenderlos para así aceptarlos y encontrar causas apropiadas de canalización e integración.
- Adaptarse a la nueva existencia sin el ser querido.
- Invertir la energía emotiva en nuevas relaciones.

1.1.1 Tipos de duelo

* **Duelo anticipatorio.** El duelo anticipatorio es aquel que se expresa por adelantado cuando una pérdida se percibe como inevitable. El término fue utilizado para indicar aquellas fases anticipatorias del duelo, que facilitan el desapego afectivo antes que llegue la muerte. A diferencia del duelo convencional cuya intensidad disminuye con el paso del tiempo, el duelo anticipatorio puede aumentar o disminuir en su intensidad cuando la muerte parece inminente.

⁶. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. CIE 10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del comportamiento. Ed. Menitor, Madrid, 1992.

⁷. KAPLAN H, SADOCK B., Óp. cit., p. 80.

⁸. WORDON, J Grief. Counseling and Grief Therapy. London: Tavistock, 1983. p. 40.

En algunos casos, sobre todo cuando la muerte esperada se demora, el duelo anticipatorio llega a extinguirse y el individuo expresa pocas manifestaciones agudas de duelo cuando la muerte se produce.⁹ El duelo anticipatorio termina cuando se produce la pérdida, con independencia de las reacciones que puedan surgir después.

Las personas que viven un proceso de duelo normal pocas veces solicitan asistencia psicológica, por lo tanto el médico tratante y el profesional de enfermería no deben recomendar de manera rutinaria que la persona en duelo consulte con un psiquiatra; sin embargo, deben estar preparados para ayudar a las personas en duelo que soliciten su ayuda y sobre todo para reconocer cuándo la evolución de un duelo no es la normal, y requiera una intervención más cuidadosa¹⁰. Es importante tener en cuenta la relación entre los procesos de duelo y la psicopatología. Los duelos mal elaborados pueden dar lugar a la aparición de una psicopatología, así como un trastorno mental establecido puede suponer dificultades en la elaboración de un duelo¹¹.

* **Duelo normal.** El duelo normal es un proceso mediante el cual un individuo resuelve satisfactoriamente su dolor ante una pérdida, se inicia inmediatamente después, o en los meses subsiguientes, a la muerte de un ser querido. La indicación más clara de que se ha terminado con éxito el duelo es la capacidad de recordar de manera realista y por completo, tanto los placeres como los disgustos de la pérdida de la relación. *Pangrazzi*¹² cita dentro de los signos concretos de recuperación, que la persona pueda hablar y recordar a su ser querido con naturalidad, tranquilidad y sin llorar.

* **Duelo patológico.** El duelo patológico o anormal puede adoptar diversas formas, que van desde la ausencia o el retraso en su aparición, hasta el duelo excesivamente intenso y duradero, pasando por el duelo asociado a ideaciones suicidas o con síntomas psicóticos.

⁹. KAPLAN H, SADOCK B. Op. cit., p. 80.

¹⁰. KAPLAN H, SADOCK B. Ibid. p. 81.

¹¹. TIZÓN GARCÍA J. P. 530 – 533.

¹². PANGRAZZI A. Experiencias de Crecimiento. El Duelo, Santa Fe de Bogotá: Centro Cristiano de Pastoral de Salud, 1992. p. 69–70.

Tienen mayor riesgo de sufrir un duelo patológico las personas que experimentan una pérdida repentina o en circunstancias catastróficas, los que están aislados socialmente, los que se sienten responsables de la muerte (ya sea real o imaginaria su responsabilidad), los que tienen historia de pérdidas traumáticas y los que mantenían una relación de intensa ambivalencia o dependencia con el fallecido. Otras formas anormales de duelo se producen cuando algunos aspectos del duelo normal se distorsionan o magnifican hasta alcanzar proporciones psicóticas. Por ejemplo, identificarse con el fallecido adoptando alguno de sus rasgos o atesorando sus pertenencias puede ser considerado normal; pero creer que uno mismo es el fallecido o estar seguro de que se está muriendo de lo mismo de lo que murió el difunto no lo es. Oír la voz efímera y momentánea del fallecido puede ser normal; no obstante las alucinaciones auditivas complejas y persistentes no son normales. La negación de ciertos aspectos de la muerte es normal; sin embargo, la negación que implica la certeza de que la persona muerta sigue viva, no lo es¹³.

* **Duelo Retardado.** Es la reacción diferida en fases iniciales, no hay signos de dolor y ante un recuerdo se puede desencadenar la aflicción. Se presenta en aquellas personas que se controlan durante las fases iniciales, no tienen tiempo de ocuparse de sí mismas o se escapan al dolor y a la realidad de la muerte mediante la hiperactividad durante meses o años, pero posteriormente cualquier recuerdo o imagen desencadena el duelo no resuelto.

1.1.2 Etapas y reacciones del duelo. Para superar la pérdida de un ser querido, los especialistas afirman que es necesario pasar por un proceso emocional que permite transformar la rabia y el dolor en aceptación. Las personas que han sufrido pérdidas tienen que enfrentarse a un camino de reacciones emocionales y físicas de obligado cumplimiento para expresar y transformar la rabia y el dolor en aceptación. No atravesarlo, es permitir que una vivencia semejante deje huellas que alteren negativamente el resto de la vida en forma de patologías psíquicas u orgánicas¹⁴.

¹³. Las cuatro Fases del Duelo [en línea]. El Mundo. España. Sábado, 20 de marzo de 2004. Año XV. Número: 5.216. Disponible en Internet. http://www.elmundo.es/2004/03/20/espana/1609277_impresora.html

¹⁴. Las cuatro Fases del Duelo, Óp. cit.

* **Fase de Shock.** La primera fase es la de “shock”, caracterizada por aturdimiento, perplejidad, nudo en la garganta, suspiros, vacío en el estómago, sentido de irrealidad, negación, y desconfianza; su comportamiento podría interpretarse a veces como «de serenidad», pero el doliente se desmorona en cuanto se da cuenta de la realidad¹⁵.

En estos primeros momentos, el dolor es aterrador e irregular y se expresa a través de una gama extensa de sentimientos, con reacciones muy variadas y a menudo contradictorias¹⁶.

Esta situación responde a un mecanismo de protección ante la amenaza de un dolor psíquico y confusión intolerables. Es un escape natural y temporal, que amortigua el impacto inmediato y ayuda a ir asimilando la terrible realidad. Pues aún cuando haya una aceptación «intelectual» de la pérdida, el proceso emocional es muy lento y puede durar días o meses¹⁷.

* **Fase aguda.** La fase 2 ó de preocupación, se caracteriza por rabia, tristeza, insomnio, anorexia, debilidad, agotamiento, culpabilidad, sueños y pensamientos sobre el difunto, anhedonia e introversión. En general las etapas se suceden, pero como en todo lo que tiene que ver con las emociones no hay reglas fijas, es posible que en ocasiones se superpongan. Tras la aceptación surge la rabia, la cólera fruto de la frustración y de la impotencia y como compañera la eterna pregunta: ¿por qué?; En esta fase, es habitual experimentar trastornos del sueño y tener la sensación de «perder la cabeza».

Es frecuente que los dolientes traten de evitar el dolor diciéndose que «es ley de vida» o que «todo debe continuar». Sin embargo, esa forma de consuelo encierra una trampa y es que se produce un bloqueo emocional que alimenta aún más el sentimiento de culpabilidad porque no se puede llorar la pérdida¹⁸.

¹⁵. FLOREZ MESA, Saúl David. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. ANALES Sis San Navarra 2002, Vol. 25. Suplemento. 3. Disponible en Internet. <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/pdf/05.%20Duelo.pdf>.

¹⁶. Foro paralax de tanatología: Fases del Duelo II. Disponible en Internet. <http://foros.paralax.com.mx/discus/messages/4196/6179.html>.

¹⁷. Foro paralax de tanatología, *Ibid*.

¹⁸. Las cuatro Fases del Duelo. *Óp. cit*.

Los especialistas consideran que esta etapa del duelo es la más delicada porque sus características son muy similares a las de una depresión patológica y si no se supera adecuadamente puede desembocar en un trastorno mental real.

* **Fase de aceptación.** La fase 3 ó de resolución, en la cual la persona en duelo puede recordar el pasado con placer, recupera el interés por otras actividades y se establecen nuevas relaciones¹⁹. Es la fase de afirmación de la realidad y recuperación, gradualmente se va abriendo paso la esperanza y las nubes se van despejando. Se alternan temporadas buenas con los baches, que casi siempre coinciden con fechas clave, aniversarios y fiestas significativas. Se recupera el sentido de sí mismo que pasa por aceptar la pérdida y se afronta la dura realidad.

En muchos casos, el doliente prefiere trabajar por sí mismo su dolor; aunque siempre necesita la calidez, la ayuda y el afecto de los que le rodean, para motivarle a buscar otras relaciones, trabajos o hobbies que den un nuevo sentido a la vida²⁰.

1.2 ABORTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como aborto, a la terminación espontánea o provocada de un embarazo, hasta la vigésima semana de gestación, contada a partir del primer día de la última menstruación normal. En algunos textos americanos, la palabra “aborto” indica el procedimiento médico o quirúrgico que se realiza para terminar un embarazo, y el término “aborto espontáneo” hace referencia a la pérdida del feto de tipo natural o no inducida²¹.

¹⁹. FLOREZ MESA, Saúl David. Óp. cit. p. 80.

²⁰. RIPOLL, ESPIAU, J. El Duelo. Familia y Donación. Alicante. 1997. [En línea] Disponible en: <http://www.donacionorgano.ua.es>

²¹. SILVIA L. GAVIRIA A. Aspectos psicológicos y Psiquiátricos del aborto Inducido. [En línea] Disponible en internet: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol5/articulos/articulo8.pdf> . p. 2.

En la clasificación se tienen en cuenta la iniciación y la evolución del aborto. Por la forma como se inicia se puede dividir en espontáneo e inducido. En esta última categoría se presenta la posibilidad que sea legal, ilegal o terapéutico de acuerdo con la legislación de cada país.

1.2.1 Aborto espontáneo. Es la interrupción espontánea de un embarazo antes de que el desarrollo fetal haya alcanzado las 20 semanas, sin que medie una maniobra abortiva. Sus causas, excepto cuando hay traumatismos, no suelen ser evidentes y a menudo tienen relación con problemas genéticos del feto o trastornos hormonales, médicos o psicológicos de la madre. Este tipo de aborto requiere por lo general tratamiento y hospitalización, aunque resulta menos fatal que un aborto inducido en condiciones inseguras²².

1.2.2 Aborto Inducido. Es el embarazo terminado deliberadamente con una intervención. Puede ocurrir tanto en recintos médicos seguros, siguiendo las normativas legales y de salud pública, como fuera del sistema de salud. Cuando el aborto lo realiza personal calificado, usando técnicas y criterios higiénicos adecuados, es por lo general un procedimiento seguro, con una baja tasa de mortalidad y morbilidad. Un aborto inducido es más seguro cuando se realiza en una etapa temprana del embarazo y en las condiciones de seguridad arriba mencionadas²³ y se clasifica en:

* **Aborto clínico.** También denominado aborto terapéutico, es aquel justificado por razones médicas como.

- Salvar la vida de la madre, cuando la continuación del embarazo o el parto significan un riesgo grave para su vida.

²². SHANDS HEALTH CARE. Aborto Espontáneo. [En línea] Disponible en internet: http://www.shands.org/health/spanish/esp_ency/article/001488.htm.

²³. CONOCIMIENTOS WEB. Aborto Inducido. [En línea] Disponible en Internet. <http://www.conocimientosweb.net/zip/article729.html>.

- Salvar la salud física o mental de la madre, cuando están amenazadas por el embarazo o el parto.
- Evitar el nacimiento de un niño con una enfermedad congénita o genética grave que es fatal o le condena a padecimientos o minusvalías muy graves²⁴.

* **Aborto extramural.** Corresponde a todo procedimiento y/o maniobra realizada de forma clandestina por la madre o asistida por personas no autorizadas, en lugares diferentes a un nosocomio, sin justificación médica o no amparada por la ley, con el fin de interrumpir el embarazo de forma deliberada, acto que eventualmente constituye un delito.

1.3 REFERENCIAS LEGALES SOBRE ABORTO EN COLOMBIA

Mediante Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006, la honorable Corte Constitucional, declaró exequible el artículo 122 del Código Penal, en el entendido que no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos:

- Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico.
- Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
- Cuando el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto²⁵.

²⁴. CONOCIMIENTOS WEB, Óp. cit.

²⁵. PALACIO BETANCOURT D. Ministro de Protección social. Sentencia C-355. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Bogotá D.C. 2006, [En línea] Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co> .

En consonancia con la anterior determinación, la corte decidió también declarar exequible el artículo 32-7 del Código Penal, e inexecutable la expresión “o en mujer menor de catorce años” contenida en el artículo 123 y el artículo 124 del mismo ordenamiento.

Los avances en la legislación sobre despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo - IVE son imprescindibles, pero no suficientes para garantizar el acceso a servicios, integrales, oportunos y seguros, y concebidos en el marco de los derechos sexuales y reproductivos y de equidad de género y social²⁶.

En la sesión especial de la asamblea general de las Naciones Unidas en 1999, los gobiernos decidieron ratificar lo acordado en la conferencia de Beijing en relación con los servicios de aborto seguro: “en circunstancias donde el aborto no esté en contra de las leyes, los sistemas de salud deben entrenar a sus proveedores y tomar otras medidas para asegurar que el aborto sea seguro y accesible. Deben tomarse medidas adicionales para proteger la vida de las mujeres”²⁷.

La política nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SS y R), cuyo objetivo es el de “mejorar la SS y R y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas”, está orientada por una serie de principios entre los que destaca el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos y la equidad de género, que son definitivos para el logro de este objetivo. De la misma manera lo son sus estrategias y algunas de sus metas como la reducción de la mortalidad materna y el incremento de la oferta anticonceptiva para reducir la fecundidad no deseada²⁸.

²⁶. DUEÑAS Mónica, Interrupción voluntaria del embarazo, Presentación en Power Point. [Base de datos] SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD, Popayán 2007.

²⁷. DUEÑAS Mónica, *Ibid*.

²⁸. DUEÑAS Mónica, *Ibid*.

1.4 CONSIDERACIONES EPIDEMIOLÓGICAS DEL ABORTO

La OMS calcula para 1999 que de los 210 millones de embarazos que ocurren en el mundo, 2 de cada 5 (80 millones) son no planeados y 46 millones (58%), terminan interrumpiéndose, 19 millones de estas interrupciones ocurren en países donde el aborto es ilegal²⁹. Se calcula que el 10-15% de los embarazos terminan en aborto y que sólo el 35% de todos los huevos fecundados alcanzan una edad gestacional superior a 28 semanas³⁰.

Al analizar la edad de las mujeres que presentan abortos espontáneos se observa que en las adolescentes puede alcanzar un 10-12%, en tanto que en las mujeres mayores de 40 años, el porcentaje aumenta entre cuatro y cinco veces. En 1987 la incidencia de aborto en el mundo fue de 43 millones, de los cuales 28 millones fueron legales y 15 millones ilegales. En 1995 la cifra total de abortos inducidos alcanzó los 46 millones, 26 millones legales y 20 millones clandestinos o ilegales. Rusia y Rumania presentan los porcentajes más altos de abortos inducidos (63%)³¹.

De los 190 países del mundo sólo en el 22% de ellos es permitido el aborto; de éstos, 6% corresponde a países en vía de desarrollo, incluido Colombia, y 16% a países desarrollados. En Estados Unidos en 1996 se practicaron 1.365.700 abortos inducidos legales y no existen estadísticas de los ilegales.³²

En América Latina el aborto inducido es permitido en Cuba, Puerto Rico y algunos países pequeños del Caribe y al igual que en el resto del mundo, el aborto se asimila a un método más de planificación familiar frente a un embarazo no deseado. Se calcula para 2001 que en Latinoamérica se producen 4.200.000 abortos inducidos al año, distribuidos así: en las islas del Caribe 400.000, en países de América Central 800.000 y en Sur América

²⁹. CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. Una mirada inicial al aborto inducido. Boston, Massachusetts EEUU. 1999. [En línea] Disponible en internet: <http://www.centerforreproductiverights.com>.

³⁰. SILVIA L. GAVIRIA A. Óp. Cit. p. 2.

³¹. SILVIA L. GAVIRIA A. Ibid. p. 3.

³². SILVIA L. GAVIRIA A. Ibid. p. 3.

3.000.000, casi todos ilegales porque en la mayoría de estos países el aborto no está permitido.³³

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2001, el aborto constituye la segunda causa de muerte materna en Colombia. Una de cada cuatro de nuestras mujeres aborta por distintas razones y en distintas épocas de su vida. Se practican casi medio millón de abortos por año y el 20% de las jóvenes menores de 19 años llega a las salas de maternidad, algunas de ellas con edades que fluctúan entre los 11 y los 15 años.³⁴

En el año 2001, en Colombia se presentaron 43.114 casos de embarazos terminados en abortos con el diagnóstico de:

- Aborto no especificado 80,5% (34.721).
- Embarazo ectópico 8,7% (3.760).
- Aborto retenido 4,7% (2.030).
- Aborto espontáneo 2,8% (1.236).
- Mola Hidatiforme 0,8% (360).
- Aborto inducido legalmente 0,07% (33).
- Aborto inducido ilegalmente 0,4% (213).³⁵

Las estadísticas en Colombia no registran el aborto provocado, ya que el aborto ilegal solo se registra en caso que presenten complicaciones, por lo que no se poseen cifras exactas.

A pesar de los avances que el país ha mostrado en la reducción de la fecundidad, de tal modo que la tasa de fecundidad global pasó de 2.9 hijos por mujer en 1990 a 2.4 en 2005 y de un mayor acceso a métodos modernos de planificación familiar en las mujeres en unión, tanto en zona urbana como rural, pasando de 54.6% en 1990 a 68.2% en 2005, la proporción de embarazos no planeados aumentó de 33.6% en 1990 a 54 % en 2005,

³³. SILVIA L. GAVIRIA A. Óp. cit. p. 2.

³⁴. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Óp. cit.

³⁵. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *Ibid.*

concomitante a un notable descenso en la fecundidad deseada y la persistencia de la brecha de este indicador con la fecundidad observada.³⁶

La ENDS (Encuesta Nacional de Demografía y Salud de PROFAMILIA) 2005, reveló que el embarazo en adolescente sigue en aumento al pasar de 19 al 21 por ciento entre el año 2000 y 2005, lo que significa que una de cada cinco adolescentes de 15 a 19 años esta o ha estado alguna vez embarazada. La encuesta revela que son las mujeres jóvenes las que más dificultades tienen para controlar su fecundidad, para ejercer sus derechos y recibir información oportuna sobre salud sexual y reproductiva, y que el nivel educativo, el índice de riqueza y el lugar de residencia inciden directamente sobre el embarazo adolescente. Mientras en la zona urbana el embarazo adolescente es de 18.5%, en la rural la cifra es de 27 %. De igual forma, mientras el embarazo adolescente es tan solo del 9% entre las mujeres con educación superior, la proporción aumenta al 52% entre las mujeres sin educación.³⁷

En el departamento del Cauca para el año de 1999, se reportó un total de 1044 abortos, de los cuales 591 (57%) ocurrieron en la ciudad de Popayán. Actualmente se cuenta con una información estadística un poco más completa y clasificada, aunque no totalmente precisa, para el 2007, en el departamento del Cauca se reportaron a la Secretaría de Salud un total de 1191 abortos, de los cuales 863 (71%) ocurrieron en la ciudad de Popayán³⁸, cifras que corresponden únicamente a los registros de población perteneciente al Régimen Subsidiado de Salud; sin embargo estos abortos solo son reportados porque representan gastos que deben ser reembolsados a las instituciones públicas, lo que hace pensar en cuáles son las cifras reales, pues para las instituciones privadas no es obligatorio reportar los abortos, esto sin contar los que se realizan clandestinamente, lo que supone un importante sub-registro y conduce a una inquietante pregunta, ¿actualmente que se están haciendo los organismos de salud para controlar este preocupante problema de salud pública?.

³⁶. SIVIGILA Sistema Nacional De Vigilancia En Salud Pública.

³⁷. PROFAMILIA. Resumen general de la encuesta nacional de demografía y salud (ENDS) 2005. [En Línea] Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/00resumen/01general.thm> y <http://www.profamilia.org.co/encuestas/00resumen/011general.thm>

³⁸. SECRETARÍA DE SALUD DEL CAUCA. Departamento de estadística. [Base de datos] Informe anual de morbi-mortalidad en el Cauca. Popayán 2007.

1.5 DUELO EN ABORTO

El proceso de duelo por aborto, ya sea aborto espontáneo o inducido, es una situación de gran importancia y trascendencia en la mujer, desde lo psicológico, por todo lo que implica la recuperación de la pérdida de la fantasía del bebé.

El aborto espontáneo es una experiencia bastante dolorosa para la madre porque se ve enfrentada a una situación en la que tiene una gran sensación de impotencia, lo que dificulta el proceso de duelo ya que propicia sentimientos de culpa por no haber podido hacer nada para evitarlo, además va acompañado de depresión y sentimientos de minusvalía.

Por otra parte, las mujeres que se someten a abortos inducidos, experimentan grandes sentimientos de cólera con todas las personas que tuvieron que ver con la decisión del aborto, directa o indirectamente, incluyéndose a sí misma. Durante ese proceso de duelo uno de los pasos más importantes, es el perdón de sí mismo, es posiblemente el paso más difícil de dar, porque la autoestima es muy baja, es difícil para el doliente ver sus capacidades para resolver el gran dolor que experimenta.³⁹

El dolor por la muerte del hijo en el embarazo no solo es por lo que fue sino por lo que hubiera podido ser. Un hijo mientras se desarrolla en el claustro materno posee una realidad física propia. Pero durante la incubación su personalidad permanece desconocida. En cambio, existe una relación tan verdadera como si el hijo estuviera en brazos de los padres. En ese momento, la muerte del hijo deseado les produce, por supuesto, aflicción, pero también sienten duelo por el hijo de su imaginación, aquella parte de ellos mismos que ahora parece no tener posibilidades de personificación en el mundo. Cualquier restablecimiento real debe incluir el rescate psicológico de los contenidos de la imaginación, los cuales los padres temían haber perdido con la muerte del hijo. Es este aspecto de la recuperación, el que devuelve la continuidad del sentido de la vida.⁴⁰

³⁹. TAPIAS, Ángela. El duelo una experiencia cotidiana, Revista Familia y Sociedad Vol. 1 Agosto - Julio 1996.

⁴⁰. SAVAGE, Judith A. Duelo por las vidas no vividas, estudio psicológico de los problemas neonatales. Ediciones Luciérnaga. Barcelona 1992. p. 17.

Comprendiendo el significado de las pérdidas simbólicas, junto con la aceptación de la pérdida real, se fortalece la capacidad de crear vínculos afectivos, alivia el sufrimiento por la separación y transforma el duelo en un viaje espiritual que puede fortalecer la personalidad y hacer más profunda la experiencia propia de la vida.⁴¹

La pérdida de los hijos durante el embarazo produce un efecto pernicioso sobre la imagen que los padres tienen de sí mismos. Debido al fuerte vínculo afectivo inherente al embarazo y a la condición física todavía inesperable entre madre e hijo, existe un fuerte impulso instintivo de proteger y de cuidar al hijo en gestación; los padres sienten una profunda experiencia inmediata de las fuerzas de la vida que actúan en y a través de ellos. Cuando el embarazo termina de forma prematura con la muerte del niño, los padres sienten la otra cara de las fuerzas vitales: perciben el aspecto negativo, de relación con la muerte inherente a la misma naturaleza. Esto puede conducir a una sensación de fracaso personal, de culpabilidad somática, de rechazo del cuerpo y un deseo casi irrefrenable de autodestrucción, basado en el desviado deseo de ser padres del hijo difunto incluso en la muerte.⁴²

Las personas toman objetos de amor del exterior los cuales a su vez significan una representación interna psíquica de estos en su interior. Al perder el objeto externo se desencadena también un proceso de pérdida de estas representaciones internas del sujeto, el duelo.⁴³

Los autores Deutsch (1960) y Aray (1968) sostienen que un aborto, por ser una pérdida inducida de algo, siempre desencadenará un proceso de duelo, por más que la mujer lo niegue.⁴⁴

⁴¹. SAVAGE, Judith A. Óp. Cit. p. 17.

⁴². SAVAGE, Judith A. Ibid. p. 18.

⁴³. OLIVEIRA, G. Consecuencias psicológicas del aborto inducido. Trabajo Final de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. 1997. p. 2.

⁴⁴. DEUTSCH, H. Psicología de la Mujer. Buenos Aires: Losada. (1960). y ARAY, J. Aborto. Estudio Psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós. (1968). Citados en: Consecuencias psicológicas del aborto inducido. p. 3.

El duelo, es un momento en el cual se genera dolor o aflicción, por el sentimiento de pérdida de alguien. Este período de duelo se muestra con sufrimiento y sentimientos de culpabilidad, angustia, ansiedad, desesperación, gran desequilibrio, mostrando una gran insatisfacción en aquella madre que ha abortado. Se generan sentimientos de remordimiento, pesar y retraimiento, traducidas en una falta de interés del mundo exterior. Así mismo, se acrecienta un odio hacia todos aquellos involucrados en el aborto y una fuerte incapacidad de perdonarse así misma.⁴⁵

Según Freud, el duelo es la reacción ante la pérdida de un objeto de amor: una persona, un ideal, etc. Por ese proceso, la persona se encuentra ensimismado, desganado, triste, recuerda al objeto perdido, mira fotografías y tiene concentradas sobre sí todas sus energías psíquicas. Todo esto lleva a asumir la pérdida y poder dedicar nuevamente las fuerzas psíquicas a nuevos objetos.⁴⁶

En relación a las pérdidas, Grimberg (1976) sostiene que ante una pérdida objetal la persona tiende a sufrir, negar o elaborar la pérdida.⁴⁷

En el aborto, el duelo se ve intensificado y ligado a la culpa, como producto de la destrucción de algo que era suyo.

1.5.1 Culpa. Un sentimiento común en el proceso del duelo suele ser el de la culpa. Las personas en duelo con frecuencia piensan en todas aquellas cosas que les hubiera gustado decir y/o hacer y que no fueron posibles. Pueden incluso llegar a pensar que podrían haber actuado de una forma diferente y que esto hubiera podido evitar la muerte de su ser querido.⁴⁸

⁴⁵. Consecuencias psicológicas del aborto inducido. Óp. cit. p. 2.

⁴⁶. Consecuencias psicológicas del aborto inducido. Ibid. p. 2.

⁴⁷. GRIMBERG, L. Culpa y depresión. Buenos Aires: Paidós. (1976).Citado en: Consecuencias psicológicas del aborto inducido. p. 3.

⁴⁸. Tele Antioquia. Todo queda en familia, el duelo de un hijo. [En línea] Disponible en internet: <http://www.teleantioquia.co/programas/todoquedaenfamilia/temas/mentirasyfantasiasinfantiles-julio-07.htm>.

Desde luego, la muerte generalmente está más allá del control de cualquiera y la persona en duelo puede necesitar que se lo recuerden. La culpa puede también surgir si se experimenta cierta sensación de alivio tras el fallecimiento de una persona afectada por una enfermedad particularmente penosa o muy dolorosa. Este sentimiento es natural, extremadamente comprensible y muy frecuente.⁴⁹

Este estado de agitación es generalmente más intenso a las dos semanas del fallecimiento, aunque pronto se sigue de una sensación de tristeza tranquila o depresión, aislamiento y silencio.

"Según el ciclo Gestalt, la culpa altera el eje de la Responsabilidad y el Remordimiento, el eje del Respeto. De hecho, quien culpa no se responsabiliza y quien tiene remordimiento no se respeta". (Salama, 2003).⁵⁰

La gente que ha tenido una pérdida, encuentra que llevar una vida no con dolor sino con alegría y crecimiento trae emociones de culpa y vergüenza. El sentimiento de dejar atrás la muerte puede ser un obstáculo para invertir su energía en una nueva vida.⁵¹

Es paralizante cuando alguien siente que está dejando atrás a la persona que han perdido, si disfruta de sí misma y olvida su duelo. Los sentimientos de culpa pueden crecer aún más si alrededor esperan cierto comportamiento, si el que ha sufrido la pérdida no vive de acuerdo con estas expectativas es considerado como superficial. Cuando los sentimientos de culpa retienen la energía dirigida a la persona muerta, puede inhibir un proceso de duelo saludable.⁵²

⁴⁹. Tele Antioquia. Todo queda en familia, el duelo de un hijo. Óp. cit. p. 2.

⁵⁰. SALAMA, H. (2003). La culpa y el remordimiento. Centro Gestalt de México. [En línea] Disponible en: <http://www.mundogestalt.com/cgi-bin/index.cgi?action=viewnews&id=129>. Citado por: MARTINEZ I., Claudia Lizeth, et al. El duelo del aborto en Adolescentes. Psicología científica. México. 2004. [En línea] Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com>. p. 6.

⁵¹. IBARRA MARTINEZ, Claudia Lizeth, Óp. cit. p. 6.

⁵². IBARRA MARTINEZ, Claudia Lizeth, Ibíd. p. 6.

1.6 COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA RESPECTO AL CUIDADO A LAS MADRES EN DUELO POST-ABORTO

El duelo por la muerte de un ser querido es una situación no deseada que sumerge a la persona en una importante crisis vital, y como toda crisis podría concluir con su superación y crecimiento personal, o por el contrario debilitarle y predisponerle a todo tipo de trastornos.

No se puede suponer que todas las personas dispondrán de recursos suficientes para enfrentar una pérdida y elaborar un duelo adecuado. Ya que las personas experimentan continuas pérdidas y la mayoría no consultan por trastornos derivados de estas, parecería lógico suponer que se debe a que no lo necesitan, luego se podría deducir que la tendencia natural del duelo sea hacia su fácil superación, pero esto no es totalmente cierto en un importante número de casos.⁵³

Aunque no todo duelo necesita ser atendido, es importante la concienciación de los profesionales en el hecho de que el duelo es una crisis vital con características específicas y que en función de una serie de factores concomitantes puede evolucionar mal, por lo que cada caso que consulte, debe ser evaluado individualmente con cuidado, evaluando la existencia de factores de riesgo.⁵⁴

El profesional de enfermería puede desempeñar un importante papel tanto en la elaboración de un duelo saludable de las madres y sus familias, como en la prevención de un duelo patológico. Según cómo este comunique una “mala noticia”, el duelo subsiguiente podrá verse facilitado en su elaboración o por el contrario desfavorecido. Cuando se produzca la muerte de un hijo, el profesional de salud debe animar y permitir a la madre manifestar sus sentimientos ya que al inhibir la respuesta emocional, es muy probable que los sentimientos se expresen con mayor intensidad posteriormente. Las manifestaciones del duelo son más

⁵³. FLOREZ MESA, Saúl David. Óp. cit. p. 84.

⁵⁴. FLOREZ MESA, Saúl David. *Ibíd.* p. 85.

favorables si la persona que lo elabora puede interactuar con quienes comprenden o comparten su pérdida.⁵⁵

De modo que el cuidado del profesional de Enfermería debe centrarse en:

- Acompañar el duelo de las madres que lo soliciten o pidan ayuda.
- Atender a la desviación patológica del duelo e intentar intervenir para prevenirla si es previsible; o reencauzarla si ello es posible.
- Atender especialmente a las madres en las que se identifiquen factores de riesgo, que puedan incidir en la evolución patológica del duelo.
- Poder valorar adecuadamente una posible aparición de psicopatología que precise ayuda especializada de profesionales en salud mental.⁵⁶

Como se había mencionado anteriormente, no todas las personas en duelo necesitan o solicitan atención. Las personas que viven un proceso de duelo normal como quienes desarrollan un duelo patológico, rara vez solicitan asistencia psiquiátrica porque aceptan sus reacciones y conductas como normales. Por lo tanto el médico tratante y el profesional de Enfermería deben ser muy cautelosos al recomendar a la persona en duelo que consulte con un psiquiatra, excepto en caso que observen reacciones claramente divergentes con el proceso normal, así mismo una excelente opción podría ser informar a la paciente o bien a sus familiares, sobre las reacciones normales y las conductas anómalas, que se pueden presentar durante la elaboración del duelo y que sean motivo de consulta por requerir atención profesional.⁵⁷

Se suele solicitar atención profesional al médico para que prescriba fármacos. En algunos casos, puede estar recomendado el uso de sedantes suaves que induzcan el sueño, pero no suele estar indicado el uso de medicación antidepresiva o de ansiolíticos en el duelo normal. Las personas en duelo deben completar el proceso, por doloroso que sea,

⁵⁵. FLOREZ MESA, Saúl David. Óp. cit. p. 85.

⁵⁶. FLOREZ MESA, Saúl David. *Ibíd.* p. 85.

⁵⁷. FLOREZ MESA, Saúl David. *Ibíd.* p. 85.

indudablemente con el seguimiento de un profesional de salud para que se produzca una resolución satisfactoria. La administración inadecuada de psicofármacos puede interferir en el proceso normal cuyo resultado final es generalmente positivo.⁵⁸

1.7 INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA EN EL CUIDADO A LAS MADRES EN DUELO POST-ABORTO

La práctica de salud basada en el modelo biológico, hasta el momento ha demostrado insuficiencia para atender las necesidades presentadas por las madres, lo que hace necesario comprender a las madres de una manera integral y personalizada, respetando su autonomía.⁵⁹

La finalidad es proporcionar una asistencia de calidad a estas mujeres, concienciándolas, informándoles y ayudándolas en esta situación que no tiene retorno; debido a esto se considera que todo miembro del equipo de Enfermería (profesionales, estudiantes y auxiliares de Enfermería) que tiene contacto directo con estas pacientes, debe reflexionar en su quehacer ya que las necesidades físicas deben ser atendidas, pero las madres, no pueden dejar de recibir una atención integral. Esto implica comprender al aborto, dentro de una situación existencial, des-vinculado de su carácter de ilegalidad. Ninguna situación es por sí sola aislada, no se debe olvidar que el ser humano vive en un entorno, tiene hábitos, valores, condiciones socioeconómicas y modos de ser que interfieren en su vida y en su existir.⁶⁰

Es fundamental, que además de la reflexión del equipo de Enfermería para buscar su formación en modelos asistenciales apropiados, se promueva un cambio en las mujeres en

⁵⁸. FLOREZ MESA, Saúl David. *Ibid.* p. 85.

⁵⁹. GONDIM MARUITTI, Mariana, Et al. El cuidado de enfermería según la mujer en situación de aborto. *Rev. Latino-am Enfermagem*. Janeiro. Febrero 2007. [En línea] Disponible en internet: <http://www.eerp.usp.br/rlae> . p. 7.

⁶⁰. GONDIM MARUITTI, Mariana, Et al. *Ibid.* p. 7.

busca de una mayor autonomía, conocimiento de su cuerpo y de sus derechos como usuarias de los servicios de salud.⁶¹

Los profesionales de salud, en particular los de Enfermería, deben estar conscientes de su rol en el control social y la garantía de los derechos de sus pacientes, independientemente de la situación a presentarse, pues son los responsables de dar sentido, cuerpo y calidad a las políticas de salud. Es necesario que comprendan que el acceso universal a la salud y el respeto a las singularidades de cada individuo, sin ningún tipo de discriminación, son derechos constitucionales.⁶²

⁶¹. GONDIM MARUITTI, Mariana, Et al. Óp. cit. p. 8.

⁶². GONDIM MARUITTI, Mariana, Et al. Ibid. p. 8.

2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

2.2 POBLACIÓN SUJETO DE ESTUDIO

2.2.1 Universo. Mujeres con diagnóstico de cualquier tipo de aborto o complicaciones derivadas del mismo, que consulten a las salas de urgencias y gineco-obstetricia, del Hospital Susana López de Valencia (HSLV) y la Clínica la Estancia (CLE) de la ciudad de Popayán, entre el 8 de abril y el 9 de mayo de 2008.

2.2.2 Muestra. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, mediante el cual se obtuvo una muestra poblacional que inicialmente estuvo constituida por 48 madres, quienes tuvieron interrupción del embarazo, hasta la vigésima semana de gestación y que consultaron a las salas de urgencias y gineco-obstetricia, del HSLV y la CLE, durante el periodo comprendido para recolección de la información del estudio; sin embargo se terminó con una muestra de 46 madres, debido a que se perdió contacto con 2 de las participantes para la segunda entrevista, pues sus familiares afirmaron que estas abandonaron sus hogares y desconocían su ubicación. Del total de la muestra final, 39 pacientes fueron captadas en el HSLV y 7 en la CLE.

2.3 CRITERIOS DE INCLUSION

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para la captación de la muestra poblacional fueron:

- Madres que experimentaron interrupción del embarazo hasta la vigésima semana de gestación, contada a partir del primer día de la última menstruación normal y que consultaron a los servicios de urgencias y gineco-obstetricia del HSLV y CLE en el período comprendido para la captación de la población.
- Madres hospitalizadas en los servicios de gineco-obstetricia por complicaciones relacionadas con un aborto espontáneo o inducido; con un tiempo entre el aborto y la primera entrevista no superior a 7 días.
- Madres que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.
- Madres residentes en el municipio de Popayán y municipios cercanos, que consultaron por aborto en el periodo comprendido para el estudio.

2.4 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Para la recolección de la información se tuvieron en cuenta las siguientes variables: (ver anexo A)

* **Aspectos socio-demográficos.** Se incluyeron los indicadores de: edad, estrato socio-económico, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, procedencia, dependencia económica, rol que desempeña la madre en la familia y ciclo vital familiar.

* **Aspectos de la salud materna.** Se incluyeron algunos antecedentes de salud de la madre, entre ellos los gineco-obstétricos, psiquiátricos y psicológicos.

* **Aspectos relacionados con el desarrollo del duelo.** Se tuvo en cuenta mecanismos de defensa como negación, aislamiento, somatización, racionalización; las fases del duelo que

incluyen las fases de shock, aguda y de resolución; también el tipo de duelo desarrollado por la madre (anticipatorio, normal y patológico); algunos aspectos que podrían modificar el desarrollo del duelo, entre ellos la convivencia familiar, convivencia con la pareja, percepción de la pareja frente al aborto y la percepción de la madre frente al aborto.

2.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Al iniciar el proyecto investigativo se realizó una solicitud escrita a los respectivos gerentes y directivas científicas del Hospital Susana López de Valencia y la Clínica la Estancia, con el ánimo de obtener la autorización del desarrollo del presente estudio en dichos centros asistenciales. Después de recibir la autorización, se procedió a planear y ejecutar la forma de recolectar la información.

Para efectos de la definición del instrumento de recolección de datos, se realizó una extensa y minuciosa revisión bibliográfica, con el fin de encontrar cualquier tipo de documento que sirviera de referencia o bien que propusiera algún parámetro o recomendación para abordar el tema del aborto directamente con las madres. No obstante los documentos útiles para la investigación fueron pocos, debido al reducido número de investigaciones y trabajos realizados sobre atención post-aborto; pese a esto, partiendo de los objetivos específicos planteados, se definieron y operacionalizaron las variables más relevantes que se tomaron en cuenta para este estudio. Posteriormente los investigadores elaboraron dos tipos de formularios estructurados (por el tipo de estudio planteado), con el fin sistematizar la información a recolectar, sin embargo, se formularon algunas preguntas abiertas (ver Anexos C y D); el primer formulario se aplicó a cada madre en la entrevista de captación de la muestra poblacional y el segundo se aplicó pasados tres meses. Los investigadores también elaboraron un formulario para registrar algunos datos relevantes, tomados de las

historias clínicas de las madres con el fin de relacionar esta información con el desarrollo del duelo (Ver Anexo F).

De igual forma los investigadores diseñaron un instructivo para el diligenciamiento de cada formulario, con el fin de unificar conocimientos y establecer un solo parámetro para todos los encuestadores, de modo que al entrevistar a cada madre se realizaran todas las preguntas partiendo de conceptos iguales y sin inducir las respuestas, asegurando así la confiabilidad del instrumento y que no se alteraran las respuestas obtenidas y registradas durante las entrevistas estructuradas (Ver Anexo E y G).

Debido a grandes diferencias en el proceso de atención a este tipo de pacientes, entre el HSLV y la CLE, para la recolección de la información fue necesario establecer un modo diferente de captación de la población para cada institución; inicialmente, en el primer centro de salud, se revisó diariamente el registro (Kárdex) de nuevas pacientes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia, por complicaciones relacionadas con un aborto, espontáneo o inducido y que el tiempo transcurrido desde el aborto no superara los 7 días; así mismo se revisó el registro de las pacientes que consultaban durante el día, al servicio de urgencias gineco-obstétricas y que se les había diagnosticado aborto espontáneo o inducido; entre tanto en la CLE además de revisar los registros de pacientes hospitalizadas, fue necesario que los investigadores permanecieran el mayor tiempo posible en el servicio de urgencias, con el fin de captar sino la totalidad, el mayor número de madres consultantes diagnosticadas con aborto, esto debido al manejo más rápido que brinda la institución a este tipo de pacientes, lo que equivale a una estadía de unas pocas horas en el centro asistencial.

Con previa información sobre los objetivos del estudio, la autorización de la madre, la respectiva firma del consentimiento informado escrito y la concertación de una posible

segunda entrevista, se procedió a realizar la primera entrevista estructurada como técnica directa. (Ver Anexos B y C).

Las entrevistas se realizaron de acuerdo a la situación particular de cada madre, las madres hospitalizadas fueron entrevistadas en la habitación sin la presencia de familiares o acompañantes y las madres que consultaban a los servicios durante el día, en un sitio reservado; lo anterior se realizó con el propósito de brindar un ambiente de comodidad y confianza para la entrevista. Al mismo tiempo y como técnica indirecta, se utilizó el formulario de historia clínica.

Posteriormente y cumplidos tres meses desde la primera entrevista, se contactó vía telefónica a las madres para confirmar la realización de la segunda entrevista estructurada en la cual se aplicó el segundo formulario de encuesta; las participantes que accedieron, decidieron la fecha y el lugar donde se les realizaría la entrevista, esto se realizó con el propósito de brindarles nuevamente un ambiente de comodidad y confianza para ser entrevistadas, casi la totalidad de las madres decidieron que la entrevista se realizara en sus domicilios.

Es importante aclarar que para este estudio los investigadores principales fueron quienes se encargaron de cumplir la función de encuestadores, lo que le da un valor agregado a la investigación, pues esto permitió que se minimizara el número de posibles sesgos.

2.6 MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez recolectada la información; la parte cualitativa correspondiente a las preguntas abiertas, se condensó para luego proceder al análisis de su contenido y la categorización de las respuestas, con el propósito de manejar un solo tipo de información, que se pudiera

cuantificar debido a la naturaleza del estudio, sin embargo esta información subjetiva no se descartó por completo ya que cumplió un papel sumamente importante durante el análisis y la discusión de los resultados obtenidos y en el planteamiento del modelo de atención; posteriormente se digitalizó toda la información y se procedió a crear una base de datos, para lo cual se utilizó el paquete estadístico Epi-Info versión 3.4.3, por medio del cual se realizó el análisis descriptivo para determinar frecuencias y proporciones. Los resultados se representaron por medio de gráficas realizadas con el programa Microsoft Excel 2003.

2.7 VALIDEZ DEL ESTUDIO

2.7.1 Prueba de expertos. Los instrumentos de recolección de la información como: los formularios de encuesta de la primera y segunda entrevista y el formulario de recolección de datos de historia clínica, fueron revisados, evaluados y avalados, por dos docentes de la Universidad del Cauca, asociadas al programa de Enfermería y quienes cuentan con una amplia experiencia en atención a las gestantes y a pacientes en duelo, respectivamente.

2.7.2 Prueba piloto. El formulario para la realización de la encuesta de la primera entrevista estructurada junto con el formulario de datos de historia clínica, fueron aplicados a una muestra de cinco (5) madres, que ingresaron a las salas de urgencias de gineco-obstetricia del Hospital Susana López de Valencia y que cumplieron con los criterios de inclusión; para el formulario de encuesta de la segunda entrevista estructurada, fue necesario recurrir a la base de datos de esta institución, con el fin de captar a cinco (5) madres que hubieran sufrido aborto independientemente de su etiología, que desde la pérdida no hubieran transcurrido más de dieciséis ni menos de doce semanas, y que residieran en el municipio de Popayán; se contactaron por vía telefónica y con previa autorización de estas se concertó la entrevista y se aplicó dicho formato; posteriormente se realizaron los ajustes y cambios pertinentes a cada uno de los documentos de acuerdo a las pruebas, hasta obtener los formatos finales.

2.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los procedimientos éticos de la investigación en salud fueron considerados, siendo el proyecto sometido a la aprobación de los centros asistenciales donde fue realizado el estudio, y posteriormente aprobado por los respectivos comités de ética en investigación de dichas instituciones.

Esta investigación se realizó teniendo en cuenta los cuatro principios de la bioética: el respeto, la autonomía, la beneficencia - no maleficencia y la justicia, teniendo en cuenta las diferentes percepciones y culturas de las madres participantes del estudio. Además se clasificó dentro de la categoría de investigación de bajo riesgo, ya que toda la información obtenida fue manejada exclusivamente por los investigadores y se les garantizó la reserva de su identidad, manteniendo así la confidencialidad de las participantes.

La participación en el estudio fue voluntaria, se tuvo en cuenta la autorización por medio del consentimiento informado escrito, respetando al mismo tiempo la posición de los responsables de menores de edad que no estaban en capacidad de decidir. Se les informó a las participantes acerca del tema, los objetivos y el propósito de la investigación.

3. RESULTADOS

En el estudio se realizaron dos entrevistas, con la primera se recolectó información básica de las madres, que permitió identificar las características socio-demográficas y ciertos antecedentes de salud que pueden modificar o afectar de alguna forma la elaboración del duelo; así mismo se logró identificar las principales reacciones iniciales ante la pérdida, las percepciones personales frente al aborto y las necesidades en atención post-aborto. Con la segunda entrevista se logró evaluar el desarrollo del duelo, identificando los mecanismos de defensa utilizados y la fase del duelo en que se encontraban hasta ese momento, para finalmente determinar el tipo de duelo elaborado; también se logró reconocer algunas repercusiones en el desarrollo bio-psicosocial y espiritual de las madres, que trajo como consecuencia el aborto y se pudo confirmar tanto las percepciones frente al aborto como las necesidades en atención post-aborto.

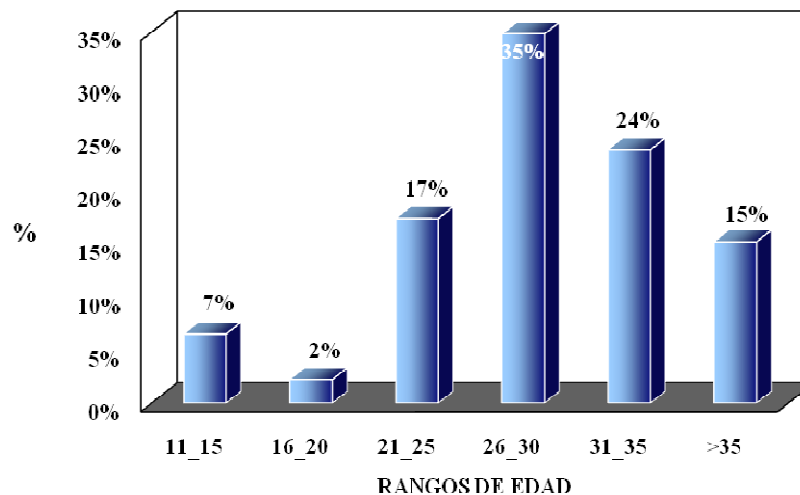
3.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

Respecto a la edad, el 35% de las madres entrevistadas tenían entre 26 y 30 años, el 24% entre 31 y 35, el 17% entre 21 y 25, el 15% eran mayores de 35, el 7% entre 11 y 15 y el 2% entre 16 y 20. (Figura 1)

De acuerdo al estrato socioeconómico se encontró que el 48% pertenecía al estrato uno, el 33% al estrato dos, el 15% al estrato tres y el 4% al estrato cuatro. (Figura 2)

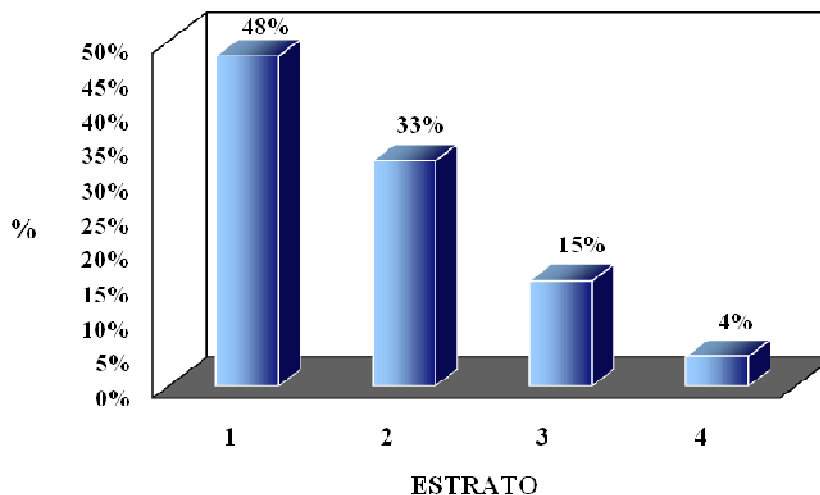
En lo referente al nivel educativo: el 44% había cursado estudios de secundaria, el 30% primaria, el 13% técnica, el 11% universitaria, y el 2% no había realizado ningún tipo de estudio. (Figura 3)

Figura 1. Distribución porcentual según edad. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.



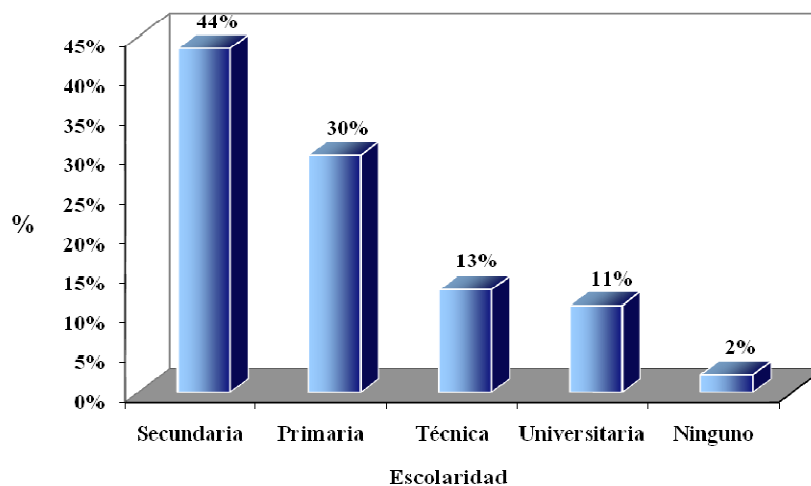
FUENTE DE INFORMACIÓN (FI): DUELO EN SITUACIÓN DE ABORTO: CARACTERIZACIÓN Y CUIDADO A LAS MADRES. POPAYÁN 2008. (DESDA:CYCALM.P2008)

Figura 2. Distribución porcentual según estrato socioeconómico. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.



FI: DESDA:CYCALM.P2008.

Figura 3. Distribución porcentual según escolaridad. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.



FI: DESDA:CYCAT.M.P2008.

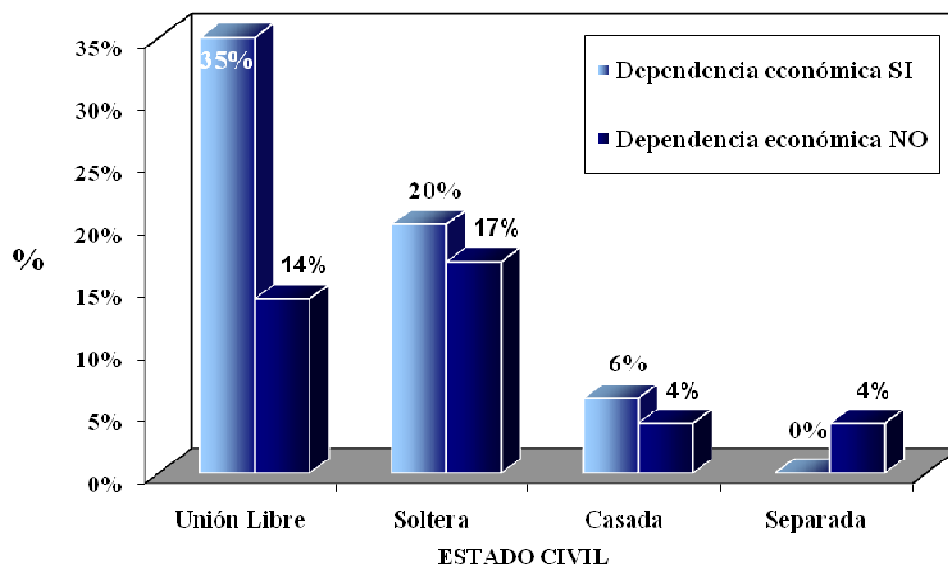
En cuanto al estado civil predominó la unión libre con el 48%, 37% eran solteras, el 11% casadas, y el 4% separadas. Respecto a la dependencia económica, el 61% dependían económicamente de alguien y de estas el 72% dependía de su pareja, el 24% de sus padres y el 3% de otros familiares. (Figura 4)

Por otra parte el 28% de las madres sostenían económicamente por lo menos a una persona, aunque solo el 24% afirmaban ser madres cabeza de hogar. De las madres que sostenían económicamente a alguien, el 46% tenía a su cargo a una persona, el 31% a dos personas y el 23% a tres personas.

La ocupación más común entre las madres fue ser amas de casa con el 35%, el 26% empleadas, el 17% estudiantes, el 15% trabajadoras independientes y el 7% se encontraban desempleadas. (Figura 5)

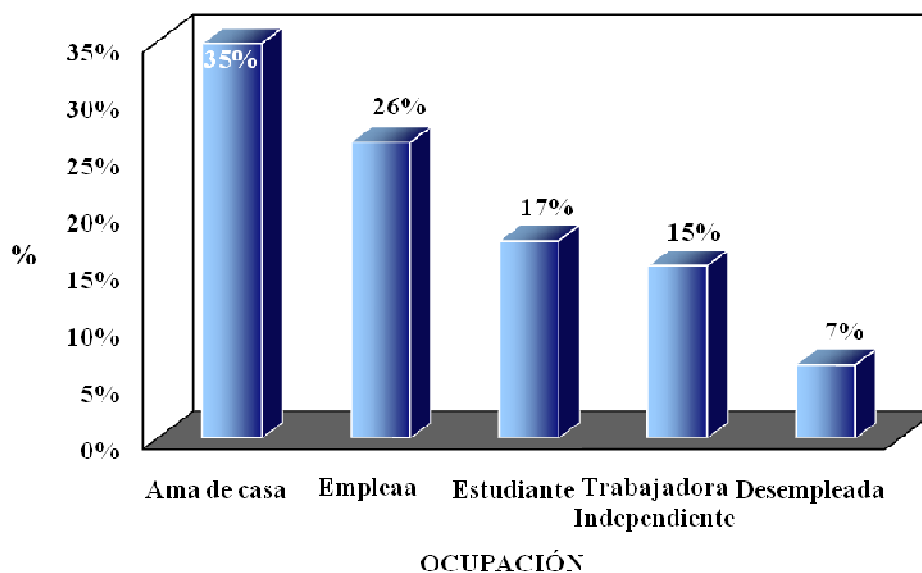
Respecto a la procedencia de las madres, el 70% residían en la zona urbana y el 30% en la zona rural.

Figura 4. Distribución porcentual según estado civil y dependencia económica. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.



FI: DESDA:CYCALMLP2008.

Figura 5. Distribución porcentual según ocupación. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.



FI: DESDA:CYCALMLP2008.

3.1.1 Resumen perfil socio-demográfico. Dos terceras partes de las madres no superaban los 30 años de edad y de éstas más de la mitad se encontraban en el grupo etéreo de 21 a 30 años; el 80% pertenecían a los estratos uno y dos, de estas más de la mitad al estrato uno; en cuanto al estado civil se encontró una mayor prevalencia de madres que convivían en unión libre (aproximadamente el 50%) y más de una tercera parte eran solteras, así mismo una tercera parte eran amas de casa, una cuarta parte empleadas y una sexta parte estudiantes. La mayoría (tres cuartas partes) habían cursado estudios no superiores a la secundaria, de las cuales el 13% tenían primaria incompleta y el 24% secundaria incompleta. Respecto a la procedencia se encontró que el 70% procedían de una zona urbana. El 61% dependían económicamente de alguien y de éstas aproximadamente tres cuartas partes dependían de su pareja; una cuarta parte eran madres cabeza de hogar; aproximadamente una tercera parte sostenían económicamente a alguien y de estas más de la mitad respondían económicamente por más de una persona.

3.2 ASPECTOS FAMILIARES

Se encontró que el 44% de las familias de las madres se encontraban en la etapa del ciclo vital familiar con hijos escolares, el 15% correspondían a familias con hijos adolescentes e hijos preescolares respectivamente, el 13% a familias en plataforma de lanzamiento, el 9% en noviazgo y el 4% en la etapa de matrimonio o conformación de pareja.

En la primera entrevista el 61% consideraban que la convivencia con su familia era estable, el 20% inestable, el 11% sobre-protectora, el 7% permisiva y el 2% rígida. En la segunda entrevista el 54% consideraban que la convivencia con su familia era inestable, el 20% permisiva, el 13% centrada en los hijos, el 7% rígida, el 4% sobre-protectora y el 2% estable. (Figura 6)

En la primera entrevista el 32% aseguraron que la relación con el padre del bebé sí cambió, mientras en la segunda entrevista este porcentaje aumentó al 71%.

De las madres que refirieron que su relación con el padre del bebé si cambió, en la primera entrevista el 50% aseguró que la relación se deterioró y en la segunda entrevista este porcentaje aumentó al 90%. (Figura 7)

Hasta el momento de la primera entrevista el 70% habían hablado con el padre del bebé sobre el aborto, mientras el 30% restante aun no lo había hecho. De acuerdo a como califican la relación con el padre del bebé, en la primera entrevista predominaban las relaciones armoniosas con el 75%, seguidas de las conflictivas con el 11%, distantes el 7%, dominantes el 5% y repulsivas el 2%. Para la segunda entrevista estos porcentajes se modificaron considerablemente, las relaciones armoniosas continuaron predominando, aunque disminuyeron al 47%, igual que las relaciones dominantes disminuyeron al 4%, las conflictivas por su parte aumentaron al 29%, al igual que las relaciones distantes y repulsivas con el 9% y el 11% respectivamente. (Figura 8)

Figura 6. Distribución porcentual según convivencia con la familia. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.

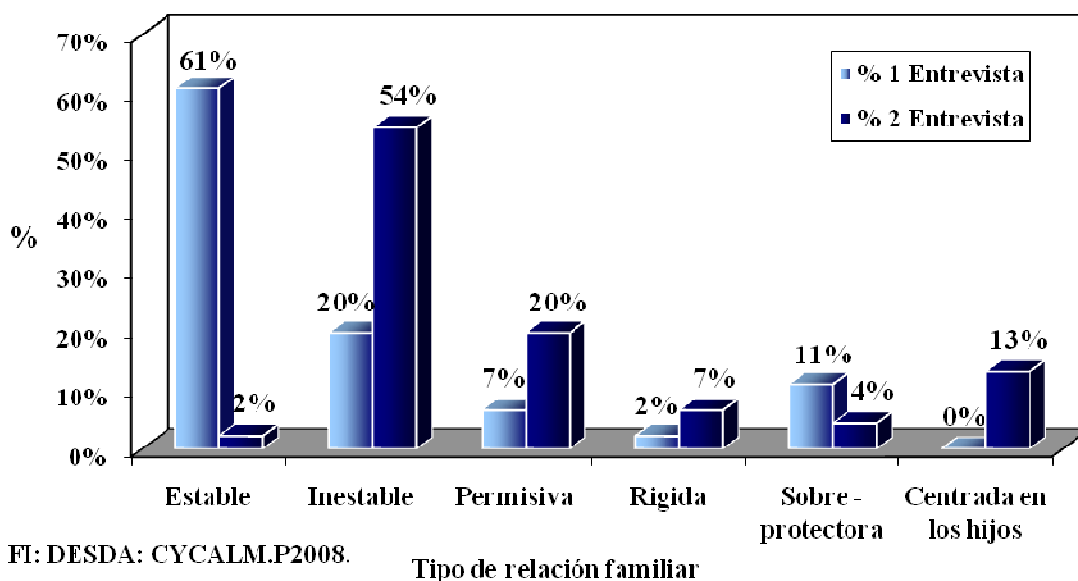
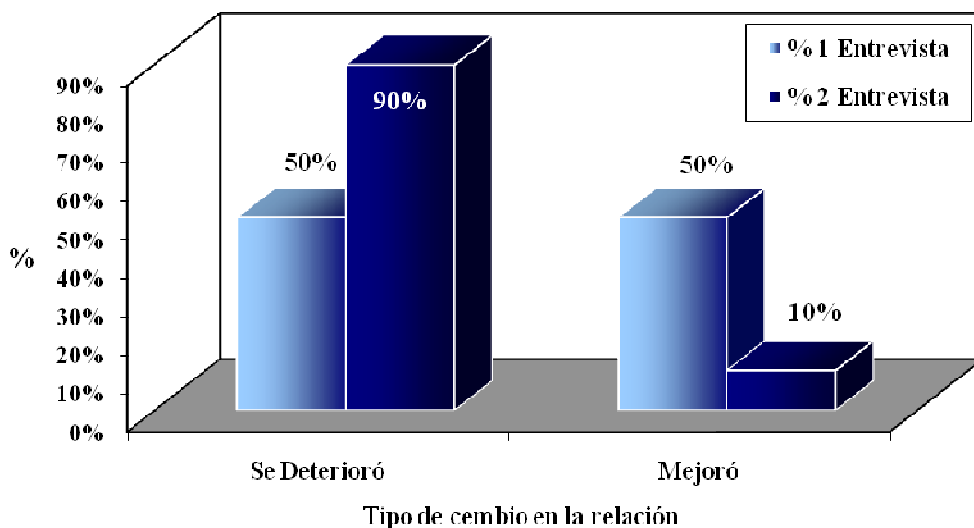
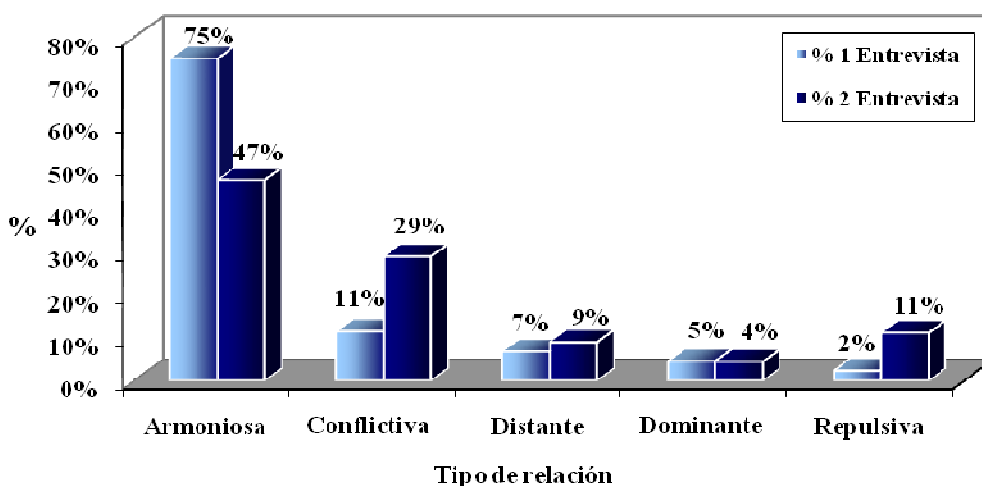


Figura 7. Distribución porcentual según tipo de cambio en la relación con el padre del bebé. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.



FI: DESDA: CYCALMP2008.

Figura 8. Distribución porcentual según como las madres califican la relación con el padre del bebé. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.



FI: DESDA: CYCALMP2008.

Según las madres entrevistadas el 60% de los padres de los bebés calificaban el aborto como un suceso triste y lamentable, el 10% se sentían preocupados, el 10% estaban resignados ante la pérdida, el 10% estuvo de acuerdo con el aborto y el 10% de las madres no respondió. Algunas de las respuestas de las madres a la pregunta ¿Qué opina el padre del bebé sobre el aborto? Fueron las siguientes:

Madre 15: “*...que es muy triste perder un hijo y no es justo...*”

Madre 20: “*...él dice que yo soy la culpable, por todo me echa la culpa, porque yo lloraba y pensaba mucho cuando estaba embarazada...*”

Madre 22: “*...le dio muy duro y le pidió a mi Dios que hiciera su voluntad, pero que no sufriéramos ninguno de los dos...*”

Madre 29: “*...se arrepiente, se siente mal...*”

Madre 41: “*...tristeza, preocupación, es algo que marca la vida, no debería de pasar...*”

Madre 43: “*...le dio muy duro, no lo asimila todavía...*”

El 63% de las madres entrevistadas calificaban el aborto espontáneo como “un suceso triste y lamentable”, el 22% como “cosas de Dios”, y el 15% no respondieron.

Madre 11: “*...cuando es por causas naturales, pues sí, por que es algo que no se puede evitar, eso ya es decisión de mi Dios...*”

Madre 17: “*...es algo muy triste, porque sea como sea uno de mamá sufre mucho...*”

Madre 20: “*...cuando pasa así no más, pues es muy triste, porque uno se ilusiona...*”

Madre 22: “*...esto es muy, muy triste... uno se encariña...*”

Madre 25: “*...pues... cuando pasa así no más, pues son cosas de mi Dios, quien sabe...*”

El 58% de las madres entrevistadas calificaban el aborto inducido como “un pecado”, el 32% no respondieron y el 10% no lo juzgan o justifican.

Madre 18: “*...cuando el embarazo es de días, yo no lo considero un aborto... ya pasado un mes por ahí, si no lo justifico... aunque yo lo hice con un mes pasado...*”

Madre 20: “*...es un pecado, tengo una culpa horrible... y me siento muy mal...*”

Madre 22: “...*cuando lo hacen, es pecado...*”

Madre 26: “...*es algo horrible por que se está matando un ser inocente...*”

3.2.1 Resumen de aspectos familiares. Las familias el 44% de las madres se encontraban en la etapa del ciclo vital familiar: familia con hijos escolares; familia con hijos adolescentes o con hijos pre-escolares, una sexta parte respectivamente.

En la primera entrevista más de la mitad consideraban la convivencia con su familia como estable y aproximadamente una quinta parte como inestable. En la segunda entrevista solo el 2% consideraban a su familia estable, más de la mitad inestable y una quinta parte permisiva.

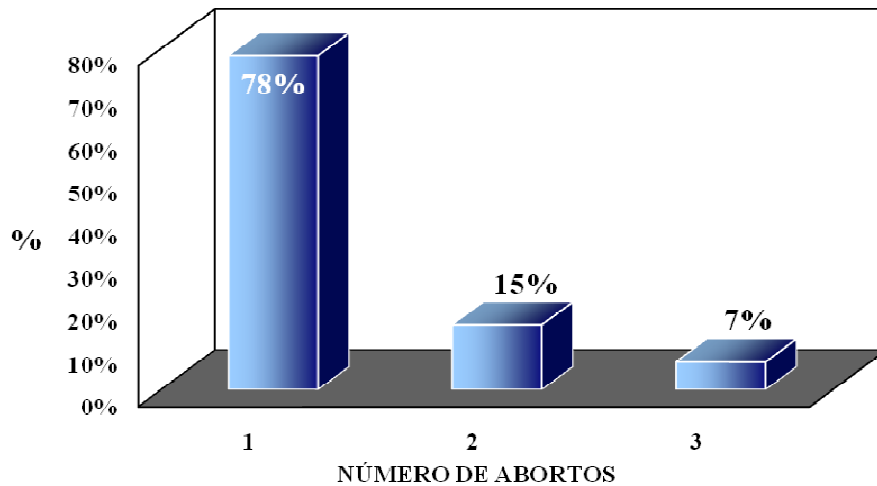
Tres cuartas partes conservaban hasta el momento de la entrevista una relación con el padre del bebé, de éstas, más de la mitad consideraban la relación como armoniosa y una décima parte como conflictiva. Así mismo dos terceras partes hablaron con el padre sobre el aborto. En la primera entrevista una tercera parte manifestó que su relación cambió, para la mitad el cambio fue negativo, para las demás fue positivo; en la segunda entrevista aproximadamente tres cuartas partes manifestaron que su relación cambió y para el 90% el cambio fue negativo debido a que las madres refirieron que sus relaciones se volvieron conflictivas, porque en la mayoría de los casos, el padre del bebé las culpaba por lo ocurrido.

3.3 ASPECTOS DE LA SALUD MATERNA

El 26% de las madres consultaban por la interrupción de su primer embarazo, el 26% su segundo embarazo, el 24% su tercer embarazo, el 16% su cuarto embarazo, el 6% su quinto embarazo y el 2% por su sexto embarazo.

Para el 78% el actual era su primer aborto, el 15% su segundo aborto y para el 7% su tercer aborto. (Figura 9)

Figura 9. Distribución porcentual según número de abortos. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.



FI: DESDA:CYCALM.P2008.

De las madres que manifestaron haber tenido abortos anteriores, para el 70% desde su anterior aborto había transcurrido por lo menos un año hasta el momento de la primera entrevista y para el 30% restante desde el anterior aborto, hasta el momento de la primera entrevista no había transcurrido más de un año.

*** Antecedentes psiquiátricos.**

El 17% refirió haber tenido ideaciones suicidas en algún momento de sus vidas; un 9% refirió haber intentado suicidarse por lo menos en una ocasión; un 20% refirió haber consultado alguna vez por depresión.

*** Antecedentes psicológicos.**

El 30% refirió haber vivido duelos previos al aborto, de estas madres 21% refirieron que su anterior pérdida ocurrió hace menos de un año y el 79% restante refirió que su anterior duelo ocurrió hace más de un año.

*** Conductas nocivas.**

El 34% admitió consumir sustancias psicoactivas legalmente aceptadas como alcohol o cigarrillo, ninguna refirió consumir algún otro tipo de sustancia psicoactiva.

3.3.1 Resumen de aspectos de la salud materna. Una cuarta parte de las madres entrevistadas eran primigestantes o estaban en su segundo embarazo respectivamente. Dos terceras partes refirieron que el actual fue su primer aborto y de aquellas que refirieron haber abortado anteriormente dos terceras partes manifestaron que su último aborto ocurrió hace más de un año y para las restantes su último aborto ocurrió en el último año.

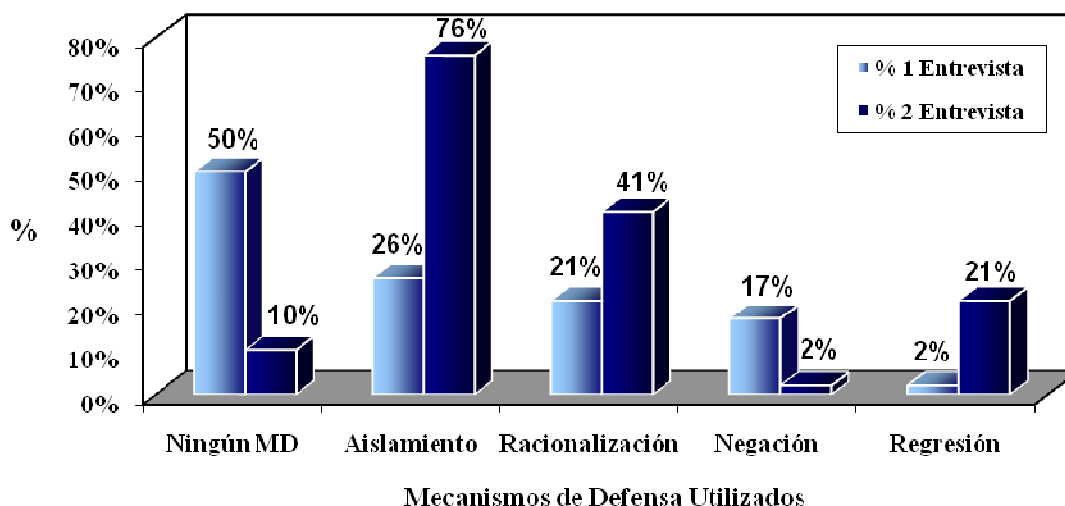
Aproximadamente una quinta parte refirió haber tenido ideas suicidas en algún momento y de éstas una décima parte manifestaron haber intentado suicidarse por lo menos en una ocasión; mientras que una quinta parte manifestó haber consultado alguna vez por depresión. Una tercera parte manifestó haber vivido duelos previos al aborto y de éstas una quinta parte los habían vivido hacía menos de un año.

Una tercera parte refirió consumir sustancias psicoactivas legalmente aceptadas como el alcohol y/o el cigarrillo.

3.4 ASPECTOS RELACIONADOS CON EL DUELO POST-ABORTO

En la primera entrevista el 50% no utilizaron ningún mecanismo de defensa, el 26% utilizaron el mecanismo de defensa aislamiento, el 21% la racionalización, el 17% la negación y el 2% la regresión; para la segunda entrevista el 10% no utilizaron ningún mecanismo de defensa, el 76% utilizaron el aislamiento, el 41% la racionalización, el 2% la negación y el 21% la regresión. (Figura 10)

Figura 10. Distribución porcentual según mecanismos de defensa utilizados. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.



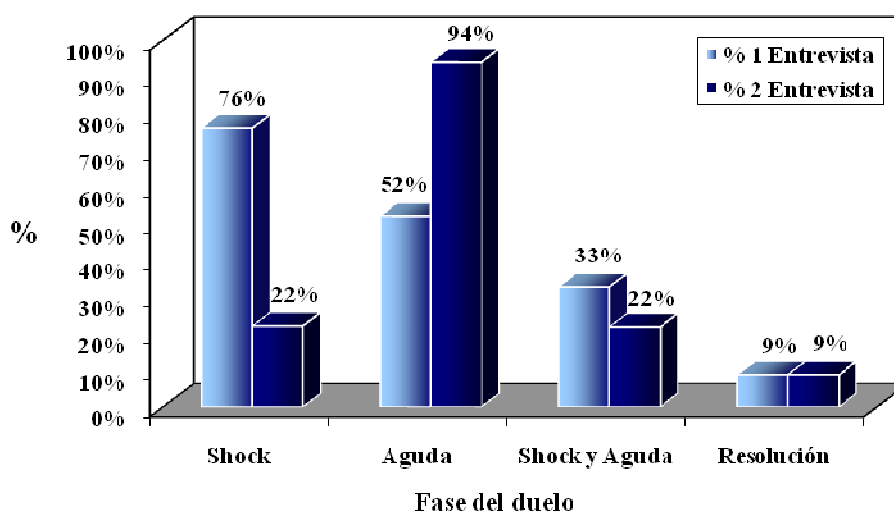
FI: DESDA: CYCALMP2008.

Al relacionar los mecanismos de defensa utilizados hasta el momento de la primera entrevista, con la gravidez se encontró que el 33% de las madres perdieron a su primer hijo, de las cuales el 33% utilizaban el mecanismo de defensa negación, el 20% racionalización, el 33% aislamiento y el 13% no utilizaban ningún mecanismo de defensa; el 30% perdieron a su segundo hijo, de las cuales el 7% utilizaban el mecanismo de defensa negación, el 29% racionalización, el 14% aislamiento y el 50% no utilizaban ningún mecanismo de defensa; el 28% perdieron a su tercer hijo, de las cuales el 8% utilizaban el mecanismo de defensa negación, el 15% racionalización, el 15% aislamiento y el 61% no utilizaban ningún mecanismo de defensa; el 15% perdieron a su cuarto hijo, de las cuales el 14% utilizaban el mecanismo de defensa negación, el 14% racionalización, el 43% aislamiento y 29% no utilizaban ningún mecanismo de defensa; 2% perdieron a su quinto hijo e igual porcentaje perdieron a su sexto hijo y se encontraban en fase de resolución para la primera entrevista.

En la primera entrevista el 76% se encontraban en fase de Shock, el 52% en fase Aguda, el 33% en fase de Shock y aguda simultáneamente y el 9% en fase de Resolución; en la

segunda entrevista el 22% se encontraban en fase de Shock, el 94% en fase Aguda, el 22% en fase de Shock y aguda simultáneamente y el 9% en fase de Resolución. (Figura 11)

Figura 11. Distribución porcentual según fases del duelo identificadas. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.



FI: DESDA: CYCALM.P2008.

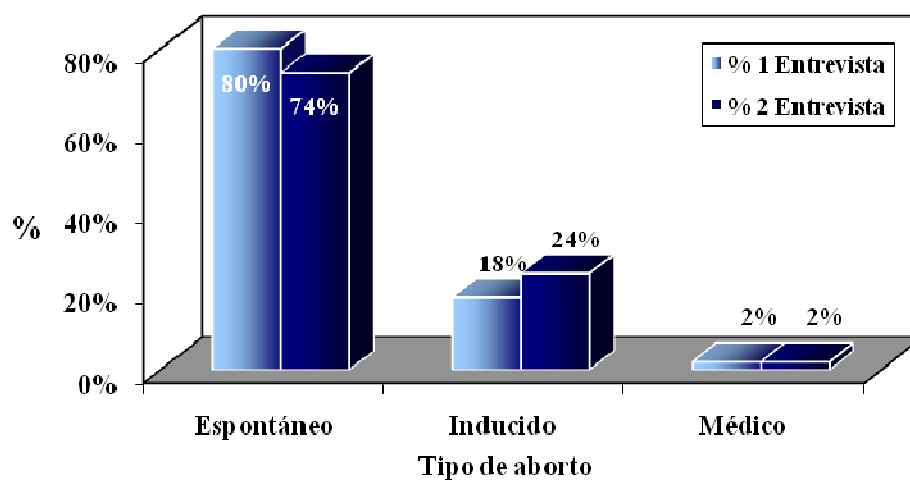
Al relacionar el número de abortos con la fase del duelo identificada en la primera entrevista, se encontró que el 78% de las madres que abortaron por primera vez y de estas el 50% se encontraban en fase de shock, el 36% en fase de shock y aguda simultáneamente, el 11% en fase aguda y solo un 3% en fase de resolución. El 15% del total de las madres abortaban por segunda vez, de las cuales el 57% se encontraban en fase aguda, el 29% en fase de shock y aguda simultáneamente y el 14% en fase de shock. El 7% de las madres abortaban por tercera vez, de las cuales el 33% se encontraba en fase aguda e igual porcentaje en fase de shock y de resolución respectivamente.

Así mismo, al relacionar la gravidez con la fase del duelo en la primera entrevista, se encontró que el 28% de las madres perdieron a su primer hijo, de las cuales el 54% se encontraban en fase de shock y el 46% en fase de shock y aguda simultáneamente; el 26% de las madres perdieron a su segundo hijo, de las cuales el 50% se encontraban en fase de

shock, el 17% en fase aguda, el 33% en fase de shock y aguda simultáneamente; el 22% perdieron a su tercer hijo, de las cuales el 50% se encontraban en fase de shock, el 10% en fase aguda en fase de shock y aguda simultáneamente y fase de resolución un 20%; el 15% perdieron a su cuarto hijo, de las cuales el 14% se encontraban en fase de shock, el 43% en fase aguda e igual porcentaje en fase de shock y aguda simultáneamente; el 6% perdieron a su quinto hijo, de las cuales el 67% se encontraban en fase aguda y el 33% en fase de shock y aguda simultáneamente; el 2% perdieron a su sexto hijo y se encontraban en fase de shock.

En la primera entrevista según los datos de historia clínica se encontró un predominio del 80% de abortos espontáneos, sobre un 18% de abortos inducidos y un 2% de abortos terapéuticos. En la segunda entrevista, el porcentaje de abortos espontáneos disminuyó al 74% y los abortos inducidos aumentaron hasta un 24%, debido a que algunas madres que en la primera entrevista negaron maniobras abortivas, durante la segunda entrevista admitieron el hecho de haberse inducido el aborto. (Figura 12)

Figura 12. Distribución porcentual según tipo de aborto. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.

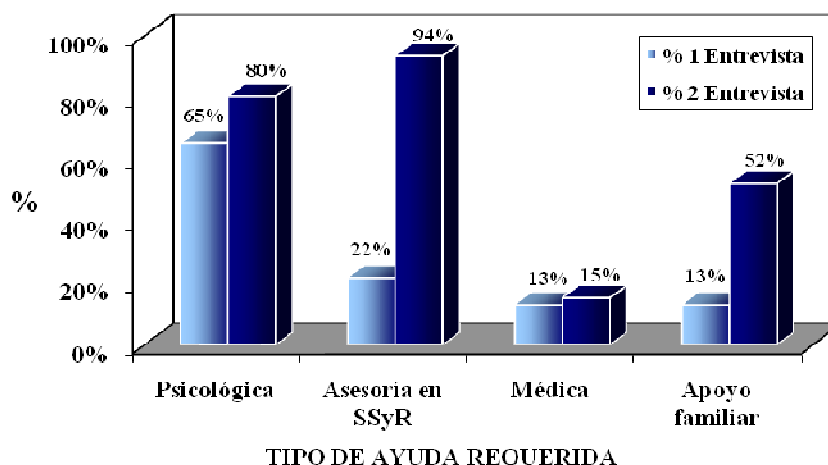


De las madres que se indujeron el aborto, el 42% aseguraron que se habían practicado el aborto debido a presión por parte de la pareja, el 25% por temor a la familia y el 8% correspondieron a aborto médico, debido a que el embarazo era producto de acceso carnal violento.

Respecto a la información recibida por el personal de salud, en la primera entrevista el 20% de las madres refirieron haber recibido información sobre la(s) posible(s) causa(s) que habría(n) causado el aborto, en la segunda entrevista este porcentaje aumentó a un 23%, lo que generó que el 80% de las madres, en la primera entrevista, consideraban que era necesario recibir algún tipo de ayuda después de un aborto y para la segunda entrevista este porcentaje aumentó al 100%.

En la primera entrevista del total de las madres que consideraban necesario recibir algún tipo de ayuda, de las cuales el 65% refirieron que sería adecuado recibir ayuda psicológica, el 22% asesoría en salud sexual y reproductiva, el 13% apoyo familiar y ayuda médica respectivamente; en la segunda entrevista el 80% de las madres consideraron necesaria la ayuda psicológica, un 94% asesoría en salud sexual y reproductiva, un 15% ayuda médica y el 52% apoyo familiar. (Figura 13)

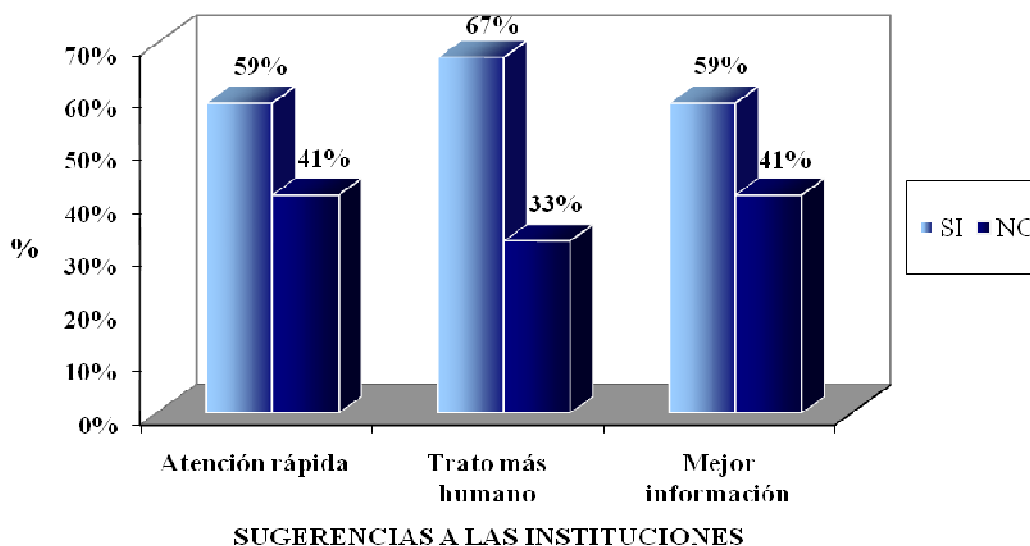
Figura 13. Distribución porcentual según tipo de ayuda requerida. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.



FE: DESDA: CYCALM.P2008.

Todas las madres mencionaron algunas recomendaciones para las instituciones en las que fueron atendidas: el 59% sugirieron una atención más rápida por parte de la institución prestadora de servicios; el 67% sugirieron un trato más humano por parte del personal de la institución; el 59% sugirieron que era necesario recibir mejor información por parte del personal de la institución. (Figura 14)

Figura 14. Distribución porcentual según sugerencias de las madres para las instituciones. Madres duelo post-aborto. Popayán 2008.



FI: DESDA: CYCALMP2008.

Respecto a las sugerencias para las instituciones que atienden a pacientes que consultan por aborto, algunas madres expresaron:

Madre 7: “...*que no juzguen... a veces no dejan hablar ni explicar y a veces son muy duros y no entienden el dolor de uno como mamá... dicen: « cálese, no llore»...además no dan información de porque murió el bebé y que piensan hacer con él y no avisan si lo van a devolver para enterrarlo...*”

Madre 15: “...*que le informen sobre el aborto y que hacen con el feto...*”

Madre 18: “...*más información y mejorar la atención, porque ven que uno se está muriendo del dolor y no lo atienden...*”

Madre 20: “...*que atiendan mejor... a uno no más lo regañan, no tienen derecho, ellos solo tienen que atenderlo a uno... fuera que uno les fuera a pedir para el niño...*”

Madre 23: “...*que me informen que es lo que pasó y lo atiendan más rápido a uno...*”

Madre 29: “...*pues que cambien la forma como le hablan a uno, que no juzguen y que traten con más delicadeza... nadie sabe los motivos ni la situación de uno...*”

Madre 35: “... *que le digan por que se murió el niño, y que lo traten mejor a uno, por que cuando estaba en donde le hacen la cirugía a uno, habían puesto el niño al lado de la cama, en una bandejita y cuando entró el médico que luego me hizo el legrado y le dijo a la enfermera «...y esto que hace aquí, yo le dije que lo llevaran al laboratorio...», refiriéndose a mi niño y ni me preguntaron si quería llevármelo... a mi me hubiera gustado enterrarlo y hacerle una misa a mi niño...*”

3.4.1 Resumen de aspectos relacionados con el desarrollo el duelo. En la primera entrevista cerca del 50% de las madres no utilizaron ningún mecanismo de defensa, aproximadamente en una cuarta parte se identificó al aislamiento y en una quinta parte a la racionalización como mecanismos de defensa. En la segunda entrevista aproximadamente 80% utilizaron el aislamiento, dos quintas partes racionalización y una quinta parte regresión.

Respecto a la fase del duelo en la primera entrevista poco menos de la mitad se encontraban en fase de shock, una tercera parte mostraban rasgos tanto de fase de shock como de fase aguda, y solo el 4% se encontraban en fase de resolución, en la segunda entrevista el 94%

se encontraban en fase aguda, una quinta parte en fase de shock y aguda simultáneamente y solo el 9% en fase de resolución.

De las madres que consultaron por haber realizado maniobras abortivas, aproximadamente el 50 % manifestó que recurrió al aborto debido a presión por parte de la pareja, una cuarta parte por temor a la familia, y una decima parte por violación.

Una quinta parte refirieron haber recibido algún tipo de información sobre la posible causa que originó el aborto, tanto en la primera como en la segunda entrevista.

En la primera entrevista el 80% consideraron necesario recibir algún tipo de ayuda después de un aborto, de estas el 65% consideraron necesario recibir ayuda psicológica y una quinta parte asesoría en salud sexual y reproductiva, en la segunda entrevista el 100% de las madres consideraron necesario recibir algún tipo de ayuda, el 80% ayuda psicológica, el 94% asesoría en salud sexual y reproductiva y poco más de la mitad apoyo familiar.

En cuanto a las sugerencias de las madres para las instituciones que atienden a madres que consultan por aborto. Aproximadamente dos terceras partes sugieron una atención más rápida, una tercera parte un trato más humano y más de la mitad mejor información por parte de los miembros del equipo de salud.

4. DISCUSIÓN

La incidencia de aborto varía mucho de un país a otro, en Colombia el aborto cada día es más común en las mujeres en edad reproductiva, se conoce que ocurren aproximadamente 450.000 abortos inducidos y el doble o más abortos espontáneos. Esta cifra sugiere que por cada 10 nacidos vivos, se registran casi 4 abortos y por cada 10 mujeres de 15 a 49 años, tres se han practicado un aborto. Se busca en este abordaje y discusión, elementos que sirvan para comprender el proceso de duelo, teniendo en cuenta que el aborto tanto inducido como espontáneo, han estado revestidos de tabúes y prejuicios que han contribuido a que el cuidado por parte del equipo de salud y en especial del personal de enfermería, esté centrado solo en los procedimientos técnicos, con lo que las madres que han sufrido la pérdida de un hijo, queden relegadas a un segundo plano, haciéndose necesaria la creación de modelos de atención que faciliten la expresión de su duelo. La necesidad y la importancia del abordaje sobre la pérdida y el duelo en el aborto, surgen de la ausencia de referencias relacionadas al tema. Al traer a la luz el sufrimiento vivido por las madres, se espera que los elementos tornados visibles sirvan como instrumentos de reflexión sobre el desempeño profesional y contribuyan, consecuentemente, en la mejoría de la calidad del cuidado brindado a las madres.

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Analizando los resultados obtenidos en este estudio de 46 madres que consultaron por aborto al HSLV y la CLE, en el periodo comprendido entre el 8 de abril y 9 de Mayo de 2008, se observa que dos terceras partes de las madres entrevistadas no superaban los 30 años de edad y de éstas más de la mitad (52,2%) tenía entre 21 y 30 años; 80% pertenecían a los estratos uno y dos, de estas más de la mitad (60,2%) pertenecían al estrato uno;

predominó la convivencia en unión libre (aproximadamente el 50%) y más de una tercera parte eran solteras; tres de cada cuatro habían cursado estudios no superiores a la secundaria, 60% dependían económicamente de alguien y de estas aproximadamente tres de cada cuatro dependían de su pareja.

Datos que son equiparables con los obtenidos en un estudio realizado en Cuernavaca (México)⁶³, con 34 mujeres, donde todas pertenecen a sectores sociales muy desprotegidos, tres de cada cinco conviven en unión libre con la pareja y no superan los estudios primarios y cuatro de cada cinco dependen económicamente de la pareja. Tienen edades comprendidas entre 14 y 44 años y una de cada cuatro mujeres es menor de 20 años. Los datos obtenidos también concuerdan con los encontrados en un estudio realizado en 39 hospitales de El Salvador, Guatemala, Chile, México, Colombia y Brasil, el cual arrojó que la mayor proporción de las mujeres que abortan están en el rango de 25 a 34 años.⁶⁴

Se infiere de las madres con aborto espontáneo de este estudio, que el tener factores en común, tales como un nivel educativo básico, escasos recursos económicos además de vivir en condiciones precarias, las pueden predisponer al aborto espontáneo ya que lo anterior se relaciona directamente con una nutrición deficiente, la ausencia de estilos de vida saludable, también que sus embarazos no sean planeados y que desconozcan tanto la importancia como la forma de acceder a los servicios de control prenatal; por su parte las madres que recurren al aborto inducido, lo hacen debido a que carecen de los recursos económicos suficientes para el sustento de un nuevo hijo, tienen un nivel educativo básico y no cuentan con el apoyo de una pareja estable. En general las condiciones de marginalidad de la mayoría de las madres se traducen también en: un acceso limitado a la educación sobre salud sexual y reproductiva; métodos de planificación familiar, sin olvidar la dificultades económicas para adquirir algunos de estos métodos; educación acerca de prácticas saludables antes y durante la gestación.

⁶³. CASTRO, Roberto y ERVITI, Joaquina. Las redes sociales en la experiencia del aborto: un estudio de caso con mujeres en Cuernavaca (México). Revista Electrónica: Estudios psicológicos XXI. Vol. 63. 2003. [En línea] Disponible en internet: <http://www.estudiospsicologicosxxi.com/articulos/aborto/redessociales.pdf> p. 6.

⁶⁴. OPS/OMS. Situación de salud de las Américas, Perfil epidemiológico... Óp. cit.

También es importante entender que la condición de marginalidad de la mayoría de las madres entrevistadas supone no solo un bajo nivel educativo o una sistemática falta de dinero, sino también carecer de elementos positivos que ayuden a elaborar un duelo saludable, de modo que la pobreza se traduce, entre otras cosas, en una serie de elementos derivados de la interacción social cotidiana, que pueden incidir negativamente sobre la realidad de las madres en duelo. La pobreza entonces es una situación social que condiciona la capacidad de manejo de las madres, no solo en el plano más visible y obvio como el relacionado a las limitaciones económicas, sino también en el plano menos evidente, pero no menos importante relacionado con el manejo adecuado de los conflictos personales que se pueden suscitar durante el duelo pos-aborto, el apoyo emocional o psicológico que en esta situación son evidentemente necesarios y consecuentemente el efecto negativo de la no satisfacción de estas necesidades en el desarrollo del duelo.

4.2 ASPECTOS FAMILIARES

En la primera entrevista la mayoría de las madres consideraban que la convivencia con su familia era estable; esta percepción cambió para la segunda entrevista donde el 54% de las madres consideraban su familia como inestable; estos resultados concuerdan con lo expuesto por Fonnegra y Mantilla⁶⁵ quienes afirman que “durante la fase aguda del duelo el doliente recibe el apoyo y el consuelo de los familiares y amigos, pero con frecuencia estos son blanco de rechazo, dada la sensación de que tan solo podría aliviar el intenso dolor, el recuperar a la persona muerta y todo aquello que le recuerda que esto es imposible, despierta rabia y hostilidad”.

De acuerdo con lo anterior es evidente que el proceso de duelo post-aborto puede afectar considerablemente la estabilidad emocional de las madres y por consiguiente las relaciones de pareja, esto podría deberse a que la respuesta emocional de las madres incluye sentimientos de soledad, culpa, dolor, en ocasiones de indiferencia, entre otros, lo que

⁶⁵. FONNEGRA de JARAMILLO, Isa y MANTILLA de MEJÍA, Elsa. Duelo. p. 354. Bogotá. 1995.

aumenta la necesidad de apoyo emocional por parte de sus parejas; lamentablemente esto no sucede en muchos casos, pues en la mayoría la comunicación con la pareja se ve seriamente deteriorada, lo que puede relacionarse con que los hombres reproducen patrones de comportamiento que revelan el machismo como un aspecto aprendido y arraigado en sus personalidades, creando una concepción errada sobre todo lo relacionado con el embarazo y que en cierta forma delega toda la responsabilidad de este a las madres, de modo que este entorno social limita el rol de la paternidad, dificultando y en ocasiones hasta negando la expresión de sentimientos, como el sentirse identificados con la compleja y dolorosa situación de sus parejas, aunque no sea en sus cuerpos en donde ha ocurrido el embarazo y por supuesto el aborto.

Los investigadores también consideran que las relaciones afectivas y de pareja se encuentran inmersas en un nudo emocional, especialmente en el caso de las madres que se indujeron el aborto, pues la culpa, la vergüenza, el malestar de haber tomado una decisión liberadora para ellas, pero traumática y definitiva para otro ser humano, las hace sentir que no son merecedoras del afecto y el amor de su pareja y de sus seres queridos, de modo que encuentran que al tomar actitudes de aislamiento, rechazo e irritabilidad, consiguen de alguna forma, la expiación a sus actos. Por su parte aquellas madres que tuvieron un aborto espontáneo sienten que la pareja no las protegió lo suficiente y aparece la rabia en contra de este; así mismo aparece la frustración acompañada de culpa al no haber podido cumplir con su papel como mujer dando vida a su hijo, pero sobre todo por no haber sido capaz de mantener a ese hijo con vida; por esto muchas relaciones se deterioran después de esta situación de crisis y podrían llegar a terminarse, sumando así un duelo más al que ya se está viviendo, situación que de no estabilizarse se convierte en un factor de riesgo más para que el duelo no se elabore correctamente, pues los padres en duelo necesitan la calidez, la ayuda y el afecto de su pareja, para motivarse mutuamente a buscar actividades, relaciones, trabajos o hobbies que den un nuevo sentido a la vida, con el propósito de resolver el duelo satisfactoriamente.

De lo anterior se puede deducir que la familia cumple un papel sumamente importante durante el desarrollo del duelo, pues el apoyo afectivo que pueda recibir la madre de sus familiares, contribuirá en gran medida a la correcta elaboración de su duelo; lamentablemente la mayoría de las madres sujeto del presente estudio, tenían relaciones inestables o eran solteras, lo que sumado a la presión por la difícil situación económica y el cumplir con el rol de madre cabeza de hogar, supone grandes dificultades para el desarrollo del duelo así como unos factores de riesgo importantes para que este se torne patológico.

Sin embargo los investigadores consideran que no se debe obviar el papel del hombre en el tema de la decisión de abortar, no sólo porque puede resultar un condicionante de la decisión de algunas mujeres (situaciones de presión o maltrato) sino porque en muchos casos se trata de una decisión que se toma en pareja, que en algunos casos genera una discordia en la pareja que puede condicionar la continuidad de la relación o modificar radicalmente su dinámica; aunque las eventuales repercusiones del aborto también afectan al hombre, no se debe ignorar que su actitud resulta muchas veces decisiva en la continuación o no de la gestación, por lo que los miembros del equipo de salud y en especial los profesionales que tengan contacto directo con estas pacientes, deberían ser capaces de identificar este tipo de situaciones y darle un manejo interdisciplinario adecuado, pues constituyen una violación seria a los derechos sexuales y reproductivos de la madre y representan un factor de riesgo para su salud mental en tanto que condiciona y afecta directamente el desarrollo del duelo.

4.3 ASPECTOS DE LA SALUD MATERNA

Se encontró que una de cada cuatro madres eran primigestantes, o grávidas 2 respectivamente, dos de cada tres refieren que el actual fue su primer aborto, datos que coinciden con un estudio realizado en el Hospital dos de mayo en Perú⁶⁶ donde en 23,2% de los casos tienen el antecedente de una gestación anterior, y en 2,9%, dos gestaciones,

⁶⁶. APARICO, Jorge et al. Características del aborto en las adolescentes Hospital Dos de Mayo. Lima (Perú). Revista electrónica: Ginecología y Obstetricia - Vol. 42 N°3. Diciembre 1996. [En línea] Disponible en internet: <http://www.ginecologisyobstetricia.per>.

anteriores. Además, 10,1% tiene historia de aborto anterior y en un caso, dos abortos anteriores. Los datos de esta investigación también se relacionan con los de un estudio realizado en el Hospital Universitario San José en Popayán por Dueñas y Martínez⁶⁷, en el que afirman que las mujeres que se practican un aborto, son en su mayoría adolescentes entre los 18 y 21 años; primigrávidas en un 50%.

Los datos del presente estudio también son muy similares a los encontrados por Gonzales⁶⁸ y colaboradores en el 2000, quienes han identificado sobre los antecedentes gineco-obstétricos que el 47.6% han tenido 1 o 2 embarazos previos, el 45.2% de 3 a 4, el 4.8% de 5 a 6 y el 2.4 de 7 a 8 embarazos; Así mismo se encontró que para el 61.9% de las pacientes el presente era su primer aborto, para el 35.7% el segundo y solo para el 2.4% era su tercer aborto.

Los resultados obtenidos en comparación con los citados, muestran que las características socio-demográficas de las madres que consultan por aborto se han mantenido iguales durante los últimos quince años, aunque lo único que parece haber cambiado es el número de abortos registrados, que año tras año aumenta paulatinamente.

La pérdida de un hijo es, como se ha mencionado anteriormente, una experiencia sumamente difícil y dolorosa, sentimientos que se acrecientan si ese hijo es el primogénito, independientemente si ha sido planeado o no, sin embargo no es posible concluir si esta experiencia es más dolorosa para las primigestantes en comparación con el duelo de las madres que ya han tenido hijos.

Aproximadamente una de cada cinco madres refirieron haber tenido ideas suicidas en algún momento y de éstas una de cada diez manifestó haber intentado suicidarse por lo menos en

⁶⁷. DUEÑAS MARTINEZ, Mónica C. y MARTINEZ GALLEGU, Gustavo A. Practicas, actitudes y repercusiones de las mujeres que recurren al aborto provocado. Hospital universitario San José. Popayán, 2001. Monografía para optar por el título de Enfermera (o).Universidad del Cauca. Departamento de Enfermería.

⁶⁸. GONZALEZ, Luz. SOLIS URIBE, Clara. ZAMBRANO, Andrea. Características clínicas y socio-demográficas de la paciente que ingresa por aborto al ISS. Popayán. 1992. Monografía para optar por el título de Enfermera. Universidad del Cauca. Departamento de Enfermería.

una ocasión. Una de cada cinco manifestó haber consultado alguna vez por depresión, la presencia de este tipo de antecedentes en las madres, representa un factor pre-disponible para adquirir conductas de riesgo que podrían llevarlas a desarrollar un duelo patológico. Una de cada tres madres refirió consumir sustancias psicoactivas legales (Alcohol y/o cigarrillo), éste porcentaje es relevante debido a que estas conductas podrían acentuarse o volverse nocivas si las madres no desarrollan un duelo normal. Datos concordantes con una investigación realizada por el instituto Elliot⁶⁹ en Finlandia, donde afirman que aproximadamente el 60% de las mujeres que abortan, tienen ideas suicidas y de éstas el 28% intenta suicidarse, de las cuales la mitad lo hace 2 o más veces. También se ha detectado una fuerte asociación entre el aborto y el suicidio en un estudio basado en registros, se han identificado 73 suicidios asociados con aborto inducido o espontáneo en un año. La tasa de suicidios dentro de un año después de un aborto era tres veces mayor al de todas las mujeres y siete veces mayor comparadas con aquellas que llevaron el embarazo a término. El estrés post-aborto está vinculado con el aumento del tabaquismo. Las mujeres que abortan tienen el doble de probabilidades de convertirse en fumadoras pesadas y sufren los correspondientes riesgos para la salud.

Por otra parte se encontró que todas las madres que tenían duelos previos no superiores a un año, presentaban características propias de la fase de shock y aguda del duelo simultáneamente, demostrando que las madres no evolucionan de una forma adecuada en la elaboración del duelo debido a que la presencia de duelos previos genera en ellas un duelo acumulativo, factor que representa un riesgo para desarrollar un duelo patológico.

De acuerdo a los datos obtenidos en la investigación, las opiniones de los investigadores concuerdan con lo expresado y citado por la Psicóloga Denise Defey en su contribución sobre la dimensión psicosocial del aborto provocado en el trabajo titulado: Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo (Montevideo, Uruguay -

⁶⁹. Speckhard, Psycho-social Stress Después de Aborto, Sheed & Ward, Kansas City: MO, 1987; Gissler, Hemminki & Lonnqvist, "Suicidios después del embarazo en Finlandia, 1987-94: registro vinculación estudio," British Journal of Medicine 313:1431 -- 4, 1996.C. citado por: REARDON, David. En: Una lista de las principales secuelas psicológicas del aborto. [En línea] Disponible en internet: <http://www.abortionfacts.com>. Springfield, Illinois (Estados Unidos). 1997.

2002)⁷⁰, que en cuanto a la repercusión inmediata y a mediano plazo, las revisiones sistemáticas coinciden en señalar que hay consecuencias importantes en un 10% de las mujeres, describiéndose duelos patológicos, depresiones graves, dificultades reproductivas, e incluso procesos de psicotización o intentos de autoeliminación. Estos cuadros se dan con una frecuencia notoriamente mayor en los casos de psicopatología previa.

Resulta claro en las investigaciones y es corroborado por la experiencia clínica que los casos en que el aborto es seguido de un desenlace trágico, o al menos grave, se enlaza con elementos de riesgo vinculados tanto a las repercusiones físicas del aborto (esterilización, infección grave, etcétera) como a la psicopatología previa o los condicionantes que determinaron su realización. En relación a los antecedentes personales, se destacan los elementos depresivos y, en especial, los antecedentes o presencia concomitante de ideación o intentos suicidas. Si bien resulta ideal que los profesionales de la salud mental hagan parte de un grupo de trabajo inter-disciplinario en torno al tema del aborto, la intervención más adecuada es fundamentalmente en aquellos casos que presentan este tipo de antecedentes de patología psiquiátrica o bien que estén atravesando crisis vitales.

4.4 ASPECTOS RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DE DUELO

En la primera entrevista se encontró un alto porcentaje (76%) de madres que presentaban características propias de la fase shock, aunque la mayoría aún no utilizaban un mecanismo de defensa o utilizaban la negación; en tanto que para la segunda entrevista predominó la fase aguda del duelo (94%) y la mayoría utilizaban el aislamiento como mecanismo de defensa aunque un porcentaje considerable racionalizó, lo cual indica que algunos mecanismos de defensa como la racionalización perduraron en el tiempo, por lo tanto se puede inferir que las madres no estaban elaborando un duelo normal. Datos que concuerdan con lo expuesto por Fonnegra y Mantilla⁷¹ quienes afirman que en la fase inicial del duelo

⁷⁰. DEFEY, Denise. Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Sindicato médico del Uruguay. Montevideo 2002. [En línea] Disponible en internet: <http://www.smu.org.uy/dpmc/biblioteca/libros/aborto.pdf>. ISBN9974-637-10-4. p.41.

⁷¹. FONNEGRA de JARAMILLO, Isa y MANTILLA de MEJÍA, Elsa. Óp cit.

“la tendencia del doliente es a evitar el reconocer que la tragedia de la pérdida del ser querido es una realidad (negación). La persona es literalmente asaltada por el impacto y la primera reacción es de Shock con una sensación de atontamiento y de irrealidad”.

Respecto a los mecanismos de defensa y la fase del duelo identificados durante la segunda entrevista, los investigadores consideran que aunque las madres dolientes frecuentemente tratan de evitar el dolor racionalizando y diciéndose que “es la ley de la vida”, que “es decisión de Dios” o que “todo debe continuar”, esta forma de consuelo encierra una trampa, ya que se produce un bloqueo emocional porque no se puede llorar la pérdida, de modo que se crea un círculo vicioso, pues para algunas madres esto solo alimenta aún más el sentimiento de culpabilidad, en caso que el aborto haya sido provocado y para aquellas que su pérdida fue producto de un aborto espontáneo, se acrecienta la necesidad de aislarse socialmente, al no poder dejar de sentir cierta responsabilidad por la muerte de su hijo; esta situación en la que las madres se reprimen y se niegan la posibilidad de expresar su duelo, hace que emerja una crisis que les impide hacerse merecedoras de gratificaciones y de bienestar, se niegan a ellas mismas y a sus espacios de crecimiento personal, situación que de no modificarse oportunamente, representa un factor de riesgo más para que el duelo se torne patológico, ya que todo lo que no se habla, no se sana y se vuelve cada vez más inmanejable, adquiriendo así matices de maltrato a la autoestima y de poco reconocimiento a la elaboración del duelo como una oportunidad para llegar a la correcta resolución de este. En lo referente a la fase aguda del duelo concuerdan con los especialistas quienes consideran que esta es la fase más delicada, porque sus características son muy similares a las de una depresión patológica y si no se supera adecuadamente puede desembocar en un trastorno mental real.

Los datos de esta investigación también tienen una estrecha relación con lo planteado por Lindemann E.⁷² quien afirma que aunque el duelo se desarrolla en diferentes fases y estas no son rígidas ni representan invariablemente un camino predeterminado, generalmente las

⁷². LINDEMANN, E. Sintomatología y manejo del duelo agudo. *American Journal of Psychiatry*. 101, pp. 141-148. Citado por: FONNEGRA de JARAMILLO, Isa y MANTILLA de MEJÍA, Elsa. En: *La familia del paciente que ha muerto*. p. 183. Bogotá. 1997.

personas en duelo sí manifiestan características de las diferentes fases, en un orden secuencial.

Respecto a las necesidades en atención y las sugerencias de las madres a las instituciones se obtuvo datos comparables a los encontrados por Mariutti, Almeida y Panoblanco⁷³, en el que el análisis de los testimonios de 13 mujeres hospitalizadas acerca de la forma en que perciben el cuidado de enfermería recibido, evidencia que el cuidado no debe resumirse en acciones e intervenciones de salud, antes que esto debe constituirse en el desarrollo de actitudes y en un espacio de encuentro Inter-subjetivo para el ejercicio de una sabiduría práctica en salud, apoyada en tecnología, pero sin dejar que se resuma solo a ella; debe promoverse antes una reunión entre el cuidador y el cuidado, con el objetivo de entablar una relación más simétrica entre ambos. En los discursos de las madres, el significado del cuidado de enfermería es percibido por las mujeres como aquel en el cual, la gran mayoría de veces se realiza lo “básico”. El significado dado por ellas muestra que la atención de las necesidades físicas y el desempeño de los procedimientos técnicos es mencionado como “normal”, con énfasis en la atención a las necesidades relacionadas al cuerpo físico. Ej.: “... ***el cuidado de los enfermeros es normal, nos realizan higiene, miden la presión, la temperatura, dan medicamentos... cuidan.... es el rol de ellos...***” (Lúcia).

A cerca de la atención post-aborto, consideran que hablar del aborto inducido debería ser siempre un acto de profunda humildad y quizás de atrevimiento, pues el drama que frecuentemente enfrentan las madres que deciden interrumpir voluntariamente su embarazo, no es nada sencillo de abordar y menos incluso de sentir, más aún si el profesional de la salud no ha vivido una situación similar, como lo es la dramática circunstancia de perder un hijo por voluntad propia. Por lo tanto no se debe pensar acerca de lo que suele afirmarse de la tendencia natural e instintiva de la mujer, que la orienta hacia el amor y el cuidado de los hijos, siendo “antinatural” o “desnaturalizada” aquella mujer que no desea continuar su maternidad, ya que se propuso abortar. Así mismo no se debe subestimar el concepto de apego que aparece como un mecanismo más completo y explicativo del comportamiento

⁷³. MARIUTTI G., Mariana. De ALMEIDA, Ana María y P., Marislei. Óp. cit. p. 19.

parental en los humanos. Si bien, una vez que se establece, el apego tiene la intensidad característica del instinto, puede darse o no y esta eventualidad es altamente dependiente de las condiciones ambientales y circunstanciales en que se produce la gestación y eventualmente la pérdida o bien el nacimiento, por lo que se hace imperativa la expresión de los sentimientos ante la pérdida, acto que no debe ser prohibido por los miembros del equipo de salud.

Los investigadores consideran que es imposible abordar el tema del aborto en la teoría o en la práctica sin que esto implique involucrarse personalmente, no sólo en la dimensión de los valores, la religión o la ética sino también en la vida afectiva. Algunos estudios han enfocado las percepciones y actitudes del personal de salud ya que la confrontación con una situación de aborto enfrenta al profesional a varias tareas casi imposibles, por una parte es sumamente difícil poder identificarse a la vez con las dos vidas que están en juego: la de la madre y la del hijo. La identificación por una u otra parte en conflicto conduce a las posiciones contrapuestas respecto al tema, como resulta también una tarea imposible resolver muchas situaciones de desamparo y riesgo a las que la mujer o eventualmente el hijo, se han visto o se verán enfrentados, de la misma forma que es también imposible desentenderse de una situación que, como dijimos, convoca lo más profundo de cada uno de nosotros y de su historia; en el caso del profesional de la salud, se enfrenta también a la contradicción de que quien da vida puede también decidir quitarla, a veces por motivos superfluos, o que son difíciles de comprender o compartir. Por todo esto consideran que es de suma importancia promover el conocimiento de estos fenómenos universales y ajenos a las decisiones o voluntad consciente y deberían hacer parte del bagaje en la formación de quienes deben abordar el tema del aborto en este tipo de consultas.

Se infiere que el papel del profesional de enfermería es fundamental para favorecer la correcta elaboración del duelo, ya que al ser el cuidador directo es quien debe brindar apoyo, información y educación, además es quien puede brindar un ambiente de confianza a las madres que permita la expresión de sus sentimientos e inquietudes ante la pérdida, pues cuando las madres que están en situaciones de aborto, reciben atención en los

servicios de salud, por lo general no le expresan sus sentimientos a quienes le prestan dichos servicios, ya sea porque no les preguntan abiertamente, o porque son situaciones estigmatizadas en la sociedad y tienen miedo del juicio que puedan hacer de ellas, o simplemente porque les es complicado hablar de una situación que es dolorosa y muchas veces difícil de explicar; razón por la cual la comunicación interpersonal efectiva es indispensable para la atención integral a las madres, siendo sumamente importante que los miembros del equipo de salud en especial los de Enfermería, que tienen contacto con estas pacientes, desarrollen habilidades para comprender los sentimientos y puntos de vista de las madres, para comunicarse con sensibilidad y empatía, y que aprendan a no emitir juicios de valor.

Los investigadores consideran que al brindar una adecuada atención a las madres en situación de aborto, cuando estas reciben apoyo emocional inmediato, se contribuye a que la madres comprendan mejor su condición clínica, y como resultado aceptarán con satisfacción el tratamiento requerido y serán más receptivas a la información que necesitan para tomar decisiones con respecto a su estado actual de salud y al futuro de su vida sexual y reproductiva, así mismo tendrán menos dificultades psicológicas a largo plazo. La atención integral debe darse dentro de un marco ético que requiere poner en el centro las necesidades de las madres ya que es importante asegurar que estas pacientes tengan acceso a servicios que aseguren la calidad de la atención y un trato digno, no discriminatorio y que se respeten sus decisiones y sus derechos humanos.

De igual forma consideran que las técnicas adecuadas para lograr brindar una atención integral en un servicio con calidez son: la escucha activa, que involucra la comunicación no verbal, es decir, una actitud y comportamiento corporal empático; parafrasear, que consiste en repetir con otras palabras lo que la usuaria ha informado acerca de sus emociones y temores, para mostrarle a la mujer que se le escucha y se le ha comprendido; formular preguntas significativas que le permitan captar información importante y que estimule a la madre a hablar sobre sí misma; identificar sentimientos, al observar y escuchar a la madre, podrá identificar cuáles son sus sentimientos, comprenderla y actuar en la contención en

caso de crisis; dar validez a la madre, lo que implica creer en ella y evitar la influencia de los prejuicios del profesional de salud y por último proveer información clara, entendible, veraz y oportuna, técnica que podría ser la parte más importante de la atención integral.

De acuerdo a los resultados que se obtuvieron, se deduce que las usuarias reaccionan más favorablemente con profesionales que sean abiertos, empáticos, que no manifiesten prejuicios y que mantengan el respeto ante cualquier usuaria, sin importar cuál es su conducta sexual y reproductiva ni las decisiones que tomen; de modo que los profesionales que no respetan las decisiones de las mujeres o que actúan con prejuicios en relación al aborto, tienden a tratarlas en forma poco respetuosa e incluso a tener actitudes punitivas o de acusación, lo que agrega angustia a las mujeres y constituye una falta ética grave, así como una violación de los derechos humanos de las madres. Así mismo los investigadores consideramos que un profesional de la salud que no tenga la convicción de servir o ayudar, puede comunicar su desaprobación a las usuarias a partir de un tono de voz, las palabras, los gestos y todo lo que involucre el lenguaje corporal. Si los profesionales de la salud comunican sus creencias personales a las usuarias, aun sin darse cuenta de ello, no serán capaces de proporcionar una atención integral, de calidad y con calidez. Por otra parte Las modalidades de intervención que a criterio de los investigadores parecen ser las más pertinentes según lo que refiere la teoría acerca de la experiencia investigativa en Colombia, podrían ser la participación en instancias docentes dirigidas a estudiantes en los programas de educación en ciencias de la salud y profesionales de todas las disciplinas implicadas en los servicios de atención a mujeres en situación de aborto, para la participación en la elaboración y posterior aplicación, de pautas de abordaje de las consultas pre y post-aborto, la entrevista (pre o post-aborto) especializada en situaciones específicas (Ej. Interrupción Voluntaria del Embarazo) y el abordaje terapéutico del aborto reiterado como conducta patológica, el seguimiento post-aborto y la consulta con trabajadores sociales, esta última resulta especialmente indicada en los casos en que la decisión de abortar se encontró fuertemente influenciada por situaciones familiares, laborales o legales que requieren de un asesoramiento y orientación que esclarezca la situación.

5. CONCLUSIONES

- De acuerdo con los resultados de la investigación, se puede concluir que el perfil socio-demográfico de la mayoría de las madres que consultan por aborto en el municipio de Popayán, corresponde a mujeres menores de 30 años, con hijos escolares, pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos, con nivel educativo básico, no superior a la secundaria, además dependen económicamente de alguien, generalmente de la pareja.
- Durante la reacción inicial ante la pérdida, la mayoría de las madres presentan características de la fase de shock del duelo o bien de la fase de shock y aguda simultáneamente, utilizan la negación como mecanismo de defensa y solo un mínimo porcentaje presenta características propias de la fase de resolución. En los meses posteriores al aborto la mayoría de las madres presentan características de la fase aguda del duelo y utilizan el aislamiento y/o la racionalización como principales mecanismos de defensa.
- La mayoría de las madres que consultan por aborto inducido, manifiestan haberse practicado el aborto debido a presión por parte de su pareja o por temor a la familia y todas manifiestan la necesidad de recibir algún tipo de ayuda después de un aborto y que en orden de importancia se encuentran: el apoyo familiar, la asesoría en salud sexual y reproductiva y la ayuda psicológica.
- Un alto porcentaje de las madres, coinciden en que las instituciones deben mejorar la atención, proporcionando una mejor información sobre la posible causa del

aborto, contando con la opinión de las madres para definir la conducta a seguir con el cuerpo del feto y como parte importante del desarrollo inicial de su duelo, se les permita expresar sus sentimientos; así mismo brindando un trato más humano y respetuoso, sin juzgar ni discriminar a las madres que acepten haber realizado maniobras abortivas, además consideran necesario que la atención debe ser integral, ágil y rápida.

- La práctica de salud basada en el modelo biológico viene demostrando insuficiencia para atender a las necesidades presentadas por las mujeres, siendo importante trabajar comprendiéndolas en su integralidad, en sus especificidades y respetando su autonomía. La finalidad es proporcionar una asistencia de calidad a estas mujeres, concienciándolas, informándoles y ayudándolas en esta situación que no tiene retorno.
- El profesional de enfermería debe reflexionar en su quehacer, involucrándose holísticamente en la atención de este tipo de pacientes. Las necesidades físicas deben ser atendidas, pero la mujer, no puede dejar de ser atendida integralmente. Esto implica comprender al aborto, dentro de una situación existencial, desvinculándolo de su carácter de ilegalidad según sea el caso.

6. RECOMENDACIONES

- Es de suma importancia la realización de estudios retrospectivos o bien prospectivos, que permitan el seguimiento a las madres en duelo post-aborto durante por lo menos un año.
- Es importante que el material realizado a partir de esta investigación sea aplicado y divulgado por los organismos y el personal de salud, así como por los estudiantes de la facultad ciencias de la salud de la Universidad del Cauca, de forma que se garantice una atención integral a las madres en situación de aborto.
- Instaurar en las instituciones que atienden a estas pacientes el modelo de atención integral post-aborto propuesto en el presente estudio.

7. PROPUESTA

Con el propósito de dar un pequeño pero significativo aporte a la academia, se realizó una propuesta basada en la evidencia tanto del presente estudio como de lo reportado por algunas de las más relevantes investigaciones realizadas, en América y Europa, sobre aborto y el cuidado en esta traumática situación; recordemos que la enfermería basada en la evidencia es una metodología de análisis y estudio crítico de la literatura científica, que da valor tanto a la experiencia como a la contundencia de la información sobre el cuidado, lo que también permite sacar conclusiones rigurosas para el cuidado o intervención de enfermería y ya que la metodología acoge la mejor evidencia científica que exista en el momento sobre cualquier problema o fenómeno de enfermería, la cual sumada al análisis crítico, tiene la capacidad de producir unas recomendaciones, sustentadas científicamente.

Para efecto del mejoramiento de la atención post-aborto, se plantea que esta propuesta debe intervenir y modificar actitudes en el personal de salud, en especial de los profesionales; sin embargo no se debe olvidar a aquellos que están en el proceso de formación como profesionales de salud, de quienes depende en gran medida el dar continuidad y contribuir a la constante actualización y perfeccionamiento, tanto de los de los conceptos como de los parámetros del cuidado y atención a las madres en situación de aborto; así mismo se hace más que necesario el apoyo institucional para la aplicación práctica de las recomendaciones realizadas. Consecuentemente, la actual propuesta está compuesta por dos sub-unidades:

7.1 ASISTENCIAL: por medio de la presentación de una propuesta sobre un modelo de atención integral post-aborto a las instituciones de 2º y 3º nivel de la ciudad de Popayán, aplicable por el equipo de salud de los servicios de gineco-obstetricia y/o urgencias.

7.2 EDUCATIVA: por medio de la creación una guía integral de cuidado post-aborto, aplicable por los estudiantes del programa de Enfermería de la Universidad del Cauca, durante la rotación en las salas de gineco-obstetricia, correspondiente a la asignatura Cuidado a la gestante, la pareja y el recién nacido de octavo semestre.

7.1 “MODELO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN A LAS MADRES EN SITUACIÓN DE ABORTO, QUE CONSULTAN A LOS CENTROS ASISTENCIALES DE NIVEL II Y III DE POPAYÁN”

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una etapa importante en la vida de las mujeres por el cambio potencial que representa en su vida, independientemente de que este haya sido planeado o no.

Es una realidad que alrededor de un cuarto de los embarazos terminan en abortos espontáneos, y que la decisión de terminar con un embarazo no deseado ha estado en el pensamiento y realidad de muchas mujeres. Cuando un embarazo se interrumpe como consecuencia de un aborto espontáneo o inducido, las mujeres experimentan diferentes sentimientos, en algunos casos son sentimientos de angustia, dolor, desesperación, miedo, impotencia o culpa, que le pueden crear un conflicto y llevar a una crisis.

Los sistemas y profesionales de la salud, pueden salvar miles de vidas, si ofrecen a la mujer atención pos-aborto que cubra tanto sus necesidades médicas inmediatas, como la necesidad de evitar futuros embarazos no previstos, complicaciones en su estado de salud física y mental o repetición de abortos, por medio de la consejería en planificación familiar. En todos los casos es importante que las mujeres en situación de aborto tengan acceso al tratamiento que ha demostrado el mínimo riesgo y establecer normas éticas para las prestadoras de servicios que aseguren la calidad de la atención y un trato digno, no discriminatorio.

La atención holística asegura que las madres tengan un espacio donde se establezca una relación con el personal de salud que permita explorar sus sentimientos, que les brinden apoyo emocional e información que les permita tomar decisiones sobre su situación actual y sus opciones futuras, de acuerdo con sus expectativas reproductivas.

Incorporar un concepto de atención holística post-aborto en los programas de educación en ciencias de la salud y en los servicios de atención a mujeres en situación de aborto, es una tarea que debemos realizar instituciones educativas, el sector salud y las organizaciones de la sociedad civil en conjunto, y utilizar siempre una perspectiva de derechos humanos que permita el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

JUSTIFICACIÓN

Se estima que se producen unas 910.000 concepciones diarias mundialmente, de las cuales la mitad no son planificadas y una cuarta parte no son deseadas, de estas últimas, unas 150.000 terminan en aborto, la tercera parte de las cuales se da en situaciones de total inseguridad para la vida y la salud de las mujeres.

El aborto inducido, como producto de un embarazo no deseado, afecta a las mujeres de todas las clases sociales, tanto en áreas urbanas como rurales. Es un problema que está determinado por factores muy diversos, entre los que destacan la diferencia de poder entre géneros, la insuficiente educación sexual y reproductiva, así como la imposibilidad de tener acceso a servicios básicos de salud y de planificación familiar. Miles de mujeres en nuestro país viven la experiencia del aborto cada año. Muchos son abortos espontáneos y un número que no conocemos con certeza son abortos inducidos; una parte importante de estos últimos son inseguros, producto de las restricciones legales que hacen que las mujeres, especialmente las de bajos recursos, recurran a todo tipo de métodos y atención en condiciones de riesgo.

Pero las secuelas del aborto no son solamente de tipo físico, en la actualidad investigaciones citan las secuelas emocionales del aborto como pesadillas, culpa, tristeza, entre otros. Cabe además mencionar el grado de disposición que marcan las estadísticas hacia suicidios, depresión y estrés en mujeres que han vivido abortos.

Debido a esto se hace necesario implementar en las instituciones que atienden a mujeres que consultan por aborto, un modelo de atención integral post-aborto, que contribuya a disminuir las complicaciones tanto físicas como psicológicas en las madres. La importancia del equipo de enfermería en el modelo propuesto, radica que esta disciplina gestiona y actúa como elemento de cohesión, para favorecer la atención holística con una visión interdisciplinaria.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir con la formulación y difusión de un concepto apropiado de atención holística, para las mujeres que consultan por aborto en las instituciones nivel II de la ciudad de Popayán, acorde con las necesidades bio-psicosociales y espirituales de las madres; por medio del planteamiento de una guía de cuidado de enfermería aplicable por estudiantes universitarios de esta disciplina, como también un modelo de atención integral y la formulación de recomendaciones para el resto del equipo de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar de una guía de cuidado de Enfermería a las madres después de un aborto, aplicable por estudiantes de VIII semestre del programa de Enfermería de la Universidad del Cauca.
- Proponer al programa de Enfermería de la Universidad del Cauca, incluir el desarrollo de la guía como actividad curricular, durante la rotación de los estudiantes de VIII semestre, por las salas de Gineco-obstetricia
- Proponer recomendaciones para mejorar la atención, al resto del equipo de salud, que atiende a estas pacientes, en las instituciones de segundo y tercer nivel de complejidad de la ciudad de Popayán.
- Presentar estrategias para la aprobación y su posterior socialización y aplicación de las recomendaciones de atención, a las directivas de las instituciones nivel II de la ciudad de Popayán.

ATENCION POST-ABORTO

Después de una minuciosa revisión de varios estudios y trabajos sobre atención post-aborto realizados en Estados Unidos y Latinoamérica, los investigadores inferimos que las “Guías clínicas” constituyen una herramienta para la práctica clínica diaria de los integrantes del equipo de salud y para el abordaje de lo relacionado con la consulta frente al aborto espontáneo o inducido.

Los problemas inherentes a la práctica del aborto inducido en el país y la normativa además de la estigmatización del aborto aún si este no ha sido provocado, marcan la necesidad de realizar un cambio en la forma y en los contenidos que actualmente los profesionales de la salud manejan respecto a esta temática. En este sentido se busca con estas guías clínicas un apoyo al desarrollo de una práctica eficiente, eficaz y efectiva para el cumplimiento de la normativa, sin olvidar que la atención debe ser integral.

De acuerdo a los planteamientos anteriores, los centros asistenciales deben trabajar a partir de un enfoque multidisciplinario de intervención, con una mirada sistémica que intente comprender el fenómeno del aborto y, más específicamente, las repercusiones del mismo sobre la salud de la madre.

El presente modelo de atención está basado en las recomendaciones dadas por las madres participantes en el estudio, las necesidades en atención post-aborto, expresadas durante la recolección de la información y los aspectos que de acuerdo con la literatura influyen positivamente en el desarrollo del duelo; está encaminado a contribuir con la elaboración de un duelo saludable y a la prevención de complicaciones post-aborto, así como de futuros embarazos no deseados. En tal sentido, el modelo descrito en los párrafos siguientes constituye una herramienta de trabajo útil y un modelo sistematizado y efectivo para una correcta intervención del equipo de salud en el ámbito del duelo post-aborto.

*** Conceptos de Atención Post-Aborto.**

En este marco se han desarrollado diferentes conceptos sobre la calidad de la atención post-aborto. Tradicionalmente la calidad se ha definido a nivel clínico, en términos de conocimientos técnicos y de la habilidad de proporcionar un tratamiento seguro y eficaz para el bienestar de la paciente. Pero la calidad de la atención es multidimensional y puede definirse y medirse de distintas formas, según las prioridades de los interesados. Las pacientes pueden verse influidas por cuestiones sociales y culturales en su opinión de la calidad, y suelen poner un énfasis considerable en el aspecto humano de la atención que reciben. Los proveedores generalmente subrayan la necesidad de que las instituciones dispongan de capacidad técnica, infraestructura y apoyo logístico, y las autoridades que diseñan las políticas están interesadas en el costo, la eficacia y los resultados. Además es importante destacar, la importancia de que la atención tarde el menor tiempo posible ya que el permanecer muchas horas e incluso días esperando por recibir el tratamiento definitivo, representa un factor de estrés debido a que genera impaciencia, ansiedad, angustia y sobretodo soledad debido a que por las políticas de las instituciones es casi imposible tener un familiar o una persona cercana que acompañe y apoye a la madre en la espera.

En 1990, se elaboró el marco “Bruce-Jain”, que se considera generalmente como el paradigma básico para medir la calidad en los servicios de planificación familiar a nivel internacional⁷⁴. Este marco establece seis elementos que son importantes para mejorar la calidad de atención en programas de planificación familiar:

- La capacidad de elegir entre diversos métodos de anticoncepción.
- La entrega de información a las/os pacientes.
- El conocimiento técnico de las/os proveedores.
- La relación interpersonal con el proveedor del servicio.
- El seguimiento y la continuidad de la atención, y una adecuada variedad de servicios.

⁷⁴. Bruce 1990, Jain 1989.

Este marco ha sido ampliado en varias ocasiones con otros aspectos de salud reproductiva, como prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), tener en cuenta los incentivos y elementos disuasivos en la planificación familiar, considerar relaciones de género y considerar el acceso de las pacientes a los servicios de salud pública. Estas ampliaciones ponen a la paciente en el centro de la atención, al mismo tiempo subrayan la importancia de establecer normas técnicas y elevar el acceso a la información y los servicios.⁷⁵

Para la atención post-aborto, específicamente, Greenslade y Cols.⁷⁶ desarrollaron un concepto que señala tres elementos fundamentales:

- a)** Servicios para el tratamiento de urgencia del aborto incompleto⁷⁷ espontáneo o inducido que ocurre en condiciones de riesgo
- b)** Orientación y servicios de planificación familiar post-aborto
- c)** Vínculos entre los servicios para el tratamiento de urgencia del aborto y la atención integral de la salud reproductiva.

Un nuevo concepto sobre atención post-aborto, apoya una visión más amplia de esta atención, donde se evidencia un cambio de un enfoque clínico a un enfoque de salud pública.⁷⁸ Los 5 elementos del consorcio son:

- 1.** Alianzas entre usuarios y prestadores de servicios para prevenir embarazos no deseados y abortos de alto riesgo, para movilizar recursos que ayuden a que las mujeres reciban atención apropiada y tratamiento oportuno para las complicaciones del aborto y para asegurar que los servicios de salud reflejen y satisfagan las expectativas de la comunidad y sus necesidades.

⁷⁵. Population Council y Population Reference Bureau 2002a: 3.

⁷⁶. 1994

⁷⁷. 'Aborto incompleto': Los restos ovulares no han podido ser eliminadas por completo de la cavidad uterina. 'Aborto completo': El huevo es expulsado espontánea y completamente del útero. Schwarcz et al 1996:177.

⁷⁸. Post-abortion Care Consortium, 2002. El consorcio está formado por las organizaciones AVSC International, International Planned Parenthood Federation, Ipas, John Hopkins Center for Communication Programs, JHPIEGO Corporation, Pathfinder International.

2. Orientación y consejería para identificar y responder a las necesidades de salud, emocionales y físicas así como a otras preocupaciones de las mujeres.
3. Tratamiento de abortos incompletos y de alto riesgo y las complicaciones que son potencialmente una amenaza para la vida.
4. Servicios de anticoncepción y de planificación familiar para ayudar a las mujeres a prevenir embarazos no deseados o a practicar el espaciamiento de embarazos.
5. Servicios de salud reproductiva y otros servicios de salud que preferiblemente se proporcionen en el mismo lugar, o vía referencias a otros accesibles dentro de la red de proveedores.⁷⁹

Esto se completa con elementos como la disponibilidad de personal capacitado y dispuesto a brindar información y consejería en anticoncepción; consejería en todos los momentos de la atención, disponibilidad de los métodos anticonceptivos en las áreas de atención y garantizar condiciones de privacidad.⁸⁰

El fundamento del cambio que se debe procesar es el de contribuir a modificar el abordaje de este complejo problema. Se buscará en todo momento posicionarse del lado de la paciente buscando un marco de comprensión entre ésta y el equipo de salud, para así sentar las bases en el desarrollo adecuado y la implementación oportuna del modelo propuesto.

Las instituciones de salud encargadas de la atención de este tipo de pacientes deben tener en cuenta los siguientes aspectos, con el ánimo de garantizar una atención post-aborto integral y de calidad.

⁷⁹. Postabortion Care Consortium 2002: 1. Los mismos criterios también en Pathfinder International 2001.

⁸⁰. Postabortion Care Consortium 2000: Ibid. p. 1-3.

El modelo y la guía propuestos incluyen brindar un trato humano y la asesoría en salud sexual y reproductiva.

Brindar un trato humano.

En la prestación de servicios de atención post-aborto, el personal clínico debe tomar en consideración el estado general de las mujeres y responder con empatía y humanismo. Existen unos elementos claves relacionados con el personal: Educación integral en atención post-aborto con énfasis en planificación familiar; debe ser amable, respetuoso, confiable, ético, humano, sin prejuicios; técnicamente bien capacitado, con habilidad de comunicarse adecuadamente con las usuarias y sus familiares. Brindar un trato humano no precisa mucho tiempo extra, sino que requiere responder a las necesidades de las mujeres de información y apoyo emocional. Llamar a la paciente por su nombre, preguntarle cuáles son sus inquietudes y darle información acerca de cómo cuidarse puede tener un impacto profundo en la experiencia de hospitalización de una mujer. Algunas investigaciones muestran que las pacientes consideran importantes el tono, los modales y las expresiones que el personal de salud usa con ellas.

Brindar un trato humano a las madres contribuye a que estas se sientan cómodas y satisfechas con la atención además de disminuir las tensiones generadas por la situación en la que se encuentran. Por lo tanto el personal de salud debe:

- Atender a la paciente de forma amable e imparcial, dejando de lado los prejuicios y opiniones personales sobre el aborto.
- Brindar información clara y oportuna sobre la posible causa del aborto.
- Proteger la intimidad de la paciente durante toda la consulta y tratamiento.

- Permitir que la madre exprese las emociones que se suscitan con la pérdida del bebé, por medio de la comprensión y la escucha.
- Brindar orientación y consejería para identificar y responder a las necesidades de salud emocionales y físicas así como a otras preocupaciones de las madres
- Garantizar a la madre la confidencialidad sobre su diagnóstico y la posible causa.
- Horarios de atención cómodos y tiempos de espera aceptables.

Asesoría en salud sexual y reproductiva.

En la mayoría de los sistemas de salud, las mujeres tratadas por aborto no reciben orientación planificación familiar, a pesar de que el aborto inducido es un indicador fuerte de la necesidad no cubierta de métodos anticonceptivos seguros y eficaces. Por tanto, todas las mujeres que se encuentran en situación post-aborto deberían tener a su disposición una gama de métodos anticonceptivos, información precisa, orientación sensible e información para la atención continua y el respectivo seguimiento post-aborto.

El momento en que está tratándose un aborto sea inducido u espontáneo, no es el mejor para que una mujer tome decisiones sobre los métodos anticonceptivos definitivos o de larga duración, pero retrasar estas decisiones puede determinar que estas mujeres sean especialmente vulnerables a otro embarazo no deseado.

Por lo tanto, la planificación familiar en el post-aborto debe ser vista como una de las prioridades para romper con el ciclo del aborto. Se debe tener en cuenta que cuanto más completa y exacta es la información que se proporciona, teniendo en cuenta las necesidades de las madres, mayor es la satisfacción de ellas y la persistencia en la aplicación.

La asesoría en salud sexual y reproductiva post-aborto debe enfatizar tres puntos básicos:

- a) Que existe la posibilidad de quedar embarazada nuevamente casi inmediatamente después del aborto.
- b) Que hay maneras seguras de evitar o posponer un embarazo futuro.
- c) Dónde puede conseguir mayor información o un método anticonceptivo si lo desea.

Para esta consejería es conveniente aprovechar a la pareja, si está presente en el hospital. Si la atención se aprovecha para informar, apoyar y empoderar a la mujer, puede tener un efecto duradero y multiplicador sobre su vida.

*** Importancia de comenzar inmediatamente la planificación familiar en el post-aborto.**

Existe un mayor riesgo de embarazo repetido porque la ovulación puede ocurrir incluso a los 11 días después del aborto. El 75% de las mujeres habrán ovulado antes de haber transcurrido 6 semanas desde el aborto.

*** Importancia de la atención post-aborto:**

El aborto en condiciones de riesgo es un indicador principal de la necesidad insatisfecha de anticoncepción

Las barreras de acceso a los servicios de planificación familiar son un factor importante que contribuye al aborto

El tratamiento de emergencia constituye una oportunidad para proporcionar asesoramiento y métodos de planificación familiar

*** ¿Porque es la atención post-aborto una intervención importante?**

- Salva la vida de las mujeres y previene el aborto repetido.
- Es aceptable en países donde el aborto inducido está restringido por la ley.
- No es un servicio independiente; está integrado en los servicios de atención de salud existentes.
- Los servicios de la atención post-aborto pueden ayudar a conservar los recursos escasos de sistemas de salud.
- Los servicios de alta calidad se pueden proporcionar sin necesidad de tecnología complicada
- Promueve el uso de métodos de planificación familiar.
- Existen modelos establecidos para la planificación de programas de atención post-aborto
- Se dispone de numerosos recursos de atención post-aborto.

PAUTAS DE IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO PRÁCTICO DEL MODELO DE ATENCIÓN PROPUESTO

1. Responsables

Este modelo de atención se podría implementar en todas las instituciones que presten servicios ginecológicos y obstétricos. No se necesitan la creación de un servicio específico.

La consulta de primera vez será favorecida a través del aprovechamiento de la información, se promoverá que la madre acceda fácilmente a la atención de primera vez, señalando la importancia de mantener un primer diálogo con el equipo de salud.

Las actividades del programa serán realizadas por todo el personal del equipo de salud: por médicos, residentes y ginecólogos, docentes de Facultad de Ciencias de la Salud y sus estudiantes, con apoyo de equipo interdisciplinario.

En el primer nivel de atención, con participación del equipo interdisciplinario.

2. Estrategia

Los modelos de atención se aplican en poblaciones donde existe una probabilidad aumentada (riesgo) de sufrir un daño determinado.

El presente modelo se enmarca dentro de la prevención, (como estrategia de atención a la salud), en un primer y segundo nivel de prevención principalmente y según el caso.

Prevención primaria: con acciones dirigidas a disminuir la incidencia del daño, actuando antes de que éste se produzca (consulta inicial), informando sobre los riesgos del aborto provocado, dando un trato humano, ético y respetuoso, permitiendo la expresión de sentimientos y la resolución de dudas o inquietudes.

Prevención secundaria: a fin de detectar precozmente complicaciones físicas y/o emocionales y asegurar el tratamiento oportuno (consulta post-aborto) y, en los casos que sea pertinente, prevención terciaria para prevenir daños mayores, complicaciones y muerte.

El presente modelo se aplicaría en forma coordinada con otros ya existentes de salud reproductiva que funcionan en el hospital y en el primer nivel de atención, y que tienen otros objetivos precisos (pero relacionados), como, por ejemplo, evitar los embarazos no deseados con una correcta anticoncepción.

El interés principal es aunar esfuerzos y coordinar los programas, ya que lejos de ser estrategias opuestas contribuyen a la solución de un problema común y a la visión más integral de un tema preocupante desde el punto de vista de la salud pública.

3. Actividades

Para su mayor comprensión se presentarán las actividades separadas para la consulta inicial y post-aborto.

Consulta inicial:

Objetivos:

1. Preservación y control de embarazo.

2. Establecimiento de un vínculo de confianza y respeto que promueva posteriores consultas.
3. Información: asesoramiento de riesgo y daño.
4. En caso de ser un aborto inducido, registro de las causas de la decisión de interrupción de embarazo.

Frente a toda paciente cuyo motivo de consulta sea presunción de embarazo o complicación del mismo, así como a quien manifieste el deseo de interrumpir el embarazo recurriendo a la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo se debe:

1. Elaborar una completa historia clínica: anamnesis y examen físico haciendo énfasis en la identificación de antecedentes o de factores de riesgo que aumenten la probabilidad de todo tipo complicaciones.
2. En caso de aborto espontáneo brindar información a la madre sobre la posible causa del aborto, aunque esta no sea precisamente la real, con el propósito de favorecer la elaboración del duelo; por otra parte si es aborto fue inducido, informar de forma respetuosa, objetiva y sin ánimo de recriminar, sobre las posibles consecuencias y/o complicaciones de este tipo de conducta. En cualquiera de los casos se debe prevenir complicaciones, el desarrollo de un duelo patológico y los embarazos no planeados; así mismo en lo posible se debe procurar ofrecer la posibilidad de acceder a servicios de planificación familiar.

Respetar el principio fundamental de autonomía de su decisión, tanto desde el punto de vista personal como moral.

3. Coordinar consulta posterior con psicólogo y trabajador social para que, conjuntamente con el médico tratante, se reflexionen y analicen los motivos y alternativas de solución sobre su problemática específica.
4. Coordinar consulta post-aborto facilitando el acceso.

Es importante, para la obtención de resultados con el presente modelo, que se fortalezca la relación médico-paciente sobre bases que aseguren la confidencialidad de la información y el respeto a la decisión autónoma de cada mujer.

Consulta post-aborto:

Objetivos:

1. Detección precoz y prevención de complicaciones.
2. Rehabilitación integral.
3. Desarrollo de anticoncepción inmediata.

Se referirán para esta consulta:

- Todas las pacientes que demanden atención en forma espontánea luego de un aborto provocado sin complicaciones.
- Todas las derivaciones post-alta de aquellas pacientes egresadas por diagnóstico de “aborto aunque no se manifiestan maniobras abortivas”.
- Todas las pacientes egresadas por complicaciones post-aborto provocado.

Frente a toda paciente que cuyo motivo de consulta sea control post-aborto, el médico realizará el siguiente procedimiento:

1. Elaboración de una correcta historia clínica: anamnesis, haciendo énfasis en la búsqueda de factores de riesgo que aumenten la probabilidad de complicaciones.
2. Anticoncepción inmediata.
3. Veinte días de abstinencia sexual.
4. Anticonceptivos orales de alta dosis, con el doble objetivo de prevenir embarazos y regenerar el endometrio.

5. Control de evolución para pesquisar precozmente complicaciones.
6. Anticoncepción mediata, que incluye:
 - Asesoramiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos.
 - Remisión a un servicio de salud sexual y reproductiva.
7. Información sobre el correcto control ginecológico.
8. Evaluar pertinencia y deseo de recibir de otros integrantes del equipo multidisciplinario (psicólogo, asistente social) según consulta programada, para soporte y análisis de la situación vivida y la atención recibida.
9. Control en servicio que complementen la atención (psicólogo, asistente social, etcétera) según las necesidades del paciente y la valoración realizada por el equipo multidisciplinario.

4. Organización.

Particularidades de la organización en el modelo de atención integral post-aborto:

En cuanto a su estructura, las dependencias responsables de ejecutar el programa serán los servicios de ginecología y obstetricia, que hoy funcionan en los centros asistenciales.

Se propone integrar un equipo multidisciplinario con integrantes de los centros asistenciales de Facultad de Ciencias de la Salud, Servicio de ginecología y obstetricia, trabajo Social y psicología.

Este equipo tendrá a su cargo la atención directa de las pacientes derivadas de la consulta post-aborto, (numerales 8 y 9 de la consulta post-aborto) la evaluación y seguimiento del

programa y las derivaciones al programa de salud reproductiva, tanto intra como extra-hospitalaria (primer nivel de atención).

Desde el punto de vista de funcionamiento se propone, en principio, una consulta de tipo programada, (como son las consultas de remisión), con una frecuencia quincenal.

Desde el punto de vista jerárquico, dependerá de la dirección del centro asistencial (adjunto a responsable del área) y en coordinación con las Jefaturas de los servicios Gineco-obstetricia.

CARACTERÍSTICAS Y VENTAJAS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL POST-ABORTO

Organizado funcionalmente como grupo interdisciplinario, establecerá las responsabilidades de su personal según las prácticas habituales de remisión, y realizará en forma periódica la evaluación de resultados de primera consulta y las consultas post-aborto que haya recibido, redefiniendo estrategias de intervención.

En caso de tratarse de personas con escasos recursos o pertenecientes a clases marginadas se brindará información precisa de la forma de acceder a servicios gratuito en convenio con el Centro Universitario en Salud de Alfonso López, convirtiendo a el modelo en una herramienta asequible para esta población.

5. Recursos humanos.

El presente programa no requiere incorporación de personal debido a que como se describió se llevará a cabo en los servicios de gineco-obstetricia y psicología que hoy funcionan y serán los médicos (residentes, docentes, ginecólogos, enfermeras y estudiantes) quienes constituirán el equipo operativo del programa.

Los integrantes del equipo multidisciplinario de derivación de consulta post-aborto a nivel hospitalario serán nombrados por las estructuras jerárquicas a que pertenecen, con la aprobación de la dirección del centro asistencial.

Las tareas se desarrollarán dentro de las funciones de los cargos de contratación respectivos.

6. Recursos materiales.

El programa no requiere equipamiento ni insumos especiales en lo que respecta a la operativa generada en el hospital.

Planta física: servicios actuales.

Registros: Los registros de la consulta inicial y post-aborto se realizarán en la historia clínica de la paciente.

7. Recursos financieros.

La implementación de este programa no incurre en ningún gasto extra para las instituciones ni para el Primer Nivel de Atención o para el Centro Universitario en Salud de Alfonso López, por no requerir recursos financieros específicos para el mismo.

Solo se deberán considerar los gastos incurridos para la difusión de las Guía de Práctica Clínica.

Desde el punto de vista del costo-beneficio, constituye tanto para los centros asistenciales como para el Sistema de Salud una estrategia de ahorro medido en unidades monetarias, por su impacto en la reducción del gasto de días camas ocupadas, tratamiento y derivaciones con diagnóstico de complicaciones de abortos espontáneos y los inducidos realizados o no en condiciones de riesgo.

Desde el punto de vista del costo-utilidad esta estrategia mejora las condiciones de atención y los resultados obtenidos medidos en calidad de la atención. Así mismo desde el punto de vista del costo-efectividad, si bien aún no se pueden predecir sus resultados, la comparación de los costos de la estrategia y sus consecuencias medidas en unidades físicas (años de vida perdidos prematuramente), sin duda tiende a mejorar la situación actual.

CONSIDERACIONES FINALES

- Esta propuesta presenta diversas características que los convierten en una experiencia enriquecedora y posible de ser reproducida en otras latitudes, previa adaptación a la realidad local.
- En primer lugar, en vista de la falta de recursos, es interesante la creación de un equipo especializado que surja y se inserte en el mismo sistema público del país, ya que a través de la utilización de recursos estatales se podría canalizar la entrega de servicios y de información sistematizada que beneficie a las madres afectadas. En este sentido, la propuesta resulta innovadora para la realidad colombiana, y podría ser replicada en hospitales para la atención de madres en duelo post-aborto.
- No obstante, es necesario tener presente la necesidad de una constante capacitación y motivación en los servicios, ya que el personal móvil es numeroso y no está, necesariamente, entrenado en esta lógica. En ese sentido, sería necesario realizar una planificación a largo plazo, que posiblemente incluya entrenamientos anuales, por un cierto número de años.
- Otro aporte interesante del modelo propuesto, es el posible aprovechamiento del recurso humano, científico y técnico con que cuenta la Universidad del Cauca, lo cual resulta fundamental, prestar servicios comunitarios a las madres y sus parejas a través de este sistema, sin costos adicionales, puesto que estaría inserta en los programas en desarrollo, como el Servicio Amigo del centro universitario en salud del barrio Alfonso López y la consulta psicológica por parte de los estudiantes de la Universidad Cooperativa de Colombia que brinda este servicio en dicho centro.

- Una contribución importante del modelo propuesto es que se podría apoyar y contribuir a sostener el funcionamiento de los programas y servicios nombrados anteriormente. Los estudiantes participantes le darían cierta continuidad al modelo y a cambio, reciben no sólo el reconocimiento social por la labor ejercida, sino que, también, pueden desarrollar habilidades y conocimientos hasta ese momento desconocidos para ellos. Estos estudiantes participarían en actividades de ejecución como información, identificación de madres con factores de riesgo y necesidad de educación en planificación familiar etc. Una de las dificultades del modelo radica en la convocatoria, la motivación y la estabilidad en el tiempo. Esta modalidad puede tomar tiempo, algunos recursos y creatividad para ser desarrollada, pero puede generar grandes posibilidades para la implementación en estos centros asistenciales.

7.2 “GUÍA DE CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERÍA A LAS MADRES EN DUELO POST-ABORTO”

PRESENTACIÓN

Las Guías de atención son una serie de declaraciones amplias, basadas en evidencia científica, que recomiendan alternativas de cuidado y por lo tanto se convierten en una metodología que permite a partir del concepto de un profesional o grupo de profesionales calificados en áreas específicas, adoptar medidas para la práctica de Enfermería en un campo determinado, consecuentemente con esta guía se pretende proveer una herramienta técnica para la provisión de cuidados de enfermería a usuarias de la red hospitalaria y comunitaria del municipio de Popayán, que permitan asegurar la calidad y calidez de las intervenciones de prevención, tratamiento y rehabilitación, que en este caso específico podrían proporcionar los estudiantes de VIII semestre de Enfermería de la Universidad del Cauca, bajo la supervisión de sus respectivos docentes, durante la rotación clínica o comunitaria correspondiente a la asignatura Cuidado a la mujer , la pareja y el recién nacido de dicho semestre.

Para la elaboración de la presente guía nos hemos basado en la revisión de bibliografía con evidencia científica y en los resultados arrojados por el presente estudio. También más del 60% de la guía se fundamenta en estudios experimentales, controlados y aleatorizados con recomendaciones razonables en unos casos y en otros con poca evidencia.

Deseamos, que el contenido de esta guía se incorpore a la práctica de los Enfermeros en formación y que su cumplimiento contribuya para hacer frente a uno de los principales retos de la enfermería en la actualidad, como lo es la entrega de servicios de salud de calidad y con calidez.

INTRODUCCIÓN

Las guías de atención de Enfermería, proporcionan la información necesaria para aplicarla en distintas situaciones que se presentan en la red de instituciones del primer, segundo y hasta tercer nivel de atención de salud, permitiendo al profesional de enfermería, ahorro de esfuerzo y tiempo para revisar minuciosamente literatura y escribir a mano las actividades que se realizan con la mayoría de usuarios(as). Ello no significa sustituir los libros de texto, ni inhibir la creatividad, si no por el contrario cada guía puede ser objeto de revisión con otros profesionales idóneos y de comparación con autores bibliográficos.

Para la elaboración de la guía, se partió de la base del conocimiento sobre la experiencia de la situación de aborto, la atención post-aborto y sus repercusiones en la elaboración del respectivo duelo. El contenido de la guía se presenta organizado así: Concepto de la atención post-aborto, factores de riesgo, factores protectores y las intervenciones de enfermería; estas últimas, se basan en brindar tres tipos de intervención: cuidados de sosiego (todo lo que la madres necesita para sentirse cómoda y tranquila), cuidados de compensación (todas las medidas terapéuticas para mantener a la madre fisiológicamente estable) y educación...

Se considera que aunque esta guía inicia la primera fase de aplicación, se confía en que tanto el Profesional de Enfermería y como el Enfermero en formación experimentarán la motivación suficiente para integrarlo a su práctica. Solamente la utilización de la guía de Enfermería ayudará a conocer la pertinencia de esta herramienta de trabajo, por lo tanto, los autores agradecerán los posteriores comentarios y sugerencias al respecto.

Los autores esperan que la ampliación y actualización de los contenidos de esta guía satisfaga la necesidad técnica y práctica del cuidado de enfermería, a fin de propiciar y fortalecer la interacción entre el personal de enfermería y las usuarias que demandan una atención holística.

Así mismo desean sinceramente que la presente guía sea utilizada por estudiantes o el personal de enfermería de hospitales, salud comunitaria y docencia como un instrumento práctico y útil para cualificar la atención de enfermería y para enseñar cuidados de Enfermería fundamentados científicamente.

OBJETIVOS

GENERAL:

Establecer lineamientos que permitan asegurar la calidad y calidez de las intervenciones de prevención, atención y rehabilitación que proporciona el personal de enfermería en la red de instituciones de primer, segundo y tercer nivel de atención de salud a las madres en situación de aborto.

ESPECÍFICOS:

- Delimitar el cuidado de enfermería en las fases de prevención, atención y rehabilitación que se realizan con las usuarias en las diferentes etapas del duelo.
- Proporcionar una guía de trabajo que permita estandarizar el cuidado de enfermería en la atención a la usuaria, familia y comunidad.
- Fortalecer el que hacer de enfermería, para que brinde una atención eficiente, eficaz, con equidad y calidez a nivel comunitario y hospitalario.
- Facilitar la gerencia del cuidado de enfermería que permita garantizar la calidad y el mejor aprovechamiento de los recursos.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo de la presente guía fue necesario tener una perspectiva epidemiológica de las siguientes consideraciones como lo sugieren numerosos autores:

1. Aplicar el enfoque de riesgo, considerando la susceptibilidad o vulnerabilidad de las personas a las cuales va dirigida la Guía de Enfermería. Esto no solo delimita el área de desarrollo de la guía sino que optimiza recursos y esfuerzos en prevención y control.

2. Describir los antecedentes epidemiológicos y los indicadores de prevalencia, factores de riesgo, complicaciones, etc. De la entidad objeto de la guía, tanto a nivel municipal como de otras latitudes. Esto con el fin de dar soporte a la elección del área de trabajo y justificar la necesidad y los beneficios de elaborar guías de prevención o intervención, según el caso.

3. Aplicar el método científico y criterios epidemiológicos en la calificación de la validez de los resultados tanto del presente estudio como de cada estudio o artículo incluido como referencia para la elaboración de la guía y de la asignación de la evidencia científica y el grado de recomendación.

4. Identificar necesidades o problemas de investigación en el tema de la guía que permitan enriquecer el conocimiento científico en dicha área. Debe incluir además la necesidad y las posibilidades de evaluación de la efectividad, impacto, utilidad, beneficio y aplicabilidad de la guía elaborada.

5. Diseñar e incluir en la guía un instrumento preliminar de vigilancia o monitoreo de las actividades realizadas y la población atendida, que se constituya en un punto de partida de estudios de evaluación y seguimiento de la guía. Este instrumento, que para efectos del presente trabajo puede denominarse: control del cuidado de enfermería en atención post-aborto (nombre de la guía), debe incluir al menos variables socio-demo-gráficas y de identificación del paciente al cual se le aplica la guía, antecedentes personales o factores de riesgo, fecha de ingreso y egreso y observaciones. Este instrumento representa una de las fuentes de identificación, vigilancia, control y evaluación de los pacientes intervenidos y de los elementos de la guía.

Así mismo fue preciso asumir una postura desde la promoción de la salud, dado que la guía está orientada a brindar cuidado de enfermería a las madres, es estratégico aprovechar este contacto para incluir la promoción de la salud dentro del proceso de atención.

Recordemos que la promoción de la salud es entendida como la búsqueda del disfrute de la vida y del desarrollo humano. Es un enfoque para lograr que la vida sea posible y existan condiciones adecuadas de salud, lo cual significa que todas las acciones de promoción deben estar encaminadas a fomentar los aspectos favorecedores de la salud y los protectores frente a la enfermedad, a desarrollar las potencialidades y modificar los procesos individuales de toma de decisiones para que sean predominantemente favorables. En este contexto debe verse esta situación crítica de las madres como una oportunidad para el cambio en la forma de vivir, desde lo individual, lo familiar y lo social.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POST-ABORTO

Antes de entrar en materia respecto a la guía de atención de Enfermería, aplicable por los estudiantes de VIII semestre de Enfermería de la Universidad del Cauca, es preciso aclarar los conceptos de factor de riesgo y factor protector:

FACTOR DE RIESGO: Es una característica detectable en individuos o grupos, asociada con una probabilidad de experimentar un daño a la salud.⁸¹⁻⁸² Los factores de riesgo pueden ser por tanto causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificados antes de la ocurrencia del hecho o daño que producen. Los factores de riesgo son aquellos que caracterizan el individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente.

FACTOR PROTECTOR: Los factores protectores, son entendidos como una serie de características biológicas, psicológicas, socioculturales o atributos individuales, situaciones o del entorno social de la madre, que contribuyen a fortalecer positivamente el proceso de gestación.⁸³

CONCEPTO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA POST-ABORTO

El duelo por la muerte de un ser querido es una situación no deseada que sumerge a la persona en una importantísima crisis vital, y que como en todas ellas, podrá concluir con su superación y mayor crecimiento personal, o por el contrario debilitarle y predisponerle a todo tipo de crisis y trastornos.

⁸¹. Organización Panamericana de la Salud Mundial sobre Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil, No. 7. Serie Paltex Pag. 9-24. 1986. Citado por Villaquirán de González, María E.; Paredes de Ortiz, Lyda; Mazuera S., Noralba. En Guía de atención de Enfermería N°3 basada en la evidencia. Cuidado de enfermería a la mujer durante la gestación y el parto de bajo riesgo. Guías Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN). Biblioteca Las Casas, 2005. [En línea] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0020.php>

⁸². Sarve, H. Bertoni N. Díaz, A, G. Serranol. El Concepto de Riesgo y el Cuidado de la Salud. Centro Latinoamericano Perinatología y Desarrollo Humano, O.P.S. Publicación Científica 1007. Pág. 130-134 Montevideo 1984. Citado en *Ibid.*

⁸³. Secretaria Salud Municipal Cali – Programa de salud mental. Fortalecimiento de Auto estima en la gestación – Cali, 1996. Citado en *Ibid.*

El cuidado post-aborto no debe resumirse en acciones e intervenciones de salud, antes que esto debe constituirse en el desarrollo de actitudes y en un espacio de encuentro Inter-subjetivo para el ejercicio de una sabiduría práctica en salud, apoyada en tecnología, pero sin dejar que se limite solo a ella; debe promoverse una reunión entre el cuidador y el cuidado, con el objetivo de entablar una relación más simétrica entre ambos.⁸⁴

Actualmente el campo de la salud opera aún bajo una concepción esencial y biológica de la condición humana.⁸⁵ Es necesario un cambio de enfoque en la asistencia, que lleve al equipo de enfermería a reflexionar sobre esta situación, considerando que el cuidado debe ir más allá de la solución de problemas físicos, es decir, incorporar su dimensión social, psicológica y espiritual.

Las expresiones de algunas madres del presente estudio revelan que en una situación de aborto, la Enfermería contempla procedimientos que atienden a las necesidades físicas, siendo este el significado percibido, por las mujeres, con relación al cuidado de Enfermería.

El mundo de trabajo de enfermería, en su trabajo diario, marcado por un modo técnico. Algunas madres expresaron, la forma impersonal de ser en el trabajo de este equipo y que indicaba la necesidad de nuevas propuestas para el cuidado.

También las mujeres revelaron la necesidad de cuidado, la cual debe ir más allá de procedimientos técnicos. Las necesidades expresadas fueron más allá del cuidado físico; mostrándose al aborto como una situación difícil, complicada y dolorosa, tanto física como existencialmente.

⁸⁴. Ayres JRCM. Tão longe, tão perto: o cuidado como desafio para o pensar e o fazer nas práticas de saúde. In: Saeki T, Souza MCBM organizadoras. Cuidar: tão longe... tão perto... Ribeirão Preto: FIERP/EERP-USP/CNPq; 2002. p. 13-26. Citado por: GONDIM MARUITTI, Mariana, Et al. Óp. cit. p. 3.

⁸⁵. Heilborn ML. Fronteiras simbólicas: gênero, corpo e sexualidade. Cadernos: Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação 2002 dezembro; 4(5):73-92. Citado por: GONDIM MARUITTI, Mariana, Et al. Ibid. p. 3.

El vivir un aborto, genera por tanto, una crisis; y el trabajo del profesional debe establecer sobre la comprensión de los sentimientos expresados por las mujeres, buscando distinguir algunos temores ambivalentes vividos y principalmente evitar posiciones legales y moralistas en relación a la práctica del aborto.^{86,87}

La situación es dolorosa y compleja para ambos casos, sean abortos espontáneos o inducidos, por lo que las mujeres necesitan de apoyo y comprensión independientemente de su etiología. No obstante, al experimentar el cuidado de enfermería, las madres de este estudio lograron dar significativas diferencias en el cuidado brindado para ellas.

Se debe entender que cuidar es un acto político y el cuidado es algo más complejo. Tener conciencia de esta complejidad favorece el discernimiento crítico para acercarse más a la reflexión, evaluación e implementación de prácticas en salud más pertinentes y adecuadas para la atención en la situación de aborto. La humanización de los servicios de salud y en especial de enfermería, es un proceso continuo y depende de la reflexión diaria del equipo de enfermería sobre el cuidado.⁸⁸ De modo que como enfermeros necesitamos ejercer nuestra profesión comprendiendo las diversas transformaciones por las que atraviesa la sociedad, reflexionando sobre los fenómenos que derivan de demandas de cuidado. Toda ley o propuesta que lo faciliten debe ser apoyada por nosotros. La ilegalidad del aborto en Colombia, no ha conseguido controlar esta situación y se observa que las mujeres tienen conciencia de esto, por lo tanto necesitamos garantizarles el acceso a una atención de calidad tanto en la red pública y como en la red privada de salud.

No obstante, el compromiso del cuidado se configura cuando los profesionales de salud se muestran a estas mujeres, con juicios de valores y pre-conceptos, por lo tanto es importante

⁸⁶. Heilborn ML. Fronteiras simbólicas: gênero, corpo e sexualidade. Cadernos: Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação 2002 dezembro; 4(5):73-92. Citado por: GONDIM MARUITTI, Mariana, Et al. Óp. cit. p. 4.

⁸⁷. Santos ALD, Rosenburg CP, Buralli KO. Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. Rev Saúde Pública 2004 abril; 38(2):268-76. Citado por: GONDIM MARUITTI, Mariana, Et al. Ibid. p. 4.

⁸⁸. Nery IS, Tyrrell MAR O. Aborto provocado e a questão de gênero: mulheres em evidência e as evidências das mulheres para as bases da assistência de Enfermagem. Teresina (PI): EDUFI; 2002. Citado por: GONDIM MARUITTI, Mariana, Et al. Ibid. p.

que los profesionales de salud, específicamente los de enfermería, aprendan que el acceso universal a la salud y el respeto a las singularidades de cada individuo, sin ningún tipo de discriminación.

Se debe promover la creación de ambientes que propicien el poder escuchar y ayudar a estas mujeres a que organicen sus sentimientos, generando que los profesionales adopten una conducta más próxima a la vivida por la paciente, de forma que las proyecciones de sus propios deseos y conflictos sean menores.⁸⁹

La humanización del servicio de enfermería dentro de la organización de servicios se refiere a tener un ambiente acogedor y confortable, principalmente con profesionales calificados y comprometidos con la calidad del cuidado; de modo que adopte una postura más humanizada, en que el profesional pueda estar con estas pacientes, brindándoles apoyo.

El deseo de tener un hijo, el haber provocado el aborto o no, la edad gestacional; no interfieren en la disminución o intensificación del dolor frente a esta pérdida.⁹⁰ La expresión de este pesar es extremadamente personal. Así, la aproximación con las mujeres que viven esta situación, es de importancia, pues quienes participan de esta problemática deben permitir y facilitar la manifestación libre de su pesar con gestos, palabras y silencio.⁹¹ Es necesario que los profesionales de Enfermería reconozcan el momento por el cual las mujeres pasan, siendo que el apoyo es saber compartir, es estar juntos en aquel momento.

Por lo tanto, el cuidado implica que el profesional de enfermería entable relaciones con estas mujeres, respetándolas como sujetos con frustraciones, expectativas y sueños. Los

⁸⁹. Leocádio E. Uma relação tão delicada. Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva [periódico online] 2004 setembro [acessado 2004 setembro 29]; (13):[9 telas]. Disponível em: <http://ipas.org.br/10anos>. Citado por: GONDIM MARUITTI, Mariana, Et al. *Ibíd.* p. 5.

⁹⁰. Ribeiro JAJ Neto. Profissional de saúde e o abortamento: é preciso humanizar o atendimento. Jornal da Rede Feminista em Saúde [periódico online] 2000 setembro [acessado 2003 setembro 15]; (21):[1 tela]. Disponível em: <http://www.redesaude.com.br>. Citado por: GONDIM MARUITTI, Mariana, Et al. *Ibíd.* p. 6.

⁹¹. Mariutti MG, Boemer MR. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. Rev Esc Enfermagem USP 2003; 37(2):59-71. Citado por: GONDIM MARUITTI, Mariana, Et al. *Ibíd.* p. 6.

profesionales deben saber identificar los momentos de introspección, los cuales son necesarios determinar en la situación vivida.

De no reflexionar en relación al objeto de trabajo de enfermería, en la atención holística post-aborto, no conduce a una acción efectiva al centrarse en el cuerpo biológico; enfermería debe mirar a estas mujeres con toda su especificidad, proporcionándole autoconocimiento, toma de conciencia sobre los riesgos a los que se expone con el aborto, la prevención de reincidencia, prepararla en esta situación librándola de peligros sociales, afectivos y emocionales, evitando secuelas físicas y psicológicas y sobre todo evitando una nueva gravidez indeseada y que tenga por consecuencia otro aborto.

Este cambio de paradigma del quehacer en enfermería será identificado por los sujetos del cuidado y es expresado por las mujeres al mostrar cual es su percepción del quehacer fundamentado en la verdad.

Por otra parte, algunas madres del presente estudio describieron el cuidado como tardío y muy lento, por lo tanto no se debe olvidar que la demora en la atención a las mujeres es percibida, con mayor intensidad por aquellas que están sin acompañantes. En este estudio algunas madres expresaron un cuidado tardío, en el cual tienen que esperar con dolor y calladas, así mismo, otros problemas mencionados fueron, la falta de información en relación a su condición, a los procedimientos realizados, a la terapéutica y a las conductas realizadas; las madres relatan falta de información y de desconsideración, lo que genera miedo y ansiedad.

Así mismo es preciso entender que la atención en situación de aborto es muchas veces traumatizante, una vez que es vivida con base en la soledad y el miedo a lo desconocido. Anticipar o informar significa vencer el temor a lo desconocido, disminuir el choque y dividir la sensación de soledad, intentando minimizar los problemas psicológicos.⁹²

⁹². Leocádio E. Uma relação tão delicada. Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva [periódico online] 2004 setembro [acessado 2004 setembro 29]; (13):[9 telas]. Disponível em: <http://ipas.org.br/10anos>. Citado por: GONDIM MARUITTI, Mariana, Et al. Ibid. p. 7

Factores de riesgo para una elaboración inadecuada del duelo post-aborto:

- Duelos previos.
- Antecedentes de ideación y/o intento suicida.
- Antecedentes de enfermedad mental.
- Conductas nocivas.
- Riesgo bio-psicosocial.

Factores protectores contra una elaboración inadecuada del duelo post-aborto:

- Individuales: buena autoestima, autosuficiencia; buen nivel educativo; estilos de vida saludable y adecuadas prácticas de auto-cuidado; conocimiento sobre prácticas saludables y derechos sexuales y reproductivos.
- Familiares: relación de pareja estable; apoyo afectivo de la pareja y de las personas importantes para la madre; buena comunicación familiar; educación a la familia sobre el duelo de la madre.
- Comunitarios: redes de apoyo.
- Atención: no emisión de juicios de valor; trato digno y respetuoso; permitir expresión de sentimientos e inquietudes; brindar un ambiente agradable y promover la comunicación activa; educación sobre salud sexual y reproductiva.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN POST-ABORTO

La guía se basa en brindar tres tipos de intervención: cuidados de sosiego (todo lo que la madre necesita para sentirse cómoda y tranquila), cuidados de compensación (todas las medidas terapéuticas para mantener a la madre fisiológicamente estable) y educación.

- Brindar una adecuada atención a las madres en situación de aborto, cuando estas reciben apoyo emocional inmediato, se contribuye a que las madres comprendan mejor su condición clínica, y como resultado aceptarán con satisfacción el tratamiento requerido y serán más receptivas a la información que necesitan para tomar decisiones con respecto a su estado actual de salud y al futuro de su vida sexual y reproductiva, así mismo tendrán menos dificultades psicológicas a largo plazo.
- La escucha activa, que involucra la comunicación no verbal, es decir, una actitud y comportamiento corporal empático; parafrasear, que consiste en repetir con otras palabras lo que la usuaria ha informado acerca de sus emociones y temores, para mostrarle a la mujer que se le escucha y se le ha comprendido; formular preguntas significativas que le permitan captar información importante y que estimule a la madre a hablar sobre sí misma; identificar sentimientos, al observar y escuchar a la madre, podrá identificar cuáles son sus sentimientos, comprenderla y actuar en la contención en caso de crisis; dar validez a la madre, lo que implica creer en ella y evitar la influencia de los prejuicios del profesional de salud y por último proveer información clara, entendible, veraz y oportuna, técnica que podría ser la parte más importante de la atención integral.



UNIVERSIDAD DEL CAUCA – F.C.S
PROGRAMA DE ENFERMERIA



**DUELO EN SITUACIÓN DE ABORTO:
CARACTERIZACIÓN Y CUIDADO A LAS MADRES**

**GUÍA DE EJECUCIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN ATENCIÓN POST-ABORTO**

Objetivo: Brindar una atención adecuada y holística a las madres en situación de aborto.

CONDUCTAS IMPORTANTES	CUMPLIMIENTO	
	SI	NO
1. Brindar un trato amable y sin prejuicios.		
2. Respetar la intimidad de la madre.		
3. Identificar factores de riesgo para duelo patológico.		
4. Brindar cuidados necesarios para que se sienta cómoda y para evitar complicaciones.		
5. Seguir el régimen terapéutico.		
6. Generar espacios para resolver dudas e inquietudes sobre aborto y duelo.		
7. Brindar asesoría sobre SSyR e informar donde puede acceder a estos servicios de forma gratuita y la importancia de la planificación familiar.		
8. Educar a la familia sobre la importancia de brindar un apoyo adecuado.		
9. Gestionar interconsulta con psicología y/o trabajo social de ser necesario.		

ELABORADO POR:

FAURY ALEJANDRO DIAZ P.
LINA MARCELA VIDAL O.
MARGARITA LUZ ANGELA ARANGO D.
HAROLD HERNEY ORDOÑEZ G.

REVISADO POR:

Enf. Mg. MARIA DEL PILAR RESTREPO DE PAZ

ESTRATEGIAS PARA LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA POST-ABORTO.

Antes de proponer algunas sugerencias metodológicas recordemos un concepto de cuidado de enfermería: “Son aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana (Leninger)”.

La ley 911 de 2004, en su artículo tercero define el acto de cuidado de enfermería como el ser y la esencia del ejercicio de la Profesión, el cual se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno.⁹³

Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.

El concepto reafirma la necesidad de aplicar los protocolos, guías y procedimientos adecuados a cada situación, es por ello, que se incorpora en este documento algunas recomendaciones y pasos por seguir en el proceso de formación de los profesionales de Enfermería para los docentes y para las instituciones de primer, segundo y tercer nivel de atención en salud.

⁹³. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 11 de 2004 Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. [En línea] Disponible en internet: <http://www.anec.org.co/docs/ley911de2004.pdf> . p. 1.

Para que el enfoque de promoción de la salud tenga éxito se requiere:

1. APOYO INSTITUCIONAL:

Lo cual implica el desarrollo de una política que explicita la inclusión de la promoción de la salud como enfoque fundamental dentro de proceso de atención post-aborto, tanto a la madre como a su familia.

2. EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO:

Puesto que la responsabilidad en la búsqueda de una vida sana individual y colectiva es de todos los trabajadores de la salud.

3. EL SEGUIMIENTO Y LA RETROALIMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN.

Con el fin de hacer operativo el enfoque de la promoción de la salud es necesario explicitar los mecanismos para fomentar y fortalecer:

1. Autoesquemas positivos individuales en relación con la autovaloración y la autoestima, que conducen la empoderamiento y al auto-cuidado, y hacia la valoración de la vida. El logro de estos autoesquemas fortalece la toma de decisiones de las personas por opciones saludables.

2. La participación y el compromiso del personal de salud de la institución, y procurar la participación de las madres para:

- * Realizar acciones reeducativas del comportamiento de las madres para convencerlas de que la salud depende, en parte, de los cuidados que cada uno le proporciona a su propio organismo y de la responsabilidad para mantener sus reservas funcionales y su integridad física. Así, se puede insistir en la promoción de hábitos saludables de vida.

- * De ser posible, la integración de la familia al cuidado de la madre como primer grupo de apoyo.

* La articulación de las personas enfermas y sus familias con los programas institucionales, algunos ya en funcionamiento como programa salud sexual y reproductiva brindado en el Centro Universitario en Salud de Alfonso López, y los diferentes servicios que presta el centro; igualmente la articulación con redes de apoyo comunitario como las redes sociales y grupos de auto-ayuda que pueden existir en los barrios.

* El enfoque de género en el cuidado de la salud, puesto que la atención debe ser diferente según la forma de sentir, percibir y expresar la enfermedad por cada madre.

* La cultura del buen trato: consigo mismo y con la familia, de los integrantes del equipo de salud entre sí, de los trabajadores de la salud en la atención hacia las madres. Motivar hacia la generación de pensamientos positivos, hacia la tolerancia, el respeto, la empatía y el afecto.

* La calidad de la vida desde la condición de persona sana o enferma y la ayuda a la persona enferma en las destrezas básicas y las competencias sociales necesarias para realizar las actividades de vida diaria e integrarse a su familia y a su trabajo.

* El trabajo interdisciplinario, con el fin de potenciar los aportes de otras disciplinas de la salud y de las ciencias sociales en la promoción de la salud.

* El conocimiento y la utilización de los servicios de salud por parte de las madres y sus familias.

BIBLIOGRAFIA.

APARICO, Jorge et al. Características del aborto en las adolescentes Hospital Dos de Mayo. Lima (Perú). Revista electrónica: Ginecología y Obstetricia - Vol. 42 N°3. Diciembre 1996. [En línea] Disponible en internet: <http://www.ginecologisyobstetricia.per>.

Bowlby J. Process of mourning. Int J Psychoanalyze 1961; 42: 317-328.

CASTRO, Roberto y ERVITI, Joaquina. Las redes sociales en la experiencia del aborto: un estudio de caso con mujeres en Cuernavaca (México). Revista Electrónica: Estudios psicológicos XXI. Vol. 63. 2003. [En línea] Disponible en internet: <http://www.estudiospsicologicosxxi.com/articulos/aborto/redessociales.pdf>. p. 6.

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. Una mirada inicial al aborto inducido. Boston, Massachusetts EEUU. 1999. [En línea] Disponible en internet: <http://www.centerforreproductiverights.com>.

Centro regional de población (Autor Corporativo). Aborto, interrogantes, comentarios y resultados parciales de algunas investigaciones colombianas. Bogotá 1978.

CIE 10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del comportamiento. Ed. Menitor, Madrid. 1992.

Conferencia Global (Reunión como autor). Avances y retos en la investigación operativa de la atención post-aborto. Nueva York, EE.UU. 1998.

CONOCIMIENTOS WEB. Aborto Inducido. [En línea] Disponible en Internet. <http://www.conocimientosweb.net/zip/article729.html>.

DEFEY, Denise. Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Sindicato médico del Uruguay. Montevideo 2002. [En línea] Disponible en internet: <http://www.smu.org.uy/dpmc/biblioteca/libros/aborto.pdf>. ISBN9974-637-10-4. p.41.

DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Ed. Masson, Barcelona. 2002.

DUEÑAS MARTINEZ, Mónica Cecilia. Interrupción voluntaria del embarazo, Presentación en Power Point. [Base de datos] SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD, Popayán 2007.

_____, _____ y MARTINEZ GALLEGO, Gustavo A. Practicas, actitudes y repercusiones de las mujeres que recurren al aborto provocado. Hospital universitario San José. Popayán, 2001. Monografía para optar por el título de Enfermera (o). Universidad del Cauca. Departamento de Enfermería.

De la Merced, Isabel (Hermana). El problema moral en el aborto. Tesis de enfermería general. Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería. Medellín 1963.

FAUNDES, Aníbal. El drama del aborto: en busca de un consenso. Editorial del grupo TM. Bogotá 2005.

FERRATER MORA, José Arturo. COHN, Priscilla. Ética aplicada: del aborto a la violencia. Alianza editorial. España 1994.

FLOREZ MESA, Saúl David. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. ANALES Sis San Navarra 2002, Vol. 25. Suplemento. 3. Disponible en Internet. <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/pdf/05.%20Duelo.pdf>.

Foro paralax de tanatología: Fases del Duelo II. Disponible en Internet: <http://foros.paralax.com.mx/discus/messages/4196/6179.html>.

GONDIM MARUITTI, Mariana, Et al. El cuidado de enfermería según la mujer en situación de aborto. Rev. Latino-am Enfermagem. Janeiro. Febrero 2007. [En línea] Disponible en internet: <http://www.eerp.usp.br/rlae>. p. 7.

GONZALEZ, Luz. SOLIS URIBE, Clara. ZAMBRANO, Andrea. Características clínicas y socio-demográficas de la paciente que ingresa por aborto al ISS. Popayán. 1992. Monografía para optar por el título de Enfermera. Universidad del Cauca. Departamento de Enfermería.

IBARRA MARTINEZ, Claudia Lizeth. Duelo del aborto en adolescentes. Centro Universitario de Tijuana México. Octubre 2004. [En línea] Disponible en internet: <http://www.psicologiacientifica.com>. p. 6.

KAPLAN H, SADOCK B. Duelo, luto y el sentimiento de pérdida. En: Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría; Ciencias de la Conducta - Psiquiatría Clínica. Ed. Médica Panamericana S.A. 8ª edición. Madrid. 1999: 78-83.

Kubler Ross G. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona, Grijalvo, 1969.
Las cuatro Fases del Duelo [en línea]. El Mundo. España. Sábado, 20 de marzo de 2004. Año XV. Número: 5.216. Disponible en Internet: http://www.elmundo.es/2004/03/20/espana/1609277_impresora.html.

OLIVEIRA, G. Consecuencias psicológicas del aborto inducido. Trabajo Final de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. 1997. p. 2.

Olmeda MS. Evolución del duelo. En: Olmeda M.S. El duelo y el pensamiento mágico. Ed. Máster Line, S.L. Madrid, 1998: 109-136.

_____. La terapia en el duelo. En: Olmeda M.S. El duelo y el pensamiento mágico. Ed. Máster Line, S.L. Madrid, 1998: 155-174.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Situación de salud de las Américas. Indicadores Básicos. Washington, D.C. 2001.

PALACIO BETANCOURT D. Ministro de Protección social. Sentencia C-355. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Bogotá D.C. 2006, [En línea] Disponible en internet: <http://www.minproteccionsocial.gov.co>.

PANGRAZZI A. Experiencias de Crecimiento. El Duelo, Santa Fe de Bogotá: Centro Cristiano de Pastoral de Salud, 1992. p. 69–70.

PROFAMILIA. Resumen general de la encuesta nacional de demografía y salud (ENDS) 2005. [En Línea] Disponible en: <http://www.profamilia.org.co//encuestas/00resumen/01general.thm> y en: <http://www.profamilia.org.co//encuestas/00resumen/011general.thm>

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, DIRECCIÓN DE REGULACIÓN, UNIDAD DE ENFERMERÍA. Protocolos de atención de enfermería para el 1er y 2o nivel de atención de salud. Segunda Edición. San Salvador, El Salvador. 2006.

REARDON, David. Una lista de las principales secuelas psicológicas del aborto. [En línea] Disponible en internet: <http://www.abortionfacts.com>. Springfield, Illinois (EU). 1997.

RIPOLL ESPIAU, J. El Duelo. Familia y Donación. Alicante. 1997. [En línea] Disponible en: <http://www.donacionorgano.ua.es>

SAVAGE, Judith A. Duelo por las vidas no vividas, estudio psicológico de los problemas neonatales. Ediciones Luciérnaga. Barcelona 1992. p. 17.

SECRETARÍA DE SALUD DEL CAUCA. Departamento de estadística. [Base de datos] Informe anual de morbi-mortalidad en el Cauca. Popayán 2007.

SHANDS HEALTH CARE. Aborto Espontáneo. [En línea] Disponible en internet: http://www.shands.org/health/spanish/esp_ency/article/001488.htm.

SILVIA L. GAVIRIA A. Aspectos psicológicos y Psiquiátricos del aborto Inducido. [En línea] Disponible en internet: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol5/articulos/articulo8.pdf>. p. 2.

TAPIAS, Ángela. El duelo una experiencia cotidiana, Revista Familia y Sociedad Vol. 1 Agosto - Julio 1996.

Tele Antioquia. Todo queda en familia, el duelo de un hijo. [En línea] Disponible en: <http://www.teleantioquia.co/programas/todoquedaenfamilia/temas/mentirasyfantasiasinfantiles-julio-07.htm>.

TIZÓN GARCÍA J. El duelo y las experiencias de pérdida. En: Vázquez Barquero, J. L. Psiquiatría en Atención Primaria. Ed. Grupo Aula Médica, S. A. Madrid, 1998: 519-540.

Universidad Externado de Colombia. Encuentro de investigaciones sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe. Bogotá 1994.

VILLAQUIRÁN de GONZÁLEZ, María E.; PAREDES de ORTIZ, Lyda; MAZUERA S., Noralba. En Guía de atención de Enfermería N°3 basada en la evidencia. Cuidado de enfermería a la mujer durante la gestación y el parto de bajo riesgo. Guías Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN). Biblioteca Las Casas, 2005. [En línea] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0020.php>.

VILLAREAL MEJÍA, Jorge. MORA TELLEZ, Margoth. Embarazo indeseado y aborto: determinantes de la de la interrupción del embarazo no deseado y características de las mujeres que abortan. OPS. Bogotá 1992.

WORDON, J Grief. Counseling and Grief Therapy. London: Tavistock, 1983. p. 40.

ANEXOS

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

***DUELO EN SITUACIÓN DE ABORTO: CARACTERIZACIÓN Y CUIDADO A LAS MADRES.
HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA Y CLÍNICA LA ESTANCIA. POPAYÁN, MARZO A AGOSTO DE 2008.***

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA O NIVEL DE MEDICIÓN	PREGUNTA O ITEM																																						
ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Aspectos personales y del entorno que condicionan la vida del individuo.	<p>1. Edad.</p> <p>2. Estrato socioeconómico.</p> <p>3. Estado civil.</p>	<p>1. Número de años cumplidos por la madre al momento del aborto.</p> <p>2. Clasificación que se efectúa a la madre o su grupo familiar de acuerdo al nivel de ingresos, para establecer las tarifas de cobro de servicios públicos.</p> <p>3. Es la situación de la madre determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.</p>	<p>1. Interválica.</p> <p>2. Ordinal</p> <p>3. Nominal Politómica.</p>	<table border="1"> <tr><td align="center" colspan="2">1. Edad</td></tr> <tr><td>11 – 15</td><td></td></tr> <tr><td>16 – 20</td><td></td></tr> <tr><td>21 – 25</td><td></td></tr> <tr><td>26 – 30</td><td></td></tr> <tr><td>31 – 35</td><td></td></tr> <tr><td>> 35</td><td></td></tr> </table> <table border="1"> <tr><td align="center" colspan="2">2. Estrato Socioeconómico</td></tr> <tr><td>Estrato 1</td><td></td></tr> <tr><td>Estrato 2</td><td></td></tr> <tr><td>Estrato 3</td><td></td></tr> <tr><td>Estrato 4</td><td></td></tr> <tr><td>> 4</td><td></td></tr> </table> <table border="1"> <tr><td align="center" colspan="2">3. Estado Civil</td></tr> <tr><td>Soltera</td><td></td></tr> <tr><td>Casada</td><td></td></tr> <tr><td>Unión Libre</td><td></td></tr> <tr><td>Separada</td><td></td></tr> <tr><td>Viuda</td><td></td></tr> </table>	1. Edad		11 – 15		16 – 20		21 – 25		26 – 30		31 – 35		> 35		2. Estrato Socioeconómico		Estrato 1		Estrato 2		Estrato 3		Estrato 4		> 4		3. Estado Civil		Soltera		Casada		Unión Libre		Separada		Viuda	
1. Edad																																											
11 – 15																																											
16 – 20																																											
21 – 25																																											
26 – 30																																											
31 – 35																																											
> 35																																											
2. Estrato Socioeconómico																																											
Estrato 1																																											
Estrato 2																																											
Estrato 3																																											
Estrato 4																																											
> 4																																											
3. Estado Civil																																											
Soltera																																											
Casada																																											
Unión Libre																																											
Separada																																											
Viuda																																											

		<p>4. Escolaridad.</p> <p>5. Ocupación.</p> <p>6. Religión.</p> <p>7. Procedencia.</p> <p>8. Dependencia económica.</p>	<p>4. Número de grados, niveles o semestres cursados por la madre en una institución educativa.</p> <p>5. Actividad u oficio que realiza la madre.</p> <p>6. Conjunto de creencias y prácticas relativas a cosas sagradas, basada en la relación esencial de la madre con uno o varios dioses, que une en una misma comunidad moral a todos los que comparten dichas creencias.</p> <p>7. Ubicación de la zona o lugar donde reside actualmente la madre.</p> <p>8. Procedencia de los recursos económicos con los que cuenta la madre.</p>	<p>4. Ordinal</p> <p>5. Nominal Politómica.</p> <p>6. Nominal Politómica.</p> <p>7. Nominal Dicotómica.</p> <p>8. Nominal Dicotómica</p>	<table border="1" data-bbox="1742 300 1962 520"> <tr> <td>4</td> <td colspan="2">Escolaridad</td> </tr> <tr> <td></td> <td>I</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Primaria</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Secundaria</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Técnica</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Universitaria</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros estudios</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">¿Cuál (es)?</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="1742 536 1962 756"> <tr> <td colspan="2">5. Ocupación</td> </tr> <tr> <td>Estudiante</td> <td></td> </tr> <tr> <td>T. independiente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Empleada</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ama de casa</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Desempleada</td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="1742 772 1962 1008"> <tr> <td colspan="2">6. Religión</td> </tr> <tr> <td>Católica</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Protestante</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ninguna</td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Otra?</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">¿Cuál?</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="1742 1024 1962 1244"> <tr> <td colspan="2">7. Procedencia</td> </tr> <tr> <td>Zona Urbana</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Zona Rural</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Situación de desplazamiento</td> <td></td> </tr> </table> <p data-bbox="1742 1273 1962 1398">8. ¿La madre depende económicamente de alguien? Si – No ¿De quién?</p>	4	Escolaridad			I	C	Primaria			Secundaria			Técnica			Universitaria			Otros estudios			¿Cuál (es)?			5. Ocupación		Estudiante		T. independiente		Empleada		Ama de casa		Desempleada		6. Religión		Católica		Protestante		Ninguna		¿Otra?		¿Cuál?		7. Procedencia		Zona Urbana		Zona Rural		Situación de desplazamiento	
4	Escolaridad																																																												
	I	C																																																											
Primaria																																																													
Secundaria																																																													
Técnica																																																													
Universitaria																																																													
Otros estudios																																																													
¿Cuál (es)?																																																													
5. Ocupación																																																													
Estudiante																																																													
T. independiente																																																													
Empleada																																																													
Ama de casa																																																													
Desempleada																																																													
6. Religión																																																													
Católica																																																													
Protestante																																																													
Ninguna																																																													
¿Otra?																																																													
¿Cuál?																																																													
7. Procedencia																																																													
Zona Urbana																																																													
Zona Rural																																																													
Situación de desplazamiento																																																													

		<p>9. Rol en la familia.</p> <p>10. Redes sociales.</p> <p>11. Ciclo vital familiar.</p>	<p>9. Papel que desempeña la madre dentro de su grupo familiar.</p> <p>10. Vínculos que la madre o la familia establecen en el contexto comunitario y social y gubernamental, donde se constituyen lazos y relaciones de ayuda mutua.</p> <p>11. Historia natural de la familia de la madre, que hace transitar al grupo familiar por varias etapas, durante las cuales sus miembros experimentan cambios que de alguna manera, son previsibles por atenerse a normas sociales preestablecidas.</p>	<p>9. Nominal Politómica.</p> <p>10. Nominal Politómica.</p> <p>11. Ordinal</p>	<p>9. ¿Es madre cabeza de hogar? ¿Alguien depende económicamente de la madre? ¿Cuántas personas dependen económicamente de la madre?</p> <table border="1" data-bbox="1742 614 1975 810"> <thead> <tr> <th colspan="2">10. Redes de Apoyo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sociales</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gubernamentales</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Religiosas</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ninguna</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">¿Otra (s), Cuál (es)?</td> </tr> </tbody> </table> <p>11. ¿En qué etapa del ciclo vital se encuentra la familia de la madre?: *Noviazgo. * Matrimonio o conformación de la pareja. * Familia con hijos pre-escolares. * Familia con hijos escolares. * Familia con hijos adolescentes. * Familia en plataforma de lanzamiento.</p>	10. Redes de Apoyo		Sociales		Gubernamentales		Religiosas		Ninguna		¿Otra (s), Cuál (es)?	
10. Redes de Apoyo																	
Sociales																	
Gubernamentales																	
Religiosas																	
Ninguna																	
¿Otra (s), Cuál (es)?																	

<p>ASPECTOS DE LA SALUD MATERNA</p>	<p>Condiciones físicas, psicológicas y emocionales de la madre.</p>	<p>1. Antecedentes de salud en la madre.</p> <p>2. Estado de salud actual.</p>	<p>1. Alteraciones de la salud de los aspectos físico, psicológico y emocional de la madre, previos a y durante la gestación.</p> <p>2. Condición de salud de la madre desde el aborto hasta el momento de la entrevista.</p>	<p>1. Nominal Politómica.</p> <p>2. Nominal Politómica.</p>	<p>1. * Antecedentes gineco-obstétricos: Gravidez, Partos, Abortos, Mortinatos. * ¿Ideación suicida? * ¿Intento suicida? * ¿Depresión? * ¿Enfermedades mentales? * ¿Duelos anteriores? 2. * ¿Consumo de sustancias psicoactivas? * ¿Conocía su estado de embarazo? ¿Cómo reaccionó ante este?</p>
<p>ASPECTOS RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DEL DUELO</p>	<p>Proceso inherente a la condición de vida, estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de una pérdida y se asocia a síntomas tanto físicos y psíquicos como emocionales.</p>	<p>1. Mecanismos de defensa.</p>	<p>1. Formas de protección que permiten a la madre afrontar la pérdida.</p>	<p>1. Nominal Politómica.</p>	<p>1. * ¿Ha aceptado que ya no está embarazada? * ¿Considera que será difícil seguir adelante con su vida? * ¿Considera que podría tener dificultades para realizar actividades que hasta ahora hacía normalmente como trabajar o estudiar? ¿Cuál (es)?: _____</p>

		2. Fases del duelo.	2. Diferentes etapas por las que atraviesa la madre después de la pérdida.	2. Nominal Politómica.	<p>* ¿Después del aborto ha tenido síntomas como: sequedad de la boca, suspiros, debilidad muscular, llanto, temblor incontrolable, manos frías y/o sudorosas, náuseas, palpitaciones o mareos? ¿Cuáles?</p> <p>¿Después del aborto han cambiado sus hábitos alimenticios? ¿Cómo cambiaron? ¿Considera que existe alguna (s) razón (es) diferente a la médica que justifique (n) su aborto? ¿Cuál (es)?</p> <p>2. Fase de Shock</p> <p>¿Se siente confundida por el aborto?</p> <p>¿Se siente o se ha sentido muy angustiada o que no puede controlar sus nervios?</p> <p>¿Desde el aborto se ha sentido irritable?</p> <p>¿Ha manifestado enojo por el aborto hacia las demás personas?</p> <p>¿Contra quién ha manifestado su enojo?</p>
--	--	---------------------	--	------------------------	---

					<p><u>Fase aguda</u></p> <p>¿Tiene sentimientos de culpa por la muerte del bebé?</p> <p>¿Por qué?</p> <p>¿Han cambiado sus hábitos de sueño?</p> <p>¿Cómo han cambiado?</p> <p>¿Se mantiene profundamente triste?</p> <p>¿Ha sentido rabia o ira por la muerte del bebé?</p> <p>¿Después de la muerte del bebé, cree que es justo seguir viviendo?</p> <p><u>Fase de resolución</u></p> <p>¿Considera haber superado la tristeza o el dolor por la pérdida?</p> <p>¿Considera que podrá retomar las actividades cotidianas normalmente?</p> <p>¿Puede recordar la pérdida de su bebé sin sentirse demasiado triste?</p>
--	--	--	--	--	---

		<p>3. Tipos de duelo</p>	<p>3. Diferentes condiciones que puede desarrollar una madre como reacción ante la pérdida.</p>	<p>3. Nominal Politómica.</p>	<p><u>Fase aguda</u> ¿Tiene sentimientos de culpa por la muerte del bebé? ¿Por qué? ¿Han cambiado sus hábitos de sueño? ¿Cómo han cambiado? ¿Se mantiene profundamente triste? ¿Ha sentido rabia o ira por la muerte del bebé? ¿Después de la muerte del bebé, cree que es justo seguir viviendo?</p> <p>3. <u>Duelo Anticipatorio</u> ¿Antes o durante la hospitalización reconoció la inminente posibilidad de muerte de su bebe?</p> <p><u>Duelo Normal</u> ¿Ha continuado con su vida normalmente aceptando la pérdida?</p> <p><u>Duelo Patológico</u> ¿Desde el aborto, ha adoptado nuevas actitudes o conductas nocivas que normalmente no asumía? ¿Cuál (es)?: _____</p>
--	--	--------------------------	---	-------------------------------	--

		<p>4. Aspectos que modifican el desarrollo del duelo</p>	<p>4. Situaciones que influyen positiva o negativamente en la elaboración el duelo.</p>	<p>4. Nominal Politómica</p>	<p><u>Convivencia con la familia</u> * Considera que su familia es: - Rígida. - Sobre protectora. - Centrada en los hijos. - Permisiva. - Inestable. - Estable.</p> <p><u>Convivencia con la pareja</u> * ¿Actualmente conserva una relación con el padre del bebé? * Como califica la relación con el padre del bebé: - Armoniosa. - Conflictiva. - Repulsiva. - Dominante. - Distante. - ¿Otra, Cual?</p> <p><u>Percepción del padre del bebé frente al aborto</u> * ¿Ha hablado con el padre del bebé sobre el aborto? * ¿Qué piensa el padre del bebé, del aborto? * ¿Después del aborto la relación con el padre del bebé cambió?</p>
--	--	--	---	----------------------------------	---

					<p>¿Cómo cambió?</p> <p><u>Percepción personal del aborto</u></p> <p>* ¿Qué situaciones influyeron en la decisión de abortar?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Presión familiar? - ¿Presión del padre del bebé? - ¿Violación? - ¿Abandono? - ¿problemas físicos o mentales? ¿Cuáles? - ¿Pobreza extrema? - ¿Temor a la familia? - ¿Vergüenza? - ¿No aceptación del embarazo? - ¿Razones médicas? - ¿Otras, cuáles? <p>* ¿Qué piensa usted sobre el aborto?</p> <p>* ¿Recibió información sobre la causa que originó el aborto?</p> <p>* ¿Piensa que después de un aborto, es necesario recibir algún tipo de ayuda?</p> <p>¿Qué tipo de ayuda considera necesaria?</p> <p>¿Qué sugerencias tiene para las instituciones que atienden mujeres que consultan por aborto?</p>
--	--	--	--	--	---

ANEXO B



UNIVERSIDAD DEL CAUCA – F.C.S
PROGRAMA DE ENFERMERIA



***DUELO EN SITUACIÓN DE ABORTO:
CARACTERIZACIÓN Y CUIDADO A LAS MADRES***

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Nombre completo: _____

Numero de cedula: _____

1. Por medio de la presente constancia en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento a los estudiantes de VIII semestre de enfermería de la Universidad del Cauca y sus asesores de investigación para que por medio de entrevistas informales y visitas domiciliarias obtengan mis datos personales.
2. Los estudiantes de VIII semestre de enfermería de la Universidad del Cauca y sus asesores de investigación quedan autorizados para utilizar la información obtenida de mi persona, para efectos de estudio sobre el duelo después de un aborto, caracterización y cuidado de enfermería a las madres, Hospital Susana López de Valencia y Clínica la Estancia, Popayán, marzo a agosto de 2008.
3. Los estudiantes de VIII semestre de enfermería de la Universidad del Cauca y sus asesores de investigación garantizan el manejo adecuado de la información con pleno respeto, privacidad y confidencialidad de los datos, comunicándole a cada una de las participantes los resultados obtenidos.
4. Posterior a la segunda entrevista, se me brindará educación sobre el proceso de duelo que contribuya en la elaboración de un duelo saludable.

Certifico que he leído y entendido en su totalidad el presente documento.

Firma: _____

C.C: _____



ANEXO C
UNIVERSIDAD DEL CAUCA – F.C.S
PROGRAMA DE ENFERMERIA
1ª ENTREVISTA ESTRUCTURADA
DUELO EN SITUACIÓN DE ABORTO:
CARACTERIZACIÓN Y CUIDADO A LAS MADRES



Objetivo: Caracterizar el proceso de duelo en las madres después de un aborto.

Nombre: _____ **Nº Telefónico:** _____

Dirección: _____ **Barrio:** _____

Investigador: _____ **Fecha de realización:** _____

I. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.

<i>Marque con una x según corresponda.</i>							
1.1	Edad	1.2	Estrato Socioeconómico	1.3	Estado Civil	1.5	Ocupación
1.1.1	11 – 15			1.3.1	Soltera	1.5.1	Estudiante
1.1.2	16 – 20	1.2.1	Estrato 1	1.3.2	Casada	1.5.2	T. independiente
1.1.3	21 – 25	1.2.2	Estrato 2	1.3.3	Unión Libre	1.5.3	Empleada
1.1.4	26 – 30	1.2.3	Estrato 3	1.3.4	Separada	1.5.4	Ama de casa
1.1.5	31 – 35	1.2.4	Estrato 4	1.3.5	Viuda	1.5.5	Desempleada
1.1.6	> 35	1.2.5	> 4				

<i>Marque con una x y llene los espacios según corresponda.</i>							
1.4	Escolaridad			1.6	Religión	1.7	Procedencia
	I	C		1.6.1	Católica	1.7.1	Zona Urbana
Primaria	1.4.1	1.4.2		1.6.2	Protestante	1.7.2	Zona Rural
Secundaria	1.4.3	1.4.4		1.6.3	Ninguna	1.7.3	Situación de desplazamiento
Técnica	1.4.5	1.4.6		1.6.4	¿Otra?		
Universitaria	1.4.7	1.4.8		1.6.4.1	¿Cuál?		
Otros estudios	1.4.9						
1.4.9.1	¿Cuál (es)?						

<i>Marque con una x y llene los espacios según corresponda.</i>							
1.8	Dependencia Económica						
1.8.1	¿La madre depende económicamente de los ingresos de otra (s) persona (s)?	1.8.1.1	Si		1.8.1.2	No:	
1.8.1.1.1	¿De quién (es)?						
1.9	Rol en la Familia						
1.9.1	¿Madre cabeza de hogar?	1.9.1.1	Si:		1.9.1.2	No:	
1.9.2	¿Alguien depende económicamente de la madre?	1.9.2.1	Si:		1.9.2.2	No:	
1.9.2.1.1	¿Número de personas que dependen económicamente de la madre?	1.9.2.1.1.1	1		1.9.2.1.1.2	2	
		1.9.2.1.1.3	3		1.9.2.1.1.4	+3	
1.10	Redes de Apoyo	1.11	Ciclo vital Familiar				
1.10.1	Sociales	1.11.1	Noviazgo				
1.10.2	Gubernamentales	1.11.2	Matrimonio o conformación de la pareja.				
1.10.3	Religiosas	1.11.3	Familia con hijos preescolares.				
1.10.4	Ninguna	1.11.4	Familia con hijos escolares.				
1.10.5	¿Otra (s), Cuál (es)? _____	1.11.5	Familia con hijos adolescentes.				
		1.11.6	Familia en plataforma de lanzamiento.				

II. ASPECTOS DE LA SALUD MATERNA.

<i>Marque con una x y llene los espacios según corresponda.</i>										
2.1	ANTECEDENTES DE SALUD DE LA MADRE									
2.1.1	Gineco-obstétricos			2.1.1.3.1 ¿Tiempo entre el último aborto, muerte perinatal o mortinato y el actual aborto?			2.1.1.3.1.1 < 1 Año	2.1.1.3.1.2 >1 Año		
2.1.1.1	G		2.1.1.2	P						
2.1.1.3	A		2.1.1.2	M						
2.1.2	Psiquiátricos									
2.1.2.1	¿Ideación suicida?			2.1.2.2	¿Intento suicida?		2.1.2.3	¿Depresión?		
2.1.2.1.1	SI			2.1.2.2.1	SI		2.1.2.3.1	SI		
2.1.2.1.2	NO			2.1.2.2.2	NO		2.1.2.3.2	NO		
2.1.2.4	¿Enfermedad mental?									
2.1.2.4.1	SI			2.1.2.4.1.1 ¿Cuál (es)? _____						
2.1.2.4.2	NO			_____						
2.1.3	Psicológicos									
2.1.3.1	¿Duelos anteriores?			2.1.3.1.1.1 ¿Tiempo transcurrido entre el último duelo y el actual?			2.1.3.1.1.1.1 < 1 Año	2.1.3.1.1.1.2 >1 Año		
2.1.3.1.1	Si									
2.1.3.1.2	No									
2.1.3.2	¿Consumo de Sustancias Psico-Activas?									
2.1.3.2.1	Si		2.1.3.3.1.1	Legales		2.1.3.3.1.1.1	A		2.1.3.3.1.1.2	T
2.1.3.2.2	No		2.1.3.3.1.2	Ilegales		2.1.3.3.1.2.1	¿Cuál (es)?			
2.1.3.3	¿Sabía que estaba embarazada?									
2.1.3.3.1	Si		2.1.3.3.1.1 ¿Cuál fue su reacción? _____							
2.1.3.3.2	No		_____							

III. DESARROLLO DEL DUELO

<i>Marque con una x y llene los espacios según corresponda.</i>										
3.1	MECANISMOS DE DEFENSA									
3.1.1	¿Ha aceptado que ya no está embarazada?					3.1.1.1	Si		3.1.1.2	No
3.1.2	¿Considera que será difícil seguir adelante con su vida, por ejemplo hacer nuevos amigos e interesarse por cosas nuevas?					3.1.2.1	Si		3.1.2.2	No
3.1.3	¿Considera que podría tener dificultades para realizar actividades que hasta ahora hacía normalmente como trabajar o estudiar?					3.1.3.1	Si		3.1.3.2	No
3.1.3.1.1	¿Cuál (es)? _____									
3.1.5	¿Después del aborto ha tenido síntomas como: sequedad de la boca, suspiros, debilidad muscular, llanto, temblor incontrolable, manos frías y/o sudorosas, náuseas, palpitaciones o mareos?					3.1.5.1	Si		3.1.5.2	No
3.1.5.1.1	¿Cuáles?: _____									
3.1.5.2.1	¿Otros, Cuales? _____									
3.1.6	¿Después del aborto han cambiado sus hábitos alimenticios?					3.1.6.1	Si		3.1.6.2	No
3.1.6.1	¿Cómo han cambiado? _____									
3.1.8	¿Considera que existe alguna (s) razón (es) diferente a la médica que justifique (n) su aborto?					3.1.8.1	Si		3.1.8.2	No
3.1.8.1.1	¿Cuál (es)? _____									

<i>Marque con una x y llene los espacios según corresponda.</i>						
3.2	FASES DEL DUELO					
3.2.1	<u>Fase Shock</u>					
3.2.1.1	¿Se siente confundida por el aborto?	3.2.1.1.1	Si		3.2.1.1.2	No
3.2.1.2	¿Se siente o se ha sentido muy angustiada o que no puede controlar sus nervios?	3.2.1.2.1	Si		3.2.1.2.2	No
3.2.1.3	¿Desde el aborto se ha sentido irritable?	3.2.1.3.1	Si		3.2.1.3.2	No
3.2.1.4	¿Ha manifestado enojo por el aborto hacia las demás personas?	3.2.1.4.1	Si		3.2.1.4.2	No
3.2.1.4.1.1	¿Contra quién ha manifestado su enojo?					
3.2.2	<u>Fase Aguda</u>					
3.2.2.1	¿Tiene sentimientos de culpa por la muerte del bebé?	3.2.2.1.1	Si		3.2.2.1.2	No
3.2.2.1.1.1	¿Por qué?					
3.2.2.2	¿Han cambiado sus hábitos de sueño?	3.2.2.2.1	Si		3.2.2.2.2	No
3.2.2.2.1.1	¿Cómo han cambiado?					
3.2.2.3	¿Se mantiene profundamente triste?	3.2.2.3.1	Si		3.2.2.3.2	No
3.2.2.4	¿Ha sentido rabia o ira por la muerte del bebé?	3.2.2.4.1	Si		3.2.2.4.2	No
3.2.2.6	¿Después de la muerte del bebé, cree que es justo seguir viviendo?	3.2.2.6.1	Si		3.2.2.6.2	No
3.2.3	<u>Fase de Resolución</u>					
3.2.3.1	¿Considera haber superado la tristeza o el dolor por la pérdida?	3.2.3.1.1	Si		3.2.3.1.2	No
3.2.3.2	¿Considera que podrá retomar las actividades cotidianas normalmente?	3.2.3.2.1	Si		3.2.3.2.2	No
3.2.3.3	¿Puede recordar la pérdida de su bebé sin sentirse demasiado triste?	3.2.3.3.1	Si		3.2.3.3.2	No

<i>Marque con una x y llene los espacios según corresponda.</i>						
3.3	TIPOS DE DUELO					
3.3.1	<u>Duelo Anticipatorio</u>					
3.3.1.1	¿Antes o durante la hospitalización reconoció la inminente posibilidad de muerte de su bebe?	3.3.1.1.1	Si		3.3.1.1.2	No
3.3.2	<u>Duelo Normal</u>					
3.3.2.1	¿Ha continuado con su vida normalmente aceptando la pérdida?	3.3.2.1.1	Si		3.3.2.1.2	No
3.3.3	<u>Duelo Patológico</u>					
3.3.3.1	¿Desde el aborto, ha adoptado nuevas actitudes o conductas nocivas que normalmente no asumía?	3.3.3.1.1	Si		3.3.3.1.2	No
3.3.3.1.1.1	¿Cuál (es)? _____					

<i>Marque con una x y llene los espacios según corresponda.</i>							
3.4	ASPECTOS QUE MODIFICAN EL DESARROLLO DEL DUELO						
3.4.1	<u>Convivencia con la Familia</u>						
3.4.1.1	Considera que su familia es:						
3.4.1.1.1	Familia rígida.		3.4.1.1.4	Familia permisiva			
3.4.1.1.2	Familia sobre protectora		3.4.1.1.5	Familia inestable			
3.4.1.1.3	Familia centrada en los hijos		3.4.1.1.6	Familia estable			
3.4.2	<u>Convivencia con la Pareja</u>						
3.4.2.1	¿Actualmente conserva una relación con el padre del bebé?		3.4.2.1.1	Si		3.4.2.1.2	No
3.4.2.2	Como califica la relación con el padre del bebé:						
3.4.2.2.1	Armoniosa		3.4.2.2.4	Dominante			
3.4.2.2.2	Conflictiva		3.4.2.2.5	Distante			
3.4.2.2.3	Repulsiva		3.4.2.2.6	¿Otra, cuál?			
3.4.3	<u>Percepción del Padre del Bebé Frente al Aborto</u>						
3.4.3.1	¿Ha hablado con el padre del bebé sobre el aborto?		3.4.3.1.1	Si		3.4.3.1.2	No
3.4.3.2	¿Qué piensa el padre del bebé, del aborto? _____						
3.4.3.3	¿Después del aborto la relación con el padre del bebé cambió?		3.4.3.3.1	Si		3.4.3.3.2	No
3.4.3.4	¿Cómo cambió? _____						
3.4.4	<u>Percepción Personal del Aborto</u>						
3.4.4.1	¿Qué situaciones influyeron en la decisión de abortar?						
3.4.4.1.1	¿Presión familiar?		3.4.4.1.6	¿Pobreza extrema?			
3.4.4.1.2	¿Presión del padre del bebé?		3.4.4.1.7	¿Temor a la familia?			
3.4.4.1.3	¿Violación?		3.4.4.1.8	¿Vergüenza?			
3.4.4.1.4	¿Abandono?		3.4.4.1.9	¿No aceptación del embarazo?			
3.4.4.1.5	¿Problemas físicos o mentales?		3.4.4.1.10	¿Razones médicas?			
3.4.4.1.5.1	¿Cuál (es)? _____		3.4.4.1.11	¿Otras, cuáles? _____			
3.4.4.2	¿Qué piensa usted sobre el aborto? _____						
3.4.4.3	¿Recibió información sobre la causa que originó el aborto?		3.4.4.3.1	Si		3.4.4.3.2	No
3.4.4.4	¿Piensa que después de un aborto, es necesario recibir algún tipo de ayuda?		3.4.4.4.1	Si		3.4.4.4.2	No
3.4.4.4.1.1	¿Qué tipo de ayuda considera necesaria? _____						
3.4.4.5	¿Qué sugerencias tiene para las instituciones que atienden mujeres que consultan por aborto? _____						

ELABORADO POR:

FAURY ALEJANDRO DIAZ P.
LINA MARCELA VIDAL O.
MARGARITA LUZ ANGELA ARANGO D.
HAROLD HERNEY ORDOÑEZ G.

REVISADO POR:

Enf. Mg. MARIA DEL PILAR RESTREPO DE PAZ
Enf. Mg. SANDRA FELISA MUÑOZ BRAVO

ANEXO D



UNIVERSIDAD DEL CAUCA – F.C.S
PROGRAMA DE ENFERMERIA
2ª ENTREVISTA ESTRUCTURADA



***DUELO EN SITUACIÓN DE ABORTO:
 CARACTERIZACIÓN Y CUIDADO A LAS MADRES***

Objetivo: Caracterizar el proceso de duelo en las madres después de un aborto.

Nombre: _____ **Teléfono:** _____
Dirección: _____ **Barrio:** _____
Investigador: _____ **Fecha de realización:** _____

III. DESARROLLO DEL DUELO

<i>Marque con una x y llene los espacios según corresponda.</i>						
3.1	<i>MECANISMOS DE DEFENSA</i>					
3.1.1	¿Ha aceptado que ya no está embarazada?	3.1.1.1	Si		3.1.1.2	No
3.1.2	¿Ha sido difícil para usted seguir adelante con su vida, por ejemplo hacer nuevos amigos e interesarse por cosas nuevas?	3.1.2.1	Si		3.1.2.2	No
3.1.3	¿Ha tenido en algún momento dificultades para realizar actividades que antes hacía normalmente como trabajar o estudiar?	3.1.3.1	Si		3.1.3.2	No
3.1.3.1.1	¿Cuáles?: _____					
3.1.4	¿Después del aborto se ha sentido distante de las personas que le importan o ha tenido la sensación de haber perdido el interés por los demás?	3.1.4.1	Si		3.1.4.2	No
3.1.5	¿Después del aborto ha tenido síntomas como: sequedad de la boca, suspiros, debilidad muscular, llanto, temblor incontrolable, trastornos del apetito, manos frías y sudorosas, náuseas, diarrea, palpitaciones y mareos?	3.1.5.1	Si		3.1.5.2	No
3.1.5.1.1	¿Cuáles?: _____					
3.1.5.1.2	¿Otros, Cuales? _____					
3.1.6	¿Después del aborto han cambiado sus hábitos alimenticios?	3.1.6.1	Si		3.1.6.2	No
3.1.6.1	¿Cómo han cambiado? _____					
3.1.7	¿Desde que ocurrió el aborto ha descuidado su presentación y/o aseo personal?	3.1.7.1	Si		3.1.7.2	No
3.1.8	¿Considera que existe alguna (s) razón (es) diferente a la médica que justifique (n) su aborto?	3.1.8.1	Si		3.1.8.2	No
3.1.8.1.1	¿Cuál (es)? _____					

Marque con una x y llene los espacios según corresponda.						
3.2	FASES DEL DUELO					
3.2.1	Fase Shock					
3.2.1.1	¿Se siente confundida por el aborto?	3.2.1.1.1	Si		3.2.1.1.2	No
3.2.1.2	¿Se siente o se ha sentido muy angustiada o que no puede controlar sus nervios?	3.2.1.2.1	Si		3.2.1.2.2	No
3.2.1.3	¿Desde el aborto se ha sentido irritable?	3.2.1.3.1	Si		3.2.1.3.2	No
3.2.1.4	¿Ha manifestado su enojo por el aborto hacia las demás personas?	3.2.1.4.1	Si		3.2.1.4.2	No
3.2.1.4.1.1	¿Contra quién (es) ha manifestado su enojo?					
3.2.2	Fase Aguda					
3.2.2.1	¿Tiene o ha tenido sentimientos de culpa por la muerte del bebé?	3.2.2.1.1	Si		3.2.2.1.2	No
3.2.2.1.1.1	¿Por qué?					
3.2.2.2	¿Han cambiado sus hábitos de sueño?	3.2.2.2.1	Si		3.2.2.2.2	No
3.2.2.2.1.1	¿Cómo han cambiado?					
3.2.2.3	¿Se mantiene profundamente triste?	3.2.2.3.1	Si		3.2.2.3.2	No
3.2.2.4	¿Ha sentido rabia o ira por la muerte del bebé?	3.2.2.4.1	Si		3.2.2.4.2	No
3.2.2.5	¿Desde que ocurrió el aborto siente o ha sentido como si nada le conmoviera?	3.2.2.5.1	Si		3.2.2.5.2	No
3.2.2.6	¿Después de la muerte del bebé, cree que es justo seguir viviendo?	3.2.2.6.1	Si		3.2.2.6.2	No
3.2.3	Fase de Resolución					
3.2.3.1	¿Considera haber superado la tristeza o el dolor por la pérdida?	3.2.3.1.1	Si		3.2.3.1.2	No
3.2.3.2	¿Ha logrado retomar las actividades cotidianas normalmente?	3.2.3.2.1	Si		3.2.3.2.2	No
3.2.3.3	¿Puede recordar la pérdida de su bebé sin sentirse demasiado triste?	3.2.3.3.1	Si		3.2.3.3.2	No
3.2.3.4	¿Ha logrado entablar nuevas amistades o establecer nuevas relaciones?	3.2.3.4.1	Si		3.2.3.4.2	No

Marque con una x y llene los espacios según corresponda.						
3.3	TIPOS DE DUELO					
3.3.2	Duelo Normal					
3.3.2.1	¿Ha continuado con su vida normalmente aceptando la pérdida?	3.3.2.1.1	Si		3.3.2.1.2	No
3.3.3	Duelo Patológico					
3.3.3.1	¿Desde el aborto, ha adoptado nuevas actitudes o conductas nocivas que normalmente no asumía?	3.3.3.1.1	Si		3.3.3.1.2	No
3.3.3.1.1.1	¿Cuáles? _____					
3.3.4	Duelo Retardado					
3.3.4.1	¿Se ha concentrado usted en ayudar a su pareja o a otros miembros de su familia a superar la pérdida, más que en su propia pena?	3.3.4.1.1	Si		3.3.4.1.2	No

<i>Marque con una x y llene los espacios según corresponda.</i>							
3.4	ASPECTOS QUE MODIFICAN EL DESARROLLO DEL DUELO						
3.4.1	Convivencia con la Familia						
3.4.1.1	Considera que su familia es:						
3.4.1.1.1	Familia rígida.		3.4.1.1.4	Familia permisiva			
3.4.1.1.2	Familia sobre protectora		3.4.1.1.5	Familia inestable			
3.4.1.1.3	Familia centrada en los hijos		3.4.1.1.6	Familia estable			
3.4.2	Convivencia con la Pareja						
3.4.2.1	¿Actualmente conserva una relación con el padre del bebé?		3.4.2.1.1	Si		3.4.2.1.2	No
3.4.2.2	Como Califica la Relación con el Padre del Bebé:						
3.4.2.2.1	Armoniosa		3.4.2.2.4	Dominante			
3.4.2.2.2	Conflictiva		3.4.2.2.5	Distante			
3.4.2.2.3	Repulsiva		3.4.2.2.6	¿Otra, cuál?			
3.4.3	Percepción del Padre del Bebé Frente al Aborto						
3.4.3.1	¿Ha hablado con el padre del bebé sobre el aborto?		3.4.3.1.1	Si		3.4.3.1.2	No
3.4.3.2	¿Qué piensa el padre del bebé, del aborto? _____						
3.4.3.3	¿Después del aborto la relación con el padre del bebé cambió?		3.4.3.3.1	Si		3.4.3.3.2	No
3.4.3.4	¿Cómo cambió? _____						
3.4.4	Percepción Personal del Aborto						
3.4.4.1	¿Qué situaciones influyeron en la decisión de abortar?						
3.4.4.1.1	¿Presión familiar?		3.4.4.1.6	¿Pobreza extrema?			
3.4.4.1.2	¿Presión del padre del bebé?		3.4.4.1.7	¿Temor a la familia?			
3.4.4.1.3	¿Violación?		3.4.4.1.8	¿Vergüenza?			
3.4.4.1.4	¿Abandono?		3.4.4.1.9	¿No aceptación del embarazo?			
3.4.4.1.5	¿Problemas físicos o mentales?		3.4.4.1.10	¿Razones médicas?			
3.4.4.1.5.1	¿Cuál (es)? _____		3.4.4.1.11	¿Otras, cuáles? _____			
3.4.4.2	¿Qué piensa usted sobre el aborto? _____						
3.4.4.3	¿Recibió información sobre la causa que originó el aborto?		3.4.4.3.1	Si		3.4.4.3.2	No
3.4.4.4	¿Piensa que después de un aborto, es necesario recibir algún tipo de ayuda?		3.4.4.4.1	Si		3.4.4.4.2	No
3.4.4.4.1.1	¿Qué tipo de ayuda considera necesaria? _____						
3.4.4.5	¿Que sugerencias tiene para las instituciones que atienden mujeres que consultan por aborto? _____						

ELABORADO POR:

FAURY ALEJANDRO DIAZ P.
 LINA MARCELA VIDAL O.
 MARGARITA LUZ ANGELA ARANGO D.
 HAROLD HERNEY ORDOÑEZ G.

REVISADO POR:

Enf. Mg. MARIA DEL PILAR RESTREPO DE PAZ
 Enf. Mg. SANDRA FELISA MUÑOZ BRAVO

ANEXO E

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMULARIOS DE ENCUESTA DE LA PRIMERA Y SEGUNDA ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS

DUELO EN SITUACIÓN DE ABORTO: CARACTERIZACIÓN Y CUIDADO A LAS MADRES.

Objetivo: Caracterizar el proceso de duelo en las madres después de un aborto.

Entrevistadores: Los investigadores, Estudiantes VIII Semestre de Enfermería: Alejandro Díaz, Lina Vidal, Margarita Arango, Harold Ordoñez.

PRIMERA ENTREVISTA: Llene los espacios según corresponda.

SEGUNDA ENTREVISTA: Para la segunda entrevista solo se tendrán en cuenta los indicadores de la variable “DESARROLLO DEL DUELO”.

NOMBRE: Escriba el nombre completo de la entrevistada.

Nº TELEFÓNICO: Escriba un número telefónico (móvil o fijo) para una fácil comunicación y posterior ubicación de la madre la madre.

DIRECCION: Escriba la dirección completa del lugar donde reside actualmente la entrevistada.

BARRIO: Escriba el nombre del barrio donde reside actualmente la entrevistada.

FECHA DE APLICACIÓN: Escriba la fecha en la que se realiza la entrevista.

INVESTIGADOR: Escriba el nombre completo de la persona que realiza la entrevista.

I. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.

1.1 EDAD: Marque con una X según corresponda, en números, los años cumplidos por la madre hasta el día del aborto, frente a los rangos opcionales:

- | | |
|---------------|---------------|
| 1.1.1 11 – 15 | 1.1.4 26 – 30 |
| 1.1.2 16 – 20 | 1.1.5 31 – 35 |
| 1.1.3 21 – 25 | 1.1.6 > 35 |

1.2 ESTRATO SOCIOECONOMICO: Marque con una X de acuerdo con los recibos de servicios públicos, según corresponda frente a las opciones:

- | | | |
|-----------------|-----------------|-----------------------|
| 1.2.1 Estrato 1 | 1.2.3 Estrato 3 | 1.2.5 Estrato > de 4. |
| 1.2.2 Estrato 2 | 1.2.4 Estrato 4 | |

1.3 ESTADO CIVIL: marque con una X según corresponda en frente de las opciones:

- 1.3.1 Soltera: Madres que no tenga un vínculo marital y no conviva con su pareja.
- 1.3.2 Casada: Vínculo marital, independiente de su naturaleza (civil o religioso).
- 1.3.3 Unión libre: Madres que conviven con su pareja sin haber legalizado su unión.
- 1.3.4 Separada: Madres que han terminado la relación con su cónyuge.
- 1.3.5 Viuda: Madres cuyo cónyuge ha fallecido.

1.4 ESCOLARIDAD: Marque con una X el nivel de escolaridad de la entrevistada de acuerdo a las opciones:

- 1.4.1 Primaria incompleta: madres que realizaron y aprobaron estudios de educación básica primaria pero no completaron los 5 grados establecidos por la ley.
- 1.4.2 Primaria completa: madres que realizaron y aprobaron los 5 grados correspondientes a los estudios de educación básica primaria y no continuaron su formación académica.
- 1.4.3 Secundaria incompleta: madres que realizaron y aprobaron estudios de educación básica secundaria y media vocacional pero no completaron los 6 grados establecidos por la ley.
- 1.4.4 Secundaria completa: madres que realizaron y aprobaron estudios de educación básica secundaria y media vocacional y completaron los 6 grados establecidos por la ley.
- 1.4.5 Técnica incompleta: madres que realizan o realizaron, aprobaron, pero no culminaron sus estudios en instituciones que brindan formación técnica.
- 1.4.6 Técnica completa: madres que realizan o realizaron, aprobaron y culminaron estudios en instituciones que brindan formación técnica.

- 1.4.7 Universitaria incompleta: madres que realizan o realizaron y aprobaron estudios universitarios pero aun no han obtenido un título profesional.
- 1.4.8 Universitaria completa: madres que realizaron y aprobaron estudios universitarios y obtuvieron un título profesional.
- 1.4.9 Otros estudios: madres que cursan o cursaron estudios diferentes a los mencionados anteriormente. Se dará prioridad a esta opción en caso que estos estudios sirvan para realizar actividades que le generen ingresos a la madre.
- 1.4.9.1 ¿Cuáles? Escriba textualmente entre comillas que estudios realizó la madre que no estén incluidos en las opciones anteriores.

1.5 **OCUPACIÓN:** marque con una X según corresponda en frente de las opciones:

- 1.5.1 Estudiante: Madre que actualmente se encuentra cursando cualquier tipo de estudio en una institución educativa y no realiza ninguna otra labor. En caso que realice otra actividad, se dará prioridad a esta opción, si cursa una carrera universitaria o técnica.
- 1.5.2 Trabajadora independiente: Madres que actualmente trabajan o realizan una actividad económica sin depender de un empleador. Se dará prioridad a esta opción en caso que la madre sea también ama de casa.
- 1.5.3 Empleada: Madres que tienen un trabajo en el cual dependen de un empleador. Se dará prioridad a esta opción en caso que la madre sea también ama de casa.
- 1.5.4 Ama de casa: madres que están dedicadas a las labores del hogar y no realizan ninguna otra actividad. En caso que la madre sea ama de casa y desempleada a la vez, se dará prioridad a esta opción si la madre depende económicamente de alguien y esta persona suple todas sus necesidades, motivo por el cual no trabaja.
- 1.5.5 Desempleada: madres que no tienen un trabajo o no realizan ningún tipo de actividad económica.

1.6 **RELIGIÓN:** marque con una X según corresponda en frente de las opciones:

- 1.6.1 Católica: madres que pertenecen al catolicismo por ser creyentes y/o practicantes de esta doctrina religiosa.

- 1.6.2 Protestante: madres que pertenecen al protestantismo por ser creyentes y/o practicantes de alguna de sus múltiples doctrinas. Entiéndase por doctrinas protestantes todos aquellos grupos o congregaciones que son vertientes del cristianismo, diferentes al catolicismo; Ejemplo: Testigos de Jehová, Pentecostés, Iglesia Pentecostal Unida de Colombia, Iglesia Ministerial, Alianza Cristiana, etc.
- 1.6.3 Ninguna: madres que refieren no pertenecer a ningún grupo religioso o no practicar ningún tipo de culto religioso.
- 1.6.4 Otra: madres que pertenecen a un grupo o doctrina religiosa diferente a las mencionadas anteriormente.
- 1.6.4.1 ¿Cuál? Escriba textualmente entre comillas, el nombre del grupo o doctrina religiosa al que pertenece la madre y que no está incluido en las opciones anteriores.
- 1.7 **PROCEDENCIA:** marque con una X según la zona donde resida la entrevistada en las casillas:
- 1.7.1 Rural: madres que residan en el municipio de Popayán o municipios cercanos por fuera del área correspondiente a la cabecera municipal.
- 1.7.2 Urbana: madres que residan en la cabecera municipal del municipio de Popayán o municipios cercanos.
- 1.7.3 Situación de desplazamiento: madres provenientes de un área geográfica diferente al municipio de Popayán, que por efectos de la violencia han decidido abandonar su lugar de residencia y han vivido durante el último año en el municipio de Popayán. Se dará prioridad a esta opción en caso de que se presente.
- 1.8 **DEPENDENCIA ECONOMICA:** marque con una X y llene los espacios según corresponda en las opciones:
- 1.8.1 Si: La madre depende económicamente de otra (s) persona (s).
- 1.8.1.1 ¿De Quién (es)? En caso que la anterior respuesta sea afirmativa, escriba el parentesco de la (s) persona (s) de la (s) cual (es) depende económicamente la madre.
- 1.8.2 No: La madre no depende económicamente de otra (s) persona (s).

1.9 **ROL EN LA FAMILIA.** marque con una X según corresponda en las opciones:

1.9.1 ¿Madre cabeza de hogar? madre que provee los recursos económicos a su familia.

1.9.1.1 Si: La madre es quien provee si no la totalidad, la mayor parte de los recursos económicos a su familia.

1.9.1.2 No: La madre no es quien provee la totalidad o bien la mayor parte de los recursos económicos a su familia.

1.9.2 ¿Alguien depende económicamente de la madre?

1.9.2.1 Si: en caso de que por lo menos una persona dependa económicamente de la madre.

1.9.2.1.1 Número de personas que dependen económicamente de la madre: en caso de ser afirmativa la anterior respuesta marque con una X según corresponda en las opciones:

1.9.2.1.1.1 (1) Una persona.

1.9.2.1.1.3 (3) Tres personas.

1.9.2.1.1.2 (2) Dos personas.

1.9.2.1.1.4 (>3) Más de tres personas.

1.9.2.2 No: Nadie depende económicamente de la madre.

1.10 **REDES DE APOYO:** marque con una X según corresponda en las opciones el (los) tipo (s) red (es) de apoyo con que cuenta la madre o si carece de estos:

1.10.1 Sociales: la madre pertenecen a un grupo (s) de apoyo conformado (s) por personas pertenecientes a la comunidad de la cual ella hace parte.

1.10.2 Gubernamentales: la madre pertenece a una (s) organización (es) de apoyo comunitario creada (s), dirigida (s), financiada (s) y/o administrada (s) por el estado colombiano.

1.10.3 Religiosas: la madre pertenece a un grupo (s) de apoyo creado (s), administrado (s) y/o financiado (s) por líderes o grupos religiosos.

1.10.4 Ninguna: la madre no cuenta con red de apoyo alguna.

1.11 Otra (s), cuál (es): en caso que madre cuente con una (s) red (es) de apoyo diferente (s) a la (s) mencionada (s) en los numerales anteriores, escriba textualmente entre comillas, el (los) nombre (s) de dicha (s) red (es).

1.12 **CICLO VITAL FAMILIAR:** Marque con una X según corresponda en las opciones, según sea el ciclo vital en el que se encuentra el núcleo familiar de origen de la madre o bien del que ha conformado con su pareja:

1.12.1 Noviazgo: madres que mantengan una relación sentimental y no convivan o hayan legalizado la misma. Para este ítem se tendrá en cuenta la situación de cada madre, en el caso que su familia de origen se encuentre en cualquier ciclo y la madre no conviva con esta, se dará prioridad a relación con el padre del bebé y se deberá marcar el ciclo Noviazgo.

1.12.2 Matrimonio o conformación de la pareja: madres que tienen un vínculo marital con su pareja, independientemente de su naturaleza (civil o religioso) o conforman una pareja y aún no tienen hijos en común.

1.12.3 Familia con hijos preescolares: madres cuyo hijo mayor tiene entre 0 y 5 años.

1.12.4 Familia con hijos escolares: madres cuyo hijo mayor tiene entre 6 y 12 años.

1.12.5 Familia con hijos adolescentes: madres cuyo hijo mayor tiene entre 13 y 18 años.

1.12.6 Familia en plataforma de lanzamiento: madres cuyo hijo mayor tiene entre 19 y 30 años.

II. ASPECTOS DE LA SALUD MATERNA.

2.1 ANTECEDENTES DE SALUD DE LA MADRE

2.1.1 ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

2.1.1.1 G (Grávida): Escriba en números la cantidad de ocasiones en las que la entrevistada ha estado embarazada.

2.1.1.2 P (Para): Escriba en números la cantidad de partos y/o cesáreas que ha tenido la entrevistada.

2.1.1.3 A (Abortos): Escriba en números la cantidad de abortos que ha presentado la entrevistada incluyendo el actual.

2.1.1.4 M (Mortinato): Escriba en números la cantidad de muertes peri-natales que ha presentado la entrevistada.

2.1.1.3.1 Tiempo entre el último aborto, muerte perinatal o mortinato y el último aborto: marque con una X en las opciones:

2.1.1.3.1.1 < 1 año: el tiempo transcurrido desde el anterior aborto, muerte perinatal o mortinato y el actual aborto es menor a un año.

2.1.1.3.1.2 > 1 año: el tiempo transcurrido desde el anterior aborto, muerte perinatal o mortinato y el actual aborto es mayor a un año.

2.1.2 ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS:

2.1.2.1 **¿IDEACIÓN SUICIDA?**: Marque con una X según corresponda en las opciones:

2.1.2.1.1 Si: madres que refieran tener o haber tenido ideas suicidas.

2.1.2.1.2 No: madres que refieran no tener o no haber tenido ideas suicidas.

2.1.2.2 **¿INTENTO SUICIDA?**: Marque con una X según corresponda en las opciones:

2.1.2.2.1 Si: madres que refieran haber cometido un(os) intento(s) suicida(s), y/o hayan sido diagnosticadas alguna vez con intento suicida.

2.1.2.2.2 No: madres que refieran haber no cometido un intento suicida, y/o han sido diagnosticadas alguna vez con intento suicida.

2.1.2.3 **¿DEPRESIÓN?**: Marque con una X según corresponda en las opciones:

2.1.2.3.1 Si: madres a quienes alguna vez se les diagnosticó un estado depresivo.

2.1.2.3.2 No: madres a quienes no se les ha diagnosticado un estado depresivo.

2.1.2.4 **¿ENFERMEDADES MENTALES?**: Marque con una X según corresponda en las opciones:

2.1.2.4.1 Si: madres que hayan sido diagnosticadas con una(s) enfermedad(es) mental(es).

2.1.2.4.1.1 ¿Cuál(es)?: si la respuesta anterior es positiva escriba textualmente entre comillas, que enfermedad mental le fue diagnosticada a la madre o a uno de sus parientes de hasta tercer grado de consanguinidad.

2.1.2.4.2 No: madres que no hayan sido diagnosticadas con una enfermedad mental.

2.1.3 ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS:

2.1.3.1 **¿DUELOS ANTERIORES?:** Marque con una X según corresponda en las opciones:

2.1.3.1.1 Si: En caso que haya fallecido una persona importante para la madre.

2.1.3.1.1.1 ¿Tiempo transcurrido entre el último duelo y el actual? Marque con una X según corresponda en las opciones:

2.1.3.1.1.1.1 < 1 Año: el tiempo transcurrido desde el anterior duelo y el actual duelo por el aborto es menor a un año.

2.1.3.1.1.1.2 > 1 Año: el tiempo transcurrido desde el anterior duelo y el actual duelo por el aborto es mayor a un año.

2.1.3.1.2 No: La madre no ha sufrido pérdidas importantes anteriores al actual aborto.

2.1.3.2 **¿CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS?:** Marque con una X según corresponda en las opciones:

2.1.3.2.1 Si: madre que actualmente o durante el último año ha consumido algún tipo de sustancia psicoactiva. Si la respuesta es afirmativa identifique el tipo de sustancia y marque en las opciones dadas:

2.1.3.2.1.1 Sustancias Legales: La madre consume o ha consumido en el último año con frecuencia sustancias psicoactivas legales. Identifique el tipo de sustancia consumida:

2.1.3.2.1.1.1 (A) Alcohol: Madre que ha consumido bebidas alcohólicas con frecuencia durante el último año.

2.1.3.2.1.1.1 (T) Tabaco: Madre que ha consumido tabaco con frecuencia durante el último año.

2.1.3.2.1.2 Sustancias Ilegales: La madre consume o ha consumido en el último año cualquier tipo de sustancia, droga, estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno, utilizado ilícitamente.

2.1.3.2.1.2.1 ¿Cuál (es)?: Escriba textualmente entre comillas, el (los) nombre(s) de la(s) sustancia(s) psicoactiva(s) ilegal(es) que consume o ha consumido la madre en el último año.

2.1.3.2.2 No: madre que no ha consumido sustancias psicoactivas en el último año.

2.1.3.3 **¿SABIA QUE ESTABA EMBARAZADA?:** Marque con una X según corresponda en las opciones:

2.1.3.3.1 Si: La madre conocía su estado al confirmarlo con un test personal o de laboratorio.

2.1.3.3.1.1 ¿Cuál fue su reacción? Si la anterior respuesta es positiva pregunte y transcriba textualmente cual fue la reacción de la madre al confirmar que estaba embarazada.

2.1.3.3.2 No: La madre desconocía su estado.

III. DESARROLLO DEL DUELO

En los siguientes grupos de preguntas la codificación de algunos ítems, aunque se encuentra en orden secuencial, no aparecen en el formato encuesta de la primera entrevista estructurada, debido a que las preguntas de los ítems faltantes no son relevantes en la primera entrevista, pero si aparecen y conservan la codificación secuencial en el formato encuesta de la segunda entrevista estructurada.

3.1 CON EL SIGUIENTE GRUPO DE PREGUNTAS SE PRETENDE IDENTIFICAR EL TIPO DE MECANISMO DE DEFENSA:

Mecanismo de defensa = Negación:

3.1.1 **¿HA ACEPTADO QUE YA NO ESTÁ EMBARAZADA?:** Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.1.1.1 Si: cuando la madre refiere haber aceptado la muerte de su bebe.

3.1.1.2 No: La madre refiere que no logra aceptar que ya no está embarazada o en ocasiones piensa que aun está embarazada.

Mecanismo de defensa = Aislamiento:

3.1.2 ¿CONSIDERA QUE SERÁ DIFÍCIL / HA SIDO DIFÍCIL, SEGUIR ADELANTE CON SU VIDA, POR EJEMPLO HACER NUEVOS AMIGOS E INTERESARSE POR COSAS NUEVAS? Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.1.2.1 Si.

3.1.2.2 No.

3.1.3 ¿CONSIDERA QUE PODRÍA TENER / HA TENIDO EN ALGÚN MOMENTO, DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES QUE HASTA AHORA HACÍA NORMALMENTE COMO TRABAJAR O ESTUDIAR? Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.1.3.1 Si

3.1.3.1.1 ¿Cuál o cuáles? Si la respuesta es positiva escriba textualmente entre comillas, en que actividades considera la madre que podría tener dificultades para retomar con normalidad.

3.1.3.2 No.

3.1.4 ¿DESPUÉS DEL ABORTO SE HA SENTIDO DISTANTE DE LAS PERSONAS QUE LE IMPORTAN O HA TENIDO LA SENSACIÓN DE HABER PERDIDO EL INTERÉS POR LOS DEMÁS? Esta pregunta fue exclusiva para la segunda entrevista. Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.1.4.1 Si

3.1.4.2 No

Mecanismo de defensa = Somatización:

3.1.5 ¿DESPUES DEL ABORTO HA TENIDO SÍNTOMAS COMO: SEQUEDAD DE LA BOCA, SUSPIROS, DEBILIDAD MUSCULAR, LLANTO, TEMBLOR INCONTROLABLE, MANOS FRÍAS Y/O SUDOROSAS, NÁUSEAS, PALPITACIONES O MAREOS? marque con una X según corresponda a las opciones:

3.1.5.1 Si

3.1.5.1.1 ¿Cuál o cuáles? Escriba textualmente entrecomillas, que síntomas de los mencionados presenta o ha presentado la madre.

3.1.5.2 No

3.1.5.2.1 Otros: Escriba textualmente entrecomillas, que síntomas presenta o ha presentado la madre que no hayan sido nombrados anteriormente.

3.1.6 **¿DESPUÉS DEL ABORTO HAN CAMBIADO SUS HÁBITOS ALIMENTICIOS?** Esta pregunta solo se hará a aquellas madres que consulten días después del aborto (posiblemente por alguna complicación), tiempo en el que se podrían haber manifestado cambios en sus hábitos alimenticios. Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.1.6.1 Si.

3.1.6.1.1 ¿Cómo han cambiado?: Si la respuesta es positiva pregunte y transcriba textualmente y entre comillas como han cambiado los hábitos alimenticios de la madre.

3.1.8.2 No.

3.1.7 **¿DESDE QUE OCURRIÓ EL ABORTO HA DESCUIDADO SU PRESENTACIÓN Y/O ASEO PERSONAL?** Esta pregunta fue exclusiva para la segunda entrevista. Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.1.7.1 Si

3.1.7.2 No

Mecanismo de defensa = Racionalización:

3.1.8 **¿CONSIDERA QUE EXISTE ALGUNA RAZÓN DIFERENTE A LA MEDICA QUE JUSTIFIQUE SU ABORTO?** Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.1.8.1 Si.

3.1.8.1.1 ¿Cuál (es)? Si la respuesta es positiva pregunte y transcriba textualmente entre comillas, que razones considera la madre, justifican el aborto.

3.1.8.2 No.

3.2 CON EL SIGUIENTE GRUPO DE PREGUNTAS SE PRETENDE IDENTIFICAR LA FASE DEL DUELO EN LA CUAL SE ENCUENTRA LA MADRE.

3.2.1 Fase de Shock:

3.2.1.1 ¿SE SIENTE CONFUNDIDA POR EL ABORTO?: Estado en el que la madre no comprende o asimila la situación en la cual se encuentra. Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.2.1.1.1 Si.

3.2.1.1.2 No.

3.2.1.2 ¿SE SIENTE O SE HA SENTIDO MUY ANGUSTIADA O QUE NO PUEDE CONTROLAR SUS NERVIOS? Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.2.1.2.1 Si.

3.2.1.2.2 No.

3.2.1.3 ¿DESDE QUE OCURRIÓ EL ABORTO SE HA SENTIDO IRRITABLE? Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.2.1.3.1 Si

3.2.1.3.2 No

3.2.1.4 ¿HA MANIFESTADO ENOJO POR EL ABORTO HACIA LAS DEMÁS PERSONAS? Marque con una X y llene el espacio según corresponda en las opciones:

3.2.1.4.1 Si

3.2.1.4.1.1 ¿Contra quién ha manifestado su enojo? Pregunte y escriba textualmente y entre comillas contra quien ha manifestado enojo la madre por la muerte del bebé.

3.2.1.4.2 No

3.2.2 Fase aguda:

3.2.2.1 ¿TIENE O HA TENIDO SENTIMIENTOS DE CULPA POR LA MUERTE DEL BEBÉ? Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.2.2.1.1 Si

3.2.2.1.1.1 ¿Por qué? Pregunte y transcriba textualmente, entre comillas, el porqué de los sentimientos de culpa de la madre.

3.2.2.1.2 No.

3.2.2.2 **¿HAN CAMBIADO SUS HÁBITOS DE SUEÑO?** Esta pregunta solo se hará en la primera entrevista, a aquellas madres que consulten días después del aborto (posiblemente por alguna complicación), tiempo en el que se podrían haber manifestado cambios en sus hábitos de sueño. Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.2.2.2.1 Si.

3.2.2.2.1.1 ¿Cómo han cambiado? Pregunte y transcriban textualmente como han cambiado los hábitos de sueño de la madre.

3.2.2.2.2 No.

3.2.2.3 **¿SE MANTIENE PROFUNDAMENTE TRISTE?:** Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.2.2.3.1 Si

3.2.2.3.2 No

3.2.2.4 **HA SENTIDO RABIA O IRA POR LA MUERTE DEL BEBÉ:** Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.2.2.4.1 Si

3.2.2.4.2 No

3.2.2.5 **¿DESDE QUE OCURRIÓ EL ABORTO SIENTE O HA SENTIDO COMO SI NADA LE CONMOVIERA?** Esta pregunta fue exclusiva para la segunda entrevista. Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.2.2.5.1 Si

3.2.2.5.2 No

3.2.2.6 **¿DESPUES DEL ABORTO, CREE QUE ES JUSTO SEGUIR VIVIENDO?** Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.2.2.5.1 Si

3.2.2.5.2 No

3.2.3 Fase de resolución: Las siguientes preguntas deberán obviarse, solo si las respuestas a las anteriores preguntas, demuestran que la madre se encuentra en fase de shock, en fase aguda o bien si presenta características de las dos.

3.2.3.1 **¿CONSIDERA HABER SUPERADO LA TRISTEZA O EL DOLOR POR LA PÉRDIDA?** Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.2.3.1.1 Si

3.2.3.1.2 No

3.2.3.2 **¿CONSIDERA QUE PODRÁ RETOMAR LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS NORMALMENTE?** Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.2.3.2.1 Si

3.2.3.2.2 No

3.2.3.3 **¿PUEDE RECORDAR LA PÉRDIDA DE SU BEBÉ SIN SENTIRSE DEMASIADO TRISTE?** Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.2.3.3.1 Si

3.2.3.3.2 No

3.3 **CON EL SIGUIENTE GRUPO DE PREGUNTAS SE PRETENDE IDENTIFICAR EL TIPO DE DUELO QUE ESTA DESARROLLANDO LA MADRE.**

3.3.1 Duelo anticipatorio:

3.3.1.1 **¿ANTES O DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN RECONOCIÓ LA POSIBILIDAD INMINENTE DE MUERTE, DE SU BEBE?** Esta pregunta es exclusiva de la primera entrevista. Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.3.1.1.1 Si

3.3.1.1.2 No

3.3.2 Duelo normal:

3.3.2.1 **¿HA CONTINUADO CON SU VIDA NORMALMENTE ACEPTANDO LA PÉRDIDA?** Esta pregunta solo se hará en la primera entrevista, a aquellas madres que consulten días después del aborto (posiblemente por alguna complicación), tiempo en el que se podrían haber notado la presencia o ausencia de dificultades para continuar con sus actividades cotidianas. Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.3.2.1.1 Si

3.3.2.1.2 No

3.3.3 Duelo patológico:

3.3.3.1 **¿DESDE EL ABORTO HA ADOPTADO NUEVAS ACTITUDES O CONDUCTAS NOCIVAS QUE NORMALMENTE NO ASUMÍA?** Esta pregunta solo se hará en la primera entrevista, a aquellas madres que consulten días después del aborto (posiblemente por alguna complicación), tiempo en el que se podrían haber adoptado nuevas actitudes o conductas nocivas que indiquen el desarrollo de un duelo patológico. Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.3.3.1.1 Si

3.3.3.1.1.1 ¿Cuál (es)? Pregunte y escriba textualmente y entre comillas que actitud(es) nueva(s) o que conducta(s) nociva(s) ha adoptado la madre después del aborto.

3.3.3.1.2 No

3.4 ASPECTOS QUE MODIFICAN EL DESARROLLO DEL DUELO

3.4.1 Convivencia con la familia.

3.4.1.1 **CONSIDERA QUE SU FAMILIA ES:** Marque con una X según considere corresponda en las opciones:

3.4.1.1.1 Familia rígida: Dificultad en asumir los cambios de los hijos/as. Los padres brindan un trato a los niños como adultos. No admiten el crecimiento de sus hijos. Los Hijos son sometidos por la rigidez de sus padres siendo permanentemente autoritarios.

3.4.1.1.2 Familia sobre protectora: Preocupación por sobreproteger a los hijos/as. Los padres no permiten el desarrollo y autonomía de los hijos/as. Los hijos/as no saben ganarse la vida, ni defenderse, tienen excusas para todo, se convierten en "infantiloides". Los padres retardan la madurez de sus hijos/as y al mismo tiempo, hacen que estos dependen extremadamente de sus decisiones.

3.4.1.1.3 Familia centrada en los hijos: Hay ocasiones en que los padres no saben enfrentar sus propios conflictos y centran su atención en los hijos; así, en vez de tratar temas de la pareja, traen siempre a la conversación temas acerca de los hijos, como si entre ellos fuera el único tema de conversación. Este tipo de padres, busca la compañía de los hijos/as y depende de estos para su satisfacción. En pocas palabras "viven para y por sus hijos".

3.4.1.1.4 Familia permisiva: En este tipo de familia, los padres son Incapaces de disciplinar a los hijos/as, y con la excusa de no ser autoritarios y de querer razonarlo todo, les permiten a los hijos hacer todo lo que quieran. En este tipo de hogares, los padres no funcionan como padres ni los hijos como hijos y con frecuencia observamos que los hijos mandan más que los padres. En caso extremo los padres no controlan a sus hijos por temor a que éstos se enojen.

3.4.1.1.5 Familia inestable: La familia no alcanza a ser unida, los padres están confusos acerca del mundo que quieren mostrar a sus hijos por falta de metas comunes, les es difícil mantenerse unidos resultando que, por su inestabilidad, los hijos crecen inseguros, desconfiados y temerosos, con gran dificultad para dar y recibir afecto, se vuelven adultos pasivos-dependientes, incapaces de expresar sus necesidades y por lo tanto frustrados y llenos de culpa y rencor por las hostilidades que no expresan y que interiorizan.

3.4.1.1.6 Familia estable: La familia se muestra unida, los padres tienen claridad en su rol sabiendo el mundo que quieren dar y mostrar a sus hijos/as, lleno de metas y sueños. Les resulta fácil mantenerse unidos por lo tanto, los hijos/as crecen estables, seguros, confiados, les resulta fácil dar y recibir afecto y cuando adultos son activos y autónomos, capaces de expresar sus necesidades, por lo tanto, se sienten felices y con altos grados de madurez e independencia.

3.4.2 **Convivencia con la pareja.**

3.4.2.1 **¿ACTUALMENTE CONSERVA UNA RELACIÓN CON EL PADRE DEL BEBÉ?** Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.4.2.1.1 Si

3.4.2.1.2 No

3.4.2.2 **COMO CALIFICA LA RELACIÓN CON EL PADRE DEL BEBE:** Marque con una X según considere corresponda en las opciones:

3.4.2.2.1 Armonía

3.4.2.2.2 Conflictiva

3.4.2.2.3 Repulsiva

3.4.2.2.4 Dominante

3.4.2.2.5 Distante

3.4.3 **Percepción del padre del bebé frente al aborto**

3.4.3.1 **¿HA HABLADO CON EL PADRE DEL BEBÉ, SOBRE EL ABORTO?** Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.4.3.1.1 Si

3.4.3.1.2 No

3.4.3.2 **¿QUE PIENSA EL PADRE DEL BEBÉ, DEL ABORTO?** Pregunte y transcriba textualmente entre comillas, la respuesta de la entrevistada acerca de la opinión del padre sobre el aborto de su hijo.

3.4.3.3 **¿DESPUÉS DEL ABORTO LA RELACIÓN CON EL PADRE DEL BEBE CAMBIÓ?** Esta pregunta solo se hará en la primera entrevista, a aquellas madres que consulten días después del aborto (posiblemente por alguna complicación), tiempo en el que se podrían haber presentado cambios en la relación con el padre del bebé abortado. Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.4.3.3.1 Si

3.4.3.3.1.1 ¿Cómo ha cambiado? Si la respuesta es Si escriba textualmente entre comillas, cómo ha cambiado la relación con el padre del bebé.

3.4.3.3.2 No

3.4.4 **PRECEPCIÓN PERSONAL DEL ABORTO**

3.4.4.1 **¿QUE SITUACIONES INFLUYERON EN LA DECISIÓN DE ABORTAR?** Esta pregunta solo se hará a aquellas madres que hayan tenido la oportunidad de decidir (aborto inducido: médico ó extramural). Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.4.4.1.1 Presión familiar: madres que refieren haber sido presionadas por miembros de su familia para abortar.

3.4.4.1.2 Presión del padre del bebé: madres que refieren haber sido presionadas por el padre del bebé para abortar.

3.4.4.1.3 Violación: Madres que amparadas por la ley (IVE) refieren haber tomado la decisión de abortar debido a que su embarazo es producto de una violación.

3.4.4.1.4 Abandono: Madres quienes fueron abandonadas por su pareja después de confirmar su estado.

3.4.4.1.5 Problemas físicos o mentales: Madres que refieren no poder hacerse cargo de sus hijos debido a problemas físicos o mentales. Si los presenta escriba cuáles.

3.4.4.1.6 Pobreza extrema: Madres que refieren haber decidido abortar debido a no contar con los recursos económicos necesarios para el sostenimiento de su bebe.

3.4.4.1.7 Temor a la familia: Madres que refieren haber tomado la decisión de abortar por miedo a que su familia se enterara de su estado de embarazo.

3.4.4.1.8 Vergüenza: Madres que refieren haber tomado la decisión de abortar porque sentían vergüenza que los demás se enteraran de su estado.

3.4.4.1.9 No aceptación del embarazo: Madres que refieren haber tomado la decisión de abortar debido a que su embarazo no era aceptado por su pareja o su familia.

3.4.4.1.10 Razones médicas: madres que refieren haber tomado la decisión de abortar debido a que el embarazo representaba un riesgo para su salud y la del bebe.

3.4.4.1.11 Otras: si la razón no está incluida en las opciones anteriores escriba textualmente entre comillas, cuál (es) la razón por la que decidió abortar.

3.4.4.2 **¿QUE PIENSA USTED SOBRE EL ABORTO?** escriba textualmente y entre comillas la respuesta de la entrevistada.

3.4.4.3 **¿RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE LA CAUSA QUE ORIGINÓ EL ABORTO?** Para la segunda entrevista esta pregunta se complementará preguntando si se

informó después de realizado el tratamiento o en la posterior cita de control. Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.4.4.3.1 Si

3.4.4.3.2 No

3.4.4.4 ¿PIENSA QUE DEPUÉS DE UN ABORTO, ES NECESARIO RECIBIR ALGÚN TIPO DE AYUDA? Esta pregunta se realiza en la segunda entrevista para confirmar lo expresado durante la primera entrevista. Marque con una X según corresponda en las opciones:

3.4.4.4.1 Si

3.4.4.4.1 ¿Qué tipo de ayuda considera necesaria? Se debe aclarar a la madre que en el tipo de ayuda no debe incluir la económica. Escriba textualmente y entre comillas la respuesta de la entrevistada.

3.4.4.4.2 No

3.4.4.5 ¿QUE SUGERENCIAS TIENE PARA LAS INSTITUCIONES QUE ATIENDEN MUJERES QUE CONSULTAN POR ABORTO?: Esta pregunta se realiza en la segunda entrevista para confirmar lo expresado durante la primera entrevista. Escriba textualmente y entre comillas las sugerencias que mencione la entrevistada.

ANEXO F.



UNIVERSIDAD DEL CAUCA – F.C.S
PROGRAMA DE ENFERMERÍA



FORMULARIO DE RECOLECCIÓN
DE DATOS DE LA HISTORIA CLINICA

***DUELO EN SITUACIÓN DE ABORTO:
CARACTERIZACIÓN Y CUIDADO A LAS MADRES.***

Objetivo: Caracterizar el proceso de duelo en las madres después de un aborto.

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Barrio: _____
Investigador: _____ Fecha de realización: _____

<i>Marque con una x y llene los espacios según corresponda.</i>	
Nº Historia Clínica	_____
¿Motivo de Consulta?	_____ _____ _____ _____
¿Diagnóstico?	_____ _____ _____ _____
<u>Tipo de aborto</u>	<u>Complicaciones</u>
Esponáneo	Hemorragia – Anemia
Inducido	Sépsis
Médico	EPI
Extramural	Endometritis
	Histerectomía

ELABORADO POR:

FAURY ALEJANDRO DIAZ P.
LINA MARCELA VIDAL O.
MARGARITA LUZ ANGELA ARANGO D.
HAROLD HERNEY ORDOÑEZ G.

REVISADO POR:

Enf. Mg. MARIA DEL PILAR RESTREPO DE PAZ
Enf. Mg. SANDRA FELISA MUÑOZ BRAVO

ANEXO G.

**INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO
DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA HISTORIA CLINICA.**

***DUELO EN SITUACIÓN DE ABORTO:
CARACTERIZACIÓN Y CUIDADO A LAS MADRES.***

Objetivo: Caracterizar el proceso de duelo en las madres después de un aborto.

NOMBRE: Escriba el nombre completo de la entrevistada.

Nº TELEFÓNICO: Escriba un número telefónico (móvil o fijo) para una fácil comunicación y posterior ubicación de la madre la madre.

DIRECCION: Escriba la dirección completa del lugar donde reside actualmente la entrevistada.

BARRIO: Escriba el nombre del barrio donde reside actualmente la entrevistada.

FECHA DE APLICACIÓN: Escriba la fecha en la que se realiza la entrevista.

INVESTIGADOR: Escriba el nombre completo de la persona que realiza la entrevista.

Llene los espacios según corresponda.

NÚMERO DE HISTORIA CLINICA: escriba en el espacio correspondiente el número de la historia clínica de la entrevistada.

MOTIVO DE CONSULTA: transcriba en el espacio en blanco el motivo de consulta que aparece en la historia clínica de la paciente.

DIAGNÓSTICO: transcriba en el espacio en blanco el diagnóstico que aparece en la historia clínica de la paciente.

TIPO DE ABORTO: Marque con una X según corresponda en las opciones: espontáneo, inducido, médico o extramural, de acuerdo con los datos de la historia clínica.

COMPLICACIONES: Marque con una X según corresponda en las opciones: Hemorragia, anemia, sépsis, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), endometriosis, histerectomía, de acuerdo con los datos de la historia clínica.