PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN LA ATENCION POST ABORTO (ESPONTANEO) EN MUJERES ENTRE LOS 17 Y 25 AÑOS EN LA CIUDAD DE BOGOTA

Vivian Katherine Carreño Hernández
Yenny Paola Henao Santana

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
2009

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN LA ATENCION POST ABORTO (ESPONTANEO) EN MUJERES ENTRE LOS 17 Y 25 AÑOS EN LA CIUDAD DE BOGOTA

Vivian Katherine Carreño Hernández
Yenny Paola Henao Santana

Monografía de investigación para obtener el titulo de Enfermeras

Asesor
Oscar William Aguinaga Benítez

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
2009

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a:

"A Dios por que me ha dado la oportunidad de prepararme y cumplir con la misión que me ha encomendado.

A mi madre, mi abuela materna y mi hermana, tres mujeres que han aportado con su tiempo, experiencias, consejos, comprensión y compañía, en el transcurso de mi vida donde me han enseñado que los actos realizados de corazón y esmero, son los que marcan una pauta y camino hacia el éxito."

Vivian Katherine Carreño Hernández

DEDICATORIA

Este trabajo la dedico enteramente a ti Dios, por la vida, la salud y por la maravillosa familia que me otorgaste.

Con mucho amor a mis padres por su protección, apoyo y cariño; gracias padre, por tus palabras de motivación. Mamita, por tu lucha y preocupaciones, papitos por creer en mí y porque aunque tuvimos momentos difíciles nunca desfallecieron y no permitieron que lo hiciera.

Por inspiración a mis querubines, que aun viven en mi corazón Samuel y Juan Manuel que hoy se encuentran en el espacio celestial;

Con lo mas puro, el amor que una madre puede sentir por sus hijos y desde lo más profundo de mi alma ustedes siempre fueron mi motor, me dieron la valentía para seguir. Estando en mi vientre me mostraron lo hermoso que es tener una familia como la que hoy me guía, me retaron a continuar a pesar del dolor que dejaron al partir, me hicieron comprobar que más que seguir una disciplina ser enfermera es ser artista, me enseñaron que después de tantas batallas perdidas vale la pena el esfuerzo por seguir este sendero.

A mis hermanos Aurita y Yeisson por todo su cariño y compañía. A mi Tía, la mas especial del mundo Olga, por sus sabios consejos, por ser incondicional.

Padres aquí esta lo que ustedes me dieron con amor verdadero, aquí empiezo a devolverles lo que me brindaron hasta este tramo de mi vida pues sin ustedes simplemente no lo hubiese logrado.

Yenny Paola Henao Santana

AGRADECIMIENTOS

Inmensamente al Todo Poderoso por la salud y la sabiduría que nos brindo para obtener este trabajo

Con respeto a las 9 mujeres que muy generosas nos apoyaron en el estudio compartiéndonos su experiencia en tan difícil situación además motivadas por contribuir al aporte del enriquecimiento de la disciplina enfermera.

A nuestro asesor de monografía el Docente Oscar William Aguinaga Benítez por ser nuestra guía y transmitirnos conocimientos contundentes para la ejecución de esta investigación.

A Luis Ernesto Botia docente de la asignatura fundamentos psicosociales de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, nuestro amigo quien nos tuvo fe y motivo cuando surgió la idea.

Y UNO APRENDE

Y uno aprende...
después de un tiempo,
uno aprende la sutil diferencia
entre sostener una mano
y encadenar un alma.

Y uno aprende
que el amor
no significa recostarse
y una compañía
no significa seguridad.

Y uno empieza a aprender….
que los besos no son contratos
y los regalos no son promesas
y que uno empieza a aceptar sus derrotas
con la cabeza alta y los ojos abiertos.

Y uno aprende a construir
todos sus caminos en el hoy,
porque el terreno del mañana
es demasiado inseguro para planes….
Y los futuros tienen una forma
de caerse en la mitad.

Y después de un tiempo uno aprende
que si es demasiado,
hasta el calorcito del sol quema.
Así que uno planta su propio jardín
y decora su propia alma,
en lugar de esperar
que alguien le traiga flores.

Y uno aprende….
que realmente puede aguantar,
que uno realmente es fuerte,
y que con cada adiós uno aprende.
(JORGE LUIS BORGES)

TABLA DE CONTENIDO

pág.

RESUMEN

ABSTRACT

GLOSARIO

INTRODUCCION 1

JUSTIFICACIÓN…….....3

PREGUNTA PROBLEMA. 9

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION.....9

TIPO DE INVESTIGACION..... …….9

UNIDAD DE ANALISIS……..9

CRITERIOS DE INCLUSION: 10

TECNICA E INSTRUMENTOS UTILIZADOS……..10

CRITERIOS ETICOS……...10

SUPUESTOS TEÓRICOS: 10

I. MARCO TEÓRICO 12

1. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 12

LOS OBJETIVOS.....13

DESARROLLO DEL PLAN DE ATENCIOON EN ENFERMERIA……13

VENTAJAS……14

CARACTERISTICAS……..……..14

TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON.....15

CONCEPTOS: 17

¿QUÉ NOS APORTA LA TEORÍA DE WATSON? 19

2. ABORTO ESPONTÁNEO **24**

ETIOLOGÍA.....24

FACTORES DE RIESGO.....27
SÍNTOMAS 28
DIAGNOSTICO.....28
EXAMEN POSTERIORES.....29
TIEMPO DE RECUPERACIÓN 29
PREVENCIÓN 30
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA 30
ETAPAS DE AFLICCIÓN**.....**31
ELABORACIÓN DEL DUELO.....35
ETAPAS DEL DUELO INDIVIDUAL 37
TIPOLOGÍA DEL DUELO 39
II. METODOLOGIA.....41
1.RECOLECCION DE DATOS……41
2.ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS..…….....42
3. RESULTADOS.....44
III.CONCLUSIONES 84
BIBLIOGRAFÍA……..93
ANEXOS……..…101

LISTA DE TABLAS

pág.

Figura 1. Esquema de clasificación para análisis de la información……..….54

Tabla 1. Tabla de agrupación de respuestas a la entrevista por categorías……..55

Tabla 2. Tabla de relación de las preguntas de las entrevistas en las seis subcategorias……...68

Tabla 3. Tabla de descripción de las preguntas de las entrevistas en las seis subcategorias……...69

Tabla 4. Tabla de análisis de hallazgos……...74

LISTA DE ANEXOS

pág.

Anexo A. Consentimiento informado……..106

Anexo B. ENTREVISTA “Cuál es la percepción del cuidado de enfermería post aborto que tienen las mujeres entre los 17 y 25 años, que han sufrido una pérdida no inducida en la ciudad de Bogotá Colombia”……....107

RESUMEN

Investigación cualitativa, tipo fenomenológico, se aplican entrevistas semiestructuradas, para: conocer, evaluar, interpretar y analizar, la percepción de cuidado de enfermería de mujeres post aborto espontaneo. Con argumentación del Proceso de Atención de Enfermeria, y la Teoría Transpersonal de Jean Watson comprobada en los resultados del trabajo en la afirmación que plantea: “cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior”.

Se entrevistaron nueve mujeres que: presentaron aborto espontáneo, de la ciudad de Bogotá, edades entre 17 y 25 años con una o dos gestaciones.

Al analizar de entrevistas surgen 2 categorías centrales: 1). Biofísica y 2). Psicoemocional; y dentro de éstas seis subcategorías: A) Procedimientos, B) información, C) acompañamiento, D) trato y respeto, E) redes de apoyo y F) comunicación, enmarcan el cuidado holístico enfermero en la atención postaborto que se debe brindar.

Dentro de los principales hallazgos con respecto al cuidado de enfermería este es definido por las entrevistadas como: “las intervenciones y acciones de cuidado que ejecuta enfermería direccionadas netamente a la esfera física. No se individualiza la situación de la mujer, dejando de lado el componente psicoemocional. No se propician espacios de compañía permanente dentro de la institución a la pareja. La educación en cuanto a métodos de planificación fue nula. Igualmente se concluye que el cuidado de enfermería humanizado disminuye el malestar psicológico de esta situación,

y para el profesional este debe estar capacitado para intervenir tanto en crisis como en duelo, al igual que todo el equipo de trabajo de tal modo que se pueda proporcionar un apoyo que genere bienestar psicoemocional a la mujer y su pareja en postaborto.

Palabras claves: Cuidado, postaborto, atención, percepción, duelo

ABSTRACT

Qualitative research, phenomenological type, semistructured interviews are applied in order to know, evaluate, interpret and analyze the perception of nursing care of women after spontaneous abortion. With process arguments with nursing care, and the Transpersonal Theory of Jean Watson found in the results of the work on the assertion posed: care corresponds to protect, enhance and preserve the dignity, humanity, integrity and inner harmony of the person.

Nine women were interviewed with the following characteristics: they showed spontaneous abortion in the city of Bogotá, aged 17 to 25 years with one or two gestations.

After analyzing the interviews two central categories emerged: Biophysical and psycho-emotional, and within these six subcategories: Procedures, information, support, treatment and respect, support and communication networks, framing the holistic nurse care in post abortion attention that must be provided.

Main results: nursing care is defined by respondents as the interventions and care actions that nursing executes directed purely to the physical area, not individualizing the status of women, leaving apart the psycho-emotional component, without providing permanent company spaces to the partner inside the institution, education in terms of planning methods was zero, humanized nursing care reduces psychological distress in this situation, the professional must be able to interfere whether in crises or in mourning, the

same as the work team to provide a support that generates psycho-emotional well-being for women and their partners in post abortion.

Keywords: Care, Post abortion, attention, perception, grief

GLOSARIO

Aborto: Un aborto es la terminación de un embarazo: Es la muerte y expulsión del feto antes de los cuatro meses de embarazo; hay retención placentaría cuando se expulsa solamente el feto y se dice que hay restos uterinos cuando sólo se expulsa una parte del producto de la concepción, a veces es difícil distinguir realmente lo que se ha expulsado, dadas las alteraciones que sufre no sólo el feto, sino la placenta y las membranas.

Aborto Espontáneo: Se considera a la pérdida de la gestación antes de las 20 semanas, cuando el feto no está aún en condiciones de sobrevivir con garantías fuera del útero materno. Un aborto espontáneo ocurre cuando un embarazo termina de manera abrupta. Un 8 y 15 por ciento de los embarazos, según las fuentes, que se detectan terminan de esta manera, aunque un número importante y difícilmente valorable pasan desapercibidos.

Acompañamiento: Según Virginia Henderson la enfermera realiza esta acción cuando permanece al lado del paciente desempeñado tareas de asesoramiento y reforzado el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía

Biofísico: La composición biofísica básica del cuerpo humano está dada por conjuntos de átomos, quienes componen la materia; y como ejemplos de procesos biofísicos tenemos el flujo de esos átomos en el organismo;

diversas reacciones dependientes de la electricidad, como el ritmo cardíaco y la temperatura corporal

Comunicación: La comunicación es un proceso de carácter social que comprende todos los actos mediante los cuales los seres vivos se comunican con sus semejantes para transmitir o intercambiar información. Comunicar significa poner en común e implica compartir. La comunicación es un fenómeno asociado a especies biológicas grupales. La comunicación animal se basa en códigos y lenguaje no verbal y carece de estructura gramatical propiamente dicha

Crisis: Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. Crisis significa al mismo tiempo peligro y oportunidad

Cuidado: En enfermería se define como el acto de ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, su recuperación o muerte. leininger define cuidar como fenómenos abstractos y concretos, relacionados con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación dirigidas a otras personas que tienen necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida.

Duelo: Es un proceso normal que suele iniciarse ante una muerte anticipada. Para el paciente suele comenzar con rechazo causado por miedo a la pérdida de
Control, separación, sufrimiento, un futuro incierto y pérdida de sí mismo.

Enfermería: Watson la define como la concentración de relaciones de cuidado trans-personales, es un arte que la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta

Holístico: Sistema de la medicina complementaria que trata a la persona como una identidad e incorpora la biofísica y aspectos tales social, psicológico, cultural, emocional entre otros

Información: Es un conjunto organizado de datos que constituye un mensaje sobre cierto un fenómeno, esta permite resolver problemas y tomar decisiones ya que su uso racional es la base del conocimiento.

Intervención en Crisis: Es un modelo sobre cómo ayudar a una persona a través de una crisis, se deben brindar aquellas personas que observen primero la necesidad, en el momento y lugar en que se origina. La eficiencia de esta se incrementa como función de su proximidad en tiempo y lugar del suceso de crisis.

Proceso de Atención de Enfermería: La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Psicoemocional: Relacionado con el funcionamiento de la mente y la forma en que los pensamientos y sentimientos que afectan el comportamiento de los humanos en sus entornos

Redes de Apoyo: Son formas de interacción social, espacios sociales de convivencia y conectividad. Se definen fundamentalmente por los intercambios dinámicos entre los sujetos que las forman. Las redes son sistemas abiertos y horizontales, y aglutinan a conjuntos de personas que se identifican con las mismas necesidades y problemáticas. Las redes, por tanto, se erigen como una forma de organización social que permite a un grupo de personas potenciar sus recursos y contribuir a la resolución de problemas.

Respeto: Significa valorar a los demás, acatar su autoridad y considerar su dignidad. El respeto se acoge siempre a la verdad; no tolera bajo ninguna circunstancia la mentira, y repugna la calumnia y el engaño. El respeto exige un trato amable y cortes; el respeto es la esencia de las relaciones humanas, de la vida en comunidad, del trabajo en equipo, de la vida conyugal, de cualquier relación interpersonal. El respeto es garantía de transparencia.

Teorías de Enfermería: Son una serie de conceptos relacionados entre si que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa. Pueden empezar como una premisa no comprobada (hipótesis) que llega a ser una teoría cuando se verifique y se sustente o puede avanzar de forma más inductiva.

INTRODUCCIÓN

Basándonos en la teoría de Jean Watson y en sus conceptos entre ellos, la interacción enfermera-paciente el cual lo define como: [1]"El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como íntersubjetivo, responde a procesos de salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal."

En esta investigación de tipo cualitativa fenomenológica identificamos y analizamos, las percepciones de cuidado de enfermería post aborto espontáneo que tienen las mujeres entre 17 y 25 años en la ciudad de Bogotá, y se encontró que el cuidado es definido por estas mujeres como todas las acciones que ejecuta el profesional únicamente en bienestar de la esfera física, pues no se tiene en cuenta sus características propias e individuales vivenciadas en el proceso tan crucial como lo es el post aborto ya que este implica una serie de eventos y sucesos que hacen parte del duelo que necesita realizar la mujer y su pareja ante tal situación; por lo tanto las mujeres interrogadas argumentaban que las acciones de cuidado que debe brindar el profesional de enfermería amerita del cuidado directo y de la

[1]REVISTA DE ENFERMERIA, disponible en <www.encolombua.com/medicina/enfermeria/Vol1042007/trabajoslibres> consultado en Marzo 2009

atención humanizada de enfermería basada en principios éticos, legales y morales propios de la profesión, puesto que es la enfermera el profesional del equipo de salud mas cercano a la mujer en esta situación.

De este estudio se obtienen llamados de enfermería, expresados como necesidades de la mujer tales como: apoyo, respeto, acompañamiento, buen trato, movilización de redes de apoyo, comunicación efectiva y terapéutica (relación enfermera-paciente, intervención en crisis y duelo).

JUSTIFICACIÓN

Cuando surge la idea de realizar este trabajo de grado relacionado con *La percepción del cuidado de enfermería en situación de post aborto espontaneo,* se realizo un acercamiento teórico y en esta búsqueda se encontraron aproximaciones que ayudan a justificar el planteamiento de este trabajo; en el libro Magnitud del Aborto Inducido y del Embarazo no Deseado en Santa Fe de Bogotá afirma: [2]"Los registros hospitalarios por lo general no diferencian claramente entre aborto espontáneo e inducido debido en gran parte a la condición de ilegalidad del aborto. Por un lado, las mujeres no admiten maniobras abortivas y por otro, a los médicos les queda difícil muchas veces hacer la distinción con certeza o evitan hacerlo por consideraciones con la mujer o por los trámites legales que implica su notificación. Por tanto, debe establecerse el verdadero nivel de abortos espontáneos. En el presente caso se utilizó la probabilidad biológica que una concepción termine en aborto espontáneo. Los abortos espontáneos que ocurren entre la trigésima y vigésima segunda semanas de gestación (tardíos) requieren generalmente tratamiento hospitalario. Se estima entonces que el número de embarazos que terminaron en abortos espontáneos es igual a 3,4% de los nacidos vivos (proporción calculada sobre la base de tablas de vida de Harlap, S. Shiono, P.H. y Ramcharan, S. En E.B. Hook y I. Porter Human and Fetal Death, Academic Press, Nueva York, 1980: 148, 157). Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que no todas las mujeres que sufren un aborto tardío tienen acceso a los hospitales. Por

[2] MAGNITUD DEL ABORTO INDUCIDO Y DEL EMBARAZO NO DESEADO EN SANTAFÉ DE BOGOTA disponible en </www.fepafem.org.ve/investigaciones/listoorientame/Capitulo%206.htm>, consultado en Marzo 2009

tanto, se supone que el número de mujeres hospitalizadas por aborto es similar a las mujeres atendidas por parto.**"**

En Colombia no se encuentran las cifras de atención post aborto, debido a que no existe una base de datos consolidada entre las instituciones de salud, tampoco encuentran investigaciones relacionadas con la satisfacción en la atención post aborto por parte de las usuarias hacia el cuidado que enfermería brinda.

La idea de este estudio también surge además por experiencia personal de una de las investigadoras donde a finales del año 2007 con 19 semanas de gestación presentó un aborto retenido, perdiendo así a sus dos bebes, en el momento en que le comentan que tenían que desembarazarla, esta noticia genera en ella una situación traumática y un dolor profundo en el alma; donde ni el médico ni el enfermero le habían informado que tenia un embarazo gemelar aunque había asistido a controles prenatales. Después de atravesar por trabajo de parto y de ver sus bebes sin vida, el dolor fue indescriptible, el llanto era incontrolable, ella simplemente quería que alguien entendiera lo que en ese momento estaba sintiendo, la atención del personal de enfermería le dio pena pues se veía proyectada como profesional y pensaba: .. *¿Será que lo que uno aprende en la academia se queda allá? ¡Yo no quiero ser así de insensible!, quiero ser una profesional integra!*…. Realmente pensó que la atención en ese momento iba a ser muy humanizada pero se sintió frustrada al ver el papel que asumieron los profesionales de enfermería que solamente se limitó a solicitar valoración e intervención por psicología, pasado un tiempo reflexiona y afirma que si las intervenciones de enfermería hubiesen sido humanizadas oportunas u holística quizás en ese momento no se le hubiese inundado la mente de pensamientos y sentimientos depresivos que se manifestaron en deseos de no continuar con su vida o quizás la ira que sentía por todos los profesionales

de esa institución de salud habría sido canalizada y su dolor y sufrimiento habría disminuido mas rápido, pues duró muchísimo tiempo muy deprimida.
Después de haber realizado una revisión bibliográfica exhaustiva acerca de tipos de investigación por parte del profesional de enfermería en cuanto a la percepción y necesidades de cuidado orientadas al entorno psicológico y emocional en postaborto que requieren las pacientes en una situación tan traumática y compleja como esta, no se encuentran revistas, documentos, ensayos, entre otros, que abarquen esta problemática en Colombia, Aunque la búsqueda muestra diseño de guías, protocolos y planes de cuidados estandarizados para la mujer en aborto; realmente nos preocupa que no existan evidencias, escritos, guías que busquen una atención totalmente integral e individualizada en toda la dimensión de la palabra por parte de los profesionales de enfermería para la mujer en tal situación.

Saliendo del marco nacional se encontró un articulo realizado por Mariana Gondim Mariutti, et al, publicado en la revista Rev Latino-am Enfermagem 2007 janeiro-fevereiro; 15(1) del Brasil [3]"*El cuidado de enfermería según la mujer en situación de aborto*, este realizó un estudio de tipo cualitativo con el objeto de comprender como las mujeres en situación de aborto vivencian el cuidado de enfermería que recibían. De la categoría central genera cuatro subcategorías: el cuidado centrado en las necesidades físicas; el recelo del juicio en la situación de abortamiento; aspectos legales definiendo el cuidado; la necesidad de apoyo en la situación de aborto. Las mujeres identificaron el cuidado de enfermería como basado en aspectos físicos, no contemplando su individualidad y especificidades. Los resultados indicaron la necesidad de crear un ambiente que propicie la escucha, ayudando a esas mujeres a elaborar sus sentimientos, permitiendo a los profesionales una conducta más

[3] GONDIM Marina. El Cuidado de Enfermeria según la mujer en situación de aborto, consultado en Marzo del 2009

próxima de su realidad, de forma que sus propios deseos y conflictos sean menores, y que sea contemplada la integralidad de la atención. La propuesta de esta investigación El cuidado de enfermería vivenciado en la situación de abortamiento fue comprender como las mujeres internadas en un hospital público, como consecuencia del aborto, reconocen el cuidado de enfermería brindado, el estudio además revela que en una situación de aborto, enfermería contempla procedimientos que atienden a las necesidades físicas, siendo este el significado percibido, por las mujeres, con relación al cuidado de enfermería. En este sentido no hay diferencia en las atribuciones dentro de las diferentes categorías profesionales en enfermería (enfermero, técnico y auxiliar).

Las necesidades expresadas fueron más allá del cuidado físico; mostrándose al aborto como una situación difícil, complicada y dolorosa, tanto física como existencialmente… 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… Crear un ambiente que propicie 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. 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. 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."

Evidentemente en situaciones de impacto psicológico y emocional como es la situación de post aborto, enfermería juega un papel importante, en el proceso de hospitalización, rehabilitación y adaptación a un nuevo cambio, en la actualidad se puede afirmar que estas intervenciones son casi nulas por parte del equipo de enfermeras profesionales, puesto que la sobrecarga en trabajo, la falta de tiempo y número de pacientes en un piso imposibilita esta interacción enfermera-paciente; el cuidado que brinda el profesional de enfermería debe ser integral aunque se dice que lo es, no siempre es así, la mayor parte del tiempo el profesional se limita netamente a la parte física y se olvida la parte psicológica; es la enfermera el primer contacto que tienen este tipo de pacientes para expresar sus sentimientos, aquí es fundamental un cuidado que proporcione a la paciente apoyo, tranquilidad, confianza a través del dialogo, buscar espacios así sean cortos donde se promueva el cuidado emocional; el saber escuchar, teniendo en cuenta aspectos sociales, culturales, étnicos en la atención que se le brinda a la usuaria e involucrar a sus familiares o redes primarias en el proceso de crisis y duelo.

Por lo anterior y motivadas por la alta incidencia en que ocurren los abortos espontáneos en Colombia y por la ocurrencia que tiene la situación de aborto sobre el total de embarazos, el grupo de gestantes que predomina y que se evidencia en la practica académica son mujeres entre los 17 y 25 años de edad en consecuencia de su ciclo vital fértil y personalmente por la experiencia vivida de una de las investigadoras y porque además [4] "…los y las profesionales de enfermería tienen influencia directa en la manera como

[4]CALDERON GOMEZ María Elida. Intervención en crisis a cargo de los profesionales de Enfermeria, Revista Enfermeria en Costa Rica, Dic. 2003 vol.25 (1), consultado en Marzo del 2009

la persona se enfrenta a sus crisis vitales. Brownell y Regan (1984) hablan de “crisis circunstanciales” como las violaciones, la pérdida de toda la familia en un accidente, la pérdida de un hijo entre otras, en las que estas (os) profesionales tienen acceso fácil a las personas que las enfrentan y a sus familias. En los momentos de crisis por enfermedad grave y mortal, el paciente, su familia y el personal de salud libran una batalla decisiva contra la muerte. Las enfermeras(os) siempre están presentes cuando el médico le comunica al paciente y su familia, la existencia de la enfermedad medica o quirúrgica, y sus implicaciones para la salud y la vida del familiar. En tales circunstancias, estos (as) profesionales pueden brindarles los primeros auxilios psicológicos, morales y espirituales…”

Se plantea, retoma y propone que el cuidado no solo debe estar encaminado en pro de lo físico haciendo referencia a el aspecto biológico y la comodidad física, que son por supuesto importantes; pues las acciones o intervenciones, pueden conllevar a efectos positivos o negativos en la rehabilitación, adaptación a nuevos cambios pues de acuerdo a estas, se puede lastimar emocionalmente o no a estas mujeres.

Se considera de suma importancia investigar sobre el cuidado que ofrece el profesional de enfermería sabiendo que debe ir más allá de lo físico y lo mecánico durante este proceso, se considera que es una temática casi de la cotidianidad de los profesionales y por ello aporta para el enriquecimiento de la profesión en cuanto al cuidado visto desde la integralidad, con principios éticos y legales por esto se decide realizar este trabajo haciendo la siguiente pregunta: ¿Cual es la percepción del cuidado de enfermería postaborto que tienen mujeres entre los 17y 25 años que han sufrido una pérdida no inducida en la ciudad de Bogotá Colombia?

PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuál es la percepción del cuidado de enfermería en la atención post aborto en mujeres entre los 17 y 25 años, que han sufrido una pérdida no inducida en la ciudad de Bogotá Colombia?

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

Conocer, interpretar y analizar la percepción del cuidado de enfermería post aborto espontaneo en mujeres entre los 17y 25 años que han sufrido una pérdida de la ciudad de Bogotá Colombia.

TIPO DE INVESTIGACION

Para este estudio se realizara una investigación tipo cualitativa la cual permitirá reflejar las cualidades, perspectivas, expresiones y reflexiones, enfocándonos a un estudio fenomenológico, donde este nos ayudara a describir las experiencias vividas por los individuos, para así evaluar la perspectiva del cuidado de enfermería en la atención postaborto espontaneo en mujeres que han presentado esta situación, mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas.

UNIDAD DE ANALISIS

Mujeres entre 17 y 25 años con antecedente ginecológico o actual de aborto espontáneo, de la ciudad de Bogotá Colombia.

CRITERIOS DE INCLUSION

Para esta investigación la población objeto serán mujeres entre los 17 y 25 años,
con antecedente ginecológico o actual de aborto espontaneo, residentes de la ciudad de Bogotá.

TECNICAS O INSTRUMENTOS

Entrevistas semiestructuradas. (*Ver anexo B)*

CRITERIOS ETICOS

Se aplicará un consentimiento informado previo a la entrevista para que por medio de la misma cada mujer expresara su voluntad en la participación del estudio, se explicará el uso de la información recolectada en términos de respeto, confidencia y sus identificaciones estarán en el anonimato. *(Ver anexo A).*

SUPUESTOS TEÓRICOS

1. El cuidado de enfermería humanizado disminuye el malestar psicológico de esta situación.

2. La comunicación en la relación enfermera-paciente afecta positivamente, el estado psicológico de las mujeres en esta situación.

3. La intervención en crisis por parte del profesional de enfermería es muy importante inmediatamente después del aborto ya que estas mujeres necesitan que sean escuchadas en cuanto al tipo de sentimientos que presentan.

4. Los enfermeros deben brindar apoyo y empatía para este tipo de mujeres ya que estas mujeres pueden sentirse solas o culpables por lo sucedido, debe mover redes de apoyo, involucrando a la pareja a la familia, amigos entre otros.

I. MARCO TEÓRICO

1. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- **Valoración:** Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en

La recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y
Entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

- **Diagnóstico de Enfermería: Es** el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- **Planificación:** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- **Ejecución:** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- **Evaluación:** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

LOS OBJETIVOS

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.
También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

EL DESARROLLO DEL PAE

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente

además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico.
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

LAS VENTAJAS

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

LAS CARACTERÍSTICAS

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.

- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

2. TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

La teoría de Watson está soportada en el trabajo de Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadow (Existential advocacy & philo-sophical foundations of nursing, 1980) y Yalom (Ten curative factors, 1975); Walker atribuye el énfasis de la Teoría en las cualidades interper-sonales y transpersonales de coherencia, empatía y afecto, a la postura de Carl Rogers (1961) (On Becoming a person an A way of Being, 1980) Wat-son considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un

ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, trans personal e intersubjetivo. Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, según la cita Walker:

Premisa 1. "El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

Premisa 2. "La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona". El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. "El grado de genuidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado". La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales – transpersonales – espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma (*geist*) de una persona existe en él y para él.
- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.

CONCEPTOS

Los conceptos de la teoría de Jean Watson: Interacción enfermera- paciente, campo fenomenológico, relación transpersonal de cuidado y momento de cuidado están emergiendo, aún estos conceptos necesitan ser definidos más claramente, esto es quizás por la naturaleza abstracta de los conceptos que ha hecho este modelo difícil para evaluar.

Interacción enfermera- paciente: El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como íntersubjetivo, responde a procesos de salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado

como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera-paciente).

Campo fenomenológico: El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

Relación de cuidado transpersonal: El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trasciende "persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno" Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

Para Watson (1999), la relación de cuida-do transpersonal se caracteriza por:

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo.
- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento.

El término “transpersonal” quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

La teoría de Watson proyecta una reverencia por las maravillas y misterios de la vida, un reconocimiento de la dimensión de la vida espiritual, y una fundamental creencia en el poder in-terno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio. Watson destaca el acto de ayuda de las personas para conseguir más autoconocimiento, autocontrol y disposición para la autocuración independientemente de la condición externa de salud.

¿QUÉ NOS APORTA LA TEORÍA DE WATSON?

Actualmente nos encontramos en un espacio de convivencia cada vez más diverso y plural. En el ámbito sanitario las redes adquieren complejidades a medida que van absorbiendo poblaciones de orígenes distintos con necesidades desiguales y donde el cuidado de la persona y la atención a sus necesidades pasan a ser acciones con un sentido complejo y fundamental, ligado a múltiples factores simbólicos individuales entrelazados, entre otros, con los culturales y los éticos. Surge la necesidad de acercarse al ser humano y repensar las relaciones y los cuidados.

El reto de la diferencia está transformando los modelos asistenciales. Las instituciones se ven obligadas a adaptarse a los nuevos tiempos. Es preciso que los profesionales se comprometan a adoptar nuevos modelos/teorías

que guíen una práctica participativa adaptada a las demandas de una sociedad cada vez más plural y dinámica. La teoría de Watson surge, en parte, como respuesta a una observación de los continuos cambios producidos en las organizaciones sanitarias, con un enfoque excesivamente médico, técnico y, a su vez, económico, que va en detrimento de los valores del cuidado y de la Enfermería. Por tanto, considera que es necesario humanizar los cuidados –núcleo de nuestra profesión ya de por sí sumergidos en un sistema de salud burocratizado, proporcionando un sistema de valores que contribuya a fomentar una profesión más social, moral y científica, relacionada con un compromiso hacia los cuidados humanos en la teoría, en la práctica y en la investigación.

El trabajo de Watson nace también a raíz del vacío de significado filosófico de la naturaleza de nuestra práctica de las profundas dimensiones de nuestro trabajo un entorno confinado y controlado por agentes externos, instituciones que junto con la medicina occidentalizada gravan la pérdida de la propia herencia enfermera y su aplicación. El consumo tan elevado de competencia tecnológica por las demandas modernas sugirió a Watson la necesidad de desarrollar las competencias ontológicas tan esenciales para la madurez y la supervivencia de la Enfermería como una profesión del cuidado-sanación diferente. En esta línea, y según la misma referencia, los valores del cuidado de las enfermeras han estado sumergidos, situación similar en la que, a nuestro entender, se encuentra la Enfermería en nuestro ámbito.

En la actualidad y en nuestro contexto, la teoría de Watson nos guía hacia una toma de conciencia de la esencia de nuestra profesión, el cuidado, y reformula su implementación en las diferentes áreas de actuación: asistencia, gestión, formación e investigación.

En el área de la asistencia: La implementación de la teoría del cuidado no es posible en la práctica sin el soporte gestor ni institucional, ya que requiere un tejido de soporte sólido para proporcionar unos cuidados de calidad coherentes con su filosofía. Como paso hacia el futuro la teoría que nos ocupa incorpora las intervenciones terapéuticas no tradicionales incluidas en los procesos de cuidados. La apertura al mundo conlleva reorientar y ampliar las líneas de trabajo con la interdisciplinariedad y lo que ello significa: participación, respeto, unicidad y reciprocidad en los equipos de trabajo. El interés enfermero de esta apertura va más allá; se extiende, entre otras, a lo intercultural, a la pobreza, a las diferencias, al significado de la vivencia, a las percepciones, etc. El objetivo de Enfermería según el enfoque de cuidados de Watson es mejorar la atención a las personas, su dignidad e integridad. En esencia, las enfermeras tienen un compromiso social de ayudar y enseñar a los individuos a alcanzar un alto nivel de bienestar y sanación y descubrir nuevos significados a través de la propia experiencia. Las relaciones interpersonales entre los cuidadores y los pacientes mejoran y adquieren un significado relevante y una profunda conexión. El ratio enfermera paciente aumenta al reconocerse el momento del *Caring*, ya que comporta actitudes esenciales como el respeto a uno mismo y a los otros, la sensibilidad y la preocupación hacia el otro, la autenticidad, la presencia y la disponibilidad, la calma, la paciencia, el respeto a los ritmos, la honestidad y la confianza y el reconocer la capacidad de autorrealización y los recursos del otro.

En el área de la gestión: A través del compromiso de la gestión enfermera se genera un clima que favorece los cuidados enfermeros y la salud en el trabajo, promoviendo la calidad de los cuidados. Así lo avalan Cara y Duquette, señalando que la teoría del cuidado de Watson promueve un clima favorecedor para el crecimiento personal de cuidadores y cuidados.

Ello genera una autorrealización personal y profesional y proporciona valores para un mayor compromiso con la profesión. El cambio de modelo organizativo comporta elaborar políticas de cuidados priorizando las personas, frente a la burocracia y a las rígidas estructuras protocolarias; significa también ser líderes enfermeros que faciliten, dentro de las organizaciones, la obtención de los recursos necesarios para proporcionar unos cuidados coherentes a una misión humanista. Los gestores, al demostrar en sí mismos las actitudes adecuadas, podrían modificar los valores del cuidado en las mismas enfermeras y crear grupos basados en la ontología del cuidado. Los gestores son promotores de salud y de recursos para los cuidados de excelencia. Su visión es revolucionaria, ya que reconoce que el ser humano no puede ser tratado como un ser disociado.

En el área de la formación: Los resultados del estudio de Cara muestran que la experiencia práctica y del entorno del trabajo son los mayores componentes que contribuyen al aprendizaje del cuidado. Los informantes del estudio consideraban que aprendían de sus pacientes, de las familias, de los colegas, de los gestores y de la filosofía y políticas institucionales. La mayoría de autores señalan que los estudiantes reconocen en sus profesores la importancia de las actitudes del cuidado para su aprendizaje. Poco se conoce sobre el actual proceso de aprendizaje del cuidado. Hay autores que señalan la experiencia como punto clave para un cuidado efectivo y que están en desacuerdo en un aprendizaje teórico. Según los resultados del estudio de Cara, que fueron congruentes con los estudios anteriormente comenta- dos, los estudiantes pueden aprender sobre el Cuidado a través de situaciones de cuidado simuladas, analizando las interacciones que se establecen entre sus profesores y sus compañeros. Asimismo, el aprendizaje del cuidado se realiza también desde dos vertientes. La primera, la que aporta el estudiante desde sus propias referencias socioculturales, su experiencia, que le han ido configurando unos valores, unas creencias y

un conocimiento personal.

El educador debe ser sensible a esa unicidad a las ideas que aporta el alumno sobre el cuidado, además de utilizarlas como un marco organizado desde el cual se ayude al estudio de los diversos conceptos de la Enfermería. Así, se potencia la creatividad del estudiante. La segunda vertiente viene dada por el aprendizaje curricular y comprende una ciencia y un arte. La primera, representa la epistemología de la Enfermería, mientras que el arte empieza cuando las estudiantes/enfermeras acompañan a los pacientes buscando significado frente a una situación. Una enfermera con muchos conocimientos que no es compasiva, no es ni mejor ni peor que otra que sea compasiva pero sin conocimientos. A través del conocimiento de la diversidad los educadores pueden estimular a los estudiantes a apreciar la unicidad de cada persona; centrando el significado específico de cada historia se alimenta la compasión, que es fundamental para las relaciones futuras entre las enfermeras y sus pacientes.

Utilizando el estudio de casos como un medio de enseñanza de la práctica de la Enfermería se promueve el diálogo para poder ayudar a los estudiantes a ser críticos con el actual cuerpo de conocimientos enfermeros. Se espera que los estudiantes pasen de una actitud pasiva a otra más crítica, activa y participativa. El docente, por su lado, deja de ser un elemento distante, mero transmisor de conocimientos, y pasa a ser un estrecho colaborador optimizando la comunicación y el intercambio con la consecuente facilitación del proceso enseñanza- aprendizaje.

En el área de la investigación: Para mejorar el cuerpo de conocimientos relativo a los cuidados se requiere continuos estudios enfermeros del tipo cualitativo y cuantitativo proyectados hacia los distintos campos de aplicación del cuidado. La perspectiva del cuidado de Watson es una mirada desde un

ángulo distinto que aporta nuevos interrogantes para la investigación, en concreto, desde el punto de vista existencial y fenomenológico. Watson y otras autoras realizan principalmente estudios participativos, interpretando significados de las vivencias en diferentes situaciones de salud. Otros autores apuntan la compatibilidad de la concepción de Watson de un ideal moral y de la relación transpersonal con un enfoque de investigación multicultural.

3. ABORTO ESPONTÁNEO

El aborto espontáneo es la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas, cuando el feto no está aún en condiciones de sobrevivir fuera del útero materno. La mayoría de los abortos espontáneos tiene lugar durante el primer trimestre, es decir, durante las primeras 12 semanas de embarazo. Hasta el 50 por ciento de los embarazos puede terminar en un aborto espontáneo, ya que muchas pérdidas ocurren antes de que la mujer se dé cuenta de que está embarazada

ETIOLOGÍA

Las causas de los abortos espontáneos no se conocen completamente. Cuando una mujer padece un aborto espontáneo durante el primer trimestre, a menudo no se consigue determinar la causa. Sin embargo, la mayoría de los abortos espontáneos ocurren cuando un embarazo no está desarrollándose normalmente. Por lo general, no hay nada que una mujer o su médico puedan hacer para impedirlo.

Hay un número de factores acerca de los que se sabe que provocan abortos espontáneos durante el primer trimestre, entre ellos destacamos:

- **Anomalías cromosómicas**: Es el factor más importante. Hasta el 70 por ciento de los abortos espontáneos del primer trimestre se deben a anomalías cromosómicas del feto. La mayoría de las anomalías cromosómicas son el resultado de una célula defectuosa en el óvulo o el esperma. Al producirse un embarazo con una célula de óvulo o de esperma con una cantidad incorrecta de cromosomas, el embrión tiene una anomalía cromosómica. A menudo, estos embriones no sobreviven, produciéndose el aborto espontáneo. Las anomalías cromosómicas se vuelven más comunes con el envejecimiento de la mujer, lo que constituye la razón por la que las mujeres mayores de 35 años de edad corren mayor riesgo de este problema que las mujeres más jóvenes. Se recomienda la realización de una prueba de sangre (cariotipo) para comprobar la existencia de estas alteraciones cromosómicas.

- **Anomalías uterinas**: Las anomalías del útero causan entre el 15 y el 30 por ciento de los abortos espontáneos repetidos. Estas pérdidas de embarazo pueden ocurrir en el primer o el segundo trimestre. Algunas mujeres nacen con un útero que es demasiado pequeño o cuya forma es anormal, o que se encuentra dividido en forma parcial o completa. Otras desarrollan tumores no cancerosos o tienen cicatrices en el útero de cirugías previas. Estas anomalías pueden limitar el espacio del feto en crecimiento e interferir con el abastecimiento de sangre al útero.

- **Causas endocrinas**: Cuando las glándulas endocrinas segregan una cantidad excesiva o insuficiente de ciertas hormonas, aumenta el riesgo de aborto espontáneo. Se cree que los bajos niveles de la hormona progesterona, que es fundamental durante la primera etapa del embarazo,

provocan entre el 15 y el 60 por ciento de las pérdidas que ocurren antes de la semana 10 del embarazo.

- **Problemas del sistema inmunológico**: Si bien todo el mundo produce proteínas llamadas anticuerpos para defenderse de las infecciones, algunas personas producen un tipo de éstos, llamados autianticuerpos, que pueden atacar sus propios tejidos, provocando así una serie de problemas de salud. Algunos tipos particulares de autoanticuerpos provocan coágulos de sangre que pueden obstruir vasos sanguíneos en la placenta. Los estudios sugieren que éste y otros anticuerpos relacionados (llamados anticuerpos antifosfolípidos) causan entre el 5 y el 15 por ciento de los abortos espontáneos repetidos.

- **Infecciones y otros factores**: Ciertas infecciones del conducto genital, que no presentan síntomas, tienen un papel importante en los abortos espontáneos repetidos. Si se diagnostica una infección, la pareja recibirá tratamiento con antibióticos antes de otro embarazo. La exposición a ciertos solventes industriales en los puestos de trabajo por parte de la mujer embarazada, o de su compañero, puede a veces provocar también el aborto espontáneo. Las parejas deben hablar con sus médicos acerca de la presencia de productos químicos en sus lugares de trabajo.

- **Estilo de vida**: El estilo de vida de la madre también puede incrementar su riesgo de sufrir un aborto espontáneo durante el primer trimestre. Los estudios sugieren que las mujeres que toman dos o más bebidas alcohólicas por día duplican su riesgo de padecerlo. Las mujeres que fuman tienen un riesgo entre 20 y 80 por ciento mayor de sufrir un aborto espontáneo que las que no fuman. Algunos estudios también sugieren que el riesgo es mayor en las mujeres que beben tres o más tazas de café por día (o la cantidad equivalente de cafeína), pero no está científicamente

demostrado. Entre los factores que no incrementan el riesgo de aborto espontáneo se encuentran el sexo, trabajar fuera de la casa (a menos que la mujer trabaje con productos químicos tóxicos) y la realización de ejercicios físicos.

FACTORES DE RIESGO

Existen varios factores de riesgo que se cree que de alguna manera incrementan el riesgo de padecer un aborto espontáneo:

- Alimentación deficiente.
- Ser fumadora.
- Insuficiencia hormonal, o desequilibrio hormonal.
- Presencia de alguna clase de infección, como por ejemplo: rubéola, Vaginosis bacterial, Clamidia u otra infección transmitida sexualmente.
- Problemas de salud crónicos, entre los que se incluyen: lupus,
- enfermedades cardíacas congénitas, enfermedades renales severas, diabetes, o enfermedades de la tiroides.
- Exposición a grandes dosis de radiación.
- Consumo de drogas, las cuales podrían ser perjudiciales para el feto.
- Fiebre alta.
- Tener un DIU colocado en el momento de la concepción.
- Malformación uterina, o presencia de grandes fibromas uterinos.

La buena noticia es que la mayoría de los factores de riesgo enumerados anteriormente, una vez que son identificados, usualmente pueden ser eliminados o controlados.

SÍNTOMAS

- Sangrado vaginal.
- Material tisular o en forma de coágulos que sale de la vagina.
- Dolores menstruales.
- Dolores abdominales.
- Cuello del útero dilatado

DIAGNOSTICO

Durante un examen pélvico, el médico puede observar adelgazamiento moderado del cuello uterino (borramiento del cuello uterino), aumento en la dilatación cervical y evidencia de ruptura de membranas.
Se pueden llevar a cabo los siguientes exámenes:

- GCH (cualitativa) para confirmar el embarazo.
- GCH (cuantitativa) que se hace con intervalos de algunos días o semanas.
- CSC para determinar el grado de pérdida de sangre.
- Conteo de glóbulos rojos y un diferencial para descartar la posibilidad de infección.
- Tipo de sangre (si la persona tiene un tipo de sangre Rh-, requeriría un tratamiento con inmunoglobulina Rh-.)

EXAMEN POSTERIORES

Por lo general, los médicos no realizan ninguna prueba después de un primer aborto espontáneo durante el primer trimestre. Con frecuencia, no se conocen las causas de estos abortos espontáneos, aunque se cree que pueden deberse a anomalías cromosómicas. Cuando la mujer tiene un

aborto espontáneo durante el segundo trimestre o ha tenido dos o más durante el primero, suele indicarse alguna de las siguientes pruebas para determinar la causa:

- Análisis de sangre para detectar anomalías cromosómicas en ambos padres (cariotipo) y ciertos problemas hormonales y trastornos del sistema inmunológico de la madre.
- Pruebas para detectar anomalías cromosómicas en el tejido obtenido del aborto espontáneo (en caso de contarse con él).
- Examen por ultrasonido del útero.
- Histeroscopía, visualización del útero a través de un endoscopio especial que se inserta por el cuello del útero.
- Histerosalpingografía, una radiografía del útero.
- Biopsia endometrial, succión de un pequeño trozo de revestimiento uterino

  Para detectar efectos hormonales.

TIEMPO DE RECUPERACIÓN

La recuperación física de la mujer lleva de varias semanas a un mes o más, según

La cantidad de tiempo que estuvo embarazada. Algunas hormonas propias del embarazo, por ejemplo, permanecen en la sangre durante uno o dos meses después de producirse un aborto espontáneo. La mayoría de las mujeres tiene la menstruación entre cuatro y seis semanas después de un aborto espontáneo.

A menudo, la recuperación emocional lleva mucho más tiempo. Ambos miembros de la pareja pueden experimentar una intensa aflicción durante el período posterior a la pérdida. La mujer puede experimentar muchas

emociones, como apatía, tristeza, culpa, dificultad para concentrarse, depresión y enojo. Es posible que ella y su pareja manejen el dolor que sienten de maneras diferentes, lo cual puede crear tensión entre ambos en el momento en que más se necesitan mutuamente. No deben dudar en solicitar a su médico que los derive a un consejero con experiencia en la asistencia a parejas luego de la pérdida de un embarazo. Muchas parejas también se benefician asistiendo a grupos de apoyo.

PREVENCIÓN

Muchos de los abortos espontáneos causados por enfermedades sistémicas se pueden prevenir detectando y tratando la enfermedad antes de quedar en embarazo.

Es menos probable que se presenten abortos espontáneos con cuidado prenatal amplio y oportuno y evitando la exposición a los peligros ambientales (como los rayos X y las enfermedades infecciosas).

Cuando el cuerpo de la madre tiene dificultades para mantener un embarazo, se pueden presentar signos (como sangrado vaginal leve). Esto constituye una amenaza de aborto que indica la posibilidad de un aborto, pero eso no significa que definitivamente vaya a ocurrir. Una mujer embarazada que desarrolla cualquier signo o síntoma de amenaza de aborto debe buscar asistencia médica prenatal inmediatamente.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Diagnóstico rápido: Ante la consulta por la ausencia de movimientos fetales se debe dar prioridad a la atención de la gestante; agilizar la realización del ultrasonido para confirmar o descartar el diagnóstico. Se

recomienda que durante el examen la paciente esté acompañada por el obstetra quien podrá discutir los hallazgos directamente con la paciente.
Después de confirmarse la muerte fetal se sufre una serie de emociones internas entre ellas depresión extrema que compromete tanto a los padres como al médico y que son imposibles de prevenir.

Acciones inmediatas: Ubicar a la paciente-pareja en un sitio privado donde inicialmente, en compañía del obstetra, y luego sola con su pareja o familiar pueda exteriorizar libremente sus sentimientos sin ninguna interrupción.
Si el diagnóstico se realiza durante una urgencia como es el caso del Abruptio de placenta se deberá informar inmediatamente a la madre. Ocultarle la realidad por temor a que deje de colaborar no es aconsejable. Posteriormente, y antes de iniciar el tratamiento médico ordenado, corresponde a la enfermera establecer el primer contacto con la paciente lo que exige que se conozcan las etapas de aflicción.

ETAPAS DE AFLICCIÓN

Durante el periodo de dolor asociado con una pérdida perinatal, los padres atraviesan por un proceso de desconsuelo similar al experimentado cuando se pierde un hijo mayor. Las etapas reconocidas son generalmente el shock, la búsqueda de causas, desorientación y reorganización. Estas etapas no tienen barreras se pueden combinar entre sí y pueden repetirse.

Shock: Cuando se enteran de la muerte del bebé, la reacción inmediata es de conmoción y aturdimiento. Los padres sienten que están viviendo una pesadilla.
Son respuestas esperadas el negativismo, la incredibilidad y se pueden presentar síntomas clínicos, tales como pérdida del apetito, presión torácica,

dificultad para respirar, palpitaciones, fatiga y debilidad. Además se observa "furia con el equipo de salud, familiares y *amigos",* como parte del cambio en el comportamiento con la sociedad.

Búsqueda de causas: Esta etapa abarca sentimientos de culpabilidad, hostilidad y soledad se pretenden dar respuesta a la pregunta: ¿Cómo pudo pasar esto?. La madre busca la razón de la muerte de su hijo hace un recuento de la gestación y se culpa por algo que de pronto hizo diferente (trabajo en exceso, tomar alcohol, actividad sexual, entre otras).
En esta etapa la hosulidad la puede expresar hacia el equipo de salud o hacia el padre y se observa dificultad para establecer la comunicación entre todos.

Desorientación: Los padres experimentan gran depresión lo que dificulta volver a su rutina normal de vida.

Reorganización: Se caracteriza por acostumbrarse a la pérdida. Se percibe un aumento en la energía y en la actividad con el fin de retomar las actividades normales. El dolor nunca desaparecerá pero la pérdida podrá y deberá asumirse para poder seguir adelante.

Aflicción patológica: Así como es indispensable conocer las manifestaciones normales de aflicción, el profesional de enfermería también debe ser capaz de reconocer las características de una aflicción patológica que puede incluir síntomas tales como:

- Aflicción pospuesta
- Sobreactividad sin sentimiento de pérdida
- Exacerbación de una enfermedad
- Hostilidad marcada hacia personas
- Agitada depresión-autoagresión

Otras consideraciones pertinentes a la atención de enfermería antes del nacimiento: La autonomía de la madre y la del padre deben ser respetadas por lo tanto, es conveniente que previo al nacimiento se ofrezca la posibilidad de contribuir a la elaboración del duelo, pero serán ellos quienes decidan si aceptan o no. Generalmente a la Enfermera le surgen preguntas como:
¿Los padres desearán?:
¿Ver y cargar al bebé?
¿Bautizarlo?
¿Recibir un apoyo espiritual?
¿Tener un recuerdo del bebé? (una foto, las huellas plantares, la manilla de identificación)
¿Que se realice la autopsia o sea llevado a patología para diferentes análisis y estudios?
¿Planear un funeral?

Si las preguntas anteriores se han ido realizando durante la inducción del parto y la respuesta es afirmativa, establezca los contactos pertinentes para la ayuda espiritual, algunas veces la imaginación crea un retrato peor al de la realidad, por eso es importante si ellos deseen verlo permitirlo, entregue las huellas del bebé y si es posible la manilla de identificación incluyendo el día y hora de nacimiento.
En el posparto inmediato, si es posible, ofrézcale a la pareja privacidad y permítale permanecer con su hijo durante un momento.

Antes de enviar el cuerpo al análisis patológico, informe a los padres puesto que es muy probable que ellos deseen verlo nuevamente. *Recuerde que depende de ellos querer o no estar con el bebe*

Antes del egreso*:* Es pertinente preparar a los padres para los meses y años posteriores, explicándoles que van a experimentar diferentes

sensaciones de dolor intenso, rabia, tristeza y que existe la posibilidad de caer en el negativismo, manifestado por: Refugio en el trabajo Uso de tranquilizantes Dejando de expresar sus sentimientos

Seguimiento: Es útil elaborar un formato de registro especial para esta situación en donde se especifica:
Responsabilidades médicas: datos relevantes de la historia prenatal, referentes a resultados de exámenes de laboratorio indispensables para poder establecer la causa responsabilidades de la enfermera: registrar si el bebé fue observado y cargado por papá, mamá; nombre del bebé, recuerdos entregados a la familia al egreso del hospital Recursos humanos empleados: personal del grupo de apoyo que intervino:

- Examen físico del feto
- Reporte anatomo-patológico
- Reporte genético.

Este formato constituirá una ayuda valiosa, durante el desarrollo de la primera consulta posnatal, porque allí encontrará el obstetra toda la información requerida para a aclarar las dudas de la pareja.

El duelo es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo, Se trata de una reacción principalmente emocional y comportamental en forma de sufrimiento y aflicción, cuando el vínculo afectivo se rompe.

El duelo es el nombre del proceso psicológico, pero hay que tener en cuenta que este proceso no se limita a tener componentes emocionales, sino que también los tiene fisiológicos y sociales. La intensidad y duración de este proceso y de sus correlatos serán proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. Freud define al duelo como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción equivalente”.

En el duelo el sujeto ha experimentado una pérdida real del objeto amado y en el proceso, que se prolonga un tiempo necesario para la elaboración de esta pérdida, este pierde el interés por el mundo exterior sustrayendo la libido de todo objeto que no remita al objeto perdido.

ELABORACIÓN DEL DUELO

Por elaboración del duelo se entiende el transcurso del proceso desde que la pérdida se produce hasta que se supera. Esta elaboración puede comenzar antes de la pérdida en el caso de que ésta se pueda prever con cierta antelación.
Relacionado con la elaboración previa o duelo anticipatorio estaría el *preduelo*, si bien son conceptos diferentes.

Determinantes en la elaboración del duelo: Algunos determinantes que influyen en la elaboración del duelo en caso de muerte son los siguientes:

- Tipo de relación afectiva con el fallecido.
- Duración de la enfermedad mortal y la agonía, en caso de existir.
- Grado de parentesco.
- Carácter de la muerte.
- Aspecto del cadáver.
- Grado de dependencia.
- Sexo del superviviente.
- Soporte social, redes sociales.
- Fe religiosa o planteamiento filosófico vital.
- Presencia o no de otras experiencias de duelo.

A esto habría que añadir el factor cultural y social, que puede hacer que la elaboración del duelo difiera mucho, si bien no deja de ser fundamental el tipo de vínculo y el apego que el deudo tenía con el ser fallecido. Otro factor a considerar es la presencia de terceros a los que la pérdida les afecte, con lo que se puede dar un *duelo solidario*.

Ayuda profesional: En los casos en los que cueste superar la elaboración del duelo, este puede convertirse en un problema e incluso en lo que los psicoterapeutas llaman *duelo patológico*. Si esto sucede o antes de que suceda, conviene acudir a un profesional (psiquiatra o psicólogo) para que dé las indicaciones oportunas.

Manifestaciones externas del duelo: La manifestación externa del duelo sería el luto, que es su expresión más o menos formalizada y cultural. El duelo psicológico tiene en el luto su correlato más social.
El duelo también se puede exteriorizar con llantos, rabia, ataques violentos y un buen número de reacciones, todas ellas normales en esos momentos. Hay que tener en cuenta que los especialistas reconocen que para una buena elaboración y superación del duelo no es aconsejable querer huir de esas sensaciones de dolor, pues no se pueden enfrentar si no se sienten. Lo contrario sería la negación de la pérdida, lo que llevaría a comportamientos desadaptativos.

ETAPAS DEL DUELO INDIVIDUAL

Se describen 3 fases (Lineman, Brown, Schütz):

Fase inicial o de evitación: Reacción normal y terapéutica, surge como defensa y perdura hasta que el Yo consiga asimilar gradualmente el golpe.

Shock e incredulidad, incluso negación que dura horas, semanas o meses. Sentimiento arrollador de tristeza, el cual se expresa con llanto frecuente. Inicia el proceso de duelo el poder ver el cuerpo y lo que oficializa la realidad de la muerte es el entierro o funeral, que cumple varias funciones, entre ellas la de separar al muerto de los vivos.

Fase aguda de duelo: Dolor por la separación, desinterés por el mundo, preocupación por la imagen del muerto, incluso seudo-alucinaciones, la rabia emerge suscitando angustia. Trabajo penoso de deshacer los lazos que continúan el vínculo con la persona amada y reconocer la ambivalencia de toda relación; todas las actividades del doliente pierden significado en esta fase. Va disminuyendo con el tiempo, pero pueden repetirse en ocasiones como los aniversarios y puede durar 6 meses o más.

Resolución del duelo: Fase final, gradual reconexión con vida diaria, estabilización de altibajos de etapa anterior. Los recuerdos de la persona desaparecida traen sentimientos cariñosos, mezclados con tristeza, en lugar del dolor agudo y la nostalgia.

Se describen 4 tareas para completar el duelo:

- Aceptar la realidad de la pérdida.
- Experimentar la realidad de la pérdida.
- Sentir el dolor y todas sus emociones.
- Adaptarse a un ambiente en el cual falta el ser que murió, aprender a vivir sin esa persona, tomar decisiones en soledad, retirar la energía emocional y reinvertirla en nuevas relaciones.

Etapas Del duelo descritas por la Dr. E. Ross

Negación y aislamiento: la negación nos permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante; permite recobrarse. Es una defensa

provisoria y pronta, que será sustituida por una aceptación parcial: "no podemos mirar al sol todo el tiempo

Ira: la negación es sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento; surgen todos los por qué. Es una fase difícil de afrontar para los padres y todos los que los rodean; esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones, aún injustamente. Suelen quejarse por todo; todo les viene mal y es criticable. Luego pueden responder con dolor y lágrimas, culpa o vergüenza. La familia y quienes los rodean no deben tomar esta ira como algo personal para no reaccionar en consecuencia con más ira, lo que fomentará la conducta hostil del doliente.

Pacto o negociación: ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, mas el enojo con la gente y con Dios, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para intentar
superar la traumática vivencia.

Depresión: cuando no se puede seguir negando la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza. Es un estado, en general, temporario y preparatorio para la aceptación de la realidad en el que es contraproducente intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo: esto es, a menudo, una expresión de las propias necesidades, que son ajenas al doliente. Esto significaría que no debería pensar en su duelo y sería absurdo decirle que no esté triste. Si se le permite expresar su dolor, le será más fácil la aceptación final y estará agradecido de que se lo acepte sin decirle constantemente que no esté triste. Es una etapa en la que se necesita mucha comunicación verbal, se tiene mucho para compartir. Tal vez se transmite más acariciando la mano o simplemente permaneciendo en silencio a su lado. Son momentos en los que la excesiva intervención de los que lo rodean para animarlo, le

dificultarán su proceso de duelo. Una de las cosas que causan mayor turbación en los padres es la discrepancia entre sus deseos y disposición y lo que esperan de ellos quienes los rodean

Aceptación: quien ha pasado por las etapas anteriores en las que pudo expresar sus sentimientos -su envidia por los que no sufren este dolor, la ira, la bronca por la pérdida del hijo y la depresión- contemplará el próximo devenir con más tranquilidad. No hay que confundirse y creer que la aceptación es una etapa feliz: en un principio está casi desprovista de sentimientos. Comienza a sentirse una cierta paz, se puede estar bien solo o acompañado, no se tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor... la vida se va imponiendo.
Esperanza: es la que sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor y se puede promover el deseo de que todo este dolor tenga algún sentido; permite poder sentir que la vida aún espera algo importante y trascendente de cada uno. Buscar y encontrar una misión que cumplir es un gran estímulo que alimenta la esperanza.

TIPOLOGÍA DEL DUELO

El duelo no es una enfermedad en sí mismo, aunque puede convertirse en una si su elaboración no es correcta. Diferentes autores han dado diferentes tipologías de duelo, si bien se carece de una tipología comúnmente aceptada por todos. Se ha hablado, por ejemplo de duelos complicados, crónicos, congelados, exagerados, reprimidos, enmascarados, psicóticos... y una larga lista.

Duelo bloqueado: Ocurre una negación a la realidad de la pérdida, donde hay una evitación del trabajo de duelo, y un bloqueo emocional-cognitivo que

se manifiesta a través de conductas, percepciones ilusorias, síntomas somáticos o mentales o relacionales.

Duelo complicado: Síntomas o conductas de riesgo sostenidas en el tiempo y de intensidad riesgosas para la salud dentro de un contexto de pérdida.

Duelo patológico: La persistencia o intensidad de los síntomas ha llevado a alguno o varios de los miembros de la familia a detener la vida laboral, social, académica, orgánica.

II. METODOLOGIA

1. RECOLECCION DE DATOS

Se realizó una entrevista semiestructurada, diseñada por las investigadores, que permitió conocer las experiencias de las mujeres que habían presentado esta situación, se entrevistaron a 9 mujeres que vivenciaron un aborto espontaneo entre las edades de 17 y 25 años y que además recibieron atención médica en diferentes instituciones de salud en la ciudad de Bogotá, estas mujeres fueron seleccionadas sin intención, llegando a ellas por medio de preguntas a personas que posiblemente conocieron su situación. Dentro de las características de las mujeres entrevistadas se encontró que al momento del aborto, su edad gestacional oscilaba entre 7 y 19 semanas, 5 presentaban su primer embarazo. El grupo de mujeres no coinciden en su seguridad social, se encuentran en diferentes estratos socios económicos.

Después del acercamiento y aplicación de la entrevista a este grupo de mujeres, evidenciamos que al iniciar el análisis de las respuestas la mayoría de afirmaciones correspondían a que el cuidado de enfermeria estaba relacionado con lo netamente físico y que se dejaba a un lado la parte psicoemocional de cada mujer; a partir de esto se definen 2 categorías centrales y estas a su vez dan pauta para la definición de subcategorias lo que permitió un mejor análisis así:

Categoría central: BIOFISICA, subcategorias: procedimientos e información. Categoría central: PSICOEMOCIONAL, subcategorias: acompañamiento, redes de apoyo, trato y respeto y comunicación.

2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Definiendo que el cuidado de enfermería no solo es físico; si no que se reconoce como reciproco, "[5]donde escucha, observa a la persona y se cuenta su saber sociocultural ambiente y redes de apoyo familiares. Donde se tiene en cuenta el potencial del saber y la sensibilidad que adquiere la persona para compartir con ella la experiencia de cuidado inter-subjetiva"

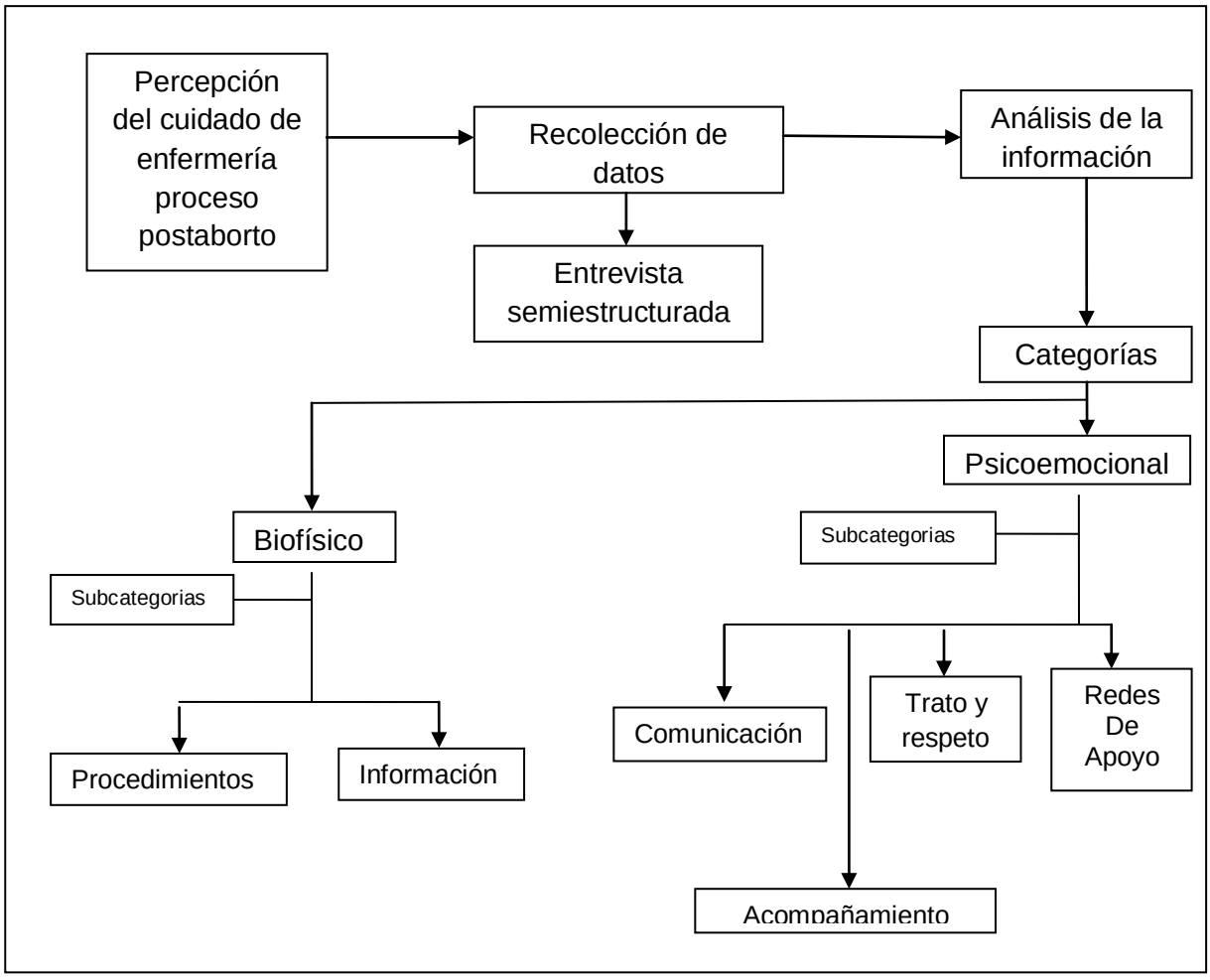
Al proceder a ejecutar el análisis de la información recolectada en las entrevistas, surgen y se pueden evidenciar claramente 2 categorías principales, ya que las respuestas de las mujeres interrogadas al definir cuidado de enfermería en situación de post aborto, hacen claridad y definen que las cuidaron bien por que por ejemplo: le administraron los medicamentos, o la acompaño a bañarse, entre otras, es decir que definen este cuidado desde lo netamente físico; por esto una categoría central la definimos BIOFISICA y dentro de la misma clasificamos dos subcategorías que son: procedimientos e información.

De otro lado sugieren, califican, recomiendan y se quejan del trato, la amabilidad, el apoyo, el acompañamiento, y el respeto por parte de los profesionales de enfermería, haciendo énfasis al déficit de calidad en lo que

[5] GRUPO DE CUIDADO, Dimensiones del cuidado , Avances conceptuales del grupo de cuidado" , Universidad Nacional de Colombia, Octubre 2007, p. 9, consultado en Marzo 2009

respecta al cuidado humanizado refiriendo que de haber obtenido estas acciones de cuidado por parte de las enfermeras las pacientes habrían disminuido el malestar emocional y psicológico al sentirse comprendidas y protegidas, al hallar estas manifestaciones las clasificamos dentro de la segunda categoría central denominada: PSICOEMOCIONAL y de esta a su vez se evidencian cuatro subcategorías: acompañamiento, redes de apoyo, trato y respeto y comunicación.

Figura 1. Esquema de clasificación para análisis de la información



CARREÑO HERNANDEZ Vivian y HENAO SANTANA Paola, *Esquema de clasificación para análisis de la información,* Mayo de 2009

3. RESULTADOS

Tabla 1. Tabla de agrupación de respuestas por categoría

CATEGORÍA BIOFÍSICA Esta categoría hace referencia a lo tangible [6]"(sistemas, bases bioquímicas, físicas, biológicas)" la mayoría de afirmaciones se enfocaron a los procedimientos tales como: toma de signos vitales, laboratorios, administración de medicamentos, oxigeno, líquidos, hemoderivados y a la información que constituye un [7]"conjunto de pasos organizados" que en este caso se brinda como por ejemplo en procedimientos, patología y lo referente al alta hospitalaria (cuidados, controles, métodos de planificación, medicamentos, alimentación, signos de alarma, entre otros)
SUBCATEGORIA "PROCEDIMIENTOS": Procedimiento se define como[8]" la acción de poder o la acción de ejecutar algunas cosas, se trata de una serie de pasos en común definidos, que permiten realizar un trabajo de forma correcta".

[6] http://biocab.org/Biofisica.html

[7] http://es.wikipedia.org/wiki/Informaci%C3%B3n

[8] http://definicion.de/procedimiento/

Preguntas	Afirmaciones
¿Después de que le realizaron el procedimiento, como describe el cuidado de enfermería que recibió?:	**E.1:** “Regular” **E.2:** “Pésimo” **E.3:** “Pues estaban pendientes, me dieron las pastas para el dolor y la inyección para la infección, me pusieron el suero y me miraban que no tuviera mucho sangrado.” **E.4:** “El cuidado era escaso, se dedicaban a recibir turno y no se acercaban” **E.5:** “Cruel, inhumano y frio.” **E.6:** “normal.” **E.7:** “Bueno porque me tenían con oxigeno, suero y sangre y me pasaban el pato” **E.8: “**Me tomaron la tensión y me hicieron valoración física” **E.9:** la verdad bajo las condiciones, de tener una perdida de esa magnitud, pero el cuidado y la atención mientras estuve hospitalizada fue buena una que otra enfermera estuvo muy pendiente de mi y de mi pareja, al ser un legrado fue ambulatoria y yo Salí bastante rápido del hospital, las indicaciones y la educación que me brindaron fue buena, además que por más que yo tenía la EPS, asistí a un clínica privada ya que mi Embarazo era de alto riesgo, preferimos con mi pareja pagar una clínica privada.

SUBCATEGORIA "INFORMACION":

Es competencia del profesional de enfermería tal como se establece en el código deontológico del CIE para la profesión de enfermería: la enfermera debe cerciorarse de que la persona reciba la información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados.

Preguntas	Afirmaciones
¿Del personal de salud, quien le dio la noticia de que estaba cursando o que había presentado un aborto?	**E.1:** Enfermera **E.2:** Medico **E.3:** Medico **E.4:** Medico **E.5:** Medico **E.6:** Medico **E.7:** Medico **E.8:** Medico **E.9:** El médico ginecólogo
¿Alguien le explico el por qué de lo sucedido (el aborto), quien?	**E.1:** "No" **E.2:** "No" **E.3:** "No" **E.4:** "Nadie me lo explico" **E.5:** "Nadie" **E.6:** "Si, el médico" **E.7:** "Si, el médico"

	E.8: “Eso me lo explicaron. Fue el médico pero yo no le entendía nada, porque eran dos los que hablaban” **E.9:** El ginecólogo, fue quien me explico, sin embargo yo hable con mi medico de toda la vida y también me explico los riesgos que tenia y el la razón del que el embarazo no haya llegado a termino
¿Cuando iba a salir del hospital, el profesional de enfermería; le explico cómo debía tomarse los medicamentos? ¿Identificar signos de alarma o urgencia? ¿Si sentía tristeza, depresión que hacer o a dónde acudir? Educación sobre métodos de planificación? Cuidados en casa, alimentación, entre otros y cuando acudir al hospital de nuevo? Si ___ No____ Cuales	**E.1:** “Si, antibióticos” **E.2:** “No” **E.3:** “Si, pero solo lo de los medicamentos, que estuviera quieta y que si sangraba mucho o sentía borrachera regresara al hospital, pero lo de la pena y guayabo no me dijo a donde ir.” **E.4:** “No” **E.5:** “No, me dijo nada de: tomarme los medicamentos, la alimentación o cuidados y de signos de alarma, solo me dio un papel y me dijo: “si quiere con este papel puede pedir una cita con psicología”.” **E.6:** “NO” **E.7:** “NO, Nada, eso fue muy decepcionante, yo estaba muy mal me sentía traumatizada psicológicamente me quería morir.” **E.8:** “Si. Debía acudir a una cita para que me revisaran de nuevo, me explico bien como debía cuidarme y como alimentarme” **E.9:** pues todos lo cuidados que se deben tener en la alimentación, tomar mucho liquido por que una de las razones de la perdida fue una pielonefritis que se

	complico entonces todas las indicaciones del tratamiento para eso, pero fue un poco mas explicito el medico que la misma enfermera.

CATEGORÍA PSICOEMOCIONAL

En esta categoría, se agruparon tres aspectos importantes que están involucrados en el comportamiento del ser humano que son: Psicológico, social y emocional, teniendo en cuenta que se involucra la [9]"conducta de los individuos y sus procesos mentales, incluyendo los procesos internos de los individuos y las influencias que se producen en su entorno físico y social".
En esta categoría las mujeres reflejan la verdadera percepción del cuidado por parte del profesional de enfermeria en la atención post aborto.

SUBCATEGORIA "ACOMPAÑAMIENTO":

JEAN WATSON en sus premisas define que [10]**.** "La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera- persona y paciente-persona"

Preguntas	**Afirmaciones**
¿Se sintió escuchada	**E.1:** "No" **E.2:** "No"

[9] http://es.wikipedia.org/wiki/Psicolog%C3%ADa

[10] www.caritasconsortium.org/coffee-with-Watson.pdf "Teoría del cuidado humano. Un café con Watson

comprendida y protegida por la enfermera?	**E.3:** “Si, por que me cuido y gracias a ella no me desangre.” **E.4:** “No, las únicas que entraban a la habitación eran las auxiliares” **E.5:** “No, NI Escuchada, comprendida menos, pues me regaño por quitarme el pañal, yo le decía que me dejara la luz prendida y me la apagaba, protegida para nada pues después del legrado en la habitación , la cama del lado estaba desocupada y llevaron a una señora que acababa de tener su bebe, ella estaba muy feliz y me decía: porque lloras?, no le conteste nada y llame a la enfermera, para que me sacara de esa habitación, pero su aptitud fue arrogante y fría y dijo: “no hay más camas,” pasaron poco mas de 60 min y luego vino otra enfermera y me llevo a una habitación para que estuviera sola allí.” **E.6:** “No” **E.7:** “No, solamente y sinceramente por el médico, me dejo incomunicada con mi familia.” **E.8:** “Unas veces si me dio animo, pero no tanto para sentirme tranquila” **E.9:** la verdad en ese momento para mi la enfermera no era importante a mi lo único que me importaba era lo que había pasado y como íbamos a salir de ese dolor y pues la protección no la sentí es mas muchas veces se siente que lo pobretean es decir se escuchan comentarios y la mirada de ellas como de “pobrecitos” , realmente eso no ayuda mucho.

SUBCATEGORIA "REDES DE APOYO":

Redes primarias (Familia o pareja) [11]"es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan", también es aquella donde se encuentra un sistema de relaciones interpersonales.

Preguntas	Afirmaciones
¿La enfermera se acerco a preguntarle si quería que un familiar la acompañara, o usted se lo sugirió? Como actuó la enfermera y que le dijo?:	**E.1:** "Si. Que eso no era necesario, que sería un procedimiento rápido y que no lo veía indispensable" **E.2:** "Si, que eso le pasaba a cualquiera y que ya volvería a quedar embarazada" **E.3:** "La enfermera nunca me dijo nada al contrario yo le dije que permitiera la entrada de mi esposo y me dijo que estaba prohibido." **E.4:** "No dejo que ningún familiar me acompañara, por que la institución no dejaba" **E.5:** "No, todo lo contrario, no dejaron entrar ni a mi papa, ni a mi tía ni a nadie, dijo que no era permitido por razones de seguridad, yo le dije que con quien podía hablar para que diera el permiso y dijo:"eso solo lo hacen cuando un

[11]http://74.125.47.132/search?q=cache:5J6Zlj6D_dwJ:www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%252012_UT_1.PDF+concepto+de+familia&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co

	familiar está agonizando y tu no estas así" eso es un permiso especial, dijo." **E.6:** "No, que no estaba permitido por seguridad." **E.7:** "No, no decía ni daba razón de nada, ella no hablaba ni con mi familia" **E.8:** "Ella no lo sugirió, yo le dije que si podía entrar mi mama y dijo que no, porque solo era para pacientes" **E.9:** pues solo un momento se acercó una de ellas a preguntarme como estaba y si necesitaba algo, yo le dije que quería estar con mi pareja pero cada rato lo sacaban y no nos permitieron mucho estar juntos las cosas hubieran sido mas fáciles en ese momento si no hubieran usado tanto protocolo y formalismos

SUBCATEGORIA "TRATO Y RESPETO":

Como lo menciona el CIE en el código deontológico para enfermería el trato al paciente y la familia debe ser bajo valores como: el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. En los cuidados de enfermería hay respeto y no hay restricciones en cuanto a consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social.

Preguntas	Afirmaciones
¿Se siente satisfecha con el trato recibido por parte del profesional de enfermería? ¿Por que?	**E.1:** "No. Porque necesitaba alguien que me explicara con más calma y paciencia el porqué del aborto" **E.2:** "No. Porque son personas que ejercen su labor en forma automática y dejan los sentimientos a un lado" **E.3:** "Si, por que estuvieron pendientes y me acompañaban cuando me tocaba bañarme **E.4:** "No. Nunca se acerco a hablarme y las pocas veces que se acerco era basta y hostil" **E.5:** " No, fueron muy agresivas e insensibles, además me dejaron sola y vi nacer y me toco tener sola a mis nenes, después me regañaron porque yo no quería soltar de es brazos a mis niños, me gritaron por que cuando se llevaron a los bebes yo tenía aun muchísimo dolor y ganas de pujar y me decían no pujes, yo solo hacia lo que sentía mi necesidad y seguía pujando, y levantaban aun más la voz y decían: que no entiendes que no pujes!" **E.6:** "No el trato era escaso y distante y la jefe solo se acercaba a dar las drogas." **E.7:** "No, uno en ese momento quisiera un apoyo, no quería saber nada ni de nadie, las enfermeras solo llegaban a colocarme los medicamento."

	E.8: “Regular. Nunca había estado hospitalizada, pues pensé que no era tan malo, porque las enfermeras deberían estar pendientes de uno. Pero ellas llegaban cuando yo solo las iba a buscar, pocas veces se acercaban a mi” **E.9:** No, Porque como lo mencione antes tanto protocolo y tanta norma dejan de lado lo que la persona esta sintiendo en ese momento y con quien quiere estar, aunque el trato y la atención fue muy buena.
Desea agregar algo (comentario o sugerencia) en cuanto al rol del profesional enfermería en una situación de esta?	**E.1:** “Capacitar al personal de enfermería, para que la persona afectada reciba un trato humanitario” **E.2:** “Que deben concientizar a la enfermera de que la situación que están tratando, no es en ningún momento una situación de paso, si no que la persona a la cual atienden puede quedar con trauma debido a lo ocurrido” **E.3:** “Pues que deberían dedicarle más tiempo a uno para sentirse mejor.” **E.4:** “Que deberían ser mas tratables y humanas” **E.5:** “Si, se cree que el trabajo de la enfermera más que curar heridas, administrar medicamentos, es más cálido y más profesional, es decepcionante recibir ese trato y tener una imagen negativa en cuanto a el cuidado en esta

	situación, creo que deben ser muy receptivas y ponerse en los zapatos de uno, permitir un acompañante y escuchar, hablar con voz amable y mostrar con gestos su bondad por hacer las cosas." **E.6:** "Que deben ser más humanas, de buen genio y accequibles tanto al enfermo con los familiares." **E.7:** "Que sean más pendientes que hablen pues en ese momento uno necesita apoyo, trato muy cariñoso y amable pues uno está en depresión profunda." **E.8:**"Si, en casos delicados, no poner a las enfermeras que están en prácticas". **E.9**: considero que enfermería debe ser un poco más humana, cuando uno espera un bebe con ansias y con amor y tiene una pérdida de estas no es fácil enfrentarlo, pero además de ello no es solo la mujer la que pierde un hijo es la pareja y el trato con la pareja a el acompañante no es muy considerado, entonces cero que enfermería debería prestar mas atención al cuidado de la pareja y no solo estar pendiente de como evoluciona físicamente, eso es fundamental para un buen manejo del duelo.
SUBCATEGORIA "COMUNICACIÓN": La comunicación como medio de interacción de los individuos entre si hace parte de la relación enfermera-paciente, donde se logra una interacción	

empática que conduce al cuidado humanizado visto desde la capacidad que tiene la enfermera de escuchar y comprender a su paciente, de ayudarlo, de apoyarlo y acompañarlo y darle pautas para la resolución de sus problemas, dudas y necesidades.	
Preguntas	**Afirmaciones**
¿Cree que el profesional de enfermería hubiese podido hacer algo más por Ud.? ¿Qué? ¿Por qué?	**E.1:** "Haberme dado una voz de esperanza. Simplemente me atendió y me dijo: ya pasara… ya pasara" **E.2:** "Mejor atención postaborto, en cuestión psicológica. Porque después de pasar uno por un trauma, como este, uno se siente culpable así no le sea" **E.3:** "SI, acompañarme a la habitación y escucharme yo estaba muy sola, porque me sentía deprimida y tenía ganas de llorar." **E.4:** "Si, el trato más humano" **E.5:** "Si, apoyarme emocionalmente o dialogar para expresar mis sentimientos y quitar un poco la pena que me agobiaba, porque en ese momento yo solo quería morirme, lloraba muchísimo y tenía ganas de salir corriendo a un lugar donde olvidara lo sucedido. **E.6:** "Si, ser más amable en el trato, porque son muy secas y distantes, se dedican solo a la atención física y uno no es un objeto." **E.7:** Si, hablarme más, solicitar a mi familia ropa

	porque estaba desnuda y por que así me hubiera tranquilizado más. **E.8:** "Si. Estar más pendientes de mi estado y de haber visto que las enfermeras hubieran hecho bien el trabajo. Había unas que no sabían poner la aguja para ponerme los líquidos, porque estaba votando mucha sangre. Otra mandaba a bañarme, el anestesiólogo se puso bravo y duro como dos horas para llegar a la sala donde yo estaba, para que me hicieran el legrado, dure mucho rato sola y con mucho dolor, por culpa de las enfermeras porque ellas les habían dicho la hora y llegaron tarde por que el liquido se acabo y la aguja se había tapado y estaban tratando de destaparla y no pudieron y me hicieron llorar del dolor… porque habían unas que ni siquiera sabían cómo hacerlo" **E.9**: SI, en esos momentos e que las cosas no son fáciles uno que quiere es estar acompañado de la pareja y a mi modo de ver considero que en esa medida no respetaron nuestro duelo y no lo dejaron estar mucho tiempo conmigo y pues la compañía de una persona ajena por mas que sea una colega no reemplazo el afecto y la compañía de mi pareja. Creo que falto mayor comprensión y entendimiento del momento en el que yo me encontraba

¿El profesional de enfermeria se acerco a preguntarle como se sentía a nivel emocional?	**E.1:** “No” **E.2:** “No” **E.3:** “Si, la enfermera me dijo que me tranquilizara que eso era normal que después tendría otro hijo.” **E.4:** “No, solo hable con la trabajadora social y la psicóloga” **E.5:** “No, y ni siquiera si tenía dolor.” **E.6:** “No” **E.7:** “No, para nada.” **E.8:** “No” **E.9:** si hubo una enfermera, que me preguntaba como estaba pues porque lloraba mucho, y me recomendó hablar con el psicólogo, creo que eso sirvió mucho no solo para mi sino para mi pareja fue importante, para nosotros ya que estábamos los dos solitos.

E: Entrevista

Numero arábigo: Numero de entrevista

CARREÑO HERNANDEZ Vivian y HENAO SANTANA Paola, *Tabla de agrupación de respuestas por categoría,* Mayo de 2009

Tabla 2. Tabla de relación de proporciones de las preguntas de la entrevista en las seis subcategorías:

CATEGORIA BIOFISICA									
Entrevistas / Subcategoria	**E1**	**E2**	**E3**	**E4**	**E5**	**E6**	**E7**	**E8**	**E9**
Procedimientos			X			x	x	x	X
Información		X							
CATEGORIA PSICOEMOCIONAL									
Entrevistas / Subcategoria	**E1**	**E2**	**E3**	**E4**	**E5**	**E6**	**E7**	**E8**	**E9**
Acompañamiento		x							X
Redes de apoyo									
Trato y respeto			X		x			x	
Comunicación			X						x

X: Indica intervenciones de enfermería positivas

CARREÑO HERNANDEZ Vivian y HENAO SANTANA Paola, *Tabla de relación de proporciones de las preguntas de la entrevista de las seis subcategoría, Mayo 2009*

Tabla 3. Tabla de descripción de proporciones de las preguntas de la entrevista en las seis subcategorías:

CATEGORÍA BIOFÍSICA	
Subcategoria	**Porcentajes**
Procedimientos	Las encuestadas calificaron el cuidado de enfermería después del procedimiento así: Tres lo enfocaron a procedimientos tales como: oxigeno, toma de signos vitales, administración de medicamentos, líquidos, signos de sangrado Las restantes lo calificaron como: normal, regular, pésimo, escaso y cruel
Información	De las 9 mujeres entrevistadas 7 mujeres afirmaron que fue el medico quien dijo la noticia que cursaban o habían tenido un aborto, a 1 de ellas le dijo la enfermera y a otra el especialista en ginecología. A cinco de estas mujeres nadie le explico el por que de lo sucedido (el aborto) y a 4 el medico si les explico las posibles causas. En cuanto a los cuidados al alta hospitalaria a nivel físico: alimentación, signos de alarma, la enfermera

	explico los cuidados a 6 mujeres. De esas 6 mujeres la enfermera a 1 de ellas le dijo que solicitara una cita para control, y a otra mujer le dio una orden para que solicitara cita con psicología. A 3 mujeres de las 9 mujeres entrevistadas la enfermera ni ningún profesional le explico nada acerca de los cuidados que debía tener en casa, ni de solicitar citas. En lo referente a educación en salud sexual y reproductiva sobre métodos de planificación y tiempo y cuidados a tener en cuanta al planear un nuevo embarazo a ninguna de las mujeres la enfermera le sugirió e instruyo en esto.
CATEGORIA PSICOEMOCIONAL	
Acompañamiento	En cuanto la compañía y comprensión por parte del profesional de enfermería ellas lo calificación así: Siete de ellas no se sintieron escuchadas, ni apoyadas Las otras identificaron un escaso cuidado, por parte del profesional de enfermería
Redes de apoyo	En lo relacionado con el acompañamiento de un familiar o pareja durante la hospitalización, ellas afirmaron que:

	Ningún profesional de enfermería lo había permitido, así ellas lo hubieran sugerido.
Trato y respeto	Lo que hace referencia al trato y respeto a la hora del profesional realizar acciones de cuidado 7 de las 9 mujeres interrogadas no estuvieron a gusto con el trato y con el respeto por parte de enfermería, algunas manifestaban que las regañaban, que los comentarios no eran los adecuados, y que la forma en que las miraban era como de expresión de lastima. Una de las mujeres refirió que el trato y respeto habían sido regular, otra de las mujeres comentaba que el trato y respeto había sido muy bueno justificando su respuesta con acciones netamente físicas por ejemplo: por que estuvieron pendientes y me acompañaban cuando me tocaba bañarme. Como comentarios o sugerencias ellas proponían: Trato humanizado el cual 5 de las nueve mujeres lo justificaron, buen trato y mas compañía y atención por parte de enfermería lo referían 3 de estas mujeres, y capacitación al personal de enfermería 2 de las mujeres lo mencionaron, varias de las observaciones se repetían entre las diferentes entrevistas.
Comunicación	En lo que respecta a la subcategoria de comunicación una sola mujer refería y hacia

	observaciones para el profesional de enfermería, 3 mujeres aseguraban que una escucha oportuna de parte del personal enfermero habría sido de ayuda, 2 comentaban que una mejor compresión, una de ellas hacia referencia a intervención en crisis, dos de ellas decían trato humano, otras dos mujeres hablaban del cuidado con respeto. A nivel psicológico 7 mujeres de las 9 que fueron entrevistadas comentaron que la enfermera nunca se le acerco a preguntarle como se sentía a nivel emocional y psicológico, a una mujer la enfermera le dijo que sentirse a si era normal y que después tendría otro hijo, y a otra mujer la enfermera le dijo que solicitara cita con psicología.

CARREÑO HERNANDEZ Vivian y HENAO SANTANA Paola, *Tabla de descripción proporciones de las preguntas de la entrevista de las seis subcategorías, Mayo 2009*

Tabla 4. Tabla de análisis de hallazgos

CATEGORIA BIOFÍSICA
SUBCATEGORIA "PROCEDIMIENTOS"
La mayoría de nuestras entrevistadas contestaron , a la pregunta: ¿Después de que le realizaron el procedimiento, como describe el cuidado de enfermería que recibió? de forma física puesto que ellas respondían cosas como: *"Bueno porque me tenían con oxigeno, suero y sangre y me pasaban el pato"* ***"****Me tomaron la tensión y me hicieron valoración física"* Ellas solo se enfocaban a los procedimientos físicos, teniendo en cuenta que el diccionario de la real academia española define este: [12]**"** como la acción de poder o la acción de ejecutar algunas cosas, se trata de una serie de pasos en común definidos, que permiten realizar un trabajo de forma correcta". Los procedimientos físicos realizados por el equipo de enfermería, buscan un bienestar biológico en pro de la salud del paciente; la mayoría de nuestras entrevistadas no diferenciaban entre el profesional y el auxiliar, lamentablemente el enfermero superior no da a conocer la verdadera labor de enfermería, por que se encierra en actividades repetitivas, administrativas

[12] http://definicion.de/procedimiento/

en su mayoría; dejando a un lado a la interacción con el paciente, es así como este debe buscar alternativas que amenicen la estancia hospitalaria, fortaleciendo el vinculo y habilidades de su equipo, mediante talleres, capacitaciones, donde se oriente al trato humano, para así lograr la interacción que define JEAN WATSON como "[13]El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como íntersubjetivo, responde a procesos de salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal".

Dentro de unas de las funciones del profesional de enfermeria está la valoración que significa [14]"la primera fase del proceso que consiste en la observación, recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores" es importante retomar estos aspectos para brindar un cuidado optimo, y así enfermeria puede aplicar los objetivos del plan de atención, claro está que esta valoración no comprende solo aspectos físicos, si no psicológico, social, espiritual, que sería el verdadero cuidado holístico que enfermeria debe brindar, para lograr una buena atención y satisfacción no solo del paciente, familia, si no como profesional.

Claro está que la pregunta no estaba enfocada a la parte física si no al verdadero cuidado del profesional de enfermería que se brinda en forma

[13]www.caritasconsortium.org/coffee-with-Watson.pdf "Teoría del cuidado humano. Un café con Watson

[14] http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm"ElProcesodeAtenciondeEnfermeria

holística (física, social, psicológica, emocional, espiritual,) enfocándose en las redes de apoyo, cultura y costumbres para así lograr el arte y la ciencia donde se [15]"conjuga el conocimiento, el corazón, la fortaleza, el humanitarismo, la comunicación y la creatividad en el cuidado como evidencia donde no afecta la ética, ni la terapéutica" donde busca como resultado la tranquilidad, satisfacción, relajación y confianza en la labor que se realiza.

Los profesionales de enfermería deben recordar que el [16]" El ideal y el valor de esta profesión no son simplemente cosas sueltas, sino un punto de inicio del contacto con el paciente, un estadio, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consciente que se manifiesta en actos concretos. El cuidado humano, como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana. Cuidar implica conocer a cada paciente, interesarse por él. Interesarse implica, paradójicamente, desinteresarse de uno mismo, algo difícil. Interesarse supone entrar dentro del ser, en este caso dentro del paciente, tener un conocimiento propio de cada uno, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones y además de sus conocimientos; requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo.

Esto exige entonces un esfuerzo de atención, una concentración que a veces agota más que el esfuerzo físico. Pero el que lo consigue se recrea en ese

[15] http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v27n1/10.pdf

[16]http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria810Editorial.htmLaexcelenciaCuidado.UnrRetoparaEnfermeria

juego de gran belleza, que si se sabe percibir, consiste en ir descubriendo, poco a poco, un ser cuya riqueza de matices, nunca se acaba de conocer del todo. “Es precisamente ese misterio del ser, en parte conocido, y en parte desconocido, pero siempre inefable, en su unidad, el que debe arrastrar y entusiasmar cada vez más al profesional de enfermería””

SUBCATEGORIA “INFORMACION”

En esta subcategoria se ubican dos preguntas de la entrevista la primera que es: ¿Del personal de salud, quien le dio la noticia de que estaba cursando o que había presentado un aborto? Mas del 70% de las mujeres entrevistadas respondieron que el médico fue quien les informo de su estado actual de salud, el 30% restante refirió que fue la enfermera la que informo la situación.
Si bien es cierto que es deber ético y legal del personal médico dar a conocer el estado de salud real al paciente, su patología, los tratamientos posibles, sus riesgos, contraindicaciones e implicaciones de la intervención, y obtener un consentimiento informado antes de proceder a desarrollar cualquier tratamiento médico. (Obligación legal consagrada en la Ley 23 de 1981), pero además es competencia del profesional de enfermería tal como se establece en el código deontológico del CIE para la profesión de enfermería: la enfermera debe cerciorarse de que la persona reciba información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados.
Es aquí donde el profesional de enfermería juega un papel muy importante en el cuidado que brinda a una mujer en esta situación, pues toda la información que haya dado el personal médico debe ser aclarada con la intervención de la

enfermera, para así proporcionar un espacio de comunicación efectiva donde Se interactué con la mujer , aclarando dudas, inquietudes, tabúes etc., pues encontramos que habían mujeres a las que no les habían, explicado las posibles causas del aborto espontaneo que tuvieron, a la pregunta: Alguien le explico el por qué de lo sucedido (el aborto)?quien? Estas son algunas respuestas:

"No", "Nadie me lo explico", "Si, el médico.

De otra lado, Parte del proceso de enfermería tiene que ver con las acciones que se deben realizar en bienestar de la mujer al alta hospitalaria , en dicho evento son todas las indicaciones que la enfermera o enfermero le debe orientar a ella a su pareja, familia o grupo de apoyo para el alta hospitalaria, aquí la enfermera debe ser muy clara y asertiva en cuanto a los cuidados que se deben tener; se identifica en nuestro estudio en la pregunta: Cuando iba a salir del hospital, el profesional de enfermería; le explico cómo debía tomarse los medicamentos? ¿Identificar signos de alarma o urgencia? ¿Si sentía tristeza, depresión que hacer o a dónde acudir?

Le explico acerca de métodos de planificación familiar que podía utilizar para prevenir o controlar un nuevo embarazo? Cuidados en casa, alimentación, entre otros y cuando acudir al hospital de nuevo? Si ___ No____ Cuales, esto fue lo que respondieron algunas:

"Si, pero solo lo de los medicamentos, que estuviera quieta y que si sangraba mucho o sentía borrachera regresara al hospital, pero lo de la pena y guayabo no me dijo a donde ir."

"Si. Debía acudir a una cita para que me revisaran de nuevo, me explico bien como debía cuidarme y como alimentarme, pero de planificar no me dijo

nada.

Realmente se evidencia déficit en las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, a lo que ellas comentaban que se sentían con más miedo, no sabían a quien preguntar por ejemplo con los métodos de planificación familiar y que algunas hacían caso de lo que sus vecinas o familiares sabían por su patrón cultural, de ahí la razón de intervenir con las familias, movilizando redes de apoyo, educando y escuchando a la mujer y actuando en su entorno, otras mujeres manifestaron que después del alta se sentían muy desanimadas y deprimidas que sentían la necesidad de ser escuchas y comprendidas, estos hallazgos son similares a los que identificaron en un estudio en república Dominicana : [17]"…los prestadores de servicios no se preocupan por las intenciones reproductivas de las mujeres que están padeciendo una complicación derivada de un aborto, y tampoco se toman el tiempo para hablar con ellas acerca de su regreso a la fertilidad, o qué hacer para prevenir nuevos embarazos no planeados. Al no recibir este tipo de información, muchas mujeres dejan el hospital con ideas erróneas que pueden repercutir en el uso que hagan a futuro de métodos anticonceptivos, al tiempo que las mantienen en riesgo de embarazos no planeados. Sólo 7% de las mujeres entrevistadas dijeron que durante su estancia hospitalaria algún proveedor de salud había preguntado sobre sus intenciones o planes de tener hijos en el futuro; 30% recibió información sobre cuándo se normalizaría su fecundidad y estaría en riesgo de quedar embarazada; seis de cada diez mujeres que no recibieron información sobre este dato dejaron el hospital pensando que no podían volver a embarazarse sino hasta que regresara su periodo menstrual, un mes después de que

[17] RIVERO FUENTES Estela, MIRIC Marija, VERNON Ricardo, QUINTERO Gisela y MOLINIC Maritza. Calidad de la consejería durante la atención postaborto en República Dominicana. Avances en la Atención Postaborto en América Latina y el Caribe: Investigando, aplicando y expandiendo. México: The Population Council 2007. p. 78. consultado en Mayo 2009

termino su embarazo, o con desconocimiento de una fecha aproximada".

Vemos como enfermería es indispensable para promover la toma de decisiones de la mujer en lo que respecta a sus derechos de vida sexual y reproductiva, para reducir embarazos no deseados y posibles complicaciones o embarazos de alto riesgo cuando no se informa y no se instruye a la paciente cuando su organismo está apto tanto física como psicológicamente para una nueva gestación, involucrando a su pareja, pues esta también hace parte del proceso. Actuando oportunamente y apoyándose en su equipo de trabajo para beneficiar su estado emocional.

[18] "Siendo el periodo del postaborto uno de los más críticos en la vida de una mujer, sea espontáneo o provocado, debe ofrecerse una atención de alta calidad, rápida, respetuosa y amable, que considere el entorno social y los sentimientos de la mujer en este estado. Debe ofrecerse apoyo con trabajo social o psicología para la intervención en crisis que requiere este grupo de mujeres"

Por lo anterior se hace indispensable gestión de cuidado por enfermeria que vaya de la mano con el trabajo en equipo interdisciplinar al alta de estas pacientes, por ejemplo a nivel emocional y psicológico, sugerir intervenciones por parte del profesional o especialista competente en caso de presentar sentimientos de tristeza, desesperanza, soledad, etc., todo esto dirigido a proporcionar atención integral, informándole a la mujer, pareja o familia los recursos con los que puede contar, los entes, organizaciones, programas, proyectos y diferentes servicios a los que tiene derecho.

[18] RODRIGUEZ DONADO Alejandro y LEON Herson. Guía de atención del aborto.Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología .Secretaria distrital de salud de Bogota.Alcaldia mayor de Bogotá D.E. consultado en Mayo 2009

CATEGORIA PSICOEMOCIONAL

SUBCATEGORIA "ACOMPAÑAMIENTO"

JEAN WATSON en sus premisas define que [19]"La claridad de la expresión de Ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona". El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol. "El grado de genuidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado". La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado""

En la pregunta se sintió escuchada comprendida y protegida por la enfermera, nuestras encuestadas, contestaron:

"No"

"No, NI Escuchada, comprendida menos, pues me regaño por quitarme el pañal, yo le decía que me dejara la luz prendida y me la apagaba, protegida para nada pues después del legrado en la habitación , la cama del lado estaba

desocupada y llevaron a una señora que acababa de tener su bebe, ella

Estaba muy feliz y me decía: porque lloras?, no le conteste nada y llame a la enfermera, para que me sacara de esa habitación, pero su aptitud fue

[19] www.caritasconsortium.org/coffee-with-Watson.pdf "Teoría del cuidado humano. Un café con Watson

arrogante y fría y dijo: "no hay más camas," pasaron poco mas de 60 min y luego vino otra enfermera y me llevo a una habitación para que estuviera sola allí."
"No, solamente y sinceramente por el médico, me dejo incomunicada con mi familia."

Ya se ha hablado varias veces, sobre el cuidado, interacción paciente – enfermera, expresión de sentimientos, entre otros, pero es importante recalcar que en situaciones de estrés, de dolor ya sea físico o emocional, las actitudes o expresiones de la enfermeras pueden afectar, alterar o por lo contrario fortalecer la unión con el equipo de salud. Los objetivos de enfermería son de compromiso social, bienestar, sanación, educación, ayudar a la persona a darle un enfoque y significado a la experiencia por la cual este vivenciando.

Es importante que enfermería identifique, analice y comprenda las fases o etapas de duelo, para realizar un cuidado optimo, enfocado a prevenir una crisis mal llevada, que puede generar o traer más adelante consecuencias no solo para la persona si para su círculo afectivo, en cualquier situación; se debe enfocar el cuidado de manera individual buscando apoyo multidisciplinario donde se busque una meta en común, sin alterar sus creencias, si no que fortaleciendo sus habilidades y aptitudes de aceptación o acomodación el situaciones que generen alteración de sentimientos.
Enfermería debe lograr simpatía y empatía con la persona y los familiares, para lograr un vínculo que permita una expresión adecuada de sentimientos, es ahí donde el profesional de enfermería debe saber escuchar y observar los diferentes comportamientos, gestos, para intervenir sin alterar o afectar las costumbres y aptitudes que como grupo familiar utilizan para resolver crisis.

Virgina Henderson en su teoría define que el acompañamiento de enfermeria [20]"es desempeñar tareas de asesoramiento y reforzado el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía". Y así se logra un autocuidado donde solo no interviene el paciente si no la familia o redes más cercanas con las que cuenta el individuo.

Para lograr un buen acompañamiento enfermeria debe tener en cuenta elementos como: [21]"intencionalidad, preocupación, empatía, libertad, libertad, opción, responsabilidad, respeto" la interacción de estos elementos logra lo que Jean Watson llama momento de cuidado, que se brindan cuando el enfermero profesional brinda un verdadero acompañamiento, observa y actúa sobre los estados de ánimo del paciente y de la familia fortaleciendo lazos, aptitudes, habilidades, valores, entre otros".

SUBCATEGORIA "REDES DE APOYO"

Existen diferentes redes de apoyo, pero en esta entrevista se enfoco a las primarias: la familia o pareja según sea el caso. Familia es definida como[22]"es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan", también es aquella donde se encuentra un sistema de relaciones interpersonales.

[20] http://html.rincondelvago.com/virginia-henderson.html.VirginiaHenderson

[21] El arte del CUIDADO DE ENFERMERÍA: de Florencia Nightingale a Jean Watson, disponible en <www.uach.mx/extencion_y_difusion/syntesis/2008/10/21/enfermeria.pdf> consultado en Mayo 2009

[22]http://74.125.47.132/search?q=cache:5J6ZIj6D_dwJ:www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%252012_UT_1.PDF+concepto+de+familia&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co

Se encontraron respuestas a la pregunta de ¿La enfermera se acerco a preguntarle si quería que un familiar la acompañara, o usted se lo sugirió? como actuó la enfermera y que le dijo?:

"No dejo que ningún familiar me acompañara, por que la institución no dejaba"
"No, que no estaba permitido por seguridad."

En circunstancias como el postaborto es importante el apoyo de la familia o de la pareja, para que como sistema emocional directo, superen las etapas de aflicción o de duelo, es importante involucrarlos en las diferentes actividades multidisciplinarias que se piensen llevar a cabo. Una de la labores de enfermería es gestionar, como tal esta debería tramitar los diferentes protocolos de la institución para al menos permitir la compañía de un ser cercano en diferente horarios en este tipo de situaciones, generando así un duelo más llevadero, no solo para la involucrada si no para la familia o pareja, al hace esto se lleva a cabo en su red de apoyo primaria : "[23]Fortalecer la unidad e integridad del grupo familiar, aumentar la capacidad de soporte hacia situaciones inesperadas, fortalecer y/o desarrollar habilidades o destrezas para manejar crisis, se incrementa el bienestar personal con nuevas herramientas e información"; Además de la expresión de sentimientos y reforzamiento de valores.
Enfermería debe velar por la unión y fortalecimiento de la familia, ya que es un apoyo, en diferentes etapas de recuperación ya sean físicas como emocionales, e interactuar conceptos, información, expresiones, que fortifiquen la unión entre el equipo de salud y los involucrados, logrando así la preservación, equilibrio, en la parte psicoemocional; la toma de decisiones es una fortaleza que muy pocas familias la toman en conjunto, pero de esta

[23] http://www.mipagina.cantv.net/fundacionamigos/apoyo_familiar.htm

manera las intervenciones emocionales, terapéuticas (equipo de psicología, trabajo social, psiquíatra, medicina, enfermeria,) son más completas porque en estos momentos de perdida no solo la persona involucrada directamente sufre si no toda su entorno; sus seres queridos y empezamos a actuar desde las interacciones que ellos como sociedad han formado donde la comunicación (verbal, visual, corporal) juega un papel importante y esta va a permitir un nivel de entendimiento mayor, se crea un ambiente de armonía, respeto, tolerancia entre las personas relacionadas y se logra una adaptabilidad al suceso que se esta vivenciando

Lamentablemente enfermería no gestiono en ningún de las casos que nos comentaron el acompañamiento de algún familiar en situaciones tan estresantes, dolorosas no solo física si no emocionalmente, de tal manera los sentimientos de aflicción, culpabilidad, ira, negación, enojo, impotencia, se acentuaban mas y daban como resultado un duelo más difícil de llevar, generando así un estancia hospitalaria más larga asociada a los síntomas depresivos , no solo para la persona si no para los familiares, por actuaciones como estas es que nuestra profesión la han catalogado como inhumana, de manera opuesta a la verdadera esencia de enfermería.

SUBCATEGORIA "TRATO Y RESPETO"

Tal como lo menciona el CIE en el código deontológico para enfermería el trato al paciente y la familia debe ser bajo valores como: el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. En los cuidados de enfermería hay respeto y no hay restricciones en cuanto a consideraciones

de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados.

Según lo que encontramos en nuestro estudio las siguientes preguntas las clasificamos dentro de esta subcategoria pues constituyen todo lo que tiene que ver con las acciones y comportamientos éticos profesionales que tuvieron los enfermeros:

Se siente satisfecha con el trato recibido por parte del profesional de enfermería? _Por qué?

"Si, por que estuvieron pendientes y me acompañaban cuando me tocaba bañarme

"No, uno en ese momento quisiera un apoyo, no quería saber nada ni de nadie, las enfermeras solo llegaban a colocarme los medicamento."

Desea agregar algo (comentario o sugerencia) en cuanto al rol del profesional enfermería en una situación de esta?

"Que deben concientizar a la enfermera de que la situación que están tratando, no es en ningún momento una situación de paso, si no que la persona a la cual atienden puede quedar con trauma debido a lo ocurrido"

"Si, se cree que el trabajo de la enfermera más que curar heridas, administrar medicamentos, es más cálido y más profesional, es decepcionante recibir ese trato y tener una imagen negativa en cuanto a el cuidado en esta situación, creo que deben ser muy receptivas y ponerse en los zapatos de uno, permitir un acompañante y escuchar, hablar con voz amable y mostrar con gestos su bondad por hacer las cosas."

Con las afirmaciones anteriores vemos que el trato de enfermería hacia la

mujer fue dirigida en la mayoría de los casos a la importantísima esfera física, dejando de lado las demás dimensiones, como la psicoemocional que como lo comentaban a veces el dolor no era físico era más dolor moral, dolor del alma, del corazón y por ende algunas de estas mujeres se sintieron desatendidas y maltratadas afirmando:

"No me pregunto por qué lloraba, no me dio animo…es que no están aplicándole una droga a un objeto o animal"

Cuando estas mujeres comparten sus percepciones, vemos que socialmente a la enfermera y específicamente en estos servicios, se le es reconocida e identificada la labor que debe realizar, y se le califica o juzga según sea su acción; pocas de ellas afirmaron que fueron tratadas con respeto y amabilidad. El buen trato, el respeto y la conducta amable son unas de las características principales de la profesión enfermera, en la situación tan compleja del postaborto, donde la mujer lo menos que desea es un cuidado humanizado, cálido, afectuoso y que le brinde pautas para poder expresar sus sentimientos y deseos.

En estos servicios es importante que los profesionales de enfermería y su equipo de trabajo logren repensar y analizar la práctica que debe ir mas allá de lo que se ve, capacitándose y capacitando a su personal auxiliar para intervenir con calidad y humanización con principios éticos y valores que son propios de la profesión y que se dejan en el camino con el pasar del tiempo o con la rutina, como el buen trato, trato amable, respeto, solidaridad, tolerancia, responsabilidad.

Enfermería debe identificar los principios y fundamentos de la ética, llevarlos y ejecutarlos en su práctica diaria para desempeñar su liderazgo como profesional y ser reconocido como tal por sus colegas, compañeros de

trabajo, sus mismos pacientes y las familias de estos, ya que ellos dependen de su profesionalismo. Promoviendo valores éticos como la comunicación y el respeto como elementos que permiten el desempeño de la disciplina.

SUBCATEGORIA "COMUNICACIÓN"

[24] "La enfermera no puede hacer a un, lado la problemática generada por los, diversos roles que tiene en la vida, pero tampoco puede perder de vista lo importante de su función en lo concerniente al lado humanístico. ¡ése que espera el paciente!; por tanto, no olvidar que, a veces, de tanto ver cosas y personas se le olvida mirarlo y de tanto oír voces y ruidos diferentes se le olvida escucharlo.

Hoy en día, con sólo observar a los pacientes es posible darse cuenta que en muchas ocasiones el hospital resulta un lugar hostil, en donde se encuentran solos, asustados, con miedo, necesitan de manera imperante comunicarse con los demás. En este sentido, la enfermera es un punto fundamental en la recuperación de la salud del mismo quien, al sentirse más confiado, puede colaborar más efectivamente en su recuperación".

Hace parte de una buena empatía la comunicación asertiva que genera la enfermera a realizar sus acciones de cuidado, gran parte de las mujeres encuestadas para nuestro estudio referían que les hubiese aliviado un poco su dolor el sentirse escuchadas, apoyadas, y comprendidas estas son algunas expresiones: a la pregunta:

¿Cree que el profesional de enfermería hubiese podido hacer algo más por Ud.? ¿Qué ¿Porque?

"Haberme dado una voz de esperanza. Simplemente me atendió y me dijo:

[24] LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN LA RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE. En: Revista de enferm IMSS Lic. Esther López Marure, Dr. Roberto Vargas León. 2002; 10 (2): P. 93.consultado en Mayo 2009

ya pasara… ya pasara"

"Mejor atención postaborto, en cuestión psicológica. Porque después de pasar uno por un trauma, como este, uno se siente culpable así no le sea"

"SI, acompañarme a la habitación y escucharme yo estaba muy sola, porque me sentía deprimida y tenía ganas de llorar."

El embarazo es un evento de gran importancia en la vida de la mujeres pues este genera un cambio en sus vidas independientemente de que haya sido planeado o no. Cuando en una gestante ocurre inexplicablemente la situación de aborto espontaneo ella experimenta sensaciones y sentimientos múltiples entre los más comunes y que refirieron las entrevistadas están: el dolor, desesperación, miedo, impotencia o culpa, desesperanza, tristeza profunda, ira, todo este tipo de sentimientos generan un conflicto y llevan a una crisis; en el proceso de postaborto la mujer necesita ser escuchada y comprendida y la enfermera es el contacto más cercano que la mujer posee en ese momento por ende el profesional debe intervenir oportunamente y su actitud debe ser de disposición a la escucha, y su comportamiento actitud y respuesta corporal sus implicaciones para la salud y la vida del familiar. En tales circunstancias, estos (as) profesionales pueden brindarles los primeros auxilios psicológicos, morales y espirituales. Están en contacto permanente con los pacientes y sus familiares, en los períodos de dolor y sufrimiento y tienen una posición debe ser empático.

[25]"Las enfermeras (os) siempre está presente s cuando el médico le comunica al paciente y su familia, la existencia de la enfermedad, médica o quirúrgica, y privilegiada, para contribuir en el proceso de resolución de la crisis e intervenir terapéuticamente durante él. Las y los enfermeros reciben

[25] CALDERON GOMEZ María Elida. Intervención en crisis a cargo de los profesionales de Enfermeria. Revista de Enfermeria en Costa Rica. 2003 p.39. consultado en Mayo del 2009

algún entrenamiento teórico al respecto durante sus estudios de grado, mientras que otros miembros del equipo de salud no han sido entrenados para atender y tratar con el componente emocional de los problemas de los pacientes y sus familias pues, no siempre se han considerada o una prioridad en los sistemas hospitalarios".

Otras de las expresiones de las mujeres a la pregunta: El profesional de enfermería se acerco a preguntarle como se sentía a nivel emocional? Son:
"*No, y ni siquiera si tenía dolor."*
"No"

Enfermería debe propender por crear un espacio donde se ejecute la comunicación con la mujer caracterizada por la escucha activa donde el lenguaje verbal y no verbal este presente, donde el profesional opte comportamientos como, mirarla a los ojos, tenderle la mano, mostrando agrado y disposición de amabilidad y solidaridad por lo que hace para que la mujer se sienta comprendida, y lograr una interacción donde ella exprese sus sentimientos, y se realice intervención en crisis, para facilitar el proceso de duelo y prevenir que este se prolongue más de lo normal y llegue a duelo complicado.

[26]"El duelo se define como "Una reacción afectiva dolorosa ante la pérdida de un objeto o persona amada ". Es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. Puede ser real o percibida, y tanto de una persona, objeto, función, status, relaciones…etc." El contacto con la familia no termina cuando fallece el paciente por lo que es

[26] GARRIDO LATIEGI *Amai.* Papel de la enfermería en el duelo. Psicóloga coordinadora del programa apoyo en el duelo. Sociedad vasca de cuidados paliativos. Consultado en Mayo 2009

aconsejable hablar con ellos a tiempo para indicarles que están interesados por mantener un contacto posterior con ellos. Si es posible, se intentará concertar una visita próxima para valorar sus reacciones ante la pérdida, aclarar sus dudas, explicarles las etapas del duelo y las reacciones normales ante la pérdida y ofrecerles algunas recomendaciones facilitadoras y adaptativas a la nueva situación.

Los enfermeros deben conocer lo que es el duelo y cuáles son las señales de su complicación para en caso de observarse reacciones no adaptativas, derivarlos cuanto antes al psicólogo para orientación y tratamiento tanto individual como grupal o familiar.

El duelo no complicado se manifiesta por la presencia de una serie de síntomas que se pueden considerar normales (normal, desde el punto de vista estadístico significa que es muy frecuente dentro de una población elegida al azar, esto es, cuanto más frecuente más normal). Desde el punto de vista clínico la normalidad y la patología se diferencian basándose en la duración en el tiempo y en relación con la intensidad de las manifestaciones y se caracterizan por la presentación de algún tipo de malestar somático o corporal, preocupación por la imagen del fallecido, culpa relacionada con las circunstancias de la muerte o perdida, dificultad de retomar la vida “normal” antes de la enfermedad y/o el fallecimiento y una tendencia a desarrollar rasgos de la conducta del fallecido. Es interesante recordar que a lo largo de la vida, desde niños, vamos pasando continuamente por diversos procesos de duelo, en los que nos desprendemos y/o perdemos objetos y personas sobre las cuales, en un momento dado, volcamos nuestra afectividad tornándose valiosos para nosotros. Las pérdidas van formando nuestra personalidad y modelando nuestra conducta. En la mayoría de las ocasiones hemos ido superando dichas pérdidas a través de una serie de mecanismos

de defensa que han ido modelando nuestra forma de afrontamiento y nuestra conducta ante situaciones semejantes que se nos irán presentando en lo posterior. En el duelo se considera necesario pasar por cuatro etapas o fases: 1) De pena y dolor, 2) De sentimiento de miedo, ira, culpabilidad y resentimiento, 3) De apatía, tristeza y desinterés y 4) De esperanza y reconducción de la vida".

El cuidado de enfermería no debe resumirse al cuidado o las acciones del componente físico pues la característica del profesional enfermero es ver, comprender y cuidar al ser de forma holística, en todas sus esferas como un todo en su ámbito, social, político, económico, cultural, espiritual, psicológico, emocional.

Todas estas expresiones de estas mujeres son el llamado de enfermería que necesitan y proponen pues algunas de ellas lo expresaban como que la enfermera debería ponerse en los zapatos de ellas, para tratar de comprender medianamente las necesidades de ser apoyadas y entendidas, la enfermera está en la capacidad de brindar todo el apoyo en la fase de duelo a la mujer y a la pareja, familia o amigos realizando acciones de cuidado tales como:

Apoyo a la mujer y su familia: por medio de la interacción, empatía y comunicación facilite el mantenimiento y estimulación de la integridad de los procesos familiares y la toma de decisiones de la pareja; animando y motivando a la pareja o ser querido para que se brinden apoyo mutuo en la situación de perdida, explicando las posibles sensaciones y malestares emocionales que se pueden presentar, recalcando la importancia de el dialogo mutuo entre sí, para canalizar los sentimientos y disminuir la sobrecarga emocional que puede traer consecuencias como soledad y

aislamiento.

La adaptación psicosocial de la mujer: lograda a través de la resolución de la aflicción, superación de los problemas, fomentando la expresión de sentimientos, y ayudando a identificar estrategias personales de resolución de problemas. Apoyo espiritual y emocional: donde la enfermera escuche atentamente todos los sentimientos, temores y dudas de la mujer y su pareja, respetando los momentos de silencio y llanto, disminuyendo la ansiedad, el temor promoviendo la resolución de la crisis y facilitando el proceso de duelo; promoviendo la aceptación intelectual y emocional de la perdida

Evitar comentarios como: "por lo menos tiene otro hijo", "son cosas de dios", "usted está muy joven después tendrá otro hijo" etc. Esas frases de aliento entre comillas, son para el profesional de enfermería intervenciones de comprensión, pero según lo que referían las mujeres entrevistadas, estas no les servían para aliviar o tranquilizar su dolor emocional, eran frases o discursos por salir del paso comentaba una de ellas. Respetar silencios: el silencio respetuoso mas una frase como: "se que estas muy triste y es lo mas lógico "le dice a la mujer en esta situación , a su pareja y familia que están siendo comprendidos por su sufrimiento, y así percibir no estar solos.

Permitir y no juzgar a la mujer ni a su pareja: o familia por expresiones de resentimiento e ira por el trato y cuidado recibido por parte del equipo de salud. Explicar a la mujer que un duelo normal tarda hasta un año en resolverse y en qué consiste.

Realizar intervenciones que eviten toma de decisiones y que propicien mas la reflexión de la pareja: de tener otro hijo que sustituya al que ya no estará, recomendándoles la importancia de que se viva este proceso y que

se apoyen mucho como pareja, dar educación en cuanto a métodos de planificación. Identificar conductas indiquen la existencia o no de ideación suicida y ayudarle a identificar y expresar sentimientos. Y se requiere hacer remisión al profesional competente.

CARREÑO HERNANDEZ Vivian y HENAO SANTANA Paola, *Tabla de análisis de hallazgo, Mayo 2009*

III. CONCLUSIONES

- ✓ Las mujeres que participaron en el estudio definen el cuidado de enfermeria cómo acciones dirigidas a lo netamente físico entendiendo este como todas las acciones que realizó la enfermera a cada una de ellas para satisfacer necesidades tangibles como lo son, control de signos vitales, administración de medicamento y entre otros procedimientos; además definieron que no se les tenía en cuanta como ser humano íntegro con sus propios sentimientos y emociones que no fue individualizado el cuidado en el sentido de tener en cuenta las características propias de cada ser como lo son la cultura, la raza, religión, el nivel socioeconómico, etc.

- ✓ Las mujeres afirmaron que si la enfermera las hubieran cuidado con una atención, amable, cordial, colocándose en los zapatos de ellas la tristeza y los sentimientos de depresión, culpabilidad y soledad habrían disminuido, esto apunta al primer supuesto que se planteo así: El cuidado de enfermería humanizado disminuye el malestar psicológico de esta situación.

  Del mismo modo afirmaron que si la enfermera las hubiese escuchado, dialogado, comprendido y acompañado en su proceso de dolor y tristeza todos esos sentimientos los habrían manejado mejor y que además no se hubieran sentido culpables de cierta manera, esto afirma y comprueba el segundo supuesto: La comunicación en la relación enfermera-paciente afecta positivamente, el estado psicológico de las mujeres en esta situación.

- ✓ Por estas expresiones y otras afirmaciones se comprueba y concluye con el tercer y cuarto supuesto teórico que fueron descritos como; La intervención en crisis por parte del profesional de enfermería es muy importante inmediatamente después del aborto ya que estas mujeres necesitan que sean escuchadas en cuanto al tipo de sentimientos que presentan con el objetivo de que enfermería brinde apoyo y empatía para este tipo de mujeres ya que estas pueden sentirse solas o culpables por lo sucedido, enfermería debe mover redes de apoyo, involucrando a la pareja a la familia, amigos entre otros.

- ✓ El estudio mostro el déficit de los profesionales en cuanto a la relación enfermera-paciente, siendo esta de vital importancia, en el cuidado que se brinda a la mujer en el proceso post aborto, puesto que ello implica comprender, entender a la paciente y a la familia en su dolor , es así donde enfermería por medio de la comunicación asertiva darle ánimos y pautas para que puedan adaptarse a los cambios y solucionar sus problemas propendiendo potenciar la capacidad de resolución de problemas que tiene cada uno de ellos.

✓ Las actitudes de cuidado que mencionaron estas mujeres abren un espacio de reflexión para nosotros como profesionales, preguntándonos qué nos hace falta? Que hace falta para brindar un cuidado con calidad y calidez humana? Que debemos gestionar o hacer los enfermeros para entender y comprender a estas mujeres, para hacerlas sentir comprendidas y apoyadas, colocándonos en los zapatos de ellas? ¿Capacitándome o capacitando a mi personal en cuando a la atención de emergencia psicológica que requieren estas mujeres? ¿Qué cambios o

experiencias, vive la enfermera; en el lapso de la academia a la práctica profesional que olvida la esencia del cuidado de enfermería?

- ✓ Las mujeres entrevistadas refirieron que la enfermera no permitió la compañía de la pareja, familia o amigo de la mujer durante su proceso y que ellas se justificaban en respuestas como, que la institución no lo permite dentro de su reglamento o por cuestiones de privacidad, seguridad y comodidad de otros pacientes; ¿en dónde está el rol gerencial del profesional de enfermeria? Es la pregunta que surge después que estas mujeres comparten y aportan en este estudio argumentando diferentes situaciones que la enfermera no gestiona, no tramita acompañamiento permanente de pareja , familia o amigos a ellas en el trascurso del proceso lo que repercutió en agudización de sentimientos de soledad y desesperanza, además de la ira ,la percepción y el concepto en cuanto al rol profesional del enfermero en su ejercicio asistencial, éste resumido y catalogado como enfermeros inhumanos e insensibles.

- ✓ La enfermera deber realizar acciones de cuidado como: dialogar con la paciente, pareja, y familia, enfocándose en, respetado a los silencios, escuchar, observar, gestos de amabilidad, comprensión entre otros, el malestar emocional de los individuos involucrados ante esta situación disminuirá considerablemente.

- ✓ Los profesionales de enfermería debemos permitir acciones que conlleven a llevar un duelo más fácil como por ejemplo: el observar el feto y darles unos minutos para que lo vean y lo tengan antes de seguir el

protocolo impuesto por institución; cuando se presentan estas situaciones, también gestionar la estadía de la pareja o familiar de la mujer en post aborto, puesto que la mujer no se va a sentir todo el día sola, y se le va a facilitar la expresión de sentimientos.

- ✓ Enfermería tiene la responsabilidad de fortalecer las redes de apoyo en especial las primarias (Familia) debido a que esta son la primera sociedad con la se involucra el ser humano no solo física, si no espiritual, económica, social, religiosa, psicológica, los momentos en que se presentan las crisis, como en este caso el postaborto, son más aceptables y llevaderos en compañía de seres con los que se tiene un vínculo emocional cercano, evitando así, complicaciones mentales o psicológicas más adelante.

- ✓ La falta de disponibilidad de personal capacitado dispuesto a brindar información y consejería hacen que la atención con calidad sea reducida, es por esto que enfermería debe realizar: talleres, cursos o capacitaciones con un equipo multidisciplinar, en el servicio para así fomentar el trato humanizado en cualquier crisis o etapa por la que este cursando la persona y la familia.

- ✓ Sabemos que cada ser humano es único e irrepetible así mismo son las vivencias y las percepciones que tiene la mujer en el postaborto, para intervenir con estas mujeres los enfermeros debemos individualizar cada experiencia, teniendo en cuenta y respetando su cultura, creencias, valores, raza, creencias, entre otros , para proporcionar un cuidado humanizado.

- ✓ Debemos practicar el Proceso de Atención de Enfermería, puesto que este nos permite brindar una atención integral, individualizada según las necesidades y reforzar las prácticas saludables en la persona o comunidad, este permite una integración de las habilidades teóricas, técnicas y de relación (comunicación, acompañamiento, redes de apoyo, valores, ética, entre otros), comprometiendo al paciente y a los acompañantes al cuidado reciproco.
- ✓ El embarazo es un evento de gran importancia en la vida de la mujeres, este genera un cambio en sus vidas independientemente de que haya sido planeado o no. Cuando un embarazo termina en aborto espontáneo, la mujer experimenta diversidad de sensaciones y sentimientos entre los más comunes y que nos refirieron las mujeres que fueron entrevistadas están: el dolor, desesperación, miedo, impotencia o culpa, desesperanza, tristeza profunda, ira, todo este tipo de sentimientos pueden generar un conflicto y llevar a una crisis, que posteriormente necesita de la elaboración del duelo por esa pérdida; en el proceso de postaborto es el momento donde la mujer necesita ser escuchada y comprendida, la enfermera es el contacto más cercano que la mujer posee en ese momento por ende el profesional debe intervenir oportunamente y su actitud debe ser de disposición a la escucha, a la ayuda, al apoyo emocional y su comportamiento corporal y sus actitudes deben ser empáticas.

- ✓ Socialmente la enfermera y específicamente en los servicios de obstetricia, urgencias, cuidados intensivos le es reconocida e identificada la labor que debe realizar no solo en cuanto a las acciones e intervenciones de la esfera física del individuo, y se le califica o juzga según sea su acción, sus actitudes y desempeño, una mínima parte de la

mujeres que en este estudio fueron entrevistadas afirmaron que fueron tratadas con respeto y amabilidad.

- ✓ La atención humanizada con calidad, que se debe prestar a estas mujeres, indudablemente está ligada a las acciones pertinentes y oportunas dadas por todo un equipo multidisciplinario de salud, aquí enfermería debe ser el puente o la gestora para que esos espacios se propicien, espacios que sirvan para la actualización, reflexión y retroalimentación entre las diferentes profesiones las cuales tienen un objetivo en común que es el bienestar de la mujer en tal situación.

- ✓ Unos de los principales problemas que identificamos en esta investigación es la información que se le brinda a la mujer y a su pareja durante la hospitalización acerca de los métodos anticonceptivos, ya que las enfermeras no informan, no educan acerca de la salud sexual y reproductiva en estos casos , grave problema puesto que si el profesional no informa, la mujer y su pareja entraran en el dilema de cuando el organismo de la mujer a nivel fisiológico se encuentra nuevamente apto para la gestación, que de lograrse muy pronto un nuevo embarazo en el tiempo no indicado, esto podría traer consecuencias y complicaciones en la gestación que podrían terminar nuevamente en un aborto, en este sentido, no solo se aumentaría el malestar psicológico y emocional de la mujer y su pareja, sino que además la salud de la mujer y su propia vida estarían en riesgo.

- ✓ Evitar comentarios como: “por lo menos tiene otro hijo“, “son cosas de dios“, “usted está muy joven después tendrá otro hijo” etc. Esas frases de aliento entre comillas, son para el profesional de enfermería

intervenciones de comprensión, pero según lo que referían las mujeres entrevistadas, estas no les servían para aliviar o tranquilizar su dolor emocional, eran frases o discursos por salir del paso comentaba una de ellas, que por el contrario generaban sentimientos de ira y desesperanza.

- ✓ Enfermería es el puente de comunicación con el equipo de salud para las diferentes situaciones que se presentan, como tal es importante la interacción que se logra para obtener así una estancia hospitalaria no tan traumática.

- ✓ Cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento.

- ✓ El término “transpersonal” en la teoría de J. Watson quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior. Dentro del estudio estas mujeres dicen que las enfermeras deben ser: personas que se coloquen en los zapatos de ellas, analizando y comprendiendo las

expresiones de la paciente, deben ser personas sensibles, amorosas lo que permite una adecuada conexión espiritual mediante la comunicación efectiva enfermera paciente.

- ✓ Con el apoyo en la teoría de Watson que define: el cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que este expone sus sentimientos subjetivos. Concluimos con esta definición que las acciones de cuidado que ejecuta el profesional de enfermería, no solamente están encaminadas ni dirigidas a su esfera física, si no que para que el cuidado sea real, las acciones como profesional tienen que ser coherentes con lo que dice la disciplina y con las convicciones que se tiene como profesional, se debe ver a la mujer en todas sus esferas o ejes.

- ✓ Entre otras de sus postulaciones Watson en su teoría afirma:

  - ➢ El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo. Por esta afirmación se concluye que las subcategorías identificadas como el apoyo emocional y el acompañamiento hacen parte los componentes de todo lo que integra la dignidad humana ya que se identifico déficits en el cuidado que brindo la enfermera a la mujer en esta situación.

  - ➢ El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto. esta definición se dirige a lo que

se identifico en el estudio, que las enfermeras necesitan realizar intervenciones de intervención en crisis y duelo en este tipo de pacientes, que la mujer persona, ser humano, individuo tiene diferentes esferas que direccionan su vida y la percepción de acontecimientos dentro de la misma, Así enfermería no debe direccionar su cuidado olvidando la esfera de espiritualidad o espíritu incorporado del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. ALIZADE, A. M. (1996). *Clínica con la muerte.*. Buenos Aires: Amorrortu. ISBN.

2. BARRIERA QUILA Miriam, DARROMAN DURRITI Reina y MONTOYA INFANTE Migdalia. Respuesta del estado psicológico en adolescentes, Rev Cubana Enfermeria 1999

3. BAYES, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte.*. Barcelona:Martínez Roca. ISBN.

4. BEJARANO BELTRAN Nancy Lucia y BEJARANO BELTRAN Martha Patricia. Preparacion para la maternidad & paternidad "un proyecto de vida" Universidad Nacional de Colombia, 2004

5. BILLINGS Deborah y VERNON Ricardo. Avances en la atencion postaborto en America Latina y el Caribe. Edti. Population Couned.2007

6. BOLTIN TECNICO. American College Obstetrics and Gynecology. 1993

7. CALDERON GOMEZ Maria Elida. Intervención en crisis a cargo de las y los profesionales de enfermeria, Colegio de Enfermeras Costa Rica, 2003

8. Diaz M. When and DIES Baby. American Journai of N m h g 5456, 1995

9. DIMENSIONES DEL CUIDADO. Grupo de cuidado Facultad de Enfermeria, Universidad Nacional de Colombia, 1998

10. DOCHTERMAN MCCLOSKEY Joanne y BULECHEK Gloria. Clasificación de las intervenciones de enfermería NIC. Edit. Mosby, cuarta edición

11. DOTTI Ileana. El impacto psicológico el aborto ^realidad ^ 0 mito?. Revista cuerpo y mente, 2007

12. EL ARTE Y LA CIENCIA DEL CUIDADO, Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia

13. FOX R. Piuai M y PORTER H. Guide to comprensive care. The management of late fetal death. British Journal of obstetrics and Gynecology. 104:4 -10,1997

14. GARCIA HERNANDEZ Alfonso Miguel. Continuidad entre madres, padres y sus hijos fallecidos, experiencia de duelo con padres participantes, Revista ENE, 2008

15. GOMEZ SANCHEZ Pío I, ESCANDON Inés y GAITAN DUARTE Hernando. Evaluación de la Atención Integral al Pos-aborto en 13 Hospitales de Colombia. REVISTA DE SALUD PÚBLICA · Volumen 9 (2), Junio 2007

16. GOMEZ SANCHO M. (2004). La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto.. Madrid: Arán ediciones.. ISBN ¿?.

17. GONDIM MARIUTTI Marina. Ó cuidado de enfermagen na visao de muliteres em situacao de abortamiento. Universidade de Sao Paulo, 2004

18. GONZALEZ CALDERON Margarita. Fallecer antes de Nacer, Memorias del V Simposio de Actualización de Enfermería

19. GRIEF COUNSELING Levin B. American Jornal of Nming. 5:69-72, 1998

20. GUIA DE ATENCION DEL ABORTO, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog)

21. GUIA TECNICA PARA LA ATENCION DE ABORTOS. Programa nacional de salud sexual y procreación responsable, Secretaria de programas sanitarios, Ministerio de Salud Argentina

22. ISRAEL Ellen colaboración con Sheila Webb. Opinión de la comunidad sobre los servicios de atención del post-aborto. Pathfinder International, Serie de Pautas Técnicas de PI, Número 2, Marzo 2001

23. LA AFLICCION RELACIONADA CON LA MUERTE PERINATAL. American College Obstemcians and Gynecologists. Boletín Técnico No. 86, 1985

24. LOPEZ MARURE Esther, VARGAS LEON Roberto. La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente, Rev Enferm IMSS 2002

25. LLUCH CANUT Maria Teresa. Enfermeria Psicosocial y de Salud Mental. Publicaciones Universidad de Barcelona

26. KOMURA HOGA Luiza Akiko, PAZ FELIX Carla Cristiane, BALDINI Patricia, CUNHA GONCALVES Rauqel y THAÍS RODRIGUES DE ALMEIDA E sILVA. Atención del parto: experiencias de usuarias de instituciones con o sin participación de la enfermera obstétrica dentro del equipo profesional, Avances de Enfemria XXIV Vol. 1, 2006

27. KOMURA HOGA HOGA Luiza Akiko, SILVA DE MELLO Debora. Paternidad y maternidad en la adolescencia conocimiento científico producido en la última década, Avances de Enfermeria· Vol. XXIV NO. 2 2006

28. MONTANO PÉREZ Marjorie. Calidad de Atención del Aborto en el Servicio de Emergencia posterior a plan De intervención H. F. V. P Octubre - Diciembre 2004, Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua Facultad de ciencias médicas

29. MURRAY Mary Eilen, ATKINSON Leslie, ATKINSON Mark y PALACIOS MARTINEZ. Proceso de Atencion en Enfermeria. 1998, segunda edición

30. NAVARRO SERER Mariano (2006). «La muerte y el duelo como experiencia vital: acompañando el proceso de morir.». *Información psicológica* (88). ISSN 0214-347 X - D.L. V-841-1983. pág. 17

31. PEÑA RIVEROS Astrid. Investigación y ética frente a la muerte, Revista Avances de Enfermeria

32. ROMERO Andia, CARIA Mabel, PINEDA Aparicio, ANGEL Mauricio, CEVALLOS Carlos y MENDEZ SACO Santiago, Satisfacción del usuario de los servicios de hospitalización del hospital nacional sur este essalud cusco - noviembre diciembre 2000, Rev. Situa set 00 - feb 01; 9

33. Sharon N, Susan K, et al. Reactions to perinad loss: a qualitative anaiysis of the nationd maternal and infant heaith smey Amer. J. Orthopsydiiat. 63(2), 1993.

34. TAYLOR Robert. Medicina de Familia, Principios y Practica. Edit. Masson, sexta edición

35. VILLARAGA DE RAMIREZ Liliana y BARROSO NIÑO Maritza. Maternidad vivida "una alternativa para la salud mental"Universidad Nacional de Colombia, 1990

36. WATSON Jean. Assessing and Measuring Caring in Nuersing and Health. Publishing company Springer

37. REVISTA DE ENFERMERIA, disponible en <www.encolombia.com/enfermeria>consultado en junio 2009

38. Bioquímica, biofísica y salud total dispponible en <www.adaptogeno.com/art_opinion/art46.asp> consultado en Junio 2009

39. RIZO GARCIA Martiza. Redes una aproximacion al concepto disponible enwww.74.125.47.132/search?q=cache:v4eeqahyhjkj:vinculacion.conaculta.gob.mx/capacitacioncultural/b_virtual/tercer/13.pdf+definicion+de+redes+de+apoyo&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co consultado en junio 2009

40. SANCHEZ FIGUEROA Jeannette. Intervención en crisis, disponible en www.sanchezdocs.files.wordpress.com/2008/02/intervencion-en-crisis.ppt. consultado en junio 2009

41. www.abortos.com/tipos_aborto.htm

42. www.afaco.es/pdf/cursos/cuidados_de_enfermeria_para_enfermos_de_alzheimer_y_otras_demencias.pdf

43. www.aniorte.com/teoriaymodelosdeenfermeria

44. www.binasss.sa.cr/poblacion/aborto.htm

45. www.cancer.gov/templates/db_alpha.aspx?cdrid=454766&lang=spanish

46. www.caritasconsortium.org/coffee-with-Watson.pdf “Teoría del cuidado humano. Un café con Watson

47. www.definicion.de/informacion

48. www.definiciode/respeto

49. www.diccionario.babylon.com/hol%c3%8dstico

50. www.El Proceso de Atención de Enfermería.htm

51. www.Enciclopedia Médica.htm. Aborto Espontáneo

52. www.encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1042007/Trabajoslibres2.htm"Cuidado humanizado de enfermeria"

53. www.espacioblog.com/.../tristeza_imagem.jpg

54. www.es.geocities.com/mi_portal_de_enfermeria/pagina6.html/madeleineleininger

55. www.es.wikipedia.org/wiki/comunicaci%c3%b3n

56. www.es.wikipedia.org/wiki/Duelo_psicol%C3%B3gicowww.escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/AltoRiesgo/muerte_fetal_int.html. Diagnóstico y manejo de la muerte fetal.

57. www.monografias.com/trabajos11/mcrisis/mcrisis.shtml

58. www.msd.com.mx/assets/hcp/biblioteca/manual_merck/content_mmerck/mm_21_294.htm

59. www.san.gva.es/cas/prof/enfermeria/documentacion/codigocie2006.pd

60. www.sovpal.org/capitulos/15-LATIEGI.pdf

61. www.taringa.net/posts/info/862883/Las-cinco-etapas-del-Duelo.html

ANEXOS

ANEXO A.

ENTREVISTA "Cuál es la percepción del cuidado de enfermería post aborto que tienen las mujeres entre los 17 y 25 años, que han sufrido una pérdida no inducida en la ciudad de Bogotá Colombia"

FECHA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO_____ identificada con _____ numero _____ de _____, afirmo que por voluntad propia acepto participar en la entrevista realizada por las enfermeras en formación de la universidad Nacional de Colombia : Vivian Katherine Carreño Hernández y Yenny Paola Henao Santana, que contribuye a un producto de investigación que están realizando para obtener el título de enfermeras este tiene como objetivo: Evaluar la percepción del cuidado de enfermería post aborto en mujeres entre los 17y 25 años que han sufrido una pérdida de la ciudad de Bogotá Colombia.

Fui informada que mi participación en la entrevista es muy importante y aporta pautas para contribuir con la calidad de cuidado que brindan las enfermeras en situación de postaborto y que mi nombre se conservara en el anonimato

Firma:

_____

La siguiente entrevista tiene como objetivo Evaluar la percepción del cuidado de enfermería post aborto en mujeres entre los 17 y 25 años que han sufrido una pérdida de la ciudad de Bogotá Colombia. Necesitamos que sea muy crítica y sincera para así evaluar la conducta del profesional de enfermeria en estos casos. Queremos aprender a cuidar con calidad y de la forma más humana. Al final si considera que puede agregar algo en cuanto al desempeño de enfermería escríbalo por favor

ANEXO B.

¿CUÁL ES LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA POST ABORTO QUE TIENEN LAS MUJERES ENTRE LOS 17 Y 25 AÑOS, QUE HAN SUFRIDO UNA PÉRDIDA NO INDUCIDA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ COLOMBIA?

Estrato:
Semanas de embarazo a la fecha del evento:
Número de gestaciones para esa época:
EPS: SI ____ NO _____ C UAL_____

PREGUNTAS:

1. ¿Del personal de salud, quien le dio la noticia de que estaba cursando o que había presentado un aborto

2. ¿Después de que le realizaron el procedimiento, como describe el cuidado de enfermería que recibió?:

3. ¿Cree que el profesional de enfermeria hubiese podido hacer algo más por Ud.? ¿Qué
   ¿Por qué?

4. Alguien le explico el por qué de lo sucedido (el aborto), quien

5. El profesional de enfermería se acerco a preguntarle como se sentía a nivel emocional?

6. La enfermera se acerco a preguntarle si quería que un familiar la acompañara, o usted se lo sugirió? _____ como actuó la enfermera y que le dijo?:

7. Se sintió escuchada comprendida y protegida por la enfermera

8. ¿Cuando iba a salir del hospital, el profesional de enfermería; le explico cómo debía tomarse los medicamentos? ¿Identificar signos de alarma o urgencia? ¿si sentía tristeza, depresión que hacer o a dónde acudir? Educación sobre métodos de planificación? Cuidados en casa, alimentación, entre otros y cuando acudir al hospital de nuevo? Si ___ No____ Cuales

9. Se siente satisfecha con el trato recibido por parte del profesional de enfermería? _____ Por que?

10. Desea agregar algo (comentario o sugerencia) en cuanto al rol del profesional enfermería en una situación de esta?

GRACIAS POR SU COLABORACION