

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ



VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POST GRADO

MANEJO EMOCIONAL ANTE EL ABORTO

“SUPERANDO MI PÉRDIDA, FORTALECIENDO MI VIDA”

DOMÍNGUEZ, MARIANA

8-791-230

PROYECTO DE INTERVENCIÓN PRESENTADO COMO UNO DE LOS REQUISITOS


PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA EN

SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ.

2019

ST
18/4/2023



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



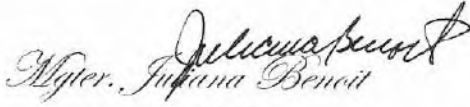
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado
Programa de Maestría en Enfermería en Salud Mental

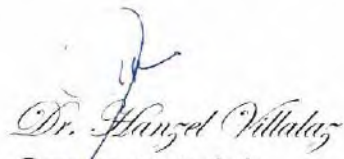
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE PROYECTO DE INTERVENCIÓN

- El día 12 de diciembre de 2019 a las 10:00 am en el Auditorio Luzmila de Illueca de la Facultad de Enfermería, se realizó la sustentación del Proyecto de Intervención de la Licenciada **Mariana Domínguez**, con cédula 8-791-230.
- El trabajo de investigación presentado se titula: **“Manejo Emocional ante el aborto”**.
- La Licenciada sustentó en forma oral y en audiencia Pública su trabajo de investigación y respondió a preguntas de los jurados calificadores, en un periodo de 1 hora.
- Asesora del Proyecto de Intervención: Dra. Carmen de Bishop
- El jurado calificador estuvo integrado por:

Mgter. Ana de Russo	Jurado
Mgter. Dora Trejos	Jurado
Mgter. Linette Velasco	Jurado
- En representación de la VIP estuvo el Dr. Hanzel Villalaz
- Después de la revisión del trabajo escrito y la sustentación respectiva, el Proyecto de Intervención fue aprobado con la calificación de A (94.1)
-
- Se adjunta informe final de evaluación y copia del Formato de Calificación originales del Trabajo de Graduación entregada por los jurados y asesora.

Abseguio del Autor


Mgter. Juliana Benoit
Directora
División de Investigación y Post Grado


Dr. Hanzel Villalaz
Representante de la
Vicerrectoría de Investigación y Post Grado

Agradecimientos

A Dios por la maravillosa familia que me otorgó; porque me ha dado sabiduría, fortaleza para superar los obstáculos durante la realización del proyecto y la oportunidad para lograr todo lo que me he propuesto de cumplir con una meta académica.

A mi madre, padre y hermanos, por su apoyo incondicional, protección, cariño que me motivaron día tras día, que siempre creyeron en mí aunque hubo momentos que me sentía sin fuerzas para continuar, siendo mi motor para guiar mis pasos con valentía para seguir, a lo largo de mi formación personal y profesional.

A la Doctora Carmen Flores de Bishop, que con su conocimientos, experiencia, dedicación y paciencia, fue mi guía que contribuyó para el desarrollo del proyecto.

Al personal del Centro de Salud de Nuevo Veranillo; Director Médico Anel Acosta, al maravilloso personal en Enfermería, a la Psicóloga Licda. Iris Valdés por su disposición y generosidad en su participación activa y a las mujeres post aborto que han aportado con su tiempo y experiencias vividas para ayudar a contribuir en el enriquecimiento de nuestra labor como profesional.

A mis amigos por ser mis ángeles terrenales, siendo pilares fundamentales que con sus consejos, comprensión, compañía y muestra de amor incondicional me motivaron constantemente.

Tabla de Contenido	p.
Acta de Sustentación de Proyecto de Intervención	I
Agradecimiento	II
Índice General	III
Índice de Cuadro	VIII
Índice de Gráficas	IX
Introducción General	X
Resumen	XIII
Summary	XIV
I Fase Analítica	1
1.1 Antecedentes.....	2
1.2 Descripción del Problema.....	13
1.3 Justificación.....	23
1.4 Objetivo General y Específicos.....	25
II Fase Marco Teórico	26
2.1 Aborto.....	27
2.2 Tipos de Aborto	27
2.3 Reacciones Emocionales.....	31
2.4 Fases de Duelo ante un aborto.....	33
2.5 Intervención de Enfermería.....	35
2.6 Teoría de Enfermería de Cuidados Culturales de Madeleine Leininger.....	40
III Propuesta de un Programa de Intervención	46
3.1 Introducción.....	47
3.2 Justificación.....	48
3.3 Objetivos.....	49
3.3.1 Árbol de Objetivos.....	50
3.3.2 Análisis de Árbol de Objetivos.....	52
3.3.3 Árbol de Priorización de Objetivos.....	52
3.3.4 Análisis de Árbol de Priorización de Objetivos.....	54
3.4 Hipótesis General.....	55
3.5 Consideraciones Éticas.....	56
3.6 Programa.....	57
3.7 Posibles resultados	60
3.8 Factibilidad del Programa	60

3.9 Seguimiento y Evaluación.....	61
IV: Fase de Ejecución	63
4.1 Producto N° 1: Diagnóstico Emocional de las Pacientes.....	64
4.1.1. Impulsar un protocolo de Atención emocional a la mujer que experimenta un aborto.....	64
4.1.2. Apoyo Emocional en las primeras horas de enfrentar la pérdida física.....	66
4.1.3 Actividad: Preparar física y psicológicamente a la paciente para el procedimiento indicado.....	82
4. 1.4 Actividad: Realizar actividades de información y sensibilización del aborto y sus consecuencias a los profesionales.....	82
4.1.5 Actividad: Asignar habitación lo más íntimas posible, alejadas de llantos de bebé o de latido fetal.....	85
4.1.6 Descripción de los resultados de las actividades realizadas con los Profesionales en Enfermería.....	87
4.2 Producto N° 2: Estrategias para el abordaje emocional de las pacientes.....	90
4.2.1. Actividad: Hacer contacto y construir una alianza terapéutica con la paciente para una atención temprana y oportuna.....	90
4.2. 2. Actividad: Fomentar la expresión de sentimientos a cerca de la pérdida.....	99
4.2.3 Actividad: Ayudar a la paciente a reconocer y aceptar sus propios sentimientos y emociones (culpa, enojo, tristeza).....	114
4.2.4. Actividad: Favorecer la expresión de sentimientos por medio de la comunicación no verbal y crear un espacio seguro.....	122
4.3 Producto N° 3. Pacientes con respuestas conductual positiva.....	130
4.3.1 Actividad: Toque Terapéutico.....	130
4.3.2 Actividad: Taller sobre el significado de su pérdida a través de actividades artísticas.....	130
4.3.3 Actividad: Terapia de reflexión sobre el manejo de emociones y sentimientos post aborto.....	146
4.4. Estabilidad Emocional de la mujer.....	153
4.4.1 Actividad: Conformar grupo de apoyo con las mujeres post aborto y el equipo Multidisciplinario.....	153
4.4.2 Actividad: Implementar intervención estratégica para el manejo emocional de la mujer y su familia.....	154
4.4.3. Actividad: Identificar las fortalezas y el estado emocional para superar la pérdida.....	155
4.4.4. Actividad: Proporcionar un enfoque positivo, potenciando destrezas y enseñando habilidades para afrontar la pérdida...	156
4.4.5 Respuestas del Cuestionario de Evaluación del Proyecto.....	158
4.4.6 Descripción de los resultados las actividades realizadas con las	161

	mujeres post aborto.....	
	V. Fase de Análisis del Proyecto de Intervención	166
5.1	Resultados.....	167
5.2	Discusión.....	180
	Conclusiones	184
	Recomendaciones	187
	Referencias Bibliográficas	188
	Anexos	195
1	Certificación de Comisión Académica.....	196
2	Acta de la Comisión Académica.....	197
3	Carta de Aval de la Coordinación en Regulación de Investigación para Salud Dirección General de Salud Pública.....	198
4	Carta de Aval por el Director Médico del Centro d Salud de Nuevo Veranillo.....	199
5	Certificación de Aprobación del Comité de Bioética.....	200
6	Certificación de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado.....	201
7	Cronograma.....	202
8	Presupuesto.....	209
9	Consentimiento Informado	213
10	Guía de Atención Emocional y Espiritual ante el Aborto.....	219
	Objetivos General y Especifico.....	220
	1. La pérdida de un hijo.....	221
	1.1 Aborto.....	222
	1.2 Definición de duelo.....	222
	2. Reacciones Emocionales.....	223
	2.1 Consecuencias con la pareja.....	224
	3.Fases del Duelo.....	226
	3.1 Embotamiento afectivo o shock.....	227
	3.2 Añoranza, búsqueda de la figura perdida y rabia. Duelo agudo.....	227
	3.3 Resolución del duelo. Aceptación.....	230
	4. Elaboración del Duelo y la Espiritualidad.....	231
	4.1 Sentimientos y emociones que pueden aparecer en el duelo... 4.2 Sentimientos y emociones que pueden aparecer en el duelo... 4.3 Sentimientos y emociones que pueden aparecer en el duelo...	235
	5. Actitud del Profesional.....	236
	5.1 Comunicación del Diagnóstico.....	239
	5.2 Brindar apoyo psicológico.....	242
	5.3 Preparación del Procedimientos.....	242

5.4	Procedimiento para expulsión.....	243
5.5	Pareja y sexualidad.....	244
5.6	Maternidad en el siguiente embarazo	245
6.	Estrategias de afrontamiento del profesional.....	247
6.1	Situaciones que debemos evitar.....	252
6.2	Frases que debemos evitar.....	254
7.	Estrategia de Afrontamiento de la paciente.....	255
8.	Actividades con el Personal en Enfermería.....	257
8.1.	1. Conferencia Taller al Personal de Enfermería.....	258
8.1.2	Orientación y capacitación al personal de enfermería.....	258
8.1.3	Acercamiento teórico-práctico al duelo perinatal.....	258
8.1.4	Tercera parte: Socio drama “Todo Cambio”.....	260
8.2	Hoja de cotejo: Buenas Prácticas de Intervenciones en la Atención el Aborto.....	260
8.3	Explicación de los procedimientos según indicación médica...	263
8.4	Terapia individual de expresión de pensamientos y sentimientos.....	264
8.5	Asignar habitación que brinde seguridad emocional.....	265
9.	Estrategias para el Abordaje Emocional de las Pacientes.....	266
9.1	Informar y orientar a las pacientes de las actividades del proyecto.....	266
9.2	Terapia de expresión de sentimientos y emociones a cerca de la pérdida.....	266
9.3	Taller encontrando el sol, en un oscuro invierno.....	267
9.4	Terapia individual Carta de Despedida.....	276
10.	Pacientes con Respuesta Conductual Positiva.....	278
10.1	Toque terapéutico.....	278
10.2	Taller de actividades artísticas: “Buscando el arco iris , perdido”.....	278
10.2.1	Figura Humana de Machover.....	280
10.2.2	Interpretación de dibujos.....	281
10.3	Terapia de reflexión “Mi hermoso Diamante”.....	294
11.	Estabilidad Emocional de la Mujer.....	295
11.1	Terapia Grupal de Comunicación con las mujeres post aborto.....	299
11	Certificación de revisión de Español.....	303
12	Cédula y carné del profesor que realizo la revisión.....	305
13	Diploma del profesor que realizo la revisión.....	306
14	Carta al Director Médico al iniciar la ejecución del proyecto.....	307

15	Cronograma de Actividades con el personal en enfermería.....	308
16	Material Educativos: tríptico “Manejo emocional ante el aborto” para el personal.....	309
17	Material Educativo: tríptico “Manejo emocional ante el aborto” para la pacientes.....	310
18	Material Educativo: tríptico “El aborto y sus cuidados”.....	311
19	Encuesta sociodemográfica para las pacientes.....	312
20	Cuestionario de Evaluación.....	315

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1	Mujeres con diagnóstico de aborto según año Hospital San Miguel Arcángel 2012 – 2016.....	14
Cuadro 2	Personal de enfermería por institución donde labora según ocupación en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Julio 2018.....	66
Cuadro 3	Personal de enfermería según intervenciones emocionales realizadas a las mujeres post aborto en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Julio 2018.....	68
Cuadro 4	Personal de enfermería según asistencia a las actividades para el apoyo emocional a las mujeres post aborto en el Centro de Nuevo Salud de Veranillo, Julio 2018.....	78
Cuadro 5	Lista de pacientes post aborto según características relacionadas al embarazo y a la atención pos aborto en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Mayo -Julio 2018.....	68
Cuadro 6	Lista de pacientes post aborto según características relacionadas al embarazo y a la atención pos aborto en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo Julio – Octubre 2018.....	94
Cuadro 7	Mujeres post aborto según características sociodemográficas por encuesta realizadas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo Julio – Octubre 2018.....	95
Cuadro 8	Mujeres post aborto según características definitorias de duelo en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo Julio – Octubre 2018.....	113
Cuadro 9	Mujeres post aborto por puntuación de la escala de duelo perinatal en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo Julio – Octubre 2018.....	114
Cuadro 10	Mujeres post aborto manifestación de sentimientos en los últimos 24 horas relacionado a su pérdida según herramientas utilizadas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Diciembre 2018.....	153
Cuadro 11	Mujeres post aborto por consideración de ser responsable de la pérdida de su producto de la concepción según creencia de haber podido evitar la pérdida en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Diciembre 2018.....	169
Cuadro 12	Mujeres post aborto que desempeñan sus actividades de la vida diaria según el apoyo de sus familiares y amigos en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Diciembre 2018.....	170
Cuadro 13	Mujeres post aborto en cuanto a la relación con su pareja según conversación sobre la pérdida del producto de la concepción en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Diciembre 2018.....	172
Cuadro 14	Opinión de la mujer post aborto sobre la actividad más significativa en el proyecto que le ayudó a superar su pérdida en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Diciembre 2018.....	175

Cuadro 15	Opinión de la mujer post aborto sobre la implementación del proyecto en todas las instituciones de salud en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Diciembre 2018.....	177
Cuadro 16	Mujeres post aborto con sentimientos de superación del duelo según actividades realizadas en el proyecto que le ayudaron en el proceso de duelo en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Diciembre 2018.....	178
Cuadro 17	Opinión de la mujer post aborto sobre su participación en el proyecto de intervención en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Diciembre 2018.....	180

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1	Mujeres post aborto por consideración de ser responsable de la pérdida de su producto de la concepción según creencia de haber podido evitar la pérdida en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Diciembre 2018.....	169
Gráfica 2	Mujeres post aborto que desempeñan sus actividades de la vida diaria según el apoyo de sus familiares y amigos en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Diciembre 2018.....	170
Gráfica 3	Mujeres post aborto en cuanto a la relación con su pareja según conversación sobre la pérdida del producto de la concepción en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Diciembre 2018.....	173
Gráfica 4	Mujeres post aborto con sentimientos de superación del duelo según actividades realizadas en el proyecto que le ayudaron en el proceso de duelo en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Diciembre 2018.....	133

Introducción General

La muerte de un ser querido es un evento que sobrepasa las fuerzas emocionales y físicas de las personas, por el dolor que esto representa.

De un embarazo deseado o de alto riesgo, un aborto es uno de los duelos más difíciles de elaborar debido al vínculo que existe entre el producto de la concepción y la madre, lo cual es simbólico y la unión creada se ha ido desarrollando durante los meses de embarazo, por el simple deseo e ilusión de ser madre, que desencadena dolor y sufrimiento cuando se enteran de la pérdida del producto que esperaba no llegará a su término o de haber perdido una vida dentro de sus entrañas, lo cual resulta para muchas mujeres una carga emocional muy fuerte, una herida no cicatrizada que representa una seria amenaza para su salud mental. Hay abortos que generan tranquilidad, aunque en algunas remordimientos en los embarazos no planificados.

Independientemente de la situación, los abortos causan consecuencias negativas tanto a la madre como a su pareja, desencadenando sentimientos de culpa, duda, enojo, arrepentimiento, vergüenza, temor al rechazo, irritabilidad y llanto, que a la vez se asocian a insomnio, estrés, depresión, ansiedad, angustia, de incertidumbre sobre el futuro, desesperanza, cambios en el estado de ánimo y aislamiento social, entre otros.

Algunas mujeres llegan a vivir un duelo silencioso ya que no son comprendidas por la mayor parte de la sociedad, no lo comentan con nadie por el temor a críticas, juicios, ideologías y la cultura (valores, creencias y espiritualidad) en la que se desenvuelven o temen ser juzgadas sin fundamento.

Con el paso del tiempo, la forma de actuar del profesional en Enfermería ante la muerte intrauterina ha cambiado, aumentando el interés durante los últimos años, ha hecho que se modifiquen prácticas llevadas a cabo como la sedación de la mujer durante el expulsivo y la retirada rápida del producto perdido, pues las madres sufren menos viéndolo después del parto, conociendo su cara, tocar e incluso, ponerles nombre, les ayuda a sobre llevar la mejor parte este proceso de duelo.

La búsqueda de una respuesta a la pérdida es una pregunta continua y desesperada por lo que requieren apoyo, empatía por sus familiares y el personal de enfermería por lo que es primordial crear un espacio de confianza a fin de explorar sus sentimientos y pensamientos, insistiendo que exprese su dolor y no lo reprima, contando tal como vive y siente sus emociones, sin censura por horrible que le parezca donde el personal debe tener escucha activa y orientar a las mujeres que no han canalizado el dolor de forma adecuada.

El papel de la enfermera será clave para que el desarrollo del duelo sea favorable y es por ello imprescindible que tenga la formación adecuada sobre el afrontamiento para llevarlo a cabo, ya que de lo contrario su actuación dejará secuelas negativas.

La razón que ha llevado a elaborar este estudio es la necesidad de mejorar la formación de los profesionales en enfermería para hacer frente a este tipo de duelo y cambiar la concepción que se tiene y darle la importancia que se merece.

En lo que respecta a la estructura del proyecto de intervención, éste se compone de 5 fases.

La primera fase describe los antecedentes de estudios realizados a nivel nacional e internacional sobre la temática de intervención, identificación del problema por parte de las mujeres post aborto y el profesional en enfermería y análisis de las necesidades de intervención.

En la segunda fase se hace revisión bibliográfica, sobre el aborto, las reacciones emocionales, fases de duelo y la intervención de enfermería, las cuales nos permiten sustentar e interpretar la temática en estudio.

La tercera fase consiste en el árbol de objetivo, la hipótesis general y la matriz del marco lógico, con las actividades para cada producto del proyecto.

La cuarta fase de ejecución se llevó a cabo con un acercamiento con los profesionales en enfermería del Centro de salud de Nuevo Veranillo y las mujeres post aborto que aceptaron participar voluntariamente en el proyecto.

La quinta fase de análisis de los resultados apoya la utilidad de la guía de atención emocional y espiritual en las mujeres post aborto para el empoderamiento de los profesionales para llevar a cambio una actitud innovadora en sus cuidados, logrando que las mujeres puedan llevar un duelo saludable, superando los obstáculos que impide el crecimiento y para definir un nuevo proyecto de vida.

En la actualidad, los profesionales de salud mental afrontan el desafío de elaborar estrategias de atención ante la muerte intrauterina, para ello se ha propuesto desarrollar y aplicar una guía de atención emocional y espiritual ante el aborto; buscando garantizar la continuidad de los cuidados durante y después de su egreso hospitalario, como un modelo terapéutico de carácter preventivo o curativo orientado hacia el crecimiento y descubrimiento de recursos internos y externos que servirán para el asesoramiento psicológico.

Lo que nos lleva a un proceso de conocimiento que brinde una atención oportuna buscando trabajar los pensamientos distorsionados, creencias sociales sobre la muerte intrauterina del feto que le permita avanzar en el proceso de duelo sobrellevando la carga emocional por la ausencia del ser querido para que pueda pensar en la pérdida del producto de la concepción sin sentir dolor, y que vaya teniendo en cuenta que es normal sentirse triste de vez en cuando.

Las mujeres se apoyan en las creencias religiosas y en la existencia de un ser supremo que alivia el dolor. Se puede decir, por lo tanto, que la forma en que las personas enfrentan su vida, así enfrentarán la muerte.

Resumen

La muerte intrauterina durante el embarazo deseado o de alto riesgo, es un evento que sobrepasa las fuerzas emocionales y físicas en la vida de la mujer, impacta de tal manera que desencadena sentimientos de culpa, tristeza, enojo y miedo. Para una madre no existe explicación para dicho suceso, ¿por qué el lugar que creó en su corazón con ilusión, amor y deseo súbitamente desapareció?

La Guía de Intervención Emocional, surge de la necesidad de brindar un apoyo emocional y psicológico a las mujeres durante y después del aborto inducido o provocado y /o espontáneo. El objetivo es brindar un espacio de reflexión, aceptación y afrontamiento ante la pérdida, donde se permitir la catarsis y hacer reeducación emocional permitiendo que cada paciente logre fortalecer su autoestima y desarrollar vínculos sanos consigo misma y con los demás.

El enfoque del Marco Lógico, se desarrolló paso a paso, en la fase de identificación del problema y alternativa de solución donde se analizó la situación y se buscaron las estrategias adecuadas para favorecer cada una de las fases de la intervención.

En el primer contacto, se explicó y entregó un contrato terapéutico con las reglas de confidencialidad y respeto, el cual fue aceptado y firmado libremente, esta intervención se realizó de manera individualizada, con una duración de una hora y media, facilitada por mí persona.

En los siguientes contactos se brindó terapia con las estrategias para una resiliencia emocional. Los resultados fueron que las mujeres post aborto obtuvieron herramientas para canalizar sus emociones: elaborando e integrando la pérdida y reconociendo la mejor forma de honrarlo: vivir felices llevando ese recuerdo como un tesoro.

Palabras clave: Aborto, duelo, apoyo emocional y afrontamiento.

Summary

The death of the fetus during pregnancy is an event that exceeds the emotional and physical forces, impact on the life of the woman who triggers feelings of guilt, sadness, anger, fear. For a mother there is no explanation, to understand what happened, and at the same time understand that the place that I believe in his heart with illusion of what she loved, wished and wanted suddenly disappeared.

The guide to emotional intervention, arises from the need to provide emotional and psychological support to women before, during and after abortion. The objective is to provide a space for reflection, acceptance and coping with loss, where catharsis will be allowed, and re-education emotionally allowing each patient to strengthen their self esteem and healthy bonds with themselves and with others.

The approach of the logical framework, was developed step by step in the phase of identification of the problem and alternative of solution where the situation was analyzed and the appropriate strategies were sought to favour each of the phases of the intervention.

In the first contact, it was explained and deliver a therapeutic contract with the rules of confidentiality, respect, which was accepted and signed freely, this intervention is it was carried out in an individualized way, lasting an hour and a half, provided by me.

The following contacts provided therapy with strategies for emotional resilience. The results were that women post-abortion they obtained tools to channel their emotions: elaborating and integrating the loss and recognizing the best way to honor it, is to live it's living happily taking that memory as a treasure.

Keywords: Abortion, grief, emotional support and coping.

I. FASE ANALÍTICA

1.1 Antecedentes

Es importante conocer los estudios que se han realizado a nivel internacional y nacional, sobre la temática de intervención; por lo que se hizo una revisión exhaustiva, encontrando lo que a continuación de detalla:

Pastor, S. y et al. (2011), realizaron un estudio sobre **La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud**, en la Unidad Materno **Infantil de un Hospital de Montilla**, Córdoba, España. El objetivo fue conocer la experiencia vivida por los profesionales de la salud en situaciones de muerte y duelo perinatal y describir las estrategias de actuación ante la pérdida perinatal. El estudio cualitativo, con un enfoque fenomenológico, fue realizado con 19 profesionales, utilizando la entrevista. Se identificó 3 categorías temáticas: la práctica asistencial, los sentimientos que despierta la pérdida perinatal y significada de la creencia sobre la pérdida y el duelo perinatal. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Investigación del Hospital de Montilla y por el Instituto de Consulta y Especialización de Bioética.

La selección del grupo de participantes fue de tipo intencional, el número de profesionales fue determinado siguiendo el principio de saturación. La estrategia de recogida de datos fue la entrevista en profundidad con guión semiestructurado. El análisis fue realizado siguiendo la propuesta de Taylor & Bogdan, tras sucesivas lecturas de las entrevistas transcritas y las notas de campo, se identificaron las unidades de significado y se agruparon en temas comunes. Por último, se elaboraron las categorías y subcategorías intentando captar el significado de los discursos y teniendo en cuenta el contexto en que fueron recogidos. La identificación de unidades de significado y su agrupación en temas se hizo teniendo en cuenta el guion previo de

dimensiones establecidas, aunque se dejó abierta la posibilidad de incluir nuevas dimensiones de las consideradas previamente. Para dicho análisis se ha utilizado como herramienta el software NVivo 9. El rigor científico se garantiza a través de la fiabilidad, validez y replicabilidad del estudio. Entre los resultados más relevantes se encontró la tendencia habitual de los profesionales del estudio, que es centrarse en los cuidados físicos evadiendo el aspecto emocional en un intento de disminuir su angustia. Por ello, ponen en marcha distintos mecanismos, actitudes y comportamientos en la vivencia de estas situaciones, lo que hace que su actuación no sea en muchas ocasiones la más correcta, reaccionando de manera distante, casi fría y negando la gravedad de la pérdida, sobre todo en gestaciones tempranas. Se hace evidente la falta de estrategias, de destrezas y de recursos de los profesionales entrevistados para afrontar estas situaciones y dar respuestas a las demandas de los padres.

Realza que, a pesar de que los profesionales se esfuerzan en ofrecer una atención integral y holística a la mujer y su pareja, cuestiones emocionales o de conocimiento, hacen que las conductas de la práctica habitual sean a veces humanistas basados en la relación de ayuda. Los problemas y dificultades que pueden afectar la calidad de los cuidados están relacionados con el desconocimiento de las peculiaridades de los padres que han sufrido una pérdida. En este sentido, expresan que la formación les facilitaría conocimientos sobre la mejor evidencia disponible para acompañar a los padres en este proceso.

El aborto espontáneo y la muerte fetal son experiencias devastadoras para los padres y algunas mujeres tienen grandes dificultades para recuperarse tras la pérdida.

Se concluye que es fundamental promover programas de formación para adquirir conocimientos y destrezas sobre el duelo perinatal y elaborar una guía de práctica clínica para la atención a la pérdida perinatal.

El autor Cajamarca, D. (2014), en su estudio denominado la Pérdida gestacional temprana no provocada y sus repercusiones sociales, personales y familiares en mujeres atendidas en el "Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado" desde febrero 2012 hasta febrero 2014. El objetivo fue distinguir las repercusiones sociales, personales y familiares que las pacientes dan a su experiencia de pérdida gestacional temprana no provocada, entre las mujeres que fueron atendidas en el Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado desde febrero del 2012 hasta febrero del 2014.

Es un estudio cualitativo, fenomenológico, diseño etnográfico, con entrevista semiestructurada y el análisis es llevado a cabo por contenido de discurso e ideológico. La información fue procesada y analizada en el programa computarizado SPSS 21.0 para Windows y la información se presenta en tabla de frecuencia y cruces de variables. Se encontró que el 48.7% tenían edades comprendidas entre 20 a 29 años, siendo 60.6% acompañada según su estado civil; el 60.5% señalaron tener un nivel de escolaridad de secundaria. Cuando investigamos el tipo de pérdida reproductiva de acuerdo al tiempo de gestación, las pérdidas tempranas como el aborto incompleto, el 52.6% fue el más frecuente y el 10.5% fueron inducidos. Las pérdidas tardías 3.9% fueron muerte fetal intermedia y muerte fetal tardía. Al comparar el tipo de pérdida reproductiva relacionada al tiempo de gestación con los efectos Psicológicos que manifestaron las mujeres atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua, conociendo previamente que al 96.1% fue un médico quien les informó de la pérdida, entonces el 56.2% no lo creían y el 75.0% no entendían la explicación que el médico les daba. El 36.8% no fueron acompañadas por su

compañeros en todo el proceso, el 27.6% sienten vergüenza por el qué dirán los que las conocen o la propia familia. Logramos identificar que el 64.7% no recibieron ningún apoyo por ningún experto de parte del Hospital, siendo 55.3% con pérdidas tempranas y casi todas, exceptuando solo algunas mujeres, que tuvieron pérdidas tardías. Se concluyó que las mujeres que fueron atendidas en el Hospital Docente "Pedro Vicente Maldonado", exhiben crisis características de la elaboración del duelo similares a las revisadas en otros estudios, por lo tanto, se considera que en zonas rurales la pérdida gestacional temprana no provocada, influye de manera importante, acarreando crisis no normativas, las cuales dependiendo de varios contextos afectan en mayor.

En un estudio realizado por Rodríguez, C. (2015), sobre Vivencias Post- Aborto. Escuela de Psicología de la Universidad de los Andes. El objetivo fue recopilar y analizar las vivencias experimentadas por mujeres que se han realizado un aborto. Por medio de los estudios realizados tanto en Europa como en América. Se cubrió un universo de 16 estudios cualitativos, tanto del ámbito europeo como latinoamericano, concentrando la atención en la descripción de las vivencias próximas al aborto y a la elaboración remota que realizan las mujeres que han abortado. En total, se contabilizan entrevistas a 197 mujeres de diversas situaciones culturales, sociales y personales. Entre los resultados más relevantes, la vivencia próxima al aborto está marcada por una desorientación vital: "cuando lo hice, después, entré en una depresión máxima, ultra negativa y o sea, descontrol, o sea no sabía qué hacer, estaba en un caos mental brígido, y me dediqué a carretear, a pasarla bien, a consumir droga, a todo, a hacer vida, a sentir algo, que me remeciera, que me dijera, conche tu madre estay en este planeta, estay aquí parada" (chilena, 25 años, testimonio citado en Gómez & Henríquez, 2014, p.66). No obstante, la constelación emocional que más se reitera en los estudios cualitativos son las sensaciones de tristeza, pena y

culpabilidad (citados en Bustos et al., 2011; Gómez & Henríquez, 2014; Lie, Robson, & May, 2008; Marquina & Bracho, 2007; Peña Pasapera & Pérez Ramón, 2011).

Otros estudios citados por Rodríguez reportan que regularmente las mujeres experimentan sensaciones y pensamientos relacionados al posible hijo que no tuvieron, pensando cómo habría sido el embarazo, su infancia, cómo se vería ahora, de qué manera su vida familiar habría sido distinta a la de ahora (Alex & Hammarström, 2004; Fielding et al., 2014; Kimport, 2012; Peña Pasapera & Pérez Ramón, 2011; Trybulski, 2006).

Además, se reportan situaciones ansiógenas relacionadas con la maternidad, embarazos siguientes, como también en el trato de niños pequeños (sobrinos, alumnos, pacientes), que evocan al hijo perdido.

También encontró que en algunos estudios, los sentimientos negativos persistentes se reportan como la vivencia de una pérdida, teniendo la estructura de un duelo (negación, negociación, reconciliación), mientras que otros estudios muestran que no hay un patrón común en la dinámica post-aborto; dinámicas tipo “caja de pandora” (negación y reventón emocional años después), estrategias de desviación de la atención, situaciones dolor y sufrimiento insuperables, reparación simbólica o mediada, proyección de la culpa en el entorno social, etc. (citados en Avalos, 1999; Boulind & Edwards, 2008; Goodwin & Ogden, 2007; Lie et al., 2008; Marquina & Bracho, 2007). Prácticamente, para todas las mujeres estudiadas, el aborto realizado constituye un secreto íntimo, un dolor profundo que no puede ser abiertamente liberado y compartido, tanto por la vergüenza como por el estigma que existiría sobre este tipo de acto, o ilegalidad en algunos países (Astbury-Ward, Parry, & Carnwell, 2012; Boulind & Edwards, 2008; Bustos et

al., 2011; Fielding et al., 2014; Gómez & Henríquez, 2014; Kimport, 2012; Marquina & Bracho, 2007).

En otro estudio Bellieni, C. y Buonocore, G. (2013), sobre Las Consecuencias Psiquiátricas y Psicológicas del Aborto en las Mujeres, titulado "Aborto y salud mental". El objetivo fue analizar todos los estudios científicos publicados desde 1995, que evaluó la salud psicológica y psiquiátrica de las mujeres que habían tenido un aborto, en comparación con aquellas que bien habían dado a luz a un bebé o habían tenido un aborto involuntario. Basado en revisión de estudios de 1995 al 2011, que utilizaban palabras claves como aborto, drogas, depresión, tabaco, alcohol que correlacionaba el aborto con presencia de salud mental. Análisis de 36 estudios. Seis los desecharon por razones metodológicas, así que se centraron en 30, que abordan sobre todo la incidencia del aborto en la depresión, los trastornos de ansiedad (como el estrés postraumático) y el abuso de sustancias. Entre los resultados más relevantes, Aborto frente a nacimiento en general (19 estudios): 13 estudios (68%) mostraron un claro riesgo en alguno de los problemas mentales citados en el grupo del aborto frente al grupo del nacimiento, y 5 no mostraron diferencia si la mujer no consideraba algo difícil la pérdida del feto. Sólo 1 estudio mostró mayor incidencia de trastornos en el nacimiento respecto al aborto.

Aborto frente a embarazos no deseados que terminan en nacimiento (7 estudios): 4 estudios (57%) mostraron un mayor riesgo en el grupo de aborto, 3 no mostraron diferencia y ninguno (0%) mostró que hubiese mayor riesgo en tener el niño que en matarlo. Esta es la confrontación clave, dado que numerosas legislaciones establecen el "riesgo para la salud mental de la madre" como causa objetiva de aborto. Los estudios sugieren que ese "riesgo" es mayor si se aborta que si se da a luz.

Aborto frente a aborto espontáneo (9 estudios): 3 estudios mostraron un mayor riesgo en el grupo

de aborto, 4 no encontraron diferencia, y 2 encontraron que a corto plazo la ansiedad y la depresión eran mayores en el grupo del aborto espontáneo, pero que a largo plazo era justo al revés: "La ansiedad y la depresión a largo plazo estaban presentes *sólo* en el grupo de aborto voluntario". En este caso, 5 sobre 9 (56%) encontraron mayor riesgo en el aborto inducido o provocado, y ninguno (0%) en el espontáneo.

Este último resultado también es muy significativo. Demuestra que la madre que pierde al hijo que lleva dentro por causas ajenas a su voluntad siempre termina superando el trauma, aunque lo padece, mientras que quien mata a su hijo deliberadamente, aunque al principio se halla en menor riesgo que si hubiese sido accidental, con el paso del tiempo se halla en mayor riesgo de no superar anímicamente lo sucedido.

La autora Coleman, P. (2011), en un meta análisis, "Aborto y salud mental: síntesis cuantitativa y análisis de investigaciones entre 1995 y el 2009". Bowling Green State University (EE.UU.). El objetivo fue recoger, examinar y resumir investigaciones científicas relacionadas al aborto con problemas de salud mental de las mujeres. Se realizó revisión de todos los artículos publicados en lengua inglesa sobre este tema, en revistas sometidas a evaluación por pares, publicados entre 1995 y 2009, de los que seleccionan para su evaluación final 22 artículos, 15 de Estados Unidos y 7 de otros países, que incluyen un total de 877.181 mujeres, repartidas en tres grupos: a) mujeres sanas no embarazadas; b) mujeres embarazadas sanas que han dado a luz un niño vivo normal y c) incluye a 163.831 mujeres que han abortado. Sólo incluyó estudios con grupo control de mujeres con embarazo a término, mujeres con embarazos no deseados que llegaron a término y mujeres sin aborto.

La muestra total fue de 877.181, de las cuales, 163.831 interrumpieron su embarazo. Se encontró que la mujer embarazada que pasa por un aborto experimenta 81% más probabilidades de

padecer problemas de salud mental, respecto al grupo de mujeres embarazadas que no se practican un aborto. En este segundo grupo el estudio diferencia, además, a las mujeres con embarazos deseados de las mujeres con embarazos no deseados. En ambos casos, las diferencias con las mujeres que abortaron resultaron estadísticamente significativas para los 36 problemas mentales descritos. En el análisis por separado de cada efecto se observó que el más frecuente era el recurso al uso de marihuana (OR = 3,30, 95%, P = 0,001), seguido de conductas suicidas (OR = 2,55, 95%, P = 0,006), consumo de alcohol (OR = 2,10, 95%, P < 0,0001), depresión (OR = 1,37, 95%, P < 0,0001) y trastornos de ansiedad (OR = 1,34, 95%, P < 0,0001). Cuando se compara el grupo de mujeres que abortaron con las que tuvieron un embarazo no deseado pero que no abortaron, esta diferencia se mantiene. En otras palabras, frente a un embarazo no deseado, la mujer que aborta tiene más riesgos de sufrir problemas mentales que la que opta por no hacerlo.

Se concluyó que: “independientemente del tipo de grupo de comparación utilizado, el aborto se asocia a un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental con una magnitud de este riesgo que va desde el 55 al 138%”. Finalmente, se calcula que un 10% de las mujeres que pasan por un aborto sufren este tipo de problemas dependiendo de las edades y cultura. Además, estimó que el porcentaje de trastornos directamente provocados por el aborto en la población femenina sería: 8,1% de ansiedad, 8,5% de depresión, 10,7% en abuso de alcohol, 26,5% en uso de marihuana, 20,9% para todas las conductas suicidas y 34,9% para suicidio.

Los estudios e investigaciones sobre el aborto que se encontraron a nivel nacional sólo estaban basados en los cuidados en la valoración física sin mencionar la atención emocional, por tal motivo procedí a recabar información de los medios de comunicación impresos.

Mojica (2009), en su artículo sobre la situación de los abortos en Panamá, en el periódico Panamá América, apunta que en los últimos tres años, en Panamá, se han registrado más abortos que nacimientos muertos por naturalidad. Datos del Ministerio de Salud (MINSAL) revelan que durante los últimos tres años se registraron 681 nacimientos muertos; sin embargo, esta cifra es mínima en comparación con los 10.225 abortos que se reportaron en el país en ese mismo periodo.

Además en el artículo según las estadísticas de ginecólogos expertos revelan que cada año a nivel nacional se registran unos 12 mil casos de abortos, de los cuales del 30% al 50% son provocados. Según datos del MINSAL, en el 2006 se registraron 3 mil 612 abortos; durante el 2007, 4 mil 503, y el año pasado, las cifras tan solo en el Hospital Santo Tomás cerraron con 2 mil 110 casos.

Por otro lado Mojica refiere que en el Hospital Santo Tomás se registra una tasa de aborto de 14 por cada 100 nacimientos vivos, señaló Ana Baso, jefa de obstetricia del departamento de Maternidad de este nosocomio. Ella explicó que tanto el aborto espontáneo como el provocado es causante de complicaciones a la salud que conlleva hasta la muerte. La galena enfatizó que desde la concepción de una célula humana, ya es considerada un ser con vida, mientras que la viabilidad de un bebé se registrará en la semana 24 de gestación. El aborto provocado o inducido ocupa el tercer lugar entre las causas de muerte materna (una cada hora) siendo la Tasa Mortalidad Materna alrededor de 160 por 100.000 nacidos vivos.

Según el doctor Lagos, jefe del servicio de ginecoobstetricia del Hospital San Miguel Arcángel (2015), en una entrevista dada a Moreno del periódico el Siglo, cuatro mil 968 abortos fueron atendidos en el Hospital San Miguel Arcángel durante los últimos cuatro años. De enero hasta

mayo del 2015, 563 fémininas tuvieron interrupciones durante el inicio de su estado de gestación en este lugar. De acuerdo con Lagos, en el caso del aborto las pacientes llegan al hospital con historial de sangrado, dolores en el bajo vientre en menos de 20 semanas en edad gestacional, se les evalúa y se les diagnóstica.

De acuerdo con Gustavo Gil, coordinador de Salud Sexual y Reproductiva de la Regional de Salud en San Miguelito (2015), el 95% de los abortos son espontáneos. El 5% restante se debe a que la madre consume algún tipo de sustancia ilícita, es hipertensa, diabética que no se controla y fuma.

Según el doctor, Jorge Rodríguez Sotomayor, en entrevista dada a Domínguez (2016); del Periódico día a día, médico familiar y director de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud, “el tema va mucho más allá, pues las pacientes que pasan por esto deben tener no solo una curación física, sino una emocional y en muchas ocasiones las instituciones públicas no tienen la capacidad de brindarla. La curación dependerá de la mujer, aseguró Rodríguez, porque en dos o tres meses el cuerpo puede estar recuperado, pero las emociones no, sobre todo porque el sentimiento de culpa es constante. Sin duda, la familia es importante, aseguró el especialista”.

En cuanto a la edad, dijo que hay dos caras de la moneda: si la mujer es joven, podría sufrir más por la falta de madurez y afectar su futuro, pero si es madura, sus posibilidades de volver a pasar por el problema aumentan, ya que la mayoría de ellas nunca han sido madres.

La mujer pasará por un periodo de duelo. Dependiendo de la causa del aborto sentirá pena, miedo y ansiedad. También puede aparecer la culpa, pues se suele pensar que igual podría haber hecho algo para evitarlo. Muchas mujeres se cierran en banda con su dolor y deciden no hablar sobre lo que sienten, se distancian de su familia, de sus amigos. A veces incluso pueden sentir

que han fracasado o que le han fallado a su pareja e incluso al propio hijo que llevaban dentro. Aparecerá también irritabilidad. El dolor y el sufrimiento serán mayores cuanto más avanzado sea el embarazo. Pero incluso en el primer trimestre aparece un gran sufrimiento. La mujer puede incluso acabar con una depresión. (Cassidy J. Umamanita, 2008)

Todos los estudios descritos me llevan a concluir, que la muerte intrauterina para una mujer con un embarazo deseado es una experiencia devastadora, de dolor profundo que no puede ser abiertamente liberado y compartido, por tristeza, vergüenza y sentimientos de culpa que algunas tendrán dificultad de recuperarse.

Se evidencia que los profesionales de salud se centran en los cuidados físicos evadiendo el aspecto emocional, que sus actuaciones en muchas ocasiones no son las correctas por la falta de estrategias o destrezas donde no reciben apoyo, ya que algunas instituciones de salud no brindan esta atención emocional.

Se debe brindar atención integral a la mujer post aborto, que incluya el aspecto físico, psicológico, espiritual y social, ayudar a elaborar su duelo, tener cuidado con las palabras para no lastimar en lugar de ayudar, conociendo que las reacciones van hacer diferentes en cada mujer dependiendo de sus sentimientos, de los lazos de afectos y la intensidad de amor.

1.2 Descripción del Problema

El aborto puede generar una crisis que termine con efecto devastador, ya que la madre debe parir un hijo no desarrollado desde lo biológico y muerto desde lo simbólico, lo cual es un hecho extremadamente doloroso tanto físico como afectivo (Mariutti, Almeida & Panobianco, 2007). El aborto ha sido, es y será un tema controversial debido a los condicionantes y matices que traspasa los límites de lo racional para adentrarse en lo emocional.

La O.M.S. (2016), en una Nota descriptiva de Prevención del Aborto Peligroso del 2010 al 2014 refiere que: en promedio, se produjeron anualmente 56 millones de abortos (seguros y peligrosos) provocados en todo el mundo. Se produjeron 35 abortos provocados por cada 1000 mujeres de 15-44 años.

El 25 por ciento del total de embarazos acabó en aborto provocado. La tasa de abortos fue superior en las regiones en desarrollo que en las desarrolladas. Se calcula que cada año se realizan unos 22 millones de abortos peligrosos en todo el mundo, casi todos ellos en países en desarrollo.

Cada año, unos 5 millones de mujeres ingresan en hospitales como consecuencia de un aborto peligroso y más de 3 millones de mujeres que han sufrido complicaciones a raíz de un aborto peligroso no reciben atención médica.

Valdés (2019), en su artículo sobre los abortos en Panamá son más frecuentes de lo creíamos, en el periódico Panamá América, hay médicos y personas no idóneas en Panamá que se dedican a realizar abortos clandestinos: inyectan a la mujer para dilatarle el útero, le hacen un curetaje, le ponen sonda... en todo caso, es un proceso ambulatorio e ilegal.

El aborto espontáneo o inducido hace que las mujeres experimenten muchos cambios emocionales, puesto que no son atendidas oportunamente por el personal de salud competente. (Guía de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo 2015, p.25).

Panamá no tiene cifras exactas de casos de abortos, solo el Informe Económico y Social de Julio de 2014, hecho por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), dejó en la palestra algunas cifras del Hospital Santo Tomás. Se atendieron más casos para interrumpir el embarazo (14.6%). En total, los especialistas prestaron sus servicios para atender 1,200 abortos. La tasa de aborto (14.6 %) fue mayor a la de años previos (13.1% en 2013 y 10.8% en 2012).

Datos estadísticos del Hospital San Miguel Arcángel de abortos según atención de mujeres embarazadas del 2012 al 2016. Se aprecian en el siguiente cuadro.

CUADRO 1: MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO SEGÚN AÑO HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL 2012 – 2016.

Años	Total de Mujeres Embarazadas	Total de pacientes atendidas con diagnóstico de Abortos	%
2012	6212	1296	20
2013	5999	1271	21
2014	5362	1264	23
2015	4921	1159	23
2016	4775	1137	24

Fuente: Departamento de Registro Médico del Hospital San Miguel Arcángel.

La sala de parto establece el primer contacto y puerta de entrada a todas las pacientes que requieren atención por servicio de ginecobstetricia. Son atendidas por médicos generales y ginecólogos, son ellos los encargados de darle y explicarles su diagnóstico de aborto, luego son entrevistada por el personal de enfermería en el área de filtro para realizarle la admisión, al ser preparadas son acomodadas en camillas para posteriormente realizarles los procedimientos; ya sea legrado uterino instrumentado (LIU) o aspiración manual endouterina (AMEU). Lo controversial es que son colocadas en el pasillo frente a la sala de labor donde están las pacientes con monitor fetal, siendo un sonido audible que afecta emocionalmente a las pacientes con diagnóstico de aborto.

Luego de realizado el procedimiento previa evaluación a los laboratorios y condición de las pacientes, le dan egreso sin recibir ninguna atención emocional o son hospitalizadas por su condición o alteración en los resultados de laboratorios en la sala de obstétrica B, para continuar con tratamiento farmacológico, sin recibir atención emocional. La sala de Obstetricia B, del Hospital San Miguel Arcángel consta de 5 cubículos, 36 camas, en el cual el primer y segundo cubículo atienden a las pacientes con cesáreas y partos normales complicados. El tercer cubículo con 6 camas está destinado para las pacientes que tienen diagnóstico de aborto, las que se realizan LIU y AMEU. A pesar de la distribución por la gran demanda de atención de partos en esta institución, en muchas ocasiones se ubican pacientes con sus neonatos en camas continuadas a las pacientes con diagnóstico de aborto, lo que puede ocasionar mayor afectación en su salud mental

Para completar la descripción del problema se realizó entrevista a las pacientes y personal de la sala y las respuestas obtenidas son las siguientes, coincidiendo la mayoría de estas:

Personal: “hay algunas que si se ven como afectadas las otras están tranquilas, aunque no sabemos si es un mecanismo de defensa de enmascarar su dolor, lo triste son los casos donde se sienten culpables de la pérdida sin tenerla, lloran inconsolablemente, no comen , se aíslan, con conductas de ansiedad, inseguras, con resentimiento, enojadas y guardan su dolor”.

“Una pérdida temprana no se considera como muerte intrauterina, sino más bien como la pérdida de ilusiones y expectativas de ser madre, sentirse realizadas, donde no solo se afecta la mujer sino todo su entorno familiar y social. Las pacientes que pasan por esto deben tener no solo una curación física, sino una emocional, el cuerpo puede estar recuperado, pero las emociones no, sobre todo cuando el sentimiento de culpa y dolor es constante por la pérdida de su embarazo deseado.”

Pacientes: “en casa, al iniciar a sangrar, tenían mucho temor, miedo, de lo que le dirían al atenderlas, ya que sospechaban que algo no andaba bien, ese dolor y manchas significaban alguna complicación”.

En cambio las que no sabían que estaban embarazadas manifestaron que *“acudieron por sangrado abundante y dolor en el vientre, que fue para ellas una sorpresa que las dejó como en el aire, saber que estaban embarazadas y gran tristeza al saber que lo perdieron, luego, les decían que tenían que hacerles un procedimiento de limpieza; no podían contener el llanto, no entendían como la vida les cambio de repente el mismo día que les decían que tenían un ser creciendo dentro de ellas y que estaba muerto, por lo que las preparaban para sacarlo.*

“Es una bendición tener un bebé y yo lo perdí, me preguntaba a mí y a Dios. “Por qué a mí”, “No merezco vivir”, “No sirvo ni para hacer un hijo”, “ porque les das barba al que no tiene quijada, tanto que te lo pedí y hoy me lo arrebatas , ¡ No es justo! tenía dolor y me sentía muy

triste, desbordados por la pena, angustia, por la frustración, ansiedad y por la impotencia de no poder cambiar el final de mi historia, estaba intranquila, gritaba, quería que me atendiera rápido, necesitaba a alguien que me entendiera y ayudara, no solo que me vieran como si nada pasara. Es la pérdida de un ser humano que en muchas instituciones no le dan la importancia que le corresponde, perdí mi bebé y nadie me apoyó, estuve sola, no comprenden el dolor que se siente.”

Cuando se vive la pérdida de un embarazo planificado los sentimientos pueden ser tan abrumadores que pueden generar secuela que sobrepasan los mecanismos de defensa. La madre no solo tiene que pasar por el proceso físico de la pérdida, sino también someterse a procedimientos quirúrgicos, lo cual hace más traumática la experiencia.

La función del personal de enfermería, es atender con el máximo profesionalismo a todas las pacientes, brindar una atención humanizada basada en calidad, calidez, eficacia, eficiencia y a la vez comprender que todas las mujeres que experimentan un aborto sufren, las que los perdieron espontáneamente se sienten culpables siendo inocentes, pero las que los indujeron sienten un vacío por una decisión que tomaron en un momento de desesperación.

El silencio que cubre este tópico provoca más dolor psicológico para la madre en sufrimiento, debido a que es incapaz de expresar su dolor de manera abierta y apropiada, ya que el personal de salud no se detiene a brindarle atención emocional, sino que solo se enfocan en lo físico si tiene dolor, sangrado o si expulsó el producto.

Con cada pérdida que nos acontece iniciamos un proceso de adaptación y reconducción que nos permite avanzar de manera diferente en las nuevas circunstancias, donde aquello que estaba, ahora no está. Son muchas las mujeres que se sienten apartadas y solas durante la pérdida. El

tener a alguien con quien desahogar sus emociones es el primer paso para sanar. En la institución, la atención post aborto se da solamente en el aspecto físico y no emocional.

Análisis de los involucrados

Es importante estudiar a las personas o actores que tienen vínculo con el proyecto, ya que muestran los principales problemas, intereses, fortalezas, debilidades y relaciones de los distintos actores que de forma directa o indirecta se verán implicados, esto permite optimizar los beneficios y limitar los impactos negativos. Al analizar sus intereses y expectativas se puede potenciar el apoyo con intereses coincidentes y conseguir el apoyo de los indiferentes. Se trata de un primer paso esencial que definirá de forma global los indicadores, grupos y entidades involucradas en la intervención.

Grupo	Interés	Percepción Problema	Recursos / Mandatos
Paciente con aborto Provocado.	Sería bueno ya que solo se basa en lo físico y no se detienen hablar, muchas veces nos juzgan sin saber porque tomé esa decisión.	Poco conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos.	Solo basta que alguien nos escuche para liberar este dolor. Que nos orienten de cómo cuidarnos y prepararnos.
Paciente con aborto Espontáneo.	Es un gran dolor que no tengo palabras para explicarlo, me sentía sola y vacía hasta que una enfermera se acercó, solo me escuchó y sentí un poco de alivio.	Puede ser 2 opciones de solución de un problema, para otras es una gran tragedia que le marca sus vida de dolor y tristeza.	Orientar a las mujeres y sus parejas de la importancia de la planificación familiar, a la vez enseñarnos como superar este dolor.
Jefa de obstetricia B	Experiencia que lleva a una hospitalización incómoda; la ansiedad, sentimientos de culpa o miedo, por causa de juicios valorativos de la sociedad por el miedo que descubra lo ocurrido.	El manejo que se le da es más físico que emocional.	Referir al grupo de apoyo de la institución para que le brinde ayuda el equipo multidisciplinario.

Grupo	Interés	Percepción Problema	Recursos / Mandatos
Jefa de sala de Psiquiatría	El vivir un aborto, genera una crisis; y el trabajo del profesional de enfermería es comprender los sentimientos expresados por las mujeres, buscando distinguir temores. La situación es dolorosa y compleja ya sea un aborto espontáneo o inducido, por lo que las mujeres necesitan apoyo para sanar las heridas de la pérdida sufrida.	Se dan muchos casos que cuando están las refieren se evalúan; pero no acuden a las citas en su red primaria y no superan la pérdida y quedan hospitalizadas en la sala.	Promover un abordaje inmediato ayudará a la paciente y será una herramienta profesional imprescindible, completa y novedosa para el manejo de la pérdida.
Psicóloga	Seguimiento profesional con abordaje de la sexualidad durante el duelo o la actitud en los abortos y la conducta de la paciente, ya que muchas veces no la dejan expresarse y reprimen con medicamentos.	Poco interés de la paciente de comunicar sus emociones.	Dotar a los profesionales de las mejores herramientas de atención de calidad y permitir a la mujer su autonomía y derecho a decidir y participar sobre su proceso de duelo, sobre su propia salud sexual y reproductiva en los planos físico, psicológico, sociocultural y espiritual
Trabajadora Social	La mayoría de ellas no superan lo que les sucedió y quedan embarazadas nuevamente. Sería importante hacer campaña para lograr la reducción del embarazo no planificado.	La falta de conocimiento de salud, experiencias de amistades y valores éticos inculcados, en muchas ocasiones afecta a las pacientes con diagnóstico de aborto.	Orientar a las mujeres y sus parejas de la importancia de la planificación familiar

Las partes entrevistadas coincidieron en la importancia de brindar atención temprana,

inmediatamente después que el médico le dé el diagnóstico de aborto, esto ayudará a que ellas

expresen sus pensamientos, sentimientos, miedos, temores y preocupación. Del mismo modo estableceremos las estrategias de forma oportuna para disminuir dudas, sentimientos de culpa y apoyarla y hacerle saber que no están solas, para que inicie el proceso de duelo.

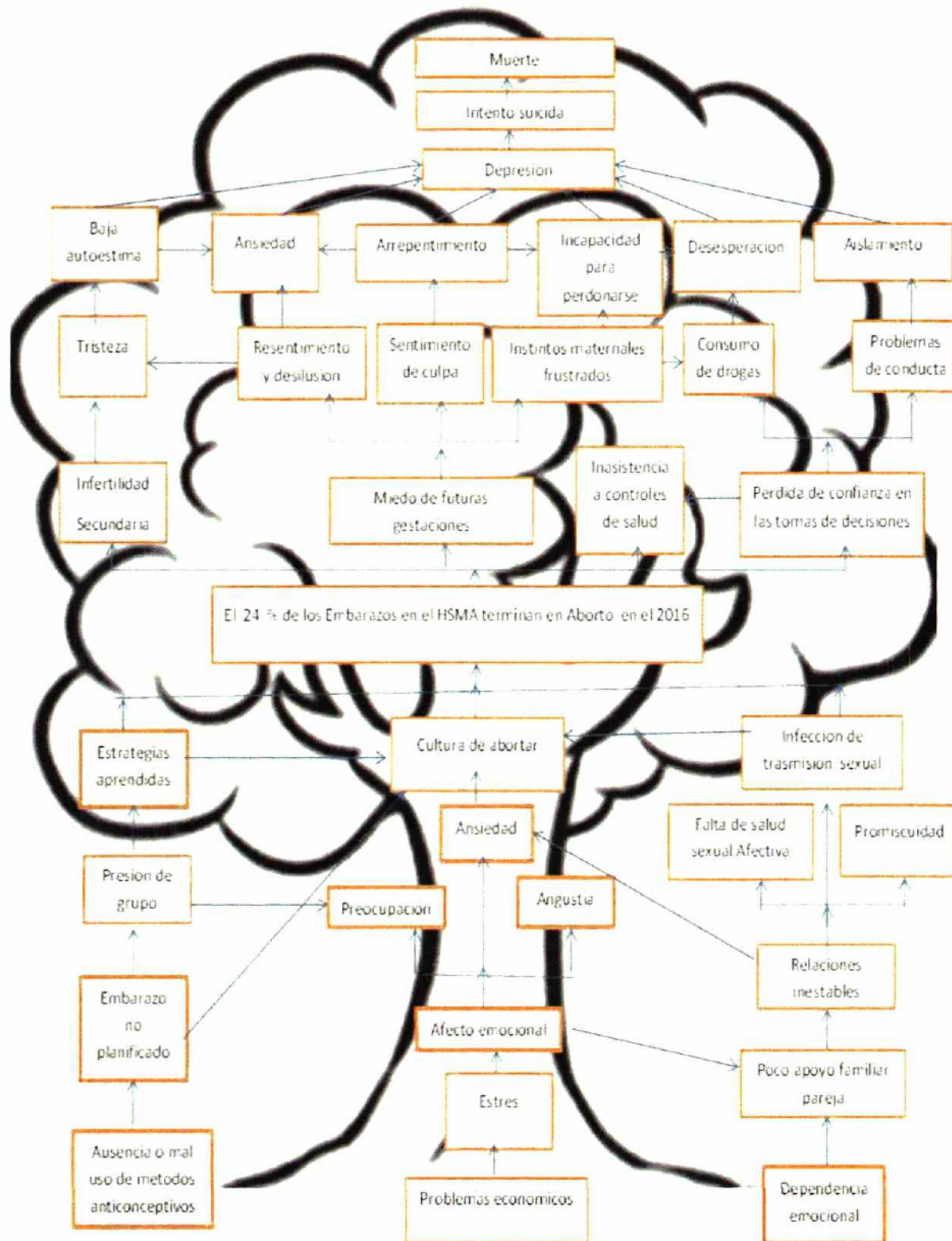
Árbol de Problemas

El árbol de problema, es una técnica que sirve para entender una problemática y consiste en elaborar un diagrama que encadena las causas y efectos en torno al problema central detectado, como su nombre lo indica es un árbol y consta de tres partes: tronco, raíces y hojas. En donde el tronco es el problema principal, las raíces son sus causas, mientras que las hojas representan sus efectos.

Se identificarán los principales problemas de éstos hasta obtener una visión comprensiva de su realidad lo más amplia posible. Los problemas se ordenan a través de una lógica causal construyendo un árbol de problemas a partir de aquel que es identificado como principal.

Además, nos permite detectar sobre qué causas se puede intervenir y, sobre esta base, poder desarrollar mejor la intervención del proyecto para facilitar la búsqueda de soluciones.

(Hernández et al., 2015)



Análisis del Árbol de Problemas

A la hora de decidir y planear la interrupción de un embarazo, influirá la situación personal de la mujer, su decisión y actitud ante ella: la situación económica, los modelos familiares dominantes, las creencias religiosas, conocimientos de los anticonceptivos, las presiones del entorno social y la facilidad o dificultad con que la mujer puede acceder a la información a los recursos públicos o privados de salud. Todos ellos, juntos o aislados, pueden convertirse en factores de angustia que provocan una sintomatología depresiva reactiva de la situación e incluso cuadros de ansiedad.

Distintas reacciones son experimentadas por la mujer que tiene un aborto inducido o espontáneo, aunque no todas las mujeres reaccionan igual, experimentan una serie de sensaciones de dolor en un lapso corto de tiempo destruyéndose a la vez pensamientos, sueños, decepción por lo ocurrido, impotencia, desesperanza, tristeza profunda, ira, miedo de que pueda volver a suceder en el futuro, sensación de vacío o inclusive culpa, lo que puede dar lugar a síndrome post aborto.

Por todo lo anteriormente expuesto, se formula la siguiente pregunta:

¿Cómo es el manejo emocional de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo?

1.3 Justificación

Para minimizar las consecuencias emocionales de un aborto espontáneo y/o inducido, es indispensable incrementar la orientación y educación sexual en nuestro país, que refuercen el respeto a la dignidad humana, los valores del amor, el matrimonio y la procreación responsable en todos los aspectos, puesto que el aborto es utilizado a diario como un método para evitar hijos no deseados.

Haciendo énfasis en su utilidad para las enfermeras del programa de salud mental y maternal de nuestros tiempos que no sólo amerita una preparación fundamentada en los conocimientos científicos que exige el avance tecnológico moderno, sino que también debe alcanzar niveles superiores de concientización en los valores humanistas de la profesión que incluya las dimensiones psicológica, social y espiritual.

Siendo así de gran interés que el personal de Salud Mental, identifique los sentimientos y emociones que afectan a las pacientes con diagnóstico de aborto, dándole apoyo durante su hospitalización y control post parto, rehabilitación y adaptación a un nuevo cambio, para que expresen su dolor fisiológico y existencial, comprenderla de manera íntegra, entender lo que le sucede al cuerpo, no es independiente de lo que le sucede a la mente y a las emociones de las personas, para evitar que las pacientes desarrollen patologías mentales por no superar su pérdida.

Con la novedad de la confección y aplicación de una guía de atención emocional para las mujeres post aborto con la finalidad de disminuir el riesgo de padecer trastornos mentales.

Es de gran importancia con relevancia social la asistencia emocional para las mujeres que han tenido que pasar por la experiencia de un aborto, pues deben vivir un proceso que las ayude a sanar las heridas, poder reanudar su conexión consigo mismas, con su cuerpo y el entorno, a fin

de encontrar nuevamente el equilibrio y la paz interna., de tal manera que la persona aprenda que cuenta con sus propios recursos, los reconozca y los utilice.

1.4 Objetivos del Trabajo

Objetivo General:

- Analizar la importancia del manejo emocional que experimentan las mujeres con diagnóstico de aborto.

Objetivo Específicos:

- Describir las reacciones emocionales de las mujeres que experimentan aborto.
- Determinar la afectación psicológica que tiene el aborto en las mujeres que lo experimentan.
- Elaborar una propuesta de atención emocional y espiritual a las mujeres post aborto a nivel hospitalario con seguimiento en atención primaria.
- Describir el impacto de la intervención de la enfermera en Salud Mental en el manejo emocional de la paciente post aborto.
- Demostrar la importancia de la enfermera de Salud Mental, en la atención de las mujeres con diagnóstico de aborto.

II FASE: MARCO TEÓRICO

2.1 Aborto

Según la OMS. (2009), el aborto es la: *“Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno”*.

Mientras que el diccionario de la Real Academia Española (2013), define este concepto como *“Acción de abortar. Interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocados, puede constituir eventualmente un delito”*.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), junto con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (2008), añade a la definición otro criterio, la viabilidad extrauterina del feto, que ha sido variante entorno a las 22 semanas de gestación, obteniendo así por definición *“El aborto es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas”* (citado en O.M.S., 2009).

2.2 Tipos de aborto

La Organización Mundial de la Salud (2016), clasifica el aborto en:

- Espontáneo: es cuando la muerte del feto es producto de alguna anomalía o disfunción no prevista ni deseada por la madre. Se produce cuando el útero, por causas involuntarias, naturales, se contrae durante las etapas tempranas del desarrollo, interrumpiéndose así el embarazo.
- Inducido: también llamado intencionado o artificial o voluntario. Se da cuando la muerte del feto es provocada de cualquier manera: doméstica, química o quirúrgica.

Según la Guía de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo (2015) MINSA/CSS clasifica el aborto en:

- El aborto espontáneo: interrupción de la gestación antes de las 22 semanas, sin que haya mediado alguna intervención instrumental o por medicamentos.
- Aborto provocado o inducido: interrupción voluntaria de la gestación antes de las 22 semanas, mediante alguna intervención instrumental o por medicamentos.

Este puede ser:

- Aborto por indicación médica o aborto “terapéutico”: Interrupción del embarazo antes de las 22 semanas indicada por razones médicas, por causas que ponen en peligro la vida de la madre y/o causas graves que afectan la integridad del producto de la gestación, aprobados por la Comisión Nacional Multidisciplinaria de Aborto Terapéutico.
- Aborto por indicación legal: Interrupción del embarazo de menos de 8 semanas de gestación, producto de una violación carnal debidamente acreditada en instrucción sumarial y aprobada en un juzgado.
- Aborto criminal: No existen causas médicas o legales para la interrupción.
- Aborto inseguro o realizado en condiciones de riesgo: Se define como un procedimiento para interrumpir el embarazo que es realizado, ya sea por personas que no tienen las habilidades necesarias o en un ambiente donde no se aplican las normas médicas mínimas o por ambos factores simultáneos. La sepsis, la hemorragia y la perforación son las principales complicaciones de esta práctica, y se ha constituido en

la mayoría de los países con legislaciones restrictivas al aborto como una de las principales causas de muerte materna.

Mientras que en la Declaración de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la interrupción legal del embarazo (2008) clasifica el aborto en:

- Aborto espontáneo: Se define como la pérdida natural de la gestación antes de las 26 semanas, cuando el feto no está aún en condiciones de sobrevivir con garantías fuera del útero materno". También es conocido con el nombre de casual o natural involuntario y ocurre cuando el embarazo termina de forma abrupta. La gran parte de este tipo de aborto tiene lugar durante las primeras 12 semanas de gestación. Uno de los síntomas más comunes es el sangrado vaginal, que puede estar acompañado o no de dolor discontinuo. En este tipo de aborto puede ser expulsado de forma completa o parcial y a pesar de que la mayor parte de las veces no es necesario ningún tipo de intervención quirúrgica. Cuando el embrión muerto permanece en el interior del útero durante un determinado tiempo, se denomina aborto diferido, se recomienda la intervención quirúrgica para retirar los restos embrionarios o placentarios y poder así evitar las infecciones u otro tipo de alteraciones en la mucosa uterina.
- Aborto inducido: es el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Estas maniobras pueden ser llevadas a cabo por la propia embarazada o por otra persona por encargo de esta de forma doméstica, química o quirúrgicamente. También es conocido como intencionado, artificial, voluntario.

- Aborto legal: también conocido como aborto terapéutico, es “aquel provocado por un médico conforme a las prescripciones de la ética profesional, en cuanto se refiere a las indicaciones médicas adecuadas y de general aceptación (con fines terapéuticos como salvar la vida o preservar la salud de la mujer embarazada).
- Aborto ilegal: también denominado clandestino es “aquel que está prohibido el derecho y se le sanciona como delito”.
- El aborto quirúrgico: “consiste en la interrupción de la gestación en el quirófano mediante una técnica quirúrgica”. Dependiendo del periodo de gestación, se puede realizar diferentes procedimientos quirúrgicos: Aspiración manual intrauterina (AMEU) y Legrado uterino Instrumentado (LIU).

Aspiración manual intrauterina: se realiza durante el primer trimestre de embarazo, hasta la duodécima semana de gestación. Donde se utilizan dilatadores para poder acceder a la cavidad uterina y así introducir una cánula (tubo maleable) conectado a un dispositivo (bomba de vacío) para poder extraer el contenido del interior del útero. Mientras que el Legrado Uterino Instrumentado retira mediante el raspado los restos de las paredes de la cavidad uterina, es más utilizado en el segundo trimestre.

2.3 Reacciones Emocionales

Es una situación difícil para la mujer, afrontar la pérdida del producto de la concepción, superar un aborto depende de la personalidad y de las circunstancias independientemente de su motivo.

Es un proceso que lleva su tiempo, el cual debemos respetar los sentimientos de tristeza, llanto y no tratar que pase de prisa, se debe permitir el primer paso para poder superar el duelo. (Álvarez et al., 2012)

Cada mujer es única en cuanto a sus sentimientos después del aborto. Gran parte de las mujeres dicen sentir alivio de haber tomado la mejor decisión bajo esas circunstancias. Esta es la reacción más común. Para algunas mujeres, el aborto puede producir una cantidad de reacciones emocionales como tristeza, culpa, furia, vergüenza y arrepentimiento. Algunas mujeres se sienten mal porque no sienten culpa de haber abortado y piensan que en realidad deben sentirse culpable. Entender el dolor emocional puede ayudar a comenzar a dejar de un lado la pena, la furia o la vergüenza que pueden sentir las pacientes. (Peña, A. 2,007)

Según el Dr. Vincent M. Rue (2004), (Asociación Americana de Psiquiatría, Manual de desórdenes Mentales diagnósticos y estadísticos), el aborto inducido, sea legal o no, produce una serie de alteraciones tales como:

- Negación de la pena y la aflicción por el producto de la concepción abortado.
- Desajuste en las relaciones conyugales, familiares, laborales y sociales.
- Pérdida del sentido de la vida: desesperanza, depresión e intento de suicidio.
- Abuso y maltrato a los niños (vigilancia deficiente, privación de alimentos, incumplimiento de tratamiento médico, rechazo, hostilidad, etc.)

- Incapacidad de perdonarse a uno mismo o a otros: rabia, dolor, remordimiento.
- Alteraciones del sueño: insomnio, hipersomnias y pesadillas que se repiten.
- Desórdenes en el comer: anorexia, bulimia.
- Actitudes escapistas: consumo de drogas y/o alcohol, promiscuidad.

Las secuelas de un aborto inducido pueden presentarse de diversas formas:

a. Manifestaciones somáticas:

- Náuseas y vómitos.
- Dolor abdominal y sensación de vacío.
- Palpitaciones.
- Sensación de opresión torácica.
- Cefaleas.
- Tics nerviosos.
- Pérdida de fuerza.
- Reacción de conciencia biológica.

b. Manifestaciones psicológicas:

- Enojo y hostilidad.
- Desesperación y pesimismo.
- Pesadillas.
- Disminución del deseo sexual.
- Llanto e inestabilidad emocional.
- Pérdida de la concentración y motivación.

Todas estas manifestaciones forman parte del proceso de “duelo normal”. Una misma persona no va a experimentar todas estas manifestaciones y generalmente suelen desaparecer conforme el duelo se va elaborando. (Martos et al., 2015).

2.4 Fases de Duelo ante un aborto

Elizabeth Kübler Ross y David Kessler (2005), identifica las principales fases por las que pasan la mayoría de personas que sufren un aborto:

- Fase de Negación: “esto no me puede estar pasando”. Esta incredulidad y entumecimiento es un mecanismo de defensa para digerir en pequeñas dosis una realidad que se muestra abrumadora.
- Etapa de Ira: las madres pueden expresar sentimientos de culpa ya que se preguntan a sí mismas si ellas han causado esta pérdida debido a su comportamiento durante el embarazo. Dirigen su enojo hacia ellas mismas, los médicos que no pudieron evitarlo o

inclusive hacia Dios por permitir que esto suceda. También es posible sentir envidia frente a otras parejas que están esperando un niño o que han sido padres recientemente.

- Etapa de Negociación, en la que suele surgir la idea de: “¿Qué hubiera sucedido si...?”. Las mujeres que reciben esta terrible noticia sentirán una gran confusión preguntándose una y otra vez qué podrían haber hecho para evitarlo mientras intentan negociar su salida del dolor con Dios o con cualquier otro Poder Superior... negociamos nuestra salida de la herida mientras pensamos en lo maravillosa que sería la vida si nuestro niño estuviera con nosotros.
- Etapa de Depresión: al reconocer la inevitabilidad de esta pérdida y de los proyectos que tenía consigo, los padres sentirán sentimientos de tristeza, desgano, trastornos de apetito y de sueño e inclusive experimentarán una profunda ansiedad debido a que comienzan a dudar respecto a las posibilidades de quedar embarazada nuevamente, si hay factores físicos personales que amenazan un posible nacimiento o bien si la pérdida sucederá otra vez.
- Etapa de Aceptación: se llega a un acuerdo con esta pérdida permitiéndonos una oportunidad de vivir a pesar de la ausencia del ser querido. La rutina cotidiana poco a poco toma más protagonismo mientras que lentamente renovamos nuestras esperanzas en la llegada de un nuevo niño a la familia. No olvides que estas emociones así como la intensidad del duelo dependerán de tu personalidad, de la existencia de muertes anteriores no resueltas y de las habilidades personales que tengas para afrontar la frustración de esta pérdida.

2.5 Intervención de Enfermería

El aborto es un tema controversial por la percepción y pensamientos de cada persona, muchas veces se desconoce el adecuado manejo, nuestras funciones van encaminadas a aprender a no juzgarla y apoyarla en el duelo. No conocemos sus motivos ni podemos ponernos en su lugar, si bien es cierto en nuestras instituciones de salud no contamos en muchas ocasiones con disponibilidad de cuartos por la alta demanda de paciente, donde nos toca atender las pacientes con abortos en cuartos continuos e inclusive en los mismos cubículos donde se encuentran las embarazadas y pacientes de cesáreas con su hijo. Hace falta que encaremos esta sombra y que sea un proceso de respeto por la pérdida actuando de manera profesional realizando adecuaciones para velar por la seguridad emocional de las mismas. (Carril, E.2000).

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. (Navarro, M. 2006).

Los profesionales de la enfermería 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, psiquiatra 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 pérdida, 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. (Peña, A. 2007).

Los cuidados de enfermería a las pacientes en situación de aborto deben ir más allá de los procedimientos y técnicas interventivas en función de restablecer la salud. Humanizar, implica romper esquemas tradicionales de atención, brindando cuidados personalizados con un enfoque unipersonal. Significa identificar y priorizar las necesidades a satisfacer en las pacientes teniendo en cuenta las implicaciones físicas, psicológicas y sociales, brindando así: apoyo, respeto, acompañamiento, buen trato, movilización de redes de apoyo, comunicación efectiva y terapéutica (relación enfermera-paciente, intervención en crisis y duelo). (Navarro, M. 2006).

El personal de enfermería deberá realizar una serie de preguntas en momentos oportunos y de manera discreta, de igual manera observar la conducta para determinar el grado de afectación de la mujer:

- 1.- ¿Sabías que estabas embarazada?
2. ¿Tú embarazo era deseado?
3. ¿Por qué viniste a atenderte?
4. ¿Cuándo iniciaron las molestias?

5. ¿Qué síntomas tenías?
6. ¿Qué tipo de aborto sufrió?
7. ¿Cuál fue tu reacción ante la noticia?
8. ¿Cómo te sientes?
9. ¿Qué consecuencias trajo este hecho en su vida?
10. ¿Qué la llevó a tomar esta decisión?* si expresa que fue inducido
11. ¿Tu pareja y padres te apoyaron en esta decisión?
12. ¿Qué sentimientos sientes?
13. ¿Te arrepientes de tu decisión?
14. ¿Qué piensas sobre un futuro embarazo?
15. ¿Te despediste de tu producto de la concepción?
16. ¿Cuál iba a ser su nombre? * Si expresa que era un embarazo deseado.
17. ¿Le compraste una ropita?
18. ¿Le diste un lugar en tu familia, en tu casa?
19. ¿Le dijiste que le querías?
20. ¿Le diste permiso para irse?
22. ¿Te has dado permiso a ti para dejarlo ir?

Estas preguntas nos ayudarán a establecer el plan de actividades para brindar la ayuda que necesita cada paciente dependiendo de sus respuestas. (Benito et al., 2011).

Según Fernández (2006), debemos evitar comentarios que no ayudan, pero que muchas veces utilizamos:

- “Podrás tener otro”. Antes que ellos puedan pensar en tener otro necesitan llorar la pérdida de éste.
- “Seguramente venía mal o tenía algún defecto- La naturaleza es sabia”. Esto puede ser cierto pero no consuela escucharlo.
- “Es la voluntad de Dios”. Habrá gente que lo crea y otros que no. De todos modos, la situación sigue siendo triste.
- “Al menos no conocías - habría sido mucho peor si pasase más adelante (mejor ahora que después)”. No ayuda el minimizar o quitar valor a un aborto involuntario, no es la duración del embarazo lo que determina la intensidad de su dolor, sino la fuerza del vínculo y apego de los padres por el producto de la concepción.
- “Sé cómo te sientes”. Cada persona reacciona de forma diferente. Otras pérdidas pueden intensificar el dolor.
- “Eres joven, tienes mucho tiempo. Cuando menos pienses en embarazarte lo lograrás”. Para ayudarles el objetivo es animarles a expresar su dolor y a restablecer su autoestima reconociendo al mismo tiempo su dolor. No hay nada mejor que una persona que sabe escuchar y que ofrece su hombro y una mirada comprensiva en los malos momentos. No hay nada mejor que una persona que se ofrece por si necesitas algo, de corazón y que no trata de ayudarte a saltar la fase de duelo por el producto de la concepción que no llegará a nacer, ni trata de minimizar tu problema porque podría haber sido peor o como si fuera

un producto defectuoso que olvidar para empezar a trabajar en el siguiente. (Fernández, 2006, p. 25).

Actitud del Personal de Enfermería, según Santos et al.2015

- Ser amable y respetuosa.
- Atención humanizada.
- Brindar confianza y atención oportuna.
- Acompañar y ofrecer apoyo emocional y psicológico a la paciente, pareja y familia.
- Evitar señalamientos y discriminaciones.
- Asegurar la continuidad de cuidado y apoyo psicológico.
- Permitirle expresar sus sentimientos para que la tristeza, preocupaciones y dolor disminuyan.
- Ofrecer educación a la mujer y sus familiares sobre el aborto, haciendo hincapié en sus complicaciones y consecuencias.
- Educar a la familia sobre la importancia de brindar apoyo emocional.
- Involucrar a profesional especializado para el manejo del duelo (Psiquiatras, Psicólogos, enfermera).
- Orientar de no iniciar un nuevo embarazo hasta pasados seis meses dependiendo de cada experiencia. Se recomienda superar primero el duelo antes de iniciar una nueva fecundación.
- Establecer un programa de seguimiento de la atención en su red primaria.
- Centrar sus pensamientos, cosas que puedes hacer que te ayudarán a sentirte bien.
- Practica ejercicios de relajación para ayudar a resolver el estrés.

2.6 Teoría de Cuidados Culturales de Madeleine Leininger (2012):

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería, definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura. Afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y práctica de enfermeras.

La teoría de la transculturación plantea concretamente que el conocimiento de la estructura cultural y social de una comunidad, grupo o individuo puede definir el logro de objetivos en las prácticas asistenciales de enfermería. De esta manera se prodigaron cuidados que respetan los sistemas genéricos o tradicionales y aplican a su vez los sistemas profesionales, logrando así un estado de salud holístico con una asistencia de enfermería coherente con la cultura.

CONCEPTOS

Salud: Se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada.

Refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles y actividades diarias de un modo culturalmente expresado. Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones de salud y promoción y mantenimiento de la salud.

Es universal a través de todas las culturas, aunque se define de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas.

Cuidados: son el componente central, dominante y esencial de la enfermería, hacen referencia a la ayuda, apoyo o conductas de estímulo que facilitan la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de mejorar la situación de una persona. Es fundamental para la supervivencia, el desarrollo y la capacidad de enfrentarse a los sucesos de la vida de una persona. Tiene significados distintos en culturas diferentes, que pueden ser determinados mediante el examen de la visión del mundo, la estructura social y el lenguaje del grupo.

Cuidados culturales: hacen referencia a los medios holísticos, valores, creencias, modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan o permiten a otras personas (o grupo) mantener su bienestar, mejorar sus condiciones – situaciones personales, estilo de vida o enfrentarse a la muerte o a la discapacidad, así como de adecuación o negociación, rediseño o reestructuración, etc.

Persona: se refiere a ella como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

Entorno: no lo define explícitamente, pero sí se exponen los conceptos de la visión del mundo, estructura social y contexto ambiental. Está muy relacionado con el concepto de cultura.

Etnoenfermería: Se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, conductas de sus miembros, valores y prácticas del modo en que perciben y conocen su universo, aprendiendo del mundo, obteniendo datos en observaciones desde una actitud participativa, que se aplican en la asistencia de enfermería según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tienen de ellos una cultura determinada, a descubrir y documentar el mundo del

paciente y utiliza sus puntos de vista *émic* (perspectiva del paciente), sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una visión *étic* apropiada (conocimiento profesional), como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.

Diversidad de los cuidados culturales: Variación o diferencia que existe en significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, a los esquemas y características dinámicas de los factores estructurales y organizativos interrelacionados de una determinada cultura (subculturas o sociedad), que incluye valores religiosos, de parentesco (sociales), políticos (y legales), económicos, educativos, tecnológicos y culturales y factores etnohistóricos y a la forma en que se interrelacionan estos factores para influir en la conducta humana en diferentes contextos ambientales.

Universalidad de los cuidados culturales: La similitud o uniformidad dominante en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan los modos de apoyo, asistencia, capacitación para ayudar a las personas.

En nuestro país, para dar respuestas a las demandas en la atención y mejoramiento de la calidad de atención a las mujeres post aborto, en muchas ocasiones pasamos por alto el elemento cultura para suministrar cuidados que se ajusten de modo razonable a las necesidades, los valores, las creencias y los modos de vida, siendo esta una herramienta útil, ya que la interpretación de la muerte va a estar determinada por múltiples factores, entre ellos se considera primordial la cultura y el entorno.

Los rituales y expresiones de duelo, pena, dolor, tristeza, ansiedad son unas de las expresiones más antiguas; sin embargo, cada cultura tiene diferentes matices para afrontar la muerte intrauterina, por ello resulta importante realizar actividades respetando su comportamiento y manera de vivir el duelo.

En algunas culturas tiene tendencia marcada hacia el autocontrol de las emociones y sufrir en silencio (no se debe hablar), mientras en otras la expresión de emociones es permitida e incluso legitimada, también existen culturas que afrontan la muerte y lo ven como algo natural donde no hay sufrimiento.

Debido a la importancia del vínculo afectivo que se establece entre la madre y el producto de la concepción, esta pérdida requiere la adaptación a esa circunstancia vital específica, por esto la experiencia es única en cada mujer, además, el duelo puede considerarse como un proceso social y puede manejarse mejor cuando es compartido y asistido por los demás. (Navarro, M. 2006)

La muerte intrauterina, da espacio a rituales sociales en lo que expresan sus sentimientos, el no recibir apoyo por ser poco expresivas, llevan a muchas personas a interpretar el duelo como una enfermedad, por lo que es necesario brindarle atención en salud mental, las mujeres que no encuentran un espacio social para expresar su dolor, sus costumbres o prácticas religiosas o espirituales, se les dificulta más su caso, ya que no son comprendidas por la sociedad o el entorno donde viven, puede desencadenar en duelo patológicos o trastorno mental.

Las manifestaciones sociales pueden ser dar el pésame o vestir de negro, que están determinadas por el contexto cultural y educación de la persona, estos ritos tienen un valor social con clara función terapéutica, necesaria para el equilibrio de los familiares, realizar estos rituales ayuda a

asumir el vacío del ser querido como muestra de respeto, el dar el pésame es expresar la pérdida por los miembros de la sociedad, de las amistades y reconocimiento público “ de acompañar en el sentimiento”.

El dolor por la pérdida es un conjunto de procesos y a menudo es tratado tan erróneamente, que bloquea el potencial de crecimiento, mientras que una adecuada elaboración del duelo incrementa la fortaleza para afrontar lo negativo y lo positivo en el presente y el futuro. La forma de elaborar, expresar y afrontar el duelo están estrechamente relacionados con la cultura de la familia al igual que en ocasiones desarrollan el afrontamiento religioso donde utilizan creencias y comportamientos religiosos para prevenir y aliviar las consecuencias negativas de la pérdida. (Navarro, M. 2006)

El profesional debe tener en cuenta la capacidad y los recursos de que dispone la mujer para enfrentar cara a cara esta dura experiencia, basado en control de seguimiento, dando la oportunidad de expresar los pensamientos y sentimiento, ya sean negativos o positivos sin ser juzgada igual su ira, culpa los sentimientos que se exteriorizan por el diálogo son más llevaderos y menos traumáticos que los que se viven en silencio y soledad, después que la mujer haya tenido un tiempo para expresar su dolor, parte de esa energía debe orientar a planificar el cuidado. (Benito et al., 2011)

El conocimiento cultural se centra en conocer el punto de vista o visión del mundo, es importante saber las ideas preconcebidas, las racionalizaciones a partir de las ideas arbitrarias y la incapacidad para autocriticarse, con el cual cubrimos nuestras carencias y debilidades, lo cual nos limita nuestra actuación como profesional.

La intervención de la enfermera debe ser precoz, atendiendo todas las dimensiones humanas, su habilidad en la detención de los síntomas y su capacidad de establecer una ayuda terapéutica (con actitud de escucha activa, empatía, autenticidad y respeto, así como saber ayudar a la mujer, a comprometerse y responsabilizarse del trabajo terapéutico, para poder cambiar su visión en busca de solución, concientizando que es la responsable de su experiencia y vivencia) han de construir factores decisivos para ayudar a las mujeres post aborto. Favoreciendo un ambiente seguro, basada en atención continua, conocer los efectos que provoca la pérdida en todas las fases del duelo, para poder indagar aspectos psicológicos, emotivos, mentales, sociales, físicos y espirituales con el fin de ver este proceso holísticamente, observando tanto expresiones verbales y no verbales, estableciendo una relación de ayuda para detectar las necesidades de cada mujer para valorar y cubrir las necesidades surgidas, guiándola a la adaptación de su nueva forma de vivir, reconstruyendo el presente introduciendo caminos necesarios para conseguirlos, sino ayudarle a asumirlas, disminuyendo en lo posible el sufrimiento que provoca y transformándola en situaciones generadoras de bienestar y salud. (Benito et al., 2011)

III

PROPUESTA

3.1 Introducción

La mujer que sufre un aborto, no solo sufre por la muerte intrauterina del feto, sino por la pérdida de planes y sueños truncados, ya que ellas se sienten madres desde que les dicen “estás embarazada”. La interrupción del embarazo, ya sea espontáneo o inducido, deja un vacío emocional difícil de llenar, es una soledad que sobrepasa al ser humano; es un silencio que deja oraciones inconclusas y palabras sin decir.

En el aborto, las mujeres llegan a sentir que su cuerpo resulta imperfecto e inadecuado para la gestación, provocando una serie de emociones negativas, sentimientos de culpa y responsabilidad, desesperación, llanto, enojo, incluso la frialdad, y normalmente se va pasando de un estado a otro a lo largo del tiempo. Como afrontar las preguntas de quienes desconocen lo sucedido e interrogan sobre el curso de un embarazo que ya no es, al igual que deben escuchar diferentes frases que muchas veces, aunque dichas con buena intención, no hacen más que aumentar el dolor de éstos, que hacen que las personas no posean los recursos internos y externos para el manejo de la emociones.

La Guía de Intervención Emocional y Espiritual, busca la prevención de futuros duelos no elaborados que permanezcan latentes y puedan aparecer años más tarde trayendo consecuencias negativas. La prevención y el apoyo para embarazos futuros, puesto que éstos pueden ser vividos por las mujeres con mucho miedo a que se repita lo sucedido junto con la culpa de estar sustituyendo y olvidando la muerte intrauterina del feto, logrando así que las pacientes con diagnóstico de aborto puedan reconocer, elaborar e integrar la pérdida.

3.2 Justificación

La importancia del proyecto de Intervención, se desprende de la necesidad de identificar las consecuencias emocionales del aborto y de esta manera concientizar al personal de enfermería del Centro de Salud de Nuevo Veranillo en la atención de la enfermeras de Salud Mental, para ofrecer apoyo incondicional hacia las pacientes y actuar de manera temprana y oportuna, brindando así una atención de calidad y eficacia.

El personal de enfermería con frecuencia no cuenta con la sensibilidad necesaria para brindar apoyo para el malestar emocional, si bien se ha dedicado mucha atención al tratamiento físico, es muy importante no juzgar a la paciente, ya es bastante difícil lo que está pasando como para encima volcar en ella nuestras opiniones, si no estamos preparados para ser comprensivos y apoyarla es mejor guardar silencio; las palabras inadecuadas pueden hacer mucho daño en estos momentos.

A pesar de que luego de la pérdida las mujeres pueden recuperarse de forma física rápidamente, al igual que volver a concebir en un futuro cercano, lo cierto es que este tipo de sucesos deja huellas en la vida de cada una de ellas. Estas huellas poseen implicaciones psicológicas que determinan y marcan sus historias, sobre todo cuando no se les posibilita el desarrollo de un proceso de pérdida saludable pudiendo agravarse a través de duelos patológicos. Les es difícil y a veces imposible retornar a las tareas cotidianas, experimentan sentimientos de fracaso, de inutilidad y de profunda tristeza junto a la sensación de irrealidad al no lograr procesar la pérdida. No se trata de silenciar y olvidar, sino por el contrario, afrontar la pérdida y lograr seguir sus vidas, transformando lo doloroso en soportable y positivo.

3.3 Objetivos

Objetivo General

- Elaborar y aplicar una Guía de Intervención Emocional y Espiritual a todas las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo.

Objetivos Específicos

- Sensibilizar sobre la pérdida al personal de enfermería del Centro de Salud de Nuevo Veranillo.
- Definir estrategias que mejoren la práctica del personal de enfermería.
- Analizar los pensamientos y sentimientos que poseen las mujeres ante la pérdida.
- Proporcionar recursos y conocimientos acerca del proceso de duelo.
- Identificar los recursos externos e internos que tienen las pacientes para superar la pérdida.
- Promover el desarrollo de habilidades y destrezas cognitivas, conductuales y sociales que contribuyan a mejorar su calidad de vida.
- Determinar la efectividad del modelo terapéutico cognitivo- conductual para el manejo del duelo.
- Evaluar la experiencia práctica tras la ejecución de la Guía de Intervención Emocional y Espiritual a todas las pacientes con diagnóstico de aborto para visualizar los logros y los beneficios alcanzados.

3.3.1 Árbol de Objetivos

Permite describir la situación futura a la que se desea llegar una vez se han resuelto los problemas. Consiste en convertir los estados negativos del árbol de problemas en soluciones, expresadas en forma positiva. De hecho, todos esos estados positivos son objetivos y se presentan en un diagrama de objetivos en el que se observa la jerarquía de los medios y de los fines. Para alcanzar este logro, los que antes eran efectos ahora son fines. Las que antes eran las causas que provocaban el problema ahora son los medios para resolverlo. Este diagrama permite tener una visión global y clara de la realidad que se espera alcanzar una vez resueltos los problemas identificados, convirtiendo éstos en condiciones deseables y positivas. (Hernández et al., 2015).

3.3.2 Análisis de Árbol de Objetivos

En primer lugar, el recurso de ayuda más importante es la familia. El entorno tiene un papel muy positivo de ayuda al aportar compañía y cariño a la pareja. El valor de la familia es tan importante, porque toda alegría se multiplica cuando es compartida y el peso de toda tristeza también se reduce cuando se sobrelleva entre varias personas. Lo natural es que en el entorno más cercano haya personas con las que se tiene más empatía.

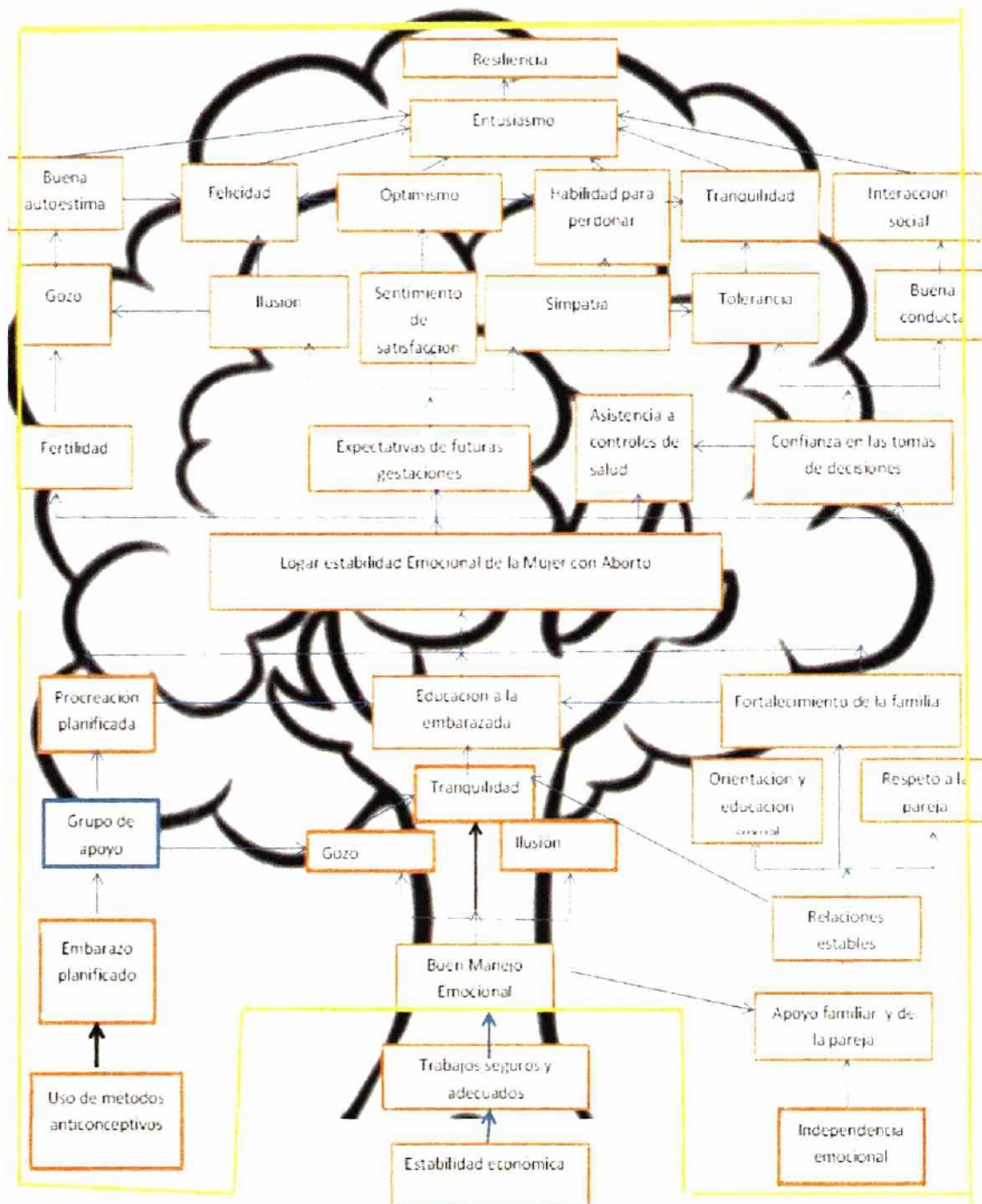
Potenciar la resiliencia, ya que es la capacidad de hacer frente a la adversidad optimizando los recursos internos, pero también, buscando ayuda externa y puntos de apoyo que se conviertan en un soporte de fuerza. Este matiz es el que diferencia principalmente a la resiliencia, de la autoayuda que pone todo su peso en la fuerza de la paciente.

3.3.3 Árbol de Priorización de Objetivos

La finalidad, consiste en la selección de una alternativa que se aplicarán para alcanzar los objetivos deseados; es identificar en el árbol de objetivos las posibles opciones que puede presentar la intervención, para determinar el alcance del proyecto aquella que pueda ser ejecutada con mayores posibilidades de éxito partiendo de la perspectiva del grupo escogido como beneficiario en el análisis de participación. Durante el análisis, conviene determinar los objetivos dentro de la intervención y de los objetivos que quedarán fuera de la intervención, para lo cual se hace necesario realizar una serie de técnicas y de estudios respectivos que permitirán utilizar criterios de selección. Conviene elegir las estrategias de la intervención futura.

(Hernández et al., 2015).

Todas las alternativas deben cumplir con el propósito y los fines. Se selecciona la estrategia, no sólo más factible en términos económicos, técnicos, legales y ambientales, sino también pertinente, eficiente y eficaz.



3.3.4 Análisis de Árbol de Priorización de Objetivos

El manejo de las emociones en las pacientes que experimentan un aborto, se basa en canalizar las emociones y expresar los sentimientos (no reprimirlas, hablarle de la fases del duelo y mencionar el duelo patológico (para evitar caer en el) podría ayudar a identificar a las mujeres en riesgo o a aquellas que ya han desarrollado complicaciones psicológicas. Esto permite implementar las intervenciones apropiadas, mejorando el bienestar psicológico, o reduciendo los efectos adversos en sus relaciones personales.

3.4 Hipótesis General

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), se refiere a factores externos (situaciones, acontecimientos o decisiones) no controlables por el proyecto, que pueden incidir en su desarrollo y que tienen una alta probabilidad de ocurrir. El equipo de planificación tiene que hacer un esfuerzo para adelantarse en el futuro y visualizar los hechos que deben ocurrir para garantizar que todo irá según lo previsto.

La aplicación de la Guía de Intervención Emocional y Espiritual a la mujer que experimenta la muerte intrauterina del feto disminuirá las afectaciones emocionales de duelo.

3.5 Consideraciones Éticas

Para llevar a cabo este programa, se obtendrá autorización por el Comité de Bioética de la Universidad de Panamá y de las autoridades del Centro de Salud de Nuevo Veranillo.

Teniendo en cuenta los derechos de las pacientes y los profesionales de salud, por este motivo se ha de respetar el consentimiento informado, la confidencialidad de los datos y los principios bioéticos.

Se informará oralmente a las pacientes y profesionales de enfermería sobre el programa y, en caso de que acepten participar en el proyecto de intervención, además de registrarlo como participante, se solicitará que firmen un consentimiento informado de acuerdo a que aprueban las actividades a realizar.

3.6 Programa

Marco Lógico Para Esquematar el Diseño de un Proyecto

Nombre del Proyecto: Superando mi pérdida, Fortaleciendo mi Vida

Fecha de inicio: Marzo 2017

Fecha de Finalización: Diciembre 2019.

Fecha de Elaboración de Proyecto: Abril 2017.

Resumen Narrativo	Indicadores Objetivamente Verificables	Medios de Verificables	Supuestos / factores de Riesgos
<p>Fin del proyecto (objetivo de largo plazo) Inclusión de la atención de la mujer con diagnóstico de aborto en el programa de Salud Mental.</p>	<p>Aprobación por las autoridades de la institución para la implementación del programa.</p>	<p>Carta de aprobación.</p>	<p>Se dará atención emocional a todas las pacientes con diagnóstico de aborto que se atienden en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo.</p>
<p>Propósito(objetivo de desarrollo) Resiliencia Emocional de las Mujeres con Aborto atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo.</p>	<p>Situación Final del Proyecto El 95% de las pacientes atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo mostrarán resiliencia.</p>	<p>Entrevista a las participantes</p>	<p>Cada mujer es única en cuanto a sus sentimientos y así mismo será su manera de afrontar este proceso y tiempo de recuperación.</p>

Productos o Resultados Parciales 4. Estabilidad emocional de la mujer.	El 95 % de las mujeres mostrarán mejor manejo de las emociones.	Observación directa en la sección de trabajo.	El adecuado estado emocional la ayudará a superar la pérdida.
3. Pacientes con respuestas conductual positiva.	El 90 % de las mujeres con conductas positivas.	Informe de la conducta y expresión de pensamientos desde su ingreso hasta el egreso.	Poner en prácticas las estrategias conductual en las actividades diarias.
2. Estrategias para el abordaje emocional de las pacientes.	El 90 % de las pacientes entienden y analizan su pérdida y su dolor.	Terapia individual, observación directa.	Los recursos más efectivos para la elaboración de una pérdida es poder hablar sobre ello.
1. Diagnóstico emocional de las pacientes.	El 95% de las pacientes elaboraron junto con el personal estrategias para afrontar una pérdida en el aborto.	Evaluación de conocimientos del personal de enfermería.	La actitud empática y la normalización característica de estos grupos también facilitan la descarga emocional.

Actividades

Resultado 4

4. Proporcionar un enfoque positivo, potenciando destrezas y enseñando habilidades para afrontar la pérdida.
3. Identificar las fortalezas y el estado emocional para superar la pérdida.
2. Implementar intervención estratégica para el manejo emocional de la mujer y su pareja
1. Conformar grupo de apoyo con las mujeres post aborto y el equipo multidisciplinario.

Resultado 3

3. Terapia de reflexión sobre el manejo de emociones y sentimientos post aborto.
2. Taller sobre el significado de su pérdida a través de actividades artísticas.
1. Toque terapéutico.

Resultado 2

4. Favorecer la expresión de sentimientos por medio de la comunicación no verbal y crear un espacio seguro para la expresión de los mismos.
3. Ayudar a la paciente a reconocer y aceptar sus propios sentimientos y emociones (culpa, enojo, tristeza).
2. Fomentar la expresión de sentimientos a cerca de la pérdida.
1. Hacer contacto y construir una alianza terapéutica con la paciente para una atención temprana y oportuna.

Resultado 1

5. Asignar habitación lo más íntimas posible, alejadas de llantos de bebé o de latido fetal.
4. Realizar actividades de información y sensibilización del aborto y sus consecuencias a los profesionales.
3. Preparar física y psicológicamente a la paciente para el procedimiento indicado.
2. Informar que ellos hicieron lo que pudieron y no fue su culpa.
1. Impulsar un protocolo de Atención emocional a la mujer que experimenta un aborto.

3.7. Posibles Resultados

Según Walderman et al., (2010), siendo una de sus características la definición precisa y concreta de una situación que se alcanzará como resultado directo de la realización de algunas actividades, que se desprenden de los objetivos específicos, se esperan determinados resultados y es muy importante definirlos de antemano para poder evaluar su cumplimiento posterior. (p.27).

- Personal de enfermería del servicio de Ginecobstetricia captará y coordinará la atención con el personal de Salud Mental.
- Atención temprana y oportuna por parte del personal de Salud mental.
- Fortalecimiento emocional de las pacientes con diagnóstico de aborto.
- Desarrollo de habilidades personales para el proceso de duelo.
- Estabilidad emocional de las pacientes.

3.8. Factibilidad del Programa

Según Varela (2010), es la capacidad que tiene una actividad o proyecto de ser ejecutado con el tiempo y los recursos disponibles necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas señaladas. Es importante analizar los objetivos para determinar la aplicabilidad de un proyecto que permita la utilización de diversas herramientas que ayuden a la implantación, así como los costos, beneficios y el grado de aceptación de la propuesta.

Además, implica la posibilidad de llevar a cabo el proyecto reduciendo al máximo todos los obstáculos; considerar si los resultados esperados se ajustan a los esfuerzos e inversiones estimadas; y la continuidad que los destinatarios están dispuestos a asumir por ellos mismos para que sea exitoso.

- Aprobación de las autoridades del Centro de Salud de Nuevo Veranillo.
- Actualización y mejoramiento de los servicios de atención a las pacientes.
- Reducción en el tiempo de procesamiento y ejecución de la intervención.
- Disponibilidad de los recursos humano y área física, necesarios para llevar a cabo la intervención
- Los gastos del proyecto se harán por medio de autofinanciamiento.
- La realización del proyecto no acarrea gran esfuerzo económico, de planificación o reestructuración de la atención a los pacientes, lo cual implica la fácil aceptación del mismo.

3.9. Seguimiento y Evaluación:

Conjunto de actividades mediante el cual se recopilan, analizan y/o sintetizan los datos de informaciones correspondientes durante la ejecución de los proyectos que se llevan a cabo de manera continua para “controlar que la utilización de los recurso con el fin de apoyar su gestión, apuntar correcciones y reorientaciones y proponer los ajustes necesarios para alcanzar los resultados y objetivos previstos de acuerdo con el cronograma previsto”. (Walderman et al., 2010, p.27)

Seguimiento

- Registro de atención.
- Hoja de cotejo.
- Expediente clínico.
- Escala de duelo perinatal.
- Ejercicios individuales escritos y verbales de los sentimientos y emociones.

- Entrevistas
- Reflexiones.

Evaluación:

Valoración y reflexión sistemática sobre la propuesta, la ejecución, la eficiencia, la efectividad, los resultados (o el impacto) de un proyecto de las intervenciones realizadas en la ejecución. “La evaluación se apoya en gran medida en el proceso de seguimiento; pregunta si un proyecto está “funcionando” y si está funcionando en vista de los resultados obtenidos”. (Walderman et al., 2010, p.27)

El personal de Salud Mental afrontará el desafío de elaborar nuevas estrategias de atención que permitan ampliar la oferta de servicios en diversidad y cantidad de atención a las pacientes con diagnóstico de aborto; la enfermera deberá contar para ello con bases teóricas y creatividad en su aplicación. Para que las pacientes intervengan en sus propios análisis de lo que ha cambiado por la intervención y las manera que se podría ampliar o mejorar el proyecto.

Ayudará a seguir de cerca lo que sucede en la planificación y ejecución del proyecto, examinar los índices de participación, los avances y su valor, identificar las enseñanzas, las recomendaciones para una planificación a mayor plazo y aprendizaje institucional permite rendir cuenta, de forma periódica, brindando garantía y asegurando el cumplimiento de la Guía de Atención Emocional y Espiritual por parte del personal.

IV. FASE DE EJECUCIÓN

1.1 Producto N° 1: Diagnóstico Emocional de las Pacientes

4.1.1 Impulsar un protocolo de Atención emocional a la mujer que experimenta un aborto

Para conseguir los logros esperados en la primera sesión, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

En el mes de enero me reuní con el director médico para presentarle el proyecto de intervención que pretendía implementar, dándome el visto bueno para la implementación y participación del personal de enfermería.

El 1 de julio se envió carta al director médico del Centro de Salud Nuevo Veranillo; Dr. Anel Acosta, para informarle que se daría inicio con las actividades programadas del Proyecto de Intervención; previa aprobación por el Comité de Bioética de la Universidad de Panamá (Ver anexo 5), otorgada el día 4 de Julio del 2018. (Ver anexo 14).

Junto con la jefa de enfermería, Licenciada Yaitiel Guardia, se coordinó una reunión el 5 de julio del 2018 para coordinar la asistencia del personal de enfermería que participaría en el proyecto en los diferentes días, ya que es primordial que personal conozca y comprenda la importancia del apoyo emocional y espiritual ante el aborto, ya que en muchas ocasiones nuestras acciones dificultan la elaboración de un correcto duelo, sin embargo, el personal responsable de ejecutar las actividades del proyecto son las enfermera.

Siendo un total de 25 el personal de enfermería y se dividió en 3 grupos. Es importante resaltar que el Centro de Salud cuenta con personal del Hospital San Miguel Arcángel (H.S.M.A), desde agosto del año 2017 por su cierre temporal, por tal motivo se realizó la división de los grupos en cuadro, pero en las diferentes actividades del proyecto se integró el personal de enfermería sin distinción de título ni área de trabajo.

El día 6 de Julio 2018, se entregó el cronograma de las actividades con el nombre del personal que participaría en los diferentes días, procurando no afectar la atención de los pacientes o que un servicio quedara desprovisto de personal. (Ver anexo 15).

Se procedió a entregar invitaciones al personal, un tríptico de manejo emocional ante el aborto (Ver anexo 16), se les brindó información verbal relevante con las actividades del proyecto de intervención y un cintillo, donde se especificaba el lugar, fecha y hora de la reunión. Logrando invitar al 100% del personal de enfermería.

Los días en que se realizaron las primeras actividades fueron: martes 10 de julio y jueves 12 de julio, en horario de 1:00 pm a 3:00 pm para el turno matutino.

Para el turno vespertino se realizó el jueves 12 de julio en horario de 3:00 pm a 5:00 pm. Por cada actividad que se realizaba se le entregaba una carta a la jefa de enfermería con el asunto a tratar, lugar y personal asignado a participar en los diferentes días.

El primer Grupo conformado por 11 personas, el segundo grupo por 11 y el tercer grupo era el personal vespertino 3 personas.

CUADRO 2: PERSONAL DE ENFERMERÍA POR INSTITUCIÓN DONDE LABORAN SEGÚN OCUPACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO, JULIO 2018.

Ocupación	Total		Institución donde laboran			
			H.S.M.A		C.S. Veranillo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	25	100	13	52	12	48
Enfermeras	11	44	6	24	5	20
Técnicas	11	44	5	20	6	24
Asistente	3	12	2	8	1	4
Clínicas						

Fuente: Lista del personal de enfermería que laboran en el Centro de salud de Veranillo.

4.1. 2Actividad: Apoyo Emocional en las primeras horas de enfrentar la pérdida física.

Conferencia Taller al Personal de Enfermería: es de suma importancia que el profesional que atiende a las mujeres post aborto tenga conocimientos referentes al apoyo emocional para poder brindar una atención con calidad y eficacia de manera individual dependiendo de cada mujer.

Las actividades del Proyecto de Intervención se iniciaron el día martes 10 de julio del 2018. Con la solicitud y firma del consentimiento informado para el personal de enfermería que aceptó participar en el proyecto.

Se les daba la bienvenida en el salón de reuniones, se le entregaba un folder que contenía el consentimiento informado para los participantes, se les pedía amablemente que lo leyeran ante cualquier interrogante y se le aclaraban sus dudas y si estaban de acuerdo a participar en el proyecto procedieran a firmarlos.

Todos los participantes de grupo de enfermería procedieron a firmar el consentimiento informado posterior a lectura del mismo.

La reunión con el personal de enfermería se realizó en un ambiente privado en el salón de reuniones, evitando que se sintieran intimidados, criticados y pudieran expresarse sin temor a reproche. Donde en las sesiones se dio con una intervención verbal fluida, esto permitió que la investigadora tomara notas de campo para su posterior análisis.

1.1.3 Segunda parte: Acercamiento teórico-práctico al duelo perinatal.

Para conocer sus conocimientos previos acerca del tema y determinar los factores internos y externos, tanto positivo como negativos, percibidos por el profesional para llevar a cabo las mejores prácticas en el ámbito de cuidado de las mujeres post aborto, se continuó con la realización de un test autodiagnóstico sobre las intervenciones que las mismas realizan en la atención emocional, donde se obtuvieron los siguientes resultados.

CUADRO 3: PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN INTERVENCIONES EMOCIONALES REALIZADAS A LA MUJERES POST ABORTO EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO, JULIO 2018.

Intervenciones Emocionales Post aborto	Total		Realizadas			
			Sí		No	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Facilitaría una buena comunicación, con la paciente y sus familiares.	22	100	22	100	0	0
Apoyaría en la toma de decisiones de las pacientes.	22	100	19	86.4	3	13.6
Reconocería la pérdida de la paciente ante el aborto.	22	100	22	100	0	0
Informaría de los procedimientos que se le realizaran.	22	100	22	100	0	0
Facilitaría la despedida del producto de la concepción.	22	100	22	100	0	0
Brindaría apoyo emocional y espiritual a la paciente y familiares.	22	100	22	100	0	0
Facilitaría la expresión de pensamientos, sentimientos y emociones.	22	100	22	100	0	0
Brindaría apoyo espiritual a la paciente.	22	100	22	100	0	0
Estimularía la utilización de los sistemas de apoyo.	22	100	22	100	0	0

Fuente: Test autodiagnóstico realizado por el personal de enfermería.

Entre las observaciones más relevantes realizadas por las profesionales en enfermería podemos mencionar:

- “Debemos ser más sensibles al momento de hablar y explicar, ya que ellas quedan en una irrealidad, con poca atención de lo que ocurre en su alrededor, si querían a su hijo solo se enfocarán en lo que sucedió, de igual manera, si no lo querían caen en un estado de llanto, muchas veces porque en realidad no lo querían perder o recapacitan de que fue una mala decisión en un momento de vulnerabilidad”.
- “Es mejor no forzar, solo orientar para ayudar a las pacientes y familiares, a la vez fortalecer la atención de los profesionales de enfermería para así dar calidad en la atención”.
- “Es muy importante que el personal de enfermería tenga más información para ponerlo en práctica en el ámbito laboral, explicar de una forma sencilla todo lo que va acontecer para disminuir lo más posible la angustia e inseguridad de las pacientes”.
- “No sé qué hacer frente a la muerte intrauterina del feto, creo que me pusiera a llorar , por carencias de recursos personales y en mi formación profesional no me dijeron como actuar”
- “Situación difícil de manejar; debemos evitar frases que en vez de consolar hacen más daño, en lugar de eso, utilizar un lenguaje verbal y no verbal apropiado”.
- “Creo que muchos hemos olvidado que la esencia de nuestra profesión es brindar cuidado integral, eso incluye la parte emocional y espiritual que en muchas ocasiones no las tomamos en cuenta”.
- “Somos el único apoyo emocional para ellas, pueden contar en cierto momentos y en algunas ocasiones con nosotros, si están solas nuestro deber es hacer intervenciones y

validar que los sentimientos que dominan son normal, tratando que poco a poco asimile la pérdida”.

- “El apoyo en la toma de decisiones depende del estado emocional de la mujer, es variante, ya que muchas veces hay negación o aceptación de la condición vivida en el momento y hay que saber que se va a decir”.
- “Considero que se debe educar y capacitar a todo el personal de salud para que puedan dar orientación, asesoría, apoyo e intervenciones de calidad a las pacientes”.
- “Enfermería debería reestructurar e implementar atención en crisis en los hospitales, para brindar atención inmediata de forma oportuna y de manera holística porque lo que afecta la mente repercute en el cuerpo”.

Durante la capacitación y desarrollo del tema, se presentó el material por power point, con tiempo de duración de 1 hora. Las participantes fueron muy dinámicas, con participación activa, hubo preguntas y expresiones de experiencias propias de las compañeras y opiniones de análisis de la atención como profesional que procedo a redactar:

Técnica: “ Yo llegué al hospital con dolor en bajo vientre a las 10:00 am, me colocaron el monitor para mi bebé, tenía latido, solo me decían “tiene la presión muy alta”, era mi primera hija, fui a atenderme en clínica privada, tenía todos los controles de mis 18 semanas, me preocupaba la idea de tener tanto dolor, algo me decía que no estaba bien, ese presentimiento se adueñó de mi ser antes de llegar al hospital, preguntaba que me pasaba y nadie me decía nada, solo me miraban con cara de tristeza, pero yo angustiada, triste al no saber que sucedía, tantas cosas me pasaban por la cabeza tratando de entender que sucedió o que desencadenó este dolor, cuando de repente el corazón de mi bebé dejó de latir y yo me desesperé, gritaba “salven a mi bebé” y me desmallé, nunca vi a mi hija; luego me dijeron que por la presión tan alta mi hija se

murió, pero en esos momentos que necesitaba que me explicaran o alguien se acercara a mí sin verme como bicho raro, me dejaron sola con mi dolor y sufrimiento “. Todos los 19 de julio lloro por la muerte de mi hija y sigo sintiendo ese gran dolor”.

Enfermera: “En verdad que fallamos, pero, ¿qué podríamos hacer 2 personas en una sala (enfermera y técnica)?, cuando tienes preeclampsia, embarazadas, cesáreas, pacientes por transfundir, otra que expulsa y tus superiores solo quieren que saquen el trabajo, te culpan de no organizarte bien y si dejas algo pendiente tus colegas te lo reclaman, quizás tengamos las ganas pero el tiempo es limitado, donde muchas veces nos cuestionan o hacen sentir que brindar apoyo o estar al lado de las pacientes en estos momentos difícil es perder el tiempo. Actuamos como robot, con pérdida de sensibilidad, fallamos, cometemos errores que pasan desapercibidos por nuestros pensamientos, creemos hacer las cosas bien pero actuamos mal y si nadie nos orienta ni explica seguiremos haciendo lo mismo”.

Enfermera: “¿Qué tanto puede hacer una enfermera en sala 23?, donde es un hipódromo que debemos correr para sacar el trabajo, si lo haces sales tarde, tus compañeros te critican y los jefes te regañan al explicar lo que hacías, responden “tú no puedes hacer nada por ella ¿o le devolverás el hijo?, esta frase tan sarcástica causa enojo y pone en duda si no tenemos los conocimientos si vale la pena o no, que sea cierto que perdemos el tiempo”.

Asistente clínica: “Trabajando en el mismo lugar me aterra escuchar esas historias, ustedes se sienten preparados, ya es normal.

Enfermera: No le es; debemos ser profesionales sin olvidar que también somos humanos, nos afecta pero en ese momento nos toca apoyarlas”.

Enfermera: “Tratamos en lo posible dedicar tiempo, orientarlas, promover la despedida, que carguen y besen a su producto perdido, escucharla. Acompañarla y bautizarlo siempre que su madre de lo autorice”.

Técnica: “Considero que nuestros jefes deben considerar que muchas no estamos preparadas para atender un servicio, pero ellos no entienden y nos mandan como castigo saliendo afectadas las pacientes”.

Enfermera: “Creo que cuando nos pasa esta situación a nosotros el apoyo de los compañeros nos motivan o ayudan a disminuir el dolor, pero que hay de las pacientes que están solas, que no tienen a nadie que les ayude y nuestra actuación. Si no desea hablar es una grosera, ni que yo tuviese la culpa de lo que pasó, así reaccionamos o le decimos a las pacientes; esta capacitación nos ayuda a conocer el comportamiento normal y anormal de las pacientes y como sería nuestro comportamiento como profesional”.

Enfermera: “Es difícil porque muchas veces tus compañeros al hablar te culpan de lo sucedido, con frases como “te dije que no te agacharas, pero tú que no hiciste caso”, “nosotros quisimos cuidarte pero eres necia mira lo que te paso”, estas palabras no ayudan para nada, te lastiman más, ya sabes “quédate quieta que aun estas convaleciente”, haciéndote sentir como culpable de la muerte de tu hijo.

Enfermera: “Sería muy importante que todas recibieran atención y evaluación por un personal de salud mental, no es que la que más llora, grita le duele, muchas se tragan su dolor y por los años las consumen por dentro con consecuencias grave para su salud física y mental”.

1.1.4 Tercera parte: Taller Socio drama “Todo Cambio”.

Como principio de confidencialidad del personal de enfermería que participó, los nombres utilizados son ficticios, ya que son historias reales.

El sociodrama se dio con guion personal de las experiencias propias de las profesionales que sufrieron esta experiencia:

Drama 1: Que no lo sabía, no quiere decir que no me doliera, eso no me convierte en asesina.

Personaje: Yamali: madre de 19 años. Héctor: pareja de Yamali. Sara: Doctor

Yamali: Me desperté en la madrugada porque me sentí mojada, al prender la luz estaba sangrando, le dije a Héctor que me llevara al hospital, no sabía que me pasaba, estaba esperando la regla pero esto era como una hemorragia. Estaba muy asustada. Al llegar al hospital, el doctor me evaluó y me mandó laboratorios, al tener los resultados me dijo que yo me había provocado el aborto.

Yamali: yo ni sabía que estaba embarazada, como si yo me coloqué el anticonceptivo, no puede ser.

Doctora: te lo provocaste, tienes unas cosas blancas, te metiste una pastilla, mataste a tu hijo y ahora estas disque asustada, sabes lo que te hiciste.

Yamali: me culpaba de su muerte, donde el personal me veía mal, aunque yo no lo quería por ser muy joven, ni estaba planeado, lo primero que pensé fue, mejor que no se desarrolló truncaría mis sueños, yo estaba en segundo año de enfermería, al asimilar la noticia me dolió perderlo,

aunque no sabía que estaba embarazada fueron muchas noticias que me tocaron asimilar en un mismo momento.

Héctor: es cierto lo que dicen los médicos, tú lo mataste porque no querías estar embarazada. ¿cómo pudiste matar a nuestro hijo?, ese mismo día se fue de la casa y me abandonó a mi suerte.

Yamali: Tengo una sobrina que tendría su misma edad y yo me pregunto de vez en cuando ¿cómo sería? ¿A quién se parecería?, pero bueno... un largo suspiro... ya no se puede hacer nada, ahora entiendo que si lo quería pero me toco ser fuerte en ese momento.

Drama 2: Se ganó el Oscar a la mejor actriz.

Julieta: embarazada de 16 semanas. Carla: técnica en enfermería. Liliana: doctora

Julieta: sentía unos coliquitos en el bajo vientre y un leve sangrado, fui a atenderme.

Doctora: Lamento decirle que su producto de la concepción no tiene latido, tiene que expulsarlo, eso llevará un proceso, luego le realizaremos la limpieza.

Julieta: mientras me preparaban para subirme a la sala yo lloraba mi pérdida, escucho al personal en el pasillo diciendo esa que está en la camilla se metió una pastillas, todas esas que vienen aquí es para acabar lo que iniciaron, son unas asesinas y aquí vienen hacer show disque le duele con sus lágrimas de cocodrilo. Yo quedé impactada al escuchar todos los comentarios; cómo pueden hablar mal de las pacientes y acusarlas de esa manera, a la vez de tratarlas mal, nos juzgaban a todas como asesinas, era como sentir doble dolor. Cuando después de varias horas de dolor mi producto salió y la técnica se burló de mí, su expresión facial era de molestia cuando pedí ver a mi hijo.

Técnica: qué dijo usted, quiere ver una cosita, pedazo de coagulo, no pierda su tiempo mire la paleta para ver si logras ver algo, yo no voy a meter mi mano ahí.

Julietta: que traten a tu hijo con nombre como cosita, un pedazo de coagulo, donde el dolor emocional aumenta, te sientes súper vacía. Ese coágulo, es como te refieres a mi hijo.

Es otro lado de la moneda, en muchas ocasiones escucho a las compañeras hablar mal de las pacientes que se provocan el aborto, pero ahora me pongo a pensar que yo igualmente las criticaba y juzgaba, pero, ¿quiénes somos nosotros para destruir con nuestras palabras a una mujer?

Drama 3: La mancha en mi familia, como borrarla.

Ana: doctora.

Alicia: hija

Esther: madre

Alicia: un día mi madre tenía una cita médica por su artritis y problemas de la presión arterial, yo la acompañé.

Doctora: le haré una serie de preguntas de antecedentes personales, ahora dígame cuántos embarazo ha tenido.

Esther: yo tuve 3 embarazos, pero sufrí un aborto a las 15 semanas, era un varoncito y me quedé con puras niñas.

Alicia: quedé sorprendida, en shock, cómo era posible que mi madre me ocultara en mis 48 años que perdió a mi hermano, fueron sentimientos encontrados de enojo y tristeza. Hasta el sol de hoy no tengo el valor para preguntarle ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿qué paso?, tuve un hermano, lo perdí y no me di cuenta, es un dolor que me atormenta y quema por dentro, pero no quiero faltarle el respeto o lastimar a mi madre, por ese temor prefiero continuar en silencio con mis dudas e

incertidumbre, sufrí y cuando lo recuerdo me da nostalgia pero prefiero sufrir yo antes de lastimar a mi madre.

Drama 4: Una dolorosa verdad

Marcela: embarazada

Ricardo: esposo

Danais: hija

Cesar: doctor

Virgi: doctora

Celia: Técnica

Marcela: en el momento que me dijeron que estaba embarazada no lo podía creer, yo me había colocado la inyección, no era planeado, yo estaba en tercer año de enfermería, se me vino a la mente trabajar, estudiar y un embarazo es un semestre perdido. conversé con mi esposo y familiares, comencé a ilusionarme con esa nueva vida, mi hija estaba súper contenta que tendría un hermano o hermana, desde entonces la llamo Lucia, trabajando en el cuarto de urgencia, teniendo 14 semanas, rompí fuente, me evaluaron en la sala de parto mi hijo se movía estaba vivo, me trasladaron al complejo.

Doctora: compañera como quisiera decirle que le puedo meter líquido para que su producto de la concepción sobreviva pero no es así.

Marcela: no le niego, me dolió mucho, pero a la vez pensé, no me atrasaré y podré continuar normal mis estudios, él estaba vivo, lo sentía moverse y poco a poco dejó de latir su corazón, estuve seis días hospitalizada para expulsarlo, murió y no podía salir, me pusieron de todo y nada, los compañeros me llamaban y chateaban para saber cómo estaba pero yo no tenía ganas de hablar ni chatear pero por educación contestaba y les pedía que se comunicara con los otros, la desesperación de mi esposo y familiares pedían que me hicieran cesárea, hasta yo estaba frustrada por el desespero de salir de esto. De tanta desesperación mi esposo se fue al mercado

negro y compro 5 pastillas cytotes, pero el jefe de maternidad conversó conmigo diciéndome “en este hospital no hay protocolo para administrar”, pero en el siguiente turno entró una doctora que conocíamos y le expliqué mi caso.

Doctora: te la pondré, pero explícale a tus familiares que si te pasa algo no me demanden, solo lo haré para ayudarte y que salgas de eso.

Marcela: en el momento de finalizar la visita bajando la escalera sentí que algo se me desgarró, algo dentro de mí, comencé a sangrar, me acosté en la cama, al revisarme le pedí a la técnica que me lo enseñara.

Técnica: ¿para qué quieres ver eso si está muerto? ¿Te quieres traumar?, con llorar no lo vas a revivir más estoy muy ocupada para perder mi tiempo.

Marcela: mi esposo es el único hombre de su familia, cuando le dije el sexo eso fue un dolor, gritos, llantos, eran horribles, ellos siempre querían que fuera niño nuestro primer hijo, ahora que lo teníamos lo perdimos, al llegar a la casa fue otra experiencia súper dolorosa.

Danaís: mamá, ¿por qué te fuiste de la casa?, ¿qué hice mal?, ¿Estás enojada conmigo? Yo te dije que me portaría bien y cuidaría a mi hermanita.

Marcela: le intenté explicar varias veces pero no comprendía que no era Lucía sino que tendría un hermanito y me preguntaba por el muchos días, por qué le había cambiado el sexo, que no importaba igual lo cuidaría, no comprendía que su hermano había muerto, fueron momentos muy dolorosos y difíciles, creo lo que me ayudó fue la fortaleza de Dios, apoyo de mis familiares, compañeros y amistades. Mi esposo se hacía el fuerte pero sufría mucho, mis suegros decían el llora en silencio, pero se hace el fuerte para que tú te apoyes en él.

CUADRO 4: PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES PARA EL APOYO EMOCIONAL A LAS MUJERES POST ABORTO EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO, JULIO 2018.

Personal de enfermería invitado	Total		Asistencia			
			Sí		No	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	25	100	22	88	3	12
Primera sección	11	44	9	36	2	8
Segundo sección	11	44	10	40	1	4
Tercer sección	3	12	3	12	0	0

Fuente: Lista de asistencia.

Se registró un 88% de asistencia con 22 profesionales en enfermería.

1.2. Actividad: informar que ellos hicieron lo que pudieron y no fue su culpa.

La investigadora elaboró una **Hoja de cotejo de: Buenas Prácticas de intervenciones en la Atención ante el Aborto** dividida en tres fases: diagnóstico, actuación durante la expulsión y atención posterior a la expulsión, cuya finalidad es que el profesional de salud realice intervenciones continuas e interrumpidas donde valide la pérdida, brindar asesoría para que las pacientes tome sus propias decisiones, brinde información, que facilite las reacciones emocionales y ayude en la búsqueda de soporte psico-emocional, en todo el proceso de atención de las pacientes, recordando siempre que ninguna mujer desea tener una muerte intrauterina, por

eso debe brindar una preparación psicológica donde disminuya el sentimiento de culpa.

Buscando la aceptación y promoción de mejores intervenciones emocionales en el cuidado de la mujer ante la pérdida, potenciando las fortalezas del personal.

Se utilizó la técnica de exposición dialogada, donde cada profesional de enfermería expondría su opinión de acuerdo o desacuerdo de las distintas intervenciones y la importancia de ejecutarlas y si están de acuerdo en la utilización de la hoja de cotejo, basándose en sus propios conocimientos y experiencias profesionales que responden tras su reflexión individual, dando las aportaciones en cada turno donde se fusionaron las respuestas similares, se aclararon dudas y conceptos.

Hay varios caminos para evadir el dolor, pero ninguno de ellos puede ayudarte a alcanzar la paz interna que las mujeres post aborto necesitan, por eso el personal debe ayudar a las pacientes en cada momento, desde su entrada a la institución hasta su egreso, pero son pocos las instituciones de salud que cuentan con un protocolo para la atención emocional ante el aborto, este instrumento se creó para que el personal de enfermería encargado de la atención pueda evaluar la condición física y emocional, conducta y expresión de sentimientos de las pacientes, de aprobarse por las autoridades de la institución debe ser anexada al expediente clínico de las pacientes con diagnóstico de aborto y solicitar que al ser remitida a red primaria se envíe una copia, para darle el seguimiento adecuado o hacer más hincapié en las pacientes que lo ameriten.

El personal de salud que brinde atención a las pacientes con diagnóstico de aborto juega un papel muy importante en la elaboración del duelo, es preciso saber que nuestra función es brindar un cuidado holístico de calidad y eficiencia en los tratamientos donde muchas veces no dan la debida importancia al estado emocional de las pacientes.

Cada persona siente y manifiesta el sufrimiento de forma diferente. Expresar sus sentimientos es un poco difícil en muchas mujeres, las mismas prefieren guardar silencio para evitar ser criticadas por el personal de salud o sus familiares.

Estos sentimientos y pensamientos son algo natural y necesario una de las formas en que su cuerpo expresa el impacto de la experiencia que han vivido a la vez es la manera de sanar la herida que produjo la pérdida. Cuando los sentimientos no se expresan usualmente afloran como comportamientos negativos (consumir bebidas alcohólicas, discutir, entrar en conflicto con personas a su alrededor).

A la mujer y a sus familiares se les debe permitir ser participe en la toma de decisiones, esta intervención fomenta una relación de confianza y colaboración con el personal de salud y a la vez aumenta su sensación de control.

Si los profesionales que participan en la atención de las pacientes con diagnóstico de aborto basaran sus atención en reflexión crítica para brindar atención a las pacientes esa sería la clave del éxito para el cambio personal, profesional y social, que involucra a todos los profesionales de la salud; favoreciendo un proceso colectivo de producción de conocimientos necesarios para la transformación de la realidad social, promover la participación en la búsqueda de soluciones a sus propios problemas como agentes de cambio, no como objetos de estudios, en el proceso de transformación, convirtiéndose en actores sociales, con voz propia, habilidad para decidir, reflexionar .

Desarrollar un sentido de pertenencia del proceso, con rol protagonista y activo en cada momento, donde todos aprenden de todos, comparten sus métodos de saber, articulando de manera crítica ese conocimiento.

La atención se basa en el concepto de humanización del parto, promover la participación activa de la mujer en la toma de decisiones, no se debe recomendar la administración de sedantes en la fase aguda del duelo para favorecer el sueño o control de dolor psicológico.

Recomendar que tenga contacto con su producto de la concepción, independientemente de la edad gestacional: ver, hablar y abrazar al producto, pasar un rato con él, darle un nombre, esto es fundamental para validar su identidad y permite tener un contacto simbólico con el mismo, crear recuerdos, darle una ceremonia o rituales de despedida, pretenden aportar consuelo y una cierta paz a las familias, aportan significado y marca un momento de transición en la vida, además conecta a los padres con familiares, amistades y conocidos, permitiendo la expresión de emociones, así despiden al producto perdido, otorgan una identidad y un lugar en la familia tanto a nivel social e individual que contribuye a la correcta elaboración del duelo al reforzar la vinculación con el producto fallecido. Se debe ofrecer la oportunidad de tener contacto con su producto perdido y respetar que algunos no quieran interactuar ni deseen recuerdos o celebrar funeral.

Antes del egreso hospitalario, es esencial proporcionar información sobre el duelo para las mujeres y familiares, sobre lo que puede acontecer en los próximos días, semanas y meses dentro del núcleo familiar, además ofrecer información escrita por medio de folletos.

Seguimiento del duelo: consultar con la enfermera obstetra, orientación en la planificación y favorecer un enfoque para una nueva gestación y evaluación por el personal de salud mental. La mayoría de las parejas vuelven a quedar embarazada en el primer año de la pérdida, esto se ve asociado con aumento de la ansiedad materna y vulnerabilidad emocional, sobre todo cuando los intervalos de los embarazos son cortos.

4.1.3 Actividad: Preparar física y psicológicamente a la paciente para el procedimiento indicado.

Muchas pacientes acuden al centro de salud para ser atendidas y desconocen el procedimiento que le realizaron, teniendo muchos interrogantes, así que confeccioné un tríptico cuyo título es “El Aborto y sus Cuidados”, (ver anexo 18), no solo debe ser entregado a todas las pacientes con diagnóstico de aborto sino también a las que acuden post procedimiento para ayudarle a aclarar sus dudas.

Donde se explica la definición de aborto quirúrgico, la preparación de la paciente y la diferencia entre una Aspiración Manual endouterina (AMEU) y Legrado uterino instrumentado (LIU), sus efectos secundarios y las debidas recomendaciones posterior al procedimiento realizado.

Durante la exposición dialogada 9 compañeras expresaron que desconocían que se realizaba el procedimiento AMEU, fue catalogado como un procedimiento que con solo observar el dibujo era doloroso, donde se procedió a explicar la definición de cada procedimiento quirúrgicos, como se prepara la paciente, los efectos secundarios, los síntomas de alarma y recomendaciones a su egreso, siendo así un aprendizaje para los profesionales del centro de salud.

4. 1.4 Actividad: Realizar actividades de información y sensibilización del aborto y sus consecuencias a los profesionales.

1.4.1 Terapia individual de expresión de pensamientos y sentimientos.

Identificar los propios pensamientos y sentimientos nos conduce al crecimiento personal y profesional e incorpora en forma positiva la experiencia vivida para realizar modificaciones o continuar velando por la seguridad emocional de las pacientes.

A partir de la participación activa de los profesionales en enfermería, fueron capaces de reflexionar sobre sus experiencias personales en términos de sentimientos y valores donde se derivan los siguientes comentarios:

Enfermera: “No me sentía preparada cuando me tocaba atender una expulsión de un aborto, temblaba, luego me encerraba en el baño, sentía una opresión en el pecho, arqueaba tan fuerte para vomitar que la supervisora y otras compañeras me iban a tocar la puerta y preguntar que me pasaba por mi fuerte llanto; la doctora me decía “yo llevo muchos años atendiendo estas pacientes pero siempre es un momento doloroso para mí”, en lugar de atender a la paciente me atendían a mí. Muchas normas administrativas que distancian a la mujer de su primera fuente de apoyo”.

Enfermera: “Para algunos es normal que lllore, no necesita evaluación por ningún especialista de Salud Mental, no van a ser bomberos ni apagar fuego dentro de ellas. Yo trabajé muchas veces con niños pero esta experiencia la viví personalmente y prefiero seguir lejos de esta sala”.

Técnica: “Yo no sirvo para esto soy una mujer grande por el gusto, no me gusta atender, al verlas llorar quedaba llorando y abrazándolas, ahora entiendo que no les brindaba apoyo”.

Técnica: “Uno no recibe preparación para atender a estas pacientes, uno puede tener muchos años, pero la experiencia nunca es lo mismo, la reacción de la paciente y la del personal puede ser variante en los diferentes momentos, muchas veces las estigmatizamos como problemáticas y ya el personal estaría predispuesto al brindarle atención, ahora conozco que es normal esos cambios de humor y que ellas proyectan el enojo con cualquier persona”.

Enfermera: “Las pacientes dicen “no sabía que estaba embarazada, lo perdí, creo que me libere de esa responsabilidad, en la casa tengo más o no estoy bien con mi pareja, sería otro problema, ya tengo muchos”.

Enfermera: “ Somos los causantes de mucho daño cuando expulsan y sabemos que es provocado, comienzan a llorar y deben soportar todos los malos comentarios del personal “qué lloras ahora si tú no lo querías por eso lo mataste, disque arrepentida, con lágrimas de cocodrilo, haciendo show y papel, te ganaras el óscar, eres una asesina mataste a tu hijo”, le damos palo hasta por debajo de la lengua, nos burlamos de sus sentimientos y nuestra función es brindar una atención holística y no de juzgar o hacer comentarios pocos éticos hacia las pacientes”.

Enfermera: “Antes la madre expulsaba, se limpiaba, no se le mostraba a su hijo, para evitar que sufriera, eso ocasiona un daño más fuerte, ahora se practica eso, pensaba que era como más traumatizante, ahora comprendo el motivo de realizarlo; tan equivocada que estaba”.

Técnica: “Si bien es cierto uno ama y quiere a sus hijos, pero si no hablamos es un dolor profundo que cargamos por años, llorar, hablar con alguien que te preste atención, no te devolverá tu hijo, pero si liberará eso que te aprieta en el pecho”.

Enfermera: “Hay muchas problemáticas en salud, cuando en nuestra preparación nos colocan proyectos, estudios con buenos programas y quedan engavetados, sin valorar el esfuerzo y gasto de los profesionales. Piensan que es perder el tiempo, pero más gastan en otros proyectos que no tienen ninguna finalidad, es poca la inversión que se le da a la salud”.

Enfermera: “Sería importante que este tipo de proyecto se llevara en todas las instalaciones de salud, para que todos los profesionales estemos capacitados para brindar una atención integral a las pacientes con aborto y así disminuir los riesgos de duelos patológicos”.

Enfermera: “Al tener que vivir esta experiencia dolorosa, me hice la fuerte y en muchas ocasiones me consumía mi dolor, al establecer este proyecto beneficiarían a muchas mujeres que aunque tengan sus familiares cerca de ellas en ocasiones se sienten solas y que nadie las entiende; solo necesitamos a alguien que nos escuche”.

4.1.5 Actividad: Asignar habitaciones lo más íntimas posible, alejadas de llantos de bebé o de latido fetal.

En las instituciones, la distribución de las camas están asignadas por la parte administrativa, en la mayoría de las salas de atención las mujeres que sufren un aborto son enviadas a la sala de las obstetricia patológica (Sala 23 H.S.T. y Obstetricia B en el H.S.M.A), estando allí las pacientes con embarazos con alguna patología, pre-eclampsia severa, cesáreas, partos complicados. Si bien es cierto, por la condición de la madre, los recién nacidos se encuentran en la sala de Neonatología, pero al estabilizarse, se les entrega sus hijos, donde el sonido del llanto del bebé es audible en los otros cubículos; y que decir cuando se da la expulsión del bebé en sala, donde las pacientes que están recibiendo su tratamiento farmacológico vuelven a recordar nuevamente el traumático y doloroso momento que vivieron, estando a flor de piel todos los sentimientos, retrocediendo su elaboración del duelo.

Si bien es cierto durante nuestro taller de capacitación llegamos a la conclusión que en las instituciones que brindan atención a pacientes con aborto no existe una estructura física o sala donde no estén pacientes con sus hijos, con pacientes que realizan AMEU - LIU, donde lo más recomendable sería enviar a las pacientes a sala de ginecología para cuidar su estado emocional con una correcta elaboración del duelo.

Después de internalizar las actividades del aborto, los profesionales en enfermería manifestaron su nivel de compromiso, con los siguientes aspectos:

- La actuación de la enfermera es esencial para ofrecer una atención integral, sensible, empática para reconocer y validar los sentimientos de la pérdida que experimenta la mujer en cada momento.
- Proporcionar cuidado adecuado, respetuoso y sensible a las mujeres que sufren una pérdida.
- Para mejorar la atención se requiere conocimientos, habilidades y actitudes, la adquisición de estas competencias y la implicación de los profesionales para llevar a cabo intervenciones que garanticen un abordaje integral y coordinado.
- La utilización de una guía de atención para brindar un cuidado integral basado en conocimientos científicos, donde se enseñan las estrategias necesarias para apoyar en estas situaciones y donde se informará que hacer y que no para contribuir en el proceso de elaboración del duelo.

4.1.6 Descripción de los resultados de las actividades realizadas con los Profesionales en Enfermería

- La muerte intrauterina del feto es poco reconocida, más si se trata de pérdidas tempranas como lo es el aborto.
- La actuación de los profesionales ante la pérdida tiene un alto impacto en la elaboración de un duelo saludable.
- La muerte es una experiencia dolorosa que produce sufrimiento en cualquiera de las circunstancias que esto ocurra y donde los cuidados brindados por los profesionales juegan un papel determinante, debido a que las mujeres son extremadamente sensibles a las reacciones y conductas de los profesionales.
- El personal de enfermería fue activo y participativo en todas las actividades, creo que el punto clave de su intervención fue sus experiencias propias de sufrir un aborto de 9 de las participantes.
- Al participar activamente lograron analizar su actitud en la atención a las pacientes que sufren un aborto, analizando su conducta para darse cuenta de sus aciertos y errores que cometen en brindar los cuidados pertinentes.
- Siendo un aprendizaje de doble vía, se expresaron muchos pensamientos, sentimientos positivos y negativos como: seguridad, esperanza, amor, motivación para ayudar, ansiedad, tristeza, miedo, temor. Para muchos fue la primera vez que hablaban algo tan íntimo con otras personas que no eran sus familiares, es doloroso recordar, decir, entender, aunque pasen muchos años la muerte intrauterina del feto es traumática.
- El profesional debe validar los sentimientos de la pérdida que experimentan en cada momento, disponer de tiempo para informar de manera respetuosa y empática de los

procedimientos que se le realizarán, sobre lo acontecer de este proceso ya que en algunas ocasiones no entienden o se encuentran bloqueadas con dificultad de concentración o limitadas para toma de decisiones.

- Cuando los profesionales prestan sus cuidados en un entorno de sufrimiento o de dolor emocional en ocasiones la saturación laboral y la gestión del impacto emocional provoca conductas evitativas o de huida, la aceptación resignada, el olvido y el distanciamiento.
- Estas conductas evitativas se caracterizan por sentimientos de incompetencia, el profesional se siente inútil, no sabe cómo actuar ni que decir y se centra en los cuidados físicos evadiendo las demandas y necesidades emocionales.
- Se debe promover asistencia de apoyo emocional para los profesionales para disminuir el impacto emocional de esta experiencia, para promover su bienestar emocional.
- Los profesionales deben estar preparados para asistir en el proceso de aflicción, estas acciones reducen los riesgos de resultados adversos en el duelo.
- La atención de la mujer ante la pérdida ha evolucionado el silencio que rodeaba esta atención, donde se sedaba a la madre en expulsivo y cuando despertaba el cuerpo de su producto de la concepción a desaparecido de su vista y los profesionales guardaban total silencio sobre lo ocurrido. Actualmente, se promueve la despedida de la madre y su producto de la concepción, siempre respetando la decisión de la misma, si desea verlo, abrazarlo, besarlo y bautizarlo.
- Irónicamente, la mujer a pesar de la pérdida aún se siente embarazada pero es normal por los niveles de hormonas que van volviendo muy poco a poco al estado pre- gestacional y también necesita físicamente restaurarse y recuperarse, la mujer se ve afectada en algunas ocasiones por un sentimiento de culpa que disminuye su autoestima.

- Proporcionar un cuidado adecuado, respetuoso y sensible a las familias que sufren una pérdida supone un gran reto, en las actuaciones de los profesionales.
- El apoyo por parte del personal de enfermería en el momento del duelo es considerado parte integral del cuidado del paciente y sus familiares, durante y después de la muerte intrauterina del feto.
- Es importante que los profesionales le enseñen a las mujeres estrategias de afrontamiento a desarrollar para aliviar temores y los efectos inmediatos del sufrimiento tras la muerte intrauterina del feto y para ayudar a tomar decisiones que de no adoptarlas pueden lamentar más tarde, se debe reforzar lo que se informa de manera verbal con material impreso.
- Con estos conocimientos y adquisición de habilidades, el profesional potenciaría su formación, reforzaría positivamente su papel profesional ante el dolor de los padres con una intervención adecuada para ayudarlos a transitar en el camino del duelo.
- La reflexión sobre la práctica condujo a la reorientación del significado del proceso de atención a la pérdida con la incorporación de conocimientos y estrategias adaptadas a su contexto con el empoderamiento del profesional al sentirse el propio agente de cambio.

Producto N° 2: Estrategias para el abordaje emocional de las pacientes.

4.2.1. Actividad: Hacer contacto y construir una alianza terapéutica con la paciente para una atención temprana y oportuna.

Se realizaron las siguientes actividades: se solicitó al Departamento de Registro Médico, previa autorización del Director Médico, los expedientes de las pacientes atendidas en la institución desde mayo a julio del 2018 con diagnóstico de aborto. Hasta la fecha se habían atendido 7 pacientes. Lamentablemente, encontré ciertas limitantes que procedo a redactar:

- Un expediente de paciente sin número de teléfono.
- 3 teléfonos que no responden a la llamada.
- 2 teléfonos que salen no programados.
- Contacté a una paciente por vía telefónica, se le explicó el proyecto de intervención y se citó al Centro de Salud. La misma respondió: “Perder a mi bebé fue lo mejor que me ha pasado, estaba triste cuando estaba embarazada, ahora estoy feliz al liberarme de ese problema”

CUADRO 5: LISTA DE PACIENTES POST ABORTO SEGÚN CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AL EMBARAZO Y A LA ATENCIÓN POST ABORTO EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO, MAYO -JULIO 2018.

Características del Embarazo							
Edad	G	P	A	Edad Gestacional (semanas)	N ° de control Prenatal	Fecha de aborto	Días de atención
24	3	2	1	10	2	2-5-18	7
40	2	0	2	14	0	3-5-18	12
26	2	1	1	14	1	13-5-18	12
35	3	2	1	5	1	24-5-18	22
24	4	3	1	6	0	4-7-18	7
28	2	1	1	8	0	26-6-18	21
35	1	0	1	8	0	13-7-18	7

Fuente: Libro de Registro de atención de pacientes de la enfermera obstetra.

La Selección de las participantes se ha realizado de acuerdo a su perfil, deben tener una serie de criterios:

- Toda mujer que haya experimentado un aborto desde con un día hasta los 3 meses post aborto.
- Sin patología psiquiátricas.
- Que cumpla con los criterios de inclusión.
- Que su participación sea voluntaria y firmen consentimiento informado.

Las participantes fueron seleccionadas acorde al Criterio de Inclusión:

- Paciente con diagnóstico de aborto desde el primer día hasta los 3 meses entre los meses de 1 de Julio hasta el 31 de octubre del 2018.
- Sin importar edad, ni multiparidad, ni nacionalidad de origen.
- Mujer que acuda a su primer control de seguimiento y evaluación con la enfermera obstetra.
- Mujeres en planificación familiar que lleguen a planificar con la enfermera obstetra.
- Identificar sensación y expresión de duelo durante la entrevista con la investigadora – atención de la enfermera obstetra.

De igual manera se han seguido los siguientes Criterios de Exclusión:

- Mujeres que expresen que el aborto fue provocado o sentimientos de alivio ante la pérdida del producto de la concepción no participarán.

La identificación de las participantes potenciales fue a través del personal de enfermería del servicio de Gineco-obstetricia. Se obtuvieron datos de libro de atención. Una vez terminada la consulta con la enfermera obstetra.

Posteriormente, la investigadora fue la encargada de brindar información del objetivo del estudio y orientación de las actividades del proyecto por medio de un tríptico (ver anexo 17), donde se les explicaba cómo se haría la recogida de información, se solicitaba su participación por medio de un consentimiento informado, a la vez se les pedía que lo leyeran y firmaran.

Las participantes recibieron información verbal y escrita por la investigadora, pudiendo consultar las dudas surgidas al momento de firmar el consentimiento.

Como principio de confidencialidad de las participantes, los nombres de las pacientes fueron cambiados por nombres ficticios.

Recogida y análisis de datos: se realizaron entrevistas individuales, con una duración de una hora y media, se utilizó la técnica nota de campo que hace énfasis en los sentimientos, emociones, reflexiones de cada participante. La terapia de comunicación fue utilizada en cada etapa del proyecto, como el análisis realizado de cada una de ellas. Terminada cada sesión se le agradecía su participación y coordinábamos fecha y hora para continuar con las siguientes actividades.

Observación: Cabe destacar que a todas las pacientes que acudieron a la consulta en el servicio de ginecobstetricia se les brindó orientación del proyecto y se les realizó la primera actividad del proyecto, para garantizar que cumplieran con el criterio de inclusión o exclusión.

CUADRO 6: LISTA DE PACIENTES POST ABORTO SEGÚN CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AL EMBARAZO Y A LA ATENCIÓN POST ABORTO EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO JULIO – OCTUBRE 2018.

Características del Embarazo							
Edad	G	P	A	Edad Gestacional (semanas)	N° de control Prenatal	Fecha de aborto	Días de atención
31	6	4	2	10	0	17- 7-18	19
28	2	0	2	13	2	24- 7-18	13
19	1	0	1	7	1	13- 8-18	8
18	1	0	1	18	1	18- 8-18	4
17	1	0	1	14	1	14- 8-18	7
24	2	1	1	8	1	11- 8-18	13
26	3	0	3	10	0	18- 8-18	10
22	1	0	1	7	2	28- 9-18	4
32	2	1	1	12	2	28- 9-18	7
30	3	1	2	6	0	8-10- 18	8
34	6	4	2	12	2	9-10-18	7
22	2	0	1	6	0	9-10-18	8
36	2	1	1	5	1	10- 10-18	12
25	2	1	1	4	0	12- 10-18	10

Fuente: Libro de Registro de atención de pacientes de la enfermera obstetra.

A continuación, se presenta un cuadro con las características sociodemográficos de las mujeres post aborto y de su pareja.

CUADRO 7: MUJERES POST ABRTO SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS POR ENCUESTA REALIZADA EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO, JULIO – OCTUBRE 2018.

Características Sociodemográficas	Participantes						
	Sofía	Arielis	Jazmín	Alicia	Aurora	Diana	Tania
Edad	31	28	19	18	17	24	26
Estado civil	Casados	Unida	Unida	Unida	Soltera	Casada	Unida
Nacionalidad	Panameña	Panameña	Panameña	Panameña	Panameña	Panameña	Panameña
Nivel Académico	Pre Media	Pre Media	Media	Pre Media	Pre Media	Universitario	Universitario
Ocupación de la mujer	Desempleada	Desempleada	Secretaria	Desempleada	Desempleada	Cocinera	Licda. Recursos Humanos
Embarazo deseado	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Pérdidas anteriores	Sí	Sí	No	No	No	No	Sí
Hijos previos	Sí	No	No	No	No	Sí	No
Edad gestacional semanas	10	13	7	18	14	8	10
Religión de la paciente	Católica	Católica	Cristiana	Católica	Católica	Evangélica	Evangélica
Religión de su pareja	Católica	Católica	Católica	Evangélica	Católica	Evangélica	Evangélica
Edad de la pareja	40	30	19	24	35	28	32
Ocupación de la pareja	Albañil	Mecánico	Mercaderista	Guardia de seguridad	Taxista	Policía	Maestro

Características sociodemográficas	Participantes						
	Paola	Frida	Carolina	Beatriz	Astrid	Elsa	Cristina
Edad	22	32	30	34	22	36	25
Estado civil	Unida	Unida	Unida	Casada	Soltera	Casada	Unida
Nacionalidad	Panameña	Colombiana	Salvadoreña	Panameña	Panameña	Salvadoreña	Panameña
Nivel Académico	Primaria	Media	Universitaria	Media	Primaria	universitaria	Media
Ocupación de la mujer	Desempleada	Desempleada	Desempleada	Desempleada	Desempleada	Cocinera	Secretaria
Embarazo deseado	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No
Pérdidas anteriores	No	No	Sí	Sí	No	No	No
Hijos previos	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Edad gestacional semanas	7	12	6	12	6	5	4
Religión de la paciente	Evangélica	Católica	Evangélica	Evangélica	Católica	Evangélica	Católica
Religión de su pareja	Evangélica	Cristiana	Evangélica	Evangélica	Católica	Evangélica	Católica
Edad de la pareja	24	38	28	37	23	42	27
Ocupación de la pareja	Aseador	Mercaderista	Chofer	Soldador	Chofer	Taxista	Mensajero

Fuente: Encuesta de características sociodemográficas aplicada a las mujeres post aborto en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo

(ver anexo 19, p. 312).

Análisis de las Características Sociodemográficas de las Pacientes

La recolección de la información se efectuó en una muestra total de 14 pacientes entrevistadas.

El rango de edad de las participantes se encuentra entre 17 y 36 años de edad.

El estado civil más destacado de las pacientes entrevistadas correspondió: 57.1 % (8) en unión libre, seguidos de los que conviven casados 28.6 % (4) y solteras 14.3 % (2).

En cuanto a la nacionalidad: 78.7 % (11) panameñas, seguido por 14.2 % (2) salvadoreña y 7.1 % (1) colombiana.

En lo referente a su formación académica: 28.6 % (4) universitaria, 28.6 % (4) media, 28.6 % (4) Pre- media y 14.3% (2) primaria.

En la ocupación de las mujeres se destaca el desempleo con un 64.3 % (9), seguido por cocinera 14.3 % (2), secretaria 14.3 % (2), licenciada en recursos humanos 7.1 % (1).

La religión católica predominó en las pacientes en un 50 % (7), seguida por los evangélicos 42.9 % (6) y 7.1 % (1) cristianos.

En cuanto a embarazos deseados, un 64.3% (9) manifestó que si, mientras un 35.7 % expresaron que no fue deseado.

El 64.3% (9) de las pacientes habían sufrido pérdidas anteriores, mientras un 35.7 % era su primera experiencia.

En cuanto a la edad gestacional, se encuentra en el rango de 4 hasta 18 semanas de gestación:

Un 57.1 % (8) de las pacientes tienen hijos previos, mientras que un 42.9 % (6) no tienen hijos.

El rango de edad de las parejas de participantes se encuentra entre 19 y 40 años de edad.

La religión católica predominó en la pareja de las participantes en un 50 % (7), seguido la evangélica con un 42.9 % (6) y 7.1 % (1) cristianos.

La maternidad implica la responsabilidad activa del cuidado del otro: dar y entregarse vital y emocionalmente a un ser humano inicialmente muy vulnerable y dependiente. Ello presume la existencia previa de disponibilidad y capacidad para hacerlo, lo cual está relacionado con los factores: económicos, socio.-culturales, que enmarca la vida de cada mujer. La inmensa variedad de estos en toda la geografía del mundo y a lo largo de la vida de las mujeres (la edad, la existencia o no de apoyos familiares, las experiencias vivenciadas como hija, las presiones y los valores culturales del entorno, las condiciones en que se produce el embarazo), las normas culturales atribuyen significado a la pérdida y manifestaciones de duelo debido a las creencias, por tal motivo estaría influenciado cómo afrontan la pérdida del producto de la concepción (Becerra, S. 1995).

Observación: Al realizar la entrevista se conoció las creencias y cultura de cada una de las mujeres post aborto y de sus parejas, relacionado a cómo viven la experiencia de su pérdida, lo que para permitió sustentar la intervención con la Teoría de Cuidados Culturales de Madeleine Leininger.

4.2. 2. Actividad: Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.

Terapia individual del manejo de emociones y sentimientos post aborto.

Objetivo: Facilitar la expresión de emociones, sentimientos, como mecanismo de defensa de afrontamiento a la pérdida.

Participante Sofía: “Para mí estar embarazada fue una gran sorpresa ya que estaba arreglando los papeles para operarme, la situación está muy dura para estar pariendo otro hijo; cuando comencé a sentir la molestia no lo podía creer y me resistía a creer que era cierto, otra boca que alimentar, mi pareja se molestaría porque él ya me había dicho que no quería más hijo y por eso yo venía a colocarme la inyección, que me falló, fue una mala jugada del destino, por eso no me controlaba como iba a justificar que todos los meses tenía que atenderme. Cuando de repente el milagro que salvaría mi situación sucedió, no lo provoqué, pero por algo pasó, comencé a sangrar y un fuerte dolor me dio en el vientre y como ya había pasado por un aborto, sabía que lo perdería, así me fui al Hospital, me hicieron laboratorios, me limpiaron y para la casa. Todo lo que me pasó, mi marido no se enteró y por mí nunca lo hará.”

Participantes Arielis: “Me siento muy triste, no sé porque para mí es tan difícil quedar embarazada, hay mujeres que paren a cada rato, y yo sufro 2 pérdidas, no supero las 13 semanas, es como una maldición, mi cuerpo como que los rechaza. Es muy doloroso ver a otras mujeres con sus bebés, tenía tanta ilusión de que este si naciera para llenar mi vida de felicidad y alegría, pero ahora me siento vacía, con mucho dolor y sin nadie que me comprenda. Yo me sentía enferma y mi esposo me llevó a la clínica para atenderme, me hicieron un chequeo general, y me salió positiva la prueba de embarazo. Recuerdo que Jorge estaba súper feliz, ya que fue para su cumpleaños, me decía el mejor regalo que he recibido, comencé el control de una vez, todo iba

bien hasta mi próxima cita de control, amanecí con dolor en bajo vientre y en la cadera. La doctora me dijo que eso era normal que muchas veces en los primeros meses suele pasar pero yo tenía miedo porque en mi primer aborto que fue a las 10 semanas sentí la misma molestia, la doctora me dijo “solo guarda un poco de reposo y ya tranquila, estas bien; no pasará nada, goza tu embarazo no tengas miedo”. Pero en la tarde el dolor aumentó y comencé a manchar.

Enseguida fui al Hospital yo tenía un mal presentimiento, el sangrado aumentaba con la fuerza del dolor cuando el doctor me evaluó solo veía su rostro, estaba como preocupado, pero de un solo golpe me dijo “usted sufrió un aborto”. Empecé a llorar desconsoladamente, gritaba porque a mí, es algo que no puedo describir pero sí me tocó vivir, lloré por horas, no hablaba con nadie, estaba como en la luna, me hicieron la limpieza y me fui para mi casa, desilusionada, con el corazón destrozado y mi vientre vacío”.

Participante Jazmín: “Después de un año de intentar quedar embarazada, se me hizo el milagro estaba súper contenta, emocionada, empecé a imaginar cómo serían los cambios en mi cuerpo, a quien se parecería, que sería, como lo llamaría, si perdería mi figura, como me viera, pero feliz y sencillamente una hermosa embarazada. Comencé mi control a las 4 semanas de embarazo, Sergio estaba contento también sería su primer hijo/a; las náuseas y los vómitos fueron mis primeras molestias, jamás pensé que me sentiría tan mal, todo me daba asco, pero así fueron pasando los días hasta que un dolorecito en el bajo vientre me hizo preocuparme, me vine atender en medicina general, la doctora me dijo que no me preocupara, que eso es normal, me fui para mi casa aún preocupada poco convencida con su explicación, me fui atender a una clínica privada y la doctora me evaluó, yo le preguntaba “ qué me pasa, ese dolor me mortifica, no me deja tranquila, tengo mucho miedo que lo pueda perder, que lo pueda lastimar o algo este mal”, la doctora me dijo “ No se preocupe entiendo que estés preocupada, como eres primeriza, estas

muy asustada, pero todo está bien, nada malo te pasará, mientras no sangres, no vengas atenderte, todo lo que te pasa es normal”. Al día siguiente en el trabajo aumentó el dolor, sentía fuertes tirones en la barriga pero como la doctora me dijo “no regreses hasta que sangres” seguí trabajando, haciéndome la fuerte cuando de repente sentí que algo me bajó, al mirar hacia abajo mis piernas estaban manchadas de sangre, sentía mucha impotencia, por mi mente pasaron muchas cosas, gritaba que me ayudaran “No quiero perder a mi bebé”, me llevaron a una clínica y corroboraron lo que más me temía, perdí a mi angelito. Al llamar a mi pareja solo le dije que me viniera a buscar no tuve fuerza para decirle por teléfono que no supe cuidar lo que con tanto amor queríamos”.

Participante Alicia: “Yo tenía mucha ilusión de este embarazo, era la manera para mantener a Julián a mi lado, ya que últimamente estábamos pasando un mal momento en nuestra relación , yo estoy enamorada de él pero no me trata como prioridad, así que este niño sería el motivo definitivo para ser felices. Aún recuerdo el día que le conté que estaba embarazada, él no se mostró muy alegre, es más, me reclamó que si yo no me cuidaba, como es posible que esto pasó, le expliqué que era fruto de nuestro amor así que tenía que ver como manejaría la situación, pero lo que había planeado no me resultó, en lugar de acercarnos nos alejaba, todo era discusión, problemas y malos tratos, cuando le pedía que me acompañara a iniciar el control nunca podía, tenía mucho trabajo u otras cosas que hacer, así que fui sola a los 3 meses a iniciar el control, ya que estaba triste por su rechazo, me regañaron por ir tarde me mandaron los laboratorios y ultrasonidos, ya había perdido el interés por el bebé si no había logrado unirme más a Julián, sería un estorbo en mi vida más que una bendición. Al realizarme el ultrasonido el doctor me dijo lamento decirle que no escucho latidos de su bebé, está muerto, me mandaron al hospital

hacerme una limpieza, lo llamé y desde ese día no me contesta ni le he vuelto a ver. Creo que fue lo mejor, así nada nos une y cada uno cogió su esquina”.

Participante Aurora: “Fue un gran error quedar embarazada a mi edad, soy muy joven, debo terminar de estudiar, a veces debemos estrellarnos para aprender; mis padres jamás hubieran aceptado que su niña había metido la pata, por suerte lo perdí. No niego que me da un poco de tristeza lo que pasó, pero hubiera truncado mi vida y fue mejor así”.

Participante Diana: “Solo tenía dos días de haberme enterado por una prueba casera que estaba embarazada, como trabajo tres días a la semana en un almacén, y estudio en la universidad no tenía tiempo para atenderme de una vez, es más, ni lo podía creer, cómo haría con el trabajo y la universidad, lo deseábamos hace rato y no podía creer que le daría un bebé a César, si a mi hija con otro hombre la trata como una princesa como sería con el suyo, pero de repente comenzó un dolor abdominal y siguió con un sangrado con coagulito, en dos ocasiones fui al hospital en un mismo día en diferentes horas, me dijeron no podemos hacer nada, sino botas bastante sangre no vengas, si vienes avanzada podemos hacer algo mientras para ellos decían no pasa nada a mí se me despedazaba mi vida, por temor, angustia de que mi bebé sufriera; entonces me dijeron guarda reposo tienes una amenaza de aborto. El miércoles 9 se desencadenó mi triste historia me vine atender y me mandaron un ultrasonido urgente en el centro, el que los hace estaba de vacaciones, en otras instituciones era con cita previa y no contaba con el dinero para realizarlo, continuaba con las molestias el dolor y sangrado así que me desesperé y pedí prestado cuatro días después a las 2:08 pm, me realicé el ultrasonido, me dicen “¿segura qué estas embarazada? solo observo un pedazo de cosa, es como una cabecita no hay más nada solo eso, seguro que lo botaste y no te diste cuenta debes ir al hospital para que te hagan una limpieza”. Estaba súper asustada era mucha información para mí, solo estaba desconsolada, caminaba sin rumbo de

repente una señora me habló y me preguntó que me sucedía, le conté, ya que necesitaba desahogar el dolor y el fuego que me quemaba por dentro y ella me ayudó ya que había pasado por la misma situación, fue como un ángel que Dios colocó en mi camino, me desahogue con ella, me rezó y me dirigí al hospital, pensando "Dios hace las cosas por algo". A la misma vez me sentía enojada, triste, me duele porque lo vi entero la primera vez que me diagnosticaron la amenaza y luego solo la cabeza. Demoré toda la noche esperando que me realizaran el procedimiento AMEU fue muy doloroso para luego irme para la casa".

Participante Tania: Contenta después de dos abortos quedar embarazada para mí era como la tercera es la vencida, mi pareja también estaba feliz me cuidaba demasiado, todo era alegría hasta que un día amanecí con dolor en bajo vientre, pensé que eran coliquitos normales, después sentí como contracciones y dolor que se me iba para la espalda, en un principio pensé que era una infección en los riñones que poco a poco fue disminuyendo, entonces me fui a descansar y quedé profundamente dormida pero en mi mente pasaban muchas cosas en mi subconsciente, esperaba que alguien llegara a la casa para que me acompañara al médico, porque sabía que algo no estaba bien, no era normal lo que yo sentía, no me gustaba cuando el dolor no me dejaba caminar, de repente disminuyó el dolor y me quede más tranquila, de repente a las 6 pm, tenía como una presión al orinar, fui hacerme una prueba de ortho para agilizar la atención para cuando llegara al hospital, ya que me la había hecho casera, con mis experiencias anteriores de los abortos para que lo atiendan a uno rápido se debe llevar la prueba de embarazo en sangre, al llegar me dijeron que en los primeros meses es normal los coliquitos, no tiene que preocuparse, pero yo insistía que el dolor era súper fuerte pedía que me realizaran un ultrasonido, la que me atendió cambio su rostro y me dijo la doctora "soy yo, y sé que debo hacer ya le dije que los cólicos son normales, guarde reposo y puede irse para la casa". Me fui para mi casa pero las

molestias continuaban así que fui en la noche por que el dolor era más fuerte que me revolcaba en la cama, al atenderme le expliqué a la doctora todo lo que me paso en la evaluación anterior. me dijo “está muy extraño”, me hizo el ultrasonido expresando “aquí está la causa del problema tienes un embarazo ectópico, esa es la causa del dolor, lamentablemente tu bebé no se formó en el útero. te lleváramos al salón” yo estaba como en shock con mucho dolor emocional, no comprendía que había pasado, en mis otros abortos solo me realizaban limpieza, en mi mente pensé que era lo mismo, sé que me subieron en la madrugada y en el cambio de turno la enfermera me preguntó cómo me sentía y dijo que la herida estaba limpia, yo reaccioné y dije ¿qué herida? ¿me operaron?, me enviaron al doctor y entonces fue que me explicaron bien y comprendí todo lo que paso. Considero yo que en estos momentos debería estar un familiar presente y que firme el consentimiento informado de procedimiento, ya que en el momento uno no está concentrado en lo que firma, por el gran impacto del sufrimiento de la pérdida y el dolor.

Participante Paola: “Yo estaba en mi comunidad en Bocas del Toro, mi esposo estaba de vacaciones fue a visitarme, pero él hace dos meses me había ido a recibir unos materiales que nos iban a dar para nuestra casa, cuando llegó me dijo tu estas rara, pálida, te vez enferma, ve aprovecha la gira médica para que el doctor te atienda, el me comenzó hacer muchas preguntas y me mandó laboratorios, para mi sorpresa la prueba de embarazo salió positiva, yo estaba que no lo creía, no puede ser, cuando llegué a la casa le dije a mi pareja, él se molestó mucho, “¿cómo que estás preña?, no puede ser, si yo a ti te cuidaba yo me venía afuera, seguro que me engañas con otro y ahora quieres metérmelo a mí”, pero yo le recordé que se le olvidó cuidarme y que he tenido relaciones con él, después de tanto discutir; como que lo aceptó. Entonces comencé a creer que estaba embarazada cuando sentí asco a la comida. Llegó en el momento inesperado, no era deseado pero sé que aprenderíamos a amarlo; él me dijo que no me quedaría donde mi mamá,

para poderte cuidar te voy a llevar a Panamá para que estés mejor. El viaje es muy largo y en el camino comencé a sentir dolor en un lado de la barriga, no era muy fuerte que iba y venía, pero desaparecía cuando descansaba, así que, acomode las cosas en la casa, no me atendí de una vez paso una semana e inicié mi control; yo estaba asustada, en rato, pero me acostaba, no sentía nada ninguna molestia, de repente comencé a sudar mucho y unos fuertes dolores se apoderaban de mí, fui a avisarle a mi vecina lo que me sentía, ya que estaba sola en la casa, ella me acompañó y dijo que lo mejor era venir al centro, en la noche me bajó un líquido blanco, pensé que era porque estuve todo el día parada lavando ropa, cuando de repente me bajó el periodo, la vecina me dijo "niña valla a atenderse mire que no hace caso que eso puede ser un aborto", entonces me fui al Hospital solita, al llegar me revisaron y me hicieron ultrasonido me dijeron "su bebé está muy bien" yo le pregunté ¿por qué me vino el periodo? donde me dijeron que él bebé al alojarse raspó un poquito y eso ocasionó que sangrara, que no tenía nada que preocuparme. Mi pareja me decía "no hagas nada quédate descansando", fui a la cita, me tomaron el PAP, le conté lo que me había pasado y el doctor me dijo "por ahora todo está bien, no temas", pero a las 7:00 pm nuevamente me vino el periodo, me preguntaba a mí misma qué pudo pasar, me acosté. ya que me aconsejaron guardar reposo, sentía algo de dolor, tenía mucho miedo, al pasar el tiempo me sentí muy sucia, me levanté y me bajó más sangre, al irme a lavar, en mi ropa interior vi algo como una bolita, pero ya era muy tarde para ir al hospital, por donde vivo es muy peligroso y no teníamos dinero para coger un taxi; no dormí del miedo, daba mucha vuelta del dolor, me temía lo peor así que en la madrugada salimos para el hospital, ya que el sangrado aumentaba con coágulos y mucho dolor; al llegar me examinaron, me hicieron el ultrasonido, dijeron que el bebé no estaba y necesitaban hacerme una limpieza, me sentí mal porque no sabía que pasó, culpaba al personal y a mí misma porque hice las cosa mal. A veces

siento que mi esposo fue el culpable, él decía que no era de él, ya que no tenía síntomas, decía que posiblemente ese bebé era de otro hombre, luego de lo que pasó es que cambio, si tú dices que no es tuyo estoy segura que es mío, al abortar comenzó a estar feo y creo que todo lo que me dijo afectó a mi bebé y eso pudo ser el causante del aborto”.

Participante Frida: Yo tengo 6 meses obsesionada por quedar embarazada, el 5 de agosto me hice una prueba y me salió negativa, estuve con mi pareja, me repetí la prueba el 26, resultando positiva, eso fue una alegría, con mi hijo, al decirle a mi pareja este también se emocionó. Estábamos súper felices, conversábamos como cambiaría nuestras vidas con la llegada de nuestro nuevo integrante, mi hijo siempre me pedía un hermanito y se nos hizo el milagro. Siempre me acompañaba a los controles, le gustaba escuchar el corazoncito de su hermano, pero una de esas tardes lluviosa pisé mal y me caí antes de llegar a la casa, no sentí ninguna molestia solo me raspé la pierna, así que no creí necesario irme a atender. Al día siguiente sentí dolores en el vientre que iban y venían, sangraba poco así que me fui atender a una clínica, al realizarme el ultrasonido, el doctor me dice que el corazón de mi bebé estaba sin latido, me sentí horrible, es todavía doloroso recordar, me siento triste de pensar en eso (las lágrimas corren por sus mejillas) trato de soportar lo más que puedo pero era la voluntad de Dios y nadie la pudo evitar, me recomendaron ir al hospital, allá me dijeron que me fuera para mi casa y volviera en 48 horas para ver si la próxima vez se escuchaban los latidos del bebé, pero yo no asimilaba lo que sucedió y me fui para mi casa, yo necesitaba tener más tiempo con mi bebé y explicar a mi familia que no le escuchaban latido. Al decirles todo era tristeza, llanto, sufrimiento y un gran dolor, me dio una sensación como de ir al baño y cada vez que acudo al servicio revive ese pensamiento, yo me agarraba abajo para que no saliera, pensando que así impidiera que se saliera, le dije a mi esposo e hijo “amor lo siento ya no puedo más”, lo expulse en mi cuarto a las

9 pm, mandé a mi hijo para donde una vecina, ya que estaba asustado y desesperado, envolví a mi bebé en una sábana y nos fuimos al hospital, se lo entregué a la doctora que me atendió, me realizaron un AMEU y dieron salida. Las primeras palabras que me dijo mi hijo al verme fueron “mami no estés triste Dios te ama”. No quiero hablar de eso con nadie, mis compañeros me echan la culpa como si yo quisiera o estoy feliz de perder a mi hijo”.

Participante Carolina: “Me fui a tender porque me sentí muy mal con el asma, la doctora no me realizó exámenes y me mandó unas medicinas, ya que presenté dificultad para respirar por 15 días, me terminé todo el tratamiento y no veía nada de mejoría. Mi tía me dijo “tu estas empeorando, te veo peor que antes, no quieres comer nada, andas vomitando; tú lo que estas es embarazada, hágale caso a las vieja”, “no que va tía”, yo le decía, tengo periodo irregular y así uno puedo quedar embarazada. Por lo que acudí a atenderme explicándole a la doctora que no sentía mejoría a pesar de haber terminado el tratamiento, que soy irregular en mi periodo y que el último fue en junio, ya era finales de septiembre, me mandó una serie de laboratorios, cuando entró nuevamente al consultorio la doctora me felicita “va a ser mamá”, yo sorprendida no lo podía creer, comencé a sonreír de los nervios, me puse súper feliz como una niña, pensé enseguida que sería niña. Llevo 5 años con mi pareja actual y es el segundo embarazo que termina tristemente en aborto, comencé el control y me mandaron ácido fólico, sulfato ferroso, lo hice rapidito todo, estábamos súper contentos con la noticia, tenía 6 semanas. lo triste fue al hacerme el ultrasonido que el doctor me dijo en tono fuerte “ no tiene latido, parece que está muerto” y me lo enseñó “mire, allí está, pero no escucho sonido”, comencé a llorar desconsoladamente, no lo escucho señora, pero quizás es porque esté muy chico, vuelva en 8 días para ver si podemos escuchar los latidos del corazón si no la mandaré al Hospital, porque yo creo que está muerto, es como si me hubieran tirado un balde de agua fría. Ese día estaba fatal,

devastada, como pueden decirle eso a una mujer. Mi pareja decía ese médico no sabe, nuestro bebé está bien, estábamos en negación, si ves, andas bien, comes te da asco, vomitas, cansada, es normal eso en una embarazada, estábamos ilusionado y ese doctor está loco, mi tía nos apoyó “no te pongas triste, sé positiva que el bebé está bien”, entonces comencé a buscar en el internet por qué a unos bebés no se les escuchaban los latidos y habían varias historias de mujeres que en la próxima cita si se escuchaban y empecé a albergar falsa esperanza en mi ser, me cuidada más de lo habitual, prácticamente no hacía nada en la casa, me trataban como una reina, no hacia esfuerzo, le rogaba a Dios todos los días, era para mí un poco doloroso ver a las mujeres con la panza grande y pensar que no podía llegar a estar así y en otras ocasiones aumentaba mi ilusión en espera de hacerme el siguiente ultrasonido, llegó el día donde se irían todas las incertidumbres, al esperar mi turno escuchaba los latidos de otros bebés, las madres tenían su embarazo avanzado. Cuando me tocó entrar sentía miedo, me temblaba todo el cuerpo, sudaba, me dice “acuéstese, hoy lo haremos vaginal para que sea más seguro, para ver si está bien... igual no tiene latido, sin duda su embrión está muerto, mire, está todo bien, la bolsa cerrada, la placenta, pero le dije que mire la pantalla, el debería sonar pero no suena, señora preste atención está muerto”, me mandó al hospital, al salir mi pareja hablaba con una señora así que no lo interrumpí para serle sincera, creo que no podía hablar ,después me preguntó “¿cómo te fue?”, no pude decirle nada, empecé a llorar, él estaba furioso quería ir a pegarle al médico, no creía que mi bebé estaba muerto así que nos fuimos para la casa, “no sangras, ¿cómo puede él decir que el bebé está muerto?”, demoré 4 días en mi casa ya que no aceptábamos la muerte de nuestro hijo, comencé a sangrar, pero cuando las manchas eran rojas y salieron coágulos me llevo al hospital y realizaron el procedimiento de limpieza.

Mi esposo ahora está enojado conmigo, me dijo “pasó lo mismo que el año pasado, ¿que hicimos mal, o es que tu cuerpo rechaza lo concebido por mí?, no sé qué pudo ser, ¿la gripe?, ¿cómo no te hicieron la prueba de embarazo?, esa gente es tan bruta, ¿cómo permitiste que mataran a nuestro bebé con esos medicamentos?, también ayudaste a matarlo. Te mandaron medicina por mandar y eso afectó el desarrollo de nuestro bebé, causándole la muerte”.

Paciente Beatriz: “Todo comenzó el 16 de septiembre que acudí al doctor por un sangrado que presenté, yo me fui atender ya que mi periodo me había venido y eso me asustó muchísimo.

Cuando me evaluaron y realizaron laboratorios, prueba de embarazo positiva, me dijeron que era una amenaza de aborto, que me tenía que cuidar y descansar. Yo fui el 24 de septiembre porque tenía fuerte dolor en bajo vientre, me hicieron los exámenes, según los doctores todo estaba bien, mientras, yo sentía que algo se me iba a salir, “no sé cuál es su dolor aquí no aparece nada, es muy floja usted”, yo le contesté “siento que no me evaluó bien, yo hace 3 meses tuve un embarazo ectópico y eso creo que puede aumentar el riesgo que yo pierda a mi bebé, estoy consciente que no debí tener relaciones con mi pareja 20 días después de operada pero tengo miedo de perder a mi bebé, sé que está lleno y muy ocupada pero debería hacerme un ultrasonido no solo mandarme una crema vaginal y descanso en casa. La doctora me dijo bueno señora ya le expliqué las recomendaciones puede retirarse.

El miércoles 26 fui atenderme nuevamente con dolor y sangrado abundante, me puyaron y pasaron medicamentos, el dolor se me calmó, el 27 regresé de nuevo y de tanta insistencia me realizaron un ultrasonido, la doctora me decía “no veo nada”, pero yo gritaba cada vez más duro por el dolor, al cambiar el turno llega una doctora que sí dedicó tiempo para atenderme, buscó bien; “usted presenta es síntoma de fibroma, que está compitiendo el espacio con su bebé, pero en la mayoría de los casos el fibroma desaparece y su bebé crece sin ninguna molestia”, así que

me mandó para la casa y me mandó una prueba cuantitativa, me la realicé el 1 de octubre y la otra en 48 horas y que mantuviera reposo. La primera me la realicé como lo acordado, pero la segunda demoré, ya que no contaba con el dinero, muy angustiada, preocupada, pensando en lo peor, ya que seguía sangrando y cada vez más, me la hice el 5, cuando fui el 8 a entregarle los resultados de laboratorio me informaron que los laboratorios indicaban que había sufrido un aborto. Tantas veces que fui atenderme y nadie me pudo revisar o atender mejor ahora quedé nuevamente vacía y triste”.

Participante Astrid: “Nosotros no queríamos tener más bebé, por ahora yo no tengo trabajo y mi marido en el taxi solo consigue para comer, otro hijo sería una carga más, mi tía me decía “debes ser fuerte, Dios sabes porque pasan las cosas”, pero la verdad yo no lo quería y pienso que no puedo llorar algo que no deseaba tener”.

Participante Elsa: “Al saber que estábamos embarazados, comenzamos hacer muchos planes para nuestro hijo, emocionados por nuestro Cristófer Alexander, el papá estaba feliz, sería su primer hijo. En mi primera cita de control fuimos los dos emocionados, pero una semana después fui a atenderme por sangrado y cólico en el lado izquierdo que en rato desaparecía pero en 2 horas volvía y me demoró 3 horas, luego del dolor comenzó unas gotitas de sangre, pero me dijeron que no me preocupará que suele pasar, pero que guardara reposo y me mandaron unas medicinas para evitar que el bebé se saliera. Al día siguiente el cólico aumentó y sentí que algo me bajó como si fuera el período, me bañé y fui al hospital, ya que eran más fuertes los dolores. Llegue a las 11:00 am y me atendieron a las 3:00 pm; al evaluarme y realizarme el ultrasonido me dijeron “no se pudo formar ni desarrollar como debería con 5 semanas, no es como esperábamos, tendremos que realizarle una limpieza, entregue sus pertenencias de valor y pague el procedimiento”; cuando salí no podía hablar solo lloraba y él me preguntó ¿qué pasó?, no tenía

palabras para explicarle porque ni yo entendía ni nadie me explicó bien que pasó, solo lo abracé y le dije lo perdimos, entré llorando con un dolor, pero en el alma, ya el otro no me importaba; es tan difícil explicar cómo me sentía en ese momento, pero era y se sentía feo, me pasaron venoclisis después, tuve que esperar muchas horas, donde veía y escuchaba tantas cosas, corrían porque llegaban unas que gritaban que su bebé no se movían, que se lo salvaran, donde me tocaba ver a otras mujeres igual que yo llorando por la pérdida de su bebé, eso empeoraba todo, me sentía más triste. Diosito se lo llevó, es un angelito más, pedí que si lo podía ver, una me dijo “te lo enseño si dejas de llorar” mientras otra le decía “enséñaselo.” nadie me explicó nada, me dijeron que era una bolita de sangre solamente, el momento más difícil fue cuando llegue a casa, me preguntaba tantas cosas y no tenía respuesta ni quería hablar con nadie. Ni modo, echar para adelante, mis primeros días fueron tristes, oscuros, de mucho dolor, mi pareja se hace el fuerte pero también sufre mucho, me rompe el alma porque estaba emocionado, él es súper lindo, estamos en proceso de casarnos; vivir con mi hijo en mi mente y corazón, ningún otro bebé ocupará su lugar”.

Participante Cristina: “En mi trabajo la mayor parte del tiempo me la paso sentada, me había engordado, por lo cual comencé a realizar ejercicios y tomar batidos con pastillas que sirven para rebajar, ya tenía dos semanas de estar en ese trajín, recuerdo que ayudé a acomodar una mercancía que había llegado, después de una hora sentía dolor debajo del vientre, era como una inflamación. Cuando salí del trabajo compré una botella de agua, pensando que por no tomar mucha agua me dio la molestia, ya que los batidos me hacían orinar mucho. En la madrugada sentí un fuerte dolor en las caderas, acudí a la policlínica y al llegar comencé a sangrar un poco. Me atendió un médico, me hicieron los laboratorios y para mi sorpresa estaba embarazada, estaba que irradiaba alegría, emocionada, contenta llamé a mi pareja para darle la noticia y llegó

a la casa con un gran ramos de flores, el doctor me incapacito por una semana, me mandó reposo y medicamentos, los terminé, así que fui a iniciar mi control de embarazo, ya me sentía mejor, pero de repente el dolor era horrible, al atenderme el doctor fue duro a la hora de darme la noticia “¿usted sabía que estaba embarazada?, porque sufrió un aborto”, al preguntarle cómo pudo pasar, él me entrevistó y preguntó si estaba tomando algo y le dije que unas pastillas que me mandaron la primera vez que me atendí que eran hormonas y recordé las pastillas para adelgazar y unos batidos, él en pocas palabras me acuso de que yo provoqué la muerte de mi hijo. Estaba muy confundida, me prepararon para la limpieza, fue rápido y sencillo. Cuando me dieron salida una montaña de sentimientos se volcaron en mí ser, culpa por los batidos, las pastillas adelgazantes, cómo explicarle a mi marido, pero en todo el trayecto del camino las lágrimas corrían por mi rostro, sentía un dolor tan inmenso que no sabía cómo explicarlo. ¿Que hice mal? Por qué a mí, si yo quería tener un bebé”.

Observación: La selección de las participantes ha sido guiada de acuerdo al análisis de la entrevista y de categorías identificadas. Los resultados que se presentan corresponden a datos obtenidos de las 10 mujeres que accedieron a participar activamente, aportando sus vivencias ante un aborto y cumplieron con los criterios de inclusión, mientras 4 de las pacientes no fueron consideradas ya que no expresaron ni se identificó sensación de duelo.

CUADRO 8: MUJERES POST ABORTO POR CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DE DUELO EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO JULIO – OCTUBRE 2018.

Participantes	Características Definitorias
Arielis	“Me siento muy triste, lloré desconsoladamente, me fui para mi casa, desilusionada, con el corazón destrozado y mi vientre vacío”.
Jazmín	“Perdí a mi angelito. No supe cuidar lo que con tanto amor queríamos”.
Diana	“Estaba súper asustada, desconsolada. El dolor y el fuego que me quemaba por dentro”.
Tania	“Estaba en schok, con mucho dolor emocional, no comprendía que había pasado, por el gran impacto del sufrimiento de la pérdida”.
Paola	“Me sentí mal porque no sabía que pasó, culpaba al personal, a mí misma porque hice las cosas mal y a mi pareja por lo que me dijo, afectó a mi bebé y eso pudo ser el causante del aborto”.
Frida	“Todo era tristeza, llanto, sufrimiento y un gran dolor. Mis compañeros me echan la culpa como si yo quisiera o estoy feliz de perder a mi hijo”.
Carolina	“Me hubieran tirado un balde de agua fría. Ese día estaba fatal, devastada, solo lloraba”.
Beatriz	“Muy angustiada, preocupada, pensando en lo peor. Tantas veces que fui atenderme y nadie me pudo revisar o atender mejor, ahora quedé nuevamente vacía y triste”.
Elsa	“No podía hablar, solo lloraba, no entendía qué pasó, tenía un dolor pero en el alma. Es tan difícil explicar cómo me sentía en ese momento, pero era y se sentía feo”.
Cristina	“Las lágrimas corrían por mi rostro, sentía un dolor tan inmenso que no sabría cómo explicarlo. ¿Que hice mal? Por qué a mí, si yo quería tener un bebé”.

Fuente: Expresión de sentimientos y emociones manifestadas por las pacientes en la terapia.

4.2.3 Actividad: Ayudar a la paciente a reconocer y aceptar sus propios sentimientos y emociones (culpa, enojo, tristeza).

Objetivo: Identificar las estrategias de afrontamiento de la paciente ante la pérdida.

Para la evaluación del duelo, se eligió el instrumento, por su mayor precisión la Escala de Duelo Perinatal en su versión corta PGS, (del inglés *Perinatal Grief Scale*) traducida y validada al Castellano (Mota, C.; Calleja, N. 2011, ver p. 269).

CUADRO 9: MUJERES POST ABORTO POR PUNTUACION DE LA ESCALA DE DUELO PERINATAL SEGÚN PARTICIPANTES EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO JULIO – OCTUBRE 2018.

Participantes	Puntuación Total	Puntuación Obtenida en la Escala de Duelo Perinatal		
		Sub Escala Duelo Activo	Sub Escala Afrontamiento	Sub Escala Desesperanza
Arielis	76	36	21	19
Jazmín	75	31	18	26
Diana	67	28	21	18
Tania	61	26	19	16
Paola	80	36	23	21
Frida	77	37	18	22
Carolina	74	29	26	19
Beatriz	73	31	21	21
Elsa	56	22	19	15
Cristina	81	37	19	25

Fuente: Expresión de sentimientos expresados por las participantes; manifestado en la Escala de Duelo Perinatal.

Nota: La puntuación de rango normal en cada sub escala mínima es de 11 y máxima de 55. La puntuación total de las tres sub escala igual o mayor a 90 indica morbilidad psiquiátrica.

Análisis: Con este instrumento se vio reflejado que las mujeres post aborto tienen cambios de sentimiento desde el momento de la pérdida que van desde sentirse vacías, triste, deprimidas, enojadas.

En ocasiones no comprende lo sucedido, generando sentimientos de culpa con la interrogante ¿porqué me siento así, si no hice nada para provocar la pérdida?, con necesidad de hablar con sus redes de apoyo (esposos, familiares y amigos), para que estos los motivaran siendo importante motor de vida que les da fuerza.

El 100% de las mujeres post aborto, se sintieron triste, adoloridas y lamentaban la pérdida del producto de la concepción.

El 100% puede realizar las tareas cotidianas, de igual manera expresaron que es maravilloso estar vivo.

El 80% de las participantes expresaron miedo a que vuelva a ocurrir o no pueda quedar embarazada y el 20% que su destino está en manos de Dios.

El 80% de las mujeres expresaron que Dios tiene el control de todo, que en algún momento no entendían pero su plan es perfecto.

El 70% cuenta con el apoyo de su esposo y familiares. Mientras que un 30% refirieron que algunas personas no quieren escucharla, que olvide el tema para no auto lastimarme, por lo que prefieren callar y estar solas.

El 50% de las mujeres post aborto expresaron que le fallaron a sus esposo y familiares por lo cual se sienten culpable de la muerte de su producto de la concepción. .

El 50%, es imposible dominar mis sentimientos si se suponen que debería estar triste, llorar y no debería reír, es lo que la gente espera.

Ninguna de las pacientes ha pensado en el suicidio desde que perdió a su producto de la concepción, ni toman medicación para el nerviosismo.

Al evaluar los resultados todas las participantes obtuvieron puntaje menor a 55 en cada sub escala y menor de 90 en la suma de las tres subescala, por lo cual no se evidencia duelo patológico.

CONSOLIDADO DE RESPUESTA EN LA ESCALA DE DUELO PERINATAL DE CADA PARTICIPANTE										
Preguntas	Arielis	Jazmín	Diana	Tania	Paola	Frida	Carolina	Beatriz	Elsa	Cristina
SUBESCALA DE DUELO ACTIVO: que corresponden a la reacciones normales del duelo.										
1	4	3	3	2	3	4	2	3	1	3
3	3	5	2	2	1	4	2	5	1	3
5	3	2	3	2	3	3	1	3	3	4
6	4	5	3	5	5	5	5	2	3	5
7	4	3	3	1	4	4	3	3	3	3
10	3	4	3	4	4	2	5	2	4	4
12	4	3	5	4	5	5	3	5	1	5
13	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	4	3	3	3	4	4	3	1	1	5
19	2	1	1	1	3	1	3	3	1	1
27	3	1	1	1	3	4	1	3	3	3
Sub-total	36	31	28	26	36	37	29	31	22	37
DIFICULTAD PARA AFRONTAR LA PÉRDIDA: que describe el estado de salud mental, incluyendo síntomas depresivos, sentimientos de culpa, falta de apoyo social y problemas de relación con la pareja.										
2	2	3	3	2	1	4	4	3	3	3
4	2	5	4	1	1	1	3	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	2	1	2	2	3	3	1	3	1	2
21	3	1	3	1	1	1	5	5	1	2
24	3	1	1	3	1	1	5	1	5	1
25	1	1	3	1	5	2	2	1	1	2
26	1	1	1	3	2	2	1	1	1	1
28	2	2	1	1	3	1	2	1	3	2
30	3	1	1	3	4	1	1	3	1	3

33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sub -total	21	18	21	19	23	18	26	21	19	19
	SUBESCALA DE DESESPERANZA: que indica síntomas que perduran en el tiempo y que dependen, entre otras cosas, de los recursos de afrontamiento de las mujeres que experimenta el duelo.									
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	3	1	1	1	2	1	4	1	1	3
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4
17	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1
18	2	3	2	1	3	3	3	1	1	3
20	1	5	1	3	4	2	3	1	1	3
22	3	5	3	4	3	4	2	5	1	4
23	2	3	2	1	2	1	1	1	3	3
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
31	3	4	4	1	2	3	1	5	1	1
32	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1
Sub -total	19	26	18	16	21	22	19	21	15	25
Resultados	76	75	67	61	80	77	74	73	56	81

Cada participante expresó sus pensamientos en algunas de las preguntas que procedo a redactar a continuación:

Arielis: “Fue muy difícil contestar algunas preguntas, me siento en algunos días deprimida, pero ha cambiado desde que tuve el aborto a estos días. Quisiera hablar de mi bebé, pero algunas personas no quieren escucharme, dicen que olvide ese tema para que no me auto lastime, mi esposo se hace el fuerte y hasta ahora en mi momentos de soledad hablo solo con Dios de mi bebé, me asusta que mi pareja me deje ya que no puedo darle un hijo que tanto desea o que me embarace de nuevo y lo pierda. Esta vez demore una semanas más mi embarazo, pero siento que dolor por su pérdida, hay días en la que solo quiero llorar y otros estoy tranquila, es extraño hasta para mí, me culpo de no poder dominar mis sentimientos si se supone que yo debo es estar triste siempre.”

Jazmín: “Me siento un poco culpable por la muerte de mi bebé, porque los dolores iban y venían pero no busque más opiniones, me quede tranquila ya que los doctores me dijeron que era normal y no quería parecer loca con mi primer embarazo, siento que decepcioné a mi esposo, mi hermana está embarazada y ella no tuvo este problema. Creo que fallé como mujer, quizás ni yo ni mi cuerpo están preparados para esto, y ¿si vuelvo a quedar embarazada y lo pierdo de nuevo?, o ¿si no quedo más nunca embarazada?, no converso sobre mi pérdida porque creo que nadie me comprende. Estoy en transición de llorar y estar tranquila. Pero eso de que duele y afecta a una mujer en todos sus aspectos es cierto.”

Diana : “ Es algo que dio un giro radical en mi vida, pero solo me cuidó de no hacer peso, realizo todas mis otras actividades normalmente, sí hablo mucho de lo que sucedió con mi pareja, lamentó la pérdida pero si la cosa sucedió fue por algo, en estos momentos no comprendo pero sé que me recuperare. No creo que la mejor parte de mí se perdió con mi bebé ya que él sabe que yo lo amaba. Aunque estaba comenzando creo que sería más difícil si tendría más tiempo; al inicio lloraba por mi bebé 2 veces al día, pero ahora siempre estoy acompañada por mi madre, hermana y mi hija, me preocupa que se pueda repetir en otro embarazo”.

Tania: “Cuidarme por mi estado físico, no me aferré a él, solo eran 4 semanas, me puso un punto final a este capítulo donde me toca de nuevo comenzar. Dios sabe porque pasan las cosas, llorando no lo arreglaré ni cambiaré; pero a pesar de todo tengo mucha fortaleza, mi esposo si necesita ayuda. Mi suegra y cuñada son muy malas conmigo, no digo nada para evitar problemas, son devastadores sus comentarios, “vas a tener que esperar porque la matriz está débil, o será por tu gordura que no retienes a los bebés”, lo único que quería saber era si puedo quedar embarazada nunca me preguntó cómo me sentía, solo quiere que su hijo tenga descendencia,

echándole sal a la herida, pero él es muy diferente a su madre y seguiremos juntos por el gran amor que nos une”.

Paola: “Me deprimó cuando lo recuerdo, sin embargo, puedo hablar sin ninguna dificultad de mi pérdida, tengo personas a mi lado que me animan bastante, realizo todas las tareas cotidianas porque mi bebé me da fuerza, no me siento culpable pero sí confundida ya que hay preguntas que los médicos no tienen respuestas. Hablo con mi esposo de lo bonito que fue tener un bebé fruto de nuestro amor. Mi miedo es que si me vuelvo a embarazar puede repetirse el aborto. Con el apoyo creo que estoy recuperándome poco a poco de este duro golpe, entre las cosas que domina mi pensamiento es que se repita de nuevo”.

Frida: “Que el hombre que esté contigo te dé la espalda, y tu familia no te quiera es muy difícil; en mi caso ellos quieren estar a mi lado, darme apoyo, pero me hago la fuerte para no lastimarlos más, yo soy la que me alejo de ellos, voy es donde una amiga que pasó por lo mismo; vivir la misma experiencia, siento que lo que me dirá es cierto y comprende. Mi hijo está muy afectado, siento que le fallé y lo decepcioné, yo seguí trabajando, tenía que seguir con mis labores, la situación está muy dura para perder mi trabajito, tampoco me echaré a morir. Todos somos iguales, excepto que unas mujeres tienen oportunidad de tener sus bebés en sus brazos y yo en mi corazón”

Carolina: “Lo que me asusta es que no pueda quedar embarazada de nuevo o que se repita la triste historia, mi esposo sufre, lo decepcioné, no sé porque mi cuerpo rechaza a nuestro bebé, estoy en un camino largo de procesión, unos pasos hacia adelante y otros hacia atrás en transición, me ayuda que el tiempo está pasando súper rápido, el futuro no me preocupa ya que Dios lo tiene en sus manos, la tristeza la superaré con el apoyo de mi vecina y tía”.

Beatriz: “Si no hice nada para provocar la pérdida no me puedo sentir culpable ni lamentar lo que sucedió, las actividades cotidianas las realizo, solo trato de no mover cosas pesadas, con el que más hablo de lo que sucedió es con mi esposo, me dice que está triste pero hay que avanzar para fortalecernos, vamos a cuidarnos bastante para volver a intentarlo, para tener un bebé. A pesar de todo yo me río, me dicen “risita de oro”, me asusta quedar embarazada y de nuevo perderlo, creo que le fallé a mi madre, ella estaba contenta, yo tuve un ectópico en julio y de nuevo la defraude perdiendo este, le quité la felicidad 2 veces en este año. Mi hermana, esposo y vecinos son mi fuente principal de apoyo, somos muy unidos, pero a pesar de esto en ocasiones me siento sola porque otras mujeres si pueden tener sus hijos y yo no”.

Elsa: “Desde el día que lo perdí hasta ahora han cambiado muchos mis sentimientos, ahora no me siento vacía, ni culpable, ya que no fue algo provocado, siento la necesidad de hablar con mi esposo y tía de como sería. Tengo a Dios, mi hija y mi esposo que me motiva y apoya para seguir adelante, nos lamentamos profundamente ya que ambos lo anhelábamos, a pesar de todo me río; es que soy muy risueña. Por ahora no estoy asustada, quizás en un futuro que esto me pueda pasar de nuevo pero para evitarlo debemos cuidarnos, ya estoy volviendo a retomar mi vida, no perdí la mejor parte de mí pero si perdí la emoción de verme con la panza grande, verlo nacer y vestirlo con su gorrito. Si me enojé los 2 primeros días ya que no entendía ni comprendía nada a pesar que eso no ha cambiado mucho ya estoy en calma, lloro algunas veces cuando la tristeza me invade, es inevitable. El amar es importante, es el motor de vida que nos da fuerza. Me duele que me quedara con la imaginación y sueños para solo llevarlo en nuestro corazón. El tiempo pasa rápido, muchas veces me siento en las nubes por eso debo pensar bien las cosas, me desconcentro rápidamente, estoy casi segura que si me cuido esto no volverá a pasar y mi hijo nacerá bien. Es muy maravilloso estar vivo, el dolor que yo siento es porque lo amaba y quería”.

Cristina: “No me puedo aferrar a la pérdida de mi bebé, eso me consumiría, lo que debo hacer es superarlo. Lo lamento, pero nada de lo que yo haga podrá cambiar esta lamentable situación, no hablo con nadie de la pérdida de mi bebé, tengo la necesidad pero algo me impide, dicen que el tiempo lo cura todo. Me asusta pensar quedar embarazada y volver a perderlo, siento que decepcioné a la gente porque no tuve a mi bebé, estoy en esa transición para retomar mi vida, el futuro me preocupa, en que si no puedo tener un hijo, pero sé que Dios me tiene un propósito en mi familia”.

4.2.4. Actividad: Favorecer la expresión de sentimientos por medio de la comunicación no verbal y crear un espacio seguro.

Terapia individual que pueden auto aplicarse. Carta de Despedida

“Cuidando mis recuerdos como mi preciado tesoro”.

Para: mi ángel celestial

De: Arielis

Hay días que te recuerdo y extraño más que otros. Al perderte perdí sueños, ilusión. Siento que una parte de mí se fue contigo. Eras ese motor de arranque en mis mañanas, pensé que serías mi compañera fiel, que nos cuidarías cuando estaríamos viejitos a tu papi y a mí. Me llené de tantos pensamientos y planes que ahora sólo me da enojo recordarlos. Fuiste algo que llenó mi ser de una forma preciosa que no se puede describir solo sentir esa emoción, alegría y energía al saber que estabas dentro de mí; en ocasiones me siento culpable de tu pérdida, te pido millones de disculpas, quizás no supe cómo cuidarte, si ya me había pasado anteriormente y como pude fallarte a ti también?, si no fui capaz de protegerte dentro de mí como debía, me equivoqué, tropecé dos veces con la misma piedra al perder a mis dos bebés, por dejarme llevar por lo que dicen los médicos o el qué dirán de las personas y no hacerle caso al instinto de madre que no era normal lo que sentía que ya lo había vivido y el final no fue bueno, fallé en no buscar otra opinión, en irme a atender de nuevo, yo era la que tenía el dolor y sentía que algo estaba mal, quizás no hubiera cambiado mi triste final, pero sí que yo me sienta culpable, para no sentirme incompleta. No hay mejor manera de despedirme de ti que diciéndote lo mucho que te amo, quiero y adoro, tengo el sol que me ilumina en el día y la luna que me cuida en las noches. Chao, mis eternos amores.

Para: Keylis

De: Jazmín

Querida bebé, mami te amaba demasiado, sé que algunas veces me siento culpable por no cuidarme lo suficiente para que hayas nacido. Estoy tan vacía por dentro porque no te tengo a mi lado en estos momentos.

Pero tus abuelos, tías y papi me apoyan demasiado, muchos dirán perdiste a tu bebé, yo sé que te duele, pero no saben el dolor que yo siento.

Solo te quería a mi lado sin importar los dolores en el vientre que me daban por ti, aguantaba todo lo que fuera por tan solo tenerte junto a mí.

Bueno hija de mi vida, por medio de esta carta me despido de ti, quiero que sepas lo mucho que te amaba, cuando por primera vez que te ví, me sentía muy feliz, a pesar de todo tu papá también te amaba, a pesar de que se haga el fuerte. Te amo hija, siempre le oraba a Dios porque estuviéramos juntos, lastimosamente te perdí tan rápido pero te tengo en mi mente y corazón siempre. Hasta pronto, sé fuerte. Adiós Keylis, te amo. Amor de mi vida.

Para: Gloria Elisabel

De: Diana (madre)

Sé que estás en un mejor lugar con mi Dios, que estás bien y con muchos ángeles. Chao Gloria, a pesar que no estemos juntos, por siempre te voy amar.

Para: mi angelito VIP

De: Mami Tania

Solo le doy gracias a Dios por haber llegado a mi vida y saber que perteneciste en ella. En el momento que supe de tu partida solo tomé las fuerzas de seguir, siempre te recordaré...

Para: Mi bebé

De: Paola

Buenos días bebé, yo como tu mamá quiero decirte que te amo con toda mi alma; aunque no estás conmigo. Escúchame, te pido que me prestes atención por favor; mi amor pensé en conocerte y me imaginé en tenerte en mis brazos, lo lindo que eres.

Mi bebé, no te esperaba, me diste una sorpresa de que tú estabas en mi vida, desde ese momento te sentí en mi corazón, empecé a pensar en ti, la buena manera de cuidarte, en no perderte, buscando lo mejor (salud) para ti bebé, quiere que sepas que tenía muchos planes para ti, no pensé que me pasaría esto bebé, cuando a mí me dijeron que no te iba a conocer, no sabes cómo me sentí ¿Quieres saber? Muy triste, estaba pensativa, me hacía muchas preguntas diciéndome ¿Por qué paso esto? Si a ti no te hice nada, nunca intenté hacerte daño, lloré porque te perdí, a veces, en ocasiones, me siento culpable por perderte, si te lastimé perdóname bebé no tengas dudas que te AMO. Bueno me despido de ti bebé: que Dios te Bendiga, mi bello ángel.

Para: Mi amado y deseado hijo

De: Frida

Al saber de tu existencia, muchos pensamientos de dudas se apoderaron de mi a pesar que te deseaba hace meses, pensé que no estábamos preparados, cómo haríamos para sacar fuerza, en mi trabajo y atenderte a ti y a tu hermano, ya que soy de las que critica a muchas mujeres por no cuidar bien a sus hijos, siempre te quise, mucho antes de quedar embarazada, soñé en varias ocasiones contigo que te parecías a tu padre, me hacías feliz, me despertaba llorando de alegría. Ahora tengo que aceptar que no estarás conmigo nunca, todos mis sueños se quedarán en mi mente y no se volverán realidad, todas mis expectativas junto a ti se quebraron el día que me caí, te perdí, demoraste muy poco tiempo a nuestro lado y no pudimos transmitirte el gran amor que sentíamos todos por ti. Ojalá el final hubiese sido distinto, creo que no me sentiría tan devastada y destrozada por tu partida. Siempre estarás presente en mi mente y corazón, eres y serás parte de la familia, nadie ocupará tu lugar. Sí quiero darle el hermano que tanto me pide Julio, pero debo tomarme un tiempo para aceptar lo sucedido, tú serás mi mayor bendición, que me cuidas en el cielo, ya que no me acompañas en la tierra.

Para: Mi bebé: Noe– Lucia

De: Carolina

Desde el primer día que supe que estabas en mi vientre creciendo dentro de mí, yo fui feliz y tu papá estaba ilusionado por conocerte, cargarte, olerte, verte a la cara, conocer el color de tus ojos; sabíamos que estabas escuchando y que tu corazón latía dentro de mi barriga.

Fuiste para nosotros la mejor noticia que podíamos recibir, fuimos los padres más felices del planeta al saber que crecías dentro de mí, te amamos desde el primer día de tu existencia, te elegimos un nombre que te uniera a tu papá para toda la vida; mi angelito del cielo también tu tía Helen te esperaba y estaba guardando ropa para ti, tu llegada nos iba hacer la familia más completa y feliz de esta tierra.

Te elegimos un lugar para la cuna en nuestra casa; en el que sería tu cuarto y discutimos que donde ibas a estar más seguro. Te amamos y estas en nuestros corazones desde el día uno en mi barriga. Con tu llegada iban a existir muchos cambios en nuestra vida diaria, pero igual estábamos listos para enfrentarlos porque te amamos desde siempre, hay un lugar muy importante en nuestros corazones para ti, nuestro Noe /Lucia, nuestro angelito del cielo.

Te extraño en mi barriga y tu papá también; pero en nuestros corazones vivirás por siempre y serás una de esas estrellas que alumbran fuerte en el cielo siempre, con nosotros Noe / Lucia. Ahora estás con tu padre celestial Dios y algún día que Él lo decida nosotros estaremos contigo.

Para: mi bella princesa

De: Beatriz

Lo único que tengo que decirte que no fuiste un error, sé que muchos lo dirán porque perdí a tu hermano y no me cuidé lo suficiente de eso, soy culpable, pero fuiste engendrada de amor puro y sincero de tu papito y yo, te concebimos al conocer tu existencia, nos alegramos y reconfortamos y esperábamos con ansias que nacieras, ahora nos toca aceptar la dura realidad que nuevamente nos toca vivir, que estás junto a tu hermano cuidándonos desde el cielo.

Es muy triste recordarte y a la vez pensar que no me pude despedir de ti y esta es la manera en que puedo desahogar mi dolor y a la vez expresar mi amor, hace días te fuiste pero en mi mente siempre estas presente, cada día es impactante recordar cómo te perdí, ese momento que marcó mi ser, llegando a truncar por segunda ocasión en un mismo año mi sueño de ser madre nuevamente, no sé porque tuviste que salirte, si yo me cuide lo más que pude, no te rechacé en ningún momento, acudí en muchas ocasiones al médico pero nadie pudo evitar que te perdiera. Cuando escuché que por el laboratorio se dieron cuenta que sufrí un aborto, sentí un gran vacío, como que una nube negra se instaló encima de mí, es un gran dolor, aún me duele tu partida.

Espero que me des fuerzas para seguir adelante, fue la voluntad de Dios y sé que lo que ahora no entiendo ni comprendo es difícil pero llegará el momento en que lo superaré, ya que nuestra familia me da fortaleza y tú mi bella princesa me cuidas desde el cielo. Te amo y te amaré hasta mi último suspiro en la tierra.

Para: Mi príncipe Cristofer Alexander

De: tu mamita Elsa

A pesar que el tiempo impidió que te conociera en vida y a pesar de las circunstancia, tú estás y siempre estarás ahí para tu papi y tu mami que somos los que te esperábamos con ansias, de que estuvieras entre nuestros brazos y decirte lo mucho que te amamos y que a pesar de todo, estas en nuestros pensamientos y que en la vida todos pasamos por eventos devastadores, pero lo que pasamos tu papi y tu mami, fue una de las pruebas más dolorosas porque sé que jamás pensamos que te marcharías tan pronto, pero que desde el cielito tu nos estás bendiciendo. Mi bebé, vemos que por momentos llegaste y llenaste nuestro corazones de alegría, pero ahora que no estás solo nos quedarán tus recuerdos de lo que queríamos hacer como una familia, los momentos

increíbles que pasaríamos a tu lado; pero solo Diosito, que ahora está contigo, es el que se ganó un ángel, más porque está a tu lado y Él te protegerá allá en el cielo pero nosotros estaremos aquí y vivirás en nuestro pensamientos por siempre, te vamos a extrañar y amar mi niño hermoso que no pude conocer, pero en mi mente y corazón vivirás . Te amamos. Con mucho amor y cariño de tu papi y mami.

Para: Roderick

De: Cristina

Al saber que estaba embarazada esperaba con ansias escuchar el latido de tu corazón por primera vez, lloré de inmensa alegría al saber que había una nueva vida dentro de mí y cuando supe que te había perdido lloré de tristeza porque te habías ido, las personas me dicen “vuelve a ser la misma de antes, llena de alegría”, pero no saben el vacío que tengo en estos momentos, ¿cómo tu abuela me puede pedir que no lllore un día después de perderte, que sea fuerte?, esa duda que yo tenía, pero el doctor me decía todo está bien, me regresaban el alma al cuerpo, era para mí una gran preocupación aunque me dijeran que era normal, me daba temor, angustia y miedo que algo te podría pasar y yo no hacía nada para defenderte o protegerte. Sentí un gran enojo conmigo por no cuidarte con mi cuerpo, con los médicos por no impedir que te salieras y contigo por no aferrarte a mi cuerpo. Aunque sea difícil y ahora lo veo imposible, debo aceptar que no estás conmigo, por eso me despido diciéndote: tengo miles de besos, caricias, palabras, abrazos y otras demostraciones de amor que no podré darte, solo te pido que me perdones por no saber ser una buena madre para ti, yo a ti te perdono por irte antes de estar junto a mí; que Dios te cuide y proteja, cosa que yo no pude hacer. Te amamos Angelito en el cielo. Tu mamá y papá.

Se observa un cambio en las participantes a medida que realizan las diferentes actividades de adaptación a la dinámica del proyecto, lo que facilitó la continuidad del proceso y la realización de las terapias, generando un apoyo adecuado y una resolución de las dudas en torno al duelo.

Producto N° 3. Pacientes con respuestas conductual positiva

4.3.1 Actividad: Toque Terapéutico.

El toque terapéutico por medio del contacto físico: se van a sentir más comprendidas si de vez en cuando en lugar de hablar, tocamos sus manos u hombros, hasta dar un abrazo, ya que demostramos más cercanía y empatía ante la situación.

4.3.2 Actividad: Taller sobre el significado de su pérdida a través de actividades artísticas.

“Buscando el arco iris perdido”.

Interpretación de dibujos realizados por las participantes:

Areli:

Mujer. Tamaño de la figura: pequeña; indica sobrevaloración del medio ambiente, un posible ocultamiento y una reacción sumisa. Posición de la figura: parte inferior izquierda de la hoja; posibles fijaciones con los conflictos ocurridos en etapas anteriores. Cabello que cubre la frente: abundante deseo de ser atractiva y agradar, conflicto entre la razón. Cabeza grande, desproporcionada y mal configurada: dificultad para integración social adecuada. Acentuación de rasgos faciales, compensar la estimación de sí mismo por una imagen propia de un individuo socialmente dominante. Órbita grande pero con ojos pequeños y bizcos: no quiere expresarse por culpa, rebeldía, oscuro indica hostilidad y seducción. Nariz destacada: libido potente y energía de la vitalidad del individuo. Oreja: excesivamente sensible a las críticas o a la opinión social o bien refleja una deficiencia social notable. Boca destacada: dificultad sexual. Cuello largo: rigidez en el comportamiento, con problema para interactuar. Brazos cortos: con

sentimiento de inferioridad en el medio ambiente, asimétrico (uno más largo o fuerte que el otro): manifiesta inseguridad y ambivalencia en relación al contacto social. Manos detrás de la espalda en una forma evasiva, con dificultad para el contacto. Piernas cortas: indica que no sabe tomar sus propias decisiones. Pies y zapatos: grandes, con tendencia demandante y autoritaria

Hombre: tamaño de la figura pequeño: indica sobrevaloración del medio ambiente, un posible ocultamiento y una reacción sumisa. Posición de la figura parte inferior izquierda de la hoja: posibles fijaciones con los conflictos ocurridos en etapas anteriores. Cabello engominado ceñido al casco: indica esfuerzo por el control intelectual de los impulso. Cabeza grande, desproporcionada y mal configurada: dificultad para integración social adecuada. Acentuación de rasgos faciales compensar la estimación de sí mismo por una imagen propia de un individuo socialmente dominante. Ojos pequeños oscuros, con mirada de reojo indica inmadurez emocional, culpabilidad y suspicacia. Nariz destacada: libido potente y energía de la vitalidad del individuo. Oreja: excesivamente sensible a las críticas o a la opinión social o bien refleja una deficiencia social notable. Boca curva hacia arriba: necesidad de aprobación social. Brazos cortos: con sentimiento de inferioridad en el medio ambiente, asimétrico (uno más largo o fuerte que el otro): manifiesta inseguridad y ambivalencia en relación al contacto social. Manos grandes intentar compensar la debilidad o dificultades de contacto o realización. Piernas: cortas indica que no sabe tomar sus propias decisiones. Pies pequeños y descalzos independencia de carácter, deseo sexuales encubiertos.

Interpretación Conclusiva: evidencia una firme fijación con sucesos de su pasado, en este claramente por la pérdida de su bebé lo cual a pesar de los intentos afecta su integración social y su capacidad para la toma de decisiones a causa de sus sentimientos de culpa.

Jazmín:

Mujer: tamaño de la figura pequeño: indica sobrevaloración del medio ambiente, un posible ocultamiento, pasar desapercibido por el medio ambiente y una reacción sumisa. Posición de la figura en la parte inferior: indica pesimismo, inseguridad, tendencia a la depresión. Cabello remarcado: indica agresividad, sombreada por despreocupación por la apariencia personal. Cabeza: pequeña: complejo de inferioridad, problema que afectara la relación y comunicación interpersonal. Rasgos faciales sin fuerza suele ser signo de inhibición, timidez e inseguridad. Omisión de orejas. Ojos pequeños: indica problema de introversión, cerrarse al mundo exterior, no quiere ver una realidad indeseable. Omisión de nariz: sentimiento de castración. Boca pequeña: control sobre sus propios impulsos, cóncava en individuos dependientes en busca de la aprobación social. Cuello corto y grueso: obstinación reflejando dificultad de control de impulsos. Brazos: asimétrico (uno más largo o fuerte que el otro): manifiesta inseguridad y ambivalencia en relación al contacto social, separados al cuerpo refleja impulsos agresivos. Manos abiertas con contornos imprecisos indica falta de confianza en las relaciones sociales. Piernas largas: indica lucha por autonomía y deseo de independencia. Pies pequeños y descalzos independencia de carácter, deseo sexuales encubiertos.



Hombre: tamaño de la figura pequeño: indica sobrevaloración del medio ambiente, un posible ocultamiento, pasar desapercibido por el medio ambiente y una reacción sumisa. Posición de la figura superior de la hoja: indica inseguridad con tendencia al retraimiento y actuación de la fantasía. Cabeza pequeña: indica problemas con el medio ambiente y signo de dependencia. Rasgos faciales

poco detallados afectados por crisis depresiva. Cabello engominado ceñido al casco: indica esfuerzo por el control intelectual de los impulsos. Omisión de orejas. Ojos como puntos: inseguridad y retraimiento. Omisión de nariz. Boca línea única fuerte: indica firmeza combatividad. Cuello: corto y grueso indica obstinación reflejando dificultad de control de impulsos. Brazos rígidos y separados: indican contactos pobres, asimétricos (uno más largo que el otro) inseguridad y ambivalencia en la relación al contacto social. Manos abiertas con contornos imprecisos indica falta de confianza en las relaciones sociales. Piernas largas: indica lucha por autonomía y deseo de independencia Pies pequeños y descalzos independencia de carácter, deseo sexuales encubiertos.

Interpretación Conclusiva: problema de comunicación en sus relaciones sociales producto de la inseguridad que presenta en el cual distorsiona la realidad para no percibirla como producto de su tendencia hacia la depresión.

Diana:

Mujer: tamaño de la figura normal: equilibrio emocional. Posición de la figura parte superior

izquierda de la hoja: tendencia a retraerse del entorno, necesidad de apoyo y

emotividad. Cabello: deseo de ser atractiva y agradar a las demás personas

.Cabeza: adaptación adecuada y equilibrada y autoimagen sin complejos.

Ojos con pestañas: reflejan exhibicionismo. Boca: destacada arranque de mal

humor. Nariz: refuerzos de línea reflejan un conflicto en lo sexual. Oreja:

sensible a las críticas Cuello: normal indica seguridad en relación de control de impulsos. Brazos

asimétricos (uno más largo o fuerte que el otro): manifiesta inseguridad y ambivalencia en

relación al contacto social, caídos indican poca energía para la acción y la relación. Manos



pequeñas y abiertas con brazos alejados del cuerpo, significa delicadeza, indefensión o renuncia a la agresión. Piernas largas: indica lucha por la autonomía y deseo de independencia. Pies descalzos orientados en distintas dirección: reflejan un conflicto, un estado de duda y vacilación.

Hombre: “No puedo dibujarme como hombre. No se cómo me vería como hombre” indica Conflicto sexual.

Interpretación Conclusiva: Conflicto con lo sexual al no tener un bebé con su nueva pareja, desea agradar a los demás por su sentimiento de inseguridad y evitar ser criticada por la pérdida.

Tania

Mujer: tamaño de la figura: grande resaltando exaltación. En su simetría manifiesta rigidez con



defensa al medio ambiente. Su posición en la parte la derecha de la hoja, indica problema con la autoridad, negativismo con resistencia al cambio.

Cabello abundante, que cubre la frente: deseo de agradar y ser atractiva, conflicto entre la razón y los impulsos. Cabeza marcada se refiere a ser una persona dominante, que trata de compensar su sentimiento de inferioridad,

alargada refleja inmadurez y necesidad de depender de otros tanto afectiva como materialmente.

La cara con énfasis exagerado fantasía compensada con agresividad y dominancia. Ojos grandes, oscuros, acentuados: hostilidad, extroversión, problemas de agresividad, la pestañas reflejan seducción. Nariz sombreada reflejan un conflicto en lo sexual. Orejas extrema tendencia a la opinión y a la sensibilidad a las críticas. Boca: con sonrisa forzada para agradar o tener simpatía, con dificultad sexual. Cuello corto y grueso: dificultad de control de impulsos, con collar que se interpreta como intento de poner barrera. Brazos largos: ambición, separados del cuerpo tensos sugiere impulsos agresivos. Manos muy grandes indica que intenta compensar la debilidad o las

dificultades de contacto pero también agresividad, estar sombreadas denotan culpabilidad por agresividad. Piernas cortas y gruesas dificultad para tomar decisiones e inmovilidad. Pies y zapatos inseguridad y dependencia, de forma redondeada indica tendencias dominantes y autoritarias, aunque suavizadas; zapatos marcados es un indicador de impulsos sexuales muy fuertes.

Hombre: tamaño de la figura: fue grande resaltando exaltación, infravaloración del medio ambiente. Exceso de simetría se interpreta como rigidez. La posición a la derecha de la hoja:

problema con la autoridad, negativismo y resistencia al cambio. Cabello sombreado y ceñido indica agresividad y esfuerzos por el control intelectual de impulsos. Cabeza muy marcada puede indicar ser una persona dominante y líder; cara con énfasis exagerado a los rasgos faciales indica fantasías

compensadas con agresividad y dominancia. Ojos pequeños indica problemas de introversión, no querer ver una realidad indeseable o no querer expresarse por culpa, con pestaña señal de afeminamiento. Nariz con fosas nasales están muy marcadas se considera como un acento específico de agresión; al estar destacada se interpreta energía que acentúa la virilidad del sujeto. Orejas extrema tendencia a la opinión y a la sensibilidad a las críticas. Ojos pequeños indica problemas de introversión, no querer ver una realidad indeseable o no querer expresarse por culpa, con pestaña señal de afeminamiento. Nariz con fosas nasales están muy marcadas se considera como un acento específico de agresión Boca muy enfatizada manifiesta ser agresivo verbalmente y tendencia a irritarse fácilmente. Mentón indica una fuerte tendencia a ser socialmente poderoso, agresivo y dominante. Cuello largo y delgado sentimientos de debilidad y problemas para manejar los impulsos. Brazos vigorosos y extendidos indica ser una persona ambiciosa, con énfasis muscular tiende a ser una persona agresiva y con deseos de poder físico.

Manos con puños cerrados: agresividad activa, al estar separados de los brazos indica represión agresiva. Piernas largas: indican lucha por la autonomía y deseo de independencia. Pie y zapatos pequeños indica inseguridad y dependencia, de forma redondeada indica tendencias dominantes y autoritarias, aunque suavizadas; zapatos marcados es un indicador de impulsos sexuales muy fuertes.

Interpretación Conclusiva: se hace notable la dificultad para afrontar los cambios, demuestra ser una persona dominante, además expresa una imagen seductora a nivel social a nivel inconsciente presenta conflicto sexual.

Paola:

Mujer: tamaño de la figura pequeño: indica sobrevaloración del medio ambiente, un posible



ocultamiento y una reacción sumisa. Posición de la figura parte superior izquierda de la hoja: tendencia a retraerse del entorno, necesidad de apoyo y emotividad. Tema del dibujo ella triste y llorando por un gran error que destruyó su relación. Cabello: abundante indica tendencias narcisistas, deseo

de virilidad y de vitalidad para agradar y deseo de ser atractiva. Cabeza pequeña: indica problemas con el medio ambiente, complejo de inferioridad, problema de autoimagen que afectara a las relaciones y comunicación interpersonal. Cara tristeza, llanto, timidez una tendencia a reprimir la participación social. Ojos: omisión aislamiento social, no enfrentar la realidad. Nariz: sombreada o cortada indica temores internos, conflicto en lo sensual. Oreja: excesivamente sensible a las críticas o a la opinión social o bien refleja una deficiencia social notable. Boca: curva hacia abajo indica amargura y animo depresivo. Cuello angosto: problemas con el medio ambiente y depresión. Brazos: sombreados indica ansiedad frente al contacto

social. Manos: borrosas indica falta de confianza en sí mismo y en realizar algún trabajo.

Piernas: muy cortas indica que no sabe tomar sus propias decisiones y desiguales indica una necesidad de independencia. Pies y zapatos: pequeño inseguridad para alcanzar sus metas, forma una puntiaguda expresión de agresividad y otra redondeada que indica tendencias dominantes y autoritarias, orientados en distintas direcciones reflejan un conflicto, estado de duda.

Hombre: tamaño de la figura pequeño: indica sobrevaloración del medio ambiente, un posible ocultamiento y una reacción sumisa. Posición de la figura parte superior parte superior de la hoja: indica inseguridad con tendencia al retraimiento y actuación de la fantasía. Tema de dibujo de mayor edad podría ser incentivación con los padres. Cabello: esfuerzo por el control intelectual de impulsos. Cabeza: grande aspiración intelectual frustrada y tendencias grandiosas, sentimiento de inferioridad queriendo sobresalir sobre otras personas. Cara: barba enfatizada indica que tiene tendencias de dominio y problemas de decisión. Ojos pequeños indica problemas de introversión, dibujado con punto indica inseguridad y retraimiento. Nariz: demasiado larga indicaría impotencia masculina. Boca: labios parecen marcados con tendencia a los placeres bucales. Cuello: corto y ancho indica problemas con el medio ambiente y obstinación. Brazos rígidos y separados: indican contactos pobres, asimétricos (uno más largo que el otro) inseguridad y ambivalencia en la relación al contacto social. Manos pequeñas con dedos cortos y redondos reflejan timidez e inadecuación en el contacto social y poca habilidad manual. Piernas largas indica lucha por la autonomía y deseo de independencia. Pie y zapato pequeños indica inseguridad y dependencia, con puntas cuadradas se refleja un instinto de dominio más brutal.

Interpretación Conclusiva: la desconfianza de su pareja por su infidelidad, afecto su relación durante el embarazo, sintiendo ella que eso fue lo que desencadenó su aborto, por la manera como la trataba y ofendía ya que no perdono su error.

Frida

Mujer: tamaño de la figura pequeño: indica sobrevaloración del medio ambiente, un posible ocultamiento, pasar desapercibido por el medio ambiente y una reacción sumisa. Posición de la figura en la parte izquierda: manifiesta inseguridad, evasión e introversión. Cabello remarcado: indica agresividad, sombreada por despreocupación por la apariencia personal. Cabeza: grande sobrevaloración de la inteligencia por frustración, aspiración intelectual frustrada por ambición fracasadas. Rasgos faciales sin fuerza suele ser signo de inhibición, timidez e inseguridad. Omisión de orejas. Omisión de ojos: sugiere aislamiento social, escapar al a fantasía y no afrontar la realidad. Nariz delgada indica timidez, vulnerabilidad interna. Boca: destacada con curva hacia arriba denota necesidad de aprobación social, cuando se ve la lengua indica fantasía eróticas a nivel oral. Cuello largo: necesidad de poner distancias de los impulsos. Brazos: caídos colgando indican poca energía para la acción y relación, en cuanto a su asimetría (uno más largo o fuerte que el otro): manifiesta inseguridad y ambivalencia en relación al contacto social. Manos abiertas con contornos imprecisos indica falta de confianza en las relaciones sociales. Piernas larga: indica lucha por autonomía y deseo de independencia. Pies: pequeños muestran inseguridad para mantenerse en pie para alcanzar las metas

Hombre: tamaño de la figura pequeño: indica sobrevaloración del medio ambiente, un posible ocultamiento, pasar desapercibido por el medio ambiente y una reacción sumisa. Posición de la figura superior izquierda de la hoja: izquierda: tendencia a retraerse del entorno, necesidad de apoyo y emotividad. Cabello engominado ceñido al casco: indica esfuerzo por el control intelectual de los impulsos. Cabeza: grande sobrevaloración de la inteligencia por frustración, aspiración intelectual frustrada por ambición fracasada. Omisión de orejas. Ojos: no dibujas las pupilas sugiere aislamiento social, escapar al a fantasía y no afrontar la realidad. Nariz: delgada: indica timidez, vulnerabilidad interna. Boca cóncava: persona dependiente. Cuello: corto y grueso indica obstinación reflejando dificultad de control de impulsos. Brazos rígidos y separados: indican contactos pobres, asimétricos (uno más largo que el otro) inseguridad y ambivalencia en la relación al contacto social. Manos abiertas con contornos imprecisos indica falta de confianza en las relaciones sociales. Pies pequeños orientados en diferentes direcciones: reflejan conflicto, estado de duda, con impulsos sexuales muy fuertes.

Interpretación Conclusiva: con problemas de inseguridad con respecto a su medio social, nivel de frustración producto de la pérdida ocurrida lo cual puede ser reflejado con ansiedad y agresividad pasiva hacia su entorno.

Carolina

Mujer: tamaño de la figura pequeño: indica sobrevaloración del medio ambiente, un posible ocultamiento y una reacción sumisa. Posición de la figura parte inferior derecha: muestra la voluntad y capacidad de disciplina, pero a la vez obstinación. Cabello abundante: abundante deseo de ser atractiva y agradar.



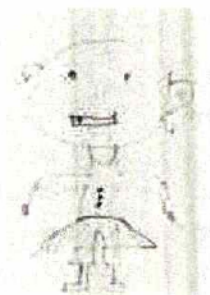
Cabeza: grande sobrevaloración de la inteligencia por frustración, aspiración intelectual frustrada por ambición fracasadas. Ojos como puntos: inseguridad y retraimiento. Nariz cortada: indica temores internos. Boca: curva hacia arriba: necesidad de aprobación social. Cuello largo y delgado: indica sentimiento de debilidad y problemas para manejar los impulsos. Brazos rígidos y separados: indican contactos pobres, asimétricos (uno más largo que el otro) inseguridad y ambivalencia en la relación al contacto social. Manos grandes: intentar compensar la debilidad o dificultades de contacto o realización. Piernas desiguales: necesidad de independencia. Pies y zapatos: enfatizados indica tendencias agresivas.

Hombre: tamaño de la figura pequeño: indica sobrevaloración del medio ambiente, un posible ocultamiento y una reacción sumisa. Posición de la figura parte inferior izquierda: fijaciones de conflictos ocurridos en etapas anteriores. Cabello engominado ceñido al casco: indica esfuerzo por el control intelectual de los impulso. Cabeza grande, desproporcionada y mal configurada: dificultad para integración social adecuada. Ojos: pequeños oscuros, con mirada de reojo indica inmadurez emocional, culpabilidad y suspicacia. Nariz cortada: indica temores internos. Boca: curva hacia arriba: necesidad de aprobación social. Cuello largo y delgado: indica sentimiento de debilidad y problemas para manejar los impulsos. Brazos asimétricos (uno más largo que el otro) inseguridad y ambivalencia en la relación al contacto social, pegado al cuerpo con problema para interactuar con su medio ambiente. Manos con dedos cortos y redondos reflejan timidez e inadecuación en el contacto social y poca habilidad manual. Piernas desiguales: necesidad de independencia. Pies y zapatos: de forma redondeada indica tendencias dominantes y autoritarias, aunque suavizada.

Interpretación Conclusiva: a pesar de sus intentos de superar la pérdida se ve afectada su integración social y su capacidad para la toma de decisiones a causa de sus sentimientos de culpa.

Beatriz:

Mujer: tamaño de la figura pequeño: indica sobrevaloración del medio ambiente, un posible



ocultamiento, pasar desapercibido por el medio ambiente y una reacción

sumisa. Posición de la figura en la parte izquierda: inhibición, también

manifiesta inseguridad, evasión e introversión. Tema del dibujo: ella feliz.

Cabello: dispersa, duro y que cubre la frente refleja dificultad en el manejo

de impulso. Cabeza: grande sobrevaloración de la inteligencia por

frustración, aspiración intelectual frustrada por ambición fracasadas. Rasgos faciales sin fuerza

suele ser signo de inhibición, timidez e inseguridad. Orejas destacadas por tamaño y forma:

problema auditivo, sensible a las críticas. Ojos: pequeños indica problemas de introversión, bizco

reflejan rebeldía, oposición y hostilidad hacia los demás. Nariz cortada y delgada débil tímida,

vulnerabilidad interna. Boca: sonrisas forzadas indica que quiere agradar o tener una simpatía

forzada, con dientes indica agresividad. Cuello largo: poner distancias de los impulsos. Brazos:

caídos colgando indican poca energía para la acción y relación, en cuanto a su asimetría (uno

más largo o fuerte que el otro): manifiesta inseguridad y ambivalencia en relación al contacto

social. Manos con contornos imprecisos indica falta de confianza en las relaciones sociales.

Piernas cortas y delgadas: indica que no sabe tomar sus propias decisiones. Pies: pequeños

muestran inseguridad para mantenerse en pie para alcanzar las metas, estar descalzos indica

signo de agresión, orientados en distintas dirección: reflejan un conflicto, un estado de duda y

vacilación.

Hombre: tamaño de la figura pequeño: indica sobrevaloración del medio ambiente, un posible ocultamiento, pasar desapercibido por el medio ambiente y una reacción sumisa.

Posición de la figura superior izquierda de la hoja: izquierda: tendencia a retraerse del entorno, necesidad de apoyo y emotividad. Tema del dibujo trabajador. Cabello ceñido: indica esfuerzo por el control intelectual de los impulsos. Cabeza: grande sobrevaloración de la inteligencia por frustración, aspiración intelectual frustrada por ambición fracasada. Orejas destacadas por tamaño y forma: problema auditivo, sensible a las críticas. Ojos: pequeños indica problemas de introversión, como punto son signo de inseguridad y retraimiento. Nariz: destacada refleja libido potente. Boca cóncava: persona dependiente. Cuello: corto y ancho indica problemas con el medio ambiente y obstinación reflejando dificultad de control de impulsos. Brazos rígidos y separados: hablan de contactos pobres, en cuanto a su asimetría (uno más largo o fuerte que el otro): manifiesta inseguridad y ambivalencia en relación al contacto social. Omisión de las manos: conflicto relacionado con sentimiento de culpa, vergüenza o agresión reprimida. Piernas cortas y delgadas: indica que no sabe tomar sus propias decisiones. Pies y zapatos: pequeños muestran inseguridad para mantenerse en pie, para alcanzar las metas, estar descalzos indica signo de agresión, orientados en distintas dirección: reflejan un conflicto, un estado de duda y vacilación.

Interpretación Conclusiva: el sentimiento de culpa por no cuidarse como debía, pudo ser el desencadenante del aborto. Tiene conflictos y desconfianza con sus vecinos ya que ha sido criticada por su comportamiento después de la pérdida.

Elsa:

Mujer: tamaño de la figura normal: indica un equilibrio emocional. Posición de la figura parte inferior izquierda: muestra posibles fijaciones con los conflictos ocurridos en etapas anteriores. Cabello abundante: abundante indica tendencias narcisistas, deseo de virilidad y de vitalidad. Cabeza pequeña: indica problemas con el medio ambiente y signo de dependencia. Boca sonrisa forzada que quiere agradar o tener una simpatía forzada. Ojos pequeños: indica problemas de introversión. Nariz corta cortada indica temores internos. Orejas: excesivamente sensible a las críticas o a la opinión social o bien refleja una deficiencia social notable. Cuello: omisión poca habilidad para manejar impulsos. Brazos: muy grandes indica necesidad de protección. Manos pequeñas: muy pequeñas indica una falta de contacto con la gente, dedos cortos y redondos indican poca habilidad manual. Piernas largas: indica autonomía. Pies y zapatos: alargados indica ser una persona insegura y por lo tanto tendrá conflictos para tomar decisiones.

Hombre: tamaño de la figura normal: indica un equilibrio emocional. Posición de la figura parte



inferior izquierda: muestra posibles fijaciones con los conflictos ocurridos en etapas anteriores. Cabello excesivamente sombreado indica agresividad. Cabeza pequeña: indica problemas con el medio ambiente y signo de dependencia. Boca sonrisa forzada que quiere agradar o tener una simpatía forzada. Ojos pequeños: indica problemas de introversión. Nariz corta cortada indica temores internos. Orejas excesivamente sensible a las críticas o a la opinión social o bien refleja una deficiencia social notable. Cuello: largo y delgado indica sentimientos de debilidad y problemas para manejar los impulsos. Brazos: doblados indican actitud hostil y sentimiento de rechazo. Manos pequeñas: muy pequeñas indica una falta de contacto con la gente, dedos cortos y redondos indican poca habilidad manual.

Piernas largas: indica lucha por autonomía. Pies y zapatos: alargados indica ser una persona insegura y por lo tanto tendrá conflictos para tomar decisiones.

Interpretación Conclusiva: el temor que vuelva a pasar en un futuro el perder nuevamente a su bebé y decepcionar a sus seres queridos, genera inseguridad en su relación con su pareja.

Cristina:

Mujer: tamaño de la figura pequeño: indica sobrevaloración del medio ambiente, un posible ocultamiento, pasar desapercibido por el medio ambiente y una reacción sumisa. Posición de la figura parte derecha de la hoja: derecha: problema con la autoridad, negativismo y resistencia al cambio. Cabeza grande: interpretarse como sobrevaloración de la inteligencia por frustración, aspiración intelectual frustrada y tendencias grandiosas. Cabello dispersa y dura: refleja dificultad en el manejo de los impulsos. Cara: triste, llanto que corren las mejilla. Ojos dibujados como puntos: son signo de inseguridad y retraimiento. Omisión de Nariz: sentimiento de castración. Boca curva hacia abajo: indica amargura y ánimo depresivo. Cuello angosto: expresa depresión. Brazos en cuanto a su asimetría (uno más largo o fuerte que el otro): manifiesta inseguridad y ambivalencia en relación al contacto social, separados del cuerpo como tensos sugieren impulsos agresivos. Manos: omisión indica ansiedad en la actividad de contacto social, sentimiento de culpa, vergüenza o agresión reprimida, con contornos imprecisos falta de confianza en las relaciones sociales. Piernas largas indican lucha por la autonomía y deseo de independencia.

Hombre: tamaño de la figura pequeño: indica sobrevaloración del medio ambiente, un posible ocultamiento, pasar desapercibido por el medio ambiente y una reacción sumisa. Posición de la figura, parte derecha de la hoja: derecha. Problema con la autoridad, negativismo y resistencia al cambio. Cabello disperso y duro: refleja dificultad en el manejo de los impulsos. Cabeza grande, desproporcionada y mal configurada: ambición destacada de destacar en el ámbito social. Cara: triste, llanto que corren las mejilla. Ojos dibujados como puntos: son signo de inseguridad y retraimiento. Nariz delgada: refleja vitalidad débil, timidez, vulnerabilidad interna. Boca curva hacia abajo: indica amargura y ánimo depresivo. Cuello largo y delgado indica sentimientos de debilidad y problemas para manejar los impulsos. Brazos cortos: indica falta de ambición, con sentimientos de inferioridad, retraimiento en sus relaciones sociales, separado del cuerpo como tensos sugieren impulsos agresivos. Manos: omisión indica ansiedad en la actividad de contacto social, sentimiento de culpa, vergüenza o agresión reprimida con contornos imprecisos falta de confianza en las relaciones sociales. Piernas largas muy largas indica autonomía y deseo de independencia. Pies pequeños: indica inseguridad y dependencia, zapatos de forma redondeada indica tendencias dominantes y autoritarias, aunque suavizada.

Interpretación Conclusiva: el perder a su bebé, le genera sentimientos de culpa e inseguridad de su relación con sus familiares, su frustración por la pérdida genera ansiedad de lo que puede ocurrir en su vida y en su relación.

Observación: Al hablar y escribir sobre sus sentimientos expresaron que se sienten mejor, más tranquilas, ya que se liberan de una carga emocional que las hace crecer a medida que realizan las diferentes terapias para sacar emociones que en su trabajo, ni casa tienen libertad para hacerlo.

4.3.3 Actividad: Terapia de reflexión sobre el manejo de emociones y sentimientos post aborto.

“Mi hermoso Diamante”

Arielis: “Al principio la tristeza se apoderaba de mi ser, pasaba horas llorando sin poder contener mis lágrimas, me sentía destrozada; era una ilusión que se me iba nuevamente. Sentí que no servía como mujer, ya que mi cuerpo no podía retener a mi bebé y yo no hice nada para impedirlo, llenando mi vida de dolor, dejándome vacía por dentro, con mucho sufrimiento, ya que me encerraba en mi cuarto, no quería hablar con nadie, todo era enojo. Trataba de fingir que nada pasó, en mi familia no querían hablar de mi bebé, me molestaba que muchas personas me criticaran como estaba, si se acababa de morir mi bebé ellos querían que estuviera normal y me hacían sentir mal, “no debes estar triste” ¿se suponía que debía reír?, se murió mi hijo, algo que amaba y deseaba con todas mis fuerzas, no respetaban mi dolor. Al pasar de los días comencé a pensar con detenimiento y más claridad, el dolor aún seguía pero con menos intensidad, sentía que mi esposo me dejaría, era nuestro segundo aborto, “le fallé” me decía a mí misma. Todo cambio cuando escuché a mi pareja que decía “me duele todo lo que pasó, la amo y no quiero que sufra por eso tengo que ser fuerte”, lloramos juntos, hablamos y nuestra relación se consolidó para crear un proyecto de familia con el pensamiento que el Tiempo de Dios es perfecto.

Jazmín: “Al principio era muy difícil, yo me culpaba. En mi mente solo tenía preguntas sin respuestas, pensando en que no supe cuidar a mi bebé, causándole la muerte, pero al pasar el tiempo pude comprender que yo hice lo necesario, fui atenderme varias veces. Yo estoy haciendo mi mejor esfuerzo, aunque a veces es doloroso, sé que necesito superar esta dura etapa de mi

vida, tuve que tocar fondo para restaurar mis pensamientos. He aprendido a valorar a las personas que me apoyaron en los horribles días del aborto, logrando junto a ellos, día tras día, asimilar lo que me pasó para sanar mis dolorosas heridas que sentía en el alma. Aprendí que hay cosas en la vida que no tienen explicación por más que uno se pregunte por qué no hay respuesta alguna, simple y sencillamente hay que seguir adelante. Solo le pido a Dios que me enseñeme a vivir, transformando mi corazón y moldeando mi tristeza con alegría”.

Tania: “Desde el primer momento mi comportamiento fue algo pasivo, ya que supe tener control de mí y siempre teniendo en mente que Dios estaba en ese momento conmigo, a parte de mi familia, a pesar de las cosas que estaba pasando. El día de la hospitalización mi comportamiento fue tranquilo, esperando que los médicos me dijeran que pasaba en mi cuerpo y dieran con un diagnóstico por el dolor que tenía, me preocupó porque no era algo normal.

En el momento de hacerme el ultrasonido, donde me dijeron lo que pasaba, mi comportamiento cambio, fue tristeza, miedo porque nunca había pasado por un quirófano. Pero aun así seguí enfrentando todo y asimilando la situación que pasaba. A la hora de ir al quirófano seguí con tranquilidad ya que de mi dependía si se me subía la presión arterial, así que sobrellevé todo desde el primer momento.

Me mantuve con toda tranquilidad los días que pase en sala, que fueron cuatro. Al momento que me dijeron “tiene salida” fue mi mayor alegría, ya que el frio me incomodaba en las noches. La llegada a mi hogar fue lo más esperado y deseado por mí, fueron pasando los días, me sentía impotente ya que quería hacer mis cosas y no podía. Pasaron como dos semanas y ya me sentía con estrés porque no era mi costumbre estar en cama y en casa todo un día. Los días pasaban y entre días de nostalgia, estrés y recuerdos fue algo triste, pero luego todo volvía a entrar con

normalidad. Hasta el día de hoy digo y permanece conmigo mi frase “Dios siempre está y ha estado en medio de todo”, Él es el único que sabe por qué pasan las cosas, él se llevó mi angelito al cielo porque lo necesitaba para cuidarnos”.

Paola: “Primeramente doy gracias a Dios por este día que me ha dado. Voy a comentar sobre mi problema, de lo que me sucedió. Me siento poco a poco mejor que el día anterior, al principio era tristeza y me sentía deprimida. He aceptado la realidad en mi vida aunque no ha sido fácil enfrentar esta situación, pero sucesivamente voy a tener que lograr más, he sido fuerte a toda tentación (hace un año le fui infiel a mi pareja, por eso él me mandó para Bocas del Toro y tenía duda que el bebé fuera de él, un error que cometí que sigue afectando nuestra relación). Lo escuché conversando con su tío, que fue un alivio que perdiera mi bebé, eso me dio mucha tristeza, pero no le dije nada, estuve preocupada ya que no me venía el periodo, él fue claro, me dijo que en estos momentos no quería hijos, así que acudí hacerme una prueba de embarazo y salió negativa, desde ahí hablamos sin discutir para cuidarnos y limar las perezas. La relación con mi pareja ha cambiado, ya no me insulta pero todo está normal ya que decidimos luchar por nuestro bien como una familia y por mi bebé que de una manera u otra nos unió. Mi conclusión, estoy mejor que antes. Mejorándome, gracias.

Frida: “El miedo, la angustia y la culpa que sentí porque me caí y no le tomé importancia ese fue el motivo que desencadenó el aborto. Ese horrible despertar con sangrado escaso acompañado con dolor en el vientre que iban y venían, no era buena señal. Cuando el doctor me dijo que mi bebé no tenía latido fue como si me clavaran un puñal y me sacaran el corazón, me duele aún recordar ese momento, solo lloraba y no podía calmarme, en mi mente le preguntaba a Dios ¿por qué me lo arrebataste de mi vientre si yo lo quería y cuidaría?, fue un duro golpe para mi familia, todos estábamos tristes, con enojo, dolor; cada vez que iba al baño recordaba la

sensación en el momento que lo expulsé en mi cuarto, lo doloroso fue llegar a mi casa y ver esa carita de tristeza en mi hijo que tanto deseaba un hermanito y estar en mi habitación donde vi pedacito de cielo por primera y única vez. Mis amistades me decían “¿cómo estás?” esas preguntas tontas que hacen daño y enojan. El tiempo lo cura todo pero las huellas que nos deja esta pérdida es difícil de verla sin que remueva algunos sentimientos, por suerte conté con el apoyo de mi pareja e hijo, trasmitiéndome fortaleza y amor, ya que nos reunimos y expresamos lo que sentíamos cada uno y liberamos dolor para ir llenando ese vacío de amor, cariño y comprensión, haciendo a nuestro bebé la estrella fugaz que iluminara nuestros corazones. Mi hijo, a pesar de sus 13 años, fue imprescindible en mi recuperación, me hablaba de la palabra de Dios, me decía “ni yo comprendo por qué nos quitó a mi hermano, pero estoy seguro que Dios nos ama”.

Diana: “. Estaba súper asustada, bloqueada, era mucha información que me decían que mi mente no podía procesar o captar, estaba confundida, con rabia, triste y desconsolada, caminaba sin rumbo. Nunca olvidaré a esa señora que me habló y me preguntó qué me sucedía, le conté, ya que necesitaba desahogar el dolor y el fuego que me quemaba por dentro, una sensación de vacío sentía al no escuchar el latido y yo en silencio rogaba escucharlo pero no sucedió, enojada por muchas horas buscaba la causa e intenté encontrar un culpable, me preguntaba varias veces si hubiera ido antes al médico quizás esto se pudo evitar, ¿qué hice mal?, al inicio lloraba por mi bebé 2 veces al día, ese vacío en mi interior me acompañó por muchas semanas. Las personas te dicen muchas palabras sin sentido en busca de ayudar o consolar provocando es herirnos. Por eso prefería ocultar mis sentimientos haciéndome la fuerte pero eso me hacía daño, entonces comencé a hablar de mi bebé, de lo mucho que lo amaba y quería, aún se me salían las lágrimas

pero era menos doloroso hablar de mi pérdida, pero poco a poco el dolor se ha suavizado y comencé a reconectarme con mi vida habitual, con la fortaleza de Dios y el apoyo de mi familia”

Carolina: “Es ilógico que le arranquen la felicidad a una mujer de manera tan cruel, lo triste fue al hacerme el ultrasonido, que el doctor me dijo en tono fuerte “no tiene latido, parece que está muerto” y me lo enseñó “mire ahí está, pero no escucho (comencé a llorar desconsoladamente) creo que está muerto,” es como si me hubieran tirado un balde de agua fría, pero estaba en negación, no creía lo que el doctor me decía.

Esperar para mi segundo ultrasonido era felicidad y tristeza, rogaba a Dios que se escuchara mi bebé. Luego procedieron hacerme la limpieza, continuaba fatal, devastada. Trataba de no hablar de la situación para evitar sentir nuevamente el dolor, no salía de la casa ni recibía visita, decían “no llores, estaba chiquito” sin importar que tiempo tenía mi felicidad comenzó con una prueba de embarazo positiva y me hice mil fantasías en mi mente, no aceptaba la realidad, fueron noches oscuras donde no podía dormir, soñaba que estaba embarazada y el bebé se movía, por eso me daba temor dormirme. Estuve muy dolida con mi pareja, por él culparme de la muerte de nuestro hijo, me sentía sola. He experimentado un cambio profundo en todo mi ser, me atrevo a decir que soy otra y llegué a crecer como persona y mujer. Poco a poco asimilar la realidad de la muerte. Sí lo estoy superando, lleva su tiempo pero igual temo que se vuelva a repetir esta triste historia, pero mi futuro no me preocupa ya que Dios lo tiene en sus manos.

Beatriz: “Bueno desde el momento del sangrado y el dolor en el vientre, que me dijeron sobre la pérdida, mi vida cambió, me preguntaba ¿tantas veces que fui atenderme y nadie pudo evitar que lo perdiera? Estuve triste por varios días, yo también perdí una hija a los dos años y en mi familia hemos tenido muchas experiencias de pérdidas de seres queridos de manera traumática,

creo que eso me ayudó a superar esta situación dolorosa, apenas estaba iniciando mi embarazo pero la ilusión de ser madre me la arrebató nuevamente y de dar alegría a mi madre pero en estos momentos la verdad me siento bien protegida por Dios, mi autoestima ayuda, ya que tengo una unión fuerte con mi familia que no permiten que decaiga. No es fácil pero tampoco difícil. Para una mujer de 34 años que tiene que velar por sus hijos a diario por los cual ellos me dan fortaleza para mantenerme firme como un soldado; no olvido lo pasado pero me aferro al futuro. Me siento bien gracias a Dios por todo lo bueno y lo malo que me brinda a diario.

Elsa: “Hoy cumplo dos meses de mi pérdida a pesar que mis primeros días fueron tristes, oscuros, de mucho dolor; pero doy gracias a Dios por la fuerza que me ha dado y que me ha permitido seguir. También a las personas que están siempre ahí conmigo y principalmente a mi esposo, que ha sido el apoyo más grande y que juntos hemos superado todo y pues hasta la fecha tenemos lindos recuerdos de lo que vivimos los primeros meses de embarazo, todo era muy lindo y seguir es duro pero podemos y seguiremos adelante y confiando en Dios que pronto vamos a intentar de nuevo para un bebé, así mismo, hasta este momento me siento bien, he podido seguir, aprender más y así mismo ser más sociable con los demás y que hasta hoy hemos puesto en práctica todas las experiencias que uno jamás quiere vivir pero asimismo uno tiene que cuidarse y más para nosotras las mujeres que somos las que vivimos en carne propia la pérdida de un bebé para aprender a valorarnos como mujer porque somos fuertes y podemos seguir adelante. Hasta la fecha yo me siento muy bien y con muchas ansias que pase el año para que algún día, si Dios lo permite, podamos ver a un niño en nuestros brazos y que su alegría y su sonrisa; todo siempre de la mano de Dios”.

Cristina “Cuando me dan la noticia que no se podía hacer nada, aun así sangrando no lo quería aceptar; es muy difícil perder un pedacito de mí, quería que fuera un sueño y que al despertar

todo estuviera bien, si yo me había cuidado, cumplí con el tratamiento y dejé de trabajar, estaba confundida. Los tres primeros días de salir del hospital no quería ni que la luz me pegara, ni escuchar ruido, todo me atormentaba, lloraba desconsolada, ni quería que mis otros dos hijos me hablaran, solo quería estar sola en mi cuarto sentía que fallé como madre al sufrir esa pérdida. Pero mi niño de 5 años entró al cuarto y me dice “mamá te siento mal, no llores, yo te amo” y lo abracé en ese momento y le pedía a Dios que me perdonara por renegar su voluntad y por culparme por lo que estaba pasando en mi vida.

Aún me siento triste, hay momentos que pienso en mi bebé y me deprimó, se me salen algunas lágrimas. Sé que debo superarlo pero cuesta mucho; le pido a Dios que me de fortaleza, sé que Él tiene un propósito en mi vida y en la de mi familia.

Con cada una de las reflexiones realizadas por cada una de las participantes, lograron identificar su propia historia, sus sentimientos, sus pensamientos, sus distorsiones cognitivas, la influencia cultural, sus deseos y valores que les define su personalidad y por lo tanto, influyen directamente en el estado de ánimo y en la conducta de las misma, por lo que una modificación del pensamiento facilitaría la toma de resolución que se encamina hacia una etapa final de aceptación y equilibrio emocional.

4. 4 Estabilidad Emocional de la mujer

4.4.1 Actividad: Conformar un grupo de apoyo con las mujeres post aborto y el equipo multidisciplinario. Terapia Grupal de Comunicación con las mujeres post aborto.

Procedo a redactar la expresión de los sentimientos más significativos en la terapia grupal denominada mi ángel celestial:

CUADRO 10: MUJERES POST ABORTO MANIFESTACIÓN DE SENTIMIENTOS EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS RELACIONADOS A SU PÉRDIDA SEGÚN HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO, DICIEMBRE 2018.

Nombre de las Pacientes	Sentimiento más significativo en las últimas 24 horas, relacionado a su pérdida.	Herramientas utilizadas
Arielis	“Amor”. “A pesar que no está conmigo en poco tiempo me dio una inmensa felicidad”.	Hablar con mi pareja y familiares. Confiar en la voluntad de Dios.
Jazmín	“Alegria”, “ Si bien es cierto perdí a mi bebé, tengo un sobrino de 1 mes que me alegra la vida, pensé que daría mucho dolor pero fue la anestesia para sanar mis heridas”.	Hablar con mi familia y Dios.
Diana	“Amar”. “Todo cambió con mi pedacito de cielo, contigo toqué fondo, pero a la vez me enseñaste que no existe límites para amar”	Conversar todos los días con mi pareja.
Tania	“Amor”. “Sin duda alguna estar embarazada fue lo mejor que me ha pasado en la vida”.	Hablar de mis sentimientos y llorar para sacar mi dolor.
Paola	“Esperanza”. “ Cada día duele menos, estoy mejorándome poco a poco”	Aceptar la muerte y no sentirme culpable de lo que pasó.
Frida	“Amor”. “Mi estrella fugaz, paso tan rápido en mi vida pero iluminó mi hogar y estoy muy agradecida con Dios”	Expresión de sentimientos de cada miembro de la familia.

Nombre de las Pacientes	Sentimiento más significativo en las últimas 24 horas, relacionado a su pérdida.	Herramientas utilizadas
Carolina	"Felicidad". "Tengo un ángel que me cuida y protege desde el cielo, que siempre estará dentro de mi mente y corazón".	Estar siempre acompañada, salir de paseo.
Beatriz	"Amor". " Que no esté a mi lado no impide que sea mi gran amor eterno"	Escuchar consejos de amistades y de hermanos de la iglesia.
Elsa	"Amor". " Son pruebas de la vida, que nos hacen ser más fuertes y valorar lo poco o mucho que tenemos, al igual a las personas que tenemos en nuestro alrededor"	Fortalecer mi fe en Dios y el apoyo de mis familiares.
Cristina	"Miedo". "Que no pueda seguir avanzando en este camino doloroso, que puede repetirse.	Pedirle perdón a Dios. Conversar con mi esposo e hijos.

Fuente: Expresión de mujeres post aborto, terapia de comunicación.

En lo referente a como se sintieron al hablar de los sentimientos más íntimos del duelo comentan: "bien, me ayuda a quitarme de alguna manera la tensión y frustración", "me ayudó a quitarme un peso de encima", "comodidad al compartir con otras mujeres que sufrieron las mismas experiencias y entienden porque hay días que sonrío y otros estoy triste", " estar en transición, que de una forma u otra me obligó hacer un balance de mi forma de pensar en el pasado, el presente y el futuro, siendo una oportunidad para hacer cambios gratificantes en mi esencia como mujer "

4.4.2 Actividad: Implementar intervención estratégica para el manejo emocional de la mujer y su pareja.

Es importante señalar que no solo la mujer es la única afectada en esta experiencia, sino todo su entorno, ya que también se da la pérdida de un nieto, sobrino, hermano; por tal motivo las participantes expresaron que "la familia en proceso de duelo vive momentos de desorganización, frustración hasta lograr adaptarse a los cambios que genera esta experiencia dolorosa. Donde las

actividades ayudaron a la elaboración del duelo con expresión de sentimientos en la reflexión de cómo era percibido por sus parejas, familiares y amistades, ya que en muchas ocasiones los mismos trataban de minimizar la pérdida, donde se veían afectadas las mujeres post aborto a la hora de elaborar el duelo". Impidiendo realizar una conexión para sanar las relaciones y dejar ir al ser amado.

También comentaron que sus familiares, pareja y amistades comprendieron que costará un tiempo pasar la página y sentirse de nuevo con ganas de volver a intentar tener hijos; sin embargo, hay que mirar hacia el futuro con optimismo con las habilidades para resolver conflictos de forma constructiva, saber pedir ayuda para utilizar los factores que ayudarán a superar y a liberarse del sentimiento tan pesado de la culpa, lo que causa sentimientos de ambivalencia y padecen remordimiento por sus acciones y decisiones en busca de obtener un bienestar personal y familiar enfocado en apoyo emocional.

4.4.3. Actividad: Identificar las fortalezas y el estado emocional para superar la pérdida.

Por referencia de las participantes, el sufrir un aborto genera sentimientos de temor, culpa, dolor, vacío y soledad, pero al recibir asesoría y apoyo en las diferentes actividades del proyecto les facilitó que desarrollaran mecanismos de defensa como una forma de redescubrir la vida, de tal modo que conocieron nuevas fuerzas internas que les permitieron enfrentar la angustia, dolor, sentimientos y emociones, utilizando los recursos que tienen a mano, en sus caso sus familiares y un ser supremo, Dios.

Contar con estas fortalezas ha permitido a las pacientes enfrentar esta situación tan difícil y dolorosa, pues de alguna manera contribuyen a que puedan manejar los sentimientos que las

limitan a desarrollarse normalmente para así superar la situación de crisis surgida por la muerte perinatal.

4.4.4. Actividad: Proporcionar un enfoque positivo, potenciando destrezas y enseñando habilidades para afrontar la pérdida.

La interacción de las participantes se utilizó como terapia de acompañamiento y apoyo de otras personas que han vivido situaciones similares. Las participantes dejaron entrever que la pérdida y el dolor han brindado un aprendizaje, donde todas expresaran sus sentimientos, pensamientos que enfrentaban día a día las diferentes oleadas de emociones utilizando las herramientas externas e internas que le ayudaron a pensar en un futuro mejor, construyeron estrategias para afrontar las crisis.

Esta experiencia ha sido significativa desde que empezaron a verla como un crecimiento y no como un hecho detestable, la muerte intrauterina del feto fue un experiencia inevitable en sus vidas, donde lograron percibir la posibilidad de ir soltando poco a poco las cosas vividas para que el sufrimiento por el amor y el afecto “sentido por su hijo/a”, se transforme en un recuerdo menos doloroso y de paso a uno amoroso y sano.

Entere los comentarios emitidos por las participantes rescato:

Elsa: “fue un crecimiento como persona, donde aprendí a ver de manera diferente esta difícil prueba, pero me enfoqué en lo importante de estar junto a mis otros hijos y mi esposo, enfrentando el dolor cara a cara con la ayuda de mis familiares, amistades y pidiendo ayuda de rodillas ante Dios”.

Frida: “al principio todo era llanto y dolor, experiencia terrible. Con el paso del tiempo he mejorado y creo que seguiré mejorando, pero con mis propios recursos, con esta situación que me llevó a tocar fondo descubrí muchas fortalezas que ni yo sabía que tenía”.

Cristina: “espero que con el tiempo pueda vivir mejor con el dolor y llegar a ser la persona que un día fui, esta situación ha convertido a mi pareja en un ser amoroso, que me cuida”

Beatriz: “He ido aprendiendo a manejar el dolor que siento por la muerte de mi bebé, ahora sé que no era necesario ocultar mis lágrimas y sufrimiento, sonreír por algo gracioso no quiere decir que no me duela”. La vida continúa, y tengo seres que me ayudan a superar esta terrible pérdida”.

Tania: “siempre serás mi mayor pacto de amor, con el cielo y la tierra”

4.4.5 RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Elementos de Evaluación	Participantes									
	Arielis	Jazmín	Diana	Tania	Paola	Frida	Carolina	Beatriz	Elsa	Cristina
¿Se considera responsable de la pérdida de su producto de la concepción?	Algunas veces	No	No	No	No	Algunas veces	No	No	No	Algunas veces
¿Cree que pudo evitar la pérdida de su producto?	No	Algunas veces	No	Algunas veces	No	Algunas veces	No	No	No	No
¿Sus amigos y familiares le brindaron apoyo?	Sí	Sí	Sí	Sí, Excepto su suegra	Algunas veces	Sí	Algunas veces	Sí	Sí	Sí
¿Ha vuelto a realizar sus actividades cotidianas con normalidad?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Ha conversado con su pareja sobre la pérdida de su producto de la concepción?	Sí	Sí	Sí	Sí	Algunas veces	Sí	No	Sí	Sí	Sí
¿Cómo ha sido su relación con su pareja, después del aborto?	Nos unió	Nos distanció	Nos unió	Nos unió	Nos distanció	Nos unió	Nos separó	Nos unió	Nos unió	Nos unió

Elementos de Evaluación	Participantes									
	Arielis	Jazmín	Diana	Tania	Paola	Frida	Carolina	Beatriz	Elsa	Cristina
¿Las actividades realizadas en las diferentes sesiones le ayudaron en el proceso de duelo?	Sí	Algunas veces	Sí	Sí	Sí	Sí	Algunas veces	Sí	Sí	Sí
¿Cuál fue la actividad más significativa para ayudarla a superar su pérdida?	Decir cómo me sentía, sin temor a ser criticada sacando el dolor que llevaba por dentro.	La carta de despedida, pude expresar todo mi amor que sentía por ella.	La Reflexión, narrar mi cuento día tras días, llegando a transformar mi forma de ser.	Escala de duelo me ayudó a analizar mi situación y tomar un camino.	La carta de despedida, le dije que la amaba y mis planes que solo quedaron en mi mente.	Reflexionar le dio sentido que muchas cosas no tienen explicación.	Hablar sobre mi miedo, sin que me dijeran que yo era culpable me quitó un peso de encima.	La carta de despedida para desahogar mi dolor.	La Escala de Duelo me ayudó a entender que era normal lo que sentí.	La carta de despedida liberó mi dolor al escribirle mi amor.
¿Considera que el proyecto debería ser implementado en todas las instituciones de salud?	Si, la gente que está junto a nosotros nos lastima en lugar de ayudarnos.	Sí, muchas personas te critican si llorar y si no lo haces también.	Si, ayuda mucho y la mayoría piensa estaba chiquito no importa	Sí, es importante que existan personas con quien pueda hablar.	Si, después de cada actividad salía con menos peso encima de mí .	Sí, las tareas y mi Dios ayudaron a estar más tranquila y soportar las tormentas.	Sí, esto me ayudó mucho junto con mis familiares.	Sí, cada tarea me ayudó a entender porque me sentía así.	Sí, el apoyo es importante para las mujeres que pierden a su hijo.	Sí, me hizo bien conversar y las actividades me liberó de muchas cosas.

Elementos de Evaluación	Participantes									
	Arielis	Jazmín	Diana	Tania	Paola	Frida	Carolina	Beatriz	Elsa	Cristina
¿Siente que ha superado su duelo?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Algunas veces	Sí	Sí	Algunas veces
Sugerencias o comentarios.	Gracias por su apoyo.	Hay que aprender poco a poco a aceptar y vivir lo que sucedió, para seguir adelante, aunque no es fácil.	Continúe brindando apoyo a más mujeres.	Siempre estaré agradecida por ayudarme en estos meses duros de mi vida.	Yo tengo un angelito que me cuida desde el cielo.	Dios entró en mí, sanó mis heridas y restauró mi vida.	Hay cosas que no tienen explicación ni respuesta pero toca seguir adelante.	Todo pasa por una razón, aunque duela hay que aceptarlo.	Cuando sentí que no podía más, Dios me levantó.	Jamás olvidaré aquellas personas que me apoyaron en este difícil momento.

4.4.6 Descripción de los resultados las actividades realizadas con las mujeres post aborto.

Después de realizar todas las actividades del proyecto podemos hacer la siguiente descripción:

- Solamente las mujeres que han pasado por esta experiencia saben lo que se siente con la muerte intrauterina del feto, que no han conocido pero sí amado, esperado, imaginado e idealizado en la mente, desde que se enteraron que estaban embarazada, pero que con la muerte pierden una promesa, expectativa, una parte de sí mismas, un futuro y su proyecto de familia.
- No son las semanas de gestación las que influyen en la intensidad del duelo, sino el lugar que le han creado en su corazón, los lazos afectivos de la mujer con el ser que crecía dentro de ella; esto influye en las reacciones que van a sentir por la pérdida de su bebé. Este es un vínculo creado por los dos.
- El duelo es un camino único, en ocasiones solitario, doloroso e irremplazable, con diferentes fases de cambio, lleno de incomprensión, dinámico, que cada mujer debe transitar de forma individual; donde no existe guion preestablecido, cada persona lo va experimentar y manifestar de manera distinta.
- La pérdida de un producto de la concepción, es una experiencia devastadora, dolorosa, que afecta a la mujer no solo en los aspectos psicológicos, sino también sociales, físicos y espirituales.
- La mujer necesita un periodo para recuperarse de los cambios hormonales, físicos y emocionales.
- En las diferentes sesiones se pudo observar dolor, llanto, temor e intranquilidad, reflejados en sus movimientos corporales (se movían en la silla, paraban, caminaba en el

entorno de la silla, suspiraban, colocaban la mano en la cabeza y rostro), pensativas hasta llegar a una comunicación no verbal y verbal.

- Pedían disculpas por su comportamiento, expresando “no debo hacer esto, tengo que ser fuerte pero ya no puedo más”. En la casa le prohíben estar triste y piden ser fuerte, cuando quería hablar me decían “olvida eso que si piensas o hablas tendrás más dolor”, no es fácil el tener que procesar mucha información con tantas preguntas sin respuestas.
- Cuando se sufre un aborto se busca culpar a algo o a alguien. Culpan al personal por decirles que no se preocupen, que no pasa nada, que eso es normal, que todo está bien, que no regresen sino hasta que sangren. Se preguntan a sí mismas “¿y si hubiese ido antes al médico?, quizás pude evitarlo”. “Tantas veces fui a atenderme, nadie me pudo revisar o atender mejor, por no hacerle caso a mi instinto materno perdí a mi bebé”. Las parejas se culpan entre sí al igual que amistades o miembros de la familia, pero a veces no hay culpables simplemente suceden cosas en la vida que no tiene explicación por más que uno se pregunte ¿por qué?, no hay respuesta alguna, simple y sencillamente hay que seguir adelante.
- Se sienten asustadas, bloqueadas, con incapacidad de retener información, en esos momentos su mente no puede procesar o captar, causando confusión, enojo, pena, tristeza y desconsuelo. Considerando estos momentos, debería estar un familiar presente que firme el consentimiento informado de procedimiento, ya que las pacientes no están concentradas, por el gran impacto del sufrimiento de la pérdida y el dolor, y simplemente firman.
- Se debe brindar información y orientación, ya que en muchas ocasiones no se puede identificar la causa de la pérdida, llegando a desencadenar frustración e impotencia. Estar

orientadas les ayuda a procesar la pérdida, afrontando este impacto, que si se evita o no gestiona puede dar lugar a actitudes y conductas que desencadenarían en un duelo patológico.

- Evitar el sufrimiento en la primera etapa no es bueno, no dar permiso al duelo equivale a no normalizar el proceso. “con resistencia a creer que es cierto, la tristeza, fracaso como mujer, maldición de mi cuerpo, me siento vacía, con dolor y sin nadie que me comprenda” todo esto les puede llevar a tomar decisiones que ponen en evidencia la actitud de esconder la realidad de sufrimiento, deja a las personas indefensa y con menos recursos para afrontar situaciones, muchos querrán huir, olvidar cuanto antes y evitar recuerdo (porque creen que así se recuperan antes). Depende de que si desde pequeño se acostumbra a evitar el dolor emocional, de adulto le costará mucho más enfrentarlo.
- Todas estas manifestaciones de enojo, pena, angustia, dolor, temor forman parte del proceso de “duelo normal” obviamente una misma persona no va a experimentar todas estas manifestaciones y generalmente suelen desaparecer conforme el duelo se va elaborando.
- Las mujeres sufren sentimientos de inferioridad por fracaso biológico al no ser capaz de alcanzar el estatus de madre e incluso pueden sentirse culpables por algo que hayan podido hacer mal o por no poder dar a su pareja, hijos y familiares el hijo que deseaban.
- Se angustian y son temerosas de un embarazo en el futuro, que pueda repetirse la experiencia dolorosa, pensando que no podrán en ninguna etapa de su vida ser madres.
- La falta de apoyo por sus familiares, amistades y compañeros de trabajo que no entienden la intensidad de los sentimientos y piensan que se solucionarán en un período corto de tiempo, tratando de imponer una pronta recuperación emocional, ocultando el

dolor y aparentar que están tranquilas, pudiendo llegar a aparecer roces y tensiones relacionados con las formas de reconfortar y consolar, esto puede desencadenar en la mujer una conducta de aislamiento por negarles ese tiempo que necesitan para recorrer el camino del duelo.

- Algunas de las participantes expresaron falta de sincronización en el ritmo del duelo, pues creían que su sentimiento de duelo no correspondía con el sentimiento de sus allegados.
- Los padres caen en impotencia y fracaso al no poder manejar la situación; con respecto a las madres, expresan abiertamente su pérdida; sin embargo, los padres viven el duelo sin demostrar sus emociones, ya que se espera que sean fuertes y apoyen a las madres. La desigualdad de expresión de los sentimientos y pensamientos de las parejas, debido a que el duelo es individual, esto puede ocasionar estrés, conflicto y terminación entre la misma.
- Cuando el embarazo no ha sido planificado y el hijo no es deseado, en muchos casos por no estar preparados económicamente o por problemas con su pareja, el aborto termina siendo para la madre una salvación, un alivio, una bendición o una manera de liberarse del problema; a las mismas se les brindó orientación y explicó que deben realizar planificación familiar para embarazos no deseados.
- Las mujeres que pasan por las diferentes etapas de duelo de manera saludable, realizando actividades que requieren esfuerzo y participación activa, deben llegar a experimentar el dolor, sin evitarlo, para tener una oportunidad de renovación personal, manteniendo los lazos con una conexión saludable con el producto de la concepción perdido, donde no

existen límites para amar y estar viviendo un cambio profundo, en el sentido de crecimiento en una transformación personal y transpersonal.

- No todos los duelos son iguales, pues en su naturaleza influyen numerosos factores como la implicación de los profesionales para llevar a cabo intervenciones que garanticen un abordaje integral y coordinado que puedan ofrecer una atención personalizada y respetuosa, buscando favorecer la elaboración de un duelo saludable.
- A pesar que las participantes recibieron apoyo, pueden tener recaídas debido a que existen las mareas de emociones, a veces unas más grandes y fuertes que las otras por sus temores, sentimientos y emociones. Cabe destacar que la forma de afrontarlo dependerá en gran medida de los recursos personales y del apoyo del entorno.
- La tarea principal en esta etapa es ir encontrando progresivamente las estrategias protectoras y aumentar progresivamente la tolerancia al dolor que poco a poco se ha suavizado, hasta obtener más aceptación y menos rechazo, las mujeres no ponen tanta resistencia a expresar abiertamente sus sentimientos, hablar de lo sucedido, de su relación con el producto de la concepción perdido y lo que echan de menos, ya no se culpan de lo que ha pasado ni responsabilizan a nadie, conectándose con lo cotidiano, con su vida familiar, laboral y social.
- Las mujeres post aborto, aprendieron a ser más fuertes y valorar lo poco o mucho de las personas que tenían a su alrededor, teniendo fortalezas para su renovación. Manifestaban que Dios tiene un propósito en sus vidas, su futuro no les preocupa porque está en sus manos, a la vez pidieron perdón a Dios por renegar su voluntad manifestando “tengo un ángel que me cuida y protege desde el cielo, que siempre estará dentro de mi mente y corazón”.

**V: FASE DE ANÁLISIS
DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN**

5.1 RESULTADOS

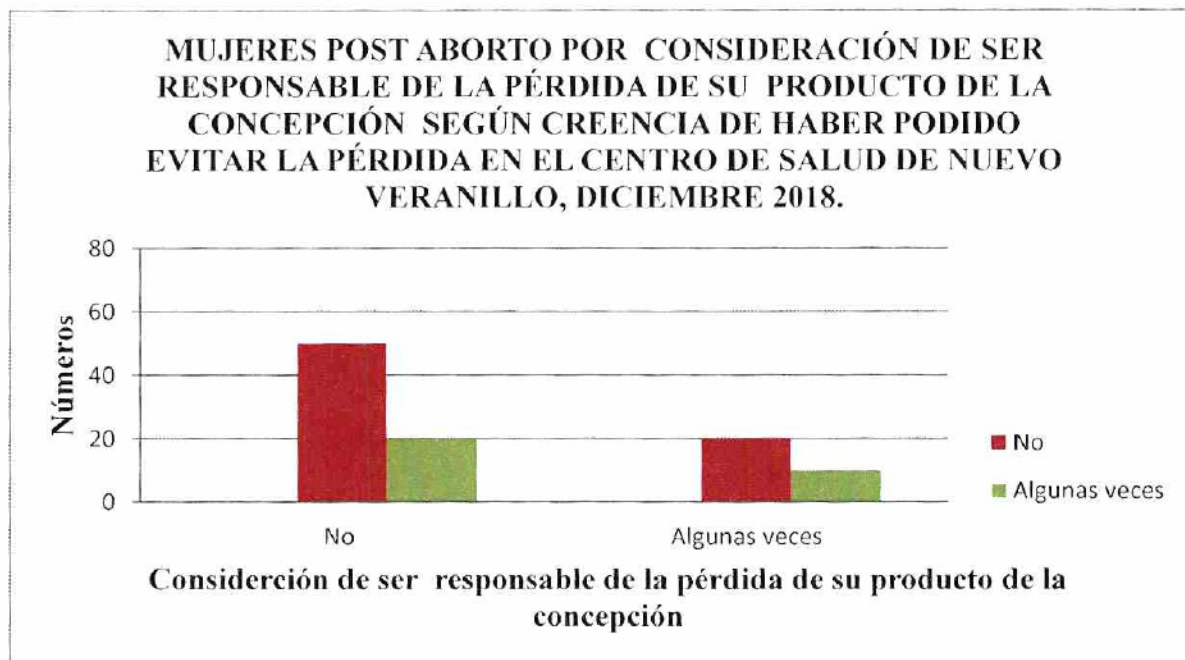
Para obtener una evaluación más objetiva el proyecto se aplicó un cuestionario de evaluación, (ver anexo 20) a las participantes; a continuación se presentan cuadros descriptivos y gráficas de los resultados obtenidos.

CUADRO 11: MUJERES POST ABORTO POR CONSIDERACIÓN DE SER RESPONSABLE DE LA PÉRDIDA DE SU PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN SEGÚN CREENCIA DE HABER PODIDO EVITAR LA PÉRDIDA EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO, DICIEMBRE 2018.

Creencia de haber podido evitar la pérdida	Total		Consideración de ser responsable de la pérdida de su producto de la concepción			
			No		Algunas veces	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	10	100	7	70	3	30
No	7	70	5	50	2	20
Algunas veces	3	30	2	20	1	10

Fuente: Cuestionario de evaluación del Proyecto aplicado al finalizar el mismo.

GRÁFICA 1:



Fuente: Cuadro 11. Cuestionario de evaluación del Proyecto aplicado al finalizar el mismo.

Se observa que el 70% de las mujeres post aborto no creen que pudieron evitar la pérdida, mientras que un 30% refieren que algunas veces se consideran responsables de la pérdida de su producto de la concepción. Al igual que se creen que pudieron haber evitado la pérdida; de estas el 10% consideran que algunas veces se sienten responsables de las pérdida del producto de la concepción y que lo pudieron evitar.

Como refiere Neimeyer, A. (2012), *“en la mayoría de los casos, la mujer puede sentirse traicionada por su propio cuerpo, se sienten responsables de la protección de sus hijos/as y, su muerte, suele ser vivida con sentimientos de fracaso y con una gran culpabilidad”*. La culpa también es difícil de aceptar por los demás como una emoción normal y suele ser causa principal del bloqueo del proceso en muchos duelos. Pastor et al. (2013), explica *“puede aparecer culpa por estar vivo/a y que el bebé no lo esté; por no haberle protegido de la muerte”*.

CUADRO 12: MUJERES POST ABORTO QUE DESEMPEÑAN SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA SEGÚN EL APOYO DE SUS FAMILIARES Y AMIGOS EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO, DICIEMBRE 2018.

Apoyo de familiares y amigos	Nº	%
Total	10	100
Sí	8	80
Algunas veces	2	20

Fuente: Cuestionario de evaluación del Proyecto aplicado al finalizar el mismo.

GRÁFICA 2:



Fuente: Cuadro N°12. Cuestionario de evaluación del Proyecto aplicado al finalizar el mismo.

El 100% de las mujeres post aborto lograron realizar las actividades de la vida diaria normal, de las que el 80% sí recibieron apoyo de sus familiares y amigos, mientras que un 20% los recibieron algunas veces.

Lo mencionado en el párrafo anterior coincide con la literatura revisada en Álvarez et al. (2012), refiere que es importante recuperar las actividades cotidianas en la medida de lo posible. Esto permite tomar conciencia de nuestra vida, encontrar el sentido a las pérdidas vividas, lo mismo que las relaciones establecidas con nuestros familiares y amigos ya que en muchas ocasiones minimizan el dolor de la mujer, se resisten a conversar de lo ocurrido, tratan de imponer su pronta recuperación emocional, sin recibir el apoyo que necesita de su entorno más cercano, al negarle ese tiempo que necesitan para recorrer el camino del duelo, mientras otras están para conversar y escuchar el desahogo de la mujer por su pérdida.

El mismo autor menciona que puede potencialmente aceptar su decisión lo que supone el desarrollo de habilidades para la ejecución de nuevas destrezas, asimilar la realidad de la situación lo que conlleva a un aprendizaje que será integrado al actuar cotidiano cuando sea requerido, siendo posible encontrar el sentido de la existencia al reconocer las capacidades propias.

CUADRO 13: MUJERES POST ABORTO EN CUANTO A LA RELACIÓN CON SU PAREJA SEGÚN CONVERSACIÓN SOBRE LA PÉRDIDA DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO, DICIEMBRE 2018.

Conversación sobre la pérdida del producto de la concepción.	Total		Relación con su pareja, post aborto.					
			Los unió		Los distanció		Los separó	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	10	100	7	70	2	20	1	10
Sí	8	80	7	70	1	10	0	0
Algunas veces	1	10	0	0	1	10	0	0
No	1	10	0	0	0	0	1	10

Fuente: Cuestionario de evaluación del Proyecto aplicado al finalizar el mismo

GRÁFICA 3:



Fuente: Cuadro N°13. Cuestionario de evaluación del Proyecto aplicado al finalizar el mismo.

La relación de pareja después del aborto fortaleció la unión en el 70% de las mismas y en un 30% se vio afectada negativamente (20% los distanció y 10% los separó). Se observa que hay una coincidencia de 10% entre las que algunas veces conversaron de la pérdida con su pareja y su relación que los distanció; al igual que donde no hubo conversación los separó.

Lo anterior coincide con el señalamiento dado por Santos et al. (2015), la muerte de un hijo puede acercar a la pareja, crear mayor complicidad e intimidad, pero también es frecuente que tras la muerte del bebé se produzcan conflictos y tensiones en la relación. Un miembro de la pareja puede sentir, por ejemplo, que al otro no le importa la muerte “lo suficiente”, quizás porque no llora o porque no quiere hablar de la muerte intrauterina del feto. A veces, la necesidad de alguno de los dos de “parecer fuerte”, para servir de apoyo al otro miembro de la pareja o por miedo a derrumbarse y mostrarse vulnerable, puede interpretarse por el otro como falta de interés.

Mejía (2012), explica que puede ocurrir que la pareja no viva al mismo tiempo los momentos de mayor dolor y no los exprese de la misma manera. Esto puede crear la sensación de que uno siempre está inmerso en el dolor y puede contribuir a que se eviten el uno al otro en los momentos difíciles, para no recaer en el sufrimiento. Tener un espacio donde hablar de cómo se siente cada uno y compartir dudas y miedos, puede ayudar a reajustar la relación y salvar las diferencias.

CUADRO 14: OPINIÓN DE LA MUJER POST ABORTO SOBRE LA ACTIVIDAD MÁS SIGNIFICATIVA EN EL PROYECTO QUE LE AYUDÓ A SUPERAR SU PÉRDIDA EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO, DICIEMBRE 2018.

Participantes	Actividad más significativa que le ayudo a superar su pérdida
Jazmín	La carta de despedida pude expresar todo mi amor que sentía por ella.
Paola	En la carta de despedida le dije que la amaba y mis planes que solo quedaron en mi mente.
Beatriz	La carta de despedida para desahogar mi dolor.
Cristina	La carta de despedida libera mi dolor al escribirle mi amor.
Arielis	Decir cómo me sentía, sin temor a ser criticada, sacando el dolor que llevaba por dentro
Carolina	Hablar sobre mi miedo, sin que me dijeran que yo era culpable me quitó un peso de encima.
Diana	La Reflexión, narrar mi cuento día tras días, llegando a transformar mi forma de ser.
Frida	Reflexionar le dio sentido, que muchas cosas no tienen explicación.
Tania	Escala de duelo me ayudó a analizar mi situación y tomar un camino.
Elsa	La Escala de Duelo me ayudó a entender que era normal lo que sentía.

Fuente: Cuestionario de evaluación del Proyecto aplicado al finalizar el mismo.

Se observa que un 40% de las participantes expresaron que la actividad más significativa del proyecto que le ayudó a superar la pérdida fue la carta de despedida, con una coincidencia de un

20 % en la terapia de expresión de sentimientos y pensamientos, al reflexionar sobre su pérdida y la escala de duelo perinatal.

El camino de la elaboración del duelo pasa por sentir y afrontar ese dolor, estas luchan por salir antes o después afloran para ser atendidas y afrontadas, las diferentes actividades son utilizadas como estrategias para ayudar a las participantes a conocer las emociones evitando que dejen la percepción como algo amenazador o potencialmente destructivo. La carta de despedida y la escala de duelo perinatal, es una de las herramientas más útiles y poderosa para trabajar el proceso de duelo, consiste en expresar todo aquello que quiera, lo que ha quedado por decir, lo que necesita explicar, esto ayuda a poner palabra a la realidad a su vivencia del duelo y a encontrar un lugar para su mente y su emoción (Oviedo et al., 2013).

Esto implica que la persona redefine su identidad pérdida, renuncie definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona fallecida y reconduzca con un nuevo significado lo que supuso la pérdida. Todo lo vivido durante el proceso de duelo supone un aprendizaje y fortalecimiento del sistema de afrontamiento (Adib, 2015).

CUADRO 15: OPINIÓN DE LA MUJER POST ABORTO SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO EN TODAS LAS INSTITUCIONES DE SALUD EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO, DICIEMBRE 2018.

Participantes	Considera que el proyecto debería ser implementado en todas las instituciones de salud
Arielis	Sí, la gente que está junto a nosotros nos lastima en lugar de ayudarnos.
Jazmín	Sí, muchas personas te critican si lloras y si no lo haces también.
Diana	Sí, ayuda mucho y la mayoría piensa que estaba chiquito no importa.
Tania	Sí, es importante que existan personas con quien pueda hablar.
Paola	Sí, después de cada actividad salía con menos peso encima de mí.
Frida	Sí, las tareas y mi Dios ayudaron a estar más tranquila y soportar las tormentas.
Carolina	Sí, esto me ayudó mucho junto con mis familiares.
Beatriz	Sí, cada tarea me ayudó a entender cómo y porqué me sentía así.
Elsa	Sí, el apoyo es importante para las mujeres que pierden a su bebé.
Cristina	Sí, me hizo bien conversar y las actividades me liberaron de muchas cosas.

Fuente: Cuestionario de evaluación del Proyecto aplicado a finalizar el mismo.

Se observa que el 100 % de las participantes expresaron que debería implementarse el proyecto en todas las instituciones de salud, porque pudieron hablar de la pérdida sin temor a que la

criticaran, recibieron apoyo cuando su entorno más cercano se los negaba, liberaban la carga emocional y aprendieron que el amor de una madre no termina con la muerte.

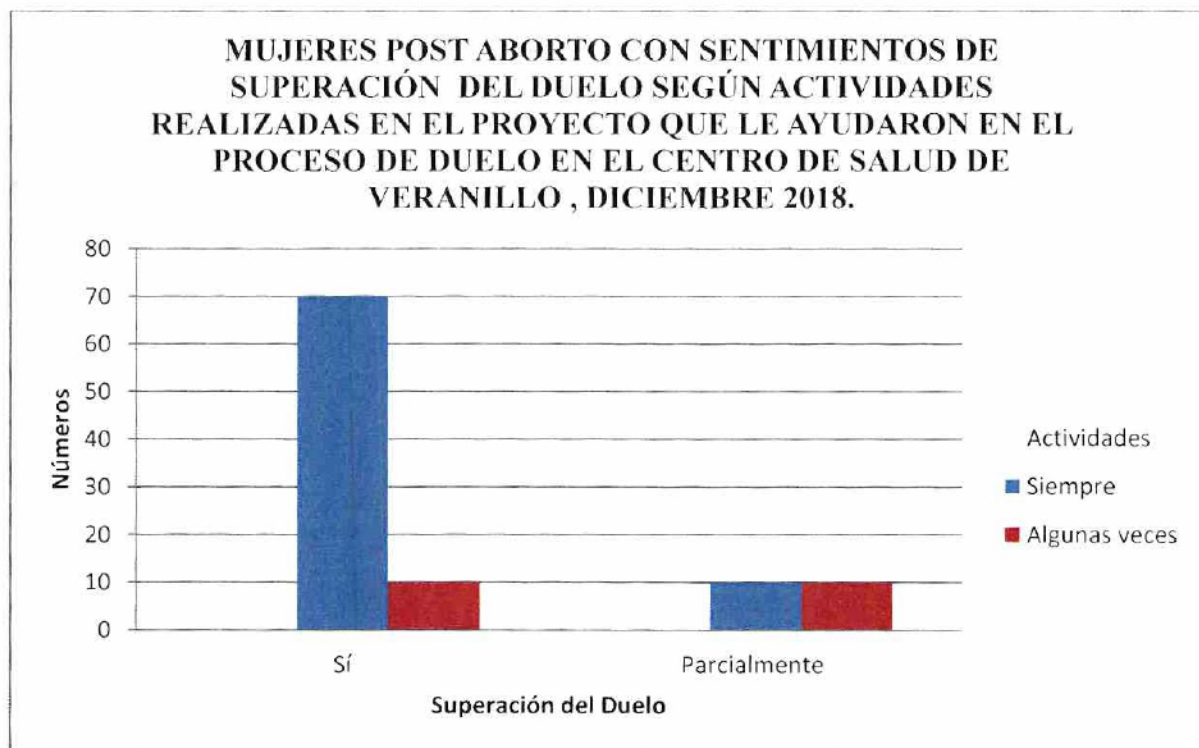
Como refiere Benito et al. (2011), se trata de ayudar a que la mujer para que en todo momento exprese sus sentimientos y pueda experimentar la aflicción que corresponda. Así, el profesional en enfermería podrá aplicar una serie de cuidados primarios del duelo, de carácter preventivo, destinados a favorecer la elaboración sana y natural del mismo.

CUADRO 16: MUJERES POST ABORTO CON SENTIMIENTOS DE SUPERACIÓN DEL DUELO SEGÚN ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PROYECTO, QUE LE AYUDARON EN EL PROCESO DE DUELO EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO, DICIEMBRE 2018.

Actividades realizadas en el proyecto, que ayudaron en el proceso de duelo	Total		Superación del Duelo			
			Sí		Parcialmente	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	10	100	8	80	2	20
Sí	8	80	7	70	1	10
Algunas veces	2	20	1	10	1	10

Fuente: Cuestionario de evaluación del Proyecto aplicado al finalizar el mismo.

GRÁFICA 4:



Fuente: Cuadro 16. Cuestionario de evaluación del Proyecto aplicado al finalizar el mismo.

De las que superaron el duelo, el 70% expresaron que las actividades le ayudaron a hacerlo y un 10%, que algunas veces. En relación a superaron parcialmente el duelo, el 10% manifestó que algunas veces las actividades le ayudaron.

Según Neimeyer, R. (2012), “*en general, las mujeres tienen la sensación de avanzar dos pasos hacia delante y uno hacia atrás*”. Esta evolución irregular responde a la necesidad de “*habituarse emocionalmente*” a la pérdida, para lo cual se necesita revivir de forma constante y racional la nueva realidad. Durante el proceso de reconstrucción de la vida, de encontrar el sentido a la muerte y de mantener un vínculo tras la pérdida, las mujeres experimentan una serie de manifestaciones, sentimientos, síntomas y signos que cambian a lo largo del tiempo.

CUADRO 17: OPINIÓN DE LA MUJER POST ABORTO SOBRE SU PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO, DICIEMBRE 2018.

Participantes	Opiniones
Arielis	Gracias por su apoyo.
Jazmín	Hay que aprender poco a poco a aceptar y vivir lo que sucedió, para seguir adelante, aunque no es fácil.
Diana	Continúe brindando apoyo a más mujeres.
Tania	Siempre estaré agradecida por ayudarme en estos meses duros de mi vida.
Paola	Yo tengo un angelito que me cuida desde el cielo.
Frida	Dios entró en mí, sanó mis heridas y restauró mi vida.
Carolina	Hay cosas que no tienen explicación ni respuesta, pero toca seguir adelante.
Beatriz	Todo pasa por una razón, aunque duela hay que aceptarla.
Elsa	Cuando sentí que no podía más, Dios me levantó.
Cristina	Jamás olvidaré aquellas personas que me apoyaron en este difícil momento.

Fuente: Cuestionario de evaluación del Proyecto aplicado a finalizar el mismo.

La mayoría de las opiniones de las mujeres en relación a su participación en el proyecto fue el agradecimiento por el apoyo recibido por el personal en enfermería, la aceptación y explicación a la experiencia vivida hay que seguir aunque no sea fácil, aprender a levantarse y continuar con la vida, con la fortaleza de Dios.

Esto se explica con el siguiente señalamiento, se parte desde la idea de proporcionar estrategias para que los profesionales puedan identificar, reflexionar, actuar, corregir y evaluar su propia práctica asistencial con el fin de llevar a cabo una acción transformadora global en el ámbito de la atención a la mujeres post aborto (Martos et al., 2015).

El poder compartir sus experiencias, conlleva cambios alcanzando por ellas que se origina como consecuencia de lo natural, de tendencia al desarrollo ligado a personas, para emprender los cambios que llevan al individuo a superar la manera en que se vive en el día a día. es decir que probablemente las mujeres sienten que su existencia podrían mejorarse, solo que hacerlos no es tarea fácil. Para encontrar recursos que les permitan dar nuevos significados y sentido a la pérdida (Benito et al., 2011)

Cada pérdida encierra un aprendizaje y una oportunidad de crecimiento personal para quien lo experimenta, ganando así una nueva perspectiva de cada una de las situaciones vividas, trayendo consigo a gestionar las capacidades que permitan desarrollar sus potencialidades para asegurar una vida plena (López et al., 2011).

5.2 DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este proyecto, muestran que después de haberse aplicado las diferentes actividades en las sesiones, efectivamente hubo una modificación en la actuación del profesional en enfermería y en el estado emocional de las mujeres post aborto.

En las actividades para los profesionales se hizo una indagación sobre sus sentimientos, pensamientos, el conocimiento de estrategias, habilidades y destrezas en la atención emocional de la mujer post aborto y sobre la forma de proceder e identificar situaciones de duelos complicados.

Entre las frases significativas que expresaron los profesionales en enfermería sobre su atención emocional ante el aborto, puedo mencionar:

- “Fallamos, pero qué podríamos hacer 2 personas en una sala (enfermera y técnica), con una demanda labora grande.”
- “Los jefes solo quieren que saquen el trabajo, te culpan de no organizarte bien y si dejas algo pendiente tus colegas te lo reclaman, quizás tengamos las ganas, pero el tiempo es limitado.”
- “Cometemos errores que pasan desapercibidos por nuestros pensamientos, creemos hacer las cosas bien, pero actuamos mal y si nadie nos orienta ni explica seguiremos haciendo lo mismo”
- “Uno no recibe preparación para atender el dolor emocional, uno puede tener muchos años, pero las experiencias nunca son las mismas.”
- “Es importante que el personal de enfermería se eduque y capacite para ponerlo en práctica en el ámbito laboral”

Se buscó la expresión verbal y escrita de los pensamientos y sentimientos de la mujer post aborto.

Entre las frases significativas que expresaron las mujeres post aborto puedo mencionar:

- “Me siento muy triste, mi corazón quedó destrozado y mi vientre vacío”.
- “Perdí a mi angelito. No supe cuidar lo que con tanto amor queríamos”.
- “Nunca intenté hacerte daño, si te lastimé perdóname bebé, no tengas dudas que te amo”.
- “Quisiera hablar de mi bebé pero algunas personas, no quieren escucharme, dicen que olvide”
- “Me asusta que mi pareja me deje o que me embarace de nuevo y lo pierda.”

Igualmente se valoró la relación que tiene con las personas de su entorno más cercano.

Se comprueba que las actividades fueron seleccionadas y aplicadas adecuadamente: es importante señalar que en las sesiones se realizaron terapias grupales para el personal en enfermería, mientras que para las participantes se realizaron 5 terapias individuales y 1 grupal.

El personal en enfermería reflexionó refiriendo que no realizaban el cuidado emocional por tiempo insuficiente para completar las actividades en su labor diaria que tienen a su cargo, desconocimiento y falta de estrategia para brindar cuidado integral donde solo se basaban en la parte física y en pocas ocasiones referían a las pacientes al servicio de psicología, lo cual determina un aspecto negativo para el bienestar de la mujer y su familia. Al adquirir estos conocimientos pondrían demostrar aumento de actividades con bases teóricas, herramientas prácticas en la atención de las mujeres post aborto brindándole apoyo emocional para promover su bienestar, tanto físico como emocional.

Respecto a lo mencionado en el párrafo anterior, la actuación de los profesionales de salud en muchas ocasiones no es la más correcta, donde se hace evidente la falta de estrategias y destrezas. Es fundamental promover programas de formación para adquirir conocimientos y destrezas sobre el duelo perinatal. (Pastor, S. y et al. 2011).

Por otro lado, entre los principales sentimientos y pensamientos que expresaron las participantes podemos mencionar: la culpa, tristeza, dolor, sufrimiento, miedo, incredulidad, preocupación y angustia. Estos sentimientos coinciden con lo señalado por Oviedo, et al. (2013), que dice las mujeres se sienten responsables de la protección de sus hijos/as y, su muerte suele ser vivida en un principio con sentimientos de enojo, tristeza, miedo, preocupación fracaso, labilidad y con una gran culpabilidad, que conlleva además otras pérdidas significativas, como los sueños, expectativas, identidad, roles, esperanzas, proyectos para el futuro, etc., sobre los que también habrá que elaborar un duelo.

A partir de la segunda terapia se valoró la relación de las participantes con las personas más cercanas a su entorno donde un 80% conversaban con su parejas, amigos y vecinos donde sentían alivio a liberar la carga emocional, donde un 20% refirieron en un principio que no la quieren escuchar pidiéndole que le olviden para que no se auto lastimaran, donde preferían callar porque creían que nadie la comprendía. Esto se explica con el siguiente señalamiento, es muy común que la primera reacción de las mujeres y el entorno sea querer olvidar, pasar “página” rápido o tratar de vivir como si nada hubiera pasado. (Neimeyer, A. 2012).

Es importante señalar que, si bien es cierto que algunos participantes tenían el apoyo de sus parejas, en otras después del aborto, existió conflicto con sus parejas llegando a distanciarse y separarse. Cabe mencionar que la muerte de un hijo puede acerca la pareja, crear mayor

complicidad e intimidad, pero también es frecuente que tras la muerte intrauterina del feto se produzcan conflictos y tensiones en la relación (Mejías, M. 2012).

Un factor importante a señalar es que hubo cambios positivos en el transitar del camino del duelo de las participantes en cada una de las diferentes sesiones, partir de la participación activa de las mujeres post aborto, quienes en la terapia grupal expresaron sentimientos de un 60% amor, 10% de felicidad de ser madre, aunque fuera en corto tiempo, que no existen límites para amar, 10% esperanza de superar poco a poco con el paso del tiempo, felicidad porque está en su mente, corazón y 10% miedo que pueda repetirse.

Las actividades educativas programadas, posibilitan la ganancia de conocimientos por el personal en enfermería para el manejo, tratamiento oportuno, a las mujeres que sufren un aborto disminuyendo la posibilidad de alteraciones mentales o trastornos psiquiátricos. Con lo antes mencionado, la elaboración del duelo requiere de la utilización de energía tanto física como emocional. En los primeros días de duelo no están preparados para trabajar con sus intensas reacciones emocionales por un periodo prolongado o no comprenden la necesidad de aceptarlas y expresarlas. Más adelante van apareciendo ganas de volver a ser felices, de salir adelante, de volver a tener ilusión, de volver a sentir que pueden tener otros hijos, están muy interesados e invierten mucho tiempo y energía en trabajar con sus intensas reacciones emocionales para tener un duelo saludable. (Oviedo et al., 2013).

CONCLUSIONES

- El duelo es un proceso y no un estado, por eso al sufrir una pérdida se ponen en marcha una serie de tareas, que requieren esfuerzo, termina cuando la persona experimenta una transformación profunda, manteniendo una conexión saludable con el producto perdido.
- Es difícil transitar el camino del duelo, ya que las mujeres sienten muchas emociones negativas que paralizan la reacción y su capacidad de análisis, dificultando el uso de las herramientas para restaurar el equilibrio, evitando que ayuden a superar los obstáculos.
- Todas las mujeres no reaccionan igual ni con la misma intensidad ante la muerte intrauterina. El reconocimiento de las emociones tiene un papel fundamental en la aceptación de la pérdida que se da poco a poco con el paso del tiempo.
- La tarea principal del duelo es ir resolviendo progresivamente las estrategias protectoras y aumentar progresivamente la tolerancia al dolor emocional.
- El 30% de las mujeres creen que pudieron evitar la pérdida de su producto de la concepción, lo que interfiere en el proceso de duelo, ya que el sentimiento de culpa no le permite avanzar en la aceptación de lo sucedido.
- El 80 % de las mujeres manifiestan que siempre sus amigos y familiares le brindaron apoyo, ayudándole a realizar sus actividades cotidianas con normalidad.
- Se debe evitar el estigma de vivir en una sociedad que no aborda los sentimientos y emociones ante la pérdida de un embarazo que obliga a reprimirla y que cree que el dolor, la tristeza es algo incómodo que es mejor ignorarlo y no aceptar la realidad de la experiencia.
- El abordaje terapéutico debe ser llevado por un equipo multidisciplinario. Todos los profesionales deben conocer las respuestas que pueden experimentar la mujer ante la

pérdida en el plano bio-psico-social, para proporcionarle una asistencia de calidad, las herramienta posible teniendo en cuenta su cultura, creencias y religión ajustándose a sus necesidades.

- Los profesionales deben llevar a cabo intervenciones que garanticen un abordaje integral, con trato humanizado, armonizando los valores, requieren conocimientos, habilidades para ofrecer una atención personalizada y respetuosa buscando favorecer la elaboración de un duelo saludable.
- El 100% de las participantes manifestaron que es importante implementar el proyecto debido a la evidente falta de estrategias de destreza y recursos para abordar los aspectos emocionales por parte del profesional en enfermería, que centra su atención a los cuidados físicos, sin lograr desarrollar empatía con la mujer y sus familiares.
- El 80% de las mujeres manifestaron sentimientos de superación de su pérdida. La resiliencia ayuda en situaciones adversas para salir fortaleciendo, desbloquea las emociones, generando soluciones o mecanismo de seguridad, movilizand recursos con herramientas viejas y nuevas que nos generen una nueva fortaleza y energía necesaria que generen sensación de control sobre nosotros y nuestro entorno.
- La implementación del proyecto, permite adquirir conocimientos al profesional de enfermería para fortalecer su ser emocional, creando un espacio que sirve para la reflexión, retroalimentación y autoevaluación constante de nuestro ejercicio profesional, así logrando una transformación en lo interior y exterior; en busca del bienestar de la mujer no solo en lo físico sino en lo espiritual, social y psicológico.

- La Guía de Atención Emocional y Espiritual aplicada a las mujeres que experimentan muerte intrauterina del feto ayudo a la misma a manejar las afectaciones emocionales negativas que la podrían llevar a desarrollar un duelo activo en el 100% de las mismas.

RECOMENDACIONES

Promover en todas las instalaciones de salud Hospitalaria y de Atención Primaria, la implementación del proyecto de intervención con la guía de atención emocional y espiritual ante el aborto para ofrecer asesoría en el servicio de Salud Mental.

Capacitar a todos los profesionales de salud, con información esencial, actividades formativas para procurar el bienestar emocional y darles seguimiento a todas las mujeres con diagnósticos de aborto para evitar los duelos patológicos.

Realizar la primera intervención de apoyo emocional en la sala de maternidad por la enfermera de salud mental de todas las mujeres post aborto antes de su egreso.

Realizar seguimiento de la evolución clínica de las mujeres post aborto con la finalidad de obtener datos más precisos para el mejor manejo de la información desde el ingreso a una institución de salud hasta los primeros seis meses post aborto.

Promover encuentros con el personal de salud mental a nivel local, regional y nacional para realizar talleres, cursos con la finalidad de evaluación de la implementación de la guía de atención emocional y espiritual ante el aborto.

Humanización en la atención de la pérdida del producto de la concepción en todas sus dimensiones, activando estrategias de intervención basada en evidencias científicas.

Incentivar la realización de proyectos basados en estrategias metodológicas que motivan la enseñanza y aprendizaje de afrontamiento enfatizado en el cuidado emocional para las mujeres y familiares en duelo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adib, M. (2015). Atención Profesional a la Pérdida y el Duelo durante la Maternidad. Servicio Extremeño de Salud. Recuperado de:<http://saludextremadura.gobex.es/documents/19231/562422/libro+duelo+SES.pdf>
- Álvarez, M.; Clramut, M.; Carrascosa L. y Silvente, C. (2012). Las voces olvidadas. Pérdidas gestacionales tempranas. Tenerife : OB STARE
- Asociaciones Umamanita y El Parto es Nuestro. (2009). Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. Disponible en:<http://www.umamanita.es/Contenidos/Profesionales/Guia%20Combined.pdf>
- Bacci, P. (2010). La muerte y el duelo en la hipermodernidad. Revista Querencia. Recuperado de:http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro13/pilar_bacci.htm
- Becerra, S. (1995). Factores Demográficos y Psicosociales Asociados a la Decisión de Continuar o terminar con el Embarazo en un Grupo de Adolescentes de estrato Socioeconómico bajo. Revista de Psicología de la PUCP. Vol.XIII. N°1.
- Bellieni y Buonocore (2013). "Aborto y salud mental posterior: revisión de la literatura". Revista *Psiquiatría y Neurociencias Clínicas* Volumen 67, I p. 301–310
- Benito E.; Arranz de Albornoz; P. y Cancio, H. (2011). Herramientas para el autocuidado del personal que atienden a personas que sufren. Formación médica Continuada en Atención Primaria. 18(2). 59-65. Recuperado de http://www.esmindfulness.com/wpcontent/uploads/2012/01/AUTOUIDADO_EBenito_y_cols_2011_FMC.pdf.

- Bermejo, J.; Magaña, M.; Villacieros, M.; Carabias, R.; Serrano, I. (2012). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores del duelo complicado. *Revista de psicoterapia*. Volumen 22 p: 85-95.
- Cabrero, L. (2008). Declaración de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la interrupción legal del embarazo. *Prog Obstet Ginecol* 2008 9/10; 52 (1):67-8.
- Cajamarca y Villa (2014). "Pérdida gestacional temprana no provocada y sus repercusiones sociales, personales y familiares en mujeres atendidas en el hospital docente Pedro Vicente Maldonado desde febrero 2012 hasta febrero 2014", disponible en repositori.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10826/11.46.000773.pdf?sequence=4
- Carril, E. (2000) "Femenino-Masculino. La pérdida de ideales y el duelo". En: *Los duelos y sus destinos*. APU. Montevideo
- Cassidy J. Umamanita. (2008). *Apoyo para la muerte perinatal y neonatal*. Girona. Disponible en: <http://www.umamanita.es/>.
- Claramunt, M.; Álvarez, M.; Jové, R. y Santos, E. (2009). *La Cuna Vacía. El doloroso proceso de perder un embarazo*. Madrid, España, La Esfera de los Libros.
- Coleman P. (2011). "Aborto y salud mental": síntesis cuantitativa y análisis de investigaciones entre 1995 y el 2009. *Br J Psychiatry* 2011 p.180- 199.
- Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del Hospital San Miguel Arcángel. (2017). *Estadísticas de Mujeres Embarazadas y pacientes atendidas con diagnóstico de aborto*.

- Diccionario de la lengua española; Real Academia Española, vigésima segunda edición; disponible e: <http://lema.rae.es/drae/?val=aborto,2013>
- Domínguez, Yanelis. (15de febrero 2016). Aborto, un tema social y familiar. Día a Día, primera plana.
- Fernández, A.M. Tájler, D. (2006). Los abortos y sus significaciones imaginarias. Buenos Aires: Editorial. Paidós.
- Hernández Sampieri, R, Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de La Investigación. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández, N. y Garnica, J. (2015). Árbol de Problema del análisis al diseño y desarrollo del producto. Conciencia tecnológica [en línea Julio – Diciembre].
Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94443423006>>
- Kübler- Ross, E; Kessler, D. (2005). Sobre el duelo y el dolor. Ediciones Luciérnaga. Barcelona. Disponible en [htt: // www.casadelibro.com/eboo](http://www.casadelibro.com/eboo)
- Leininger, M. (2012).El Cuidado. Disponible en [www. Teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com](http://www.teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com)>
- Lombardía Prieto, J. y Fernández Pérez, M. (2009). Ginecología y Obstetricia. Segunda edición Madrid: medica Panamericana.
- López, A. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31 (109), 53 -70. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>
- López, S; Hueso, C.; Rodríguez, S.; Gala, B.; Amezcua, M., y Pérez, R. (2010). La Investigación Participativa. Un enfoque para personalizar cuidados. Revista Rol de Enfermería, 33(3), 178- 185.

Madrid, Laura. (12 may. 2016). La tasa de aborto ha caído en los países desarrollados un 11 %. Son los datos que se desprenden del informe 'Aborto incidencia entre 1990 y 2014: niveles científicos del departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en www.elmundo.es › Salud.

Mariutti. (2007). El cuidado de enfermería según la mujer en situación de aborto www.scielo.br/scielo. Disponible en: [php?pid=S010411692007000100004&script=sci...tIng...](http://www.scielo.br/scielo/?pid=S010411692007000100004&script=sci...tIng...)

Martos, I.; Sánchez, M.; Guedes, C. (2015). Atención a la pérdida perinatal, una asignatura pendiente para enfermería. Revista Paraninfo Digital. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/082.php>.

Mejías Paneque MC. Duelo perinatal: atención psicológica en los primeros momentos. Revista científica Hygia de Enfermería. 2012; 79:52-79.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2014). Informe Económico y Social de Julio. Recuperado de <https://www.mef.gob.pa>

Mochon, María. (21 de julio 2015). Superar un aborto no es nada fácil - Tu doula online Disponible en: www.tudoulaonline.com/superar-un-aborto/

Mojica, Y. (2009). en su artículo sobre la situación de los abortos en Panamá, en el periódico Panamá América.

Moreno, Julio. (29 de julio de 2015). Casi 5 mil abortos se dieron en cuatro años. El siglo.

- Mota G. C. (2008). Duelo perinatal y actitud hacia la maternidad en mujeres con pérdida gestacional. Tesis de Maestría en Psicología General Experimental. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mota González, C.; Calleja Bello, N. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *rev.latinoam.psicol.* Sep-dec 2011; v.43, n.3.
- Mota, G.C, Aldana, C.E. y Gómez, L. ME. (2013) Pérdida perinatal: Un duelo silencioso. Ed. Académica Española. Alemania.
- Navarro, M. (2006). «La muerte y el duelo como experiencia vital: acompañando el proceso de morir.». ISSN 0214-347 X - D.L. V-841-1983. pág. 17 - 31.
- Neimeyer, R.A. (2012). Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Barcelona : Paidós
- Nohemí (21 mayo, 2009). Cómo ayudar a quien ha sufrido un aborto | Disponible en: Mimos y Teta Blog mimosytetablog.com/como-ayudar-a-quien-ha-sufrido-un-aborto-espontaneo/
- Pastor, S et al. (2011). La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. Nov.-dic. 2011
- Pastor, S.; Vacas, A.; Rodríguez, M.; Macías, J. y Pozo, F. (2007). Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal. *Revista Paraninfo Digital*, Recuperado de <http://ww.indexf.com/para/n1/o104.php>
- Pastor, S.; Vacas, A.; Romero, J.; Hueso, C.; Lillo, M.; Vacas, A.; Jaén, A. y Rodríguez, M. (2011). La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Rev Latino-Am Enferm.* 2011; 19(6):1405–12.

- Pastor, S.; Romero, J.; Castro, O.; Paramino, J.; Toledano, C.; Ortigón, J. (2013) Buenas prácticas en atención a la pérdida perinatal. Rev Paraninfo Digital. 2013; 19. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/0950.php>. [acceso el 1 de Abril de 2016].
- Peña, A. (2007). Investigación y ética frente a la muerte, Revista Latino-Americana de Enfermagem vol.15 no.1 Disponible en On-line versión ISSN 1518-8345
- Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. (2015). Guía de Manejo de Complicaciones en el Embarazo MINSA/ CSS. Disponible en: www.minsa.go.pa
- Oviedo, S. y Marquina, M. (2013). Significado de la muerte del hijo en periodo perinatal para la madre: una mirada enfermera hacia el cuidado. Ética de los cuidados. 2013; 6(11). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n11/et8053.php>.
- Rodríguez, C. (2015), sobre Vivencias Post- Aborto. Escuela de Psicología de la Universidad de los Andes.
- Santos, P.; Yáñez, A. y Al-Adib, M. (2015). Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud. 2015: 1-269.
- Serrano, C. (2015). Muerte fetal anteparto. Duelo Perinatal. Revista Progresos de Obstetricia y Ginecología, p.58
- Steen, S. (2015). Muerte perinatal: Las actuaciones ante el duelo utilizadas por Enfermeras y Matronas estadounidenses y españolas. Disponible en: [www. Int J Palliat Nurs](http://www.intj-palliat-nurs.com). 2015; 21(2):1-16.

Organización Mundial de la Salud. (2009). Interrupción del Embarazo. Disponible en

www.abortoinformacionmexico.es>

Organización Mundial de la Salud. (2016). Prevención del aborto peligroso.

Disponible en www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es

Valdés, Y. (2019), en su artículo sobre los abortos en Panamá son más frecuentes de

lo creíamos, en el periódico Panamá América.

Varela, R. (2010). Factibilidad y Viabilidad: Estudio de factibilidad y Proyectos.

Blogspot.cpm>

Rue, V. (2004). La psicología segura del aborto: La necesidad de reconsiderar.

Disponible en www.afterabortion.org/PAR/V5/n4/Rue.htm>

Waldemar, B.; Jorn – Bleck, N y Rainer D.(2010). Desarrollo de Proyecto de

Investigación. Guía para un seminario. Deutscher Akademischer Austausch

Di. p.27.

ANEXOS



Anexo I



UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE ENFERMERIA

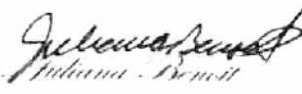
A QUIEN CONCIERNE:

Las Suscritas, Directora de la División de Investigación y Post Grado y
La Decana de la Facultad de Enfermería

CERTIFICA QUE:

Por medio de la presente la Comisión Académica de la Maestría en Enfermería
en Salud Mental, de la Universidad de Panamá, luego de revisar el Proyecto de
Intervención: "Manejo Emocional Ante el Aborto" de la Lic. Mariana Domínguez,
con cédula número S-791-230.

Que puede seguir los trámites correspondientes en la Comisión de Bioética de la
Universidad de Panamá.


Lidia S. Domínguez
Directora
División de Investigación y Postgrado
Facultad de Enfermería


Mariana Domínguez
Decana
Facultad de Enfermería

CERT-DIP-013-2018

Dado en la Ciudad Universitaria "Octavio Méndez Pereira" a los cinco días del mes de
febrero de dos mil dieciocho.

/ptc

2017 "Hacia la Transformación y Democratización Universitaria"
CIUDAD UNIVERSITARIA OCTAVIO MENDEZ PEREIRA
Estafeta Universitaria Panamá República de Panamá
Teléfonos 523-6407 / 523-6409 Decanato 523-6440
Fax 523-6416 / 523-6419
Email: facenf.decanato@up.ac.pa

Anexo 2



UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE ENFERMERIA





DIVISION DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
ACTA DE LA COMISION ACADÉMICA
MAESTRIA EN ENFERMERIA EN SALUD MENTAL


En reunion celebrada el 14 de marzo del 2018, la Comisión Académica de la Maestría en Salud y Enfermedad Mental revisó el borrador del **Proyecto de Intervención** de un grupo de estudiantes que se detallan a continuación

Nombre	Cédula	Proyecto
Mariana Dominguez	8-791-230	Manejo Emocional ante el aborto
Aracelis Barria	6-712-1502	Adolescentes sexualmente saludables
Sara Ubarte	2-161-238	Tu cuidas de quien te necesita, nosotros queremos cuidar de ti

Después de revisar las propuestas de las estudiantes, la Comisión Académica considera que los proyectos de intervención cumplen con los requisitos exigidos, y pueden avanzar a la Comisión de Bioética y posteriormente a la Comisión de Postgrado para la asignación del código de Investigación


Vigilante: *[Nombre]*
Coordinadora de la Maestría


Vigilante: *[Nombre]*
Directora del Departamento
Salud Mental


Vigilante: *[Nombre]*
Directora de la División de Investigación y Postgrado

Anexo 3

Regulainvsa Minsa

Buenas tardes Licenciada Domínguez Hemos recibido su solicitud referente al protocolo de investigación "**Manejo Emocional Ante el Aborto**"

Agradecemos la información, la cual se incluye en el registro de protocolos de investigación para la salud.

La circular 003 de septiembre de 2015 emitida por DIGESA y su réplica por el Comité Nacional de Bioética de la Investigación (CNBI) de marzo 2016, **indican que los estudios clínicos deberán ser avalados por la autoridad sanitaria previamente a ser sometidos a un Comité Bioética Institucional (CBI) acreditado.** Hasta el momento, se ha implementado el aval mediante el registro de toda investigación para salud y la evaluación de algunos estudios clínicos, los que de acuerdo a los criterios señalados en ambas circulares, y modificados según acuerdos plasmados en el flujograma de protocolos de investigación (ensayos clínicos y polémicos), deben ser evaluados en la DIGESA. Puede descargar los documentos mencionados y otros relacionados a través del enlace: <http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/regulacion-de-investigacion-para-la-salud>

De acuerdo al protocolo adjunto y a los criterios contenidos en los lineamientos mencionados en el primer párrafo, el estudio por el que nos consulta, **no requiere evaluación para el trámite de autorización sanitaria para otorgar el aval.**

Le agradecemos continúe informándonos de los avances de esta investigación, tanto en lo relacionado a la obtención de la aprobación bioética, la fecha real de inicio, una vez confirmada, y en especial, notificándonos oportunamente, previo a su difusión por cualquier medio, sobre aquello que pueda apoyar la toma de decisiones en favor de la salud de la población a medida que vayan obteniendo resultados parciales, así como los finales, que puedan ser de impacto en este sentido.

De acuerdo a lo establecido en la Ley 83 de 2012, que "*los trámites en línea tendrán la misma validez que los realizados de forma presencial*" y con miras a la mayor agilización de este paso regulatorio adicional, fue acordado entre MINSA y CNBI que **puede imprimir este e-mail como constancia de nuestro aval para el proceso de revisión ética al que someterá esta investigación.**

Cordialmente,

Coordinación en Regulación de Investigación para Salud

Dirección General de Salud Pública

Ministerio de Salud

República de Panamá

Tel.: 512 9479

On Mon, Mar 26, 2018 at 2:25 PM, Mariana Dominguez <marianad3085@gmail.com> wrote:

Anexo 4

San Miguelito, 22 de enero 2018.

Doctor. Anel Acosta

Director del Centro de Salud de Veranillo

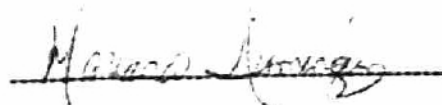
Sean mis primeras líneas, para desearle éxitos en sus funciones administrativas

La presente misiva es para notificarle que mi persona Mariana Domínguez Gil, con cédula de identidad 8-791-230, Enfermera Básica del Hospital San Miguel Arcángel, como estudiante de la Maestría en Enfermería en Salud Mental de la Universidad de Panamá, solicito la autorización y un espacio físico para ofrecer una capacitación en el mes de Mayo los días martes y jueves en horario de 12:00 pm a 1:00 pm, al personal de enfermería (Enfermeras y Técnicas) y a las pacientes con diagnóstico de Aborto, sobre "Manejo Emocional ante el Aborto"

La capacitación para personal de enfermería, está destinado a profundizar los conocimientos de las emociones que experimentan las mujeres con aborto, con la finalidad de brindar una atención terapéutica eficaz y eficiente de forma oportuna aportando estrategias sencillas y prácticas que facilitarán el trabajo al personal como medio de asegurar que las mujeres tengan una recuperación psíquica emocional saludable a transitar el camino del duelo tras la pérdida de un ser querido.

En las pacientes brindar un espacio de reflexión, aceptación y afrontamiento ante la pérdida, donde se permitirá la catarsis, y hacer reeducación emocional permitiendo que cada paciente logre fortalecer su autoestima y desarrollar vínculos sanos consigo mismo y con los demás.

Agradeciendo su atención, espero su respuesta para la organización del tema.



Mariana Domínguez

cc Maribel Salazar Enfermera Jefa de Enfermería

Anexo 5



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
COMITÉ DE BIOTICA (CBUP)

Panamá, 28 de mayo 2018
Nota CBUP/061/2018

Licenciada
Mariana Dominguez
Maestría en salud y enfermedad mental
Facultad de Enfermería
Universidad de Panamá

Estimada investigadora

El Comité de Bioética de la Universidad de Panamá (CBUP), en su reunión ordinaria del 24 de mayo de 2018 considero que respondió claramente a todas las interrogantes, con lo cual aprobo por unanimidad su protocolo de intervención **«Manejo emocional ante el aborto»**.

El CBUP le recuerda que debe enviar un resumen de los resultados finales de su intervención

Atentamente,

Claude Verges
Presidenta

c. Dr. Janzel Villalaz
Director de Investigación

Elizabeth L. De La Fina

Cronograma de Actividades de Intervención	Meses - Año 2018											
	Primer Producto							Segundo Producto				
	Julio							Julio- Oct			Nov.	
	1	5	6	10	12	19	20	23	24	25	31	1 -2
Carta al director médico para dar inicio a la actividades programadas del proyecto de intervención												
Reunión con la jefa de Enfermería												
Entrega de cronograma de actividades, entrega de invitaciones y tríptico												
Conferencia taller al Personal de enfermería tema: Trabajemos unidos para un futuro mejor. <ul style="list-style-type: none"> - Entrega de consentimiento informado. - Pretest autodiagnóstico. - Socio drama por el persona "Todo Cambio". - Expresión de sentimientos y pensamientos ante la atención de una paciente post aborto. 												
- Hoja de Cotejo: buenas prácticas de intervenciones en la atención a la												

Presupuesto

Anexo 8

Un problema muy frecuente a la hora de llevar a la práctica un proyecto es la falta de previsión en materia de gastos y los recursos necesarios para realizar las actividades previstas. Es por eso que, cuando elaboramos un proyecto, el presupuesto se convierte en un instrumento fundamental para una mejor implementación y control del mismo. Cada uno de los recursos deberá ser valorizado o cuantificado y organizado para llevar a cabo cada una de las actividades del proyecto.

Etapa 1: Revisión	
Concepto	Valor
Transporte y gasolina	Bl. 40:00
Consulta en internet	Bl. 40.00
Memoria usb	Bl.15.00
Enfermeros	Bl. 300.000
Asesoría por expertos	Bl. 300.000
Uso de celular	Bl. 20.00
Alimentación	Bl. 30.00
Impresiones	Bl. 30.00
Imprevisto	Bl. 30.00
Total	Bl. 805.00

Etapa 2: Investigación	
Concepto	Valor
Transporte y gasolina	Bl. 20.00
Consulta en internet	Bl. 30.00
Enfermeros	Bl. 500.000
Asesoría por expertos	Bl. 300.000
Uso de celular	Bl. 20.00
Impresiones	Bl. 40.00
Alimentación	Bl. 30.00
Imprevisto	Bl. 50.00
Total	Bl. 990.00

Etapa 3: Ejecución	
Concepto	Valor
Transporte y gasolina	Bl. 50.00
Uso de celular	Bl. 30.00
Impresiones (folletos, protocolos)	Bl. 200.00
Alimentación	Bl. 100.00
Materiales de escritorio (plumas, lápices, folder, carpetas, hojas blancas, borradores)	Bl 100.00
Encuadernación en espiral	Bl. 20.00
Asesoría	Bl.500.00
Enfermera	Bl.500.00
Psicóloga	Bl.500.00
Empastado del proyecto	Bl. 100.00
Imprevisto	Bl. 80.00
Total	2,180.00

Gran total de Bl.3, 975.

El proyecto de intervención será realizado por autofinanciamiento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Anexo 9

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, el/la Sr./Srta. _____, de edad _____ años, con DNI _____, en pleno uso de mis facultades, manifiesto que he leído y comprendido el contenido del consentimiento informado que me ha sido entregado y que he aceptado voluntariamente participar en el estudio de investigación que se describe a continuación.

El estudio de investigación que se describe en el consentimiento informado que me ha sido entregado, tiene por objeto el estudio de _____.

El estudio de investigación que se describe en el consentimiento informado que me ha sido entregado, tiene por objeto el estudio de _____.

El estudio de investigación que se describe en el consentimiento informado que me ha sido entregado, tiene por objeto el estudio de _____.

El estudio de investigación que se describe en el consentimiento informado que me ha sido entregado, tiene por objeto el estudio de _____.

El estudio de investigación que se describe en el consentimiento informado que me ha sido entregado, tiene por objeto el estudio de _____.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Yo, *[Nombre y Apellido]*, con domicilio en *[Calle y Número]*, *[Código Postal]*, *[Ciudad]*, *[Estado]*, *[País]*, declaro que he leído y comprendo el contenido del presente consentimiento informado, así como los riesgos y beneficios de la participación en el estudio de investigación que se me propone. He sido informado de que mi participación en el estudio es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin que esto afecte mi relación con el personal de salud que me atiende. Asimismo, he sido informado de que mi participación en el estudio es confidencial y que los datos que se recolecten serán utilizados únicamente para fines de investigación. He sido informado de que mi participación en el estudio no me traerá ningún beneficio directo, pero que contribuirá al conocimiento científico y a la mejora de la atención de salud que se brinda a la población. He sido informado de que mi participación en el estudio no me causará ningún daño físico o psicológico. He sido informado de que mi participación en el estudio no me obligará a participar en otros estudios de investigación. He sido informado de que mi participación en el estudio no me impedirá recibir atención médica de emergencia. He sido informado de que mi participación en el estudio no me impedirá recibir atención médica de otro profesional de la salud. He sido informado de que mi participación en el estudio no me impedirá recibir atención médica de otro profesional de la salud. He sido informado de que mi participación en el estudio no me impedirá recibir atención médica de otro profesional de la salud.

Para este propósito necesito que se me otorgue:

- Orientación y capacitación de la experiencia emocional y espiritual
 - Implementación de una vía de atención emocional y espiritual por el personal de enfermería
 - Estrategia individual de expresión
 - Participación activa en talleres
 - Organización de grupos
- Si no desea acceder a participar en este estudio, se le pedirá que ponde un comentario en los talleres terapéuticos.



APROBADO

FECHA

____/____/____

• **No discriminación:** con la intervención se ofrece la obligación primordial de estar siempre al día con los tipos a los profesionales de la salud y a las pacientes que participen, como respeto a la vida y deber de la formación a todos por igual

• **Autonomía:** se respetara en todo momento la libertad de la paciente de querer formar parte del programa y de participar en los talleres que se llevaran a cabo, se respetara la libertad de cada mujer de incluirse o no en el programa. Asimismo, cada paciente sera informada del programa y las actividades, y esta dará su consentimiento informado, preservando su intimidad. Las pacientes que hayan accedido a participar en el programa y más tarde expresen su deseo de abandonarlo, estaran en su derecho de hacerlo y su decisión sera totalmente respetada

• **Beneficencia:** En la puesta en marcha de esta intervención se pretende conseguir los maximos beneficios posibles, tanto para los profesionales de la salud como para las pacientes en duelo perinatal y minimizar los posibles riesgos que puedan surgir de un tema como es el duelo perinatal.

Una vez terminada esta investigación, yo me reuniré con ustedes para analizar los resultados finales. El protocolo ha sido aprobado por el Comité de Bioética de la Investigación de la Universidad de Panamá (CBIUP), quien es garante de los derechos de los y las participantes

Al completar los instrumentos estará ayudando a obtener información mas clara, precisa de como perciben y experimentan el aborto las mujeres, de manera que se le pueda ofrecer apoyo y ayuda cuando fuera necesaria



APROBADO

21/5/2018


FECHA

[Handwritten signature]

Para cualquier información consulte al Manual de Instrucciones al participante (99-8996). Hacer
entonces pedile al participante que escriba y firme la fecha y nombre de la institución
certificadora como firma que acepta participar voluntariamente en el estudio y que se me
orientado sobre mis derechos como participante.

Nombre de Participante - Fecha Firma de participante

Nombre de la Investigadora - Fecha Firma del Investigadora

 APROBADO
FECHA

Anexo 10

**GUÍA DE ATENCIÓN EMOCIONAL Y
ESPIRITUAL ANTE EL ABORTO**

Objetivos

General:

- Dotar a los profesionales de una guía de atención emocional y espiritual que les ayude a orientar los cuidados dirigidos a atender las necesidades de las mujeres que experimentan un aborto.

Específico:

- Sensibilizar a los profesionales de enfermería sobre una atención más humanizada.
- Fomentar la expresión de las emociones y el dolor que implica la pérdida.
- Promover un ambiente afectivo-empático con diversas estrategias que permitan aceptar la realidad de la pérdida
- Explicar en qué consiste el proceso de duelo.
- Fomentar la reconstrucción de su mundo personal.
- Formar un grupo multidisciplinario que evalúe y que sirva como apoyo para el resto de los profesionales implicados en el proceso.

1. La pérdida de un hijo

El embarazo supone muchos cambios en la gestante. Es evidente que la mujer, presentan grandes cambios psicológicos a lo largo de su embarazo y que adaptarse a estas modificaciones es un reto al que deben enfrentarse. ha establecido un fuerte vínculo con el producto de la concepción desde el momento que se dio cuenta que estaba embarazada y se han establecido planes de futuro para el mismo, ya han pensado el nombre que le van a poner. (López, A. 2011), Todas estas ilusiones se desvanecen de golpe al acaecer la muerte de su hijo, enfrentándose a la difícil tarea de cambiar de emociones, asumiendo el choque y el profundo dolor de la pena. Estos sentimientos son más marcados si se trata de un problema agudo e insospechado que si se tratase de una afección crónica de la que se conocía el riesgo.

Hay quien afirma que va en contra de “la ley de la vida”, pues es de esperar que sean los hijos quienes entierren a sus padres. (Bermejo et al., 2012)

Según Neimeyer, R. (2012). “La muerte de un hijo, aun siendo intraútero, es una experiencia tan impactante que puede hacer que el mundo parezca desmoronarse”. Algo desgarrador, en la mayoría de los casos, la mujer puede sentirse traicionada por su propio cuerpo, como si algo fuera mal con su feminidad, generándose sentimientos de autorreproche y culpabilidad. Tras la pérdida del producto de la concepción es incómodo explicar que ya no habrá bebé a los mismos a quienes recientemente se anunció el embarazo. También incomoda que quienes desconocen lo ocurrido pregunten por el embarazo supuestamente en curso. Las actitudes sociales y familiares tras un aborto reflejan una tendencia a disimular como si nada hubiera ocurrido. Se resta importancia a la pérdida, convirtiendo lo que para los progenitores era un bebé en un ser a medio

hacer, con escasa condición humana y se augura como cierto que habrá nuevos embarazos en el futuro.

Esto es debido a que muchas de estas mujeres tienen silenciados sus sentimientos por “el qué dirán” y por las frases sentenciosas: “es mejor así pues seguro que el producto perdido venía mal”, “la naturaleza es sabia”, “eres joven y enseguida tendrás otro”, y así un largo etcétera.

Los padres se sienten responsables de la protección de sus hijos/as y, su muerte, suele ser vivida con sentimientos de fracaso y con una gran culpabilidad. La muerte de un hijo conlleva además otras pérdidas significativas, como los sueños, expectativas, identidad, roles, esperanzas, proyectos para el futuro, etc., sobre los que también habrá que elaborar un duelo (Pastor et al., 2013).

1.1 Aborto

La Organización Mundial de la Salud (2016), en la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), considera en la cronología de la gestación:

Aborto: expulsión o extracción de un feto o embrión de menos de 22 semanas de gestación y/o < 500 gramos de peso independientemente de la existencia o no de vida y de que el aborto sea espontáneo o provocado.

1.2. Definición de Duelo

El duelo es un proceso de adaptación que implica tiempo y decisión, siendo un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, sobre todo cuando se trata del duelo por la muerte intrauterina del feto. Algunos autores (Hughes & Riches, 2003; Turton, Hughes & Evans, 2002) han descrito la muerte perinatal como una experiencia traumática que disminuye la capacidad de

reflexión emocional y limita la disponibilidad de los padres hacia sus otros hijos. (citado en Serrano y Lima 2006), señalan “que esta experiencia desencadena síntomas de depresión, ansiedad, baja autoestima y otras consecuencias psicosociales”. (p.58).

Según Santos et al., (2015). El duelo anticipatorio comienza cuando el doctor le comunica la noticia de la muerte o que el embarazo sufrió una complicación y tiene que ser interrumpido, comenzando el temor a lo desconocido, el miedo al dolor que van a experimentar tras la pérdida, los cambios en su estructura, funcionamiento y sistema de vida .y que se pierde la ilusión de convertirse en madre y su rol , la pérdida de composición o extensión familiar y la proyección de un futuro pérdida de inocencia en el embarazo y la posibilidad de crear recuerdos.

2. Reacciones Emocionales

Es muy común que la primera reacción de las mujeres y el entorno sea querer olvidar, pasar página” rápido o tratar de vivir como si nada hubiera pasado. La experiencia dice que eso no es bueno y no es posible, que ayuda más vivir el proceso en profundidad, “mirarlo de frente”, afrontarlo activamente. Al hijo no se le va a olvidar. No importa el tamaño o la edad de gestación en la que falleciera, formará parte de la familia para siempre.

Según Oviedo et al., (2013), “*al principio, el impacto es de tal magnitud, que los puede llevar a sentirse enfadados o tener necesidad de buscar un culpable*”. También siente y reflejan gran tristeza y ganas de llorar, labilidad, rabia, insomnio, o dificultad para concretarlo. Incluso soñar con el producto perdido, creer oírlo o sentirlo que se mueve en tu vientre. Otras veces se percibe cierta “anestesia de sentimientos” o te puedes encontrar como paralizado, abatido.

Aunque el proceso de duelo es algo normal y natural ante la muerte fetal y neonatal, hasta un 25% de las madres presentan graves problemas de depresión y ansiedad varios años después del

hecho. Se ha demostrado ampliamente la importancia de la prestación de un servicio de calidad y humano en los momentos de la muerte del hijo para facilitar el proceso de duelo.

Este tipo de pérdida representa una situación única de luto en la que las expectativas y la elaboración de planes para una nueva vida se cambian por la desesperación y el dolor vividos en las etapas propias del proceso de duelo. Cada persona necesita una cantidad de tiempo diferente para elaborar su duelo, lo cierto es que hay que ser paciente y no intentar acelerarlo. Muchas personas tienen prisa por acabar de sufrir y de sentir dolor propio del duelo la actitud de eludir el duelo, se omite, oculta y a menudo se le da la espalda para obviar el dolor o evitar el sufrimiento, llevando a encapsular las emociones principales haciendo que se bloqueen, lo que puede llevar a un duelo complicado. (Cassidy J. Umamanita, 2008)

Según Steen S. (2015), "cada persona tiene su ritmo, sus estrategias y su modo de elaborarlo. Sobre el duelo existen generalidades, pero no universalidades. Es normal sentir dolor y lo anormal es no sentirlo de alguna manera".

2.1 Consecuencias con la pareja

La muerte de un hijo puede acerca la pareja, crear mayor complicidad e intimidad pero también es frecuente que tras la muerte intrauterina del feto se produzcan conflictos y tensiones en la relación. Los cambios individuales que conlleva pasar por un duelo de estas características hacen que también se produzcan cambios en el modo en que se vive la relación. El proceso de duelo está lleno de altibajos y dentro de la misma se siente de forma desigual. Tener un espacio donde hablar de cómo se siente cada uno y compartir dudas y miedos, puede ayudar a reajustar la relación y salvar las diferencias. (Mejías, M. 2012).

Un miembro de la pareja puede sentir, por ejemplo, que al otro no le importa la muerte “lo suficiente”, quizás porque no llora o porque no quiere hablar del producto perdido. A veces, la necesidad de alguno de los dos de “parecer fuerte”, para servir de apoyo al otro

Un miembro de la pareja puede sentir, por ejemplo, que al otro no le importa la muerte “lo suficiente”, quizás porque no llora o porque no quiere hablar de la muerte intrauterina del feto. A veces, la necesidad de alguno de los dos de “parecer fuerte”, para servir de apoyo al otro miembro de la pareja o por miedo a derrumbarse y mostrarse vulnerable, puede interpretarse por el otro como falta de interés. (Santos et al., 2015)

La falta de sincronidad en el proceso de duelo que ambos viven también puede ser fuente de tensiones y conflictos. Puede ocurrir que la pareja no viva al mismo tiempo los momentos de mayor dolor y no los exprese de la misma manera. Esto puede crear la sensación de que uno siempre está inmerso en el dolor y puede contribuir a que se eviten el uno al otro en los momentos difíciles, para no recaer en el sufrimiento.

Las relaciones sexuales tras la muerte del producto de la concepción son motivo de muchos de los principales y más importantes conflictos que se encontrará la pareja durante el proceso de duelo. Encontraremos que las necesidades de ambos miembros de la pareja puedan ser diferentes. Para uno incluso aumenten, mientras que las del otro disminuyan o desaparezcan. (Oviedo et al., 2013).

Cabe señalar que cada experiencia de duelo es única e individual y requiere del soporte necesario y adecuado a esa circunstancia particular, por ello, será importante atender a la capacidad de resiliencia y a las necesidades individuales de cada doliente afectado. Vivir el duelo significa

expresar la pena, el miedo, la soledad, el rencor, el resentimiento, la incomprensión, los remordimientos. (Pastor et al., 2013).

3. Fases del Duelo

Tradicionalmente, basándose en la teoría de Freud, autores como Bowlby y Kubler-Ross refieren una serie de fases o etapas por las que las mujeres en duelo deberán evolucionar. Sin embargo, las conceptualizaciones contemporáneas de autores como Niemeier, Hagman, Attig, Howarth, Rubin o Walter enfocan el duelo hacia la (re)construcción del narrativo/ biografía (de las madres y sus hijos) tras un evento devastador y traumático, el proceso de encontrar significado y sentido en la muerte; y la continuidad del vínculo postmortem.

Según Neimeyer, R. (2012), en general, las mujeres tienen la sensación de avanzar “dos pasos hacia delante y uno hacia atrás”. Esta evolución irregular responde a la necesidad de “habituarse emocionalmente” a la pérdida, para lo cual se necesita revivir de forma constante y racional la nueva realidad.

Durante el proceso de reconstrucción de la vida, de encontrar el sentido a la muerte y de mantener un vínculo tras la pérdida, las mujeres experimentan una serie de manifestaciones, sentimientos, síntomas y signos que cambian a lo largo del tiempo y que, a modo didáctico, se dividirán en fases.

Según Neimeyer, R. (2012), basado en las fases de Bowlby, se describe a continuación los cambios que una persona sufre durante la evolución del proceso de duelo por la muerte de un ser querido, pero insistiendo en que el duelo no debe parcelarse sino verse como un continuo:

a) Embotamiento afectivo o shock:

En un primer momento, la mujer se ve agobiada por el impacto de la pérdida y se siente embotada. Aparece una sensación de incredulidad, como si fuera incapaz de comprender lo que ha sucedido. Todo ello le genera gran confusión y hará que se sienta desorientada. El hecho de que no sea posible asimilar la realidad de la pérdida en estos primeros momentos, provoca una reacción de shock, desrealización y un fuerte deseo de evadir lo sucedido.

Esta reacción inicial es totalmente normal y sana. Negar la realidad de la pérdida es incluso necesario y terapéutico al principio. Sería demasiado traumático asimilar una situación así. El cerebro está preparado para reaccionar de esta forma y así disminuir el impacto. Permite ir absorbiendo la realidad lentamente, previniendo verse superado.

Con el impacto inicial suele producirse una interrupción de los aspectos automáticos y cotidianos de la vida del sujeto. También puede suceder que la persona siga con su vida normal de forma automática, pero irá alternando momentos de calma con otros de intensa emoción. Después del shock se produciría el comienzo de un “darse cuenta” intelectual que ayudará a la aceptación y asimilación de la pérdida durante el resto del proceso.

Este primer periodo en el duelo no suele ser muy extenso pues mientras se niegue la realidad de la pérdida o el sujeto se evada evitando reconocer lo sucedido, será imposible que avance en su proceso de duelo, llegando así a bloquearlo, llevando una crónica desde el principio.

b) Añoranza, búsqueda de la figura perdida y rabia. Duelo agudo:

Una vez que la persona toma conciencia de lo sucedido, sufre un estado de excitabilidad psicológica aumentada, siente las emociones de manera mucho más intensa y éstas parecen estar

“a flor de piel”, aunque la manera en que se expresan presenta gran variabilidad de una persona a otra.

En estos momentos aparece la presencia de rabia/ ira, irritabilidad, ansiedad y tensión y una gran motivación por recuperar al ser querido perdido llegando a la negociación (con la Naturaleza, con Dios). Repasa obsesivamente todos los hechos de lo ocurrido, las circunstancias de la muerte del ser querido, qué se pudo y no se pudo haber hecho, etc. Esta es una de las características más típicas del duelo. Es normal incluso que se manifieste de forma física, a través de dolores y visiones. La mujer puede describir sensaciones de tipo ilusorio, como sentir la presencia del ser querido y tiende a interpretar señales o sonidos como manifestaciones del mismo.

Pero al mismo tiempo, en forma paralela a este proceso, habría una tristeza profunda, añoranza, congoja y accesos de llanto, como una forma de reconocer que la recuperación es imposible.

En estos momentos, el comportamiento general oscila entre atesorar recuerdos del fallecido o deshacerse de ellos, hablar del ser querido que ya no está y alegrarse de poder hacerlo o temer hacerlo. En la última parte del proceso de duelo se van a conciliar estas dos posiciones y esa será una de las tareas básicas a realizar en ese momento.

Dos de las emociones que más problemas pueden generar al doliente en estos momentos son la rabia y la culpa, pues además interferirán en el área social de la persona.

La rabia aparece respuesta a la privación de algo o alguien deseado. Se puede dirigir a otras personas o cosas, debido a que lo demandado por el sujeto es recuperar al ser querido, en cambio la respuesta que recibe le enfrenta a la realidad de la pérdida y a lo infructuoso de su búsqueda.

Muchas personas tienen problemas en expresar la ira, porque esto de alguna forma confirma que

no se recuperará al ser querido ya fallecido y supone tener que aceptar lo sucedido. No expresar la ira puede ser señal de estar negándolo.

La culpa también es difícil de aceptar por los demás como una emoción normal y suele ser causa principal del bloqueo del proceso en muchos duelos. Puede aparecer culpa por estar vivo/a y que el producto de la concepción no lo esté; por no haberle protegido de la muerte; por sentir rabia o por sentir alivio, al verse libre de una gran responsabilidad siendo el caso de los abortos provocados.

Incluso el hecho de llorar puede generar culpa, si se percibe como una pérdida de control, o debilidad en lugar de ser fuerte.

Además de todo esto, hay numerosos síntomas depresivos que se dan como parte del duelo normal, sin constituir necesariamente una depresión: anhedonia, aislamiento social, apatía, desesperanza, pérdida de concentración y de la capacidad para tomar decisiones, síntomas fisiológicos como problemas de sueño y alimentación, etc.

Del mismo modo se puede sentir pánico o ansiedad generalizada y se explicaría por una aprensión por lo desconocido de la situación que se vive. También se presenta una sensación de vulnerabilidad causada por la pérdida actual y los recuerdos de separaciones y pérdidas previas. La percepción de estar actuando de manera distinta de lo habitual hace que sea más doloroso, por lo que es importante asegurar a las personas en duelo que sus sentimientos son legítimos.

Muchas personas en duelo afirman tener un sentimiento de mutilación, como si una parte del doliente hubiera muerto con el ser querido fallecido: la parte de su vida que justamente compartían o esperaba compartir y que no va a poder reemplazarse con las relaciones nuevas, aunque sean similares. Podríamos decir que la persona en duelo pierde parte de sí misma con la

pérdida del ser querido, queda afectada su identidad, que necesitará ir poco a poco reconstruyendo.

c) Resolución del duelo. Aceptación:

Una vez superada la intensa emocionalidad anterior se puede empezar a moldear la vida con una nueva forma. Esto implica que la persona redefina su identidad perdida, renuncie definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona fallecida y reconduzca con un nuevo significado lo que supuso la pérdida.

En estos momentos se da una declinación gradual del dolor, marcando el inicio de la reinserción emocional y social al mundo cotidiano. El individuo empieza a examinar su nueva situación y a considerar nuevas formas de enfrentarla. Se da cuenta de que tiene que desechar ciertos patrones previos de pensamiento, sentimiento y acción e intentar desempeñar otros nuevos, adquirir nuevas habilidades. Todo lo vivido durante el proceso de duelo supone un aprendizaje y fortalecimiento del sistema de afrontamiento.

El producto de la concepción que ha fallecido no se olvida y se pone en un lugar especial, y la energía emocional se reorienta hacia las nuevas relaciones y actividades. Aunque el establecimiento de las mismas puede verse entorpecido por el intenso sentimiento de soledad que puede experimentar en estos momentos, tanto a nivel emocional como social, por la incomprensión de la sociedad hacia el duelo por la muerte intrauterina del feto.

Es ahora cuando el sujeto puede sentir la cercanía del ser querido fallecido, sentir que le acompaña en todo momento o sentirlo dentro de uno. Son sensaciones sanas y suponen una fuente de motivación. También son típicos los sueños, que suelen ser agradables y gratifican a la persona, pero incluso en sueños de talante agradable la persona se queda con un sabor amargo. A

algunas personas no les consuelan estos sueños, les hacen sentir mal. El encontrar consuelo en los sueños es un indicador fiable del curso que sigue el duelo. Otras personas en cambio, se frustran mucho al ver que no pueden soñar con el ser querido que ya no está, por más que lo intentan y desean.

4. Elaboración del Duelo y la Espiritualidad

Una correcta elaboración del duelo resulta fundamental para una buena salud física y mental de la mujer. (Benito et al., 2011).

Los componentes emocionales y los factores sociales que intervienen en el duelo cobran especial importancia en su evolución. Conocerlos y tenerlos en cuenta guiarán al profesional sanitario en su labor de facilitar un duelo normal a la paciente.

El duelo necesita atravesar las etapas para una correcta elaboración emocional, hasta el punto que si bien hay casos donde se unen otros factores y el uso de medicamentos puede aliviar al doliente, nunca el tratamiento farmacológico puede ser la única respuesta, ni puede sustituir el propio trabajo de duelo. De ser así, emocionalmente generaría irrealidad, lo que impediría la aceptación de la pérdida y el desarrollo óptimo del proceso de duelo (López et al., 2010).

En general y teniendo en cuenta la individualidad de cada persona, podemos decir que las mujeres suelen hablar una y otra vez de la pérdida, llorar, buscar más apoyo social y ayuda profesional. Puede parecer que tanto repetir el mismo discurso sobre su pérdida es regodearse en el dolor, pero nada más lejos, tan sólo es un mecanismo del cerebro para encajar lo sucedido. La pareja también tendrá que elaborar un duelo, aunque algo distinto al de la gestante, pero igual de doloroso. Tendrá que sobrellevar la pérdida del producto de la concepción y el cuidado de su pareja. (Santos et al., 2015).

La pareja no ha tenido la experiencia física de sentir el producto de la concepción dentro, mientras que para la mujer gestante, dependiendo de las semanas de gestación, su presencia puede haber sido bastante notable. Esto puede generar sentimientos ambivalentes en la pareja y hacer la pérdida más abstracta o bien generar mayor tristeza por no haber podido compartir la experiencia de “ el producto de la concepción” (Santos et al., 2015).

Las referencias a ocultar el dolor o distraerse, bloquea un flujo que es curativo de forma natural. La imposibilidad de expresar dolor sea símbolo de fortaleza o la expresión de emociones sea un símbolo de debilidad.

La elaboración del duelo requiere de la utilización de energía tanto física como emocional. En los primeros días de duelo no están preparados para trabajar con sus intensas reacciones emocionales por un periodo prolongado o no comprenden la necesidad de aceptarlas y expresarlas. Más adelante van apareciendo ganas de volver a ser felices, de salir adelante, de volver a tener ilusión, de volver a sentir que pueden tener otros hijos, están muy interesados e invierten mucho tiempo y energía en trabajar con sus intensas reacciones emocionales.

Asimismo, las personas que rodean al sujeto en duelo tienen dificultades para evaluar adecuadamente los requerimientos que este proceso exige, porque normalmente se percibe como dependiente únicamente del paso del tiempo. Eso determina que las personas que rodean a quien está en duelo frecuentemente no proporcionen el apoyo social o emocional necesario para que éste pueda realizar su trabajo de duelo y luto. De hecho, las expectativas poco realistas de nuestra sociedad y las respuestas inapropiadas a las reacciones normales del doliente suelen hacer de la experiencia de duelo algo mucho más difícil de lo que podría ser. Por ejemplo, si no se les dijera a las mujeres que sean valientes, tendrían menos conflictos con la expresión de sus emociones. (Santos et al., 2015).

La elaboración del duelo incluye no sólo a la persona fallecida, sino también a todas las ilusiones y fantasías, las expectativas no realizadas que se tenían con esa persona y la relación con ella. Es poco frecuente que esto se identifique como pérdidas simbólicas, que además deben ser elaboradas y asumidas de igual manera. Hay que buscar no sólo lo que se perdió en el presente sino también en el futuro. No es menos pérdida y también debe ser objeto del trabajo durante el proceso para quien está en duelo. (Benito et al., 2011).

La espiritualidad es una fuerza que da sentido a la vida. Busca respuesta a aquello que no podemos explicar con la razón y con el conocimiento. En determinados momentos y circunstancias de la vida adquiere una mayor importancia o significado, como en situaciones de enfrentar la enfermedad y la muerte (Bermejo et al., 2012).

Las creencias religiosas pueden servir de apoyo y de explicación al hecho de una pérdida, pueden ayudar a aportar un significado donde parece que no hay, tanto así que la fe en lo que acontecido tiene una causa divina, anula cualquier otro tipo de explicación. En ciertas condiciones las creencias religiosas son un bálsamos para los profesionales de enfermería, parece que es una ventaja ser creyente, ya que ayuda a encontrar con mayor facilidad una explicación satisfactoria y proporciona consuelo el encuentro con Dios siendo un regocijo. (Bermejo et al., 2012).

Se describe la espiritualidad como un concepto bidimensional. La dimensión vertical la relación del yo con lo trascendente (Dios), con el valor supremo y los valores que guían la vida de la persona. La dimensión horizontal es la relación de la persona con su yo, con su entorno y con los otros. Entendiéndose como una necesidad espiritual que siente la persona de mantener, fortalecer o recuperar creencias y fé, de encontrar respuestas al sentido y finalidad de la vida,

muchas veces a través de actos religiosos como: ritos, plegarias y el perdón (Bermejo et al., 2012).

Es por esto que se puede entender que la persona para afrontar las crisis vitales y existenciales, necesita desarrollar formas de apoyo que le van a permitir tener esperanza en el futuro y a la vez disponer de parámetros de conducta que lo orienten en su vida de relación. Ese respaldo bien de la familia, incluyendo también figuras religiosas que inspiran devoción y que constituye un apoyo espiritual importante para hacer frente a las adversidades, un ejemplo de estos caso en particular es el bautismo esto va a permitir que la familia católica pueda tener fe en que su hijo puede confiarlo a la misericordia divina en efecto, la gran misericordia de Dios, que quieren que todos los hombres se salven, nos permite además confiar en que haya un camino de salvación para los niños que mueren. De ahí que el niño que esté en peligro de muerte, debe ser bautizado sin demora. (Bermejo et al., 2012).

4.1 Sentimientos y emociones que pueden aparecer en el duelo. (López, A. 2011).

Cognitivas	Afectivas	Fisiológicas	Conductuales
Incredulidad o Irrealidad. Confusión. Pseudo- alucinaciones visuales y auditivas Movimientos fetales (bebé fantasma); Pensamientos Revivencia del trauma con ideas intrusivas y fantasías sobre el embrión/feto Dificultades de atención, concentración y memoria.	Impotencia e indefensión. Insensibilidad. Anhelo. Tristeza, apatía, angustia, abatimiento. Ira, frustración, enfado. Culpa Ansiedad. Soledad, abandono o alivio. Extrañeza con respecto a sí mismo o ante el mundo habitual.	Aumento de la morbilidad. Vacío en el estómago. Sequedad de boca. Palpitaciones. Falta de aire. Opresión en el tórax. Nudo en la garganta. Dolor de cabeza. Debilidad Fatiga Sudoración Alteraciones del sueño y/o alimentación.	Conducta distraída. Aislamiento social. Llorar y/o suspirar. Ateorar objetos de la persona fallecida. Hiperactividad o hipoactividad. Descontrol y olvido en las actividades cotidianas. Buscar y llamar en voz alta. Dificultad para dormir, pesadillas. Abuso de sustancias

5. Actitud del Profesional

Durante el proceso de duelo participan diferentes profesionales, la actuación de enfermería va a ser esencial para ofrecer una atención integral, sensible y empática a las mujeres post aborto y sus familiares, además de ser la que más tiempo van a pasar con ellos presenciando toda la evolución del duelo. Por lo tanto debe saber cómo tratar a las pacientes para consolarla, y que se debe decir y que no, para que también se sientan apoyadas. Esta tarea es muy complicada y en ocasiones se tiende a utilizar frases que en vez de conseguir el objetivo que se pretende, provocan mayor dolor, sufrimiento e ira. (Pastor et al., 2013).

Debido a que la muerte intrauterina del feto nunca será una experiencia agradable, el personal de enfermería puede minimizar el horror de esta experiencia con una comunicación ética y compasiva durante el proceso de duelo. Desafortunadamente, muy pocos están entrenados en el impacto psicosocial de este tipo de pérdidas, donde muchas madres no encuentran las palabras para expresar lo que sienten, por lo que a veces un silencio respetuoso es una forma de apoyo, al igual que respetar su expresión de tristeza. Muchos profesionales no están conscientes de sus responsabilidades éticas después de la muerte del producto de la concepción. Por lo que es necesaria una adecuada preparación sobre la forma de afrontar esta pérdida en toda la familia, pero primordialmente en la madre. (López, A. 2011)

El personal busca una solución que alivie y resuelva mágicamente el dolor del paciente, frustrándose profesionalmente, el desconocimiento del camino del duelo por parte del profesional puede llevar a que este exija a sí mismo y al doliente unas estrategias prácticamente inalcanzables. (Pastor et al., 2013).

Según Neimeyer, R. (2012), también hay que analizar las actitudes y los sentimientos experimentados por los profesionales que se enfrentan a esta situación, que pueden ser de temor, fracaso, miedo, resentimiento e incluso de culpabilidad, y que hacen que su actuación no sea en muchas ocasiones la más correcta, evitando situaciones relacionadas con ella, reaccionando de manera hostil y despreciando o negando la gravedad de la pérdida.

A veces el propio personal de salud presenta temores ante la comunicación de malas noticias, tales como:

- Miedo a causar dolor: La obligación ética de no producir dolor puede llevarnos a tomar actitudes evasivas respecto a la comunicación de malas noticias.
- Dolor empático: Solemos sentirnos incómodos ante el estrés que le genera la noticia.
- Miedo a ser culpado: Una situación tan difícil de afrontar fácilmente se personaliza sobre el personal, con quien pueden descargar su dolor e ira.
- Miedo a fallar o a la judicialización: La idea de que todo ser humano tiene derecho a ser curado hace que cualquier fallo se vea como un fracaso terapéutico y un error que debe tener castigo penal o civil.
- Miedo a decir “no lo sé”: A veces se cree que afirmar no saber supone desvalorizarnos como profesionales, cuando en realidad es un gesto de honestidad que aumenta la credibilidad.

Según Benito et al., (2011), *“al tener estos pensamientos confusos y contradictorios, las pacientes perciben estas actitudes como una sensación de abandono, desinterés, soledad y confusión”*.

Proporcionar al profesional capacitación sobre cómo afrontar el duelo y cómo manejar el dolor dotándolo de herramienta para afrontar el duelo:

- Acompañamiento: permanecer al lado de la mujer que sufre por su pérdida, escuchar su dolor y validarlo, dándole tiempo para la expresión emocional, se busca que la propia paciente se sobreponga encuentre su camino, concibiéndola como alguien fuerte y valiosa. El personal estará presente para aclarar sus dudas. Acompañar el sufrimiento, comprender al otro sin juzgarlo y facilitarle la comunicación consigo mismo.
- Terapia: busca identificar y resolver los conflictos que impiden completar las tareas del duelo, desarrollando un proceso reflexivo cuya finalidad es encontrar las alternativas de cambio de cara a mejorar la atención de la pérdida.
- Asesoramiento: facilitar a la persona la resolución de las tareas, para que su proceso finalice con éxito.

La enfermera debe tener cierta idea sobre temas relacionados con la muerte perinatal, como las causas que han podido conducir a ella, para ser capaz de responder a las preguntas más frecuentes ¿Por qué a mí?, así como evitar que la madre experimente sentimientos de culpa tanto hacia sí misma, su pareja o el profesional de salud (Pastor et al., 2013). Lo más importante es proporcionarle a la mujer comodidad y seguridad, la enfermera debe estar cerca para hablar en un lenguaje caro, sin mentira y evitando contradicciones para facilitar la expresión de sentimientos, los cuales van a ayudar a reconocer las fases del duelo en la que se encuentra y así poder ofrecer las intervenciones más adecuadas para su afrontamiento, que ayuden a sobrellevarlo lo mejor posible, teniendo en cuenta los factores de riesgo y evitando que se complique.

Como parte del cuidado del profesional de enfermería debe ofrecer el cuidado espiritual adecuado siendo este un fenómeno íntimo y trascendental que es vital para el desarrollo de la recuperación de calidad de las mujeres post aborto, haciendo que la enfermera demuestre un interés que a su vez posibilita el recibimiento de ayuda estableciendo de este modo relaciones significativas con las personas cuidar dando fortaleza, motivación y búsqueda del significado de la vida; las creencias religiosas, el creer en un ser supremo que todo lo puede: Dios, puede servir de apoyo y de explicación al hecho de una pérdida. Este debe ser ofrecido con un alto sentido de responsabilidad, dedicación y respeto a todo ser humano y a la vez poder desarrollar un plan de cuidado individualizado de alta calidad, que puede ser el permitir tocar al producto de la concepción, ponerle nombre y bautizarlo si su madre lo desee, siempre respetando la religión de los padres, ya que no se puede imponer lo que uno cree y da por cierto. (Bermejo et al., 2012).

Intervenciones Hospitalarias

5.1 Comunicación del Diagnóstico

En el momento en que a una mujer se le comunica que está embarazada comienza a formar el vínculo con esa vida que crece en su interior, su hijo. Mentalmente reestructura cómo será su vida a partir de ahora y empieza a generar expectativas, moldeando un nuevo rol: el de madre. Tras el diagnóstico de la muerte fetal es de suma importancia entender el impacto emocional que este hecho tiene sobre la mujer, para así apoyarlos de forma adecuada. (Álvarez et al., 2012)

Todas las madres que han perdido algún hijo coinciden en que tras esa experiencia ya nada podrá ser igual. El mismo proceso de duelo instauro cambios en el doliente. Cambia su manera de ver el mundo, sus valores, sus relaciones con los demás, etc. En definitiva, cambian sus vidas. (López, A. 2011).

La muerte intrauterina del feto, hace que el mundo de sus madres se desmorone y únicamente deje paso a la incertidumbre, el desconcierto, la soledad, la angustia y el miedo. De repente pierden su identidad como madres, dejarán de ser reconocidos como tales y se les pide que deban romper con su nuevo rol, si bien el nacimiento de un hijo, aun muerto, mantiene la categoría de madre. Pero es cierto que se pierde un sueño, todo un proyecto de futuro y se vive con una sensación de inutilidad, de fracaso biológico e incluso de estima personal. Se frustra el papel de cuidar, amar, proteger, enseñar, etc.

La comunicación, junto con el control de los síntomas y el apoyo emocional son las herramientas básicas que cada día ponemos en marcha para desarrollar nuestro trabajo con las pacientes. Ser poco hábiles a la hora de comunicar a una madre la mala noticia de que ha muerto su producto de la concepción, generará de manera innecesaria un mayor sufrimiento, pudiendo repercutir negativamente en la posterior elaboración del duelo. El peor momento para la mayoría de las mujeres es cuando se comunica la pérdida y el llevar a su producto de la concepción muerto dentro durante algún tiempo le permite una cercanía y elaboración del duelo. (Álvarez et al., 2012).

Lo primero que debemos hacer a la hora de comunicar la mala noticia es preparar el entorno, procurar que sea un lugar tranquilo, privado, que permita la intimidad de la persona que va a ser informada, asegurándonos de no ser molestados. Debemos intentar transmitir sensación de calma, sin que se denote prisa, para favorecer un ambiente de interés y respeto. Preguntaremos si desea estar acompañada durante el diagnóstico de la muerte (ecográfico habitualmente) por su pareja o familiar.

Cuando ingresa la mujer habremos preguntado qué sabe, que le preocupa o qué sospecha, que ha sentido para acudir al centro... A la hora de comunicar la noticia podemos ayudarnos de esta información que ha dado la madre anteriormente.

Se utilizará un lenguaje sencillo y conciso, evitando en lo posible el uso de terminología técnica sanitaria e intentando simplificar al máximo la comprensión del mensaje. (Benito et al., 2011).

Si la muerte es intrauterina, podemos comenzar con una frase como “me temo que el embarazo no se ha desarrollado como esperábamos”, esto ayudará al oyente a escuchar lo siguiente que será “no hay latido” o que “el bebé no está vivo”. Sería conveniente asegurarnos de que la información está siendo entendida, pues la negación normal del primer momento puede hacer que se creen falsas expectativas. Suelen ser frecuentes debido a esto preguntas como “¿está usted seguro de que no está vivo?”, o “¿Qué quiere decir con que no hay latido?” Siendo las respuestas lo más sinceras posibles, sin llegar a la brusquedad, por ejemplo: “Si, lo lamento, estoy seguro/a de que el bebé no está vivo”, o “pues que, lamentándolo profundamente, su bebé no está vivo”. Evitemos palabras frías como el feto, el fetito, el embrión y sustituyámoslas por hijo, hija, el nombre si lo conocemos.

Tras el diagnóstico de la muerte intrauterina del feto es de suma importancia entender el impacto emocional que este hecho tiene sobre la mujer, para así apoyarlos de forma adecuada. Es esencial el respeto hacia su duelo, que suele comenzar con una fase de negación de la realidad que puede durar incluso días. (Benito et al., 2011). Dar información breve, clara y concisa y veraz y con sensibilidad. (Se trata de dar una primera información, ya que de admisión se pasará a la preparación para procedimiento de expulsión, donde se continuará dando más información en un ambiente tranquilo y silencioso.) Responder a sus preguntas e inquietudes. Permanecer en calma

frente a sus reacciones. El duelo suele comenzar con una fase de negación de la realidad y de búsqueda de culpabilidades. (Benito et al., 2011).

5.2 Brindar apoyo psicológico

Hay que asegurar a la mujer que todo lo que siente, piensa, hace, etc. es totalmente normal y natural en su situación. Esto valida y legitima sus reacciones y sentimientos, otorga permiso para seguir sintiéndolos y ayuda a eliminar la culpa.

Cada mujer vivirá el duelo, según su idiosincrasia, personalidad y entorno sociocultural. Es difícil establecer un modelo de comportamiento uniforme, ayudarles a enfrentarse a una pérdida del producto de la concepción. Aumentar la autonomía para reducir el riesgo de duelo complicado o el sentimiento de ira, la irritabilidad, los trastornos de alimentación/sueño o la depresión, y el intenso sentimiento de culpa tan característico de este duelo (López et al., 2010).

5.3 Preparación del Procedimientos

Durante este tiempo, el personal de enfermería podrá informar de todo lo que vaya a acontecer: sobre el parto, el proceso de duelo, etc. Podrá disponer de tiempo para aclarar las dudas que surjan y acompañar a las mujeres en sus decisiones en esos duros momentos. La mujer es el mejor indicador de esto y será ella la que nos indique la necesidad de terminar la gestación en un plazo determinado, siempre con una elección informada, respetada y empática, en un entorno seguro (no paternalista) y acogedor, con el menor estrés físico y psicológico posible. (Santos et al., 2015).

5.4 Procedimiento para expulsión

Con la muerte intrauterina del feto, la madre, tienen que enfrentarse a una situación dolorosa y con mucha angustia que nunca se habían planteado; parir a su producto de la concepción sin vida. Una de las situaciones más duras para la mujer va hacer el parto sabiendo que su hijo no vivirá, por ello la tarea en esta etapa ira dirigida a humanizar el parto del producto de la concepción como si estuviera vivo. (Pastor et al., 2013).

Secar al producto de la concepción cuidando de no dañar su piel ya que puede ser muy frágil.

Realizar los cuidados al producto perdido en la habitación de la paciente siempre que sea posible.

Haciendo maniobras cuidadosas, respetuosas y amables; esto les ayuda a darse cuenta que es

aceptable y lícito tocar a estos producto. Sujetar al producto perdido en brazos cuando

preguntamos a las madres si lo quieren ver o tener en brazos: De este modo les transmitimos que es un su producto de la concepción es querido y que se le trata con cariño. Ofrecer y permitir ver y tocar al producto perdido.

Explicarle que lo que sientes ahora mismo es normal en una situación como la tuya. Sentir dolor,

estar en duelo, por la muerte de un hijo es algo normal y durante el tiempo que sigue puedes

sentir como si esto es un sueño, algo irreal que no te está pasando a ti, puede haber enfado o

tener necesidad de buscar un culpable, puedes tener ratos de gran tristeza y ganas de llorar, o

quizás puedes oír llorar al producto perdido, soñar con él o sentir que se mueve en tu vientre.

También puede que pierdas las ganas de salir, de hablar con la gente, de tener relaciones sexuales

con tu pareja. Es frecuente sentir que nadie comprende tu dolor y que nunca vas a ser capaz de superarlo...

La muerte de un hijo siempre existe, el tiempo no la borra. Es tuyo y siempre lo será, es parte de tu vida. Pero el dolor desgarrador que puedes estar sintiendo en estos momentos, más adelante suele dejar paso a momentos más suaves y, aunque tengas siempre presente a tu producto de la concepción perdido, un día, no sabemos cuál, podrás volver a sentir placer por las cosas sencillas de la vida (Santos et al., 2015).

La honestidad es necesaria para construir confianza y empatía con la familia, El médico debe compartir la información clínica con la familia de una manera honesta pero entendible.

Conocer la causa de la muerte puede ayudar a resolver la fase de culpa del duelo y a la planificación de futuros embarazos, especialmente si se determina infección, malformación o motivo genético. (Santos et al., 2015).

5.5 Pareja y sexualidad:

Hombres y mujeres evolucionan de manera diferente ante el dolor por la muerte de un hijo. Es probable que uno lo exprese más mientras que el otro miembro de la pareja lo haga menos. Es recomendable mucho diálogo y escucha, aunque se repita muchas veces la misma conversación. Estas diferencias no explican que a uno u al otro le duele menos o más. También puede pasar que uno de los dos recupere antes el apetito sexual debiendo respetar la evolución del otro miembro de la pareja. Parece conveniente esperar más de 18 meses para un nuevo embarazo, para la completa recuperación física y anímica, así pues, si lo necesitas, puedes acudir a la planificación Familiar. (Steen, S. 2015).

5.6 Maternidad en el siguiente embarazo:

El problema llega cuando no se tiene en cuenta la realidad de estas expectativas y el duelo por lo no vivido, pero imaginado. El entorno de quien acaba de perder a su producto puede pretender el menor sufrimiento posible infravalorando que se eche de menos lo que nunca fue. Resulta entonces inevitable hablar del deseo de un nuevo embarazo en poco tiempo, muchas veces como forma de ver realizadas las expectativas que ahora han sido truncadas. (Oviedo et al., 2013).

Fases de evolución en la gestación a medida que las familias viven el nuevo embarazo (O'Leary & Thorwick, 1994). Son éstas:

- Trabajar el miedo a otro embarazo anormal.
- Trabajar la evitación del vínculo afectivo por temor a perder de su producto de la concepción después.
- Superar la falta de voluntad para recuperarse de la pérdida por lealtad al producto de la concepción que murió.
- Vincularse con el producto de la concepción no nacido separándolo del producto de la concepción que murió.
- Duelo de los padres por la pérdida personal que ha supuesto para ellos el aborto.

Al tiempo que viven su duelo y necesitan hablar del producto de la concepción perdido, estos padres deben también iniciar su relación con el nuevo producto de la concepción. Hasta que su papel como padres de un producto que murió no sea reconocido y validado, les costará comprender que este es realmente un producto de la concepción distinto (O'Leary, Parker & Thorwick, 1998) y tendrán dificultades para implicarse en el nuevo embarazo.

Es habitual oír a los padres decir de sí mismos que “están embarazados”, pero utilizan expresiones como “si el producto de la concepción nace”.

En el primer trimestre es raro que los padres experimenten la emoción inicial del embarazo. Los propios padres de la pareja embarazada - los futuros abuelos- muestran su sorpresa al descubrir que no están contentos. Mientras que la familia y los amigos piensan que quedarse embarazados de nuevo les ayudará a sentirse mejor y sentirse ilusionados, en lugar de ello surge un nuevo temor: el de perder también a este producto de la concepción. Muchos de estos padres no quieren decir a nadie que están embarazados. No quieren que les digan “ahora podrán ser felices de nuevo”. Al estar tan asustados, no quieren participar de los sentimientos de alegría de los demás. Para estos padres, eso sería como negar que el producto de la concepción que murió. (Santos et al., 2015).

Algunas personas quieren un producto de la concepción del mismo sexo que el que murió, y otras quieren el sexo opuesto. Pueden experimentar un resurgimiento del dolor cuando empiezan a ser conscientes de que éste es un niño diferente y no es el niño que murió.

Aceptar esto como un fenómeno común sirve de ayuda a los padres.

Intelectualmente, comprenden que se trata de un niño diferente, pero emocionalmente siempre querrán la vuelta del otro niño.

Cuando se trata de ponerle un nombre, sugiero que pueden darle el nombre que habían pensado o guardarlo para un futuro producto de la concepción y buscar otro nombre para éste. Este aspecto sirve para animarles a ponerle un nombre y ayuda a que tenga una identidad dentro de la familia. (Santos et al., 2015).

Es normal que también en la pareja aparezcan miedos ante futuros embarazos o partos y la necesidad de comprobar que “todo va bien”. Volver a pasar por circunstancias tan similares a las que vivieron cuando perdieron a su producto de la concepción como las revisiones médicas, el parto, etc. hace que recordar lo acontecido sea inevitable y la tranquilidad emocional es lo que más se busca ahora, aunque sea difícil de encontrar

6. Estrategias de afrontamiento del profesional

La recomendación es que las mujeres siempre reciban la información y el apoyo adecuados para ayudarles a tomar decisiones. Aunque el producto de la concepción haya fallecido sigue siendo su parto y su hijo/a deseado.

En numerosas ocasiones encontraremos a madres preguntándonos cuánto tiempo tendrán que estar sufriendo por la muerte intrauterina del feto. Ante este cuestionamiento, nuestra respuesta tendrá que tener en cuenta que la elaboración y afrontamiento del proceso de duelo depende de distintos factores, por tanto será: “un día habrás aprendido a convivir con el dolor pero nunca te olvidarás de que tu hijo murió”.

Un apoyo psicosocial y espiritual para superar una muerte perinatal constante de empatía será crucial para curar las heridas. Las afectadas precisa empatía, paciencia, comprensión y comunicación. (Steen, S. 2015).

- Una comunicación efectiva: La comunicación es un factor decisivo en la relación enfermera – paciente. Ya no es aceptable que las enfermeras dejen de atender las necesidades emocionales de sus pacientes que utilizan sistemas de comunicación abiertos y eficaces y facilitan la coparticipación de los sentimientos tienen mayor probabilidad de

llegar a una mayor adaptación respecto a otras que aplican en cambio un modelo de negación o de supresión de sentimientos.

El protocolo diseñado en este manual se basa en dos pilares fundamentales que tendremos presentes en todo momento durante nuestra atención emocional:

La información que se da y cómo se da. Informar será lo primero que se haga y habrá de hacerse de una forma adecuada. “La información es poder” y un poder así, mal utilizado, puede hacer mucho daño. Tras los primeros momentos una vez conocida la noticia, se les explicará que el dolor, angustia, miedo o shock que siente ahora es normal, enfatizando que su duelo es “único” y que tiene permiso para sentir lo que quiera y cuando quiera; aclararle que la evolución teórica del proceso es hacia el ajuste porque todos los seres vivos se adaptan instintivamente a las nuevas situaciones; orientarle sobre los pasos a seguir posteriormente, sobre las dudas que presenten y, aunque no pregunten, sobre las más habituales que suelen aparecer en esas circunstancias.

Según Steen, S. (2015), los afectados sufrirán sentimientos profundos de culpabilidad y ansiedad por falta de respuestas, por no recibir información suficiente sobre su producto de la concepción o los procesos médicos o administrativos que se estén realizando. La información ayuda a las pacientes a sentirse en control de la situación, por lo que es imprescindible permitirles que hablen y expresen sus deseos, temores y necesidades.

- Escucha y acompañamiento empática: Podremos expresar nuestro pesar por la muerte intrauterina del feto, pero nunca podremos aliviarles el dolor que sienten ni quitárselo, pero podemos escuchar compartiendo su dolor y ayudarles a sentir que no están solos necesitará hablar del producto de la concepción sin represiones. Se ofrece tiempo para: pensar, expresar sentimientos, preguntar, hablar sobre sus preocupaciones y temores;

alcanzar decisiones (todo con la atención absoluta del oyente). Hablar sobre las experiencias y sentimientos, especialmente los dolorosos, ayuda. Hablar, llorar, temblar y reír son procesos curativos y son manifestaciones de fortaleza más que de debilidad. Se debe evitar comenzar conversaciones si no estás dispuesto a escuchar y prestar atención, mantener la mirada, ofrecer respuestas sinceras, etc.

- Hablar con ellos sobre la situación actual: Necesitan estar informados para sentir que tienen algo de control sobre la situación. Informarles sobre lo que pueden experimentar en cada momento y normalizar.
- Explicarles sus opciones y apoyarles en sus decisiones: Nuestro papel es el de informales sobre las decisiones a tomar en esos momentos, orientarles sobre las diferentes opciones y darles tiempo para decidir. Sin aplicar nuestros prejuicios ni tabúes, aunque no estemos de acuerdo con sus decisiones hay que respetarlas. Si creemos que necesitan más o mejor información, intentar transmitirla de manera apropiada.
- Cuidar la terminología. Utilizar el nombre: Lo apropiado sería preguntarles por el nombre de su hijo/a y si nos permiten referirnos a él por su nombre. Es muy doloroso para las mujeres que se le niegue la existencia de su producto de la concepción y se refiera a él como “el feto”.
- Mantén la calma: Aun cuando se expresen emociones fuertes y aunque resulte muy difícil, mantener la calma. Ha muerto o va a morir su producto de la concepción. No se debe atribuir a la madre la culpa de la muerte intrauterina del feto. El sentimiento de culpabilidad sería añadir aún más angustia a su proceso de dolor.

- Cuidar nuestro lenguaje corporal: No cruzar los brazos, mirar a los ojos, sentarnos a su misma altura y a poca distancia, etc. A veces vale más algo de contacto físico que palabras, una mano en el brazo por ejemplo. Si lo consideramos oportuno, dar un abrazo puede llegar mil veces más lejos que “las palabras correctas”.
- Sé comprensivo: Hay que usar el sentido común para poder tratar cada caso. Hacerles sentir nuestra presencia, pero con discreción: Lo ideal sería dejarles muchos momentos a solas pero ir, regularmente y sin que se note nuestra presencia, mostrando nuestra disposición para lo que necesiten en cada momento. No siempre es necesario que nos quedemos de pie junto a la madre. Basta con decir “ahora voy a salir, pero si necesitas que me quede más tiempo sólo tienes que decirlo”.
- Orientar sobre dudas más habituales acerca del duelo: como, por ejemplo, si es bueno hablar de la muerte intrauterina del feto, así como cualquier otra que surja. Si no se sabe qué responder, mejor indicar que se buscará la información y después se les transmitirá para evitar errores o malentendidos. También orientar sobre las actitudes que encontrarán en el entorno familiar y social respecto a ellos/as y su duelo.
- Apoyo emocional: experiencia fundamental para su resolución. En ocasiones podemos ejercer influencia en sentido contrario forzando al doliente a estar bien enseguida, evitando el contacto con el dolor o las lágrimas provocando que el proceso se inhiba o complique. La intervención terapéutica eficaz disminuye la desesperanza, tristeza, ansiedad y la depresión. Igualmente existe la importancia que tiene el apoyo psicológico en la valoración y evaluación del duelo. La intervención que haga el personal va a influir en la evaluación posterior del duelo.

- Expresión de emociones y pensamientos: Se trata de ayudar a que la madre en esos primeros momentos exprese sus sentimientos y pueda experimentar la aflicción que corresponda. Así, podremos aplicar una serie de cuidados primarios del duelo, de carácter preventivo, destinados a favorecer la elaboración sana y natural del mismo.

Las reacciones al dolor son muy diferentes, dependiendo de cada mujer experimentaran diferente forma las emociones y los sentimientos ante esta situación. Forma parte del proceso psicológico tras recibir una noticia de tal impacto, que la primera reacción de la mujer y el entorno sea querer olvidar.

Fomentar la expresión emocional es uno de los principios del acompañamiento como terapia de duelo, es importante también valor la expresión que acompaña a esas emociones, de que están hechas de lágrimas, enfado o que explica culpa. El camino de la elaboración del duelo pasa por sentir y afrontar ese dolor, estas luchan por salir antes o después afloran para ser atendidas y afrontadas. Conocer las emociones y ponerles nombre hacen que dejen de percibirse como algo amenazador o potencialmente destructivo, darles la bienvenida y acogerlas ayuda a dar sentido a la experiencia y a conocer la información que aporta.

Experiencia compleja compuesta por significados personales. El dolor no solo se siente a nivel emocional, sino también a nivel físico y cognitivo. La tristeza es un avance en el proceso y explicarle puede resultar de gran ayuda para dar claridad al proceso para lograr que se sienta más cómodo con este sentimiento y no intente evitarlo.

Esto no permite que se expresen sentimientos más profundos. Una pregunta más apropiada sería: ¿qué es lo que sientes ahora?" Esto permite que el doliente explore sus sentimientos. Los buenos

oyentes entienden las conversaciones reflectivas, una técnica que permite el espejo. Para claridad y definición, el oyente brevemente repite lo que entendió de lo que le dijo el doliente.

Muchos experimentan un gran sentimiento de impotencia e incapacidad al creer, produce un deterioro de autoestima y les genera grandes sentimientos de decepción. Creen que ellas no podrán cambiar la situación o hacerse cargo de la situación. Al bloquear las tareas de duelo no se adaptan a la vida, se ven inmersa en un mundo que se ha paralizado, sin evolución, no son capaces de desarrollar habilidades de afrontamiento o bien pierde ocasiones para incorporar nuevas habilidades, se aísla y evita de muchas formas responder a las exigencias de la vida. Al ser resuelto permite que la persona crezca e incluso que gane autonomía.

La ayuda para elaborar esta tarea comienza con la observación: como la expresa la emoción, como la afronta, si identifica lo que ocurre, si es consciente de las sensaciones que aparecen y las acepta, como la expresa, nos dirá como está gestionando sus emociones y si se encuentra bloqueado en algunas de ellas. A partir de la observación, la ayuda irá encaminada a resolver sus necesidades, a ayudarlo a identificar las emociones, ponerles nombres y expresarlas o legitimar con nuestra escucha lo que está sintiendo (Mejías, M. 2012).

6.1 Situaciones que debemos evitar:

Según Mejías, M. (2012), se debe evitar comenzar conversaciones con la mujer post aborto, su pareja y familiares, si por algún motivo no estamos dispuestos a escuchar de manera empática, prestar atención, mantener la mirada, ofrecer respuestas sinceras, etc.

- Evitar culpabilizarles de la muerte, juzgarles y decirles qué deben hacer o sentir.
- No Derrumbarnos o llorar desconsoladamente ante la mujer, aunque sí demostrar tristeza y nuestro pesar por la muerte y por el dolor de los padres. Que se escape una

lágrima no supone ningún problema, pero debemos tener claro que durante el proceso de acompañamiento somos la figura que les sustenta apoyo y seguridad. Si nos implicamos emocionalmente tanto como para venarnos abajo con ellos, perderemos objetividad y el valor que representamos para ellos.

- Ayudar o apoyar a alguien no es llorar junto a esa persona. Inevitablemente somos humanos, se trata de una situación de intensa emotividad o podemos estar pasando por circunstancias personales que nos hagan tambalear, pero en esos casos, si carecemos de habilidades que nos permitan mantener la objetividad, es mejor pedir ayuda a los/as compañeros/as para atender a la mujer y su entorno.
- Evitar buscar algo positivo a la muerte intrauterina del feto, pues así no consolaremos. En muchos casos encontraremos que la madre hubieran querido que el producto de la concepción sobreviviera aunque tuviese alguna enfermedad o malformación grave.
- Evitar decir que tendrán más hijos. Aunque puede que esto sea cierto, este producto de la concepción es único para ellos. En el caso de que tengan otros hijos o se trate de un parto gemelar donde el otro producto de la concepción está vivo, no sugerir que deberían estar agradecidos por eso. Cualquier persona es irremplazable, independientemente del tiempo que haya existido. Tampoco decirles que queden embarazadas tan pronto como pueda, de hecho se sugiere un periodo intergenésico superior a los 18 meses.
- Evitar decir que entendemos su dolor, si no hemos pasado por la misma situación. Nadie puede saber cómo se siente una madre o padre que ha perdido a su hijo si no ha vivido esa situación. Por mucho que podamos “imaginar lo duro que es”, si decimos

que “lo entendemos” y nos preguntan si perdimos un producto de la concepción, nuestra negativa les generará más dolor y sensación de incompreensión por nuestra falta de honestidad.

Según Santos et al., (2015), hay algunas frases que deben evitar ser utilizadas para expresar nuestro pesar a la madre que ha perdido a un bebé:

6.2 Frases que debemos evitar:

- “Sé fuerte.”
- No llores.”
- “Es la voluntad de Dios.”
- “Todo pasa por alguna razón, es el destino.”
- “No es el fin del mundo.”
- “Dios necesitaba otra flor en su jardín.”
- “Ahora tienes un angelito.”
- “Ahora está en un lugar mejor.”
- “Al menos no llegaste a conocerle bien.”
- “Eres joven, ya tendrás más.”
- “Debes ser fuerte por tus hijos/ esposo/ familia, etc.
- “El tiempo lo cura todo.
- “Ya le olvidarás”.
- “La naturaleza es sabia, vendría mal”.
- “Mejor ahora que más adelante”.

7. Estrategia de Afrontamiento de la paciente, según Oviedo et al., (2013).

- Favorecer la despedida: Los padres suelen necesitar de un momento de intimidad con su hijo, ya que será el único que tendrán en toda su vida. Respetar y resguardar su intimidad, por todo el tiempo que necesiten, es esencial. Las mujeres suelen no estar en condiciones de pedir este tiempo, por sentirse “raros”, por no querer ser juzgados, por no querer molestar.
- La cajita de los recuerdos: Una hermosa herramienta que puede ayudar a elaborar el duelo por un producto de la concepción fallecido es guardar algunos de los objetos relacionados con él. Puede contener desde la historia clínica, ecografías y otras pruebas médicas, los zapatitos o el cepillo. También te ayudará el recordar las sensaciones, los movimientos, el latido de su corazón. Tu hijo existió y puedes y debes darte plena autorización para sentir lo que estás sintiendo hoy y lo que sentirás en los días, semanas, meses o años sucesivos. Cada caso se debe tratar de forma individualizada, pero los especialistas recomiendan poner un nombre al bebé fallecido.
- Escribir una carta: esta es una de las herramientas más útil y poderosa para trabajar el proceso de duelo, consiste que la paciente escriba una carta donde exprese todo aquello que quiera, lo que ha quedado por decir, lo que necesita explicar. El único elemento imprescindible es que al final haya una despedida. Es un proceso difícil y doloroso, pero es recomendable, luego la procederá a leer mientras que el personal lo escucha y analiza lo que dice, esto ayuda a poner palabra a la realidad a su vivencia del duelo y a encontrar un lugar para su mente y su emoción.
- **Auto informes** (recogen conductas-problema que influyen en la resolución de un proceso de duelo satisfactorio), observación directa y medidas fisiológicas de la mujer: permiten

valorar de manera general distintas áreas conductuales del individuo, haciendo posible una aproximación inicial que determine la evaluación posterior con el uso de herramientas más específicas.

- **Visitas profesionales tras el alta:** Una primera dentro de los siete días tras salir del Hospital, con el ginecólogo y con psicología de red primaria. A los 15 días debe acudir a la institución para participar en la terapia de grupo de egresadas, para ver la evolución de tu duelo.

8. Actividades con el Personal en Enfermería

1. Impulsar un Protocolo de Atención emocional a la mujer que experimenta un aborto.

8. 1. Actividad: Conferencia Taller al Personal de Enfermería

Objetivo: Orientar al personal de enfermería del protocolo de atención emocional.

Meta: El 95% del personal recibirá orientación de atención emocional ante el aborto.

CONFERENCIA TALLER “ TRABAJEMOS UNIDOS PARA UN FUTURO MEJOR “

Lugar: Sala de Reunión del
Centro de Salud Nuevo
Veranillo.

Días: Martes y Jueves.

Hora: 1: 00 pm a 3: 00 pm

**Actualización de la Atención
Emocional y Espiritual de las
mujeres ante el Aborto.**



8.1.2 Actividad: Apoyo Emocional en las primeras horas de enfrentar la pérdida física.

Primera sección: orientación y capacitación al personal de enfermería.

Primera estrategia: capacitación al personal

Número de sesiones: se ofrecerá durante dos días (martes y jueves) los primeros 15 días del mes de Julio del 2018.

Tiempo aproximado de la sesión: 2 horas.

Contenido de la sesión:

Primera parte:

Se invitará por medio de afiche que se colocará en los murales del Centro de Salud, donde se convocará a una reunión donde mi persona enfermera de salud mental responsable de la intervención, presentará el programa y explicará el contenido por medio de tríptico.

8.1.3 Segunda parte: Acercamiento teórico-práctico al duelo perinatal.

La primera intervención del programa consistirá en un acercamiento teórico-práctico al duelo perinatal.

Se ha decidido formar a los profesionales de enfermería que acepte participar en el proyecto de intervención de manera que puedan brindar una atención oportuna y adecuada en el manejo emocional ante el aborto.

La enfermera presentará el material teórico sobre la atención emocional del aborto por presentaciones en un PowerPoint realizando énfasis en el cuidado psicológico a la madre, al notificar el diagnóstico; le entregará un test autodiagnóstico de las intervenciones que efectúan en la atención a las pacientes con diagnóstico de aborto.

Test autodiagnóstico

Instrucciones:

1. Sea honesto consigo mismo.
2. Coloque una (X) en la casilla correspondiente a las intervenciones que realiza en la atención de una paciente con diagnóstico de aborto.

Objetivo: Analizar las intervenciones que usted realizaría en la atención emocional de la mujer que experimenta un aborto.

Intervenciones en la Atención de una paciente con diagnóstico de aborto	Realizadas	
	Sí	No
Facilitaría una buena comunicación, con la paciente y sus familiares.		
Apoyaría en la toma de decisiones de las pacientes.		
Reconocería la pérdida de la paciente ante el aborto.		
Informaría de los procedimientos que se le realizarán.		
Facilitaría la despedida de su producto perdido.		
Brindaría apoyo emocional y espiritual a las pacientes y familiares.		
Facilitaría la expresión de pensamientos, sentimientos y emociones.		
Brindaría apoyo espiritual a la paciente.		
Estimularía la utilización de los sistemas de apoyo.		

Observaciones: _____

8.1.4 Tercera parte: Socio drama “Todo Cambio”

Las estrategia se centrará en el desarrollo de recursos y estándares para una atención más humanizada basada en el marco de la pérdida y facilitar el desarrollo de habilidades de comunicación, la información a la madre para promover el proceso de duelo, orientar al afrontamiento, organizar y gestionar los rituales de despedida para que internalicen las estrategias a realizar.

Acercamiento y sensibilización: se realizará una aproximación conceptual una discusión de la viabilidad del proyecto con los profesionales.

Inducción: los participantes reflexionarán sobre su propia realidad y acordarán como intervenir en la atención de la mujer que experimenta un aborto.

Interacción: los participantes toman conciencia de que en sus manos está la capacidad transformadora.

Implementación: al ejecutar el socio drama experimentarán los efectos de sus propias intervenciones.

8.2 Actividad: Informar que ellos hicieron lo que pudieron y no fue su culpa.

Objetivo: Brindar apoyo emocional en las primeras horas de afrontamiento de la pérdida física.

Meta: El 95 % de las pacientes recibirá apoyo del personal de enfermería.

Hoja de cotejo: Buenas Prácticas de Intervenciones en la Atención del Aborto.

El eje central es que sea una labor continua, donde el equipo valide las intervenciones para que facilite las reacciones emocionales y ayude en la búsqueda de soporte psicosocial.

Ofreciendo cuidados, respetando los sentimientos, pensamientos, creencias y solicitudes individuales de cada paciente que experimente un aborto.

Instrucciones:

1. Se colocará una (X) en la casilla si se ejecuta o no la intervención, el personal de enfermería que realice la intervención firmará y escribirá la fecha y hora.
2. En las casillas de observaciones se describirán aspectos importantes en el momento de intervención.

Intervenciones	Ejecutada		Enfermera Responsable Fecha y hora	Observaciones
	Si	No		
Primera Fase.: Diagnóstico				
Diagnóstico y comunicación adecuada de la interrupción del embarazo (muerte del bebé).				
Comunicación verbal y no verbal con la paciente.				
Tratar a la paciente con dignidad y respeto.				
Claridad y sensibilidad de la información que se le brinde.				
Proporcionar la información solicitada por la paciente.				
Preservación de la intimidad y de la confidencialidad de la paciente y su				

hijo/a.				
Atención con humanidad, responsabilidad, amabilidad, capacidad de escucha activa.				
Identifica y comprende las distintas reacciones emocionales y respuestas ante la pérdida.				
Ofrecer apoyo emocional y explicar las fases del duelo.				
Anima a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.				
Facilitar la relación de la paciente y el equipo de salud mental.				
Brinda acompañamiento activo.				
Evalúa la capacidad de la paciente para tomar decisiones.				
Segunda Fase: Actuación durante la expulsión				
Ayuda a mantener la calma ante situaciones estresantes del proceso.				
Permanece con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante el periodo de máxima ansiedad.				
Humanización de la atención al parto.				
Fomenta la despedida del producto de la concepción.				
Orienta a la madre sobre el proceso de duelo.				
Promueve estrategias para un proceso de duelo saludable.				
Activa estrategias que favorezcan el afrontamiento ante la pérdida.				
Reconoce y canaliza las emociones, fortaleza y debilidades en la dirección adecuada / sentimiento de fracaso, culpabilidad.				
Tercera Fase: Atención posterior a la expulsión				
Gestiona la habitación que brinde seguridad emocional.				
Sensibilidad hacia las situaciones de pérdida.				
Orienta antes futuras gestaciones.				
Identifica las capacidades y habilidades de la mujer.				

Establecer una relación de confianza con la paciente y miembros de la familia.				
Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la paciente para resolver problemas.				
Favorecer la conversación o el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional.				
Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.				
Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades Espirituales.				
Remitir a grupo de profesionales autoayuda, luego de su egreso hospitalario.				

8.3 Actividad: Preparar física y psicológicamente a la paciente para el procedimiento indicado

Objetivo: Explicar los procedimientos según indicación médica.

Meta: Al 100 % de las pacientes se le explicarán los procedimientos que se le realizarán.

Instrucciones:

1. El médico explicará a la paciente el procedimiento quirúrgico que le realizará.
2. La paciente firmará el consentimiento informado.
3. La enfermera le entregará el tríptico donde estará la información pertinente al procedimiento.
4. Se hará preguntas para evaluar la comprensión y retroalimentar la información.

Durante este tiempo, el personal de enfermería podrá informar de todo lo que vaya a acontecer: sobre el parto, el proceso de duelo, etc.

Podrá disponer de tiempo para aclarar las dudas que surjan y acompañar a las mujeres en sus decisiones en esos difíciles momentos. La mujer es el mejor indicador de esto y será ella la que nos indique la necesidad de terminar la gestación en un plazo determinado, siempre con una elección informada, respetada y empática, en un entorno seguro (no paternalista) y acogedor, con el menor estrés físico y psicológico posible.

8.4 Actividad: Realizar actividades de información y sensibilización del aborto y sus consecuencias a los profesionales.

8.4.1 Terapia individual de expresión de pensamientos y sentimientos.

Objetivo: Expresar sentimientos y pensamientos que experimentan los profesionales en la atención a pacientes con la pérdida de su embarazo.

Meta: El 95 % de los profesionales en enfermería expresarán sus sentimientos y pensamientos ante la pérdida

Instrucciones:

1. Se solicitará de manera amable y respetuosa a los profesionales que expresen sus sentimientos y emociones.
2. El personal que intervenga debe brindar escucha activa y empatía.

Se trata de ayudar a que la madre en esos primeros momentos exprese sus sentimientos y pueda experimentar la aflicción que corresponda. Así, podremos aplicar cuidados primarios del duelo, de carácter preventivo, destinados a favorecer la elaboración sana y natural del mismo. Los buenos oyentes entienden las conversaciones reflectivas, una técnica que permite el espejeo. Para claridad y definición, el oyente brevemente repite lo que entendió de lo que le dijo el doliente.

Conocer cómo se sienten al brindar su atención a las mujeres post aborto ayudará a mejorar sus actuaciones para brindar cuidados humanizados.

8.5 Actividad: Asignar habitación lo más íntima posible, alejadas de llantos de bebé o de latido fetal.

Objetivo: Situar a la paciente en un espacio que brinde seguridad emocional.

Meta: Al 90 % de las pacientes se le asignará espacio que brinden seguridad emocional.

Instrucciones:

1. El personal de enfermería ubicará a la paciente en espera de realizar procedimientos en un espacio para cuidar su salud emocional.

El habilitar un espacio para su tranquilidad emocional ayudará a la paciente para iniciar su elaboración de duelo de manera saludable.

9. Estrategias para el abordaje emocional de las pacientes

9.1. Actividad: Hacer contacto y construir una alianza terapéutica con la paciente para una atención temprana y oportuna.

Objetivo: Brindar información del objetivo del estudio y orientación de las actividades del proyecto a todas las mujeres post aborto que asistan con la enfermera obstetra.

Meta: El 90 % de las pacientes recibirán la información del proyecto de intervención.

9. 2. Actividad: Fomentar la expresión de sentimientos a cerca de la pérdida.

Objetivo: Facilitar la expresión de emociones, sentimientos a cerca de la pérdida.

Meta: El 95 % de las pacientes expresarán sus sentimientos y las emociones de su pérdida.

Instrucciones:

Para trabajar esta tarea, se solicita con delicadeza que relate qué fue lo que pasó, describiendo con detalle lo que ocurrió y repasando lo que hacía ella en cada momento (se trata de recabar datos reales por la propia paciente que le permita ir asimilando lo que pasó y al mismo tiempo, contrarrestar la fantasía de que el ser no está muerto. Para proporcionarle una sensación de control.

La enfermera también realizara las anotaciones correspondientes en cada intervención que realice detallando las conductas, emociones y sentimientos que influyen en la resolución de un proceso de duelo satisfactorio.

Fomentar la expresión emocional y valorar la expresión que acompaña a esas emociones, de qué están hechas de lágrimas, enfado o que explica culpa. El camino de la elaboración del duelo

pasa por sentir y afrontar ese dolor, estas luchan por salir antes o después afloran para ser atendidas y afrontadas. Conocer las emociones y ponerles nombre hace que dejen de percibirse como algo amenazador o potencialmente destructivo, darles la bienvenida y acoger la ayuda a dar sentido a la experiencia y a conocer la información que aporta.

9.3 Actividad: Ayudar a la paciente a reconocer y aceptar sus propios sentimientos y emociones (culpa, enojo, tristeza).

Taller “Encontrando el sol, en un oscuro invierno”

Objetivo: Identificar las estrategias de afrontamiento de la paciente ante la pérdida.

Meta: El 90 % de las pacientes identificará la estrategia de afrontamiento de su pérdida.

Instrucciones:

- 1 La enfermera evaluará las estrategias propias de la paciente para su elaboración del duelo de manera saludable.

Para la evaluación del duelo, el instrumento elegido, por su mayor precisión es la Escala de Duelo Perinatal en su versión corta, en adelante PGS, (del inglés *Perinatal Grief Scale*) traducida y validada al Castellano. (Mota.: Calleja, N. 2011)

Es una escala Likert de 33 afirmaciones con cinco opciones de respuesta (totalmente de acuerdo de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo , total mente desacuerdo cuyo valor de puntuación es de 5 a 1), que evalúan tres subescalas relacionadas con el duelo con 11 afirmaciones cada una: a) Subescala de Duelo activo, que corresponden a la reacciones normales del duelo (ítems 1, 3, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 19, 27); b) Subescala de Dificultad para afrontar la pérdida, que describe el estado de salud mental, incluyendo síntomas depresivos, sentimientos de

culpa, falta de apoyo social y problemas de relación con la pareja (ítems 2, 4, 8, **11**, 21, 24, 25, 26, 28, 30, **33**); y c) Subescala de Desesperanza, que indica síntomas que perduran en el tiempo y que dependen , entre otras cosas, de los recursos de afrontamiento de las mujeres que experimentan el duelo (ítems 9, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 29, 31, 32). Cada una de las subescalas tiene una puntuación mínima de 11 y máxima de 55. Las respuestas de las preguntas 11 y 33 reciben una puntuación inversa.

La suma de las tres subescalas oscila entre 33 y 165 puntos. Una puntuación igual o mayor que 90 indica morbilidad psiquiátrica.

Las puntuaciones en la subescala dificultad para afrontar la pérdida y desesperanza en el primer momento de evaluación son las mejores predictores del duelo a largo plazo, medido con la escala total.

La Escala de Duelo Perinatal es realizada por la madre, sin tiempo determinado marcando con una (X) en la casilla. Se le aclara que no hay respuestas correctas o incorrectas, que sus respuestas deben basarse en los sentimientos y pensamientos en el momento que realiza la actividad.

Escala de Duelo Perinatal	Totalmente de acuerdo 5 pts.	De acuerdo 4 pts.	Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3pts.	En desacuerdo 2 pts.	Totalmente desacuerdo 1 pts.
1. Me siento deprimida					
2. Se me hace difícil llevarme bien con algunas personas.					
3. Me siento vacía.					
4. No puedo realizar las tareas cotidianas.					
5. Siento la necesidad de hablar de mi bebé.					
6. Me lamento por la pérdida de mi bebé.					
7. Estoy asustada					
8. He pensado en el suicidio desde que perdí mi bebé.					
9. Tomo medicación para el nerviosismo.					
10. Extraño mucho a mi bebé.					
11. Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé.					
12. Es doloroso recordar la pérdida de mi bebé.					
13. Me enoja cuando pienso en mi bebé.					
14. Lloro cuando pienso en mi bebé.					
15. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé.					
16. Me siento enferma cuando pienso en mi bebé.					

17. Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé.					
18. Intento reír, pero ya nada me parece gracioso.					
19. El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé.					
20. La mejor parte de mí se perdió con mi bebé.					
21. Siento que decepcioné a gente por la pérdida de a mi bebé.					
22. Siento un gran dolor por la pérdida de mi bebé.					
23. Me siento culpable por la pérdida de mi bebé.					
24. Necesito justificarme ante algunas personas por la pérdida de mi bebé.					
25. A veces siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez.					
26. Me siento como muerta en vida.					
27. Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé.					
28. Me siento apartada y sola aunque esté con amigos.					
29. Siento que es mejor no amar.					
30. Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones.					

31. Me preocupa cómo será mi futuro.					
32. Una madre desolada por la pérdida de su bebé es inferior a otra.					
33. Es maravilloso estar vivo.					

9.4. Actividad: Favorecer la expresión de sentimientos por medio de la comunicación no verbal y crear un espacio seguro para la expresión de los mismos.

Terapia individual. Carta de Despedida

“Cuidando mis recuerdos, como mi preciado tesoro”.

Objetivo: Orientar a la paciente sobre las estrategias de afrontamiento ante la pérdida.

Meta: El 95 % de las pacientes recibirá orientación de estrategias de afrontamiento ante la pérdida.

Instrucciones:

1. Se orientará a las pacientes que para favorecer el proceso del duelo guardará objetos de sus hijos en una cajeta.
2. La paciente escribirá una carta de despedida a su producto de la concepción fallecido.

Una hermosa herramienta que puede ayudar a elaborar el duelo es guardar algunos de los objetos relacionados con el producto de la concepción. Puede contener desde la historia clínica, ecografías y otras pruebas médicas, los zapatitos o el cepillo. También te ayudará el recordar las sensaciones, los movimientos, el latido de su corazón. Tu hijo existió y puedes y debes darte plena autorización para sentir lo que estás sintiendo hoy y lo que sentirás en los días, semanas, meses o años sucesivos. Cada caso se debe tratar de forma individualizada, pero los especialistas recomiendan poner un nombre al bebé fallecido.

Una carta, es una de las herramientas más útil y poderosa para trabajar el proceso de duelo, consiste en que el doliente escriba una carta donde exprese todo aquello que quiera, lo que ha quedado por decir, lo que necesita explicar. El único elemento imprescindible es que al final

haya una despedida. Es un proceso difícil y doloroso, pero es recomendable, luego la paciente procederá a leer, mientras que el personal lo escucha y analiza lo que dice, esto ayuda a poner palabra a la realidad, a su vivencia del duelo y a encontrar un lugar para su mente y su emoción.

10. Pacientes con respuesta conductual positiva

10.1 Actividad: Toque Terapéutico.

10.2 Actividad: Taller sobre el significado de su pérdida a través de actividades artísticas.

“Buscando el arco iris, perdido”.

Objetivo: Expresar su dolor a través de actividades artísticas.

Meta: El 90 % de las pacientes expresarán su dolor a través de actividades artísticas.

Instrucciones:

Dibujarán una figura humana para determinar a través del estudio, su estado psicológico posterior al aborto.

1. El test es de tipo confidencial.
2. Sólo llevará número de control.
3. El análisis de los datos será utilizados para brindar un abordaje más amplio en la atención emocional y psicológica.
4. Se le facilitará los materiales (lápiz, borrador), se podrá borrar si lo desea.
5. Agradecemos la cooperación que nos brinda al realizar el dibujo.

El test de dibujo de la figura humana de Machover utiliza una técnica de aplicación sencilla, además de económica y factible de su aplicación. Lo que facilita el diagnóstico a las personas con dificultad para expresarse oralmente. El interés en el estudio de los dibujos para la evaluación de la madurez mental, la personalidad y características emocionales. Los dibujos de figura son una forma de comunicación no verbal entre la paciente y el personal, donde se

proporcionará los materiales didácticos necesarios para lograr la cooperación del individuo para obtener la información que nos interesa.

La aplicación consiste en presentarle al examinado una hoja de papel blanco, un lápiz y un borrador y se le pide que dibuje una persona.

Mientras el sujeto trabaja, el examinador irá tomando notas disimuladamente de su identificación, del tiempo aproximado en que dibuja cada parte del cuerpo y el sexo que dibujo y de los comentarios que realiza al dibujar.

Cuando termina se le da otra hoja y se pide que dibuje otra figura humana del sexo contrario.

Si dibuja tan solo la cabeza se le pedirá sutilmente que complete el dibujo. Si por el contrario se muestra irritado o de mal humor, se le explica que es una prueba psicológica y no con la calidad del dibujo.

La segunda parte del dibujo tiene que ver con las asociaciones. El examinador toma el dibujo que representa el mismo sexo que el representado y dice: Muy bien veamos ahora si inventamos un relato acerca de estas personas como si fuera un personaje de teatro o novela. Según la edad del sujeto se le realizará varias preguntas sobre el mismo que tiene que ver con las actitudes del paciente hacia sí mismo y hacia los demás.

La información obtenida en esta asociación es de gran valor clínico y no debe prescindirse de ella.

10.2.1 Figura Humana de Machover

El dibujo de la figura humana vehiculiza especialmente aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su **autoconcepto** y a su **imagen corporal**, es la idea y el sentimiento que cada persona tiene respecto a su propio cuerpo. De esta forma el dibujo de una persona al envolver la proyección de la imagen de un cuerpo, ofrece un medio natural de expresión de las necesidades y conflictos del cuerpo de uno.

Cada vez que un sujeto grafica una persona en esta proyección de su propio Yo que realiza, confluyen:

- Experiencias personales y sus representaciones psíquicas, imágenes de estereotipo sociales y culturales que tienen un mayor o menor peso para el sujeto.
- Aceptación o no de su etapa vital
- Identificación y asunción del propio sexo.
- El grado de estabilidad y dominio de sí mismo.
- La figura graficada debe asemejarse en sus atributos e imagen al sujeto mismo, es como que ante ella deberíamos poder decir, es igual a él/ella.

El análisis del dibujo de la persona, nos da cuenta de aspectos más conscientes de la personalidad.

¿Qué información nos brinda este test? Nos permite ver cómo se siente esta persona respecto a su medio ambiente, su habilidad para adaptarse al ambiente, el buen criterio con que lo evalúa y la objetividad y la forma como se relaciona con los demás.

10.2.2 Interpretación de dibujos

La experiencia clínica es que la figura humana dibujada tiene íntima relación con los impulsos, ansiedad, conflictos y compensaciones características del individuo. En cierto sentido la figura humana ES la misma persona.

Pasemos a detallar las partes que componen el test; veremos algunas de las más importantes:

Categoría	Indicador
Tamaño de la figura	Grande: indica exaltación, infravaloración del medio ambiente, propensión a la fantasía y autodominio interno.
	Normal: con una altura de 12 a 20 cm. indicará un equilibrio emocional.
	Pequeño: indica sobrevaloración del medio ambiente, un posible ocultamiento, pasar desapercibido por el medio ambiente y una reacción sumisa.
Simetría del dibujo	<p>Exceso de simetría; interpretarse como rigidez</p> <p>La rigidez del dibujo puede manifestarse como una defensa ante el medio ambiente.</p> <p>Los dibujos muy simétricos, indican perfeccionismo y exhibicionismo.</p>
Posición de la figura	Parte superior de la hoja: indica inseguridad con tendencia al retraimiento y actuación de la fantasía.
	Parte inferior: indica pesimismo, inseguridad, tendencia a la depresión y presencia de poca actividad física.
	A la derecha: problema con la autoridad, negativismo y resistencia al

	cambio.
	A la izquierda: inhibición, también manifiesta inseguridad, evasión e introversión.
	Parte superior izquierda: tendencia a retraerse del entorno, necesidad de apoyo y emotividad.
	Parte superior derecha: capacidad para enfrentarse de manera activa al entorno.
	Parte inferior izquierda: muestra posibles fijaciones con los conflictos ocurridos en etapas anteriores.
	Parte inferior derecha: muestra la voluntad y la capacidad de disciplina, pero a la vez la obstinación.
	En el centro y en el medio de la hoja: indica equilibrio emocional, facilidad para adaptarse al medio ambiente y toma de decisiones positivas.
Tema del dibujo	Indagar por la figura dibujada, es un estereotipo, una persona específica o una imagen de sí mismo.
	Un personaje ridículo: representación de una persona, indica evasión ante los sentimientos de inferioridad física. Por lo general son figuras más pequeñas y estarán hacia el lado introvertido (izquierdo) de la página.
	Si la figura es de mayor edad podría ser incentivación con los padres.
	El contenido que implica los detalles del cuerpo y el arreglo de vestimenta de la figura se interpreta según el significado que se le dé.

Cabeza	Grande: puede interpretarse como sobrevaloración de la inteligencia por frustración, aspiración intelectual frustrada y tendencias grandiosas
	Pequeña: indica problemas con el medio ambiente y signo de dependencia.
	Si se dibuja como último rasgo de la figura humana, usualmente padecen trastornos en las relaciones interpersonales.
	Alargada, puede ser indicador de agresividad.
	Se dibujó borrosa, indica timidez y retraimiento.
	Está muy marcada, puede indicar ser una persona dominante y líder.
	Se dibuja de perfil, y el cuerpo está de frente, indica evasión del medio ambiente, y problemas para tomar decisiones.
Rasgos Sociales	Junto con la cabeza, resulta ser la parte mejor hecha del dibujo
La cara	Es la parte expresiva del cuerpo, y el centro de comunicación en el dibujo, y deberá ser proporcional.
	La cara se considera como el rasgo social del dibujo.
	La persona que omite los rasgos faciales indica una delineación agresiva a su entorno, y es evasiva en cuanto a su carácter en las relaciones con quienes le rodean. Si se omiten los rasgos faciales, indica que sus relaciones con la gente son pobres y hostiles.
	Las personas tímidas oscurecen los rasgos faciales y trazan en mayor medida la cabeza, dando una importancia al "YO", y una tendencia a

	reprimir la participación social.
	Dar énfasis exagerado a los rasgos faciales, indica fantasías compensadas con agresividad y dominancia.
Expresión facial	Es una de las características del dibujo a la cual se le juzga directamente con considerable confianza.
	Las líneas más frecuentemente marcadas se hallan en el área del plegamiento naso- labial, y en la frente.
	La gran cantidad de variantes sitúa a los rasgos individuales de la cara como una de las principales fuentes en el análisis del contenido.
	Los sujetos dan inconscientemente a la figura una expresión de miedo, sorpresa, agresión, admiración, etc.
	La boca aparece en los dibujos de los niños casi tan tempranamente como la cabeza.
La boca	Si la boca es muy enfatizada, manifiesta ser agresivo verbalmente y tendencia a irritarse fácilmente.
	Con sonrisas forzadas indica que quiere agradar o tener una simpatía forzada.
	Si tiene dientes indica agresividad.
	Si la lengua es dibujada, se intensifica la oralidad en un nivel más primitivo.
	Si tiene los labios completos, indica afeminamiento.
	Barba enfatizada, indica que tiene tendencias de dominio y problemas

	de decisión.
	Si está omitida la boca, indica problemas de comunicación con su entorno y timidez.
	Énfasis excesivo en la boca puede expresar un capricho a los alimentos, al lenguaje indecente y al mal humor.
	Si la boca se encuentra dibujada por una línea gruesa entrecortada, indica agresión.
	Si la boca está en forma de línea amplia y tornada hacia arriba, dando forma de boca de payaso haciendo muecas, indica que se quiere la aprobación de la gente, o un afecto inapropiado, dependiendo su significado de otros aspectos del dibujo.
Los labios	Los labios contribuyen al tono de la expresión facial.
	Los labios gruesos en la figura masculina se consideran un signo de afeminamiento.
	Algunas veces los labios se desarrollan con una línea especialmente sensual y pueden interpretarse de esa manera.
Mentón	Sombreado puede indicar una fuerte tendencia a ser socialmente poderoso, agresivo y dominante.
Ojos	Indican la comunicación social al ser los órganos básicos para el contacto con el mundo exterior.
	Sirven para prevenir al individuo de los elementos amenazantes que lo rodean.

	Grandes tiende a la extroversión, a la hipersensibilidad de la opinión social y problemas de agresión.
	Pequeños indica problemas de introversión.
	Si a los ojos no se les dibujan las pupilas, indica introversión y problemas de egocentrismo. Además percibe el mundo vagamente, con pequeña discriminación de los detalles.
	Si los dibuja cerrados indica tendencia a desviarse de la realidad, se cierran al mundo con el propósito de aislarse en su propio narcisismo.
	Si están proporcionados no manifiesta ningún tipo de conflicto.
	Si se dibuja un ojo furtivo, indica ideas de alusión.
	El ojo penetrante indica una actitud socialmente agresiva.
	El ojo grande, oscuro, acentuado o amenazante, indica hostilidad o sospecha.
	Hay diferencias, pues las mujeres dibujan los ojos más grandes y elaborados que los hombres.
	Hacer un ojo vacío indica inmadurez emocional.
El cabello	El cabello está relacionado con la sexualidad.
	Si el cabello es abundante indica tendencias narcisistas, deseo de virilidad y de vitalidad
	Si está excesivamente sombreado indica agresividad.
	Si está omitido indica poca actividad física.
	Su énfasis en la cabeza, pecho, barba o bigote indica una pujanza a la

	virilidad.
	Demasiado elaborada puede interpretarse como extrema atención a la opinión y a la sensibilidad.
La nariz	En los dibujos, se considera que tiene un significado sexual.
	La nariz sombreada o cortada, indica temores internos.
	Si las fosas nasales están muy marcadas, se considera como un acento específico de agresión.
Las orejas	Cuando se les da un papel sobresaliente por ser demasiado grande, transparencia a través del cabello, sombreado puede indicar que ha tenido una importancia especial para el que dibuja; puede que sea excesivamente sensible a las críticas o a la opinión social o bien refleja una deficiencia social notable.
El cuello	Cuando es de tamaño proporcionad, indica que maneja bien su estado de ánimo.
	Es corto y ancho, indica problemas con el medio ambiente y obstinación.
	Es largo indica rigidez en el comportamiento, formalidad y moralismo, como también problemas para interactuar.

	Si es largo y delgado, indica sentimientos de debilidad y problemas para manejar los impulsos.
	La omisión del cuello indica inmadurez en dibujos de niños y poca habilidad para manejar impulsos.
Rasgos de contacto	Los individuos que por causa de enfermedades físicas y mentales se encuentran limitados en sus movimientos o contactos con el mundo exterior, y se hallan atados a las percepciones y sensaciones derivadas de sus propios cuerpos, pueden proyectar una expresión elaborada de la actividad de su fantasía interior; o careciendo de esas compensaciones activas de sus fantasías, pueden dibujar una figura vacía, vegetativa, regresiva y algunas veces hasta tonta, reduciendo la imagen de la personalidad a lo más crudo y esencial.
Los brazos	En general, la dirección y la fluencia de las líneas de los brazos se relacionan con el grado y la espontaneidad del contacto interpersonal dentro de su medio ambiente, pero también es importante observar la dirección y tipo trazado del dibujo para comprenderlo.
	Son vigorosos y extendidos indica ser una persona ambiciosa y agresiva.
	Si están pegados al cuerpo indica ser una persona defensiva y con problemas para interactuar con su medio ambiente.
	Si son muy grandes indica necesidad de protección.
	Si tiene un énfasis muscular tiende a ser una persona agresiva y con

	deseos de poder físico.
	Si son cortos indica falta de ambición, con sentimientos de inferioridad en su medio ambiente.
	Si están en forma de jarras, indica ser una persona que tiende a ser anárquico y prepotente con la gente débil.
	Si son muy extensos, indica ser una persona que manifiesta ser simple, retraído y sin afecto.
	Están rígidos a los lados indica rigidez con su entorno social.
	Si son sombreados indica ansiedad frente al contacto social.
	Están muy reforzados indica tendencia a la agresividad y deseo de poder.
	Si están doblados indican actitud hostil y sentimiento de rechazo.
	Si están relajados y flexibles indica ser una persona normal.
	Si están omitidos en el dibujo del sexo opuesto indica un sentimiento de rechazo por el sexo opuesto.
	Se dibujan en dimensiones sencillas y aparecen frágiles o consumidos indican deficiencia y debilidad de su realidad física.
	La omisión de los brazos nunca debe tomarse como un descuido casual. Sin brazos indica conflicto con los demás.
	Los brazos extremadamente largos se asocian con la ambición.
Manos	Funcionalmente se relacionan con el Yo y con la adaptación social.

	Las manos son el rasgo más comúnmente omitido y luego los pies.
	Si están borrosas, indica falta de confianza en sí mismo y en realizar algún trabajo.
	Si están sombreadas, indica ansiedad en la actividad de contacto social, agresividad e impulsividad. Si aparecen vigorosamente sombreadas, indican culpabilidad.
	Pueden colocarse detrás de la espalda en una forma evasiva.
	Si están muy pequeñas indica una falta de contacto con la gente.
	Si están en los bolsillos indica problemas con la autoridad.
	Si están en forma de manoplas indica represión agresiva.
	Las manos en las bolsas son signo de flojera.
	El tamaño excesivo en las manos, indica cierta compensación por debilidad, o reacción contra algún uso indebido de ellas. Si son muy grandes, indica tener problemas con su medio ambiente.
Los dedos	Son muy importantes por ser el punto de contacto con su entorno social.
	Los dedos cortos y redondos, indican poca habilidad manual.
	Si los dedos están muy sombreados o forzados, indican culpabilidad.
	La mano con los dedos cuidadosamente articulados, pero cerrada por una línea expresa agresión.
	Los dedos alargados indican agresividad. Otra expresión de la

	agresión se ve en los dibujos con los dedos proyectados como garras.
Las piernas	El que se halla obligado a guardar cama, el deprimido, el desilusionado o el físicamente imposibilitado puede demostrar resistencia a dibujar las piernas y los pies.
	Si están enfatizadas, indica problemas depresivos.
	Si están muy largas, indica autonomía.
	Si están muy cortas, indica que no sabe tomar sus propias decisiones.
	Si están muy reforzadas, indica tendencia a la agresividad.
	Si están desiguales, indica una necesidad de independencia.
	Si están muy juntas, indica ser muy rígido en su entorno social.
Los pies y zapatos	Si están muy enfatizadas, indica tendencias agresivas.
	Descalzos indica signo de agresión.
	Alargados, indica ser una persona insegura y por lo tanto tendrá conflictos para tomar decisiones.
	Si están pequeños, indica inseguridad y dependencia.
	El pie también se refiere a la seguridad personal, posee también implicancias agresivas que parten de su función de impulsar y conducir el cuerpo hacia delante y como un instrumento de ataque (patear).
Otras partes del cuerpo	Si están omitidos, indica independencia.
	El cuerpo especialmente delgado, como representación del propio

El tronco	sexo, usualmente resulta indicativo de descontento con el propio cuerpo y también aparece como compensación mediante una desagradable redondez de la figura.
	Si está redondo, indica una personalidad menos agresiva y femineidad.
	Si está ancho y gordo, indica que uno mismo se está proyectando.
	Si está muy pequeño y delgado, indica sentimiento de inferioridad.
	Si está muy grande, indica que tiene muchos deseos de superación.
El pecho	Cuando está más anguloso, indica ser más masculino.
	Interés cuando se encuentra sombreado, con bordes son síntomas que corresponden a varones sexualmente inmaduros.
	Acentuado comúnmente en el contexto de las personas que tienen imagen de la madre fuerte y potente.
	Los hombros excesivamente grandes, se encuentran en sujetos ambivalentes, desde el punto de vista sexual, sobrecompensación a sentimientos de inadaptación.
Vestimenta	La imagen corporal puede ser aumentada, alterada o mejorada por la vestimenta.
	Visten con demasiado detalle (narcisista del vestido).
	Dibujo medio desnudo marcando los músculos (narcisista del cuerpo). Ambos grupos son inmaduros y presentan sentimientos de inadaptación.

Los botones	Representaciones en los individuos inmaduros y dependientes que tienen un carácter general de tipo obsesivo.
	Se usan como indicativos de ropas.
	Los botones están relacionados con la actitud de dependencia maternal.
Los bolsillos	Son usados por niños como una expresión de lucha por la virilidad que antagoniza con la dependencia emocional de la madre.

10.3 Actividad: Terapia de reflexión sobre el manejo de emociones y sentimientos post aborto. “Mi hermoso Diamante”

Objetivo: Facilitar la reflexión sobre la experiencia de la pérdida.

Meta: El 95% de las pacientes reflexionará sobre la pérdida.

Instrucciones:

1. Se le pedirá a la paciente que reflexione acerca de su pérdida.

Los profesionales tomarán conciencia de que los procesos reflexivos son el motor esencial que genera alternativas de cambio, la reflexión sobre la práctica asistencial conduce a la reorientación del significado del proceso de atención a la pérdida, la incorporación de conocimientos y de estrategias adaptados a su contexto con el empoderamiento de los profesionales a sentirse propios agentes de cambio.

La ayuda para elaborar esta tarea comienza con la observación: como expresa la emoción, como la afronta, si identifica lo que ocurre, si es consciente de las sensaciones que aparecen y las acepta, como la expresa, nos dirá como está gestionando sus emociones y si se encuentra bloqueado en algunas de ellas. A partir de la observación la ayuda ira encaminada a resolver sus necesidades ayudarle a identificar las emociones, ponerles nombres y expresarlas o legitimar con nuestra escucha lo que está sintiendo y darle un espacio para ello.

Los componentes emocionales y los factores sociales que intervienen en el duelo cobran especial importancia en su evolución, conocerlos y tenerlos en cuenta guiarán al profesional sanitario en su labor de facilitar un duelo normal al usuario. Una correcta elaboración del duelo resulta fundamental para una buena salud física y mental de la mujer.

11. Estabilidad Emocional de la Mujer

11.1 Actividad: Conformar grupo de apoyo con las mujeres post aborto y el equipo

multidisciplinario. Terapia Grupal de Comunicación con las mujeres post aborto.

Objetivo: Organizar grupo de apoyo con las mujeres post aborto y el equipo multidisciplinario.

Meta: Conformación del equipo multidisciplinario y grupo de apoyo de mujeres post aborto.

Instrucciones:

1. Se realizarán reuniones mensuales para expresar anomalías, aclarar dudas en cuando a la guía de atención espiritual.
2. Se analizarán las estrategias que se utilizarán con las pacientes en la terapia de egreso.
3. Se evaluará la condición física y mental de las pacientes.
4. Se realizará una actividad con el grupo de mujeres post aborto

El abordaje terapéutico de estas situaciones, debe ser llevado a cabo por un equipo multidisciplinario. Todos los profesionales deben conocer las respuestas que puede experimentar la mujer, en el plano bio-psico-social-espiritual, para proporcionarle una asistencia de calidad. Los profesionales implicados en el apoyo deben desarrollar habilidades para proporcionar atención y apoyo emocional en estas circunstancias. Para ello, su formación debe incluir las bases para el diagnóstico y manejo de las necesidades afectivas de las personas y elementos de las humanidades que permitan comprender mejor el sufrimiento desde una perspectiva multidisciplinaria. Será crucial crear un marco asistencial adecuado para atender el duelo, con unas condiciones internas y externas en las que la paciente se sienta cómoda, con una privacidad y un tiempo claramente limitados a fin de que se pueda organizar.

En un modelo de intervención integral para la paciente y su entorno requiere un trabajo mental de contención y esfuerzo para tolerar el sufrimiento y combinar la voluntad personal con una buena utilización de los recursos de propios y los de sus familiares le brindan, el profesional debe contar con:

- **Actitud personal positiva:** requiere un alto grado de madurez personal y profesional, con un nivel razonable de interés y motivación hacia el objetivo principal del trabajo. Este conlleva la presencia permanente de procesos evaluativos que retroalimenten tanto la capacidad humana como laboral de los miembros del equipo.
- **Adecuada formación profesional:** que trascienda la simple adquisición de información y conocimientos que permita la asunción de una concepción del mundo holística y globalizante, llevando explícito también un manejo objetivo de la realidad y del compromiso disciplinar latente.
- **Organización del trabajo:** la coordinación oportuna y congruente con los objetivos y al mismo tiempo la participación de todas las disciplinas involucradas, en condiciones de igualdad, permitiendo la rotación del funcionario o profesional que centralice el orden interno.

Es importante establecer una buena relación de ayuda desde el respeto a la persona; con empatía sintonizando con el doliente; promoviendo la escucha activa y centrada en el aquí y ahora; favoreciendo la comunicación; informando, aclarando y orientando en todo aquello que le pueda aliviar su dolor, para comenzar a desarrollar los procesos psíquicos de resiliencia.

La función del equipo multidisciplinario, es defender el bienestar del paciente por eso es importante un trabajo en equipo organizado y preparado, debe dar apoyo incondicional junto a una atención integral y complementaria.

La psicóloga: Facilita la ejecución de las tareas individuales que implican la elaboración del duelo, evitando que éste devenga patológico en la superación de la pérdida.

Ayuda a las mujeres a enfrentar sus emociones manejando mejor el miedo, la culpa, la tristeza o la ansiedad que se hallan vinculadas con la muerte así como le permitirán adquirir nuevas herramientas intentando construir una base de recuerdos positivos trabajando las emociones y dolores vinculados a esta pérdida para encontrar un lugar donde analizar y canalizar la pérdida y utilizar estrategias para hacer frente al dolor que ha originado pudiendo llegar a la fase de aceptación analizados en cada encuentro, desmarañando en cada uno de ellos la importancia de construir un nuevo sentido de la vida, a pesar de esta ausencia.

Enfermera Obstetra: Establece una relación de empatía con la mujer facilitando el tiempo necesario que le permitan tomar decisiones, proporcionar un ambiente adecuado donde puedan expresar sus sentimientos para el inicio de respuestas saludables, ya que reducir el sentimiento de culpa y aislamiento, les ayudará a reconocer la identidad propia de su hijo/a.

Brindará información en todo momento de cómo evoluciona el proceso, orientación sobre si desea o no ver a su hijo/a tras el parto, ser amable y tratar con respeto, en todo momento, asegurar la intimidad de la paciente, tratar al producto de la concepción fallecido, con la misma sensibilidad que si estuviese vivo, preservar su seguridad, hasta su traslado a la morgue. Procurar asignar a la paciente una habitación alejada de la hospitalización puerperal y de la proximidad de recién nacidos.

Enfermera en Salud Mental: Brindar educación acerca del control del enojo y la adquisición de técnicas como estrategias de enfrentamiento para manejar el conflicto y el estrés; la utilización de símbolos, tales como fotografías o recuerdos, durante las sesiones, la redacción de cartas o diarios que permitan articular una narrativa propia y colectiva de la pérdida, la escenificación de situaciones temidas, el empleo de un lenguaje evocativo así como la realización de ejercicios de relajación y de rituales de despedidas. Atender con cuidado física y psicológicamente a los mensajes que transmite la paciente. El entrenamiento para la toma de decisiones enseñar a la mujer a evaluar diversas alternativas para la solución de sus problemas y a hacer una elección acertada entre ellas.

11.2 Actividad: Implementar intervención estratégica para el manejo emocional de la mujer y su pareja.

11.3. Actividad: Identificar las fortalezas y el estado emocional para superar la pérdida.

11.4. Actividad: Proporcionar un enfoque positivo, potenciando destrezas y enseñando habilidades para afrontar la pérdida

Terapia de Comunicación de Grupo. "Mi ángel Celestial"

Objetivo: Realizar terapia de grupo con las pacientes.

Meta: El 85 % de las pacientes participarán de las terapias de comunicación.

Instrucciones:

1. Se le indicará a la paciente qué día debe acudir a la institución a la terapia de egresado.
2. La terapia se realizará en sala de reuniones.
3. Las sillas se colocarán en círculos, donde cada miembro del equipo multidisciplinario se sentará disperso, al lado de las pacientes.
4. La dinámica consistirá que cada participante del círculo se presentará con su nombre y expresará su sentimiento más significativo en las últimas 24 horas, relacionado a su pérdida.
5. Se les pedirá que ayuden a sus compañeras con las herramientas que han utilizado para superar la pérdida.

Una terapia adecuada sea desde la orientación que sea, guiará a la paciente hacia un estado de bienestar en esos mismos niveles, dándose en muchas ocasiones oportunidades de crecimiento.

El ambiente del grupo de apoyo "provee de un ambiente seguro para que las mujeres puedan compartir su experiencia con otros que han vivido una tragedia similar".

También disminuye el sentimiento de aislamientos. Como dijo Thomas Jefferson, "¿Quién mejor para vendar suavemente la herida que aquel que ha sufrido la misma herida?"

Se valoran cosas, personas, pequeños detalles de la vida, que antes no se valoraban. Se descubren valores que antes no se tenían, aumenta la sensibilidad por el dolor de otros.... Se experimenta que el amor de unos padres no se acaba con la muerte.

Importancia de Grupo de Terapia

Compartir y ser aceptada: expresar las emociones el dolor los pensamientos, tiene la función de desahogo sirve para poner límites y hacer real la experiencia interna. Sin embargo, expresar a los demás nuestro mundo interior y ser aceptado por el grupo también es de primordial importancia para el crecimiento personal. En el grupo de duelo el hecho, de que uno de los participantes comparta con los otros sus sentimientos más profundos o aquellos pensamientos que no comparte con nadie más resulta una experiencia curativa.

El grupo funciona como una unidad: el grupo cohesivo, se acepta se apoya, empieza a funcionar como un solo organismo buscando la mejoría de todos sus integrantes y en dirección de la motivación por el cambio.

El grupo como fuente de apoyo: el participante recibe del grupo apoyo, escucha, comprensión y ayuda práctica. La mujer encuentra en sus compañeras un entorno seguro donde expresarse libremente a menudo cuando su propio entorno familiar o social ya se ha cansado de prestar apoyo. Pero no solo es, sino que también se convierte en agente activo de ayuda, participando de la experiencia de sus compañeros y fomentando la empatía.

Universalidad del dolor y validación del sufrimiento: el hecho de comprobar que no estamos solos en el mundo con nuestro dolor, sino que hay más personas que están atravesando lo mismo, reconforta. Ayuda ver como los demás afrontan las situaciones y consta que tanto lo que nos pasa como lo que sentimos es normal.

El apoyo externo tiene un límite: los participantes empiezan a darse cuenta de que la orientación y el apoyo que pueden recibir de los demás tiene un límite. Toman conciencia de cual responsabilidad de su mejoría recae sobre ellos, siendo este proceso fundamental para afrontar el duelo.

Afrontamiento de experiencias: el duelo es un proceso que quiere decisión y toma de decisiones. El doliente se va encontrando con experiencias que superar fechas importantes, especialmente a lo largo del primer año. La forma en que los participantes del grupo van afrontando los aniversarios, las reuniones o las tareas sirve de aprendizaje del resto del grupo.

Feedback real entre iguales: el grupo es una experiencia de interacción real. Cada participante se muestra tal y como es la en la vida; como expresa cada uno su dolor, como vive el duelo, como va andando el camino.

Función educativa: si en la terapia individual es importante explicar cómo es el duelo, normalizar la conducta, poner de manifiesto en qué punto del camino se encuentra el paciente, en el grupo lo es más. La sensación de incertidumbre disminuye y da perspectiva y control. Finalmente son los participantes los que se van haciendo expertos en duelo. También forma parte de esta función explicar y aclarar las falsas creencias extendidas y asumidas por la sociedad con respecto al duelo.

Permitir las diferencias individuales: el proceso de duelo comparte generalmente ciertas vivencias con el dolor o la sensación de vacío, pero los procesos individuales para afrontarlos y el esquema que cada uno tiene del duelo es algo muy particular, puesto que el participante aprende opciones diferentes a la que está asumiendo. El grupo también es importante para

comprender que, incluso en la misma familia, existen maneras diferentes de vivir duelo e igualmente válidas.

La función del facilitador de la terapia grupal de duelo será generar el clima psicológico adecuado para que todos estos procesos se den, creando las condiciones necesarias para que nazca el vínculo y se desarrolle la comunicación y el crecimiento.

Anexo 12



15-VII-19
W.S.S. 7

REPUBLICA DE PANAMÁ
TRIBUNAL ELECTORAL

Tomas Gabriel
Gonzalez Lasso



NOMBRE: ...
FECHA DE NACIMIENTO: 09-ENE-1952
LUGAR DE NACIMIENTO: PANAMA PANAMA
CARGO: PRESIDENTE DEL TRIBUNAL ELECTORAL
PERIODO: 15-OCT-2015 HASTA 17-OCT-2020

8-378 862



REPUBLICA DE PANAMA
UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE DERECHO
SECRETARIA DE LA FACULTAD

UNIVERSIDAD DE PANAMA

LA FACULTAD CORRESPONDIENTE
DE ACUERDO CON EL CONSEJO DIRECTIVO Y EL CONSEJO ACADEMICO

HACE CONSTAR QUE

Tomás G. González L.

HA TERMINADO LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS
PARA EL GRADO DE

*Profesor de Segunda Enseñanza
con Especialidad en Ciencias Exactas*

Y CONCEDIDO EN CONSECUENCIA TAL GRADO CON TODOS LOS
DERECHOS Y PRIVILEGIOS RESPECTIVOS. EN TESTIMONIO DE
LO CUAL SE LE ENFIDE ESTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE PANAMA
a los *dieciocho* DIAS DE *febrero* DEL AÑO
diecinueve de *1954*.

[Signature]
Dr. Gerardo G. G. G.

Anexo 13

Anexo 14

San Marcos, Panamá, Panamá

Dra. Dra. Ana Acosta

Directora Centro de Salud y Asistencia

Señorita Promotas lineas para desarrollo exitoso en sus funciones administrativas

Le presento mis felicitaciones para felicitarle que una persona Maria Cecilia se va a ir a trabajar en el Hospital San Marcos Asistencia como un trabajador de la limpieza.

Señorita Cecilia de la Universidad de Panamá quien ha obtenido el título de licenciada en enfermería con una especialización en pediatría de enfermería en el Hospital de Niños de Panamá.

Le felicito por haber obtenido su título de licenciada en enfermería en el Hospital de Niños de Panamá y por haberse dedicado a su profesión y haberse dedicado a su profesión y haberse dedicado a su profesión. Su salario mensual es de 300 por hora.

Atte. Dra. Ana Acosta Directora Centro de Salud y Asistencia
Directora médica DR. Ana Acosta otorgado el día 22 de febrero de 2018 en la Ciudad de Panamá, Panamá. Certificado de la Comisión Académica de la Dirección de la División de Estudios de Postgrado y la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá. Regulación de Investigaciones para Salud de la Dirección de Investigación y Regulación del Comité de Bioética de la Universidad de Panamá.

Agradezco su atención y espero su respuesta por la oficina de enfermería.

Maria Cecilia

Dr. Ana Acosta

Anexo 15

San Miguelito, 6 de Julio de 2018.

Para: Licda Yaitiel Guardia

Jefa de Enfermería

De: Mariana Domínguez

Estudiante de Maestría de Salud y Enfermedad Mental de la Universidad de Panamá.

Asunto: **CONFERENCIA TALLER: “TRABAJEMOS UNIDOS PARA UN FUTURO MEJOR”**

Lugar. Sala de reuniones del Centro de Salud Nuevo Veranillo.

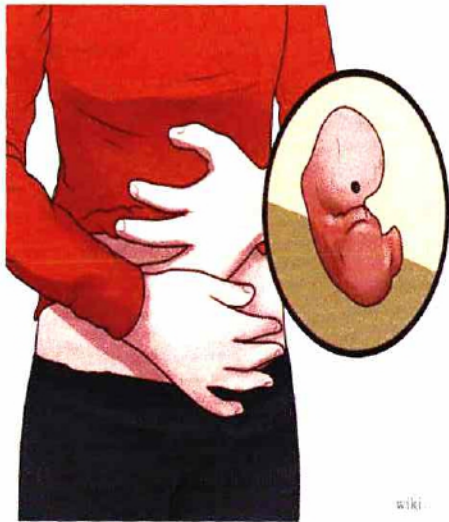
Turno Matutino - Hora: 1: 00 pm. - 2:30 pm.

Turno Vespertino: 3:00 pm – 4: 30 pm.

Martes 10 de Julio.	Jueves 12 de Julio	Jueves 12 de Julio. Turno vespertino
Yaitiel Guardia	Mirna Abad	Juana Fernández
Noelis González	Luzmila de Castro	Yazmín Nash
Natividad Martínez	Obdulia Castro	Adamaris Córdoba
Aida Arosemena	Olga Alderete	
María Rodríguez	Bienvenida Barrios	
Alina Bello	María Rivas	
Carmen Taily	Esther García	
María Ostia	Elvis Palacio	
Yanet Pinzón	Zulay Rodríguez	
Maruquel Sánchez	Dayana Beitia	
Jacqueline Shakespare	Shila Desai	

La Pérdida de un Hijo

La muerte de un hijo, aun siendo intraútero, es una experiencia tan impactante que puede hacer que el mundo parezca desmoronarse.



Algo desgarrador, en la mayoría de los casos, la mujer puede sentirse traicionada por su propio cuerpo, como si algo fuera mal con su feminidad, generándose sentimientos de autorreproche y culpabilidad.

La muerte de un hijo conlleva además otras pérdidas significativas, como los sueños, expectativas, identidad, roles, esperanzas, proyectos para el futuro, etc., sobre los que también habrá que elaborar un duelo.

Las mujeres que pasan por un aborto deben vivir un proceso que las ayude a sanar las heridas, poder reanudar su conexión consigo mismas, con su cuerpo y el entorno, a fin de encontrar nuevamente el equilibrio y la paz interna., de tal manera que la persona aprenda que cuenta con sus propios recursos, los reconozca y los



utilice.



La Guía de Atención Emocional y espiritual ante el Aborto, surge de la necesidad de brindar un apoyo emocional y psicológico a las mujeres antes, durante y después del aborto.

El objetivo es brindar un espacio de reflexión, aceptación y afrontamiento ante la pérdida, donde se permitirá la catarsis, y hacer reeducación emocional permitiendo que cada paciente logre fortalecer su autoestima y desarrollar vínculos sanos

El Duelo

Lamentamos la muerte uterina del feto
Queremos ayudarla a sobrellevar este
momento doloroso.

El duelo es una experiencia única que
cada persona afronta a su propio estilo
y recurso. Aceptar una pérdida no es
fácil, ya que lleva un proceso de
adaptación.

Puede sentir enfado, culpa, tristeza,
ganas de llorar, vacío interior,
debilidad, angustia, frustración,



confusión, insomnio, falta de
concentración.



Las actitudes sociales y familiares tras un a
aborto es querer olvidar, disimular como si
nada hubiera pasado.

Esto no es bueno, ni es posible .

Ayuda mas vivir el proceso del duelo en
profundidad “ mirarlo de frente”,
afrontándolo activamente.

Vivir el duelo se significa expresar la pena,
miedo, soledad , reconcor, resentimiento, la
incomprensión y remordimientos .

Al hijo no se le va a olvidar. No importa el
tamaño o la edad de gestación en la que
falleciera. Formará parte de la familia para
siempre.

Fase del Duelo

- ◆ Confusión es incapaz de comprender lo sucedido.
- ◆ Al aceptar lo sucedido las emociones son más intensas y están a flor de piel.
- ◆ Atesora recuerdos de su bebé o se deshace de ellos.
- ◆ Superada las emociones intensa, disminuye el dolor.
- ◆ Adquiere nuevas habilidades de fortalecimiento del

Procedimientos Quirúrgicos

El aborto quirúrgico es un procedimiento médico que se realiza para terminar con un embarazo, por medio de la extracción del feto y la placenta del útero.

Preparación a la paciente

Luego de la evaluación por el doctor

Firma el consentimiento informado para el procedimiento quirúrgico.

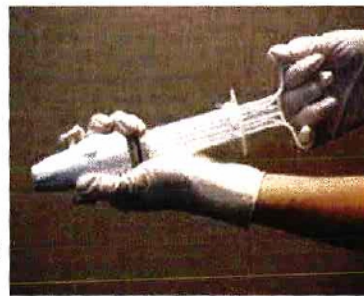
Se acuesta en la camilla, y se coloca una bata.

Se canaliza e inicia la administración de solución intravenosa, Se registran los

La intervención dura de 10 a 20 minutos, y la recuperación dura 2 hora hasta que desaparecen los efectos de la anestesia o la sedación.

Aspiración manual endouterina (AMEU)

El procedimiento, que también se conoce como legrado por aspiración, se puede realizar hasta las 12 semanas de gestación, consiste en colocar un poco de anestesia local para poder dilatar el cuello uterino, luego se coloca dentro de él una cánula flexible, que es un tubo de plástico conectado a una bomba de



succión **Legrado uterino** del útero. **Instrumentado (LIU)**

Cuando el embarazo está en una etapa más avanzada, entre la semana 15 y la semana 26, se puede realizar este procedimiento, que consiste en la dilatación del útero y a extracción de restos abortivos con instrumentos quirúrgicos y de succión para hacer una limpieza de la cavidad uterina.

LEGRADO UTERINO



Anexo 19

UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE ENFERMERIA
MAESTRIA EN SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL
PROYECTO DE INTERVENCIÓN
MANEJO EMOCIONAL ANTE EL ABORTO

OBJETIVO DEL CUESTIONARIO:

Conocer la condición sociodemográfica de las mujeres post abortos, atendidas en el Centro de Salud de Veranillo.

INSTRUCCIONES:

Lea y analice cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste de la forma más honesta posible a cada una de ellas.

FECHA DE APLICACIÓN: _____ No. DE CUESTIONARIO: _____

Edad _____ años

Nacionalidad

Panameña

Extranjera _____

Estado civil

- Soltera
- Unión libre
- Casada
- Otros _____

Religión

- Católica
- Evangélica
- Cristiana
- Otras _____

Nivel de estudio

- Primaria
- Pre media
- Media
- Universitaria
- Otros _____

Ocupación: _____

Embarazo deseado:

- Sí
- No

Pérdidas anteriores:

- Sí
- No

Hijos previos:

- Sí
- No

Edad Gestacional en semanas: _____

Creencia religiosa:

- Católica
- Evangélica
- Cristiana
- Adventista
- Otros _____

Edad _____ años de su pareja

Ocupación de su pareja : _____

Creencia religiosa de su pareja:

- Católica
- Evangélica
- Cristiana
- Adventista
- Otros _____

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Anexo 20

Instrucciones Generales:

Lea cuidadosamente cada pregunta y responda de manera sincera, para poder valorar la calidad de impacto de este Proyecto de Intervención en su vida.

1. ¿Se considera responsable de la pérdida del producto de la concepción?
 - Sí
 - Algunas veces
 - No

2. ¿Cree que pudo evitar la pérdida de su producto de la concepción?
 - Sí
 - Algunas veces
 - No

3. ¿Sus amigos y familiares le brindaron apoyo?
 - Sí
 - Algunas veces
 - No

4. ¿Usted ha vuelto a realizar sus actividades cotidianas con normalidad?
 - Sí
 - Algunas veces
 - No

5. ¿Ha conversado con su pareja sobre la pérdida de su producto de la concepción?
- Sí
- Algunas veces
- No
6. ¿Cómo ha sido su relación con su pareja, después del aborto?
- Los unió
- Los distancio
- Los separo
7. ¿Cree que las actividades realizadas en las diferentes sesiones le ayudaron en el proceso de duelo?
- Sí
- Algunas veces
- No
8. ¿Qué actividad fue la más significativa para ayudarla a superar su pérdida?

9. ¿Considera que el proyecto debería ser implementado en todas las instituciones de salud?

Sí

No

Porque: _____

10. ¿Siente que ha superado su duelo?

- Sí
- Algunas veces
- No

11. Sugerencia y Comentarios

Nota: Fuente adaptado de Rubio, M. (2017), Afrontamiento del duelo por muerte perinatal. Cuidados de enfermería.

Se le agradece por su participación activa y dinámica en cada una de las sesiones del Proyecto de intervención: "Manejo Emocional ante el Aborto"